

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ایلام

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

((ازمجموعه کتب آموزش کاردانی بهورزی))

تدوین و گردآوری:

زینب جعفریان - مسئول مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان ایلام

صفورا طاهری نسب - مربی مامایی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان ایلام

زیر نظر:

زهراحیدریان زاده - مسئول آموزش بهورزی استان

سال ۱۳۹۸

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

با بهبود شاخص دسترسی کمی به خدمات، توجه به ارتقاء کیفی خدمات از طریق تعیین رویکردی مناسب به منظور شناسایی زودرس مادران در معرض خطر و ارجاع به موقع آنان ضرورت داشت. از این روی استاندارد سازی خدمات مراقبتی مادران در سطوح خارج بیمارستانی توسط اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت تهیه و تدوین و اجرای آزمایشی آن از سال ۱۳۸۲ در کشور آغاز گردید نظر به اینکه بهورزان یکی از ارکان اصلی نظام خدمات بهداشتی درمانی در کشور هستند و ارتقاء دانش و مهارت آنان در ارایه مراقبت ها، نقش موثری در سلامت مادران دارد، این محتوای آموزشی (بخش مراقبت های مادران) در راستای اهداف تعیین شده در برنامه های کشوری سلامت مادران و متناسب با شرح وظیفه بهورزان تدوین شده است.

فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
فصل اول: آشنایی با دستگاه تناسلی زن و دستگاه تولید مثل.....	۶.....
فصل دوم: مراقبت های پیش از بارداری.....	۱۲.....
فصل سوم: آبستنی (بارداری / حاملگی)	
عمل لقاح و لانه گزینی.....	۲۰.....
ساختمان جفت.....	۲۰.....
پرده های جفت.....	۲۱.....
کیسه آب.....	۲۱.....
تشخیص بارداری.....	۲۲.....
تغییرات دوران بارداری.....	۲۳.....
مراحل رشد و نمو جنین.....	۲۸.....
فصل چهارم: مراقبت های دوران بارداری	
اهمیت مراقبت های دوران بارداری.....	۳۴.....
ملاقات ها و مراقبت های دوران بارداری.....	۳۴.....
آزمایش های معمول بارداری.....	۴۸.....
آموزشهای بهداشتی دوران بارداری.....	۴۹.....

آموزش تغذیه و هرم غذایی.....	۵۶
شکایت های شایع دوران بارداری.....	۶۴
حاملگی های در معرض خطر.....	۶۷
علائم خطر بارداری.....	۷۰

فصل اول: زایمان در منزل

آماده کردن منزل برای زایمان.....	۷۷
تعریف و علائم زایمان	۷۷
حالت-شکل-حرکات-نمایش-قرار و وضعیت جنین.....	۷۸
مراحل زایمان.....	۸۶
مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان.....	۹۶
مراقبت از نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان.....	۹۷
اهمیت زایمان طبیعی.....	۱۰۲
آمادگی برای زایمان.....	۱۰۸
زایمان های در معرض خطر.....	۱۱۱

فصل دوم: دوره پس از زایمان

تغییرات بدن در دوران پس از زایمان.....	۱۱۸
مراقبت های پس از زایمان.....	۱۲۰

۱۲۱.....کنترل علائم حیاتی.....

۱۲۳.....آموزش بهداشت پس از زایمان.....

۱۲۵.....مشکلات شیردهی.....

۱۲۶.....شکایت های شایع و علائم خطر پس از زایمان.....

۱۲۹.....علائم خطر نوزادی.....

۱۳۰.....تغذیه در دوران پس از زایمان و شیردهی.....

فصل اول

آشنایی با دستگاه تولید مثل زن

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

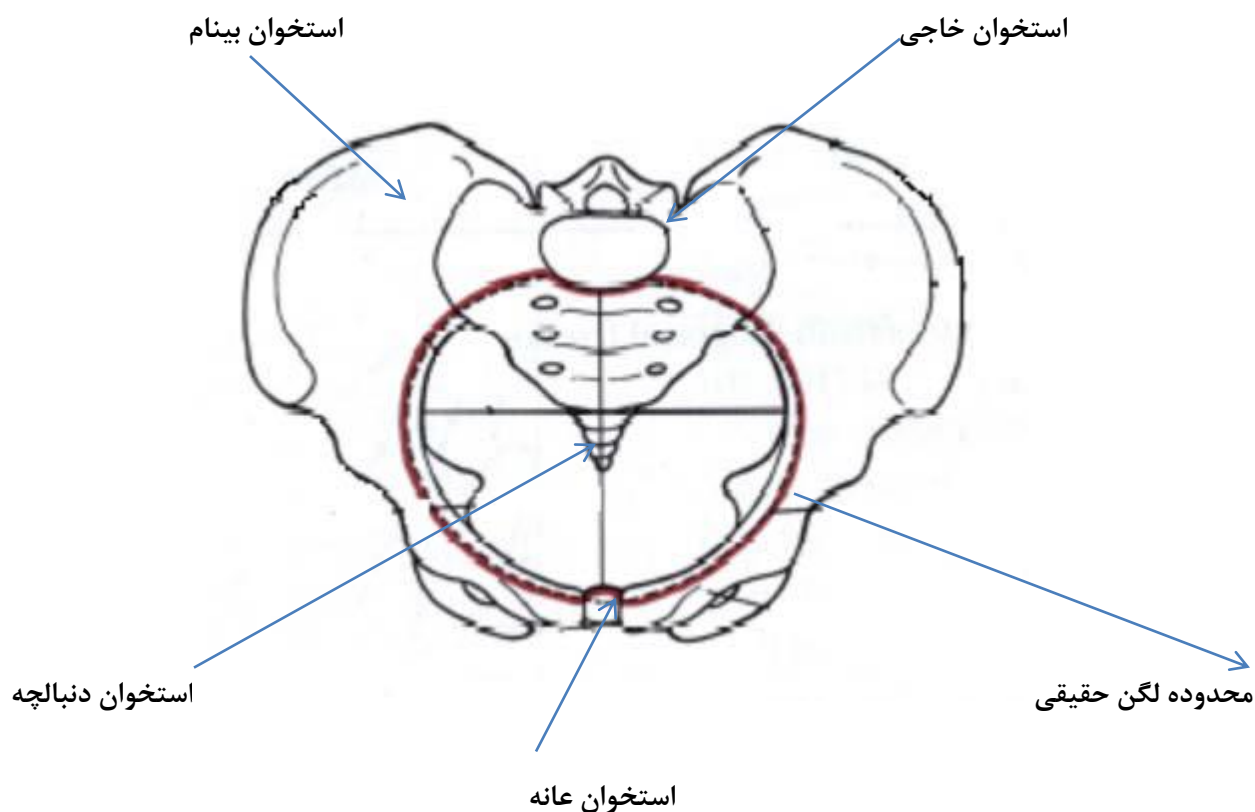
اعضای خارجی دستگاه تناسلی را نام ببرید.

اعضای داخلی دستگاه تناسلی را نام ببرید.

نقش اعضای داخلی دستگاه تناسلی را در مقاربت و بارداری را توضیح دهید.

دستگاه تناسلی زن: اندام تولید مثلی در زنان به دو قسمت خارجی و داخلی تقسیم می شود. اندامهای خارجی و واژن بکار مقاربت می آیند، اندام داخلی برای تخمک گذاری، لقاح تخمک و انتقال بلاستوسیت، لانه گزینی و در نتیجه تکامل و تولد جنین تدارک دیده شده اند.

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



لگن حقیقی در امر زایمان طبیعی نقش مهمی دارد.

اعضاء تولید مثل خارجی: شامل برجستگی عانه، لبهای بزرگ و کوچک، کلیتوریس، پرده بکارت، دهلیز، سوراخ مجرای ادرار و ساختمانهای مختلف غددی و عروقی می باشند.

برجستگی عانه: بالشتکی پر از چربی است که بر روی سطح قدامی سمفیز پوبیس قرار گرفته است، پس از بلوغ پوست روی این ناحیه توسط مو پوشیده می شود.

لبهای بزرگ: دو چین گرد از بافت چربی می باشند که توسط پوست پوشیده شده اند، لبهای بزرگ در بالا مستقیماً در امتداد برجستگی عانه قرار می گیرند و در پایین و پشت به داخل پرینه کشیده می شوند. زیر پوست توده ای از چربی وجود دارد که حجم اصلی لب بزرگ را تشکیل می دهد.

لبهای کوچک: هنگامی که لبهای بزرگ را از یکدیگر باز کنیم، دو چین بافتی قرمز رنگ و صاف مشاهده می شود. این ساختمان ظاهری مرطوب و قرمز داشته و شبیه غشای مخاطی می باشند. در لبهای کوچک فولیکول مویی وجود ندارد اما فولیکول چربی فراوان و تعداد معدودی غده ی عرق یافت می گردد. لبهای کوچک در بالا به یکدیگر رسیده و کلیتوریس را می سازند.

کلیتوریس: کلیتوریس همولوگ آلت مردانه بوده و نزدیک به انتهای فوقانی فرج واقع شده است.

دهلیز: ناحیه بادامی شکلی است که از اطراف توسط لبهای کوچک محدود شده و از کلیتوریس تا فورشت ادامه می یابد. مجاری ادرار و واژن و مجاری بارتولن در آن باز می شوند.

مجاری بارتولن: یک جفت غده است که در دو طرف سوراخ واژن واقع شده و بهنگام تحریک جنسی، از این غدد ماده ی موکوییدی ترشح می شود.

سوراخ مجرای ادرار: مجرای ادرار بالای دیواره ی قدامی واژن قرار گرفته است.

سوراخ واژن و پرده بکارت: سوراخ واژن در زنان باکره غالباً توسط لبهای کوچک، از دید پنهان شده و با کنار زدن لبهای کوچک، به نظر می رسد که تقریباً بطور کامل توسط پرده بکارت بسته شده است. سوراخ پرده بکارت معمولاً هلالی یا حلقوی است، اما گاهی غربالی و... می باشد.

در حین اولین نزدیکی، پرده بکارت در چند نقطه و معمولاً در بخش خلفی پاره می شود.

واژن: واژن ساختمانی لوله ای و عضلانی - غشایی می باشد که از فرج تا رحم کشیده می شود، در قسمت قدام آن مثانه و خلف آن مقعد قرار گرفته است.

اعمال واژن: مجرای دفعی رحم می باشد (خون قاعدگی و جنین)، اندام جفتگیری زنان می باشد. در انتهای فوقانی واژن سرویکس قرار دارد.

اندام های تولید مثلی داخلی:

رحم: رحم ساختمانی است شبیه گلابی با وزن حدود ۷۰ گرم، که از دو بخش تشکیل شده است، تنه و سرویکس.

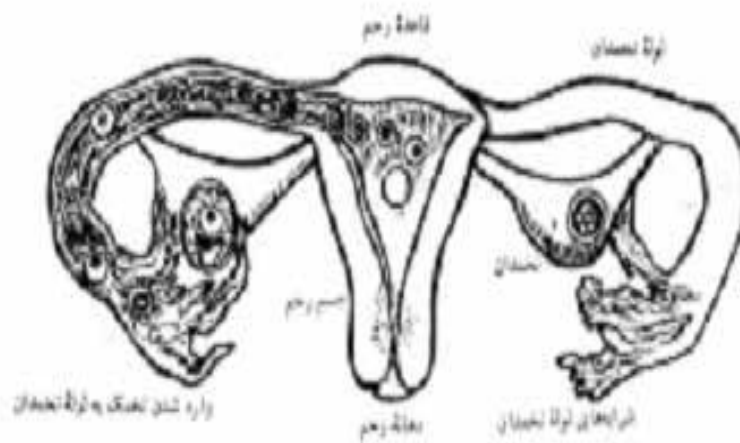
دهانه رحم یا سرویکس: بخش خاصی از رحم می باشند که در پایین تنگه قرار دارد.

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

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

دو لوله رحمی: در دو طرف رحم اعضای لوله ای شکل و عضلانی به طول ۸ تا ۱۴ سانتی متر وجود دارد، که به آنها لوله های رحمی گفته می شود. مهمترین کار آنها، انتقال تخمک بارور شده به داخل رحم است.

دو تخمدان: تخمدانها اعضای بادامی شکل به طول ۲.۵ تا ۵ سانتی متر هستند که در دو طرف رحم و در نزدیکی لوله های رحم قرار دارند، وظیفه تخمدان، تخمک گذاری و ساخت و ترشح هورمونهای زنانه است.



تمرین:

- اعضاء داخلی دستگاه تناسلی را نام ببرید.
- نقش تخمدان ها را در بارداری شرح دهید.
- نقش لوله های رحمی را در بارداری شرح دهید

فصل دوم

مراقبت های پیش از بارداری

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

هدف از مشاوره و ارائه مراقبت های پیش از بارداری را بیان کنید.

مراقبت های قبل از بارداری را توضیح دهید.

مراقبت های پیش از بارداری:

وضعیت مادر قبل از بارداری در سالم سپری شدن بارداری وی و سلامت نوزاد تاثیر بسزائی دارد، از این روی ارائه مراقبت های پیش از بارداری به خانمی که تصمیم دارد باردار شود، بسیار ضروری است. بدین منظور مراقبت های استاندارد تعریف شده که لازم است توسط ماماها و پزشکان ارائه گردد. بهورزان صرفاً موظف هستند این مادران را شناسائی کرده، آنها را از اهمیت این مراقبت ها آگاه نموده و آنان را به پزشک و ماما معرفی نمایند.

بسیاری از مشکلات با بررسی سلامت زوجین پیش از حاملگی و توصیه آنها به داشتن روش زندگی مناسب، قابل پیشگیری هستند.

برای رسیدن به سلامت، پیش از تصمیم به بارداری، یکسری نکات منطقی و علمی باید رعایت شود.

مشاوره و مراقبتهای پیش از بارداری به معنای اقداماتی جهت شناسایی و کاهش خطرات بیماریها، رفتار و یا شیوه های نادرست زندگی است.

مساعد نمودن شرایط مطلوب جسمی، روحی و اجتماعی مادر پیش از بارداری، برای بهبود شرایط بارداری و زایمان، به ویژه، در زنان با بیماریهای خاص مانند دیابت، اختلالات تیروئید و دارای مشکلات تغذیه ای و یا مادرانی که سیگار، قلیان و یا مواد مخدر مصرف میکنند، دارای اهمیت است.

اهمیت مراقبت پیش از بارداری:

متأسفانه در تعدادی زیادی از خانواده ها بدون انجام مراقبت قبل از بارداری و برنامه ریزی خاص، بارداری اتفاق می افتد، و چه بسا ممکن است خانمی با داشتن سابقه بیماریهای کنترل نشده و پر خطر مانند فشار خون بالا، دیابت، صرع، بیماریهای کلیوی و... باردار گردد و در طی بارداری با تشدید و عود این بیماری ها مواجه گردد که خطرات جبران ناپذیری را برای سلامت مادر و جنین به دنبال دارد.

هم چنین در برخی از خانواده ها که سابقه تولد نوزاد ناهنجار یا عقب مانده در خانواده یا حتی در اقوام دور و نسلهای گذشته دیده می شود، بویژه اینکه مادر در سن بالای ۳۵ سال باشد، عدم انجام مراقبت قبل از بارداری و مشاوره ژنتیک باعث میشود با تولد یک نوزاد ناهنجار با معلولیت ذهنی جسمی مواجه شویم که استرسهای شدید روحی و بار اقتصادی زیادی را به دنبال دارد.

در مراقبت قبل از بارداری سلامت جسمانی و روانی مادران آینده مورد بررسی قرار می گیرد و آموزشهای لازم به خانواده ها ارایه میشود.

هم چنین در صورت نیاز مادر به سطوح بالاتر ارجاع شده و تحت مراقبت های تخصصی قرار میگیرد تا در بهترین شرایط ممکن باردار شود و ضمن حفظ سلامت مادر، نوزادی سالم متولد گردد.

فواید مشاوره قبل از بارداری:

پیشگیری از بارداریهای پر خطر، شناسایی و درمان زود هنگام و موثرتر عوامل خطر

کاهش احتمال تولد نوزاد با بیماریهای ژنتیکی

پیشگیری از بارداریهای ناخواسته

فاصله گذاری مناسب بین فرزندان

تامین سلامت جسمی و روانی خانواده و در نهایت جامعه

بهورزان باید:

زنان تحت پوشش تنظیم خانواده و زنانی را که به تازگی ازدواج کرده اند و خواهان بارداری هستند، در مورد وجود چنین مراقبت هائی آگاه کنند و آنان را تشویق نمایند تا قبل از حاملگی، به پزشک یا ماما مراجعه کنند.

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

*بررسی سابقه ابتلاء به بیماری، بررسی تاریخچه بارداری (بارداری های پر خطر) و وضعیت اجتماعی مادر(استعمال دخانیات و مصرف داروهای مضر و....)

*درخواست آزمایشات پیش از بارداری

*معاینات بالینی

*ایمن سازی

*انجام پاپ اسمیر

*توصیه به مصرف ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک در روز (ترجیحاً سه ماه قبل از بارداری)

* بررسی مصرف هر گونه داروی گیاهی یا مصنوعی

*بررسی وضعیت وزنی مادر و تلاش جهت بهبود وزن قبل از بارداری

* بررسی وضعیت دندان ها

توجه: در صورت در دسترس بودن یدو فولیک (حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۵۰۰ میکروگرم اسید فولیک می باشد) از ۳ ماه قبل از بارداری تا پایان ماه چهارم طبق دستورالعمل این دارو به جای اسید فولیک مصرف گردد.

نکته : در زنانی که پرکاری تیروئید دارند مصرف یدوفولیک منع مصرف دارد.

(زمان انجام مراقبت پیش از بارداری حد اقل ۳ ماه قبل از بارداری و اعتبار آن یک سال می باشد)

تمرین:

-مراقبت های قبل از بارداری چه اهمیتی دارد؟

-بهورزان به چه طریق می توانند زنانی را که قصد بارداری دارند، راهنمایی کنند تا حاملگی سالمی داشته باشند؟

-فواید مشاوره قبل از زایمان را بیان کنید؟

فصل سوم

آبستنی (بارداری / حاملگی)

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

ساختمان جفت را شرح دهید.

حاملگی را تعریف کنید.

علائم تشخیص حاملگی را ذکر نمایید.

تغییرات بدن در دوران بارداری را توضیح دهید.

عمل لقاح و لانه گزینی را توضیح دهید.

عمل لقاح و لانه‌گزینی: لقاح یا باروری، نتیجه برخورد و به هم پیوستن تخمک و اسپرم است. تخمک پس از بلوغ، همراه از تخمدان رها می‌شود. تخمک گذاری معمولاً حدود ۱۴ روز قبل از شروع دوره بعدی قاعدگی آغاز می‌شود. وقتی تخمک آزاد می‌شود، به لوله رحمی راه می‌یابد و اگر اسپرمی در آنجا حضور داشته باشد، با آن برخورد می‌کند و بارور می‌شود. این واقعه معمولاً در یک سوم فوقانی لوله رحمی به وقوع می‌پیوندد.

پس از اینکه لقاح انجام شد، تخم شروع به تقسیم سلولی می‌کند و در طول لوله‌های رحمی (فالوپ) به حرکت در می‌آید. تخم پس از رسیدن به رحم، به یک توده سلولی تبدیل می‌شود و به غشای داخلی رحم می‌چسبد. دو ماه پس از رشد، این توده سلولی را رویان (امبریو) می‌نامیم، رویان در ادامه رشد خود به جنین (فتوس) تبدیل می‌شود. مدت زمان بارداری ۲۸۰ روز از اولین روز آخرین قاعدگی و یا ۴۰ هفته است.

باروری: پس از اینکه لقاح انجام شد، تخم شروع به تقسیم سلولی می‌کند و در طول لوله‌های رحمی (فالوپ) به حرکت در می‌آید. تخم پس از رسیدن به رحم، به یک توده سلولی تبدیل می‌شود و به غشای داخلی رحم می‌چسبد، که اصطلاحاً به آن "لانه‌گزینی" گویند.

تخمک بارور شده از خود زوئندی ایجاد می‌کند که مانند چنگک به درون بافت رحم فرو می‌رود. این چنگک‌ها مواد غذایی و گازهای تنفسی را بین جنین و مادر رد و بدل می‌کنند. جدار رحم نیز این چنگک‌ها را محاصره کرده و اندامی را تشکیل می‌دهد که "جفت" نامیده می‌شود.

دو ماه پس از رشد، این توده سلولی را رویان (امبریو) می‌نامیم، رویان در ادامه رشد خود به جنین (فتوس) تبدیل می‌شود.

ساختمان جفت: سلولهای بخش خارجی جنین و غشای داخلی رحم، در کنار یکدیگر، جفت را به وجود می‌آورند، بند ناف ساختاری طناب مانند است که جنین را به جفت متصل می‌کند.

خون مادر، مواد مغذی و اکسیژن را از طریق بندناف به جنین می‌رساند. مواد زائد جنین نیز از طریق همین بند ناف وارد جریان خون مادر می‌شود.

جفت از دو سطح تشکیل شده است :

* سطح جنینی که سطحی صاف و پوشیده از پرده های جنینی است و بند ناف به آن متصل است.

* سطح مادری که محل اتصال جفت به رحم است. این سطح قرمز رنگ و خون آلود بوده و از تعدادی برجستگی تشکیل می شود.

پرده های جفت شامل: پرده آمنیون که شفاف و نازک مثل پوست پیاز ولی محکم و مقاوم است و روی جنین را می پوشاند پرده کوریون ضخیم تر از آمنیون است ولی مقاومت آن کمتر می باشد. این پرده در خارج آمنیون قرار گرفته و به آن چسبیده است.

چسبندگی بین این دو پرده زیاد نیست و بعد از خارج شدن جفت به راحتی از یکدیگر جدا می شوند. این دو پرده نقش محافظت کننده برای جنین دارد.

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

کیسه آب دارای اعمال زیر است:

*سبب آزادی حرکت جنین در داخل رحم می شود

*جنین را از صدمات خارجی و عفونت ها محافظت می کند

*مانع چسبیدن پرده ها بر روی جنین می شود

*جنین را در دمای ثابت نگه می دارد

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

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

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

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

علائم حاملگی به سه دسته تقسیم می شود:

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

* **علائم احتمالی:** این علائم شامل نتایج مثبت آزمایشگاهی (آزمایش ادرار و خون)، بزرگ شدن شکم، احساس حرکات جنین توسط مادر می باشد. گراویندکس ساده ترین روش آزمایشگاهی است که با استفاده از نمونه ادرار مادر انجام می شود.

این آزمایش در فاصله بیش از دو هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی ارزش دارد.

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

تغییرات دوران بارداری: در دوران بارداری در بدن تغییراتی روی می دهد که به منظور سازگاری با وضعیت جدید است. این تغییرات پس از جایگزینی تخم در رحم شروع شده و در طول بارداری ادامه می یابد. این تغییرات به علت ترشح هورمون ها و فشار رحم بر روی سایر اعضای بدن است که گاهی موجب ناراحتی زن باردار می شود. باید بدانید این تغییرات طبیعی است و بسیاری از آنها، پس از زایمان و شیردهی به حالت اولیه باز می گردد.

تغییرات رحم: در طی بارداری اندازه رحم افزایش می یابد. وزن رحم در حالت غیر حامله تقریباً ۷۵ گرم و ظرفیت آن حدود ۱۰ میلی لیتر یا کمتر است (کمی کوچکتر از یک مشت بسته) در اواخر بارداری وزن آن به حدود ۱۱۰۰ گرم (بدون در نظر گرفتن وزن جنین) افزایش پیدا می کند. در طی ماه های اول بارداری، دیواره رحم به طور قابل ملاحظه ای ضخیم تر از وضعیت غیر حامله شده ولی با پیشرفت حاملگی دیواره به تدریج نازک می شود. در اوائل حاملگی رحم سفتی و مقاومت خود را که مشخصه عضو غیر حامله است، ازدست می دهد و در ماه های بعد به یک کیسه عضلانی با دیواره ی نرم و نازک تبدیل می شود که به راحتی می توان جنین را از سطح شکم لمس نمود. نرمی دیواره به صورتی است که امکان حرکات اندام های جنین را فراهم می کند. و پس از زایمان در مدت چند هفته به اندازه عادی خود برمی گردد. در طی حاملگی، رحم دارای ظرفیت کافی جهت پذیرش جنین، جفت و مایع آمنیونی است، حجم کلی محتویات رحم در پایان حاملگی به طور متوسط حدود ۵ لیتر است. رحم در هفته های اول بارداری در داخل لگن قرار دارد و از هفته ۱۲ به بعد از لگن خارج شده و در هفته ۳۲ بارداری تا حد جناغ می رسد. پس از آن به علت نزول سر جنین به داخل لگن قله رحم به طرف پایین می آید.

پستان: در هفته های اول ممکن است زن باردار در پستان خود احساس درد و خارش کند. بعد از ماه دوم اندازه پستان ها افزایش می یابد و رگ های ظریفی در زیر پوست دیده می شود. نوک پستان بزرگ و هاله آن پررنگ می

شود. در اواخر بارداری با فشار ملایم انگشتان روی پستان ها مایعی زرد رنگ و غلیظ به نام آغوز از نوک آنها خارج می شود.

پوست: تقریبا در اکثر زنان باردار در نیمه دوم بارداری در اثر تغییرات هورمونی، ترک هایی بر روی پوست شکم، پستان ها و ران ها ایجاد می شود. وجود این ترک ها معمولا اثری هستند و پس از زایمان کمتر می شود، ولی هرگز از بین نمی روند. گاهی نیز لکه های قهوه ایی رنگ بر روی پوست صورت و گردن ظاهر می شود که به آن ماسک حاملگی می گویند. برای این تغییرات، درمان خاصی وجود ندارد ولی استفاده از کرم های ضدآفتاب برای لکه های صورت و کرم های چرب کننده برای ترک های پوست می تواند کمک کننده باشد.

مو: اصولا دوره ریزش مو در باردای متوقف شده و در نتیجه ریزش مو کاهش می یابد. در زنان باردار با موهای خشک استفاده از نرم کننده ها و در زنان باردار با موهای بسیار چرب استحمام بیشتر توصیه می شود.

دستگاه قلبی عروقی: در بارداری تغییراتی مانند افزایش تعداد ضربان قلب و افزایش حجم خون ایجاد می شود. در نیمه دوم بارداری خوابیدن به پشت سبب می شود تا رحم بزرگ شده روی رگها فشار وارد کرده و خونرسانی به جنین را کاهش دهد. به همین دلیل خوابیدن به پهلو توصیه می شود. اگر با فعالیت معمول نیز خانم احساس درد قفسه سینه، تپش قلب و تنگی نفس می کند بایستی با پزشک یا ماما مشورت نماید.

وزن: در صورتی که تغذیه در دوران بارداری کافی و مناسب باشد، افزایش وزن مطلوبی خواهد داشت. این افزایش وزن مربوط به رشد جنین، جفت، اندازه پستانها، رحم، افزایش حجم خون و ذخایر چربی است. زن باردار در هر شرایطی (لاغر، طبیعی، چاق) باید افزایش وزن داشته باشد ولی میزان افزایش وزن متفاوت است، بطوری که زن لاغر به افزایش وزن بیشتر و زن چاق به افزایش وزن کمتر نیاز دارد، افزایش وزن بر اساس شاخص توده بدنی (BMI) محاسبه می شود.

دستگاه تنفس: به علت بزرگ شدن رحم و افزایش فشار آن به قسمت پایین ریه ها و تاثیر هورمون های مربوط به بارداری ممکن است زن باردار احساس تنگی نفس کند و تند تند نفس بکشد. گذاشتن چند بالش در زیر سر و شانه ها

و قرار گرفتن به حالت نیمه نشسته، پرهیز از پرخوری، فاصله دادن زمان خوردن و خوابیدن و صاف نگهداشتن عضلات پشت بدن در هنگام نشستن به بهبود تنگی نفس کمک می کند.

نکته: در صورت تنفس دردناک، خس خس سینه، سرفه های خلط دار و یا بهبود تنگی نفس با توصیه های فوق بایستی حتما با پزشک مشورت شود.

دستگاه ادراری: در اوایل بارداری به علت تغییرات هورمونی و اواخر بارداری به علت بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روی مثانه، دفعات ادرار کردن بیشتر می شود. این علامت در صورتی که با درد و سوزش هنگام ادرار کردن همراه نباشد، طبیعی است. کم کردن مصرف مایعات قبل از خواب شبانه به بهبود این وضعیت کمک می کند. به منظور تخلیه کامل مثانه در هنگام ادرار کردن، خم شدن به طرف جلو توصیه می شود. اگر علاوه بر تکرر ادرار، سوزش و درد در هنگام ادرار کردن پیدا شود، بایستی با پزشک یا ماما مشورت شود.

دفع پروتئین و آلبومین در ادرار خانم باردار غیر طبیعی است و نیاز به بررسی و مراقبت های بیشتر دارد.

همچنین در صورتی که تکرر ادرار همراه با سوزش ادرار باشد مادر باید به پزشک ارجاع شود.

دستگاه گوارش: به علت تغییرات هورمونی و بزرگ شدن تدریجی رحم و فشار آن بر روی معده، در دستگاه گوارش تغییراتی به وجود می آید که علائم شایع آن بصورت سوزش سر دل، نفخ شکم، کند شدن حرکات روده (یبوست) است.

تهوع و استفراغ صبحگاهی: تقریباً در اکثر زنان در هفته ۴ تا ۶ بارداری حالت تهوع با استفراغ یا بدون استفراغ ایجاد می شود که ممکن است چند بار در طول روز اتفاق بیفتد. این حالت معمولاً در هفته ۱۲ بارداری ادامه دارد. خوردن تکه نان برشته و بیسکویت قبل از برخاستن از رختخواب، مصرف غذا در وعده های بیشتر اما با حجم کمتر در هر وعده، پرهیز از خوردن غذاهای چرب و سرخ کرده و مصرف زنجبیل توصیه می شود. در صورت داشتن استفراغ حتما دهان با آب شستشو شود.

کمر درد و پشت درد: تحت اثر هورمون ها و رحم بزرگ شده، انحنای ستون فقرات در اواخر بارداری بیشتر شده و این مشکل را ایجاد می کند. بهتر است از خم شدن یا خوابیدن به پشت، پوشیدن کفش های پاشنه بلند، خم کردن کمر هنگام برداشتن اجسام پرهیز شود. همچنین استفاده از تشک سفت و محکم، صاف نگه داشتن عضلات پشت و گذاشتن بالش در گودی کمر در هنگام نشستن و انجام تمرین های مناسب برای تسکین درد مناسب است.

خستگی: در اوایل بارداری، اکثر زنان از خستگی و تمایل به خواب زیاد شکایت می کنند، این حالت معمولاً تا چهار ماهگی خودبخود برطرف می شود و اهمیت خاصی ندارد.

افزایش ترشحات مهبل: ترشحات بی رنگ و بی بو، طبیعی است. رعایت نکردن نکات بهداشتی می تواند باعث تغییر رنگ و بوی ترشحات و بروز علائمی مانند خارش، سوزش و درد هنگام ادرار کردن شود که نیاز به درمان دارد. تعویض روزانه لباس زیر، شستشوی مرتب ناحیه تناسلی با آب و خشک کردن آن توصیه می شود.

ورم: بطور معمول قوزک پای زنان باردار ورم میکند. این حالت با استراحت و نگهداشتن پاها کمی بالاتر از سطح بدن برطرف می شود، اگر ورم در صورت و دست ها یا تمام بدن ظاهر شد بایستی با پزشک یا ماما مشورت کرد.

واریس: واریس معمولاً ارثی است. و ممکن است در اواخر بارداری به علت بزرگی رحم، افزایش وزن بدن و فشار برروی رگ ها، در پشت ساق و ران و ناحیه تناسلی ظاهر شود. در این حالت رگها متورم و دردناک می شود. درد و ناراحتی را می توان با اجتناب از ایستادن طولانی مدت، پوشیدن جوراب های مخصوص و نگهداشتن پاها کمی بالاتر از سطح بدن در هنگام استراحت کاهش داد.

گرفتگی پاها: فشار رحم بر روی اندام تحتانی و کاهش میزان کلسیم یا افزایش فسفر خون باعث این ناراحتی می شود. ماساژ دادن و گرم کردن عضله گرفته و مصرف شیر و لبنیات می تواند به بهبود این وضعیت کمک کند.

ویار: برخی زنان در بارداری به خوردن خوراکی های غیرعادی (برفک یخچال، نشاسته و...) و مواد غیر غذایی (گچ، خاک، مهر و ...) تمایل پیدا می کنند و از بعضی بوها مانند بوی صابون، گل و یا بوی افراد ناراحت می شوند، این وضعیت با پیشرفت حاملگی بتدریج کاهش می یابد.

تمایل به خوردن گچ، خاک و می تواند نشانه کمبود آهن بدن باشد. بهتر است در این صورت با پزشک یا ماما صحبت شود.

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

مراحل رشد و نمو جنین در طول حاملگی: همانطور که قبلاً گفته شد، سلول تخم طی حرکت به سمت رحم تقسیم شده و به صورت یک توده سلولی وارد رحم شده و لانه‌گزینی می‌کند. سپس توده سلولی در دو لایه جداگانه تقسیم بندی می‌شود که لایه خارجی و «جفت» و لایه داخلی «جنین» سازد. ارتباط تغذیه‌ای بین مادر و جنین از طریق جفت و بندناف برقرار می‌شود. مراحل رشد جنین به طور خلاصه به شرح زیر است:

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

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

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

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

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

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

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

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

هفته ۴۰ بارداری: جنین به بزرگ ترین اندازه خود می رسد و تمام حفره رحم را اشغال می کند. از پایان هفته ۳۷ تا زمان زایمان حرکات جنین بتدریج کم می شود. وزن جنین به طور متوسط ۳ تا ۵ قدش بیش از ۴۰ سانتی متر است. ماده لزجی به رنگ سبز تیره که مکنونیوم نامیده می شود در روده های جنین جمع می شود که معمولاً بعد از تولد، کم کم دفع می گردد. دردهای زایمانی معمولاً زمانی شروع می شود که بدن، ریه ها و مغز جنین برای زندگی خارج از رحم آماده شده است.

تمرین :

-علائم تشخیص حاملگی را توضیح دهید.

-تغییرات عمده بدن در دوران بارداری را شرح دهید.

-عمل لقاح و لانه‌گزینی را شرح دهید.

-وظیفه و ساختمان جفت را توضیح دهید.

-نقش کیسه آب را بیان کنید.

فصل چهارم

مراقبت های دوران بارداری

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

مراقبت های دوران بارداری را تعریف کرده و اهمیت آن را بیان کنید

دفعات مراقبت های معمول بارداری را نام ببرید.

ارزیابی علائم خطر در بارداری را توضیح دهید.

مراقبت های دوران بارداری را نام ببرید.

نحوه تعیین تاریخ تقریبی زایمان را توضیح دهید.

طریقه وزن کردن و اندازه گیری قد مادر را توضیح دهید.

طریقه رسم جدول وزن گیری را شرح دهید.

نمایه توده بدنی را محاسبه کنید.

سن تقریبی حاملگی را از روی شکم و با اندازه گیری ارتفاع رحم تعیین نمائید.

سن بارداری را به هفته تعیین نمائید.

فشارخون، دمای بدن، تعداد تنفس و نبض را اندازه گیری و نتیجه را تفسیر نمائید.

نحوه سمع صدای قلب جنین را توضیح دهید.

تعداد ضربان قلب جنین را سمع کرده و بشمارید.

واکسن های مجاز در بارداری را نام ببرید و زمان مناسب برای واکسیناسیون مادر را توضیح دهید.

شرایط لازم برای تزریق آمپول رگام را بیان کنید.

اهمیت مراقبت دهان و دندان را در بارداری توضیح دهید و بتوانید معاینه دهان و دندان را انجام

دهید.

گروه های غذائی را نام ببرید و تغذیه مناسب در بارداری را توضیح دهید.

مکمل های غذائی مورد نیاز در بارداری را بشناسید و نحوه و زمان استفاده از آن را بیان کنید.

حاملگی های در معرض خطر و علائم خطر بارداری را بشناسید و اقدام مناسب در هر مورد را توضیح

دهید.

آموزش های بهداشتی لازم دوران بارداری را شرح دهید.

زمان مناسب برای مشاوره تنظیم خانواده را بیان کنید.

نحوه مراقبت از نوزاد را توضیح دهید.

شکایات شایع دوران بارداری را نام ببرید.

اهمیت مراقبت های دوران بارداری: در واقع مراقبت های دوران بارداری مجموعه اقداماتی است که طی یک سری معاینات دوره ای، ضمن آموزش مادر و اطرافیان وی ارائه می شود و با تشخیص علائم خطر و ارجاع به موقع برای درمان و درنهایت با آماده کردن مادر برای زایمان از بروز عوارض بارداری و زایمان در مادر، جنین و نوزاد جلوگیری کرده و منجر به کاهش مرگ و میر آنان می شود. در بارداری هر آنچه که برای مادر خطر ساز باشد، در سلامت جنین و نوزاد نیز تاثیر دارد.

مراقبت های بارداری باید از همان زمانی که مادر متوجه بارداری خود می شود و پس از اطمینان کارکنان بهداشتی از حاملگی وی (مثبت شدن آزمایش بارداری) شروع و طی ملاقات های معمول بارداری در مقاطع زمانی تعیین شده، ارائه شود.

ملاقات های بارداری: همان طور که قبلاً ذکر شد، لازم است زن باردار به طور منظم به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نماید و در طی بارداری تحت نظر پزشک یا ماما باشد.

اولین مراجعه، بلافاصله پس از آگاهی از بارداری است.

به طور کلی زن باردار در طول بارداری طبیعی به ۸ بار مراقبت کلینیکی نیاز دارد.

به علاوه، لازم است در صورتی که هرگونه علائم غیرطبیعی مشاهده شود فوراً به کلینیک یا پزشک مراجعه نماید. مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار، در نیمه اول و دوم به مادر ارائه می گردد. دو ملاقات در نیمه اول (هفته ۱۰-۶ و ۲۰-۱۶) و شش ملاقات در نیمه دوم (۳۰-۲۶، ۳۴-۳۱، ۳۷-۳۵، ۳۸، ۳۹، ۴۰).

سن بارداری بر اساس هفته تعیین می شود، سن بارداری از اولین روز آخرین قاعدگی محاسبه می شود.

هر مادر باردار باید یک بار در اولین مراجعه توسط پزشک معاینه شود.

سه ماهه اول از هفته اول تا پایان هفته ۱۴، سه ماهه دوم از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ و سه ماهه سوم از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر می گیریم.

آمادگی برای زایمان: به منظور ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روشهای غیر دارویی کاهش درد از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه در کلاس آمادگی برای زایمان شرکت می کند.

مراقبت های بارداری: مراقبت دوران بارداری به محض تشخیص بارداری و اطمینان از وقوع آن، باید شروع و اولین ملاقات با مادر در ۶ تا ۱۰ هفته اول حاملگی وی انجام شود. قبل از هر گونه اقدامی لازم است علائم خطر فوری در مادر ارزیابی گردد. سپس در صورت نبود علائم خطر فوری، ضمن تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال و معاینه مادر، آزمایش های معمول درخواست و دیگر مراقبت های مورد نیاز ارائه شود.

ارزیابی علائم خطر فوری: در هر مرحله از بارداری برحسب سن بارداری مادر باید مراقبت های مشخصی از وی به عمل آید. ولی در هر بار ملاقات، قبل از اقدام به مراقبت، ابتدا باید مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی و ارزیابی کرد. بدین منظور انجام اقدامات زیر ضروری است:

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

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

۳- سوال در مورد پارگی کیسه آب

تعاریف:

- خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)

- درد شدید یا حاد شکم: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

- تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است

- اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

- شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود، (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).

- پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

گرفتن شرح حال: اولین مرحله مراقبت های بارداری، تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال از مادر باردار(کلیه مراقبت ها درسامانه سیب بصورت الکترونیک ثبت می شود) در ملاقات بار اول است.

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

- خصوصیات خانم شامل سن، شغل، اندازه قد، وزن، وضعیت قاعدگی ، تاریخ آخرین عادت ماهانه (برای محاسبه تاریخ تقریبی زایمان)، آخرین روش پیشگیری از بارداری، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، وضعیت تغذیه.

- سوابق حاملگی ها و زایمان های قبلی (تعداد بارداری، تعداد و نوع زایمان، سابقه سقط، مرگ داخل رحمی، مرگ نوزاد، چند قلوئی، زایمان زود رس، ناهنجاری جنینی، بروز بیماری یا تشدید بیماری های زمینه ای، ناسازگاری خونی).

- تاریخچه پزشکی و سابقه بیماری های خانوادگی، ابتلاء به بیماری های زمینه ای، اختلالات روانی ، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، ناهنجاری دستگاه تناسلی، اختلالات انعقادی، حساسیت داروئی، سرطان پستان ، ایدز، سابقه رفتارهای پرخطر، ابتلاء به عفونت، HIV، مصرف دارو، سیگار ، الکل و مواد، تالاسمی مینور مخدر، واکسیناسیون.

معاینه فیزیکی: در دوران بارداری معاینه فیزیکی زن باردار شامل معاینه چشم، پوست، قلب و ریه، تیروئید، پستان ها، شکم و اندام هاست که توسط پزشک و ماما انجام می شود.

تعیین تاریخ تقریبی زایمان: برای تعیین تاریخ تقریبی زایمان، به دلیل عدم اطمینان از زمان دقیق عمل لقاح، تاریخ آخرین خونریزی ماهانه زن مبداء قرار می گیرد و بطور قراردادی حاملگی از اولین روز محاسبه آخرین قاعدگی وی (Last Menstrual Period = LMP) می شود.

برای تعیین تاریخ تقریبی زایمان وی، بدین گونه محاسبه می شود:

- ۷ روز به اولین روز آخرین قاعدگی اضافه می کنیم و از ماه سه ماه به عقب برمی گردیم و یک سال به سال LMP در مورد خانم هائی که تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی آنها در سه ماه اول سال است، زایمان در همان سال اتفاق می افتد و نیاز به افزودن یکسال نیست. اضافه می کنیم.

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

اندازه گیری وزن: افزایش وزن دوران بارداری، نتیجه یک فرایند فیزیولوژیک و اجزای رشد و تکامل طبیعی مادر و جنین است، این افزایش وزن مربوط به رشد جنین، جفت، مایع آمنیوتیک، بافت رحم، افزایش حجم و ترکیبات خون، ذخایر چربی و اندازه پستان هاست.

یکی از اقداماتی که در هر بار مراقبت مادر انجام می شود، اندازه گیری وزن مادر و مقایسه آن با وزن قبلی است.

در اندازه گیری وزن مادر باید به نکات زیر توجه شود:

- خانم بدون کفش بوده و لباس سبک به تن داشته باشد.

- در صورت امکان بهتر است در ساعات معینی از روز وزن شود.

- مادر به درستی روی صفحه ترازو قرار گرفته و به جائی تکیه نکند.

- از سالم بودن ترازو و قرار گرفتن عقربه روی صفر (تنظیم بودن ترازو) قبل از اقدام به اندازه گیری وزن اطمینان حاصل شود.

برای تعیین میزان افزایش وزن مطلوب در بارداری از شاخصی به نام نمایه توده بدنی به اختصار (Body Mass Index) استفاده می شود. این شاخص را با اندازه گیری وزن و قد و ترسیم این اندازه ها بر روی نمودار نئوموگرام تعیین می کنند.

همچنین با فرمول : وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متر نیز می توان شاخص فوق را محاسبه کرد. این شاخص در ۱۲ هفته اول بارداری ارزش دارد.

میزان افزایش وزن در دوران بارداری	وضعیت تغذیه		ناحیه رنگ BMI	ردیف
	محدوده BMI	وضعیت تغذیه		
۱۲.۵ تا ۱۸	کمتر از ۱۸.۵	کم وزن	زرد	۱
۱۱.۵ تا ۱۶	۱۸.۵ تا ۲۴.۹	طبیعی	سبز	۲
۷ تا ۱۱.۵	۲۵ تا ۲۹.۹	اضافه وزن	نارنجی	۳
۵ تا ۹	مساوی و بیشتر از ۳۰	چاق	قرمز	۴

اندازه گیری قد: یکی از اقدامات لازم در مراقبت اول بارداری تعیین قد مادر باردار است. معمولاً قد مادر می تواند معیاری برای تعیین اندازه لگن باشد. زایمان زنانی که لگن کوچک دارند، ممکن است دشوارتر انجام شود. به همین علت مادرانی که قد کم تر از ۱۵۰ سانتی متر دارند، نیازمند مراقبت بیشتر در حین زایمان هستند. همچنین با استفاده از قد مادر و وزن پیش از بارداری وی یا وزن بدو بارداری، می توان نمایه توده بدنی (BMI) مادر را محاسبه کرد.

برای اندازه گیری قد می توان از ترازویی که در قسمت عقب آن خط کش مدرج وجود دارد، (ترازوی قد سنج دار) و یا از سانتی متری که به دیوار و در محل مناسبی نصب شده است، استفاده کرد.

مادر باید بدون کفش در مقابل آن بایستد. سپس با خط کش یا مدادی که بر روی سرش در مقابل عدد سانتی متر قرار می گیرد، اندازه قد وی تعیین شود.

تعیین ارتفاع رحم: با تعیین ارتفاع رحم از روی شکم، سن تقریبی بارداری مشخص می شود، بدین منظور از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر بار مراقبت ارتفاع رحم اندازه گیری و با سن بارداری مطابقت داده شود. برای معاینه، مثانه باید خالی باشد. سپس مادر به پشت خوابیده و پاها را به طرف شکم خم کرده و کمی باز نگه دارد. سر خانم باید کمی بالاتر از سطح بدن وی باشد. در هفته های ۱۸ تا ۳۲ بارداری می توان ارتفاع رحم را با نوار متری مطابق تصویر (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) اندازه گیری کرد. در این مدت ارتفاع رحم برحسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد (یعنی حدود ۱۸ تا ۳۲ سانتی متر معادل سن بارداری ۱۸ تا ۳۲ هفته می باشد).

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

ارتفاع رحم در هفته های مختلف بارداری به شرح زیر می باشد:

در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف قرار دارد.

در هفته ۱۸ تا ۲۰ بارداری، قله رحم در حدود ناحیه ناف قرار می گیرد.

بعد از هفته ۲۰ تا هفته ۳۲ بارداری، قله رحم در فاصله بالای ناف و جناغ سینه قرار می گیرد.

در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری قله رحم زیر زائده جناغ سینه می رسد.

از هفته ۳۶ تا ۴۰ به علت پائین آمدن سر جنین در حفره لگن (بویژه در شکم اول) قله رحم به در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

اندازه گیری علائم حیاتی (فشارخون، تنفس، نبض، درجه حرارت): در هر بار مراقبت باید فشارخون، درجه حرارت، نبض و تنفس مادر اندازه گیری شود.

اندازه گیری و کنترل فشار خون: یکی از اقدامات لازم در هر بار مراقبت، اندازه گیری فشارخون زن باردار و توجه به تغییرات آن می باشد. افزایش فشارخون اولین علامت مشکلات حاملگی و از جمله پره اکلامپسی است. اختلالات ناشی از بالا بودن فشار خون در زمان بارداری از طریق اندازه گیری و کنترل منظم فشار خون تشخیص داده می شود.

با این اقدام بسیار ساده در هر بارمراقبت مادر، می توان از بسیاری از عوارض و مرگ و میر مادران جلوگیری کرد.

فشارخون بالا در حاملگی زمانی است که فشارخون خانم باردار ۱۴/۹ میلی متر جیوه و بالاتر است.

اگر فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) به میزان ۳۰ میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک (می نیمم) به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون اولیه بیشتر شده باشد، افزایش تدریجی فشارخون وجود دارد.

برای اندازه گیری فشارخون، لازم است مادر باردار در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) قرار گرفته و فشارخون وی از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری شود. چنانچه فشار خون مادر در وضعیت خوابیده اندازه گیری می شود، حتماً باید مادر به بک پهلو دراز بکشد. زیر ۱ در حالت خوابیده به پشت سیاهرگ های بزرگ داخل شکم مادر بوسیله جنین تحت فشار بوده و از بازگشت خون به قلب جلوگیری می شود. بنابراین فشار خون واقعی مشخص نمی گردد.

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

اندازه گیری دمای بدن: درجه حرارت بدن مادر باردار را باید از راه دهان اندازه گیری کرد. دمای طبیعی بدن ۳۷ درجه سانتی گراد است، چنانچه دمای بدن وی به میزان ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر برسد، مادر تب دارد.

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

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

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

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



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

مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلو بدن جنین است.



مانور سوم: در این مانور معاینه کننده به همان شکل مانور اول و دوم در کنار مادر ایستاده و با کمک انگشت شست و چهار انگشت دیگر دست مطابق شکل زیر، قسمت تحتانی شکم مادر را درست در بالای سمفیز پوبیس می گیرد.

حال چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود. بدین ترتیب با انجام این سه مانور سر، ته، پشت و اندام های جنین مشخص شده است.



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



شنیدن صدای قلب جنین: تقریباً از هفته بیستم بارداری به بعد صدای ضربان قلب جنین با دستگاهی به نام گوشی مامائی (وسیله شیپور مانندی که بر روی شکم مادر در محل مناسب قرار می گیرد) شنیده می شود. برای شنیدن صدای قلب جنین در هر بار مراقبت در نیمه دوم بارداری باید ابتدا با انجام مانورهای لئوپولد و لمس شکم، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را روی شکم مادر مشخص کرد، سپس به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب جنین را شمرد. برای شنیدن صدای ضربان قلب جنین باید گوشی مامائی در قسمت پشت جنین و حدود ناف مادر قرار داده شود. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

بررسی وضعیت حرکت جنین: به طور معمول از حدود هفته ۱۶ بارداری در زنان چندزا و از حدود هفته ۱۸ بارداری در زنان شکم اول، اولین حرکت جنین احساس می شود. بهتر است مادر تاریخ احساس اولین حرکت جنین خود را یادداشت کند. این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری مادر کمک کننده باشد.

وجود حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد، بنابراین لازم است در این زمان از مادر در مورد احساس حرکت جنین سوال شود، در صورتی که مادر می گوید که جنین حرکتی ندارد، باید قبل از تصمیم گیری برای ارجاع، مادر یک لیوان شربت قند نوشیده و به پهلو چپ بخوابد. سپس به مدت ۲ ساعت، حرکات جنین را بشمارد. تعداد ۱۰ بار حرکت در ۲ ساعت طبیعی است. در صورتی که تعداد به ۱۰ حرکت در مدت ۲ ساعت نرسد و صدای قلب جنین نیز شنیده نشود مادر باید ارجاع فوری شود اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، نیاز به نگرانی داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیست.

معاینه اندام ها و صورت: یکی از اقدامات مهم در هر بار ملاقات بارداری معاینه صورت، دست و پاهای زن باردار از نظر وجود ورم می باشد. پاهای زن حامله را باید بخوبی و با دقت بررسی کرد و پوست آن را مورد توجه قرار داد. لازم به توضیح است که در اکثر زنان باردار ورم مختصری در اطراف قوزک پا مشاهده می شود که طبیعی است ولی اگر ورم زیاد شود، معمولاً پوست باد کرده به نظر می رسد و گاهی رنگ پریده تر و براق تر و سفت تر از حالت طبیعی است. اگر با انگشت سبابه روی استخوان ساق یا فشار وارد شود، در برخی موارد جای انگشت باقی می ماند. همچنین در این افراد اغلب جای فشار لباس ها مثل بند جوراب یا کمر بند، یا جای حلقه انگشت بر روی پوست باقی می ماند. در

مراحل پیشرفته تر، ورم در صورت نیز مشاهده می شود در صورت بروز ورم در دست و صورت باید مادر باردار جهت کنترل فشارخون تحت نظر قرار گیرد و برای بررسی پره اکلامپسی به پزشک ارجاع داده شود.

معاینه دهان و دندان: مادران باردار در این دوران به دلیل تغییرات هورمونی و وجود جنین، به مراقبت های خاصی نیاز دارند. مراقبت های دندانپزشکی به دو گروه کنترل پوسیدگی و کنترل بیماری های لثه تقسیم می شوند.

هنوز هم افراد زیادی هستند که اعتقاد دارند که بارداری سبب از دست رفتن دندان ها می شود. یک دندان به ازای تولد هر کودک و یا این که معتقدند که جهت تامین نیاز های جنین، کلسیم مورد نیاز توسط دندان های مادر تامین می شود و در نتیجه دندان ها نرم می شوند. هیچ یک از این عقاید درست نیستند.

کلسیم موجود در ساختمان دندان، از آن جدا نمی شود، بلکه در دوران بارداری، شرایطی پیش می آید که احتمال ابتلا به پوسیدگی و بیماری لثه افزایش می یابد.

پوسیدگی دندان، با تخریب ساختمان دندان به علت وجود میکروب های پوسیدگی زای دهان ایجاد می شود که علائم آن عبارتند از:

*تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه

*سوراخ شدن دندان

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

*حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان ها بر هم دیگر

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

از آنجائی که در ۱۲ هفته اول بارداری اغلب مادران مسائلی مانند تهوع و استفراغ صبحگاهی و بی میلی به غذا و ویار دارند و از طرف دیگر در این دوره از حاملگی بافت های بدن جنین در حال شکل گیری است و جنین به تحریکات

مختلف بسیار حساس و آسیب پذیر است، درمان های دندانپزشکی طولانی مدت و انتخابی (به جز موارد اورژانس) در این دوران توصیه نمی شود. ولی هفته ۱۵ تا ۲۸ بارداری، بی خطرترین دوره برای خدمات معمول دندان پزشکی است. از هفته ۲۸ به بعد نیز به دلیل افزایش وزن جنین و بزرگی شکم، زن باردار نمی تواند مدت طولانی در حالت خوابیده به پشت روی صندلی دندانپزشکی قرار گیرد. بنابراین فقط درمان های کوتاه مدت و اورژانس را می توان انجام داد. در موارد اورژانس در هر مرحله از حاملگی باید مادر سریعاً به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شود.

ایمن سازی: در دوران بارداری تزریق هر نوع واکسن ویروسی زنده مانند سرخجه ممنوع است. واکسن توام (دیفتری کزاز) واکسنی است که در بارداری تزریق آن مجاز می باشد، این واکسن باعث مصون سازی مادر و نوزاد بر علیه بیماری کزاز و دیفتری و جلوگیری از ابتلاء نوزاد به کزاز می شود. بدین منظور خانم باردار باید در هر زمانی از شروع بارداری طبق دستور عمل کشوری واکسینه شود. چنانچه طبق جدول ایمن سازی زنان سنین باروری در دستور عمل کشوری، واکسیناسیون مادر کامل است، نیازی به تزریق واکسن نمی باشد. بهترین زمان برای تزریق واکسن توام در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد تا هفته ۳۶ بارداری است اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تاخیر افتاد بهتر است تزریق واکسن حد اقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی واکسن توام و سرم کزاز با توجه به سابقه واکسیناسیون مادر توسط پزشک یا ماما تزریق می شود.

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

مخصوصاً به نام "رگام" به مادران در طول ۷۲ ساعت اول پس از زایمان و تولد نوزاد است. ضمناً برای تشخیص حساسیت مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت در ملاقات اول و سوم بارداری انجام آزمایش کومبس غیر مستقیم توسط پزشک یا کارشناس مامایی درخواست می شود، در صورت پاسخ منفی آزمایش های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی مادر) در هفته ۲۸ تا ۳۴ تزریق آمپول رگام توصیه می شود.

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

سونوگرافی: سونوگرافی دستگاهی است برای بررسی وضعیت جنین، اطمینان از سلامت وی و تعیین سن دقیق بارداری،

-در هفته ۱۱ تا ۱۳ منظور غربالگری ناهنجاری جنین

- سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ به منظور بررسی تعداد و وضعیت جنین، محل جفت و آنومالی جنین

- پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم در هفته ۱۵ تا ۱۷

- سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و وجود ناهنجاری ها، دفعات بیشتر سونوگرافی در صورت نیاز و براساس نظر پزشک یا ماما انجام می شود.

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

آزمایش های دوران بارداری: شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN کراتینین ، TSH)در صورت نیاز)، HIV، VDRL، در ملاقات سوم OGTT

HBsAg- (در صورت نیاز)، ودر صورت نیاز آزمایش کومبس غیر مستقیم در هفته ۲۴ تا ۳۰

میزان طبیعی هموگلوبین (HB) در دوران بارداری:

	مقدار HB
۱۱ به بالا	طبیعی
بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱	آنمی خفیف
۱۰-۷ گرم درصد	آنمی متوسط
کمتر از ۷ گرم درصد	آنمی شدید

(در سه ماهه دوم بارداری، هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵، آنمی محسوب می شود).

برای تمامی خانم های بارداری بایست در اولین ویزیت آزمون قند خون ناشتا در خواست گردد. نتایج به

شرح زیر است:

	مقدار قند خون ناشتا
کمتر از ۱۰۰	طبیعی
۱۰۰ تا ۱۲۶	پره دیابتیک
بیشتر از ۱۲۶	دیابتیک

(میزان طبیعی هر آزمایش ممکن است بر اساس کیت هر آزمایشگاه متفاوت باشد)

در فرد پره دیابتیک رژیم غذایی و ورزش توصیه می شود.

آموزش های بهداشتی دوران بارداری:

- رژیم غذایی

- خواب و استراحت

- ورزش

- کار و تفریح

- مسافرت

-استحمام

-پوشاک

-اجابت مزاج {پیشگیری از بواسیر (هموروئید)}

-فعالیت جنسی

-مراقبت از پوست پستان و شکم

-مراقبت از دندانها

-اعتیاد ، مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، اشعه X

-واکسیناسیون

-ایمونیزاسیون

بهداشت فردی: اغلب زنان باردار حداقل به ۸ ساعت خواب شبانه و همچنین به استراحت بعد از ظهر احتیاج دارند. فعالیت در دوران حاملگی زیان آور نیست، اما باید از انجام کارهای سنگین و جا به جا کردن وسایل سنگین خودداری کرد. وضعیت روحی و روانی مادر در دوران بارداری به طور مستقیم بر روی سلامت جنین تأثیر می گذارد، ورزش های سبک در دوران بارداری برای مادر و جنین مفید است.

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

تعادل بدن را برهم می زند و احتمال لیز خوردن و افتادن را بیشتر می کند. ضمناً در این زمان استحمام در حوض ،
خزینه و نظایر آن توصیه نمی شود.

ورزش: به طور کلی لازم نیست زن حامله تمرینات ورزشی خود را محدود کند به شرطی که خود را خسته نکند.
بنابراین باید از انجام ورزش های سنگین که خطر افتادن، زمین خوردن و ضربه دیدن دارد پرهیز شود، پیاده روی
سریع اشکالی ندارد.

استحمام: دوش گرفتن در طول حاملگی مشکلی ایجاد نمی کند البته بهتر است از حمام داغ پرهیز کنند. معمولا
خانم های حامله بیشتر عرق می کنند و ترشحات واژینال بیشتری دارند بنابراین حمام روزانه نه تنها آرام بخش
است، بلکه از عفونت های مختلف نیز جلوگیری می کند.

از حمام کردن در وان یا حمام های لغزنده و پوشیدن دمپایی های ابری در حمام خودداری شود زیرا احتمال بهم
خوردن تعادل و لغزیدن زیاد است.

لباس: لباس دوره بارداری باید آزاد و راحت باشد، باید از پوشیدن جوراب های تنگ و کشدار و استفاده از کمربند
تنگ خودداری کرد. بهتر است در این دوران خانم باردار از کفش های پاشنه کوتاه استفاده کند .

مسافرت: معمولا در دوران بارداری، مسافرت های طولانی توصیه نمی شود. قبل از سفر باید با پزشک مشورت کرد.

سفرهای هوایی: پس از ۸ ماهگی قبل از سفر باید با پزشک مشورت کرد.

حد اقل هر ۲ ساعت یک بار باید راه برود.

خانم هایی که سابقه سقط یا زایمان زودرس دارند، باید از مسافرت در ماه های اول و آخر بارداری خودداری کنند.

شغل و کار: اکثر افراد می توانند به کار خود ادامه دهند.

اجتناب از مشاغل با فشار فیزیکی شدید(بخصوص بلند کردن مکرر اجسام و ایستادن طولانی برای بیش از ۵ ساعت)، تروما به خصوص به شکم و خطر سقوط و افتادن

استراحت کافی(دوره های استراحت) در یک روز کاری مهم است.

سیگار و الکل: مادرانی که در طول بارداری سیگار می کشند در مقایسه با غیرسیگاری ها، افزایش وزن کمتری داشته و نوزادان کوچکتری به دنیا می آورند. مصرف سیگار و مواد مخدر برای جنین مضر است و خانم های باردار باید به طور کامل از کشیدن سیگار پرهیز کنند.

نیکوتین: نارسایی جفت و انقباض عروق رحم، مصرف الکل توسط خانم باردار در جنین ایجاد ناهنجاری می کند. زایمان زودرس در خانم هایی که الکل مصرف می کنند بیشتر مشاهده می شود.

خانم های باردار باید قبل از مصرف هر نوع دارو با پزشک مشورت کنند زیرا برخی از داروها بر روی سیر طبیعی حاملگی و رشد جنین تأثیر می گذارند.

آشنایی با آموزش روان: پدر و مادر شدن از مراحل مهم زندگی است. در دوران بارداری، خلق و خو، روحیات، روابط خانوادگی و مسئولیت های پدر و مادر تغییر می کند و نحوه سازگاری آنها متفاوت است. زمانی که نوزاد متولد می شود احساس واقعی «والدین شدن» در پدر و مادر ایجاد می شود.

آمادگی برای مادر شدن، آمادگی برای پدر شدن، آمادگی سایر اعضای خانواده

زوجین باید بدانند که این واکنش های روانی طبیعی است و به تدریج برطرف می شود.

همچنین ممکن است این تغییرات در بارداری اول و بارداریهای بعدی متفاوت باشد.

بهداشت روانی حاملگی: در آغاز حاملگی فرد نگرانی هایی در ارتباط با پذیرش باروری، سلامت جسمی، از دست دادن تناسب اندام و تغییر در نقش های خانوادگی و اجتماعی دارد که باعث بروز اضطراب می گردد.

ترس از درد زایمان، ترس از مرگ، ترس از پیامدهای اقتصادی آبستنی، ترس از بی کفایی در اجرای وظایف مادری، بیزاری حاصل از دست دادن استقلال و جذابیت، بیزاری از نوزاد آینده به عنوان رقیب در عشق عاطفه شوهر نیز از عوامل اضطراب زای این دوره است.

با پیشرفت حاملگی و احساس هیجان آور و لذت بخش حرکات جنین توسط مادر (ماه چهارم)، غالباً این احساسات باعث خشنودی می گردد.

آشنایی با آموزش جنسی: یک خانم باردار سالم می تواند روابط جنسی خود را ادامه دهد فقط در مواردی که خطر سقط، زایمان زودرس و پارگی کیسه آب وجود دارد بهتر است از مقاربت اجتناب کند.

در موارد جفت سر راهی و بعد از پارگی کیسه آب نباید مقاربت باشد.

البته بطور کلی توصیه می شود در ماه آخر حاملگی روابط زناشویی محدود شود.

آشنایی با آموزش دهان و دندان: تاثیر تغییرات هورمونی دوران بارداری بر پوسیدگی دندانها

توجه به بهداشت دهان و دندان در برخی از گروههای آسیب پذیر از جمله مادران باردار به دلیل حفظ سلامت آنها و جنین از اهمیت بیشتری برخوردار است، چرا که بارداری با تغییراتی در بدن از جمله دهان و دندان همراه است که این تغییرات در صورت عدم مراقبت مناسب و به موقع سبب ناراحتی دهان و دندان خواهد شد. تغییرات هورمونی و تغذیه‌ای شرایط مستعدی را برای ایجاد بیماری‌های لثه و پوسیدگی دندان در مادران باردار فراهم می‌کند.

خونریزی از لثه و یا حالت تهوع در حین مسواک زدن نباید مانع استفاده از مسواک و یا نخ دندان شود.

در صورت بروز استفراغ، دهان باید با دقت با آب شسته شده و سپس مسواک زده شود.

اهمیت تغذیه مناسب در دوران بارداری نباید فراموش شود.

نکات مهم در زمینه بهداشت دهان و دندان در زمان بارداری: به خانم ها توصیه نمایم قبل از باردار شدن با مراجعه به دندانپزشک از سلامت دندان ها و لثه ی خود مطمئن شده و در صورت وجود پوسیدگی دندان و یا التهاب لثه، سریعا برای درمان آن اقدام نمایند. کوتاهی در این امر سبب تشدید بیماری در دوران بارداری خواهد شد.

رعایت بهداشت دهان و دندان، استفاده از مسواک، نخ دندان و دهانشویه، باید به صورت منظم در طول دوران بارداری انجام شود.

معاینه دهان و دندان توسط پزشک مرکز طبق بخش ۳ معاینه :

التهاب لثه (ارجاع غیرفوری)

جرم دندان (ارجاع غیرفوری)

پوسیدگی دندان (ارجاع غیرفوری)

عفونت دندانی /آبسه (ارجاع فوری)

دهان خود را حداقل دو بار در روز با استفاده از مسواک نرم و خمیر دندان شستشو دهید .

بهترین زمان مسواک زدن صبح بعد از صبحانه و شب قبل از خواب می باشد.

استفاده از نخ دندان حداقل یکبار پس از مسواک زدن قبل از خواب ضروری است.

بهترین زمان برای درمانهای دندانپزشکی سه ماهه دوم و اوایل سه ماهه سوم است.

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

لثه، نحوه استفاده صحیح و مرتب از مسواک، نخ دندان و دهان شویه آگاه کرد. همچنین آموزش مادر در مورد مراقبت از دهان نوزاد و بهداشت دهان و دندان کودک مطابق متون آموزشی دفتر دهان و دندان ضروری است.

یکی از مهمترین و اصلی ترین نکات در این دوران، تغذیه مادر باردار می باشد، زیرا رشد و نمو کامل جنین رابطه تنگاتنگی با تغذیه مادر داشته، تامین نیاز های او با دریافت مواد مغذی مادر عجین شده، تنها راه بر آوردن نیازهای انرژی و ساختاری او به واسطه جفت است.

جنین رشد بسیار سریعی دارد و وزن او از یک گرم در ۸ هفتگی به ۳۲۰۰ گرم در هفته چهارم می رسد.

جنین برای چنین رشدی، احتیاج به انواع مواد مغذی دارد که باید از طریق تغذیه صحیح مادر تامین شود .

آموزش تغذیه و هرم غذایی: هرم غذایی نشان دهنده گروههای غذایی و موادی است که در هر گروه جای می گیرند. قرار گرفتن مواد غذایی در بالای هرم که کمترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی که افراد بزرگسال باید از این دسته از مواد غذایی کمتر مصرف کنند.

معرفی گروههای غذایی:

نان و غلات: هر واحد از این گروه برابر با ۳۰ گرم نان، یا یک کف دست بدون انگشتان، نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته

سبزی ها: هر واحد از این گروه برابر با یک لیوان سبزی خام برگ دار، نصف لیوان سبزی پخته، یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط

میوه ها: هر واحد از این گروه برابر با یک عدد میوه متوسط مثل سیب، نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، نصف لیوان میوه پخته کمپوت میوه، یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار

شیر و لبنیات: هر واحد از این گروه برابر با یک لیوان شیر یا ماست کم چرب، ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل یک

ونیم قوطی کبریت، یک چهارم لیوان کشک یا ۲ لیوان دوغ

گوشت و تخم مرغ: هر واحد از این گروه برابر با ۲ تکه (هر تکه ۳۰ گرم) گوشت خورشتی پخته، نصف ران مرغ، یک

تکه ماهی به اندازه کف دست، یا دو عدد تخم مرغ

حبوبات و مغزها: حبوبات (نخود، لوبیا، عدس، لپه و ...) و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...).

متفرقه: چربی ها (روغن مایع و جامد، دنبه، کره، خامه)، شیرینی و مواد قندی، ترشی ها، شوری ها، نوشابه های

گازدار، چای، قهوه

آشنایی با آموزش تغذیه و مکمل:

گروه های غذایی:

- گروه نان و غلات: مادران باردار و شیرده روزانه ۷ تا ۱۱ واحد از این گروه مصرف کنند.

- گروه سبزی: مادران باردار و شیرده روزانه ۳ تا ۴ واحد مصرف کنند.

- گروه میوه ها: مادران باردار و شیرده روزانه ۴ تا ۵ واحد مصرف کنند.

- گروه شیر و لبنیات: مادران باردار و شیرده روزانه ۳ تا ۴ واحد مصرف کنند.

- گروه گوشت و تخم مرغ: مادران باردار و شیرده روزانه ۱ تا ۲ واحد مصرف کنند.

- گروه حبوبات و مغزها: مادران باردار و شیرده روزانه ۱ تا ۲ واحد مصرف کنند.

در دوران بارداری نیاز به مواد غذایی بیشتر می شود ولی این نیاز در تمام مدت بارداری ثابت نیست. در سه ماهه اول

بارداری لازم نیست غذایی خیلی زیادی مصرف شود. بهترین راه برای این که در دوران بارداری و شیردهی بدانیم به

اندازه غذا میخوریم یا نه، اندازه گیری وزن و دقت به تغییر وزن بدن مان است. در صورتی که وزنگیری مناسب باشد غذای ما مناسب است، در غیر این صورت وزنگیری کم یا زیاد است غذای مصرفی ما کم یا زیاد است.

تعیین BMI تقسیم وزن بر مجذور قد بر حسب متر

افراد لاغر: ۱۲.۵ تا ۱۸ کیلوگرم

افراد طبیعی: ۱۱.۵ تا ۱۶ کیلوگرم

دارای اضافه وزن: ۷ تا ۹ کیلوگرم

افراد چاق: کمتر از ۷ کیلوگرم

واکسیناسیون: درباره انجام واکسیناسیون که الان برای شما ضروری است با پزشک صحبت کنید.

اگر زن بارداری که قبلا به سرخجه مبتلا نشده و واکسن هم نزده باشد با فرد مبتلا به سرخجه تماس پیدا کند، ویروس سرخجه از راه بینی و حلق او وارد بدنش می شود و در بدن او تکثیر می یابد. سپس ویروس از راه جفت به جنین می رسد. همچنین اگر مادر در دوران کودکی دچار سرخجه شده باشد، در زمان بارداری توصیه می شود وضعیت مادر و سلامت جنین، توسط پزشک بررسی شود.

همه زنان بارداری که بخشی از بارداری شان را در فصل آنفولانزا سپری می کنند(اواسط مهر تا اواسط فروردین) به توصیه اداره مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بهتر است، زیر نظر متخصص واکسینه شوند، تحقیقات اخیر نشان داده است که باردار بودن ریسک عوارض جانبی این واکسن را بیشتر نمی کند.

نیاز به آهن: در دوران بارداری به علت رشد جفت، جنین و افزایش حجم خون مادر و مقابله با خونریزی بعد از زایمان، نیاز به آهن افزایش می یابد. بنابراین کم خونی در زنان باردار باعث ضعف و ناتوانی بدنی، افزایش خطر مرگ و میر مادر به هنگام زایمان، افزایش خطر تولد نوزاد کم وزن، نارس و سقط جنین می شود.

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

بارداری های مکرر بخصوص با فاصله کم موجب تخلیه ذخایر آهن بدن مادر می شود حاملگی بیش از ۳ بار احتمال بروز عوارض دوران بارداری و زایمان را افزایش می دهد مصرف مکمل های غذایی: با توجه به آنچه گفته شد، مصرف مقدار کافی مواد غذایی حاوی کلسیم، آهن، پروتئین، ویتامین ث و همچنین اسید فولیک در دوران بارداری سلامت مادر و جنین را تامین می کند. ولی از آنجائی که افزایش نیاز بدن زن باردار به برخی از این مواد مانند آهن صرفاً با مصرف مواد غذایی تامین نمی شود، مصرف مکمل های غذایی شامل آهن، مولتی ویتامین و اسید فولیک در بارداری ضرورت دارد.

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

مصرف قرص اسید فولیک (در صورت در دسترس بودن یدو فولیک مصرف آن توصیه میشود) از سه ماه قبل از بارداری توصیه می شود.

توجه: مصرف یدو فولیک در بیماران پرکاری تیروئید منع مصرف دارد.

قرص یدو فولیک برای کلیه بیماران تیروئیدی که لووتیروکسین مصرف می کنند بلامانع است.

میزان ید موجود در مکمل یدو فولیک برای سایر بیماری های تیروئیدی بدون خطر است.

در افرادی که مطابق بسته خدمتی سلامت مادران نیاز به مصرف روزانه ۴ میلیگرم قرص اسید فولیک از پیش

از بارداری دارند، لازم است تا ۳ ماه اول بارداری این میزان را مصرف کنند و پس از آن با همان دوز معمول

۴۰۰ میکرو گرم) ادامه دهند.

مولتی ویتامین مینرال یا ساده: یکی دیگر از مکمل های غذائی است و توصیه می شود از شروع هفته ۱۶ بارداری

(شروع ماه چهارم) تا ۳ ماه

پس از زایمان، روزانه یک عدد مصرف شود.

در صورت موجود بودن مولتی ویتامین حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید از پایان ماه چهارم تا سه ماه پس از زایمان به کلیه مادران باردار به جز مادران بارداری که پرکاری تیروئید دارند مصرف آن توصیه می شود در ضمن در صورتیکه مولتی ویتامین مینرال حاوی ید ۱۵۰ میکرو گرم تجویز شود مکمل یدو فولیک نباید مصرف گردد.

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

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

-سوء تغذیه مادر و نداشتن تغذیه مناسب و کم بودن وزن مادر قبل از بارداری.

-وزن گیری نامناسب در بارداری.

-سابقه زایمان نوزاد کم وزن (چنانچه وزن هنگام تولد نوزادان قبلی کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد و ی ۱ در سال اول زندگی

لاغر و مبتلا به سوء تغذیه بوده باشند، این امر ممکن است ناشی از سوء تغذیه مادر باشد).

-حاملگی های مکرر بویژه با فاصله کم.

-زنان خانواده های کم درآمد.

-ابتلاء مادر به بیماری های مزمن مثل سل، بیماری های قلبی کلیوی، دیابت، فشارخون و مالاریا.

-نا آگاهی مادر از تغذیه صحیح در بارداری.

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

اکثر داروها می توانند از جفت عبور کرده و به جنین رسیده و عوارض و ناهنجاری هائی در جنین و نوزاد ایجاد کنند. نوع عارضه و یا تاثیر داروها و هر عامل خطر زای دیگر بستگی به این دارد که در کدام مرحله جنینی آن دارو یا عامل بر جنین اثر می گذارد. از آنجائی که بیشترین اثرات سوء داروها و مواد مضر در سه ماه اول حاملگی است لذا در این مدت باید از مصرف خودسرانه دارو و انجام هر نوع عکس برداری پزشکی بدون اجازه پزشک خودداری شود. اگر خانمی قبل از بارداری به علت بیماری دارو مصرف می کرده و یا در اوایل بارداری مجبور به استفاده از دارو است، باید حتماً پزشک یا ماما را از باردار بودن خود مطلع کند ناهنجاری های جنینی مثل نقص اعضا و اندام ها، تولد نوزاد کم وزن و نارس، عقب ماندگی ذهنی، مشکلات و نقایص دندانی و صورتی مانند شکاف لب و کام، بد رنگ شدن دندان های نوزاد،

مرگ و میر دوران جنینی از عوارض مصرف برخی داروها و کشیدن سیگار یا سایر عوامل زیان آور در بارداری است.

*به جز در مواردی که پزشک لازم می داند، عکسبرداری از لگن خاصره و شکم مادر باردار توصیه نمی شود.

عکسبرداری از سایر اعضا بدن مادر با قرار دادن پوشش سربی مخصوص روی شکم مادر

به منظور نرسیدن اشعه به جنین اشکالی ندارد.

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

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

کار و فعالیت: ساعت کار مادران شاغل نباید زیاد طولانی باشد (کمتر از ۸ ساعت در روز) و آنان باید بتوانند در فواصل کار خود چند دقیقه ای استراحت کنند. مشاغلی که مستلزم بلند کردن و جابج کردن اجسام سنگین و یا ایستادن به مدت طولانی، تماس با مواد سمی است، برای خانم های باردار مناسب نمی باشد.

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

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

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

فراهم کردن مقدمات زایمان: قبل از زایمان باید مادر را در مورد آنچه که لازم است قبل و بعد از زایمان انجام دهد، آماده نمود. تهیه وسایل مورد نیاز خود و نوزاد، آگاه کردن همسر و خانواده از تاریخ تقریبی زایمان و اطمینان از در دسترس بودن آنان بخصوص همسر در هنگام زایمان، آموزش مادر در مورد اهمیت زایمان طبیعی و محل مناسب زایمان از اقدامات مهم پیش از زایمان می باشد.

مشاوره تنظیم خانواده: به منظور جلوگیری از وقوع بارداری ناخواسته پس از زایمان، لازم است در دوران بارداری (ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری) مادر را از لزوم جلوگیری از بارداری آگاه نمود. آموزش مادر در این مورد در دوره بارداری تاکید می شود، زیرا ممکن است پس از زایمان مادر به علت مشکلات زایمان و مراقبت از نوزاد آمادگی و دقت کافی برای انتخاب روش مناسب جلوگیری نداشته باشد.

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

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

کلاس های آمادگی برای زایمان: بارداری و زایمان یک فرایند طبیعی است ولی با توجه به تغییرات جسمی و روانی ناشی از آن، مادر نیازمند حمایت های خاصی است. اگر مادر حمایت نشود، این تغییرات می تواند اثر نامطلوب بر روی جنین و مادر بگذارد. به همین منظور، کلاس هایی با عنوان آمادگی برای زایمان در کنار مراقبت های دوران بارداری تشکیل می شود تا مادر بتواند ذهنیت درست از درد زایمان، داشته و در زمان زایمان دردهایش را از طریق

تمرین های خاصی به طور ارادی کنترل کند، همچنین نگرانی های مادر در بارداری کاهش یابد و بتواند در مهم ترین تجربه زندگی خود نقش فعالی داشته باشد.

این کلاس ها از نیمه دوم (هفته ۲۰) بارداری شروع می شود و مطالب به طور تئوری و عملی تدریس می گردد. تمرین های عملی شامل تمرین های کششی، ماساژ، تنفسی و دیگر روش هایی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر آموزش داده می شود.

شکایات شایع دوران بارداری: تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن، تقریباً در اکثر زنان در هفته ۴ تا ۶ بارداری حالت تهوع با استفراغ یا بدون استفراغ ایجاد می شود که ممکن است چند بار در طول روز اتفاق بیفتد. این حالت معمولاً در هفته ۱۲ بارداری ادامه دارد. خوردن تکه نان برشته و بیسکویت قبل از برخاستن از رختخواب، مصرف غذا در وعده های بیشتر اما با حجم کمتر در هر وعده، پرهیز از خوردن غذاهای چرب و سرخ کرده و مصرف زنجبیل توصیه می شود. در صورت داشتن استفراغ حتماً دهان با آب شستشو شود.

کمردرد و پشت درد: تحت اثر هورمون ها و رحم بزرگ شده، انحنای ستون فقرات در اواخر بارداری بیشتر شده و این مشکل را ایجاد می کند. بهتر است از خم شدن یا خوابیدن به پشت، پوشیدن کفش های پاشنه بلند، خم کردن کمر هنگام برداشتن اجسام پرهیز شود. همچنین استفاده از تشک سفت و محکم، صاف نگه داشتن عضلات پشت و گذاشتن بالش در گودی کمر در هنگام نشستن و انجام تمرین های مناسب برای تسکین درد مناسب است.

ویار حاملگی: گاهی در طول بارداری بعضی از زنان تمایل به خوردن غذاهای عجیب و غریب و یا موادی که قابل خوردن نیست، دارند و از برخی بوها یا غذاها شدیداً ناراحت می شوند. ویار غذائی شدیدترین نوع ویار در حاملگی است. خاک رس، برفک یخچال و تکه های یخ شایع ترین موادی هستند که زنان باردار مایلند از آن مصرف نمایند.

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

تکرر ادرار: در اوایل بارداری به علت تغییرات هورمونی و اواخر بارداری به علت بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روی مثانه، دفعات ادرار کردن بیشتر می شود. این علامت در صورتی که با درد و سوزش هنگام ادرار کردن همراه نباشد، طبیعی است. کم کردن مصرف مایعات قبل از خواب شبانه به بهبود این وضعیت کمک می کند. به منظور تخلیه کامل مثانه در هنگام ادرار کردن، خم شدن به طرف جلو توصیه می شود. اگر علاوه بر تکرر ادرار، سوزش و درد در هنگام ادرار کردن پیدا شود، بایستی با پزشک یا ماما مشورت شود.

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

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

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

افزایش ترشحات مهبل: ترشحات بی رنگ و بی بو، طبیعی است. رعایت نکردن نکات بهداشتی می تواند باعث تغییر رنگ و بوی ترشحات و بروز علائمی مانند خارش، سوزش و درد هنگام ادرار کردن شود که نیاز به درمان دارد. تعویض روزانه لباس زیر، شستشوی مرتب ناحیه تناسلی با آب و خشک کردن آن توصیه می شود.

گرفتگی عضلات پا: از نیمه دوم بارداری به علت بزرگی رحم و فشار روی اعصاب ، گرفتگی عضلات پاها شایع است. گرم نگه داشتن و ماساژ عضلات، باعث کم شدن گرفتگی عضلات و کاهش درد می شود.

چنانچه با این اقدامات گرفتگی عضلات رفع نشد، ممکن است علت آن، اختلال کلسیم باشد، مراقبت توسط پزشک ضروری است.

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

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

ردیف	علائم	توصیه
۱	سوزش سر دل	غذا در وعده های بیشتر و با حجم کمتر میل شود. از خوردن غذاهای نفاخ، سرخ از کرده، چرب، پرادویه، و بودار اجتناب شود. از خالی یا خیلی پرنگهداشتن معده اجتناب شود. از خم شدن یا خوابیدن به پشت اجتناب شود. تمرین های مناسب انجام دهید.
۲	نفخ شکم	از مصرف زیاد مواد غذایی نفاخ و سرخ کردنی پرهیز شود.
۳	یبوست	نان سبوس دار(سنگک)، مایعات فراوان، سبزی و میوه، روغن زیتون و آب آلو مصرف شود. تمرین های مناسب انجام شود.
۴	بواسیر	یبوست زمینه ساز بواسیر است. با استفاده از پمادهای موضعی، کمپرس گرم، مصرف سبزی و میوه برای رفع یبوست استفاده می شود. استفاده از روغن زیتون در سالاد مصرف انجیر خشک و تازه کمک کننده است.

حاملگی های در معرض خطر:

از نظر تعریف، حاملگی زمانی پرخطر محسوب می گردد که طی آن مادر، جنین یا نوزاد بیشتر از حد معمول در معرض خطر مرگ، معلولیت و یا بیماری قرار گیرند، شامل:

سقط جنین: خروج حاصل بارداری قبل از شروع هفته ۲۲ حاملگی را سقط گویند. مهم ترین علامت سقط خونریزی می باشد. چنانچه این اتفاق پس از سه ماهه اول بارداری اتفاق بیافتد آنرا سقط دیررس نامند.

دو بار یا بیشتر سقط متوالی سقط مکرر است.

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

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

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

بی توجهی به علائم فوق بسیار خطرناک بوده و منجر به مرگ مادر در اثر خونریزی داخل شکمی می شود.

EP لذا با مشاهده علائم باید مادر فوراً به بیمارستان ارجاع شود. حاملگی خارج رحم را به اختصار حروف

(EP=Ectophc Pregnancy) نشان می دهند.

جدا شدن زودرس جفت (دکولمان): جدا شدن پیش از موقع جفت از دیواره رحم را دکولمان می گویند، خونریزی توام با دل درد شدید در نیمه دوم بخصوص سه ماهه آخر بارداری، می تواند علامتی از جدا شدن زودرس جفت باشد. گاهی اوقات ممکن است مادر خونریزی داخلی کند. لذا توجه به علائم شوک ضروری است. جدا شدن زودرس جفت یکی از خطرات بسیار زیان آور دوران بارداری است. تاخیر در درمان موجب مرگ مادر، جنین و یا هر دو می شود. بنابراین باید مادر فوراً به پزشک یا ماما ارجاع شود.

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

یکی از علائم خطر در بارداری خروج هر مقدار خون از مهبل در طول بارداری است که برحسب سن بارداری به دو نیمه اول و دوم (هر کدام ۲۰ هفته) تقسیم می شود و علل مختلف دارد.

خونریزی در نیمه اول حاملگی بخصوص سه ماهه اول اغلب به علت سقط، حاملگی خارج رحم و یا بچه خوره (مول) و در نیمه دوم حاملگی بویژه سه ماهه سوم به علت جدا شدن زودتر از موعد جفت از دیواره رحم و یا پائین قرار گرفتن جفت در رحم اتفاق می افتد که همه این موارد برای مادر و جنین خطر آفرین می باشد.

پره اکلامپسی (مسمومیت حاملگی): پره اکلامپسی از مهم ترین و خطرناک ترین عوارض بارداری برای مادر و جنین است. لذا با مشاهده علائم باید آن را تشخیص داده و درمان نمود. پره اکلامپسی عبارت است از فشار خون بالا همراه با وجود پروتئین (آلبومین) در ادرار و یا فشارخون بالا همراه با ورم اندام ها (ورم دست ها و صورت یا تمام بدن)، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته) و سردرد و تاری دید. اگر این علائم همراه با تشنج باشد به آن اکلامپسی گویند. در صورت عدم درمان در بیمارستان احتمال مرگ مادر و جنین وجود دارد. برخی مواقع تنها راه درمان، ختم بارداری است.

وجود فشارخون مزمن، دیابت، چند قلوئی و حاملگی در سنین زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال از عوامل زمینه ساز پره اکلامپسی می باشند.

زایمان زودرس: تولد جنین قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری بصورت مرده ی ا زنده زایمان زود رس است زایمان شروع انقباضات رحمی و درده ای زایمانی در این زمان (قبل از هفته ۳۷) از علائم زایمان زودرس می باشد.

در زایمان زود رس به علت نارس بودن جنین، احتمال زنده ماندن نوزاد کمتر می شود. در صورت زنده ماندن، ممکن است نوزاد دچار عارضه شود.

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

مرده زائی: مرده زائی عبارت است از به دنیا آمدن جنین مرده بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری که دلایل زیادی دارد مانند وجود عفونت در مادر، بیمار بودن جنین، عدم رشد کافی و صحیح جنین و.....

حاملگی زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، حاملگی با فاصله کمتر از ۲ سال و حاملگی پنجم و بالاتر، قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر، چند قلوئی، بارداری اول نیز جزو حاملگی های پرخطر محسوب می شود.

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

این علائم عبارتند از:

*خونریزی یا لکه بینی در هر زمانی از بارداری

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

*آبریزش یا خیس شدن ناگهانی

*درد و ورم یک طرفه ساق و ران

*درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل (هر نوع احساس درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها)

*سوزش یا درد هنگام ادرار کردن

*استفراغ شدید و مداوم یا خونی

*تب و لرز

*تنگی نفس و تپش قلب

*ورم دست ها و صورت یا تمام بدن

*سردرد و تاری دید

*افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته)

*عفونت، آبسه و درد شدید دندان

شرح وظایف بهورز در مراقبت مادران باردار پر خطر:

ارائه خدمت بر اساس بسته خدمتی سلامت مادران

تهیه لیست مادران باردار پرخطر با ذکر علت و اطلاع رسانی به رابط پرخطر

ارائه مراقبت به صورت ویژه به مادران باردار پرخطر

اطلاع رسانی به پزشک خانواده در خصوص موارد پرخطر با ذکر علت

آموزش مادران بصورت فردی و گروهی و ایجاد حساسیت در مادران و خانواده آنها در موارد پرخطر

پیگیری مادران باردار پرخطر تا زمان تعیین تکلیف

ارجاع فوری و هماهنگی با اورژانس ۱۱۵ در صورت لزوم.

در صورت برخورد با حاملگی های در معرض خطر و یا مشاهده علائم خطر به چارت مراقبت های بارداری مراجعه گردد.

موارد استفاده از مهر های مراقبت ویژه در فرم های ارجاع ، دفترچه مراقبت مادر باردار و پرونده بهداشتی :

مراقبت های ویژه بارداری:

علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری ، تشنج ، شوک) - فشار خون بالا - خونریزی / لکه بینی - درد شکم - آبریزش / پارگی کیسه آب - تب - تنگی نفس / تپش قلب - مشکلات ادراری تناسلی - تهوع و استفراغ - اختلالات صدای قلب و حرکت جنین - ورم - رنگ پریدگی / زردی / آنمی - ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب - حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی - تفسیر نتایج آزمایش ها و سونو گرافی در بارداری - بیماری و ناهنجاری ها - اختلالات روانی / همسرآزادی - سایر موارد خطر در بارداری فعلی - سوابق بارداری و زایمان قبلی - دیابت.

تمرین:

مراقبت های دوران بارداری چه اهمیتی دارد؟

مراقبت هائی دوران بارداری شامل چه مواردی است؟

دفعات مراقبت دوران بارداری را بر حسب هفته بیان کنید؟

روش تعیین تاریخ تقریبی زایمان چیست؟

روش محاسبه نمایه توده بدنی چیست؟

روش تعیین سن تقریبی حاملگی را از طریق معاینه شکم توضیح داده و بطور عملی نشان دهید.

نحوه شنیدن صدا و شمارش ضربان قلب جنین را توضیح داده و بطور عملی نشان دهید.

مکمل های غذائی لازم در بارداری را نام برده و مدت زمان مصرف آن ها را توضیح دهید.

در دوران بارداری چه آموزش هائی را لازم می دانید؟

شکایات شایع بارداری را نام ببرید.

حاملگی های در معرض خطر را نام ببرید.

علائم خطر در بارداری را نام ببرید.

فصل پنجم

زایمان در منزل

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

علائم زایمان را توضیح دهید .

دردهای واقعی و دردهای کاذب زایمان را شرح دهید .

قرار، حالت، نمایش و وضعیت جنین را توضیح دهید .

موارد منع معاینه واژینال را نام ببرید .

وضعیت لگن را با انجام معاینه مشخص کنید .

با معاینه اولیه وضعیت زایمان مادر را تشخیص دهید .

فاز نهفته و فعال و مراحل مختلف زایمان را مشخص کنید

آمادگی های مورد نیاز برای انجام زایمان را توضیح دهید .

مراقبت های معمول زایمان را انجام دهید .

با مهارت کامل زایمان مادر را انجام دهید .

علائم خطر زایمان را بنام ببرید و اقدام مناسب در هر مورد را شرح دهید .

فوریت های زایمان را توضیح دهید .

علائم خروج جفت را توضیح دهید .

با مهارت کامل، به خروج جفت کمک کنید .

جفت را بررسی کنید .

با مهارت کامل، در موارد خونریزی پس از زایمان اقدام کنید .

مراقبت های معمول از مادر و نوزاد را در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام دهید .

موارد خطر در زمان بلافاصله پس از زایمان برای مادر و نوزاد را نام ببرید .

شرایط انجام زایمان در منزل را توضیح دهید .

آمادگی های مورد نیاز برای زایمان در منزل را توضیح دهید .

وسایل مورد نیاز برای انجام زایمان در منزل را توضیح دهید .

نکات برقراری ارتباط را شرح دهید .

احتیاطات همه جانبه را توضیح دهید .

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

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

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

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

شروع دردهای زایمانی اصطلاحاً با کلمه "لیبر" تعبیر می شود. بنابر این وقتی کلمه لیبر به کار می رود، به این معناست که مادر وارد مراحل زایمانی شده است.

پس به طور کلی سه علامت زایمان عبارت است از:

-درد های زایمان

-ترشحات چسبناک آغشته به خون (نمایش خونی)

-آبریزش یا پارگی کیسه آب

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

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

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

حالت یا شکل جنین: در هفته های آخر بارداری، جنین شکل خاصی به خود می گیرد که " حالت " نامیده می شود. در این زمان جنین توده ای تخم مرغی شکل می سازد که متناسب و منطبق با شکل حفره رحم است. جنین به طوری روی خود خم می شود که پشت او به طور مشخص حالت محدب پیدا می کند. سر کاملاً خم شده به گونه ای که

چانه تقریباً در تماس با قفسه سینه قرار می‌گیرد. ران‌ها نیز بر روی شکم و ساق‌ها در قسمت زانو خم می‌شود. بازوها به صورت متقاطع روی قفسه سینه و یا به موازات پهلوها است. بندناف در فضای بین اندام‌ها قرار می‌گیرد.

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

قرار جنین: محور طولی بدن جنین را نسبت به محور طولی بدن مادر " قرار " می‌گویند. با توجه به این تعریف، جنین می‌تواند در دو قرار " طولی " و " عرضی " در کانال زایمان باشد.

در قرار طولی، محور طولی بدن جنین با محور طولی بدن مادر موازی است. در ۹۹ درصد زایمان‌ها، قرار جنین طولی است (سر جنین در سمت پایین و ته جنین در سمت بالا قرار دارد). در قرار عرضی، محور طولی بدن جنین بر محور طولی بدن مادر عمود است (سر جنین در یک پهلو و ته جنین در پهلو دیگر قرار گرفته است).

نمایش جنین: بخشی از بدن جنین را که در مجرای زایمان جلوتر از بخش‌های دیگر قرار دارد یا نسبت به سایر قسمت‌های بدن به مجرای زایمان نزدیک‌تر است " عضو نمایش " گویند. عضو نمایش می‌تواند در معاینه مهبل تشخیص داد و در واقع نشان‌دهنده " نمایش " جنین است. بدین ترتیب اگر عضو نمایش در قرار طولی سر باشد به آن " نمایش سفالیک " گفته می‌شود و در این حالت ابتدا سر جنین از مجرای زایمان خارج می‌شود. اگر عضو نمایش در قرار طولی ته باشد به آن " نمایش بریچ " گفته می‌شود. در قرار عرضی عضو نمایش " شانه " است.

نمایش سر (سفالیک): این نمایش بر اساس ارتباط سر با بدن جنین طبقه‌بندی می‌شود. در حالت یا شکل طبیعی جنین، سر کاملاً بر روی قفسه سینه خم شده است. در این حالت عضو نمایشی که در معاینه مهبل لمس می‌شود، پس سر است که " نمایش اکسی پوت " نامیده می‌شود.

اگر سر جنین از حالت خمیدگی طبیعی خارج شود، می‌تواند نمایش‌های مختلفی را ایجاد کند. به طوری که اگر سر کاملاً به سمت پشت بدن برگردد به طوری که ملاج پس سری در تماس با پشت بدن قرار گیرد، عضو نمایش صورت

خواهد بود. برحسب میزان برگشتن سر به سمت پشت، ممکن است نمایش ابرو و پیشانی نیز ایجاد شود که معمولاً پایدار نبوده و به یکی از دو نمایش پس سر یا صورت تبدیل می شود.

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

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

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

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

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

حرکات جنین در لیبر: با توجه به ابعاد نسبتاً بزرگ سر جنین رسیده (ترم)، جنین باید برای عبور از کانال زایمانی که شکل یکنواختی ندارد در وضعیت خود تغییراتی بدهد. این تغییرات را حرکات اصلی لیبر می گویند. حرکات لیبر با عبور بزرگ ترین قطر عرضی سر جنین از دهانه ورودی لگن شروع می شود که به این حالت "آنگازمان" می گویند.

پایین آمدن یا نزول سرجنین نیز که از حرکات اصلی لیبر محسوب می شود همزمان با آنکاژمان شروع و تا مرحله پایانی زایمان که منجر به خروج جنین می شود، ادامه دارد. در مسیر حرکت جنین به سمت دهانه مهبل برای تطابق با کانال زایمانی، چرخش هایی نیز در سر بوجود می آید. آخرین چرخش سر جنین، پس از خروج سر از کانال زایمانی اتفاق می افتد. در این چرخش، سر جنین به وضعیت اولیه خود بر می گردد.

در این حالت است که شانه ها پدیدار شده و با زایمان شانه ها، سایر قسمت های بدن به سرعت خارج می شود.

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



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



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

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

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

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

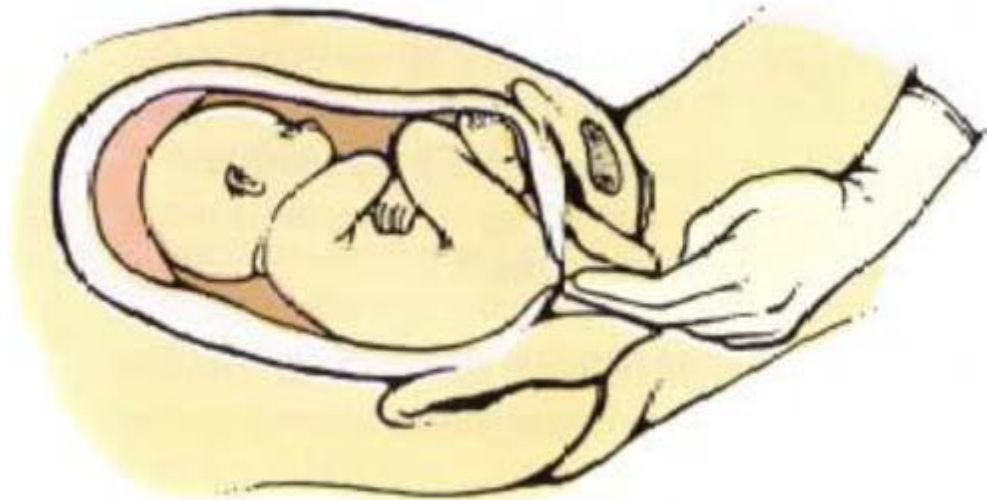
۲- معاینه مهبل (واژینال): تلاش برای تشخیص موقعیت جنین قبل از لیبر (شروع دردهای زایمانی) بی نتیجه است، زیرا نمی توان عضو نمایش را از راه دهانه رحم بسته لمس کرد. با شروع لیبر و پس از دیلاتاسیون دهانه رحم می توان با معاینه مهبل به شرح زیر اطلاعات قابل قبولی را از موقعیت جنین و وضعیت پیشرفت زایمان به دست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

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

* میزان افاسمان (نرم شدن دهانه رحم)، دیلاتاسیون (باز شدن دهانه رحم)، عضو نمایش، قرار و ایستگاه (محل قرار گرفتن سر جنین هنگام پایین آمدن در کانال زایمانی) مشخص می شود. در حالت آنکاژمان، ایستگاه سر جنین صفر است.

* اگر نمایش سر باشد، انگشتان به سمت عقب مهبل هدایت می شود و از روی سر جنین به طرف استخوان عانه با حرکتی شبیه جارو کشیده می شود. انگشتان در این مسیر می تواند ملاج ها را لمس کند. معمولا در نمایش سر، انگشتان جسم سخت و منظمی را لمس می کند.

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



در انجام معاینه مهبل باید به نکات زیر توجه شود:

* در صورت وجود خونریزی و وجود ضایعات پوستی ناحیه تناسلی (ضایعات تبخالی شکل) معاینه واژینال انجام نشود

* قبل از معاینه، مادر ادرار کند

* معاینه در خلوت انجام گیرد

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

* پوشش مادر رعایت شود

* قبل از معاینه دست‌ها شسته شده و دستکش پوشیده شود

قبل از معاینه، ناحیه تناسلی با محلول ضدعفونی ساوین شستشو داده شود

* در موارد پارگی کیسه آب، معاینه در شرایط استریل (پوشیدن دستکش استریل و شستشوی ناحیه تناسلی با ساوین) انجام گیرد

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

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

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

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

* قوس استخوان عانه گرد و پهن باشد

* خارهای ایسکیال برجسته نباشد

* بافت‌های نرم ناحیه پرینه سفت و غیر قابل کشش نباشد

* توده یا ناهنجاری در کانال زایمانی وجود نداشته باشد

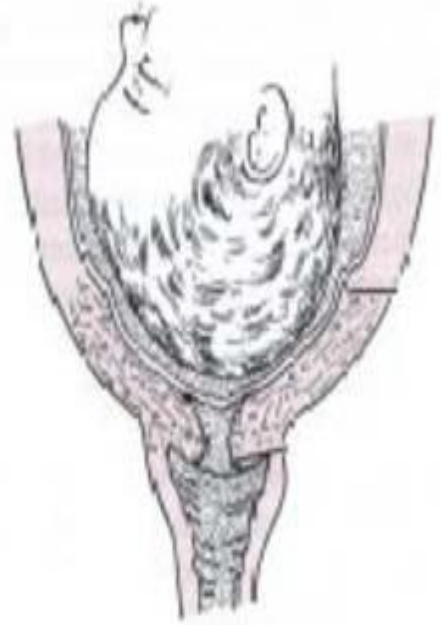
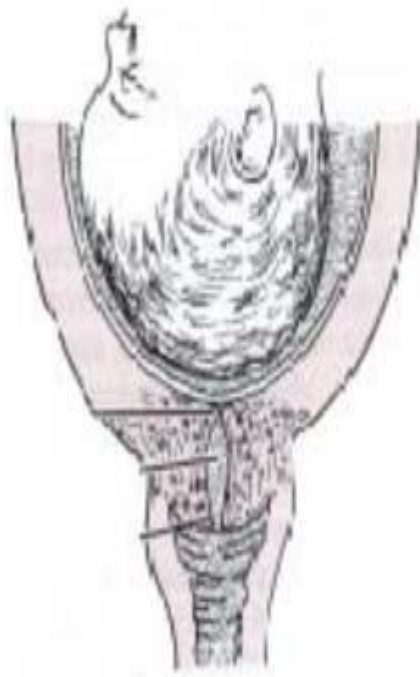
۴- شنیدن صدای قلب جنین: شنیدن صدای قلب جنین به تنهایی نمی تواند اطلاعات با ارزشی بدهد ، ولی می تواند نتیجه معاینه شکم را تقویت کند. معمولاً صدای قلب جنین از قسمت محدب (رجوع شود به مبحث حالت یا شکل جنین) که در تماس نزدیک با دیواره رحم است، منتقل می شود. بنابراین صدای قلب در نمایش سر در قسمت میانی بین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

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

مرحله اول زایمان: همانطور که در بخش آشنایی با دستگاه تناسلی زن اشاره شد، رحم از دو قسمت "جسم" و "دهانه" تشکیل شده است. جسم رحم، دو قسمت بالایی و پایینی دارد که به طور متفاوت در هنگام زایمان عمل می کند. در اثر انقباض رحم، قسمت بالایی سفت و سخت می شود و نیروی زیادی را برای پایین راندن جنین ایجاد می کند. به طور همزمان، قسمت پایینی شل و نرم و گشاد شده و یک لوله عضلانی بسیار وسیع با دیواره نازک را تشکیل می دهد که جنین می تواند از این لوله خارج شود. به طور طبیعی مرز میان این دو قسمت مانند یک حلقه در سطح داخلی رحم مشخص می شود. در مواردی که وضعیت انقباضات غیر طبیعی باشد، این حلقه برجسته تر می شود و بر حسب شدت آن ممکن است

منجر به پارگی رحم شود.

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



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

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

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

* مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد و حتی راه برود

* خوردن غذاهای جامد توصیه نمی شود ولی مادر می تواند مایعات شیرین بیاشامد

* به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می شود

زمان مورد انتظار برای این فاز ۸ ساعت است و طولانی تر شدن آن نیاز به ارجاع مادر دارد

* به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر باید توجه کرد

* صدای قلب جنین و علائم حیاتی مادر بجز درجه حرارت بدن هر یک ساعت کنترل می شود

* درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می شود

* انقباضات رحم هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه کنترل می شود

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

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

* مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد

* خوردن غذاهای جامد توصیه نمی شود ولی مادر می تواند مایعات شیرین بیاشامد

* به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می شود

* در صورت پارگی کیسه آب، معاینه مهبل در فواصل زمانی کوتاه توصیه نمی شود

به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر باید توجه شود

* علائم حیاتی مادر بجز درجه حرارت بدن هر یک ساعت کنترل می شود

* درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می شود

* انقباضات رحم هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه کنترل می شود

* صدای قلب جنین هر ۳۰ دقیقه شنیده می شود. شمارش تعداد ضربان قلب جنین باید در انتهای هر انقباض و بلافاصله پس از آن ارزیابی شود

ترس از درد زایمان، خستگی و اضطراب عوامل مهمی است که می تواند روند پیشرفت زایمان را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین باید به وضعیت روحی و روانی مادر نیز توجه کرده و در هر مرحله اطمینان او را جلب نمود.

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

به زمان خاتمه هر انقباض نیز باید توجه کرد.

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

پاره کردن مصنوعی کیسه آب (آمنیوتومی): در فاز فعال زایمانی، در صورتی که هنوز کیسه آب سالم بوده و سر جنین کاملاً در داخل لگن ثابت (فیکس) است، می توان برای تسریع زایمان کیسه آب را پاره کرد.

برای این کار ابتدا صدای قلب جنین را گوش کرده و سپس مادر در وضعیت خوابیده به پشت (وضعیت معاینه) قرار داده می شود. با رعایت شرایط استریل، دستکش استریل پوشیده و با سر سوزن بر روی قسمتی از کیسه آب که بر

روی سر جنین برجسته شده (کیسه آب بمبه) خراش کوچکی داده می شود. در این حالت کیسه آب پاره می شود. پس از پایان کار، مجدداً صدای قلب جنین شنیده می شود.

توجه:

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

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

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

مرحله دوم زایمان: این مرحله با باز شدن کامل دهانه رحم شروع می شود و با خروج کامل جنین خاتمه می یابد. پایین آمدن سر جنین در کانال زایمانی بعد از دیلاتاسیون ۷ سانتی متر باید در هر ساعت یک سانتی متر باشد. بنابراین در این مرحله سر جنین باید کاملاً مسیر کانال زایمانی را به سمت دهانه مهبل برای خروج سیر کند. هر گونه وقفه یا مانعی در این مسیر می تواند منجر به مرگ جنین شود. هوشیاری کامل مام ا در این زمان بسیار اهمیت دارد. با نزدیک شدن سر جنین به انتهای مهبل، فشار زیادی بر اعصاب این ناحیه وارد می شود، بنابراین مادر دردهای بیشتری را تجربه می کند. راهنمایی مادر برای تنفس صحیح در بین انقباضات و زور زدن (مانند اجابت مزاج) همزمان با شروع انقباضات به خروج جنین و جلوگیری از خستگی مادر کمک می کند.

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

در صورتی که آمنیوتومی نشده باشد، به طور طبیعی کیسه آب در مرحله دوم پاره می شود. در هنگام پارگی کیسه آب باید به رنگ آن از نظر وجود خون و آغشته بودن به مکونیوم (مدفوع سبز تیره نوزاد) دقت شود.

پایین آمدن سر جنین در پشت ناحیه پرینه منجر به کشیده شدن و برجسته شدن آن شده به طوری که پوست این ناحیه شفاف و براق می شود. در این زمان سر جنین از دهانه مهبل قابل دیدن است. مهم ترین کار در این مرحله، کمک به خروج سر جنین است. که با قرار دادن یک دست بر روی قسمت پایینی ناحیه پرینه و کشیدن آن به سمت عقب برای وارد کردن فشار رو به بالا (به طرف چانه جنین) و با گذاشتن دست دیگر در قسمت بالایی پرینه و حمایت سر جنین به خروج ملایم سر بدون آن که منجر به پارگی پرینه شود، کمک می کند.

با خروج سر جنین، دردهای مادر تا حد زیادی کاهش پیدا می کند. به طور طبیعی سر جنین پس از خروج، به سمت راست یا چپ به دنبال چرخشی که از ابتدا در داخل لگن مادر داشته است، چرخش پیدا می کند.

بنابراین بلافاصله پس از خروج سر و تا زمان چرخش خود به خودی، ترشحات دهان و بینی نوزاد با پوار باید تمیز شود.

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

از قلاب کردن انگشتان در زیر بغل نوزاد خودداری شود زیرا موجب آسیب به اعصاب این ناحیه و یا دررفتگی مفصل شانه می شود.

روش بریدن بندناف: پس از خروج کامل نوزاد، باید دستکش را عوض کرد و با یک پنس بند ناف در فاصله کوتاهی از بدن نوزاد (۴ تا ۵ سانتی متر) و پنس دوم نیز در فاصله کمی از پنس اول کلامپ شود. با قیچی استریل و آغشته به بتادین، بند ناف در فاصله بین دو کلامپ قطع می شود. بندناف بریده شده باید از نظر نشت خون کنترل شود و در صورتی که خون نشت می کند، کلامپ دیگری زده شود. روی بندناف نباید ماده ای گذاشته شود و آن را نباید بانداژ کرد. سپس نوزاد را باید در تماس پوست با پوست بدن مادر قرار داد و بدن و مخصوصاً سر او را به طور کامل پوشانید.

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

*مدت طبیعی برای انجام مرحله دوم زایمان ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شود

*مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت در حالت نیمه نشسته قرار گیرد

*به علائم پیشرفت زایمان و خطر توجه شود

*صدای قلب جنین هر ۱۵ دقیقه شنیده می شود

*فشارخون و نبض مادر هر ۱۵ دقیقه کنترل می شود

*در صورت خروج مدفوع از مقعد، با یک قطعه گاز تمیز و با دقت ناحیه مقعد تمیز شود، طوری که ناحیه تناسلی آلوده نگردد. در صورت نیاز، شان و دستکش تعویض شود.

*هرگز نباید برای سرعت بخشیدن به زایمان، روی شکم مادر فشار وارد کرد. این عمل موجب پارگی رحم و حتی مرگ مادر و جنین می شود.

*در صورت وجود پارگی در کانال زایمانی و خونریزی، پیش از ارجاع مادر، پدی ا گاز استریل روی پارگی گذاشته و پاها به هم نزدیک شود.

*نباید زمانی که سر جنین در کانال زایمانی قرار دارد، آن را با زور به سمت جلو و یا عقب کشید.

*پس از خروج کامل نوزاد، هرگز او را از پاهایش آویزان نکنید.

*درجه حرارت بدن نوزاد به سرعت کاهش می یابد. نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با شان یا حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. شان های خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شان های خشک و گرم و سر او را با کلاه بپوشانید. از مناسب بودن دمای اتاق (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد) مطمئن شوید.

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

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

۱- کروی شدن و سفت شدن رحم. این نشانه اولین نشانه ای است که ظاهر می شود.

۲- خروج ناگهانی خون از مهبل

۳- بالا کشیده شدن رحم در شکم. چون جفت جدا شده به داخل قسمت پایینی رحم و مهبل می افتد و حجم آن باعث می شود که رحم را به طرف بالا فشار دهد.

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

با مشاهده علائم جدا شدن جفت، همزمان با وارد کردن فشار بر جسم رحم، بند ناف کمی محکم تر نگه داشته شود. رحم با دستی که بر روی شکم قرار دارد به طرف بالا جا به جا می شود. این مانور تا زمانی که جفت به دهانه مهبل

برسد تکرار می شود. به محض خروج جفت از دهانه مهبل، فشار دادن روی رحم متوقف و جفت به آرامی به بیرون کشیده می شود. باید مراقب بود تا پرده ها پاره نشود. در صورت پاره شدن، باید آنها را با پنس کلامپ و با کشش ملایمی خارج کرد. می توان از مادر خواست که با زور زدن به پایین به خروج جفت کمک کند.

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

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

۱- در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی تزریق شود.

۲- در صورتی که خونریزی شدید نباشد، مدت زمان مورد انتظار برای خروج جفت حداکثر ۳۰ دقیقه پس از خروج نوزاد است.

۳- مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت در حالت نیمه نشسته قرار گیرد.

۴- هرگز نباید قبل از جدا شدن جفت، با کشش کنترل نشده بند ناف جفت را خارج کرد. این عمل منجر به برگشتگی یا وارونگی رحم می شود.

۵- تا قبل از خروج کامل جفت باید دقت شود که کلامپ بندناف باز نشود.

۶- جفت و پرده ها و بند ناف را باید از نظر سالم و کامل بودن معاینه کرد.

۷- میزان طبیعی خونریزی پس از زایمان حدود ۵۰۰ میلی لیتر (معادل دو لیوان) است.

۸- کانال زایمانی باید از نظر وجود پارگی بررسی شود.

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

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

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

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

خونریزی پس از زایمان: یکی از مهمترین و شایع ترین عوارض پس از زایمان، خونریزی است. خونریزی پس از زایمان عبارت است از خروج خون از کانال زایمانی به میزان بیش از ۵۰۰ میلی گرم پس از زایمان.

این عارضه عمدتاً به علت خروج ناکامل جفت (خارج نشدن کامل جفت و یا باقی ماندن تکه هایی از جفت و حتی پرده ها) ایجاد می شود. در این حالت رحم نمی تواند منقبض شود و یا به عبارتی شل است. بنابراین رعایت تمام نکاتی که برای خروج جفت اشاره شد، ضروری است. سایر عللی که می تواند منجر به خونریزی پس از زایمان شود، پارگی مجرای زایمان و اختلالات انعقادی است.

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

مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان: ساعات اولیه پس از زایمان بسیار حساس و مهم است.

خونریزی مهم‌ترین عارضه این زمان است. بررسی حال عمومی مادر و میزان خونریزی و کنترل علائم حیاتی (فشارخون، نبض، تنفس، درجه حرارت) از مراقبت‌های ضروری است زیرا در صورت بروز عوارض، می‌توان اقدام مناسب انجام داده و جان مادر را نجات داد. مراقبت‌هایی که در ۶ ساعت اول پس از زایمان ارایه می‌شود، در بخش تعاریف مراقبت‌های زایمان کتابچه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران اشاره شده است.

نکاتی که باید در این زمان در نظر گرفته شود:

۱- رحم باید از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی شود. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می‌گیرد مگر در حالتی که رحم شل بوده و یا پارگی وجود دارد.

میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می‌یابد. در صورتیکه خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

۲- پرینه از نظر وجود هماتوم (توده ای که از جمع شدن خون به وجود می‌آید) در پایان ساعت اول پس از زایمان و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر، بررسی می‌شود.

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

۴- برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مگنمیک اسید برای مصرف در هنگام درد و مکمل های غذایی شامل قرص آهن و مولتی ویتامین ساده یا مینرال تجویز شود.

۵- در مادر ارهانش منفی در صورت عدم دسترسی به پزشک یا ماما در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان ، آمپول روگام به صورت عضلانی تزریق شود.

۶- پیش از ترک منزل مادر (پس از گذشت ۶ ساعت از زایمان)، باید از طبیعی بودن وضعیت مادر و نوزاد اطمینان حاصل شود.

۷-- در صورت تمایل مادر به بستن لوله های رحمی، شرایط ارجاع او فراهم شود.

۸- پیش از ترک منزل مطمئن شوید که مادر ادرار کرده است.

۹- آموزش ها و توصیه های لازم به خصوص علائم خطر در مادر و نوزاد ارایه گردد .

مراقبت و ارزیابی نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان: با خروج سر نوزاد، باید بلافاصله صورت را خشک و دهان و بینی را با دقت با پوار تمیز کرد. پس از خروج کامل نوزاد و قبل از کلامپ کردن بند ناف ، تمیز کردن دهان و بینی نوزاد سودمند است. به محض اینکه بند ناف جدا شد، نوزاد را در صورت امکان روی شکم مادر گذاشته و سپس باید سریعاً نوزاد را خشک کرد و گرم نگه داشت. نوزاد به طور طبیعی و تقریباً بلافاصله پس از تولد، شروع به تنفس و گریه کردن می کند که نشان دهنده برقراری تنفس فعال است. اکثر نوزادان طبیعی، ظرف چند ثانیه بعد از تولد نفس می کشند.

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

جدول نمره بندی آپگار:

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

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

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

- ۱- جلوگیری از به هدر رفتن گرمای بدن و تأمین گرمای مناسب (طبق دستورالعمل مراقبت از نوزاد)
- ۲- باز کردن راه هوایی با قرار دادن سر در وضعیت مناسب (گردن نوزاد مختصری به عقب کشیده شود و حوله یا پارچه لوله شده ای زیر شانه های نوزاد قرار گیرد).
- ۳- خشک کردن و تحریک کردن، دوباره وضعیت دادن
- ۴- ارزیابی نوزاد

* اول تنفس نوزاد از نظر ناله کردن، توکشیده شدن قفسه سینه و تنفس تند ارزیابی می شود .

تنفس طبیعی معمولاً بدون ناله کردن، خودبخود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می باشد.

* دوم تعداد ضربان قلب را در دقیقه با گوش دادن به صدای قلب از راه قفسه سینه یا لمس ضربان بند ناف شمارش می شود.

* سوم رنگ پوست نوزاد ارزیابی می شود.

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

* نوزاد را روی یک سطح (پتو، ملحفه) از قبل گرم شده طوری قرار دهید که سر او کمی پایین تر از بدن قرار گیرد. باید دقیقاً مراقب درجه حرارت بدن نوزاد باشید (خطر هیپوترمی) و هم زمان با تأمین گرمای مناسب (قرار دادن نوزاد در نزدیکی یک وسیله گرماده و یا لامپ روشنایی)، به بهانه بدحالی و انجام عملیات احیاء نباید نوزاد را برهنه نگه داشت.

* ترشحات دهان و بینی نوزاد را به وسیله پوار کاملاً پاک کنید.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تنفس مصنوعی دهان به دهان را انجام دهید. این روش به دلیل امکان انتقال عفونت و عدم

کارایی در حال حاضر مورد تأیید نیست ولی در شرایط اضطرار انجام آن ضروری است.

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

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

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

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

کلیپس بندناف: بندناف به طول ۳ تا ۴ سانتی متر از سطح شکم به طور استریل کلیپس می شود. بند ناف باید از نظر نشت خون بررسی شود. هیچ ماده ای حتی الکل روی آن نباید قرار داد و از بانداژ کردن نیز خودداری شود.

تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد: بلافاصله پس از زایمان ویتامین ک ۱ را به صورت ۵ میلی گرم در نوزاد با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم و ۱ میلی گرم در نوزاد با وزن ۲ کیلوگرم و بالاتر تزریق می شود. واکسن های بدو تولد نوزاد شامل ب ث ژ، فلج اطفال و هیپاتیت طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق می شود.

شروع شیردهی: ضمن اطمینان از کنارهم بودن مادر و نوزاد، باید مادر را برای شروع اولین شیردهی به نوزاد تشویق کرد. بجز شیر مادر هیچ ماده غذایی (آب قند و حتی آب) نباید به نوزاد داده شود.

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل می شود. تنفس طبیعی و بدون ناله کردن، خودبه خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می باشد. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

ارزیابی نوزاد قبل از ترک منزل:

الف) نشانه های خطر: نشانه های خطر (وجود تب مادر و یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر، توکشیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول، درجه حرارت نوزاد بیش از ۳۶ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا کبودی، تونیسیته عضلانی غیر طبیعی، نبض غیر ۵/۳۷ و کمتر از ۵ طبیعی اندام ها، غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب نوزاد، استفراغ مکرر، توده در شکم، کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن) در نوزاد بررسی می شود.

ب) از نظر صدمات زایمانی و ناهنجاری نوزاد: نوزاد از نظر وجود ناهنجاری ه ا (شکاف کام بزرگ ، ناهنجاری بینی و شکم، خونریزی ناف، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، ابهام تناسلی، مقعد بسته ، شکل و اندازه غیر طبیعی و یا توده و تورم اعضای بدن، محل غیر طبیعی گوش ها، عروق نافی غیر طبیعی، دررفتگی مادرزادی لگن، مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم نزول دوطرفه بیضه ها، اندازه غیر طبیعی آلت) وهمچنین از نظر وجود صدمات زایمانی (تورم و خون مردگی اعضای بدن، تورم و برآمدگی سر ، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاها، شکل غیر قرینه بینی و صورت) بررسی می شود.

ج) از نظر عفونت های موضعی: علائم عفونت شدید پوست(وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر و یا تاول های بزرگ چرکی) و علائم عفونت خفیف پوست(وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد) و علائم عفونت شدید چشم(تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم) و علائم عفونت خفیف چشم(خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها) در نوزاد بررسی می شود.

د) غیر طبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد: وزن نوزاد کمتر از ۱۵۰۰ گرم و یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته نیاز به بررسی دارد.

در تمام حالات بالا، باید برای نوزاد براساس "بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا)" اقدام شود.

معاینه نوزاد توسط پزشک: نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک بر اساس "بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم" ارزیابی شود.

اهمیت زایمان طبیعی:

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

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

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

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

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

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

هدف از بازدید به شرح زیر است:

-آشنایی با افراد خانواده و توجه به روابط آنها با یکدیگر.

-بررسی وضعیت خانواده از نظر شرایط اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی.

-آموزش بهداشت متناسب با سطح فکر و درک افراد خانواده در زمینه نظافت و بهداشت محیط منزل ، نگهداری و بهداشت مواد غذایی و بهداشت فردی.

-راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز.

-آموزش نشانه های زایمان و علائم خطر به مادر و خانواده.

-یادآوری به مادر در مورد این که حداقل دو نفر از اعضای خانواده (مادر، خواهر، مادرشوهر و ...) را به عنوان کمک حین زایمان انتخاب کند. همچنین همسر وی باید آمادگی لازم را داشته باشد که در شرایط فوری بتواند وی را به بیمارستان انتقال دهد.

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

-اتاقی باید برای زایمان انتخاب شود که رو به آفتاب و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان به راحتی آن را گرم نگه داشت.

-کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز شود و با مشمع یا نایلون بزرگ در موقع زایمان پوشانده شود.

-درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود.

-اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. (بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد).

-در دسترس قرار دادن لامپ ۶۰ وات، سرپیچ و سیم رابط برای تأمین نور کافی ضروری است.

-وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود.

-وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه، بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود.

-وسایل مورد نیاز زایمان و مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود.

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

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

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

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

وسایل لازم در اتاق زایمان: همانطور که گفته شد بهتر است وسایل مورد نیاز زایمان حداقل ۴ هفته قبل از زایمان فراهم شود.

این وسایل شامل:

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

-مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک.

-وسایل مادر:

*دو دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود تا شیر دادن به نوزاد آسان باشد.

* ژاکت یا نیم تنه پشمی در فصل سرما

* حوله صورت

* جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز

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

* شانه و وسایل نظافت شخصی

وسایل نوزاد:

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

* لباس، کلاه، کهنه یا پوشک

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

-دو لگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها

-کتری یا پارچ

-سطل آشغال

-کیسه یا بطری آب گرم

-تعدادی روزنامه و یا کاغذ باطله

-پتو

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

وسایل مورد نیاز زایمان (محتویات کیف مامایی):

-گوشی مامایی

-گوشی طبی و فشارسنج

-صابون و جا صابونی، حوله دست

-برس برای شستن زیر ناخنها

گاز، پنبه استریل به مقدار مورد نیاز

-پنس کوخر حداقل ۲ عدد

-قیچی حداقل یک عدد

-کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد

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

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

-کلیپس بند ناف حداقل ۵ عدد

-پوار حداقل ۲ عدد

-درجه حرارت سنج دهانی

-درجه حرارت سنج برای اتاق

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

-نوار متری

۱۵۰× -مشمع برای زیر انداز به ابعاد ۱۵۰

۲- ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط

۸۰× - حداقل ۴ تکه شان به ابعاد ۸۰

- مواد ضد عفونی مانند بتادین و ساوین

- سرنگ و سر سوزن و آمپول اکسی توسین

- فرم ثبت مراقبت های زایمان

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

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

- با خوشرویی مادر را به اتاقی که برای زایمان آماده شده است، هدایت کنید و به او اطمینان خاطر دهید.

از یک نفر - « کمک زایمان »؛ بخواهید که به شما در آمادگی وسایل کمک کند.

- از مادر شرح حال بگیرید. (زمان شروع دردها، وضعیت دردها، خروج ترشح خونی، وضعیت کیسه آب و)

- علائم حیاتی (فشارخون، نبض، تنفس، درجه حرارت) مادر را کنترل کنید.

۲۵ درجه سانتی گراد تنظیم کنید. و وسایل مورد نیاز زایمان را در دسترس - درجه حرارت اتاق در حد ۲۸

قرار دهید.

- با نزدیک شدن زمان خروج نوزاد، دست ها را (حداکثر به مدت ۳ دقیقه) شسته و ناخن ها را برس بزنید.

- وضعیت مادر را از نظر زایمان بررسی و برحسب مرحله و فاز زایمان تصمیم گیری و مطابق دستور عمل اقدام کنید.

- به پوشش مناسب مادر توجه داشته باشید.

-مادر و همراهان وی را در مراحل زایمان راهنمایی کنید.

-در هر مرحله برای مادر توضیح دهید که چه کاری انجام می دهید.

-روند پیشرفت زایمان را به مادر و همراهان بگویید.

-در صورت وقوع علائم خطر سریعاً اقدام و مادر و همراهان و همسر وی را نیز آگاه و راهنمایی کنید.

-تمام اقدامات را در فرم ثبت کنید.

-پس از زایمان، تا ۶ ساعت مادر و نوزاد را مطابق دستور عمل مراقبت و نتیجه مراقبت ها را ثبت کنید.

-همراهان مادر را در مورد نظافت اتاق و تمیز کردن لباس ها و وسایل راهنمایی کنید.

-به مادر و خانواده آموزش های لازم را ارایه دهید و یادآوری کنید که در صورت وقوع علائم خطر ، شما را

آگاه کنند.

چند توصیه برای " همراه " مادر :

* همراه باید در کنار مادر باشد و او را تنها نگذارد.

* با راهنمایی ماما (بهورز ماما/ماما روستا) پشت مادر را مالش دهد و در صورت نیاز پیشانی مادر را با دستمال خیس

بپوشاند.

* در هنگام قدم زدن یا توالیت رفتن، مادر را تنها نگذارد.

* در تغییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن مادر را تشویق و به او کمک کند.

* علائم خطر را شناسایی کند.

* مخالف نظر عامل زایمان، مادر را راهنمایی نکند.

احتیاط همه جانبه: از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید برای زایمان همیشه آماده باشید. در صورت اطلاع از وقوع زایمان، با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه کیف مامایی به منزل زائو مراجعه کنید.

نکات زیر را به خاطر بسپارید و رعایت کنید:

* در دسترس قرار دادن کیف مامایی.

* اطمینان از استریل بودن وسایل و رعایت شرایط استریل در هنگام زایمان.

* کوتاه کردن ناخن ها و شستن دست ها با آب و صابون پیش از هر اقدام.

* پوشیدن دستکش استریل و رعایت شرایط استریل در انجام زایمان.

* استفاده از گان، دستکش، ماسک، پیش بند، عینک.

* گذاشتن جفت، خون و ترشحات در ظرف های بدون نفوذ.

* دفن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی (حداقل ۱۰ متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق ۲ متری).

* جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آغشته به خون و مایعات به طور جداگانه.

* تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل.

* شستشوی و ضدعفونی کردن وسایل زایمان و اتاق زایمان (در صورت امکان و نیاز) پس از زایمان.

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

-با خوشرویی به مادر سلام کنید.

-رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید.

-با زبان ساده با مادر صحبت کنید.

-به سئوالات مادر به دقت گوش داده و پاسخ دهید.

-کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند.

-به مادر برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید.

-قبل از هر معاینه، از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید.

-حریم شخصی مادر را رعایت کنید.

-راز مادر را برملا نکنید.

-پوشش مناسب مادر در زمان زایمان را رعایت کنید.

-به مادر طی انجام معاینه یا مراحل زایمان توضیحات لازم را بدهید.

-آموزش های لازم را به مادر ارایه دهید و مطمئن شوید که وی آنها را فرا گرفته است.

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

زایمان سخت: زایمان دشوار یا سخت با پیشرفت غیرطبیعی و آرام لیبر مشخص می شود. در مواردی که بین عضو نمایش جنین و مجرای زایمان تناسب وجود ندارد، عدم پیشرفت زایمان شایع است.

چهار نوع اختلال مهم مانع پیشرفت زایمان شده و زایمان را طولانی می کند:

۱- اختلال یا ناکافی بودن نیروی رحم که از قدرت کافی برای بازکردن دهانه رحم برخوردار نیست.

در مرحله اول به طور طبیعی انقباضات رحم در باز و نرم شدن دهانه رحم تأثیر می گذارد. میزان باز شدن دهانه رحم در زنان چندزا در فاز فعال به میزان ۱ سانتی متر در ساعت است. چنانچه تغییر پیشرفت در این زمان اتفاق نیفتد، مادر باید ارجاع شود.

۲- تنگی لگن: هر گونه کاهش در اقطار لگن باعث می شود که گنجایش لگن کم شود. تنگی لگن ممکن است در قسمت ورودی لگن، قسمت میانی لگن و قسمت خروجی لگن اتفاق بیفتد. تنگی لگن میانی شایع تر است. اگر چه روش دقیقی برای اندازه گیری ابعاد لگن میانی وجود ندارد، در صورت برجسته بودن خارها و صاف و متقارن نبودن دیواره های کناری لگن باید تنگی لگن را در نظر داشت. گاهی ممکن است لگن اقطار مناسبی برای زایمان داشته باشد ولی اندازه جنین درشت بوده و روند پیشرفت زایمان را مختل می کند .

بنابراین باید به اندازه جنین نیز در هنگام زایمان توجه شود. تأخیر در نزول سر جنین باید جدی گرفته شود. در زنان چندزا معمولاً نزول سر جنین همزمان با دیلاتاسیون یا گاهی پس از دیلاتاسیون کامل صورت می گیرد. در صورت وجود انقباضات خوب، نزول سر جنین به سرعت انجام می شود.

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

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

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

عفونت: در زایمان های طول کشیده و سخت بخصوص اگر پرده ه ا پاره باشند مادر و جنین در معرض عفونت قرار می

گیرند. بهتر است در صورت پارگی طولانی مدت کیسه آب (بیش از ۱۲ ساعت) و یا عدم پیشرفت زایمان نسبت به

ارجاع مادر اقدام کرد. مهمترین علامت عفونت در مادر، تب و افزایش تعداد ضربان قلب جنین است.

زایمان سریع: زایمان سریع و شتابزده ممکن است ناشی از مقاومت کم قسمت های نرم مجرای زایمان و انقباضات

قوی و غیر طبیعی رحم باشد. در این حالت، نوزاد در مدت کمتر از ۳ ساعت خارج می شود. باید توجه داشت که خطر

پارگی رحم، خونریزی پس از زایمان و صدمه به نوزاد در این مادران بیشتر است.

جلو افتادن بندناف (پرولاپس بندناف): گاهی هنگام معاینه واژینال، کیسه آب پاره می شود. در این حالت اگر

سر جنین در لگن ثابت نباشد (عدم آنکاژمان)، ممکن است بندناف جلوتر از سر جنین خارج شود.

در صورتی که به موقع و به درستی با این عارضه برخورد نشود، منجر به مرگ نوزاد می شود.

تمرین:

-مهم ترین علائم زایمانی کدامند؟

-وضعیت، قرار و نمایش جنین را توضیح دهید.

-در انجام معاینه مهبلی به چه نکاتی باید توجه شود؟

-تعریف فاز نهفته و فعال چیست؟

-مراحل زایمانی را توضیح دهید.

-چه نکاتی را باید در مرحله دوم زایمان رعایت کرد؟

-حداکثر زمان مورد نیاز برای خروج جفت، چقدر است؟

-بررسی جفت و پرده ها را توضیح دهید.

-ماساژ رحم برای کنترل خونریزی چگونه انجام می شود؟

-زایمان های در معرض خطر کدامند؟

-چه مراقبت هایی را باید از مادر در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام داد؟

-چه مراقبت هایی را باید از نوزاد در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام داد؟

-چه احتیاطاتی را باید هنگام زایمان رعایت کرد؟

-زایمان سخت و علل آن را توضیح دهید؟

-در صورت خونریزی پس از زایمان، چه اقدامی باید انجام داد؟

۵- نمونه از زایمان های در معرض خطر را نام ببرید؟

-هدف از بازدید منزل چیست؟

-اقداماتی را که برای انجام زایمان در منزل نیاز است، فقط نام ببرید؟

-نوزادان در معرض خطر کدامند؟

فصل ششم

دوران پس از زایمان

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

تغییرات دستگاه تناسلی پس از زایمان را شرح دهید .

مشکلات پستان پس از زایمان را توضیح دهید .

معاینات مورد نیاز پس از زایمان را بدانید و بتوانید انجام دهید .

دفعات مراقبت پس از زایمان را بیان کنید .

مشکلات شایع پس از زایمان را توضیح دهید .

آموزش و توصیه های لازم دوران پس از زایمان را توضیح دهید .

علائم خطر پس از زایمان را نام ببرید .

اقدام لازم برای مادران در معرض خطر را انجام دهید .

مکمل های غذایی مورد نیاز پس از زایمان را نام ببرید و نحوه مصرف را توضیح دهید .

اندوه پس از زایمان را توضیح دهید .

شیوه های مختلف شیردهی را شرح دهید.

تعریف (دوره نفاس): معمولاً ۶ هفته پس از زایمان، دوره ای است که طی آن تغییرات ناشی از بارداری در اعضای مختلف بدن مانند رحم به تدریج به حالت قبل از بارداری برمی گردد. ممکن است این برگشت پذیری در برخی موارد مانند وزن مادر تا ماه ها به طول انجامد.

تغییرات بدن در دوران پس از زایمان:

تغییرات رحم: دو روز اول پس از زایمان، رحم شروع به کوچک شدن می کند بطوری که در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد به داخل حفره لگن بر می گردد و از روی شکم قابل لمس نیست. اندازه رحم پس از ۴ هفته تقریباً برابر اندازه زمان قبل از بارداری است. دهانه رحم نیز که در زمان زایمان به اندازه قطر سر جنین باز شده بود به تدریج جمع شده و پس از گذشت یک هفته آنقدر تنگ می شود که به سختی یک انگشت از آن عبور می کند. پارگی هایی که در دهانه رحم ایجاد می شود دائمی است و به صورت دهانه رحم چندزا باقی می ماند.

ترشحات رحم: در چند روز اول بعد از زایمان، ترشحات رحم زیاد و خونی است. بعد از ۳ یا ۴ روز ترشحات خون آلود کمتر و پس از ۱۰ روز کم رنگ تر شده و بالاخره به ترشحات سفید رنگ تبدیل می شود. معمولاً خروج ترشحات کم رنگ ۴ تا ۶ هفته طول می کشد. وجود ترشحات خونی تا دو هفته پس از زایمان و در حد خونریزی قاعدگی طبیعی است ولی در صورت ادامه آن بیش از این مدت، به علت احتمال ماندن تکه هائی از جفت در رحم، مادر باید فوراً ارجاع شود. در برخی مادران نیز ممکن است لکه بینی تا دو ماه ادامه یابد. بنابراین در صورت وجود خونریزی زیاد یا روشن، ترشحات بدبو و لکه بینی بیش از دو ماه، مادر باید ارجاع فوری داده شود.

شایان ذکر است که یکی از علل عمده مرگ مادران، خونریزی پس از زایمان است و باید به آن بسیار توجه شود.

برگشت قاعدگی: معمولاً شروع مجدد تخمک گذاری، با شروع قاعدگی مشخص می شود. ولی گاهی اوقات ممکن است مادر تا یک سال قاعده نشود، اما امکان تخمک گذاری و بارداری وی وجود دارد. اگر مادر به طور مرتب به فرزند

خود شیر دهد، معمولاً ۶ هفته و اگر به نوزاد خود شیر ندهد، ۳ هفته پس از زایمان، احتمال بارداری مجدد وجود دارد. پس استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری در این زمان به مادر توصیه شود.

تغییرات وزن: بلافاصله پس از زایمان در اثر تخلیه رحم و خروج جنین و جفت، وزن بدن حدود ۵ تا ۶ کیلو گرم کاهش می یابد. معمولاً ۶ ماه بعد از زایمان به حدود وزن قبل از بارداری بر می گردد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می دهد، امکان برگشت به وزن قبلی بیشتر است. فعالیت بدنی و نحوه تغذیه در میزان کاهش وزن پس از زایمان، موثر است.

تغییرات پستان: پستان ها در اواخر بارداری بزرگ و پر از شیر می شوند. پس از زایمان با مکیدن نوزاد ترشح شیر آغاز می شود. در ۵ روز اول، ماده ای زرد رنگ به نام آغوز که حاوی پروتئین بیشتر و مواد ایمن سازی مشابه واکسن است، از پستان ها ترشح می شود. ترشح اصلی شیر معمولاً سپس به شیر تبدیل می شود. تغذیه نوزاد با آغوز در روزهای اول پس از زایمان بسیار اهمیت دارد. میزان آغوز کم است ولی همین مقدار برای تغذیه چند روز اول کفایت می کند و مادر نباید از گرسنه ماندن نوزاد خود نگران باشد.

دیواره شکم: عضلات دیواره شکم تا ۲ هفته، نرم و شل باقی می ماند. تقریباً ۶ هفته طول می کشد تا توانایی کشش عضلات به حالت اولیه بازگردد.

وضعیت خلق و خو: در چند روز اول بعد از زایمان ممکن است مادر به دلیل فشارهای روانی ناشی - از ترس و هیجان بارداری و زایمان، ورود نوزاد و تغییرات ایجاد شده در خانواده، خستگی ناشی از کم خوابی

اواخر بارداری و نگرانی در مورد مراقبت از نوزاد، در ساعاتی از روز اندوهگین شود که به آن اندوه پس از زایمان می گویند. تغییرات خلق و خو و رفتار، طیف وسیعی دارد که شامل گریه کردن خود به خود، بی علاقه‌گی نسبت به هر فعالیت، بی خوابی یا پرخوابی، تغییرات وزن، خستگی و کاهش انرژی است. این حالات معمولاً طی هفته اول پس از زایمان مشاهده می شود و تا روز دهم بهبود می یابد. در صورتی که این علائم طولانی شود و یا علائمی مانند تمایل به خودکشی و آزار نوزاد بروز کند به آن افسردگی شدید می گویند و باید فوراً به پزشک ارجاع شود.

دفع ادرار: در مرحله دوم زایمان به علت فشار سر جنین به مثانه احتمال آسیب به مثانه، مجرای ادرار و همچنین ماندن ادرار در مثانه وجود دارد. با مشاهده و لمس قسمت زیر شکم، مثانه بصورت کیسه ای پر از مایع حس می شود که گاهی ممکن است تا نزدیک ناف نیز کشیده شود.

درد و ناراحتی ناشی از ادرار کردن در زن زائو موجب اجتناب از تخلیه مثانه می شود. باید مادر را در ساعات اولیه پس از زایمان به خالی کردن مثانه تشویق کرد، (مادر روی لگن یا توالت بنشیند و آب ولرم روی دستگاه تناسلی خارجی خود بریزد) گاهی اپی زیاتومی نیز موجب احساس درد در هنگام ادرار کردن می شود که بتدریج بهبود می یابد. در صورت عدم خروج ادرار تا ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و نیز تداوم هر نوع مشکل در ادرار کردن مانند سوزش یا درد هنگام ادرار کردن و بی اختیاری ادرار نیاز به ارجاع فوری دارد.

دفع مدفوع: عدم دفع مدفوع تا ۲ روز اول پس از زایمان به علت تخلیه احتمالی و کاهش فعالیت روده ها حین زایمان، طبیعی است.

اهمیت مراقبت پس از زایمان: تعداد زیادی از مادران به دلیل عفونت، خونریزی و فشارخون بالا پس از زایمان می میرند و یا دچار عوارضی مانند بی اختیاری ادرار، افسردگی، بواسیر، کم خونی و غیره می شوند. بنابراین ضروری است مادران پس از زایمان در زمان های تعیین شده برای اطمینان از سلامت خود و نوزادشان مراقبت شوند.

مراقبت های پس از زایمان: دفعات مراقبت پس از زایمان: حداقل ملاقات های معمول پس از زایمان ۳ بار در نظر گرفته شده که بار اول در ۳ روز اول، بار دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و بار سوم ۳۰ تا ۴۲ روز پس از زایمان است. تعداد این ملاقات ها ممکن است با توجه به وضعیت مادر و نظر پزشک یا ماما تغییر کند.

باید توجه داشت همانند مراقبت های معمول بارداری، در زمان پس از زایمان نیز ابتدا مادر از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل) بررسی و سپس در صورت نبود آن علائم مراقبت های معمول انجام شود. در برخورد با هریک از علائم خطر فوری مطابق چارت مراقبت های اول و دوم پس از زایمان در بخش دوم کتاب اقدام شود.

گرفتن شرح حال: پس از زایمان شرح مختصری از تاریخ، نوع و محل زایمان از مادر پرسیده می شود.

کنترل علائم حیاتی: مطابق مراقبت های دوران بارداری علائم حیاتی (فشارخون، نبض، درجه حرارت و تنفس) مادر در هر مراقبت اندازه گیری می شود.

در صورتی که مادر از سرگیجه شکایت دارد، فشارخون و تعداد نبض او ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری شود. اگر میزان فشارخون ماکزیمم از حالت خوابیده به نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلی متر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته حداقل ۲۰ بار افزایش یابد، مادر را ارجاع فوری شود.

تب پس از زایمان: اگر بعد از ۲۴ ساعت اول تا ۱۰ روز پس از زایمان، درجه حرارت بدن مادر به ۳۸ درجه یا بیشتر برسد به آن تب پس از زایمان گویند. در گذشته معتقد بودند که تب بعد از زایمان به علت افزایش حجم شیر و جاری شدن آن است ولی تب ناشی از احتقان شیر بیش از ۲۴ ساعت ادامه ندارد. به دلیل اهمیت عفونت، افزایش دمای بدن در هر زمان پس از زایمان تب محسوب شده و علامت خطر است. رعایت نکردن نکات بهداشتی و زایمان غیر ایمن، زایمان طول کشیده، پارگی طولانی مدت کیسه آب، معاینات داخلی مکرر در زمان زایمان، احتمال عفونت پس از زایمان را افزایش می دهد و تب نشانه اصلی عفونت است.

معاینه چشم: در هر ملاقات، رنگ ملتحمه بررسی شود. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست "رنگ پریدگی شدید" است.

معاینه دهان و دندان: پس از زایمان نیز لازم است مادر توسط دندان پزشک معاینه شود تا درمان دندان های که در بارداری به تاخیر افتاده، انجام شود و مجددا آموزش های لازم در مورد مراقبت از دهان و دندان نوزاد خود را دریافت کند. در ملاقات سوم پس از زایمان، دهان و دندان از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه معاینه می شود. در صورت وجود عفونت دندانی و آبسه و درد شدید دندان مادر در اولین فرصت ارجاع شود.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: در هر ملاقات لازم است ارتفاع رحم از روی شکم اندازه گیری شود. با توجه به تغییرات تدریجی اندازه رحم (آنچه در تغییرات رحم گفته شد) در صورتی که اندازه رحم بیشتر از اندازه های ذکر شده است علامت خطر است و نیاز به ارجاع فوری دارد. بررسی میزان خونریزی بسیار اهمیت دارد. همانطور که گفته شد اگر در ملاقات دوم تداوم خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته، ترشحات چرکی و بد بو وجود داشت مادر نیاز به ارجاع فوری دارد و در صورتی که در ملاقات سوم (روزهای ۳۰ تا ۴۲) خونریزی در حد قاعدگی بود علامت خطر است.

بررسی محل بخیه: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) بررسی شود. ناحیه برش باید بدون التهاب و کشش باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و محل برش سزارین در مدت ۷ تا ۱۰ روز پس از عمل نیاز به کشیدن بخیه توسط پزشک دارد. لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم در محل برش نیاز به ارجاع فوری دارد. ولی اگر فقط محل بر دردناک است به مادر توصیه کنید با پارچه گرم تمیزی بر روی محل درد را کمپرس کند.

معاینه اندام ها: در هر ملاقات، اندام های تحتانی از نظر وجود ورم و محل درد بررسی شود. در صورت ورم و درد یک طرفه ساق و ران، مادر باید ارجاع فوری شود.

تزریق آمپول رگام: اگر مادر ارهاس منفی و نوزاد وی ارهاس مثبت است، در صورتی که هنگام زایمان آمپول رگام دریافت نکرده است، تا ۷۲ ساعت اول پس از زایمان باید به مادر آمپول به صورت عضلانی تزریق شود.

مشاوره تنظیم خانواده: در مراقبت دوم پس از زایمان، مادر باید در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری برای زمان پس از زایمان مشاوره شود. در صورت تمایل همسر وی نیز می تواند در جلسه مشاوره حضور یابد. در مشاوره، در مورد انواع روش های پیشگیری از بارداری، چگونگی استفاده، موارد منع مصرف و مشکلات آنها و زمان مراجعات با زوجین گفتگو می شود. مشاوره این امکان را برای زوجین فراهم می کند که آگاهانه و با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و شرایط جسمی و روانی خود، یک روش مناسب را انتخاب کنند.

آموزش بهداشت پس از زایمان:

بهداشت فردی: رعایت بهداشت فردی در این زمان بسیار اهمیت دارد. ناحیه تناسلی باید از جلو به عقب شسته شده، همیشه خشک نگهداشته شود و تا زمان کاهش ترشحات، نوار بهداشتی بطور مرتب عوض شود.

استحمام روزانه و ترجیحا ایستاده برای مادر مفید است.

بهداشت روانی: همسر و اطرافیان نقش بسیار مهمی در بهبود تغییرات خلق و خو و رفتار مادر دارند. آنان باید بدانند که تغییرات روحی در مادر طبیعی و گذراست و لازم است در این مدت به مادر توجه و محبت بیشتری نمایند و او را در نگهداری فرزند حمایت کنند.

مراقبت از پستان ها: مراقبت از پستان ها نقش ارزنده ای در تداوم شیردهی دارد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می دهد. پستان ها را باید تمیز نگاه داشته، از مصرف صابون، مواد ضد عفونی کننده و یا شستشوی مکرر پستان ها خوداری کند.

اگر مادری به هر دلیلی نمی خواهد به نوزاد خود شیر دهد، برای برطرف کردن بزرگی پستان وی موارد زیر توصیه شود:

-از تحریک پستان ها اجتناب کند.

-سینه بند مناسب بپوشد. محکم بستن پستان ها ناراحتی مادر را بیشتر می کند.

-پستان را کمپرس کند. تعدادی از مادران با کمپرس سرد و برخی با کمپرس گرم راحت ترند.

-اگر دوشیدن پستان باعث آرامش مادر می شود آنها را بدوشد.

-از مسکن برای برطرف کردن درد استفاده کند. گذاشتن برگ کلم شسته شده و خنک شده می تواند درد و تورم پستان را برطرف کند.

اجتناب از مصرف خودسرانه دارو، سیگار، دخانیات: برخی از داروها اگر در زمان شیردهی مصرف شود، وارد شیر مادر شده و از این راه به نوزاد منتقل می‌گردد. بنابراین در مورد ادامه و ی مصرف دارو باید با پزشک یا ماما مشورت شود.

سیگار و دخانیات نیز بر روی نوزاد تاثیر سوء می‌گذارد. بنابراین باید از کشیدن سیگار در دوران بارداری خودداری شود.

فعالیت و استراحت: به دلیل طولانی بودن زمان زایمان، تأثیر داروهای بیهوشی، شیردهی و بیخوابی و نگهداری از نوزاد، خستگی پس از زایمان بسیار شایع است. اطرافیان مادر باید شرایطی را ایجاد کنند که مادر بتواند در روزهای اول، استراحت و خواب بیشتری داشته باشد. فراهم کردن محیط آرام و راحت و نیز کم کردن دید و بازدیدها در این روزها ضروری است. مادر می‌تواند فعالیت‌های معمول روزانه خود را بتدریج افزایش دهد.

تمرین‌های ورزشی: همانطور که در مبحث بارداری به آن اشاره شد، پس از زایمان نیز تمرین‌هایی وجود دارد که به مادر کمک می‌کند تا به خستگی و دردهای این دوران غلبه کند. برخی موارد مانند ایستادن طولانی مدت، حمل اشیاء سنگین، دویدن و پریدن نباید تا ۶ هفته بعد از زایمان انجام شود. با انجام تمرین‌های ورزشی مناسب که در کلاس‌های آمادگی برای زایمان توسط مربی آموزش داده می‌شود، می‌توان به جمع شدن سریع‌تر و بهتر عضلات شکم کمک نمود. استفاده از شکم‌بند به تنهایی برای جمع شدن عضلات شکم موثر نیست.

تغذیه: تغذیه خوب و داشتن ذخایر کافی از دوران بارداری هم تأمین‌کننده سلامت مادر و هم موثر در شیردهی است. تولید شیر نیاز به انرژی دارد و مادری که شیر می‌دهد باید انرژی بیشتری از طریق مصرف مواد غذایی مناسب دریافت کند. در دوران شیردهی غذا یا نوشیدنی خاصی توصیه نمی‌شود. میزان مصرف مواد غذایی در این دوران معادل زمان بارداری است و لازم است از تمام گروه‌های غذایی در رژیم غذایی باشد.

در دوران شیردهی:

-مواد غذایی حاوی کلسیم، پروتئین، ویتامین به میزان بیشتر مصرف کند؛

-مصرف مواد غذایی پر چرب و شیرین را کاهش دهد؛

-مایعات به میزان ۶ تا ۸ لیوان در روز بنوشد؛

-از مصرف زیاد نوشیدنی های محرک (قهوه، چای،...) خودداری کند.

مصرف مکمل های غذائی: پس از زایمان نیز همانند دوران بارداری مادر نیاز به مصرف ویتامین ها و املاح معدنی دارد. لازم است مادر تا ۳ ماه پس از زایمان روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص مولتی ویتامین و در صورت موجود بودن مکمل مولتی ویتامین همراه با ۱۵۰ میکرو گرم ید مصرف نماید.

مقاربت: به علت خطر عفونت و خونریزی، مادر نباید تا ۳ هفته مقاربت کند. پس از این مدت می تواند در صورت تمایل و راحتی خود نزدیکی کند. خانم ها اکثرا ترجیح می دهند تا ۶ هفته پس از زایمان مقاربت نداشته باشند. خستگی ناشی از نگهداری نوزاد ممکن است میل جنسی را کاهش دهد که این حالت موقتی است و بتدریج بهبود می یابد.

مشکلات شیردهی: پستان ها باید از نظر تورم و درد بررسی شود. در صورت وجود علائم آبسه یا ماستیت (مطابق آنچه در تغییرات پستان گفته شد)، مادر باید ارجاع فوری شود.

احتقان پستان: در روز سوم تا پنجم پس از زایمان، به دلیل افزایش حجم شیر، پستان ها محتقن می شود. در این حالت پستان ها حساس، متورم، گرم و سفت می شود. برخی مادران ممکن است درجانی از تب و سر درد نیز داشته باشند. بهترین راه پیشگیری از بروز این مشکل آن است که نوزاد بلافاصله بعد از تولد، تغذیه از پستان را شروع نموده و به طور مکرر به پستان گذارده شود و مادر بنا به تقاضای نوزاد و حتی شب ها از هر دو پستان به کودک خود شیر دهد.

اگر نوزاد به علت احتقان قادر به مکیدن نباشد، ابتدا باید با کمپرس آب گرم به جاری شدن شیر کمک نمود سپس مقداری از شیر را دوشید تا تورم اطراف نوک پستان کاهش یابد و شیر خوار بتواند هاله پستان را در دهان بگیرد.

تخلیه مکرر (هر ۲ ساعت یکبار) و ماساژ ملایم پستان ها، استفاده از داروهای ضد درد (با نظر پزشک) و یا قرار دادن برگ کلم پیچ شسته و خنک شده بر روی پستان ها نیز می تواند در کاهش درد و التهاب موثر باشد.

اگر احتقان پستان به سرعت درمان نشود ممکن است باعث عفونت پستان (ماستیت) شود .

ترک نوک پستان (شقاق): احساس ناراحتی خفیف نوک پستان در اوایل شیردهی طبیعی است ولی ترک خوردن، زخم شدن و سوزش شدید نوک پستان اغلب به دلیل شیوه نادرست در آغوش گرفتن نوزاد و گرفتن نوک پستان، شستشوی مکرر پستان با الکل و صابون است.

تصحیح نحوه شیردهی، گذاشتن کیسه یخ ۲ تا ۳ دقیقه قبل از مکیدن نوزاد، پاک کردن نوک پستان از بزاق نوزاد با پارچه تمیز نخی، مالیدن یک قطره از شیر بر روی نوک پستان و قرار دادن آن در هوای آزاد تا خشک شود، می تواند برای کاهش درد ناشی از ترک خوردن موثر باشد.

ماستیت: بسته شدن مجاری شیر در پستان که با تب، لرز، گرمی و درد یک طرفه پستان همراه است . یکی از مهم ترین اقدامات برای درمان ماستیت، تخلیه مکرر شیر از پستان است زیرا در اثر ماندن شیر در پستان، عفونت تشدید می شود. بهتر است تغذیه از پستان سالم شروع و بعد از اینکه شیر جاری شد از پستان مبتلا ادامه داد. در ضمن با تغییر وضعیت شیر خوار در هر نوبت شیر دادن، می توان به تخلیه تمامی مجاری شیری کمک کرد. چون مادر نیاز به مصرف آنتی بیوتیک نیز دارد بنابراین باید به پزشک ارجاع شود. آبسه پستان: علاوه بر علائم ماستیت، توده مواج و دردناک نیز در پستان لمس می شود. درمان آبسه نیز مانند ماستیت است. هر چند ممکن است برای تخلیه چرک نیاز به شکافتن آبسه باشد. تغذیه شیرخوار با شیر

مادر در موارد بروز آبسه از پستان مبتلا منعی ندارد مگر آنکه آبسه به مجرای شیر سر باز کرده باشد . در صورت بروز آبسه مادر باید سریعاً ارجاع شود.

شکایت های شایع در دوران پس از زایمان:

در این دوران ممکن است مادر از خستگی، سردرد، کمر درد و یبوست شکایت کند. در صورتی که علائم حیاتی طبیعی باشد، این موارد گذراست و به تدریج کاهش می یابد.

پس درد: گاهی درد و انقباض هایی در رحم مانند زمان قاعدگی وجود دارد که اصطلاحاً به آن پس درد می گویند. این دردها در زمانی که مادر به نوزاد شیر می دهد بیشتر می شود. معمولاً در روز سوم پس از زایمان از شدت دردها کاسته می شود.

با گرم نگهداشتن، شل کردن عضلات، تنفس عمیق و مصرف مسکن (با نظر پزشک)، می توان درد ناشی از انقباض را کاهش داد. در کسانی که اپی زیاتومی شده اند، استفاده از کیسه یخ بر روی محل بخیه ها در چند ساعت اول پس از زایمان، حمام آب گرم در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، نشستن در لگن آب گرم، قرارگرفتن به پهلو، استفاده از بالش هنگام نشستن به کاهش درد و بهبود سریع آن کمک می کند.

یبوست: اصلاح رژیم غذایی (مصرف مایعات و مواد فیبردار)، تحرک زود هنگام، از یبوست و در نتیجه بروز بواسیر جلوگیری می کند. بهتر است مادر در صورت نبود احساس دفع، از زور زدن اجتناب کند.

علائم خطر پس از زایمان:

در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر در معاینه اول و دوم پس از زایمان، مادر باید به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری شود:

-خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول یا دفع لخته

-تب و لرز

-افسردگی شدید

-خروج ترشحات بدبو و چرکی از مهبل

-درد و ورم یکطرفه ساق و ران

-عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

-بی اختیاری ادرار و مدفوع

-احساس دفع سریع ادرار

-مدفوع خونی

-درد شکم یا پهلوها

-سوزش یا درد هنگام ادرار کردن

-آبسه پستان

-ماستیت

۱۴۰ یا بیشتر در ۴۸ ساعت اول / -فشار خون ۹۰

-بزرگی رحم

-لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه ها

-ورم و درد یک طرفه ساق و ران

-سرگیجه با افت فشارخون سیستولیک و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته

اگر در معاینه اول و دوم مادر پس از زایمان هر یک از علائم زیر مشاهده شد، مادر به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع

غیر فوری شود:

-بیماری زمینه ای

-بواسیر

-خلق افسرده

-بی علائگی یا عود بیماری روانی

-رنگ پریدگی شدید

-عفونت و درد شدید دندان

علائم خطر نوزادی:

در صورت بروز یا مشاهده هر یک از علائم زیر در نوزاد، باید سریعاً ارجاع شود:

-زردی در ۲۴ ساعت اول

-توکشیده شدن قفسه سینه

-ناله کردن

-رنگ پریدگی شدید یا کبودی اندام ها

-استفراغ مکرر شیر

-بی قراری و تحریک پذیری

-ترشحات چرکی ناف و یا قرمزی اطراف ناف

-قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک ها

-خوب شیر نخوردن

-تب یا سرد شدن اندام ها و بدن

-تحرک کمتر از حد معمول و بی حالی

-عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول و ادرار در ۲۴ ساعت اول

-وجود جوش های چرکی منتشر در پوست

موارد استفاده از مهر های مراقبت ویژه در فرم های ارجاع ،دفترچه مراقبت مادر باردارو پرونده بهداشتی :

مراقبت ویژه پس از زایمان:

علائم خطر فوری - خونریزی /لکه بینی - تب - درد - مشکلات ادراری تناسلی واجابت مزاج - اختلالات روانی - سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی - سایر موارد خطر (فشا خون بالا ، بیماری های زمینه ای) - دیابت.

تغذیه در دوران پس از زایمان و شیردهی:

تداوم تغذیه با شیرمادر مستلزم مصرف مواد مغذی و مقوی توسط مادر است. تغذیه مناسب مادر در این دوران علاوه بر تامین نیازهای تغذیه ایی نوزاد(از جمله مواد معدنی و ویتامین ها)، برای حفظ بنیه، سلامت و اعتماد به نفس مادر و نیز حفظ و نگهداری ذخایر بدن مادر ضروری است. تغذیه با شیر مادر همچنین موجب بهبود سطح ایمنی بدن شیرخوار در برابر ابتلا به انواع عفونت های حاد تنفسی، اسهال و نیز بازگشت وزن مادر به قبل از بارداری می شود.

حجم شیرمادر رابطه مستقیم با تکرر شیردهی دارد. تغذیه مکرر نوزاد با شیرمادر سبب می شود شیر بیشتری تولید شود. با شروع مصرف غذاهای کمکی و کاهش دفعات شیردهی، حجم شیرتولید شده نیز کاهش می یابد و بالطبع نیاز افزایش یافته مادر به مواد مغذی نیز تعدیل می شود.

یکی از علل کاهش تولیدشیر، خستگی مادر، خصوصا در ۴ تا ۶ ماه اول شیردهی است. مادر شیرده را باید تشویق کرد تا در طول روز به اندازه کافی استراحت کند، حجم کارهای خود را کاهش دهد و از اطرافیان خود در کارها کمک بگیرد. به خصوص حمایت همسر در این زمینه از اهمیت زیادی برخوردار است.

در هرم غذایی، سهم توصیه شده در هر گروه از مواد غذایی در دوران شیردهی مشابه دوران بارداری می باشد.

لازم است مصرف قرص فرسولفات تا ۳ ماه بعد از زایمان ادامه یابد.

مصرف برخی غذاها مانند سیر، انواع کلم، پیاز، مارچوبه و تربچه و یا غذاهای پرادویه و پرچاشنی ممکن است روی طعم شیر اثر بگذارد، تغییر ناگهانی طعم شیر سبب تمایل نداشتن شیرخوار به شیرخوردن شود. با توجه به تاثیر برخی مواد غذایی بر طعم شیر، در صورتی که شیرخوار از شیرخوردن امتناع می کند، بهتر است مادران از مصرف این مواد خودداری کنند یا مصرف آنها را محدود کنند.

کاهش وزن بعد از زایمان باید تدریجی صورت گیرد تا بر مقدار شیر مادر تاثیر نگذارد، لازم به ذکر است که شیردهی خود سبب کاهش تدریجی وزن مادر می شود.

تمرین:

-مراقبت های دوران پس از زایمان چه اهمیتی دارد؟

-تغییرات پس از زایمان را توضیح دهید.

-دفعات مراقبت های پس از زایمان را توضیح دهید.

-در هر مراقبت چه اقداماتی باید برای مادر انجام شود.

-مکمل های غذایی لازم برای مادر زایمان کرده چیست و چه مدت پس از زایمان باید مصرف شود؟

-علائم خطر در دوران پس از زایمان را نام ببرید.

-در دوران پس از زایمان چه آموزش هایی را لازم می دانید؟(نام ببرید)

منابع:

۱- ازدواج و روابط عاطفی و اجتماعی روابط زناشویی تنظیم خانواده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت

سلامت، دفتر سلامت خانواده و جمعیت اداره تنظیم خانواده، سال ۱۳۸۹

۲- سلامت مادران، مجموعه جزوات آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد مرکز

بهداشت استان، زمستان ۱۳۹۳

۳- مراقبت ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)، ویژه ماما-پزشک، وزارت بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی، سال ۱۳۹۲

۴- راهنمای جامع تغذیه مادران باردر و شیرده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت دفتر

بهبود تغذیه جامعه، ۱۳۹۲