SILJA METS-OJA, MARIKA MERITS, KATRIN KLEIN
2022

:اصول مراقبت صحی زنان

کتاب راهنمای دیجیتال برای قابله ها و سایر متخصصین صحی در افغانستان

PRINCIPLES OF WOMEN HEALTH CARE:

DIGITAL HANDBOOK FOR MIDWIVES AND OTHER HEALTH PROFESSIONALS IN AFGHANISTAN

Principles of Women Health Care: Digital handbook for midwives and other health professionals in Afghanistan

Edited by Silja Mets-Oja, Marika Merits, Katrin Klein
Midwifery curriculum, Tallinn Health Care College

In partnership with NGO Mondo development cooperation project 85-2020-A „Coping with pandemia: Expanding health education to girls and women in Northern and Eastern Afghanistan“ funded by the Ministry of Foreign Affairs of Estonia

Translation from English to Dari by Khadija Arian, Zahra Akbari. Reviewed by Ali Afzali.

Design by Anneliis Aavik and Triinu Tulva

© Silja Mets-Oja, Marika Merits, Katrin Klein

© Tallinn Health Care College 2022

ISSN 2733-2128

ISBN 978-9916-9633-4-0

اصول مراقبت از سلامت زنان

کتاب الکترونیکی برای قابله ها و سایر متخصصین صحی در افغانستان

ویرایش شده توسط Katrin Klein، Silja Mets Oja، Marika Meritsبرنامه درسی قابلگی ، کالج مراقبت های بهداشتی تالین استونی

85- پروژه همکاری انکشافی موندو NGO با مشارکت گسترش آموزش : مقابله با بیماری همه گیر 2020 -A صحی به دختران و زنان در شمال و شرق افغانستان با تمویل وزارت امور خارجه استونی

ترجمه از انگلیسی به دری خدیجه آرین ، زهرا اکبری ، ویرایش علی افضلی

طراحی توسط: Triinu Tulva ، Anneliis Aavik

سلیا متس اویا ، ماریکا مریتز ، کاترین کلاین

کالج مراقبت های بهداشتی تالین ، تالین استونی

2022

NSSI 2733-2128

NBSI 978-9916-9633-4-0

Contents

Forword Eva-Maria Liimets, Foreign Minister of Estonia … 4

Introduction Silja Mets-Oja, Tallinn Health Care College, Riina Kuusik-Rajasaar, NGO Mondo … 7

Notes of Contributions … 9

Chapter One Philosophy and Ethics of Midwifery - Marika Merits, Katrin Klein, Silja Mets-Oja … 11

Chapter Two Women's reproductive health through life span - Marika Merits … 14

Chapter Three Modern principles of family planning and contraceptives- Katrin Klein … 22

Chapter Four Pregnancy- Katrin Klein … 29

Chapter Five Childbirth- Katrin Klein … 35

Chapter Six Postpartum period- Katrin Klein … 49

Chapter Seven Mental Health - Marika Merits … 54

Chapter Eight Emergency situations in midwifery practice - Katrin Klein … 60

Chapter Nine The Basic Communication and Counseling- Marika Merits … 69

Chapter Ten Principles of midwife and women protective environment - Katrin Klein … 75

Appendix

Health education pamphlets … 85

فهرست

مقدمه اوا ماریا لیمتس، وزیر امور خارجه استونی ... 4

معرفی سیلیا میتس اویا، کالج مراقبت های بهداشتی تالین ... 7

رینا کوسیک - راجا سار انجیو موندو. ... 9

1. فصل اول فلسفه و اخلاق قابلگی - ماریکا مریتس، کاترین کلاین، سیلجا متس اویا ... 11
2. فصل دوم سلامت باروری زنان در طول عمر - ماریکا مریتس ... 14
3. فصل سوم اصول مدرن تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری- کاترین کلاین ... 22
4. فصل چهارم بارداری- کاترین کلاین ... 29
5. فصل پنجم زایمان- کاترین کلاین ... 35
6. فصل ششم دوره پس از زایمان - کاترین کلاین ... 49
7. فصل هفتم سلامت روان - ماریکا مریتس ... 54
8. فصل هشتم شرایط اضطراری در عمل قابلگی - کاترین کلاین ... 60
9. فصل نهم ارتباطات و مشاوره اساسی - ماریکا مریتس ... 69
10. فصل دهم اصول محیط حفاظتی قابله و زنان - کاترین کلاین ... 75

Dear readers,

Our children are our future. Let me congratulate you for the truly special profession you have chosen for yourself – midwifery. It is one of the oldest female occupations and many women will always be grateful to the person who helped them during one of the most memorable, difficult and beautiful moments of their life. Midwifery care empowers women to take the responsibility for their own and their family's health.

Women who remain healthy during pregnancy and after birth are more likely to stay healthy later in life and have better birth outcomes, influencing infancy, childhood and adulthood. Therefore, the health and well-being of women matter to every person, society and country. Every woman has a right for a safe and assisted pregnancy and delivery. My country, Estonia, is one of the safest places in the world for a woman to give birth and we are rather proud of our exceptionally good midwives. Afghanistan has also during the last decade made quick progress towards making sure that every woman, be it in Herat, Nangarhar or Balkh, has access to a midwife and a possibility for assisted delivery.

In spite of the improvements, urgent action is still necessary worldwide to eliminate avoidable maternal and perinatal mortality. United Nations has agreed on a common goal to reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100 000 live births by 2030. Estonia is looking forward to cooperate internationally and with Afghanistan to achieve this moral obligation before future generations. One of the preconditions here is to increase the number of educated health personnel so that every child born gets professional assistance. In short, Afghanistan needs more women like you to achieve this goal and I believe you are a great role model for the younger generation as they go about deciding whether to become a teacher, a lawyer, a doctor or a midwife.

خواننده گان عزیز!

فرزندان ما آینده ما هستند. لازم میدانم که به شما برای اینکه رشته قابلگی را انتخاب کردید ، تبریک بگویم. این یکی از قدیمی ترین مشاغل زنانه است و بسیاری از زنان همیشه قدردان قابله های هستند که در یکی از به یاد ماندنی ترین، سخت ترین و زیباترین لحظات زندگی به آنها کمک کرده است.
مراقبت‌های قابلگی به زنان این امکان را می‌دهد که مسئولیت سلامت خود و خانواده‌شان را بر عهده بگیرند.

زنانی که در دوران بارداری و پس از تولد سالم می مانند، احتمال بیشتری دارد که در مراحل بعدی زندگی سالم بمانند و نتایج زایمان بهتری داشته باشند و بر دوران نوزادی، کودکی و بزرگسالی تاثیر بگذارند. بنابراین، سلامت و رفاه زنان برای هر فرد، جامعه و کشور مهم است .هر زن حق بارداری و زایمان مطمئن و سالم را دارد.

کشور من، استونی، یکی از امن ترین مکان های دنیا برای زایمان یک زن است و ما به قابله .فوق العاده خوب خود افتخار می کنیم های افغانستان همچنین در یک دهه گذشته به سرعت پیشرفت کرده است تا اطمینان حاصل شود که هر زن، در ولایات دور دست مثل هرات، ننگرهار یا بلخ، به یک قابله و امکان زایمان مناسب و قابل دسترسی داشته باشد.

علیرغم پیشرفت‌ها، اقدامات فوری هنوز در سرتاسر جهان برای از بین بردن مرگ و میر مادر و اطفال، تدابیر قابل اجتناب مادران و پری ناتال ضروری است. سازمان ملل متحد روی یک هدف مشترک برای کاهش جهانی مرگ و میر مادران به کمتر از 70مورد در هر 100000تولد زنده تا سال 2030توافق کرده است. استونی مشتاق همکاری بین المللی و با افغانستان برای دستیابی به این تعهد اخلاقی در برابر نسل های آینده است. یکی از پیش شرط ها در اینجا افزایش تعداد پرسنل بهداشتی تحصیل کرده است تا هر کودک متولد شده از کمک های حرفه ای قابلگی برخوردار شود.

I'm delighted that with the support of Estonian development assistance, Tallinn Health Care College and Estonian NGO Mondo have been already for 7 years cooperating with various midwifery schools in Afghanistan, as well as the Afghanistan Midwifery Association and Afghan Women's Network. The goal has been to support reproductive health services in remote communities, including antenatal care, safe delivery services and newborn care.

Contemporary online teaching methods have allowed Afghan midwives to discuss and share experiences with teachers and students of Tallinn Health Care College. The Afghan midwives participating in the programme have in turn gone to schools in remote places in Afghanistan to share health tips with schoolgirls. It is heartwarming to see photos of proud Afghan midwives in their graduation gowns and hats, as well as the girls with white scarves viewing posters on school walls. I hope that the innovative e-learning methods can also be used in future to share experiences between Afghanistan and Estonia. Also, this compendium collects information that has been used in the programme, so it is already well tested, very practical and suitable. Huge thank you to all the partners for these long-term efforts and contribution and for making it possible to put this handbook together.

Midwifery is a powerful symbol of solidarity between women. Estonian women are proud to show this solidarity with Afghan women. We remain also committed to alleviating the humanitarian situation, particularly of woman and girls in Afghanistan. I wish you strength and courage to continue with this responsible work for children amd families of your country in the years to come.

Eva-Maria Liimets

Minister of Foreign Affairs of the Republic of Estonia

به طور خلاصه، افغانستان برای رسیدن به این هدف به زنان بیشتری مانند شما نیاز دارد و من معتقدم که شما الگوی بزرگی برای نسل جوان هستید، زیرا آنها تصمیم می گیرند تا در آینده معلم، وکیل، داکتر یا قابله شوید.

من خوشحالم که با حمایت کمک های انکشافی استونی، کالج مراقبت صحی تالین و نهاد MONDO موندو، به مدت 7 سال است که با موسسه طلوع TSCO ، مراکز مختلف قابلگی در افغانستان و همچنین انجمن قابله های افغانستان و موسسات زنان افغان همکاری می کنند. هدف حمایت از خدمات صحت باروری در محلات دوردست، از جمله مراقبت های دوران بارداری، خدمات زایمان سالم و مراقبت از اطفال بوده است.

روش‌های تدریس آنلاین معاصر به قابله‌های افغان این امکان را می‌دهد تا با معلمان و دانش‌آموزان کالج مراقبت‌های صحی تالین بحث کرده و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند. قابله های افغان شرکت کننده در این برنامه به نوبه خود به مکاتب در نقاط دورافتاده در افغانستان رفته اند تا نکات بهداشتی را با دانش آموزان دختر در میان بگذارند. دیدن عکس های قابله های مغرور افغان با لباس و کلاه فارغ التحصیلی و همچنین دخترانی با روسری های سفید در حال تماشای پوسترهای روی دیوار مکاتب بسیار دلگرم کننده است. من امیدوارم که در آینده بتوان از روش های عصری و مدرن آموزش الکترونیکی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات بین افغانستان و استونی استفاده کرد. همچنین، این خلاصه اطلاعاتی را که در برنامه استفاده شده است جمع آوری می کند، بنابراین استفاده از تجارب و درس های آموخته شده ، بسیار کاربردی و مناسب است. از همه شرکا برای این تلاش‌ها و مشارکت‌های طولانی مدت و ایجاد امکان گردآوری این کتاب معلوماتی بسیار سپاسگزاریم.

قابله ها، نماد قدرتمندی از همبستگی بین زنان است. زنان استونیایی افتخار می کنند که این همبستگی را با زنان افغان نشان می دهند. ما همچنین متعهد به کاهش وضعیت نامناسب به ویژه زنان و دختران در افغانستان هستیم. برای

شما آرزوی قدرت و جسارت برای ادامه این کار مسئولانه برای کودکان و خانواده های کشورتان در سال های آینده دارم. ماریا لیمتس -اوا وزیر امور خارجه جمهوری استونی	

Introduction

Silja Mets-Oja, Riina Kuusik-Rajasaar

This e-handbook is a result of seven years of cooperation in health education between NGO Mondo, Tallinn Health Care College and Tolo Civic and Social Organization. It has been our joint goal to improve the educational standards of medical schools and support the professional knowledge of practicing midwives in their daily work in Afghanistan. We have aimed to reach schoolgirls and communities at large to raise health and hygiene knowledge in rural communities.

It has been an immense honor and privilege yet also a challenge to plan an online course for midwives across several rural provinces. This work has taught us a valuable lesson to pinpoint and understand various reproductive health concerns and overcome obstacles to conduct trainings in locations far from the capital. We have worked closely with training participants to make sure the course tackles specific problems their communities face. In 2015-2021 150 Afghan midwives have graduated from the online training; they in turn have taken their knowledge to more than 4500 schoolgirls and women in local communities. We hope that better knowledge of their own health and access to safe delivery of children has reached over 100 000 girls and women across the country.

As we carried out the trainings over the seven years, we kept in mind various factors such as health pandemics, social, cultural, and economic matters that affect daily lives of women across the world. We held numerous discussions among Estonian and Afghan midwives to understand better how scientific knowledge of reproductive health can benefit individual women, their family members, schoolgirls as future mothers and communities specifically in Afghanistan.

The training course was just a small contribution to the wider framework of

خانم متس اویا رئیس پوهنتون صحت تالین

خانم رینا کوسیک رایاسار رئیس انجوی موندو

این کتاب الکترونیکی حاصل هفت سال همکاری در آموزش صحی بین NGO Mondo ، کالج مراقبت صحی تالین و موسسه مدنی و اجتماعی طلوع TSCO است.

هدف مشترک ما بهبود استانداردهای آموزشی دانشکده صحی و حمایت از دانش حرفه ای قابله ها در کار روزانه آنها در افغانستان بوده است.

هدف ما دسترسی به دختران مکاتب و جوامع در سطح وسیع برای افزایش دانش و صحت در جوامع روستایی است.

برنامه ریزی یک دوره آنلاین برای قابله ها در چندین ولایت و قریه ها یک افتخار و امتیاز بسیار بزرگ بوده است ، این کار درس ارزشمندی را به ما آموخته است تا نگرانی های مختلف سلامت باروری را مشخص کرده و درک کنیم و بر موانع انجام آموزش ها در مکان های دور از پایتخت غلبه کنیم. ما از نزدیک با شرکت کنندگان در آموزش کار کرده ایم تا مطمئن شویم که این دوره با مشکلات خاصی که جوامع آنها با آن روبرو هستند مقابله می کند. در سال های 2015 تا 2021 ، 150 قابله افغان از آموزش آنلاین فارغ تحصیل شده اند. آنها به نوبه خود دانش خود را به بیش از 4500 دختران و زنان درمکاتب ودر جوامع محلی انتقال دادند . ما امیدواریم که آگاهی بهتر از سلامت خود و دسترسی به زایمان ایمن کودکان به بیش از 100000 دختر و زن در سراسر کشور رسیده باشد.

همانطور که ما در طول هفت سال آموزش ها را انجام دادیم ، عوامل مختلفی مانند همه گیری های بهداشتی ، مسائل اجتماعی ، فرهنگی و اقتصادی که بر زندگی روزمره زنان تاثیر می گذارد را در نظر داشتیم | در سراسر جهان ، ما گفتگوهای متعددی را در میان قابله های استونیایی و افغانی برگزار کردیم تا درک بهتری داشته باشیم که چگونه دانش علمی

education and life-long learning of midwives who participated in it over the last seven years. Now it has been made available online in the format of an e-handbook to inspire more midwives and community health care professionals improve and test their knowledge. The following chapters have been written in the language which can be easily understood by professional midwives, schoolteachers or any other person who wants women and girls to live healthier and happier lives.

We are thankful for the Ministry of Foreign Affairs and people of Estonia who have helped to fund the activities and appreciate the continuous work of professional women networks such as AMA and AWN to help spread the knowledge to as many Afghan women as possible.

بهداشت باروری می تواند به نفع زنان ، اعضای خانواده آنها ، دختران مکتبی به عنوان مادران آینده و جوامع به ویژه در افغانستان باشد.

این دوره آموزشی فقط کمک کوچکی به چهار چوب گسترده تر آموزش و یادگیری مادام العمر قابله هایی بود که در هفت سال گذشته در آن شرکت کردند. اکنون این کتاب در قالب یک کتابچه راهنمای الکترونیکی به صورت آنلاین در دسترس قرار گرفته است تا الهام بخش قابله های بیشتر و متخصصان مراقبت های بهداشتی جامعه بهبود و آزمایش دانش خود شوند. فصل های زیر به زبانی نوشته شده اند که برای قابله های حرفه ای ، معلمان مکتب یا هر شخص دیگری که می خواهند زنان و دختران سالم تر و شادتر زندگی کنند ، به راحتی قابل درک باشد.

ما از وزارت امور خارجه و مردم استونیا که به تامین مالی این فعالیت ها کمک کرده اند سپاسگزاریم و از کار مداوم شبکه زنان افغان AWN و انجمن قابله های افغان AMA برای کمک به گسترش دانش هرچه بیشتر زنان افغان قدردانی می کنیم .

Notes of Contributions

Silja Mets-Oja has been working at Tallinn Health Care College since 2005. She started in 2005 as a midwife lecturer and head of the Department of Midwifery, and in 2017 she joined the same institution as head of the health education center. She graduated from Tallinn Medical School as a midwife (1995) and a Bachelor's degree in nursing science from the University of Tartu (2004). She has a Master's degree in Tallinn University, and currently she is pursuing a PhD in Social Science at Tallinn University, Estonia. Her doctoral thesis focuses on "The challenges and opportunities of health care restructuring in obstetrics at community, community and individual levels". As a manager, she has undergone several national and international curricula and institution quality reviews. Since 1995, Silja Mets-Oja has been working as a community midwife at the Family Practice Center to maintain her professionalism.

Marika Merits has been working at Tallinn Health Care College since 1995. She graduated from the University of Tartu in two different curricula. She has a Master's degree in special education pedagogy and speech therapy, as well as in Psychology. She has long-term experience as a lecturer and in the field of practical psychology. She has studied various psychotherapies and is trained as a pregnancy crisis counselor (psychosocial counselor). She has participated in and managed international projects, compiled various study materials and contributed to the development of the midwifery curriculum. She has published in several scientific publications in the field of maternity care.

Katrin Klein has been working at Tallinn Health Care College since 2015. She started in 2015 as a midwife lecturer and 2017 as head of curriculum of midwifery. She graduated Tallinn Health Care College as a midwife (2009) and Master's degree in nursing science from the University of Tartu (2018). Her special interest is simulation-

یادداشت های مشارکتی

Silja Mets-Oja از سال 2005 در کالج مراقبت های صحی تالین کار می کند. او در سال 2005 به عنوان استاد قابله گی و رئیس دپارتمنت قابلگی شروع به کار کرد و در سال 2017 به عنوان رئیس مرکز آموزش صحی به همان موسسه پیوست. او از دانشکده صحی تالین به عنوان قابله (1995) و مدرک لیسانس در رشته علوم پرستاری از دانشگاه تارتو (2004) فارغ التحصیل شد. او دارای مدرک کارشناسی ارشد در دانشگاه تالین است و در حال حاضر در حال ادامه تحصیل در مقطع دکترا در رشته علوم اجتماعی در دانشگاه تالین، استونی است. پایان نامه دکترای او بر روی "چالش ها و فرصت های بازسازی مراقبت های صحی در زنان و زایمان در سطح جامعه، جامعه و فردی" تمرکز دارد. به عنوان یک مدیر، او تحت چندین برنامه درسی ملی و بین المللی و بررسی کیفیت موسسه قرار گرفته است. از سال 1995، Silja Mets-Oja به عنوان یک قابله محلی در مرکز تمرین خانواده کارمی کند تاحرفه ای خودرا حفظ کند.

ماریکا مریتس ماریکا از سال 1995 در کالج مراقبت های بهداشتی تالین کار می کند. او از دانشگاه تارتو در دو برنامه درسی متفاوت فارغ التحصیل شد. او دارای مدرک فوق لیسانس در رشته آموزش و پرورش ویژه و گفتار درمانی و همچنین روانشناسی است. او تجربه طولانی مدت به عنوان یک مدرس و در زمینه روانشناسی عملی دارد. وی در زمینه های مختلف روان درمانی تحصیل کرده و به عنوان مشاور بحران بارداری (مشاور روانی اجتماعی) آموزش دیده است. او در پروژه‌های بین‌المللی شرکت و مدیریت کرده است، مواد مطالعاتی مختلفی را گردآوری کرده و در توسعه برنامه درسی قابله گی مشارکت داشته است. او در چندین نشریه علمی در زمینه مراقبت های زایمان مقاله منتشر کرده است.

کاترین کلاین کاترین از سال 2015 در کالج مراقبت های صحی تالین کار می کند. او در سال 2015 به عنوان استاد قابلگی و در سال

based education. As a head of curriculum, she has undergone several national and international curricula and institution quality reviews. Katrin has been working as a midwife in a hospital providing antenatal, intranatal and postnatal care for women and families.	2017 به عنوان رئیس برنامه درسی قابلگی شروع به کار کرد. او از کالج مراقبت های بهداشتی تالین به عنوان قابله (2009) و مدرک کارشناسی ارشد در علوم پرستاری از دانشگاه تارتو (2018) فارغ التحصیل شد. علاقه خاص او آموزش مبتنی بر شبیه سازی است. او به عنوان رئیس برنامه درسی چندین برنامه درسی ملی و بین المللی و بررسی های کیفی مؤسسه را پشت سر گذاشته است. کاترین به عنوان قابله در بیمارستانی کار می کند که مراقبت های قبل از ولادت، زمان ولادت و بعد از ولادت را برای زنان و خانواده ها ارائه می دهد.

فلسفه و اخلاق قابلگی

نتایج :
تعریف قابلگی ICM را می داند.
فلسفه مراقبت قابلگی ICM را می داند.
مدل مراقبت های قابلگی ICM را می داند.
قوانین اخلاق بین المللی ICM برای قابله ها را می داند.

در سرتاسر جهان قابلگی قرنهاست که انجام می‌شود و دارای خصوصیات وویژگی‌هایی است که بر اساس سنتها و دانشهای فرهنگی و اجتماعی محلی یا منطقه‌ای به‌طور متفاوتی تکامل یافته است. این سند یک توصیف جهانی از فلسفه و مدل مراقبت قابلگی را بدون به خطر انداختن ویژگی‌های محلی یا منطقه‌ای مراقبت قابلگی ارائه می‌کند.
طبق تعریف ICM از قابلگی: قابله شخصی است که یک برنامه آموزشی قابلگی را با موفقیت به پایان رسانده است که در کشوری که در آن قرار دارد به رسمیت شناخته شده است و بر اساس شایستگی‌های ضروری ICM برای تمرین اولیه قابلگی وچارچوب آن است. استانداردهای جهانی ICM برای آموزش قابلگی؛ که صلاحیت های لازم را برای ثبت نام ویا مجوز قانونی برای انجام کار قابلگی و استفاده از عنوان "قابله" کسب کرده باشد.

فلسفه مراقبت قابلگیICM :
بارداری و صاحب فرزند شدن معمولاً پدیده های فیزیولوژیکی طبیعی هستند.
بارداری و فرزندآوری تجربه‌ای عمیق است که برای زن، خانواده و جامعه معنادار است.
قابله ها مناسب ترین ارائه دهندگان مراقبت صحی برای زنان باردار هستند.
مراقبت های قابلگی سلامت و حقوق انسانی، باروری و جنسی زنان را ارتقا و حمایت می کند و به تنوع قومی و فرهنگی احترام می گذارد. مبتنی بر اصول اخلاقی عدالت، برابری و احترام به کرامت انسانی است.
مراقبت قابلگی ماهیتی جامع و مستمر دارد که مبتنی بر درک تجربیات اجتماعی، عاطفی، فرهنگی، معنوی، روانی و فیزیکی زنان است.

مراقبت از قابلگی رسالت با ارزشی است، زیرا از سلامت و موقعیت اجتماعی زنان محافظت می کند و باعث افزایش اعتماد به نفس زنان در توانایی آنها برای مقابله با زایمان می شود. مراقبت های قابلگی با مشارکت زنان انجام می شود و حق تعیین سرنوشت را به رسمیت می شناسد و محترمانه، شخصی،مستمر و غیر استبدادی است.
مراقبت اخلاقی و شایسته قابلگی با آموزش رسمی و مستمر، تحقیقات علمی و به کارگیری شواهد، آگاه و هدایت می شود.

مدل مراقبت های قابلگی ICM:
قابله ها از سلامت و حقوق زنان و نوزادان حمایت می کنند.
قابله ها به زنان و توانایی های آنها در زایمان احترام می گذارند و به آنها اعتماد دارند.
قابله ها از عدم مداخله در زایمان طبیعی حمایت می کنند. قابله ها اطلاعات و توصیه های مناسبی را به زنان ارائه می دهند به گونه ای که مشارکت را ارتقا می دهد و تصمیم گیری آگاهانه را افزایش می دهد .
قابله ها مراقبتهای محترمانه، پیش‌بینی‌کننده و انعطاف‌پذیری را ارائه می‌دهند که نیازهای زن، نوزاد، خانواده و جامعه او

را در بر می‌گیرد و با توجه اولیه به ماهیت رابطه بین زن متقاضی مراقبت قابلگی وقابله آغاز می‌شود.

قابله ها زنان را قادر می سازند تا مسئولیت سلامت خود و خانواده هایشان را بر عهده بگیرند.

قابله ها با همکاری و مشاوره با سایر متخصصان بهداشتی برای خدمت به نیازهای زن، نوزاد او، خانواده و جامعه تمرین می کنند. قابله ها شایستگی خود را حفظ می کنند و اطمینان حاصل می کنند که عملکرد آنها مبتنی بر شواهد است. قابله ها از تکنولوژی به درستی استفاده می کنند و در صورت بروز مشکلات، ارجاع را به موقع انجام می دهند.

قابله ها به صورت فردی و جمعی مسئول توسعه مراقبت های قابلگی هستند و نسل جدید قابله ها و همکاران را در مورد مفهوم یادگیری مادام العمر آموزش می دهند. فلسفه سند اصلی و مدل مراقبت قابلگی .(2014) .ICM

منشور اخلاقی بین المللی برای‌قابله ها:

منشور اخلاقی بین المللی برای قابله ها: این مقرره به دستورات اخلاقی قابله مطابق با مأموریت، تعریف بین المللی قابله و استانداردهای ICM برای ارتقای سلامت و رفاه زنان و نوزادان در خانواده ها و جوامع شان می‌پردازد. چنین مراقبتی ممکن است شامل دوره زندگی باروری زن از مرحله قبل از بارداری تا یائسگی یا ختم قاعدگی و تا پایان عمر باشد. این دستورات شامل نحوه ارتباط قابله ها با دیگران است. چگونه قابلگی را انجام می دهند. چگونه آنها مسئولیت ها و وظایف حرفه ای را انجام می دهند. و چگونگی کار آنها برای اطمینان از یکپارچگی مسلکی‌قابلگی.

آ: قابله ها با زنان بصورت جداگانه مشارکت ایجاد می کنند که در آن اطلاعات مربوطه را به اشتراک می گذارند که منجر به تصمیم گیری آگاهانه، رضایت به برنامه مراقبت در حال تکامل ومسئولیت نتایج انتخاب هایشان می شود.

ب: قابله ها از حق زنان/خانواده ها برای مشارکت فعال در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت از خود حمایت می کنند.

ج قابله ها به زنان/خانوادهها اجازه می‌دهند تا درباره مسائلی که بر سلامت زنان و خانواده ها درفرهنگ/جامعه‌شان تأثیر می‌گذارند، صحبت کنند.

ه: قابله ها، همراه با زنان، با آژانس های سیاست گذاری و تأمین مالی برای تعریف نیازهای زنان به خدمات صحی و اطمینان از تخصیص عادلانه منابع با توجه به اولویت ها و در دسترس بودن کار می کنند.

ث. قابله ها از یکدیگر در نقش های حرفه ای خود حمایت می کنند و به طور فعال احساس ارزشمند خود و دیگران را پرورش می دهند.

ج: قابله ها با احترام با سایر متخصصان صحی کار می کنند و در صورت لزوم مشاوره و ارجاع می‌دهند که نیاز زن به مراقبت بیش از صلاحیت های قابله باشد. قابله ها وابستگی متقابل انسان را در حوزه فعالیت خود می شناسند و فعالانه به دنبال حل تعارضات ذاتی هستند.

د: قابله ها در قبال خود به عنوان افراد دارای ارزش اخلاقی وظایفی دارند، از جمله وظایف احترام به نفس اخلاقی و حفظ یکپارچگی.

دوم: تمرین قابلگی

آ: قابله ها با احترام به تنوع فرهنگی از زنان و خانواده های فرزندآور مراقبت می کنند و در عین حال برای حذف اقدامات مضر در همان فرهنگ ها تلاش می کنند.

ب. قابله ها حداقل این را تشویق می کنند که هیچ زنی یا دختری نباید در اثر بارداری یا بچه دار شدن آسیب ببیند.

ج. قابله ها از دانش مسلکی روز و مبتنی بر شواهد برای حفظ شایستگی در شیوه های ایمن قابلگی درهمه محیط ها و فرهنگ ها استفاده می کنند.

د. قابله ها به نیازهای روانی، جسمی، عاطفی و معنوی زنانی که به دنبال مراقبت های صحی هستند، درهر شرایطی که باشند پاسخ می دهند)عدم تبعیض.

ه. قابله ها به عنوان الگوهای موثر ارتقای صحت برای زنان در طول دوران زندگی، برای خانواده ها وسایر متخصصان سلامت عمل می کنند.

ث: قابله ها فعالانه به دنبال رشد شخصی، فکری و حرفه ای در طول دوران حرفه قابلگی خود هستند واین رشد را در عمل خود ادغام می کنند.

سوم : مسئولیت های حرفه ای قابله ها:

آ. قابله ها اطلاعات مشتری را محرمانه نگه می دارند تا از حق حریم خصوصی محافظت کنند و ازقضاوت در به اشتراک گذاشتن این اطلاعات استفاده کنند مگر در مواردی که قانون اجباری کند.

ب. قابله ها مسئول تصمیمات و اقدامات خود هستند و در قبال نتایج مربوط به فلسفه و اخلاق قابلگی پاسخگو هستند.

ج. قابله ها ممکن است تصمیم بگیرند که در فعالیت هایی که مخالف اخلاقی عمیقی برای آنها هستند شرکت نکنند. با این حال، تأکید بر وجدان فردی نباید زنان را از خدمات صحی و ضروری محروم کند.

د. قابله ها پیامدهای نامطلوب نقض اخلاقی و حقوق بشری بر صحت زنان و نوزادان را درک می کنند وبرای رفع این نقض ها تلاش خواهند کرد.

ه. قابله ها در تدوین و اجرای برنامه های صحی که صحت همه زنان و خانواده های فرزندآور را ارتقامیدهد، مشارکت دارند.

چهارم. ارتقاء دانش و عملکرد قابلگی:

آ. قابله ها اطمینان حاصل می کنند که پیشرفت دانش قابلگی بر اساس فعالیت هایی است که از حقوق زنان به عنوان یک شخص حمایت می کند.

ب. قابله ها دانش قابلگی را از طریق مراحل مختلف، مانند بررسی و تحقیق از همتایان، توسعه می دهند و به اشتراک می گذارند.

ج. قابله ها به آموزش رسمی دانشجویان قابلگی و آموزش مداوم قابله ها کمک می کنند.

نقاط کلیدی:

تعریف قابلگی ICM

فلسفه مراقبت قابلگی .ICM

مدل مراقبت های قابلگی .ICM

منابع

Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care (2014). ICM. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf

صحت باروری زنان در طول عمر:

پیامدهای‌صحت باروری زنان:

1 دوره های توسعه طول عمر را میدانند.

1. فیزیولوژی دستگاه تناسلی زنان را می داند.

2. اندام ها یا ساختار های تناسلی زنانه، تخمک گذاری، سیکل قاعدگی یا عادت ماهوار، تشکیل و تکمیل تخمه ها و مانیپوز یا ختم‌عادت ماهوار را میداند طول عمر: توسعه در مورد طول عمر فکر کنید و فهرستی ترتیب دهید و دوره های رشد و تکامل را در نظر بگیرید چند مرحله در لیست شما وجود دارد؟ شاید ی اما بینایی بسیار ضعیف در مدت زمان نسبتاً کوتاهی به یک کودک نوپا راهرو و سخنگو تبدیل میشود مواظبت کننده گان همچنین از فردی که برنامه‌های تغذیه و خواب کودک را مدیریت می‌کند به یک راهنمای دائما در حال حرکت وبازرس ایمنی برای یک کودک متحرک و پرانرژی تبدیل می‌شوند اوایل کودکی اوایل کودکی نیز به عنوان سال های قبل از مکتب نامیده می شود که شامل سالهایی است که پس از نوپاه در سن سه تا پنج ساله گی است که مشغول یادگیری زبان هستند، احساس خودی و استقلال بیشتر می کند و شروع به یادگیری عملگرهای دنیای فیزیکی میکند این دانش و مهارت به سرعت به دست نمی آید و کودکان قبل از مکتب در ابتدا تصورات و خیالات جالبی از اندازه، زمان ، مکان وفاصله داشته باشند مانند ترس از این که اگر جلوی آن بنشینند یا با نشان دادن اینکه با دراز کردن دو انگشت اشاره آنها به فاصله چند اینچ از هم، کارطولانی خواهد گردید عزم شدید یک کودک نوپا برای انجام کاری ممکن است جای خود را به احساس گناه یک کودک چهار ساله برای انجام کاری که‌باعث عدم تایید دیگران می شود،بدهد دوران کودکی میانی سنین شش تا یازده سالگی شامل دوران کودکی میانی است و بسیاری از چیزهای را دراین سن تجربه می کنند به مشارکت آنها در صنوف اولیه مکتب مرتبط است اکنون جهان تبدیل به دنیای یادگیری و آزمایش مهارت های جدید تحصیلی تبدیل گردیده و ارزیابی توانایی ها و دستاوردهای خود را از طریق مقایسه بین خود و دیگران می باشد مدارس دانش آموزان را با هم مقایسه می‌کنند و این مقایسه‌ها را از طریق ورزشهای تیمی، نمرات امتحان و سایر اشکال شناسایی می نمایند سرعت رشد و ک مهارت های حرکتی خود را به‌مرحله از زندگی اصلاح کنند و کودکان مستقیما از طریق همقطاران و تعامل با دوستان شان، شروع به یادگیری روابط اجتماعی فراتر از خانواده می‌نمایند .

دوره بلوغ:

نوجوانی دوره ای از تغییرات فیزیکی چشمگیر است که با یک جهش کلی رشد فیزیکی و بلوغ جنسی که به عنوان بلوغ شناخته میشود و همچنان زمان شناخت تغییر است زیرا نوجوان شروع به فکر کردن امکانات جدید و ملاحظه مفهوم مشکلات و یا مفاهیم انتزاعی مانند عشق، ترس و آزادی، طنزی، حس شکست ناپذیری که آنها را در معرض خطرات بزرگ که ناشی از مبتلا شدن به عفونت های مقاربتی جنسی قرار میدهد که عواقب مادام العمر داشته باشد (بلوغ زودرس دهه بیست تا سی اغلب به عنوان اوایل بزرگسالی در نظر گرفته شده است) دانش اموزان که در دهه سی زندگی خود قرار دارند خوش دارند بشنوند که یک بزرگسال جوان هستند این زمانی است که ما در اوج فیزیولوژیکی خود هستیم، اما بیشتر در معرض خطر مشارکت در جنایات خشونت آمیز و سوء استفاده هستیم زمان تمرکز بر آینده و صرف انرژی زیادی برای انتخابهایی است که به فرد کمک می‌کند در چشم دیگران جایگاه یک بزرگسال کامل را کسب کند. کارو عشق دغدغه اصلی در این مرحله از زندگی است. بزرگسالی میانه: اواخر دهه سی تا اواسط دهه شصت به عنوان بزرگسالی میانسالی شناخته می شود این دوره ای است که در آن پیری که زودتر شروع شده است بیشتر به چشم می آید و دوره ای است که بسیاری از افراد مصروف عشق و کار در اوج بهره وری خود هستند ممکن است دوره کسب تخصص در زمینه های خاص و توانایی درک مشکلات و یافتن راه حل با کارایی بیشتر از قبل باشد همچنین میتواند زمان واقع بینانه تر در مورد احتمالات در زندگی باشد که قبلا در نظر گرفته شده است تشخیص تفاوت را بین آنچه که ممکن و محتمل است تشخیص دهد. این گروه سنی نیز بیشترین آسیب را از اپیدمی ایدز در آفریقا دیده است که منجر به کاهش قابل توجه تعداد کارگران در ان اقتصادها شده است. اواخر بزرگسالی: این

دوره از عمر در صد سال گذشته به ویژه در کشور های صنعتی افزایش یافته است. اواخر بزرگسالی گاهی اوقات به دو و یا سه دسته تقسیم می شود پیر مردان جوان، و پیر مرد یا پیر مردهای جوان، پیر مرد و پیر ترین پیر ما طبقه بندی قبلی را دنبال می کنیم و بین پیر مردهای جوان که افراد بین شصت و پنج تا هفتاد و نه سال هستند و پیر مرد ها یعنی کسانیکه هشتاد به بالا عمر دارند. یکی از تفاوت های بین این گروه ها این است که جوانان بسیار شبیه به بزرگسالان میانسالی هستند که هنوز کار می کنند و سالم هستند و همچنان علاقمند به مولد و فعال بودن اند، پیران مولد و فعال باقی می مانند و اکثریت شان به زندگی مستقل ادامه میدهند، اما خطرات بیماری های دوران سالمندی مانند تصلب شرایین، سرطان، بیماری های عروقی مغز بطور قابل توجهی برای این گروه سنی افزایش می یابد، مسایل مسکن، مراقبت های صحی و افزایش امید به زندگی از موضوعات مورد توجه درین گروه سنی است. مرگ و مردن این موضوع به ندرت میزان پوششی که شایسته آن است داده می شود البته در اندیشیدن یا فکر کردن به مرگ ناراحتی خاصی وجود دارد، اما اطمینان و پذیرش خاصی نیز وجود دارد که می تواند که ازمطالعه مرگ و میر ناشی شود ما جنبه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی مرگ را بررسی می‌کنیم غم و اندوه یا سوگ را بررسی می‌کنیم و راههایی را بررسی می‌کنیم که کار های تخصصی انجام دهیم تا در هنگام مرگ و میر کار کنند و در مورد تنوع فرهنگی در عزاداری و تدفین و سوگواری بحث خواهیم کرد. (توسعه طول عمر ... 2021)

فیزیولوژی دستگاه تناسلی زنان :

صحت باروری عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی در کلیه امور مربوط به دستگاه تناسلی و عملکردها و فرآیندهای ناشی از آن ، صحت باروری به این معناست که افراد می توانند یک زندگی جنسی رضایت بخش و ایمن داشته باشند و توانایی تولید مثل و آزادی تصمیم گیری در مورد اینکه چه وقت و معمولا چگونه این کار را انجام دهند. سلامت و صحت جنسی و تناسلی خوب عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در کلیه امور مربوط به دستگاه تناسلی است. این نشان می‌دهد که افراد می‌توانند زندگی جنسی رضایت‌بخش و ایمن، توانایی تولید مثل، و آزادی تصمیم‌گیری در مورد اینکه، چه زمانی معمولا چگونه این کار را انجام دهند، داشته باشند. برای حفظ صحت و سلامت جنسی و باروری، افراد نیاز دسترسی به اطلاعات دقیق و روش پیشگیری مصون از بارور شدن یعنی روش های تنظیم خانواده به انتخاب خودشان داشته باشند و آگاه و توانمند شوند تا خود را از امراض مقاربتی جنسی محافظت نمایند تا زمان که خودشان بخواهند طفل داشته باشند خانم ها باید دسترسی به خدماتی داشته باشند که آنها را کمک نمایند در داشتن بارداری مناسب ، ولادت مصون و نوزاد صحتمند کمک کند. و صحت باروری انتخاب خود را داشته باشد هر فردی به صورت جداگانه حق دارد درمورد سلامت صندوق جمعیت ملل متحد، همراه با طیف وسیعی از شرکای کاری، در راستای هدف دسترسی همگانی به سلامت و حقوق جنسی وباروری، به شمول تنظیم خانواده، کار می کند. (صحت باروری 2018...)

تشکیل و تکامل تخمه:

اووژنزیا اوژینیز متفاوت است ازاپسرماتوژینیز زیرا درنزد جنین مقدم تر از تولد شروع میشود ، (سلول های غدد به قشر کلونی غدد جنسی اولیه منتقل می شوند) که از کیسه زرده جنین منشا میگیرد. تکثر توسط عملیه مایتوزیس در اواسط بارداری(هفته 20) به حد اعظمی خودیعنی به هفت میلیون میرسد مرگ حجرات بعد از رسیدن به اوج این مرحله رخ میدهد. بعد ازین سلول های زنده به اندازه دو میلیون باقی میوزیس قبل از تولد شروع می شود و تخمک های اولیه در غدد جنسی بصورت خوشه ایی مرتب شده اند تخمک های اولیه دارای سلول های اپیتلیال هموار در اطراف خود اند وان فولیکول اولیه در زمان کودکی بیشتر رخ میدهد و در حدود چهل هزار تخمک در دوران بلوغ با قی میماند هنگامی که بلوغ شروع می شود چندین تخمک اولیه یعنی یازده تا بیست هر ماه شروع به بلوغ می کند اگرچه یکی از آنها به بلوغ کامل می رسد و تبدیل به تخمک میشود تخمک های اولیه سه مرحله را طی می کنند، قبل از انتگرال، انتگرال و تخمک گذاری. مرگ حجرات: پیش آنترال تخمک اولیه هنوز در مرحله میوزیس است اما درین مرحله رشد چشمگیری خواهد داشت.

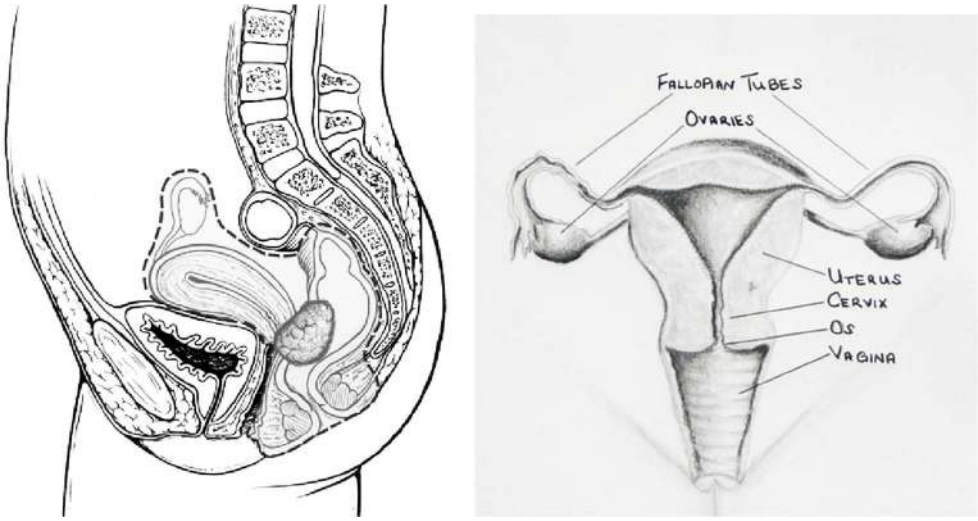


Figure 1. Female reproductive system physiology (Anneliis Aavik, adapted 2022)

مرحله وار سلول های فولیکولی رشد می کنند و تکثیر می شوند تا یک اپیتلیوم مکعبی طبقه ای را تشکیل دهند حالا ما به این سلول ها گرانولوزا می گوییم و گلیکوپروتئینها را ترشح می کنند. این مواد شیمیایی زونا پلوسیدا را در اطراف تخمک اولیه تشکیل می دهند. سلولهای بافت همبند اطراف نیز تمایز پیدا می‌کنند و به folliculi theca تبدیل می‌شوند، لایه‌ای تخصصی از پ به ایچ ایل پاسخ می‌دهند و می‌توانند آندروژنها را تحت تأثیر آن ترشح کنند مرحله آنترال فضاهای پر از مایع از بین سلول های گرانولوزا، این فضاها در نهایت با هم ترکیب می شوند و یک فضای مرکزی پر از مایع به نام آنتروم را تشکیل می دهند. ما اکنون این فولیکول ها را به نام فولیکولهای ثانویه می نامیم و در هر سیکل ماهانه یکی ازین فولیکول های ثانوی تحت تاثیر هورمون های استروژن، ایل ایچ و ایف ایس ایچ رشد میکنند و غالب میشوند. مرحله قبل از تخمک گذاری: درین مرحله تحریک هورمون ایچ ایل افزایش میابد و مرحله میتوزیز تکمیل میگردد. در داخل فولیکول 2 یک سایز نامساوی فولیکول شکل میگیرد. یکی از سلولهای دختری سیتوپلاسم بسیار کمتری نسبت به دیگری دریافت می‌کند و اولین جسم قطبی را تشکیل می‌دهد که دیگر تخمک نمی‌سازد. سلول هاپلوئید دیگری نیز تشکیل می شود که به اووسیت ثانویه معروف است، سپس هر دو سلول دختری دچار میوزیس 2 میشوند یک جسم قطبی اولیه برای ایجاد دو جسم قطبی تکثیر می‌شود، اما تخمک ثانویه در متافاز میوز 2 متوقف میشود.

لقاح- مرحله نهایی فیمیل گیم جن: تخمک ثانوی تنها میوزیس 2 را پس از لقاح کامل میکند و در اینجا جسم قطبی سومی را منتشر میکند اگر تخمک گذاری تخمک اتفاق نیفتد تخمک در ظرف 24 ساعت بعد از تخمک گذاری از بین میرود تحت تاثیر میوزیس 2 باقی میماند و متوقف میشود اگر لقاح اتفاق بیفتد، حرکات پریستالتیک لوله فالوپ، تخمک را به سمت رحم حرکت می‌دهد، جایی که می‌تواند در دیواره خلفی رحم کاشته شود.

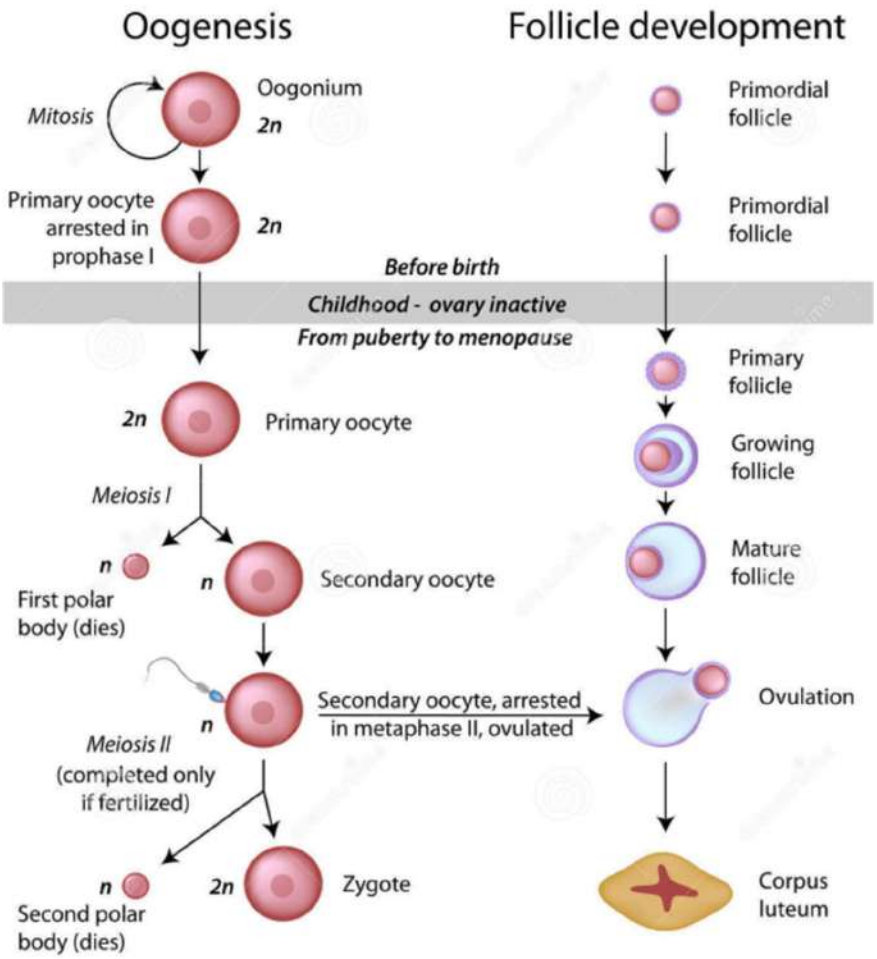


Figure 2. Oogenisis. (Source: Dreamstime)

سیکل عادت ماهوار:

با کاهش سطح هورمون به دنبال انحطاط جسم زرد پوشش داخلی رحم یعنی اندومتر ریزش می کند زیرا برای کمک به حفظ تخمک بارور شده مورد نیاز نخواهد بود ریزش بافت اندومتر و خونریزی همراه با ان در مجموع یک رویداد ماهانه در زندگی زنان از دوران بلوغ تا ختم عادت ماهوار یا قاعدگی است ، نگرش های فرهنگی و مذهبی و همچنین تجربه شخصی بر احساسات ما نسبت به این پدیده تأثیر می گذارد، سیکل قاعدگی (یا سیکل رحم) به سه مرحله تقسیم میشود: یا تکثیر و ترشحی قاعدگی، پرولیفراتیور آنچه در رحم رخ می دهد به طور جدایی ناپذیری با آنچه در تخمدان ها اتفاق می افتد مرتبط است، اما تنها در مراحل پایانی آنها این دوچرخه با هم مطابقت دارند مرحله قاعدگی با سطح هورمون پایین به دلیل به تحلیل رفتن جسم زرد، لایه بیرونی آندومتر از دیواره رحم جدا می شود، ریزش آندومتر نشانه شروع مرحله قاعدگی است این انساج داخل آندومتر همراه با مخاط و سایر ترشحات عنق رحم و مهبل و مقدار کمی خونریزی ماهانه دو تا سه انس هر ماه از طریق مهبل دفع میگردد، افرازات قاعدگی یا مینوس در مجموع سه تا پنج روز را دربر میگیرد هورمون های ایل ایچ و ایف ایس ایچ تا پنج روز به سویه بالا باقی می ماند اولین عادت ماهوار یک دختر بنام مینارش یاد میشود.

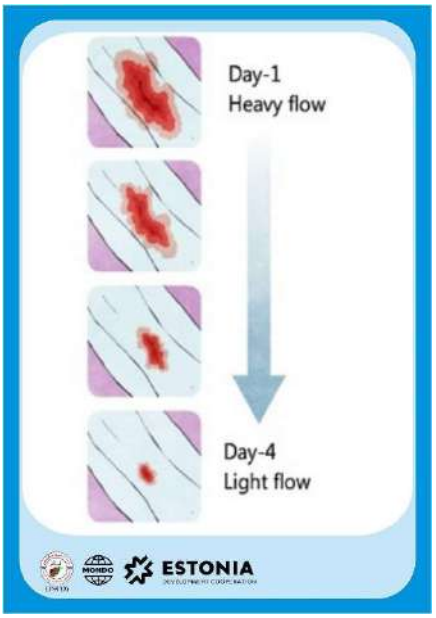


Figure 3. Menstruation.

فاز تکثیر:

این مرحله 9 روز طول میکشد. درین مرحله جدار داخلی رحم ضخیم می شود و سویه استروژن بالا میرود افرازات غشای مخاطی عنق یا دهانه رحم افرازات شفاف و روشن با ساختار کریستالی ترشح میکند که عبور اسپرم را سهولت می بخشد این مرحله همراه با تخمک گذاری یا افیلیشن ختم می گردد فاز ترشحی: درین مرحله به کمک پروژسترون اندومتر برای رسیدن بیضه القاح شده شروع به آماده شدن میگردد جدار داخل رحم بزرگ می شوند و شروع به ترشح گلیکوژن) یک ماده مغذی سلولی(می کنند مخاط دهانه رحم ضخیم می شود و شروع به تشکیل یک پلاگین برای بسته شدن رحم در صورت بارداری می شود هورمون ال اچ کاهش میابد اگر لقاح اتفاق صورت گرفته نتواند ، جسم زرد شروع به انحطاط می کند، زیرا سطح پروژسترون کاهش می یابد و سلول های آندومتر شروع به مردن می کند این مرحله 14 روز طول میکشد که درمطابقت با فاز لوتئال با ریزش آندومتر به پایان میرسد.

سندروم پیش از قاعدگی:

مجموعه ای از تغییرات فیزیکی، عاطفی و روانی که ممکن است این تغییرات هفت تا چهارده روز قبل از قاعدگی یک زن رخ دهد که به عنوان سندرم پیش از قاعدگی شناخته می شود. 7 تا 14 تغییرات این علائم بلافاصله پس از شروع خونریزی قاعدگی ناپدید می شوند. اگرچه به یقین هیچکس نمیداند دلیل این سندروم را نمی داند اما به نظر میرسد تغییرات در سطح هورمون های جنسی و مواد شیمیایی مغز یا انتقال دهنده های عصبی ارتباط دارد، اختلاف نظر درمورد تفاوت بین ناراحتی قبل از قاعدگی و واقعیت ناراحتی های قبل از قاعدگی یک اتفاق معمولی است، در حدود سه تا هشت در صد خانم اعراض شدید دارند و 75 در صد خانم ها تحت تاثیر این سندروم قرار میگیرند برخی دیگر از تعریف دقیق تری برای این سیندروم استفاده می‌کنند.

قاعدگی به دو دسته تقسیم می‌شود

پی ایم ایس که شامل علائم خفیف تا متوسط سندروم پیش از اعراض فیزیکی، که ممکن است شامل نفخ، حساس شدن سینه‌ها، تورم و افزایش وزن، سردرد، گرفتگی‌عضلات، سردردهای میگرنی و میل به غذا باشد و اعراض روانی و عاطفی، که شامل خستگی، افسردگی، تحریک پذیری، گریه و تغییر در میل جنسی است قاعدگی ... .(2013)

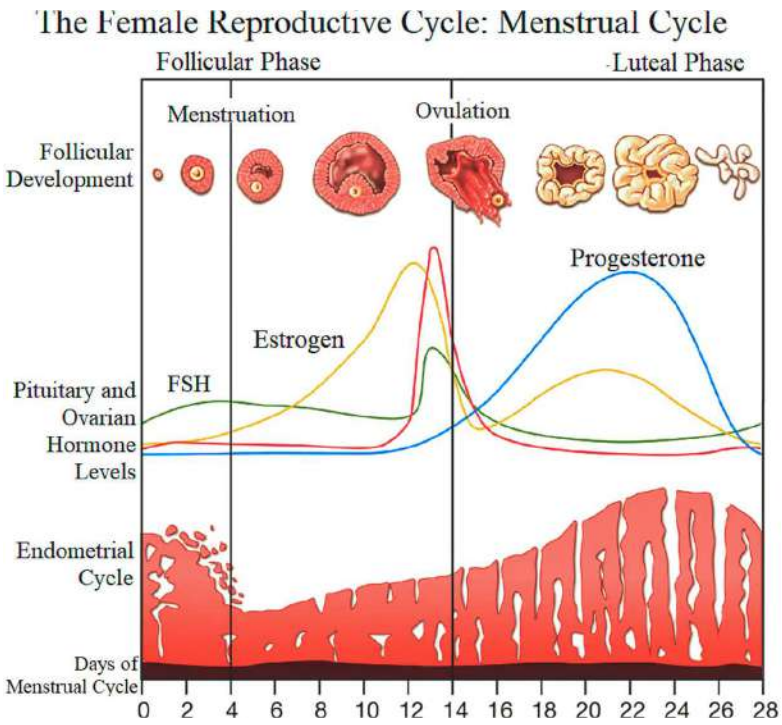


Figure 4. The Menstrual Cycle (Source: Encyclopædia Britannica, Inc., adapted)

Menopause ریزش بافت اندومتر و خونریزی همراه با آن، در مجموع، یک رویداد ماهانه در زندگی زنان از دوران بلوغ تا ختم عادت ماهوار است.

نگرش های فرهنگی و یائسگی یا ختم عادت ماهوار: این یک زمان تغییرات عظیمی است که در آن باروری یک زن کاهش می‌یابد، اگرچه ممکن است که خانم باردار شود، کاهش هورمون های باروری، به ویژه استروژن و پروژسترون، ممکن است باعث تغییرات در عضویت شود که ممکن است بر حس‌جنسی زنان نیز تاثیر بگذارد کاهش هورمون باروری به خصوص هورمون استروژن و پروژسترون شاید سبب تغییرات در عضویت زنان گردد یا ممکن است احساس از دست دادن فرصت های باروری را تجربه کنند همه زنان به مانیپوز می روند و مانیپوز آخرین دوره سیکل عادت ماهوار است که به دلیل کمبود استروژن تخمدان ها به عدم کفایه میروند. سن متوسط مانی‌پیوزدر سن 52 سالگی است. (قابلگی مایز 2011)

یائسگی یاختم عادت ماهوار، قطع دائمی قاعدگی است که در نتیجه از دست دادن فعالیت فولیکولی تخمدان ایجاد می شود. قطع عادت ماهوار طبعی پی از دوازده ماه متوالی رخ میدهد که هیچ علت پاتولوژیک یا فیزیولوژیکی واضح دیگری برای آن وجود ندارد. پیش یائسگی شامل دوره ای است که با اولین ویژگی های کلینیکی، بیولوژیکی و غدوات داخلی نزدیک شدن به قطع عادت ماهوارتعریف شود گذار یائسگی دوره قبل از آخرین دوره قاعدگی است که معمولًا

تغییر پذیری در دوره عادت ماهوار نزدیک میشود و علایم وازوموتور و بی نظمی در سیکل عادت ماهوار بعد از دوازده ماه بعد از آخرین عادت ماهوار رخ میدهد. سال پیش از یائسگی اصطلاحی است که اغلب برای اشاره به 1 تا 2 یائسگی یا کل دوره باروری قبل از یائسگی استفاده می شود در حال حاضر، توصیه می شود این اصطلاح به معنای اخیر استفاده شود پس از یائسگی باید از آخرین دوره قاعدگی بدون در نظر گرفتن اینکه یائسگی القایی یا خودبخودی بوده است افزایش می یابد Climacteric کلایمتریک مرحله ای است که شامل گذار از حالت تولیدمثلی به حالت غیر باروری است بنابراین، خود یائسگی یک

رویداد خاص است که در دوران بحرانی یا دوران یائسگی زن رخ می دهد، همانطور که قاعدگی یک رویداد خاص است که در دوران بلوغ رخ میدهد پیامدهای یائسگی علائم وازوموتور گرگرفتگی و تعریق شبانه رایج‌ترین علائم یائسگی هستند، و اگرچه ممکن است قبل از قطع قاعدگی شروع شوند اما شیوع گرم گرفتگی در سال اول پس از پایان دوره قاعدگی بالاتر است اگرچه آنها معمولا برای کمتر از پنج سال حضور دارند برخی زنان تا دهه هفتاد زندگی خود را ادامه میدهند اختلال عملکرد جنسی تغییرات در رفتار و فعالیت جنسی رایج است که به ان اصطلاح اختلال عملکرد جنسی زنان استفاده میشود فیصدی زنان همراه بااختلالات جنسی از بیست و چهل و دو به 88 در صد بلند رفته است به عنوان مثال، خشکی واژن، که در نتیجه کاهش سطح استروژن ایجاد می شود، می تواند باعث دیسپارونی شود پایین آمدن سویه آندروژن در کاهش میل جنسی نقش دارد، اگرچه شواهد متناقض هستند عوامل غیر هورمونی، مانند تعارض بین شرکا و استرس زندگی یا افسردگی، عوامل مهمی در سطح علاقه زن به فعالیت جنسی هستند. علائم روانی مرتبط با یائسگی شامل خلق افسرده، اضطراب، تحریک پذیری و نوسانات خلقی و کمبود انرژی است. با این حال، اکثر زنان در دوران یائسگی تغییرات عمده ای را در خلق و خوی تجربه نمی کنند و مشکلات روانی احتمالًابا مشکلات گذشته و استرس های زندگی فعلی مرتبط است. پیامدهای طولانی مدت یائسگی پوکی استخوان، بیماری های قلبی عروقی و آتروفی دستگاه بولی و تناسلی است. راهنمای آکسفورد .(2013 ...)

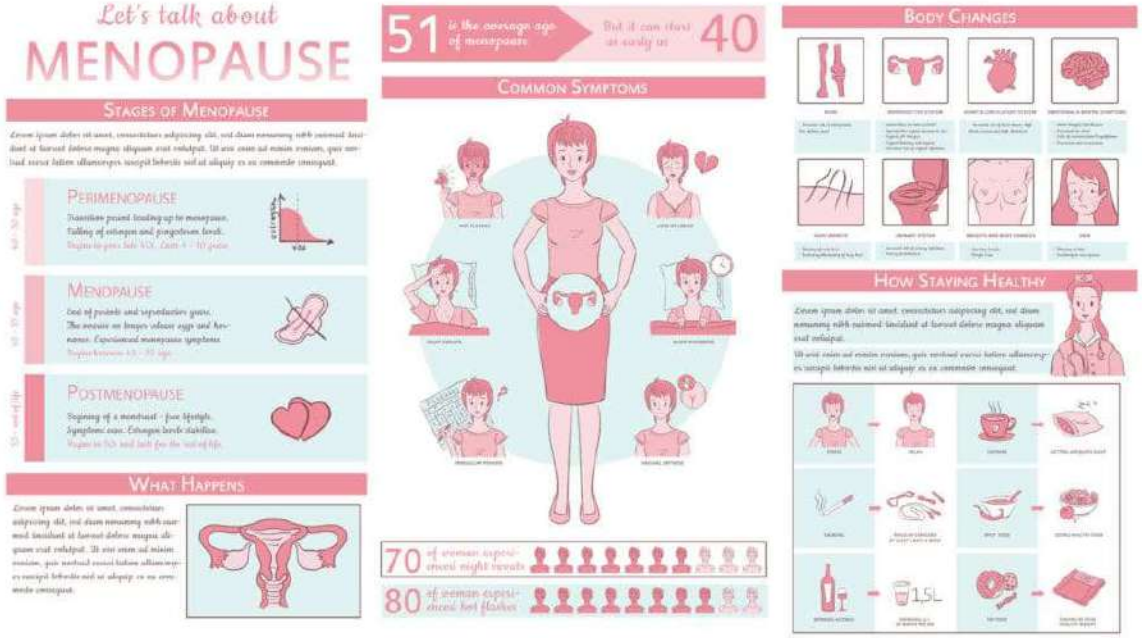


Figure 5. Menopaus (Source: ShutterStock)

نقاط کلیدی:

- توسعه طول عمر
- اندام های تناسلی زنانه
- اووژنز
- تخمک گذاری
- سیکل قاعدگی
- یائسگی یا ختم دوره عادت ماهوار

منابع

Lifespan development. (2021). https://courses.lumenlearning.com/suny-lifespandevelopment2/chapter/periods-of-development/

Mayes' Midwifery E-Book: A Textbook for Midwives. (2011). Elsevier.

Oogenesis physiology (2021). Encyclopedia Britannica. https://www.britannica.com/science/oogenesis

Oxford Handbook of Obstetrics and Gynecology. (2013). Oxford University Press. UK.

Reproductive Health. (2018). WHO recommendation on adolescent sexual and reproductive health and rights. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275374/9789241514606-eng.pdf?ua=1

The Menstrual Cycle. (2013). Human Sexuality. Diversity in contemporary America. Ed. William L. Yarber & Barbara W. Sayad. McGraw Hill.

اصول مدرن تنظیم خانواده و پیامدهای پیشگیری از بارداری :

1. تعریف و مزایای پیشگیری از بارداری و فواید را می داند.
2. وضعیت تنظیم خانواده را در افغانستان می داند.
3. اطلاع از اصول حقوق بشر راهنمای خدمات تنظیم خانواده.
4. آگاهی از روش های پیشگیری از بارداری و نقش قابله ها در صحت باروری.

دسترسی به تنظیم خانواده ایمن و داوطلبانه یک حق بشری است. تنظیم خانواده در برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان نقش اساسی دارد و عامل کلیدی در کاهش فقر است ، با این حال در مناطق در حال توسعه تخمین زده میشود که 218 میلیون زن که می خواهند از باردار شدن خودداری کنند به دلایلی از عدم دسترسی به اطلاعات یا خدمات تا عدم حمایت از طرف شرکای خود یا جوامع ، از روشهای تنظیم خانواده ایمن و موثر استفاده نمی کنند و این توانایی آنها را برای ساختن آینده ای بهتر برای خود و خانواده و جوامع شان تهدید می کند (پذیرش 2020)

Figure 6. Family planning

تنظیم خانواده به افراد این امکان را می دهد که در صورت نیاز به تعداد فرزندان دلخواه خود برسند و فاصله بین بارداری خود را را تعین کنند. از طریق استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و درمان ناباروری به دست می آید .

اطلاعات و خدمات پیشگیری از بارداری برای سلامت و حقوق بشر همه افراد ضروری است ، پیشگیری از بارداری ناخواسته به کاهش بیماری مادر و تعداد مرگ و میر های مرتبط با بارداری کمک می کند تاخیر در بارداری در دختران جوانی که در معرض خطر افزایش مشکلات سلامتی از اوایل فرزندآوری هستند و جلوگیری از بارداری در میان زنان مسن که با خطرات بیشتری نیز روبرو هستند از مزایای بهداشتی مهم تنظیم خانواده است .
با کاهش میزان حاملگی های ناخواسته ، پیشگیری از بارداری نیاز به سقط جنین نا ایمن را کاهش می دهد و از انتقال HIV از مادر به نوزاد را کاهش می دهد این امر همچنین می تواند برای تحصیل دختران مفید باشد و فرصت هایی را برای مشارکت بیشتر در جامعه از جمله اشتغال با حقوق ایجاد کند .

بر اساس آورده های سال 2017 ، 214 میلیون زن در سنین باروری در مناطق در حال توسعه نیاز برآورده نشده به پیشگیری از بارداری دارند . دلایل این امر عبارت اند از :

- دسترسی محدود به پیشگیری از بارداری
- انتخاب محدود روش ها
- ترس یا تجربه عوارض جانبی
- مخالفت های فرهنگی یا مذهبی
- کیفیت پایین خدمات موجود (پیشگیری از بارداری 2020)

Figure 7. Natural family planning

خانواده های گرامی :

سهم گیری شوهران و خشوها در ایجاد فاصله بین ولادت ها بسیار مهم و موثر است پس انها را در این برنامه سهیم سازید.

خانواده ها در افغانستان به طور متوسط 5.3 فرزند دارند هدف ملی تنظیم خانواده ، همانطور که تعهد برنامه ریزی خانواده افغانستان در سال 2020 بیان شده است ، افزایش نرخ شیوع مدرن پیشگیری از بارداری در میان زنان متاهل به 30 درصد در سال 2020 است نرخ فعلی بر اساس سروی بهداشت جمعیتی افغانستان در سال 2015 20 در صد است برای دستیابی به هدف بلند پروازانه خود این کشور متعهد شده است که 25 درصد از بودجه کلی سلامت خود را به صحت باروری اختصاص دهد. (خانواده های افغانستان 2020)

چرا ما باید برای فاصله دهی بین ولادت ها برنامه ریزی کنیم

مزایا

- هنگامی که از بارداری های پرخطر اجتناب شود مادران و نوزادان سالم تر هستند
- خانواده های کوچکتر به معنای پول و غذای بیشتر برای هر کودک است
- والدین زمان بیشتری برای کار و حضور در کنار خانواده خود دارند
- تاخیر در بارداری اول یا دوم به جوانان اجازه می دهند در مکتب بمانند

9 اصول حقوق بشر ، خدمات تنظیم خانواده را راهنمای می کند :

1. عدم تبعیض : کاری میتوانید انجام دهید از همه مراجعین به طور یکسان استقبال کنید به خواسته ها ی هر مراجعین احترام بگذارید به خود قول دهید که با هر مراجعه کننده بهترین مراقبت را که می توانید ارائه دهید.

2. در دسترس بودن اطلاعات و خدمات پیشگیری از بارداری ، آنچه می توانید انجام دهید روش های تنظیم خانواده در دسترس و نحوه ارائه آنها را بشناسید مطمئن شوید که منابع در انبار به اندازه کافی موجود است هیچ روشی را برای مراجعین رد نکنید در دادن اطلاعات کوتاهی نکنید.
3. اطلاعات و خدمات قابل دسترس : کاری که می توانید انجام دهید کمک کنید مطمئن شوید که می توانند از امکانات شما استفاده کنند حتی اگر ناتوانی جسمی داشته باشد در صورت امکان در اطلاع رسانی شرکت کنید از مراجعین حتی جوانان نخواهید که از شخص دیگری برای تنظیم خانواده خاص اجازه بگیرند.
4. اطلاعات خدمات قابل قبول : کاری میتوانید انجام دهید دوستانه و خوش برخورد باشید و کمک کنید تا امکانات خود را به این شکل بسازید خود را به جای مراجین بگذارید به این فکر کنید که چه چیزی برای مراجعین مهم است چه چیزی می خواهند و چگونه می خواهند ارائه شود.
5. کیفیت : کاری که می توانید انجام دهید دانش و مهارت خود را به روز نگه دارید از مهارت های ارتباطی خوب استفاده کنید بررسی کنید که داروهای ضد بارداری که ارائه می کنید قدیمی نباشد.
6. تصمیم گیری آگاهانه : چه کاری میتوانید انجام دهید روش های تنظیم خانواده را به وضوح توضیح دهید از جمله استفاده از آنها ، موثر بودن آنها و در صورت وجود چه عوارض جانبی ممکن داشته باشد ، به مراجعان کمک کنید تا آنچه را در روش تنظیم خانواده برایشان مهم است در نظر بگیرید.
7. حریم خصوصی و رازداری : کاری که می توانید انجام دهید در مورد مراجعین خود با دیگران صحبت نکنید مگر با اجازه و در صورت نیاز برای مراقبت از آنها ، هنگام صحبت با مراجعین مکانی را پیدا کنید که دیگران نتوانند بشنود ، آنچه را که مراجعین گفته است به دیگران نگوید سوابق مراجعین را به سرعت در مکانی مطمئین نگهداری کنید.
8. مشارکت : چه کاری میتوانید انجام دهید از مراجعین بپرسید در مورد خدمات تنظیم خانواده چه فکر می کنند برای بهبود مراقبت به آنچه می گویند عمل کنید.
9. مسئولیت پذیری : کاری که می توانید انجام دهید خود را در قبال مراقبت های که برای مراجعین انجام می دهید و حقوق آنها مسئول بدانید. (تنظیم خانواده 2018)

مروری کوتاه بر روش های مدرن پیشگیری بارداری در افغانستان :

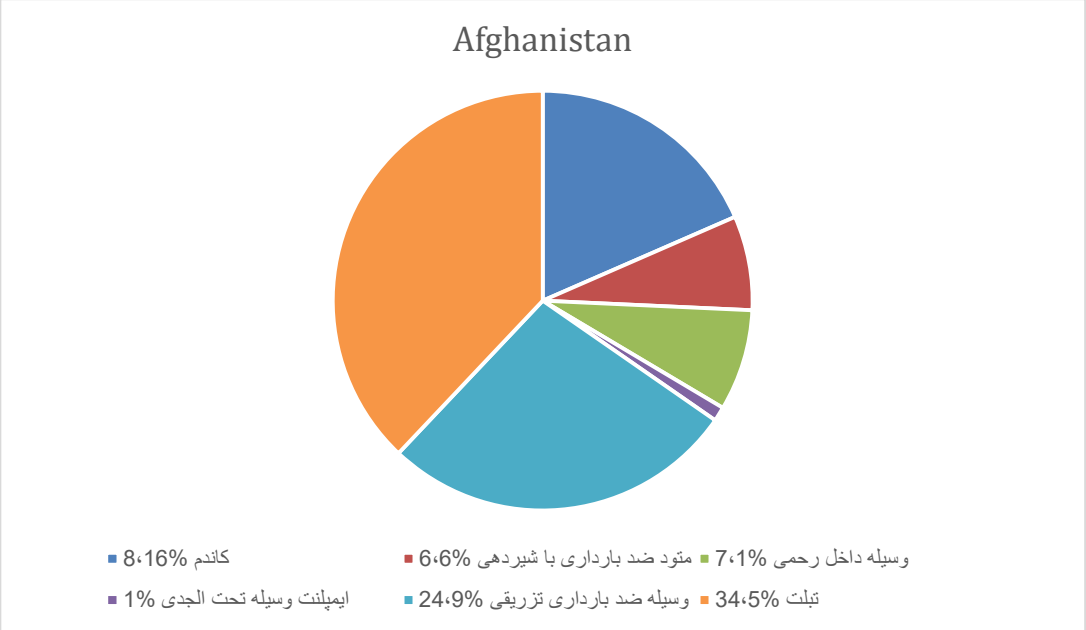


Figure 8. Modern Contraceptive Method Mix in Afghanistan

-روش های پیشگیری از بارداری :

روش ضد بارداری آمنوره :

اگر به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می کند (فقط به نوزاد شیر مادر بدهید) و کودک شما زیر 6 ماه سن دارند بعید است که پریود شوید به همین دلیل برخی از زنان از شیردهی به عنوان نوعی پیشگیری از بارداری طبیعی استفاده می کند

این روش به روش آمنوره (LAM) معروف است در صورت استفاده صحیح و مداوم ، کمتر از 2 نفر از هر 100 زنی که از LAM استفاده می کنند در 6 ماه اول باردار می شوند با این حال مراقب باشید که از روش به درستی استفاده کنید به کودک خود غذای دیگری ندهید زیرا ممکن است شیردهی شما را کاهش دهند LAM زمانی غیر قابل اعتماد می شود که:

- غذاها یا مایعات دیگر جایگزین شیر مادر شود.
- طفل شما به 6 ماهگی می رسد.
- شما دوباره پریود تان شروع شده باشد.
- بعد از تولد طفل این امکان وجود دارد که شما دوباره حمل بگیرید هنگامی که پریود شما شروع می شود زیرا دو هفته قبل از قاعده گی تخمک گذاری خانم آغاز می شود. (تنظیم خانواده 2018)

داروهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی ، (C COCS) همچنین تبلت های ترکیبی با دوز کم OCPS و OCS نیز نامیده می شوند ، ایمن و مناسب تقریبا برای همه زنان ، همه زنان می توانند به طور ایمن و موثر از COCS استفاده کنند از جمله زنانی که :

- طفل دارند یا طفل دار نشده اند
- متاهل هستند یا نیستند
- در هر سنی هستند از جمله نوجوانان و زنان بالای 40 سال
- بعد از زایمان و در طول شیردهی بعد از یک ماه
- سقط جنین به تازه گی ، سقط جنین یا حمل خارج از رحم داشته اید
- سیگرت بکشید اگر کمتر از 35 سال سن دارید
- کم خونی فعلی یا کم خونی در گذشته
- مبتلا به رگ های واریسی هستید
- آیا با HIV زندگی میکنید در درمان ضد رتروویروسی (برنامه تنظیم خانواده 2018)

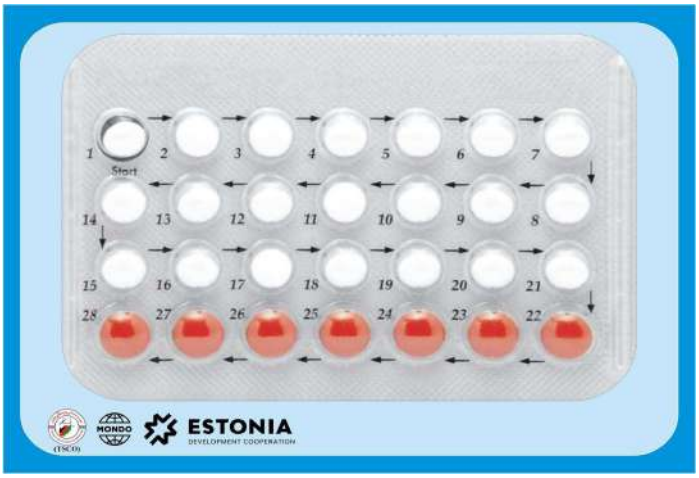


Figure 9. Combined oral contraceptives (COCs)

داروهای تزریقی فقط پروژسترون :

که از طریق تزریق در عضله (تزریق عضلانی) یا با فرمولاسیون جدید DMPA درست زیر پوست (تزریق زیر جلدی) انجام می شود سپس هورمون به آرامی وارد جریان خون می شود (خواندن دقیق از کتابچه راهنمای تنظیم خانواده).
اثر بخشی به تزریق منظم بستگی دارد خطر بارداری زمانی بیشتر است که خانم زرق را فراموش کند همانطور که معمولا استفاده می شود ، حدود 4 بارداری در هر 100 زن با استفاده از داروهای تزریقی فقط با پروژسترون در طول سال اول ، این بدان معناست که از هر 100 زنی که از داروهای تزریقی استفاده می کنند 96 نفر باردار نمی شوند هنگامی که زنان تزریق را به موقع انجام می دهند ، کمتر از 1 بارداری در هر 100 زن با استفاده از داروهای تزریقی فقط پروژسترون در طول سال اول (2 مورد در 1000 زن) بازگشت باروری پس از آن که تزریق قطع می شود .

تزریق متوقف می شود :
به طور متوسط حدود 4 ماه بیشتر برای DMPA و 1 ماه بیشتر محافظت در برابر عفونت های مقاربتی برای NET.EN نسبت به سایر روش ها عفونت (STI)

داروهای تزریقی ماهانه حاوی 2 هورمون پروژسترون و استروژن مانند هورمون های طبیعی پروژسترون و استروژن در بدن یک زن است.
(داروهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی نیز حاوی این دو هورمون هستند)

در درجه اول با جلوگیری از آزاد شدن تخمک از تخمدان ها (تخمک گذاری) اثر بخشی و بازگشت به موقع استفاده درست دارو خطر حاملگی زمانی بیشتر است که خانم برای تزریق دیر کرده یا تزریق را از دست بدهد همانطور که معمولا استفاده می شود.
حدود 3 بارداری در هر 100 زن با استفاده از تزریق ماهانه در طول سال اول ، این بدان معنی است که از هر 100 زنی که از داروهای تزریقی استفاده می کنند 97 نفر باردار نمی شوند هنگامی که زنان تزریق را به موقع انجام می دهند کمتر از 1 بارداری در هر 100 زن در طول سال اول (5 نفر در هر 10000 زن) از داروهای تزریقی استفاده می کنند. (تنظیم خانواده 2018)

تیکه های ترکیبی :
تیکه های ترکیبی نازک و مربعی از پلاستیک انعطاف پذیر که روی بدنه پوشیده شده است به طور مداوم 2 هورمون یک پروژسترون و یک استروژن مانند هورمون های طبیعی پروژسترون و استروژن در بدن یک زن آزاد می کند مستقیما از طریق پوست وارد جریان خون می شود اثربخشی بستگی به مصرف کننده دارد .
خطر بارداری زمانی بیشتر است که خانم برای تعویض تیکه دیر می کند .

حلقه های مهبلی :
حلقه های مهبل ترکیبی یک حلقه انعطاف پذیر که زن در مهبل خود قرار می دهد به طور مداوم 2 هورمون یک استروژن و یک پروژسترون مانند هورمون های طبیعی استروژن و پروژسترون در بدن یک زن از داخل حلقه ترشح می کند. هورمون ها از طریق دیواره های مهبل وارد جریان خون می شود حلقه ها به مدت 3 هفته در جای خودش قرار می گیرد و سپس آن را برای هفته 4 خارج می کنند ،در هفته 4 خانم عادت ماهوار خود را خواهد داشت .

ایمپلنت :
ایمپلنت ها میله های انعطاف پذیر کوچکی هستند که درست زیر پوست بازو قرار می گیرند محافظت طولانی مدت از بارداری را فراهم می کند ، بسته به نوع ایمپلنت تا 5 سال بسیار موثر است فورا قابل برگشت است برای نصب و کشیدن آن به یک ارائه دهنده آموزش دیده خاص نیاز دارید یک زن نمی تواند به تنهایی کاشت ایمپلنت را شروع یا متوقف کند هنگامی که ایمپلنت ها در جای خود قرار می گیرند نیاز کمی از مشتری وجود دارد .
از خطاهای کاربر و مشکلات مربوط به تامین مجدد جلوگیری میکند ، تغییرات خونریزی شایع است اما مضر نیست به طور معمول ، خونریزی نامنظم طولانی مدت در سال اول و سپس خونریزی خفیف تر منظم تر ، خونریزی نادر یا بدون خونریزی. (تنظیم خانواده 2018)

وسیله داخل رحمی مسی

- محافظت طولانی مدت از بارداری نشان داده شده که تا 12 سال بسیار موثر است بلافاصله قابل برگشت است.
- توسط یک پزشک آموزش دیده به داخل رحم تطبیق می شود.
- زمانی که IUD در جای خود قرار گرفت نیازی به مراجعه کننده نیست.
- تغییرات خونریزی شایع است به طور معمول خونریزی طولانی تر و شدیدتر و گرفتگی یا در بیشتر در طول خونریزی ماهانه به خصوص در 3 یا 6 ماه اول .

کمتر از یک بارداری در هر 100 زن که از IUD استفاده می کنند در طول سال اول (6 در هر 1000 زنی که به طور کامل از IUD استفاده می کنند و 8 مورد در 1000 زن به طور معمول) این بدان معنی است که از هر 1000 زنی که از IUD استفاده می کنند 992 تا 994 خانم باردار نمیشوند دستگاه داخل رحمی لوونورژسترول محافظت طولانی مدت از بارداری ، بسته به نوع LNG.IUD تا 7 سال بسیار موثر است. فورا قابل برگشت است

- هنگامی که IUD در جای خود قرار می گیرد دیگر به مراجعه بعدی ضرورت نیست
- تغییرات خونریزی شایع است اما ضرر ندارد به طور معمول خونریزی کمتر یا خونریزی های نادر یا نامنظم

در IUD کمتر از 1 یک بارداری به ازای هر 100 زن که از سال اول استفاده میکنند (2 خانم در 1000 خانم) این بدان معنی است که از هر 1000 خانمی که از IUD استفاده می کنند 998 نفر باردار نمی شوند.

عقیم سازی خانم ها :

عقیم سازی دائمی خانم ها در نظر گرفته شده برای محافظت مادام العمر دائمی و بسیار موثر در برابر بارداری ، قابلیت برگشت معمولا امکان پذیر نیست و شامل معاینه فیزیکی و جراحی است. این روش توسط یک ارائه دهنده به طور خاص آموزش دیده انجام می شود. بدون عوارض جانبی طولانی مدت وازکتومی دائمی در نظر گرفته شده برای محافظت مادام العمر دائمی و بسیار موثر در برابر بارداری ، برگشت معمولا امکان پذیر نیست ، شامل یک روش جراحی ایمن و ساده است 3 ماه تاخیر در اجرا مرد یا زن و شوهر باید تا 3 ماه پس از وازکتومی از روش پیشگیری استفاده کنند و این روش روی احساس جنسی مردان تاثیر نمی گذارد.

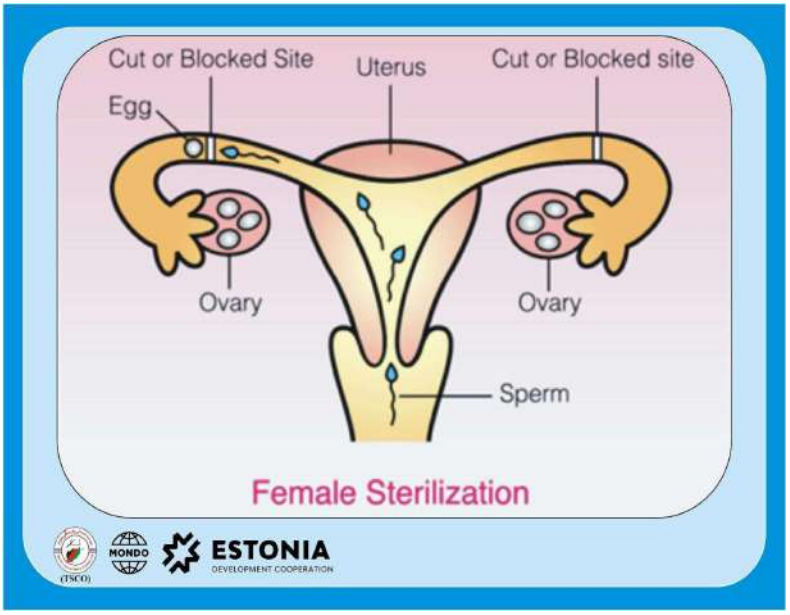


Figure 10. Female Sterilization

کاندم مردانه :

کاندم مردانه به محافظت در برابر عفونتهای مقاربتی از جمله HIV کمک می کند کاندم تنها روش پیشگیری از بارداری است که می تواند از بارداری و و عفونت های جنسی محافظت کند.

عفونت های منتقل شده برای بیشترین اثر بخشی به استفاده صحیح با هر عمل جنسی به کمک شریک جنسی زن و مرد نیاز است صحبت در مورد استفاده از کاندم قبل از رابطه جنسی می تواند شانس استفاده از کاندم را افزایش دهد. استفاده از کاندم ممکن است رابطه جنسی را برای برخی از مردان کسل کننده کند. گاهی اوقات بحث بین شرکا می تواند به غلبه به این اعتراض کمک کند. (تنظیم خانواده 2018)

(توضیح مفصل تنظیم خانواده کتاب راهنمای جهانی برای ارائه دهندگان 2018)

مشکلات و راهبردهای صحت باروری :

قابله دانش و مهارت های منحصر به فرد ، موقعیت به عنوان ارائه دهندگان خط مقدم و نزدیکی جغرافیایی و اجتماعی به جوامعی که به آنها خدمت می کنند نقش اساسی در آماده سازی و ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری SRH در محیط های بشردوستانه را دارند.

چالش های قابل توجهی در راهنمایی های بین المللی وجود دارد که محدوده عملکرد قابله ها را در بحران ها به ویژه برای مراحل کاهش ، آمادگی و بهبودی تعریف می کند ما یک بررسی سیستماتیک انجام دادیم تا شفاف سازی عملکرد قابلگی ارائه دهیم ، هدف این بررسی تعین این بود که قابله های SRH در ارائه چه خدماتی در چه مدیریت اضطراری در زمینه های بشردوستانه نقش دارند و چگونه با سایر متخصصان برای ارائه خدمات بهداشتی کار می کنند. (Beek et al 2019)

نکات کلیدی :

- تعریف پیشگیری از بارداری و فواید آن
- وضعیت تنظیم خانواده در افغانستان
- اصول حقوق بشر راهنمای خدمات تنظیم خانواده
- روش های پیشگیری از بارداری و نقش قابلگی در صحت باروری

منابع

Acceptance of family planning grows in Afghanistan, but myths linger. (2020). United Nations Populations Fund.
https://www.unfpa.org/news/acceptance-family-planning-grows-afghanistan-myths-linger
Afghanistan Family Planning. (2020). Family Planning 2020. https://fp2030.org/afghanistan
Beek, K., McFadden, A., Dawson, A. (2019). The role and scope of practice of midwives in humanitarian settings: a systematic review and content analysis. BMC.
Contraception. (2020). World Health Organisation.
https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1
Family Planning. A Global Handbook for Providers. (2018).
https://www.fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web_1.pdf

بارداری

نتایج:

1. اصول دوره امبریو جنینی را می داند.
2. می داند چگونه تاریخ تخمینی ولادت را تعیین کند.
3. می داند که چگونه بدن زنان با بارداری و تغییرات فیزیولوژیکی اصلی سازگار می شود.
4. مراقبت های معمول برای زنان باردار را می داند.
5. اصول معاینه شکم در بارداری را می داند.

هسته مراقبت قابلگی حمایت و آموزش یک زن در طول دوره بارداری است.
این تضمین می کند که زن از نظر جسمی و روانی برای ولادت و مادر شدن آماده است.
برخی از زنان ممکن است با یک بارداری طبیعی شروع کنند و سپس در طول مسیر دچار عوارض شوند و برخی از زنان با عوامل پیچیده شروع کنند، به این معنی که علاوه بر مراقبت های اساسی قابلگی، به مراقبت های پزشکی نیز نیاز دارند.
اگرچه خط مشی صحی ارائه مراقبت را تعیین می کند، تجربه بارداری و تولد کودک می تواند تأثیر حمایت، مراقبت و آموزش او و همسرش قرار گیرد. افراد و جنبه های فرهنگی بالقوه برای تاثیرگذاری و تغییر نتایج تولد، به درجات مثبت و منفی، وجود دارد.
به عنوان مثال، یک زن ممکن است در هر نقطه ای احساس رهایی و کنترل کند و از تجربه خود لذت ببرد، یا ممکن است منفعل یا ترسیده باشد، که احتمالاً باعث افزایش خطر مداخله بالقوه می شود.
ارائه مراقبت های زایمانی از طریق یک رویکرد مبتنی بر شواهد، راهنمایی ها و توصیه هایی را در مورد مراقبت های بالینی تضمین می کند که از تحقیقات ایجاد شده اند و زن را در مرکز آن مراقبت قرار می دهد بسیاری از زنان در سنین باروری که از نظر جنسی فعال هستند ممکن است مشکوک به بارداری باشند، به خصوص اگر دوره قاعدگی آنها به تعویق افتاده باشد و/یا سایر علائم بارداری مانند تهوع یا استفراغ را تجربه کنند. (جومین و کلارک 2015).
دوره جنینی دوره از لقاح تا پایان هفته هشتم است .
دوره از لقاح تا لانه گزینی بلاستوسیست در رحم (2 هفته) است گاهی اوقات دوره تخمک نامیده می شود. در طول دوره تخمک، زیگوت اولیه به سرعت تکثیر می‌شود و گلوله‌ای از سلول تولید می‌کند که مسیر خود را در طول لوله رحم به سمت رحم باز می‌کند.
پیچیدگی بلاستوسیست با پیشروی به سمت محل کاشت افزایش می یابد در طول دوره جنینی ساختارهای اصلی جنین تشکیل می شود و تا 8 هفته بیشتر اندام ها و سیستم ها ایجاد و کار می کنند، اما بسیاری از آنها در مرحله رشد نابالغ هستند.
در پایان هفته هشتم، ویژگی های بیرونی جنین قابل تشخیص است. چشم ها، گوش ها و دهان قابل مشاهده است، انگشتان دست و پا شکل گرفته اند و اندام ها دارای مفاصل آرنج و زانو هستند.
از هفته نهم تا تولد جنین در طول دوره جنینی بالغ می شود.
جنین از نظر اندازه، جسم و پیچیدگی به سرعت رشد می کند و نسبت های آن تغییر می کند (مثلاً سر تا تنه و اندام). وزن جنین در مراحل آخر دوره جنینی افزایش می یابد اندام ها و سیستم ها به رشد عملکردی خود ادامه می دهند و برخی از سیستم ها در بدو تولد تغییر می کنند (مثلاً سیستم تنفسی و گردش خون) تولد در انسان به طور معمول بین 37 تا 42 هفته پس از لقاح رخ می دهد. (Webster and Wreede 2016)
بارداری در سه تریمستر دوره بارداری نه ماهه تقویمی به دوره های 3 ماهه به نام سه تریمستر تقسیم می شود.
در طول سه ماهه اول، دوره های جنینی و اولیه جنین رخ می دهد.
در سه ماهه دوم، با رشد جنین، رحم بسیار بزرگتر می شود و علائم بارداری تهوع صبحگاهی کاهش می یابد.
جنین در سه ماهه سوم چرخش می کند و سرش به حفره لگن (درگیری) می افتد تا برای تولد آماده شود.

تخمک گذاری:

حدود 14 روز قبل از شروع دوره قاعدگی بعدی اتفاق می افتد اگر تخمک آزاد شده بارور شود، قاعدگی رخ نمی دهد.
لقاح باید در عرض 1 روز پس از تخمک گذاری، در یک دوره 18 تا 24 ساعته انجام شود.
دوره بارداری 40 هفته برابر با 10 ماه قمری است. یک دوره 10 ماهه قمری به طور متوسط 7 روز بیشتر از هر 9 ماه تقویمی است.

با استفاده از تاریخ شروع آخرین قاعدگی مادر، می توانید به سرعت با اضافه کردن 9 ماه تقویمی و 7 روز، تاریخ تخمینی زایمان را محاسبه کنید.
از نظر بالینی زمان بارداری از یک رویداد واضح تر تعیین می شود:
آخرین دوره قاعدگی (**LMP**):
از آنجایی که تخمک گذاری 2 هفته پس از قاعدگی اتفاق می افتد و لقاح در عرض 24 ساعت پس از تخمک گذاری اتفاق می افتد، یادداشت تاریخ LMP برای بیمار و از این رکورد هفته های بارداری و تاریخ پیش بینی شده تولد آسان تر و قابل اعتمادتر است.
تایید تاریخ ها با اسکن اولتراسوند تمرین خوبی است.
هر چه اسکن زودتر انجام شود، تخمین سن جنین دقیق تر است.
اگر نتایج بیش از 2 هفته با تاریخ قاعدگی متفاوت باشد، تاریخ اسکن باید به عنوان تاریخ صحیح پذیرفته شود و آگاهی از دوره تخمک، دوره جنینی و سه ماهه به درک دوره های حساسیت جنین و جنین کمک میکند.
به عنوان مثال، پس از دوره تخمک و در طول دوره جنینی، جنین ذره ای است .
EDD بر این اساس تنظیم شود.

سازگاری با بارداری:
افزایش مقادیر هورمون های در گردش باعث تغییرات بارداری در سراسر بدن می شود و تمام سیستم های بدن تحت تاثیر قرار می گیرند.
قابله ها باید این تغییرات طبیعی را بدانند بیشتر تغییرات در سیستم تناسلی رخ می دهد رحم که تحت هیپرتروفی و هیپرپلازی میومتر قرار می گیرد. دسیدوا نیز ضخیم تر و عروقی تر می شود.
پروژسترون باعث می شود که سلول های اندوسرویکال مخاط غلیظی ترشح کنند که یک پلاگین در کانال دهانه رحم ایجاد می کند و از بارداری در برابر عفونت صعودی محافظت می کند ماهیچه های واژن هیپرتروفیک و الاستیکی تر می شوند تا در مرحله دوم زایمان اتساع پیدا کنند.

تغییرات در سیستم قلبی عروقی:
- به دلیل افزایش حجم کار، قلب بزرگ می شود
- دهانه قلبی برای تطبیق با افزایش گردش خون افزایش می یابد
- حجم خون بیشتر میگردد
- مقاومت محیطی به دلیل اثر آرام بخش پروژسترون بر روی ماهیچه صاف رگ های خونی کاهش می یابد و منجر به کاهش فشار خون می شود.

جریان خون در رحم، پوست، سینه‌ها و کلیه‌ها افزایش می‌یابد و حجم خون بین 20 تا 50 درصد افزایش می‌یابد که بسته به اندازه، باروری و تک بودن یا چند گانه بودن بارداری متفاوت است.
تغییرات در سیستم تنفسی:
1.مصرف اکسیژن تا 40 هفته 15 تا 20 درصد افزایش می یابد تهیه آلوئولی افزایش یافته در نتیجه تبادل گازی بیشتر میشود.
2 . تغییرات در سیستم بولی.
3.جریان خون کلیه ها در سه ماهه دوم هفتاد تا هشتاد در صد افزایش می یابد.
4. میزان فیلتراسیون گلومرولی در هفته هشتم بارداری تا 45 درصد افزایش می یابد.
5.حالب ها تحت تأثیر پروژسترون شل می شوند و گشاد می شوند. فشرده شدن حالب ها در برابر لبه لگن می تواند منجر به استاز ادراری، باکتریوری و عفونت دستگاه ادراری شود.
6.با درگیر شدن سر جنین در پایان بارداری، مثانه ممکن است به سمت بالا جابجا شود.
تغییرات در دستگاه گوارش:
هفتاد درصد از زنان باردار حالت تهوع را تجربه می کنند که از حدود 4 تا 6 هفتگی شروع می شود و تا هفته 12 تا 14 ادامه می یابد
بیشتر زنان در بارداری متوجه افزایش اشتها و افزایش تشنگی می شوند .
بازگشت اسید به مری که منجر به سوزش سر دل می شود، شایع است انتقال غذا از طریق روده ها بسیار کندتر است و جذب آب از روده بزرگ افزایش می یابد که منجر به افزایش تمایل به یبوست می شود.

تغییرات اسکلتی:
رباطهایا اوتار حوصله تحت تاثیر ریلکسین و استروژن شل می‌شوند که بیشترین تاثیر را در هفته‌های آخر بارداری دارد. این به لگن خاصره اجازه می دهد تا ظرفیت خود را برای قرار دادن قسمت ارائه کننده در مرحله آخر بارداری و در طول

زایمان افزایش دهد. سمفیز پوبیس گشاده می شود و مفصل ساکروکوکسی گل شل می شود و باعث بیجایی کوکسی می شود. در حالی که این تغییرات زایمان واژینال را تسهیل می کند، احتمالاً علت کمردرد و درد اوتار شود.

تغییرات در پوست:

افزایش در رنگ هاله یا نوک ثدیه، خط میانی شکم، پرینه و زیر بغل به دلیل افزایش هورمون محرک ملانین هیپوفیز است. ماسک بارداری یا کلواسما، رنگ آمیزی عمیق‌تر صورت، در 50 تا 70 درصد زنان ایجاد می‌شود زنان مو تیره شایع‌تر است و با قرار گرفتن در معرض نور خورشید تشدید می‌شود. استریا گراویداروم که معمولاً علائم کششی نامیده می شود، زمانی رخ می دهد که لایه کلاژن پوست بر روی مناطقی که چربی رسوب کرده است، مانند سینه ها، شکم و ران ها کشیده می شود. علائم کشش به صورت نوارهای قرمز ظاهر می شوند و در عرض 6 ماه پس از زایمان به خطوط سفید نقره ای تغییر می کنند موهای سر، صورت و بدن ضخیم تر می شوند.

تغییرات در سینه ها :

- تغییرات سینه یکی از اولین علائم بارداری است که مادر متوجه آن می شود.
- از حدود 3 تا 4 هفته حاملگی جریان خون و حساسیت به لمس افزایش می یابد، سیاهرگ ها برجسته تر می شوند و سینه ها احساس گرما می کنند.
- تحت تأثیر استروژن، چربی در سینه ها رسوب می کند و اندازه آنها افزایش می یابد.
- لوله ها و مجاری شیری بزرگ می شوند.
- ناحیه رنگدانه شده اطراف نوک پستان تیره می شود.
- پروژسترون باعث رشد لوبول ها و آلوئول ها می شود و توانایی ترشحی این ساختارها را برای شیردهی ایجاد می کند.
- پرولاکتین تولید کلستروم را از سه ماهه دوم به بعد تحریک می کند و پس از زایمان مسئول شروع تولید شیر است. (راهنمای آکسفورد برای قابله گی 2017)

رزرو نمودن وقت برای ملاقات مراقبت های قبل ازولادت :

یک زن در مصاحبه ریزرف شده با قابله ملاقات خواهد کرد که در آن تاریخچه صحی، اجتماعی و روانشناختی او گرفته می شود و توصیه هایی در رابطه با آزمایش و سلامتی برای زن و جنین در حال رشد ارائه می شود.

- عواملی که باید در نوبت ملاقات با قابله مورد بحث قرار می گیرند:
- سبک زندگی، شرایط ایمن در خانه برای کار
- شرایط سفر، رابطه جنسی
- تغذیه سالم و/یا نیاز به مکمل ها – ویتامین دی ، آهن و فولیک اسید.
- عفونت های اکتسابی غذایی: لیستریا و توکسوپلاسموز (از جمله مدفوع حیوانات)
- قرار گرفتن در معرض احتمالی با مواد خطرناک استعمال دخانیات، الکل و سایر مواد

(جومین و کلارک 2015)

مراقبت های روتین عمومی برای زنان بار:

مشاهدات پایه مادر - دما، نبض، تنفس، فشار خون، شاخص توده بدن، آزمایش ادرار و غربالگری برای باکتریوری بدون علامت سابقه قبلی، سلامت عمومی و مسائل مربوط به سبک زندگی را ارزیابی کنید. غربالگری هماتولوژیک - غلظت هموگلوبین(Hb) ، گروه خونی، فاکتور رزوس و آنتی بادی ها را ارائه دهید. گلوکز خون تعیین عوامل خطر - شرایط پزشکی از قبل موجود، روش‌های جراحی مرتبط، یا تروما (مانند ناهنجاری‌های قلبی، جراحی رحم، یا شکستگی لگن) مکمل های غذایی یا ویتامین D و اسید فولیک رژیم غذایی را توصیه کنید. تحقیق معمول برای آزار خانگی وضعیت سلامت روان پریناتال را ارزیابی کنید .	ارزیابی فیزیکی و روانی؛ هم تاریخچه و هم یافته های فعلی را در نظر بگیرید برای ارزیابی سلامتی، بیز لاین را شروع کنید. بحث و پیشنهاد اسکرینینگ مادر و جنین را نماید (سونوگرافی)	رزرو سه ماهه اول تریمستر اول
مشاهدات مادر - در هر قرار ملاقات قبل از زایمان، خون اندازه گیری فشار و آزمایش ادرار برای پروتئین، برای بررسی پره اکلامپسی ، در هر قرار ملاقات قبل از زایمان، زن باید از نیازها مطلع شود. اگر او از یک متخصص مراقبت های بهداشتی مشاوره فوری دریافت کند، علائم پره اکلامپسی را تجربه می کند. در هر قرار ملاقات قبل از زایمان، آگاهی از سلامت جنین را افزایش دهید بحث در مورد حرکات جنین در هر جلسه قبل از زایمان، از هفته 25 (حدود 5 ماه و نیم) Symphysis fundal - ارتفاع باید اندازه گیری و ثبت شود در هفته 28 (حدود 6 ماه و نیم) آزمایش شمارش کامل خون، گروپ خون و آنتی بادی را تکرار کنید.	ارزیابی فیزیکی و روانشناختی و یافته های فعلی بحث کنید و برای در یافت انحرافات صحی اسکرینینگ را برای جنین و مادر پیشنهاد نماید	ریزرو سه ماه دوم ۲۵ تا ۳۴ هفته (حدود هشت ماهه)
مشاهدات مادر - بررسی و نظارت (در بالا نشان داده شده است .). برنامه ریزی تولد قریب الوقوع – آموزش والدین از هفته 36، وضعیت ظاهری و وضعیت جنین را بررسی کنید. اشغال حوصله توسط عضو معتلنه در مورد مراقبت از نوزاد و دوره پس از زایمان بحث کنید. از هفته 38 - در مورد مدیریت بارداری طولانی بحث کنید از هفته ۴۱ - از تصمیمات زن برای القای زایمان حمایت کنید. توصیه می شود که اگر نوزاد دارای گروپ خون رزوس مثبت است، برای زنان باردارچه در دوران بارداری و یا بعد از بارداری که ار ایچ دی شان منفی است ، انتی دی پروفیلاکسی یا وقایوی توصیه شود.	ارزیابی فیزیکی و روانی هم تاریخ را در نظر بگیرید و هم روی یافته های فعلی بحث کنید و بررسی مادری و جنینی و مانیتورینگ برای انحرافات در سلامتی مادر و نوزاد و آماده شدن برای تولد و مادر شدن	قرارهای قبل از زایمان 34-42 هفته سوم سه ماهه

جدول اصلاح شده از "مبانی قابلگی" توسط جومین و کلارک (2015)

معاینه شکم در بارداری:

لمس شکم برای تظاهرات جنین به ایجاد تظاهرات جنین کمک می کند و ممکن است بر برنامه ریزی و مدیریت زایمان تأثیر بگذارد. اگر جنین بعد از 36 هفتگی در وضعیت سفالیک قرار گیرد، نشانه خوبی است که موقعیت مناسب جنین برای زایمان است.معاینه شکم از هفته 20-24 بارداری انجام می شود.

اصولی که قبل از معاینه شکم باید در نظر گرفت:

برای جلوگیری از فشرده سازی آئورت-کاوال، از آنجایی که دیواره های شریانی آرام تر هستند، مهم است که از قرار دادن زن در وضعیت خوابیده بدون مراقبت در سه ماهه سوم بارداری خودداری کنید.

- برای کاهش افت فشار خون وضعیتی، زن باید در وضعیت نیمه دراز کشیده، با بازوها در کنار و زانوهای خمیده دراز بکشد.
- اطمینان از حیثیت و آسایش، حریم خصوصی زن.

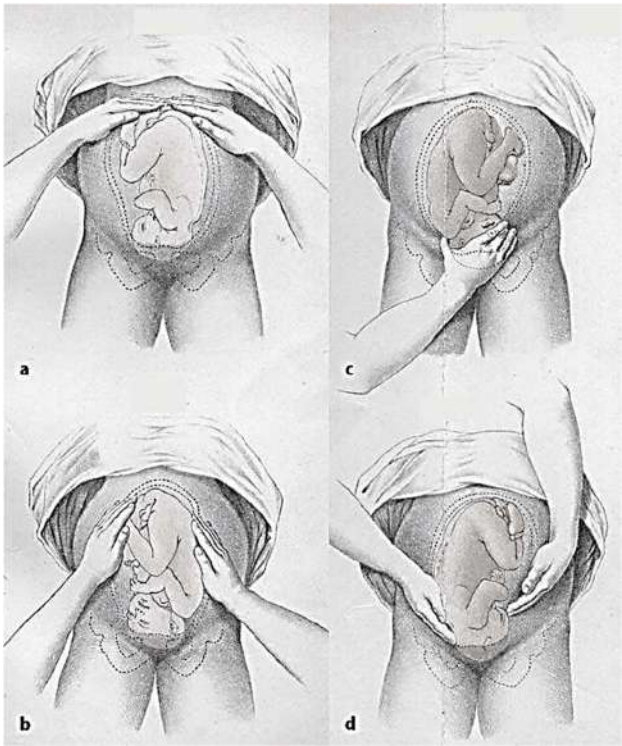
- زن باید مثانه خالی داشته باشد
- قابله باید از فشار ملایم استفاده کنند و با بالشتک لمس کنند نه با نوک انگشت اندازه گیری ارتفاع فوندال اندازه گیری قد پایه به طور کلی مانند یک هفته بارداری است

ابتدا فوندوس را با قرار دادن دست زیر xiphisternal و حرکت دادن دست به سمت پایین تا زمانی که فوندوس احساس شود شناسایی کنید.

- نوار اندازه گیری را محکم کنید و محور طولی رحم را تا لبه بالایی سمفیز پوبیس اندازه بگیرید.
- اندازه گیری بر روی نمودار رشد رسم شده است.

لمس شکم باردار:

- لمس فوندال برای شناسایی قسمت های جنین، مانند سرین یا سر جنین.
- لمس جانبی برای شناسایی محل پشت جنین.
- لمس لگن برای شناسایی قسمت معتلنه و جایگیری آن در حوصله.



وقتی سر دیگر قابل حرکت نباشد، «تثبیت» می شود (هولمز و بیکر 2006).

لمس حوصله باید از هفته 36 بارداری معمول باشد.

ارائه نادرست مشکوک باید با زن در میان گذاشته شود و در صورت امکان با سونوگرافی تایید شود.

(Lindsay, Bagness and Peate 2018)

Figure 10. Palpation of pregnant abdomen (Anneliis Aavik, 2022)

موقعیت بهینه جنین برای تولد، دراز کشیدن طولی و سفالیک، بر پشت سمت چپ مادر است.

پس از شناسایی موقعیت جنین، سمع معمولی قلب جنین توسط گوشی پزشکی پینارد یا داپلر جنین انجام می شود. بهترین موقعیت برای تعیین ضربان قلب جنین از ناحیه پشت جنین است.

برای تظاهرات سفالیک، ربع پایینی رحم است. ضربان قلب طبیعی جنین 110-160 ضربه در دقیقه است و نبض مادر باید همزمان گرفته شود تا ضربان قلب جنین از مادر متمایز شود.

نقاط کلیدی:

- سازگاری فیزیولوژیکی با بارداری
- مراقبت های معمول برای خانم باردار
- معاینه شکم برای ارزیابی وضعیت جنین

منابع

Holmes, D., Baker, P, N. (2006). Antenatal Care. Midwifery by Ten Teachers. CRC Press. Taylor & Francis Group.
Jomeen, J., Clarck, J. (2015). Antenatal care. Fundamentals of Midwifery A Textbook for Students. Wiley-Blackwell
Lindsay, P., Bagness, C., Peate, I. (2018). Midwifery Skills at a Glance. Wiley-Blackwell.
Oxford Handbook of Midwifery. (2017). Oxford University Press. UK.
Webster, S.,Wreede, R. (2016). Embryology at a Glance. Wiley-Blackwell.

زایمان

پی آمد:

1. آشنایی با مفاهیم اساسی نحوه قرارگیری جنین در رحم و نحوه تعیین موقعیت.
2. آشنایی با مراحل زایمان.
3. آشنایی با حرکات اصلی زایمان و مکانیسم زایمان طبیعی.
4. آشنایی با حرکات وضعیت قرارگیری در حین زایمان.
5. آشنایی با علائم دیداری، شنیداری و بیرونی زایمان
6. آشنایی با اصول مراقبت و مدیریت مرحله دوم و سوم زایمان

مراحل زایمان

زایمان یک فرایند مداوم است. اما برای اهداف کلینیکی، به سه مرحله تقسیم می شود:

مرحله اول به فاصله بین شروع زایمان و اتساع کامل دهانه رحم اشاره دارد. بیشتر به فاز نهفته (دوره بین شروع زایمان و نقطه ای که در آن تغییر در شیب سرعت اتساع دهانه رحم مشاهده می شود) و فاز فعال (که بیشتر با نرخ بیشتر اتساع دهانه رحم ارتباط دارد تقسیم می شود و معمولاً در حدود 3-4 سانتی متر اتساع هستند). فاز نهفته طبیعی در نل آپارا کمتر از 20 ساعت و در مولتی آپارا کمتر از 14 ساعت است. در فاز فعال، دهانه رحم باید حداقل 1.2 سانتی متر در ساعت در نل آی پارا (بیش از 1.5 سانتی متر در ساعت در مولتی آپارا) گشاد شود. تاخیر در اتساع دهانه رحم در فاز فعال بیش از 2 ساعت نشان دهنده دیستوشی زایمان است و نیاز به ارزیابی بیشتر دارد.

مرحله دوم زمانی شروع می شود که دهانه رحم به اتساع کامل (10 سانتی متر) برسد – نه زمانی که مادر شروع به فشار دادن کند – و با زایمان جنین به پایان می رسد. طولانی مدت بودن مرحله دوم اشاره به بیش از 3 ساعت به شمول و یا بیش از 2 ساعت بدون بی دردی منطقه ای نل اپارا، و یا بیش از 2 ساعت با یا بیش از 1 ساعت بدون بی دردی منطقه ای در مولتی اپارا دارد.

مرحله سوم به زایمان جفت و غشای جنین اشاره دارد و معمولا کمتر از 10 دقیقه طول می کشد. در صورت عدم وجود خونریزی بیش از حد، ممکن است تا 30 دقیقه قبل از مداخله اجازه داده شود .(Norwitz and Schorge 2013)

برای ارزیابی تأثیر بالقوه جنین بر ویژگی‌های فرآیند زایمان، داشتن آگاهی از مفاهیم اساسی که به طور معمول برای توصیف نحوه قرار گرفتن بدن جنین در رحم استفاده می‌شود، مهم است. قابله باید بتواند با لمس کردن شکم حامله با مانور لئوپولد، معاینه واژینال و در صورت لزوم و در دسترس سونوگرافی، وضعیت ظاهری و وضعیت جنین را با استفاده از ستون مهره و لگن مادر به عنوان نقاط مرجع تشخیص دهد. (به فصل بارداری در مورد لمس شکم حامله مراجعه کنید). دقت مانورهای لئوپولد می تواند به دلیل عادت بدن مادر، وجود فیبروم های رحمی، حاملگی های متعدد یا پلی هیدرآمنیوس مختل شود.(López-Zeno 2008)

تعیین خواب جنین در رحم:

دروغ جنینی رابطه بین ستون پشتی جنین و مادر (محور طولی بدن انسان) است. اگر جنین و ستون مادری موازی باشند (روی یک محور طولانی) به دروغ عمودی یا طولی گفته می شود. این شایع ترین دروغ جنین ها در هنگام زایمان است. برخلاف این دروغ عرضی است که در آن جنین نسبت به ستون پشتی مادر 90 درجه قرار می گیرد. انواعی از این دو دروغ وجود دارد که در آنها ممکن است جنین در حال گذار از دروغ عمودی به عرضی باشد. اینها دروغ های منحرف کننده است. زمانی که سر جنین کاملاً درگیر نشده و شناور است، ممکن است در یک دروغ ناپایدار یا متغیر باشد. این وضعیت بیشتر در موارد پلی هیدرآمنیوس شدید و نارس مشاهده می شود. قابله باید توجه داشته باشد که اگر زن در حال زایمان فعال باشد و دهانه رحم او گشاد شده باشد، جنین در این نوع دروغ افتادگی بند ناف است(. (López-Zeno 2008

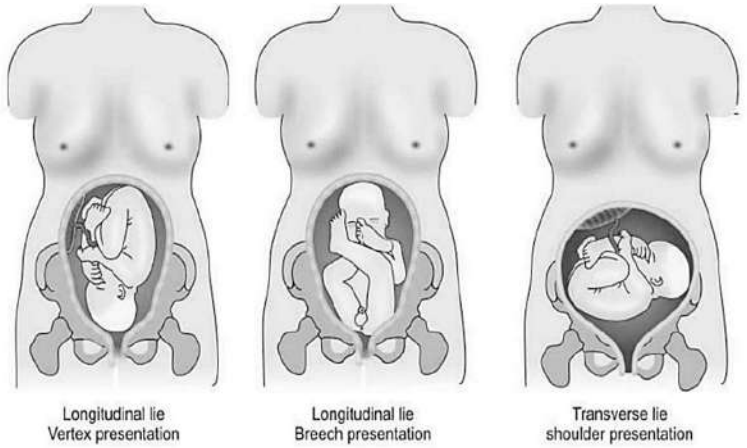


Figure 11. Foetal lie in uterus (Anneliis Aavik, 2022)

تعیین نگرش جنین در رحم:

نگرش به عنوان ارتباط بخش های مختلف جنین با یکدیگر تعریف می شود. در حالت عادی، جنین در حالت خمش جهانی قرار دارد. توضیح آناتومیک این وضعیت این است که جنین را قادر می سازد کمترین فضا را در حفره داخل رحمی اشغال کند. ارزیابی نگرش جنین بدون کمک سونوگرافی یا معاینه واژینال بسیار دشوار است، اگر نگوییم غیرممکن است (López-Zeno 2008).

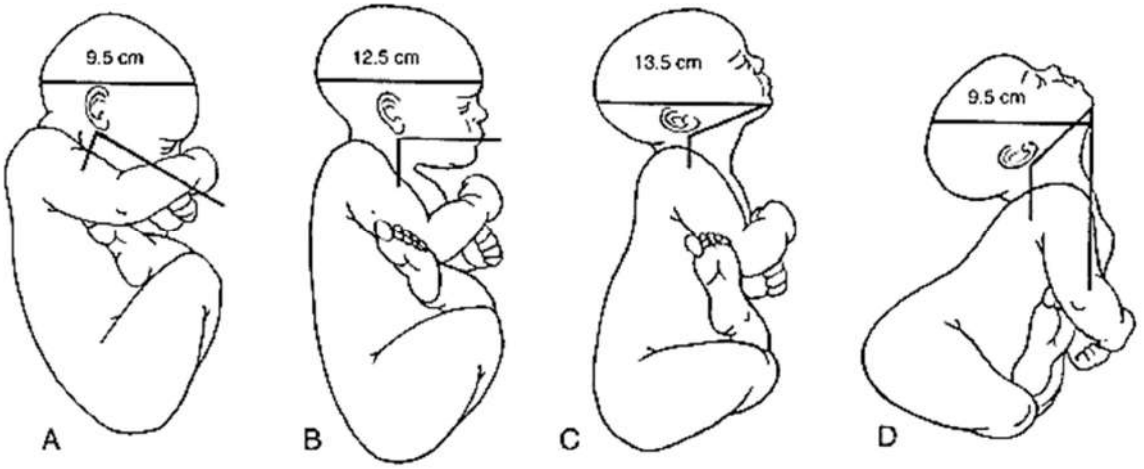


Figure 12. Determination foetal attitude in uterus (Anneliis Aavik, 2022)

تعیین تظاهرات جنین در رحم:

ارائه پایین ترین ساختار جنین در لگن مادر است. به این تظاهرات جنینی گفته می شود. در یک دروغ عمودی (یا طولی)، ظاهر جنین می تواند سفالیک یا بریچ باشد. در دروغ عرضی، ظاهر معمولاً پشت یا شانه است. در دروغ مایل معمولاً شانه یا بازو است. تظاهرات سفالیک را می‌توان بر اساس میزان خم شدن سر جنین طبقه‌بندی کرد: سر خمیده به‌عنوان نمایش رأس، خم شدن ناقص به‌عنوان تظاهرات عمقی، سر نیمه کشیده (انحراف) به عنوان نمایش ابرو توصیف می‌شود. و اکستنشن کامل سر به عنوان نمایش چهره. ظاهر بریچ را می توان به دلیل نگرش یا خم شدن مفاصل ران و زانو دسته بندی کرد. اگر خم شدن در لگن و اکستنشن در زانو وجود داشته باشد، جنین بریچ آزاد است. اگر در هر دو مفصل ران و زانو خمیدگی وجود داشته باشد، جنین بریچ کامل یا کامل است. بریچ پا دارای یک یا هر دو باسن و زانو در اکستنشن جزئی یا میانی است. گاهی اوقات به این جنین بریچ ناقص گفته می شود. تظاهرات غیر از سفالیک یا بریچ در حاملگی تک قلو نیاز به مسیر شکمی زایمان دارد. این تظاهرات غیرمعمول هستند و در کمتر از 1% تا 2% از تمام زایمان ها رخ می دهند. تظاهرات غیر طبیعی بیشتر در موارد چندقلویی رخ می دهد که معمولاً بر دوقلو دوم تاثیر می گذارد. بسته به شرایط بالینی، زایمان واژینال دوقلو دوم ممکن است. (López-Zeno 2008)

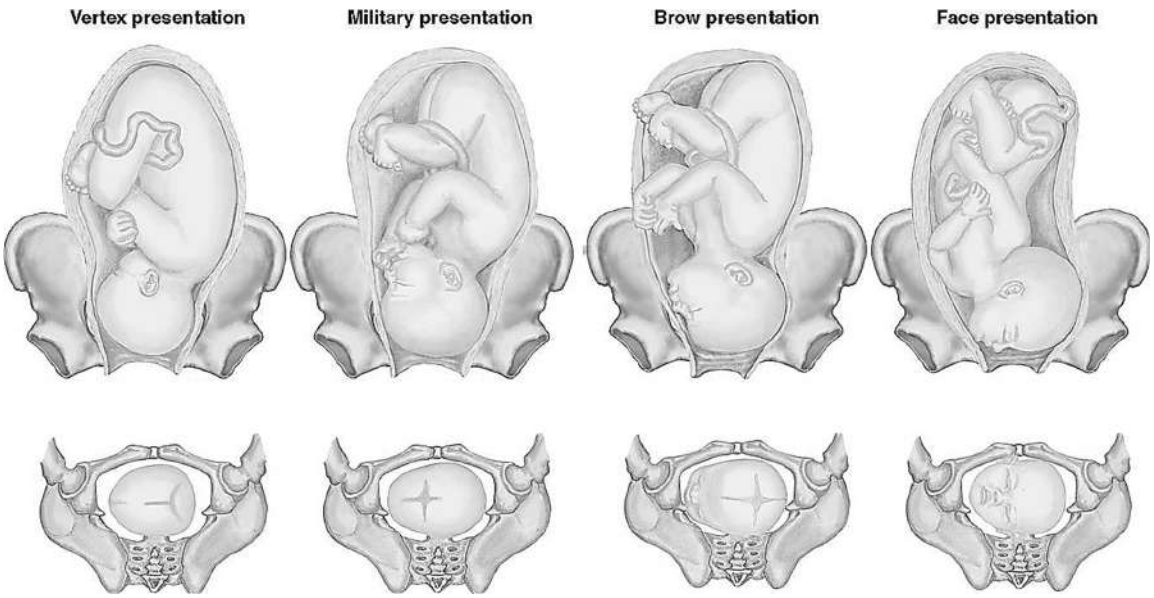


Figure 13. Degree of flexion of the foetal head (Anneliis Aavik, 2022)

تعیین موقعیت بخش ارائه کننده:

مرحله بعدی در ارزیابی جنین شامل تعیین موقعیت قسمت ارائه کننده است. این توصیفی از رابطه قسمت ارائه دهنده جنین با لگن مادر است. در مورد دروغ طولی با نمایش رأس، اکسی پوت کالواریوم جنین نقطه عطفی است که برای توصیف موقعیت استفاده می شود. هنگامی که اکسی پوت رو به سمفیز شرمگاهی مادر باشد، این موقعیت را اکسی پوت قدامی مستقیم می نامند. اگر اکسیپوت بین خارهای ایسکیال و سمفیز باشد به آن اکسی پوت قدامی راست یا چپ می گویند. اگر اکسی پوت در نیمه راه بین پرومونتوریوم استخوان خاجی و سمفیز قرار داشته باشد، این موقعیت به صورت عرضی پس سری چپ یا راست گفته می شود. با نزدیک شدن اکسیپوت به ساکروم، به سمت راست یا چپ خلفی تبدیل می شود. هنگامی که اکسیپوت مستقیماً به سمت پایین باشد (یعنی رو به استخوان خاجی یا دنبالچه)، این موقعیت را اکسی پوت خلفی مستقیم مینامند. این روش برای توصیف موقعیت جنین را می توان با جایگزینی راس به جای علامت آناتومیک جنین در سایر موارد اعمال کرد. (López-Zeno 2008)

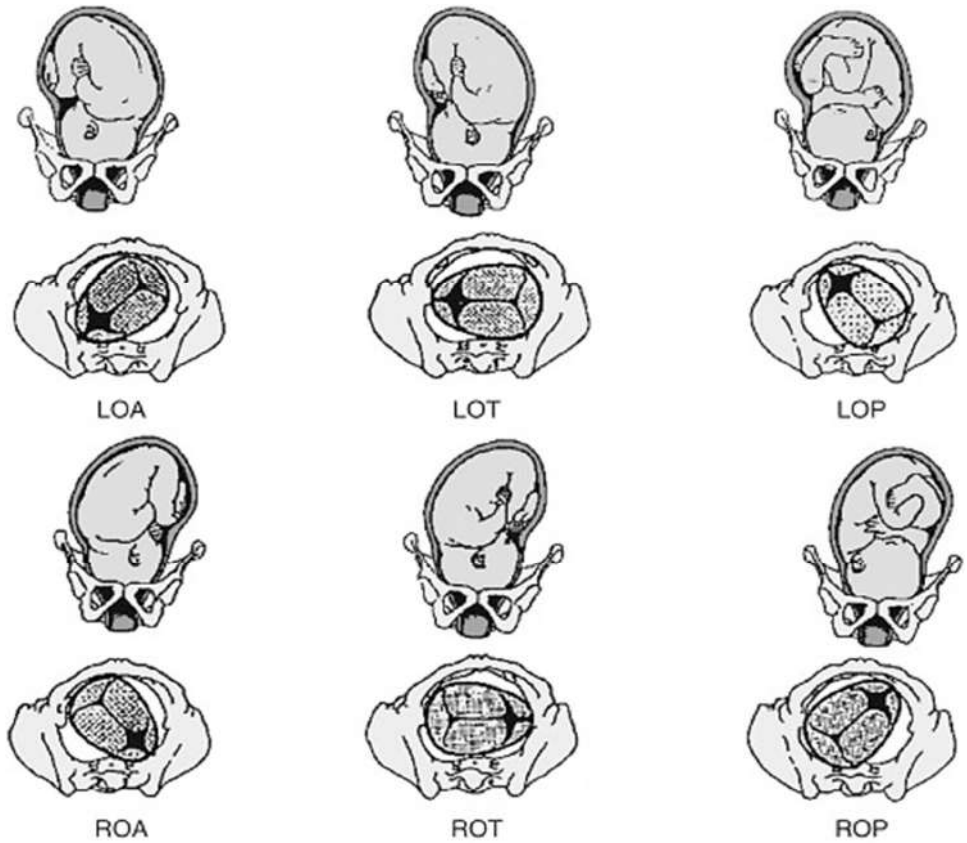


Figure 14. Determination the position of the presenting part (Anneliis Aavik, 2022)

در مواردی که بریچ ارائه می شود از ساکروم جنین برای موقعیت استفاده می شود. با دروغ های عرضی و مایل می توان از ساختارهای شانه برای توصیف موقعیت استفاده کرد. بروز دروغ عرضی 0.3 درصد گزارش شده است.
ناهنجاری‌های جنینی می‌تواند باعث این (و سایر) ناهنجاری‌ها شود. این دو نوع دروغ با بزرگ بودن، انقباض لگن مادر، جفت سرراهی، نارس بودن، پلی هیدرآمنیوس و ناهنجاری های رحمی مانند سپتوم عرضی یا لیومیوم همراه بوده است. بیمار در آخرین ماه بارداری خود با جنین در حالت عرضی یا مورب برای ارزیابی هر یک از عوامل خطر فوق به سونوگرافی و معاینه فیزیکی نیاز دارد. اگر هیچ گونه منع مصرفی شناسایی نشود، یک جایگزین مدیریتی نسخه خارجی سفالیک خواهد بود. موفقیت نسخه سفالیک خارجی در موارد دروغ عرضی حتی در صورت انجام داخل زایمان تا 83% گزارش شده است. اگر قرار است سزارین انتخابی انجام شود، باید برای هفته آخر بارداری برنامه ریزی شود، زیرا 83 درصد از دروغ های عرضی قبل از هفته 39 به طور خود به خود تبدیل به راس می شوند. این مدیریت انتظاری باید فردی باشد. بیمارانی که علائم زایمان زودرس را نشان می دهند یا کسانی که دارای گشاد شدن دهانه رحم هستند، کاندیدای تلاش برای انجام یک نمونه خارجی یا زایمان با سزارین قبل از هفته 39 هستند (López-Zeno 2008).
نشانه‌های آناتومیک جنین که برای توصیف وضعیت ظاهری ابرو و صورت استفاده می‌شوند، برگما و منتوم هستند. چشم انداز ارائه مداوم ابرو برای زایمان طبیعی ضعیف است. تقریباً دو سوم نمایش ابروها به راس یا صورت تبدیل می شود. خوشبختانه، این یک تظاهرات نادر است، با بروز تنها 0.05٪. اگر ظاهر به صورت ابرو ادامه یابد، باید سزارین انجام شود. بروز نمایش چهره 0.21 درصد از کل زایمان ها ذکر شده است. در موارد نمایش صورت، زایمان واژینال را می‌توان با موقعیت قدامی منتوم انجام داد، اما موقعیت خلفی منتوم مانع از حرکت اصلی پنجم زایمان (اکستنشن) می‌شود. اکثر جنین‌هایی که در وضعیت خلفی صورت یا منتوم قرار دارند و از طریق واژینال زایمان می‌کنند، پس از تبدیل شدن در طی چرخش داخلی به موقعیت قدامی یا عرضی منتوم، این کار را انجام می‌دهند. جنینی که در موقعیت خلفی منتوم دائمی قرار دارد، اگر خیلی نارس باشد یا لگن بزرگ مادر باشد، می‌تواند از طریق واژینال به دنیا بیاید. در اغلب موارد، این مورد نخواهد بود. بیش از 75 درصد از جنین ها در ترم با موقعیت خلفی امنتوم به دلیل دیستوشی زایمان نیاز به زایمان با سزارین

دارند. این در تضاد با نرخ موفقیت بیش از 88 درصدی زایمان واژینال با موقعیت قدامی منتوم است. با توجه به این داده‌ها، بسیاری از پزشکان ترجیح می‌دهند که سزارین را برای جنین‌ها با نمایش صورت و موقعیت خلفی منتوم، بدون اجازه آزمایش زایمان انجام دهند. حتی اگر تلاش برای زایمان واژینال یک نمایش قدامی منتوم انجام شود، قطر قسمت ارائه شده ممکن است از ظرفیت لگن مادر بیشتر شود. چنین وضعیتی نیز به زایمان شکمی نیاز دارد. قبل از اجازه دادن به زایمان واژینال جنین در حالت نمایش صورت و موقعیت قدامی منتوم، پزشک باید احتمال ناهنجاری جنینی را که باعث بروز ناهنجاری می‌شود، رد کند. نمایش ابرو و صورت باید پزشک را از احتمال ناهنجاری مادرزادی جنین، مانند تیرومگالی، هیگرومای کیستیک و غیره که می تواند از خم شدن سر جلوگیری کند، آگاه کند. علاوه بر این، عوامل مادری مانند زایمان زودرس، لگن غیرطبیعی، چند قلو باری و جفت کم ارتفاع با انحراف سر جنین مرتبط است. پس از رد کردن احتمال ناهنجاری جنین با استفاده از معاینه سونوگرافی دقیق، قابله باید احتمال انقباض لگن مادر را رد کند. اگر
در لگن سنجی بالینی علائمی از لگن غیر طبیعی وجود داشته باشد، پزشک باید یک عکس برداری با اشعه ایکس یا لگن سنجی دیجیتال را در نظر بگیرد. علاوه بر تظاهرات فوق و وضعیت جنین، نمایش های ترکیبی وجود دارد که در آن یک یا چند اندام جنین علاوه بر رأس یا بریچ ظاهر می شود. این به عنوان "پرولاپس یک اندام در کنار قسمت ارائه کننده، که هر دو به طور همزمان وارد کانال لگن می شوند" توصیف شده است. میزان بروز این نوع ارائه از 9% 0.15 تا 0.4% گزارش شده است. به دنبال آن یک ترکیب راس، دست و بند ناف (17٪) ایجاد می شود. بسیار مهم است که پزشک در هنگام ارزیابی بیمار با تظاهرات ترکیبی، وجود افتادگی بند ناف را رد کند. عوامل خطر برای این نوع تظاهرات عبارتند از انقباض لگن مادر، زایمان زودرس، کوچک بودن جنین در سن حاملگی و مادربزرگ. اکثر زنانی که جنین‌هایشان ظاهر ترکیبی دارد، می‌توانند از طریق واژینال زایمان کنند. در یک سری از 131 بیمار، 10 نفر تنها 2 مورد نیاز به سزارین داشتند. در طول زایمان، اندام معمولاً به کنار بدن می لغزد و ظاهر ترکیبی خود به خود به یک نمایش رأس تبدیل می شود. (2008 López-Zeno)

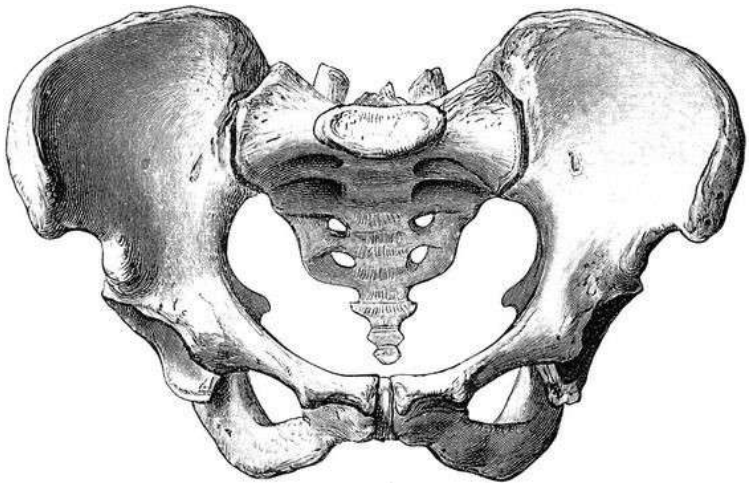


Figure 15. Female pelvis (Anneliis Aavik, 2022)

تعیین سطح قسمت ارائه کننده در لگن مادر:

علاوه بر دروغ، وضعیت ظاهری و وضعیت جنین، سطح یا ایستگاه قسمت ارائه کننده در لگن مادر یک عامل کلیدی در روند زایمان است. برای این ارزیابی، توبروزیته های ایسکیال لگن مادر به عنوان ساختارهای شاخص آناتومیک استفاده می شود. اگر قسمت ارائه کننده بالای خارها باشد، با استفاده از اعداد منفی توصیف می شود. اگر قسمت ارائه کننده غیر قابل لمس باشد، در یک ایستگاه شناور است. اگر به خوبی روی دهانه رحم اعمال شود، اما بالای ستون فقرات، می تواند از -1 تا -3 باشد. تنوع ذهنی قابل توجهی در انتساب ایستگاه در بین آزمایشگران وجود دارد. برخی این اعداد را معادل سانتی متر می دانند. هنگامی که یک قسمت ارائه کننده در سطح ستون ها قرار می گیرد، درگیر می شود و در ایستگاه 0 قرار می گیرد. در زیر ایستگاه صفر از اعداد مثبت استفاده شده است. اگر قسمت ارائه کننده در مقابل کف لگن باشد، در ایستگاه +3 قرار دارد. (2008 López-Zeno)

جنبش های کاردینال کارگری

برای تطبیق خود با ابعاد لگن مادر، جنین باید یک سری تغییرات را در نگرش قسمت ارائه کننده خود متحمل شود. این برای نزول جنین از طریق کانال زایمان لازم است. حرکات اصلی زایمان در یک نمایش رأس به شرح زیر است:

درگیری : زمانی که قطر دو پاریتال در سطح ورودی لگن یا پایین تر باشد، راس درگیر می شود. در عمل بالینی، این به یک پس سری قابل لمس در ایستگاه 0 ترجمه می شود.

فرود : این حرکت اصلی معمولاً همزمان با نامزدی اتفاق می افتد و معمولاً در اواخر مرحله فعال مرحله اول زایمان ثبت می شود.

خم شدن: با پایین آمدن راس به داخل لگن مادر، با مقاومت عضلات کف لگن مادر مواجه می شود. این باعث خم شدن سر جنین به سمت قفسه سینه می شود.

چرخش داخلی: در حال درگیری و نزول راس به داخل لگن، جنین در وضعیت عرضی قرار می گیرد. به دلیل پیکربندی آناتومیک عضلات پوبوکوکسیژئوس و iliococcygeus، پس سری مجبور به چرخش به سمت سمفیز پوبیس می شود این وسیع ترین ناحیه کف لگن است که اجازه عبور جنین را می دهد.

اکستنشن : در لحظه زایمان سر جنین، اثرات ترکیبی انقباضات رحم و کف لگن منجر به این حرکت اصلی می شود.

چرخش بیرونی : این حرکت در نتیجه همراستایی سر جنین با ستون فقرات به دلیل کاهش فشار لگن و عضلات مادر روی سر جنین اتفاق می‌افتد.

اخراج : بعد از زایمان سرشانه قدامی زیر استخوان شرمگاهی فرود می‌آید. هنگام زایمان، چرخش بیرونی سر جنین را دنبال می کند. (López-Zeno 2008)

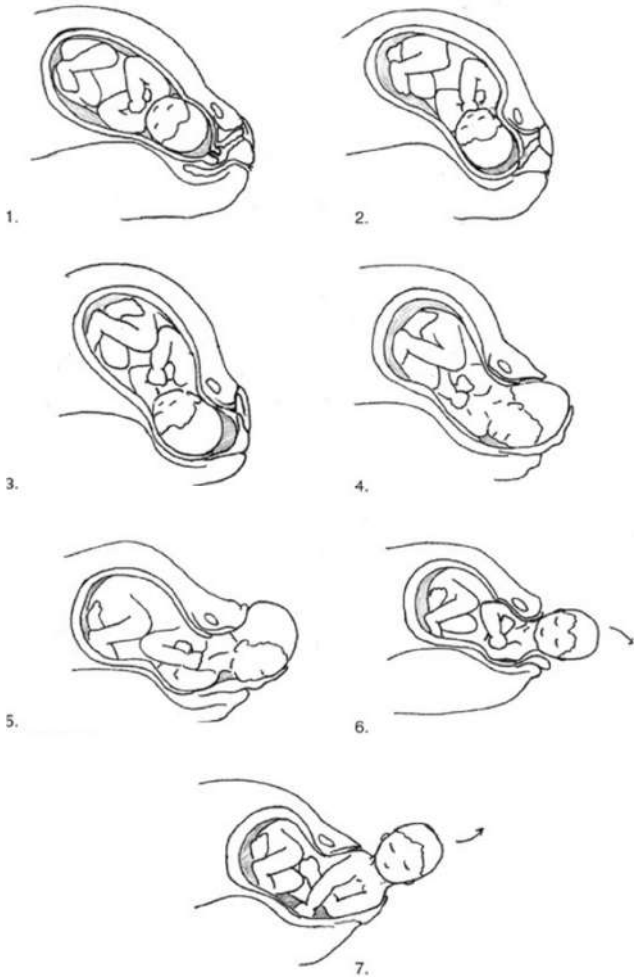


Figure 16. Cardinal Movements of Labor (Anneliis Aavik, 2022)

درک این نکته برای خواننده مهم است که اینها رویدادهای جداگانه ای نیستند. همه آنها ارتباط نزدیکی دارند و به طور همزمان اتفاق خواهند افتاد. همزمان با حرکات کاردینال، می تواند قالب گیری قابل توجهی از قسمت ارائه کننده وجود داشته باشد. این فرآیند پیچیده می تواند عمیقاً تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار گیرد. ناهنجاری در شکل و اندازه قسمت ارائه کننده یا لگن مادر می تواند مشکلاتی را ایجاد کند که نه تنها بر ظرفیت جنین برای پایین آمدن، بلکه بر چرخش داخلی آن نیز تأثیر می گذارد. اکثر جنین ها حرکات کاردینال را در حالت عرضی پس سری آغاز می کنند. اگر چرخش داخلی آن مختل شود، جنین می تواند در موقعیت خلفی پس سری قرار گیرد. چرخش داخلی می تواند تحت تاثیر بی حسی اپیدورال قرار گیرد. اگر عضلات کف لگن به طور ناگهانی توسط یک بلوک اپیدورال قوی شل شود، چرخش داخلی می تواند به جای سمفیز به سمت ساکروم مادر هدایت شود. علاوه بر این، سر جنین ممکن است غیر سنکل تیک شود. این حالت زمانی رخ می دهد که سر در همان محور طولی ستون مهره جنین نباشد. ظاهر ناخوشایند یک سر غیر سنگ لیتیک، شیب جانبی به سمت شانه است. مشکل اصلی ناسنکلیتیسم این است که باعث می شود سر قطری بیشتر از آنچه در غیر این صورت نشان می داد به لگن مادر ارائه کند. این می تواند به دیستوشی زایمان به دلیل عدم تناسب نسبی سفالوپلویک منجر شود. مشکلات اضافی مربوط به شل شدن ناگهانی عضلات کف لگن شامل عدم خم شدن قسمت ارائه کننده است. در یک جنین در یک دروغ راس، این می تواند منجر به نمایش ابرو یا صورت شود. سایر عواملی که می تواند بر موقعیت قسمت ارائه کننده تاثیر بگذارد عبارتند از وضعیت مادر در حین زایمان، وجود ناهنجاری های جنینی یا رحمی و نوع لگن مادر. در جامعه‌ی غربی، این یک عمل مکرر بوده است که زنان به پشت یا پهلو کار می‌کنند. ماماها غالباً بیماران خود را در موقعیت هایی غیر از پشت یا پهلو قرار می دهند تا از اکسی پوت در موقعیت خلفی جلوگیری شود (López-Zeno 2008).

زایمان طبیعی

- خودبخودی است، بین هفته های 37 تا 42 بارداری رخ می دهد.
- با تولد طبیعی یک نوزاد زنده و سالم به اوج خود می رسد.
- در 24 ساعت تکمیل می شود و هیچ عارضه مادری وجود ندارد.

دو تغییر فیزیولوژیکی اصلی که در مرحله اول رخ می دهد، گشاد شدن و گشاد شدن سیستم عامل دهانه رحم است. اینها با عملکرد هورمون‌ها و پروستاگلاندین‌های مختلف و انقباض و پس‌رفتن ماهیچه‌های رحم آغاز می‌شوند. مکانیسم شروع زایمان هنوز به طور کامل شناخته نشده است. برخی تئوری ها نشان می دهند که این امر شامل یک تعامل پیچیده بین مادر، جنین و محیط اطرافش می شود. (Oxford Handbook of Midwifery 2017)

شروع زایمان

- ضایعات مخاطی و آغشته به خون که از طریق واژن به نام operculum منتقل می شود، کانال دهانه رحم را می بندد. جابجایی این پلاگ مخاطی نشانه اولیه فعالیت رحم است، اما لزوماً نشانه ای از شروع زایمان نیست.
- انقباضات مهم ترین علامت این است که اتساع دهانه رحم بدون انقباضات منظم رحم امکان پذیر نیست (2-3 انقباض در عرض 10 دقیقه) ممکن است به عنوان سفت شدن شروع شود، اما با پیشرفت زایمان طولانی تر، قوی تر و منظم تر می شوند. انقباضات همزمان با سفت شدن شکم است که در لمس شکم احساس می شود. انقباضات ممکن است در فواصل 20 تا 30 دقیقه شروع شود و 20 تا 30 ثانیه طول بکشد.
- پارگی غشاها. این می تواند در هر زمانی در حین یا قبل از زایمان رخ دهد. معمولاً در یک زایمان طبیعی خودبخودی بدون مداخله، با اتساع دهانه رحم 9 سانتی متر یا بیشتر پاره می شوند. گاهی اوقات تا مرحله دوم پیشرفته هنگام زایمان پاره نمی شوند. مقدار مایع آمنیوتیکی که از دست می‌رود به اثربخشی تظاهرات جنین برای کمک به تشکیل آب‌های جلویی بستگی دارد. با یک سر مناسب، که به اندازه کافی در لگن درگیر است، مایعات کمی از دست می‌رود و نشت‌های کوچک بیشتری نیز وجود خواهد داشت. اگر سر ضعیف درگیر باشد، پس از دست دادن مایع ممکن است قابل توجه باشد. (Oxford Handbook of Midwifery 2017)

حرکات و موقعیت در حین زایمان

زنان باید تشویق شوند تا در هنگام کار موقعیتی راستین اتخاذ کنند. این با قوانین گرانش برای کمک به زایمان و تسهیل زایمان کار می کند و نشان داده شده است که مزایای فیزیولوژیکی زیر را دارد:

- زایمان کوتاه تر، تحمل آسان تر
- کاهش نیاز به مسکن
- نیاز کمتری به تسریع زایمان با اکسی توسین داخل وریدی
- مداخله کمتر در زایمان
- آپگار در 1 و 5 دقیقه امتیاز بالاتری دارد.

موقعیت های پیشنهادی برای کار:

- عمودی، آزادانه راه رفتن - حمایت در حین انقباض از شریک، دیوار،
- میز یا مبلمان دیگر
- نشستن روی یک صندلی، به سمت جلو یا راه رفتن، که توسط بالش پشتیبانی می شود.
- استفاده از کیسه های لوبیا / گوه / بالش.
- استفاده از توپ زایمان (تکان دادن لگن به چرخش کمک می کند).
- موقعیت جانبی چپ. (Oxford Handbook of Midwifery 2017)

Figure 17. Movements and positioning during labour (Anneliis Aavik, 2022)

برای مرحله دوم زایمان:

پوزیشن های اتخاذ شده در مرحله دوم این پتانسیل را دارند که خروجی لگن را 20 تا 30 درصد به حداکثر برسانند و بر کشش مطلوب پرینه تاثیر بگذارند.

- وضعیت نیمه دراز کشیده سنتی: حتی زمانی که به خوبی با بالش ها حمایت می شود، تمایل به سر خوردن از تخت وجود دارد که منجر به فشرده شدن ورید اجوف می شود. هنگامی که پاها خم می شوند و زانوها باز می شوند، پرینه به طور معکوس به طرفین کشیده می شود، بنابراین خروجی لگن به میزان قابل توجهی کاهش می یابد. بنابراین، این موقعیت در عمل فعلی قابله توصیه نمی شود.
- موقعیت جانبی سمت چپ روی تخت یا تشک روی زمین - به ویژه برای زمانی که زنان نیاز به تسکین موقت از وضعیت عمودی یا در مرحله استراحت دارند مفید است.

- زانو زدن روی زمین یا تخت.
- چمباتمه زدن (حفظ این بدون حمایت دشوار است).
- چمباتمه زدن پشتیبانی شده (شریک، صندلی، میله های موازی، مبلمان). حالت چمباتمه خروجی لگن را باز می کند، در حالی که ساکروم در حالت صاف دراز کشیده ثابت می شود.
- روی چهار دست و پا: پرینه به طور مطلوب در طول کشیده می شود تا ادامه کانال زایمان را تشکیل دهد و خم شدن سر جنین را حفظ کند.
- صندلی یا مدفوع زایمان (مرتبط با بروز بیشتر خونریزی).

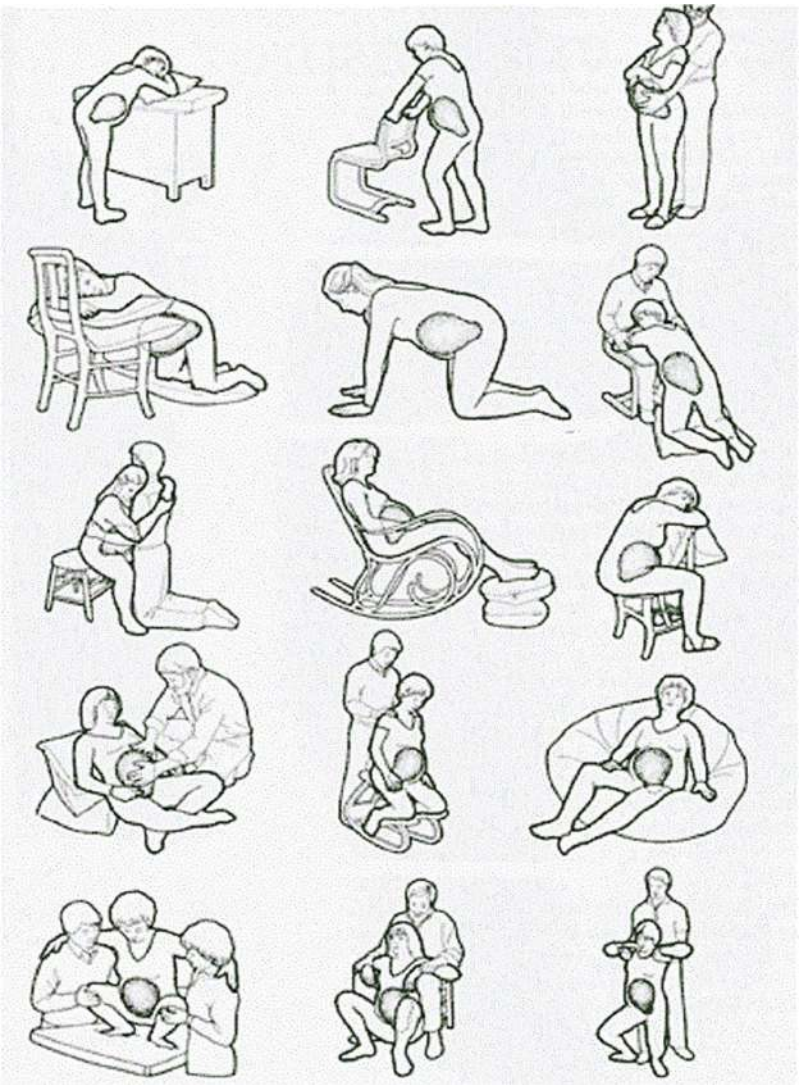


Figure 18. Movements and positioning during labour (Anneliis Aavik, 2022)

قوانین فیزیک و گرانش می توانند فشارهای داخل واژن را در حالت ایستاده و نشسته بهبود بخشند. نشستن 30 درصد موثرتر از حالت های پهلو یا به پشت است. انتخاب مسکن، نظارت الکترونیکی جنین، و انفوزیون وریدی، تحرک زن را مختل می کند. برای انتخاب آگاهانه، زنان باید از این محدودیت ها آگاه باشند.

معاینه واژینال در زایمان

پس از معاینه شکم، معاینه دیجیتال واژینال انجام می شود. وضعیت پرده های آمنیوتیک و میزان درگیری قسمت ارائه کننده شاخص های تظاهرات و موقعیت جنین است. معاینه واژینال همچنین به قابله اجازه می دهد تا میزان اتساع دهانه رحم و افاسمان را ارزیابی کند.

در زایمان طبیعی، معاینه واژینال به صلاحدید قابله و بسته به نیازهای فردی زن، رضایت و پیشرفت او از طریق زایمان انجام می شود. حساسیت باید همیشه مورد استفاده قرار گیرد، زیرا بسیاری از زنان معاینه واژینال را ناراحت کننده و آسیب زا می دانند.

در صورت امکان، معاینات باید به حداقل برساند (فقط در صورت اندیکاسیون بالینی) و در حالت ایده آل باید توسط همان فرد انجام شود. در طول زایمان معاینه واژینال 4-6 ساعتی ارائه می شود.

معاینه واژینال ممکن است برای موارد زیر انجام شود:

- تاسیس نیروی کار را تایید کنید
- یک خط پایه برای پیشرفت بعدی ارائه دهید
- ارزیابی پیشرفت در زایمان و شناسایی شاخص های غیر طبیعی
- در صورت شک، قسمت/موقعیت ارائه شده را ارزیابی کنید
- پیشرفت به مرحله دوم زایمان را تایید کنید
- موقعیت و جایگاه قسمت ارائه کننده را تعیین کنید
- علت تاخیر/عدم پیشرفت در مرحله دوم را مشخص کنید
- در صورت لزوم غشاها را پاره کنید
- یک الکترود جنینی اعمال کنید
- پرولاپس بند ناف به دنبال پارگی غشاها را در صورت عدم اتصال یا درگیر نشدن قسمت ارائه کننده یا پلی هیدرآمنیوس حذف کنید

معاینه واژینال همیشه باید با استفاده از روش غیر لمسی آسپتیک، از جمله شستن معمول دست ها و دستکش استریل انجام شود. قبل از معاینه ناحیه ولو باید با آب گرم یا لوسیون ضد عفونی کننده تمیز شود. تمام یافته ها باید به زنان داده شود و در یادداشت ها و پارتوگراف مستند شود.

پرتوگرام ثابت کرده است که یک کمک بصری و مرجع ارزشمند برای قابله ها در طول مراقبت از زنان در حال زایمان است. این امر به ویژه هنگام واگذاری مراقبت از زن به یک همکار مفید است، زیرا خلاصه ای فوری از پیشرفت زن تا به امروز ارائه می دهد. پارتوگراف معمولاً زمانی شروع می شود که زن در حال زایمان است.

علائم دیداری، شنیداری و فیزیکی مرحله دوم زایمان اولیه

زنان ممکن است:

- انقباضاتی را تجربه کنید که بسیار نزدیک به هم هستند و احساس شدیدتر و دردناکی دارند (به دلیل عملکرد گیرنده های کششی و اثر اکسی توسین).
- احساس می‌کنید که می‌خواهید پایین بیاورید، اگرچه دهانه رحم کاملاً گشاد نشده است - هیچ دلیلی برای جلوگیری از پایین آمدن زنان در صورت تمایل وجود ندارد.
- استراحت یا خواب برای دوره های قاعدگی، گاهی اوقات زنان وارد مرحله خواب آلودگی می شوند، که در آن انقباضات ضعیف تر و کمتر است.
- به نظر می رسد در حالت خلسه مانند است. دوری و کناره گیری از مراقبین و مشکل در تمرکز، تمرکز بر زایمان است.
- تصور می شود که این نتیجه ترشح B-اندورفین توسط مادر در طول زایمان است که در بدو تولد به اوج خود می رسد. در یک زایمان بدون مواد مخدر و بدون مداخله، زن (و نوزاد) با مواد افیونی آغشته می شوند که همچنین به وابستگی اولیه (وابستگی) مادر و نوزاد پس از تولد کمک می کند. زنان ممکن است کنترل خود را از دست بدهند یا احساس کنند قادر به مقابله نیستند.

به شدت نیازهای خود را با استفاده از:

- جملات ناراحت کننده ای مانند "برام اپیدورال بگیرید، من به خانه می روم." این بچه را بیرون کن!
- دشنام دادن یا استفاده از زبانی که نامشخص است
- فریاد و ناله

- احساس غریبی، لرزان، لرزیدن کنید
- احساس تهوع یا استفراغ کنید
- سرد و گرم شدید را تجربه کنید
- بیان زبان بدن از بی قراری و تحریک پذیری؛ اغلب زنان در حین انقباضات انگشتان خود را فشار میدهد.

علائم اولیه فیزیکی و شنوایی مرحله دوم فعال:

- اگر غشاها دست نخورده باشند، معمولاً با اتساع کامل پاره می شوند.
- زن احساس می‌کند که می‌خواهد روده‌هایش را در طول انقباض باز کند.
- ممکن است از دست دادن قرمز روشن مشاهده شود.
- زن قدرت و هیجان تازه ای نشان می دهد و توانایی کار با انقباضات خود را نشان می دهد.
- ممکن است یک خط بنفش ظاهر شود که از مقعد تا پشت باسن امتداد دارد. به دلیل چاقی یا وضعیت ایستاده در همه زنان قابل تشخیص نیست.
- زن ممکن است در اوج انقباض غرغر کند و در حین فشار دادن، احتقان صورت را نشان دهد.

علائم پیشرفته مرحله دوم:

- نواحی ولو و پرینه برآمدگی و شکاف دارند.
- مقعد بیرون زده و سپس صاف می شود. زن ممکن است روده های خود را در حین انقباض خالی کند.
- مایکل اودنت "رفلکس دفع جنین" را شناسایی می کند. این توسط زن تشخیص داده می شود که ناگهان هوشیارتر و پرانرژی می شود. او ممکن است نیاز داشته باشد که یک لیوان آب بنوشد و کسی را نگه دارد. این تضمین می کند که زن در هنگام تولد نوزاد هوشیار است و بنابراین محافظت می کند. جنین همچنین کاتکول آمین های خود را در این زمان آزاد می کند و در نوزادی با چشمان گشاد و هوشیار که مستقیماً پس از تولد به مادر خود خیره می شود مشاهده می شود.

اصول مراقبت در مرحله دوم زایمان

زن را تشویق کنید تا مثانه خود را در شروع مرحله دوم خالی کند. عدم انجام این کار می تواند منجر به تاخیر و ضربه به مثانه در هنگام زایمان شود.

به دلیل تلاش‌های فیزیکی اضافی و فشار عاطفی زن، ممکن است به موارد زیر کمک کند:

- صورت او را اسفنج کنید یا از اسپری آب خوب استفاده کنید
- دست، گردن و بازوهای او را اسفنج کنید
- بین انقباضات جرعه جرعه آب یخ یا دهانشویه به او بدهید
- اگر هوا گرم است در اتاق پنکه داشته باشید
- به او ماساژ ساده بدهید، به خصوص اگر مستعد گرفتگی است
- در طول انقباضات از او حمایت فیزیکی کنید
- ناحیه فرج او را تمیز یا سواب بزنید و هر دفعه که لازم است یک پد تمیز تهیه کنید
- موقعیت ها را برای راحتی و کمک به زایمان جستجو کنید.
- وضعیت عمودی به نزول جنین کمک می کند و به زن کمک می کند
- کنترل بیشتر بر فرآیند
- او را تشویق کنید تا از هوشیاری تنفسی استفاده کند
- حمایت عاطفی
- تشویق کلامی و غیرکلامی کنید.
- در مرحله دوم صداها، رفتار و عبارات او را درک کنید، قدردانی کنید و با او مدارا کنید.

اهداف کمک بالینی در هنگام زایمان حمایت از مادر از نظر روانی، کاهش ضربه مادر، جلوگیری از آسیب جنین و احیای نوزاد در صورت نیاز است.

- همانطور که سر جنین تاج می گیرد، از دست قابله ها برای کنترل زایمان و جلوگیری از دفع سریع (که با آسیب پرینه در مادر همراه است) استفاده می شود.

- دهان را می توان به آرامی با پارچه بخار داد. ساکشن شدید می تواند باعث پاسخ واگ و برادی کاردی جنین شود و باید از آن اجتناب شود.
- اگر بند ناف وجود دارد، باید در این زمان کاهش یابد.
- پس از بازگرداندن سر جنین، یک دست روی هر برجستگی جداری گذاشته می شود و شانه قدامی با کشش ملایم به سمت پایین تحویل داده می شود.
- سپس شانه و نیم تنه خلفی توسط کشش به سمت بالا منتقل می شوند.
- بند ناف باید پس از پایان ضربان دوبار بسته شده و بریده شود. بند ناف با تاخیر
- نشان داده شده است که گره باعث افزایش جریان خون در نوزاد و در نتیجه افزایش هماتوکریت آن می شود. نوزاد لغزنده است و باید همیشه از او حمایت کرد.

مدیریت مرحله سوم

مرحله سوم زایمان با زایمان جنین شروع می شود و با زایمان جفت و غشای جنین به پایان می رسد. مدت زمان متوسط مرحله سوم زایمان 10 دقیقه است. از بین زنان باردار 3 تا 5 درصد مرحله سوم به مدت 30 دقیقه بیشتر است

مرحله سوم زایمان معمولاً با انتظار مدیریت می شود. انقباضات رحمی منجر به جدا شدن جفت بین زونا بازالیس و زونا اسفنجی می شود. مرحله سوم زایمان را می توان به صورت غیرفعال یا فعال مدیریت کرد. جفت و غشای جنین باید بررسی شود و تعداد رگ های خونی بند ناف توسط ماما با داروهای uterotonic، بستن و برش بند ناف و کشش کنترل شده بند ناف ثبت شود.

سه علامت بالینی جدایی جفت عبارتند از:

1. فوران ناگهانی خون ("خونریزی جدایی") تقریبا. 200 میلی لیتر
2. طولانی شدن ظاهری بند ناف
3. بالا رفتن و انقباض فوندوس رحم.

جداسازی جفت را می توان با "کشش بند ناف کنترل شده" با استفاده از مانور براند-اندروز (جایی که رحم محکم شده و کشش کنترل شده روی بند ناف اعمال می شود) تشویق کرد.

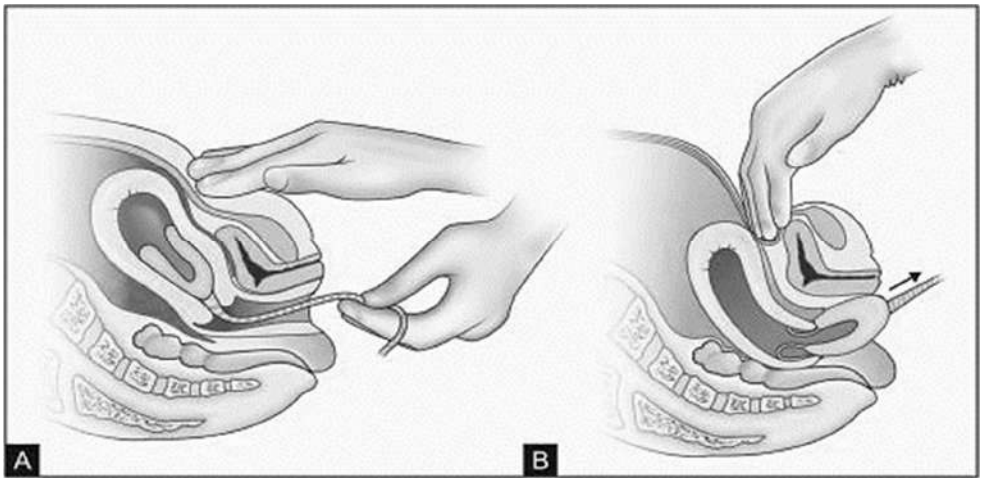


Figure 19. Brandt-Andrews manoeuvre (Anneliis Aavik, 2022)

یا مانور Credé (جایی که بند ناف محکم می شود و رحم بالا می رود).

Figure 20. Credé maneuver (Anneliis Aavik, 2022)

باید مراقب بود که از وارونگی جفت رحم جلوگیری شود.
ارائه اطلاعات در مورد مرحله سوم زایمان بخشی از برنامه ریزی زایمان را تشکیل می دهد و باید در مورد هر دو روش زایمان و فواید و خطرات برای مادر و نوزاد بحث کند. خانم باید در مورد مدیریت فعال مرحله سوم با داروهای uterotonic و کشش بند ناف کنترل شده توصیه شود. تماس پوست به پوست و تغذیه با شیر مادر در این مرحله پاداش شایسته مادر برای زحمات اوست. این به مادر کمک می کند تا آرامش بیشتری داشته باشد و پاسخ هورمونی برای تشویق جدا شدن جفت ایجاد کند. پیشنهاد می شود زن برای این قسمت از زایمان در وضعیت عمودی قرار گیرد .

نقاط کلیدی:

- داشتن آگاهی از مفاهیم اساسی که به طور معمول برای توصیف وضعیت بدن جنین در رحم استفاده می شود، مهم است.
- برای تعیین نزول سر جنین در تعیین پیشرفت زایمان، همیشه شکم را لمس کنید: در هنگام فشار دادن آهسته به آنچه در فرج دیده می شود تکیه نکنید.
- با مدیریت محیط از او حمایت کنید تا از تحریک و اضطراب غیر ضروری برای او جلوگیری کنید و تعادل هورمونی بهینه را تشویق کنید.
- بدانید چه انحرافی ممکن است رخ دهد و در صورت لزوم فعال باشید.
- پیشرفت کار یک زن را تماشا کنید، بشنوید و احساس کنید، و مهارت شما به عنوان یک قابله به سرعت توسعه می یابد.

منابع

Jomeen, J., Clarck, J. (2015). Intrapartum midwifery care. Fundamentals of Midwifery A Textbook for Students. Wiley-Blackwell

López-Zeno, J. (2008). Presentation and Mechanism of Labour. The Global Library of Women's Medicine. DOI 10.3843/GLOWM.10126

Lindsay, P., Bagness, C., Peate, I. (2018). Midwifery Skills at a Glance. Wiley-Blackwell.

Oxford Handbook of Midwifery. (2017). Oxford University Press. UK.

Norwitz, E. R., Schorge, J. O. (2013). Obstetrics and Gynaecology at a Glance. Wiley-Blackwell.

دوره پس زایمان

نتایج:

1. تعریف و زمان نفاس را می داند
2. تغییرات فیزیولوژیک دوره پس از زایمان را می داند
3. مدیریت طبیعی نفاس را می داند

پس از اینکه با یک زن با خیال راحت در مورد سختی های فیزیولوژیک بارداری و سه مرحله زایمان صحبت کردید توجه همه (خانواده ، دوستان ، و مراقبان) اغلب به نوزاد معطوف می شود . دوره پس از زایمان دارای سه مرحله متمایز اما پیوسته است. (2004 LYON)

نفاس دوره ، 6 هفته پس از زایمان است که دستگاه تناسلی به حالت غیر حاملگی خود باز می گردد (Norwitz and Schorge 2013).

دوره اولیه یا حاد شامل 6 تا 12 ساعت اول پس از زایمان است این زمان تغییرات سریع یا پتانسیل بحران های فوری مانند خونریزی پس از زایمان ، سرچپه شدن رحم ، آمبولی آمنیوتیک و اکلامپسی است .

مرحله دوم دوره صحت پس از زایمان است که 2 تا 6 هفته طول میکشد ، در طی این مرحله ، بدن از نظر همودینامیک ، ریکاوری ادراری تناسلی ، متابولیسم و وضعیت عاطفی دستخوش تغییرات عمده ای می شود با این وجود ، تغییرات سریعتر از مرحله پس از زایمان است و بیمار قادر به شناسایی مشکلات خود است .

مرحله سوم ، تاخیر در دوره پس از زایمان است که می تواند تا 6 ماه طول بکشد ، تغییرات در این مرحله بسیار تدریجی است و آسیب شناسی نادر است .

این زمان بازگرداندن تون عضلانی و بافت همبند به حالت قبل از بارداری است، اگر چه تغییر دادن در این مرحله ظریف است، اما باید مراقبان را به خاطر بسپارند که با این وجود ، بدن زن تا حدود 6 ماه پس از زایمان به طور کامل به فیزیولوژی دوران بارداری باز نمی گردد. (2004 LYON)

تغییرات فیزیولوژی دوره پس از زایمان

تغییرات دستگاه تناسلی :

واضح ترین تغییر پس از زایمان چرخش رحم از ساختار 1 کیلوگرمی با حجم 5 تا 10 لیتر به ساختار 60 گرمی با حجم 3 تا 5 میلی لیتر است این چرخش در مرحله سوم پس از زایمان شروع می شود پس از خروج جفت تسریع می یابد و در 5 تا 6 هفته آینده ادامه می یابد . بلافاصله پس از زایمان رحم تا سطح ناف منقبض می شود تا دو هفته پس از زایمان ، دیگر در بالای ارتفاق عانه قابل لمس نیست در هفته 6 ، رحم به اندازه غیر باردار خود بازگشته است. (2004 LYON)

آبریزی پس از زایمان منجر به ترشح فیزیولوژیک مهبل می شود که به نام لوچیا شناخته نمی شود ، لایه لایه رحم تحلیل می رود و در از دست دادن خون پس از زایمان ریخته می شود ، معروف به لوچیا روند انعطاف و ترمیم آندومتر در خصوصیات لوچیایی منعکس می شود که با بهبودی از نظر مقدارو رنگ متفاوت است. این در بین افراد متفاوت است و به صورت از دست دادن سرخ تا نصواری شروع می شود که در چند روز اول طول می کشد ، به ترشحات گلابی مایل به نصواری تبدیل و زرد مایل به سفید (alba) می شود که می تواند تا 6 هفته پس از زایمان ادامه یابد.
(2015 Jomeen and Clarck)

شکم شکل قبل از بارداری خود را از سر می گیرد به استثنای استریای شکمی یا خطوط حاملگی . (Norwitz and Schorge 2013) .

دهانه رحم در هفته اول پس از زایمان حدود یک سانتی متر بسته می شود ، اما ممکن است چند ماه طول بکشد تا به استحکام و طول قبل از بارداری برسد . دهانه رحم پس از زایمان اغلب ظاهری عرضی یا خندان دارد بر خلاف ظاهر دقیق قبلی ، این به طور نامحدود ادامه دارد .

شروع مجدد قاعدگی بعد از زایمان متغیر است ، برای اکثر مادران غیر شیرده ، اولین قاعدگی بعد از زایمان در 55 تا 60 روز (محدوده 20 تا 120) پس از زایمان اتفاق می افتد .
شیردهی ممکن است بازگشت قاعدگی را چندین ماه به تاخیر بیندازد ، به خصوص اگر کودک هیچ منبع تغذیه مکمل دیگری دریافت نکند اگر چه چندین سیکل اول ممکن است بدون تخمک گذاری باشد ، تخمک گذاری در 52 درصد از زنانی که قاعدگی آنها کمتر از 60 روز پس از زایمان از سر گرفته شده است ، نشان داده شده است بنابراین بسیار مهم است که زنان در اوایل دوره پس از زایمان از کنترل بارداری کافی برخوردار شوند و برخی از تغییرات در سیستم تناسلی بسیار طولانی تر از بین می رود و برخی ممکن است به طور کامل به حالت قبل از بارداری برنگردد ، حتی زمانی که بازیابی کامل یکپارچگی کف لگن اتفاق می افتد ، یائسگی ممکن است باعث بازگشت بسیاری از مشکلات شود زیرا حمایت کلاژن از استروژن از بین می رود . (Lyon 2004)

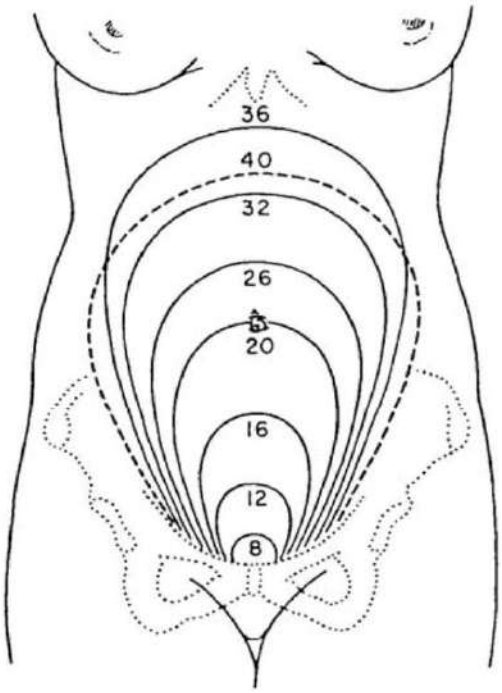


Figure 21. Genitourinary Changes (Anneliis Aavik, 2022)

تغییرات قلبی عروقی
تغییرات قلبی عروقی در دوران نفاس چشمگیر است حجم خون در زمان زایمان حدود 50 درصد افزایش می یابد به طور متوسط 500 میلی لیتر از دست دادن خون در زایمان طبیعی وجود دارد و جایگزینی تدریجی آن با انتقال خون 500 تا 750 میلی لیتری با انقباض رحم است . این امر زایمان و چند روز پس از آن را برای بیماران مبتلا به شرایط قلبی از قبل که سازگاری با تغییرات سریع در حال وقوع را محدود می کند بسیار خطرناک می کند .
بیشتر بهبود همودینامیک در 2 هفته اول پس از زایمان اتفاق می افتد تغییرات تدریجی بیشتری در 4 یا 5 ماه آینده ادامه دار (Lyon 2004).

تغییرات در کلیه ها (گرده ها)
تغییرات آناتومیک کلیه حاملگی (به ویژه حالب های گشاد شده) حداقل تا 5 روز پس از زایمان ادامه دارد . عملکرد کلیه ها (جریان پلاسما و سرعت فیلتراسیون گلومرولی) تا 6 هفته پس از زایمان در سطح قبل از بارداری است (Lyon 2004).

تغییرات متابولیک ، هورمونی

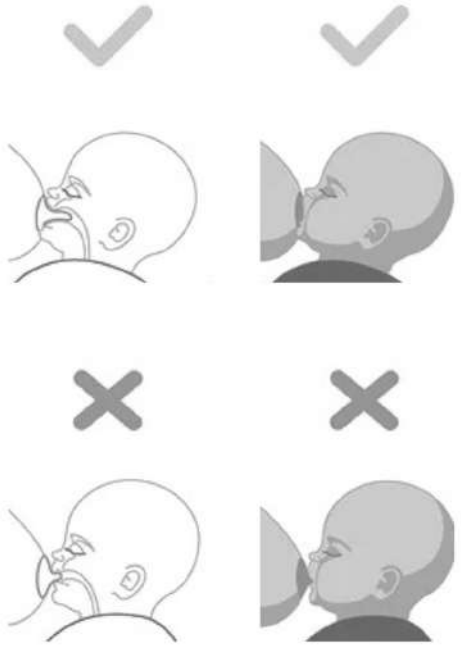
تغییرات متابولیک و هورمونی پس از زایمان به خوبی درک نشده اند و اهمیت بیشتری نسبت به کمبود ادبیات دارند کاهش شدید سطح استروژن و پروژسترون ممکن است در تغییرات خلقی مرتبط با دوره پس از زایمان نقش داشته باشد و همچنین ارتباط حالبی بین سطح تستوسترون با خلق و خوی وجود دارد.

تغییرات در حجم خون ، مساحت بستر عروق ، تمام پارامترهای قلبی که قبلا ذکر شد همچنین سطح فعالیت الگوی خواب و استرس های عاطفی همگی در طی 2 تا 6 هفته پس از زایمان عمیق هستند و توانایی بدن برای جبران متابولیک است ، حیرت انگیز اما ناقص تعجب آور نیست که بسیاری از زنان با یافته های کاملا طبیعی با این وجود از دوره های خستگی عمیق یا بی ثباتی خلقی در این دوره شکایت دارند (Lyon 2004).

تغییرات سینه

تغییرات در سینه خیلی قبل از زایمان شروع می شود اما بعد از زایمان شدیدتر می شود چندین هورمون برای تولید و دفع صاف شیر با هم تعامل دارند ، از جمله خروج استروژن و پروژسترون همراه با فعالیت هورمون های پرولاکتین گلوکوکورتیکوئید ، انسولین ، تیروئید .

برای تقریبا 3 روز پس از زایمان ، سینه ها فله ترشح می کند که از شیر مادر متمایز است زیرا دارای مقادیر بالاتر از ایمونوگلوبین ها و گلبول های سفید خون و مقادیر کمتر چربی و لاکتوز است در طی دو هفته شیر خواص تغذیه ای معمول خود را به دست می آورد دفع شیر مادر نیاز به ترشح اکسی توسین دارد که معمولا از طریق یک رفلکس شروع می شود که شیردادن شروع شود. اکسی توسین باعث انقباض سلول های میوا پتیلیان اطراف آلوئول ها می شود و منجر به خروج شیر می شود. در حالیکه مکانیزم شیردهی کاملا ساده به نظر می رسد ، بسیاری از زنان در ایجاد یک قابلیت راحت شیردهی با مشکل اساسی مواجه هستند موارد کاربردی به گونه ای است که مشاوره شیردهی منبع ضروری هر خدمات پس از زایمان است (Lyon 2004).



(Figure 22. Incorrect and Correct Latch-On Anneliis Aavik, 2020)

تراکم استخوان در دوران بارداری طبیعی به دلیل حرکت کلسیم از اسکلت مادر به جنین کاهش می یابد تاثیر شیردهی بر ترمیم تراکم مواد معدنی استخوان بحث برانگیز است ، با برخی از مطالعات نشان از دست دادن مداوم استخوان در طول شیردهی و برخی دیگر نشان دهنده تثبیت در سطوح زایمان است دوره دقیق معدنی سازی مجدد استخوان مادر مشخص نیست ، اما هیچ از دست دادن طولانی مدت تراکم معدنی استخوان مرتبط با بارداری وجود ندارد (Lyon 2004).

تغییرات هماتولوژیک نفاس :
تغییرات اولیه نفاس شامل از دست دادن حاد و بهبود تدریجی گلبولهای قرمز و آهن و لکوسیتوز شدید در روز اول پس از زایمان است اگر لکوسیتوز ممکن است پارامترهای تشخیص عفونت پس از زایمان را تغییر دهد با این وجود شمارش گلبولهای سفید می تواند در ارزیابی عوارض ناشی از تب مفید باشد لکوسیتوز فیزیولوژیک به دلیل مرزبندی است و در عوض چند روز پس از زایمان برطرف می شود (Lyon 2004).

مدیریت طبیعی نفاس:
علایم حیاتی
دما : محدوده طبیعی 36 تا 37 درجه سانتیگراد است پس از بازگشت محدوده طبیعی پس از تولد ، بررسی منظم آن ضروری نیست مگر اینکه مادر از علایمی که نشان دهنده عفونت است شکایت کند یا نشان دهد احساس ناخوشی ، علایم شبیه آنفولانزا ، یا علایم واقعی عفونت .

نبض:
محدوده طبیعی 65 تا 80 ضربان در دقیقه ، ضربان نبض سریع نیز ممکن است نشان دهنده عفونت باشد.
تعداد تنفس : محدوده طبیعی 12 تا 16 در دقیقه در حالت استراحت.
فشار خون : باید در عرض 24 ساعت پس از تولد به حالت عادی باز گردد به جز مواردی که فشار خون قبل از بارداری ، در دوران بارداری و یا زایمان افزایش یافته باشد نیازی به نظارت معمول پس از زایمان نیست . (Oxford Handbook of Midwifery 2017)

مراقبت های پس از زایمان :
در دوره بلافاصله پس از زایمان علایم حیاتی مادر باید به طور مکرر چک شود فوندوس رحم باید لمس شود تا اطمینان حاصل شود که به خوبی منقبض شده است و میزان خونریزی مهبلی باید در نظر گرفته شود حرکت زود هنگام بدون توجه مسیر زایمان توصیه می شود مدیریت درد کافی ضروری است. (Norwitz and Schorge 2013)

مراقبت از پرینه:
مراقبت از پرینه یکی از جنبه های اصلی دوره پس از زایمان بستری در شفاخانه است اگر پاره گی قابل توجهی وجود داشته باشد ، پرینه باید حداقل یک بار در روز و قبل از ترخیص بیمار به منزل بررسی شود اگر چه عوارض پرینه شایع هستند ، اما در صورت وقوع همیشه بسیار مهم هستند حمام میتواند راحتی قابل توجهی و همچنین برای پاکسازی پرینه پس از تخلیه مثانه یا روده استفاده شود اگر پاره گی در محفظه قدامی (لبیوفقانی کلیتوریس) رخ داده باشد عملکرد تخلیه باید به دقت بررسی شود گاهی به دلیل اذیما و یا ناراحتی کانتراسیون لازم است ، معمولا بعد از 24 ساعت می توان آن را قطع کرد نرم کننده های مدفوع اغلب در صورت پاره گی درجه سوم یا چهارم تجویز می شود تا از فشار بی رویه به محل ترمیم شده جلوگیری شود . (Lyon 2004). تمیز و خشک نگه داشتن ناحیه با تسکین درد باعث بهبودی میشود.
(Oxford Handbook of Midwifery 2017)

مراقبت از پستان:
مراقبت از پستان یکی از علایق اولیه بیمار پس از زایمان است برای بیمارانی که شیر نمی دهند ، گرفتگی یک وضعیت بسیار ناراحت کننده است و می تواند باعث عوارض قابل توجهی شود .
برای زن شیرده مسائلی مانند مراقبت از نوک پستان و حفظ جریان خوب شیر نگران کننده است از سوی دیگر ، دپومدروکسی پروژسترون استات ، به نظر می رسد که تولید شیر را افزایش می دهد و هیچ اثر مضر شناخته شده ای روی نوزاد ندارد و آن را به گزینه ای عالی برای پیشگیری از بارداری در شیردهی تبدیل می کند .(Lyon 2004)
دیگر به مادران توصیه نمی شود که سینه های خود را قبل از هر شیردهی بشویند ، زیرا استفاده از صابون ممکن است روغن های طبیعی را که نوک سینه ها و آرئول را انعطاف پذیر نگه می دارد ، از بین ببرد .
به مادران توصیه کنید که رعایت بهداشت فردی کافی است یک سینه بند مناسب برای بارداری ممکن است به راحتی مادر کمک کند ، اما باید مراقب بود که در بافت سینه فشار نیاورد هیچ مدرکی برای استفاده از کرم ها ، پماد ها ، اسپری ها یا

تنتورها برای جلوگیری از درد نوک پستان و در برخی موارد وجود ندارد نشان داده شده است، که این موارد باعث افزایش بروز درد می شود .
برای اطمینان از قرارگیری صحیح و چسبیدن نوزاد به سینه کمک کنید مدت و دفعات تغذیه نباید محدود شود هر گونه نشانه ای از شکستگی (مشکلات دیده شده) به سرعت درمان شود و شاخص بالای از سوءظن برای احتمال عفونت قارچی باید حفظ شود به خصوص اگر نوزاد نشانه ای از برفک دهان را داشته باشد .
اگر زایمان RH منفی باشد ، وضعیت RH نوزاد باید از طریق خون بند ناف ارزیابی شود اگر نوزاد RH مثبت باشد و شواهدی مبنی برای انتقال خون غیر معمول از جنین به مادر وجود نداشته باشد ممکن است دوز استاندارد گلوبولین RH ایمنی تجویز شود. در حالی بیماران اغلب در دوره بلافاصله پس از زایمان روش پیشگیری از بارداری را در نظر میگیرید ، ارائه دهندگان باید این کار را انجام دهند. (Lyon 2004)
همانطور که قبلا اشاره شد ، زوج ها اغلب قبل از معاینه 6 هفته ای پس از زایمان رابطه جنسی را از سر می گیرند و تخمک گذاری ممکن است خیلی زود پس از زایمان در زن غیر شیرده اتفاق بیفتد در حالت ایده آل گزینه های کنترل بارداری باید قبل از زایمان مورد بحث قرار گیرد ، اما هیچ زنی نباید از بخش پس از زایمان بدون مستندات برنامه ریزی پیشگیری از بارداری مرخص شود فامیلی پلاننگ را می توان 2 تا 6 هفته پس از زایمان ، بسته به میل و راحتی بیمار از سر گرفت (Lyon 2004).

ورزش پس از زایمان باید متناسب به آمادگی قبلی و سطح انرژی فعلی بیمار باشد در حالی که اکثر زنان سالم می توانند یک برنامه ورزشی رسمی را ظرف چند روز پس از زایمان شروع کنند استرس های فیزیکی ناشی از اواخر بارداری ، زایمان و مراقبت از نوزاد همگی در شدت و استقامت ورزش تاثیر گذار هستند به طور کلی می توان فرض کرد که سطح تمرینی که بیمار قبل از بارداری انجام می داد در صورتی که افزایش تدریجی از سر گرفته شود باید در حدود 4 تا 6 هفته پس از زایمان قابل دستیابی باشد (Lyon 2004).
ملاقات های پیگیری بعد از زایمان متفاوت است از 2 تا 6 هفته پس از زایمان ، و در برخی از کشورها توصیه می شود که چندین بار در این فاصله زمانی ویزیت شود ، غربالگری حدود 6 هفته برای افسردگی پس به بهترین وجه حداکثر ظرف 2 هفته انجام می شود روزهای غربالگری برای بازگشت به فعالیت های جنسی مدت ها گذشته است زیرا اغلب زوج ها توصیه های پزشکی در این موضوع را در هر صورت نادیده می گیرند بهترین روش برای پیگیری متفاوت است ممکن است یک تماس تلفنی هفته ای همراه با یک ارزیابی ، خلق و خو و به دنبال آن ویزیت 3 تا 6 هفته ای پس از زایمان همراه با ارزیابی وضعیت رحم ، پستان ، پرینه ، و تیروئید برای یک تنظیم خوب باشد در حالی که دو ویزیت در ساعت 2 و 6 هفته ممکن است پاسخگوی نیازهای بیمار برای جمعیت دیگری باشد در هر صورت برای اهمیت دادن به ویزیت پس از زایمان باید دستور کار مشخصی وجود داشته باشد که توسط بیمار و مراقبان قابل درک باشد. (Lyon 2004)

نقاط کلیدی

- دوره پس از تولد، زمان سازگاری است که شامل بسیاری از تجربیات فیزیکی ، عاطفی ، اجتماعی ، اقتصادی ، و تغییر زندگی برای مادرو شریک زندگی است
- ارائه مراقبت های پس از زایمان باید بخش اساسی از خدمات زایمان باشد
- قابله ها نقش کلیدی در حمایت از سازگاری سالم با والدین برای مادر و شریک زندگی دارند (Jomeen and Clarck 2015).

منابع

Jomeen, J., Clarck, J. (2015). Postpartum midwifery care. Fundamentals of Midwifery A Textbook for Students. Wiley-Blackwell
Lyon, D.S. (2004). Postpartum Care. Gynecology and Obstetrics. The Global Library of Women's Medicine. Lippincott Williams and Wilkins.
https://glowm.com/resources/glowm/cd/pages/v2/v2c090.html
Oxford Handbook of Midwifery. (2017). Oxford University Press. UK.
Norwitz, E. R., Schorge, J. O. (2013). Obstetrics and Gynecology at a Glance. Wiley-Blackwell.

پیامد های صحت روان

1. تعریف who را در مورد صحت روان و صحت روان مادر می دانند
2. اهمیت صحت روان در زمینه زایمان و عوامل خطر را می داند
3. اختلالات خلقی دوران بارداری و پس از زایمان را می داند
4. اصول اولیه درمان مشکلات روانی را می داند
5. زمینه فرهنگ مشکلات صحت روان را می داند

سازمان بهداشت جهانی: صحت روان و صحت روان مادران جزء لاینفک و ضروری سلامت است
اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (who) می گوید سلامتی حالت رفاه کامل جسمی ، روانی و اجتماعی است و نه صرفا فقدان بیماری یا ناتوانی ، مفهوم مهم این تعریف این است که صحت روان چیزی بیش از فقدان اختلالات یا ناتوانی های روانی است. (صحت روان 2018)

بهداشت روانی ضعیف همچنین با تغییرات اجتماعی سریع ، شرایط کاری پر استرس ، تبعیض جنسیتی ، طرد اجتماعی ، کسب زندگی ناسالم ، بیماری جسمی ، و نقض حقوق بشر همراه است .

عوامل روانی شخصیتی خاصی وجود دارد که افراد را در برابر مشکلات صحت روان آسیب پذیر می کند:

خطرات بیولوژیکی
عوامل ژنتیکی

سازمان جهانی بهداشت (who) صحت روان مادران را اینگونه تعریف میکند : حالتی از رفاه که در آن مادر توانایی های خود را میشناسد ، می تواند با استرس های عادی زندگی کنار بیایید .

او می تواند به جامعه کمک کند و مثمر ثمر واقع شود اهمیت صحت روان در زمینه زایمان و عوامل خطر صحت روان بر زنان از سراسر جمعیت تاثیر می گذارد و می تواند تاثیر قابل توجهی بر عملکرد سالم زنان و صحت روان ، روابط خانوادگی و همچنین بر سلامت جنین و رشد کودک در کوتاه مدت و دراز مدت داشته باشد.
دلایل مختلفی برای توضیح مشکلات صحت روان در دوران قبل از زایمان ارائه شده است.

- بیولوژیکی : به عنوان مثال تغییرات هورمونی و عصبی ، شیمیایی
- روانشناختی : به عنوان مثال انواع شخصیت ها و روش های فکری
- عوامل اجتماعی تعیین کننده : مانند تفاوت های جنسیتی در دسترسی به آموزش و فرصت های درآمد زا ، نقش های اجتماعی ، بار نامتناسب کار بدون دستمزد ، قرار گرفتن در معرض خشونت های خانوادگی ، استقلال پایین ، فقر و ناملایمات تصادفی
- فرهنگی : هنجارها و باورها

شایع ترین مشکلات صحت روان در دوران بارداری و پس از زایمان افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان شناخته می شود و یک مشکل و بیماری شایع صحت روان است .

تقریبا 70% از زنان باردار از مشاهده نوسانات خلقی شکایت دارند و حدودا 16% با علائم بالینی افسردگی در دوران بارداری تشخیص داده می شوند .
تعداد زیادی از موارد به دلایل مختلف توسط قابله ها و یا متخصصین زنان تشخیص نمی شوند .
افسردگی های قبلی بزرگترین عوامل خطر هستند به خصوص اگر درمان نشوند یا درمان متوقف شده باشد . افسردگی در دوران بارداری اغلب با علل مرتبط با عوارض بارداری یا زایمان قبلی همراه است .

شایع ترین علل افسردگی در دوران بارداری :

- سقط جنین
- سقط جنین قبلی
- مرگ جنین قبل از تولد
- زایمان زودرس یا پیچیده
- خطر در بارداری : فشار خون بالا ، دیابت بارداری ، چاقی و غیره
- علل مختلف اجتماعی و مشکلات اعتیاد (خشونت زوج یا پارتنر، سن مادر ، تک فرزندی ، مصرف الکل ، دخانیات یا مواد مخدر
- ناسازگاری با تغییرات هورمونی ، فیزیکی یا ذهنی در دوران بارداری

شایع ترین علایم افسردگی :

- مدت زمان حداقل دو هفته
- ضعیف شدن خلق و خو
- کاهش علاقه و لذت از زندگی
- کاهش انرژی ، افزایش خستگی ، کاهش فعالیت
- کاهش توجه و تمرکز
- کاهش عزت نفس
- احساس گناه و بی ارزشی
- بدبین به آینده و نداشتن آرامش
- افکار و یا اعمال آسیب رساندن به خود یا خودکشی
- خواب آشفته
- کاهش وزن

همانند افراد غیر باردار ، درمان افسردگی شامل هر دوی این موارد است.
رویکردهای دارویی و غیردارویی مهمتر از همه ، درمان غیر دارویی افسردگی در بارداری از هرگونه خطر شناخته شده یا ناشناخته مرتبط با جنین جلوگیری می کند .
قرار گرفتن در معرض دارویی ارائه شده آموزش به بیمار در زمینه افسردگی و دوره پس از زایمان بسیار مهم است .

در صورت امکان روان درمانی توصیه می شود دیگر مداخلات غیر دارویی شامل بهبود تغذیه و رژیم است حذف کافئین ، نیکوتین و الکل و فراهم نمودن بهداشت خواب مناسب و همچنین کاهش عوامل استرس زا به عنوان ارائه اطلاعات در مورد تکنیک های آرام سازی نیز می تواند مفید باشد برخی از انها مفید واقع میشود .
ارجاع به گروه های حمایتی محلی برای زنانی که در طول دوران با افسردگی دچار هستند. (بارداری و دوران پس از زایمان)

ناراحتی ها و یا ناهنجاری های پس از زایمان

پس از زایمان :
به عنوان علایم خلقی ضعیف و افسردگی خفیف که گذرا هستند تعریف می شود و خود محدود شده و در دوره قبل از تولد بسیار شایع هستند .

این فعالیت توصیف می کند ، معیارهای تشخیص برای ناراحتی های پس از زایمان و برجسته کردن نقش تیم بین حرفه ای در آن ارزیابی مدیریت از ناراحتی های پس از زایمان فوق العاده شایع است و تخمین زده میشود که حدود 50% یا بیشتر از زنان در چند هفته پس از زایمان رخ می دهد.

علائم ناراحتی های پس از زایمان عبارت اند از :

- گریه کردن
- تاثیر ناخوشایند
- تحریک پذیری
- اضطراب
- بیخوابی
- تغییرات اشتها

معمولا ناهنجاری های پس از زایمان خفیف و خودبخودی است بنابراین خودبخود حل می شود و هیچ درمانی جز اعتبارسنجی و آموزش روانی ، اطمینان خاطر روانی و اجتماعی نیاز ندارد.

حمایت قابله ها خانواده و غیره

افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان افسردگی بالینی در ماه های بعد از زایمان است. تصویر افسردگی زایمان شبیه به افسردگی در نظر گرفته می شود. این بیشترین عارضه روانشناختی رایج است که می تواند در هر زمان پس از تولد کودک رخ دهد سال اول زندگی است ، اما علائم آن را می توان در دوران بارداری مشاهده کرد (در این مورد افسردگی در دوران بارداری است) این بیماری در صورت عدم درمان به تدریج منجر به افسردگی مزمن می شود یعنی با حاملگی ها و زایمان های بعدی عود میکند.

شایع ترین علل افسردگی پس از زایمان

- افسردگی قبلی
- سقط جنین
- ولادت مشکل یا همراه با آسیب
- سن مادر (بسیار جوان یا پیر)
- حاملگی ناخواسته و بدون پلان
- ازدواج یا رابطه ضعیف
- وضعیت اجتماعی و اقتصادی
- عدم حمایت اجتماعی
- رویدادهای استرس زای زندگی
- سطح تحصیلات پایین
- خطرات بارداری

علائم افسردگی پس از زایمان

- تجربه احساسات غیر معمول ، پنهان کردن آنها مثلا گریه غیر قابل توضیح
- شرم بر شرایط یک نفر
- اضطراب خستگی
  - علاقه عاطفی کم به فرزندان (ممکن است علاقه نداشته باشد)
  - احساسات ناکافی نسبت به کودک مانند خشم ، تحقیر ، شادی و غیره خطر آسیب به کودک
  - احساس گناه
  - بی خوابی

- تغییر اشتها
- غم و اندوه
- وجود خطر خودکشی
- تضادهای خانوادگی و اختلال در عملکرد خانواده (عدم صمیمیت)
- سوء تفاهم بین شرکا ، تنهایی و غیره
- مشکلات مقابله روانی اجتماعی

مشکلات پس از زایمان می تواند در هر زمانی در سال اول پس از زایمان شروع شود علت ناشناخته است.
تغییرات و مراقبت پس از تولد نوزاد جدید ممکن است نقش داشته باشد. زنانی که دچار مشکل شده اند در معرض خطر بیشتری هستند.
(افسردگی پس از زایمان 2021)
گزینه های دارویی روان درمانی و سایر روش های درمانی هستند برای درمان (PPD پست پارتوم دپرشن) از مشاوره و یا دارو و یا هر دو استفاده می شود . درمان در خط اول در نظر گرفته می شود، با گزینه های دیگر به عنوان درمان کمکی استفاده می شود .

روان پریشی Psychosis
روان پریشی زایمان یک بیماری بسیار نادر اما جدی است یک یا دو مورد از هر 1000 تحویل علائم روان پریشی زایمان شدید و ممکن است شامل : بی خوابی ، انرژی بیش از حد ، بی قراری ، شنیدن صداها ، و پارانویای شدید یا مشکوک بودن از زنان مبتلا به روان پریشی دارای سابقه شخصی یا خانوادگی هستند.

اختلال دو قطبی علایم سایکوز حین زایمان می تواند یک اورژانس پزشکی جدی باشد که نیاز به توجه فوری دارد. اختلالات اضطراب در دوران بارداری و پس از زایمان ، اختلال ، آگورافوبیا ، اختلالات اضطراب فراگیر ، اختلال اضطراب اجتماعی ، و خاص فوبیا و همچنین اختلال وسواس اجباری و اختلال استرس پس از سانه.

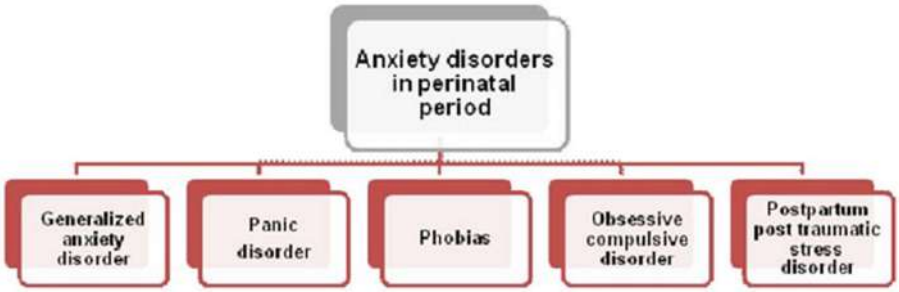


Figure 23. Anxiety disorders in perinatal period (Anniverno et al. 2013)

اختلالات اضطراری در دوران پس از زایمان :
- اختلال و اضطراب فراگیر
- اختلال هواس
- تزس ها
- اختلال وسواس فکری عملی
- اختلال استرس پس از زایمان

عوامل خطر اختلالات اضطرابی در دوران بارداری و پس از زایمان:
- سابقه اختلالات اضطرابی خانوادگی
- سابقه اضطراب و افسردگی شخصی

- عدم تعادل تیروئید
- وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین
- حاملگی برنامه ریزی نشده یا ناخواسته
- استرس مراقبت از کودک
- ویژه گی های شخصی مانند احساس گناه ، احساس ناتوانی ، پایین بودن اعتماد بنفس

علایم اضطراب در دوران بارداری یا پس از زایمان ممکن است شامل موارد زیر باشد :

- نگرانی دائمی
- عصبی بودن
- اضطراب
- خستگی
- تکان دادن یا لرزاندن پا در صورت داشتن استرس
- نگرانی های بیش از حد هوشیاری یا توجه به نوزاد
- بی ثباتی شدید
- افکار نگران کننده در مورد آینده یا رویدادهای فاجعه بار رخ می دهد
- بی خوابی
- حواس پرتی یا هوش پرک بودن و ناتوانی در تمرکز
- اختلال در خواب و اشتها
- احساس از دست دادن حافظه
- علایم فیزیکی مانند سرگیجه ، برافروختگی ، استفراغ و حالت تهوع

برای خدمات رسانی بهتر به زنان باردار و پس از زایمان که از یک یا چند بیماری پس از زایمان رنج می برند موارد زیر توصیه می شود :
تا زمانی که با یک ابزار دقیق و موثر شناسایی نشده است ، از بارداری وپس اززایمان سوال کنید ، زنان به طور مستقیم در مورد انواع ترس های رایج در این جمعیت به عنوان مثال بیش از حد :
نگرانی در مورد بارداری ، شیردهی ، ترس از زایمان ، افکار آسیب رسانی و تولد تروما هنگام زایمان و در صورت نیاز با ارزیابی کامل سلامت روان پیگیری کنید .

- آموزش زنان در مورد جنجال های پس از زایمان ، این آموزش ها نشان داده شده است که شدت علایم OCD پس از زایمان را کاهش می دهد OCD یک اختلال روانی است که در آن فرد افکار خاصی با نام وسواس فکری را به طور مکرر تجربه می کند و یا نیاز به انجام مکرر اعمال خاصی با نام وسواس عملی را احساس میکند تا حدی که باعث پریشانی یا اختلال در عملکرد عمومی خود می شود طبق ملاک های دی سی ام اختلال وسواسی به دو صورت فکری و عملی تعریف می شود.
- به طور خاص در مورد افکار ناخواسته و مزاحم آسیب های مربوط به نوزاد بپرسید از آنجایی که زنان اغلب تمایلی به افشای این نوع افکار ندارند زیرا می ترسند که نوزادشان از مراقبت آنها خارج شود .

در ادامه خلاصه ای کوتاه از متداول ترین درمان های پیشنهادی برای اضطراب در دوران بارداری و پس از زایمان با در نظر گرفتن این نکته که رویکردهای دارویی ، به ویژه در دوران بارداری و همچنین در دوران شیردهی باید با احتیاط ، همکاری با متخصص زنان و وزن دادن به خطرات و فواید استفاده شود. با توجه بیشتر نسبت به بیماران عادی و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که تاکنون شواهد بیشتری برای اثربخشی درمان های روانشناختی برای اختلال اضطراب در دوران پس از زایمان وجود ندارد حتی اگر منطقی باشد که در نظر بگیریم که اضطراب در بارداری و پس از زایمان تفاوت کمی با اختلالات مشابه دارد.

در اینجا چهار روش که بر فرهنگ صحت روان تاثیر بگذارد آورده شده است :

1. هر فرهنگی نگاه متفاوتی به صحت روان دارد برای بسیاری ننگ فزاینده ای در مورد صحت روان وجود دارد و چالش های صحت روان به عنوان یک ضعف و چیزی برای پنهان کردن در نظر گرفته می شود ، این می تواند صحبت کردن و درخواست کمک را برای کسانی که در تلاش هستند سخت تر کند.
2. درک علایم ، فرهنگ می تواند بر نحوه توصیف و احساس افراد در مورد علایم خود تاثیر بگذارد این می تواند بر اینکه کسی تصمیم بگیرد فقط علایم فیزیکی ، علایم عاطفی یا هر دو را تشخیص دهد و درباره آنها صحبت کند تاثیر بگذارد.
3. حمایت جامعه ، عوامل فرهنگی می تواند تعین کنند که در مورد صحت روانی افراد چقدر از خانواده ها و جامعه حمایت می شوند به دلایل موجود اقلیت ها گاهی تنها به جای درمان و حمایت از صحت روان رها می شوند.
4. منابع ، هنگامی که به دنبال درمان صحت روان هستید می خواهید با فردی صحبت کنید که تجربیات و نگرانی های خاص شما را درک کند گاهی اوقات یافتن منابع و گزینه های درمانی که فاکتورها و نیازهای فرهنگ خاصی را در نظر میگیرد دشوار یا زمان بر است.

این ها تنها چند راه هستند که فرهنگ می تواند بر درک و درمان صحت روان تاثیر بگذارد که با هر فرهنگ و فردی متفاوت است که با سفری منحصر به فرد به سمت بهبودی روبرو است.

نکات مهم

سازمان جهانی بهداشت و صحت روان
بهداشت صحت روان و زمینه زایمان
اختلالات خلقی باردار و پس از زایمان
درمان اساسی اختلالات خلقی

منابع

Anniverno, R., Bramante A., Mencacci, C., Durbano, F. (2013). Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. IntechOpen Book Series. https://www.intechopen.com/chapters/43758

Balaram, K., Marwha, R. (2021). Postpartum Blues. NCBI. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/

Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A., Scmukler, S. (2016). Depression during Pregnancy and Postpartum. Complex Medical-Psychiatric Issues. Springer Science+Business Media New York. DOI 10.1007/s11920-016-0664-7

DelRosario, G.A., Chang, A.C, Lee, E.D. Postpartum depression: Symptoms, diagnosis, and treatment approaches. (2013). JAAP. https://journals.lww.com/jaapa/toc/2013/02000

شرایط اضطراری در عمل قابلگی

۱. وظایف قابله را در شرایط اضطراری زنان و ولادت می داند
۲. مدیریت خونریزی اولیه پس از ولادت را می داند
3 . مدیریت دیستوشی شانه را می داند
۴. الگوریتم احیای نوزادان را می داند

مهم است که قابله ها دانش، مهارت ها و شایستگی های لازم را داشته باشند تا بتوانند مسئولیت های حرفه ای خود را انجام دهند قابله ها در برابر زنان و نوزادانی که وظیفه مراقبت از آنها را بر عهده دارند پاسخگو هستند و باید بتوانند مدرکی مبنی بر انجام این وظیفه را ارائه دهند. بنابراین، قابله ها را می‌توان در برابر طیفی از مقامات بالاتری که با آنها رابطه حقوقی دارند، برای توجیه اقدامات خود پاسخگو دانست قابله ها باید قادر به شناسایی خطر و شروع ارجاع و اجرای مراقبت و اطلاعات مناسب باشند. بویل(2017)

مروری بر عوامل انسانی احتمالی که به خطر کمک می‌کنند و در نتیجه می‌توانند بر مصونیت بیمار در طول شرایط اضطراری ولادت تاثیر بگذارند:

1. مصونیت در حالت اضطراری ولادت چندین متخصص در اتاق .
2. فقدان ارتباط یا صحبت کردن افراد در یک زمان در صورت عدم شناسایی یک رهبر یا لیدر واضح.
3. نویز یا سرو صدا های محیطی و نور ضعیف و بهم ریختگی.
4. نیاز احتمالی به انجام محاسبات دارویی پیچیده و عدم موجودیت سرینج ها از پیش پر شده برای داروهای پرخطر.
5. خونریزی بعد از ولادت.
6. کمبود تجهیزات، به عنوان مثال وسایل احیا مجدد و ترالی. Resuscitate یا و PPH
7. دیدن آنچه انتظار دارید ببینید – به خاطر نداشته باشید که برچسب ها و فرش ها را بررسی.

کنید. (2010 Carthey and Clarke).

مهم آن است که در هنگام پاسخگویی به شرایط اضطراری در دوران بارداری که همه اعضای تیم با هم در جهت هدف مشترک بهینه سازی نتایج برای مادر و نوزادش با استفاده از بهترین روشهای موجود کار می‌کنند، رهبری موثر هنگام هماهنگ کردن فعالیت های اعضای تیم در پاسخ به شرایط اضطراری مهم است و وظایف رهبری باید شامل موارد زیر باشد.

حصول اطمینان از اینکه برنامه مراقبت در حال تحول برای همه روشن است،

- اطلاعات به اشتراک گذاشته می شود
- منبع تهیه شده و محیط مدیریت میشود تا اعضای تیم بتواند نقش ها و مسئولیت های خود را در صورت امکان به طور موثر انجام دهند

ثبت سوابق بخشی جدایی ناپذیر از فعالیت حرفه ای قابله ها است و سوابق قابلگی می تواند منعکس کننده استاندارد عملکرد قابله گی ارائه شده باشد. قابله ها می توانند از طریق سوابق خود در مورد اینکه آیا به وظایف مراقبتی خود عمل کرده اند یا خیر، احضار کرد. این به این دلیل است که سوابق شواهدی مبنی بر ارائه مراقبت و همچنین توجیه چنین مراقبتی ارائه می دهند. سوابق تکمیل شده با استاندارد بالا ازاصول ثبت سوابق خوب پیروی می کنند و شواهدی را ارائه می دهند.

نکات مهم عاجل ولادت که باید ثبت شود.

- دیستوشی شانه
- زمان ولادت سر و زمان ولادت تنه یا بدن
- موقعیت سر جنین در هنگام ولادت
- موقعیت شانه قدامی در زمان دیستوشی
- مانورهای انجام شده، زمان و ترتیب آنها
- درجه کشش محوری اعمال شده
- معاینه پرینه یا عجان و مهبل مادر
- از دست دادن خون تخمینی
- ارزیابی مادر
- کارکنان حاضر و زمان ورود آنها
- وضعیت عمومی نوزاد (نمره آپگار)
- نوزاد اندازه گیری اسید در خون بند ناف
- ارزیابی نوزاد کودک

خونریزی پس از ولادت:

- کارکنان حاضر و زمان ورود آنها
- توالی و یا دنباله ای از وقایع
- زمان تجویز ادویه های مختلف ، زمان و ترتیب آنها
- زمان مداخله جراحی، در صورت لزوم
- وضعیت و ارزیابی کلی مادر در طی مراحل مختلف
- شناسایی و زمان بندی مایعات و فرآورده های خونی داده شده

احیای نوزادان:

تجهیزات اولیه مورد نیاز برای احیای نوزادان شامل دستمال نرم، گوشی پزشکی، وسایل تنفس، حرارت و نور است. آخرین دستورالعمل‌ها استفاده از قطعه تی همراه با فشار های نهایی تنفسی مثبت(پیپ)را توصیه میکنند که روی 5 سانتی‌متر ایچ تی او تنظیم شده است تا به حفظ تورم در ریه‌ها برای نوزادان در تمام دوران بارداری کمک کند، اما قابله ها نیز باید با آن آشنا باشند تا بتوانند از آن استفاده کنند.

خلاصه ای از وظایف قابلگی:

- در صورت امکان با شرکت در تمرینات عملی منظم، تکنیک های احیای مادر و نوزاد را آپدیت نگه دارید.
- اطمینان حاصل کنید که تجهیزات احیای مادر و نوزاد به طور مرتب بررسی می شوند.
- تجهیزات نوزادان قبل از هر ولادت توسط قابله که از خانم مراقبت می کند بررسی شود.
- وضعیت (خطر) را که ممکن است منجر به احیای نوزاد شود در دوران حاملگی یا ولادت تمام آمادگی های لازم را برای آن انجام دهید.
- در صورت نیاز برای کمک مناسب تماس بگیرید.
- نظارت مستقیم مادر(اگر تحت مراقبت قابله گی بماند) و یا نوزاد پس از هر گونه احیا اطمینان حاصل کنید.
- در صورت لزوم مراقبت های بعدی را برای والدین انجام یا ترتیب دهید. (بویل 2017)

دیستوشی شانه:

دیستوشی شانه نهفتگی شانه قدامی پشت سمفیز پوبیس است که مانع از ولادت خود به خودی نوزاد می شود. دیستوشی شانه یک مشکل استخوانی است، مشکل انساج نرم نیست، دیستوشی شانه می تواند با هر ولادتی رخ دهد. همه پزشکان، در هر شرایط مراقبت های صحی، نوزاد را به دنیا می آورند، باید در هر ولادت، دیستوشی شانه را پیش بینی کنند.

عوامل خطر (هم قبل از ولادت و هم در حین ولادت) را ارزیابی کنید و نگرانی ها را به طور مناسب ارجاع دهید و تشدید کنید.

عوامل مساعد کننده و خطر برای دیستوشی شانه :

- (BMI > 30)
- چاقی
- قد کوتاه
- آناتومی غیر طبیعی لگن
- مشکوک به ماکروزومی جنینی
- دیابت بارداری یا از قبل موجود
- پوست مچور(بارداری پس از تاریخ)
- دیستوشی قبلی شانه
- طولانی شدن فاز فعال(تون – آتونی)انقباض ضعیف رحم:مر حله اول ولادت
- افزایش ولادت ها
- طولانی شدن مرحله دوم ولادت

کمک ولادت مهبلی (فورسپس یا وکیوم) ممکن است ترکیبی از عوامل خطر احتمال دیستوشی شانه را چند برابر کند و در موارد فردی قابل پیش بینی باشد، اما شناسایی با بهره مندی از آینده نگری آسان تر است. اولین علامت اغلب ناتوانی چانه نوزاد از پرینه یا ناتوانی سر نوزاد در بازگرداندن یا چرخش است. گاهی اوقات به این علامت "لاک پشت" نیز گفته می شود. سر نوزاد به قدری به پرینه فشار می‌آورد که نمی‌توان انگشت را وارد واژن کرد و صورت نوزاد پر شده و تغییر رنگ می‌دهد، یادداشت یا تغییر رنگ را مطابق خط و مش محلی اعمال کنید که این مطابقت دارد به مراقبت های پیشرفته در زندگی زنان در وقت ولادت.

کمک H = HELP

برای کمک تماس بگیرید:

- متخصص ولادی، متخصص بیهوشی، قابله ها، تیم اطفال و کارکنان حمایتی در زمان ولادت به سر جنین توجه داشته باشید.
- ارزیابی برای اپیزیوتومی: EVALUATE = E

انجام اپی زیاتومی معمولاً به این منظور است که فضای اضافی در داخل رحم در اختیار پزشک قرار گیرد تا هر گونه مانور مستقیم یا دستکاری جنین را انجام دهد. ممکن است آسیب به عجان در دراز مدت کاهش یابد.
با این حال، با روش صحیح و درست همیشه فضای کافی برای دسترسی داخلی بدون انجام اپیزیوتومی نیز وجود دارد

L= Legs

پایه های میز ولادت راهموار بخوابانید، بالشت هایش را بردارید، زانوهای خانم را تا شانه های او بلند کنید (وضعیت مک رابرت)

P = Pressure

فشار: فوق عانه، ثابت برای 30 ثانیه، هدایت شانه کودک به سمت قفسه سینه، فشار تکان دادن را برای 30 ثانیه، با استفاده از موقعیت دست و سی پی آر به پشت شانه قدامی جنین به سمت کشاله ران مادر در طرف مقابل، تا شانه قدامی را اضافه می کند و در نتیجه قطر بی ساکرومیال را کاهش می دهد و آن را قادر می سازد از زیر سمفیز پوبیس عبورکند اگر حرکتی مشاهده شد، با حفظ کشش محوری در سرتاسر، زایمان را انجام دهید.

E = ENTER

- لگن یا حوصله، وارد مانورها شوید.
- بسته به موقعیت کمر جنین، انگشتان یک دست را در ساعت 5 یا 7 داخل واژن زن قرار دهید انگشتان را در امتداد پشت به سمت بالا حرکت دهید تا زمانی که در قسمت خلفی شانه قدامی دراز بکشند و سعی کنید جنین را به سمت قطر مورب بچرخانید .همچنین می توان از فشار سوپراپوبیک به صورت خارجی برای تقویت مانور داخلی استفاده کرد اگر حرکتی مشاهده نشد، انگشتان دست دیگر را اضافه کنید تا در قسمت قدامی شانه خلفی دراز بکشید و

مانور پیچ چوب را انجام دهید. مانند قبل، فشار فوق عانه خارجی نیز می تواند برای تقویت مانورهای داخلی مورد استفاده قرار گیرد اگر حرکتی مشاهده نشد، دست دوم را بردارید و انگشتان دست دیگر را به سمت پایین پشت جنین حرکت دهید تا روی قسمت خلفی شانه خلفی دراز بکشید و سعی کنید جنین را در جهت مخالف در 180 درجه تدور دهید .برای تکمیل مانور ممکن است لازم باشد یک دست را با دست دیگر تعویض کنید .اگر حرکتی مشاهده شد، با حفظ کشش محوری در سراسر، ولادت را انجام دهید.

- بازوی عقبی را بردارید، دست قابله از عقب در امتداد بازو وارد می‌شود، بازو را خم می‌کند و دست را می‌گیرد و بازوی کودک را روی سینه و صورتش می‌کشد تا ولادت کند اگر هیچ یک از موارد بالا منجر به ولادت جنین نشده ،خانم را به حالت چهار دست و پا در حالت اغراق آمیز بغلتانید و سرخانم پایین تر از حوصله او باشد.
- اکنون ممکن است بتوان شانه قدامی، شانه خلفی را تحویل داد یا بازو خلفی را برداشت.
- مطمئن شوید که یک کاتب برای نگهداری سوابق دقیق تعیین شده است.

با مادر و شریک تولد او ارتباط برقرار کنید. در صورت لزوم به او یا آنها کمک کنید تا بعداً توضیح دهند.

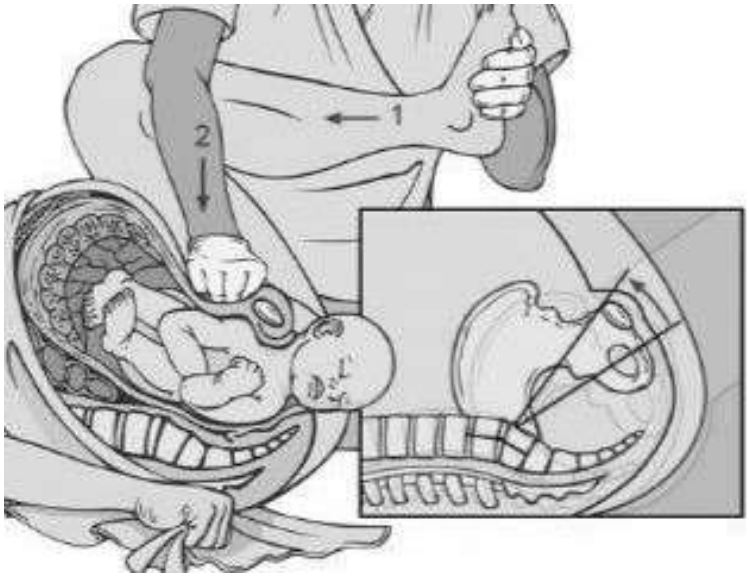


Figure 24. McRoberts manoeuvre (**P**ressure (Anneliis Aavik, 2022)

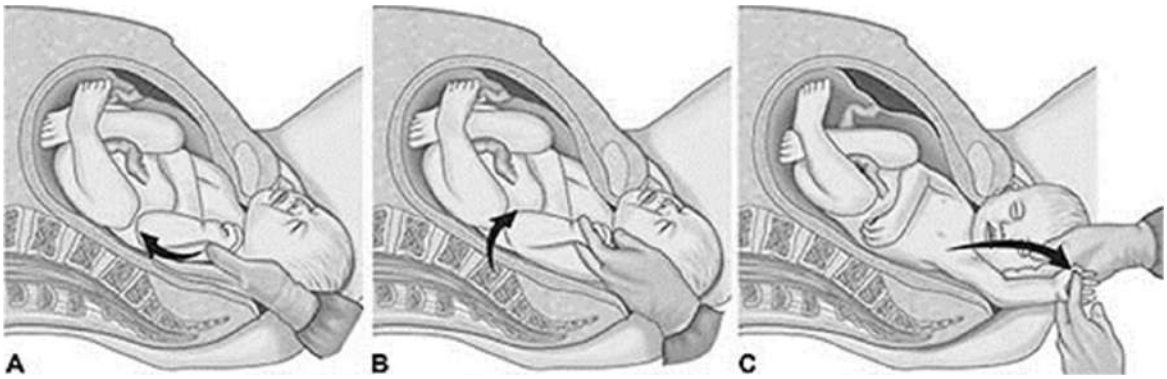


Figure 25. **E**nter (A), Wood's screw (B), **R**emove posterior arm (C) (Anneliis Aavik, 2022)

خونریزی اولیه پس ازولادت: **PPH**
معمول ترین شکل خونریزی این دوره است.

تعریف سنتی خونریزی بعد از ولادت از دست دادن 500 میلی لیتر یا بیشتر خون از دستگاه تناسلی در طول 24 ساعت پس از تولد نوزاد است. PPH می تواند جزئی (500-1000 میلی لیتر) یا بزرگ (بیش از 1000 میلی لیتر) باشد را می توان به شکل متوسط (1000-2000 میلی لیتر) یا شدید (بیش از 2000 میلی لیتر) تقسیم کرد.
در دنیای غرب، خونریزی پس از ولادت تهدید کننده زندگی تقریباً در 2 مورد در 1000 تولد و عوارض شدید مادری در حدود 3 مورد در 1000 تولد رخ می دهد طبقه بندی کردT" خونریزی پس از زایمان را می توان بر حسب "چهار و برخی از زنان بیش از یکی از این موارد را ایجاد می کنند.
تون – آتونی (انقباض ضعیف رحم)
شایع ترین علت آتونی رحم خونریزی پس از ولادت با یا بدون غشای جوره یا پلاسنتا باقی مانده است، میباشد. رحم فاقد تون عضلانی است زیرا میومتر در هنگام جدا شدن جوره یا پس از آن منقبض و جمع نمی شود. رگ های خونی پاره شده در محل جوره ، یکی از ویژگی های فیزیولوژیکی کلیدی مرحله سوم طبیعی ولادت، این است که با عمل سوچور زدن حیاتی فایبر های رحم و فشار دادن فایبرهای میومتر خونریزی کنترل نمی شود. در بارداری حداقل 600 تا 700 میلی لیتر خون در هر دقیقه از جوره عبور می کند و بنابراین اگر عمل رحمی به سرعت انجام نشود، آتونی می تواند منجر به از دست دادن خون سریع و شدید شود. آتونی رحم بیشتر با جدا شدن ناقص جوره، لپه باقی مانده غشاء یا لخته خون، رسوب یا ولادت طولانی، پلاسنتا پریفیا یا جدا شدن جوره، بیهوشی عمومی یا مدیریت نادرست مرحله سوم همراه است. گاهی اوقات اتیولوژی یا علت آن ناشناخته شده است.

تروما یا ضربه:
ضربه - به رحم (پارگی)، دهانه رحم (پارگی)، یا واژن/پرینه یا عجان (هماتوم، پارگی، و یا اپیزیوتومی).

- نسج:احتباس انساج جوره، غشاء جوره، یا علقات خون ترومبین – ناهنجاری های لخته شدن خون، استفاده سایتوسینون(اوکسی توسین مصنوعی) باعث ایجاد مشکل شده باشد، باید به سرعت مصرف آن را در ولادت قطع کرد، با این حال، زمانی که شل شدن عضلات رحم نامطلوب است، نباید به طور ناگهانی پس از تولد نوزاد و جوره قطع شود. در غیاب اکسی توسین کافی تولید شده به طور طبیعی، فیبرهای عضلانی ریلکس رحم اجازه عبور بیش از حد خون از عروق جوره تازه جدا شده را می دهند. مثانه پر در اواخر ولادت، "کمانچه زدن فوندوس" (جایی که یک متخصص بهداشت فشار مکرر و نامنظم را به فوندوس رحم معمولاً برای بررسی انقباض خوب وارد می کند)، کش قوی حبل سروی روی جوره جدا نشده و ترکیب نامناسب تکنیک ها. به افزایش خونریزی بعد از ولادت ویا جوره باقیمانده نقش دارند. همگی با انقباضات ریتمیک طبیعی که دقیقاً به منظور هماهنگی دقیق انقباض و انقباض عضلانی با جداسازی جوره با یا بدون تجویز داروی اکسی توسیک طراحی شده اند، تداخل دارند از منظر فیزیولوژیکی، اگر زنی در وضعیت عمودی ولادت کند، اندام های شکمی او به طور طبیعی رحم او را در برابر کف لگن او با تولد نوزاد فشرده می کنند. اما اگر در حالت خوابیده یا نیمه دراز کشیده ولادت کند، این مزیت برای او وجود ندارد. این یکی از گزینه های بسیاری است که مادر و قابله با هدف جلوگیری از خونریزی مادر از وقوع آتونی در دسترس دارند یک تیم چند رشته ای شامل اعضای ارشد کارکنان باید احضار شود تا به زنان مبتلا به خونریزی بعد از ولادت (از دست دادن خون بیش از 1000 میلی لیتر) و خونریزی مداوم یا شوک بالینی رسیدگی کند.

خلاصه اقدامات فوری در صورت وقوع خونریزی پس از ولادت:
توجه داشته باشید که بسیاری از اقدامات زیر به طور همزمان انجام می شود
هنگام صحبت با زن و همسرش علت و میزان خونریزی را ارزیابی کنید تا آنها را آرام نموده و همکاری کنند:

- از همکاران مناسب کمک بگیرید.
- بیمار کاملا دراز بکشد. 10-15 لیتر در دقیقه اکسیژن با جریان بالا بدهید.
- جوره راولادت دهید (اگر جوره کاملاً چسبیده باشد، معمولاً خونریزی وجود ندارد). کامل بودن جوره را بررسی کنید رحم را مالش دهید. رحم باید زیر انگشتان سخت شود، اگر رحم شروع به شل شدن کرد، دوباره مالش دهید. اگر خونریزی زیاد است، فشرده سازی دو دستی را در نظر بگیرید. این بسیار دردناک است و فقط در صورتی باید انجام شود که با وجود تمام تلاش ها خونریزی ادامه یابد و کمک های پزشکی در دسترس نباشد.

- به محض اینکه وضعیت زن مشخص شد، احیای مایعات داخل را با کریستالوئیدهای ایزوتونیک (همراه قرار دادن دایرکس بزرگ وکنول ۱۴ گیج) شروع کنید.
- خون برای کراس مچ بگیرید.
- اندازه خون از دست داده را ارزیابی کنید:
- برای جلوگیری از خونریزی رگ های فوران کننده واژن را ببندید (و اگر خونریزی تحت کنترل است، بخیه عجان را ادامه دهید تا خونریزی تحت کنترل آید).

اگر خونریزی ادامه یابد:

- تجویزشود یک بولوس 10 واحدی اذان Syntocinon IVIویا به مقدار 10 واحد اوکسی توسین
- سینتوسینون با مایع IV مخلوط شده است.
- کاتتریزاسیون و تخلیه مثانه.
- رحم را مالش دهید.
- بولوس دوم 10 واحدی اوکسی توسین را در نظر بگیرید.
- (بای منول کامپریسشن) فشرده سازی دو دستی را اجرا کنید.
- اگر اکسی توسین داخل وریدی در دسترس نیست، یا اگر خونریزی به اکسی توسین پاسخ نمی دهد، استفاده از ارگومترین داخل وریدی، دوز ثابت اکسی توسین-ارگومترین، یا یک داروی پروستاگلاندین (شامل میزوپروستول زیرزبانی یا رکتوم، 800 میکروگرم) توصیه می شود. حداکثر دوز اکسی توسین - 40 IU مکمل.
- استفاده از ترانگزامیک اسید برای درمان PPH توصیه می شود در صورتی که اکسی توسین و سایر داروهای اوترو تونیکی نتوانند خونریزی را متوقف کنند یا تصور می شود که خونریزی ممکن است تا حدی به دلیل تروما باشد. 1 گرم داخل وریدی، دوز مکمل 2 گرم.
- بیمار را با پتوهای گرم بپوشانید.
- هر 15 دقیقه بعد کنترل علایم حیاتی و NIBP ، پالس اکسی متری خروجی رضایت بخش ادرار حداقل 100 میلی لیتر در 4 ساعت.

ادامه خونریزی شدید- معاینه تحت بیهوشی عمومی، قرار دادن تامپوناد داخل رحمی، ادامه انتقال فرآورده های خونی با هدایت آزمایشات لابراتوار.

احیای نوزادان:

رویکرد مدیریت احیای نوزاد باید ماهیت سیستماتیک داشته باشد.

این یک وضعیت عاجل است که در آن وضعیت نوزاد می تواند به سرعت بدتر شود. آماده باشید و نیاز به مداخله را پیش بینی کنید.

مهم است که نوزاد در این دوره بلافاصله پس از تولد گرم نگه داشته شود، خواه حمایت با انتقال یا احیا مورد نیاز باشد یا خیر

- اتاق باید گرم و عاری از کشش باشد و دمای آن بین 23 تا 25 درجه سانتیگراد توصیه می شود.
- ساعت را روشن کنید/وقت و زمان تولد را یادداشت کنید و چراغ و بخاری را روشن کنید.

نوزاد را روی یک سطح صاف قرار دهید و نوزاد را کاملا خشک کنید و دستمال تر شده را دور بیندازید و دوباره نوزاد را در یک دستمال خشک بپیچید و قفسه سینه را باز کنید.

- کلاه بگذارید

وضعیت نوزاد را ارزیابی کنید:

ضربان قلب، تنفس کشیدن، رنگ جلد و تقویت آن را هر 30 ثانیه در طول دوره احیا تکرار کنید و کمک بگیرید.

راه تنفسی:

سر نوزاد را به وضعیت طبیعی قرار دهید نه آنقدر بلند و نه خم، به خاطر داشته باشید که نوزاد دارای راس یا اوکسی پیت بزرگ و مدور که به نظر میرسد که سنگین است.

- بسیاری از اقدامات زیر به طور همزمان انجام می شود.

هنگام صحبت با زن و همسرش علت و میزان خونریزی را ارزیابی کنید تا آنها را آرام و همکاری کنند.

- از همکاران مناسب کمک بگیرید.
- بیمار را صاف دراز بکشید. 10-15 لیتر در دقیقه اکسیژن با جریان بالا بدهید.
- جوره را وارد کنید. (اگر جفت کاملاً چسبیده باشد، معمولاً خونریزی وجود ندارد). کامل بودن جفت را بررسی کنید.

رحم را مالش دهید. رحم باید زیر انگشتان سفت شود، اگر رحم شروع به شل شدن کرد، دوباره مالش دهید. اگر خونریزی زیاد است، فشرده سازی دو دستی را در نظر بگیرید. این بسیار دردناک است و فقط در صورتی باید انجام شود که با وجود تمام تلاش ها خونریزی ادامه یابد و کمک های پزشکی در دسترس نباشد.

- به محض اینکه وضعیت زن مشخص شد، احیای مایع داخل رحمی را با کریستالوئیدهای ایزوتونیک (از جمله قرار دادن یک IV با کانول x2 بزرگ و 14 گرمی) شروع کنید.
- خون برای کراس مچ بگیرید
- از دست دادن خون اندازه گیری شده را ارزیابی کنید: جلوگیری از خونریزی:
- رگ های فوران کننده واژن را ببندید (و اگر خونریزی تحت کنترل است، بخیه پرینه را ادامه دهید)

اگر خونریزی ادامه یابد:

- بولوس 10 واحد Syntocinon تجویز کنید، یا اگر IVI 10 واحد اوکسی توسین تجویز کند
- سینتوسینون با مایع IV مخلوط شده است.
- کاتتریزاسیون و تخلیه مثانه.
- رحم را مالش دهید.
- بولوس دوم 10 واحدی را در نظر بگیرید Syntocinon واحد دوم بولس.
- فشرده سازی دو دستی را اجرا کنید.
- اگر اکسی توسین داخل وریدی در دسترس نیست، یا اگر خونریزی به اکسی توسین پاسخ نمی دهد، استفاده از ارگومترین داخل وریدی، دوز ثابت اکسی توسین-ارگومترین، یا یک داروی پروستاگلاندین (شامل میزوپروستول زیرزبانی یا رکتوم، 800 میکروگرم) توصیه می شود. حداکثر دوز اکسی توسین - 40 IU (کل). استفاده از ترانگزامیک اسید برای درمان PPH توصیه می شود در صورتی که اکسی توسین و سایر داروهای اوترو تونیکی نتوانند خونریزی را متوقف کنند یا تصور می شود که خونریزی ممکن است تا حدی به دلیل تروما باشد. 1 گرم داخل وریدی، دوز کل 2 گرم.
- بیمار را با پتوهای گرم بپوشانید.
- مونتور علائم حیاتی هر 15 دقیقه، NIBP. پالس اکسی متری خروجی رضایت بخش ادرار حداقل 100 میلی لیتر در 4 ساعت است. ادامه خونریزی شدید- معاینه تحت بیهوشی عمومی، قرار دادن تامپوناد داخل رحمی. ادامه انتقال فرآورده های خونی با هدایت آزمایشات آزمایشگاهی. احیای نوزادان رویکرد مدیریت احیای نوزاد باید ماهیت سیستماتیک داشته باشد. این یک وضعیت اورژانسی است که در آن وضعیت نوزاد می تواند به سرعت بدتر شود. آماده باشید و نیاز به مداخله را پیش بینی کنید. مهم است که نوزاد در دوره بلافاصله پس از تولد گرم نگه داشته شود، خواه حمایت با انتقال یا احیا مورد نیاز باشد یا خیر. اتاق باید گرم و عاری از کشش باشد و دمای آن بین 23 تا 25 درجه سانتیگراد توصیه می شود.
- ساعت را روشن کنید/زمان و زمان تولد را یادداشت کنید و چراغ و بخاری را روشن کنید.

نوزاد را روی یک سطح صاف قرار دهید و نوزاد را کاملا خشک کنید و حوله خیس را دور بیندازید و دوباره نوزاد را در یک حوله خشک بپیچید و قفسه سینه را باز کنید. کلاه بگذارید. وضعیت نوزاد را ارزیابی کنید: ضربان قلب، تلاش تنفسی، رنگ و تن. این کار را هر 30 ثانیه در طول دوره احیا تکرار کنید و کمک بگیرید.

راه تنفسی :

● سر نوزاد را در حالت خنثی قرار دهید – یعنی خمیده یا کشیده نباشد. به یاد داشته باشید که نوزاد دارای پس‌سر بزرگ و گرد است که موقعیت «پیش‌فرض» خم‌شده را ترجیح می‌دهد - این می‌تواند راه هوایی را در صورت عدم توجه مسدود کند.

●یک پالس اکسیمتر (نوزادی) را با سنسور روی کف دست یا مچ دست راست اعمال کنید - ممکن است تا 90 ثانیه طول بکشد تا ضبط شروع شود.

نفس کشیدن ●

اگر نوزاد نفس نمی کشد، با استفاده از کیسه، دریچه و سیستم ماسک (BVM) یا یک ماسک قطعه T متصل به منبع هوا در

اندازه ماسک به گونه ای باشد که روی بینی و دهان قرار گیرد اما نه روی چشمان، احیا کننده فشار باید 30 سانتی متر باشد. H_2Oهر نفس باد کردن باید 2 تا 3 ثانیه طول بکشد.

توصیه میشود از پیپ استفاده شود در صورت استفاده از قطعه انتهایی مثبت را در 4 تا 5 سانتی متر آب حفظ کنید.

هوادهی موثر به معنای حرکت دیواره قفسه سینه خواهد بود. اگر ضربان قلب افزایش یابد، یعنی بیش از 60 ضربان در دقیقه، اما نوزاد خود به خود نفس نمی‌کشد، تنفس‌های تهویه‌ای را ادامه دهید که هر کدام بیش از 1 تا 2 ثانیه انجام می‌شود تا زمانی که نوزاد مستقل نفس بکشد، یا به صورت مکانیکی لوله‌گذاری و تهویه شود. اگر ضربان قلب به دنبال نفس های بادکرده افزایش نیابد، شایع ترین علت هوادهی ناکافی ریه ها است. بنابراین، موقعیت سر، نیاز به رانش فک/نفر دوم برای کمک یا انسداد در راه هوایی نوزاد را در نظر بگیرید. در ارزیابی مجدد، اگر ضربان قلب پایین بماند و هیچ حرکت قفسه سینه دیده نشود، تارهای صوتی باید برای مشاهده هرگونه انسداد مکانیکی مانند مکونیوم، ورنیکس یا لخته خون که می‌تواند با کاتتر ساکشن برداشته شود، مشاهده شود. ممکن است راه هوایی اوروفارنکس نیز وارد شود. هر دو روش با کمک لارنگوسکوپ انجام می شوند. یک متخصص ماهر ممکن است نوزاد را با لوله داخل شزنی اینتوبه کند.

کمپرسور قفسه سینه:

هنگام انجام فشارهای قلبی بر روی نوزاد، دست ها باید در اطراف قفسه سینه قرار گیرند تا یک پلت فرم محکم ایجاد شود و شست ها روی سینه، درست زیر خط نوک سینه، کنار هم قرار گیرند.

- اندازه ۹۰ فی دقیقه
- نسبت: سه فشرده سازی به یک تهویه/استنشاق
- عمق: یک سوم عمق قفسه سینه نوزاد (۱ تا ۲ سانتی متر)
- عمل: به خوبی کنترل شده است، نه پرشور یا نامنظم
- پس از هر فشرده سازی اجازه انبساط را بدهید تا بازگشت وریدی تسهیل شود.

داروها به ندرت در احیای نوزادان مورد نیاز است و استفاده از آنها معمولاً نشان دهنده وضعیت بسیار بد نوزادی است. در مواردی که دارو مورد نیاز است، سریعترین مسیر دسترسی از طریق ورید نافی است و یک کاتتر ورید نافی (UVC) باید در شرایط آسپتیک قرار داده شود. داروهایی که معمولاً مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از:

- بی کربنات سدیم برای اصلاح اسیدوز
- آدرنالین، که ممکن است از طریق لوله داخل شزنی داده شود
- گلیکوز برای تامین انرژی، بین هر دارو باید یک فلاش سالین تزریق شود.

در صورت از دست دادن خون از نوزاد، حجم آن به شکل نرمال سالین 0.9% نیز ممکن است تجویز شود. همچنین ممکن است به انجام انتقال خون نیز توجه شود اگر پس از 10 دقیقه احیا با کیفیت خوب، ضربان قلب وجود نداشته باشد، در صورت موفقیت آمیز بودن احیای بعدی، پیش آگهی برای نوزاد ضعیف است.

در این مرحله از زمان، ممکن است مناسب باشد که تلاش برای احیا متوقف شود. این تصمیم عموماً توسط متخصصین نوزادان پس از بحث و گفتگو با همه افراد درگیر در احیا گرفته می شود پس از تولد، مهم است که مراقبت های روانشناختی برای حمایت از پیوند والدین و نوزاد و کمک به خانواده در کنار آمدن با آنچه اتفاق افتاده است، ادامه یابد.

اطلاعات باید زمانی ارائه شود که از نظر فیزیکی و عاطفی قادر به دریافت آن باشند. قابله ها نقش کلیدی در ارائه حمایت عاطفی دارند و در نتیجه می توانند تفاوت قابل توجهی در تجربه و خاطرات زن و شوهرش ازولادت ایجاد کنند.

منابع

Carthey J, Clarke J. (2010). The 'How to Guide' for Implementing Human Factors in Healthcare.London: Patient Safety First.
Boyle, M. (2017). Emergencies Around Childbirth. A Handbook for Midwives. CRC Press Taylor & Francis Group.
Campell, D.D., Carr, S. (2018). Midwifery Emergencies at a Glance. Wiley-Blackwell.
Oxford Handbook of Midwifery (2017). Oxford University Press. UK.
Fawke, J., Wyllie, J., Madar, J., Ainsworth, S., Tinnion, R., Chittick, R., Wenlock, N., Cusack, J., Monnelly, V., Lockey, A., Hampshire, S. (2021). Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation Council. UK. Retrieved January 6, 2021 https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/newborn-resuscitation-and-support-transition-infants-birth

ارتباط و مشاوره پایه ای

آنچه از ارتباط و مشاوره پایه ای فرا می گیرد

1. دانستن انواع ارتباط
2. دانستن موانع ارتباط
3. دانستن و تعریف و مراحل پایه ای مشاوره
4. دانستن مشاوره بحران و مشاوره تلفنی

ارتباط و مشاوره پایه ای:

ارتباط عبارت است از انتقال اطلاعات ، که ممکن است به صورت کلامی (شفاهی یا کتبی) یا غیر کلامی (به ارتباط غیر کلامی مراجعه کنید) باشد.

انسان ها برای تبادل و ارتباط نظر ها ، دانش ، احساسات و تجارب و بسیاری از مقاصد اجتماعی و بین شخصی دیگر ارتباط برقرار کنند. (انجمن روانشناسی آمریکا سال 2021) . ارتباط موثر ارتباط میان دو فرد و یا بیشتر می باشد که در آن پیام مورد نظر به درستی منتقل ، دریافت و فهمیده شده باشد. (ارتباط ضروری Grant & Bach 2010)

انواع ارتباط :

مهارت های ارتباطی موثر برای ارائه مراقبت های بهداشتی با کیفیت خوب نقش اساسی دارند. چهار نوع ارتباط اصلی وجود دارد کلامی ، غیرکلامی ، نوشتاری و بصری.

ارتباط کلامی

این نوع از ارتباط شامل صداها ، کلمات و زبان و سخن می باشد و می تواند به اشکال زیر باشد :

- ارتباط درون شخصی که در آن ممکن است ما افکار و رفتار خودمان را پردازش کنیم
- ارتباط میان شخصی میان دو نفر
- ارتباط گروه کوچک که بیشتر از دو نفر شامل می باشد
- ارتباط عمومی که اطلاعات به گروه های بزرگتری از افراد انتقال می یابد

ارتباط کلامی راهی موثر برای برقراری ارتباط است چرا که ما می توانیم احساساتمان را بوسیله زبان گفتاری ابراز کنیم (ارتباط ضروری 2010)

ارتباط غیر کلامی :

از این گونه ارتباط به عنوان زبان بدن نیز یاد می شود و ارتباط فیزیکی ، استفاده از وضعیت بدن ، نشانه ها و فیگور ها ، لمس ، اداها و حتی صدا مانند خر خر کردن شیون کردن را شامل می شود . ارتباط غیر کلامی اغلب از اهمیت بیشتری نسبت به کلمات گفتاری برخوردار است. (ارتباط ضروری 2010) (Boyd & Dare 2014)

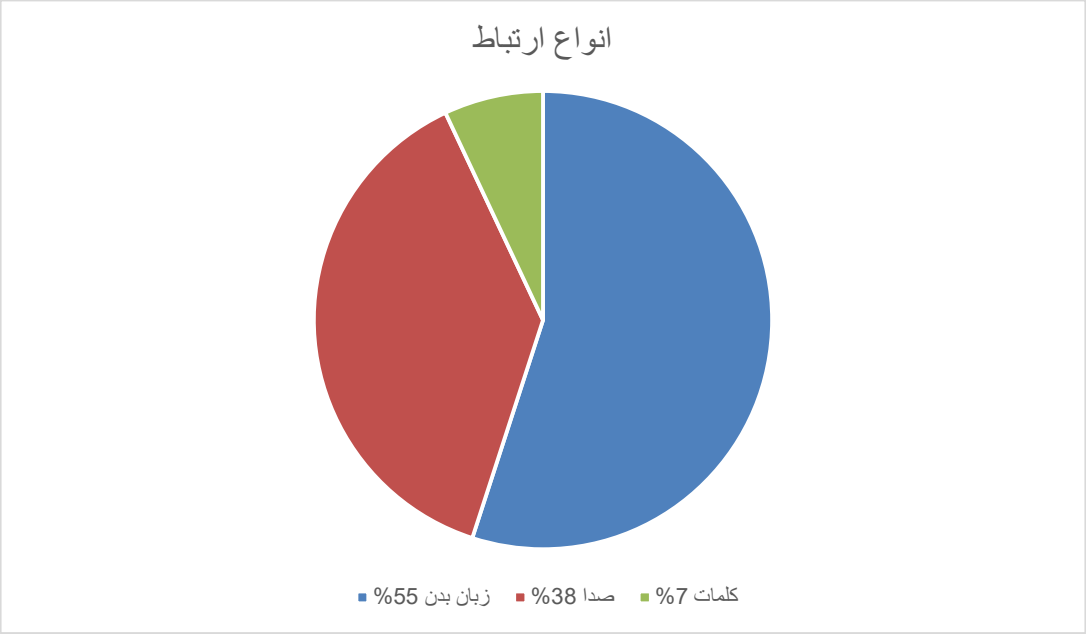


Figure 26. Types of Communication (Anneliis Aavik, 2022)

ارتباط نوشتاری :

این نوع از ارتباط شامل نوشتن است و بر نحوه دایره لغات ، وضوح و دقت زبان وابسته است . اغلب در موقعیت مراقبت های بهداشتی به عنوان وسیله ای برای انتقال اطلاعات به بیماران استفاده می شود . به عنوان مثال ، هنگامی که یک بیمار از یک متخصص مراقبت های بهداشتی نتایج بررسی را دریافت می کند ، ممکن است به دلیل شوک به همه آنچه گفته شد گوش نداده باشد . پیگیری این اطلاعات به صورت مکتوب ، برای این که بیمار بعدا آن را بخواند ، راه موثری برای انتقال اطلاعات است. (2010 Bach & Grant)

ارتباط بصری :

این شکل از ارتباط شامل نمایش بصری اطلاعات است و شامل عکاسی ، پوستر ، و تمام اشکال الکترونیکی ارتباط بصری می شود. (2010 Bach & Grant)

تفاوت های ارتباطی :

دلایل زیادی برای تفاوت های ارتباطی و موانع ارتباط موثر وجود دارد.

تفاوت های فرهنگی :

فرهنگ چیزی فراتر از زبان است ، به عنوان مثال ، در برخی از فرهنگ ها کودکان اجازه ندارند در حضور بزرگسالان خاصی صحبت کنند و زنان اجازه ندارند با مردانی که آنها را نمی شناسند صحبت کنند برخی از افراد به گونه ای تربیت شده اند که مرجعیت را به چالش نکشند و بنابراین ممکن است که سوال کردن از پزشک برایشان دشوار باشد ، زیرا احساس می کنند که سوال کردن از آنها بی احترامی است.

موانع زبانی :

افرادی که زبان مورد صحبت را درک نمی کنند می توانند محیط مراقبت را منزوی کننده ، ترسناک و حتی نا امید کننده بدانند بیماران باید همیشه درگیر مراقبت از خود باشند و مترجمان نیز باید در دسترس باشند تا موجب وضع نا مساعد این بیماران نشوند. شفاخانه ها و سایر مراکز مراقبت های بهداشتی باید فهرستی از مترجمان با نام و مشخصات تماس در صورت نیاز به خدمات داشته باشد .

اختلال حسی :

کاهش شنوایی (یا سایر اختلالات حسی) می تواند برقراری ارتباط را دشوار کند و اغلب باعث می شود بیمار احساس گوشه گیری و انزوا کند . از دست دادن بینایی می تواند تشخیص سیگنال های بصری را برای بیمار دشوار کند و مانع از توانایی آنها در برقراری ارتباط موثر شود.

پریشانی :

(بیمار به دلیل ناراحتی قادر به صحبت یا گوش دادن نیست) گاهی مناسب است فقط با بیمار بنشینیم و به او آرامش دهیم. (ارتباط ضروری Boyd & Dear)

مشاوره :

مشاوره عبارت است از :

- شکل خاصی از ارتباط با توافقات صریح
- یک راه ارزشمند برای کمک با تکیه بر توانمندسازی مراجعه کننده نیازمند است
- مشاوره فرایند گوش دادن فعال و گفتگوی همدلانه است با تئوری مشاوره
- روش های مناسب یعنی به کارگیری نظریه و مهارت های مشاوره هدایت می شود

گام های مشاوره در یک دایره :

گام های مشاوره : معرفی ، برقراری ارتباط ، گوش دادن فعال ، جمع آوری اطلاعات ، ثبت پزشکی ، شناخت ، بررسی اطلاعات ، رضایتمندی ، تدریس ، تشویق ، بازتاب ، دستورالعمل ها ، تمرین ها ، بازخورد نهای ، اتمام .اقتباس از ماریا مریتس 2021 .

مشاوره این موارد نیست :

- نصیحت کردن
- قضاوت کننده بودن
- تلاش برای حل مشکل مراجعه کننده
- انتظار داشتن یا تشویقی که مراجعه کننده به رفتاری که مشاور در صورت مواجه با مشکل مشابه در زندگی خود انجام می داد
- درگیر شدن از لحاظ عاطفی با مراجعه کننده
- نگاه کردن به مشکلات مراجعه کننده از دیدگاه خودتان ، بر اساس سیستم ارزشگذاری خودتان

Figure 27. Steps of Counselling (Marika Merits, adapted 2021)

بحران مشاوره :

اطلاعات ضروری را به شیوه ای سریع ، واضح و شفاف ارائه دهید. مردم غرق در اطلاعاتی هستند که به آنها می رسد . روی اطلاعات ضروری تمرکز کنید و اختصار را بپذیرید و وقتی چیزی می دانید آنچه را که می دانید به اشتراک بگذارید همچنین صادق باشید این زمان مناسبی برای ابهام و عقب نشینی از صحبت های مشارکتی نیست علاوه بر آنچه می دانید ، آنچه را که نمی دانید نیز به اشتراک بگذارید .هیچ کس در حال حاضر همه پاسخ ها را ندارد ،اما تظاهر به آن به اعتبار و توانایی شما در ارتباط با افراد آسیب می رساند صادق باشید و ابهام موقعیت را بپذیرید ، اما آنچه را که می توانید به اشتراک بگذارید مردم از پیامهای صادقانه و مستقیم قدردانی می کنند .آنچه را که مردم برای ثبات و راهنمای می توانند به آن نگاه کنند را روشن کنید آرام و با صدای آهسته صحبت کنید در صورت لزوم تکرار کنید در صورت لزوم در طول مکالمه حضوری نوشیدنی تعارف کنید همدل و حامی باشید احساس امنیت ایجاد کنید رهنمود ها و توصیه های قابل اجرا را ارائه دهید .

به طور گسترده ، مکرر و از طریق چندین راه ارتباط برقرار کنید برای اینکه بالاتر از صداها قرار بگیرد فقط به یک سطح متوسط یا جایگاه تکیه نکنید روش را به یاد داشته باشید : مرور ، تکرار ، تقویت در صورت امکان ، قبل از ارائه سوالات و نگرانی ها توضیح دهید در طول یک بحران افراد ممکن است آنقدر غرق در گذراندن زندگی خود شوند که ممکن است ظرفیت پاسخگویی به سوالات و نگرانی ها را نداشته باشند ابتکار عمل برای برقراری ارتباط با تیم خود و پاسخ به سوالات آنها به آنها نشان می دهد که در خط مقدم مقابله با بحران و مایل به حمایت از آنها هستید.

پس از مراقبت از خودتان با دیگران صحبت کنید ، این ممکن است خودخواهانه به نظر برسد اما اگر در موقعیت خوبی نباشید ، رهبری دیگران بسیار دشوار است . کمی برای مراقبت از خود در دسترس بودن برای سلامتی خود مهربانی با خود از طریق خود گفتاری سازنده ، ایجاد آگاهی از الگوهای فکری تحریف شده و تشویش فکری، یا صرف کمی زمان برای صبور بودن در مورد احساسی که در حال حاضر دارید صرف کنید.

یک انسان باشید :
نشان دادن آسیب پذیری می تواند به ایجاد اعتماد شما بین شما و دیگران کمک کند ، به خصوص در شرایط سخت ، می توانید با مکث کردن قبل از ارائه باز برخورد در مورد عملکرد یک کارمند تا بپرسید که چطور هستند توانایی خود را در برقراری ارتباط بیشتر کنید یک سوال قدرتمند که باید از تیم خود بپرسید این است که در حال حاضر چه احساس غالبی را تجربه می کنید ؟ این منجر به گفتگوی بسیار غنی تر از صرف پرسیدن وضعیت آنها می شود .

گوش کنید تا بفهمید :
با تلاش برای حل فوری مشکلات مردم شروع نکنید دید وسیع تری داشته باشید وقتی فعالانه به صحبت های افراد گوش می دهید به حقایق و احساسات و ارزش هایی که بیان می کنید توجه کنید، با درک کردن آن ،می توانید کل پیام را دریافت و به دیگران کمک کنید احساس کنند شنیده می شوند.

روی شخص تمرکز کنید نه مشکل :
حتی زمانی که قصد دارید به دیگران در حل مشکلاتشان کمک کنید از انگیزه وارد شدن به راه حل های خود اجتناب کنید در عوض سعی کنید مکالمات مربیگری با افراد خود داشته باشید. با پرسیدن سوالات فکری که به درک و بینش آنها کمک می کند تا راه حل های خود را ارائه دهند این به دیگران در زمانی که احساس ناتوانی می کنند احساس قدرت می دهد. (ارتباط در 2021)

مشاوره تلفنی :
غربال تلفنی بر این فرض استوار است که کارکنان می توانند بر اساس علائم ارائه شده تماس گیرندگان در مورد زمینه و زمان مراقبت مشاوره ارائه دهند.
با پشتیبانی از دستورالعمل های مبتنی بر شواهد ، تجربه ، آموزش و دانش ، سپس آنها :

- علائم و پاسخ به سوالات دقیق ساختار یافته را برای تعین شدت بیماری تفسیر می کند
- بیمار را به سطح مناسبی از مراقبت های بهداشتی یا خود مدیریت یا سایر متخصصان بهداشتی سطوح مراقبت توصیه می کنند
- توانایی ما برای تصمیم گیری دقیق در مورد وضعیت بیمار هنگام انجام غربال و مشاوره تلفنی می توانید توسط عوامل متعددی محدود شود
- فقدان فرصت برای مشاهده مستقیم بیمار
- موانع ارتباطی یا زبانی
- ناتوانی تماس گیرنده در توصیف دقیق موقعیت شکایت اولیه
- وضعیت عاطفی تماس گیرنده
- مهارت ارزیابی در پرسیدن و پردازش سوالات مناسب و گوش دادن به پاسخ ها

بنابراین کسانی که غربال و مشاوره تلفنی را انجام می دهند باید دانش و مهارت های خاص و قضاوت لازم را برای ارزیابی فوریت سلامتی بیمار علیرغم این محدودیت ها داشته باشند .

یک غربال تلفنی موثر شامل :
1. تجربه و آموزش قبلی در غربال ، مخصوصا غربال تلفنی.
2. تجربه زندگی همیشه در هر شغلی که شامل تعامل با مردم است مفید می باشد.
3. تجربه کاری گسترده ، به طوری که انواع مبتنی بر دانش و بیماران گسترده تر باشد.
4. توانایی برقراری ارتباط با تماس گیرندگان در تمام سنین و سطوح درک یک جنبه ضروری است همه افراد چنین مهارت های ارتباطی سطح بالایی ندارند.
5. تفکر انتقادی یکی از با ارزش ترین مهارت ها است همچنین ارزیابی اولیه و آموزش آن دشوار است غربال تلفنی لازمه توانای گوش دادن ، جذب ، جمع آوری و اولویت بندی بسیاری از اطلاعات است.

6. رفتار تیمی در هر محیط کاری مهم است این امر به ویژه در غربال تلفنی که در آن تیم ممکن است از نقش ها و مسئولیت های متفاوت تشکیل شده باشد صادق است.
7. توانایی حل مسئله ویژگی بارز یک آزمایشگر خوب است. (غربال تلفنی 2021)

سر فصل ها

- انواع ارتباط
- مشاوره و مراحل آن
- مشاوره بحران
- مشاوره تلفنی

منابع

APA Dictonary of Psychology. (2021). American Psychological Association. https://dictionary.apa.org/communication

Bach, S., Grant, A. (2010). Communication & Interpersonal Skills in Nursing. Learning Matters, Exeter.

Boyd, C., Dare, J. (2014). Communication Skills for Nurses. Wiley Blackwell.

Communicating in a Crisis: What, When, and How. (2021). https://www.ccl.org/articles/leading-effectively-articles/communicating-in-a-crisis-what-when-and-how/

Essential Communication Skills for Nursing and Midwifery. (2010). Mosby. Elsevier.

Hough, M. (2015). Counselling Skills and Theory. Hodder Education.

Telephone Triage Skills. (2021). http://www.gptriage.info/telephone-triage-skills.html

فصل دهم اصول محیط حفاظتی قابله ها و زنان

اصول محیط حفاظتی قابله ها و زنان از ویروس کرونا که باعث کووید 19 می شود ، این ویروس برای اولین بار در اواخر سال 2019 در شهر ووهان چین شناسایی شد. تشخیص کووید 19 را می توان بر اساس علائم و در معرض قرار گرفتن شناخته شده ای به سادگی از طریق یک آزمایش مثبت برای SARS -CoV-2 حتی در پیامدهای اصول محیط حفاظتی قابله ها و زنان انجام داد.

1. می داند چگونه از تجهیزات حفاظت فردی PPE استفاده کنند
2. می دانند چگونه از بیماران در قابلگی محافظت کند
3. روش بهداشت دست را می داند

تجهیزات حفاظت فردی PPE توسط قابله ها و محیط محافظت بیمار

SARS - CoV -2
عدم وجود هر گونه علامتی است . بنابراین کووید 19 می تواند علامت دار یا بدون علامت باشد اکثر موارد جهانی کووید 19 شواهدی از انتقال انسان به انسان دارند این ویروس را می تواند به راحتی از قطرات یا ترشحات تنفسی ، مدفوع و فومیت ها (اشیا) جدا کرد . شناخته شده است که انتقال ویروس اغلب از طریق تماس نزدیک با یک فرد آلوده یا از سطوح آلوده رخ می دهد .
در مورد انتقال عمومی (انتقال از زن به جنین از طریق بارداری یا زایمان) اکنون شواهد نشان می دهد که اگر انتقال عمومی اتفاق بیفتد غیر معمول است اگر اتفاق بیفتد به نظر می رسد که که تحت تاثیر نحوه تولد ، تاخیر در بستن ناف ، تماس جلد به جلد روش تغذیه یا ماندن زن و نوزاد در کنار هم قرار نمی گیرد . (تظاهرات بالینی 2020)

بسیار مهم است که تاکید کنیم که خواه یک زن مبتلا به کووید 19 باشد ، حق او برای داشتن یک تجربه مثبت بارداری و زایمان باید تضمین شود . همچنین مهم است که افزایش استرس و اضطراب ناشی از کووید 19 را که ممکن است به ویژه در زنان باردار ، زنانی که اخیرا باردار بوده اند ، و شریک زندگی ، فرزندان و خانواده آنها احساس شود ، تشخیص دهیم ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در پاسخگویی مناسب و دلسوزانه به زنان باردار نقش دارند یافته های تحقیقات 2020 در تحقیقات BMJ نشان داده است که زنان مشکوک یا مبتلا به کووید 19 در شفاخانه با احتمال کمتری تب یا درد عضلانی را تجربه می کنند ، اما در صورت ابتلا به بیماری شدید ، احتمال بیشتری دارد که نسبت به زنان غیر بیمار مبتلا به کووید 19 به مراقبت های ویژه نیاز داشته باشند .
بر اساس یافته های منتشر شده زنان مبتلا به کووید 19 که دارای شرایط پزشکی قبلی مانند دیابت فشار خون بالا مزمن هستند یا کسانی که سن بالایی دارند یا اضافه وزن دارند نیز بیشتر در معرض عوارض شدید سلامتی ناشی از کووید ۱۹ هستند.

یافته های تحقیق نشان می دهد که زنان باردار یا اخیرا باردار مبتلا به کووید 19 بیشتر احتمال دارد که زودتر زایمان کنند. این یافته ها همچنین نشان می دهد که از هر 4 نوزاد متولد شده از زنان مبتلا به کووید 19 ، 1 نفر در بخش نوزادان بستری شده اند ، اما اطلاعاتی در مورد علل زایمان زودرس یا نشانه هایی برای پذیرش در بخش نوزادان در میان این نوزادان وجود ندارد و با این حال ، میزان مرگ و میر نوزادان مرده و مرده زایی پایین بود . (تظاهرات بالینی 2020)

زنان باردار برای احتیاط در فهرست افراد در معرض خطر متوسط : (از نظر آسیب پذیری بالینی) قرار گرفته اند این به این دلیل است که در بخش کوچکی از زنان ، بارداری میتواند نحوه برخورد بدن با عفونت های ویروسی شدید را تغییر دهد و برخی از عفونت های ویروسی مانند آنفلوآنزا در زنان باردار بدتر هستند .

در میان زنان باردار ، بالاترین خطر ابتلا به بیماری شدید در صورت ابتلا به ویروس مربوط به آنهایی است که هفته 28 بارداری یا بیشتر از آن هستند این چیزی است که قابله ها و متخصصان زنان و زایمان سالهاست در رابطه با سایر عفونت های مشابه مانند آنفولانزا می دانند و به مراقبت از زنان باردار در این شرایط عادت دارند. (عفونت ویروس کرونا 2020)

شواهد کنونی نشان می دهد که ممکن است بستری شدن در شفاخانه در زنان باردار مبتلا به کووید 19 بیشتر از زنان غیر باردار در همان سن باشد ، با این حال این امر تا حدی به این دلیل است که زنان باردار نیز به دلایل غیر مرتبط با کووید 19 در شفاخانه بستری می شوند .

در مطالعه UKOSS ، که زنان مبتلا به کووید 19 را در دوران بارداری در طول بهار و تابستان در بریتانیا مورد بررسی قرار داد ، اکثر زنان باردار مبتلا به کووید 19 که در شفاخانه بستری شدند در سه ماهه سوم بارداری بودند . این شواهد از توصیه باقیمانده دولت بریتانیا مبنی بر اینکه همه زنان باردار باید به اقدامات فاصله گذاری اجتماعی و بهداشت خوب توجه کنند و این که این امر در هفته 28 بارداری و بعد از آن هم اهمیت ویژه ای دارد ، حمایت می کنند.

هنگامی که فرزندان بزرگتر خود را به، مدرسه ، مهد کودک ، مراقبت از کودکان از منزل خارج می برید باید از رعایت فاصله اجتماعی اطمینان حاصل کنید دو متر از معلمان ، مراقبان و دیگر والدین فاصله بگیرید و به داخل ساختمان نروید. اگر این کار دشواری است ، در نظر بگیرید که زمان تحویل و سوار شدن فرزندتان را تغییر دهید . به یاد داشته باشید که هنگام بازگشت به خانه دست های خود را بشویید و اطمینان حاصل کنید که فرزندان شما هنگام خروج از کودکستان دست های خود را بشویند . اگر نتوانند دست های خود را با آب وصابون بشویند ، می توانند از ژل الکلی استفاده کنند. (ویروس کرونا 2021)

زنان با علایم خفیف کووید 19 را می توان تشویق کرد که در مراحل اولیه (مرحله نهفته) زایمان مطابق با مراقبت های معمول در خانه بمانند (خود منزوی کردن) توصیه های معمول در مورد علایم و نشانه های زایمان را به زنان ارائه دهید ، همچنین آنها را در مورد علائم که ممکن است حاکی از وخامت مربوط به بیماری کووید 19 باشد مطلع کنید و به آنها توصیه کنید در صورت نگرانی تماس بگیرند .
در صورت وجود اشباع اکسیژن ساعتی را برای مادران کنترل کنید . اکسیژن درمانی باید با هدف اشباع بالای 94 درصد معیار بندی شود . تعداد کارکنانی را که وارد اتاق می شوند به حداقل برسانید و واحدها باید یک خط مشی محلی ایجاد کنند پرسنل ضروری را برای سناریوهای اضطراری مشخص کند . ابتلا به کووید 19 منع شیردهی نیست . شیردهی را به همه خانم ها توصیه کنید به زنانی که مایل به شیردهی هستند. حمایت ، مشاوره و راهنمایی در مورد شیردهی ارائه دهید. (ویروس کرونا 2021)

بر اساس شواهد در دسترس کنونی ، تجهیزات حفاظتی فردی پیشنهاد شده برای مراقبت از بیماران کووید اقدامات پیشگیری تماسی و قطره ای هستند بجز روش های تولید آئروسل که به اقدامات پیشگیری و هوابرد نیاز دارند. (از این رو ، یک ماسک تنفسی مانند FFP. 3N95,FFP2)

چه کسی باید از PPE استفاده کند ؟

بیماران مبتلا به عفونت های تایید شده یا احتمالی 2_SARA_CoV باید هنگام ارزیابی پزشکی از ماسک صورت استفاده کنند . پرسنل مراقبت های بهداشتی هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به عفونت 2_ SARS_CoV باید اقدامات احتیاطی استاندارد و مبتنی بر انتقال را رعایت کنند.

نحوه پوشیدن تجهیزات لباس محافظوی :

ممکن است بیش از یک روش دانینگ قابل قبول باشد ، آموزش و تمرین با استفاده از روشهای مرکز مراقبت های بهداشتی شما حیاتی است در زیر یک نمونه از دانینگ آورده شده است.

1. لباس محافظوی مناسب را شناسایی و جمع آوری کنید اطمینان حاصل کنید که انتخاب اندازه روپوش درست است. (بر اساس آموزش)
2. بهداشت دست را با استفاده از ضدعفونی کننده دست انجام دهید.
3. روپوش ایزوله بپوشید تمام بندهای روی آن را ببندید ممکن است به کمک سایر پرسنل مراقبت های بهداشتی نیاز داشته باشید.
4. ماسک تنفسی فیلتر کننده 95N یا بالاتر را به صورت بزنید (اگر ماسک تنفسی در دسترس نیست از ماسک صورت استفاده کنید) اگر ماسک تنفسی دارای قسمت بینی باشد باید با هر دو دست روی بینی نصب شود ، نه خمیده یا چادر زده . قسمت بینی را با یک دست نفشارید ماسک تنفسی ، صورت باید زیر چانه کشیده شود هم دهان و هم بینی شما باید محافظت شود . از ماسک تنفسی صورت زیر زناخ خود استفاده نکنید یا آن را در جیب اسکراب در زمان بین بیماران نگهداری نکنید . بر اساس داده های محدود ، انتظار نمی رود بازدم نیرومند در مرحله دوم زایمان به همان میزانی که ریه هایی که معمولا تولید آئروسل در نظر گرفته می شوند (مانند برونکوسکوپی ، لوله گذاری ، و ساکشن باز) آیروسل تولید کند . ماسک تنفسی : تسمه های تنفسی باید روی تاج سر (بند بالا) و پایه گردن (بند پایین) قرار گیرند هر بار که ماسک تنفسی را می پوشید یک بررسی مهر و موم کاربر انجام دهید ماسک صورت : گره های ماسک باید بند بالایی وگردن بند پایین محکم شود . اگر ماسک حلقه هایی دارد ، آن ها را به طور مناسب دور گوش های تان قلاب کنید .
5. یک محافظ صورت یا عینک بپوشید . هنگام استفاده از ماسک تنفسی 95N یا ماسک الاستومری نیمه صورت ، محافظ چشم مناسب را انتخاب کنید تا مطمئن شوید که ماسک در قرارگیری صحیح محافظ چشم تداخلی ایجاد نمی کند و محافظ چشم بر تناسب یا مهر و موم ماسک تنفسی تاثیر نمی گذارد . شیلدهای صورت پوشش کامل صورت را فراهم می کند . همچنین عینک ها محافظت بسیار خوبی از چشم ها دارند ، اما مه گرفتگی رایج است.
6. دستکش بپوشید : دستکش باید سر آستین روپوش را بپوشاند .
7. پرسنل مراقبت های بهداشتی اکنون می توانند وارد اتاق بیمار شوند (حالت های ...2021)

Figure 28. Steps to put on PPE (Source WHO, adapted)

نحوه خارج نمودن تجهیزات لباس محافظوی

1. دستکش ها را بکشید : اطمینان حاصل کنید که کشیدن دستکش ها باعث آلودگی اضافی نمی شود دست کش ها را می توان با استفاده از بیش از یک تکنیک که مثلا دستکش را در داخل یکدیگر خارج کنید.
2. روپوش را در بیاورید : تمام بند ها را باز کنید یا همه دکمه ها را باز کنید بعضی از روپوش ها را می توان بدون باز کردن از خود دور کرد این را با ملایمت انجام دهید و از حرکات شدید اجتناب کنید دست های خود را تا شانه ها بالا بیاورید و لباس را با احتیاط به سمت پایین بکشید و از بدن دور کنید پایین انداختن لباس های آلوده یک رویکرد قابل قبول است .در سطل زباله بیندازید.
3. پرسنل مراقبت های بهداشتی هم اکنون می توانند از اتاق بیمار خارج شوند.
4. عمل بهداشت دست را انجام دهید.
5. محافظ صورت یا عینک را دربیاورید : با گرفتن بند و کشیدن به سمت بالا و دور از سر ، محافظ صورت یا عینک را با دقت بردارید ، جلوی محافظ صورت یا عینک را لمس نکنید.
6. ماسک تنفسی (یا ماسک صورت اگر به جای ماسک تنفسی استفاده می شود) را بردارید و دور بیندازید جلوی ماسک تنفسی یا ماسک صورت را لمس نکنید .ماسک تنفسی : بند پایین را فقط با لمس بند جدا کرده با احتیاط تا بالای سر بیاورید بند پایین را بگیرید و با احتیاط از بالای سر بیاورید و سپس ماسک تنفسی را بدون تماس با جلوی ماسک از صورت جدا کنید . ماسک صورت : با احتیاط گره را باز کنید (یا قلاب را از گوش جدا کنید و بدون دست زدن به جلو از صورت جدا کنید.
7. پس از برداشتن ماسک تنفسی ، صورت و قبل از قرار دادن مجدد آن ، اگر محل کار شما در حال تمرین استفاده مجدد است ، عمل بهداشت را انجام دهید .

تاسیساتی که استفاده مجدد یا استفاده طولانی از PPE را می کنید ، باید رویه های داینونگ و دافینگ خود را برای تطبیق با این شیوه ها تنظیم کنند. (حالت های ...2021)

Figure 29. Steps to take off PPE (Source WHO, adapated)

پاک نگهداشتن دست:

هزاران نفر هر روز در سراسر جهان بر اثر عفونت های به دست آمده در حین دریافت مراقبت های بهداشتی جان خود را از دست می دهند . دست ها مسیر اصلی انتقال میکروب در طول مراقبت های بهداشتی هستند بنابراین بهداشت دست مهمترین اقدام برای جلوگیری از انتقال میکروب های مضر و جلوگیری از عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی است .
دست هایتان را با مالش آن ها بوسیله یک فرمولاسیون مبتنی بر الکل به عنوان وسیله ارجح برای ضد عفونی کننده های بهداشتی معمول دست اگر دست ها به طور مشهودی کثیف نیستند تمیز کنید . این کار نسبت به شستن با آب و صابون سریعتر ، موثرتر است و بهتر توسط دست ها تحمل می شود .

دست های خود را زمانی که به طور مشهود کثیف یا آلوده به خون یا سایر مایعات بدن هستند یا پس از استفاده از توالت با آب وصابون بشویید . شستن دست ها یکی از مهمترین کارهای است که می توانید برای جلوگیری از عفونت انجام دهید این کار از انتشار میکروب ها به افراد دیگر جلوگیری و همچنین از شما در برابر میکروب ها محافظت می کند .

رویکرد 5 لحظه بهداشت دست ، لحظات کلیدی را تعریف می کند که کارکنان مراقبت های بهداشتی باید بهداشت دست انجام دهند این رویکرد مبتنی بر شواهد ، آزمایش میدانی شده و کاربر محور به گونه ای طراحی شده است که برای یادگیری آسان ، منطقی و قابل اجرا در طیف وسیعی از موقعیت ها باشد .
این رویکرد به کارکنان مراقبت های بهداشتی توصیه می کند که دست های خود را در مواقع زیر تمیز کنند :

- قبل از دست زدن به بیمار
- قبل از انجام مراحل تمیز ، ضد عفونی کردن
- پس از قرار گرفتن در معرض ، خطر مایعات بدن
- پس از دست زدن به بیمار
- پس از دست زدن به اشیا اطراف بیمار

1. قبل از دست زدن به زن یا نوزاد ، دست های خود را تمیز کنید تا از زن و نوزاد در برابر میکروب های مضری که روی دست های شما حمل می شود محافظت کنید ، به عنوان مثال : قبل از گرفتن علایم حیاتی یا قبل از گوش دادن به ضربان قلب جنین .
2. بلافاصله قبل از انجام یک روش تمیز ، ضدعفونی کردن ، دست های خود را تمیز کنید تا از زن و نوزاد در برابر ورود میکروب های مضر به بدن شان (شامل میکروب های خودشان نیز می شود) محافظت کنید به عنوان مثال قبل معاینه مهبلی ،قبل از بریدن و بستن ناف یا قبل از گرفتن خون .
3. بلافاصله پس از قرار گرفتن در معرض خطر مایعات بدن ، دست های خود را تمیز کنید تا از خود و محیط مراقبت های بهداشتی، در برابر میکروب های مهبل ، پس از تولد جفت و پس از دست زدن به یک دستگاه پزشکی ملوث، کنید.
4. پس از تماس با زن یا نوزاد دست های خود را تمیز کنید تا از خود و محیط مراقبت های بهداشتی در برابر میکروب های مضر بیمار محافظت کنید ، به عنوان مثال ، پس از لمس پوست ، پس از انجام حمام.
5. دست های خود را برای مراقبت از خود و محیط بهداشتی پس از دست زدن به هر شی یا اثاثیه ای که در اطراف زن یا نوزاد تازه متولد شده است و هنگام خروج از اتاق بیمار تمیز کنید حتی اگر زن یا نوزاد برای محافظت از خود و محیط مراقبت های بهداشتی در برابر میکروب های مضر بیمار لمس نشده باشد به عنوان مثال ، پس از لمس نمودن یک زن کنار تخت.

یادگیری اضافی _ یادگیری آنلاین سازمان جهانی سلامت در مورد اقدامات احتیاطی استاندارد : بهداشت دست .

Figure 30. Rubbing and Washing hands

نقاط کلیدی :

- تجهیزات حفاظت شخصی
- حفاظت از بیمار در قابلگی
- رویکرد بهداشت دست

منابع

Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. (2020). *https://doi.org/10.1136/bmj.m3320 (Published 01 September 2020)*

Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. (2021). Royal College of Midwives. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-11-02-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v14.1.pdf

Coronavirus infection and pregnancy. (2020). Royal College of Obstetricians and Gynecologists. https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/

Hand hygiene. When and How (2021). Patient Safety. WHO. https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_When_and_How_Leaflet.pdf?ua=1

Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. (2021). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations

منابع

Acceptance of family planning grows in Afghanistan, but myths linger. (2020). United Nations Populations Fund. https://www.unfpa.org/news/acceptance-family-planning-grows-afghanistan-myths-linger

Afghanistan Family Planning. (2020). Family Planning 2020. https://fp2030.org/afghanistan

Anniverno, R., Bramante A., Mencacci, C., Durbano, F. (2013). Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. IntechOpen Book Series. https://www.intechopen.com/chapters/43758

Bach, S., Grant, A. (2010). Communication & Interpersonal Skills in Nursing. Learning Matters, Exeter.

Balaram, K., Marwha, R. (2021). Postpartum Blues. NCBI. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/

Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A., Scmukler, S. (2016). Depression during Pregnancy and Postpartum. Complex Medical-Psychiatric Issues. Springer Science+Business Media New York. DOI 10.1007/s11920-016-0664-7

Beek, K., McFadden, A., Dawson, A. (2019). The role and scope of practice of midwives in humanitarian settings: a systematic review and content analysis. BMC.

Boyd, C., Dare, J. (2014). Communication Skills for Nurses. Wiley Blackwell.

Boyle, M. (2017). Emergencies Around Childbirth. A Handbook for Midwives. CRC Press Taylor & Francis Group.

Campell, D.D., Carr, S. (2018). Midwifery Emergencies at a Glance. Wiley-Blackwell.

Oxford Handbook of Midwifery (2017). Oxford University Press. UK.

Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. (2020). https://doi.org/10.1136/bmj.m3320 (Published 01 September 2020)

Communicating in a Crisis: What, When, and How. (2021). https://www.ccl.org/articles/leading-effectively-articles/communicating-in-a-crisis-what-when-and-how/

Contraception. (2020). World Health Organisation. https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1

Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care (2014). ICM. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf

Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. (2021). Royal College of Midwives. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-11-02-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v14.1.pdf

Coronavirus infection and pregnancy. (2020). Royal College of Obstetricians and Gynecologists. https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/

DelRosario, G.A., Chang, A.C, Lee, E.D. Postpartum depression: Symptoms, diagnosis, and treatment approaches. (2013). JAAP. https://journals.lww.com/jaapa/toc/2013/02000

Essential Communication Skills for Nursing and Midwifery. (2010). Mosby. Elsevier.

Family Planning. A Global Handbook for Providers. (2018). https://www.fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web_1.pdf

Fawke, J., Wyllie, J., Madar, J., Ainsworth, S., Tinnion, R., Chittick, R., Wenlock, N., Cusack, J., Monnelly, V., Lockey, A., Hampshire, S. (2021). Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation Council. UK. Retrieved January 6, 2021. https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/newborn-resuscitation-and-support-transition-infants-birth

Hand hygiene. When and How (2021). Patient Safety. WHO. https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_When_and_How_Leaflet.pdf?ua=1

Hough, M. (2015). Counselling Skills and Theory. Hodder Education.

Jomeen, J., Clarck, J. (2015). Intrapartum midwifery care. Fundamentals of Midwifery A Textbook for Students. Wiley-Blackwell.

Lindsay, P., Bagness, C., Peate, I. (2018). Midwifery Skills at a Glance. Wiley-Blackwell. Oxford Handbook of Midwifery. (2017). Oxford University Press. UK.

López-Zeno, J. (2008). Presentation and Mechanism of Labour. The Global Library of Women's Medicine. DOI 10.3843/GLOWM.10126

Lyon, D.S. (2004). Postpartum Care. Gynecology and Obstetrics. The Global Library of Women's Medicine. Lippincott Williams and Wilkins. https://glowm.com/resources/glowm/cd/pages/v2/v2c090.html

Mayes' Midwifery E-Book: A Textbook for Midwives. (2011). Elsevier.

Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. (2021). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations

Norwitz, E. R., Schorge, J. O. (2013). Obstetrics and Gynaecology at a Glance. Wiley-Blackwell.

Oxford Handbook of Obstetrics and Gynecology. (2013). Oxford University Press. UK.

Oxford Handbook of Midwifery. (2017). Oxford University Press. UK.

Reproductive Health. (2018). WHO recommendation on adolescent sexual and reproductive health and rights. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275374/9789241514606-eng.pdf?ua=1

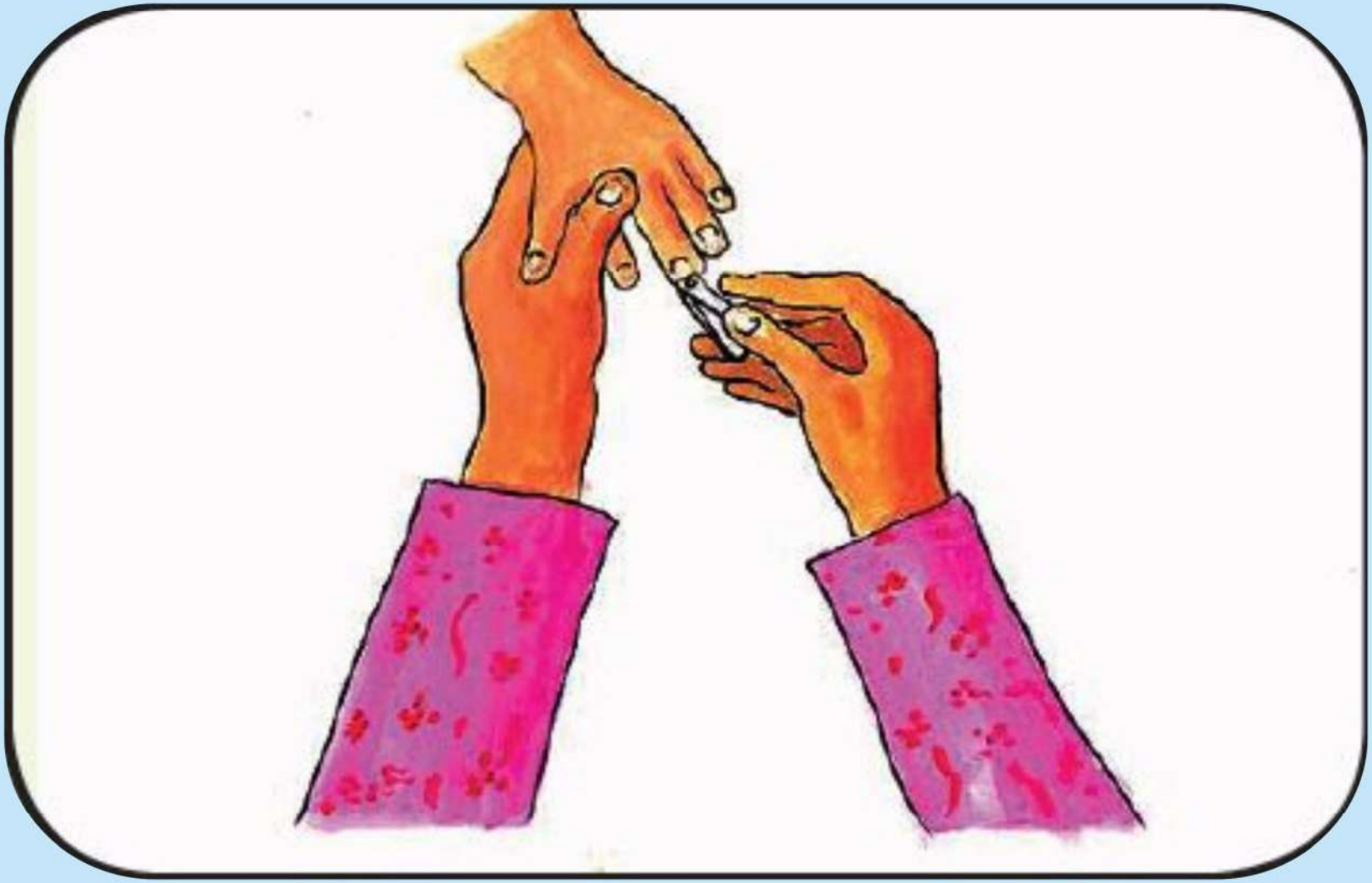
برای جلوگیری از امراض و تأمین صحت، در شستن و حفظ الصحه دهن و دندان ها با اطفال تان کمک کنید

(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

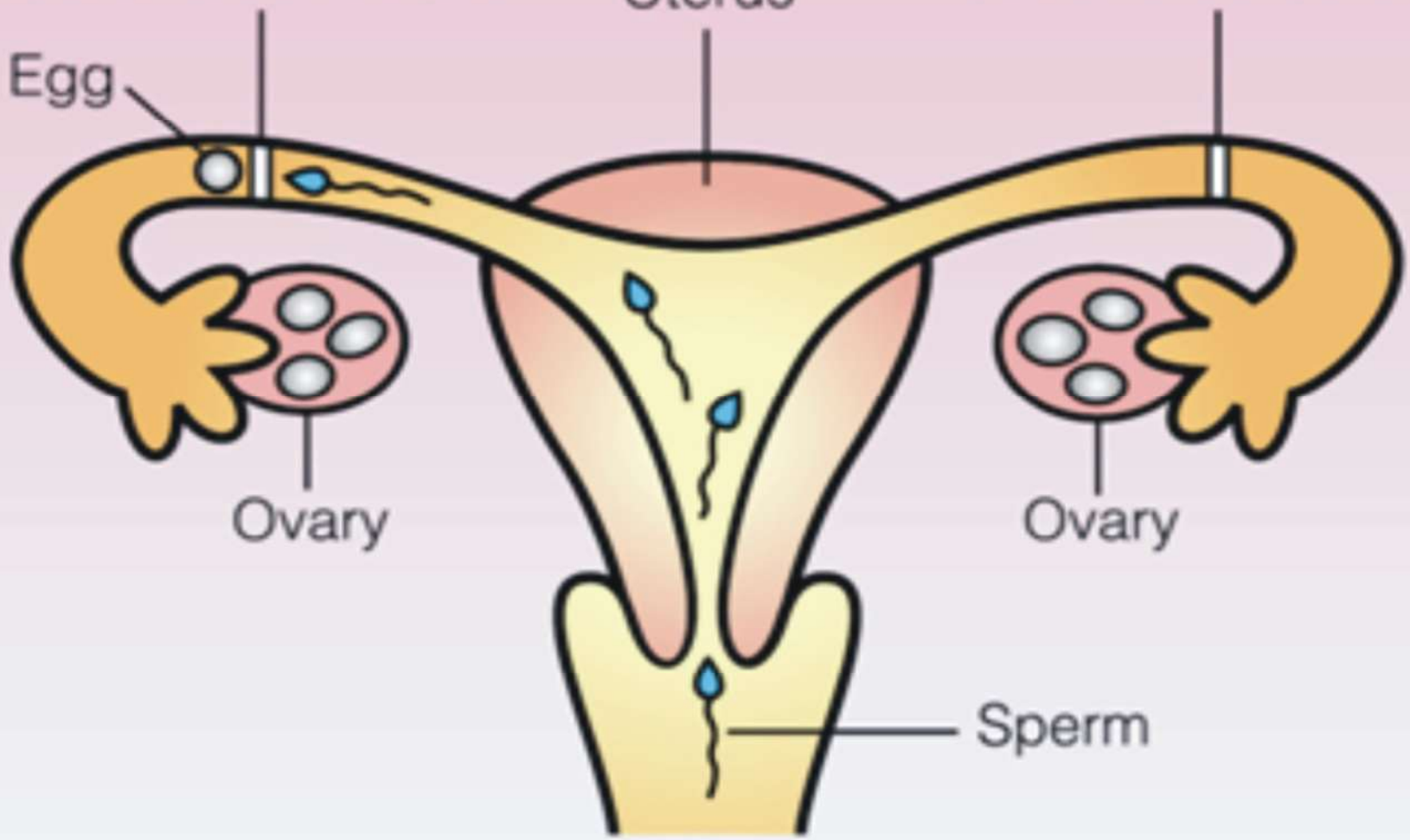
در زیر ناخن ها چرک و میکروب ها جمع شده و باعث مریضی میگردد، از اینرو ناخن های تان را همیشه به طور منظم کوتاه کنید.



(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION



Female Sterilization

(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

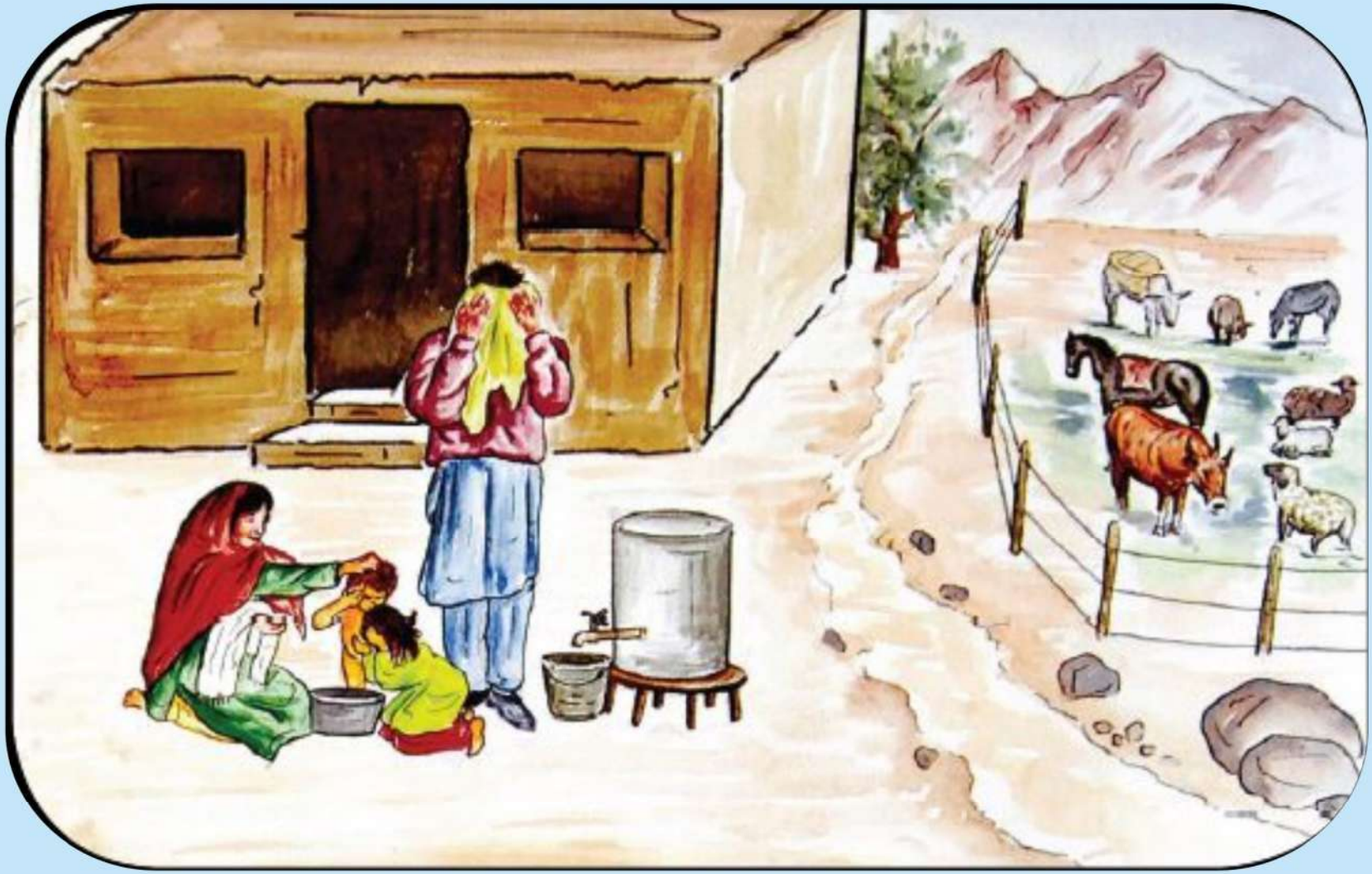
قبل از پختن، آماده کردن و خوردن غذا دستهای تان را با آب و صابون، بشوئید تا از ملوث شدن غذا ها جلوگیری صورت گیرد و شما از مریض شدن در امان باشید.

(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

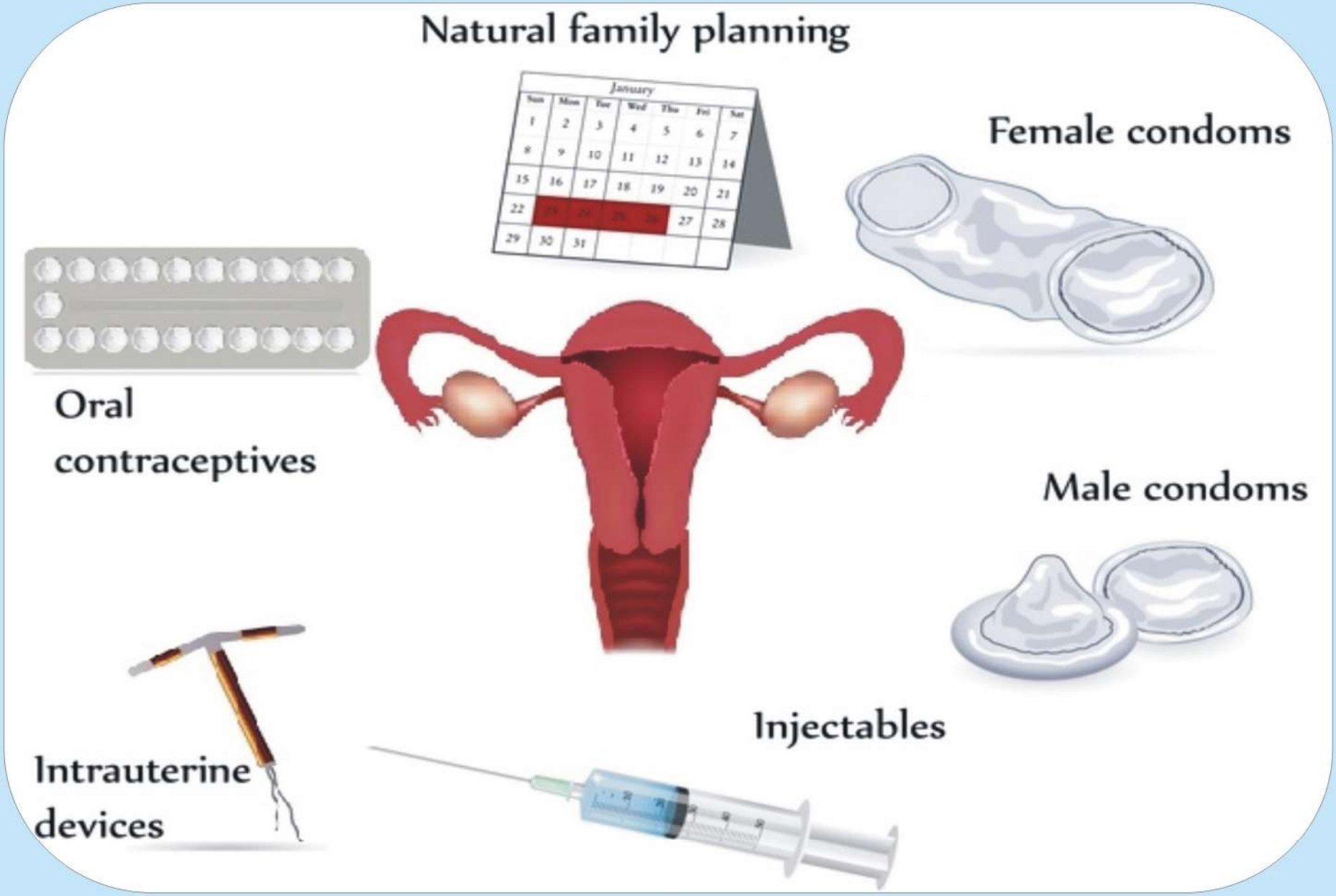
باحبوانات دریک اطاق زنده گی نکنید و محل بود و باش حیوانات (طویله) از اطاق هایی که خود تان در آن زنده گی می کنید، باید فاصله داشته باشد تا با بیماری های مشترک بین انسان ها و حیوانات مبتلا نشوید.



(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION



(TSCO)

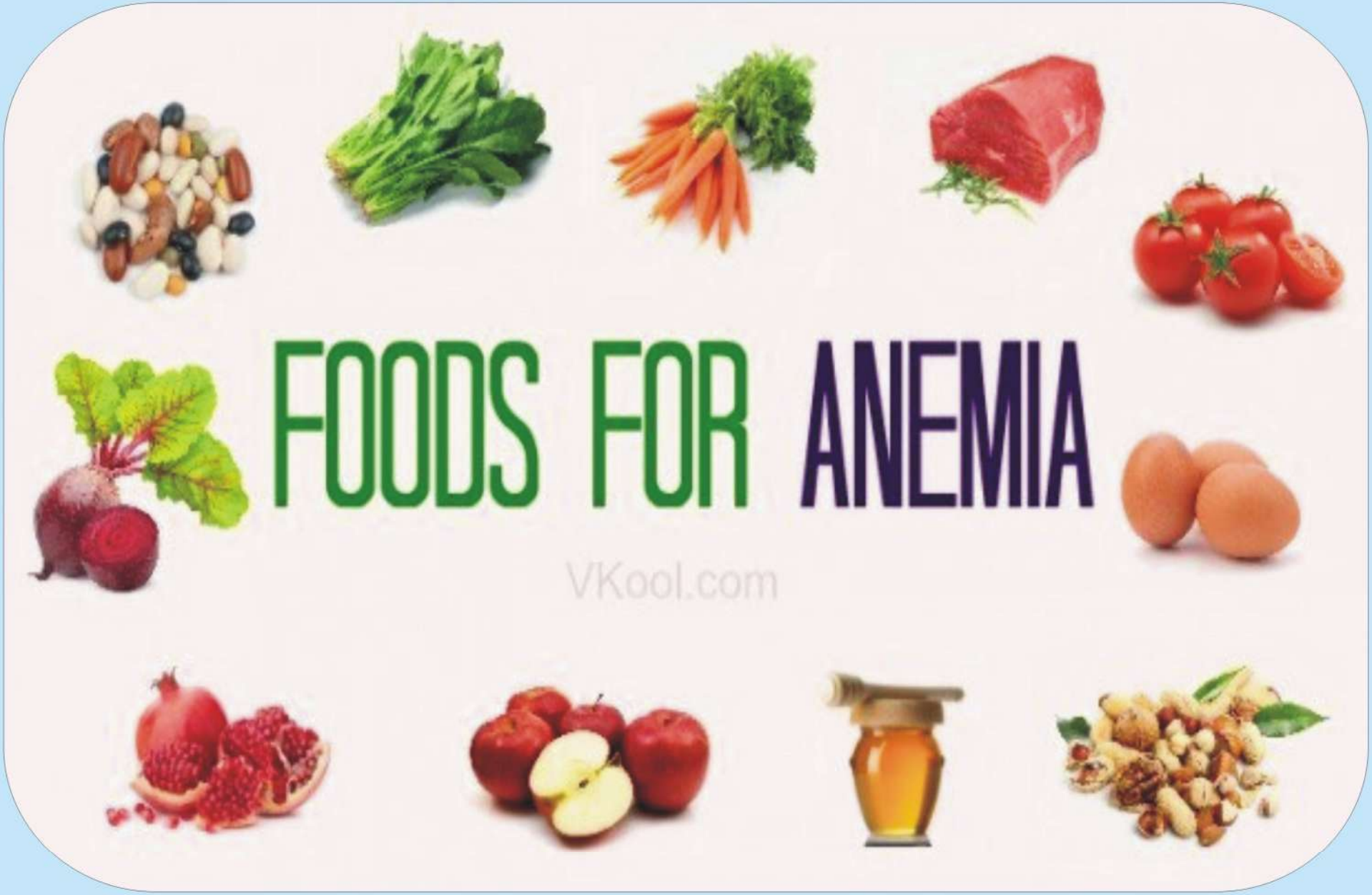
MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION



(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

در شش ماه اول طفولیت،
فقط شیر مادر کافی بوده
و به طفل باید هیچ نوع
خـــوردنی و نوشـــیدنی
دیگر داده نشود.

(TSCO)

MONDO

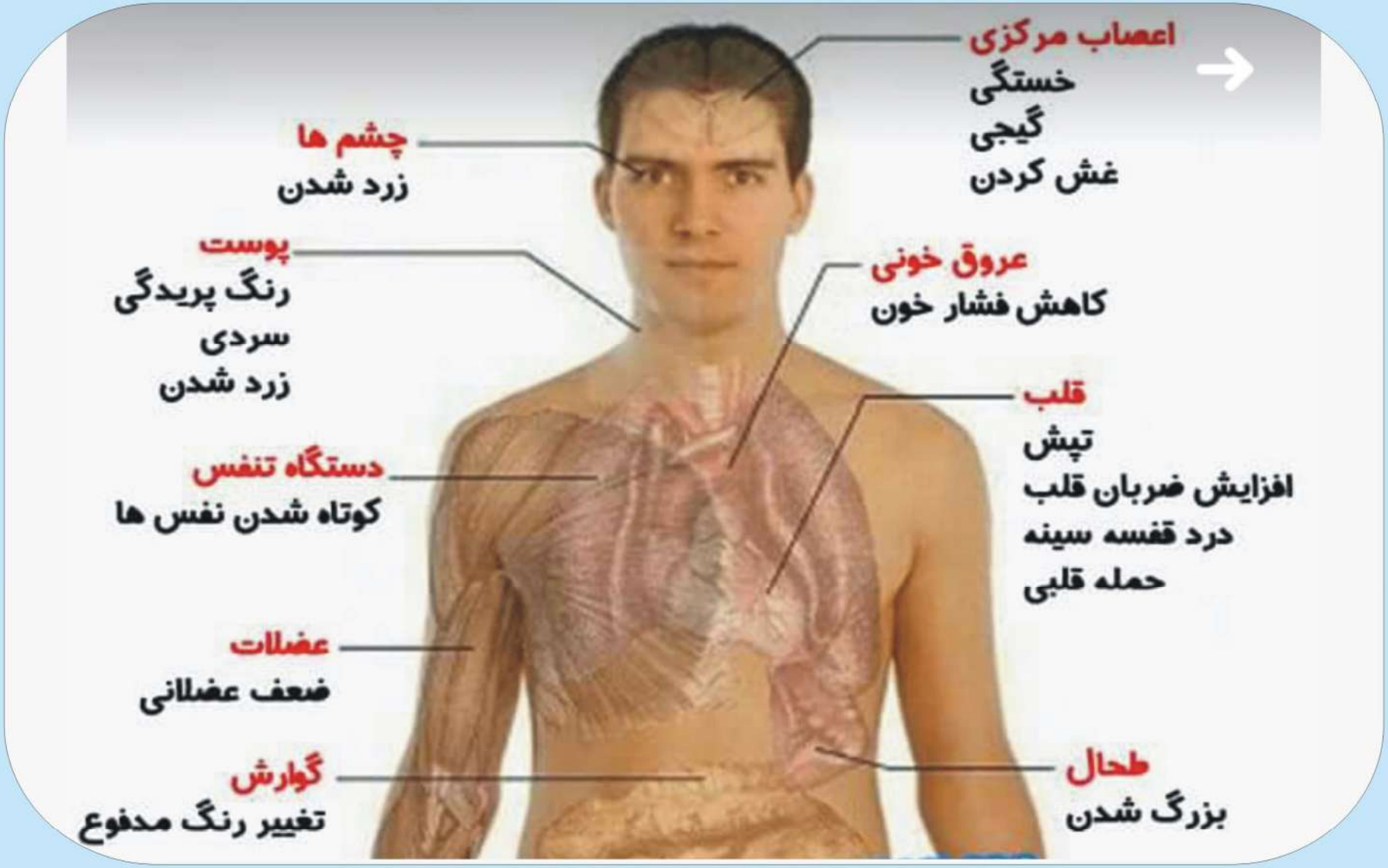
ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

نشانه های کم خونی



(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

(TSCO)

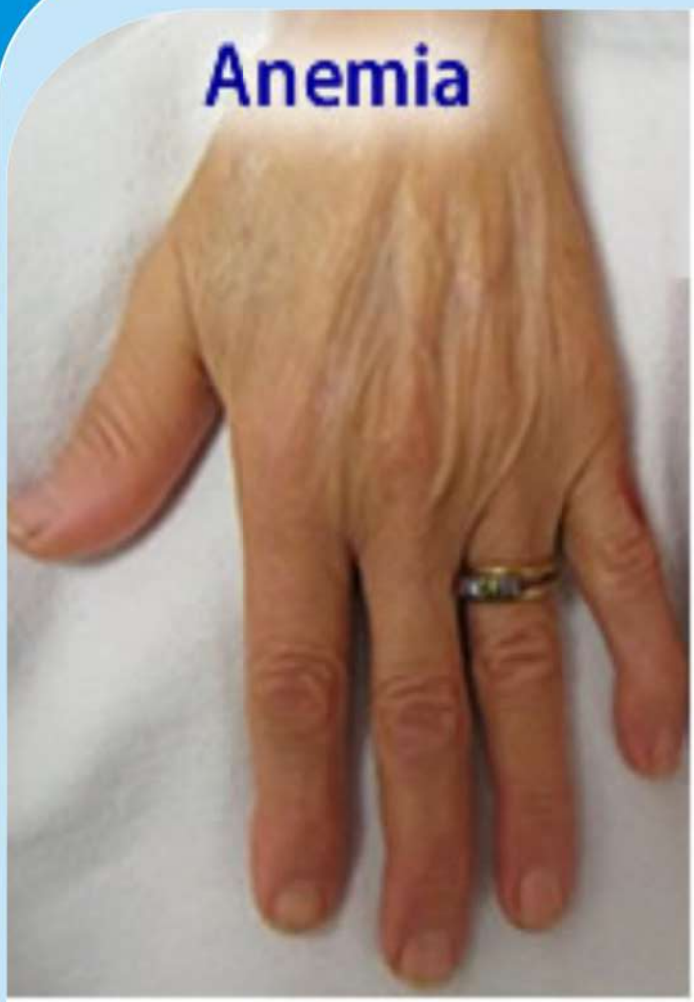
MONDO

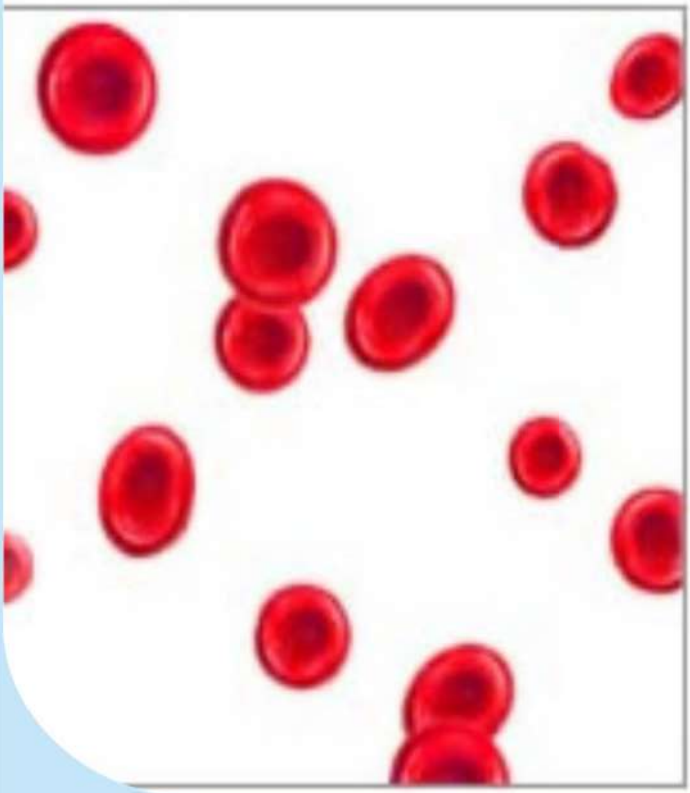
ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

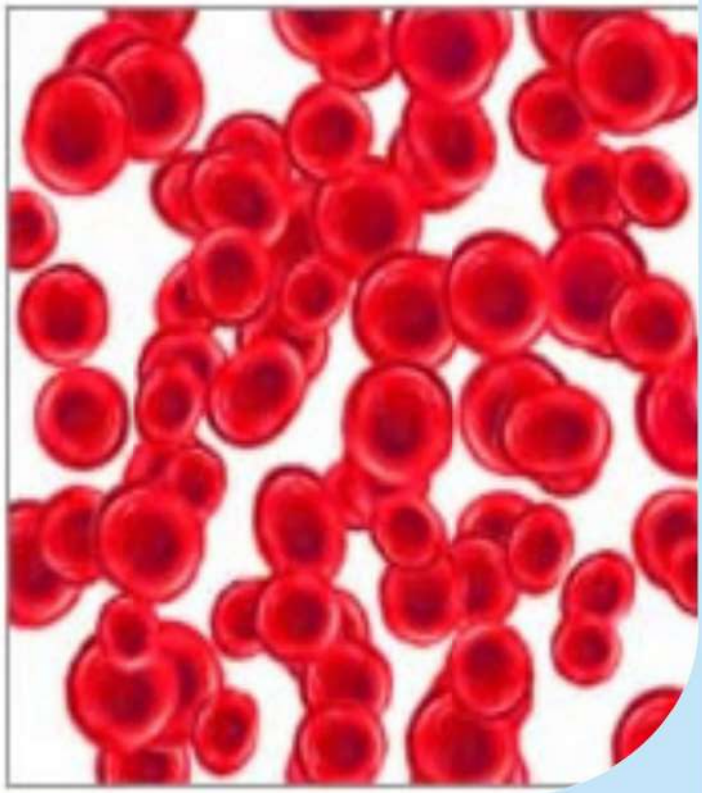
(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION



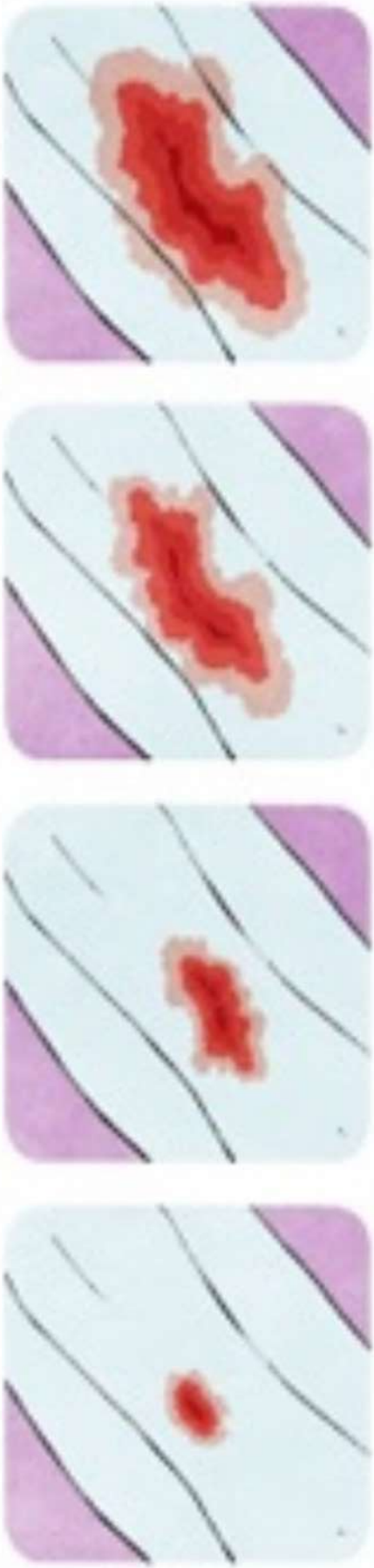




(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION



Day-1
Heavy flow

Day-4
Light flow

(TSCO)

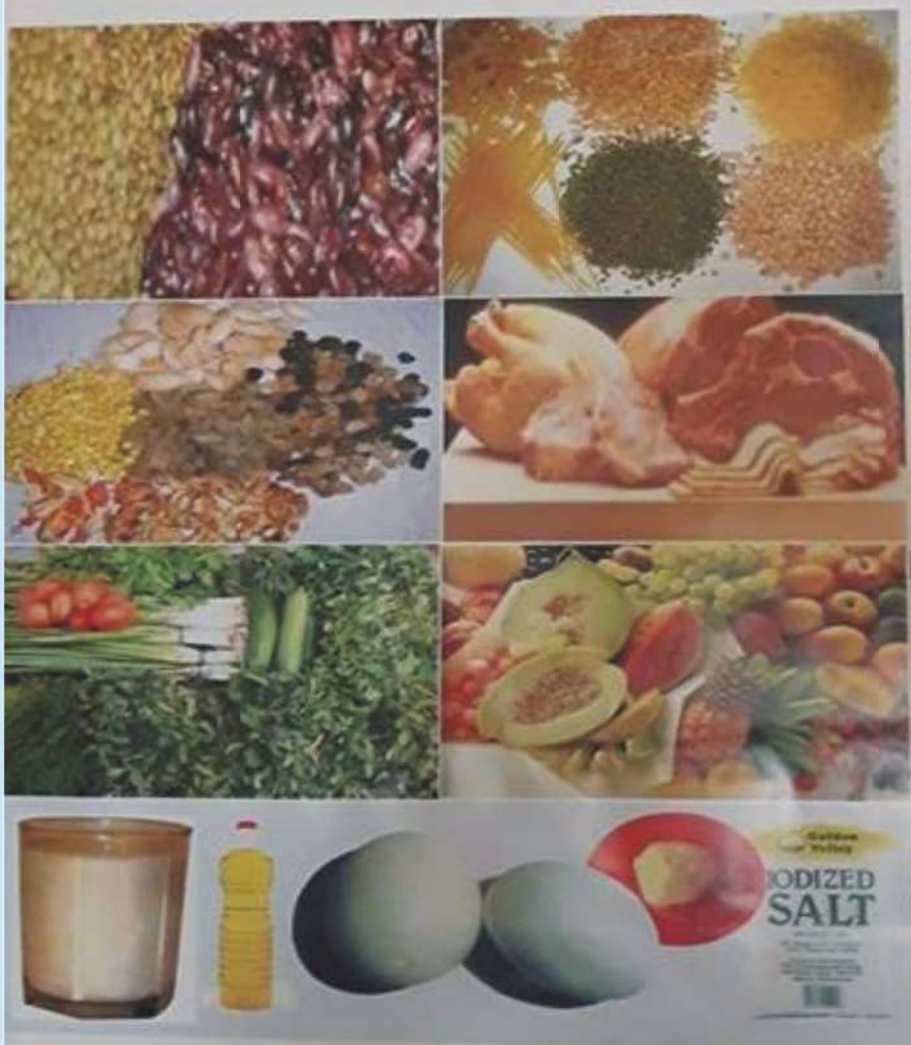
MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION

غذای متوازن

خوردن غذا ها بدون تنوع و بصورت یک نواخت سبب سؤ تغذی مزمن (کهنه و دوامدار) میشود که بصورت قد کوتاهی ظاهر میگردد که این حالت میتواند حتی از یک نسل به نسل دیگر نیز انتقال نماید.

مانند این دو کودک هم سن که یکی با خوراک متنوع و گوناگون رشد بهتر و دیگر آن با خوراک یکنواخت و بدون سبزی جات و میوه ها، رشد کمتری داشته است.



شما میتوانید با خوردن سبزیجات، میوه های تازه و خشک و انواع مختلف غذا های قابل دریافت در محلات تان، خود و اطفال تان را در مقابل سؤتغذی وقایه و محافظت نمائید.

(TSCO) MONDO ESTONIA DEVELOPMENT COOPERATION

۷,۱ سلنه کلورهېګزیدین د میکروب ضد ماده ده چې د ژوند ګواښونکو انتاناتو د مخنیوي لپاره یواځې د نوو زیږیدلو ماشومانو په نوم کارول کیږي.

۱. خپل لاسونه په پاکو اوبو او صابون ومینځئ.

۲. د نوي زیږیدلي ماشوم د نوم پرېکولو وروسته سمدلاسه ورباندې ۷,۱٪ کلورهېګزیدین ولګوئ او تر ۷ ورځو دوام ورکړئ.

۳. د نوي زیږیدلي ماشوم نوم پاک او وچ وساتئ.

کلورهېګزیدین په سترګو او غوږونو کې مه لګوئ. چې د ناورو پایلو لامل ګرځي.

PP-366

(TSCO)

MONDO

ESTONIA
DEVELOPMENT COOPERATION