



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان  
معاونت بهداشتی

## مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

از مجموعه کتب آموزش کاردانی بهورزی

تدوین و جمع بندی:

اختر فرج زاده مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تالش

آخرین بازنگری و تنظیم مجدد:

مرداد ۱۴۰۲

«با نظارت و هماهنگی واحد آموزش بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان»



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقاء سلامت مادران یکی از ارکان اساسی مراقبت های بهداشتی درمانی است و از این روی سلامت مادران به عنوان یکی از گروه های آسیب پذیر در سال های اولیه استقرار نظام بهداشت و درمان در کشور مورد توجه خاص سیاستگذاران برنامه سلامتی قرار گرفت. در آن سال ها افزایش دسترسی به مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان به عنوان اولویت مد نظر بود که با توسعه شبکه بهداشت و درمان کشور، این امر میسر گردید.

با بهبود شاخص دسترسی کمی به خدمات، توجه به ارتقاء کیفی خدمات از طریق تعیین رویکردی مناسب به منظور شناسایی زودرس مادران در معرض خطر و ارجاع به موقع آنان ضرورت داشت. از این روی استانداردسازی خدمات مراقبتی مادران در سطوح خارج بیمارستانی توسط اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت تهیه و تدوین و اجرای آزمایشی آن از سال ۱۳۸۲ در کشور آغاز گردید و در سال ۱۳۸۵ به سراسر کشور تعمیم یافت.

نظر به این که بهورزان یکی از ارکان اصلی نظام خدمات بهداشتی درمانی کشور هستند و ارتقاء دانش و مهارت آنان در ارایه مراقبت ها، نقش موثری در سلامت مادران دارد، بنابراین محتوای آموزشی کتاب در راستای اهداف تعیین شده در برنامه های کشوری سلامت مادران و متناسب با شرح وظیفه بهورزان و دستور عمل های جدید کشوری تدوین شده است.

در تدوین این مجموعه، از بسته های آموزشی (غیرحضوری) تهیه شده توسط همکاران محترم مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی مشهد خانمها شبنم امامیان، مریم اسحاق نیا، آرزو غیرتی، فاطمه فلاح، محبوبه مفتخر، اعظم نجار بقمچ و مهری منعمی استفاده گردید و سپس کلیه مطالب ارائه شده توسط خانم اختر فرج زاد مربی مرکز آموزش بهورزی تالش پیاده سازی گردید و همچنین مباحثی جهت تکمیل مطالب از منابع اصلی بسته آموزشی افزوده شد.

ضمناً آخرین بازنگری توسط خانم اختر فرج زاد مربی مرکز آموزش بهورزی تالش، در مردادماه ۱۴۰۲ بر اساس "راهنمای خدمات خارج بیمارستانی ویژه مراقب سلامت/ بهورز، تجدید نظر نهم ۱۴۰۲" انجام و مجدداً تنظیم گردید.

## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل ۱: مروری بر عملکرد دستگاه تناسلی زنان و مردان.....	۱
○ عملکرد دستگاه تناسلی زنان و مردان.....	۱
فصل ۲: مراقبت پیش از بارداری.....	۷
فصل ۳: بارداری و مراقبت های دوران بارداری.....	۹
○ آبستنی (بارداری / حاملگی).....	۹
○ تغییرات دوران بارداری.....	۱۳
○ مراقبت های دوران بارداری و آشنایی با نحوه گرفتن شرح حال ارزیابی معمول مادر.....	۱۶
○ آشنایی با معاینات و آزمایشات دوران بارداری ، تعیین سن تقریبی حاملگی و محاسبه تاریخ تقریبی زایمان.....	۲۶
- اندازه گیری در بارداری.....	۲۶
- معاینات در بارداری.....	۳۰
- آزمایشات و سونوگرافی در بارداری، تعیین سن بارداری و تاریخ تقریبی زایمان.....	۳۷
○ تغذیه صحیح در دوران بارداری ، آشنایی با شاخص های لازم برای ارزیابی وضعیت تغذیه ای مادران.....	۴۶
- مراقبتهای تغذیه ای در دوران پیش از بارداری.....	۴۶
- تغذیه صحیح در دوران بارداری.....	۵۰
- مکملهای دارویی و غربالگری تغذیه ای مادر باردار.....	۵۴
○ رسم و تفسیر نمودار وزنگیری در بارداری.....	۶۰
○ مراقبت های دهان و دندان در زنان باردار.....	۶۸
○ مروری بر نحوه انجام واکسیناسیون در بارداری.....	۷۱
○ مادران در معرض خطر.....	۷۶
○ بیماریهای قلبی عروقی در بارداری.....	۸۳
○ مسمومیت های حاملگی.....	۸۶
○ آموزش های دوران بارداری.....	۹۰
○ شکایات شایع دوران بارداری.....	۹۷
فصل ۴: زایمان و مراقبتهای بلافاصله بعد از زایمان تا ۶ ساعت اول.....	۱۰۳
○ زایمان طبیعی.....	۱۰۳
○ زایمان در منزل.....	۱۱۱
○ ارزیابی اولیه مادر برای زایمان در منزل.....	۱۱۵
○ مرحله اول زایمان.....	۱۱۸

۱۲۴.....	○ مرحله دوم پس از زایمان.....
۱۲۸.....	○ مرحله سوم پس از زایمان.....
۱۳۰.....	○ آشنایی با مراقبت های مادر بلافاصله بعد از زایمان و معاینه جفت.....
۱۳۱.....	○ مراقبت های مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان.....
۱۳۵.....	○ آشنایی با مراقبت از نوزاد بلافاصله بعد از تولد.....
۱۳۸.....	○ مروری بر معاینه نوزاد و مراقبت های مورد نیاز نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان.....
۱۴۴.....	<b>فصل ۵: مراقبت های پس از زایمان.....</b>
۱۴۴.....	○ دوره نفاس و تغییرات مهم بدن.....
۱۴۶.....	○ معاینات پس از زایمان.....
۱۵۰.....	○ آموزش های بهداشتی پس از زایمان.....
۱۵۶.....	○ تغذیه صحیح در دوران شیردهی.....
۱۵۸.....	○ آشنایی با اهمیت و مزایای تغذیه با شیر مادر ، روش صحیح شیر دادن به نوزاد.....
۱۶۲.....	○ روشهای کمک به مادرشیرده جهت تولید کافی شیر مادر.....
۱۶۶.....	○ روش برخورد با مشکلات مادران شیرده.....
۱۷۲.....	<b>فصل ۶: آشنایی با خدمات مادر ایمن (مراقبت قبل و حین بارداری و مراقبت پس از زایمان).....</b>
۱۷۲.....	<b>پروتکل های مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران.....</b>
۱۷۶.....	جداول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان.....
۱۷۹.....	الف- ملاقات های معمول بارداری.....
۱۸۲.....	تعاریف مراقبت های بارداری.....
۱۹۳.....	مراقبت های ویژه بارداری.....
۱۹۵.....	ب- مراقبت های معمول پس از زایمان (روز اول تا ۶ هفته پس از زایمان) و تعاریف آن.....
۱۹۷.....	ت- تعاریف مراقبت های پس از زایمان.....
۲۰۱.....	مراقبت های ویژه پس از زایمان.....
۲۰۳.....	راهنما.....
۲۰۸.....	آشنایی با نظام اطلاعات مراقبت مادران و تکمیل فرمهای اطلاعاتی (تکمیل دفترچه مراقبت مادر).....
۲۱۵.....	نحوه ثبت ارجاع.....
۲۱۶.....	<b>فهرست منابع.....</b>

## فصل اول

### مروری بر عملکرد دستگاه تناسلی زنان و مردان

#### عملکرد دستگاه تناسلی زنان و مردان

##### اهداف آموزشی:

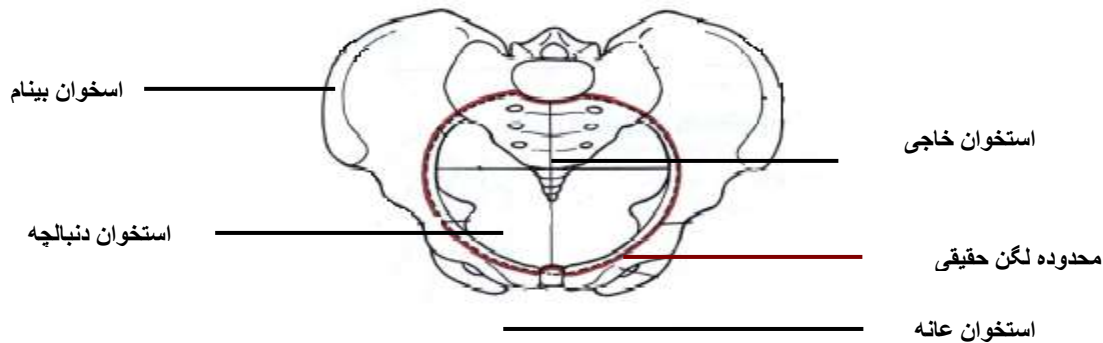
- پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیر بتواند:
- اعضای خارجی دستگاه تناسلی زن را نام ببرد.
- اعضای داخلی دستگاه تناسلی زن را نام ببرد.
- نقش اعضای داخلی دستگاه تناسلی زن را در مقاربت و بارداری توضیح دهد.
- ساختمان دستگاه تولید مثل را در جنس مذکر شرح دهد.

#### دستگاه تناسلی زن:

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

۱- اعضاء خارجی و مهبل (واژن) در مقاربت نقش دارد.

۲- اعضاء داخلی مسئول تخمک گذاری، انتقال تخمک بارور شده به داخل رحم، لانه گزینی و در نهایت رشد و نمو جنین و تولد نوزاد می باشد. اعضاء دستگاه تناسلی داخلی در داخل حفره لگن قرار دارد. حفره لگن مانند یک کمر بند استخوانی در پایین حفره شکم قرار دارد. حفره استخوانی لگن در زایمان طبیعی نقش به سزایی دارد، بنابر این شکل و اندازه لگن از اهمیت خاصی برخوردار است. این کمر بند استخوانی از اتصال استخوان خاجی، دنبالچه و دو استخوان بینام (خاصره) تشکیل شده است. استخوان های بینام از عقب توسط پیوندهای بسیار قوی به استخوان خاجی و از جلو به وسیله استخوان عانه (سمفیز پوبیس) به هم متصل است. لگن از دو بخش لگن کاذب (لگن بزرگ) و لگن حقیقی (لگن کوچک) که با یک خط فرضی از هم جدا می شوند، تشکیل شده است.



لگن حقیقی در امر زایمان طبیعی نقش مهمی دارد.

## اعضاء تولید مثل خارجی زن

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

۱- **برجستگی عانه (مونس پوبیس):** نسج پر از چربی است که در سطح قدامی سمفیز پوبیس قرار گرفته و پس از بلوغ پوست آن توسط موهای مجعد پوشیده می شود.

۲- **لب های بزرگ:** دوچین گرد حاوی بافت چربی است که از برجستگی عانه به سمت پایین و عقب امتداد دارد و پس از بلوغ پوست آن توسط مو پوشیده می شود.

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

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

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

۶- **مهبل (واژن):** واژن عضوی است عضلانی لوله ای که دهانه آن از بیرون قابل رویت می باشد و رحم را به خارج ارتباط می دهد که بین مثانه و راست روده (رکتوم) قرار دارد. طول واژن در زنان بسیار متفاوت و به طور معمول طول آن ۸ تا ۱۰ سانتی متر است.

مهبل دارای سه نقش مهم است:

- هدایت ترشحات رحم و خون قاعدگی به خارج

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

- مجرای عبور و خروج جنین در موقع زایمان

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

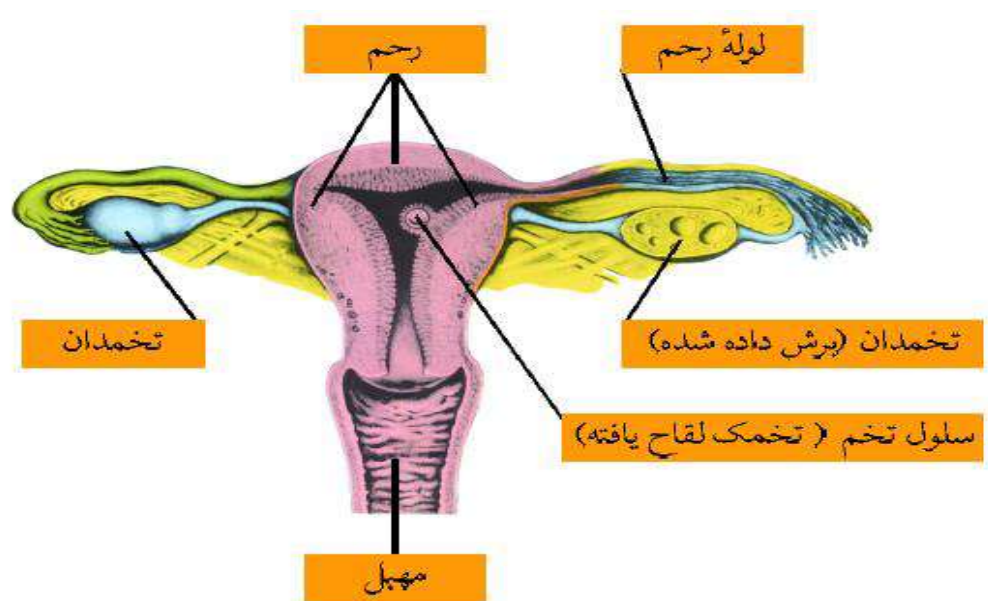
۷- **پرده بکارت:** در دوشیزگان دهانه واژن با بافت نازکی پوشیده شده که اصطلاحاً به آن پرده بکارت گویند. در وسط این پرده سوراخی وجود دارد که خون قاعدگی از آن خارج می شود. در موارد نادری ممکن است به طور مادرزادی پرده بکارت کاملاً بسته باشد که منجر به احتباس خون قاعدگی و درد شدید زیر شکم می شود. در این حالت فرد باید به پزشک مراجعه کند. اندازه سوراخ پرده بکارت، در افراد مختلف متفاوت است و اغلب به دنبال نزدیکی این به اصطلاح پرده پاره می شود. میزان خونریزی معمولاً زیاد نیست و حتی می تواند پاره شدن پرده بدون خونریزی باشد. اصولاً تغییرات ایجاد شده در پرده بکارت بدنبال زایمان به راحتی قابل تشخیص است.

## دستگاه تناسلی داخلی زن

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

۱- **رحم:** رحم یک عضو عضلانی تو خالی و گلابی شکل است که محل پذیرش، لانه‌گزینی، تغذیه، رشد و نگهداری جنین و جفت می‌باشد و در موقع زایمان انقباضات آن سبب بیرون راندن جنین از رحم می‌شود. رحم در خانم غیر حامله در داخل حفره لگن بین مثانه در جلو و رکتوم در پشت قرار دارد. رحم از دو قسمت اصلی تشکیل شده است بزرگترین قسمت رحم به صورت سه گوش به نام **جسم رحم** و قسمت دیگر آن دوکی شکل یا لوله ای به نام **دهانه رحم** یا **سرویکس** می‌باشد که به داخل واژن باز می‌شود. قسمتی از جسم رحم که در بین لوله های رحم قرار دارد **قله رحم** «فوندوس» نامیده می‌شود. لوله های رحم در طرفین رحم قرار دارند. طول رحم حدوداً در خانم های زایمان نکرده بین ۶ تا ۸ سانتی متر و در خانم های چند زا بین ۹ تا ۱۰ سانتی متر است.

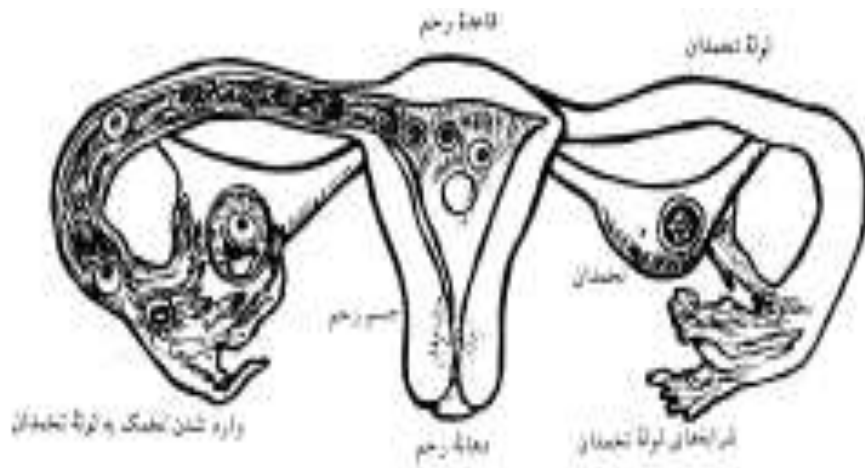
دهانه رحم قسمتی از رحم است که رابط بین جسم رحم و واژن بوده و به طور متوسط ۳ سانتی متر طول دارد. دهانه رحم در حالت غیر بارداری قوام سفت (مانند نوک بینی) و در زنان حامله قوام نرم (مانند لب) دارد. دهانه رحم در هنگام زایمان تا ۱۰ سانتی متر باز می‌شود. دهانه رحم در امر زایمان نقش مهمی دارد و از طریق معاینه مهبلی قابل لمس است.



۲- **لوله های رحم (فالوپ):** همانطور که اشاره شد از هر یک از گوشه های جسم رحم، اعضای لوله ای شکل قابل انعطاف و نرمی بطول حدود ۸ تا ۱۴ سانتی متر به طرف دیواره جانبی لگن کشیده شده که قسمت انتهایی آن مانند دهانه شیپور است و به حفره شکم باز می‌شود. لوله های رحم به حرکت تخمک بارور شده به طرف رحم کمک می‌کند.

۳- **تخمدان ها:** تخمدان ها دو عضو بادامی شکل هستند که در طرفین لگن و نزدیک قسمت شیپوری لوله رحم قرار گرفته اند. عمل اصلی آنها تخمک گذاری و ترشح هورمون های زنانه است. در بین خانم ها اندازه تخمدان ها بسیار متغیر است و پس از یائسگی، اندازه آنها به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد.

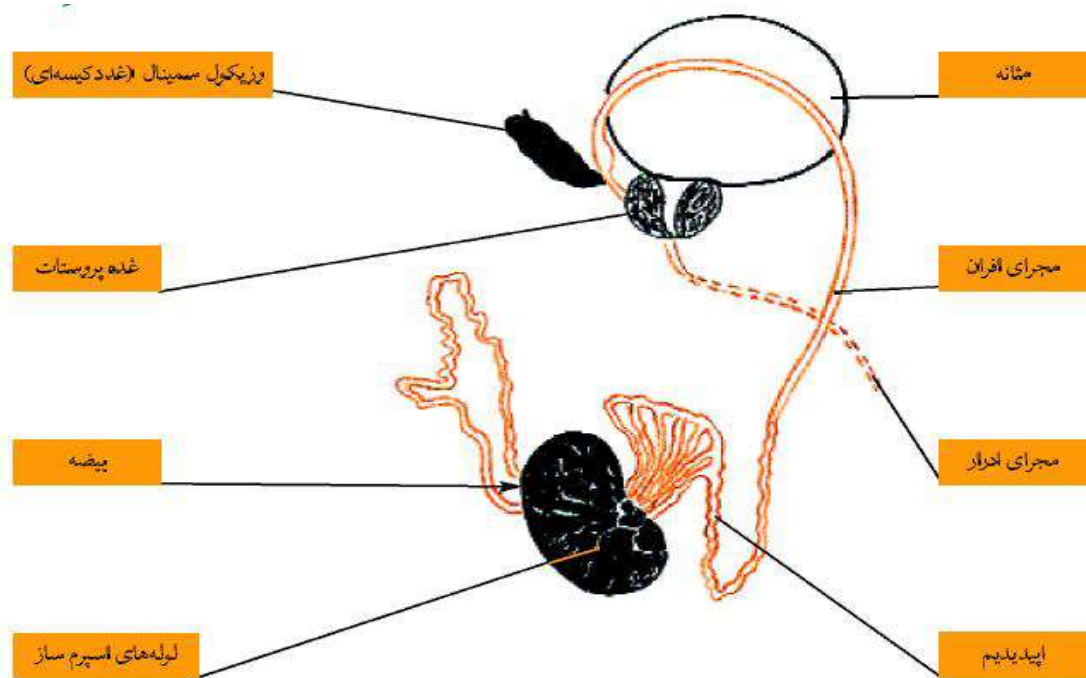




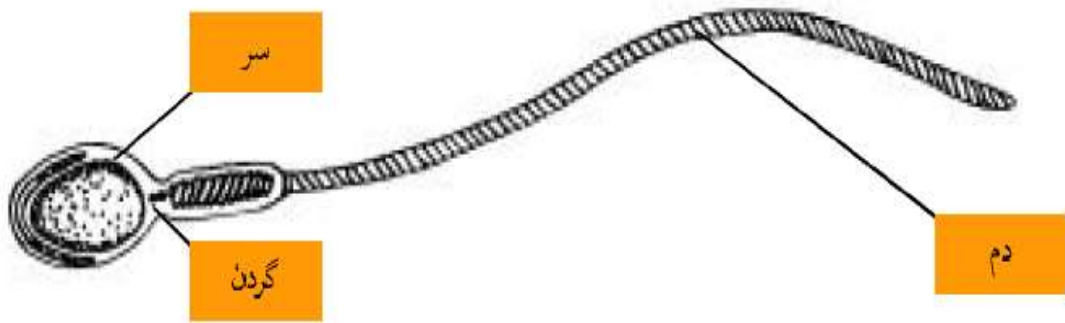
شمائی از محل باروری تخم، رشد، تکامل و خروج جنین در شکل زیر مشاهده می شود.

### دستگاه تناسلی مرد

- انسان ها همانند سایر گونه های پستانداران از طریق جنسی تولید مثل می کنند.
- انسان مذکر در بیضه های خود تولید سلول جنسی نر ( گامت نر یا اسپرماتوزوئید ) می کند. این سلول جنسی را «اسپرم» نیز می گویند .
- اسپرم ها در هسته خود ، نیمی از کروموزوم هایی را که برای تولید یک انسان کامل لازم است دارند



نمایش قسمتی از غدد و دستگاه تناسلی نر- ساختمان بیضه



اسپروما توزوئید (سلول جنسی نر) انسان

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

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

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

- چنانچه نزول یک یا هر دو بیضه از داخل شکم به کیسه بیضه صورت نگرفته باشد، هنگام لمس کیسه بیضه یک یا هر دو بیضه را نمی توان لمس نمود.
- این موضوع علاوه بر اینکه می تواند بر روی تولید اسپرم و فعالیت بیضه اثر بگذارد، در صورت طولانی شدن می تواند سبب بروز سرطان بیضه شود . در چنین مواقعی بیمار را می بایست به پزشک ارجاع داد.
- کار بیضه ها ترشح هورمون جنسی نر و ساختن اسپرم است .
- لوله های اسپرم ساز تولید اسپرم نموده و سلول های بینابینی، تولید هورمون جنسی نر به نام تستوسترون می نمایند.
- تستوسترون سبب بروز صفات ثانویه جنسی در مردها می شود .

- این صفات عبارتند از
- رشد دستگاه تناسلی خارجی ، روییدن مو در صورت و زیر بغل و ناحیه خارجی و کلفت شدن صدا .
- تولید اسپرم در پسرها در سال های بلوغ جنسی از ۱۳ تا ۱۵ سالگی شروع می شود و تا آخر عمر ادامه دارد ولی شدت اسپرم سازی در سنین پیری کاهش چشمگیری می یابد .
- علاوه بر این اسپرم سازی به طور مداوم انجام می شود به طوری که هر بیضه در هر روز میلیونها اسپرم تولید می کند.
- اسپرم های مزبور به تدریج از طریق مجاری به قسمت یک لوله پر پیچ و خم و طویل به نام اپیدیدیم که به صورت یک کلاف حجیم در روی هر بیضه قرار دارد هدایت شده و در آنجا انبار می شوند .
- اسپرمی که در مجاری اپیدیدیم انبار گردیده ، به بلوغ کامل رسیده و قادر به تحریک بوده و قدرت بارور نمودن تخمک را دارد .
- سلول اسپرم انسان شکلی شبیه نوزاد قورباغه دارد و با کمک دم خود قادر است سه میلی متر در دقیقه حرکت کند.
- ترشحات دو غده برون ریز پروستات و غدد کیسه ای، یک محیط سیال و مغذی را برای اسپرم فراهم می کنند . این ترشحات مایع منی را به وجود می آورند که در هر سانتی متر مکعب آن قریب ۱۰۰ میلیون اسپرم وجود دارد .
- عمر اسپرم ها در خارج از دستگاه تناسلی نر کوتاه است، اما در درون رحم تا دو شبانه روز نیز می توانند باقی بمانند.
- همانند سایر غدد درون ریز بدن، فعالیت های بیضه توسط غده هیپوفیز کنترل می شود.
- اگر بیضه جانوری را برداریم پس از مدت کوتاهی غدد و اندام های تناسلی آن تحلیل رفته و کوچک می شوند واز کار می افتند.

## فصل دوم

### مراقبت پیش از بارداری

#### اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- هدف از مشاوره و ارائه مراقبت های پیش از بارداری را بیان کند.
- وظایف بهورز در مراقبت های پیش از بارداری را توضیح دهند.

بارداری دوران بسیار حساس و پراهمیتی است، کنترل و مراقبت منظم در این دوران برای حفظ سلامت و پیشگیری از مشکلات مادر و جنین ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به جایگاه مهم مادر در حفظ و سلامتی خانواده که در نهایت منجر به سلامت جامعه می‌گردد، اهمیت مراقبت مادر در دوران بارداری دوچندان می‌شود.

هدف از این مراقبت‌ها حفظ و بقاء سلامتی مادر و جنین و به انجام رساندن یک حاملگی سالم و بدون خطر و در نهایت انجام یک زایمان ایمن می‌باشد.

#### مراقبت های پیش از بارداری

وضعیت مادر قبل از بارداری در سالم سپری شدن بارداری وی و سلامت نوزاد تاثیر بسزائی دارد، بسیاری از بیماری ها می توانند بر روی سلامت مادر و جنین تاثیر بگذارند، بنابراین لازم است برای تمامی خانم هایی که تمایل به بارداری دارند مراقبت های پیش از بارداری به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام شود تا مادر، بارداری و زایمان ایمنی داشته باشد. بدین منظور مراقبت های استاندارد تعریف شده که لازم است توسط ماماها و پزشکان ارائه گردد. بهورزان صرفاً موظف هستند این مادران را شناسائی کرده، آنها را از اهمیت این مراقبت ها آگاه نموده و به پزشک و ماما معرفی نمایند.

زنان واجد شرایط مراقبت پیش از بارداری:

۱-نوعروسان

۲-خانمهایی که به قصد بارداری، ورش پیشگیری خود را قطع کرده و یا می خواهند قطع کنند

۳-خانمهایی که با تست حاملگی منفی مراجعه کرده اند و تمایل به بارداری دارند.

۴-خانمهایی که از هیچ روشی استفاده نمی کنند و برای اولین بار برای دریافت روش پیشگیری از

بارداری مراجعه کرده اند و تمایل به بارداری در آینده دارند.

### اقدامات بهورز در مراقبت های پیش از بارداری شامل:

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

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

وقتی خانمی به قصد باردار شدن به پزشک یا ماما مراجعه می کند، برای او پرونده ای تشکیل شده و اقداماتی به شرح زیر انجام می شود:

#### ارزیابی:

- گرفتن شرح حال مطابق فرم پیش از بارداری (بررسی سابقه ابتلاء به بیماری، بررسی تاریخچه بارداری و وضعیت اجتماعی مادر)
- اندازه گیری قد ، وزن ، نمایه توده بدنی ، علائم حیاتی
- معاینه چشم ، دهان و دندان ، پوست ، پستان ها ، شکم ، اندام ها ، لگن و رحم و ضمام

#### اقدام:

- درخواست آزمایشات پیش از بارداری و تفسیر آن
- ایمن سازی؛
- انجام پاپ اسمیر در صورت لزوم (مطابق دستورالعمل کشوری)
- توصیه به مصرف مکمل یدوفولیک حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۵۰۰ میکروگرم اسیدفولیک
- میزان مورد نیاز اسیدفولیک ۴۰۰ میکروگرم در روز می باشد که توصیه می شود قرص اسید فولیک (یک میلی گرم) یک روز در میان یک عدد یا یک قرص یدوفولیک روزانه (ترجیحاً سه ماه قبل از بارداری) مصرف شود.
- غربالگری سلامت روان
- آموزش و توصیه لازم
- ارجاع غیرفوری به پزشک جهت معاینه تیروئید ، قلب ، ریه

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

## فصل سوم

### آبستنی (بارداری / حاملگی)

#### اهداف آموزشی:

- عمل لقاح و لانه‌گزینی را توضیح دهد.
- ساختمان جفت را شرح دهد.
- حاملگی را تعریف کند.
- علائم تشخیص حاملگی را ذکر نماید.

#### عمل لقاح و لانه‌گزینی

به بارور شدن سلول ماده (تخمک) توسط نطفه مرد (اسپرم) «لقاح» گویند. هنگام مقاربت تعداد زیادی اسپرم مرد در مهبل زن ریخته می‌شود و شروع به حرکت می‌کند. اسپرم‌ها از سوراخ دهانه رحم و رحم عبور کرده و خود را به لوله‌های رحمی می‌رسانند. در داخل لوله رحم با تخمکی که از تخمدان به طرف رحم در حرکت است، برخورد می‌کنند. معمولاً محل مناسب برخورد اسپرم مرد با تخمک زن وسط لوله است. در این جریان تنها یک اسپرم تخمک را بارور می‌کند و بقیه از بین می‌روند. ۳ تا ۴ روز طول می‌کشد تا تخمک بارور شده به رحم برسد و در دیواره آن جایگزین شود. از این پس به رشد و نمو خود ادامه می‌دهد. بدین ترتیب حاملگی به وجود می‌آید. در مدتی که زن باردار است، تخمک گذاری و قاعدگی متوقف می‌شود.

تخمک بارور شده به هنگام حرکت به طرف رحم تقسیم شده و به شکل یک توده سلولی منظم وارد رحم می‌شود. سپس به قسمتی از جدار رحم نفوذ می‌کند که اصطلاحاً به آن «لانه‌گزینی» گویند. به زودی تخمک بارور شده از خود زوائدی ایجاد می‌کند که مانند چنگک به درون بافت رحم فرو می‌رود. این چنگک‌ها مواد غذایی و گازهای تنفسی را بین جنین و مادر رد و بدل می‌کنند. جدار رحم نیز این چنگک‌ها را محاصره کرده و اندامی را تشکیل می‌دهد که «جفت» نامیده می‌شود. قسمت دیگر تخمک بارور شده تبدیل به جنین می‌شود.

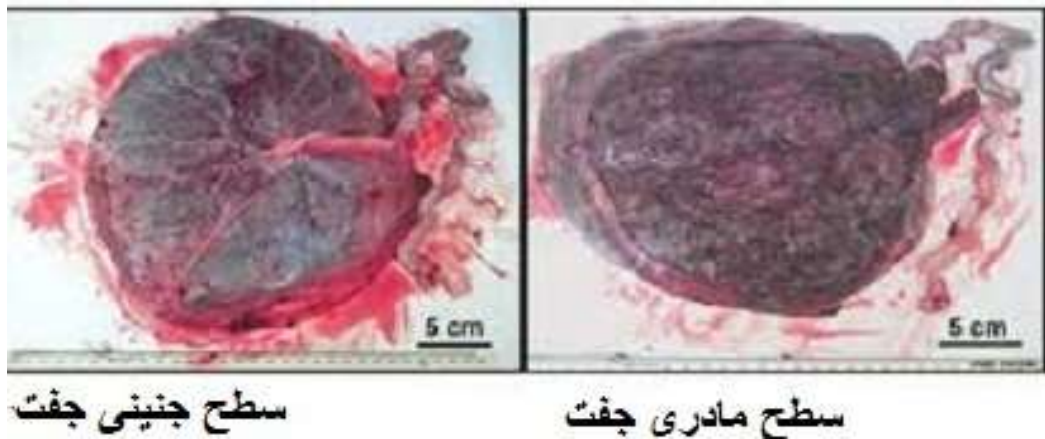
#### ساختمان جفت

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



جفت از دو سطح تشکیل شده است:

- سطح جنینی که سطحی صاف و پوشیده از پرده های جنینی است و بند ناف به آن متصل است.
- سطح مادری که محل اتصال جفت به رحم است. این سطح قرمز رنگ و خون آلود بوده و از تعدادی برجستگی تشکیل می شود.



**سطح جنینی جفت**

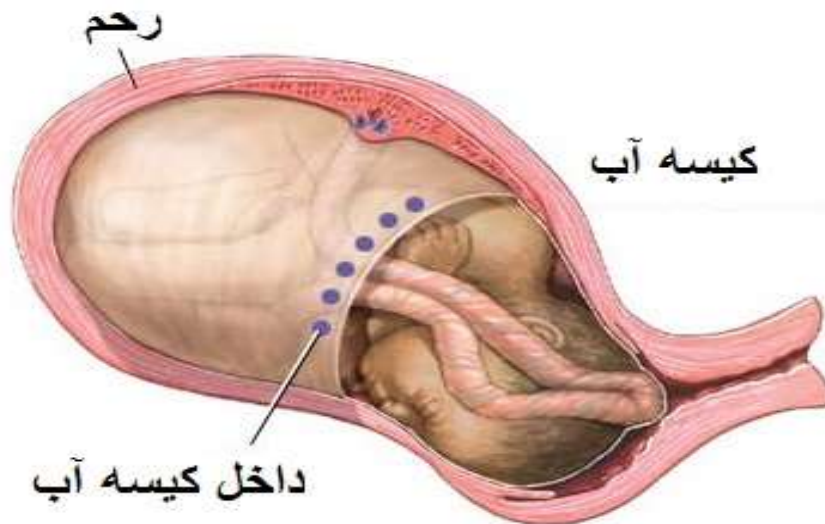
**سطح مادری جفت**

**پرده های جفت شامل:**

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

## کیسه آب

کیسه آب در واقع همان پرده های آمنیون و کوریون است که در داخل آن مایع شفاف و بی رنگ به نام «مایع آمنیوتیک» وجود دارد و دور تا دور جنین را فرا گرفته است.



### کیسه آب دارای اعمال زیر است:

- سبب آزادی حرکت جنین در داخل رحم می شود؛
- جنین را از صدمات خارجی و عفونت ها محافظت می کند؛
- مانع چسبیدن پرده ها بر روی جنین می شود؛
- جنین را در دمای ثابت نگه می دارد.

در زمان بارداری، این مایع مرتباً توسط جنین بلعیده و از طریق ادرار کردن جنین به داخل کیسه آب برگردانده می شود. بنابر این میزان این مایع برای رشد ریه ها و دستگاه ادراری جنین اهمیت دارد. مقدار مایع آمنیوتیک در اواخر بارداری کمتر از یک لیتر است.

در مواردی که کیسه آب زودتر از موعد پاره می شود، جنین در معرض خطر عفونت قرار می گیرد. همچنین ممکن است ریه جنین به میزان کافی رشد نکند. بنابراین پارگی کیسه آب اهمیت ویژه دارد.

در شرایطی که وضعیت جنین مناسب نباشد یا به عبارتی زجر جنینی وجود داشته باشد، جنین شروع به دفع مدفوع می کند. در این حالت رنگ مایع آمنیوتیک سبز می شود. این علامت از نظر بررسی سلامت جنین بسیار مهم است. همچنین وجود خون در مایع آمنیوتیک و یا تیره شدن آن نیز نشانه خطر است.

### تعریف حاملگی

همان طور که گفته شد با عمل لقاح و تشکیل سلول تخم و جایگزین شدن آن در داخل رحم حاملگی به وجود می آید. مدت زمان بارداری ۲۸۰ روز از اولین روز آخرین قاعدگی و یا ۴۰ هفته است.



## تشخیص بارداری

تشخیص بارداری معمولاً بسیار ساده است و بیشتر اوقات زنان به دنبال قطع قاعدگی فکر می کنند. گاهی تاثیر داروها و یا بعضی از بیماریها منجر به یک سری تغییرات در بدن می شود که مانند حاملگی است و موجب گمراهی زن و یا پزشک می گردد. بنابر این تشخیص حاملگی آسان نیست و لازم است با کمک معاینات مناسب بالینی و آزمایشگاهی برای اثبات آن اقدام شود. علائم حاملگی به سه دسته تقسیم می شود:

- علائم حدسی
- علائم احتمالی
- علائم قطعی

**علائم حدسی:** این علائم شامل قطع قاعدگی، حالت تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن (صبحگاهی)، اختلالات ادراری، خستگی مفرط، افزایش رنگ دانه ها و ایجاد خطوط در روی شکم و تغییر در پستان ها است که بیشتر توسط مادر تشخیص داده شده و بیان می گردد و در او شک به باردار شدن را ایجاد می کند.

**علائم احتمالی:** این علائم شامل نتایج مثبت آزمایشگاهی (آزمایش ادرار و خون)، بزرگ شدن شکم و احساس حرکات جنین توسط مادر می باشد.

### روش های آزمایشگاهی تشخیص بارداری

در آزمایش های خون و ادرار، از تغییر میزان هورمونی به نام HCG که از جفت ترشح می شود، برای تشخیص بارداری استفاده می کنند. این آزمایش ها می تواند حتی در اولین روزهای قطع قاعدگی به تشخیص بارداری کمک کند.

**علائم قطعی:** این علائم شامل شنیدن صدای قلب جنین، احساس حرکات جنین توسط فرد معاینه کننده و شناسایی رویان (جنین) در هر زمان از حاملگی با استفاده از سونوگرافی است.

## تغییرات دوران بارداری

### اهداف آموزشی:

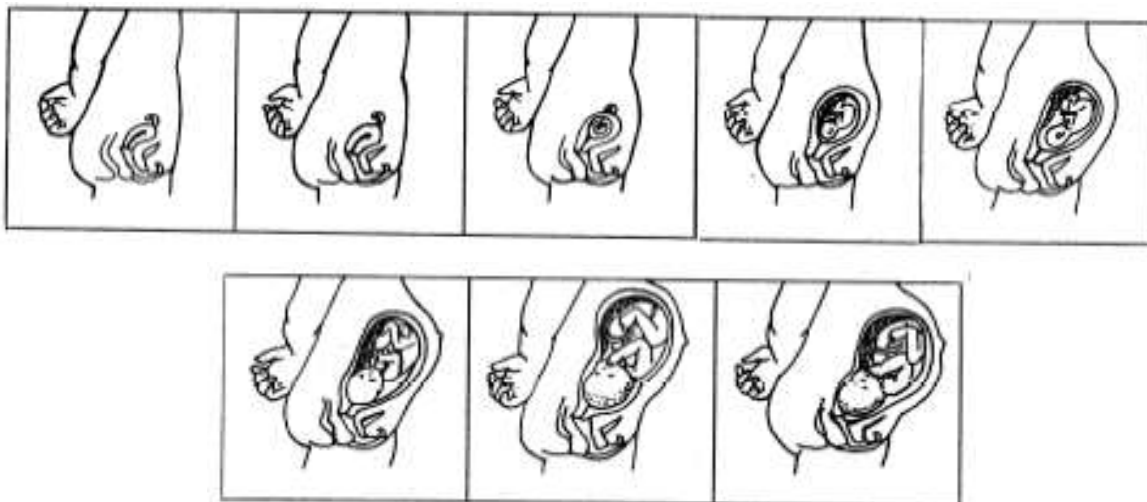
- پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود فراگیر بتواند:
- تغییرات بدن در دوران بارداری را توضیح دهد.

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

**تغییرات رحم:** در طی بارداری اندازه رحم افزایش می‌یابد. وزن رحم در حالت غیر حامله تقریباً ۷۵ گرم و ظرفیت آن حدود ۱۰ میلی لیتر یا کمتر است (کمی کوچکتر از یک مشت بسته) در اواخر بارداری وزن آن به حدود ۱۱۰۰ گرم (بدون در نظر گرفتن وزن جنین) افزایش پیدا می‌کند. در طی ماه‌های اول بارداری، دیواره رحم به طور قابل ملاحظه‌ای ضخیم تر از وضعیت غیر حامله شده ولی با پیشرفت حاملگی دیواره به تدریج نازک می‌شود. در اوائل حاملگی رحم سفتی و مقاومت خود را که مشخصه عضو غیر حامله است، از دست می‌دهد و در ماه‌های بعد به یک کیسه عضلانی با دیواره نرم و نازک تبدیل می‌شود که به راحتی می‌توان جنین را از سطح شکم لمس نمود. نرمی دیواره به صورتی است که امکان حرکات اندام‌های جنین را فراهم می‌کند. و پس از زایمان در مدت چند هفته به اندازه عادی خود برمی‌گردد.

در طی حاملگی، رحم دارای ظرفیت کافی جهت پذیرش جنین، جفت و مایع آمنیونی است، حجم کلی محتویات رحم در پایان حاملگی به طور متوسط حدود ۵ لیتر است.

رحم در هفته‌های اول بارداری در داخل لگن قرار دارد و از هفته ۱۲ به بعد از لگن خارج شده و در هفته ۳۶-۳۸ بارداری تا حد جناغ می‌رسد. پس از آن به علت نزول سر جنین به داخل لگن قله رحم به طرف پایین می‌آید.



**تغییرات پستان:** در بارداری، تغییرات عمده ای در پستان ها اتفاق می افتد. در هفته های اول حاملگی مادر احساس حساسیت در پستان ها دارد. پس از ۸ هفته پستان ها بزرگ شده و با افزایش اندازه آنها، رگ های ظریف از زیر پوست قابل رویت می شوند و نوک پستان ها به طور قابل ملاحظه ای بزرگ تر و رنگشان تیره شده در اواخر بارداری با فشار ملایم انگشتان روی پستان ها مایعی زرد رنگ و غلیظ به نام آغوز (ماک) از نوک آن ها خارج می شود.

### **تغییرات پوست:**

- **ماسک حاملگی:** در بعضی از خانم ها نواحی قهوای رنگ نامنظم با اندازه های متفاوت در روی پوست صورت و گردن ظاهر می شود که به آن ماسک حاملگی می گویند که خوشبختانه معمولاً پس از زایمان ناپدید و یا از شدت آن به طور قابل ملاحظه ای کم می شود.

- **ترک های حاملگی:** در ماه های آخر بارداری، خطوط نواری شکل قرمز رنگ که کمی فرو رفته است به طور شایع در پوست شکم و گاهی در پوست پستان ها و ران ظاهر می شود. این خطوط یا ترک های حاملگی در نیمی از خانم های حامله دیده می شود. در خانم های چند زا، علاوه بر خطوط قرمز رنگ حاملگی فعلی، خطوط سفید نقره ای که اثر خطوط حاملگی های قبلی است، نیز به چشم می خورد.

**تغییرات دستگاه گردش خون:** حجم خون مادر به میزان زیادی در طی حاملگی افزایش می یابد. میزان افزایش خون در افراد مختلف، متفاوت است. افزایش حجم خون باعث تامین نیازهای سوخت و ساز بدن مادر و جنین شده همچنین از اثرات مضر خونریزی های حین و پس از زایمان می کاهد. ضربان نبض در حالت استراحت به میزان ۱۰ تا ۱۵ ضربه در دقیقه در طی حاملگی طبیعی افزایش می یابد. جریان خون در پاها در حین حاملگی کند می شود که با خوابیدن به پهلو و پس از خروج نوزاد به تدریج به حالت طبیعی بر می گردد. رکود خون و افزایش فشار وریدی در اندام های تحتانی از اهمیت زیادی برخوردار است. این تغییرات موجب بروز ورم در پاها بخصوص در اواخر بارداری، ایجاد واریس در وریدهای پا و ولو و بواسیر (هموروئید) می شود.

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

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

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

**تغییرات دستگاه گوارش:** با پیشرفت حاملگی و در اثر بزرگ شدن رحم و تغییرات هورمونی، معده و روده جابجا می شوند و مشخص شده است که زمان تخلیه معده و روده به تاخیر می افتد. یعنی خانم باردار پس از خوردن غذا ممکن است احساس سنگینی کند. در اکثر زنان حامله کند شدن حرکات معده و برگشت غذا به مری سبب سوزش در گلو می شود و اغلب با نفخ معده و یبوست همراه است. لته ها در طی حاملگی، پر خون و نرم می شود، بنابراین در اثر تحریکات جزیی مثل مسواک زدن خونریزی می کند. تورم و پر خونی لته ها پس از زایمان به صورت خود به خودی کم می شود.

**تغییرات وزن بدن:** یکی از تغییرات مهم در زن باردار افزایش وزن است که به علت رشد سریع جنین و جفت و احتیاجات آنها بوجود می آید. قسمت عمده اضافه وزن در زمان حاملگی مربوط به رحم و محتویات آن، پستان ها و افزایش حجم خون و مایع بین سلولی است.

**تغییرات روحی:** بارداری فقط با تغییرات جسمی در زن همراه نیست بلکه از نظر روحی نیز منجر به دگرگونی هایی در زن باردار می شود. این تغییرات روحی در ارتباط با احساسات مادر نسبت به خود، همسر، نوزاد و اطرافیانش می باشد. وضع مالی خانواده و اختلافات زناشویی و ترس از زایمان نیز ممکن است موجب تغییرات شدید روحی بشود. همانطور که بهداشت جسمی در دوران بارداری ضروری و مهم است، بهداشت روانی نیز اهمیت خاصی دارد.

## مراقبت های دوران بارداری و آشنایی با نحوه گرفتن شرح حال و ارزیابی معمول مادر

### اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- مراقبت های دوران بارداری را تعریف کرده و اهمیت آن را بیان کنند.
- دفعات مراقبت های معمول بارداری را برحسب هفته بیان کنند.
- ارزیابی علائم خطر فوری در بارداری را توضیح دهند.
- نحوه گرفتن شرح حال اولیه فرم شروع مراقبت بارداری را توضیح دهند.
- رفتارهای پرخطر در مادر و همسرش را توضیح دهند.
- مراحل ارزیابی مادر باردار را نام ببرند.
- عوارض بارداری در مادر باردار را بررسی نمایند.
- نحوه کنترل حرکات جنین توسط مادر را توضیح دهند.
- همسر آزاری را تعریف نموده و نحوه ارزیابی آن را توضیح دهند.
- اهمیت انجام غربالگری سلامت روان را توضیح دهند.
- نحوه انجام غربالگری سلامت روان را توضیح دهند.

### اهمیت مراقبت های دوران بارداری

همان طوری که در فصل قبل اشاره شد، بدن زنان در اثر حاملگی، دچار تغییرات زیادی می شود که برخی از این تغییرات جهت سازگاری و آماده شدن بدن آنان برای رشد جنین و تولد نوزاد لازم می باشد. در اثر این تغییرات، اغلب مادران در این دوران از مشکلاتی شکایت دارند که گرچه باعث نگرانی آنها می شود ولی برای مادر و نوزاد خطری ندارد و با تولد نوزاد این مشکلات نیز رفع می گردد. اما گاهی تغییرات حاملگی و یا مشکلاتی که برای مادر ایجاد می شود، حالت غیر طبیعی پیدا می کند طوری که جان مادر و جنین و یا هر دو را به خطر می اندازد و گاه عوارض دائمی برای آنان به جا می گذارد. با مراقبت های مستمر و کنترل سیر حاملگی می توان مشکلات و عوارض خطر ساز در این دوره را به موقع تشخیص داده و درمان کرد. در بارداری هر آنچه که برای مادر خطر ساز باشد، در سلامت جنین و نوزاد نیز تاثیر دارد. برای تامین و حفظ سلامت مادر، باید مراقبت های لازم انجام شود.

در واقع مراقبت های دوران بارداری مجموعه ای از معاینات دوره ای و آموزش به مادر است که با تشخیص علائم خطر و ارجاع به موقع برای درمان و در نهایت با آماده کردن مادر برای زایمان از بروز عوارض بارداری و زایمان در مادر، جنین و نوزاد جلوگیری کرده و منجر به کاهش مرگ و میر آنان می شود.

## هدف مراقبت‌های دوران بارداری :

- خطرات و عوارض احتمالی دوران بارداری و زایمان را کم می کند؛
  - مادر را برای انجام زایمان طبیعی آماده می نماید؛
  - با تامین شرایط مناسب تری برای رشد جنین، باعث کاهش برخی عوارض و مشکلات در نوزاد می شود؛
  - منجر به کاهش مرگ و میر مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان شده و مرگ و میر نوزادان در حول و حوش زایمان را نیز کم می کند.
- مراقبت های بارداری باید از همان زمانی که مادر متوجه بارداری خود می شود و پس از اطمینان کارکنان بهداشتی از حاملگی وی (مثبت شدن آزمایش بارداری) شروع و طی ملاقات های معمول بارداری در مقاطع زمانی تعیین شده، ارائه شود.

## ملاقات های بارداری

عموم مردم سن بارداری را به ماه حساب می کنند، ولی پزشکان، ماماها و کارکنان بهداشتی این مدت را به هفته که دقیق تر است، محاسبه می کنند. معمولاً یک بارداری طبیعی حدود ۴۰ هفته طول می کشد. در این مدت مراقبت های لازم باید در ۸ بار ملاقات با مادر (۲ ملاقات در ۲۰ هفته اول و ۶ ملاقات در ۲۰ هفته دوم بارداری) ارائه شود.

زمان ملاقات ها به شرح زیر است که با پیشرفت حاملگی فاصله آنها کم تر می شود:

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

مراقبت هفته ۶ تا ۱۰ بارداری تا هفته ۱۳ بارداری قابل ثبت و تکمیل می باشد. مراقبت ۱۶ تا ۲۰ بارداری از هفته ۱۴ بارداری در لیست مراقبت‌های مادر قرار می گیرد. بنابراین مادرانی که در هفته ۱۴ یا ۱۵ بارداری مراجعه می کنند از مراقبت (۲۰-۱۶) جهت ثبت مراقبت استفاده گردد. همچنین از هفته ۲۱ الی ۲۳ در مراقبت دوم ثبت می گردد.

نکته: سه ماهه اول بارداری را از هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر بگیرید.

### مراقبت های بارداری

مراقبت دوران بارداری به محض تشخیص بارداری و اطمینان از وقوع آن، باید شروع و اولین ملاقات با مادر در ۶ تا ۱۰ هفته اول حاملگی وی انجام شود.

در هر مرحله از بارداری برحسب سن بارداری مادر، باید مراقبت های مشخصی از وی به عمل آید. گرفتن شرح حال دقیق یکی از اصلی ترین راه های تشخیص تغییرات غیرطبیعی مادر و مداخله به موقع و یا در صورت طبیعی بودن تغییرات کمک به سپری شدن بارداری ایمن می کند و نهایتاً "موجب کیفیت بهتر ارائه خدمت در مراقبت های بارداری می گردد. مواردی که در برقراری ارتباط مناسب با مادر باید در نظر گرفت:

- بارداری مادر را تبریک بگویید.
- به مادر باردار و زوجش اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می ماند.
- با دقت به صحبت ها و شکایت ها مادر باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
- نگرش احترام آمیز و صلح جویانه نسبت به مادر باردار و زوجش داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به مادر باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید).

### **تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال:**

اولین مرحله مراقبت های بارداری، ثبت بارداری در سامانه سیب و گرفتن شرح حال و مراقبت از مادر باردار در ملاقات بار اول است.

جهت ثبت بارداری در پرونده الکترونیک مادر، موارد زیر باید تعیین و ثبت شود:

تاریخ LMP، تاریخ آخرین زایمان، نوع بارداری، خواسته ناخواسته، وزن قبل از بارداری، قد، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد بچه های زنده به دنیا آمده.

### وزن پیش از بارداری

وزن پیش از بارداری مهم ترین شاخص جهت تعیین نمایه توده بدنی مادر است و حداکثر می توان وزن تا سه ماه قبل از بارداری را به عنوان وزن پیش از بارداری ملاک عمل قرار داد؛ به شرط این که مادر در طی این سه ماهه تغییرات وزنی واضحی (بیش از حالت معمول) نداشته باشد. ملاک ثبت وزن در پیش از بارداری، ثبت آن توسط تیم سلامت و کارکنان بهداشتی است.

بعد از ثبت بارداری در سامانه ، آیتم های "مراقبت و شرح حال اولیه بارداری" ، اولین مراقبت بارداری (هفته ۶ تا ۱۰) (غیرپزشک) ، غربالگری تغذیه مادران باردار (غیرپزشک) و ایمنسازی بارداری در فهرست مراقبت های انجام نشده مادر قرار می گیرد که باید ارزیابی و تکمیل شوند.

### مراقبت و شرح حال اولیه بارداری

با گرفتن شرح حال اطلاعاتی در موارد زیر بدست می آید:

- خصوصیات فردی
- وضعیت بارداری فعلی
- سوابق بارداری و زایمان های قبلی
- سوابق رفتارهای پرخطر در خود و همسر
- تاریخچه پزشکی وسابقه بیماری های خانوادگی (ابتلاء به بیماری ها و ناهنجاری ها)
- تعداد بارداری

### وضعیت فعلی فرد شامل :

- شغل: در ارزیابی شغل به موارد زیر توجه گردد:  
تعریف: هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد(نقدی، غیرنقدی) صورت گیرد.  
شغل سخت و سنگین عبارتست از :
  - کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشندگان، قالی بافان...)
  - بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
  - تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
  - مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود دمه های فلزات؛
  - کار در محیطهای پر سروصدا، گرم و پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشارخون در زنان باردار گردد.



- اختلال ژنتیکی (مانند تالاسمی، فنیل کتونوری، ...) در خانم یا همسر یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)
  - حاملگی ناخواسته/پیش بینی نشده
  - احتمال حاملگی همزمان با روش پیشگیری (آیودی، مصرف قرص، آمپول و یا پس از انجام TL) را بنا به گفته مادر بررسی کنید. (آگاهی از نظر همسر وی لازم نیست)
- با توجه به اینکه احتمال دستکاری و اقدام به سقط غیر بهداشتی در این گونه بارداری ها بیشتر است جهت حفظ سلامت این مادران، آموزش آنها در مورد خطرات سقط غیر بهداشتی اهمیت زیادی دارد.

- شیردهی همزمان با بارداری
  - ارهانش منفی
  - چند قلبی
  - بررسی استعمال سیگار یا سایر دخانیات (قلیان، ناس و غیره)
  - بررسی مصرف الکل (آبجو، شراب، عرق و غیره)
  - بررسی مصرف داروهای مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات و غیره)
  - بررسی مصرف داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال و غیره)
  - بررسی مواد افیونی غیر قانونی (تریاک، شیر، سوخته، هروئین، کراک هروئین و غیره)، حشیش
  - (سیگاری، گراس، بنگ و غیره) و محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین و غیره)
  - رفتارهای پرخطر در مادر و همسرش:
- سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون

نکته: ابتدا به مراجعه کننده اطمینان دهید که پاسخ ها محرمانه خواهد بود.

### اگر فرد سابقه بارداری داشته باشد باید سوابق بارداری قبلی او بررسی و ثبت شود:

- سابقه پره اکلامپسی/اکلامپسی
- سابقه مول/حاملگی نابجا
- سابقه تاخیر رشد داخل رحمی
- سابقه دیابت بارداری
- سابقه چند قلبی
- سابقه سقط مکرر
- سابقه جراحی بر روی رحم
- سابقه جدا شدن زودرس جفت
- سایر

### اگر فرد زایمان داشته باشد باید سوابق زایمان قبلی او بررسی و ثبت شود:

- تعداد زایمان ها
- تاریخ آخرین زایمان
- سوابق زایمان قبلی را بررسی کنید.
- خونریزی پس از زایمان
- زایمان دیررس
- زایمان زودرس
- زایمان سریع/ سخت
- چند قلوبی
- مرده زایی
- مرگ نوزاد
- نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
- نوزاد با وزن بیشتر از ۴۰۰۰ گرم
- نوزاد ناهنجار یا سقط درمانی به دلیل ناهنجاری
- جفت سر راهی
- سزارین
- سایر

### ابتلاء به بیماری ها و ناهنجاری ها:

تاریخچه پزشکی ابتلا فعلی به بیماری های زمینه ای (دیابت، صرع، فشارخون بالا، سل، کلیوی، آسم، قلبی و....)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، هیپاتیت، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV/ایدز، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم های بالای ۳۰ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر(مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم ویا همسرش، آنمی، ترومبوفیلی، ترومبوآمبولی، مالتیپل اسکلوزیس، فشارخون بارداری، دیابت بارداری، حساسیت دارویی و.... توسط پزشک یا ماما بررسی می گردد.

- سوابق ایمنسازی مادر مطابق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون بررسی و اقدام لازم انجام می شود.

در هر مرحله از بارداری برحسب سن بارداری، مادر باید مراقبت های مشخصی را دریافت کند. قبل از هر گونه اقدامی لازم است علائم خطر فوری در مادر ارزیابی گردد. سپس در صورت نبود علائم خطر فوری، ضمن تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال و معاینه مادر، آزمایش های معمول درخواست و دیگر مراقبت های مورد نیاز ارائه شود.

## ارزیابی علائم خطر فوری:

در هر بار ملاقات، قبل از اقدام به مراقبت، ابتدا باید مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی و ارزیابی کرد.

بدین منظور انجام اقدامات زیر ضروری است:

۱- سوال در مورد خونریزی/ تشنج قبل از مراجعه/ درد شدید یا حاد شکم

۲- بررسی مادر در حال تشنج/ اختلال هوشیاری/ شوک

۳- سوال در مورد پارگی کیسه آب

نکته: پارگی کیسه آب در نیمه دوم بارداری ارزیابی می شود.

- خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)
  - درد شدید یا حاد شکم: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها
  - تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.
  - اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان
  - شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).
  - پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل
- در صورت نداشتن علائم خطر فوری ادامه ارزیابی انجام شود.

## ارزیابی معمول

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

سوال کنید.

اندازه گیری کنید.

معاینه کنید.

### عوارض بارداری را برای فرد بررسی و در صورت وجود نوع آن را تعیین کنید:

در خصوص عوارض بارداری و تغذیه از مادر سوال کنید:

• لکه بینی

• مشکلات ادراری - تناسلی

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

- آبریزش
- استفراغ شدید یا خونی
- خارش پوست
- ضربه (تروما)
- تنگی نفس / تپش قلب
- کاهش / نبود حرکت جنین):
- معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های ۱۶ تا ۲۰ احساس می شود (حدود هفته ۱۶ بارداری در زنان چندزا و از حدود هفته ۱۸ بارداری در زنان شکم اول) و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد.
- تکامل حرکات عمومی بدن جنین ۲۰ تا ۳۰ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود.
- سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است.
- کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ۲۸ بارداری اهمیت دارد.
- بهتر است از مادر بخواهید در این هفته ها یک لیوان شربت قند نوشیده و به پهلو چپ بخوابد تعداد حرکات جنین خود را در دو ساعت شمارش کند و نیز الگویی از حرکات جنین بدست آورد.
- نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان مناسب برای شمارش آن مشخص نشده است.
- در یک روش احساس ۱۰ حرکت در ۲ ساعت طبیعی است و در صورتی که تعداد حرکات جنین به ۱۰ بار نرسد، مادر را ارجاع دهید.
- اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، نیاز به نگر داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیست.
- در روش دیگر الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است.
- اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است.

### سوال کنید (همسر آزاری)

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

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

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

## سوال کنید(علائم روانپزشکی):

وضعیت روانی خانم با ارزیابی علائم زیر و سوالات غربالگری سلامت روان در هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری تعیین می شود:

-علائم خطر فوری روانپزشکی: احساس بی‌زاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی‌قراری شدید، ناامیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی ( گوشه گیری، کاهش ارتباطهای اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجانها و عواطف)

-علائم در معرض خطر روانپزشکی: خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تنش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی‌حوصلگی و کاهش علایم، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز.

غربالگری سلامت روان در هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری صورت می گیرد. قبل از پرسشگری در این بخش به خانم توضیح دهید که «می‌خواهم سوالاتی در زمینه روان شناختی و استرس های شما بپرسم و هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی های اعصاب و روان و به عنوان یک فرایند استاندارد برای تمام مراجعان است.» در خصوص حفظ راز داری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده الکترونیک شما است و کلیه اطلاعات محفوظ است.»

نحوه امتیاز دهی: در این قسمت به پاسخ های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلا و بندرت به ترتیب امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازها می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد. افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان غربال مثبت محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.

در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

نکته: در صورتی که در مراقبت، نمره پرسشنامه ۶ سوالی نزدیک به نمره ارجاع (۸ یا ۹) است، می‌بایست با توجه به مشاهدات بالینی از علایم روانپزشکی در مراقبتهای بعدی نیز به آن توجه کنید.

-در مورد سوالات خودکشی، چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک فوریت روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

غربالگری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلا	امتیاز کل	نمی‌داند
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟	۴	۳	۲	۱	۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی	۴	۳	۲	۱	۰		

							قراری می‌کردید؟
		۰	۱	۲	۳	۴	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟
		۰	۱	۲	۳	۴	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام هر کاری برای شما خیلی سخت است؟
		۰	۱	۲	۳	۴	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟

افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.

در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌دانم/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.  
 نکته: در صورتی که در مراقبت، نمره پرسشنامه ۶ سوالی نزدیک به نمره ارجاع (۸ یا ۹) است، می‌بایست با توجه به مشاهدات بالینی از علائم روانپزشکی، در مراقبت‌های بعدی نیز به آن توجه کنید.  
 • در مورد سوالات خودکشی، چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک فوریت روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

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

### سوال کنید:

- سردرد
- درد شکم
- درد پهلو
- درد یک طرفه ساق و ران

### سوال کنید (شکایت شایع، مکملها و تغذیه)

- شکایت‌های شایع
- مصرف مکمل‌های دارویی
- تغذیه مناسب (مصرف گروه‌های غذایی)

و در پایان ارجاع غیر فوری به پزشک/ماما جهت معاینه فیزیکی، بررسی سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری یا ناهنجاری‌ها و درخواست آزمایش‌های معمول انجام شود.

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

### قسمت اول : اندازه گیری در بارداری

#### اهداف آموزشی:

- انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:
- طریقه وزن کردن و اندازه‌گیری قد مادر باردار را توضیح دهند.
- علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری و نتیجه را تفسیر نمایند.
- سن تقریبی حاملگی را از روی شکم با اندازه‌گیری ارتفاع رحم تعیین نمایند.

زنان باردار بعنوان جزئی از جامعه نیاز به دریافت خدمات بهداشتی در حد مطلوب دارند، چرا که با وارد شدن به این مرحله دوران پرخطری را آغاز می‌کنند که می‌تواند پایان ناخوشایندی همراه با عوارض خطرناک برای خود و جنین داشته باشد. گرفتن شرح حال و انجام صحیح معاینات فیزیکی به بهبود در حصول تشخیص مطمئن بسیار کمک می‌کند تا با مداخله به موقع ، عوارض بارداری را کاهش دهند و در به سلامت به پایان رساندن این مرحله زندگی به مادر باردار کمک نمایند.

#### اندازه گیری وزن:

- کنترل وزن در بارداری از اقدامات ضروری در حفظ سلامت مادر و نوزاد بشمار می‌آید؛ لذا در هر بار مراقبت مادر وزن مادر اندازه‌گیری و با وزن قبلی وی مقایسه می‌شود. توجه به وزن مادر راهنمای خوبی برای تشخیص وضع تغذیه و سیر حاملگی وی می‌باشد.
- وزن گیری کمتر از حد انتظار در بارداری منجر به تولد نوزاد کم‌وزن می‌شود.
- وزن گیری بیش از حد انتظار یا افزایش وزن ناگهانی (افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته) نیز مضر است. این نوع اضافه وزن ناگهانی می‌تواند از نشانه‌های پره‌اکلامپسی باشد.

معمولاً میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری حدود ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است. اگر در این مدت وزن مادر اضافه نشود یا افزایش وزن غیر طبیعی داشته باشد، باید جهت بررسی بیشتر به پزشک ارجاع شود. افزایش ناکافی وزن در بارداری منجر به تولد نوزاد کم وزن می‌شود. این گونه نوزادان بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری‌های عفونی و مرگ زودرس در هفته‌های نخست زندگی هستند و در صورتی که زنده بمانند، پس از طی دوره نوزادی باز هم بیشتر از کودکان دیگر احتمال ابتلاء به انواع بیماری‌ها را دارند. افزایش بیش از حد وزن در بارداری یا افزایش وزن ناگهانی (افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته) نیز مضر است. این نوع اضافه وزن ناگهانی می‌تواند از نشانه‌های پره

اکلامپسی باشد. همچنین مقدار وزن اضافی بر روی ماهیچه های کمر فشار آورده و درد و ناراحتی این ناحیه را بیشتر می کند. از طرفی ممکن است بعد از زایمان، این اضافه وزن، کم نشده و بصورت چربی های ذخیره شده در بدن باقی بماند. بدین ترتیب مشاهده می شود که کنترل وزن در بارداری از اقدامات ضروری در حفظ سلامت مادر و نوزاد او به شمار می آید.

#### نکات مورد توجه در اندازه گیری وزن مادر:

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

### **اندازه گیری قد:**

در مراقبت اول بارداری، قد مادر باید اندازه گیری شود تا از طریق آن بتوان نمایه توده بدنی را محاسبه کرد. برای اندازه گیری قد می توان از ترازوی قد سنج دار و یا از نوار متری که به دیوار و در محل مناسبی نصب شده است، استفاده کرد. مادر باید بدون کفش در مقابل آن بایستد. سپس با خط کش یا مدادی که بر روی سرش در مقابل عدد سانتی متر قرار می گیرد، اندازه قد وی تعیین شود.

#### **نکات مورد توجه در اندازه گیری قد مادر:**

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

### **اندازه گیری علائم حیاتی (فشارخون، تنفس، نبض، درجه حرارت):** در هر بار مراقبت باید فشارخون،

درجه حرارت، نبض و تنفس مادر اندازه گیری شود.

#### **(۱) اندازه گیری و کنترل فشارخون:** یکی از اقدامات لازم در هر بار مراقبت اندازه گیری فشارخون زن باردار

و توجه به تغییرات آن است. میزان فشارخون در بارداری بسیار اهمیت دارد و افزایش تدریجی یا ناگهانی آن اولین علامت مشکلات حاملگی از جمله پره اکلامپسی است. تغییرات فشارخون در زمان بارداری از طریق اندازه گیری و کنترل منظم آن تشخیص داده می شود. با این اقدام بسیار ساده در هر بار مراقبت مادر، می توان از بسیاری از عوارض و مرگ و میر مادران جلوگیری کرد.

برای اندازه گیری فشارخون، مادر باردار در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) قرار گرفته و فشارخون وی از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری شود. چنانچه فشارخون مادر در وضعیت خوابیده اندازه گیری می شود، حتماً باید مادر به یک پهلو دراز بکشد. زیرا در حالت خوابیده به پشت سیاهرگ های بزرگ داخل شکم مادر بوسیله جنین تحت فشار بوده و از بازگشت خون به قلب جلوگیری می شود، بنابراین عدد



واقعی مشخص نمی گردد. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتی فشارخون بالا در حاملگی اطلاق می شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر باشد. زمانی که میزان فشارخون در این حد نیست، ولی نسبت به فشارخون پایه سیستولیک (ماکزیمم) به میزان ۳۰ میلی متر جیوه و دیاستولیک (مینیمم) به میزان ۱۵ میلی متر جیوه افزایش یافته است افزایش تدریجی فشارخون می باشد و نیاز به ارجاع و پیگیری دارد.



۲) اندازه گیری تنفس: تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود. در حالت طبیعی تعداد تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

۳) اندازه گیری دمای بدن: درجه حرارت بدن مادر باردار را باید از راه دهان (زیر زبانی) به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن مادر به میزان ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر تب است.

۴) اندازه گیری نبض: نبض سرعت ضربان قلب را نشان می دهد و در حالت طبیعی تعداد آن ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است. قبل از شمارش نبض لازم است مادر آرام و در حالت استراحت باشد.

**تعیین ارتفاع رحم**: با تعیین ارتفاع رحم از روی شکم، سن تقریبی بارداری مشخص می شود. بدین منظور از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر بار مراقبت ارتفاع رحم اندازه گیری و با سن بارداری مطابقت داده شود. برای معاینه، مثانه باید خالی باشد. سپس مادر به پشت خوابیده و پاها را به طرف شکم خم کرده و کمی باز نگه دارد. سر خانم باید کمی بالاتر از سطح بدن وی باشد. در هفته های ۱۸ تا

۳۲ بارداری می توان ارتفاع رحم را با نوار متری مطابق تصویر زیر اندازه گیری کرد. در این مدت ارتفاع رحم برحسب سانتی متر تقریبا با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. ( یعنی حدود ۱۸ تا ۳۲ سانتی متر معادل سن بارداری ۱۸ تا ۳۲ هفته می باشد).

نکته: در صورت اختلاف بین ارتفاع رحم (عدم تطابق ارتفاع رحم) با سن بارداری بیش از ۳ هفته مادر می بایست به پزشک/ ماما ارجاع داده شود.



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

- در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف قرار دارد.
- در هفته ۲۰ بارداری قله رحم در حدود ناحیه ناف قرار می گیرد.
- هفته ۲۴ بارداری قله رحم در فاصله ۲ انگشت بسته بالای ناف
- هفته ۲۸ بارداری قله رحم در فاصله ۴ انگشت بسته بالای ناف
- هفته ۳۲ بارداری قله رحم بین ناف و جناغ سینه
- هفته ۳۶ بارداری قله رحم در حد جناغ سینه
- هفته ۳۶ تا ۴۰ بارداری به علت پائین آمدن سرجین در حفره لگن (بویژه در شکم اول) قله رحم به حدود هفته ۳۸ بارداری یعنی در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

## قسمت دوم: معاینات در بارداری

### اهداف آموزشی :

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتوانند:

- معاینه شکمی (مانورهای لئوپولد) را بدرستی انجام دهند.
- نحوه سمع صدای قلب جنین را توضیح دهند.
- تعداد ضربان قلب جنین را سمع کرده و بشمارند.
- معاینه چشم مادر باردار را انجام داده و نتیجه را تفسیر نمایند.
- معاینه پوست مادر باردار را انجام داده و نتیجه را تفسیر نمایند.
- معاینه اندام های مادر باردار را انجام داده و نتیجه را تفسیر نمایند.
- زمان انجام معاینه دهان و دندان مادر را بیان کنند.

گرفتن شرح حال و انجام صحیح معاینات فیزیکی به بهروز در حصول تشخیص مطمئن وضعیت مادر بسیار کمک می کند تا با مداخله به موقع ، عوارض بارداری را کاهش دهند و در به سلامت به پایان رساندن این مرحله زندگی به مادر باردار کمک نمایند.

عملکرد بهتر در مراقبت مادران باردار مستلزم داشتن دانش، مهارت و نگرش مناسب نسبت به معاینات مادر است.

**معاینه شکم:** تقریباً بعد از هفته ۳۶ بارداری با لمس شکم مادر باردار می توان وضعیت جنین را در داخل رحم، تعیین و اعضای بدنش را حس کرد. بدین منظور از چهار نوع معاینه با عنوان مانورهای لئوپولد استفاده می شود. قبل از انجام این مانورها مادر باید ادرار کند (مثانه خالی باشد). برای شروع معاینه باید به مادر کمک کرد تا بر روی یک تخت سفت به پشت خوابیده و پاها را به طرف شکم خم کرده و کمی باز نگه دارد.

- سرمادر باید کمی بالاتر از سطح بدن وی باشد.

- فرد معاینه کننده باید در یک سمت مادر بایستد.

- معاینه کننده دست های خود را قبل از معاینه گرم نماید.

- اهداف انجام معاینه را برای مادر توضیح دهد.

قبل از لمس شکم و انجام مانورهای لئوپولد سطح شکم را از نظر تغییرات پوستی، ترک های حاملگی ومحل برش سزارین یا سایر اعمال جراحی مشاهده می نماییم.



مانورهای لئوپولد شامل چهار نوع معاینه (مانور) به شکل زیر است.

**مانور اول:** در این مانور معاینه کننده در کنار تخت می ایستد به گونه ای که نگاه او به طرف صورت خانم باشد و مطابق شکل زیر با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس می کند. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر بصورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.

هدف: تعیین عضو نمایش جنین و قرار جنین



**مانور دوم:** پس از تعیین ته جنین که در قله رحم قرار دارد، معاینه کننده به همان شکل مانور اول طوری که نگاه او به طرف صورت خانم باشد، در کنار او می ایستد و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار می دهد و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار می آورد. در یک طرف شکم ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم برجستگی های لمس می شود که دست و پا و جلو بدن جنین است.

هدف: تعیین قرار و محل قرار گرفتن پشت جنین



**مانور سوم:** در این مانور معاینه کننده به همان شکل مانور اول و دوم در کنار مادر ایستاده و با کمک انگشت شست و چهار انگشت دیگر دست مطابق شکل زیر، قسمت تحتانی شکم مادر را درست در بالای سمفیز پوبیس می گیرد. حال چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود. هدف: تایید قرار، نمایش جنین و میزان ورود سر جنین داخل لگن



بدین ترتیب با انجام این سه مانور سر، ته، پشت و اندام های جنین مشخص شده است.

**مانور چهارم:** برای انجام این مانور، معاینه کننده، طوری قرار می گیرد که نگاه او به طرف پاهای خانم باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، مطابق شکل زیر فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد می کند. چنانچه سر جنین وارد لگن شده باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود، چنانچه سر جنین در لگن ثابت نشده باشد، دو دست به هم می رسند.

با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.

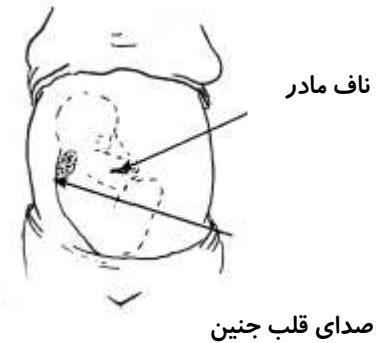
هدف: تعیین ورود سر به داخل لگن و فلکسیون واکستانسیون سر جنین



**شنیدن صدای قلب جنین:** تقریباً از هفته بیستم بارداری به بعد صدای ضربان قلب جنین با گوشی مامایی یا پینارد (وسیله شیپورمانندی که بر روی شکم مادر در محل مناسب قرار می گیرد) شنیده می شود. برای شنیدن صدای قلب جنین در هر بار مراقبت در نیمه دوم بارداری باید ابتدا با انجام مانورهای لئوپولد و لمس شکم، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را روی شکم مادر مشخص کرد، سپس به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب جنین را شمرد. برای شنیدن صدای ضربان قلب جنین باید گوشی مامایی در قسمت پشت جنین و حدود ناف مادر قرار داده شود. از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

تقریباً از هفته ۱۲ بارداری به بعد صدای قلب جنین با سونیکیت شنیده می شود.



گوشی پینارد



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

### نتیجه معاینات را مشخص کنید:

**معاینه چشم:** در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کند.

نحوه قرار دادن گوشی ملتحمه چشم است « رنگ پریدگی شدید » ، به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست



چشم  
طبیعی



زرد  
ی  
چشم



رنگ  
پریدگی  
بستر ناخن



رنگ پریدگی  
کف دست



رنگ پریدگی  
شدید ملتحمه  
چشم



رنگ  
پریدگی  
مخاط دهان



رنگ پریدگی  
زبان

### معاینه پوست:

در هر ملاقات، پوست بدن مادر را از نظر زردی و بثورات پوستی (دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی) مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد.



### معاینه اندام ها:

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



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

لازم به توضیح است که در اکثر زنان باردار ورم مختصری در اطراف قوزک پا مشاهده می‌شود که طبیعی است ولی اگر ورم زیاد شود، معمولاً پوست باد کرده به نظر می‌رسد و گاهی پریده رنگ تر و براق تر و سفت تر از حالت طبیعی است.

با دو انگشت اشاره و میانی فشاری آرام یا محکم به مدت حداقل ۳ ثانیه بر روی پشت قوزک های داخلی و بر روی سطح قدامی ساق پاها وارد کند. (به درد و حساسیت در لمس توجه شود).





بعد از برداشتن فشار در آن قسمت، فرو رفتگی جزئی فوراً بر طرف می شود ولی اگر به آرامی پوست به حالت اولیه برگشت این فرد دچار ادم شده است.

در این افراد اغلب جای فشار لباس ها مثل بند جوراب یا کمربند، یا جای حلقه انگشتر بر روی پوست باقی می ماند. در مراحل پیشرفته تر، ورم در صورت نیز مشاهده می شود.

در صورت بروز ورم در دست و صورت باید مادر باردار جهت کنترل فشار خون تحت نظر قرار گیرد و برای بررسی پره اکلامپسی به پزشک ارجاع داده شود.

اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت، پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد

ورم و درد یک طرفه ساق و ران که ممکن است همراه با سردی و رنگ پریدگی اندام باشد نیز از علائم خطر مهم بارداری است.

در صورت مشاهده ورم دست ها و صورت، ورم و درد یک طرفه ساق و ران مطابق چارت مراقبت های بارداری در مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران اقدام شود.



### معاینه دهان و دندان:

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



- التهاب لثه :متورم، پر خون و قرمز شدن لثه
- جرم دندانی :چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید :از فوریت های شایع دندان پزشکی است .پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها(آبسه )شده و گاهی با فیستول(دهانه خروجی چرک آبسه دندان )همراه شود.
- پوسیدگی دندان :تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

## قسمت سوم : آزمایشات و سونوگرافی در بارداری، تعیین سن بارداری و تاریخ تقریبی زایمان

### اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتوانند:

- زمان انجام آزمایشات و سونوگرافی در دوران بارداری را توضیح دهند.
  - شرایط لازم برای تزریق آمپول رگام را بیان کنند.
  - زمان انجام سونوگرافی در دوران بارداری را توضیح دهند.
  - نحوه تعیین تاریخ مراجعه بعدی مادر باردار را توضیح دهند.
  - سن بارداری را به هفته تعیین نمایند.
  - نحوه تعیین تاریخ تقریبی زایمان را توضیح دهند.
- در دوران بارداری تغییرات طبیعی در بدن اتفاق می افتد که گاه قابل افتراق با بیماری نمی باشد و بر مقادیر آزمایشگاهی نیز تاثیر می گذارد. از طرفی استعداد ابتلا به برخی بیماریها در بارداری افزایش می یابد.
- هدف اصلی از انجام آزمایشات و سونوگرافی در بارداری تشخیص زودرس موارد غیر طبیعی و پیشگیری یا درمان اختلالاتی است که مادر و جنین را تحت تاثیر قرار داده و عاقبت بارداری را تغییر می دهد.

**آزمایش های معمول بارداری:** در دوران بارداری برای تشخیص شرایطی که ممکن است سلامت مادر، جنین و یا نوزاد را به خطر اندازد، انجام برخی آزمایش ها لازم است. تعدادی از این آزمایش ها جزء مراقبت های معمول بارداری می باشد و بعضی از آنها فقط در شرایط خاصی انجام می شود. این آزمایش ها متناسب با سن بارداری در دو نوبت (هفته ۶ تا ۱۰ و هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری) انجام می گیرد.

بهورز بایستی در موعد مقرر جهت درخواست آزمایش مادر را به پزشک یا ماما ارجاع غیرفوری دهد.

آزمایش های معمول در اولین ملاقات بارداری، گروه خونی و ارهاس، شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN، Creatinin، HIV، HBsAg و VDRL و در ملاقات سوم بارداری (بهتر است در هفته ۲۸-۲۴ انجام شود) شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار است.

نکته ۱: نتایج آزمایش ها توسط پزشک یا ماما بررسی می شود.

نکته ۲: در صورتی که قند خون ناشتا در اولین آزمایش مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ بوده است، نیاز به انجام OGTT نیست.

نکته ۳: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، علاوه بر نوبت اول آزمایش HIV، نوبت دوم در ملاقات هفته ۳۱-۳۴ بارداری انجام می شود.

نکته ۴: نوبت اول کومبیس غیر مستقیم را در مادر ارهاس منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن ارهاس همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۴ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۵: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات جهت درخواست آزمایش TSH به ماما یا پزشک ارجاع شود. اعتبار آزمایش های پیش از باردای در صورت طبیعی بودن یک سال است.

نکته ۶: در صورت انجام آزمایش HbsAg پیش از بارداری، نیاز به تکرار آن در بارداری نیست.

نام آزمایش	علامت اختصاری	نام آزمایش	علامت اختصاری
گروه خونی و ارهاس Blood Group	BG/Rh	کراتینین خون Creatinine	Cr
قندخون ناشتا Fast Blood Sugar	FBS	کامل ادرار Urinalysis	U/A
کومبیس غیرمستقیم(نوبت اول) Indirect Coombs test		کشت ادرار Urine Culture	U/C
اوره Blood urea nitrogen	Bun		

نام آزمایش	علامت اختصاری	نام آزمایش	علامت اختصاری
شمارش کامل گلبول خون Cell Blood Count	CBC	هموگلوبین Hemoglobin	HB
حجم متوسط هموگلوبین Mean Corpuscular Volume	MCV	هماتوکریت Hematocrit	HCT
وزن متوسط هموگلوبین Mean Corpuscular Hemoglobin	MCH	پلاکت Platelet	PLT
غلظت متوسط همو گلوبین Mean Corpuscular Hemoglobin concentration	MCHC		

نام آزمایش	علامت اختصاری	نام آزمایش	علامت اختصاری
هورمون تحریک کننده تیروئید	TSH	آزمون تحمل گلوکز خوراکی (برای افراد غیردیابتیک) Oral Glucose Tolerance Test	OGTT
بیماریهای آمیزشی (سیفلیس) venereal disease research laboratory	VDRL		
آنتی ژن هپاتیت ب Hepatitis B surface antigen	HBSAg		

### نکات آزمایشگاهی آزمون تحمل گلوکز خوراکی:

نمونه گیری باید صبح هنگام و پس از حداقل ۸ ساعت ناشتا بودن انجام شود. رژیم غذایی به مدت ۳ روز آزاد و بدون محدودیت بوده (حداقل ۱۵۰ گرم کربوهیدرات در روز) و فعالیت های بدنی نیز بطور معمول صورت گیرد. فرد در طی انجام آزمایش از سیگار کشیدن، فعالیت بدنی، نوشیدن چای یا قهوه و خوردن مواد غذایی خودداری نماید. در افراد سر پایی انجام می شود در افراد بستری و بدون تحرک موجب نتایج نادرست می گردد. ۷۵ گرم گلوکز آنهیدراز در ۳۰۰ سی سی آب حل شده و در مدت ۵ دقیقه باید نوشیده شود. (معمولا تحمل محلول خنک آسانتر است) آزمایش در سه مرحله نمونه گیری خون انجام می شود. نمونه خون اول ناشتا و نمونه خون دوم ۱ ساعت پس از مصرف گلوکز و نمونه خون سوم ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز تهیه می گردد. تذکر ۱: آزمایشات نوبت دوم بهتر است در هفته ۲۴-۲۸ انجام شود

تذکره ۲: آزمایش نوبت دوم HIV (تست تشخیص سریع HIV) در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری صورت می گیرد تا با تشخیص به موقع اچ آی وی از انتقال آن از مادر به کودک پیشگیری شود. پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به کودک را PMTCT گویند. (T= Child, T= To, M= Mother, P= Prevention) (Transmission of HIV)

### تزریق آمپول ایمونوگلوبین آنتی دی:

در خون اکثر افراد عاملی به نام ارهاس (Rh) وجود دارد که به آنها ارهاس مثبت ( $Rh^+$ ) و به گروهی که خون آنها فاقد این عامل است، ارهاس منفی ( $Rh^-$ ) گفته می شود. چنانچه پدر و مادر باهم ناسازگاری خونی نداشته باشند یعنی مادر  $Rh^-$  و پدر  $Rh^+$  باشد و جنین داخل رحم مادر نیز  $Rh^+$  شود، در هنگام زایمان و یا به علت سقط جنین، خون جنین از راه بند ناف وارد خون مادر شده، مادر در مقابل عامل Rh حساس می شود و در خون وی عاملی بر ضد آن به نام پادتن تولید می گردد. حال اگر مادر مجدداً حامله شود و جنین وی  $Rh^+$  باشد، پادتن های تولید شده در خون مادر وارد خون جنین شده و اثرات زیان باری ایجاد می کند.

برای جلوگیری از حساس شدن مادر در مقابل عامل Rh سرم ایمونوگلوبین آنتی دی (رگام) به مادران  $Rh^-$  در طول ۷۲ ساعت اول پس از زایمان و تولد نوزاد  $Rh^+$  تزریق می شود. ضمناً برای تشخیص حساسیت مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت در ملاقات اول و سوم بارداری انجام آزمایش کومبس غیر مستقیم توسط پزشک یا کارشناس مامایی درخواست می شود. در صورت پاسخ منفی آزمایش های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی مادر) در هفته ۲۸-۳۴ تزریق آمپول ایمونوگلوبین آنتی دی توصیه می شود. (که توسط پزشک یا ماما تزریق می گردد.)

در مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت، در صورت ختم بارداری به هر دلیلی پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...) نیز باید آمپول ایمونوگلوبین آنتی دی تزریق شود.

### غربالگری ناهنجاری جنین (مشکلات کروموزومی و نقص لوله عصبی):

گاهها در دوران بارداری برای تشخیص زودرس برخی از ناهنجاریهای جنینی (شایعترین آنها سندرم داون) انجام می شود.

سندرم داون اختلال کروموزومی است که جنین ۴۷ کروموزوم دارد و با افزایش سن مادر خطر وقوع سندرم داون افزایش می یابد.

زمان انجام غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماه اول بارداری در هفته ۱۱-۱۳ بارداری می باشد. در صورت داشتن مشکل ، غربالگری بعدی در سه ماهه دوم بارداری بین هفته ۱۷-۱۵ صورت می گیرد. اگر مادر در غربالگری اول مشکل نداشت نباید غربالگری بعدی را انجام دهد.

غربالگری جنین در سه ماه اول بارداری از طریق آزمایش خون و انجام سونوگرافی NT استاندارد است و در سه ماه دوم بارداری از طریق آزمایش خون می باشد و پس از هفته ۱۸ بارداری توصیه نمی شود. اگر مادر پس از ۱۳ هفته و شش روز و قبل از ۱۷ هفته مراجعه نموده و غربالگری اول را انجام نداده است پس از مشاوره غربالگری سه ماهه دوم درخواست شود.

نتایج غربالگری جنین فقط میزان خطر را بر اساس سه سطح خطر (کم خطر، خطر متوسط و پر خطر) نشان می دهد.

نتایج تستهای تشخیص قطعی مثل آمنیوسنتز (نمونه گیری از مایع آمنیوتیک) یا CVS (نمونه برداری از پرزهای بافت کوریون جفت) ملاک ختم بارداری است.

### سونوگرافی:

سونوگرافی برای بررسی وضعیت جنین، اطمینان از سلامت وی و تعیین سن دقیق بارداری بطور معمول در دو نوبت، نیمه اول (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و نیمه دوم بارداری (هفته ۳۱ تا ۳۴) انجام می شود. هدف از سونوگرافی نوبت اول بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، تعیین سن بارداری و وجود ناهنجاری های واضح در جنین است و در نوبت دوم بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و وجود ناهنجاری ها مد نظر است. دفعات بیشتر سونوگرافی در صورت نیاز و براساس نظر پزشک یا ماما انجام می شود.

اهداف سونوگرافی نوبت اول (هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری)	اهداف سونوگرافی نوبت دوم (هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری)
تعیین سن بارداری	بررسی تعداد جنین و سن بارداری
بررسی تعداد جنین	وضعیت رشد جنین
وضعیت جنین	نمایش جنین
وضعیت محل جفت	وضعیت محل جفت
وجود ناهنجاری های واضح در جنین	میزان مایع آمنیوتیک
جنسیت جنین	وجود ناهنجاری های واضح در جنین

**معاینه فیزیکی:** در دوران بارداری معاینه فیزیکی زن باردار که شامل معاینه چشم، پوست، قلب و ریه، تیروئید، پستانها، شکم و اندامهاست و همچنین بررسی ابتلا به بیماری یا ناهنجاری توسط پزشک و ماما انجام می شود.

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

### تعیین تاریخ مراجعه بعدی مادر:

زمان مراجعه بعدی	زمان مراجعه فعلی	هفته بارداری
۱۰ هفته بعد	هفته‌های ۶ تا ۱۰ بارداری	۶ تا ۱۰
در صورت مراجعه مادر در هفته ۱۶ بارداری، زمان ملاقات بعدی در هفته ۲۴ تا ۲۶ (ترجیحاً ۲۴ بارداری) تعیین شود.	هفته‌های ۱۶ تا ۲۰ بارداری	۱۶ تا ۲۰
۷ هفته بعد	هفته‌های ۲۴ تا ۲۷ بارداری	۲۴ تا ۳۰
۴ هفته بعد	هفته‌های ۲۸ تا ۳۰ بارداری	

زمان مراجعه بعدی	زمان مراجعه فعلی	هفته بارداری
۴ هفته بعد	هفته‌های ۳۱ تا ۳۳ بارداری	۳۱ تا ۳۴
۳ هفته بعد	هفته ۳۴ بارداری	
۳ هفته بعد	هفته ۳۵ بارداری	۳۵ تا ۳۷
۲ هفته بعد	هفته ۳۶ بارداری	
۱ هفته بعد	هفته ۳۷ بارداری	
۱ هفته بعد	هفته‌های ۳۸، ۳۹ و ۴۰ بارداری	۳۸ و ۳۹ و ۴۰

### به چند مثال زیر توجه کنید:

مثال ۱- مادری در تاریخ ۵/۴/۱۴۰۱ مراقبت هفته ۹ بارداری را دریافت کرده است، با توجه به اینکه هفته بارداری مادر بین هفته‌های ۶ تا ۱۰ بارداری است، زمان مراجعه بعدی او بعد از ۱۰ هفته در تاریخ ۱۳/۶/۱۴۰۱ تعیین می‌شود.

مثال ۲- مادری در تاریخ ۱۴۰۱/۶/۳۱ مراقبت هفته ۲۹ بارداری را دریافت کرده است، هفته بارداری او بین هفته‌های ۲۷ تا ۳۰ بارداری است، برای تعیین تاریخ ملاقات بعدی، ۴ هفته به تاریخ مراجعه اضافه می‌شود، بنابراین تاریخ مراجعه بعدی او ۱۴۰۱/۷/۲۸ است.

### محاسبه تاریخ تقریبی زایمان:

برای تعیین تاریخ تقریبی زایمان، به دلیل عدم اطمینان از زمان دقیق لقاح، تاریخ آخرین خونریزی ماهانه زن مبدا قرار می گیرد و به طور قراردادی حاملگی از اولین روز آخرین قاعدگی وی ( Last Menstrual Period = LMP) محاسبه می شود. بر این اساس برای تعیین تاریخ زایمان، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانم را یادداشت کرده، ۷ روز به آن اضافه و سه ماه از آن کم کرده و به تاریخ به دست آمده یک سال اضافه می کنند.

تاریخ تقریبی زایمان را با حروف اختصاری EDC نشان می دهند. (Expected Date of Child birth) از هفته ۲۸ بارداری به تاریخ تقریبی زایمان مادر باید توجه نمود.

**مثال ۱)** اگر تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانمی ۲ آذر ۱۳۹۹ باشد، برای تعیین تاریخ تقریبی زایمان وی بدین گونه محاسبه می شود:

روز ۷ به اولین روز آخرین قاعدگی اضافه می کنیم	روز ۹ = ۷ + ۲
از ماه آذر سه ماه به عقب برمی گردیم	شهریور ماه ۶ = ۳ - ۹
یک سال به سال ۹۹۷ اضافه می کنیم.	سال ۱۴۰۰ = ۹۹ + ۱

بنابراین تاریخ احتمالی زایمان این خانم ۹ شهریور ماه سال ۱۴۰۰ خواهد بود.

**مثال ۲)** اگر تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانمی ۲ اردیبهشت ۱۴۰۰ باشد، تاریخ تقریبی زایمان وی بدین گونه محاسبه می شود:

روز ۷ به اولین روز آخرین قاعدگی اضافه می کنیم.	روز ۹ = ۷ + ۲
۹ ماه به ماه اضافه می کنیم.	بهمن ماه ۱۱ = ۲ + ۹

بنابراین تاریخ احتمالی زایمان این خانم ۹ بهمن ماه سال ۱۴۰۰ خواهد بود.

در مورد خانمهایی که تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی آنها در سه ماه اول سال است، ۷ روز و ۹ ماه به ماه اضافه کرده و زایمان در همان سال اتفاق می افتد و نیاز به افزودن یکسال نیست.

### تعیین سن حاملگی (به هفته):

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



**مثال (۱)** روز و ماه تاریخ مراجعه خانم از روز و ماه تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی بزرگ تر است :

سال	ماه	روز	
۱۳۹۹	۱۲	۱۹	تاریخ مراجعه
۱۳۹۹	۹	۱۲	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
	۳	۷	فاصله دو تاریخ فوق

برای تعیین سن حاملگی وی، فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۳ ماه و ۷ روز به عبارت دیگر ۹۷ روز) بر عدد ۷ تقسیم می کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۱۳ هفته و ۶ روز می شود.

**مثال (۲)** روز تاریخ مراجعه خانم از روز تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی بزرگ تر ولی ماه مراجعه از ماه اولین روز آخرین قاعدگی کوچک تر است:

یک سال از سال مصاحبه کسر و ۱۲ ماه به عدد ماه تاریخ مصاحبه اضافه کنید

سال	ماه	روز	
۱۴۰۰	۲	۱۹	تاریخ مراجعه
۱۳۹۹	۱۴		
۱۳۹۹	۱۲	۱۲	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
	۲	۷	فاصله دو تاریخ فوق

برای تعیین سن حاملگی وی، فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۲ ماه و ۷ روز به عبارت دیگر ۶۷ روز) بر عدد ۷ تقسیم می کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۹ هفته و ۴ روز می شود.

**مثال (۳)** روز تاریخ مراجعه خانم از روز تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی وی کوچک تر ولی ماه مراجعه از ماه اولین روز آخرین قاعدگی بزرگ تر است:

از ماه تاریخ مصاحبه یک ماه کسر و ۳۰ روز به عدد روز تاریخ مراجعه اضافه کنید

سال	ماه	روز	
۱۳۹۹	۱۲	۱۹	تاریخ مراجعه
	۱۱	۴۹	
۱۳۹۹	۱۰	۲۲	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
	۱	۲۷	فاصله دو تاریخ فوق

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

**مثال ۴)** چنانچه روز و ماه تاریخ مراجعه خانم از روز و ماه اولین روز آخرین قاعدگی کوچک تر باشد، یک ماه از ماه تاریخ مراجعه کسر و ۳۰ روز به عدد روز تاریخ مراجعه، اضافه نمائید و سپس ۱ سال از عدد سال کم و ۱۲ را به عدد ماه تاریخ مراجعه اضافه کنید.

برای تعیین سن حاملگی فاصله زمانی بین این دو تاریخ را (۲ ماه و ۲۳ روز به عبارت دیگر ۸۳ روز) و بر عدد ۷ تقسیم می‌کنیم، بنابراین سن بارداری این خانم معادل ۱۱ هفته و ۴ روز می‌شود.

سال	ماه	روز	
۱۳۹۹	۱	۱۵	<b>تاریخ مراجعه</b>
۱۳۹۸	۱۲	۴۵	
۱۳۹۸	۱۰	۲۲	<b>تاریخ اولین روز قاعدگی</b>
	۲	۲۳	<b>فاصله دو تاریخ فوق</b>

**مثال ۵)** برای محاسبه سن بارداری در ۶ ماه اول سال، هر ماه را ۳۱ روز در نظر بگیرید. تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی مادری ۲۲/۴/۹۸ است و در تاریخ ۱۹/۸/۹۸ مراجعه کرده است. فاصله زمانی بین این دو تاریخ ۱۲۰ روز است که بر عدد ۷ تقسیم می‌شود، بنابراین سن بارداری معادل ۱۷ هفته و ۱ روز است.

### نکات مهم:

- الف) اگر مادر Imp خودرामी داند اولویت با گفته مادر است.
- ب) اگر مادر Imp خودرا نمی‌داند باید در اولین فرصت جهت تعیین سن حاملگی اقدام شود.
- ج) اگر بین سن حاملگی بر حسب Imp و سونوگرافی تفاوت باشد:  
بر اساس منابع معتبر علمی برای تعیین سن دقیق حاملگی در صورتی که تا هفته ۱۴ بارداری سونوگرافی انجام شده باشد با توجه به خطای ۵-۳ روز، سونوگرافی ملاک تعیین سن حاملگی است (اگر اختلاف یک هفته باشد)  
و پس از آن در صورتی که بیش از دو هفته بین سونوگرافی و LMP تفاوت باشد برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع شود (ملاک تعیین سن حاملگی تشخیص متخصص است).

## تغذیه صحیح در دوران بارداری، زایمان و دوران شیردهی، آشنایی با شاخص های لازم برای ارزیابی وضعیت تغذیه ای مادران

### قسمت اول : مراقبتهای تغذیه ای در دوران پیش از بارداری

#### اهداف آموزشی:

انتظار می رود پس از مطالعه این درس فراگیران:

- اهمیت تغذیه صحیح قبل از بارداری را شرح دهند
- مراقبتهای تغذیه ای در دوران پیش از بارداری را شرح دهند
- مراقبت های تغذیه ای در شروع بارداری را شرح دهند
- بیماریهای مزمن مرتبط با سوء تغذیه را بیان کنند.
- توصیه های تغذیه ای براساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری را بیان کنند

تغذیه مناسب در تمام مراحل زندگی از دوران جنینی تا سالمندی نقش عمده ای در سلامت انسان دارد و در دوران بارداری به علت حفظ سلامت مادر و سلامت موجودی که در بطن وی پرورش می یابد، اهمیت بیشتری پیدا می کند. جنین مانند هر موجود زنده ای برای رشد و نمو خود نیاز به مواد غذایی، ویتامین ها، املاح و غیره دارد که این نیاز توسط مادر و از طریق جفت تامین می شود. لذا تغذیه زنان در تمام دوران زندگی و از جمله بارداری نقش اساسی در چگونگی رشد و نمو جنین خواهد داشت. با تغذیه مناسب از بروز برخی عوارض مانند سرگیجه، کم خونی، اثرات خونریزی بعد از زایمان جلوگیری می شود، نوزاد با وزن طبیعی متولد شده و احتمال بقاء او در هفته های اول تولد افزایش می یابد و بعد ها در زندگی از سلامت بیشتری برخوردار می شود. مادرانی که تغذیه صحیحی دارند، در شیردهی به نوزاد خود نیز موفق تر خواهند بود. در دوران بارداری مقدار زیادی از ذخایر بدن مادر برای رشد و نمو جنین مصرف می شود. بنابراین غذای روزانه مادر باید حاوی مقدار لازم پروتئین برای رشد و ترمیم نسوج بدن خود و جنین، مقدار لازم چربی و نشاسته برای تولید انرژی، آب، املاح (آهن و کلسیم) و ویتامین ها باشد.

# هرم غذایی ایرانی



اهمیت تغذیه ای در دوران پیش از بارداری:

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

مراقبتهای تغذیه ای در دوران پیش از بارداری:

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

## مراقبت تغذیه ای پیش بارداری در موارد زیر نقش اساسی دارد :

- چاقی
- دیابت
- کم خونی
- لاغری مفرط
- فشارخون بالا
- بارداری در سنین زیر ۱۸ سال
- بارداری با فواصل کمتر از ۳ سال
- ناهنجاری های ناشی از نقص لوله عصبی در نوزاد، مصرف الکل و...

## مراقبت های تغذیه ای در شروع باردای:

- رعایت سه اصل
- تعادل
- تناسب
- تنوع
- قبل از باردار شدن تا حد امکان وزن خود را به محدوده BMI طبیعی برسانند.

## خانمهایی که در شروع بارداری چاق هستند در معرض خطر افزایش:

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

## سایر نکات مهم:

- فاصله ایمن بین بارداری ها حدود سه سال
- سه ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری مصرف قرص اسیدفولیک

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



برخی بیماریهای مزمن مرتبط با سوء تغذیه:

بیماری	عوارض احتمالی	اقدامات ضروری
فشار خون بالا	افزایش احتمال وقوع مرگ و میر جنینی و نوزادی	کنترل فشارخون با رژیم غذایی، دارویی و ورزش قبل و حین بارداری
دیابت مادر	افزایش خطر نقایص جنینی زمان تولد خصوصاً نقایص مادر زادی قلب و سیستم اعصاب مرکزی	کنترل قند خون با رژیم غذایی یا دارویی و ورزش قبل و حین بارداری
فنیل کتونوری <sup>(۳)</sup> (PKU)	افزایش تولد نوزاد میکروسفال و عقب مانده ذهنی	رژیم درمانی و اندازه گیری سطح فنیل آلانین خون قبل و حین بارداری

بیماری	عوارض احتمالی	اقدامات ضروری
چاقی	افزایش خطر نقایص جنینی زمان تولد خصوصاً نقایص مادر زادی قلب و سیستم اعصاب مرکزی	کاهش وزن قبل از بارداری و کنترل اضافه وزن حین بارداری

### توصیه های تغذیه ای برای خانم های لاغر:

- استفاده از گروههای اصلی غذایی
- رعایت تنوع غذایی
- علاوه بر سه وعده اصلی غذایی از ۲ یا ۳ میان وعده استفاده کنند.

### توصیه های تغذیه ای برای خانمهای دارای اضافه وزن:

- کاهش مصرف قند و شکر
- کاهش مصرف کربوهیدراتها
- استفاده از نان سبوس دار
- استفاده از لبنیات کم چرب
- استفاده از گوشت کم چرب
- استفاده از روغن های مایع گیاهی
- مصرف غذاها به شکل آب پز و بخار پز و یا تنوری
- پرهیز از مصرف غذاهای پرچرب و سرخ شده

## قسمت دوم : تغذیه صحیح در دوران بارداری

### اهداف آموزشی:

- انتظار می رود پس از مطالعه این درس فراگیران:
- سهم های غذایی دوران بارداری را بیان کنند.
- اهمیت تغذیه صحیح در دوران بارداری را شرح دهند.
- عوامل مستعد کننده سوء تغذیه در بارداری را شرح دهند.
- توصیه های تغذیه ای برای مادران باردار دچار سوءتغذیه ولاغرا بیان کنند.
- توصیه های تغذیه ای برای مادران باردار دچار اضافه وزن و چاق را بیان کنند .
- نکات کلیدی ومهم مواد غذایی غیر مجاز را توضیح دهند.

### گروه های اصلی غذایی عبارتند از:

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

گروه نان و غلات: مواد غذایی این گروه منبع خوبی برای تولید انرژی است مانند انواع نان (مخصوص نان سبوس دار)، برنج، ماکارونی، رشته، گندم، جو، ذرت. مقدار توصیه شده از این گروه ۷ تا ۱۱ سهم در روز است و هر یک سهم به طور مثال برابر یک برش از نان سنگک، تافتون یا بربری به اندازه یک کف دست (تکه نان در ابعاد ۱۰×۱۰ سانتی متر مربع یا حدود ۳۰ گرم) یا ۴ برش نان لواش یا یک لیوان غلات پخته و یا نصف لیوان غلات خام است.

توجه:

- مخلوط غلات و حبوبات مانند عدس پلو و لوبیا پلو، عدسی با نان منبع خوبی از پروتئین برای مادر باردار است.

- مصرف برنج به صورت کته بیشتر توصیه می شود.

گروه میوه ها و سبزی ها: این گروه شامل انواع سبزی ها مثل کاهو، هویج، گوجه فرنگی، سیب زمینی، جعفری و انواع میوه های تازه و خشک (توت خشک، کشمش، انجیر و ...) است که تامین کننده ویتامین ها و مقداری آهن مورد نیاز بدن هستند.

یکی از مهم ترین ویتامین های مورد نیاز بدن ویتامین ث است. مصرف سبزیجات و میوه جات بصورت تازه این ویتامین را برای بدن تامین می کند. زیرا طبخ این مواد ویتامین ث را از بین می رود.

مقدار میوه توصیه شده از میوه های مختلف، ۳ تا ۴ سهم در روز است که هر یک سهم به طور مثال معادل یکی از مقادیر زیر است:

یک عدد سیب، یک عدد پرتقال یا موز متوسط، نصف لیوان کمپوت یا میوه پخته، ۳ عدد زردآلو، نصف لیوان حبه انگور، یک چهارم طالبی متوسط، نصف لیوان آب میوه، یک سوم لیوان آب لیمو ترش، ۲ قاشق غذاخوری میوه خشک یا برگه.

مقدار توصیه شده از انواع سبزی شامل سبزیجات برگه، هویج، گوجه فرنگی، کدو، سیب زمینی و ... به طور متوسط ۴ تا ۵ سهم در روز است که هر یک سهم به طور مثال معادل: یک لیوان سبزی خام برگ دار، سالاد سبزیجات و یا نصف لیوان سبزی پخته می شود.

شیر و فرآورده های آن مانند پنیر، ماست، کشک: مصرف مواد این گروه غذایی هم در سلامت و استحکام استخوان ها و دندان ها و حفظ ذخیره کلسیم بدن مادر موثر است و هم برای استخوان بندی جنین و شکل گیری و استحکام دندان های او در آینده ضروری است. علاوه بر کلسیم این گروه دارای مواد مغذی دیگری مثل فسفر، پروتئین و ویتامین های «آ» و «ب» است. روزانه حداقل مصرف ۳ تا ۴ سهم از مواد این گروه توصیه می شود. هر سهم معادل یک لیوان شیر، یک لیوان ماست، ۶۰-۴۵ گرم پنیر کم چرب (برابر دو قوطی کبریت)، یک لیوان کشک و یا ۱/۵ لیوان بستنی می باشد.

گوشت و جانشین های آن: این گروه غذائی پروتئین و آهن بدن را تامین می کند و مواد غذائی موجود در این دسته برای خون سازی، تکامل سیستم عصبی و رشد جنین و نیز رشد و ترمیم اعضای بدن مادر



(رحم، پستان ها) لازمند. مانند انواع گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، دل و جگر، انواع مغزها (گردو، بادام، پسته، فندق ... )، انواع حبوبات (عدس، لوبیا، نخود و ...) مقدار توصیه شده از مود این گروه حدود ۳ سهم در روز است. هر سهم معادل ۶۰ گرم گوشت قرمز یا ماهی یا مرغ، نصف لیوان حبوبات خام یا یک لیوان حبوبات پخته، دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان از انواع مغزهاست.

در مناطق مختلف عقاید و رسوم غذایی متفاوتی وجود دارد. لازم است با شناخت آنها، رسوم و عقایدی که از نظر تغذیه و بهداشت مفید است تشویق و اعتقادات و باورهای غلط تغذیه‌ای با آموزش های مناسب، اصلاح شود.

در برنامه غذای روزانه خانم باردار وجود همه گروه های غذایی با رعایت تنوع و تعادل در مصرف آن ضروری است. در صورتی که تغذیه مادر باردار در دوران بارداری مناسب باشد، افزایش وزن روند مطلوبی خواهد داشت. وزن گیری ناکافی با کاهش رشد و تولد زودرس جنین ارتباط مستقیم دارد. نقص لوله عصبی در نوزادان مادران چاق بیشتر دیده می شود.

وزن گیری زیاد دوران بارداری در چاقی دوران کودکی و بیماری های متابولیک سال های بعد زندگی و نیز اضافه وزن و چاقی بعد از زایمان مادر نیز تأثیر دارد. توصیه های مربوط به افزایش وزن مطلوب دوران بارداری یکی از اقدامات اساسی در مراقبت های این دوران است که باید در اولین مراجعه و پس از تأیید حاملگی مادر ارائه شود. مادران باردار در هر شرایط تغذیه ای که باشند (کم وزن، طبیعی، دارای اضافه وزن و یا چاق) باید افزایش وزن مناسبی داشته باشند لازم است میزان افزایش وزن مادر باردار تحت نظر کارکنان بهداشتی، کارشناس تغذیه، ماما یا پزشک پایش شود.

### سوء تغذیه در زنان باردار:

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

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

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

### توصیه های تغذیه ای برای خانم های باردار لاغر:

- انتخاب و مصرف مواد غذایی مناسب در وعده های اصلی
- استفاده از میان وعده های مغذی مانند انواع مغزها

استفاده از ۲ راهکار:

- مقوی کردن
- مغذی کردن غذا

### روشهای افزایش اشتهاى مادران باردار لاغر:

- کشیدن غذا در بشقاب بزرگتر
- استفاده از سبزی های رنگی در غذا به منظور زیبا نمودن غذا و افزایش اشتها
- استراحت کافی در طول روز
- جلب حمایت همسر و اعضای خانواده
- در این زمینه مشاوره با همسر و سایر اعضای خانواده باید انجام شود

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

- کاهش مصرف غذاهای پرکالری
- کاهش مصرف چربی
- مصرف شیر و مواد لبنی کم چرب
- کاهش مصرف مواد قندی و نشاسته ای
- افزایش مصرف مواد پروتئینی
- افزایش مصرف منابع غذایی حاوی فیبر
- اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه ای نامناسب
- تحرک کافی از طریق پیاده روی منظم روزانه در صورت نداشتن ممنوعیت پزشکی

### اصلاح عادات و رفتارهای تغذیه ای:

- در حالت نشسته و در یک مکان ثابت و دائمی غذا بخورند.
- پنج دقیقه قبل از صرف ناهار یا شام یک لیوان آب بنوشند.
- قبل از صرف غذا، سالاد میل کنند.
- سعی کنند وعده های اصلی غذا را حذف نکنند.
- سر سفره غذا، تنها از یک نوع غذا میل کنند.
- از میوه های و سبزی های تازه به عنوان میان وعده استفاده شود.
- غذا را در ظرف کوچکتري بکشند تا مقدار کمتری غذا بخورند

- مواد غذایی را در جایی دور از معرض دید نگهداری نمایند.
- از خرید و مصرف تنقلات غذایی کم ارزش خودداری کنند.
- از خرید و نگهداری شیرینی و شکلات در منزل خودداری کنند.
- پس از صرف غذا بلافاصله سفره را ترک کنند.
- غذا را آهسته و با آرامش میل کنند.
- تا حد امکان از سرخ کردن مواد غذایی اجتناب کنند.
- خوردن آجیل و انواع تخمه که حاوی چربی زیادی است را محدود کنند.

### نکات کلیدی و مهم مواد غذایی غیرمجاز:

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

## قسمت سوم : مکملهای دارویی و غربالگری تغذیه ای مادر باردار

### اهداف آموزشی:

- انتظار می رود پس از مطالعه این درس فراگیران:
- اهمیت مکملهای دارویی را بیان کنند.
- نحوه مصرف مکملهای دارویی در بارداری را شرح دهند.
- معیارهای الگوی تغذیه را بیان کنند.
- براساس غربالگری تغذیه ای مادر باردار امتیاز تغذیه را محاسبه نمایند.

## مکمل‌های دارویی:

۱- اسید فولیک

۲- آهن

۳- مولتی ویتامین مینرال

۴- ید

۵- ویتامین D

**مصرف مکمل‌های غذایی:** مصرف مقدار کافی مواد غذایی حاوی کلسیم، آهن، پروتئین، ویتامین‌ت و همچنین اسید فولیک در دوران بارداری سلامت مادر و جنین را تامین می‌کند. ولی از آنجایی که افزایش نیاز بدن زن باردار به برخی از این مواد مانند آهن صرفاً با مصرف مواد غذایی تامین نمی‌شود، مصرف مکمل‌های غذایی شامل آهن، مولتی ویتامین، ویتامین D و اسید فولیک و ید در بارداری ضرورت دارد.

**آهن** ماده‌ای است که کمبود آن در بارداری می‌تواند منجر به کم‌خونی مزمن در مادر، محدودیت رشد جنین، زایمان زودرس، کم‌وزنی و نارسایی جنین شود. مشکلات ناشی از خونریزی پس از زایمان در مادران کم‌خون نیز بیشتر است. زنان در سنین باروری، بویژه در دوران حاملگی (به علت افزایش حجم خون و از دست دادن خون در حین و پس از زایمان) بیشتر در معرض خطر کم‌خونی ناشی از کمبود آهن هستند و نیازشان به آهن بیشتر از دیگران است و این نیاز در سه ماهه دوم و سوم بارداری افزایش می‌یابد لذا خانم‌های باردار باید از شروع هفته ۱۶ بارداری (شروع ماه چهارم) تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد قرص آهن مصرف کنند. مصرف منابع غنی از آهن نیز در دوران بارداری و شیردهی بسیار ضروری است. موادی مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، جگر، زرده تخم مرغ، حبوبات و سبزیجاتی با برگ سبز تیره مانند اسفناج و جعفری منابع خوبی از آهن هستند. انواع مغزها مانند گردو، بادام و انواع خشکبار مثل توت خشک، کشمش نیز دارای آهن می‌باشد.

فرآورده‌های آهن را نباید به همراه شیر، چای، قهوه، دم کرده‌های گیاهی و داروهای ضد اسید معده مصرف کرد.

با مصرف قرص آهن احتمال بروز عوارضی مثل تهوع، درد معده و سایر عوارض گوارشی وجود دارد. لذا توصیه می‌شود برای کاهش این عوارض، قرص آهن بعد از غذا و قبل از خواب خورده شود. ضمناً با مصرف آهن رنگ مدفوع تیره می‌شود.

**اسید فولیک** ماده‌ای است که مصرف آن بخصوص در سه ماه اول حاملگی برای رشد سیستم عصبی جنین لازم است و از نقص مادرزادی سیستم عصبی در نوزاد جلوگیری می‌کند. بدین منظور همراه با مصرف مواد غذایی غنی از آن، مصرف روزانه ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک از ابتدا تا پایان بارداری لازم است. سبزی‌های برگ تیره مثل اسفناج و انواع سبزی خوردن، حبوبات، جگر، ماهی و پرتقال منبع خوبی برای اسید فولیک می‌باشند.

مصرف قرص اسید فولیک (۱mg) از سه ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری به صورت یک روز در میان یک عدد یا یک قرص یدوفولیک (حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۵۰۰ میکروگرم اسید فولیک) روزانه توصیه می شود.

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

ید: با توجه به نقش ید در متابولیسم بدن و تولید انرژی و نیز تکامل مغز جنین، میزان ید مورد نیاز در دوران بارداری افزایش می یابد به طوری که کمبود ید در دوران بارداری منجر به عقب ماندگی ذهنی، هیپوتیروئیدی و گواتر و در شکل شدید آن کرتینیسم در نوزاد می گردد. با توجه به اینکه در کشور ما غذاهای گیاهی و حیوانی از نظر ید فقیر هستند، برای پیشگیری از کمبود ید در بارداری مصرف نمک یددار تصفیه شده (در مقدار کم) در طبخ غذا لازم است.

در دوران بارداری مادر نیاز به ۱۵۰ میکروگرم ید دارد که بخشی از آن با مصرف کم نمک یددار تصفیه شده و بخشی دیگر با استفاده از مکمل ید تامین می شود.

در این راستا مکمل ید بصورت ترکیب با اسید فولیک بنام یدوفولیک تولید شده است.

کلیه زنانی که قصد بارداری دارند از ۳ ماه قبل بارداری و یا به محض اطلاع از بارداری روزانه یک عدد مکمل یدوفولیک که حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۵۰۰ میکروگرم اسیدفولیک می باشد تا شروع هفته ۱۶ بارداری داده شود.

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

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

قرص یدوفولیک برای کلیه بیماران تیروئیدی که لووتیروکسین مصرف می کنند، بلامانع است. در مورد مادرانی که پرکاری تیروئید دارند، مصرف آن توصیه نمی شود. در این مادران مصرف مولتی ویتامین حاوی ید نیز ممنوع است.

**ویتامین D:** اثرات ویتامین D در بارداری شامل :

- افزایش عملکرد ایمنی و تکامل مغز می باشد.
- شواهد نشان می دهد سطوح پایین ویتامین D در طی بارداری فرد را مستعد ابتلا به پره اکلامپسی می کند.
- کمبود ویتامین D در مادر باهیپوکلسمی نوزادی و هیپوپلازی مینای دندان در کودکی، ارتباط دارد.

نتایج دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی ها، حاکی از شیوع بالای کمبود ویتامین "د" در گروه های سنی مختلف می باشد. این مطالعه نشان داد که ۸۵٪ مادران باردار در سراسر کشور در معرض کمبود و یا دچار کمبود شدید ویتامین "د" می باشند.

شواهد موجود نشان می دهد که سطوح پایین ویتامین "د" در طی بارداری مادر را مستعد ابتلا به پره اکلامپسی می کند. همچنین کمبود این ویتامین در مادر با هیپو کلسمی نوزادی و هیپوپلازی مینای دندان در کودکی، ارتباط دارد.

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

در صورت مصرف بیش از حد ویتامین "د" (بیش از ۲۰۰۰ واحد در روز) علائم مسمومیت بروز می کند از جمله : بیبوست، ضعف، خستگی، خواب آلودگی، سردرد، کاهش اشتها، پرنوشی، خشکی دهان، تهوع و استفراغ.

برای پیشگیری از کمبود ویتامین "د" در زنان باردار، لازم است مطابق با دستورالعمل مکمل یاری روزانه مادران باردار ( 1000 واحد روزانه) اقدام شود.

این مقدار ویتامین می تواند به صورت مجزا و یا از پایان هفته شانزدهم بارداری در قالب مولتی ویتامین دوران بارداری مورد استفاده قرار گیرد.

### معیار الگوی تغذیه :

۱. مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟

گزینه اول : بندرت/ هرگز      گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد      گزینه سوم : ۳ واحد یا بیشتر

۲. مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟

گزینه اول : بندرت/ هرگز      گزینه دوم: کمتر از ۴ واحد      گزینه سوم: ۴ واحد

۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟

گزینه اول : بندرت/ هرگز      گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد      گزینه سوم: ۳ تا ۴ واحد

۴- آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟

گزینه اول: همیشه      گزینه دوم: : گاهی      گزینه سوم: بندرت /هرگز

۵- چقدر فست فود / نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟

گزینه اول : هفته ای ۲ بار یا بیشتر      گزینه دوم : ماهی ۱-۲ بار      گزینه سوم : بندرت/ هرگز

۶- از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟

گزینه اول : فقط روغن نیمه جامد یا حیوانی      گزینه دوم : تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد

گزینه سوم : فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

## نحوه محاسبه امتیاز الگوی تغذیه :

گزینه اول = ۰ امتیاز      گزینه دوم = ۱ امتیاز      گزینه سوم = ۲ امتیاز      بیشترین امتیاز = ۱۲ امتیاز

## غربالگری تغذیه ای مادران باردار :

### دستور عمل نحوه امتیازدهی و تعیین الگوی تغذیه:

**مصرف روزانه میوه:** اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمیکنند یا گاهی به ندرت مصرف می کنند، امتیازی کسب نخواهد کرد.

اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳سهم میوه مصرف می کنند، یک امتیاز کسب خواهد نمود و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۴ سهم یا بیشتر میوه مصرف میکنند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.  
**مصرف روزانه سبزی:** اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمیکنند یا گاهی به ندرت مصرف می کنند، امتیازی کسب نخواهد کرد.

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

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

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

اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳سهم شیر و لبنیات مصرف میکنند، یک امتیاز کسب می نماید

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

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

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

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

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

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

اگر عنوان کند که هرگز در طول یک ماه از فست فود یا نوشابه های گازدار استفاده نمیکنند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

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

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

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

### معیارهای تصمیم گیری برای خدمت یا ارجاع:

۱- BMI قبل از بارداری و روند وزن گیری

۲- Z Score

۳- امتیاز بدست آمده از سوالات ارزیابی

۴. معیارهای تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع:					
۱- BMI قبل از بارداری و روند وزن گیری ۲- Z Score ۳- امتیاز بدست آمده از سوالات ارزیابی					
۵. نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع بر اساس نمایه توده بدنی، Z Score و امتیاز به دست آمده از سوالات ارزیابی:					
* کلیه مبتلایان به بیماری های دیابت و پره دیابت، دیس لیپیدمی، پرفشاری خون و چاقی پس از غربالگری توسط مراقب سلامت، ابتدا جهت انجام مراحل درمانی به پزشک ارجاع می شود. سپس از طرف پزشک جهت دریافت مراقبت تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع و پیگیری خواهند شد.					
شاخص ارزیابی	طبقه بندی		وضعیت نمایه توده بدنی	امتیاز الگوی تغذیه	شرح ارجاع
	بیشتر از ۱۹ سال: BMI	کمتر از ۱۹ سال: Z Score			
قبل از بارداری	< ۱۸/۵	کمتر از -۱	کم وزن (لاغر)	هر امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه توصیه های کلی تغذیه توسط مراقب سلامت</li> <li>ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی</li> <li>ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای</li> <li>ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه</li> <li>پی گیری فرد دو هفته بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)</li> <li>انجام مراقبت ها مطابق بسته خدمت</li> </ul>
	۱۸/۵ - ۲۲/۹	بین -۱ تا +۱	طبیعی	۱۲	تشویق فرد و ادامه مراقبت
				۷-۱۱	<ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش توسط مراقب سلامت</li> <li>در صورت بر طرف نشدن مشکل پس از ۲ هفته، ارجاع به کارشناس تغذیه</li> </ul>
				۶-	ارجاع به کارشناس تغذیه جهت دریافت مشاوره
				هر امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش توسط مراقب سلامت</li> <li>در صورت بر طرف نشدن مشکل پس از ۲ هفته، ارجاع به کارشناس تغذیه</li> </ul>
			بیشتر از +۱ تا +۲	بیشتر از +۲	<ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه توصیه های کلی تغذیه توسط مراقب سلامت</li> <li>ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی</li> <li>ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای</li> </ul>



## رسم و تفسیر نمودار وزن گیری در بارداری

### اهداف آموزشی:

- انتظار می رود پس از مطالعه این فصل فراگیران:
- نمودار وزن گیری مادر باردار را بطور صحیح ترسیم نمایند.
- نمودار وزن گیری مادر باردار را بطور صحیح تفسیر نمایند.
- نمایه توده بدنی مادر باردار را با توجه به زمان اولین ملاقات تعیین و محاسبه نمایند.
- معیارهای وزن گیری نامناسب در مادران باردار را شرح دهند.
- مهم ترین علل وزن گیری نامناسب در بارداری را شرح دهند.
- موارد ارجاع مادر به کارشناس تغذیه را بیان نمایند.
- نمایه توده بدنی را بصورت صحیح محاسبه نمایند.
- روند وزن گیری مادر باردار توضیح دهند.
- میزان وزن گیری برای مادرهای باردار (تک قلوئی بالاتر از ۱۹ سال) را بصورت صحیح محاسبه نمایند.
- میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار (تک قلوئی زیر ۱۹ سال) را بصورت صحیح محاسبه نمایند.
- میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار (دوقلو را شرح دهند.

پس از مشخص شدن محدوده وزن گیری براساس نمایه توده بدنی (BMI) لازم است در هر ملاقات معمول بارداری، طبق برنامه کشوری مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، نمودار وزن گیری ترسیم شود. به جدول وزن گیری به منظور بررسی روند وزن گیری مادر در سامانه سیب دقت شود. نمودار وزن گیری به منظور بررسی روند وزن گیری مادر باردار و شناسایی مادران با میزان وزن گیری ناکافی و یا اضافی، برای انجام مداخلات بعدی به کار می رود.

در جدول وزن گیری، سن بارداری برحسب هفته بر روی محور افقی (محور Xها) و میزان وزن گیری برحسب کیلوگرم بر روی محور عمودی (محور Yها) نشان داده شده است. روی محور عمودی، عدد صفر به معنای شروع وزن گیری در ابتدای بارداری است. خطوط بالاتر از آن با اعداد مثبت، میزان «وزن گیری» را نشان می دهد و خطوط پایین تر با اعداد منفی، میزان «کاهش وزن» را مشخص می کند. فاصله بین خطوط، محدوده وضعیت وزن گیری مادر بر اساس نمایه توده بدنی را تعیین می کند.

برای تعیین میزان افزایش وزن مطلوب در بارداری از شاخصی به نام نمایه توده بدنی به اختصار BMI (Body Mass Index) استفاده می شود. این شاخص را با اندازه گیری وزن و قد و ترسیم این اندازه ها بر روی نمودار نوموگرام تعیین می کنند. همچنین با فرمول: وزن برحسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد برحسب متر نیز می توان شاخص فوق را محاسبه کرد. این شاخص در ۱۲ هفته اول بارداری ارزش دارد.

### مادران بر اساس نمایه توده بدنی به چهار گروه تقسیم می شوند:

- ۱- مادران لاغر (نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵): میزان وزن گیری ۱۸-۱۲/۵ کیلوگرم در طی بارداری
  - ۲- مادران با وزن طبیعی (نمایه توده بدنی ۱۸/۵ تا ۲۴/۹): میزان وزن گیری ۱۶-۱۱/۵ کیلوگرم در طی بارداری
  - ۳- مادران با اضافه وزن (نمایه توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹): میزان وزن گیری ۱۱/۵-۷ کیلوگرم در طی بارداری
  - ۴- مادران چاق (نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر): میزان وزن گیری ۹-۵ کیلوگرم در طی بارداری
- میزان افزایش وزن برای مادران (بالاتر از ۱۹ سال) در بارداری تک قلویی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

رنگ ناحیه BMI	وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg m <sup>2</sup>	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	کم وزن	< ۱۸/۵	۱۲/۵-۱۸	۰/۵
سبز	طبیعی	۱۸/۵-۲۴/۹	۱۱/۵-۱۶	۰/۴
نارنجی	اضافه وزن	۲۵-۲۹/۹	۷-۱۱/۵	۰/۳
قرمز	چاق	≥ ۳۰	۵-۹	۰/۲

#### نکته:

- الف)** افزایش وزن در سه ماهه اول بارداری در حدود ۰/۵ تا ۲ کیلوگرم می باشد.
- ب)** افزایش وزن مناسب جهت مادران دارای نمایه توده بدنی ۳۵ یا بیشتر باید توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.
- ج)** در زنان کوتاه قد (کمتر از ۱۵۰ سانتی متر) افزایش وزن باید در محدوده حداقل میزان دامنه ارائه شده باشد.

الگوی وزن گیری مهم است. افزایش وزن باید تدریجی باشد. این افزایش وزن به طور متوسط طی سه ماهه دوم و سوم در مادران کم وزن ۰/۵ کیلوگرم، مادرانی که وزن طبیعی دارند ۰/۴ کیلوگرم، مادرانی که دارای اضافه وزن هستند، حدود ۰/۳ کیلوگرم و در مادران چاق ۰/۲ کیلوگرم در هفته می باشد. بطور متوسط در سه ماهه اول کمترین مقدار (۲-۵/ کیلوگرم)، در سه ماهه دوم ۳-۴ کیلوگرم و در سه ماهه سوم بیشترین مقدار (۴-۵ کیلوگرم) افزایش وزن وجود دارد.

### میزان افزایش وزن برای مادران نوجوان زیر ۱۹ سال

- برای قضاوت درباره وضعیت وزن مادر نوجوان، ابتدا نمایه توده بدنی (BMI) قبل از بارداری را محاسبه و براساس جدول (Z-scores) تعیین می کنیم که مادر در کدام محدوده قرار دارد.
- مثال: در یک مادر ۱۸ ساله (۲۱۶ ماهه)، اگر BMI برابر ۱۷ باشد مقدار BMI کمتر از ۱- است
  - یعنی مادر کم وزن است (این قسمت در جدول نشان داده نمی شود)

- اگر BMI ۲۳ باشد، مقدار BMI بین (Z-scores) -۱ و +۱ قرار دارد و وزن این مادر طبیعی است (منطقه مشخص شده با رنگ زرد در جدول زد اسکور).
- چنانچه BMI همین مادر ۲۶ باشد، BMI بین (Z-scores) +۱ تا +۲ قرار گرفته است که به معنی اضافه وزن می‌باشد (منطقه مشخص شده با رنگ نارنجی در جدول زد اسکور)
- اگر BMI بیشتر از ۵/۲۹ باشد مثلاً ۳۱ باشد BMI بیش از (z-scores) +۲ بوده و مادر چاق است (این قسمت در جدول نشان داده نمی‌شود).

جدول شماره ۲: زد اسکور (Z-score) نمایه توده بدنی (BMI) برای سن دختران ۱۹-۱۲ ساله

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

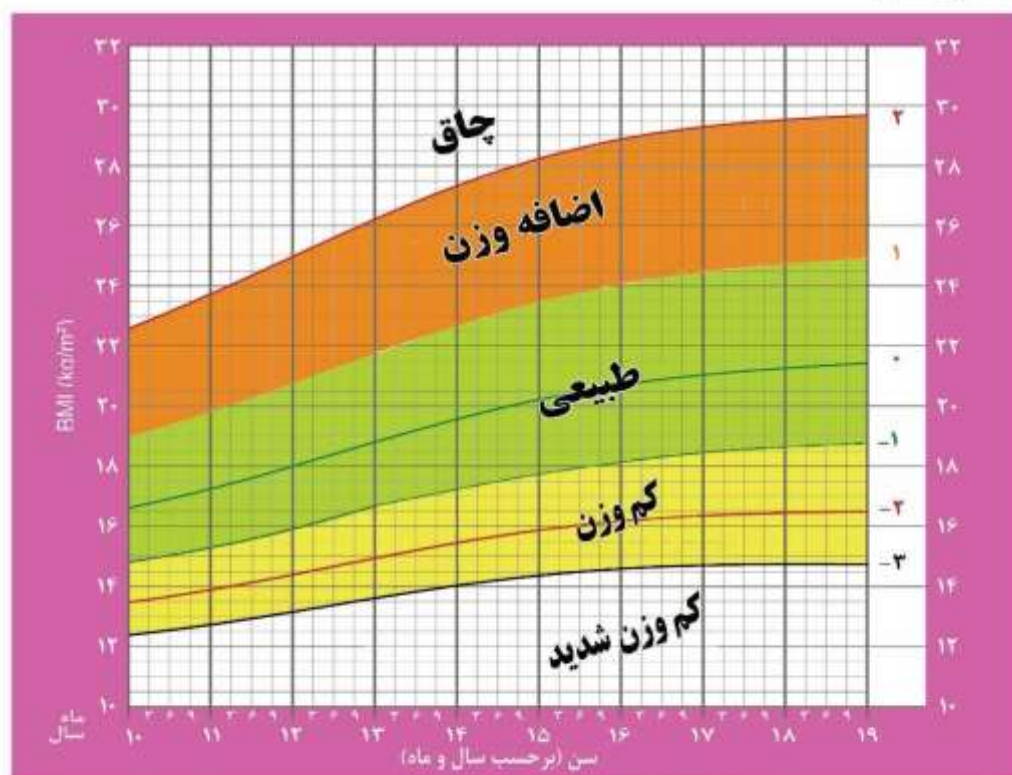
میزان افزایش وزن برای دختران نوجوان در بارداری تک قلویی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	z-score	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته 13 بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
کم وزن	$> -1$	12/5 - 18	0/5
طبیعی	از $-1$ تا $+1$	11/5 - 16	0/4
اضافه وزن	از $+1$ تا $+2$	7 - 11/5	0/3
چاق	$\geq +2$	5 - 9	0/2

از نمودار زیر نیز میتوان جهت تعیین وضعیت وزن مادران زیر 19 سال استفاده نمود

### نمودار BMI برای سن (مادران باردار)

۱۰ تا ۱۹ سال (z-scores)



بر گرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

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

## میزان افزایش وزن در بارداری دوقلویی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

رنگ ناحیه BMI	وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg/m <sup>2</sup>	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
زرد	* کم وزن	< ۱۸/۵	*	*
سبز	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹	۱۷ - ۲۵	۰/۶۳
نارنجی	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹	۱۴ - ۲۳	۰/۶
قرمز	چاقی	≥ ۳۰	۱۱ - ۱۹	۰/۴۵

\* افزایش وزن مادران کم‌وزن توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.

**نکته ۱:** افزایش وزن توصیه شده در سه ماهه اول بارداری مادران دو قلو ۱/۵ تا ۲/۵ کیلوگرم می باشد.  
**نکته ۲:** در موارد سه‌قلویی، میزان وزن‌گیری توصیه شده برای مادران باردار در حدود ۲۷-۲۲/۵ کیلوگرم می باشد.  
 از این میزان مادر باید تا هفته ۲۴، حداقل ۱۶ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد.

پس از مشاهده جدول وزن‌گیری درسامانه سبب در صورت مشاهده هر نوع انحراف در روند طبیعی وزن‌گیری در هر زمان از بارداری، لازم است مادر به پزشک یا ماما ارجاع غیر فوری شود.

**مثال:** وزن خانمی در ابتدای بارداری ۶۸ کیلوگرم و قد وی ۱ متر و ۵۲ سانتی متر است. برای آن که بتوانیم میزان افزایش وزن مطلوب مادر در بارداری را محاسبه کنیم، باید نمایه توده بدنی را تعیین کنیم:

$$۶۸ \div (۱/۵۲ \times ۱/۵۲) = ۲۹/۴۳$$

پس مادر در محدوده اضافه وزن است و در طول بارداری مجاز به افزایش وزن ۱۱/۵ - ۷ کیلوگرم می باشد.

### نمونه جدول وزن‌گیری



## وزن پیش از بارداری

وزن پیش از بارداری مهم ترین شاخص جهت تعیین نمایه توده بدنی مادر است و حداکثر می توان وزن تا سه ماه قبل از بارداری را به عنوان وزن پیش از بارداری ملاک عمل قرار داد؛ به شرط این که مادر در طی این سه ماهه تغییرات وزنی واضحی (بیش از حالت معمول) نداشته باشد. ملاک ثبت وزن در پیش از بارداری، ثبت آن توسط تیم سلامت و کارکنان بهداشتی است.

### میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه اول بارداری (هفته های ۲ تا ۱۲) مراجعه می کند:

بهترین معیار تعیین محدوده وزن گیری مناسب مادران باردار استفاده از نمایه توده بدنی (BMI) بر پایه وزن قبل از بارداری است. اگر وزن پیش از بارداری ثبت نشده باشد؛ وزن مادر باردار در اولین مراجعه (طی ۱۲ هفته اول بارداری) به عنوان وزن ابتدای بارداری در نظر گرفته می شود به شرط این که مادر در اثر تهوع و استفراغ بارداری، کاهش وزن شدیدی نداشته باشد.

### میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه دوم بارداری (هفته های ۱۳ تا ۲۵) مراجعه می کند:

در صورتی که اولین مراجعه مادر در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه اول بارداری ثبت نشده باشد، اقدامات زیر باید انجام شود:  
با استفاده از جدول زیر در صورتی که مادر در روند افزایش وزن مشکلی نداشته است، میزان افزایش وزن مادر در این بارداری را از وزن فعلی او کم کرده سپس نمایه توده بدنی را محاسبه می کنیم. این مادران جهت کنترل بهتر وزن باید حداقل دو مرتبه دیگر و به فاصله دو هفته مراجعه نمایند. در صورت نیاز، ضروری است این مادران به کارشناس تغذیه ارجاع داده شوند.

میزان افزایش وزن مادر در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری

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

### تمرین :

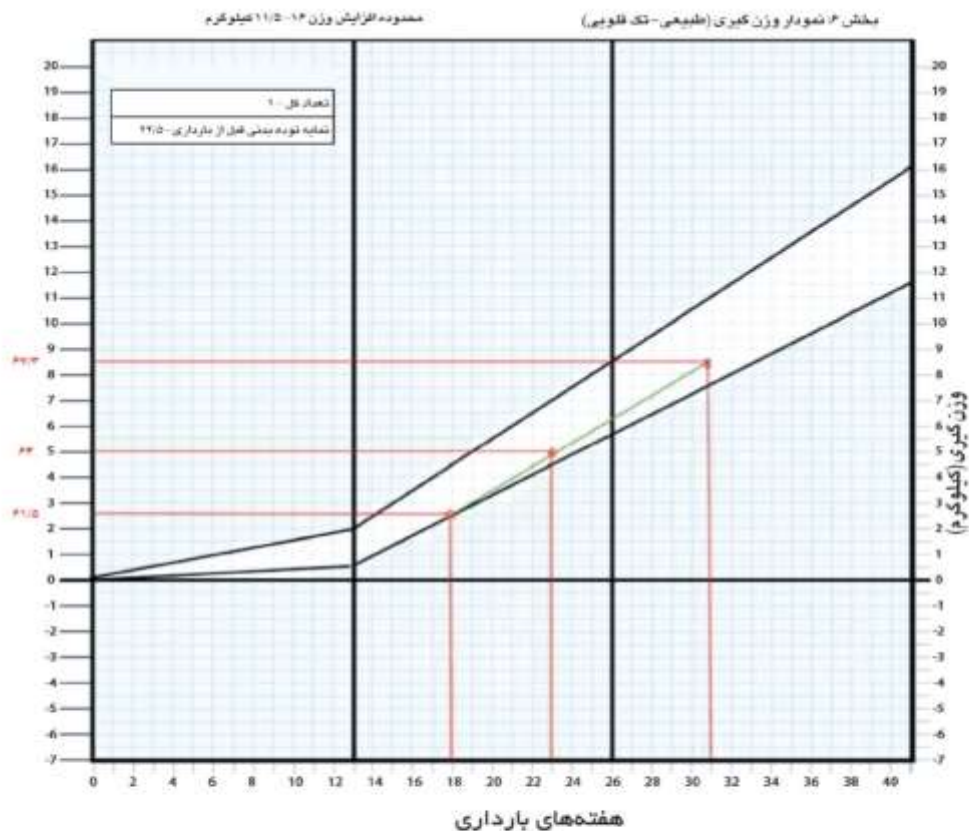
مثال: مادری با قد ۱۶۰ سانتی متر و وزن ۶۱.۵ کیلوگرم در هفته ۱۸ بارداری مراجعه نموده و وزن قبل از بارداری یا وزن سه ماهه اول بارداری او ثبت نشده است. طبق جدول شماره ۵ میزان افزایش وزن مادر به خاطر بارداری ۳ کیلوگرم باید باشد.

با کسر نمودن ۳ کیلوگرم افزایش وزن به علت بارداری از وزن ۶۱.۵ کیلوگرم فعلی او (در هفته ۱۸ بارداری)، وزن قبل از بارداری ۵۸.۵ کیلوگرم محاسبه می گردد. در این صورت نمایه توده بدنی او ۲۲/۸۵ بوده و در محدوده طبیعی قرار می گیرد.

$$۱۶۰ = \text{قد}$$

$$۶۱/۵ \text{ کیلوگرم} = \text{وزن هفته ۱۸ بارداری}$$

۳ کیلوگرم = کل افزایش وزن مادر در طول بارداری تاکنون  
 ۵۸/۵ کیلوگرم = ۳-۶۱/۵ → وزن مادر در قبل از بارداری



#### هفته‌های بارداری

از این نمودار برای رسم منحنی وزن‌گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۱۸/۵-۲۴/۶ استفاده شود  
 جدول ثبت وزن‌گیری

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

میزان وزن‌گیری مادری که در سه ماهه سوم بارداری (هفته‌های ۲۶ تا ۴۰) مراجعه می‌کند:

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

#### معیارهای وزن‌گیری نامناسب در مادران باردار

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

کار با معاینه و ارزیابی وضعیت مادر باردار و نیز انجام آزمایشات پاراکلینیکی انجام می شود. بعد از تعیین علت، در صورتی که وزن گیری نامناسب به دلیل ناآگاهی های تغذیه ای باشد، آموزش تغذیه و ارائه توصیه های تغذیه ای با تاکید بر رعایت تنوع و تعادل در برنامه غذایی روزانه صورت می گیرد.

### وزن گیری کمتر از انتظار

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

### وزن گیری بیش از انتظار

- ۱- هرگاه مادر باردار بر اساس جدول وزن گیری، افزایش وزن بیشتری داشته باشد و یا شیب نمودار وزن گیری مادر از شیب نمودار مرجع بیشتر گردد وزن گیری بیش از حد انتظار محسوب می گردد.
- ۲- بعد از هفته ۲۰ بارداری مادر نباید ماهانه بیش از ۳ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد. گاهی اوقات این امر به دلیل جمع شدن آب به طور غیر طبیعی در بدن است که اولین علامت پره اکلامپسی است. در این صورت اقدامات لازم برای کنترل مسمومیت بارداری باید انجام شود.
- ۳- اگر افزایش وزن مادر در طول دوران بارداری یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته باشد، افزایش وزن ناگهانی است.

**نکته:** در مورد مادران باردار که کمتر یا بیشتر از حد لازم وزن گرفته اند مشروط بر اینکه عارضه دیگر بارداری وجود نداشته باشد باید حداکثر دو هفته بعد جهت بررسی مجدد وزن پیگیری شوند.

#### مهم ترین عللی که سبب وزن گیری نامناسب مادر در دوران بارداری می شوند، عبارتند از:

- دسترسی ناکافی به برخی از گروه های غذایی
- عادات غذایی نامناسب و پیروی از رژیم های غذایی خاص (کم خوری، رژیم درمانی و یا خرافات غذایی)؛ تهوع و استفراغ دوران بارداری؛
- ابتلا به بیماری های زمینه ای یا سابقه ابتلا به آنها (مانند بیماری های قلبی - عروقی، دیابت و...)
- عفونت های ادراری؛
- ابتلا به اختلالات روانی و افسردگی؛
- مشکلات خانوادگی و نارضایتی از بارداری؛
- اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر و دخانیات؛
- مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی (ویار حاملگی و پیکا)؛
- مشکلات اقتصادی و درآمد ناکافی خانواده؛
- حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی؛
- تحرک ناکافی و نداشتن فعالیت بدنی روزانه؛
- سن کمتر از ۱۸ سال؛
- چند قلبی؛
- سابقه زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری) یا سقط؛
- سابقه تولد نوزاد کم وزن (<sup>(۱)</sup>LBW یا <sup>(۲)</sup>IUGR)؛
- فاصله بارداری کمتر از ۳ سال با زایمان قبلی.

1. Intra Uterine Growth Retardation
2. Low Birth Weight



مواردی که مادر باردار باید به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود

- مادران زیر ۱۹ سال
- بیماری‌های زمینه ای مادر باردار
- BMI قبل از بارداری یا سه ماهه اول بارداری زیر ۱۸/۵ یا بیشتر از ۲۵
- داشتن رژیم غذایی درمانی برای یک بیماری خاص
- مادرانی که بنا به نظر متخصص زنان علت وزن‌گیری نامناسب آنها مربوط به عوارض بارداری و یا بیماری‌ها نبوده و علل تغذیه‌ای عامل وزن‌گیری نامناسب تشخیص داده شده است.

بطور متوسط در سه ماهه اول کمترین مقدار (۲-۵ کیلوگرم)، در سه ماهه دوم ۴-۳ کیلوگرم و در سه ماهه سوم بیشترین مقدار (۵-۴ کیلوگرم) افزایش وزن وجود دارد.

## مراقبت های دهان و دندان در زنان باردار

اهداف آموزشی:

انتظار می‌رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- اهمیت مراقبت دهان و دندان زنان باردار را توضیح دهد.
- علائم پوسیدگی دندان و بیماری لثه را بیان کند.
- زمان مناسب ارجاع برای معاینه دهان و دندان را توضیح دهد.

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

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

مادران باردار در این دوران به دلیل تغییرات هورمونی و وجود جنین، به مراقبت‌های خاصی نیاز دارند.

مراقبت‌های دندانپزشکی به دو گروه تقسیم می‌شوند.

- ۱- کنترل پوسیدگی
- ۲- کنترل بیماری‌های لثه

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

**شرایطی که باعث پوسیدگی دندان در زنان باردار می‌شود:**

۱- بیماری صبحگاهی

۲- مصرف مواد شیرین یا ترش به مقدار زیاد

۳- کاهش ظرفیت معده

۴- کم حوصلگی مادر باردار

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

معاینه دهان و دندان بخشی از معاینات زمان بارداری است. در این دوران به علت مصرف کلسیم بدن مادر، برای ساختن استخوان بندی جنین، خطر پوسیدگی و از بین رفتن دندان های مادر بیشتر است. همچنین طبق مطالعات انجام شده، بیماری های پریدونتال (لثه و بافت های نگهدارنده) در مادر باردار در صورتی که درمان نشده باشد، می تواند منجر به زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس و کم وزن شود. بنابراین ضمن آموزش بهداشت دهان و دندان، باید مادر از نظر وجود التهاب لثه (پرخون و قرمز شدن لثه)، پوسیدگی دندان، جرم (لایه میکروبی سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای بر روی دندان ها)، عفونت و آبرسه در هر سه ماهه بارداری معاینه شده و در صورت مشاهده مشکل، به دندان پزشک ارجاع شود.

**پوسیدگی دندان**، با تخریب ساختمان دندان به علت وجود میکروب های پوسیدگی‌زای دهان ایجاد می‌شود که علائم آن عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان ها بر هم دیگر

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

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

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

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

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



التهاب لته (ژنژیویت)

بیماری پریودنتال

### تومور حاملگی:

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

جهت پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماری لته در دوران حاملگی، باید موارد زیر را در نظر داشته و رعایت کرد:

- بهداشت دهان و دندان (استفاده مرتب از مسواک و نخ دندان و ...)
- تغذیه صحیح و مناسب
- مراجعه به دندانپزشک در طی بارداری

از آنجایی که در ۱۲ هفته اول بارداری اغلب مادران مسائلی مانند تهوع و استفراغ صبحگاهی و بی میلی به غذا و ویار دارند و از طرف دیگر در این دوره از حاملگی، بافت های بدن جنین در حال شکل گیری است و جنین به تحریکات مختلف بسیار حساس و آسیب پذیر است، درمان های دندانپزشکی طولانی مدت و انتخابی (به جز موارد اورژانس) در این دوران توصیه نمی شود. ولی درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد. در موارد اورژانس در هر مرحله از حاملگی باید مادر سریعاً به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شود.

## مروری بر نحوه انجام واکسیناسیون در بارداری

### اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتوانند:

۱. واکسن های مجاز در پیش از بارداری را نام ببرند.
۲. واکسن های مجاز در بارداری را نام ببرند.
۳. زمان مناسب برای انجام واکسیناسیون مادر را توضیح دهند.

کشور ما همگام با سایر کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی، ایمنسازی همگانی علیه بیماریهای قابل پیشگیری از طریق واکسن (دیفتری، سیاه سرفه، کزاز، پولیو، سرخک، سرخجه، هیپاتیت B و...) را اجرا می کند.

مادران باردار یکی از گروه های هدف برنامه ایمن سازی کشور برای پیشگیری از انتقال برخی بیماریهای عفونی به جنین و یا کاهش عوارض بیماری می باشند. وضعیت ایمنسازی خانم ها درمراقبت پیش از بارداری و بارداری بررسی می گردد.

### واکسیناسیون پیش از بارداری:

جدول ضرورت تلقیح واکسن درمراقبت پیش از بارداری

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

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

## واکسیناسیون در بارداری:

جدول ضرورت تلقیح واکسن در دوران بارداری

وضعیت تزریق واکسن در بارداری	نوع واکسن
تجویز کلیه واکسن های ویروسی زنده در دوران بارداری ممنوع است به جز تب زرد در صورتی که فواید واکسن ویروسی زنده بر مضرات احتمالی آن ارجح باشد.	واکسن های ویروسی زنده ضعیف شده (سرخک، اوریون، سرخجه و...)

وضعیت تزریق واکسن در بارداری	نوع واکسن
در شرایط خاص و همه گیری ها طبق توصیه وزارت بهداشت اقدام می گردد.	واکسن های ویروسی غیر فعال شده (آنفلانزا، هاری، هپاتیت و...)
در شرایط خاص و همه گیری ها طبق توصیه وزارت بهداشت اقدام می گردد.	واکسن های باکتریایی غیر فعال شده (پنوموکوک، مننگوکوک و...)

وضعیت تزریق واکسن در بارداری	واکسن
طبق دستورالعمل برنامه گسترش ایمن سازی کشور توصیه و اقدام می گردد.	واکسن های توکسوئیدی (توام بزرگسال و...)
بعنوان پیشگیری بعد از تماس طبق دستورالعمل برنامه گسترش ایمن سازی کشور توصیه و اقدام می گردد.	ایمنوگلوبولین های اختصاصی (هپاتیت ب، هاری و کزاز) و استاندارد (هپاتیت آ)

## واکسن آنفلوانزا و بارداری:

\* **واکسن آنفلوانزا:** به خانم هایی که در فصل شیوع آنفلوانزا باردار هستند، توصیه می شود واکسن غیر فعال آنفلوانزای فصلی را دریافت نمایند. تزریق در طول بارداری منعی ندارد.

- خانم باردار جزو گروه پرخطر برای دریافت واکسن آنفلوانزا می باشند.
- در صورت ابتلا به آنفلوانزا شدت بیماری در خانم باردار شدیدتر است لذا در معرض عوارض جدی بیماری آنفلوانزا قرار می گیرند.
- مادران مبتلا به بیماری های مزمن ریوی، قلبی و عروقی، کلیوی، کبدی، خونی و اختلالات متابولیک (مانند دیابت) با نظر پزشک معالج به تزریق واکسن آنفلوانزا تاکید کردند و پیگیری لازم انجام شود.

- خانم های باردار در تمام طول دوران بارداری تا دو هفته پس از زایمان می توانند واکسن را دریافت کنند.
- واکسن حاوی ویروس غیرفعال به میزان ۰/۵ میلی لیتر به صورت زیر جلدی یا عضلانی در عضله دلتوئید تلقیح می شود. شرایط نگهداری واکسن در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد می باشد.
- افرادی که سابقه حساسیت به تخم مرغ و یا واکسن دارند نباید این واکسن را دریافت نمایند.

**\* واکسن هپاتیت ب:** در مادرانی که نتیجه آزمایش HbsAg منفی دارند ولی رفتار پر خطر دارند و قبلا واکسن هپاتیت (مطابق جدول واکسیناسیون) دریافت نکرده اند، می بایست واکسن هپاتیت تزریق شود.

### واکسن توام و بارداری:

بیماری کزاز از شایعترین علل مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه به شمار می رود. اگرچه کزاز نوزادی را می توان بوسیله ایمنوگلوبولین مادر باردار و رعایت بهداشت و استریلیزاسیون در حین زایمان پیشگیری نمود، اما آمیدی برای ریشه کن کردن، مخزن این ارگانیزم وجود ندارد. تزریق واکسن توام باعث مصون سازی مادر و نوزاد بر علیه بیماری کزاز و دیفتری و جلوگیری از ابتلاء نوزاد به کزاز نافی می شود؛ لذا بررسی وضعیت انجام واکسیناسیون کزاز مادر در زمان حاملگی لازم به نظر می رسد.

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

در دوران بارداری تزریق هر نوع واکسن ویروسی زنده مانند سرخجه ممنوع است. واکسن توام (دیفتری و کزاز) واکسنی است که در بارداری تزریق آن مجاز است. بدین منظور خانم باردار باید در هر زمانی از شروع بارداری طبق دستور عمل کشوری واکسینه شود. چنانچه طبق جدول ایمن سازی زنان سنین باروری در دستور عمل کشوری، واکسیناسیون مادر کامل است، نیازی به تزریق واکسن نیست.

**\* بهترین زمان برای تزریق واکسن توام در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد از هفته ۲۷ تا ۳۶ بارداری (۴ هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان) است.** اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تاخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

**نکته:** در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی، مادر را برای ایمن سازی به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

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

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

\* برای حفظ ایمنی کافی، واکسن دوگانه بزرگسالان باید هر 10 سال یک بار تکرار شود.

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

### نکات مورد توجه در تزریق واکسن توام:

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

## پیآمدهای نامطلوب پس از ایمنسازی:

(۱) واکنش مربوط به واکسن

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

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

(۲) واکنش مربوط به اشتباه در برنامه

نوع خطا در برنامه	عارضه ایجاد می کند
تزریقات غیر استریل	شایعترین عارضه عفونت میباشد که به صورت واکنش موضعی (مثل آبسه)، عفونت عمومی، سپسیس، سندرم شوک توکسین، انتقال بیماریهای منتقله از راه خون (HIV، هپاتیت B و C)
عدم تهیه صحیح واکسن	واکنش موضعی مانند آبسه

نوع خطا در برنامه	عارضه ایجاد می کند
تزریق در محل نادرست	واکنش موضعی و آبسه و در صورت تزریق عضلانی در باسن آسیب عصب سیاتیک
حمل و نقل غیر صحیح واکسن	افزایش بروز واکنش های موضعی
بی توجهی به منع مصرف	واکنش شدید فرد پس از تزریق

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

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

(۵) ناشناخته: موارد ناشی از علت های ناشناخته

### خلاصه:

- در ملاقات های پیش از بارداری، واکسن توام و سرخجه در صورت لزوم به مادر تلقیح می گردد.
- در صورت تلقیح واکسن سرخجه، مادر تا یک ماه از بارداری اجتناب نماید.



- واکسن توام در صورت ناقص بودن سابقه واکسیناسیون مادر تا هفته ۳۶ بارداری و حداقل ۲ هفته قبل از زایمان تلقیح می شود.
  - تلقیح واکسن آنفولانزا در فصل شیوع جهت کلیه مادران باردار توصیه می شود.
- در نتیجه، با بررسی وضعیت ایمنسازی مادران در قبل از بارداری و دوران بارداری و در صورت لزوم تلقیح واکسن موجب کاهش عوارض بیماریهای عفونی در مادر و جنین و انتقال آن به جنین گردیده و گامی در تامین سلامت مادر و نوزاد برداریم.

## مادران در معرض خطر

### اهداف آموزشی:

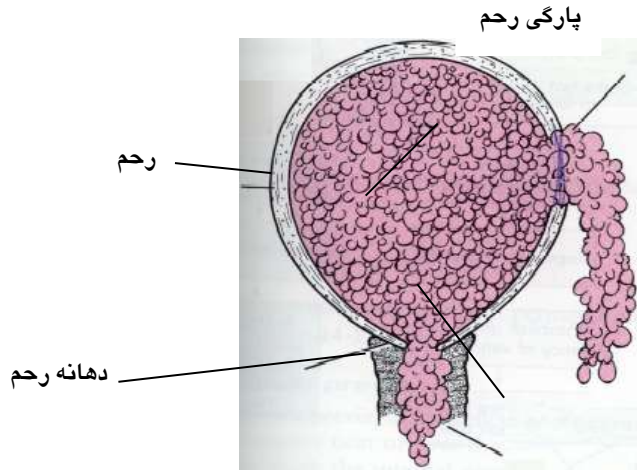
- انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:
- ۱- حاملگی در معرض خطر را لیست نماید.
  - ۲- هر یک از حاملگی در معرض خطر را شرح دهد.
  - ۳- اقدامات لازم در مورد هر یک از حاملگی های در معرض خطر را توضیح دهد.
  - ۴- علائم خطر را به طور کامل شرح دهد.
  - ۵- بر اساس چارت مراقبت دوران بارداری در صورت برخورد با حاملگی در معرض خطر اقدامات را انجام دهد.

### خونریزی:

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

سقط جنین: خروج حاصل بارداری قبل از شروع هفته ۲۲ حاملگی را سقط گویند. مهم ترین علامت سقط خونریزی می باشد. چنانچه این اتفاق پس از سه ماهه اول بارداری (پس از ۱۲ هفته اول) اتفاق بیافتد آنرا سقط دیررس نامند. دو بار یا بیشتر سقط متوالی، سقط مکرر است.

مول یا بچه خوره: عدم تشکیل یا تشکیل ناقص جفت و جنین را مول می گویند. در این حالت محصول حاملگی مانند خوشه انگور به نظر می رسد. خونریزی بیشتر در ۳ ماهه اول حاملگی که ممکن است به صورت لکه بینی یا خونریزی متوسط تا شدید باشد، بزرگ بودن اندازه رحم نسبت به سن حاملگی، عدم فعالیت جنین و افزایش فشار خون قبل از هفته ۲۴ حاملگی از علائم مول می باشد.



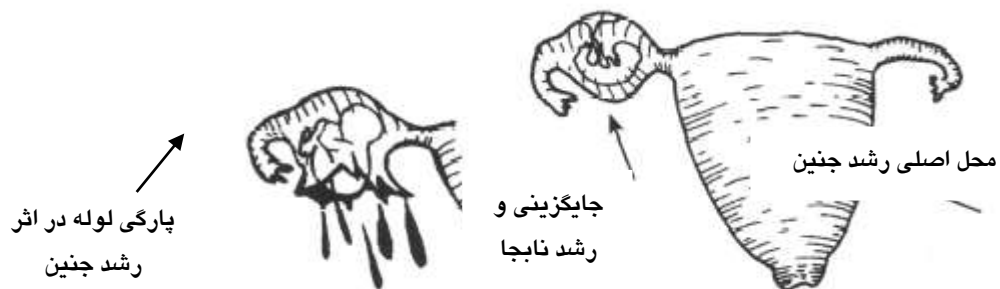
خروج بخشی از مول از واژن

### حاملگی خارج از رحم Ectopic pregnancy :

بعضی اوقات تخم بارور شده در خارج از حفره رحم کاشته شده و رشد می نماید که آن را حاملگی خارج از رحم می گویند و شایع ترین محل آن لوله رحم است. از آنجایی که لوله ها برای نگهداری تخم بارور شده بسیار باریک هستند و مانند رحم حالت ارتجاعی ندارند، بعد از چند هفته پاره شده و منجر به درد شدید و خونریزی می شود.

خونریزی توام با درد شکمی در هفته های اول بارداری از علائم حاملگی خارج رحمی است. البته این عارضه می تواند تا قبل از پاره شدن، کاملا بدون علامت باشد. در صورت پاره شدن معمولا علائم شوک ظاهر می شود.

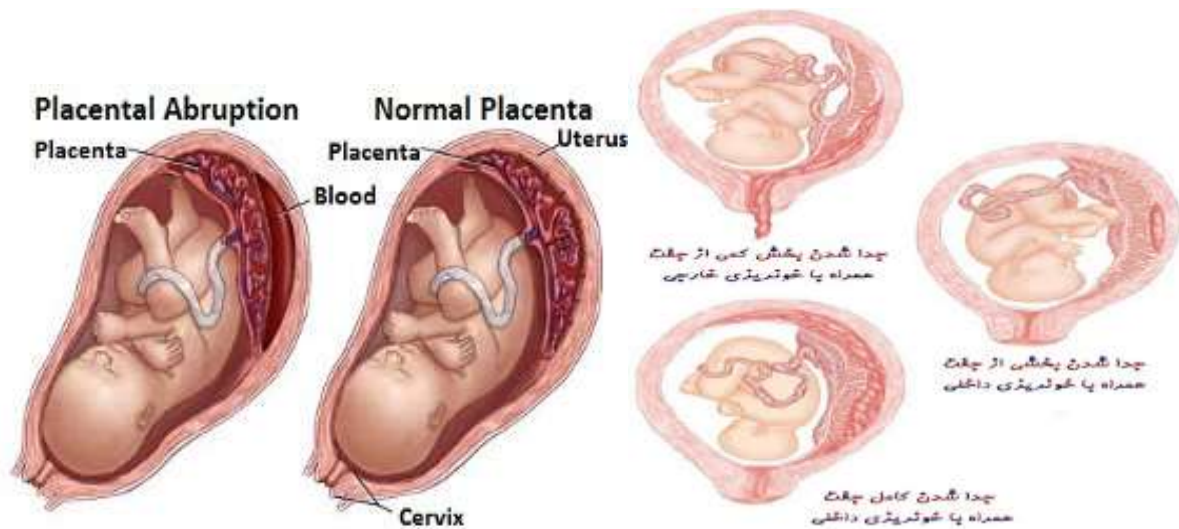
بی توجهی به علائم فوق بسیار خطرناک بوده و منجر به مرگ مادر در اثر خونریزی داخل شکمی می شود. لذا با مشاهده علائم باید مادر فوراً به بیمارستان ارجاع شود.



### جدا شدن زودرس جفت (دکلمان):

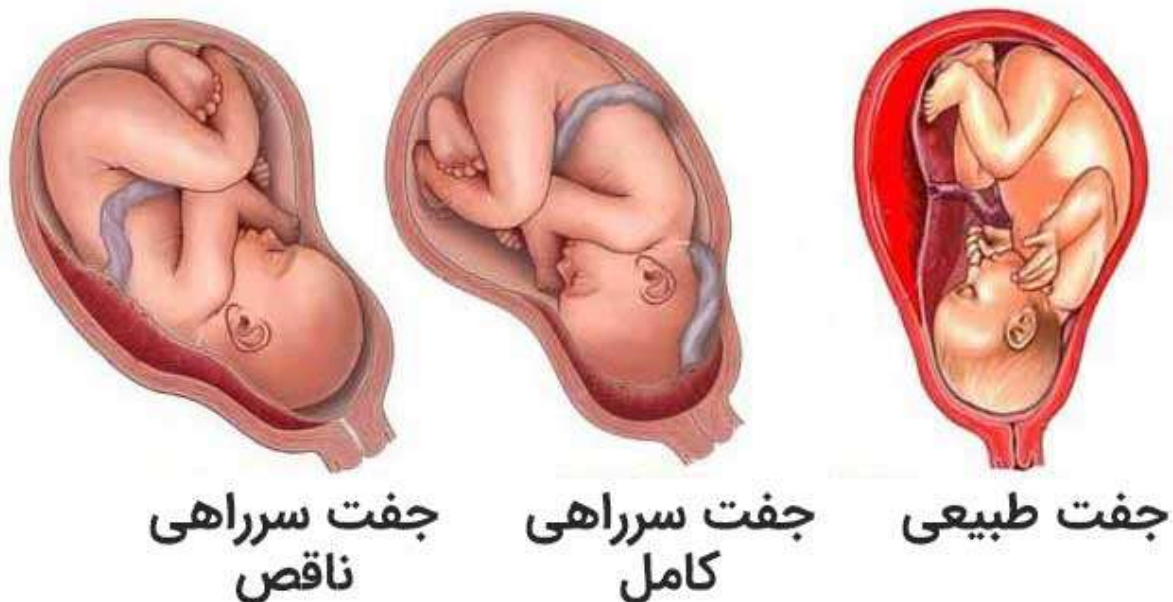
جدا شدن پیش از موقع جفت از دیواره رحم را دکلمان می گویند. خونریزی توام با دل درد شدید در نیمه دوم بخصوص سه ماهه آخر بارداری، می تواند علامتی از جدا شدن زودرس جفت باشد. گاهی اوقات ممکن

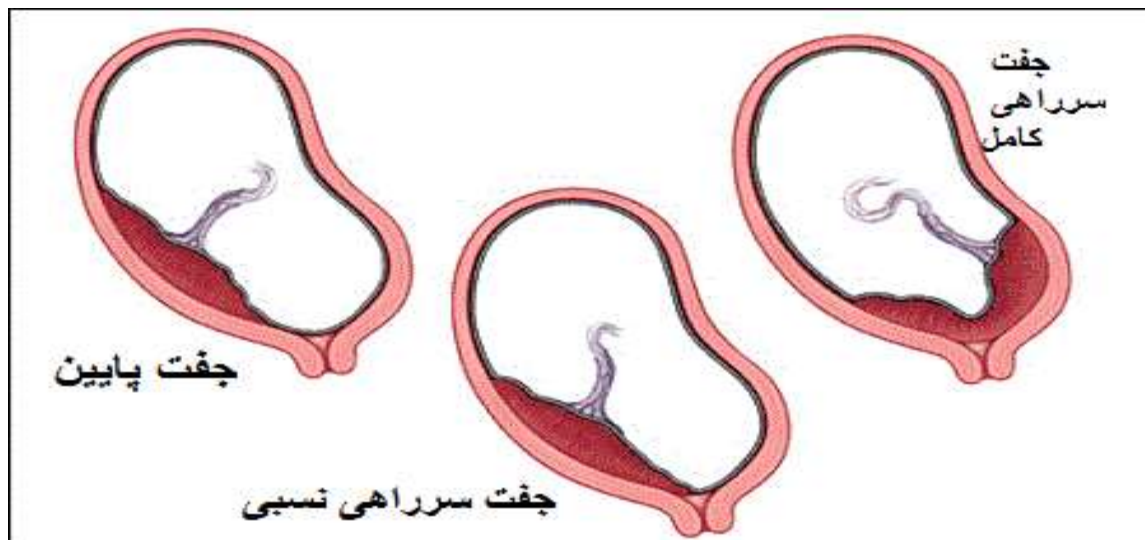
است مادر خونریزی داخلی کند. لذا توجه به علائم شوک ضروری است. جدا شدن زودرس جفت یکی از خطرات بسیار زیان آور دوران بارداری است. تاخیر در درمان موجب مرگ مادر، جنین و یا هر دو می شود. بنابراین باید مادر فوراً به پزشک یا ماما ارجاع شود.



### جفت سر راهی:

گاهی جفت به جای قرار گرفتن در بالای حفره رحم، گردن رحم را می پوشاند. این حالت را اصطلاحاً جفت سر راهی می گویند. در اواخر حاملگی زمانی که دهانه رحم شروع به باز شدن می کند، قسمت و یا تمام جفت قبل از خروج جنین از رحم جدا می شود که باعث خونریزی شدیدی می گردد. جفت سر راهی یکی از عوارض بسیار خطرناک اواخر دوران بارداری است. خونریزی بدون درد در اواخر حاملگی از علائم جفت سر راهی است.





### پره اکلامپسی:

پره اکلامپسی از مهم ترین و خطرناک ترین عوارض بارداری برای مادر و جنین است. لذا با مشاهده علائم باید آن را تشخیص داده و درمان نمود. پره اکلامپسی عبارت است از فشار خون بالا همراه با وجود پروتئین (آلبومین) در ادرار و یا فشارخون بالا همراه با ورم اندام ها (ورم دست ها و صورت یا تمام بدن)، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته). در صورت همراهی سردرد و تاری دید با علائم بالا نشان دهنده پره اکلامپسی شدید است که اگر این علائم همراه با تشنج باشد به آن اکلامپسی گویند. در صورت عدم درمان در بیمارستان احتمال مرگ مادر و جنین وجود دارد. برخی مواقع تنها راه درمان، ختم بارداری است. وجود فشارخون مزمن، دیابت، چند قلوبی و حاملگی در سنین زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال از عوامل زمینه ساز پره اکلامپسی می باشند.

### زایمان زودرس:

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

### زایمان دیررس:

تولد جنین پس از هفته ۴۲ بارداری (۴۱ هفته و ۶ روز)، زایمان دیررس است. طولانی شدن حاملگی پس از این زمان با خطراتی مانند مرگ جنین در داخل رحم و یا زایمان سخت همراه است. مرده زایی: مرده زایی عبارت است از به دنیا آمدن جنین مرده بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز که دلایل زیادی دارد مانند وجود عفونت در مادر، بیمار بودن جنین، عدم رشد کافی و صحیح جنین و ....

## دیابت بارداری :

برخی خانمهای باردار ممکن است مبتلا به نوعی دیابت شوند که با انواع دیابت ۱ و ۲ متفاوت است این نوع دیابت، دیابت بارداری نامیده میشود. و پس از زایمان از بین می رود، اما کنترل آن طی بارداری اهمیت بسیار زیادی دارد و در صورت عدم کنترل قندخون، عوارض متعددی مادر و جنین را تهدید می کند. کنترل دیابت بارداری با رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی بالاتنه انجام می شود. در مواردی هم تزریق انسولین نیاز است. مصرف داروهای کاهنده قند خون طی دوران بارداری ممنوع است. علت ناشناخته است، اما هورمونها، زمینه ژنتیکی و چاقی نقش ویژه ای در ایجاد این بیماری ایفا می کنند. طی دوران بارداری، جفت، که وظیفه تغذیه جنین را به عهده دارد، مقادیر زیادی از انواع هورمونها تولید می کند. اگرچه وجود این هورمونها برای رشد جنین ضروری است، اما موجب اختلال در عملکرد انسولین و مقاومت به آن در بدن مادر می شوند.

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

در صورت ابتلا به دیابت بارداری به سرعت شناسایی و درمان شوند. به علت وجود مقاومت به انسولین، دیابت بارداری بیش تر شبیه دیابت نوع ۲ است. اما کنترل این بیماری همانند درمان دیابت نوع ۱ با رژیم غذایی، فعالیت بدنی مناسب و تزریق انسولین است. دیابت بارداری در خانم هایی که قبل از حاملگی چاق هستند بیش تر دیده می شود و بنابراین کم کردن وزن قبل از بارداری به پیشگیری از ابتلا به این بیماری کمک میکند.

### مدیریت دیابت بارداری:

- ۱- رژیم غذایی مناسب
- ۲- فعالیت بدنی مناسب
- ۳- انسولین درمانی
- ۴- بررسی سلامت جنین
- ۵- اندازه گیری فشارخون

دیابت حاملگی شروع و یا تشخیص اولیه هر درجه ای از اختلال تحمل گلوکز در بارداری است. دیابت حاملگی شایع ترین اختلال متابولیک دوران بارداری است که به علت درجات مختلف اختلال در تحمل گلوکز ایجاد می شود و به طرق مختلف می تواند برای حاملگی زیان آور باشد و مادر و جنین را مستعد بروز عوارض جدی و مهلک کند.

اثرات سوء دیابت بارداری بر روی جنین شامل افزایش خطر ماکروزومی، هیپوگلیسمی نوزادی، هیپربیلیروبینمی، هیپرتروفی قلبی، هیپوکلسمی، تولد نوزاد مرده و... است.

اثرات سوء دیابت بارداری بر روی مادر در دوران بارداری شامل زایمان زودرس، پلی هیدرامنیوس، پره اکلامپسی و اکلامپسی و پس از زایمان دیابت در سنین بالاتر می باشد.

عوامل خطر دیابت بارداری:

اضافه وزن و چاقی قبل از بارداری (BMI بیش از ۲۵ kg/m<sup>2</sup>)

سابقه فامیلی دیابت در اقوام درجه اول

سابقه اختلال متابولیسم گلوکز یا گلیکوزوری

سابقه قبلی دیابت بارداری و تولد نوزاد ماکروزوم در زایمان قبلی

سابقه اختلال در پیامد حاملگی های قبلی (مانند سقط، نوزاد مرده، ماکروزومی، زایمان پره ترم، اکلامپسی، پره اکلامپسی و...)

سن ۳۵ سال یا بالاتر

ورزش و تغذیه مناسب از ابتدای بارداری می تواند از ابتلا به دیابت بارداری پیشگیری کند.

در صورتی که با توجه به نتیجه آزمایش قند خون ناشتا در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، تشخیص پره دیابتیک داده شود توصیه تغذیه ای و ورزشی داده می شود و دو هفته بعد (پس از رعایت توصیه ها) جهت درخواست آزمایش مجدد به ماما یا پزشک ارجاع شود.

لازم است برای همه خانم های مبتلا به دیابت بارداری، به منظور کشف دیابت پایدار، در هفته ۱۲-۶ پس از زایمان در خواست مجدد آزمایش قند خون توسط پزشک یا ماما صورت گیرد.

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

۱- کم شدن تحرک و یا عدم تحرک جنین

۲- اختلال دید

۳- تشنگی بیش از حد

۴- تهوع و استفراغ

۵- هرگونه ابریزش ولکه بینی و خونریزی واژینال

### علائم خطر بارداری

اکثر حاملگی ها و زایمان ها به خوبی سپری شده و با تولد نوزادی سالم خاتمه می یابد. ولی گاهی حاملگی عارضه دار شده و با مشکلاتی روبرو می شود که بی اعتنایی و غفلت نسبت به آن موجب به خطر افتادن سلامت مادر و جنین می گردد. باید علائم خطر به مادران آموزش داده شود تا با مشاهده هر یک از علائم فوراً با پزشک یا ماما و یا بهورز روستای خود تماس گرفته و یا به بیمارستان یا هر واحد بهداشتی درمانی دیگر مراجعه کنند. همچنین بهورزان نیز در هر بار ملاقات با مادر می توانند با جستجوی این علائم، از بروز ضایعات و عوارض جبران ناپذیر در مادر و نوزاد جلوگیری کنند. این علائم عبارتند از:

- خونریزی یا لکه بینی در هر زمانی از بارداری

- عدم احساس حرکات جنین توسط مادر ( بعد از هفته ۲۰ بارداری )

- ابریزش یا خیس شدن ناگهانی

- درد و ورم یک طرفه ساق و ران

- درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل (هر نوع احساس درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها)
- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
- استفراغ شدید و مداوم یا خونی
- تب و لرز
- تنگی نفس و تپش قلب
- ورم دست ها و صورت یا تمام بدن
- سردرد و تاری دید
- افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته)
- عفونت، آبسه و درد شدید دندان (ارجاع در اولین فرصت)

### مادر پر خطر:

برخی از مادران در طول بارداری و پس از زایمان به دلیل بیماریهای مزمن، عوارض حین بارداری و عوامل خطر اجتماعی نظیر اعتیاد نیاز به پیگیری و توجه بیشتر دارند و باید نشاندار شوند که به شرح ذیل می باشند:

بیماریهای مزمن که در حال حاضر تحت درمان دارویی هستند:

- آنمی شدید (هموگلوبین کمتر از 7)
- آنمی داسی شکل
- بیماری قلبی
- پرکاری تیروئید
- فشارخون مزمن
- آسم
- بیماری کلیوی
- اختلال انعقادی (ترومبو فیلی)
- اختلال سیستم گردش خون (ترومبوآمبولی)
- ایدز و HIV مثبت
- دیابت آشکار
- سل
- بیماریهای بدخیم نظیر لوسمی، سرطان پستان فعال و دیگر سرطانهای تحت درمان
- صرع و مصرف داروهای ضد تشنج
- بیماریهای بافت همبند (لوپوس، آرتریت روماتوئید، مالتیپل اسکلروزیس و...)...
- اختلالات روانپزشکی (سایکوز، افسردگی و...)...

## عوارض حین بارداری:

- پره اکلامپسی
  - دیابت بارداری تحت درمان با انسولین
  - چندقلوبی
  - جفت سرراهی
  - چسبندگی جفت (آکرتا / اینکرتا / پرکرتا)
  - کیست ساده بزرگتر از 11 سانتیمتر و کیست مرکب حاوی عناصر پاپیلری نودلر و جامد
- عوامل خطر اجتماعی شامل:

- مصرف الکل ، مواد افیونی ، مواد محرک

لازم به ذکر است لیست فوق برای نشان دار کردن مادر پرخطر در سامانه الکترونیک سلامت توسط ماما یا پزشک انجام می شود واستخراج شاخصهای مرتبط با آن نیز بر اساس همین لیست صورت می پذیرد و بهورز موظف به شناسایی و معرفی به موقع مادران فوق به پزشک یا ماما برای نشاندار نمودن و پیگیری آنها را دارد.

## **بیماریهای قلبی عروقی در بارداری**

### **اهداف آموزشی:**

- پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیر بتواند:
- ۱- تاثیر بیماریهای قلبی عروقی در بارداری را بیان نماید.
  - ۲- ملاحظات بیماری قلبی عروقی در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان را توضیح دهد.
  - ۳- موارد نیازمند غربالگری کاردیومیوپاتی را بیان نماید.
  - ۴- موارد نیازمند ارزیابی خطر ترومبوآمبولی را نام ببرد.
  - ۵- توصیه ها و آموزشهای لازم به مادران دچار بیماریهای قلبی عروقی را بیان نماید.

بیماریهای قلبی عروقی در حال حاضر علت اصلی مرگهای مادری غیر مستقیم محسوب می شوند و یکی از علل اصلی پذیرش در واحد مراقبتهای ویژه مامایی هستند.

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

### **تاثیر بیماری قلبی عروقی بر بارداری :**

- افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، ترومبوآمبولی، تاخیر
- رشد داخل رحمی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری قلبی جنین، مرگ مادر
- احتمال افزایش مرگ و میر مادر در بیماریهای شدید قلبی عروقی



## ملاحظات در بارداری:

به جز موارد استثنایی، اکثر زنان که بیماریهای خفیف قلبی عروقی دارند حاملگی را بدون عوارض پشت سر می گذارند. همه زنان باید آموزشهای لازم را در مورد پرهیز از تماس با افراد مبتلا به عفونتهای تنفسی (از جمله سرماخوردگی) دریافت کنند و در صورت وجود هر گونه نشانه عفونت، مساله را گزارش نمایند. تجویز واکسنهای پنوموکوک و آنفلوآنزا توصیه می شود استعمال دخانیات به دلیل آثار قلبی و مستعد کردن بیمار برای ابتلا به عفونتهای تنفسی فوقانی، ممنوع است.

ملاحظات در زایمان و پس از زایمان :

- ❖ جهت انجام زایمان، زایمان واژینال جهت این افراد ترجیح داده می شود.
  - ❖ حتی زنانی که در دوران بارداری و زایمان هیچ گونه نشانه ای از اختلال قلبی را نشان نمی دهند و یا علائم بسیار کمی را بروز می دهند، باز هم ممکن است در دوره بعد از زایمان دچار اختلال عملکرد قلبی شوند. بنابراین این ادامه مراقبتهای بسیار دقیق تا دوره نفاس حایز اهمیت است.
- خونریزی، کم خونی، عفونت و ترومبوآمبولی در دوره پس از زایمان، در افراد مبتلا به بیماری قلبی عوارض بسیار وخیمتری محسوب می شوند.

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

- ۱- سابقه خانوادگی کاردیومیوپاتی
- ۲- مصرف سیگار، دخانیات، مواد افیونی و محرک
- ۳- مصرف الکل
- ۴- بارداری پنجم و بالاتر
- ۵- نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸.۵ یا ۲۵ و بالاتر
- ۶- چندقلویی
- ۷- سن بالای ۳۰ سال
- ۸- دیابت
- ۹- سابقه پره اکلامپسی
- ۱۰- سابقه فشار خون بالا پس از زایمان
- ۱۱- افزایش وزن ناگهانی (بیش از ۱ کیلوگرم در هفته) با یا بدون ورم در نیمه دوم بارداری
- ۱۲- تنگی نفس و تپش قلب

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

- ۱- فلج پا یا استفاده از صندلی چرخ دار در ناهنجاری های اسکلتی
- ۲- زایمان سه بار یا بیشتر
- ۳- بارداری بالای ۳۵ سال

۴- چندقلویی

۵- واریس

۶- مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک

۷- نمایه توده بدنی بیش از ۳۰

۸- وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم

۹- سابقه ترومبوآمبولی

۱۰- ابتلا به ترومبوفیلی

۱۱- مشکلات طبی مانند سرطان، نارسایی قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی/بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک ( پروتئین اوری بیشتر از ۳ گرم در روز)، دیابت ملیتوس نوع یک همراه با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی

۱۲- افزایش وزن ناگهانی در حین بارداری (بیش از یک کیلوگرم در هفته و یا ۳ کیلوگرم در ماه)

۱۳- بارداری با روشهای کمک باروری، ART/IVF

۱۴- دهیدراتاسیون/استفراغ شدید بارداری

۱۵- بی حرکتی ( مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)

۱۶- عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری در بیمارستان

۱۷- وجود وریدهای واریسی واضح

۱۸- سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی

### توصیه ونتیجه گیری:

- ❖ در مورد تمام مادران در طی بارداری و پس از زایمان، حتی اگر هیچیک از عوامل خطر وجود ندارد، آموزش و توصیه در مورد تحرک و مصرف کافی مایعات و اجتناب از استراحت مطلق (مگر در موارد خاص مانند بیماری پیشرفته قلبی) باید انجام شود.
- ❖ در مورد زایمانهایی که در تسهیلات زایمانی انجام می شود علاوه بر اقدامات ذکر شده، آموزش و توصیه در مورد تحرک و مصرف کافی مایعات هنگام ترخیص مادر باید انجام شود.
- ❖ پرهیز از تماس با افراد مبتلا به عفونتهای تنفسی (از جمله سرماخوردگی)
- ❖ دریافت واکسنهای پنوموکوک و آنفلوآنزا
- ❖ عدم استعمال دخانیات
- ❖ تمامی مادران مبتلا به بیماری قلبی پرخطر بوده و باید برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع شوند

## مسمومیت های حاملگی

### اهداف آموزشی:

انتظار می رود پس از مطالعه این فصل فراگیران:

- مسمومیت بارداری یا پره اکلامپسی را تعریف کنند.
- اکلامپسی را تعریف نمایند.
- مادران در معرض خطر مسمومیت بارداری را بیان نمایند.
- علائم و نشانه های مسمومیت بارداری را بیان نمایند.
- خطرات مسمومیت بارداری را شرح دهند.
- تفاوت فشارخون بالا و فشارخون تدریجی را بیان نمایند.
- فشارخون بارداری و ارتباط آن را با مسمومیت بارداری را بیان نمایند.
- فشارخون مزمن و ارتباط آن را با مسمومیت بارداری را بیان نمایند.
- اقدامات پیشگیری در بروز مسمومیت بارداری را بیان نمایند.
- تدابیر درمانی در هنگام بروز مسمومیت بارداری را بیان نمایند.

- اختلالات فشارخون در ۵ تا ۱۰ درصد از همه حاملگیها اتفاق می افتد و همراه با خونریزی و عفونت سهم عمده ای در مرگ و میر مادری دارد.
- در بین اختلالات فشارخون، سندرم پره اکلامپسی چه به تنهایی و چه به صورت افزوده شده بر فشارخون مزمن، خطرناک ترین حالت میباشد.
- پره اکلامپسی در ۳/۹ درصد از کل حاملگیها تشخیص داده میشود
- سازمان بهداشت جهانی (WHO) مرگ و میر مادران را در سراسر جهان بررسی کرده است و در کشورهای توسعه یافته، ۱۶ درصد مرگ و میر مادران ناشی از فشار خون بالا بوده است.
- مادران مبتلا به پره اکلامپسی در معرض خطر بیشتری از نظر عوارض مادری و جنینی هستند و باید تحت مراقبتهای ویژه بارداری قرار گیرند.
- بر اساس مطالعات انجام شده، نیمی از مرگ و میرهای مرتبط با فشارخون قابل پیشگیری بوده اند.

### پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری):

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

## اکلامپسی:

- اگر علائم پره اکلامپسی (فشار خون بالا + پروتئین در ادرار) همراه با تشنج باشد به آن اکلامپسی گویند.
- تشنج هاممکن است قبل، حین و یا بعد لیبر اتفاق بیافتد.

## عوامل خطر:

- چاقی
- چند قلوبی
- بارداری اول
- زنان جوان (زیر ۱۸ سال)
- زنان مسن تر (بالای ۳۵ سال)
- زنان با سابقه پره اکلامسی در بارداری قبلی

## علائم و نشانه‌ها:

- پره اکلامپسی معمولاً نشانه هشداردهنده‌ای ندارد و اغلب تنها راه تشخیص آن‌ها اندازه‌گیری فشارخون و بررسی نتیجه آزمایش ادرار است.
- اما علائم زیر می‌تواند به دلیل پره اکلامپسی ایجاد شود:
  - سردرد شدید
  - تاری دید
  - مشکلات بینایی
  - درد اپیگاستر (درد در ناحیه سمت راست فوقانی شکم)
  - ورم ناگهانی در صورت و دست

## خطرات مادری:

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

## خطرات مسمومیت بارداری برای جنین و جفت:

- اختلال خونرسانی جفت
- پارگی جفت
- الیگوهایدرآمنیوس (کاهش مایع آمنیوتیک)

- IUGR (محدودیت رشد جنین داخل رحم)
- دیسترس جنینی (زجر جنینی)
- مرگ جنینی

### فشارخون بالا :

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

### افزایش فشارخون تدریجی :

- در مواردی که میزان فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر نیست، میزان فشارخون اندازه‌گیری شده با میزان فشارخون اولیه مقایسه می‌شود.
- با وجود این زنان با افزایش فشارخون سیستولیک به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه از حد پایه، نیازمند نظارت و بررسی دقیق تر می‌باشند. زیرا تشنجهای اکلامپسی در بعضی از این موارد وجود دارد.
- در زمان تشخیص فشارخون تدریجی اقدام:
- آموزش و ارجاع غیر فوری

### فشارخون بارداری :

- تشخیص فشارخون بارداری در زنان باردار زمانی است که فشارخون آنها برای اولین بار در طی بارداری و بعد هفته ۲۰ حاملگی به ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر رسیده است، اما در آنها پروتئینوری (وجود پروتئین در ادرار) شناسایی نشده است.
- تقریباً در نیمی از این زنان پس از تشخیص فشارخون بارداری، سندرم پره اکلامپسی ایجاد میشود که شامل یافته‌هایی از جمله سردرد یا درد اپیگاستر (درد در ناحیه سمت راست فوقانی شکم) پروتئینوری (وجود پروتئین در ادرار) هست.
- افزایش قابل توجه فشارخون در غیاب تشخیص پروتئینوری نیز برای مادر و جنین خطرناک است. زیرا ۱۰ درصد تشنجات اکلامپتیک قبل از اینکه پروتئینوری آشکار شود، میتواند رخ دهد.
- در نهایت، اگر علائم پره اکلامپسی در بارداری رخ ندهد فشارخون تا هفته ۱۲ بعد زایمان به حالت طبیعی بازگردد، فشارخون حاملگی به عنوان فشارخون گذرا در نظر گرفته میشود.

### فشارخون مزمن :

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

### پره اکلامپسی افزوده شده بر فشار خون مزمن:

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

### فشارخون در بارداری (اکلامسی پره اکلامسی):

بعد از زایمان	۲۰ هفته دوم	۲۰ هفته اول	قبل از بارداری	
-	+	-	-	فشارخون گذرا
-	+ با پروتئینوری	-	-	پره اکلامسی
-	+ با پروتئینوری + تشنج	-	-	اکلامسی
+	+	+	+	فشار خون مزمن
+	+ با پروتئینوری	+	+	فشارخون مزمن همراه پره اکلامسی

### پیشگیری:

- برای پیشگیری از ابتلا به پره اکلامپسی می‌توانید موارد زیر را جدی‌تر بگیرید:
- کاهش وزن برای باردار شدن
- رژیم غذایی صحیح و سالم
- انجام آزمایش‌های بارداری
- اهمیت به مراقبت‌های بارداری

### تدابیر درمانی:

اگر پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری) مورد شک باشد ویزیت‌های مراقبت با دفعات بیشتری انجام می‌شوند.

اهداف درمانی در تمام حاملگی‌های همراه با پره اکلامپسی (مسمومیت بارداری) به شرح زیر هستند:

- ۱ - خاتمه دادن به حاملگی با حداقل ترومای مادر و جنین
- ۲ - به دنیا آمدن نوزادی که بعداً قادر به رشد و ادامه حیات باشد
- ۳ - برگرداندن سلامت کامل به مادر

اقدام اصلی در پره اکلامپسی ختم بارداری است.

## آموزش های دوران بارداری

### اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیر بتواند:  
- آموزش های بهداشتی لازم دوران بارداری را شرح دهد.

**آموزش های بهداشتی دوران بارداری:** در هر بار ملاقات با مادر ضمن بررسی وزن، فشارخون و سایر مراقبت ها، باید آموزش هایی متناسب با سن بارداری به او داده شود. اهم این آموزش ها عبارتند از:  
**تغذیه بارداری:** غذای روزانه مادر باید حاوی مقدار لازم پروتئین برای رشد و ترمیم نسوج بدن خود و جنین، مقدار لازم چربی و نشاسته برای تولید انرژی، آب، املاح (آهن و کلسیم) و ویتامین ها باشد.

### برخی از توصیه های مهم عبارتند از:

- تنوع و تعادل در برنامه غذایی روزانه و استفاده از ۵ گروه غذایی اصلی رعایت شود.
  - در هر وعده غذایی حداقل از سه گروه غذایی اصلی استفاده شود.
  - ترجیحاً از نان های سبوس دار مانند سنگک به جای نان های سفید استفاده شود.
  - بهتر است برنج به صورت کته یا دمی همراه حبوبات مصرف شود. به طور کلی مخلوط غلات و حبوبات مانند عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان و خوراک لوبیا با نان، پروتئین مناسبی را برای خانم باردار تامین می کند.
  - استفاده از انواع میوههای تازه که در منطقه موجود است و میوههای خشک مانند کشمش، خرما، توت خشک، انجیر خشک، برگه هلو، زردآلو یا آلو خشک به عنوان میانوعده توصیه شود.
  - سبزی هایی که به شکل خام خورده می شوند باید قبل از مصرف به دقت شسته و ضد عفونی شوند. از قرار دادن سبزی در معرض هوا یا نور خورشید، پختن به مدت طولانی بخصوص در ظروف در باز و همراه آب زیاد و دور ریختن آب آن که سبب از بین رفتن ویتامین های موجود در سبزیها می شود، باید خودداری گردد.
  - روزانه سبزی های تازه مانند کاهو، گوجه فرنگی، خیار و هویج به عنوان میان وعده و سبزی های خام (سبزی خوردن) و یا پخته و یا سالاد همراه غذا مصرف شود.
  - کشک یک منبع غنی از پروتئین، کلسیم و فسفر است. در مناطقی که کشک در دسترس است توصیه می شود همراه با غذاهایی مانند آش و بادمجان و به صورت جوشیده شده استفاده شود.
  - اگر مصرف شیر سبب ایجاد نفخ و مشکل گوارشی شود معادل آن می توان از ماست یا پنیر استفاده کرد.
  - انواع مغزها مثل پسته، بادام، گردو، فندق، منابع خوب پروتئین و آهن هستند و می توان به عنوان میان وعده ترجیحاً از نوع خام و کم نمک آنها استفاده کرد.
- با رعایت دستورات تغذیه ای می توان بسیاری از مشکلات شایع در بارداری نظیر تهوع صبحگاهی، یبار، یبوست، سوزش سردل و ادم را کاهش داد.

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

تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که مصرف داروها، نوشیدن الکل و عوامل زیان بار دیگری مانند استعمال دخانیات و تنفس در فضای آلوده به دود سیگار یا قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس (به هنگام رادیوگرافی) در دوران حاملگی ممکن است اثر سوء در جنین بوجود آورد. سیگار و دخانیات موجب زایمان زودرس، کم وزنی نوزاد و حتی مرگ نوزاد می شود و مصرف الکل باعث تاخیر رشد، ناهنجاری و اختلال عصبی در جنین می گردد.

اکثر داروها می توانند از جفت عبور کرده و به جنین رسیده و عوارض و ناهنجاری هائی در جنین و نوزاد ایجاد کنند. نوع عارضه و یا تاثیر داروها و هر عامل خطر زای دیگر بستگی به این دارد که در کدام مرحله جنینی آن دارو یا عامل بر جنین اثر می گذارد. از آنجائی که بیشترین اثرات سوء داروها و مواد مضر در سه ماه اول حاملگی است لذا در این مدت باید از مصرف خودسرانه دارو و انجام هر نوع عکس برداری پزشکی بدون اجازه پزشک خودداری شود. اگر خانمی قبل از بارداری به علت بیماری دارو مصرف می کرده و یا در اوایل بارداری مجبور به استفاده از دارو است، باید حتماً پزشک یا ماما را از باردار بودن خود مطلع کند.

- ناهنجاری های جنینی مثل نقص اعضا و اندام ها، تولد نوزاد کم وزن و نارس، عقب ماندگی ذهنی، مشکلات و نقایص دندانی و صورتی مانند شکاف لب و کام، بد رنگ شدن دندان های نوزاد، مرگ و میر دوران جنینی از عوارض مصرف برخی داروها و کشیدن سیگار یا سایر عوامل زیان آور در بارداری است.
- به جز در مواردی که پزشک لازم می داند، عکسبرداری از لگن خاصره و شکم مادر باردار توصیه نمی شود. عکسبرداری از سایر اعضا بدن مادر با قرار دادن پوشش سربی مخصوص روی شکم مادر به منظور نرسیدن اشعه به جنین اشکالی ندارد.

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

### بهداشت فردی:

نظافت شخصی مادر از نظر پوست بدن، دست ها و پاها، ناخن ها، موی سر، دندان ها، نظافت سایر اعضای بدن و استحمام مرتب از اصول اولیه بهداشت فردی است که باید بدان توجه شود. استحمام سبب باز شدن منافذ پوست و سرعت جریان خون می شود. در بارداری محدودیتی برای استحمام وجود ندارد. مادر باید در موقع حمام کردن از آب بسیار سرد یا آب بسیار داغ و آب های آلوده که احتمالاً باعث آلودگی دستگاه تناسلی زن می شود، پرهیز کند. گرما و رطوبت زیاد محیط حمام می تواند باعث افزایش درجه حرارت جنین شود، بنابراین باید از آب ولرم استفاده کرده و زمان استحمام کوتاه تر شود. در هفته های آخر مراقبت بیشتری به هنگام استحمام لازم است زیرا بزرگی شکم، تعادل بدن را برهم می زند و احتمال لیز خوردن و افتادن را بیشتر می کند. ضمناً در این زمان استحمام در حوض، خزینه و نظایر آن توصیه نمی شود.



## بهداشت دهان و دندان:

در بارداری مادر تمایل بیشتری به خوردن مواد غذایی شیرین یا ترش دارد و به دلیل کم حوصلگی و خستگی وقت کمتری برای مراقبت از دندان ها صرف می کند، از طرف دیگر همانطور که در مباحث قبل اشاره شد، به علت مصرف کلسیم بدن مادر در استخوان بندی جنین خطر پوسیدگی دندان و بیماری لثه بیشتر می شود. بنابر این لازم است در این دوران ضمن تشویق مادر به داشتن برنامه غذایی مناسب (استفاده از مواد دارای کلسیم، میوه و سبزیجات بجای مصرف مواد قندی) او را از اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان، چگونگی ایجاد پوسیدگی دندان و مشکلات دهان و لثه، نحوه استفاده صحیح و مرتب از مسواک، نخ دندان و دهان شویه آگاه کرد. همچنین آموزش مادر در مورد مراقبت از دهان نوزاد و بهداشت دهان و دندان کودک مطابق متون آموزشی دفتر دهان و دندان ضروری است.

## استراحت:

در اوایل حاملگی بیشتر زنان احساس خواب آلودگی و خستگی می کنند که امری طبیعی است. توصیه می شود زنان باردار یک برنامه مشخص برای استراحت خصوصاً در اواخر بارداری داشته و زمان کافی برای استراحت خود در نظر بگیرند. بهترین وضعیت برای استراحت، خوابیدن به پهلو است. این امر سبب خون رسانی و اکسیژن رسانی بهتر به جنین می شود. تغییر وضعیت از یک پهلو به پهلو دیگر و یا بلند شدن باید به آرامی صورت گیرد. از آنجایی که در زایمان انرژی زیادی مصرف می شود، در هفته های آخر بارداری باید از انجام فعالیت های سنگین خانه (مانند خانه تکانی) اجتناب شود.

## کار و فعالیت:

ساعت کار مادران شاغل نباید زیاد طولانی باشد (کمتر از ۸ ساعت در روز) و آنان باید بتوانند در فواصل کار خود چند دقیقه ای استراحت کنند. مشاغلی که مستلزم بلند کردن و جابجا کردن اجسام سنگین و یا ایستادن به مدت طولانی، تماس با مواد سمی است، برای خانم های باردار مناسب نمی باشد. توصیه می شود زنان باردار از انجام کارهای سنگین که موجب افزایش ضربان قلب و تعریق زیاد می شود و از ایستادن و یا نشستن طولانی مدت (بیش از ۳ ساعت) در یک وضعیت بپرهیزند. در زمان کار حتی الامکان به طور متناوب راه بروند و در هنگام نشستن یک چهارپایه در زیر پای خود قرار دهند.

نکته: اگر مادر در این شرایط (یعنی شغل سخت و سنگین) مشغول به کار است در صورت امکان نوع یا محل کار خود را تغییر دهد و یا در کار طولانی مدت نشسته یا ایستاده، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.

**مسافرت:** مسافرت برای مادر سالم منعی ندارد ولی مسافرت طولانی با اتومبیل بخصوص در هفته های آخر بارداری، حتماً باید با تأیید پزشک و با احتیاط باشد. در طول سفرهای زمینی، لازم است مادر حداقل هر ۲ ساعت یک بار کمی راه برود.

## بهداشت در روابط جنسی:

تغییرات دوران بارداری مانند بزرگ شدن پستان ها، پرخونی لگن، تهوع، سرگیجه، بزرگی و تغییرات شکم و پرینه بر روی فعالیت های جنسی تأثیر می گذارد. گرچه تمایلات جنسی طی نیمه اول بارداری کاهش می یابد ولی اغلب در نیمه دوم افزایش دارد. مقاربت تا زمانی که مادر احساس ناراحتی نکند و یا ممنوعیتی از نظر پزشکی (مانند سابقه سقط یا زایمان زودرس یا وجود لکه بینی و جفت سرراهی در حاملگی فعلی) نداشته باشد، مانعی ندارد. ضمناً مقاربت مشکلی برای جنین ایجاد نمی کند زیرا جنین در داخل رحم و درون کیسه آب قرار دارد.

در دوران بارداری بخصوص در ماه های آخر، وضعیتی برای مقاربت مناسب است که باعث صرف انرژی کمتر و نیز فشار کمتر روی شکم و رحم شود.

در صورت وجود رفتارهای پر خطر در مادر و یا همسرش و مشاهده علائم بیماری مقاربتی، باید مادر برای درمان و دریافت خدمات مشاوره به پزشک و مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شود.

## لباس مناسب:

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

## ورزش:

ورزش های سبک حتی بصورت پیاده روی حدود نیم ساعت در روز و حداقل سه بار در هفته و انجام کارهای خانه باید جزو برنامه های روزانه مادران باردار باشد. راه رفتن باعث تقویت عضلات شکم شده و در ماه های آخر به راحت انجام شدن زایمان کمک می کند. انجام تمرینات بسیار ساده در بارداری باعث آرامش جسمی و فکری مادر شده، جریان خون را تحریک و فعالیت ریه ها و فعالیت دفعی پوست و روده ها را بیشتر می کند، از افزایش بیش از حد وزن جلوگیری کرده، در کاهش کمردرد و درد پشت مؤثر بوده و مادر را از نظر جسمی و روحی برای زایمان آماده می کند.

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

## مزایای فعالیت فیزیکی در دوران بارداری

- ✓ پیشگیری از اضافه وزن بیش از حد لزوم در دوران بارداری
- ✓ بهبود سلامت روان در دوران بارداری با افزایش آزاد شدن هورمون هایی به نام اندورفین ها که باعث احساس شادابی بیشتر و خستگی و افسردگی کمتر می شود.
- ✓ کاهش بدخواهی یا بی خوابی، درد پشت، گرفتگی ساق پا، یبوست و تنگی نفس

- ✓ کنترل و یا پیشگیری از دیابت دوران بارداری
- ✓ پیشگیری از پره اکلامپسی با بهبود گردش خون و تنظیم فشارخون
- ✓ تقویت عضلات شکم و لگن، افزایش میزان انرژی و آمادگی برای زایمان.
- ✓ کوتاه شدن فاز فعال زایمان
- ✓ کاهش مداخلات زایمان نظیر انجام سزارین
- ✓ بهبود سریع تر بلافاصله بعد از زایمان
- ✓ برگشت سریع به تناسب اندام و وزن قبل بارداری
- ✓ افزایش توان مادر در شیردهی و انجام کارهای نوزاد و سایر امور

#### موارد احتیاط هنگام ورزش :

- ورزش هایی که درجه حرارت بدن را بیش از حد بالا می برد و موجب تعریق زیاد می شود.
- روزها یا ساعاتی از روز که رطوبت و گرما زیاد است.
- خستگی مفرط ناشی از ورزش شدید
- استفاده از وزنه های سنگین و فعالیت هایی که منجر به حمل وزنه هایی نظیر کوله پشتی می شوند مضر است؛ زیرا این فعالیتها رباط های پشت را در کشش بیش از حد قرار می دهند و رباط ها در حالت کشیده باقی مانده و بازگشت عضلات به حالت قبلی طول می کشد.
- هنگام بیماری و تب
- هنگامی که احساس ضعف در بدن وجود دارد و باید انرژی بدن ذخیره شود.

#### ورزش های عمومی در بارداری

- برنامه ورزشی برای افراد مختلف می تواند متفاوت باشد. برای کسی که قبلاً ورزش می کرده است می تواند تمریناتش را با نظر پزشک یا ماما ادامه دهد. همچنین خانم بارداری که تاکنون ورزش نمی کرده است با نظر پزشک یا ماما می تواند در دوران بارداری این کار را آغاز کند.
- حداقل سی دقیقه در روز در تمام روزهای هفته یا حداقل پنج روز در هفته فعالیت فیزیکی با شدت متوسط برای کسی که به تازگی ورزش را آغاز کرده است، توصیه می شود.
- در سه ماهه سوم دوران بارداری نباید ورزش های قدرتی را بیش از سه جلسه در هفته انجام داد.
- ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در اغلب یا همه روزهای هفته برای کسی که از قبل از بارداری ورزش می کرده است، فعالیت فیزیکی متوسط محسوب می شود.
- حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت فیزیکی در روز برای پیشگیری از اضافه وزن و تناسب اندام و سلامتی برای خانمهای شیرده توصیه می شود.

• ورزش هایی که در طی بارداری توصیه می شوند شامل پیاده روی، شنا، یوگا، دوچرخه سواری (بعد از سه ماهه اول ترجیحاً با دوچرخه ثابت)، ورزشهای آبی (aquarobics)، حرکات موزون، ورزش های کششی، پیلاتس و کلاسهای ورزشی مخصوص بارداری است. ورزش هایی نظیر دو و یا تمرینات کششی اگر به صورت شدید نباشد، در دوران حاملگی قابل انجام است.

### ورزش های تقویت کف لگن

در طی بارداری و زایمان عضلات کف لگن ضعیف می شود. انجام تمرینات مناسب کف لگن در طی بارداری و پس از زایمان موجب تقویت این عضلات می شود.

### ورزش های تقویت عضلات شکم

عضلات شکم از ستون مهره ها و لگن حمایت می کند. حرکات سنتی دراز و نشست در طی بارداری غیر مؤثر است و ایجاد کند؛ زیرا عضلات طولی شکم طوری طراحی شده اند که در قسمت میانی (Diastasis recti) می تواند فتق شکم اجازه رشد رحم را بدهد و نرمش دراز و نشست باعث سفت شدن این عضلات می شود. این کشش بازگشت به حالت اول را بعد از زایمان طولانی می کند. نگه داشتن پا در حالت ارتفاع در حالت خوابیده به پشت می تواند موجب همان اثر شود.

### **بهداشت روانی:**

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

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

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

در سه ماهه سوم مادر احساس می کند آسیب پذیر شده و نسبت به سلامت جنین نیز نگران است و از حضور در محیط های شلوغ خودداری می کند. اغلب مادران در هفته های آخر بارداری به همسر و خانواده احساس وابستگی بیشتر پیدا می کنند و به محبت و توجه و حمایت از طرف همسر خود نیاز بیشتری دارند.

### **مراقبت از نوزاد:**

در دوران بارداری باید در مورد مراقبت از نوزادی که بدنیا خواهد آمد، آموزش های لازم به مادر ارائه شود. این مراقبت ها عبارتند از: اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر، نقش شیر مادر در سلامت دندان ها، مراقبت از

دهان نوزاد، نحوه تمیز کردن لثه و دندان های نوزاد، دفعات تغذیه و دفع مدفوع، مراقبت بندناف، تمیز کردن ناحیه تناسلی، استحمام، درجه حرارت اتاق، واکسیناسیون، مکمل های غذایی، زمان شروع غذای کمکی و علائم خطر در نوزاد

### مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی :

به منظور جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته پس از زایمان، حفظ سلامت مادر و نوزاد بعدی، لازم است در دوران بارداری (ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری) مادر را از لزوم جلوگیری از بارداری آگاه نمود. آموزش مادر در این مورد در دوره بارداری تاکید می شود، زیرا ممکن است پس از زایمان مادر به علت مشکلات زایمان و مراقبت از نوزاد آمادگی و دقت کافی برای انتخاب روش مناسب جلوگیری نداشته باشد. در این زمان اهداف باروری سالم و روشهای پیشگیری از بارداری و زمان شروع استفاده از روش بایستی برای مادر آموزش داده شود، همچنین بر استفاده از روشهای مجاز در شیردهی تاکید گردد.

### نقش مردان در دوران بارداری همسرانشان:

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

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

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

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

### کلاس های آمادگی برای زایمان:

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

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

تمامی زنان باردار صرف نظر از سن و سواد آنان می توانند در این کلاس ها شرکت کنند مشروط بر این که مراقبت های بارداری را انجام داده و ممنوعیتی از نظر متخصص زنان/ ماما برای حضور در کلاس نداشته باشند. در این جلسات حضور یک نفر همراه نیز ضروری است. همراه خانمی است که مادر انتخاب می کند تا در هنگام زایمان در کنار وی باشد. همراه باید رازدار و امین و ترجیحاً با سواد باشد و مادر با وی احساس امنیت کند. مسئولیت تدریس در این کلاس ها برعهده افراد آموزش دیده در این زمینه و محتوای آموزشی بر اساس کتاب "آمادگی برای زایمان (راهنمای مادران و پدران)" است.

## شکایات شایع دوران بارداری

### اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیر بتواند:

- ۱- شکایات شایع دوران بارداری را نام ببرد.
- ۲- در مورد هریک از شکایات شایع به مادر آموزش دهد.

## شکایات شایع دوران بارداری

این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پررنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستان ها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهبل، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

نکته: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

### تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن :

در طول نیمه اول حاملگی تهوع و استفراغ از شکایات شایع است. معمولاً شدت تهوع و استفراغ به هنگام صبح بیشتر است ولی گاهی در طول روز نیز ادامه دارد و یکی از اولین نشانه های حاملگی است که اغلب در اواخر هفته ۱۲ بارداری خودبخود بهبود می یابد.

- شیوع این عارضه بین ۵۰ تا ۷۰ درصد است و اغلب در سه ماهه اول بارداری رخ می دهد و تا هفته ۱۶ بارداری بهبود می یابد.

- از آنجایی که این مشکل در صبح ها تشدید می‌شود، بیماری صبحگاهی (Morning Sickness) نامیده می‌شود؛ گرچه ممکن است در هر ساعتی از شبانه‌روز اتفاق بیفتد.
- تهوع بارداری تنها تهوعی است که با حضور غذا در معده بهبود می‌یابد و تغذیه به عنوان بخشی از درمان در نظر گرفته می‌شود.
- هنگامی تهوع بارداری نیازمند پیگیری فوری است که موجب کاهش وزن شود، در این زمان ارزیابی تغذیه‌ای باید انجام شود.

### توصیه های تغذیه ای هنگام تهوع و استفراغ بارداری:

- معده را خالی نگه ندارند اما در عین حال از پری و سنگینی معده هم خودداری کنند.
- مصرف غذا به مقدار کمتر در هر وعده
- افزایش تعداد وعده های غذایی که ممکن است برحسب تحمل مادر تا ۹ وعده در روز هم برسد.
- استفاده از کربوهیدرات های زود هضم و مصرف پروتئین مفید است.
- بیسکوئیت یا نان خشک قبل از برخاستن از رختخواب مصرف کرده و پس از ۱۵ دقیقه از رختخواب برخاسته و صبحانه سبک و زود هضم بخورند.
- از مصرف همزمان غذا و مایعات خودداری شود.
- از خوردن غذاهای پرادویه، سرخ شده، نفاخ، حجیم و دیر هضم اجتناب شود.
- از آنجایی که غذاها و مایعات سرد بیش از نوع گرم آنها قابل تحمل اند از غذاهای سرد با دمای یخچال استفاده شود و نیز از غذاهایی که بوی محرک دارند اجتناب شود.
- در صورت مصرف مایعات و غذاهای سرد با دمای یخچال مراقب آلودگی های میکروبی باشند.
- در زمان آشپزی، پنجره آشپزخانه را باز بگذارند تا بوی شدید و تند غذا آزاردهنده نباشد و در صورت عدم تحمل توصیه می‌شود غذا بوسیله سایر افراد خانواده تهیه گردد.
- در صورت بروز ناراحتی معده همراه با تهوع می توان یک تکه نان یا بیسکوئیت مصرف کرد.
- به آرامی غذا بخورند.
- از رایحه های آزار دهنده اجتناب کنند.
- در تهوع و استفراغ شدید حمایت روانی مادر توسط اطرافیان خصوصاً همسر خانم باردار توصیه می شود.
- مواد غذایی حاوی کربوهیدرات پیچیده نظیر نان برشته، بیسکوئیت نمکی (کر اکر)، نان خشک یا نان سوخاری مصرف شود.
- در صورتی که تهوع و استفراغ بارداری خفیف باشد ویتامین B6 می‌تواند موجب تخفیف علائم می شود.

مصرف زنجبیل (به اشکال مختلف) توصیه می شود. در صورت داشتن استفراغ های شدید و مکرر نیاز به درمان است. بدون تردید عوامل روانی در شدت تهوع و استفراغ نقش دارد. در این مواقع اظهار همدردی همسر و اطرافیان در کم کردن ناراحتی خانم باردار مؤثر است.

### افزایش بزاق دهان یا پتالیسم (Ptyalism)

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

**پیکا یا وبار حاملگی:** گاهی در طول بارداری بعضی از زنان تمایل به خوردن غذاهای عجیب و غریب و یا موادی که قابل خوردن نیست، دارند و یا از برخی بوها یا غذاها شدیداً ناراحت می شوند. وبار غذائی شدیدترین نوع وبار در حاملگی است.

منظور از پیکا خوردن مواد نامناسبی است که از نظر تغذیه ای کم ارزش، بی ارزش و یا مضر هستند. در دوران بارداری این مواد نامناسب اغلب شامل مصرف خاک یا نشاسته (رایج ترین) و مصرف مواد غیر غذایی دیگر از قبیل یخ، کبریت سوخته، سنگ، زغال، خاکستر، سیگار، مهر نماز، نفتالین و... می باشد. جایگزین کردن مواد نامناسب سبب کاهش دریافت مواد مغذی مفید و در نتیجه کمبود ریزمغذی ها می شود. همچنین مصرف زیاد موادی که حاوی انرژی هستند از قبیل نشاسته می تواند سبب چاقی شود. برخی دیگر از مواد نامناسب (پیکا) نیز ممکن است حاوی مواد سمی یا آلودگی میکروبی باشند؛ و یا ممکن است در جذب مواد معدنی از قبیل آهن اختلال ایجاد کنند. در نهایت مشکلاتی نظیر مسمومیت، یبوست، کم خونی همولیتیک جنینی، بزرگ شدن بناگوش و انسداد معده و روده کوچک و آلودگی انگلی از عوارض پیکا می باشند.

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

**تکرر ادرار:** در ابتدای بارداری معمولاً به علت بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روی مثانه دفعات ادرار کردن بیشتر می شود. بعدها ممکن است به علت تغییر وضع رحم و خارج شدن آن از لگن، فشار آن بر مثانه کم تر شده و این حالت از بین برود. ولی در اواخر حاملگی با پائین آمدن سر جنین به داخل لگن و فشار ناشی از آن دوباره تکرر ادرار دیده می شود. در صورتی که تکرر ادرار همراه با سوزش و درد زیر شکم باشد نشانه عفونت ادراری است و باید توسط پزشک درمان شود.



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

**یبوست:** بسیاری از زنان باردار که در حالت عادی اجابت مزاج طبیعی دارند ممکن است به علت تغییرات هورمونی و کند شدن حرکات روده ها و کاهش فعالیت جسمانی دچار یبوست شوند. مصرف زیاد مایعات در طول روز (حدود ۶ لیوان)، استفاده از میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذاهای حاوی فیبر زیاد مثل نان سبوس دار و عادت به اجابت مزاج در ساعات معینی از روز در جلوگیری از این حالت مؤثر است. مصرف ملین در حاملگی توصیه نمی شود.

**تنگی نفس:** به علت بزرگ شدن رحم و افزایش فشار آن به قسمت پائین ریه ها و نیز اثرات هورمون های مربوط به بارداری، ممکن است مختصری احساس تنگی نفس و تند شدن تنفس ایجاد شود. گذاشتن چند بالش زیر سر و شانه ها و قرار گرفتن به حالت نیمه نشسته و اجتناب از پرخوری در کاهش تنگی نفس به هنگام خوابیدن کمک می کند. در ماه آخر بارداری، زمانی که سر جنین در داخل لگن قرار می گیرد، نفس کشیدن برای مادر راحت تر می شود.

**زیاد شدن ترشحات مهبل (لکوره):** در طول حاملگی ترشحات واژن افزایش می یابد که این ترشحات سفید رنگ یا بی رنگ، غلیظ و بدون بو است. در این موارد تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی توصیه می شود. در صورتی که رنگ ترشحات زرد یا مایل به سبز شده با خارش، سوزش و یا بوی بد همراه باشد درمان توسط پزشک ضروری است.

### **ادم و گرفتگی عضلات پا:**

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

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

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

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

### **ترش کردن و سوزش معده (Heart Burn)**

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

در بیشتر موارد، این مسئله به دلیل بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روده ها و معده و نیز شل شدن اسفنکتر مری و بازگشت محتویات معده به داخل مری ایجاد شده و باعث احساس سوزش می شود. این عارضه با خوردن غذای زیاد و تشکیل گاز شدت می یابد.

یکی از شایع ترین شکایات زنان حامله، سوزش سردل یا ترش کردن است که معمولاً در اثر برگشت محتویات معده به مری بوجود می آید. علت این عارضه در بیشتر اوقات، جابجایی معده به طرف بالا و اثر فشاری رحم روی آن به همراه کاهش حرکات دودی دستگاه گوارش می باشد. در اکثر خانم های باردار این حالت خفیف است و با مصرف غذا با حجم کمتر و در وعده های بیشتر، حذف غذاهای دیر هضم، چرب و سرخ کرده از رژیم غذایی و خودداری از تند خوردن غذا بهبود می یابد. در صورتی که با رعایت این موارد باز هم سوزش سردل ادامه داشت نیاز به بررسی های بیشتری است.

### **توصیه های تغذیه ای هنگام ترش کردن و سوزش:**

- از غذاهای ادویه دار، بخصوص ادویه تند کمتر استفاده کنند. هر چه غذا ادویه کمتر و طعم ملایم تری داشته باشد، ترشح اسید معده را کمتر تحریک می کند.

- غذاهای کاهش دهنده فشار اسفنکتر تحتانی مری مصرف کند و مصرف نعناع، پیاز، سیر، چاشنی‌ها، شکلات، قهوه، چای، نوشابه‌های گازدار، و سایر نوشیدنی‌های حاوی کافئین را قطع کرده و به جای آن آب بنوشد.
- در صورت مصرف چای، از چار پررنگ اجتناب کرده و به جای آن از چای کم رنگ حداکثر ۲-۳ فنجان در روز استفاده شود.
- غذاهای مایع مثل آش و سوپ مصرف نکند.
- بعد از صرف غذا یا آشامیدن، از دراز کشیدن یا خم شدن به جلو پرهیز کنند.
- در هنگام استراحت زیر سر را بالاتر از سطح بدن قرار دهند.
- اجتناب از دراز کشیدن ۱-۲ ساعت بعد از خوردن یا آشامیدن به ویژه قبل از خواب و بلافاصله بعد از غذا.
- در صورتی که با رعایت همه اصول فوق، سوزش سر دل همچنان ادامه داشت، می توان با نظر ماما یا پزشک از آنتی اسیدها استفاده کرد.

**بی خوابی:** با افزایش هفته های حاملگی به علت بزرگ شدن شکم، حرکات جنین، درد پشت، کمر درد و تنگی نفس به تدریج خوابیدن برای مادر مشکل می شود. نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از رفتن به بستر، گذاشتن کیسه آب گرم بر روی پاها، چند دقیقه قدم زدن در هوای آزاد، حمام کردن با آب گرم و نخوردن غذاهای سنگین در رفع بی خوابی مؤثر است. ضمناً بزرگی شکم و فشار رحم به رگ های خونی که از پشت آن رد می شود، باعث اختلال در رسیدن خون به جنین و بعضی اندام های زن باردار می شود. لذا زن باردار باید در هفته های آخر از خوابیدن به پشت خودداری کند.

## فصل ۴

# زایمان و مراقبتهای بلافاصله بعد از زایمان تا ۶ ساعت اول

## زایمان طبیعی

### اهداف آموزشی:

- پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود فراگیران بتوانند:
- علائم زایمان را توضیح دهند.
- دردهای واقعی و دردهای کاذب زایمان را از هم افتراق دهند.
- قرار، حالت، نمایش و وضعیت جنین را توضیح دهند.
- انواع نمایش جنین و وضعیت های مختلف نمایش سر جنین را با استفاده از مولاژ نمایش دهند .

### تعریف زایمان

به تولد نوزاد بصورت زنده یا مرده پس از شروع هفته ۲۲ بارداری (پس از ۲۱ هفته و ۶ روز) زایمان می‌گویند. عوامل زیادی در بدن مادر و جنین دست اندرکارند تا جنین آمادگی خروج از بدن مادر را در زمان مقرر بدست آورد. طبیعت زایمان درد است و علت اصلی درد زایمان، انقباضات رحم است که باعث باز و نرم شدن دهانه رحم می‌شود تا جنین بتواند از رحم به داخل مهبل (واژن) وارد و سپس از این مجرا خارج شود.

- زایمان زودرس
- زایمان دیر رس

### زایمان ایمن

زایمان در مراکزی است که در صورت نیاز به خون یا اعمال جراحی امکان آن تا کمتر از دو ساعت قابل فراهم کردن باشد.

### علائم زایمان

به طور طبیعی، دردهای زایمانی نشانه وقوع زایمان است، اما باید دردهای واقعی زایمان را از دردهای کاذب تشخیص داد. علاوه بر درد، خروج مقدار اندکی از ترشحات چسبناک آغشته به خون از مهبل (در صورتی که مادر طی ۴۸ ساعت قبل، معاینه مهبل نشده باشد) نیز نشانه قابل اعتمادی از وقوع زایمان است. به این ترشحات «نمایش خونی» گفته می‌شود.

اگر چه به طور طبیعی پارگی کیسه آب در مرحله اول زایمان اتفاق نمی افتد، ولی وقوع آن نشانه زایمان و یا تصمیم گیری برای ختم بارداری است. پارگی کیسه آب قبل از شروع دردهای زایمانی را « پارگی زودرس کیسه آب » گویند.

شروع دردهای زایمانی اصطلاحاً با کلمه «لیبر» تعبیر می شود. بنابراین وقتی کلمه لیبر به کار می رود، به این معناست که مادر وارد مراحل زایمانی شده است. پس به طور کلی سه علامت زایمان عبارت است از:

- ✓ درد های زایمان
- ✓ ترشحات چسبناک آغشته به خون (نمایش خونی): در صورتی که ۴۸ ساعت قبل ، معاینه مهبلگی نشده باشد
- ✓ آبریزش یا پارگی کیسه آب

دردهای واقعی و کاذب زایمان: تفاوت دردهای واقعی از دردهای کاذب در جدول زیر مشاهده می شود:

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

دردهای واقعی با تجویز مسکن ، متوقف نمی شود .

با توجه به آنچه گفته شد، درد های زایمانی به صورت انقباضات رحمی است (در این حالت مادر می گوید که درد هایی در کمر و پشت می گیرد و ول می کند). این انقباضات را می توان با گذاردن دست بر روی رحم از روی شکم لمس کرد. با لمس انقباض لازم است مدت هر انقباض از شروع تا پایان، فاصله انقباض با انقباض بعدی و قدرت هر انقباض را تعیین کرد. دردهای زایمان می تواند در زمانی زودتر از زمان مورد انتظار برای زایمان شروع شود که منجر به زایمان زودرس شود.

## اصطلاحات مربوط به موقعیت جنین در کانال زایمانی

### حالت یا شکل جنین

در هفته های آخر بارداری، جنین شکل خاصی به خود می گیرد که « حالت » نامیده می شود. در این زمان جنین توده ای تخم مرغی شکل می سازد که متناسب و منطبق با شکل حفره رحم است. جنین

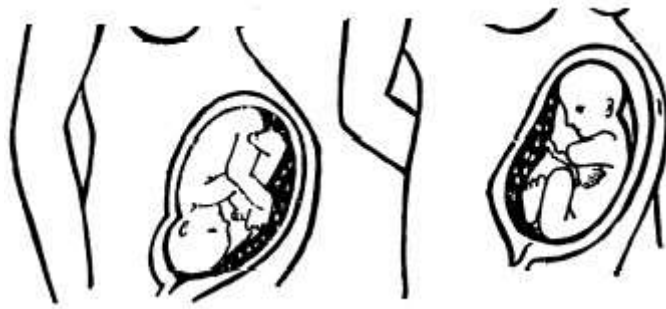
به طوری روی خود خم می شود که پشت او به طور مشخص حالت محدب پیدا می کند. سر کاملاً خم شده به گونه ای که چانه تقریباً در تماس با قفسه سینه قرار می گیرد. ران ها نیز بر روی شکم و ساق ها در قسمت زانو خم می شود. بازوها به صورت متقاطع روی قفسه سینه و یا به موازات پهلوها است. بندناف در فضای بین اندام ها قرار می گیرد.



**قرار، حالت، وضعیت و نمایش جنین:** تعیین موقعیت جنین در کانال زایمان بسیار مهم است. برای این کار لازم است با انجام معاینه مهبل، قرار، نمایش و وضعیت جنین را مشخص کرد.

**قرار جنین:** محور طولی بدن جنین را نسبت به محور طولی بدن مادر « قرار » می گویند. با توجه به این تعریف، جنین می تواند در دو قرار « طولی » و « عرضی » در کانال زایمان باشد. در قرار طولی، محور طولی بدن جنین با محور طولی بدن مادر موازی است. در ۹۹ درصد زایمان ها، قرار جنین طولی است (سر جنین در سمت پایین و ته جنین در سمت بالا قرار دارد).





قرار طولی در نمایش سر

قرار طولی در نمایش ته

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



قرار عرضی

**نمایش جنین:** بخشی از بدن جنین را که در مجرای زایمان جلوتر از بخش های دیگر قرار دارد یا نسبت به سایر قسمت های بدن به مجرای زایمان نزدیک تر است «عضو نمایش» گویند. عضو نمایش را می توان در معاینه مهبل تشخیص داد و در واقع نشان دهنده «نمایش» جنین است. بدین ترتیب اگر عضو نمایش در قرار طولی سر باشد به آن «نمایش سفالیک» گفته می شود و در این حالت ابتدا سر جنین از مجرای زایمان خارج می شود. اگر عضو نمایش در قرار طولی ته باشد به آن «نمایش بریچ» گفته می شود.

#### ➤ انواع نمایش جنین

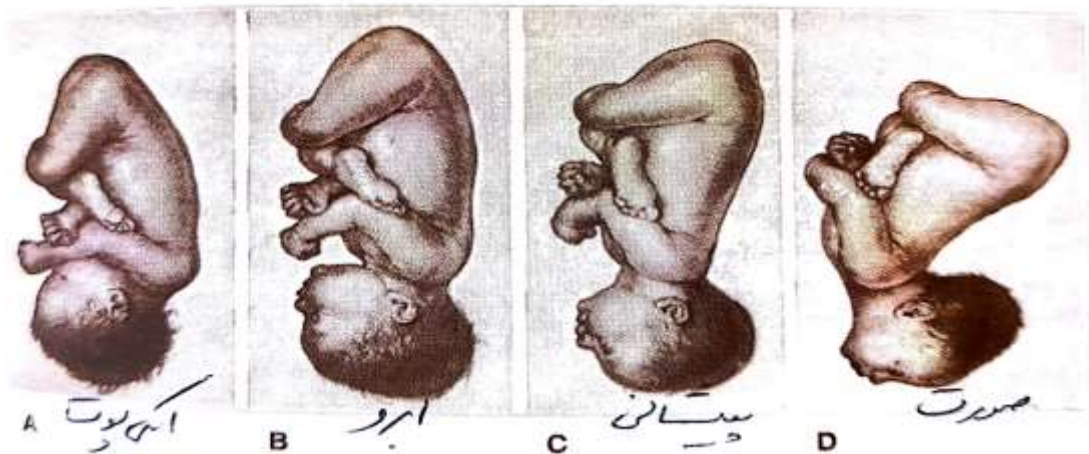
۱. نمایش سر (سفالیک)
۲. نمایش ته (بریچ)
۳. نمایش شانه: در قرار عرضی عضو نمایش «شانه» است.



«نمایش ته در اشکال مختلف»

انواع نمایش سر:

- سفالیک ( اکسی پوت )
- صورت
- پیشانی ( پایدار نبوده )
- ابرو





۱- نمایش سر(سفالیک): این نمایش بر اساس ارتباط سر با بدن جنین طبقه بندی می شود. در حالت یا شکل طبیعی جنین، سر کاملاً بر روی قفسه سینه خم شده است. در این حالت عضو نمایشی که در معاینه مهبل می لمس می شود، پس سر است که «نمایش اکسی پوت» نامیده می شود.

اگر سر جنین از حالت خمیدگی طبیعی خارج شود، می تواند نمایش های مختلفی را ایجاد کند. به طوری که اگر سر کاملاً به سمت پشت بدن برگردد به طوری که ملاحظ پس سری در تماس با پشت بدن قرار گیرد، عضو نمایش صورت خواهد بود. برحسب میزان برگشتن سر به سمت پشت، ممکن است نمایش ابرو و پیشانی نیز ایجاد شود که معمولاً پایدار نبوده و به یکی از دو نمایش پس سر یا صورت تبدیل می شود.

۲- نمایش ته (بریج): این نمایش برحسب اینکه ران و ساق پاهای جنین در چه موقعیتی قرار گیرد، سه شکل کلی پیدا می کند. شایع ترین حالت آن به صورتی است که ران ها روی شکم خم شده و کل پاها بر روی سطح جلویی شکم قرار گرفته اند. در این حالت عضو نمایشی که در معاینه مهبل می لمس می شود، ته جنین است.

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

➤ انواع نمایش بریج :

۱. بریج کامل

۲. بریج فرانک

۳. بریج ناکامل



### توجه:

برای انجام زایمان در منزل، هر نمایشی به غیر از نمایش سر غیر طبیعی است و به ارجاع مادر به بیمارستان نیاز دارد.

زایمان طبیعی در منزل در قرار طولی به شرط آن که نمایش سر جنین نیز «پس سر» باشد، امکان پذیر است. در صورتی که قرار جنین «عرضی» باشد و یا نمایش جنین در قرار طولی «ته» باشد، باید مادر را به بیمارستان و متخصص ارجاع کرد.

**وضعیت جنین:** قرار گرفتن بخشی از عضو نمایش جنین نسبت به طرف راست یا چپ بدن مادر را «وضعیت» می نامند. این بخش از عضو نمایش جنین در نمایش سر، پس سر یا ملاج پس سری است. در نمایش صورت، چانه جنین و در نمایش ته، استخوان ساکروم جنین است.

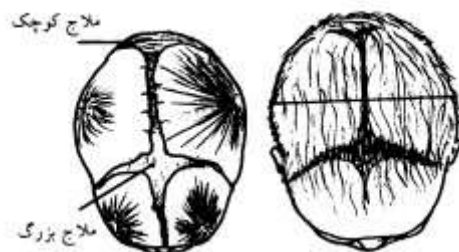
با توجه به تعریف بالا، برای انجام زایمان طبیعی در منزل، باید در معاینه مهبلی دو وضعیت پس سر در قسمت جلو و چپ (اکسی پوت قدامی چپ) و وضعیت پس سر در قسمت جلو و راست (اکسی پوت قدامی راست) را نمایش سر تشخیص داد. تشخیص سایر وضعیت ها به این معنا که اگر در معاینه، صورت یا ته جنین لمس شد، نیازمند ارجاع مادر به بیمارستان است.

#### حرکات جنین در لیبر

با توجه به ابعاد نسبتاً بزرگ سر جنین رسیده (ترم)، جنین باید برای عبور از کانال زایمانی که شکل یکنواختی ندارد در وضعیت خود تغییراتی بدهد. این تغییرات را حرکات اصلی لیبر می گویند. حرکات لیبر با عبور بزرگ ترین قطر عرضی سر جنین از دهانه ورودی لگن شروع می شود که به این حالت «آنگازمان» می گویند. پایین آمدن یا نزول سر جنین نیز که از حرکات اصلی لیبر محسوب می شود همزمان با آنگازمان شروع و تا مرحله پایانی زایمان که منجر به خروج جنین می شود، ادامه دارد. در مسیر حرکت جنین به سمت دهانه مهبل برای تطابق با کانال زایمانی، چرخش هایی نیز در سر بوجود می آید. آخرین چرخش سر جنین، پس از خروج سر از کانال زایمانی اتفاق می افتد. در این چرخش، سر جنین به وضعیت اولیه خود بر می گردد. در این حالت است که شانه ها پدیدار شده و با زایمان شانه ها، سایر قسمت های بدن به سرعت خارج می شود.

#### ساختمان سر جنین و تغییرات شکل سر جنین

آگاهی مختصر از ساختمان سر جنین برای تشخیص نمایش سفالیک و وضعیت آن ضروری است. سر جنین از دو استخوان پیشانی در جلو، دو استخوان گیجگاهی در طرفین، دو استخوان آهیانه در بالا و یک استخوان پس سری در عقب تشکیل شده است. محل اتصال این استخوان ها را «شیار یا درز» می گویند. در محل اتصال دو استخوان آهیانه و پیشانی، ملاج بزرگ یا قدامی قرار گرفته که لوزی شکل است. در محل اتصال دو استخوان آهیانه و استخوان پس سر، ملاج کوچک یا خلفی قرار دارد که مثلثی شکل است. همانطور که در مطالب قبل گفته شده است، در معاینه مهبلی لازم است که ملاج کوچک یا پس سری در نمایش سر تشخیص داده شود.



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



در حالت دیگری از تغییر شکل سر جنین، استخوان های سر روی هم قرار می گیرند.

در معاینه مهبلی باید به تغییرات سر جنین توجه داشت. در صورت عدم تشخیص صحیح موقعیت جنین در کانال زایمانی، مادر باید به مرکز زایمانی یا بیمارستان ارجاع شود.

### حرکات جنین در لیبر



## زایمان در منزل

### اهداف آموزشی:

- پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود فراگیران بتوانند:
- شرایط انجام زایمان در منزل را توضیح دهند.
- وسایل مورد نیاز برای انجام زایمان در منزل را توضیح دهند.

### آماده کردن منزل برای انجام زایمان

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

### زایمان در منزل: بازدید منزل

چنانچه زن باردار مایل است در منزل زایمان کند، باید در صورت نبود علائم خطر شرایط انجام زایمان در منزل شامل امکانات و وسایل مورد نیاز زایمان، وجود وسیله نقلیه آماده برای انتقال مادر و نوزاد (در موارد خطر) و محیط مناسب زایمان فراهم باشد. همچنین باید شرایط مجاز برای انجام زایمان در منزل (طبق چارت مراقبت و آیین نامه زایمان در منزل) در نظر گرفته شود. از این رو بازدید از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری ضروری است. هنگام بازدید از منزل با مادر با خوشرویی برخورد کنید و بدون اجازه وارد منزل نشوید و قبل از ورود به منزل، منظور از بازدید را شرح دهید.

هدف از بازدید به شرح زیر است:

- آشنایی با افراد خانواده و توجه به روابط آنها با یکدیگر؛
- بررسی وضعیت خانواده از نظر شرایط اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی؛
- آموزش بهداشت متناسب با سطح فکر و درک افراد خانواده در زمینه نظافت و بهداشت محیط منزل، نگهداری و بهداشت مواد غذایی و بهداشت فردی؛
- راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز؛
- آموزش نشانه های زایمان و علائم خطر به مادر و خانواده؛
- یادآوری به مادر در مورد این که حداقل دو نفر از اعضای خانواده (مادر، خواهر، مادرشوهر و ...) را به عنوان کمک حین زایمان انتخاب کند. همچنین همسر وی باید آمادگی لازم را داشته باشد که در شرایط فوری بتواند وی را به بیمارستان انتقال دهد.

## شرایط اتاق زایمان در منزل

بهبتر است یکی از اتاق های منزل را برای زایمان آماده کرد. بدین منظور به نکات زیر باید توجه شود:

- اتاقی باید برای زایمان انتخاب شود که رو به آفتاب و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان به راحتی آن را گرم نگه داشت؛
- کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز شود و با مشمع یا نایلون بزرگ در موقع زایمان پوشانده شود؛
- درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود؛
- اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. (بهبتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و .... در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد.)
- در دسترس قرار دادن لامپ ۶۰ وات، سرپیچ و سیم رابط برای تأمین نور کافی ضروری است؛
- وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود؛
- وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه، بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود؛
- وسایل مورد نیاز زایمان و مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود؛

-به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد؛

-در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً توسط مادر انتخاب شده اند برای کمک در اتاق زایمان ضروری است. این امر باعث می شود که مادر آرامش داشته باشد و خطر انتقال عفونت به مادر و نوزاد نیز کاهش پیدا کند.

همچنین ماما بتواند به راحتی و با آرامش زایمان را انجام دهد؛

-در ۶ ساعت اول بعد از زایمان نیز باید ملاقات بستگان و دوستان با مادر و نوزاد را به دلایلی که در بالا اشاره شد، محدود کرد؛

## وسایل لازم در اتاق زایمان :

بهبتر است وسایل مورد نیاز زایمان حداقل ۴ هفته قبل از زایمان فراهم شود. این وسایل شامل:

-حداقل ۴ ملحفه تمیز (ملحفه ها باید قبلاً شسته شده و در آفتاب خشک شود و در صورت امکان اتو شده باشد)؛

-مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک؛

-وسایل مادر:

- ۲ دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود تا شیر دادن به نوزاد آسان باشد.
- ژاکت یا نیم تنه پشمی در فصل سرما
- حوله صورت
- جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز

• نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد (کهنه ها باید با آب و صابون شسته شده و در آفتاب خشک و یا اتو شود).

• شانه و وسایل نظافت شخصی

-وسایل نوزاد:

• رختخواب نوزاد ( تشک، ملحفه، لحاف یا پتو، بالش)

• لباس، کلاه، کهنه یا پوشک

• لباس نوزاد از جنس پارچه نخی یا کتان باشد. پارچه های نایلونی و یا الیاف مصنوعی سبب حساسیت پوست بدن نوزاد می شود. در دوخت لباس باید حتی المقدور از به کار بردن دکمه و قزن قفلی خودداری شود و به جای آن با نوار لباس را ثابت نگه داشت. لباس و کلاه و کهنه ها نیز با صابون بدون عطر شسته شود.

-دو لگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها

-کتری یا پارچ

-سطل آشغال

-کیسه یا بطری آب گرم

-تعدادی روزنامه و یا کاغذ باطله

-پتو

در صورتی که برای مادر تهیه وسایل مورد نیاز مقدور نباشد، به او در تهیه وسایل کمک و یا او را به زایمان در مرکز زایمانی تشویق کنید.

وسایل مورد نیاز زایمان (محتویات کیف مامایی)

-گوشی مامایی

-گوشی طبی و فشارسنج

-صابون و جا صابونی، حوله دست

-گاز، پنبه استریل به مقدار مورد نیاز

-پنس کوخر حداقل ۲ عدد

-قیچی حداقل یک عدد

-کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد

-دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف به تعداد مورد نیاز برای معاینه

-وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)

- کلیپس بند ناف ۳-۲ عدد

-پوار حداقل ۲ عدد

-درجه حرارت سنج دهانی

-درجه حرارت سنج برای اتاق

- چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافی همراه داشته باشید)

-نوار متری

-مشمع برای زیر انداز به ابعاد  $150 \times 150$

- ۲ ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط

-حداقل ۴ تکه شان به ابعاد  $80 \times 80$

-مواد ضد عفونی مانند بتادین و ساولن

-سرنگ و سر سوزن و آمپول اکسی توسین

-فرم ثبت مراقبت های زایمان

وسایل مورد نیاز زایمان باید قبلاً استریل و بسته بندی و آماده شده باشد. به تاریخ انقضای استریل وسایل دقت شود.

### آمادگی برای زایمان در منزل

از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید همیشه برای انجام زایمان آماده باشید. در صورتی که از وقوع زایمان با خبر شدید، با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه وسایل مورد نیاز زایمان به منزل زائو مراجعه کنید.

**در هنگام مراجعه به منزل، اقدامات زیر را انجام دهید:**

- با خوشرویی مادر را به اتاقی که برای زایمان آماده شده است، هدایت کنید و به او اطمینان خاطر دهید؛
- از یک نفر «کمک زایمان» بخواهید که به شما در آمادگی وسایل کمک کند؛
- از مادر شرح حال بگیرید. (زمان شروع دردها، وضعیت دردها، خروج ترشح خونی، وضعیت کیسه آب و...)
- علائم حیاتی (فشارخون، نبض، تنفس، درجه حرارت) مادر را کنترل کنید؛
- درجه حرارت اتاق در حد  $25-28$  درجه سانتی گراد تنظیم کنید. وسایل مورد نیاز زایمان را در دسترس قرار دهید؛
- با نزدیک شدن زمان خروج نوزاد، دست ها را (حداکثر به مدت ۳ دقیقه) بشویید.
- وضعیت مادر را از نظر زایمان بررسی و برحسب مرحله و فاز زایمان تصمیم گیری و مطابق دستور عمل اقدام کنید؛
- به پوشش مناسب مادر توجه داشته باشید؛
- مادر و همراهان وی را در مراحل زایمان راهنمایی کنید؛
- در هر مرحله برای مادر توضیح دهید که چه کاری انجام می دهید؛
- روند پیشرفت زایمان را به مادر و همراهان بگویید؛
- در صورت وقوع علائم خطر سریعاً اقدام و مادر و همراهان و همسر وی را نیز آگاه و راهنمایی کنید؛

- تمام اقدامات را در فرم ثبت کنید؛
- پس از زایمان، تا 6 ساعت مادر و نوزاد را مطابق دستور عمل مراقبت و نتیجه مراقبت ها را ثبت کنید؛
- همراهان مادر را در مورد نظافت اتاق و تمیز کردن لباس ها و وسایل راهنمایی کنید؛
- به مادر و خانواده آموزش های لازم را ارایه دهید و یادآوری کنید که در صورت وقوع علائم خطر، شما را آگاه کنند.
- دفن یا سوزاندن بهداشتی جفت (حداقل ۱۰ متر دورتر از منبع آشامیدنی و در عمق ۲ متری)
- شستشو و ضد عفونی وسایل زایمان و اتاق زایمان

## ارزیابی اولیه مادر برای زایمان در منزل

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- نحوه ارزیابی اولیه زایمان در منزل را براساس بوکلت چارت بیان نمایند.
- موارد منع زایمان در منزل را توضیح دهند.

برای انجام یک زایمان در منزل که سلامت مادر و نوزاد را تامین نماید باید فراگیران با روند زایمان طبیعی و زایمان های در معرض خطر آشنایی کامل داشته و براساس آموخته ها، طبق بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، اقدام نمایند.

چند توصیه برای «همراه» مادر:

- همراه باید در کنار مادر باشد و او را تنها نگذارد؛
  - با راهنمایی ماما ( بهورز ماما/ماما روستا ) پشت مادر را مالش دهد و در صورت نیاز پیشانی مادر را با دستمال خیس بپوشاند؛
  - در هنگام قدم زدن یا توالت رفتن، مادر را تنها نگذارد؛
  - در تغییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن مادر را تشویق و به او کمک کند؛
  - علائم خطر را شناسایی کند؛
  - مخالف نظر عامل زایمان، مادر را راهنمایی نکند.
- احتیاطات همه جانبه :از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید برای زایمان همیشه آماده باشید. در صورت اطلاع از وقوع زایمان، با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه کیف مامایی به منزل زائو مراجعه کنید



## نکات زیر را به خاطر بسپارید و رعایت کنید:

- در دسترس قرار دادن کیف مامایی؛
- اطمینان از استریل بودن وسایل و رعایت شرایط استریل در هنگام زایمان؛
- کوتاه کردن ناخن ها و شستن دست ها با آب و صابون پیش از هر اقدام؛
- پوشیدن دستکش استریل و رعایت شرایط استریل در انجام زایمان؛
- استفاده از گان، دستکش، ماسک، پیش بند، عینک؛
- گذاشتن جفت، خون و ترشحات در ظرف های بدون نفوذ؛
- دفن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی (حداقل ۱۰ متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق ۲ متری).
- جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آغشته به خون و مایعات به طور جداگانه؛
- تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل؛
- شستشوی و ضدعفونی کردن وسایل زایمان و اتاق زایمان (در صورت امکان و نیاز) پس از زایمان.

**ایجاد ارتباط با مادر:** برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین کارهایی است که باید هر فرد مراقبت کننده از مادر انجام دهد. در ایجاد ارتباط نکات زیر را به خاطر بسپارید:

- با خوشرویی به مادر سلام کنید؛
- رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید؛
- با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛
- به سئوالات مادر به دقت گوش داده و پاسخ دهید؛
- کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند؛
- به مادر برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید؛
- قبل از هر معاینه، از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید؛
- حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛
- راز مادر را برملا نکنید؛
- پوشش مناسب مادر در زمان زایمان را رعایت کنید؛
- به مادر طی انجام معاینه یا مراحل زایمان توضیحات لازم را بدهید؛
- آموزش های لازم را به مادر ارایه دهید و مطمئن شوید که وی آنها را فرا گرفته است .

در چارت مراقبت های زایمان بخش زایمان و بلافاصله پس از زایمان مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، مواردی که نباید زایمان در منزل انجام شود (شکم اول، بیماری مادر، فشارخون بالا و...) توضیح داده شده است. در اینجا فقط برخی از این موارد شرح داده می شود.

لازم است در موارد ارجاع مادر، بهورز به همراه کیف مامایی مادر را همراهی کند و در حین ارجاع آمادگی انجام زایمان و یا هر نوع اقدامی که مورد نیاز مادر است، (اقدامات مربوط به شوک، تشنج، خونریزی و...) را داشته باشد.

## زایمان های در معرض خطر

۱- **زایمان سخت**: زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد. زایمان دشوار یا سخت با پیشرفت غیرطبیعی و آرام لیبر مشخص می شود. در مواردی که بین عضو نمایش جنین و مجرای زایمان تناسب وجود ندارد، عدم پیشرفت زایمان شایع است. چهار نوع اختلال مهم مانع پیشرفت زایمان شده و زایمان را طولانی می کند:

- اختلال یا ناکافی بودن نیروی رحم که از قدرت کافی برای بازکردن دهانه رحم برخوردار نیست. در مرحله اول به طور طبیعی انقباضات رحم در باز و نرم شدن دهانه رحم تأثیر می گذارد. میزان باز شدن دهانه رحم در زنان چندزا در فاز فعال به میزان 1 سانتی متر در ساعت است. چنانچه تغییر پیشرفت در این زمان اتفاق نیفتد، مادر باید ارجاع شود.

- تنگی لگن. هر گونه کاهش در اقطار لگن باعث می شود که گنجایش لگن کم شود. تنگی لگن ممکن است در قسمت ورودی لگن، قسمت میانی لگن و قسمت خروجی لگن اتفاق بیفتد. تنگی لگن میانی شایع تر است. اگر چه روش دقیقی برای اندازه گیری ابعاد لگن میانی وجود ندارد، در صورت برجسته بودن خارها و صاف و متقارن نبودن دیواره های کناری لگن باید تنگی لگن را در نظر داشت.

گاهی ممکن است لگن اقطار مناسبی برای زایمان داشته باشد ولی اندازه جنین درشت بوده و روند پیشرفت زایمان را مختل می کند. بنابراین باید به اندازه جنین نیز در هنگام زایمان توجه شود. تأخیر در نزول سر جنین باید جدی گرفته شود. در زنان چندزا معمولاً نزول سر جنین همزمان با دیلاتاسیون یا گاهی پس از دیلاتاسیون کامل صورت می گیرد. در صورت وجود انقباضات خوب، نزول سر جنین به سرعت انجام می شود.

- نمایش غیر طبیعی (نمایش ته، صورت و....). نمایش جنین به جز نمایش سر، می تواند مانع انقباضات موثر رحم در باز شدن دهانه رحم و پایین آمدن سر جنین شود.

- اختلال بافت های نرم که مانع نزول جنین می شوند. هر نوع توده یا ناهنجاری در بافتهای نرم لگن می تواند مانع پیشرفت مناسب زایمان و خروج جنین شود.

۲- **خونریزی غیر طبیعی حین زایمان**: جدا شدن زودرس جفت و جفت سرراهی از مواردی است که منجر به خونریزی غیرطبیعی قبل و حین زایمان می شود. در صورت وجود هر نوع خونریزی باید از معاینه واژینال خودداری شده و مادر ارجاع شود.

۳- **زایمان در معرض عفونت**: در زایمان های طول کشیده و سخت بخصوص اگر پرده ها پاره باشند مادر و جنین در معرض عفونت قرار می گیرند. بهتر است در صورت پارگی طولانی مدت کیسه آب (بیش از ۱۲ ساعت) و یا عدم پیشرفت زایمان نسبت به ارجاع مادر اقدام کرد. مهمترین علامت عفونت در مادر، تب و افزایش تعداد ضربان قلب جنین است.

۴- **زایمان سریع**: زایمان سریع و شتابزده ممکن است ناشی از مقاومت کم قسمت های نرم مجرای زایمان و انقباضات قوی و غیر طبیعی رحم باشد. در این حالت، نوزاد در مدت کمتر از ۳ ساعت خارج می شود. باید توجه داشت که خطر پارگی رحم، خونریزی پس از زایمان و صدمه به نوزاد در این مادران بیشتر است.

۵- جلو افتادن بندناف (پرولاپس بندناف): گاهی هنگام معاینه واژینال، کیسه آب پاره می شود. در این حالت اگر سر جنین در لگن ثابت نباشد (عدم آنکاژمان)، ممکن است بندناف جلوتر از سر جنین خارج شود. در صورتی که به موقع و به درستی با این عارضه برخورد نشود، منجر به مرگ نوزاد می شود.

## مرحله اول زایمان

اهداف آموزشی :

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- آمادگی های مورد نیاز برای انجام زایمان را در مرحله اول توضیح دهند.
- اقدام لازم را براساس بوکت چارت در پرولاپس بند ناف انجام دهند.

### تشخیص نمایش، قرار و وضعیت جنین

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

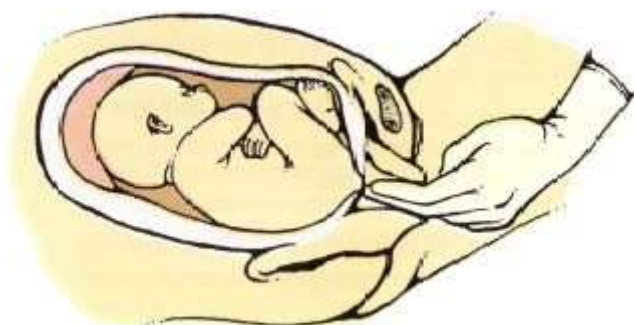
۱- معاینه شکم: معاینه شکم با کمک چهار مانور لئوپولد انجام می گیرد. که در بخش چهارم قسمت "شنیدن صدای قلب جنین" توضیح داده شده است. مادر باید قبل از معاینه، ادرار کند. اجرای این مانورها ممکن است در مادران چاق دشوار باشد.

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

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

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

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



در انجام معاینه مهبلی باید به نکات زیر توجه شود:

- در صورت وجود خونریزی و وجود ضایعات پوستی ناحیه تناسلی (ضایعات تبخالی شکل) معاینه واژینال انجام نشود؛
- قبل از معاینه، مادر ادرار کند؛
- معاینه در خلوت انجام گیرد؛
- مادر در محل مناسبی به پشت بخوابد و زانوها با فاصله کمی از هم به صورت خمیده قرار گیرد؛
- پوشش مادر رعایت شود؛
- قبل از معاینه دست ها شسته شده و دستکش پوشیده شود؛
- قبل از معاینه، ناحیه تناسلی با محلول ضد عفونی ساو لن شستشو داده شود؛
- در موارد پارگی کیسه آب، معاینه در شرایط استریل (پوشیدن دستکش استریل و شستشوی ناحیه تناسلی با ساو لن) انجام گیرد؛
- در صورت ثابت نبودن سر داخل لگن و پاره شدن کیسه آب هنگام معاینه، باید مطمئن شد که بندناف جلو نیفتاده باشد؛
- اگر سر جنین به طور غیر طبیعی مولدینگ و یا ادم داشته باشد، باید در تعیین ایستگاه سر جنین دقت کافی شود زیرا ممکن است به نظر برسد که سر در ایستگاه صفر قرار دارد در حالی که آنکاژمان صورت نگرفته است؛

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

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

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

نکاتی که در بالا اشاره شد، به تمرین عملی زیر نظر مربی نیاز دارد.

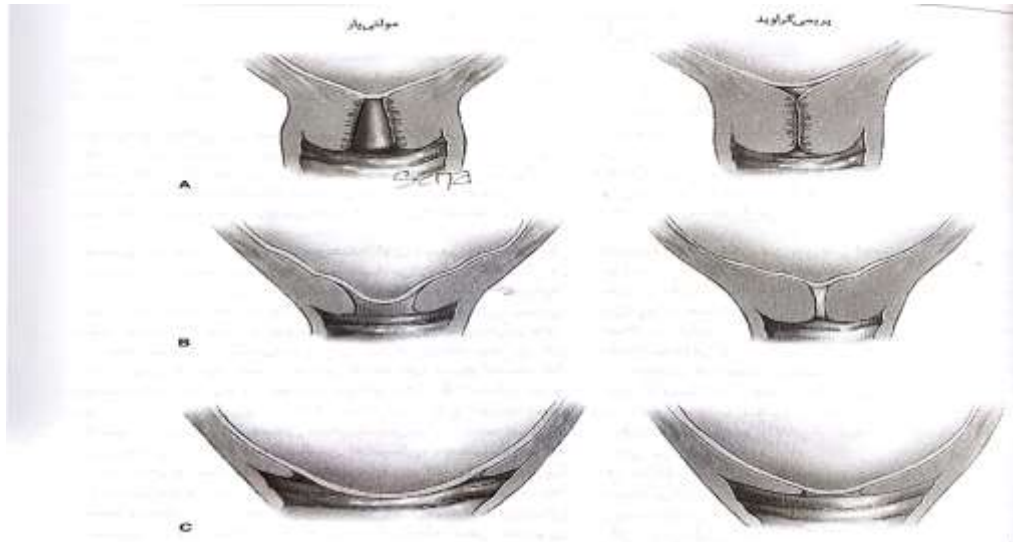
۴- شنیدن صدای قلب جنین: شنیدن صدای قلب جنین به تنهایی نمی تواند اطلاعات با ارزشی بدهد، ولی می تواند نتیجه معاینه شکم را تقویت کند. معمولاً صدای قلب جنین از قسمت محدب (رجوع شود به مبحث حالت یا شکل جنین) که در تماس نزدیک با دیواره رحم است، منتقل می شود. بنابراین صدای قلب در نمایش سر در قسمت میانی بین ناف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

### مراحل زایمان :

- مرحله اول : از شروع دردهای واقعی زایمان تا باز شدن کامل دهانه رحم
- مرحله دوم : از باز شدن کامل دهانه رحم تا خروج کامل جنین
- مرحله سوم : از خروج کامل جنین تا خروج کامل جفت
- مرحله چهارم : از خروج کامل جفت تا یک ساعت پس از زایمان

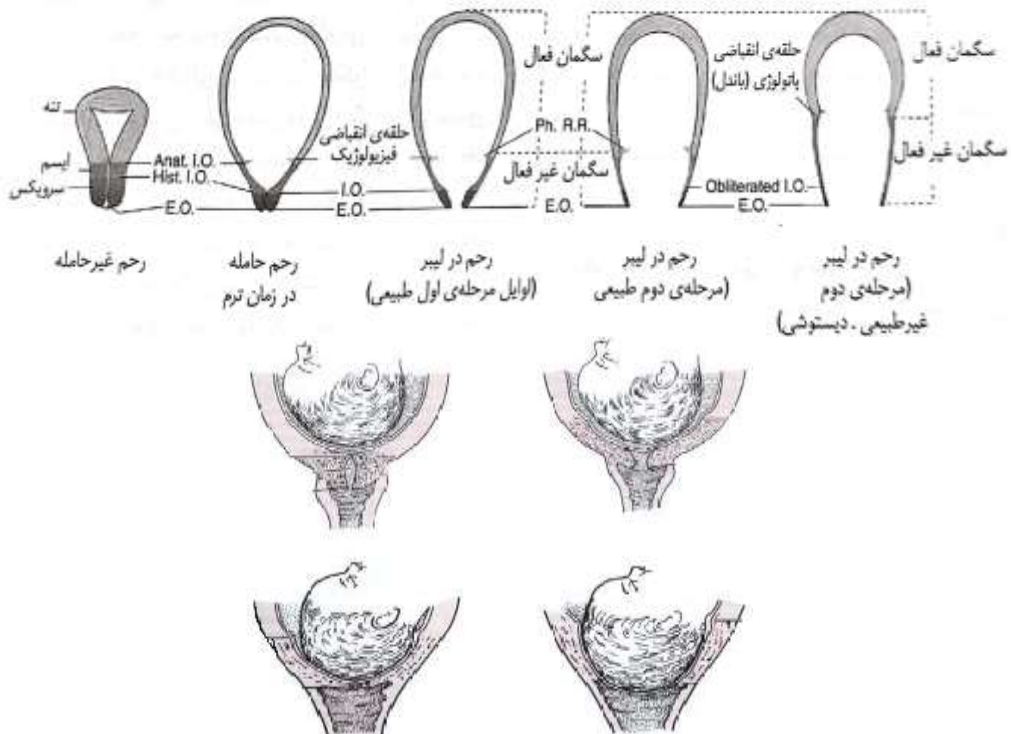
درد زایمان به علت انقباض عضلات رحم ایجاد می شود. بنابراین با وقوع انقباضات واقعی رحم، مراحل زایمان (سه مرحله) آغاز می شود.

**مرحله اول زایمان:** همانطور که در بخش آشنایی با دستگاه تناسلی زن اشاره شد، رحم از دو قسمت «جسم» و «دهانه» تشکیل شده است. جسم رحم، دو قسمت بالایی و پایینی دارد که به طور متفاوت در هنگام زایمان عمل می کند. در اثر انقباض رحم، قسمت بالایی سفت و سخت می شود و نیروی زیادی را برای پایین راندن جنین ایجاد می کند. به طور همزمان، قسمت پایینی شل و نرم و گشاد شده و یک لوله عضلانی بسیار وسیع با دیواره نازک را تشکیل می دهد که جنین می تواند از این لوله خارج شود.



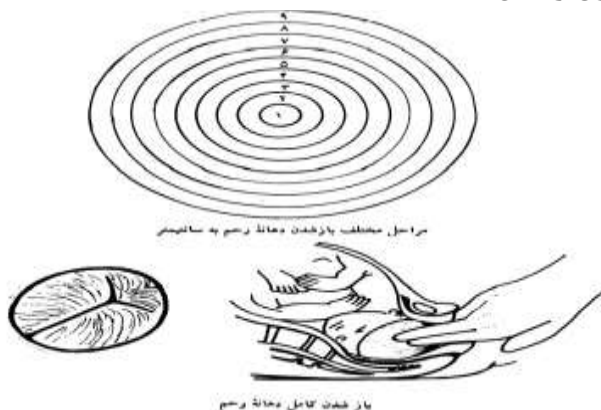
به طور طبیعی مرز میان این دو قسمت مانند یک حلقه در سطح داخلی رحم مشخص می شود. در مواردی که وضعیت انقباضات غیر طبیعی باشد، این حلقه برجسته تر می شود و بر حسب شدت آن ممکن است منجر به پارگی رحم شود.

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



باز و نرم شدن دهانه رحم

دهانه رحم باید تا ۱۰ سانتی متر باز شود. از این رو مرحله اول زایمان از زمان باز و نرم شدن دهانه رحم تا کامل شدن آن به میزان ۱۰ سانتی متر تعریف می شود. اندازه گیری افاسمان و دیلاتاسیون از مهمترین اجزای تشخیص مرحله زایمان است که با انجام تمرین زیاد می توان آن را آموخت. مراقبت از مادر در مرحله اول زایمان :



### فاز فعال و فاز نهفته: مرحله اول زایمان، خود به دو مرحله یا فاز تقسیم می شود.

فاز نهفته از زمان شروع درد های واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم به میزان ۳ تا ۴ سانتی متر گفته می شود. در خانم های چندزا که پس از زایمان، دهانه رحم ممکن است به اندازه یک یا دو انگشت باز باشد (کُل مولتی پار)، اطمینان از شروع دردهای واقعی زایمان برای تشخیص فاز نهفته به منظور جلوگیری از طولانی شدن این فاز مهم است.

نکاتی که باید در این فاز در نظر گرفت عبارت است از:

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

فاز فعال از زمان باز شدن دهانه رحم به میزان ۳ یا ۴ سانتی متر تا باز شدن کامل آن یعنی ۱۰ سانتی متر است.

نکاتی که باید در این فاز در نظر گرفت عبارت است از:

- مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد؛
- خوردن غذاهای جامد توصیه نمی شود ولی مادر می تواند مایعات شیرین بیاشامد؛
- به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می شود؛

- در صورت پارگی کیسه آب، معاینه مهبل در فواصل زمانی کوتاه توصیه نمی شود؛
- به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر باید توجه شود؛
- علائم حیاتی مادر بجز درجه حرارت بدن هر یک ساعت کنترل می شود.
- درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می شود؛
- انقباضات رحم هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه کنترل می شود؛
- صدای قلب جنین هر ۳۰ دقیقه شنیده می شود. شمارش تعداد ضربان قلب جنین باید در انتهای هر انقباض و بلافاصله پس از آن ارزیابی شود.
- ترس از درد زایمان، خستگی و اضطراب عوامل مهمی است که می تواند روند پیشرفت زایمان را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین باید به وضعیت روحی و روانی مادر نیز توجه کرده و در هر مرحله اطمینان او را جلب نمود.

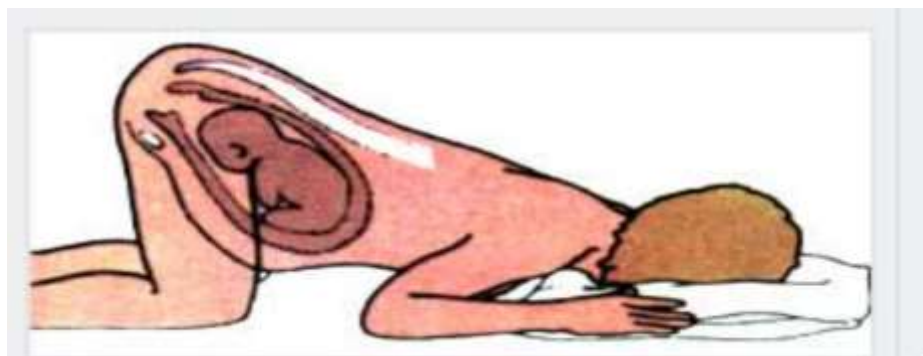
### نکات مهم در مرحله اول زایمان:

- کنترل صدای قلب جنین هر ۳۰ دقیقه ( در انتها و بلافاصله پس از انقباض )
- کنترل علائم حیاتی مادر هر یک ساعت
- کنترل درجه حرارت هر ۴ ساعت
- توجه به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر
- مدت مرحله اول زایمان ۸ ساعت

**کنترل انقباضات رحم:** برای کنترل انقباضات رحم، باید مدت، شدت و قدرت هر انقباض و فاصله زمانی بین دو انقباض رحم را تشخیص داد. برای تعیین وضعیت انقباضات، معاینه کننده در حالی که کف دست خود را بدون فشار بر روی رحم قرار داده است، زمان شروع هر انقباض را معین می کند. با توجه به سفتی رحم، شدت انقباض اندازه گیری می شود. در اوج انقباض موثر، شست یا سایر انگشتان دست به راحتی در رحم فرو نمی رود. به زمان خاتمه هر انقباض نیز باید توجه کرد.

### پرولاپس بند ناف:

- گاهی هنگام معاینه واژینال، کیسه آب پاره می شود. در این حالت اگر سر جنین در لگن ثابت نباشد ممکن است بندناف جلوتر از سر جنین خارج شود. در صورتی که به موقع و به درستی با این عارضه برخورد نشود، منجر به مرگ نوزاد می شود.
- اقدام: قرار دادن مادر در وضعیت سجده





مشخصات انقباض خوب در فاز فعال این است که در مدت ۱۰ دقیقه حداقل ۳ انقباض رحم وجود داشته باشد و هر انقباض به مدت ۴۵ ثانیه طول بکشد.

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

توجه:

نکته ۱: پس از پاره کردن کیسه آب، به رنگ مایع آن دقت شود. خونی یا سبز بودن مایع علامت خطر است.

نکته ۲: توجه داشته باشید در صورتی که سر جنین داخل لگن ثابت نباشد، احتمال جلو افتادن بند ناف زیاد است.

آماده سازی ولو و پرینه: با شروع مرحله دوم زایمان، لازم است ولو و پرینه از بالا به پایین شستشو داده شود. چین های ولو به دقت باید تمیز شود. اگر گاز شستشو از روی ناحیه مقعد عبور کرد، باید آن را تعویض کرد. در صورت نیاز موهای نیمه پایین ناحیه تناسلی کوتاه می شود.

#### عوامل مهم تاثیرگذار در روند پیشرفت زایمان:

- ترس از درد زایمان
- خستگی
- اضطراب

### مرحله دوم زایمان

اهداف آموزشی :

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- آمادگی های مورد نیاز برای انجام زایمان را در مرحله دوم زایمان توضیح دهند.
- مراقبت های معمول زایمان را در مرحله دوم زایمان انجام دهند.

**مرحله دوم زایمان:** این مرحله با باز شدن کامل دهانه رحم شروع می شود و با خروج کامل جنین خاتمه می یابد. پایین آمدن سر جنین در کانال زایمانی بعد از دیلاتاسیون ۷ سانتی متر باید در هر ساعت یک سانتی متر باشد. بنابراین در این مرحله سر جنین باید کاملاً مسیر کانال زایمانی را به سمت دهانه مهبل برای خروج سیر کند. هر گونه وقفه یا مانعی در این مسیر می تواند منجر به مرگ جنین شود. هوشیاری کامل ماما در این زمان بسیار اهمیت دارد. با نزدیک شدن سر جنین به انتهای مهبل، فشار زیادی بر اعصاب

این ناحیه وارد می شود، بنابراین مادر دردهای بیشتری را تجربه می کند. راهنمایی مادر برای تنفس صحیح در بین انقباضات و زور زدن (مانند اجابت مزاج) همزمان با شروع انقباضات به خروج جنین و جلوگیری از خستگی مادر کمک می کند.

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

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

امروزه روش هایی برای کاهش درد زایمان با استفاده از شل سازی بدن، الگوهای صحیح تنفس، ماساژ و ... وجود دارد که به مادر کمک می کند تا بتواند زایمان خود را هدایت کند. این روشها به کسب مهارت های لازم نیاز دارد و باید در دوران بارداری توسط ماما به مادر آموزش داده شود.

### همکاری مادر در مرحله دوم زایمان:

به مادر باید آموزش داد که به محض شروع یک انقباض، یک نفس عمیق بکشد و در حالی که نفس خود را نگه داشته است مانند هنگام دفع مدفوع، به پایین فشار آورد. بهتر است پاهای مادر در وضعیت نیمه خمیده قرار گیرد تا بتواند به زور زدن کمک کند. پس از پایان انقباض، مادر باید استراحت کند. حالت چمباتمه یا استفاده از یک بالش می تواند به کوتاه کردن این مرحله کمک کند.

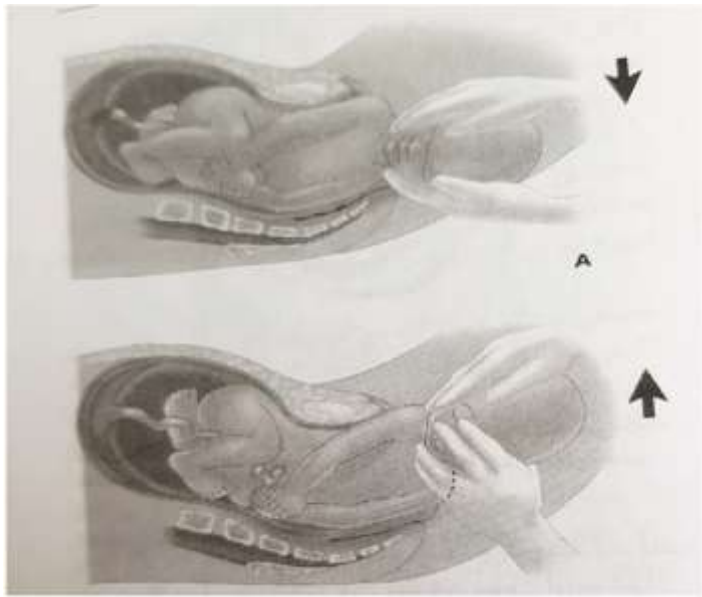
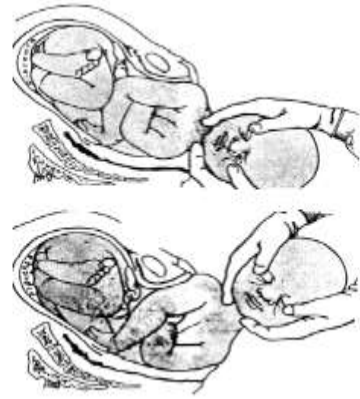
در صورتی که آمنیوتومی نشده باشد، به طور طبیعی کیسه آب در مرحله دوم پاره می شود. در هنگام پارگی کیسه آب باید به رنگ آن از نظر وجود خون و آغشته بودن به مکونیوم (مدفوع سبز تیره نوزاد) دقت شود. پایین آمدن سر جنین در پشت ناحیه پرینه منجر به کشیده شدن و برجسته شدن آن شده به طوری که پوست این ناحیه شفاف و براق می شود. در این زمان سر جنین از دهانه مهبل قابل دیدن است. مهم ترین کار در این مرحله، کمک به خروج سر جنین است. که با قرار دادن یک دست بر روی قسمت پایینی ناحیه پرینه و کشیدن آن به سمت عقب برای وارد کردن فشار رو به بالا (به طرف چانه جنین) و با گذاشتن دست دیگر در قسمت بالایی پرینه و حمایت سر جنین به خروج ملایم سر بدون آن که منجر به پارگی پرینه شود، کمک می کند.



با خروج سر جنین، دردهای مادر تا حد زیادی کاهش پیدا می کند. به طور طبیعی سر جنین پس از خروج، به سمت راست یا چپ به دنبال چرخشی که از ابتدا در داخل لگن مادر داشته است، چرخش پیدا می کند. بنابراین بلافاصله پس از خروج سر و تا زمان چرخش خود به خودی، ترشحات دهان و بینی نوزاد با پوار باید تمیز شود



سپس با انجام مانور، شانه های نوزاد خارج می شود. ابتدا با قرار دادن دست ها در دو طرف سر و گردن و کشش ملایم به سمت پایین، شانه قدامی خارج می شود و بلافاصله با بالا آوردن مختصر سر و گردن، شانه خلفی آزاد و خارج می شود. قبل از زایمان شانه قدامی باید انگشت را از گردن نوزاد عبور داده تا اطمینان حاصل شود که بندناف به دور گردن پیچیده نشده است. چنانچه هنگام خروج سر جنین، بندناف به دور گردن پیچیده شده است، ابتدا باید به آرامی بند ناف را از روی سر لغزانده تا از روی سر بگذرد. اگر این کار به آسانی انجام نمی شود، دو نقطه از بند ناف را باید با دو پنس گرفته (کلامپ) و بین این دو نقطه را با قیچی قطع کرد تا بندناف آزاد گردد. پس از خروج شانه ها، سایر اعضا خود به خود خارج می شود. پس از خروج کامل بدن، بند ناف را کلمپ کرده و نوزاد روی شکم مادر قرار داده می شود. نوزاد باید سریعاً خشک شود و هنگام خشک کردن، باید از نظر وضعیت تنفس ارزیابی شود. اگر نوزاد گریه نمی کند، بد نفس می کشد و یا اصلاً تنفس ندارد، باید سریعاً بندناف را کلامپ کرده و اقدام برای ارجاع فوری نوزاد را شروع کرد. از قلاب کردن انگشتان در زیر بغل نوزاد خودداری شود زیرا موجب آسیب به اعصاب این ناحیه و یا دررفتگی مفصل شانه می شود.



مانور جهت عدم خروج شانه های جنین:

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



نکاتی که باید در مرحله دوم مورد توجه قرار گیرد عبارت است از:

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

## مرحله سوم پس از زایمان

### اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- مراقبت های معمول زایمان را در مرحله سوم زایمان انجام دهند.
- علائم خروج جفت را توضیح دهند.
- با مهارت کامل، به خروج جفت کمک کند.

**مرحله سوم زایمان:** از زمان خروج کامل جنین تا زمان خروج کامل جفت، مرحله سوم زایمان نامیده می شود. مرحله سوم معمولاً بین ۱ تا ۵ دقیقه طول می کشد. پس از پایان مرحله دوم با اطمینان از این که قل دیگری وجود ندارد، ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی برای کنترل خونریزی و جمع شدن رحم تزریق می شود. خروج جفت نیاز به زمان دارد، بنابراین تلاش برای خارج کردن جفت قبل از جدا شدن آن از دیواره رحم خطر ناک است. در فاصله زمانی که برای جدا شدن جفت مورد نیاز است، باید مراقبت های مورد نیاز نوزاد (خشک کردن، ارزیابی و امتیاز بندی آپگار و ...) را انجام داد. حال عمومی نوزاد باید تا زمان ترک منزل کنترل شود.

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

- ۱- کروی شدن و سفت شدن رحم. این نشانه اولین نشانه ای است که ظاهر می شود.
- ۲- خروج ناگهانی خون از مهبل
- ۳- بالا کشیده شدن رحم در شکم. چون جفت جدا شده به داخل قسمت پایینی رحم و مهبل می افتد و حجم آن باعث می شود که رحم را به طرف بالا فشار دهد.

۴- بند ناف به مقدار بیشتری از مهبل خارج می شود که نشان می دهد جفت پایین آمده است.

### مانور خروج جفت:

با مشاهده علائم جدا شدن جفت، همزمان با وارد کردن فشار بر جسم رحم، بند ناف کمی محکم تر نگه داشته شود. رحم با دستی که بر روی شکم قرار دارد به طرف بالا جا به جا می شود. این مانور تا زمانی که جفت به دهانه مهبل برسد تکرار می شود. به محض خروج جفت از دهانه مهبل، فشار دادن روی رحم متوقف و جفت به آرامی به بیرون کشیده می شود. باید مراقب بود تا پرده ها پارہ نشود. در صورت پارہ شدن، باید آنها را با پنس کلامپ و با کشش ملایمی خارج کرد. می توان از مادر خواست که با زور زدن به پایین به خروج جفت کمک کند.



سپس باید از جمع بودن رحم مطمئن شد. با پایان این مرحله مهبل و ناحیه تناسلی با محلول ضد عفونی شستشو و تمیز می شود. کهنه یا نوار بهداشتی تمیز در ناحیه تناسلی گذاشته و مادر برای استراحت آماده می گردد.

### نکاتی که باید در این مرحله مورد توجه قرار گیرد عبارت است از:

- ۱- در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، 10 واحد اکسی توسین به صورت عضلانی تزریق شود؛
  - ۲- در صورتی که خونریزی شدید نباشد، مدت زمان مورد انتظار برای خروج جفت حداکثر 30 دقیقه پس از خروج نوزاد است؛
  - ۳- مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت در حالت نیمه نشسته قرار گیرد؛
  - ۴- هرگز نباید قبل از جدا شدن جفت، با کشش کنترل نشده بند ناف جفت را خارج کرد. این عمل منجر به برگشتگی یا وارونگی رحم می شود؛
  - ۵- تا قبل از خروج کامل جفت باید دقت شود که کلامپ بندناف باز نشود؛
  - ۶- جفت و پرده ها و بند ناف را باید از نظر سالم و کامل بودن معاینه کرد؛
  - ۷- میزان طبیعی خونریزی پس از زایمان حدود ۵۰۰ میلی لیتر (معادل دو لیوان) است؛
  - ۸- کانال زایمانی باید از نظر وجود پارگی بررسی شود.
- تزریق عضلانی اکسی توسین قبل از خروج کامل نوزاد و همچنین تزریق وریدی آن در هر زمانی حین زایمان و پس از زایمان ممنوع است. در صورت انجام این عمل، بهورز مسئول عواقب وخیم آن خواهد بود.

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

### اهداف آموزشی:

- پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:
- جفت را بطور کامل بررسی نمایند.
- نحوه انجام ماساژ رحمی را توضیح دهید .
- مراقبت و ارزیابی مادر را در مرحله سوم زایمان بیان نمایند.
- مراقبت و ارزیابی مادر را در مرحله چهارم زایمان بیان نمایند.
- موارد خطر در زمان بلافاصله پس از زایمان برای مادر را نام ببرید.

### بررسی جفت، پرده ها و بند ناف :

همانطور که قبلاً اشاره شد، جفت از دو سطح تشکیل شده است. سطحی که به دیواره رحم می چسبد را سطح مادری جفت می گویند. این سطح معمولاً توسط شیارهای عمیقی به قسمت های نامنظمی تقسیم شده که حاوی رگ های خونی است. برای معاینه این سطح باید به سالم بودن تمام قسمت ها توجه کرد. باقی ماندن تمام یا حتی تکه ای از آن در داخل رحم موجب خونریزی شدید و حتی مرگ مادر می شود. سطح دیگر جفت که به بند ناف وصل است، سطح جنینی جفت نامیده می شود. هر دو سطح با پرده های جنینی پوشانده می شود. لازم است پرده ها را نیز از نظر سالم بودن و نداشتن پارگی بررسی کرد. پرده ها علاوه بر پوشاندن کامل تمام جفت، بیش از یک سوم از سطح جفت نیز امتداد پیدا می کند. همچنین در بررسی جفت باید دقت شود که انتهای رگهای خونی آزاد نباشد.

طول بند ناف متفاوت است ولی در بند ناف، مقطع ۳ رگ (دو سرخ رگ یا شریان به شکل دایره های کوچک و یک سیاه رگ یا ورید به شکل دایره ای بزرگ تر) مشخص است.

**احتباس جفت:** باقی ماندن کامل جفت یا تکه ای از آن در رحم .

در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته باشد و جفت خارج نشده باشد ارجاع فوری به مراکز درمانی انجام گردد.

### وارونگی رحم:

- بیرون آمدن رحم از واژن پس از تولد نوزاد ( قبل یا بعد از خروج جفت )
- اقدام : پیچیدن تمام رحم در یک گاز استریل

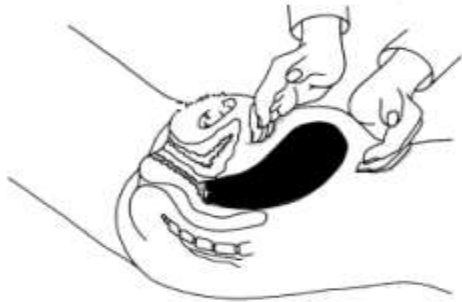
**مرحله چهارم زایمان:** برخی از افراد، یک ساعت اول پس از زایمان را که ساعتی بحرانی است، به عنوان مرحله چهارم تعریف می کنند. در این مرحله احتمال خونریزی بعد از زایمان بیشتر است. کنترل مادر از نظر علائم حیاتی و میزان خونریزی و جمع بودن رحم اهمیت بسیاری دارد. مرگ بسیاری از مادران در این زمان اتفاق می افتد.

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

در صورتی که خونریزی پس از زایمان به درستی تشخیص داده نشده و اقدام صحیحی برای آن انجام نشود، منجر به مرگ مادر می شود.

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

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



## مراقبت های مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان

### اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- مراقبت و ارزیابی مادر را در ۶ ساعت اول پس از زایمان در منزل را براساس بوکلت چارت، انجام دهند.
- مکمل های دارویی لازم برای مادر پس از زایمان را نام ببرند و مدت زمان مصرف پس از زایمان را توضیح دهند.
- دفعات مراقبت های پس از زایمان را بیان کنند.

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

ساعات اولیه پس از زایمان بسیار حساس و مهم است. خونریزی مهم ترین عارضه این زمان است زیرا در صورت بروز عوارض، می توان اقدام مناسب انجام داد و جان مادر را نجات داد.



### مراقبت هایی که در ۶ ساعت اول پس از زایمان ارایه می شود:

- آموزش علائم خطر و مراقبت های بهداشتی
- بررسی حال عمومی و کنترل علائم حیاتی
- بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی
- هماتوم
- بررسی وضعیت دفع ادرار
- تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل های دارویی
- تزریق روگام
- تزریق ویتامین k1 و واکسن های بدو تولد
- تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی جهت دریافت مراقبت های پس از زایمان و مراقبتهای نوزاد
- مصرف مواد غذایی

### نکاتی که باید در این زمان در نظر گرفته شود:

- ✓ کنترل علائم حیاتی و حال عمومی:
- بررسی وضعیت مادر از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک
- اندازه گیری فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر در ساعت دوم پس از زایمان هر ۳۰ دقیقه
- اندازه گیری درجه حرارت بدن مادر در ساعت آخر ماقبل از ترخیص

### ✓ آموزش ها و توصیه ها:

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

### ✓ بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی:

- رحم باید از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی شود
- کنترل میزان خونریزی در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه
- از ساعت سوم به بعد تا زمان ترخیص هر یک ساعت
- بررسی وضعیت پرینه در پایان ساعت اول و ساعت آخر قبل از ترخیص از نظر وجود هماتوم
- **هماتوم:** درد زیاد پرینه در ۲۴ ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

### ➤ معیارهای تشخیص هماتوم:

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه
- ادم غیر قرینه پرینه

- ایسکمی پوست پرینه
- افزایش سفتی پوست پرینه
- احساس فشار به رکتوم
- کبودی محل درد

به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می گیرد مگر در حالتی که رحم شل بوده و یا پارگی وجود دارد. میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد.

در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است؛

### ✓ بررسی وضعیت دفع ادرار:

- احتمال آسیب به مثانه، مجرای ادرار و همچنین ماندن ادرار در مثانه در مرحله دوم زایمان به علت فشار سر جنین به مثانه
- تشویق مادر در ساعات اولیه پس از زایمان به خالی کردن مثانه
- نیاز به ارجاع فوری در صورت عدم خروج ادرار تا ۴ ساعت اول پس از زایمان و نیز تداوم هر نوع مشکل در ادرار کردن مانند سوزش یا درد هنگام ادرار کردن و بی‌اختیاری ادرار

### ✓ تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل های دارویی:

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

### ✓ تزریق روگام:

- در صورتی که مادر ارهش منفی با همسر ارهش مثبت بود، جهت تزریق آمپول روگام تا ۷۲ ساعت اول پس از زایمان باید مادر ارجاع داده شود.
- در مادر ارهش منفی در صورت عدم دسترسی به پزشک یا ماما در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان، آمپول روگام به صورت عضلانی تزریق شود؛

### ✓ تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی:

➤ زمان :

- ملاقات اول : ۳ تا ۵ روز پس از زایمان
- ملاقات دوم : ۱۰ تا ۱۵ روز پس از زایمان
- ملاقات سوم : ۳۰ تا ۴۲ روز پس از زایمان

➤ مکان : خانه بهداشت یا مراکز خدمات جامع سلامت

### ✓ مصرف مواد غذایی:

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

### ✓ ترک منزل مادر ۶ ساعت پس از زایمان:

- اطمینان از طبیعی بودن وضعیت مادر و نوزاد
- فراهم کردن شرایط ارجاع در صورت تمایل مادر به بستن لوله‌های رحمی ( طبق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت )
- اطمینان از اینکه مادر ادرار کرده است.
- ارائه آموزش‌ها و توصیه‌های لازم به خصوص علائم خطر در مادر و نوزاد

### اهمیت زایمان طبیعی

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

در برخی موارد خطر، مادر شرایط لازم برای زایمان طبیعی را ندارد و باید سزارین شود. سزارین خروج نوزاد از راه برش جراحی روی شکم و رحم است که در اتاق عمل و تحت بیهوشی عمومی و یا بیحسی اپیدورال و یا نخاعی انجام می شود. نکته :اگر خانمی یک بار سزارین شده باشد، لازم است قبل از شروع دردهای زایمانی به پزشک متخصص ارجاع شود.

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

## آشنایی با مراقبت نوزاد بلافاصله بعد از تولد

### اهداف آموزشی:

- پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود فراگیران بتوانند:
- ارزیابی نوزاد بر حسب علائم آپگار را توضیح دهند.
- مراقبت‌های نوزاد در مرحله سوم و چهارم پس از زایمان را انجام دهند.

### نکات مورد توجه در مراقبت از نوزاد بلافاصله بعد از تولد:

- آویزان نکردن نوزاد از پاهایش، پس از خروج کامل نوزاد
  - تماس پوست با پوست با مادر
  - با حوله از قبل گرم شده سر و بدن را خشک
  - تعیین درجه آپگار در دقیقه ۱ و ۵ بعد از تولد
  - تعویض شان‌های خیس
  - کلامپ و بریدن بند ناف
  - پوشاندن سر با کلاه
  - اطمینان از دمای مناسب اتاق ( ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی‌گراد)
- درجه حرارت بدن نوزاد به سرعت کاهش می‌یابد. نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با شان یا حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. شان‌های خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شان‌های خشک و گرم و سر او را با کلاه بیوشانید. از مناسب بودن دمای اتاق ( ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی‌گراد) مطمئن شوید.

### کلامپ زدن بند ناف:

- یک دقیقه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید.
- کلیپس بندناف: بندناف را به طول ۲ تا ۳ سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیپس کنید.

**روش بریدن بندناف:** پس از خروج کامل نوزاد، باید دستکش را عوض کرد و با یک پنس بند ناف در فاصله کوتاهی از بدن نوزاد ( ۲ تا ۳ سانتی‌متر) و پنس دوم نیز در فاصله کمی از پنس اول کلامپ شود. با قیچی استریل و آغشته به بتادین، بند ناف در فاصله بین دو کلامپ قطع می‌شود. بندناف بریده شده باید از نظر نشت خون کنترل شود و در صورتی که خون نشت می‌کند، کلامپ دیگری زده شود. روی بندناف نباید ماده‌ای گذاشته شود و آن را نباید بانداز کرد. سپس نوزاد را باید در تماس پوست با پوست بدن مادر قرار داد و بدن و مخصوصاً سر او را به طور کامل پوشانید.

## ارتباط عاطفی مادر و نوزاد:

- بهتراست بلافاصله نوزاد در آغوش مادر قرار گرفته یا وی را ببوسد.
- صحبت کردن مادر، آواز، آغوش گرفتن و ... در شکل گیری شخصیت و رشد عاطفی نوزاد موثر است.
- ارتباط عاطفی مناسب مادر و نوزاد سبب بهبود شیردهی و کاهش افسردگی بعد زایمان مادری می شود.

## ماساژ نوزاد:

- ماساژ نوزاد موثرترین شیوه ارتباط عاطفی مادر و نوزاد است.
- توصیه می شود از روز اول شروع شود.
- سبب احساس ارزشمندی و دوست داشته شدن در کودک می شود.

## مشخصات نوزاد طبیعی:

- پوست نوزاد
- ضربان قلب
- تعداد تنفس
- درجه حرارت

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

## جدول نمره بندی آپگار

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

در صورتی که نوزاد ناله می کند، تنفس های نامنظم دارد، تنفسش خوب نیست یا اصلاً تنفس ندارد و یا رنگ پوست نوزاد بخصوص لب ها، زبان و قسمت مرکزی تنه کی بود است نوزاد نیاز به احیاء دارد و باید ارجاع فوری شود. از آنجا که احیاء نوزاد به وسایل و مهارت احتیاج دارد، در صورتی که ارجاع فوری نوزاد به سرعت انجام نمی گیرد، می توانید اقداماتی را که در خانه زیر اشاره شده است را پیش از ارجاع انجام دهید. (اقدامات خانه زیر صرفاً برای مطالعه و آگاهی است)

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

- ۱- جلوگیری از به هدر رفتن گرمای بدن و تأمین گرمای مناسب (طبق دستورالعمل مراقبت از نوزاد)
  - ۲- باز کردن راه هوایی با قرار دادن سر در وضعیت مناسب (گردن نوزاد مختصری به عقب کشیده شود و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت ۲/۵-۲ سانتیمتر زیر شانه های نوزاد قرار گیرد).
  - ۳- خشک کردن و تحریک کردن، دوباره وضعیت دادن
  - ۴- ارزیابی نوزاد
- اول تنفس نوزاد از نظر ناله کردن، توکشیده شدن قفسه سینه و تنفس تند ارزیابی می شود. تنفس طبیعی معمولاً بدون ناله کردن، خودبخود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می باشد.
  - دوم تعداد ضربان قلب را در دقیقه با گوش دادن به صدای قلب از راه قفسه سینه یا لمس ضربان بند ناف شمارش می شود.
  - سوم رنگ پوست نوزاد ارزیابی می شود.

اگر نوزاد طی یک دقیقه اول پس از تولد ناله می کرد، تنفس نداشت و یا تنفس بد داشت، اقدامات احیاء را به شرح زیر شروع و مقدمات ارجاع فوری را فراهم کنید:

- نوزاد را روی یک سطح (پتو، ملحفه) از قبل گرم شده طوری قرار دهید که سر او کمی پایین تر از بدن قرار گیرد. باید دقیقاً مراقب درجه حرارت بدن نوزاد باشید (خطر هیپوترمی) و هم زمان با تأمین گرمای مناسب (قرار دادن نوزاد در نزدیکی یک وسیله گرماده و یا لامپ روشنایی)، به بهانه بدحالی و انجام عملیات احیاء نباید نوزاد را برهنه نگه داشت.
- ترشحات دهان و بینی نوزاد را به وسیله پوار کاملاً پاک کنید.
- بلافاصله نوزاد را در یک ملحفه (حوله، شان) از قبل گرم شده گذاشته و بدن او مخصوصاً سر و صورت را خشک کنید.
- به ملایمت نوزاد را با زدن ضربه آرام به کف پاها و یا مالیدن پشت، تنه و یا اندام تحریک کنید و از انجام تحریکات دردناک، پاشیدن آب سرد به نوزاد و سرازیر کردن نوزاد خودداری کنید.
- مجدداً تنفس نوزاد را از نظر تعداد تنفس، ناله کردن، توکشیده شدن قفسه سینه ارزیابی کنید.
- تمامی اقدامات بالا را حداکثر در مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید.

چنانچه در ارزیابی مجدد، تعداد تنفس نوزاد بیشتر از ۳۰ بار در دقیقه بود و توکشیدگی قفسه سینه نداشت:

• نوزاد را روی سینه مادر در تماس پوست با پوست با او قرار دهید.

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

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

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

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

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

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

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

### اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- مراقبت های نوزاد را تا ۶ ساعت پس از تولد بطور کامل توضیح دهند .
- نوزاد را از نظر عفونت های موضعی بطور صحیح ارزیابی نمایند .
- در مورد صدمات زایمانی و ناهنجاریهای نوزاد بطور کامل توضیح دهند .
- در رابطه با اندازه های طبیعی نوزاد و سن حاملگی توضیح دهند .
- بلافاصله پس از زایمان براساس وزن نوزاد ، ویتامین k1 را تزریق نمایند .
- نشانه های خطر نوزاد را بطور کامل توضیح دهند.

### مراقبت از نوزاد ۶ ساعت بعد از زایمان:

با خروج سر نوزاد، باید بلافاصله صورت را خشک و دهان و بینی را با دقت با پوار تمیز کرد. پس از خروج کامل نوزاد و قبل از کلامپ کردن بند ناف، تمیز کردن دهان و بینی نوزاد سودمند است. به محض اینکه بند ناف جدا شد، نوزاد را در صورت امکان روی شکم مادر گذاشته و سپس باید سریعاً نوزاد را خشک کرد و گرم نگه داشت. نوزاد به طور طبیعی و تقریباً بلافاصله پس از تولد، شروع به تنفس و گریه کردن می کند که نشان دهنده برقراری تنفس فعال است. اکثر نوزادان طبیعی، ظرف چند ثانیه بعد از تولد نفس می کشند.

### ارزیابی نوزاد قبل از ترک منزل

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

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

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

**تمیز کردن بدن و چشم ها:** نوزاد را تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکنید و لایه سفید رنگ چربی (ورنیکس) را بر ندارید. چشم ها را تمیز کنید. اگر نوزاد آغشته به خون یا مدفوع سبز رنگ (مکونیوم) است، با پارچه نم دار ولرم یا گرم او را تمیز و خشک کنید.

**گذاردن نوزاد در آغوش مادر:** بلافاصله پس از زایمان، بهتر است در صورت امکان نوزاد را روی شکم مادر گذاشت. اگر به دلایلی قرار دادن نوزاد روی شکم مادر امکان نداشت، باید او را روی یک سطح گرم، تمیز و خشک نزدیک مادر قرار داد.

**کلیپس بندناف:** بند ناف باید از نظر نشت خون بررسی شود. هیچ ماده ای حتی الکل روی آن نباید قرار داد و از بانداژ کردن نیز خودداری شود.

### **تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد:**

ویتامین ک ۱ در ۲ ساعت اول پس از زایمان و پس از اولین تغذیه نوزاد به صورت عضلانی ۰/۵ میلی گرم در نوزاد با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم و ۱ میلی گرم در نوزاد با وزن ۲ کیلوگرم و بالاتر در ناحیه قدامی ران تزریق می شود. واکسن های بدو تولد نوزاد شامل ب ت ژ، فلج اطفال و هیپاتیت طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق می شود.

**شروع شیردهی:** ضمن اطمینان از کنارهم بودن مادر و نوزاد، باید مادر را برای شروع اولین شیردهی به نوزاد تشویق کرد. بجز شیر مادر هیچ ماده غذایی (آب قند و حتی آب) نباید به نوزاد داده شود.

**ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد:** نوزاد از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل می شود. تنفس طبیعی و بدون ناله کردن، خودبه خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می باشد. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

### **سر نوزاد:**

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



### بینی نوزاد:

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

### دهان نوزاد:

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

### گوش نوزاد:

- در هنگام تولد بدلیل آنکه لاله گوش بطور کامل غضروفی نشده است به راحتی خم می شود و به حالت اول بر می گردد.
- شکل غیر طبیعی
- محل قرار گرفتن غیر طبیعی

### پستان نوزاد:

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

### شکم نوزاد:

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

## اندام ها و لگن:

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

## اندام تناسلی نوزاد:

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

## دستگاه ادراری:

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

## دستگاه گوارشی:

- تمام نوزادان در طی ۴۸ ساعت اول تولد دفع مدفوع دارند و در صورت عدم دفع مدفوع در طی این مدت نیاز به بررسی توسط پزشک دارد .
- یکی از علل عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول عمر، بسته بودن یا تشکیل نشدن سوراخ مقعد است .
- مدفوع نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند در مقایسه با نوزادانی که با شیر خشک تغذیه می شوند رقیق تر و تعداد دفعات آن بیشتر است .

## حمام کردن نوزاد:

- در صورت ثبات درجه حرارت بدن نوزاد ۵/۳۶ تا ۸/۳۶ درجه سانتی گراد حداقل ۶ ساعت پس از زایمان و استحمام های بعدی حداکثر سه بار در هفته
- پرهیز از پاک کردن ورنیکس
- پرهیز از استحمام نوزاد بلافاصله بعد از تغذیه با شیر
- دمای محل استحمام ۲۵ و دمای آب ۳۷ تا ۳۸ درجه سانتی گراد

## ارزیابی نوزاد از نظر اندازه های طبیعی و سن بارداری:

- اولین اندازه گیری ها بعد از تولد در اتاق زایمان
- ۱. قد نوزاد کامل (هفته ۴۰ حاملگی) : ۵۳ - ۴۸ سانتی متر
- ۲. وزن نوزاد : ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم
- ۳. دور سر نوزاد : ۳۳ تا ۳۷ سانتی متر
- این معیارها به ژنتیک، جثه، قد پدر و مادر، تغذیه و شریط محیطی و آب و هوایی نیز بستگی دارد.
- در صورت سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته ، اقدام : ارجاع فوری

## تعیین تاریخ مراجعه بعدی:

- اولین مراجعه بین روز ۳ تا ۵ بعد از تولد
- مراجعه دوم روز ۱۰ تا ۱۵ روزگی بعد از تولد
- مراجعه سوم ۳۰ تا ۴۵ روزگی خواهد بود
- ارجاع غیر فوری برای ارزیابی توسط پزشک در مراقبت ۶ ساعت پس از تولد
- مراجعات بعدی با نظر پزشک تعیین می گردد .

## نشانه های خطر نوزاد :

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

وجود تب مادر و یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد کمتر از ۳۰ بار در دقیقه ، توکشیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش

سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول، درجه حرارت نوزاد بیش از ۳۷/۵ و کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا کبودی، تونیسیتة عضلانی غیر طبیعی، نبض غیرطبیعی اندام ها، غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب نوزاد، استفراغ مکرر، توده در شکم، کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن در نوزاد بررسی می شود.

### صدمات زایمانی و ناهنجاری نوزاد :

نوزاد از نظر وجود ناهنجاری ها (شکاف کام بزرگ، ناهنجاری بینی و شکم، خونریزی ناف، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، ابهام تناسلی، مقعد بسته، شکل و اندازه غیر طبیعی و یا توده و تورم اعضای بدن، محل غیر طبیعی گوش ها، عروق نافی غیر طبیعی، دررفتگی مادرزادی لگن، مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم نزول دوطرفه بیضه ها، اندازه غیرطبیعی آلت) و همچنین از نظر وجود صدمات زایمانی (تورم و خون مردگی اعضای بدن، تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاها، شکل غیر قرینه بینی و صورت) بررسی می شود.

### ارزیابی از نظر عفونت های موضعی :

- علائم عفونت شدید پوست (وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر و یا تاول های بزرگ چرکی) و علائم عفونت خفیف پوست (وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد)
- علائم عفونت شدید چشم (تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم) و علائم عفونت خفیف چشم (خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها) در نوزاد بررسی می شود.

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

**غیر طبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد :** وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته نیاز به بررسی دارد.

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

برای مراقبت از نوزاد مطابق چارت مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان در بخش دوم کتاب اقدام شود.

## فصل ۵

### مراقبت های پس از زایمان

#### دوره نفاس و تغییرات مهم بدن

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- تغییرات دستگاه تناسلی پس از زایمان را شرح دهند.
- تغییرات روحی و روانی مادر در پس از زایمان را شرح دهند .

#### تعریف دوره پس از زایمان (دوره نفاس):

- معمولاً ۶ هفته پس از زایمان، دوره ای است که طی آن تغییرات ناشی از بارداری در اعضای مختلف بدن مانند رحم به تدریج به حالت قبل از بارداری برمی گردد.
- ممکن است این برگشت پذیری در برخی موارد مانند وزن مادر تا ماه ها به طول انجامد.

تغییرات بدن مادر در پس از زایمان، طی یک دوره ۴۲ روزه که دوره نفاس نامیده میشود اتفاق می افتد بنابراین آگاهی مادران به این تغییرات در پس از زایمان باعث شناسایی زودتر موارد غیر طبیعی و پیشگیری از مرگ و میر و عوارض زایمانی برای مادران می شود .

#### تغییرات بدن در دوران پس از زایمان

**تغییرات رحم:** دو روز اول پس از زایمان، رحم شروع به کوچک شدن می کند به طوری که در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد به داخل حفره لگن برمی گردد و از روی شکم قابل لمس نیست. اندازه رحم پس از ۴ هفته تقریباً برابر اندازه زمان قبل از بارداری است. دهانه رحم نیز که در زمان زایمان به اندازه قطر سر جنین باز شده بود به تدریج جمع شده و پس از گذشت یک هفته آنقدر تنگ می شود که به سختی یک انگشت از آن عبور می کند. پارگی هایی که در دهانه رحم ایجاد می شود دائمی است و به صورت دهانه رحم چندزا باقی می ماند.

**ترشحات رحم:** در چند روز اول بعد از زایمان، ترشحات رحم زیاد و خونی است. بعد از ۳ یا ۴ روز ترشحات خون آلود کمتر و پس از ۱۰ روز کم رنگ تر شده و بالاخره به ترشحات سفید رنگ تبدیل می شود. معمولاً خروج ترشحات کم رنگ ۴ تا ۶ هفته طول می کشد.

وجود ترشحات خونی تا دو هفته پس از زایمان و در حد خونریزی قاعدگی طبیعی است ولی در صورت ادامه آن بیش از این مدت ، به علت احتمال ماندن تکه هایی از جفت در رحم، مادر باید فوراً ارجاع شود.

در برخی مادران نیز ممکن است لکه بینی تا دو ماه ادامه یابد. بنابراین در صورت وجود خونریزی زیاد یا روشن، ترشحات بدبو و لکه بینی بیش از دو ماه، مادر باید ارجاع فوری داده شود. شایان ذکر است که یکی از علل عمده مرگ مادران، خونریزی پس از زایمان است و باید به آن بسیار توجه شود.

**برگشت قاعدگی:** معمولاً شروع مجدد تخمک گذاری، با شروع قاعدگی مشخص می شود. ولی گاهی اوقات ممکن است مادر تا یک سال قاعده نشود، اما امکان تخمک گذاری و بارداری وی وجود دارد. اگر مادر به طور مرتب به فرزند خود شیر دهد، معمولاً ۶ هفته و اگر به نوزاد خود شیر ندهد، ۳ هفته پس از زایمان، احتمال بارداری مجدد وجود دارد. پس استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری در این زمان به مادر توصیه شود.

تغییرات وزن: بلافاصله پس از زایمان در اثر تخلیه رحم و خروج جنین و جفت، وزن بدن حدود ۵ تا ۶ کیلو گرم کاهش می یابد. معمولاً ۶ ماه بعد از زایمان به حدود وزن قبل از بارداری برمی گردد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می دهد، امکان برگشت به وزن قبلی بیشتر است. فعالیت بدنی و نحوه تغذیه در میزان کاهش وزن پس از زایمان، موثر است.

**تغییرات پستان:** پستان ها در اواخر بارداری بزرگ و پر از شیر می شوند. پس از زایمان با مکیدن نوزاد ترشح شیر آغاز می شود. در ۵ روز اول، ماده ای زرد رنگ به نام آغوز که حاوی پروتئین بیشتر و مواد ایمن سازی مشابه واکسن است، از پستان ها ترشح می شود. ترشح اصلی شیر معمولاً سپس به شیر تبدیل می شود. تغذیه نوزاد با آغوز در روزهای اول پس از زایمان بسیار اهمیت دارد. میزان آغوز کم است ولی همین مقدار برای تغذیه چند روز اول کفایت می کند و مادر نباید از گرسنه ماندن نوزاد خود نگران باشد.

**دیواره شکم:** عضلات دیواره شکم تا ۲ هفته، نرم و شل باقی می ماند. تقریباً ۶ هفته طول می کشد تا توانایی کشش عضلات به حالت اولیه بازگردد.

- کمک به جمع شدن سریعتر و بهتر عضلات شکم با انجام تمرین های کششی
- موثر نبودن استفاده از شکم بند برای جمع شدن عضلات و کوچک شدن شکم

**وضعیت خلق و خو:** در چند روز اول بعد از زایمان (۶-۳روز)، ممکن است مادر به دلیل فشارهای روانی ناشی از ترس و هیجان بارداری و زایمان، ورود نوزاد و تغییرات ایجاد شده در خانواده، خستگی ناشی از کم خوابی اواخر بارداری و نگرانی در مورد مراقبت از نوزاد، در ساعاتی از روز آندوهگین شود که به آن اندوه پس از زایمان می گویند. تغییرات خلق و خو و رفتار، طیف وسیعی دارد که شامل گریه کردن خود به خود، بی علاقه‌گی نسبت به هر فعالیت، بی خوابی یا پر خوابی، تغییرات وزن، خستگی و کاهش انرژی است. این حالات معمولاً طی هفته اول پس از زایمان مشاهده می شود و تا روز دهم بهبود می یابد و در صورت ادامه پس از ۲ هفته، باید ارجاع داده شود.

در صورتی که این علائم طولانی شود و یا علائمی مانند تمایل به خودکشی و آزار نوزاد بروز کند به آن افسردگی شدید می گویند و باید فوراً به پزشک ارجاع شود.

**دفع ادرار:** در مرحله دوم زایمان به علت فشار سر جنین به مثانه احتمال آسیب به مثانه، مجرای ادرار و همچنین ماندن ادرار در مثانه وجود دارد. با مشاهده و لمس قسمت زیر شکم، مثانه بصورت کیسه ای پر از مایع حس می شود که گاهی ممکن است تا نزدیک ناف نیز کشیده شود.

درد و ناراحتی ناشی از ادرار کردن در زن زائو موجب اجتناب از تخلیه مثانه می شود. باید مادر را در ساعات اولیه پس از زایمان به خالی کردن مثانه تشویق کرد. (مادر روی لگن یا توالت بنشیند و آب ولرم روی دستگاه تناسلی خارجی خود بریزد) گاهی اپی زیاتومی نیز موجب احساس درد در هنگام ادرار کردن می شود که به تدریج بهبود می یابد. در صورت عدم خروج ادرار تا ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و نیز تداوم هر نوع مشکل در ادرار کردن مانند سوزش یا درد هنگام ادرار کردن و بی اختیاری ادرار نیاز به ارجاع فوری دارد.

**دفع مدفوع:** عدم دفع مدفوع تا ۲روز اول پس از زایمان به علت تخلیه احتمالی و کاهش فعالیت روده ها حین زایمان، طبیعی است.

- جلوگیری از یبوست و بروز بواسیر با اصلاح رژیم غذایی ، تحرک زود هنگام و تمرین های کششی
- اجتناب از زور زدن در صورت نبود احساس دفع

## معاینات پس از زایمان

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- معاینات مورد نیاز پس از زایمان را توضیح دهید.
- معاینات مورد نیاز پس از زایمان را انجام دهید.

## اهمیت مراقبت پس از زایمان

تعداد زیادی از مادران به دلیل عفونت، خونریزی و فشارخون بالا پس از زایمان می میرند و یا دچار عوارضی مانند بی اختیاری ادرار، افسردگی، بواسیر، کم خونی و غیره می شوند. بنابراین ضروری است مادران پس از زایمان در زمان های تعیین شده برای اطمینان از سلامت خود و نوزادشان مراقبت شوند.

## مراقبت های پس از زایمان

**دفعات مراقبت پس از زایمان:** حداقل ملاقات های معمول پس از زایمان ۳ بار در نظر گرفته شده که بار اول در ۳ روز اول، بار دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و بار سوم ۳۰ تا ۴۲ روز پس از زایمان است. تعداد این ملاقات ها ممکن است با توجه به وضعیت مادر و نظر پزشک یا ماما تغییر کند. (در سامانه سیب تا روز ۷ مراقبت بار اول و در روزهای ۸ تا ۲۹ مراقبت بار دوم قابل ثبت می باشد)

باید توجه داشت همانند مراقبت های معمول بارداری، در زمان پس از زایمان نیز ابتدا مادر از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل) بررسی و سپس در صورت نبود آن علائم مراقبت های معمول انجام شود.

### معاینات پس از زایمان :

- کنترل علائم حیاتی
- معاینه چشم
- معاینه دهان و دندان
- معاینه پستان ( آبه ، ماستیت ، احتقان ، شقاق )
- بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی
- بررسی محل بخیه ها
- معاینه اندام ها

**کنترل علائم حیاتی:** مطابق مراقبت های دوران بارداری علائم حیاتی (فشارخون، نبض، درجه حرارت و تنفس) مادر در هر مراقبت اندازه گیری می شود. در صورتی که مادر از سرگیجه شکایت دارد، فشارخون و تعداد نبض او ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری شود. اگر میزان فشارخون ماکزیمم از حالت خوابیده به نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلی متر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته حداقل ۲۰ بار افزایش یابد، مادر را ارجاع فوری شود.

**تب پس از زایمان:** اگر بعد از ۲۴ ساعت اول تا ۱۰ روز پس از زایمان ، درجه حرارت بدن مادر به ۳۸ درجه یا بیشتر برسد به آن تب پس از زایمان گویند. در گذشته معتقد بودند که تب بعد از زایمان به علت افزایش حجم شیر و جاری شدن آن است ولی تب ناشی از آن بیش از ۲۴ ساعت ادامه ندارد. به دلیل اهمیت عفونت، افزایش دمای بدن در هر زمان پس از زایمان تب محسوب شده و علامت خطر است. رعایت نکردن نکات بهداشتی و زایمان غیر ایمن، زایمان طول کشیده، پارگی طولانی مدت کیسه آب، معاینات داخلی مکرر در زمان زایمان، احتمال عفونت پس از زایمان را افزایش می دهد و تب نشانه اصلی عفونت است.

**معاینه چشم:** در هر ملاقات، رنگ ملتحمه بررسی شود. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

**معاینه دهان و دندان:** پس از زایمان نیز لازم است مادر توسط دندان پزشک معاینه شود تا درمان دندان های که در بارداری به تاخیر افتاده، انجام شود و مجددا آموزش های لازم در مورد مراقبت از دهان و دندان نوزاد خود را دریافت کند. در ملاقات سوم پس از زایمان، دهان و دندان از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب



لته معاینه می شود. در صورت وجود جرم و پوسیدگی دندان ارجاع غیر فوری و در صورت وجود عفونت دندانی و آبسه و درد شدید دندان مادر در اولین فرصت ارجاع شود.

**معاینه پستان:** پستان ها باید از نظر تورم و درد بررسی شود. در صورت وجود علائم آبسه یا ماستیت مادر باید ارجاع فوری شود.

**بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی:** در هر ملاقات لازم است ارتفاع رحم از روی شکم اندازه گیری شود. با توجه به تغییرات تدریجی اندازه رحم (آنچه در تغییرات رحم گفته شد) در صورتی که اندازه رحم بیشتر از اندازه های ذکر شده است علامت خطر است و نیاز به ارجاع فوری دارد.

بررسی میزان خونریزی بسیار اهمیت دارد. همانطور که گفته شد اگر در ملاقات دوم تداوم خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته، ترشحات چرکی و بد بو وجود داشت مادر نیاز به ارجاع فوری دارد و در صورتی که در ملاقات سوم خونریزی در حد قاعدگی بود علامت خطر است.

**بررسی محل بخیه:** در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) بررسی شود. ناحیه برش باید بدون التهاب و کشش باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و محل برش سزارین در مدت ۷ تا ۱۰ روز پس از عمل نیاز به کشیدن بخیه توسط پزشک دارد. لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم در محل برش نیاز به ارجاع فوری دارد. ولی اگر فقط محل برش دردناک است به مادر توصیه کنید با پارچه گرم تمیزی بر روی محل درد را کمپرس کنید.

**معاینه اندام ها:** در هر ملاقات، اندام های تحتانی از نظر وجود ورم و محل درد بررسی شود. در صورت ورم و درد یک طرفه ساق و ران، مادر باید ارجاع فوری شود.

**غربالگری افسردگی پس از زایمان** در ملاقات دوم و سوم صورت می گیرد.

**علائم روانپزشکی:** وضعیت روانپزشکی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

**فوریت روانپزشکی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران

**علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سؤال کنید

دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود بیماری روانی قبلی و یا بروز بیماری روانی جدید است. بنابراین چنانچه فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی در مادر وجود دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او راتحت نظر بگیرید. اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز

سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند « اندوه و یا افسردگی پس از زایمان » است و بیماری به صورت بی‌خوابی، بی‌قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می‌دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان‌پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

در غربالگری روان از مادر سوال کنید :

- همسر آزاری
- خشونت جسمی
- خشونت روانی

قبل از پرسشگری در این بخش به خانم توضیح دهید که «می‌خواهم سوالاتی در زمینه روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم و هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان و به عنوان یک فرایند استاندارد برای تمام مراجعان است.» در خصوص حفظ راز داری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده الکترونیک شما است و کلیه اطلاعات محفوظ است.»

نحوه امتیاز دهی : در این قسمت به پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت به ترتیب امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازها می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد. افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان غربال مثبت محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.

در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

نکته: در صورتی که در مراقبت، نمره پرسشنامه ۶ سوالی نزدیک به نمره ارجاع (۸ یا ۹) است، می‌بایست با توجه به مشاهدات بالینی از علائم روان‌پزشکی در مراقبت روز ۱۵-۱۰ پس از زایمان نیز مجدد بررسی شود.

**تزریق آمپول ایمونوگلوبین آنتی دی:** اگر مادر اره‌اش منفی و نوزاد وی اره‌اش مثبت است، در صورتی که هنگام زایمان آمپول ایمونوگلوبین دریافت نکرده است، تا ۷۲ ساعت اول پس از زایمان باید به مادر آمپول به صورت عضلانی تزریق شود.

## آموزش های بهداشتی پس از زایمان

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود بتوانید:

- مشکلات پستان پس از زایمان را توضیح دهید.
- مشکلات شایع پس از زایمان را بیان کنید.
- علائم خطر پس از زایمان را نام ببرید.
- آموزش و توصیه‌های لازم دوران پس از زایمان را توضیح دهید.

## آموزش های بهداشتی پس از زایمان

**بهداشت فردی:** رعایت بهداشت فردی در این زمان بسیار اهمیت دارد. ناحیه تناسلی باید از جلو به عقب شسته شده، همیشه خشک نگهداشته شود و تا زمان کاهش ترشحات، نوار بهداشتی بطور مرتب عوض شود. استحمام روزانه و ترجیحاً ایستاده برای مادر مفید است.

**بهداشت روانی:** همسر و اطرافیان نقش بسیار مهمی در بهبود تغییرات خلق و خو و رفتار مادر دارند. آنان باید بدانند که تغییرات روحی در مادر طبیعی و گذراست و لازم است در این مدت به مادر توجه و محبت بیشتری نمایند و او را در نگهداری فرزند حمایت کنند.

**مراقبت از پستان‌ها:** مراقبت از پستان‌ها نقش ارزنده‌ای در تداوم شیردهی دارد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می‌دهد. پستان‌ها را باید تمیز نگاه داشته، از مصرف صابون، مواد ضد عفونی کننده و یا شستشوی مکرر پستان‌ها خودداری کند. اگر مادری به هر دلیلی نمی‌خواهد به نوزاد خود شیر دهد، برای برطرف کردن بزرگی پستان وی موارد زیر توصیه شود:

- از تحریک پستان‌ها اجتناب کند.
- کمرست مناسب بپوشد. محکم بستن پستان‌ها ناراحتی مادر را بیشتر می‌کند.
- کمپرس کند. تعدادی از مادران با کمپرس سرد و برخی با کمپرس گرم راحت ترند.
- اگر دوشیدن پستان باعث آرامش مادر می‌شود آنها را بدوشد.
- از مسکن برای برطرف کردن درد استفاده کند. گذاشتن برگ کلم شسته شده و خنک شده می‌تواند درد و تورم پستان را برطرف کند.

**احتقان پستان:** در روز سوم تا پنجم پس از زایمان، به دلیل افزایش حجم شیر، پستان‌ها محقق می‌شود. در این حالت پستان‌ها حساس، متورم، گرم و سفت می‌شود. برخی مادران ممکن است درجاتی از تب و سردرد نیز داشته باشند.

بهترین راه پیشگیری از بروز این مشکل آن است که نوزاد بلافاصله بعد از تولد، تغذیه از پستان را شروع نموده و به طور مکرر به پستان گذارده شود و مادر بنا به تقاضای نوزاد و حتی شب‌ها از هر دو پستان به کودک خود شیر دهد.

اگر نوزاد به علت احتقان قادر به مکیدن نباشد، ابتدا باید با کمپرس آب گرم به جاری شدن شیر کمک نمود سپس مقداری از شیر را دوشید تا تورم اطراف نوک پستان کاهش یابد و شیر خوار بتواند هاله پستان را در دهان بگیرد.

تخلیه مکرر (هر ۲ ساعت یکبار) و ماساژ ملایم پستان‌ها، استفاده از داروهای ضد درد (با نظر پزشک) و یا قرار دادن برگ کلم پیچ شسته شده و خشک شده بر روی پستان‌ها و گذاشتن کیسه آب گرم قبل از شیردهی و کیسه یخ (پیچیده در حوله) پس از شیردهی می‌تواند در کاهش درد و التهاب موثر باشد. اگر احتقان پستان به سرعت درمان نشود، ممکن است باعث عفونت پستان (ماستیت) شود.

**ترک نوک پستان (شقاق):** احساس ناراحتی خفیف نوک پستان در اوایل شیردهی طبیعی است ولی ترک خوردن، زخم شدن و سوزش شدید نوک پستان اغلب به دلیل شیوه نادرست در آغوش گرفتن نوزاد و گرفتن نوک پستان، شستشوی مکرر پستان با الکل و صابون است.

تصحیح نحوه شیردهی، گذاشتن کیسه یخ ۲ تا ۳ دقیقه قبل از مکیدن نوزاد، پاک کردن نوک پستان از بزاق نوزاد با پارچه تمیز نخی، مالیدن یک قطره از شیر بر روی نوک پستان و قرار دادن آن در هوای آزاد تا خشک شود، می‌تواند برای کاهش درد ناشی از ترک خوردن موثر باشد.

**ماستیت:** بسته شدن مجاری شیر در پستان که با تب، لرز، گرمی و درد یک طرفه پستان همراه است. یکی از مهم‌ترین اقدامات برای درمان ماستیت، تخلیه مکرر شیر از پستان است زیرا در اثر ماندن شیر در پستان، عفونت تشدید می‌شود. بهتر است تغذیه از پستان سالم شروع و بعد از اینکه شیر جاری شد از پستان مبتلا ادامه داد. در ضمن با تغییر وضعیت شیر خوار در هر نوبت شیر دادن، می‌توان به تخلیه تمامی مجاری شیری کمک کرد. چون مادر نیاز به مصرف آنتی‌بیوتیک نیز دارد بنابراین باید به پزشک ارجاع شود.

**آبسه پستان:** علاوه بر علائم ماستیت، توده مواج و دردناک نیز در پستان لمس می‌شود. درمان آبسه نیز مانند ماستیت است. هر چند ممکن است برای تخلیه چرک نیاز به شکافتن آبسه باشد. تغذیه شیرخوار با شیر مادر در موارد بروز آبسه از پستان مبتلا منعی ندارد مگر آنکه آبسه به مجرای شیر سر باز کرده باشد. در صورت بروز آبسه مادر باید سریعا ارجاع شود.

**اجتناب از مصرف خودسرانه دارو، سیگار، دخانیات:** برخی از داروها اگر در زمان شیردهی مصرف شود، وارد شیر مادر شده و از این راه به نوزاد منتقل می گردد. بنابراین در مورد ادامه و یا مصرف دارو باید با پزشک یا ماما مشورت شود.

سیگار و دخانیات نیز بر روی نوزاد تاثیر سوء می گذارد. بنابراین باید از کشیدن سیگار در دوران بارداری خودداری شود.

**فعالیت و استراحت:** به دلیل طولانی بودن زمان زایمان، تأثیر داروهای بیهوشی، شیردهی و بیخوابی و نگهداری از نوزاد، خستگی پس از زایمان بسیار شایع است. اطرافیان مادر باید شرایطی را ایجاد کنند که مادر بتواند در روزهای اول، استراحت و خواب بیشتری داشته باشد. فراهم کردن محیط آرام و راحت و نیز کم کردن دید و بازدیدها در این روزها ضروری است. مادر می تواند فعالیت های معمول روزانه خود را به تدریج افزایش دهد.

**تمرین های ورزشی:** همانطور که در مبحث بارداری به آن اشاره شد، پس از زایمان نیز تمرین هایی وجود دارد که به مادر کمک می کند تا به خستگی و دردهای این دوران غلبه کند. برخی موارد مانند ایستادن طولانی مدت، حمل اشیاء سنگین، دویدن و پریدن نباید تا ۶ هفته بعد از زایمان انجام شود.. با انجام تمرین های ورزشی مناسب که در کلاس های آمادگی برای زایمان توسط مربی آموزش داده می شود می توان به جمع شدن سریع تر و بهتر عضلات شکم کمک نمود. استفاده از شکم بند به تنهایی برای جمع شدن عضلات شکم موثر نیست.

**تغذیه:** تغذیه خوب و داشتن ذخایر کافی از دوران بارداری هم تأمین کننده سلامت مادر و هم موثر در شیردهی است. تولید شیر نیاز به انرژی دارد و مادری که شیر می دهد باید انرژی بیشتری از طریق مصرف مواد غذایی مناسب دریافت کند. در دوران شیردهی غذا یا نوشیدنی خاصی توصیه نمی شود. میزان مصرف مواد غذایی در این دوران معادل زمان بارداری است و لازم است از تمام گروههای غذایی در رژیم غذایی باشد.

در دوران شیردهی:

- مواد غذایی حاوی کلسیم، پروتئین، ویتامین به میزان بیشتر مصرف کند؛
- مصرف مواد غذایی پر چرب و شیرین را کاهش دهد؛
- مایعات به میزان ۶ تا ۸ لیوان در روز بنوشد؛
- از مصرف زیاد نوشیدنی های محرک (قهوه، چای،...) خودداری کند.

**مصرف مکمل های غذایی:** پس از زایمان نیز همانند دوران بارداری مادر نیاز به مصرف ویتامین ها و املاح معدنی دارد. لازم است مادر تا ۳ ماه پس از زایمان روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص مولتی ویتامین مصرف نماید.

**مقاربت:** به علت خطر عفونت و خونریزی، مادر نباید تا ۳ هفته مقاربت کند. پس از این مدت می تواند در صورت تمایل و راحتی خود نزدیکی کند. خانم ها اکثرا ترجیح می دهند تا ۶ هفته پس از زایمان مقاربت

نداشته باشند. خستگی ناشی از نگهداری نوزاد ممکن است میل جنسی را کاهش دهد که این حالت موقتی است و به تدریج بهبود می یابد.

**مشاوره باروری سالم:** در مراقبت دوم پس از زایمان، مادر باید در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری برای زمان پس از زایمان مشاوره شود. در صورت تمایل همسر وی نیز می تواند در جلسه مشاوره حضور یابد. در مشاوره، در مورد انواع روش های پیشگیری از بارداری، چگونگی استفاده، موارد منع مصرف و مشکلات آنها و زمان مراجعات با زوجین گفتگو می شود. مشاوره این امکان را برای زوجین فراهم می کند که آگاهانه و با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و شرایط جسمی و روانی خود، یک روش مناسب را انتخاب کنند.

### شکایت های شایع در دوره پس از زایمان

در این دوران ممکن است مادر از خستگی، سردرد خفیف، کمر درد، پس درد و یبوست شکایت کند. در صورتی که علائم حیاتی طبیعی باشد، این موارد گذراست و به تدریج کاهش می یابد.

**پس درد:** گاهی درد و انقباض هایی در رحم مانند زمان قاعدگی وجود دارد که اصطلاحاً به آن پس درد می گویند. این دردها در زمانی که مادر به نوزاد شیر می دهد بیشتر می شود. معمولاً در روز سوم پس از زایمان از شدت دردها کاسته می شود.

با گرم نگه داشتن، شل کردن عضلات، تنفس عمیق و مصرف مسکن (با نظر پزشک)، می توان درد ناشی از انقباض را کاهش داد. در کسانی که اپی زیاتومی شده اند، استفاده از کیسه یخ بر روی محل بخیه ها در چند ساعت اول پس از زایمان، حمام آب گرم در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، نشستن در لگن آب گرم، قرار گرفتن به پهلو، استفاده از بالش هنگام نشستن به کاهش درد و بهبود سریع آن کمک می کند.

**یبوست:** اصلاح رژیم غذایی (مصرف مایعات و مواد فیبردار)، تحرک زود هنگام، از یبوست و در نتیجه بروز بواسیر جلوگیری می کند. بهتر است مادر در صورت نبود احساس دفع، از زور زدن اجتناب کند. در صورتی که علائم حیاتی طبیعی، این موارد گذراست و به تدریج کاهش می یابد.

### آزمایشات پس از زایمان:

- در مبتلایان به دیابت بارداری FBS و OGTT لازم است
- توجه برای انجام آزمایش پاپ اسمیر در ملاقات سوم در صورت نیاز

### علائم خطر پس از زایمان

در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر در معاینه اول و دوم پس از زایمان، مادر باید به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری شود:

- خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول یا دفع لخته
- تب و لرز
- افسردگی شدید

- خروج ترشحات بدبو و چرکی از مهبل
- درد و ورم یکطرفه ساق و ران
- عدم دفع ادرار در ۶ ساعت اول
- بی اختیاری ادرار و مدفوع
- احساس دفع سریع ادرار
- مدفوع خونی
- اقدام به خودکشی
- درد شکم یا پهلوها
- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
- آبسه پستان
- ماستیت
- فشارخون ۱۴۰/۹۰ یا بیشتر
- بزرگی رحم
- لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه ها
- سرگیجه با افت فشارخون سیستولیک و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته

اگر در مراقبتهای مادر پس از زایمان هر یک از علائم زیر مشاهده شد، مادر به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع غیرفوری شود:

- بیماری زمینه ای
- بواسیر
- عود بیماری روانی
- رنگ پریدگی شدید
- درد شکم و پهلوها
- سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی
- اختلال روانپزشکی
- دیابت بارداری
- سابقه پره اکلامپسی
- مصرف مواد افیونی - محرک و الکل

**نکته:** در صورت وجود هر کدام از علائم خطر در مادر، مطابق چارت‌های مراقبت پس از زایمان اقدام شود.

## علائم خطر نوزادی

در صورت بروز یا مشاهده هر یک از علائم زیر در نوزاد، باید سریعاً ارجاع شود:

- زردی در ۲۴ ساعت اول
- توکشیده شدن قفسه سینه
- ناله کردن
- رنگ پریدگی شدید یا کبودی اندام ها
- استفراغ مکرر شیر
- بی قراری و تحریک پذیری
- ترشحات چرکی ناف و یا قرمزی اطراف ناف
- قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک ها
- خوب شیر نخوردن
- تب یا سرد شدن اندام ها و بدن
- تحرک کمتر از حد معمول و بی حالی
- عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول و ادرار در ۲۴ ساعت اول
- وجود جوش های چرکی منتشر در پوست



## تغذیه صحیح در دوران شیردهی

اهداف آموزشی:

- اهمیت تغذیه صحیح در دوران شیردهی را شرح دهند.
- توجهات خاص تغذیه ای در دوران شیردهی را بیان کنند.

### تغذیه مادران شیرده:

تداوم تغذیه با شیر مادر مستلزم مصرف مواد مغذی و مقوی توسط مادر است. تغذیه مناسب مادر در این دوران علاوه بر تأمین نیازهای تغذیه ای نوزاد (از جمله مواد معدنی و ویتامین ها)، برای حفظ بنیه، سلامت و اعتمادبه نفس مادر و نیز حفظ و نگهداری ذخایر بدن مادر ضروری است. تغذیه با شیر مادر همچنین موجب بهبود سطح ایمنی بدن شیرخوار در برابر ابتلا به انواع عفونت های حاد تنفسی، اسهال و نیز بازگشت وزن مادر به قبل از بارداری می شود.

حجم شیر مادر رابطه مستقیم با تکرر شیردهی دارد. تغذیه مکرر نوزاد با شیر مادر سبب می شود شیر بیشتری تولید شود. با شروع مصرف غذاهای کمکی و کاهش دفعات شیردهی، حجم شیر تولیدشده نیز کاهش می یابد و بالطبع نیاز افزایش یافته مادر به مواد مغذی نیز تعدیل می شود.

یکی از علل کاهش تولید شیر، خستگی مادر، خصوصاً در ۴ تا ۶ ماه اول شیردهی است. مادر شیرده را باید تشویق کرد تا در طول روز به اندازه کافی استراحت کند، حجم کارهای خود را کاهش دهد و از اطرافیان خود در کارها کمک بگیرد. به خصوص حمایت همسر در این زمینه از اهمیت زیادی برخوردار است.

### توجهات تغذیه ای خاص در دوران شیردهی:

در هرم غذایی، سهم های توصیه شده در هر گروه از مواد غذایی در دوران شیردهی مشابه دوران بارداری می باشد.

- نیاز مادر شیرده به کالری حدود ۵۰۰ کیلوکالری بیش از دوران قبل از بارداری است. برای تأمین این مقدار کالری علاوه بر مواد غذایی مقوی (شامل انواع چربی ها و پروتئین که لازم است در این دوران مصرف شود) از چربی های ذخیره شده در بدن مادر در دوران بارداری نیز استفاده می شود. ذخایر چربی مادر که در طی بارداری ذخیره شده است، ۱۰۰ تا ۱۵۰ کیلوکالری از انرژی مورد نیاز برای تولید شیر را فراهم می کند. دریافت کالری ناکافی سبب کاهش تولید شیر می شود.
- هر چند تولید شیر مادر بستگی به مقدار مایعات مصرفی مادر ندارد و مصرف مایعات سبب افزایش تولید شیر نمی شود ولی برای پیشگیری از کم آبی بدن، مادران شیرده باید به مقدار کافی مایعات بنوشند. حدود ۸-۱ لیوان در روز مایعات شامل شیر، دوغ کم نمک و بدون گاز، چای و آب میوه طبیعی بنوشند و حتی مواد غذایی آب دار مانند انواع آش سوپ و انواع خورش ها را میل کنند.

- مصرف نوشابه های کافئین دار اعم از چای غلیظ، قهوه، کوکاکولا و... باید کاهش یابد زیرا مصرف این مواد ممکن است سبب تحریک پذیری، بی اشتهايي و کم خوابی شیرخوار شود. همچنین از نوشیدن الکل باید خودداری کرد.
- غذای مادر شیرده باید حاوی مقادیر کافی از ۵ گروه غذایی اصلی باشد تا از دریافت ویتامین و املاح معدنی به میزان کافی اطمینان حاصل شود. مقدار ویتامین موجود در شیر مادر عمدتاً انعکاسی از مقدار ویتامین مصرفی مادر است. میزان ویتامین D شیر مادر به میزان قرار گرفتن او در معرض نور مستقیم خورشید وابسته است. در این مورد توصیه مانند دوران بارداری است.
- وجود مواد معدنی نظیر کلسیم، آهن، روی، مس، فسفر و ید در تغذیه مادر شیرده ضروری است. با این حال برخی از مواد معدنی مانند کلسیم، فسفر، آهن و روی، بدون توجه به دریافت غذا، می تواند از ذخایر بدن مادر به شیر وارد شوند؛ اما وجود برخی مواد معدنی همچون ید در شیر مادر ارتباط مستقیمی با تغذیه او دارد. بنابراین تغذیه مناسب مادر شیرده جهت تأمین انواع مواد معدنی ضروری مخصوصاً کلسیم، آهن و ید برای سلامتی مادر و شیرخوار ضروری است. توصیه می شود مادران شیرده همچون دوران بارداری از منابع کلسیم و سایر مواد معدنی استفاده کنند. همچنین مصرف نمک ید دار تصفیه شده به مقدار کم و رعایت شرایط نگهداری مناسب آن مهم است؛ یعنی با نگهداری نمک ید دار در ظروف در بسته و دور از نور، ید موجود در نمک را حفظ کنند. همچنین توصیه می شود برای پایدار ماندن ید در غذاها، نمک در انتهای پخت به غذا اضافه شود.
- لازم است مادر تا ۳ ماه پس از زایمان روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص مولتی ویتامین حاوی ید مصرف نماید.
- مصرف برخی غذاها مانند سیر، انواع کلم، پیاز، مارچوبه و تربچه و یا غذاهای پر ادویه و پر چاشنی ممکن است روی طعم شیر اثر بگذارد و تغییر ناگهانی طعم شیر سبب تمایل نداشتن شیرخوار به شیر خوردن شود. با توجه به تأثیر برخی مواد غذایی بر طعم شیر، در صورتی که شیرخوار از شیر خوردن امتناع می کند بهتر است مادران از مصرف این مواد خودداری کرده یا مصرف آن را محدود کنند.
- کاهش وزن بعد از زایمان باید تدریجی صورت گیرد تا بر مقدار شیر مادر تأثیر نگذارد. لازم به ذکر است که شیردهی خود سبب کاهش تدریجی وزن مادر می شود، با این شرط که مواد مغذی لازم با مصرف مواد غذایی مناسب و کافی برای مادر تأمین شود. کاهش وزن دوران شیردهی باید بیشتر از کم خوری و محدود کردن رژیم غذایی، متکی بر افزایش تحرک و انجام فعالیت های بدنی باشد وزن گیری مناسب شیرخوار در طول دوران شیرخوارگی به خصوص ۶ ماه اول نشان دهنده کافی بودن مقدار شیر مادر می باشد و مادر با اطمینان از کافی بودن شیر خود می تواند کمتر از ۴۵۰ گرم در هفته کاهش وزن داشته باشد. زنان شیرده دارای اضافه وزن می توانند با کاهش مصرف غذاهای سرشار از چربی و قند های ساده در حدود ۵۰۰ کیلوکالری از انرژی دریافتی را کاهش دهند اما باید غذاهای سرشار از کلسیم، سبزی ها و میوه ها را بیشتر مصرف کنند.
- تولید شیر در مادران مبتلا به سوءتغذیه شدید ممکن است از سایر مادران کمتر باشد. در این مورد و مواردی که BMI کمتر از ۱۸/۵ می باشد، مادران باید انرژی دریافتی روزانه خود را (تا ۷۵۰

کیلوکالری) افزایش دهند. مادر شیرده حتی اگر مبتلا به سوءتغذیه باشد، می تواند شیر تولید کند؛ اما باید توجه داشت که در چنین شرایطی ذخایر غذایی بدن مادر صرف تولید شیر می شود و در نتیجه مادر به دلیل تخلیه ذخایر بدنی خود و احساس ضعف، خستگی و بی حوصلگی توان مراقبت از کودک را نخواهد داشت؛ بنابراین تغذیه مناسب مادر در دوره شیردهی برای پیشگیری از سوءتغذیه که هم سلامت مادر را به خطر می اندازد و هم در مراقبت از کودک اختلال ایجاد می کند حائز اهمیت است. در صورت تغذیه نادرست و ناکافی در دوران شیردهی، مادر بیش از شیرخوار متضرر می شود؛ و با عوارضی هم چون پوکی استخوان، مشکلات دندانی، کم خونی و... مواجه خواهد شد.

• بعضی از شیرخواران ممکن است غذاهایی که مادر مصرف کرده و وارد شیر او شده است را تحمل نکنند. به عنوان مثال، مصرف سیر، پیاز و یا حبوبات که توسط مادر ممکن است موجب دردهای شکمی و یا تولید قولنج در شیرخوار شود. همچنین کلم، شلغم و یا میوه های مثل زردآلو، آلو، هلو، هندوانه و بعضی سبزی ها در صورتی که زیاد مصرف شوند ممکن است موجب نفخ و دردهای شکمی در شیرخوار شوند؛ بنابراین مادر باید دقت کند در صورتی که طی ۲۴ ساعت پس از خوردن موادی که در بالا ذکر شد، شیرخوار دچار نفخ و دل درد شود از مصرف آن ها خودداری کند. به طور کلی مادر شیرده هر غذایی را که میل دارد می تواند مصرف کند مگر آنکه حس کند شیرخوار وی پس از خوردن آن غذا توسط مادر دچار درد های شکمی شود.

## آشنایی با اهمیت و مزایای تغذیه با شیر مادر ، روش صحیح شیر دادن به نوزاد

اهداف آموزشی:

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

- ۱- مزایای شیر مادر برای کودک را توضیح دهد.
- ۲- مزایای شیردهی برای مادر را شرح دهد.
- ۳- مزایای شیر مادر برای خانواده، محیط زیست و جامعه را توضیح دهد.
- ۴- روش صحیح در آغوش گرفتن و شیردادن به شیرخوار را نمایش دهد.

### مزایای تغذیه با شیر مادر برای کودک:

- ❖ شیرخوار در ۶ ماه اول زندگی نیاز به هیچ نوع ماده غذایی دیگر آب حتی در آب و هوای گرم ندارد: این شیوه تغذیه انحصاری با شیر مادر نامیده می شود.
- ❖ مواد مغذی مختلف هر کدام به اندازه لازم در شیر مادر وجود دارند.
- ❖ ترکیب شیر مادر در طول هر وعده تغییر می کند: ابتدا رقیق است برای رفع تشنگی او و در انتهای وعده غلیظ و چرب است برای تامین انرژی جهت رشد کودک. باید اجازه داد شیرخوار به مکیدن ادامه دهد و خودش پستان را رها کند تا قسمت آخر شیر را هم دریافت نماید.

- ❖ ترکیبات شیر مادر متناسب با رشد و بزرگتر شدن شیرخوار نیز تغییر می‌کند :
- ❖ آغوز (کلستروم یا ماک) یا شیر روزهای اول، غلیظ و زردرنگ و بسیار مغذی است و دارای مواد ایمنی بخش برای حفاظت شیرخوار در برابر بیماری‌ها است.
- ❖ شیر مادر حاوی مواد ایمنی بخش برای حفظ کودک در برابر عفونت‌هاست و سبب ابتلا کمتر کودک به اسهال و سرماخوردگی و سایر بیماری‌های شایع می‌شود
- ❖ شیر مادر بهترین الگوی رشد و تکامل را برای کودک فراهم می‌کند.
- ❖ تکامل بینایی و راه رفتن در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌شوند خیلی سریع‌تر است.
- ❖ مکیدن پستان باعث رشد طبیعی فک و دندان‌ها می‌شود.
- ❖ شیر مادر احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، چاقی و دیابت را در بزرگسالی کاهش می‌دهد.
- ❖ بهره‌مندی در کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، بالاتر است.
- ❖ رابطه عاطفی مادر و کودک هنگام شیردادن سبب می‌شود کودک در دوران بلوغ از امنیت روانی بیشتری برخوردار باشد.

### مزایای شیردهی برای مادر:

- ❖ شیر مادر تازه و همیشه در دسترس است، نیاز به آماده کردن ندارد.
- ❖ قطع زودتر خونریزی پس از زایمان و در نتیجه احتمال کمتر ابتلا به کم‌خونی
- ❖ برگشت زودتر وزن و اندام مادر به حالت طبیعی پس از زایمان
- ❖ ابتلا کمتر به سرطان پستان و تخمدان
- ❖ ابتلا کمتر به استرس و اضطراب و افسردگی و وضع روحی روانی بهتر
- ❖ در هنگام کهولت کمتر ابتلا کمتر به پوکی استخوان
- ❖ شیردهی مرتب در ماه‌های اول، احتمال کمتر حاملگی زودرس و ناخواسته (در صورت رعایت شرایط خاص شیردهی)
- ❖ به علاوه، مادر در زمان شیردادن کمی هم استراحت می‌کند.

### مزایای تغذیه با شیرمادر برای خانواده ، محیط زیست و جامعه :

- ❖ شیرمادر هزینه ندارد، تغذیه مصنوعی موجب فشار اقتصادی به خانواده می‌شود.
- ❖ بیماری کمتر کودک = هزینه درمان بیماری‌ها و بستری شدن کودک کمتر..
- ❖ محبت و روابط عاطفی نزدیکتر مادر و کودک...
- ❖ شیرمادر: کمک به حفظ محیط زیست بخاطر عدم برداشت منابع طبیعی..
- ❖ شیرمصنوعی: آلودگی زیست محیطی، نیازمند بسته بندی، حمل و نقل، صرف منابع طبیعی(سوخت، آب سالم..)
- ❖ افزایش شیردهی در جامعه = هزینه کمتر دارو و درمان و بستری شدن، هزینه تولید و واردات شیرمصنوعی کمتر ..

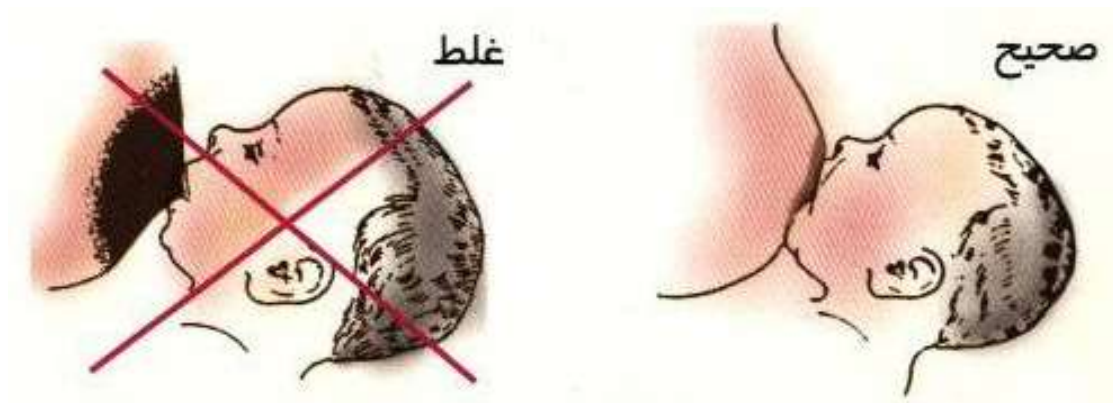
## اهمیت وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار:

- باید به نحوه در آغوش گرفتن شیرخوار و گرفتن پستان او بویژه در روزها و هفته های اول شیردهی، توجه خاص داشت، زیرا:
- نحوه در آغوش گرفتن و بخصوص پستان گرفتن شیرخوار، پایه و اصل موفقیت در تغذیه با شیرمادر است.



نحوه صحیح پستان گرفتن شیرخوار:

- ✓ دهان شیرخوار کاملا باز است.
- ✓ لب تحتانی به سمت بیرون برگشته است.
- ✓ چانه کودک در تماس با پستان مادر باشد.
- ✓ اگر هاله دیده می شود قسمت بیشتری از هاله در بالای لب فوقانی شیرخوار در مقایسه با لب پائینی دیده می شود.



## علائم مکیدن موثر و تغذیه ای:

- مکیدن های آهسته، همراه با مکث ها
- گونه ها موقع مکیدن برآمده است
- شیرخوار پس از شیر خوردن، خود پستان را رها می کند
- مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود
- نداشتن احساس درد و ناراحتی مادر هنگام شیر دادن
- شنیدن صدای بلع با یا بدون گوشی در روی گلو

## نتایج نادرست گرفتن پستان توسط شیرخوار:

- نوک پستان دردناک، زخم نوک پستان
- انسداد مجاری شیر، احتقان پستان، عفونت پستان
- کاهش انتقال شیر از پستان به دهان شیرخوار
- گریه و عدم رضایت شیرخوار
- طولانی و مکرر شیر خوردن شیرخوار
- کندی رشد (عدم وزن گیری مناسب شیرخوار)
- کاهش تولید شیرمادر
- کاهش طول مدت شیردهی و گاها قطع شیردهی



۱- رابطه عاطفی مادر و کودک هنگام شیردادن سبب می شود کودک در دوران بلوغ از امنیت روانی بیشتر برخوردار باشد.

۲- شروع زود هنگام تغذیه از پستان مادر در ساعت اول تولد، خوب در اغوش گرفتن و خوب پستان گرفتن شیرخوار و تغذیه ی انحصاری با شیر مادر از هنگام تولد مفید بوده و به برقراری و تداوم تغذیه با شیر مادر کمک می نماید.

۳- اگر پستان به طرز صحیحی در دهان کودک قرار داده نشود و شیر خوار فقط نوک پستان را بگیرد، شیر کافی دریافت نمی کند. باعث درد، زخم و ترک خوردگی نوک پستان می شود.

## روشهای کمک به مادرشیرده جهت تولید کافی شیر مادر

### اهداف آموزشی :

انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:

۱. راههای حفظ و تداوم شیردهی را توضیح دهد.
۲. نشانه های سیری (کفایت شیردهی) را نام ببرد.
۳. راههای تشخیص کفایت شیر مادر را شرح دهد.
۴. آموزشهای تغذیه ای مناسب را به مادران شیرده ارائه نماید.
۵. راهکارهای مناسب برای دوشیدن سینه را لیست کند.
۶. آموزشهای لازم را در صورت مشاهده بی کفایتی شیر بسته به علت به مادر ارائه دهد. (بصورت ایفای نقش یا مواجهه مستقیم با مادر شیرده)

اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر واقعیتی است که در رهنمودهای طب سنتی و نیز علم نوین تاکید و توجه خاصی به آن شده است.

اما آنچه در این مقوله حائز اهمیت است امنیت خاطر و باور ذهنی در مادر مبنی بر کفایت شیر او برای نوزادش می باشد. چرا که تا زمانیکه مادر در زمینه کفایت یا عدم کفایت شیر خود دچار استرس باشد، این استرس منجر به مهار واکنش خروج شیر شده و تولید آن را کاهش می دهد.

لازم به ذکر است برخی مشکلات بر کفایت شیردهی خصوصا در روزهای اولیه تاثیر گذار بوده و اقدام لازم و به موقع منجر به رفع سریع و شیردهی موفق مادران شیرده می شود که لزوم و اهمیت آموزشها مادران شیرده را یادآور می شود.

بهترین راه افزایش شیرمادر مکیدن موثر و مکرر شیرخوار است.

## عوامل موثر بر حفظ و تداوم شیردهی:

- عوامل مربوط به نحوه تغذیه شیرخوار
- عوامل مربوط به مادر شیرده

### عوامل مربوط به نحوه تغذیه شیرخوار:

- ❖ رعایت وضعیت صحیح شیردهی
- ❖ تکرر شیردهی برحسب میل و تقاضای شیرخوار
- ❖ شیردهی در شب
- ❖ تخلیه کامل سینه ها
- ❖ تغذیه از هر دوسینه و بطور متناوب
- ❖ عدم شروع زودهنگام تغذیه تکمیلی
- ❖ جلوگیری از سردرگمی شیرخوار
- ❖ بیدار کردن شیرخوار برای تغذیه

### عوامل مربوط به مادر شیرده :

- ❖ جلوگیری از کار زیاد و خستگی مادر (در ۶-۴ ماه اول بعد تولد)
- ❖ رژیم غذایی مناسب مادر شیرده
- ❖ عدم استفاده از روشهای هورمونی ترکیبی پیشگیری از بارداری
- ❖ جلوگیری از استرس و نگرانی مادرشیرده
- ❖ هم اتاقی مادر و شیرخوار و عدم جدایی

### عوامل تغذیه ای مادر موثر بر تولید شیر:

- کاهش وزن ناگهانی (بیش از ۴۵۰ گرم در هفته)
  - BMI خیلی پایین (سوء تغذیه شدید) مادر قبل از بارداری
  - مصرف مواد غذایی افزایش دهنده شیر مانند رازیانه و جو دوسروشنبلیله و شبدر و ریحان و...
- تذکر: استفاده از مواد غذایی شیرافزا در مواردی که عدم کفایت شیر دلایل دیگری دارد یا بررسی نگردیده است نباید استفاده شود
- توجه: هرچند مصرف مایعات فراوان خصوصا آب و شیر بر روی میزان تولید شیر مادر تاثیر ندارد ولی از کم آبی مادر پیشگیری میکند



## راههای تشخیص کفایت شیرمادر:

- افزایش وزن و بررسی منحنی رشد شیرخوار
- تعداد دفعات دفع مدفوع و ادرار
- هوشیار بودن شیرخوار
- قدرت عضلانی مناسب شیرخوار
- پوست شاداب شیرخوار

بهترین راه تشخیص کفایت شیرمادر افزایش وزن شیرخوار بر اساس منحنی رشد او می باشد.

## تعداد دفعات دفع مدفوع و ادرار:

میزان طبیعی دفع های شیرخوار در صورت کفایت شیر به قرار زیر است

- ✓ ۱ بار دفع مدفوع و ۱ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در روز اول
- ✓ ۲-۳ بار دفع مدفوع و ۲-۳ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در روز دوم
- ✓ ۲-۳ بار دفع مدفوع و ۳-۴ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در روز سوم
- ✓ حداقل ۲ بار و بیشتر اجابت مزاج و ۶-۸ کهنه مرطوب (ادرار کمرنگ) در ۲۴ ساعت از روز ۴ تا ۷ پس از تولد تا یک ماهگی

## نشانه های سیری شیرخوار:

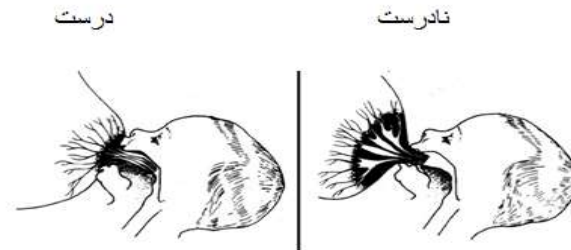
- توقف صدای بلع
- افزایش مکیدنهای غیرتغذیه ای شیرخوار
- رها کردن سینه و ریلکس شدن و به خواب رفتن شیرخوار
- توقف بیشتر بین دفعات مکیدن
- رفع نشانه های گرسنگی
- حرکات دهان
- مکیدن لب و انگشت
- نق زدن و صداهای ظریف
- به دهان بردن هرچیز

باید با برنامه مرتب شیردهی از علائم دیررس گرسنگی شیرخوار مانند گریه و جیغ زدن و کمانه زدن اجتناب کرد.

## راههای برخورد با عدم کفایت شیرمادر:

- بررسی علل احتمالی ناکافی بودن شیر
- بررسی بیماری یا ناهنجاریهای جسمی مادر و شیرخوار
- انجام مشاوره و تهیه شرح حال تغذیه ای مادر شیرده
- مشاهده و بررسی یک وعده تغذیه با شیرمادر از نظر نحوه بغل گرفتن و نحوه سینه گرفتن و بررسی تماس عاطفی و امتناع شیرخوار

### نحوه صحیح سینه گرفتن را به مادر آموزش دهید



در صورت عدم امکان تغذیه مکرر شیرخوار بوسیله مکیدن به هر علت باید تخلیه مرتب سینه ها از طریق دوشیدن انجام شود.

### نحوه دوشیدن شیر را به مادر آموزش دهید:

- بازتاب جریان شیر را تحریک کند و آماده دوشیدن شود.
- به دقت دستهایش را بشوید.
- در جای راحتی بنشیند.
- ظرف متناسب دهان گشادی را زیر آرنج بگیرد.
- انگشت شست خود را بالای سینه و انگشت اشاره را در طرف مقابل در لبه خارجی هاله با فاصله (حدود ۴ سانتی متر عقب تر از نوک سینه) قرار دهد.
- در این وضعیت سینه را بین دو انگشت شست و اشاره چندین بار فشار دهد.
- اگر شیر خارج نشود باید انگشتان را جابه جا کند و فشار داده و رها کند و این عمل را دور هاله سینه تکرار کند.

- این عمل را در جهات مختلف و با همان فاصله تکرار نماید تا مجاری تمام قسمتهای سینه دوشیده شود واز فشار دادن نوک سینه بپرهیزد.
- یک سینه را بدوشد تا زمانی که خروج شیر کند شده یا به چکه بیفتد و سپس سینه دیگر را تا چکیده شدن شیر بدوشد.
- به همین ترتیب سینه ها را متناوب ۳ بار بمدت حداقل ۲۰-۳۰ دقیقه بدوشد.

### تحریک کردن بازتاب جریان شیر(رفلکس اکسی توسین)

- حمایت روحی وروانی مادر: افزایش اعتماد بنفس و کاهش اضطراب و .....
- انتخاب محل مناسب: آرام و خلوت یا نزدیک عزیزان یا در جمع سایر مادران شیرده
- تحریک روانی مادر: بصورت بغل کردن و تماس پوست با پوست شیرخوار یا نگاه کردن به عکس و بوییدن لباس شیرخوار درصورت عدم حضور شیرخوار
- گرم کردن سینه ها: بوسیله کمپرس گرم یا ماساژ با آب گرم یا دوش گرفتن
- تحریک نوک سینه ها: به سمت خارج کشیدن نوک سینه ها یا بصورت دورانی
- ماساژ سینه ها: بصورت ضربه زدن یا لمس ملایم با انگشت یا وسیله دیگر و یا غلتاندن مشت بسته بر روی سینه
- ماساژ پشت مادر بوسیله فرد همراه

### روش برخورد با مشکلات مادران شیرده

#### اهداف آموزشی:

- انتظار می رود فراگیر پس از مطالعه این درس بتواند:
- انواع مشکلات مادران شیرده را لیست نماید.
- مشکلات مربوط به فرآیند شیردهی شیرخوار را نام ببرد.
- انواع مشکلات مربوط به بافت سینه مادر را لیست نماید.
- اقدامات لازم در خصوص مواجهه با مشکلات مادران شیرده را شرح دهد.
- بیماریهای مربوط بافت سینه را با توجه به مشاهدات و علائم تشخیص دهد.
- آموزشهای لازم را در خصوص مشکلات شیرخوار در شیردهی را به مادر شیرده ارائه نماید.(به صورت ایفای نقش با همکلاسی خود یا کار عملی )
- آموزشهای لازم را در خصوص مشکلات مربوط به بافت سینه را به مادر شیرده ارائه نماید.(به صورت ایفای نقش با همکلاسی خود یا کار عملی )

## انواع مشکلات مادران شیرده:

مشکلات مادران شیرده به دو دسته تقسیم می شود:

۱- مشکلات مربوط به فرآیند شیردهی و شیرخوار

- کافی نبودن شیر
- گریه شیرخوار
- امتناع شیرخوار از گرفتن سینه

۲- مشکلات مربوط به بافت سینه مادر

- مشکلات نوک سینه
- بیماریهای سینه

## مشکلات مربوط به شیرخوار و فرآیند شیردهی:

### ➤ کافی نبودن شیر

علل آن عبارتند از:

- عدم تکامل بافت سینه
- صدمه وارد به سینه به علت جراحی و یا آسیب فیزیکی
- اختلالات هورمونی مانند اختلالات تیروئیدی و سندرم شیهان و باقی ماندن جفت و...
- اختلالات متابولیکی در مادر مانند دیابت، چاقی و کم خونی
- مداخلات و اقدامات پزشکی در حین بارداری و لیبر و زایمان مانند بی حسی اپیدورال و سزارین

### ➤ گریه شدید شیرخوار

علل آن عبارتند از:

- تلقیح واکسن
- گرسنگی ناشی از جهش رشد
- خستگی شیرخوار (ملاقات زیاد)
- غذا یا داروهای مصرفی مادر
- زخم بودن باسن شیرخوار یا کهنه کثیف
- بیماری یا درد (الگوی گریه تغییر میکند)
- تولید بیش از اندازه و جریان سریع شیر
- شیرخواران پرتوقع یا با نیازهای زیاد
- قرار گرفتن در محیط نامناسب (گرم یا سرد شدن شیرخوار یا در هوای آلوده به دود سیگار)
- مشکلات جسمی شیرخوار مانند قولنج و دررفتگی و صدمه زایمان و پیچش بیضه و.....

### ➤ امتناع شیرخوار از گرفتن سینه:

علل متعدد امتناع شیرخوار عبارتند از:

- بیماری یا رخوت ناشی از داروها در شیرخوار
- وجود اشکال در تکنیکهای شیردهی
- تغییرات منجر به آشفته‌گی شیرخوار
- امتناع از شیر خوردن غیر واقعی و ظاهری
- سرما و گرمای بیش از حد محیط (هیپوترمی و هیپرترمی)

### مشکلات مربوط به بافت سینه مادر

#### ➤ مشکلات نوک سینه

- نوک سینه صاف
- نوک سینه فرورفته
- نوک سینه دراز
- زخم و درد و شقاق نوک سینه
- کاندیدا (برفک) نوک سینه

#### ➤ بیماریهای بافت سینه

- مشکلات غیر عفونی سینه
- مشکلات عفونی سینه

### مشکلات مربوط به سینه مادر

❖ مشکلات مربوط به نوک سینه

- نوک سینه صاف ← آموزش مادر و استفاده از تکنیک سرنگ یا محافظ سینه

- نوک سینه فرورفته ← آموزش مادر و دادن اعتماد به نفس در جهت تماس پوست با پوست و تکرار مکیدن (جلوگیری از احتقان سینه) و استفاده از تکنیک سرنگ یا پمپ دستی و در نهایت استفاده از محافظ سینه
- نوک سینه دراز ← آموزش قرار دادن نسج کافی بافت سینه در دهان شیرخوار
- زخم و درد و شقاق نوک سینه

آموزش مادر در راستای اصلاح سینه گرفتن و ماساژ سینه برای تحریک بازتاب اکسی توسین

کمپرس گرم سینه و قرار دادن یک قطره شیر بعد از شیردهی روی نوک سینه و مالش با انگشت عدم نیاز به پماد یا لوسیون و شستشوی مکرر ولی استفاده از مسکن در صورت درد شدید مادر

### کاندیدا یا برفک سینه:

این عفونت به دنبال درمان ماستیت و سایر عفونتها با آنتی بیوتیک ایجاد می شود کمبود تغذیه ای دیابت و درمان کورتیکواستروئیدی طولانی مدت از عوامل زمینه ساز آن می باشد علائم برفک:

- سوزش شدید و خارش و قرمزی نوک سینه
  - درد تیرکشنده عمقی و حساسیت شدید نوک سینه در لمس
- راهکارها:
- استفاده از سوسپانسیون نیستاتین برای شیرخوار (روزی ۴ بار) و یا پمادهای ضد قارچ (مایکونازول و نیستاتین) برای مادر به مدت هفت روز طبق دستور پزشک
  - به شیرخوار بطری یا گول زنک ندهید.

### مشکلات غیر عفونی بافت سینه:

- انسداد مجاری سینه
- سینه کوچک یا بزرگ
- احتقان سینه
- ماستیت غیر عفونی

### مشکلات عفونی بافت سینه:

- ماستیت عفونی: عفونت منتشر در بافت سینه به همراه درد و التهاب
- آبسه سینه: تجمع لوکالیزه عفونت در بافت سینه

### انسداد مجاری سینه:

تعریف: بسته بودن مجاری شیری با شیر سفت شده یا بصورت آناتومیک

- این حالت سبب لمس توده در سینه مادر شیرده می شود و حتی حساسیت متوسط تا شدید در ناحیه مبتلا رخ دهد و درمان سریع برای جلوگیری از ماستیت و آبسه ضروری است

## عوامل مستعد کننده انسداد غیر آناتومی:

- فاصله طولانی بین دفعات شیردهی
- تخلیه ناکامل سینه
- ترومای سینه یا اندازه نامناسب سینه بند
- خوابیدن به شکم مادر یا خوابیدن کودک در روی سینه مادر

## راهکارها:

- ✓ آموزش به مادر برای اصلاح وضعیت سینه گرفتن و تخلیه مکرر سینه
- ✓ خم شدن به جلو در سینه های پاندولی
- ✓ استفاده از کمپرس گرم قبل از تخلیه سینه
- ✓ ماساژ روی بخش درگیر و فشار عقب بخش درگیر برای بهبود جریان شیر
- ✓ درموارد انسداد آناتومی ارجاع به متخصص جهت رفع مشکل

## نامتناسب بودن سینه از نظر اندازه:

### سینه کوچک:

- اطمینان به مادر از نظر عدم وجود مشکل در تولید شیر
- افزایش دفعات شیردهی به علت ذخیره کمتر شیر

### سینه بزرگ:

- استفاده از سینه بند مناسب برای کاهش مشکلات سینه در طول روز
- دوشیدن سینه و تخلیه کامل سینه ها
- استفاده از یک حوله لوله شده برای نگهداری سینه حین شیر دادن
- استفاده از وضعیت خوابیده یا زیربغلی

## تعریف احتقان : دردناک و متورم شدن بافت سینه بدون عفونت

- شبکه عروقی سینه و تولید شیری پس از زایمان افزایش می یابد و سینه قوام سفت و دردناک و گرم پیدا میکند و نوک سینه تحت کشش قرار می گیرد و سینه ها براق و گاهی قرمز رنگ می شود.
- احتقان حتی بدون درمان نیز معمولاً در عرض ۳-۱ روز تخفیف پیدا می کند ولی درموارد معدود در صورت عدم بهبود باعث آتروفی سلولهای تولید کننده شیر می شود

## راهکارهای کمک کننده :

- ✓ مهمترین اقدام تخلیه هرچه سریعتر سینه هاست با مکیدن مکرر شیرخوار یا دوشیدن
- ✓ استفاده از کمپرس گرم قبل از تخلیه و استفاده از کمپرس سرد بعد از تخلیه سینه
- ✓ اصلاح وضعیت سینه گرفتن
- ✓ ماساژ پشت، گردن و سینه

## ماستیت

تعریف: التهاب و عفونت منتشر در بافت سینه به همراه درد و تب

در دونوع عفونی و غیرعفونی می باشد.

در صورتیکه علت ایجاد التهاب عفونت باکتریایی باشد ماستیت عفونی گفته می شود.

اگر عامل التهاب تجمع شیر باشد ماستیت غیرعفونی نامیده می شود.

مانند احتقان سینه متورم و سفت و دارای پوست قرمز می باشد .

فرق آن با احتقان در این است که ماستیت فقط قسمتی از بافت سینه و به ندرت یک سینه را درگیر می کند اما احتقان کل یک سینه و اغلب هردوسینه را مبتلا می کند.

شایعترین محل ماستیت ربع فوقانی -خارجی سینه است واکثرا در ۴ ماه اول بعد از زایمان رخ می دهد.

## راهکارهای درمان ماستیت:

- شیردهی از سینه مبتلا تا حد امکان و تخلیه مکرر
- استفاده از کمپرس سرد یا گرم در فواصل شیرهی
- استراحت و مصرف مایعات و استفاده از مسکن
- در صورت عدم بهبود درد یا التهاب بعد از ۲۴ ساعت ارجاع به متخصص برای شروع درمان آنتی بیوتیک

## آبسه سینه:

تعریف: تجمع لوکالیزه عفونت در بافت سینه

❖ آبسه به علت تخلیه ناکافی عفونت باکتریال رخ می دهد و شایعترین عارضه ماستیت عفونی می باشد. تشخیص آن از طریق سونوگرافی می باشد

راهکارها:

- استراحت کافی
- دوشیدن سینه آبسه دار (تخلیه کامل) و تغذیه شیرخوار با سینه سالم
- ارجاع به پزشک جهت تجویز آنتی بیوتیک و درمان (شکافتن) و تخلیه یا جراحی آبسه



## فصل ۶

### آشنایی با خدمات مادر ایمن (مراقبت قبل و حین بارداری و مراقبت پس از زایمان)

#### پروتکل های مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

##### اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود شما بتوانید:

۲- مراحل مراقبت دوران بارداری را براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران نام ببرید.

۱- مفهوم رنگها را براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران توضیح دهید.

۸- تعاریف مراقبت های دوران بارداری را بیان کنید.

۴- مراقبت مادر باردار در نیمه اول بارداری براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران انجام

دهید.

۵- مراقبت مادر باردار در نیمه دوم بارداری براساس مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران انجام

دهید.

#### مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و اصول کلی

سال های متمادی دسترسی به مراقبت ها به عنوان اولویت نظام بهداشت و درمان، پوشش کمی مراقبت ها را به حد قابل توجهی افزایش داده است. از آن پس بهبود کیفیت مورد توجه سیاست گذاران برنامه سلامت قرار گرفت که از ارکان آن استاندارد کردن خدمات است.

مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران با استفاده از منابع علمی معتبر دنیا و آخرین دستورالعمل های اداره سلامت مادران تدوین گردیده است. بهره گیری از آن در ارائه خدمت، برای ارائه دهندگان خدمت مفید و در ارتقاء سلامت مادران و بهبود شاخص های سلامت کشور موثر باشد.

**این مجموعه شامل:** جداول مراقبت های بارداری و پس از زایمان (مرور کلی و سریع)، مراقبت های معمول بارداری (بخش الف)، مراقبت های معمول پس از زایمان (بخش ب)، راهنما (بخش ت) و ضمیمه است.

✿ **جداول راهنمای مراقبتهای بارداری و پس از زایمان** برای مرور کلی و سریع خدماتی است که در بارداری و پس از زایمان به مادر ارایه می شود. تقسیم بندی خدمات در این جداول بر اساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت هایی که در ستون زیرین آن مشخص شده به مادر ارایه می گردد.

✿ **بخش مراقبت های معمول بارداری (الف)** بر حسب زمان مراجعه مادر باردار (اولین مراجعه و یا مراجعه در نیمه های اول و دوم بارداری)، بررسی مادر از یکی از صفحات الف ۱، الف ۲، الف ۳ شروع می شود. هر صفحه را همیشه از سمت راست و بالا (مانند شکل مقابل) باید شروع کنید:

**خانه شماره ۱-** قبل از هر اقدامی، مادر را از نظر وجود علائم نیازمند اقدام فوری بررسی کنید.

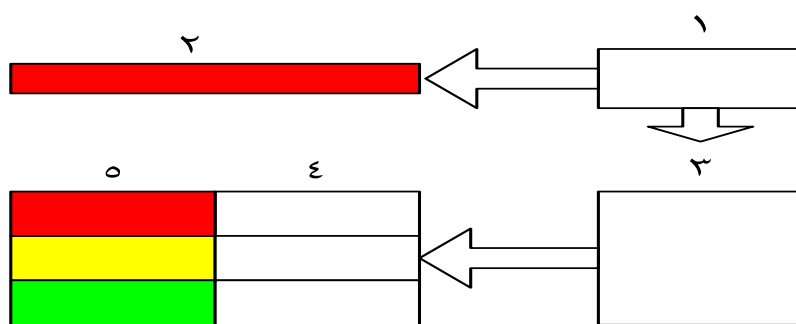
**خانه شماره ۲-** در صورتی که هر یک از علائم نیازمند اقدام فوری به تنهایی یا همراه سایر علائم وجود داشت، مطابق دستورالعمل آن اقدام کنید. بدیهی است در این مرحله زمان را برای انجام سایر اقدامات مربوط به خانه ۳ نباید از دست دهید.

**خانه شماره ۳-** در صورت اطمینان از این که هیچ علامت نیازمند اقدام فوری وجود ندارد، ارزیابی مطابق محتوای این خانه شروع شود.

**خانه شماره ۴-** بر اساس نتایج ارزیابی، علائم و نشانه ها را گروه بندی کنید.

**خانه شماره ۵-** برحسب نتیجه گروه بندی علائم و نشانه ها، اقدام کنید.

فراموش نکنید که ترتیب انجام این بررسی ها از نظر دقت در انجام کار و درستی معاینه بسیار مهم است. هرگز نمی توانید معاینه و بررسی بیمار را از نیمه راه آغاز کنید.



**بخش مراقبت های معمول پس از زایمان (ب)** به دو قسمت مراقبت های ملاقات اول و دوم (ب ۱) و مراقبت های ملاقات سوم (ب ۲) تقسیم شده است. در این بخش نیز قاعده کلی نحوه مراقبت مشابه بخش مراقبت های بارداری است. این مراقبت ها از روز اول پس از زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان انجام می شود.

بیشتر خانمهایی که خدمات معمول را دریافت می کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می کنند. توجه داشته باشید که اکثر خطاهایی که در ارائه خدمت به مادر باردار رخ می دهد، ناشی از جدی نگرفتن شرح حال و معاینه است. فراموش نکنید که علامت نیازمند مراقبت ویژه در بارداری را فقط با سؤال کردن، مشاهده و معاینه دقیق می توانید پیدا کنید.

### مفهوم رنگ ها

در چارت های ارائه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد و سبز استفاده شده است:

**الف - رنگ قرمز** نشان دهنده شرایطی است که جان مادر و جنین را تهدید می کند و اقدام مناسب این رنگ ارجاع فوری یا اعزام (بلافاصله) است. در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر را ضمن اقدامات اولیه حین اعزام سریعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. در صورت ارجاع فوری از مادر بخواهید بلافاصله به نزدیک ترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند.

نکته: در موارد ارجاع فوری و یا اعزام لازم است وضعیت به رابط سلامت مادران اعلام گردد.

**ب - رنگ زرد** نشان دهنده نیاز مادر به اقدام خاص است. مادر باید بر حسب نوع عارضه در ۴۸ ساعت اول پس از مراجعه (ارجاع در اولین فرصت) و یا حداکثر طی یک هفته (ارجاع غیر فوری) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه آن مشخص گردد.

**پ - رنگ سبز** نشان دهنده امکان ارایه خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر و اقدامی خاص است.

• اصول کلی

مطالب زیر به عنوان اصول کلی در ارایه خدمات در نظر گرفته شده است:

۱. در اولین مراجعه مادر، بارداری وی را تبریک بگویید و با تکریم و احترام به مادر هنگام ارائه مراقبت ها، بارداری را برای او خوشایند سازید.
۲. علائم نیازمند توجه و مراقبت ویژه در هر مقطعی از بارداری و پس از زایمان به همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.
۳. اگر مادر به دلایلی نیازمند حالت های مختلفی از ارجاع (اعزام، فوری، در اولین فرصت، غیر فوری) است، اعزام و ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.
  - مادری که اعزام یا ارجاع فوری شده است باید حداکثر تا ۲۴ ساعت، پیگیری شود.
  - ارجاع در اولین فرصت، لازم است از ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد پیگیری شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی ۷۲ ساعت به سطح بالاتر مراجعه نکرد، مانند ارجاع فوری اقدام شود.
  - مادری که ارجاع غیر فوری شده است، می بایست پس از یک هفته، پیگیری و وضعیت وی مشخص شود. اگر مورد ارجاع پس از یک هفته به هر دلیلی به سطوح بالاتر مراجعه نکرد، به مادر و خانواده وی اهمیت معاینه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پیگیری شود.
۴. پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
۵. پسخوراند های پزشک/ ماما در موارد ارجاع و یا مراقبت های ویژه، باید در فرم مراقبت یا پرونده الکترونیک ثبت گردد.
۶. دفعات مراقبت ویژه مادر بر حسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشک عمومی، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند متفاوت خواهد بود.
۷. لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در مقطع بارداری و پس از زایمان در فرم های مربوط یا پرونده الکترونیک ثبت شود.
۸. مراجعه جهت دریافت مراقبت های بارداری و پس از زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر و همراهان وی تأکید شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی یک هفته پیگیری شود.
۹. بسیاری از بیماری ها می تواند بر روی مادر و جنین تاثیر بگذارد، بنابراین لازم است خانم هایی که تمایل به بارداری دارند مراقبت پیش از بارداری را به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری دریافت کنند تا مادر، بارداری و زایمان ایمن داشته باشد. در این صورت باید خانم برای دریافت مراقبت به

پزشک یا ماما ارجاع شود. تمامی خانم های که تمایل به بارداری دارند می توانند مراقبت پیش از بارداری را دریافت کنند مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می شوند.

۱۰. مراقبت های بارداری باید به محض مثبت شدن نتیجه آزمایش بارداری ارایه گردد.

۱۱. نتیجه آزمایش های بارداری می بایست در فرم مراقبت بارداری یا پرونده الکترونیک به طور دقیق ثبت شود. نگهداری برگه آزمایش در پرونده الزامی نیست.

۱۲. مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارایه می گردد (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم). زمان ملاقاتهای معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۴ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری

۱۳. زمان ملاقاتهای مادر بر اساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.

۱۴. در اولین مراجعه مادر در هر هفته بارداری ابتدا پروتکل اولین ملاقات برای وی اجرا و سپس با توجه به سن بارداری تعیین شده، ادامه مراقبت ها مطابق نیمه اول یا نیمه دوم ارائه گردد.

۱۵. هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک سابقه یا ابتلا به بیماری را از مادر سؤال می کند و معاینه فیزیکی را انجام می دهد. نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری یا پرونده الکترونیک ثبت می کند.

۱۶. هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

۱۷. در صورت مراجعه مادر به دلیل یک عارضه یا علامت (به غیر از زمان های تعیین شده)، مطابق هفته بارداری وی، عارضه بررسی و اقدام لازم انجام شود.

۱۸. سه ماهه اول بارداری را از هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر بگیرید.

۱۹. به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرایند زایمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته ۲۰ بارداری به کلاس های آمادگی برای زایمان معرفی شود.

۲۰. هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود.

۲۱. مراقبتهای معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می شود که ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می شود. **مراقبت های نوزاد** (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵ انجام می شود.

۲۲. برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت نوبت اول پس از زایمان محسوب کرد.

۲۳. توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت و ارجاع و پیگیری مادر مؤثر نخواهد بود.

### جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

مراقبت ۸ تا ۶ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)	مراقبت ۵ و ۴ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری</li> <li>- تغذیه و مصرف مکمل های غذایی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری</li> <li>- غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد (مراقبت ۴)</li> <li>- تغذیه و مصرف مکمل های غذایی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری</li> <li>- تغذیه و مصرف مکمل های غذایی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری</li> <li>- غربالگری مصرف دخانیات، الکل و مواد</li> <li>- تغذیه و مصرف مکمل های غذایی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تشکیل پرونده، وضعیت بارداری و فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری، رفتار پرخطر</li> <li>- غربالگری مصرف دخانیات، الکل و مواد</li> <li>- ارزیابی تغذیه</li> <li>- مصرف مکمل غذایی</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری</li> </ul>	<p>شناسایی متقاضی و ارجاع به ماما یا پزشک</p>	تشکیل پرونده و ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی</li> <li>- معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام)</li> <li>- صدای قلب جنین</li> <li>- ارتفاع رحم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی</li> <li>- معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام)</li> <li>- صدای قلب جنین</li> <li>- ارتفاع رحم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی</li> <li>- معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهن و دندان)</li> <li>- صدای قلب جنین</li> <li>- ارتفاع رحم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی</li> <li>- معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهن و دندان)</li> <li>- صدای قلب جنین</li> <li>- ارتفاع رحم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه گیری قد و وزن و نمایه توده بدنی</li> <li>- علائم حیاتی</li> <li>- معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهن و دندان)</li> </ul>		معاینه بالینی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع جهت درخواست های معمول نوبت دوم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع جهت درخواست سونوگرافی بارداری</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع جهت درخواست سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع جهت درخواست های معمول نوبت اول</li> </ul>	آزمایش ها یا بررسی تکمیلی		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع جهت آزمایش HIV در افراد پر خطر رفتاری</li> </ul>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سلامت روان، جنسی</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری</li> <li>- عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد</li> <li>- شکایت های شایع</li> <li>- عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد</li> <li>- شیردهی</li> <li>- فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان</li> <li>- شیردهی</li> <li>- مراقبت از نوزاد، علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزاد</li> <li>- تاریخ مراجعه بعدی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سلامت روان، جنسی</li> <li>- تغذیه/ مکمل های دارویی</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری</li> <li>- شکایت های شایع</li> <li>- شیردهی</li> <li>- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان</li> <li>- تاریخ مراجعه بعدی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/ شکایت های شایع</li> <li>- عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد</li> <li>- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان</li> <li>- تاریخ مراجعه بعدی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان</li> <li>- تغذیه/ مکمل های دارویی</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری/ شکایت های شایع</li> <li>- تاریخ مراجعه بعدی</li> </ul>		آموزش و مشاوره
	<p>اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین د (از ابتدا تا پایان بارداری)</p>					مکمل های دارویی
	<p>توأم (بهترین زمان هفته ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا (در صورت نیاز) - ارجاع جهت تزریق ایمنوگلوبولین ضد دی (روگام) از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز)</p>					ایمن سازی

جدول راهنمای مراقبت های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)

مراقبت نوع مراقبت	زمان	مراقبت ۱ روز های ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۳۰ تا ۴۲
تشکیل پرونده و ارزیابی		<ul style="list-style-type: none"> <li>- مشخصات، وضعیت زایمان</li> <li>- سوابق بارداری های اخیر</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض</li> <li>- مصرف مکمل های دارویی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</li> <li>- ارزیابی الگوی تغذیه</li> <li>- غربالگری افسردگی پس از زایمان</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض</li> <li>- مصرف مکمل های دارویی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</li> <li>- علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض</li> <li>- غربالگری افسردگی پس از زایمان</li> <li>- مصرف مکمل های دارویی</li> </ul>
معاینه بالینی		<ul style="list-style-type: none"> <li>- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها</li> <li>- علائم حیاتی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها</li> <li>- علائم حیاتی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها</li> <li>- علائم حیاتی</li> </ul>
آزمایش ها		-----	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع جهت پاپ اسمیر ( در صورت نیاز)</li> <li>- ارجاع جهت درخواست آزمایش برای مبتلایان به دیابت بارداری</li> </ul>
آموزش و مشاوره		<ul style="list-style-type: none"> <li>بهداشت فردی، سلامت روان و جنسی، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم نیازمند مراقبت ویژه مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بهداشت فردی و سلامت روان و جنسی، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم نیازمند مراقبت ویژه مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بهداشت فردی و سلامت روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم نیازمند مراقبت ویژه مادر و نوزاد</li> </ul>
مکمل های دارویی		آهن و مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمن سازی		<ul style="list-style-type: none"> <li>ایمونوگلوبولین ضد دی (روگام) در مادر ارهانش منفی با نوزاد ارهانش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان</li> </ul>	-----	-----

## الف- ملاقات های معمول بارداری

عنوان
الف۱- اولین ملاقات بارداری
الف۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
الف۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
تعاریف مراقبت های بارداری
الف۴- مراقبت های ویژه بارداری

## الف۱- اولین ملاقات بارداری

### ارزیابی

تشکیل پرونده و گرفتن شرح: وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، سوابق بارداری قبلی، ابتلا به بیماری و بررسی رفتار پر خطر، وضعیت ایمن سازی اندازه گیری قد، وزن، نمایه توده بدنی، علائم حیاتی

### اقدام

- ایمن سازی در صورت ناکامل بودن
- ارزیابی الگوی تغذیه ت ۴
- تعیین هفته بارداری و انجام مراقبت مطابق با آن
- ارجاع غیر فوری به پزشک و ماما جهت:
  - معاینه تیروئید، پستان، قلب، ریه
  - درخواست آزمایش های معمول یا سونوگرافی
  - بررسی بیماری و ناهنجاری ها

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود.



## الف ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری

### ارزیابی علائم نیازمند اقدام فوری

در صورت وجود علائم:

- در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم (سیستول) کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
- خونریزی
- درد شدید یا حاد شکم

### اقدام مطابق الف ۴

در صورت نبود علائم:

### ارزیابی

#### بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال از لکه بینی، آبریزش، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری- تناسلی، درد، تهوع و استفراغ، حرکت جنین، مشکلات دهان و دندان، مصرف مکمل ها و تغذیه، تروما اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین معاینه چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها

### اقدام

- در صورت غیر طبیعی بودن نتایج ارزیابی، اقدام طبق الف ۴
- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک جهت درخواست آزمایش نوبت اول در هفته ۱۰-۶ بارداری
- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک جهت درخواست سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸

- تجویز مکمل های دارویی
- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان
- بررسی منحنی وزن گیری
- غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد
- توصیه های بهداشتی ت ۲ و آموزش های لازم
- تعیین تاریخ مراجعه بعدی

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود.

## الف ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری

### ارزیابی علائم نیازمند اقدام فوری

در صورت وجود علائم:

- در حال تشنج/ تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم (سیستول) کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
- پاره شدن کیسه آب
- درد شدید یا حاد شکم
- خونریزی

### اقدام مطابق الف ۴

در صورت نبود علائم:

### ارزیابی

#### بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سوال از لکه بینی، آبریزش/ پارگی کیسه آب، تنگی نفس و تپش قلب، درد شکم، مشکلات ادراری- تناسلی، تهوع و استفراغ، حرکت جنین، مشکلات پوستی، تروما، مشکلات دهان و دندان، مصرف مکمل ها و تغذیه اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین معاینه چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها

### اقدام

- در صورت غیر طبیعی بودن نتایج ارزیابی، اقدام طبق الف ۴
- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک جهت درخواست آزمایش هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری
- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک جهت درخواست سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری
- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک جهت تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ در صورت نیاز
- تجویز مکمل های دارویی
- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان
- غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد
- بررسی منحنی وزن گیری
- ایمن سازی در صورت نیاز
- توصیه های بهداشتی ت ۲ و آموزش های لازم
- تعیین تاریخ مراجعه بعدی و توجه به تاریخ تقریبی زایمان

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود.

## تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

**آبریزش:** خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

**آزمایشهای معمول بارداری:** آزمایش های معمول در اولین ملاقات بارداری، گروه خونی و ارهانش، شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، HBsAg، BUN، Creatinin، HIV و VDRL و در ملاقات سوم بارداری (بهتر است در هفته ۲۸-۲۴ انجام شود) شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار است.

**نکته ۱:** نتایج آزمایش ها توسط پزشک یا ماما بررسی می شود.

**نکته ۲:** در صورتی که قند خون ناشتا در اولین آزمایش مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ بوده است، نیاز به انجام OGTT نیست.

**نکته ۳:** در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، علاوه بر نوبت اول آزمایش HIV، نوبت دوم در ملاقات هفته ۳۱-۳۴ بارداری انجام می شود.

**نکته ۴:** نوبت اول کومبیس غیر مستقیم را در مادر ارهانش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن ارهانش همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۴ تا ۳۰ بارداری است.

**نکته ۵:** در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات جهت درخواست آزمایش TSH به ماما یا پزشک ارجاع شود. اعتبار آزمایش های پیش از باردای در صورت طبیعی بودن یک سال است.

**نکته ۶:** در صورت انجام آزمایش HbsAg پیش از بارداری، نیاز به تکرار آن در بارداری نیست.

**آموزش و توصیه:** طی ملاقات ها متناسب با هفته های بارداری موارد زیر را به مادر آموزش دهید: بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، کار، ورزش، پوشیدن لباس مناسب، مصرف دارو، ...)، سلامت روان (تغییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت پذیری همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، سلامت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان ها)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی)، دخانیات، مواد و الکل (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین، آموزش درباره شیردهی همزمان با مصرف مواد یا دریافت درمان دارویی)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ...)، علائم نیازمند مراقبت ویژه (لکه بینی، خونریزی، آبریزش، تاری دید، درد سر دل، تنگی نفس، سردرد و ...) و مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، اهمیت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، غربالگری و علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزادی، اصول شیردهی، مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

**نکته:** در هر ملاقات، علائم نیازمند مراقبت ویژه را گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.

## اختلال انعقادی: تأخیر در لخته شدن خون یا توقف خونریزی

**اختلال هوشیاری:** عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

**ارتفاع رحم:** از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۲۰ تا ۳۴ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

**نکته:** در صورت اختلاف بین ارتفاع رحم و سن بارداری بیش از ۳ هفته مادر می بایست به پزشک/ماما ارجاع داده شود.

**ارزیابی الگوی تغذیه:** این ارزیابی یک بار و در اولین مراقبت مادر باردار بر اساس نمایه توده بدنی و الگوی تغذیه وی انجام می شود. در صورت امتیاز نامطلوب، مادر نیاز به ارجاع و پیگیری دارد.

**ارزیابی علائم نیازمند اقدام فوری:** در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم اختلال هوشیاری، تشنج، شوک، خونریزی شدید، پارگی کیسه آب، درد شدید یا حاد شکم بررسی کنید. در صورت وجود هر یک، مطابق جدول اقدام کنید و قبل از انجام مراقبت های معمول، مادر را اعزام کنید.

**استفراغ شدید:** استفراغ های متعدد و با شدت زیاد که باعث کم آبی بدن مادر گردد.

**ایمن سازی:** ایمن سازی را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید.

\* **واکسن توام:** بهترین زمان برای تزریق واکسن توام در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد از هفته ۲۷ تا ۳۶ بارداری (۴ هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان) است. اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تاخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

**نکته:** در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی، مادر را برای ایمن سازی به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

\* **واکسن آنفلوانزا:** به خانم هایی که در فصل شیوع آنفلوانزا باردار هستند، توصیه می شود واکسن غیر فعال آنفلوانزای فصلی را دریافت نمایند. تزریق در طول بارداری منعی ندارد.

\* **واکسن هپاتیت ب:** در مادرانی که نتیجه آزمایش HbsAg منفی دارند ولی رفتار پر خطر دارند و قبلاً واکسن هپاتیت (مطابق جدول واکسیناسیون) دریافت نکرده اند، می بایست واکسن هپاتیت تزریق شود.

## بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلوبی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.
- **تعداد زایمان:** بر اساس تعداد حاملگی ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین های متولد شده محاسبه می شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی آورد.

- **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز
  - **سقط مکرر:** سقط متوالی ۲ بار یا بیشتر
  - **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز
  - **زایمان زودرس:** تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی تا ۳۶ هفته و ۶ روز
  - **زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز
  - **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.
  - **زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.
  - **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.
  - **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.
- دوره پری ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.
- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر:** در هر مراجعه، قبل از شروع مراقبت، خلاصه پرونده مادر را مرور کرده و از وضعیت وی مطلع شوید. چنانچه نقایصی مثل تکمیل نبودن قسمت های مختلف پرونده، نامشخص بودن وضعیت ایمن سازی، نبودن جواب آزمایش ها، نبودن نتیجه و پسخوراند وجود دارد، رفع و دستورات را اجرا کنید.
- برقراری ارتباط مناسب با مادر:** مواردی که باید در برقراری ارتباط مناسب در نظر گرفت:
- با دقت به صحبت ها و شکایت های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
  - نگرش احترام آمیز نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.
  - از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید)
  - به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می ماند.
- پاره شدن کیسه آب:** خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل
- تاریخ مراجعه بعدی:** تاریخ مراجعه بعدی مادر را بر اساس «هفته» تعیین و به مادر یادآوری کنید.
- تاریخ تقریبی زایمان:** از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به تاریخ تقریبی زایمان توجه کنید.
- تزریق آمپول ایمونوگلوبین ضد دی (روگام):** در صورت پاسخ منفی آزمایش های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهش منفی با همسر ارهش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری توسط پزشک یا ماما تزریق می شود.

**نکته:** به خاطر بسپارید در مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت، در صورت ختم بارداری به هر دلیلی پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...)، ایمونوگلوبولین ضد دی تزریق می‌شود.

**تشکیل پرونده و شرح حال:** در اولین ملاقات، قبل از انجام مراقبت‌ها، شرح حال و سوابق بارداری و زایمان مادر را تکمیل نمائید. شرح حال شامل:

- تاریخچه اجتماعی: سن، مصرف مواد، الکل و دخانیات، رفتارهای پرخطر، شغل سخت و سنگین
- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان و سوابق بارداری و زایمان قبلی
- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم‌های بالای ۳۰ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

**تشنج:** حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

**تغذیه مناسب:** آنچه در تغذیه مادر باردار اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه‌های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه‌ها، گروه سبزی‌ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت و تخم مرغ و گروه حبوبات و مغزداانه‌هاست. جدول زیر سهم‌های لازم در گروه‌های غذایی و برای هر روز را نشان می‌دهد. با توجه به نمایه توده بدنی مادر واحد مورد نیاز (سهم) گروه غلات و نان تغییر می‌کند.

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

این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی‌های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۴-۵	۳-۵	گروه سبزی‌ها
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۳-۴	۲-۴	گروه میوه‌ها
این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه	۳-۴	۲-۳	گروه شیر و لبنیات
این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) و تخم مرغ است.	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لحم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ	۲	۲-۱	گروه گوشت، تخم مرغ
حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.	نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۱	۱	حبوبات و مغز دانه‌ها

**حرکت جنین:** معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های ۱۶ تا ۲۰ بارداری احساس می شود و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین در هفته های ۲۰ تا ۳۰ بارداری است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

**نکته:** تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس ۱۰ حرکت جنین در ۲ ساعت طبیعی است و در صورتی که تعداد حرکات جنین به ۱۰ بار نرسد، مادر را ارجاع دهید. در یک روش الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ۲۸ بارداری اهمیت دارد.

**خونریزی:** خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)

**درد شکم و یا پهلوها:** هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها **نکته:** در مواردی که سن بارداری بالای ۳۷ هفته است، درد متناوب پایین شکم می تواند نشانه زایمان باشد.

**دیابت بارداری:** شروع و یا تشخیص اولیه هر درجه ای از اختلال تحمل گلوکز در بارداری

**رفتارهای پر خطر:** سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده

**سوزش ادرار:** احساس سوزش به هنگام ادرار کردن

**سونوگرافی:** در هفته های ۱۶ تا ۱۸ بارداری (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، مادر را برای انجام سونوگرافی معمول به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

**شکایت های شایع:** این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پرنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستان ها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهبل، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

**نکته ۱:** این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

**نکته ۲:** متناسب با هر شکایت، طبق متن آموزشی به مادر توصیه کنید.

**شغل سخت و سنگین:**

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشندگان، قالی بافان، ...)
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
- تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
- مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود دمه های فلزات؛
- کار در محیطهای پرسروصدا، محیط های گرم، فعالیت در محیطهای پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

**نکته:** اگر مادر در این شرایط مشغول به کار است در صورت امکان نوع یا محل کار خود را تغییر دهد و یا در کار طولانی مدت نشسته یا ایستاده، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.



**شوگ:** اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستول کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).

**صدای قلب جنین:** با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

**ضربه:** هر نوع صدمه به اعضای مختلف بدن به ویژه شکم و لگن مادر نیاز به بررسی دارد. ضربه مستقیم به شکم و لگن، نیازمند ارجاع فوری مادر است.

**علائم حیاتی:** در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید:

- فشارخون: در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون بالا زمانی است که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر باشد. افزایش فشارخون تدریجی، زمانی است که فشارخون ماکزیمم (سیستول) به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون مینیمم (دیاستول) به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه افزایش یابد.

#### نکاتی که باید معاینه شونده رعایت کند:

- قبل از اندازه گیری فشارخون فرد ۱۰-۵ دقیقه استراحت کند.
- پاها را بر روی زمین یا یک سطح محکم بگذارد. در یک وضعیت آرام بنشیند. دست ها و پاها را روی هم قرار ندهد.
- بازوی دست فرد باید طوری قرار گیرد که تکیه گاه داشته باشد و به طور افقی و هم سطح قلب باشد.
- ۳۰ دقیقه قبل از گرفتن فشارخون کافئین، الکل و مواد دخانی مصرف نکرده باشد.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت ۳-۱ دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.  
نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا ۱۵ دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

## غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد:

درباره مصرف در طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر را پرسیده شود: **انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مخدر آپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عرق، غیره)، **مواد مخدر افیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک‌های مت‌آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اکس، غیره).

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، است. مواجهه با دود دست‌دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته را سوال کنید. **دود دست‌دوم**: دود حاصل از استعمال دخانیات توسط افراد مصرف‌کننده که توسط افراد غیرمصرف‌کننده استنشاق می‌شود. **دود دست‌سوم**: ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات است که بر روی قسمت‌های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشینند، که افراد غیرمصرف‌کننده در تماس با آن قرار می‌گیرند. منظور از **مصرف طول عمر** داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، است. علی‌رغم درگیری غربال‌گری اولیه منفی، در صورت وجود علائم و نشانه‌های زیر **شک قوی به مصرف مواد** مطرح است. این موارد شامل:

- عدم مراجعه منظم برای دریافت مراقبت‌های بارداری
- مراقبت شخصی پایین
- تأخیر رشد جنین غیرقابل توضیح
- عفونت‌های منتقله از راه جنسی

**کلاس آمادگی برای زایمان**: این کلاس‌ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین‌های عصبی-عضلانی، اصلاح وضعیت‌ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام‌سازی تشکیل می‌شود. مادر می‌تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس‌ها شرکت کند.

### لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

**مانورهای لئوپولد**: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانده و شکم او را عریان کنید. مانورهای لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

**مانور اول**: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه‌ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می‌شود.

**مانور دوم**: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست

دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

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

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

**مراقبت های معمول بارداری:** تعداد ملاقاتهای معمول بارداری ۸ بار است که دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰) می باشد. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبت های استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

- اولین ملاقات بارداری: هر مادری در هر سنی از بارداری که مراجعه کند، ابتدا می بایست اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبت های نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی ها ثبت می شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد.
- ملاقات های نیمه اول و دوم بارداری: در نیمه اول بارداری (۲۰ هفته اول) دو مراقبت در هفته های ۱۰-۶ و ۲۰-۱۶ و نیمه دوم در هفته های ۳۰-۲۴، ۳۴-۳۱، ۳۷-۳۵، ۳۸، ۳۹، و ۴۰ باید انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات ها در صورت نبود علائم نیازمند اقدام فوری انجام می شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن و تجویز مکمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش های لازم است. سپس اقدام بعدی بر اساس نتایج ارزیابی و آزمایش ها انجام می شود.

**مشکلات ادراری- تناسلی:** این مشکلات شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیر طبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و ناحیه تناسلی خارجی است.

**معاینه در ارزیابی معمول:** در هر ملاقات موارد زیر را بررسی و در فرم مراقبت ثبت کنید:

- **چشم:** در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.
- **پوست:** در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی
- **اندام ها:** ساق پا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسی کنید.

• **دهان و دندان:** در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

○ التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

○ جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.

○ عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.

○ پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

**مکمل های دارویی:** در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی را تأکید کنید. مکمل هایی که در بارداری توصیه می شود:

**اسید فولیک / اسید فولیک همراه با ید:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک یا اسید فولیک همراه با ید تجویز شود.

نکته: در کسانی که مشکل تیروئید دارند تجویز یدوفولیک توسط پزشک/ ماما انجام شود.

**آهن:** از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن حاوی ۳۰ تا ۶۰ میلی گرم آهن المنتال (با توجه به داروهای موجود در کشور) تجویز شود.

توصیه: بهتر است آهن خوراکی حداقل یک ساعت قبل از غذا و یا دو ساعت بعد از غذا و با معده خالی میل شود. جذب آهن همراه با ویتامین ث بهتر می شود. از مصرف همزمان آن با چای، قهوه و شیر خودداری شود. در صورت عدم تحمل آهن توصیه شود دوز مورد نیاز تقسیم شود و در طول روز مصرف شود و یا با دوز کم شروع و به تدریج افزایش یابد.

**نکته:** در مادران که سابقه سزارین، خونریزی پس از زایمان، چندقلوپی، بارداری بیش از ۴ بار و نمایه توده بدنی بالای ۴۰ دارند مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب تأکید شود.

**مولتی ویتامین مینرال:** از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

**نکته:** در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

**ویتامین د:** از ابتدا تا پایان بارداری روزانه ۱۰۰۰ واحد ویتامین د تجویز شود.

**نمایه توده بدنی:** با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. روش محاسبه آن: وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتی متر)

**نکته ۱:** نمایه توده بدنی پیش از بارداری اهمیت دارد ولی در صورتی که مادر مراقبت پیش از بارداری انجام نداده است، تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری نیز اعتبار دارد.

**نکته ۲:** در صورتی که به دلیل تهوع و استفراغ شدید بارداری، مادر به طور واضح کاهش وزن دارد و یا تفاوت وزن پیش از بارداری با وزن فعلی اختلاف فاحش دارد، ملاک وزن برای محاسبه نمایه توده بدنی، وزن مادر در ۱۲ هفته اول بارداری است.

محدود مجاز افزایش وزن در بارداری تک قلو:

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری (Kg)	وضعیت تغذیه	BMI
۱۸ - ۱۲/۵	کم وزن	کمتر از ۱۸/۵
۱۶ - ۱۱/۵	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹
۷ - ۱۱/۵	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹
۵ - ۹	چاق	بیشتر و مساوی ۳۰

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری دو قلو:

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری (Kg)	وضعیت تغذیه	BMI
-	کم وزن	کمتر از ۱۸/۵
۱۶/۸ - ۲۴/۵	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹
۱۴/۱ - ۲۲/۷	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹
۱۱/۴ - ۱۹/۱	چاق	بیشتر و مساوی ۳۰

محدوده مجاز در سه قلو و بیشتر توسط کارشناس تغذیه محاسبه می شود.

**وزن:** در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن گیری» تعیین کنید. بطور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است.

**نکته:** افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

## الف ۴ - مراقبت های ویژه بارداری

بررسی	گروه بندی	اقدام
علائم نیازمند اقدام فوری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در حال تشنج/ تشنج قبل از مراجعه</li> <li>- اختلال هوشیاری</li> <li>- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم (سیستول) کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد</li> <li>- خونریزی</li> <li>- پاره شدن کیسه آب</li> <li>- درد شدید یا حاد شکم</li> </ul>	<p>آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و اعزام</p> <p><b>اقدامات قبل از اعزام:</b></p> <p>الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن</p> <p>ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان</p>
علائم و نشانه های غیر طبیعی	<p>فشارخون بالا، لکه بینی، تب، سوزش ادرار، آبریزش، سر درد، درد شکم و یا پهلوها، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، استفراغ شدید یا خونی، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ضربه مستقیم به شکم و لگن، افزایش وزن ناگهانی، نشنیدن یا غیر طبیعی بودن صدای قلب جنین (نیمه دوم بارداری)، کاهش یا عدم حرکت جنین، ورم دستها و صورت (نیمه دوم بارداری)، سن بارداری بیش از ۴۰ هفته</p>	<p>- آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری</p>
علائم و نشانه های غیر طبیعی	<p>وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، نشنیدن صدای قلب جنین (نیمه اول بارداری)، افزایش فشارخون ماکزیمم به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون مینیمم به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، خارش پوست، بثورات پوستی، ورم دستها و صورت (نیمه اول بارداری)، سوء تغذیه، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری</p>	<p>ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک</p>
مشکلات دهان و دندان	<p>التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان</p>	<p>- در صورت التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیرفوری به بهداشتکار دهان و دندان یا دندانپزشک</p> <p>- در صورت عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشتکار دهان و دندان یا دندانپزشک</p>
وضعیت بارداری فعلی	<p>بارداری بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، سن بارداری نامشخص، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، شغل سخت و سنگین، چندقلویی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری از بارداری، ارهاش منفی، بارداری همزمان با شیردهی، اختلال ژنتیکی یا ناهنجاری در زوجین یا بستگان درجه اول</p>	<p>ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک</p>

## الف ۴ - مراقبت های ویژه بارداری (ادامه)

بررسی	گروه بندی	اقدام
سوابق بارداری و زایمان قبلی	پره اکلامپسی، دیابت بارداری، چندقلویی، سزارین، جراحی بر روی رحم، خونریزی پس از زایمان، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، مول / حاملگی نابجا، زایمان دیررس، زایمان زودرس، نوزاد ناهنجار، سقط مکرر، مرده زایی، مرگ نوزاد، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک
سابقه بیماری	بیماری قلبی، فشارخون بالا، دیابت، آسم، ...	ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک
رفتار پر خطر	سابقه زندان، سابقه اعتیاد تزریقی، سابقه رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده	ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک
غربالگری دخانیات، الکل و مواد	غربالگری اولیه منفی ولی شک قوی به مصرف مواد	- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک - پیگیری هر ۳ ماه و غربالگری اولیه
	غربالگری اولیه مثبت مصرف دخانیات، الکل و مواد	- آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد و الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری - توصیه اکید به ترک سیگار و دریافت خدمات درمانی اختلال مصرف مواد و الکل در بارداری خصوصاً در هفته های اول بارداری - تأکید بیشتر در مورد علائم زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی
	سابقه درمان اختلال مصرف مواد	- ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک

## ب- مراقبت های معمول پس از زایمان (روز اول تا ۶ هفته اول پس از زایمان)

عنوان
ب۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان
ب۲- مراقبت سوم پس از زایمان
تعاریف مراقبت های پس از زایمان
ب۳- مراقبت های ویژه پس از زایمان

### ب۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان

<p><b>ارزیابی علائم نیازمند اقدام فوری</b> در صورت وجود علائم:</p> <p>- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج - اختلال هوشیاری - شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم (سیستول) کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد - تنفس مشکل</p> <p><b>اقدام مطابق ب۳</b> در صورت نبود علائم:</p> <p><b>ارزیابی</b> تشکیل پرونده در ملاقات اول و بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات بعدی سؤال از ترشحات مهبل و خونریزی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، سرگیجه، درد (سر، شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، محل بخیه)، بیماری زمینه ای، مصرف مکمل های دارویی</p> <p><b>اندازه گیری علائم حیاتی</b> معاینه چشم، پستان، شکم (رحم، عضلات شکم)، محل بخیه، اندام ها</p> <p><b>اقدام</b></p> <p>- در صورت غیر طبیعی بودن نتایج ارزیابی، اقدام طبق ب۳ - ارجاع جهت تزریق ایمنوگلوبولین ضد دی (روگام) در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان (در صورت نیاز) - تجویز مکمل های دارویی طبق ت۱ - ارائه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق ت۳ - ارزیابی الگوی تغذیه طبق ت۴ در ملاقات دوم - غربالگری افسردگی پس از زایمان طبق ت۷ در ملاقات دوم - تعیین تاریخ مراجعه بعدی</p> <p>ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه پس از زایمان می بایست انجام شود.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## ب ۲- مراقبت سوم پس از زایمان

ارزیابی علائم نیازمند اقدام فوری

در صورت وجود علائم:

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج
- اختلال هوشیاری
- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم (سیستول) کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
- تنفس مشکل

اقدام مطابق ب ۳

در صورت نبود علائم:

ارزیابی

مرور وضعیت مادر در مراقبت قبلی

سئوال از ترشحات مهبل و خونریزی، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، دندان، محل بخیه)، بیماری زمینه ای، مصرف مکمل های دارویی

اندازه گیری علائم حیاتی

معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها

اقدام

- در صورت غیر طبیعی بودن نتایج ارزیابی، اقدام طبق ب ۳
- ارجاع غیر فوری به ماما جهت:
- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز
- درخواست آزمایش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری
- تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱
- ارائه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق ت ۳
- غربالگری افسردگی پس از زایمان طبق ت ۷

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه پس از زایمان می بایست انجام شود.

## تعاریف مراقبت های پس از زایمان (به ترتیب حروف الفبا)

**آموزش و توصیه:** طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، خواب کافی، مصرف دارو در زمان شیردهی)، سلامت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، حمایت عاطفی همسر و وابستگان نزدیک) و سلامت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر پرهیز از رفتار پرخطر)، علائم نیازمند مراقبت ویژه (تب، خونریزی بیش از حد قاعدگی، ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سر درد، درد ساق و ران، تنگی نفس، درد قفسه سینه، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، درد محل بخیه، شکایت شایع (خستگی، کمر درد، یبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن و مصرف دارو در زمان شیردهی، مراقبت از نوزاد و علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، زمان مناسب بارداری بعدی به مادر آموزش دهید.

**نکته:** در هر ملاقات، علائم نیازمند مراقبت ویژه را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فراگرفته است.

**اختلال هوشیاری:** عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

**ارزیابی علائم نیازمند اقدام فوری:** در هر ملاقات ابتدا مادر را از نظر وجود علائم تشنج، اختلال هوشیاری، شوک و تنفس مشکل بررسی کنید.

**ایمونوگلوبین ضد دی (روگام):** مادر ارهاس منفی با نوزاد ارهاس مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان نیاز به تزریق به صورت عضلانی دارد.

**بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر:** در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت های قبلی را مرور کرده تا با وضعیت مادر آشنا شوید.

**بیماری زمینه ای:** منظور بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت، فشارخون بالا، صرع، ... است.

**پاپ اسمیر:** در ملاقات سوم، اهمیت انجام پاپ اسمیر را به مادر آموزش داده و به منظور ارزیابی و بررسی شرایط انجام پاپ اسمیر، به ماما ارجاع دهید.

**تاریخ مراجعه بعدی:** تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.

**ترشحات مهبل:** خروج ترشحات چرکی و بد بو را از مهبل سؤال کنید.

**تشکیل پرونده و شرح حال:** برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال و سوابق بارداری اخیر «فرم مراقبت پس از زایمان» را تکمیل کنید.

شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه زایمان: تاریخ، نوع و محل زایمان و عامل زایمان

- سوابق بارداری اخیر: مواردی که در بارداری اتفاق افتاده و نیاز به توجه در مراقبت پس از زایمان دارد مانند پره اکلامپسی، دیابت بارداری، بیماری های زمینه ای (فشارخون بالا، قلبی، آنمی، سل و ...) و مصرف الکل، مواد افیونی و محرک

**تشنج:** حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

**تنفس مشکل:** مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

**خونریزی:** معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهبل کاسته شده و کم رنگ می شود. در ملاقات سوم خروج ترشحات خونی از مهبل را سؤال کنید.

**درد شکم و یا پهلوها:** هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

**زمان مناسب بارداری بعدی:** به مادر توصیه کنید بهتر از بعد از دوره شیردهی، برای بارداری بعدی اقدام

کند ولی در صورت وقوع بارداری قبل از آن، منعی وجود ندارد و نگرانی مادر در این مورد را برطرف کنید.

**سرگیجه:** حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد

نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری کنید. در صورت طبیعی بودن، مادر

را ارجاع غیرفوری و در صورت غیرطبیعی بودن (میزان فشارخون سیستول از حالت خوابیده به نشسته به

میزان ۲۰ میلی متر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته ۲۰ بار افزایش یابد)، مادر را

ارجاع فوری دهید.

**شکایت های شایع:** این شکایت ها شامل خستگی، کمردرد و یبوست است.

**شوک:** اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل

نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستول کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که

ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و

گیجی همراه باشد).

**علائم حیاتی:** در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید

• فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه

گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود.

فشارخون ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.

• درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت ۳-۱ دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸

درجه سانتی گراد یا بالاتر «تب» است.

• تعداد نبض را به مدت ۱ دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه

است.

• تعداد تنفس را به مدت ۱ دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه

است.

**علائم نیازمند مراقبت ویژه پس از زایمان:** این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی

درمانی به وی آموزش دهید:

خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، تب و لرز، خروج و ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، درد و ورم

یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، درد شکم یا پهلو، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، درد و تورم و

سفتی پستان ها و درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها، سر درد شدید و سرگیجه

**علائم روانپزشکی:** برخی مادران ممکن است در دو هفته اول پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (اندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت احساس غمگینی، گریه و بی‌قراری، تحریک پذیری، اختلال در خواب و کاهش اشتها تظاهر می‌کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود انواع اختلالات روانپزشکی قبلی و یا بروز اختلالات روانپزشکی جدید است. بنابراین چنانچه مادر سابقه اختلال در گذشته دارد و یا در بارداری، افسردگی و یا سایر مشکلات روانشناختی را تجربه کرده و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید، چرا که این علائم اندوه ممکن است علائم اولیه یک اختلال شدید باشد. اگر علائم اندوه پس از زایمان طولانی و شدیدتر شود، فعالیت روزانه مادر را مختل نماید و یا مادر افکار خودکشی و آسیب به خود یا نوزاد داشته باشد، "افسردگی شدید پس از زایمان" مطرح است. در موارد بسیار نادر، مادر علاوه بر افسردگی شدید پس از زایمان، علائم هذیان و توهم یا پرخاشگری شدید نیز پیدا می‌کند که "جنون پس از زایمان" نامیده می‌شود که می‌تواند بیمار و نوزاد را در معرض خطرات متعدد قرار دهد.

**مشکلات شیردهی:** در هر ملاقات، از مادر در مورد ادامه شیردهی به نوزاد سؤال کنید. در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته، احتقان و شقاق به مادر آموزش دهید.

- احتقان: تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان معمولاً ۳ تا ۵ روز پس از زایمان
- شقاق: زخم و درد نوک پستان
- آبسه پستان: تب، درد یک طرفه پستان، قرمزی، سفتی پستان به همراه توده موج و خروج چرک
- ماستیت: درد یک طرفه پستان، تب، بروز معمولاً ۳ تا ۴ هفته پس از زایمان

**معاینه در ارزیابی معمول:** در هر ملاقات موارد زیر را معاینه و در فرم ثبت کنید:

- معاینه چشم: در هر ملاقات، رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

**نکته:** کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخنها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

- معاینه دهان و دندان: در ملاقات سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.

- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می‌تواند باعث تورم صورت و لثه‌ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
- التهاب لثه: متورم، پر خون و قرمز شدن لثه
- جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می‌گردد.
- پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

- **معاینه پستان:** پستان‌ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسی کنید.
- **معاینه شکم (رحم):** در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می‌گردد. در هفته اول رحم پایین‌تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.
- نکته:** در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس درد» می‌گویند.
- **محل بخیه‌ها:** در هر ملاقات، محل بخیه‌ها (برش اپی‌زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می‌باشد. محل برش اپی‌زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می‌شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.
- **معاینه اندام‌ها:** در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.
- مکمل‌های دارویی:** مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز قرص آهن و مولتی‌ویتامین دارد.
- ملاقات‌های پس از زایمان:** ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می‌شود. مراقبت‌های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت‌های ۳ تا ۵، مراقبت‌های ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت‌های ۳۰ تا ۴۵ انجام می‌شود.
- وضعیت ادراری - تناسلی و اجابت مزاج:** از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی‌اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی‌اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سؤال کنید.

### ب ۳- مراقبت های ویژه پس از زایمان

بررسی	گروه بندی	اقدام
علائم نیازمند اقدام فوری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه</li> <li>- اختلال هوشیاری</li> <li>- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم (سیستول) کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد</li> <li>- تنفس مشکل</li> </ul>	<p>آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و اعزام</p> <p><b>اقدامات قبل از اعزام:</b></p> <p>الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاهای از سطح بدن</p> <p>ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان</p>
علائم و نشانه های غیر طبیعی	<p>خونریزی بیش از حد قاعدگی یا دفع لخته (در مراقبت اول و دوم)، خونریزی و دفع لخته (در مراقبت سوم)، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، سوزش، فشار و درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، مدفوع خونی، فشارخون بالا، سرگیجه با افت فشارخون ماکزیمم و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته، سر درد، احساس دفع سریع ادرار، تب، آبسه پستان، ماستیت، بزرگی رحم، لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم محل برش، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، درد شکم و یا پهلوها</p>	<p>- آگاه کردن مادر و همراهان برای ضرورت ارائه مراقبت ویژه به مادر و ارجاع فوری به ماما/ پزشک</p>
علائم و نشانه های غیر طبیعی	<p>بیماری زمینه ای (دیابت، تیروئید، کلیوی، صرع، ...)، دیابت بارداری، سابقه پره اکلامپسی، بواسیر، درد مقعد، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، سوزش و خارش ناحیه تناسلی</p>	<p>ارجاع غیر فوری به ماما/ پزشک</p>
مشکلات دهان و دندان	<p>پوسیدگی دندان، التهاب لثه، آبسه، جرم دندان، عفونت دندانی</p>	<p>ارجاع غیر فوری به دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان</p>
مصرف مواد		<p>- ارجاع در اولین فرصت به پزشک</p> <p>- آموزش درباره ممنوعیت و پیامدهای قانونی احتمالی دادن مواد یا داروهایی نظیر متادون به نوزاد</p>

<p>- آموزش درباره خطرات مواجهه با دود دست دوم سیگار در نوزاد</p> <p>- توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات مت آمفتامین</p> <p>- تشویق به شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با متادون</p> <p>- منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هرویین، کدیین) در شیردهی</p> <p>- در صورت مصرف مت آمفتامین: عدم شیردهی تا ۲۴ ساعت</p> <p>- ارجاع غیرفوری به کارشناس سلات روان و رفتار جهت تنظیم دوز متادون پس از زایمان</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### ب ۳- مراقبت های ویژه پس از زایمان (ادامه)

بررسی	گروه بندی	اقدام
مصرف الکل		منع مصرف در شیردهی
مشکلات محل بخیه	درد محل برش اپی زیاتومی یا سزارین بدون لمس توده و تب و خروج ترشحات چرکی	- تجویز مسکن و کمپرس گرم محل بخیه - ارائه توصیه های بهداشتی طبق راهنمای ت ۳
مشکلات شیردهی	شقاق	- تشویق مادر به ادامه شیردهی - آموزش نحوه صحیح شیردهی به مادر - شروع شیردهی با پستان سالم - تخلیه پستان ها با مکیدن مکرر نوزاد در صورت درد شدید از شیر دوش برای تخلیه شیر استفاده کند، قطره شیر بر روی نوک پستان قرار دهد. - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به ماما/پزشک
	احتقان	- توصیه به ادامه شیردهی به دفعات بیشتر و فواصل کوتاه تر - کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۲۴ ساعت و در صورت عدم قطع تب ارزیابی مجدد مادر
نتیجه غربالگری افسردگی پس از زایمان	امتیاز ۹ تا ۱۱ (احتمال افسردگی)	غربالگری مجدد ۱ ماه بعد
	امتیاز ۱۲ و ۱۳ (افسردگی)	ارجاع غیر فوری به پزشک
	امتیاز ۱۴ و بالاتر (افسردگی شدید)	ارجاع فوری به پزشک

## ت - راهنما

عنوان
ت ۱- مکمل های دارویی
ت ۲- توصیه های بهداشتی در بارداری
ت ۳- توصیه های بهداشتی پس از زایمان
ت ۴- ارزیابی الگوی تغذیه
ت ۷- غربالگری افسردگی پس از زایمان

## ت ۱- مکمل های دارویی

### بارداری:

اسید فولیک / یدوفولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ترجیحا ۱ ماه قبل از بارداری توصیه شود.

نکته: در کسانی که مشکل تیروئید دارند تجویز یدوفولیک توسط پزشک/ ماما انجام شود.

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن حاوی ۳۰ تا ۶۰ میلی گرم آهن المنتال (با توجه به داروهای موجود در کشور) تجویز شود.

مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

ویتامین د: از شروع تا پایان بارداری روزانه یک قرص ۱۰۰۰ واحدی تجویز شود.

### پس از زایمان:

روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان تجویز شود.

## ت ۲- توصیه های بهداشتی در بارداری

### موارد زیر توصیه می شود:

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف یک وعده کوچک غذا مانند پنیر و بیسکویت ترد بلافاصله پس از بیدار شدن یا در طول شب، آرام خوردن غذا و در وعده های کم، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه



دار، داغ و چرب، اجتناب از خالی نگه داشتن معده، دمای ملایم و سرد غذا، استفاده از دم کرده زنجبیل و بابونه و یا بوییدن آن، پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب.

**سوزش سر دل:** مشابه توصیه های تهوع و استفراغ و انجام تمرین ها ورزشی مخصوص

**یبوست:** افزایش فعالیت بدنی، رژیم غذایی سبوس دار و فیبر دار، نوشیدن مایعات

**کرامپ پا:** استفاده از کیسه آب گرم، ماساژ یخ، انجام حرکت کشش کف پا به سمت داخل (بدن)، مصرف بیشتر مایعات

**درد پشت و درد های لگنی:** پوشیدن کفش با پاشنه کوتاه، نشستن بر روی صندلی هایی که پشتی محکم و مناسب دارد، خوابیدن به پهلو با کمک گرفتن از بالش بین زانو ها، استفاده از ماساژ یا کیسه آب گرم یا سرد برای ناحیه دردناک، انجام تمرین های ورزشی تقویت عضلات کمر

**ورم:** اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، خودداری از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی، بالاتر نگه داشتن پاها از سطح زمین در هنگام استراحت.

**لوکوره (افزایش ترشحات مهبلی):** تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی.

### ت ۳- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

موارد زیر توصیه می شود:

**محل بخیه ها:** استفاده گرما درمانی با استفاده از حوله گرم ۲۴ ساعت پس از زایمان، خودداری از مقاربت تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان)، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم سه بار در روز.

**بهداشت فردی:** شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی (حداقل هر ۴ تا ۶ ساعت) و لباس زیر تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه، شستن دست ها قبل از بغل کردن یا شیر دادن نوزاد، استراحت و خواب کافی، حمایت اطرافیان و همسر در انجام کارهای روزانه به ویژه در روزهای اول پس از زایمان، عدم استعمال دخانیات و دوری از مواجهه با دود سیگار

**یبوست:** افزایش فعالیت بدنی، رژیم غذایی سبوس دار و فیبر دار، نوشیدن مایعات

## ت ۴- ارزیابی الگوی تغذیه

امتیاز	عنوان
۰ ۱ ۲	۱- مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز گزینه دوم (نسبتا مطلوب): کمتر از ۳ واحد گزینه سوم (مطلوب): ۳ واحد یا بیشتر
۰ ۱ ۲	۲- مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟ گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز گزینه دوم (نسبتا مطلوب): کمتر از ۴ واحد گزینه سوم (مطلوب): ۴ واحد یا بیشتر
۰ ۱ ۲	۳- مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟ گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز گزینه دوم (نسبتا مطلوب): کمتر از ۳ واحد گزینه سوم (مطلوب): ۳ تا ۴ واحد
۰ ۱ ۲	۴- آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟ گزینه اول (نامطلوب): همیشه گزینه دوم (نسبتا مطلوب): گاهی گزینه سوم (مطلوب): بندرت/ هرگز
۰ ۱ ۲	۵- چقدر فست فود/ نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟ گزینه اول (نامطلوب): هفته ای ۲ بار یا بیشتر گزینه دوم (نسبتا مطلوب): ماهی ۱ تا ۲ بار گزینه اول (مطلوب): بندرت/ هرگز
۰ ۱ ۲	۶- از چه نوع روغن بیشتر مصرف می کنید؟ گزینه اول (نامطلوب): فقط روغن نیمه جامد یا حیوانی گزینه دوم (نسبتا مطلوب): تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد گزینه سوم (مطلوب): فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)
	معیارهای تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱- BMI قبل از بارداری و روند وزنگیری برای ۱۹ سال و بالاتر ۲- Z Scor قبل از بارداری و روند وزن گیری برای زیر ۱۹ سال

تفسیر نتایج مطابق آخرین ویرایش بسته اجرایی تغذیه انجام شود.

## ت ۷- غربالگری افسردگی پس از زایمان

در مراقبت دوم و سوم پس از زایمان غربالگری (آزمون ادینبورگ) انجام شود.

امتیاز	در ۷ روز گذشته:
۰ ۱ ۲ ۳	۱. من همچنان تجربه‌ی خندیدن و شاد بودن را دارم و می‌توانم جنبه‌های مثبت (funny) قضایا را ببینم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ‌وجه
۰ ۱ ۲ ۳	۲. من از زندگی لذت می‌برم. الف) بله، مانند همیشه ب) تقریباً مانند قبل ج) خیلی کمتر از قبل د) به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۳. هر اتفاقی که بیفتد، من خودم را مقصر می‌دانم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) خیر، به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۴. من بدون دلیل دچار تشویش و اضطراب می‌شوم. الف) بله، در بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) بندرت د) خیر، به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۵. من بدون دلیل احساس ترس و وحشت می‌کنم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) خیر، به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۶. کارهای زیادی بر عهده من گذاشته شده است. الف) بله، بیش‌تر اوقات از عهده‌شان بر نمی‌آیم. ب) بله، گاهی اوقات از عهده‌ی انجام کارها بر نمی‌آیم. ج) خیر، بیشتر اوقات از عهده‌شان بر می‌آیم. د) خیر، به خوبی از عهده‌ی کارها برمی‌آیم.
۳ ۲ ۱ ۰	۷. از شدت نگرانی، نمی‌توانم بخوابم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) بندرت د) خیر، به هیچ‌وجه

امتیاز	در ۷ روز گذشته:
۳ ۲ ۱ ۰	۸. من احساس غم و افسردگی، می‌کنم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) خیر، به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۹. آن قدر ناراحت می‌شوم که گریه می‌کنم. (حس افسردگی، مرا وادار به گریه می‌کند) الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) فقط گاهی د) خیر، به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۱۰. به فکر آسیب‌رساندن به خودم هستم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) خیلی بندرت د) خیر، به هیچ‌وجه

امتیاز ۸ و کمتر: غربال منفی

امتیاز ۹ تا ۱۱ (بدون افکار آسیب به خود): انجام غربالگری مجدد یک ماه بعد

امتیاز ۱۲ تا ۱۳: ارجاع غیر فوری به پزشک جهت ارزیابی تکمیلی

امتیاز ۱۴ و بالاتر: ارجاع فوری به پزشک

## آشنایی با نظام اطلاعات مراقبت مادران و تکمیل فرمهای اطلاعاتی (تکمیل دفترچه مراقبت مادر)

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

- ۱- اهمیت تکمیل دفترچه مراقبت مادر را بیان نماید.
- ۲- نحوه تکمیل دفترچه مراقبت مادر را توضیح دهد.
- ۳- نحوه ارجاع مادر باردار به سطح بالاتر را بیان نماید.
- ۴- نحوه پیگیری و ثبت اقدامات لازم را توضیح دهد.



مادر عزیز

از آنجا که هر بارداری و زایمان با خطر روبروست، بهتر است برای حفظ سلامتی خود و فرزندتان برای زایمان به بیمارستان و یا هر مرکز زایمانی مجهز مراجعه کنید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دفتر سلامت خانواده و جمعیت  
اناره سلامت مادران

### دفترچه مراقبت مادر

(بارداری و پس از زایمان)

### مشخصات / شرح حال

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
نشانی و تلفن مادر: \_\_\_\_\_  
نام مرکز / پایگاه بهداشتی: \_\_\_\_\_ شماره تماس مرکز / پایگاه بهداشتی: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_ شغل: \_\_\_\_\_

مراقبت پیش از بارداری: انجام داده است  تاریخ انجام: \_\_\_\_\_ انجام نداده است   
نتیجه نهایی مراقبت: منعی برای بارداری ندارد  نیاز به مشاوره بیشتر داشته است  علت: \_\_\_\_\_

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: \_\_\_\_\_ تاریخ احتمالی زایمان: \_\_\_\_\_ هفته بارداری هنگام تشکیل پرونده: \_\_\_\_\_  
تعداد بارداری: \_\_\_\_\_ تعداد زایمان: \_\_\_\_\_ تعداد فرزند زنده: \_\_\_\_\_ مرده: \_\_\_\_\_ تعداد سقط: \_\_\_\_\_  
قد: \_\_\_\_\_ وزن پیش از بارداری: \_\_\_\_\_ نمایه توده بدنی: \_\_\_\_\_  
نوع زایمان قبلی: طبیعی  طبیعی با فورسپس یا واکيوم  سزارین

• سوابق بارداری و زایمان: \_\_\_\_\_  
• اختلال ژنتیکی در خانم یا همسر: \_\_\_\_\_  
• ابتلا به بیماری زمینه‌ای: \_\_\_\_\_ نوع داروهای مصرفی: \_\_\_\_\_ حساسیت دارویی: \_\_\_\_\_  
• ایمن سازی (واکسن توأم): کامل  ناقص  تاریخ تزریق: \_\_\_\_\_  
• ایمن سازی (واکسن آنفلوآنزا): بله  خیر  تاریخ تزریق: \_\_\_\_\_

### نتایج آزمایش ها

نوع آزمایش	بار اول تاریخ	بار دوم تاریخ	نوع آزمایش	بار اول تاریخ	بار دوم تاریخ
هموگلوبین			گروه خون و ارهایش مادر		
هماتوکریت			ارهایش همسر		
پلاکت			TSH		
MCV MCH MCHC			کومیس غیر مستقیم		
BUN			کامل ادرار		
کراتینین			کشت ادرار		
FBS			HBsAg		
OGTT1			VDRL		
OGTT2			HIV		

• تزریق آمپول رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری: بلی  خیر  تاریخ تزریق

-۲-

### نتایج سونوگرافی

تاریخ انجام سونوگرافی: هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری	تاریخ انجام سونوگرافی: هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری
سن بارداری (LMP): سن بارداری (سونوگرافی): وضعیت جفت: وضعیت مایع آمنیوتیک: آنومالی جنین: نکته مهم:	سن بارداری (LMP): سن بارداری (سونوگرافی): وضعیت جفت: وضعیت مایع آمنیوتیک: نکته مهم:

سایر: .....

### نتایج غربالگری ناهنجاری جنین

تاریخ غربالگری نوبت اول: ..... هفته ۱۱ تا ۱۳ بارداری	تاریخ غربالگری نوبت دوم: ..... هفته ۱۵ تا ۱۷ بارداری
نتیجه سونوگرافی: .....	نتیجه سونوگرافی: .....
کم خطر <input type="checkbox"/> در معرض خطر <input type="checkbox"/> پر خطر <input type="checkbox"/>	کم خطر <input type="checkbox"/> پر خطر <input type="checkbox"/>
اقدام: .....	اقدام: .....

-۳-

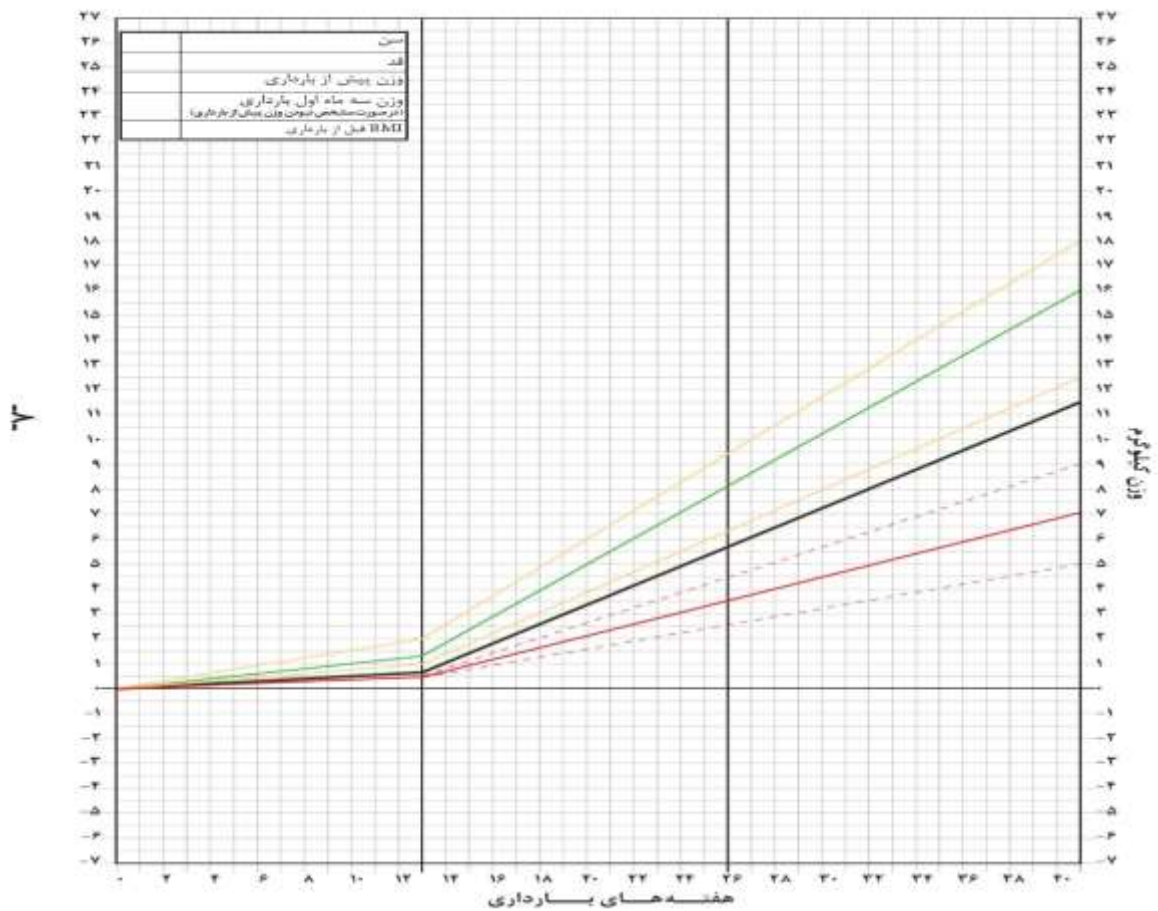


مراقبت ویژه / نتیجه ارجاع

تاریخ	علت مراجعه / علت ارجاع	اقدام / نتیجه ارجاع

-۷-

منحنی وزن گیری





## کلاس آمادگی برای زایمان

بر اساس فرد شرکت کننده، تاریخ شرکت در جلسه را بنویسید.

پدر	همراه	مادر	زمان جلسه
			جلسه یک (هفته ۲۰-۲۳)
			جلسه دو (هفته ۲۴-۲۷)
			* جلسه سه (هفته ۲۸-۲۹)
			جلسه چهار (هفته ۳۰-۳۱)
			جلسه پنج (هفته ۳۲-۳۳)
			جلسه شش (هفته ۳۴-۳۵)
			جلسه هفت (هفته ۳۶)
			* جلسه هشت (هفته ۳۷)

\* حضور پدر حداقل در جلسه‌های سوم و هشتم الزامی است.

نام و نام خانوادگی و امضاء مربی کلاس: .....

-۹-

## دفترچه مراقبت مادر

### زایمان

- تاریخ و ساعت زایمان: .....
- نوع زایمان: طبیعی  طبیعی با فورسیس یا واکتوم  سزارین  طبیعی با روش‌های کاهش درد  نوع روش .....
- محل زایمان: بیمارستان  واحد سهیلات زایمانی  منزل  بین راه
- عامل زایمان: پزشک/ماما  مانا روستا/بهورز/مانا  فرد دوره ندیده
- تزریق آمپول رگام: بلی  خیر

### مشخصات نوزاد

- تعداد و جنسیت نوزاد: .....
- شماره آپگاز: .....
- سن بارداری (هفته): .....
- قد: .....
- وزن: .....
- دور سراسر: .....
- زمان اولین شیردهی به نوزاد: .....

-۱۰-



ارزیابی معمول

ملاقات سوم ۳۰ تا ۴۲ روز	ملاقات دوم ۱۰ تا ۱۵ روز	ملاقات اول ۱ تا ۳ روز	زمان مراقبت اجزای مراقبت
			فشار خون
			درجه حرارت
			میزان خونریزی
			نمره پرسشگری سلامت روان

• تاریخ مراجعه بعدی مادر: .....

-۱۱-

مادر عزیز:

در صورت بروز هر یک از علائم خطر سریعاً با پزشک یا ماماى خود (شماره تلفن ..... ) تماس بگیرید و یا به بیمارستان ..... و یا مرکز بهداشتی- درمانی ..... مراجعه کنید.

علائم خطر پس از زایمان	علائم خطر بارداری
- خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول	- خونریزی یا لکه بینی
- تنگی نفس و تپش قلب	- تنگی نفس و تپش قلب
- سر درد	- سردرد، تاری دید
- درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها	- کاهش یا نداشتن حرکت جنین
- درد شکم و پهلوها	- آبریزش یا خیس شدن ناگهانی
- افسردگی شدید، بی قراری یا عصبانیت	- درد و ورم یک طرفه ساق و ران
- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن	- درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل
- خروج ترشحات چرکی و بدبو از مهبل	- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
- درد و تورم و سفتی پستان ها	- استفراغ شدید و مداوم یا خونی
- تب و لرز	- تب و لرز
- درد و ورم یک طرفه ساق و ران	- ورم دستها و صورت، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته)
	- عفونت، آبسه و درد شدید دندان

-۱۲-

چند توصیه بهداشتی در بارداری:

الف) برای کاهش تهوع و استفراغ صبحگاهی:

مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، ادویه دار، تند، داغ و چرب، استفاده از انواع ترکیبات زنجبیل، پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب

ب) برای کاهش ورم پاها:

خودداری از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی طی روز، نگه داشتن پاها بالاتر از سطح زمین در هنگام استراحت،

ج) رعایت نکات بهداشتی در موارد ترشح زیاد واژینال:

تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی

چند توصیه بهداشتی پس از زایمان:

رعایت بهداشت فردی: تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی از جلو به عقب و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی. نشستن در لگن آب گرم و یا استفاده از حرارت ششوار یا لامپ برای ترمیم محل بخیه (حدود سه هفته پس از زایمان)، پرهیز از مقاربت تا ترمیم کامل محل بخیه ها  
 • برای مطالعه بیشتر در اپلیکیشن کافه بازار "مامی" را جستجو کنید.

-۱۳-

## علائم خطر نوزاد

علائم خطر نوزاد	
بی قراری و تحریک پذیری	زردی ۲۴ ساعت اول
ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف	تو کشیده شدن قفسه سینه
خوب شیر نخوردن	ناله کردن
عدم دفع مدفوع و ادرار در روزهای اول	رنگ پریدگی شدید یا کبودی
جوشهای چرکی منتشر در پوست	استفراغ مکرر شیر
تب یا سرد شدن اندامها و بدن	قرمزی اطراف چشم
خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلکها	تحرك کمتر از حد معمول و بی حالی

### چند توصیه برای مراقبت از نوزاد:

الف) مراقبت از ناف: پیش و بعد از دست زدن به ناف، دستها را بشوئید، در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن مانعی ندارد، کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچید، اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوئید و با پارچه تمیز خشک کنید، شکم یا ناف را بانداژ نکنید، هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتادین و ...) روی ناف نگذارید، ناف را دستکاری نکنید.

-۱۴-

ب) خواباندن نوزاد: نوزاد را به شکم بخوابانید. بهتر است نوزاد را به پهلو یا پشت بخوابانید، نوزاد تا ۳ ماه نیاز به بالش ندارد.

پ) مراقبت از چشم: از هیچ ماده مانند سرمه و یا هیچ دارویی برای چشم بدون تجویز پزشک استفاده نکنید. ت) پیشگیری از سوانح و حوادث: با حیوانات خانگی تنها نگذارید، هرگز به کودکان نسپارید، بالا و پایین نیندازید، از بوسیدن مکرر و بغل کردن نوزاد توسط افراد مختلف خودداری کنید، محیط نوزاد عاری از دود به خصوص دود سیگار و قلیان و ... باشد، نوزاد و مخصوصاً نوزاد کوچک را از بچه ها و بزرگسالان بیمار دور نگه دارید، در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (سماور، بخاری، کرسی، اتو و ...) قرار ندهید، در تخت یا گهواره بدون حفاظ تنها نگذارید، در جاهای بلند (میز و صندلی و ...) تنها رها نکنید، ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرید.

ث) گرم نگه داشتن نوزاد: نوزاد یک لایه لباس بیشتر از کودکان یا بالغین نیاز دارد، اتاق یا قسمتی از اتاق را بخصوص در هوای سرد، گرم نگه دارید، در خلال روز، وی را بیوشانید، در شب، با مادرش بخوابد یا در دسترس او باشد تا به راحتی شیر بخورد، در محل نمناک یا خنک قرار ندهید، نوزاد را حداقل تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکنید، در معرض تابش مستقیم نور خورشید یا کوران هوا قرار ندهید.

ج) دریافت مراقبت های معمول نوزاد: مراقبت اول در روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان است. در این زمان خون پاشنه یا نوزاد نیز به منظور کنترل هیپوتیروئیدی گرفته می شود. مراقبت دوم در روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از زایمان و مراقبت سوم در روز ۳۰ تا ۴۵ پس از زایمان است.

-۱۵-

### ملاحظات:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

-۱۶-

## نحوه ثبت ارجاع

با توجه به دستورالعمل نظام ارجاع همچنین دستورالعمل ها و بوکت های موجود موارد ارجاع مجاز به شرح ذیل می باشد:

گیرنده ارجاع	فرستنده ارجاع
ماما	بهورز
کارشناس تغذیه	
کارشناس سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	
پزشک	
دندانپزشک	
کارشناس بهداشت حرفه ای	

پرونده الکترونیکی مربوط به اطلاعات مراقبت مادران و تکمیل فرمهای اطلاعاتی مطابق سامانه سیب آموزش داده می شود.

## فهرست منابع:

- مجموعه آموزشی بهورزی ، مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ،وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت ، دفتر سلامت خانواده و جمعیت ، اداره سلامت مادران ۱۳۹۷
- برنامه کشوری مادری ایمن ، مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه مراقب سلامت/ بهورز ، تجدید نظر نهم ۱۴۰۲
- برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی) ویژه ماما و پزشک عمومی، تجدید نظر نهم ۱۴۰۲
- بسته آموزشی تغذیه ویژه مراقب سلامت /بهورز در برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت / پاییز ۹۳
- مجموعه مراقبتها و خدمات تغذیه ای در برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت ویژه مراقب سلامت/کارشناس تغذیه/پزشک/بهار ۹۶
- راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده/وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی/زمستان ۱۳۹۲
- اف. گری کانینگهام ... وهمکاران؛ بارداری و زایمان ویلیامز(ویراست ۲۴، سال ۲۰۱۴)؛ ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی، روشنگر قطبی؛ تهران؛شرکت گلبن نشر؛
- مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی؛ واکسیناسیون و بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن؛ دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ زمستان ۹۸
- مرکز مدیریت بیماریهای واگیر؛ برنامه و راهنمای ایمن سازی کمیته کشوری ایمن سازی(ویرایش هشتم) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۴
- دفتر سلامت جمعیت ، خانواده ومدارس ، اداره سلامت مادران / کتاب آموزشهای دوران بارداری و آمادگی برای زایمان / وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / ۱۳۹۶
- بوکلت و راهنمای کودک سالم اداره سلامت نوزادان ،ویرایش ۱۴۰۰
- سعدوندیان -س : مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار وکودک خردسال .مضرب-۱۳۸۹.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران ،نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ، ویرایش سوم (بازنگری دوم) ، ۱۳۹۵
- کتابچه راهنمای مادران برای تغذیه با شیرمادر
- دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دفترچه مراقبت مادر