



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

سلامت مادران



مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی
مدیریت توسعه شبکه و ارتقا سلامت
واحد آموزش بهورزی
زمستان ۱۳۹۵

مولفین:

نیره خسروی: مربی مرکز آموزش بهوزی شهرستان مشهدیک

محبوبه مفتخر: مربی مرکز آموزش بهوزی شهرستان سرخس

فاطمه فلاح: مربی مرکز آموزش بهوزی شهرستان کاشمر

ویدا هاشمیان: کارشناس واحد آموزش بهوزی مرکز بهداشت استان

شبنم امامیان: مربی مرکز آموزش بهوزی شهرستان مشهد ۲

آرزو غیرتی: مربی مرکز آموزش بهوزی شهرستان خواف

بانظارت:

دکتر حسن عبدالله زاده: کارشناس مسئول واحد آموزش بهوزی مرکز بهداشت استان

دکتر محمد حسن درخشان: مدیر گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان

مقدمه

بارداری دوران بسیار حساس و پراهمیتی است و کنترل و مراقبت منظم و آگاهی از تغییرات فیزیولوژیک این دوران برای حفظ سلامت و پیشگیری از مشکلات مادر و جنین ضروری به نظر می‌رسد. برای بسیاری از زنان، بارداری و تغییرات ناشی از آن ناشناخته و همراه با ترس و اضطراب است، اگر چه باید به مادران تأکید کرد که بارداری یک پدیده طبیعی است و بسیاری از تغییرات این دوران به منظور سازگاری بدن مادر رخ می‌دهند، ولی برای جلوگیری از بروز مشکلات، باید مادران با این دوره و تغییرات آن آشنا شوند. با توجه به جایگاه مهم مادر در حفظ و سلامتی خانواده که در نهایت منجر به سلامت جامعه می‌گردد لذا اهمیت مراقبت مادر در دوران بارداری دوچندان می‌شود. هدف از این مراقبت‌ها حفظ و بقاء سلامتی مادر و جنین و به انجام رساندن یک حاملگی سالم و بدون خطر و در نهایت انجام یک زایمان ایمن می‌باشد. همانطوریکه می‌دانیم مهمترین شاخص بهداشتی هر کشوری شاخص مرگ و میر زنان باردار می‌باشد که با پیشرفت جوامع و دسترسی اکثریت افراد به خدمات بهداشتی خوشبختانه میزان این شاخص رو به کاهش می‌باشد. زنان باردار بعنوان جزئی از جامعه نیاز به دریافت خدمات بهداشتی در حد مطلوب دارند، چرا که با وارد شدن به این مرحله دوران پرخطری را آغاز می‌کنند که می‌تواند پایان ناخوشایندی همراه با عواض خطرناک برای خود و جنین داشته بشاند. بنابراین جهت کاهش این عوارض و کمک به زنان باردار برای به سلامت به پایان رساندن این مرحله نیاز به توجه و مراقبت خاصی دارند که کارمندان بهداشتی نظام سلامت در این امر بسیار دخیل می‌باشند و بهورز، جامعه‌نگرترین دانش‌آموخته نظام سلامت است که جامع‌ترین خدمات را به روستاییان ارائه می‌دهد و بیشترین نقش را در کاهش مرگ‌ومیر مادران دارد. امروزه در تمام دنیا بهورز شاخه شده است و سازمان بهداشت جهانی (WHO) کلمه بهورز (Behvarz) را در مکاتبات و اسناد خود به کار می‌برد که این حاصل سالها تلاش و کوشش بهورزان و مربیان مرکز آموزشی است. مجموعه حاصل متناسب با شرح وظیفه بهورز در راستای اهداف تعیین شده در برنامه‌های کشوری نظام سلامت مادران است.

راهنمای کلی محتوای کتاب

متن آموزشی این کتاب در زمینه مراقبت‌های بارداری، زایمان در منزل و مراقبت‌های پس از زایمان به تفصیل و متناسب با وظایف تعیین شده برای بهورزان در ۶ فصل توضیح داده شده است. در ابتدای هر فصل اهداف آموزشی آن فصل مطرح می‌شود. هر آنچه که انتظار می‌رود بهورزان بعد از اتمام آن فصل فراگیردن در اهداف آموزشی مشخص شده است. در پایان هر فصل نیز تمریناتی مربوط به مطالب آن فصل ذکر شده است که دانش‌آموز را برای ارزیابی آموخته‌هایش یاری می‌کند. در انتهای برخی از فصلهای کتاب بعد از متن آموزشی، چارت مربوطه به همراه تعاریف آن آورده شده است. در متن درس مواردی که نیاز به توضیح اضافی دارد و یا آموختن آن از اهمیت بیشتری برخوردار است و با آن تأکید بیشتری می‌شود در داخل کادر آورده شده است. ضمناً به منظور هر چه کاربردی‌تر کردن مطالب و ادغام آن با چارت‌های مراقبت سلامت مادران برخی موارد ذکر شده در متن با علامت ❖ به این چارت‌ها ارجاع داده شده است.

۲.....	مقدمه
۳.....	راهنمای کلی محتوای کتاب

فصل اول

۹.....	آشنایی با دستگاه تولیدمثل زن
۱۰.....	دستگاه تناسلی زن
۱۰.....	حفره لگن
۱۰.....	دستگاه تناسلی خارجی
۱۱.....	دستگاه تناسلی داخلی

فصل دوم

۱۳.....	مراقبت‌های پیش از بارداری
۱۴.....	اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری

فصل سوم

۱۵.....	آبستنی (بارداری / حاملگی)
۱۶.....	عمل لقاح و لانه‌گزینی
۱۶.....	ساختمان جفت
۱۶.....	کیسه آب
۱۷.....	تعریف حاملگی
۱۷.....	تشخیص بارداری
۱۸.....	تغییرات دوران بارداری
۱۸.....	تغییرات رحم:
۱۸.....	تغییرات پستان:
۱۹.....	تغییرات پوست:
۱۹.....	تغییرات دستگاه گردش خون:
۱۹.....	تغییرات دستگاه تنفس:
۱۹.....	تغییرات دستگاه ادراری:
۲۰.....	تغییرات دستگاه گوارش:
۲۰.....	تغییرات وزن بدن:
۲۰.....	تغییرات روحی:

فصل چهارم

۲۱.....	مراقبت‌های دوران بارداری
۲۲.....	اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری
۲۲.....	ملاقات‌های بارداری
۲۳.....	مراحل مراقبت دوران بارداری
۲۳.....	مفهوم رنگ‌ها
۲۵.....	ارزیابی علائم خطر فوری
۲۷.....	تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال
۲۷.....	آزمایش‌های معمول بارداری

۲۸	معاینه فیزیکی
۲۸	تعیین تاریخ تقریبی زایمان
۲۸	تعیین سن بارداری
۲۹	معاینات و اندازه‌گیریها و بررسی‌های مورد نیاز در بارداری
۲۹	- اندازه‌گیری وزن
۳۰	- جدول وزن‌گیری:
۳۰	- اندازه‌گیری قد:
۳۱	روش‌های معمول برای تعیین نمایه توده بدنی (BMI) مادر
۳۲	وزن پیش از بارداری
۳۲	وزن‌گیری برای مادرهای باردار در تک‌قلویی
۳۵	میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار دوقلویی
۴۵	جدول ثبت میزان وزن‌گیری
۴۶	نحوه ترسیم نمودار وزن‌گیری مادر
۵۰	معیارهای وزن‌گیری نامناسب در مادران باردار
۵۳	تعیین ارتفاع رحم:
۵۳	- اندازه‌گیری علائم حیاتی (فشارخون، تنفس، نبض، درجه حرارت):
۵۴	- معاینه شکم:
۵۶	- شنیدن صدای قلب جنین:
۵۶	- بررسی وضعیت حرکت جنین:
۵۷	- معاینه اندام‌ها و صورت:
۵۷	- معاینه دهان و دندان:
۵۹	- کنترل بیماریهای لته در دوران بارداری:
۶۰	- ایمن سازی:
۶۰	- تزریق آمپول رگام:
۶۲	آموزش‌های بهداشتی دوران بارداری
۶۲	- تغذیه بارداری:
۶۳	- مصرف مکمل‌های دارویی:
۶۴	- سوء تغذیه در زنان باردار:
۶۵	- عدم مصرف خودسرانه دارو، استعمال دخانیات و عکسبرداری پزشکی (رادیوگرافی):
۶۵	- بهداشت فردی:
۶۶	- استراحت:
۶۶	- کار و فعالیت:
۶۶	- مسافرت:
۶۶	- لباس مناسب:
۶۷	- ورزش:
۶۷	- بهداشت دهان و دندان:
۶۷	- بهداشت روانی:
۶۷	- مراقبت از نوزاد:
۶۸	- فراهم کردن مقدمات زایمان:
۶۸	- مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی:
۶۸	- نقش مردان در دوران بارداری همسرانشان:
۶۸	- کلاس‌های آمادگی برای زایمان
۶۹	تعیین تاریخ مراجعه بعدی مادر
۷۰	شکایت شایع دوران بارداری

۷۰	تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن:
۷۱	کمردرد و پشت درد:
۷۲	سوزش سردل:
۷۲	پیکا یا ویار:
۷۲	ویار حاملگی:
۷۲	خستگی و خواب آلودگی:
۷۲	تکرر ادرار:
۷۳	احساس ضعف و سستی:
۷۳	یبوست:
۷۳	تنگی نفس:
۷۳	زیاد شدن ترشحات مهبل:
۷۳	ادم و گرفتگی عضلات پا:
۷۴	درد کشاله ران:
۷۴	بی خوابی:
۷۴	حاملگی پرخطر و در معرض خطر:
۷۴	- خونریزی:
۷۵	- پره اکلامپسی:
۷۵	- زایمان زودرس:
۷۶	- زایمان دیررس:
۷۶	- مرده زائی:
۷۶	علائم خطر بارداری:
۷۸	الف- مراقبت معمول بارداری:
۷۹	جدول راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع):
۸۰	الف ۱- اولین ملاقات بارداری:
۸۱	الف ۲- مراقبت‌های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری:
۸۲	الف ۳- مراقبت‌های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری:
۸۳	تعاریف مراقبت‌های بارداری (به ترتیب حروف الفبا):

فصل پنجم

۹۳	زایمان در منزل:
۹۴	آماده کردن منزل برای انجام زایمان:
۹۴	تعریف زایمان:
۹۴	دردهای واقعی و کاذب زایمان:
۹۵	حالت یا شکل جنین یا وضعیت جنین:
۹۶	ساختمان سر جنین و تغییرات شکل سر جنین:
۹۷	حرکات جنین در لیبر:
۹۷	مراحل زایمان:
۹۷	- مرحله اول زایمان:
۹۹	- مرحله دوم زایمان:
۱۰۲	- مرحله سوم زایمان:
۱۰۳	- مرحله چهارم زایمان:
۱۰۴	مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان:
۱۰۵	مراقبت و ارزیابی نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان:
۱۰۵	اهمیت زایمان طبیعی:

۱۰۶.....	بازدید منزل
۱۰۷.....	وسایل لازم در اتاق زایمان
۱۰۷.....	وسایل مورد نیاز زایمان (محتویات کیف مامایی)
۱۰۸.....	آمادگی برای زایمان در منزل
۱۰۹.....	چند توصیه برای «همراه» مادر
۱۰۹.....	زایمان‌های در معرض خطر
۱۱۱.....	ب- مراقبت‌های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل
۱۱۶.....	تعاریف مراقبت‌های زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل

فصل ششم

۱۲۳.....	دوران پس از زایمان
۱۲۴.....	تعریف دوره پس از زایمان (دوره نفاس)
۱۲۴.....	تغییرات بدن در دوران پس از زایمان
۱۲۴.....	تغییرات رحم:
۱۲۴.....	ترشحات رحم:
۱۲۴.....	برگشت قاعدگی:
۱۲۴.....	تغییرات وزن:
۱۲۴.....	تغییرات پستان:
۱۲۵.....	دیواره شکم:
۱۲۵.....	وضعیت خلق و خو:
۱۲۵.....	دفع ادرار:
۱۲۵.....	دفع مدفوع:
۱۲۶.....	اهمیت مراقبت پس از زایمان
۱۲۶.....	دفعات مراقبت‌های پس از زایمان
۱۲۶.....	گرفتن شرح حال
۱۲۶.....	معاینات پس از زایمان
۱۲۶.....	کنترل علائم حیاتی:
۱۲۷.....	معاینه چشم:
۱۲۷.....	معاینه دهان و دندان:
۱۲۷.....	معاینه پستان:
۱۲۷.....	بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی:
۱۲۷.....	بررسی محل بخیه:
۱۲۷.....	معاینه اندام‌ها:
۱۲۸.....	غریبالگری سلامت روان
۱۲۸.....	آموزش‌های بهداشتی پس از زایمان
۱۲۸.....	بهداشت فردی:
۱۲۸.....	فعالیت و استراحت:
۱۲۸.....	تمرین‌های ورزشی:
۱۲۸.....	مقاربت:
۱۲۸.....	بهداشت روان:
۱۲۸.....	مراقبت از پستان‌ها:
۱۲۹.....	عدم مصرف خودسرانه دارو، سیگار، دخانیات:
۱۲۹.....	تغذیه مادران شیرده
۱۳۰.....	توجهات تغذیه‌ای خاص در دوران شیردهی

۱۳۱	فعالیت بدنی
۱۳۲	شکایت‌های شایع در دوره پس از زایمان
۱۳۲	آزمایشات پس از زایمان
۱۳۲	علائم خطر مادر پس از زایمان
۱۳۵	پ - مراقبت‌های معمول پس از زایمان:
۱۳۶	جدول راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)
۱۳۷	ب ۱- مراقبت‌های اول و دوم پس از زایمان
۱۳۸	ب ۲- مراقبت سوم پس از زایمان
۱۳۹	تعاریف مراقبت‌های پس از زایمان

فصل اول

آشنایی با دستگاه تولیدمثل زن

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود بتوانید:

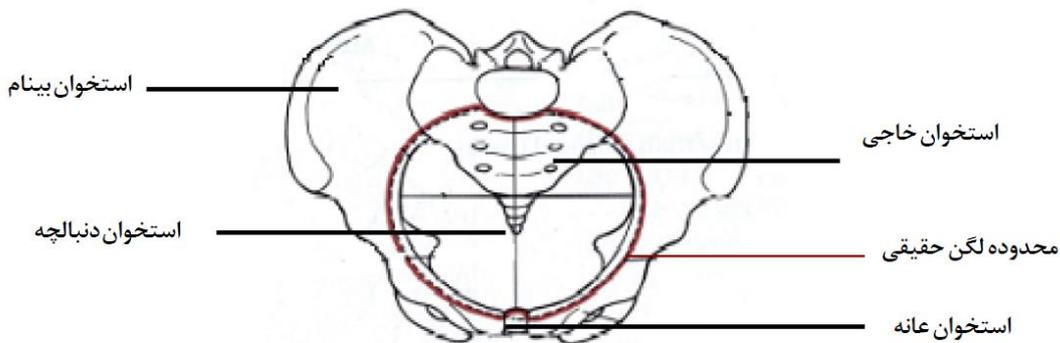
- اعضای خارجی دستگاه تناسلی را نام ببرید.
- اعضای داخلی دستگاه تناسلی را نام ببرید.
- نقش اعضای داخلی دستگاه تناسلی را در مقاربت و بارداری توضیح دهید.

دستگاه تناسلی زن

اعضاء دستگاه تناسلی زن به دو قسمت خارجی و داخلی تقسیم می‌شود. اعضاء خارجی و مهبل (واژن) در مقاربت نقش دارد و اعضاء داخلی مسئول تخمک‌گذاری، انتقال تخمک بارور شده به داخل رحم، لانه‌گزینی و در نهایت رشد و نمو جنین و تولد نوزاد می‌باشد. اعضاء دستگاه تناسلی داخلی در داخل حفره لگن قرار دارد.

حفره لگن

حفره لگن مانند یک کمر بند استخوانی در پایین حفره شکم قرار دارد. حفره استخوانی لگن در زایمان طبیعی نقش به‌سزایی دارد، بنابراین شکل و اندازه لگن از اهمیت خاصی برخوردار است. این کمر بند استخوانی از اتصال استخوان خاجی، دنبالچه و دو استخوان بینام (خاصره) تشکیل شده است. استخوان‌های 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 می‌شوند، تشکیل شده است.



لگن حقیقی در امر زایمان طبیعی نقش مهمی دارد.

دستگاه تناسلی خارجی

اعضاء خارجی دستگاه تولیدمثل را «ول یا فرج» می‌گویند که از بیرون قابل دیدن می‌باشد. این اعضاء عبارتند از:

- ۱- برجستگی عانه (مونس پوبیس): نسج پر از چربی است که در سطح قدامی سمفیز پوبیس قرار گرفته و پس از بلوغ پوست آن توسط موهای مجعد پوشیده می‌شود.
 - ۲- لب‌های بزرگ: دو چین گرد حاوی بافت چربی است که از برجستگی عانه به سمت پایین و عقب امتداد دارد و پس از بلوغ پوست آن توسط مو پوشیده می‌شود.
 - ۳- لب‌های کوچک: با کنار زدن لب‌های بزرگ دو چین خوردگی صاف قرمز رنگ مشاهده می‌شود که لب‌های کوچک است.
 - ۴- کلیتوریس: عضو کوچک، استوانه‌ای و قابل نعوظ است که در کنار انتهای فوقانی لب‌های بزرگ قرار دارد.
 - ۵- دهانه پیشابراه: در فاصله کوتاهی بالای دهانه واژن قرار دارد. معمولاً ظاهر آن چروک خورده است و به صورت یک شکاف عمودی است که تا ۴ الی ۵ میلی‌متر باز می‌شود.
 - ۶- مهبل (واژن): واژن عضوی است عضلانی لوله‌ای که رحم را به خارج ارتباط می‌دهد و بین مثانه و راست روده (رکتوم) قرار دارد. طول واژن در زنان بسیار متفاوت و به طور معمول طول آن ۸ تا ۱۰ سانتی‌متر است.
- مهبل دارای سه نقش مهم است:

- هدایت ترشحات رحم و خون قاعدگی به خارج
- عضو مقاربت و نگهداری مایع اسپرم برای نفوذ به دهانه رحم

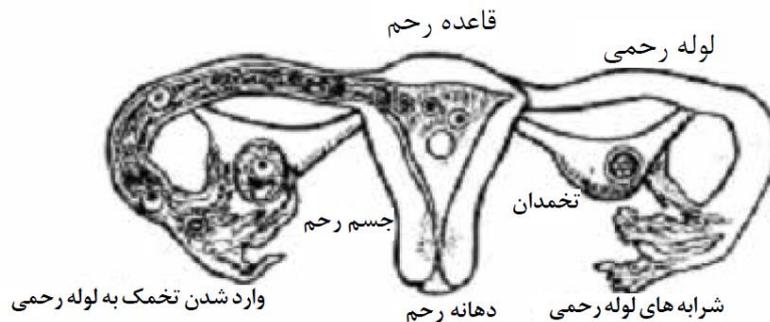
- مجرای عبور و خروج جنین در موقع زایمان

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

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

دستگاه تناسلی داخلی

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



۱- رحم: رحم یک عضو عضلانی تو خالی و گلابی شکل است که محل پذیرش، لانه‌گزینی، تغذیه، رشد و نگهداری جنین و جفت می‌باشد و در موقع زایمان انقباضات آن سبب بیرون راندن جنین از رحم می‌شود.

رحم در خانم غیرحامله در داخل حفره لگن بین مثانه در جلو و رکتوم در پشت قرار دارد. رحم از دو قسمت اصلی تشکیل شده است بزرگترین قسمت رحم به صورت سه گوش به نام جسم رحم و قسمت دیگر آن دوکی شکل یا لوله‌ای به نام دهانه رحم یا سرویکس می‌باشد که به داخل واژن باز می‌شود. قسمتی از جسم رحم که در بین لوله‌های رحم قرار دارد قله رحم «فوندوس» نامیده می‌شود. لوله‌های رحم در طرفین رحم قرار دارند. طول رحم حدوداً در خانم‌های شکم اول بین ۶ تا ۸ سانتی‌متر و در خانم‌های چندزایا بین ۹ تا ۱۰ سانتی‌متر است.

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

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

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

۳- تخمدان‌ها: تخمدان‌ها دو عضو بادامی شکل هستند که در طرفین لگن و نزدیک قسمت شیپوری لوله رحم قرار گرفته‌اند.

عمل اصلی آنها تخمک‌گذاری و ترشح هورمون‌های زنانه است. در بین خانم‌ها اندازه تخمدان‌ها بسیار متغیر است و پس از یائسگی، اندازه آنها به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد.

تمرین:

- ساختمان لگن را توضیح دهید.
- نقش مهبل را بیان نمایید.
- اعضاء دستگاه تناسلی داخلی را نام ببرید.
- نقش تخمدان‌ها را در بارداری شرح دهید.
- نقش لوله‌های رحمی را در بارداری شرح دهید.

فصل دوم

مراقبت‌های پیش‌از بارداری

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود بتوانید:

- هدف از مشاوره و ارائه مراقبت‌های پیش‌از بارداری را بیان کنید.
- مراقبت‌های قبل از بارداری را توضیح دهید.

اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری

وضعیت مادر قبل از بارداری در سالم سپری شدن بارداری وی و سلامت نوزاد تاثیر بسزائی دارد، از این رو ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری به خانمی که تصمیم دارد باردار شود، بسیار ضروری است. بدین منظور مراقبت‌های استاندارد تعریف شده که لازم است توسط ماماها و پزشکان ارائه گردد. بهورزان موظف هستند این مادران را شناسائی کرده، آنها را از اهمیت این مراقبت‌ها آگاه نموده و آنان را به پزشک و ماما معرفی نمایند (ارجاع غیرفوری). همچنین پیگیری انجام مراقبت‌ها و اقدامات مورد نیاز نیز بر عهده بهوند می‌باشد.

افراد زیر واجد شرایط دریافت مشاوره پیش از بارداری می‌باشند:

۱. تمامی خانمهایی که به قصد بارداری روش پیشگیری خود را قطع و یا می‌خواهند قطع کنند.
 ۲. تمام خانمهایی که با تست حاملگی منفی مراجعه کرده‌اند و تمایل به بارداری دارند.
 ۳. تمام خانمهایی که تاکنون از هیچ روش استفاده نکرده و برای اولین بار برای دریافت وسیله پیشگیری مراجعه و تصمیم به بارداری در آینده دارند.
- وقتی خانمی به قصد باردار شدن به پزشک یا ماما مراجعه می‌کند، برای او پرونده‌ای تشکیل شده و اقداماتی به شرح زیر انجام می‌شود:

- بررسی سابقه ابتلاء به بیماری، بررسی تاریخچه بارداری و وضعیت اجتماعی مادر؛
 - درخواست آزمایشات پیش از بارداری؛
 - معاینات بالینی؛
 - ایمنی‌سازی؛
 - انجام پاپ‌اسمیر؛
 - توصیه به مصرف مکمل بدوفولیک حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۵۰۰ میکروگرم اسیدفولیک
- پس از تکمیل فرم مراقبت پیش از بارداری توسط ماما و پزشک، مدت اعتبار این فرم یک سال می‌باشد.

تمرین:

- مراقبت‌های قبل از بارداری چه اهمیتی دارد؟
- چه کسانی واجد شرایط دریافت مشاوره پیش از بارداری هستند؟

فصل سوم

آبستنی (بارداری / حاملگی)

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود بتوانید:

- عمل لقاح و لانه‌گزینی را توضیح دهید.
- ساختمان جفت را شرح دهید.
- حاملگی را تعریف کنید.
- علائم تشخیص حاملگی را ذکر نمایید.
- برای تشخیص بارداری از چارت مربوطه استفاده نمایید.
- تغییرات بدن در دوران بارداری را توضیح دهید.

عمل لقاح و لانه‌گزینی

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

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

ساختمان جفت

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

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

پرده‌های جفت شامل:

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

کیسه آب

کیسه آب در واقع همان پرده‌های آمنیون و کورین است که در داخل آن مایع شفاف و بی‌رنگ به نام «مایع آمنیوتیک» وجود دارد و دور تا دور جنین را فراگرفته است. کیسه آب دارای اعمال زیر است:

- سبب آزادی حرکت جنین در داخل رحم می‌شود؛
- جنین را از صدمات خارجی و عفونت‌ها محافظت می‌کند؛
- مانع چسبیدن پرده‌ها بر روی جنین می‌شود؛
- جنین را در دمای ثابت نگه می‌دارد.

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

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

تعریف حاملگی

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

تشخیص بارداری

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

- علائم حدسی
- علائم احتمالی
- علائم قطعی

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

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

روش‌های آزمایشگاهی تشخیص بارداری:

- **گراویندکس** ساده‌ترین روش آزمایشگاهی است که با استفاده از نمونه ادرار مادر انجام می‌شود. این آزمایش در فاصله بیش از دو هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی ارزش دارد.
 - **بتاساب** یونیت روش دیگر آزمایشگاهی است که با استفاده از نمونه خون مادر انجام می‌شود. این آزمایش می‌تواند حتی در اولین روزهای قطع قاعدگی به تشخیص بارداری کمک کند.
- در آزمایش‌های خون و ادرار، از تغییر میزان هورمونی به نام HCG که از جفت ترشح می‌شود، برای تشخیص بارداری استفاده می‌کنند.

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

تغییرات دوران بارداری

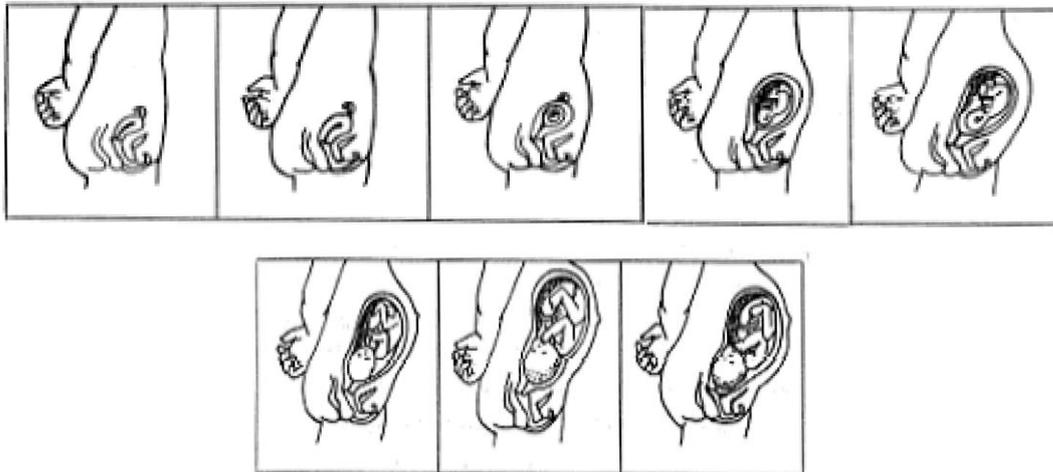
در دوران بارداری در بدن مادر، تغییراتی روی می‌دهد که به منظور سازگاری با وضعیت جدید است. این تغییرات پس از جایگزینی تخم در رحم شروع شده و در طول بارداری ادامه می‌یابد و علت آن ترشح هورمون‌ها و فشار رحم بر روی سایر اعضای بدن است که گاهی موجب ناراحتی مادر می‌شود این تغییرات طبیعی است و بسیاری از آنها،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

تغییرات رحم:

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

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

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



تغییرات پستان:

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

تغییرات پوست:

- ماسک حاملگی: در بعضی از خانم‌ها نواحی قهوه‌ای رنگ نامنظم با اندازه‌های متفاوت در روی پوست صورت و گردن ظاهر می‌شود که به آن ماسک حاملگی می‌گویند که خوشبختانه معمولاً پس از زایمان ناپدید و یا از شدت آن به طور قابل ملاحظه‌ای کم می‌شود.

- ترک‌های حاملگی: در ماه‌های آخر بارداری، خطوط نواری شکل قرمز رنگ که کمی فرو رفته است به طور شایع در پوست شکم و گاهی در پوست پستان‌ها و ران ظاهر می‌شود. این خطوط یا ترک‌های حاملگی در نیمی از خانم‌های حامله دیده می‌شود. در خانم‌های چندزا، علاوه بر خطوط قرمز رنگ حاملگی فعلی، خطوط سفید نقره‌ای که اثر خطوط حاملگی‌های قبلی است، نیز به چشم می‌خورد.

تغییرات دستگاه گردش خون:

حجم خون مادر به میزان زیادی در طی حاملگی افزایش می‌یابد. میزان افزایش خون در افراد مختلف، متفاوت است. افزایش حجم خون باعث تامین نیازهای سوخت‌وساز بدن مادر و جنین شده همچنین از اثرات مضر خونریزی‌های حین و پس از زایمان می‌کاهد. ضربان نبض در حالت استراحت به میزان ۱۰ تا ۱۵ ضربه در دقیقه در طی حاملگی طبیعی افزایش می‌یابد. جریان خون در پاها در حین حاملگی کند می‌شود که با خوابیدن به پهلو و پس از خروج نوزاد به تدریج به حالت طبیعی تر بر می‌گردد. رکود خون و افزایش فشار وریدی در اندام‌های تحتانی از اهمیت زیادی برخوردار است. این تغییرات موجب بروز ورم در پاها بخصوص در اواخر بارداری، ایجاد واریس در وریدهای پا، ولو، بواسیر (هموروئید) می‌شود.

واریس معمولاً زمینه مادرزادی دارد و با ایستادن طولانی‌مدت، حاملگی و بالا رفتن سن تشدید می‌شود و با پیشرفت حاملگی، افزایش وزن بدن و طولانی شدن زمان ایستادن مشخص تر می‌گردد با پیشرفت حاملگی به علت سنگینی رحم و فشار آن به ورید رانی و ساق پا، جریان خون مختل شده و واریس ایجاد می‌شود. در این حالت عروق پا متورم و دردناک است. درد و ناراحتی ناشی از واریس را می‌توان با استراحت و نگه داشتن پاها (ساق و ران) در سطحی بالاتر از سطح بدن، کم کرد. مادر باید دراز کشیده و پاهای خود را روی صندلی یا چند بالش قرار دهد و از ایستادن یا نشستن به مدت طولانی خودداری کند.

پوشیدن جوراب‌های مخصوص با مشورت پزشکان یا ماما نیز در این موارد توصیه می‌شود.

تغییرات دستگاه تنفس:

در حاملگی کار دستگاه تنفس بیشتر می‌شود، چون بدن نیاز بیشتری به اکسیژن دارد. در این دوران دیافراگم حدوداً ۴ سانتی‌متر بالاتر از محل اولیه خود قرار می‌گیرد و تعداد تنفس مختصری افزایش می‌یابد. در صورت تنفس دردناک، خس‌خس سینه، سرفه‌های خلط‌دار مراقبت توسط پزشک ضروری است.

تغییرات دستگاه ادراری:

در جریان حاملگی طبیعی تغییرات قابل ملاحظه‌ای در ساختمان و عملکرد دستگاه ادراری ایجاد می‌شود. در اثر حاملگی مقادیر قابل توجهی از مواد غذایی مختلف و ویتامین‌های محلول در آب از طریق ادرار دفع می‌شود. در اثر فشار رحم بر روی مثانه تکرر ادرار بوجود می‌آید.

دفع پروتئین و آلبومین در ادرار خانم باردار غیرطبیعی است و نیاز به بررسی و مراقبت‌های بیشتر دارد. همچنین در صورتی که تکرر ادرار همراه با سوزش ادرار باشد مادر باید به پزشک ارجاع فوری شود.

تغییرات دستگاه گوارش:

با پیشرفت حاملگی و در اثر بزرگ شدن رحم و تغییرات هورمونی، معده و روده جابجا می‌شوند و مشخص شده است که زمان تخلیه معده و روده به تاخیره می‌افتد. یعنی خانم باردار پس از خوردن غذا ممکن است احساس سنگینی کند. در اکثر زنان حامله کند شدن حرکات معده و برگشت غذا به مری سبب سوزش در گلو می‌شود و اغلب با نفخ معده و یبوست همراه است. لته‌ها در طی حاملگی، پرخون و نرم می‌شود، بنابراین در اثر تحریکات جزئی مثل مسواک زدن خونریزی می‌کند. تورم و پرخونی لته‌ها پس از زایمان به صورت خودبه‌خودی کم می‌شود. در این دوران ترشح بزاق نیز افزایش پیدا می‌کند.

تغییرات وزن بدن:

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

تغییرات روحی:

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

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

مراقبت‌های دوران بارداری

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود بتوانید:

- مراقبت‌های دوران بارداری را تعریف کرده و اهمیت آن را بیان کنید.
- دفعات مراقبت‌های معمول بارداری را نام ببرید.
- ارزیابی علائم خطر در بارداری را توضیح دهید.
- مراحل مراقبت‌های دوران بارداری را براساس بوکلت چارت نام ببرید.
- نحوه تعیین تاریخ تقریبی زایمان را توضیح دهید.
- طریقه وزن کردن و اندازه‌گیری قد مادر را توضیح دهید.
- طریقه رسم جدول وزن‌گیری را شرح دهید.
- نمایه توده بدنی را محاسبه کنید.
- سن تقریبی حاملگی را از روی شکم و با اندازه‌گیری ارتفاع رحم تعیین نمائید.
- سن بارداری را به هفته تعیین نمائید.
- فشارخون، دمای بدن، تعداد تنفس و نبض را اندازه‌گیری و نتیجه را تفسیر نمائید.
- نحوه سمع صدای قلب جنین را توضیح دهید.
- تعداد ضربان قلب جنین را سمع کرده و بشمارید.
- غربالگری سلامت روان مادر را در موعد مقرر انجام دهد.
- واکسن‌های 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 معیانه دهان و دندان را انجام دهید.
- گروه‌های غذایی را نام ببرید و تغذیه مناسب در بارداری را توضیح دهید.
- مکمل‌های غذایی مورد نیاز در بارداری را بشناسید و نحوه و زمان استفاده از آن را بیان کنید.
- حاملگی‌های در معرض خطر و علائم خطر بارداری را بشناسید و اقدام مناسب در هر مورد را توضیح دهید.
- آموزش‌های بهداشتی لازم دوران بارداری را شرح دهید.
- نحوه مراقبت از نوزاد را توضیح دهید.
- شکایات شایع دوران بارداری را نام ببرید.
- مفهوم رنگها و انواع ارجاع را براساس بوکلت چارت مادران نام ببرید.

اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری

همان‌طوری که در فصل قبل اشاره شد، بدن زنان در اثر حاملگی، دچار تغییرات زیادی می‌شود که برخی از این تغییرات جهت سازگاری و آماده شدن بدن آنان برای رشد جنین و تولد نوزاد لازم می‌باشد. در اثر این تغییرات، اغلب مادران در این دوران از مشکلاتی شکایت دارند که گرچه باعث نگرانی آنها می‌شود ولی برای مادر و نوزاد خطری بوجود نمی‌آورد و با تولد نوزاد این مشکلات نیز رفع می‌گردد. اما گاهی تغییرات حاملگی و یا مشکلاتی که برای مادر ایجاد می‌شود، حالت غیرطبیعی پیدا می‌کند طوری که جان مادر و جنین و یا هر دو را به خطر می‌اندازد و گاه عوارض دائمی برای مادر و نوزادش به جا می‌گذارد. با مراقبت‌های مستمر و کنترل سیر حاملگی می‌توان مشکلات و عوارض خطرناک در این دوره را به موقع تشخیص داده و درمان کرد.

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

در بارداری هر آنچه که برای مادر خطرناک باشد، در سلامت جنین و نوزاد نیز تاثیر دارد. برای تامین و حفظ سلامت مادر، باید مراقبت‌های لازم از او به عمل آید.

رعایت این مراقبت‌ها:

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

مراقبت‌های بارداری باید از همان زمانی که مادر متوجه بارداری خود می‌شود و پس از اطمینان کارکنان بهداشتی از حاملگی وی (مثبت شدن آزمایش بارداری شروع و طی ملاقات‌های معمول بارداری در مقاطع زمانی تعیین شده، ارائه شود.

ملاقات‌های بارداری

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

زمان ملاقات‌ها به شرح زیر است که با پیشرفت حاملگی فاصله آنها کم‌تر می‌شود:

- نوبت اول: ملاقات در یکی از هفته‌های ۶ تا ۱۰ بارداری
- نوبت دوم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۱۶ تا ۲۰ بارداری
- نوبت سوم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۲۴ تا ۳۰ بارداری

نوبت چهارم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری
 نوبت پنجم: ملاقات در یکی از هفته‌های ۳۵ تا ۳۷ بارداری
 نوبت ششم: ملاقات در هفته ۳۸ بارداری
 نوبت هفتم: ملاقات در هفته ۳۹ بارداری
 نوبت هشتم: ملاقات در هفته ۴۰ بارداری

مراحل مراقبت دوران بارداری

در چارت مراقبت‌های معمول بارداری (الف) برحسب زمان مراجعه مادر باردار (اولین مراجعه و یا مراجعه در نیمه‌های اول و دوم بارداری) بررسی مادر از یکی از صفحات الف ۱، الف ۲، الف ۳ شروع می‌شود. در هر یک از این بخش‌ها هر صفحه به ۴ مربع مستطیل اصلی تقسیم شده است. شما همیشه از سمت راست و بالای صفحه باید شروع کنید. (مانند شکل مقابل) یعنی:

خانه شماره ۱- قبل از هر اقدامی، مادر را از نظر وجود **علائم خطر فوری** بررسی می‌کنید.

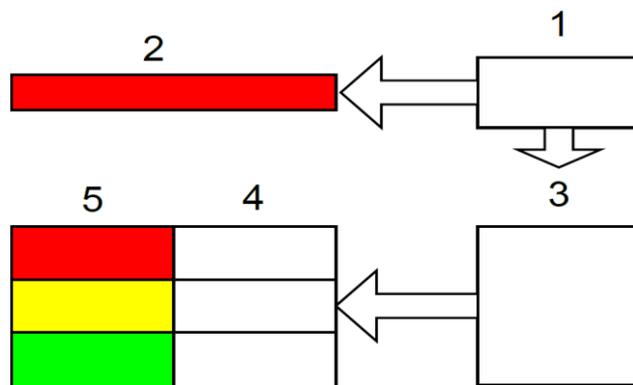
خانه شماره ۲- در صورتی که هر یک از علائم خطر فوری به تنهایی یا همراه سایر علائم وجود داشت، مطابق دستورالعمل آن اقدام می‌کنید.

خانه شماره ۳- در صورت اطمینان از این که هیچ علامت خطر فوری وجود ندارد، **ارزیابی** مطابق محتوای این خانه شروع می‌شود.

خانه شماره ۴- براساس نتایج ارزیابی، **علائم و نشانه‌ها گروه‌بندی** می‌شود.

خانه شماره ۵- برحسب نتیجه گروه‌بندی علائم و نشانه‌ها، **اقدام** می‌کنید.

فراموش نکنید که ترتیب انجام این بررسی‌ها از نظر دقت در انجام کار و درستی معاینه بسیار مهم است. هرگز نمی‌توانید معاینه و بررسی بیمار را از نیمه راه آغاز کنید.



مفهوم رنگ‌ها

در چارت‌های ارایه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد و سبز استفاده شده است:

الف- رنگ قرمز نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین/ نوزاد را تهدید می‌کند و اقدام مناسب این رنگ **ارجاع فوری یا اعزام** (بلافاصله) است. در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را ضمن

اقدامات اولیه حین اعزام سریعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. در صورت ارجاع فوری از مادر بخواهید بلافاصله به نزدیک‌ترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند.

نکته: در موارد ارجاع فوری و یا اعزام لازم است وضعیت به رابط مادر پرخطر اعلام گردد.

ب- رنگ زرد نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر باید برحسب نوع عارضه در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه (ارجاع در اولین فرصت) و یا حداکثر طی یک هفته (ارجاع غیرفوری) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه آن مشخص گردد.

پ- رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است.

نکته: در برخی خانه‌های «اقدام»، مراقبت‌ها در بیش از یک حالت تعریف می‌شود یعنی اقدام‌های اصلی با یک رنگ و برخی اقدام‌های خاص که عمدتاً حالتی از ارجاع را شامل می‌شود با رنگ مختص آن نوع «ارجاع» در داخل خانه اصلی مشخص شده است. به طور مثال: در قسمت ب ۱، خانه اصلی اقدام مربوط به «همسرآزاری» سبز است در حالی که اقدام بعدی این خانه که نیازمند «ارجاع فوری» است، به رنگ قرمز مشخص شده است.

• اصول کلی

مطالب زیر به عنوان اصلی کلی در ارایه خدمات در نظر گرفته شده است:

۱. علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان به همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.
۲. اگر مادر به دلایلی نیازمند هر حالتی از ارجاع (فوری، ارجاع غیرفوری، در اولین فرصت) است، ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.

۳. مادری که اعزام یا ارجاع فوری شده است باید حداکثر تا ۲۴ ساعت، پیگیری شود.

۴. ارجاع در اولین فرصت، لازم است تا ۴۸ ساعت پیگیری شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی ۴۸ ساعت به سطح بالاتر مراجعه نکرد، حکم ارجاع فوری را پیدا می‌کند.

۵. مادری که ارجاع غیرفوری شده است، می‌بایست پس از یک هفته پیگیری و وضعیت وی مشخص شود. اگر مورد ارجاع پس از یک هفته به هر دلیلی به سطوح بالاتر مراجعه نکرد، به مادر و خانواده وی اهمیت معاینه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پیگیری شود.

۶. مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های بارداری و پس زایمان در تاریخ‌های تعیین شده باید به مادر و همراهان وی تأکید شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی یک هفته پیگیری شود.

۷. پسخورنده‌های پزشک/ماما در موارد ارجاع و یا مراقبت‌های ویژه، باید در فرم مراقبت ثبت و یا پیوست پرونده گردد.

۸. پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین‌تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.

۹. دفعات مراقبت ویژه مادر برحسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشک عمومی، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند متفاوت خواهد بود.

۱۰. لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی در فرم‌های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه‌داری شود.

۱۱. بسیاری از بیماری‌ها می‌توانند بر روی مادر و جنین تأثیر بگذارد، بنابراین لازم است تمامی خانم‌هایی که تمایل به بارداری دارند مراقبت‌های پیش از بارداری را به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام دهند تا مادر بارداری و زایمان ایمن داشته باشد. در این صورت باید خانم به پزشک یا ماما ارجاع شود.

نکته: در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت در سال تا زمان بارداری، کفایت می‌کند. در صورت تشخیص عارضه، نحوه ادامه مراقبت‌ها با نظر پزشک/ماما تعیین می‌شود.

۱۲. مراقبت‌های بارداری باید به محض مثبت شدن نتیجه آزمایش بارداری ارایه گردد.

۱۳. نتیجه آزمایش‌های بارداری می‌بایست در فرم مراقبت بارداری، به طور دقیق ثبت شود. نگهداری برگه آزمایش در پرونده الزامی نیست.

۱۴. مراقبت‌های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارایه می‌گردد (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم). زمان ملاقات‌های معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۴ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری

۱۵. زمان ملاقات‌های مادر براساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می‌شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی‌داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.

۱۶. در اولین مراجعه مادر در هر هفته بارداری ابتدا پروتکل اولین ملاقات برای وی اجرا و سپس با توجه به سن بارداری

تعیین شده، ادامه مراقبت‌ها مطابق نیمه اول یا نیمه دوم ارائه گردد.

۱۷. هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک سابقه یا ابتلا به بیماری را از مادر سؤال می‌کند و معاینه فیزیکی را انجام می‌دهد. نتیجه آزمایش‌ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت می‌کند.

۱۸. هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان‌پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود. درمان بیماری‌های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

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

۲۰. به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرآیند زایمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته ۲۰ بارداری به کلاس‌های آمادگی برای زایمان معرفی شود.

ارزیابی علائم خطر فوری

در هر مرحله از بارداری برحسب سن بارداری مادر باید مراقبت‌های 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

ارزیابی علائم خطر فوری در نیمه اول بارداری شامل دو مورد اول و در نیمه دوم بارداری شامل هر سه مورد فوق‌الذکر می‌باشد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه‌بنی)

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

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

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

- شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیرطبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و

ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد که ممکن است با

رنگ‌پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی‌قراری و گیجی همراه باشد).

- پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال

اولین مرحله پس از ارزیابی علایم خطر فوری و تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال از مادر باردار در ملاقات بار اول است.

با گرفتن شرح حال اطلاعاتی در موارد زیر بدست می‌آید:

- خصوصیات 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 حاملگی‌ها و زایمان‌های قبلی (تعداد بارداری، تعداد و نوع زایمان، سابقه سقط، مرگ داخل رحمی، مرگ نوزاد،

چند قلوئی، زایمان زودرس، ناهنجاری جنینی، بروز بیماری یا تشدید بیماری‌های زمینه‌ای، ناسازگاری خونی)

- تاریخچه پزشکی و سابقه بیماری‌های خانوادگی، ابتلاء به بیماری‌های زمینه‌ای، اختلالات روانی، سوء تغذیه، ناهنجاری

اسکلتی، ناهنجاری دستگاه تناسلی، اختلالات انعقادی، حساسیت دارویی، سابقه رفتارهای پرخطر، ابتلاء به عفونت HIV/

ایدز، سرطان پستان، تالاسمی مینور، مصرف دارو، سیگار، الکل و مواد مخدر، واکسیناسیون

- بررسی سوابق عوارض سل و پولیو خوراکی و حساسیت به آنتی‌بیوتیک

رفتار پرخطر شامل سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت

نشده، سابقه تزریق مکرر خون می‌باشد.

آزمایش‌های معمول بارداری

در دوران بارداری برای تشخیص شرایطی که ممکن است سلامت مادر، جنین و یا نوزاد را به خطر اندازد، انجام برخی

آزمایش‌ها لازم است. تعدادی از این آزمایش‌ها جزء مراقبت‌های معمول بارداری می‌باشد و بعضی از آنها فقط در شرایط

خاصی انجام می‌شود. این آزمایش‌ها متناسب با سن بارداری در دو نوبت (هفته ۶ تا ۱۰ و هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری) انجام

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

آزمایش‌های نوبت اول (هفته ۶ تا ۱۰ بارداری): آزمایش شمارش گلبولی (CBC)، گروه خونی و اره‌اش، قندخون ناشتا

(FBS)، آزمایش کامل و کشت ادرار، اوره و کراتینین خون، کومیس غیرمستقیم نوبت اول در مادران اره‌اش منفی با

همسر اره‌اش مثبت، انجام آزمایش ایدز (HIV) و سیفلیس (VDRL) در صورت احتمال رفتار پرخطر در مادر یا همسرش،

آنتی‌ژن هپاتیت ب (HBSAg) در صورتی که خانم طبق دستور عمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده باشد. پیشنهاد

به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱-۱۳ بارداری نیز لازم است.

آزمایش‌های نوبت دوم (هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری): آزمایش شمارش گلبولی (CBC)، تعیین هموگلوبین، هماتوکریت، OGTT و FBS برای افراد غیردیابتیک، کومبس غیرمستقیم نوبت دوم و کامل ادرار -آزمایش تست سریع HIV (هفته ۳۴-۳۱ بارداری)

معاینه فیزیکی

در دوران بارداری معاینه فیزیکی زن باردار شامل معاینه چشم، پوست، قلب و ریه، تیروئید، پستان‌ها، شکم و اندام‌هاست همچنین بررسی ابتلا به بیماری یا ناهنجاری توسط پزشک و ماما انجام می‌شود. لازم است بهورز در اولین ملاقات بارداری مادر را جهت انجام این معاینات ارجاع دهد.

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 می‌گیرد.

بطور قراردادی حاملگی از اولین روز آخرین قاعدگی وی (Last Menstrua Period=L.M.P) محاسبه می‌شود. بر این اساس برای تعیین تاریخ زایمان، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانم را یادداشت کرده، ۷ روز به آن اضافه و سه ماه از آن کم کرده و به تاریخ بدست آمده یک سال اضافه می‌کنند. تاریخ تقریبی زایمان را با حروف اختصاری EDC نشان می‌دهند. (Expected Date of Child birth)

مثال) اگر تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خانمی ۲ آذر ۱۳۸۳ باشد، برای تعیین تاریخ تقریبی زایمان وی بدین گونه محاسبه می‌شود:

روز ۷ به اولین روز آخرین قاعدگی اضافه می‌کنیم	روز ۲+۷=۹
از ماه آذر سه ماه به عقب برمی‌گردیم.	شهریور ماه ۹-۳=۶
یک سال به سال ۸۳ اضافه می‌کنیم.	سال ۸۳+۱=۸۴

بنابراین تاریخ احتمالی زایمان این خانم ۹ شهریور ماه سال ۱۳۸۴ خواهد بود.

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

تعیین سن بارداری

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

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

سال	ماه	روز	
۱۳۸۳	۱۲	۱۹	تاریخ مراجعه
۱۳۸۳	۹	۱۲	تاریخ اولین روز قاعدگی
	۳	۷	فاصله دو تاریخ فوق

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

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

یک سال از سال محاسبه کسر و ۲۱ ماه به عدد ماه تاریخ مصاحبه اضافه کنید.

روز	ماه	سال	
۱۹	۲	۱۳۸۴	تاریخ مراجعه
۱۲	۱۴	۱۳۸۳	تاریخ اولین روز قاعدگی
	۱۲		
۷	۲	۱۳۸۳	فاصله دو تاریخ فوق

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

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

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

روز	ماه	سال	
۱۹	۱۲	۱۳۸۳	تاریخ مراجعه
۴۹	۱۱	۱۳۸۳	تاریخ اولین روز قاعدگی
۲۲	۱۰		
۲۷	۱		فاصله دو تاریخ فوق

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

چنانچه روز و ماه تاریخ مراجعه خانم از روز و ماه اولین روز آخرین قاعدگی کوچکتر باشد، مطابق آنچه گفته شد، ابتدا یکماه از عدد ماه کم و ۳۰ روز به عددروز تاریخ مراجعه، اضافه نمائید و سپس ۱ سال از عدد سال کم و ۱۲ را به عدد ماه تاریخ مراجعه اضافه کنید.

معاینات و اندازه‌گیریها و بررسی‌های مورد نیاز در بارداری

- اندازه‌گیری وزن

یکی از اقداماتی که در هر بار مراقبت مادر انجام می‌شود، اندازه‌گیری وزن مادر و مقایسه آن با وزن قبلی است. توجه به وزن مادر راهنمای خوبی برای تشخیص وضع تغذیه و سیر حاملگی وی می‌باشد. در صورتی که نمایه توده بدنی مادر در محدوده طبیعی باشد میزان افزایش وزن او در طول بارداری حدود ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است. اگر در این مدت وزن مادر اضافه نشود یا افزایش وزن غیرطبیعی داشته باشد، باید جهت بررسی بیشتر به پزشک ارجاع شود.

افزایش ناکافی وزن در بارداری منجر به تولد نوزاد کم‌وزن می‌شود. این گونه نوزادان بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های عفونی و مرگ زودرس در هفته‌های نخست زندگی هستند و در صورتی که زنده بمانند، پس از طی دوره نوزادی باز هم بیشتر از کودکان دیگر احتمال ابتلاء به انواع بیماری‌ها را دارند.

افزایش بیش از حد وزن در بارداری یا افزایش وزن ناگهانی (افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته) نیز مضر است. این نوع اضافه وزن ناگهانی می‌تواند از نشانه‌های پره‌اکلامپسی باشد. همچنین مقدار وزن اضافی بر روی ماهیچه‌های کمر فشار آورده و درد و ناراحتی این ناحیه را بیشتر می‌کند. از طرفی ممکن است بعد از

زایمان، این اضافه وزن، کم نشده و بصورت چربی‌های ذخیره شده در بدن باقی بماند. بدین ترتیب مشاهده می‌شود که کنترل وزن در بارداری از اقدامات ضروری در حفظ سلامت مادر و نوزاد او بشمار می‌آید. در اندازه‌گیری 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 جایی تکیه نکند.
- از سالم بودن ترازو و قرار گرفتن عقربه روی صفر (تنظیم بودن ترازو) قبل از اقدام به اندازه‌گیری وزن اطمینان حاصل شود.

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

- جدول وزن‌گیری:

جدول وزن‌گیری برای تعیین میزان وزن‌گیری مادر برحسب سن بارداری و به منظور بررسی روند وزن‌گیری وی رسم می‌شود. در جدول وزن‌گیری، سن بارداری برحسب هفته بر روی خطوط عمودی منشعب از محور افقی (محور xها) و میزان وزن‌گیری برحسب کیلوگرم بر روی خطوط افقی منشعب از محور عمودی (محور yها) نشان داده شده است. روی محور عمودی، عدد صفر به معنای شروع وزن‌گیری در ابتدای بارداری است. خطوط بالاتر از آن با اعداد مثبت، میزان «وزن‌گیری» را نشان می‌دهد و خطوط پایین‌تر با اعداد منفی، میزان «کاهش وزن» را مشخص می‌کند. فاصله بین خطوط مایل وسط جدول، محدوده وضعیت بدنی مادر براساس نمایه توده بدنی را تعیین می‌کند که شامل چهار محدوده است:

- ۱- محدوده حد فاصل وزن‌گیری ۱۸-۱۲/۵ کیلوگرم به رنگ زرد، وضعیت بدنی زن باردار لاغراندام (نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ تا ۲۴/۹) را مشخص می‌کند.
 - ۲- محدوده حد فاصل وزن‌گیری ۱۶-۱۱/۵ کیلوگرم به رنگ سبز، وضعیت بدنی زن باردار با وزن طبیعی (نمایه توده بدنی ۱۸/۵ تا ۲۴/۹) را مشخص می‌کند.
 - ۳- محدوده حد فاصل وزن‌گیری ۱۱/۵-۷ کیلوگرم به رنگ نارنجی، وضعیت بدنی زن بارداری را که اضافه وزن دارد (نمایه توده بدنی بیشتر از ۲۵ تا ۲۹/۹) نشان می‌دهد.
 - ۴- محدوده حد فاصل دو خط چین وزن‌گیری ۹-۵ کیلوگرم به رنگ قرمز، نشانه وضعیت بدنی زن باردار چاق (نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از ۳۰ است).
- پس از رسم جدول وزن‌گیری در صورت مشاهده هر نوع انحراف در روند طبیعی وزن‌گیری در هر زمان از بارداری، لازم است مادر به پزشک یا ماما ارجاع غیرفوری شود.

- اندازه‌گیری قد:

یکی از اقدامات لازم در مراقبت اول بارداری تعیین قد مادر باردار است. معمولاً قد مادر می‌تواند معیاری برای تعیین اندازه لگن باشد. زایمان زنانی که لگن کوچک دارند، ممکن است دشوارتر انجام شود. به همین علت مادرانی که قد کمتر

از ۱۵۰ سانتی‌متر دارند، نیازمند مراقبت بیشتر در حین زایمان هستند. همچنین با استفاده از قد مادر و وزن پیش از بارداری وی یا وزن بدو بارداری، می‌توان نمایه توده بدنی مادر را محاسبه کرد.

برای اندازه‌گیری قد می‌توان از ترازویی که در قسمت عقب آن خط‌کش مدرج وجود دارد (ترازوی قد سنج‌دار) و یا از سانتی‌متری که به دیوار و در محل مناسبی نصب شده است، استفاده کرد. مادر باید بدون کفش در مقابل آن بایستد. سپس با خط‌کش یا مدادی که بر روی سرش در مقابل عدد سانتی‌متری متر قرار می‌گیرد. اندازه قد وی تعیین شود.

وزن‌گیری در دوران بارداری

تمام زنان در دوران بارداری در هر شرایط تغذیه‌ای که باشند (کم‌وزن، طبیعی، دارای اضافه وزن و یا چاق) باید افزایش وزن مناسبی داشته باشند. الگوی افزایش وزن به اندازه افزایش وزن اهمیت دارد. میزان افزایش وزن در طول ماه‌های مختلف دوره‌ی بارداری یکسان نیست. به طور متوسط در سه ماهه اول کمترین مقدار و در سه ماهه دوم و سوم بیشترین مقدار افزایش وزن وجود دارد. وزن‌گیری مناسب مادر در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری تضمین‌کننده سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و سال‌های بعدی زندگی است.

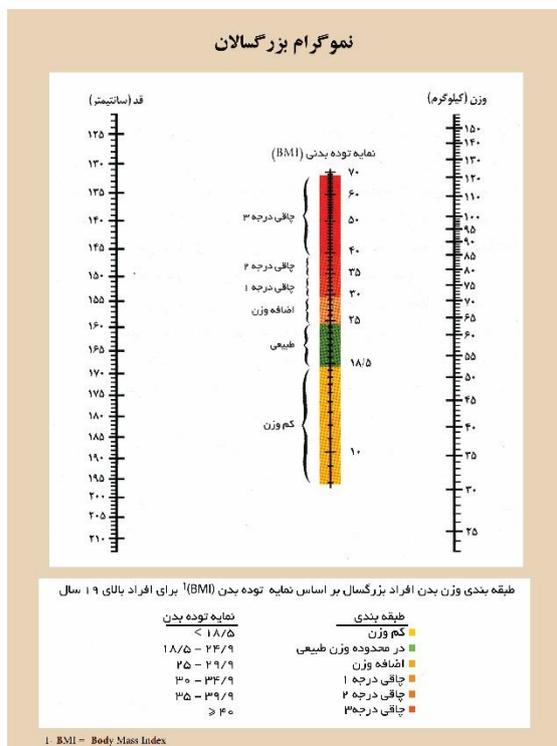
روش‌های معمول برای تعیین نمایه توده بدنی (BMI) مادر

الف) روش محاسبه

از تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مربع قد (برحسب متر) نمایه توده بدنی (BMI) حاصل می‌شود یعنی:

$$\text{نمایه توده بدنی} = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر)} \times \text{قد (به متر)}}$$

ب) استفاده از نمودار



روش سنجش نمایه توده بدنی با استفاده از نوموگرام به شرح ذیل است:

نوموگرام از سه خط مدرج عمودی تشکیل شده است. خط اول از سمت راست مربوط به وزن (برحسب کیلوگرم)، خط وسط مربوط به نمایه توده بدنی (که نشان‌دهنده چاقی، اضافه وزن و کم‌وزنی و طبیعی است) و خط سوم مربوط به قد (برحسب سانتی‌متر)، می‌باشد.

برای تعیین نمایه توده بدنی (BMI) ابتدا وزن و قد مادر را اندازه‌گیری کرده و اعداد مربوطه را روی خط وزن و قد نوموگرام تعیین کرده و علامت بزنید. حال اگر دو نقطه علامت خوردن وزن و قد را با یک خط‌کش به هم وصل کنید نقطه تقاطع این خط با خط وسط تعیین‌کننده نمایه توده بدنی (BMI) مادر است.

وزن پیش از بارداری

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

وزن‌گیری برای مادرهای باردار در تک‌قلویی

جدول ۳ میزان افزایش وزن برای مادران باردار بالاتر از ۱۹ سال در بارداری تک‌قلویی براساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

جدول ۱: میزان افزایش وزن برای دختران نوجوان در بارداری تک‌قلویی براساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

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

الگوی وزن‌گیری مهم است. افزایش وزن باید تدریجی باشد. این افزایش وزن به طور متوسط طی سه ماهه دوم و سوم در مادران کم‌وزن ۰/۵ کیلوگرم، مادرانی که وزن طبیعی دارند ۰/۴ کیلوگرم، مادرانی که دارای اضافه وزن هستند حدود ۰/۳ کیلوگرم و در مادران چاق ۰/۲ کیلوگرم در هفته می‌باشد.
چند نکته:

(الف) افزایش وزن در سه ماهه اول بارداری در حدود ۰/۵ تا ۲ کیلوگرم می‌باشد.

(ب) افزایش وزن مناسب برای مادران دارای نمایه توده بدنی ۳۵ یا بیشتر باید توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.

(ج) در زنان کوتاه‌قد (کمتر از ۱۵۰ سانتی‌متر) افزایش وزن باید در محدوده حداقل میزان دامنه ارائه شده باشد.

میزان افزایش وزن برای مادران نوجوان زیر ۱۹ سال:

برای قضاوت درباره وضعیت وزن مادر نوجوان، ابتدا نمایه توده بدنی (BMI) قبل از بارداری را محاسبه و براساس جدول زداسکور (Z-scores) تعیین می‌کنیم که مادر در کدام محدوده قرار دارد. سپس براساس جدول شماره ۴ در مورد وزن مادر قضاوت می‌شود.

مثال: در یک مادر ۱۸ ساله (۲۱۶ ماهه)، اگر BMI برابر ۱۷ باشد مقدار BMI کمتر از ۱- است یعنی مادر کم‌وزن است (این قسمت در جدول نشان داده نمی‌شود) و اگر BMI ۲۳ باشد، مقدار BMI بین زداسکور (Z-scores) ۱- و ۱+ قرار دارد و وزن این مادر طبیعی است (منطقه مشخص شده با رنگ زرد در جدول زد اسکور). و چنانچه BMI همین مادر ۲۶ باشد، BMI بین زد اسکور (Z-scores) ۱+ تا ۲+ قرار گرفته است که به معنی اضافه وزن می‌باشد (منطقه مشخص شده با رنگ نارنجی در جدول زد اسکور) و اگر BMI بیشتر از ۲۹/۵ باشد مثلاً ۳۱ باشد BMI بیش از زد اسکور (z-scores) ۲+ بوده و مادر چاق است (این قسمت در جدول نشان داده نمی‌شود).

جدول ۳: زد اسکور (z-score) نمایه توده بدنی (BMI) برای دختران ۱۹-۱۲ ساله

سن	Z-scores (BMI in kg/m ²)					
	ماه	ماه: سال	-۱SD	میانه	۱SD	۲SD
۱۲:۰۰	۱۴۴	۱۲:۰۰	۱۶/۰	۱۸/۰	۲۰/۸	۲۵/۰
۱۲:۳	۱۴۷	۱۲:۳	۱۶/۱	۱۸/۲	۲۱/۱	۲۵/۳
۱۲:۶	۱۵۰	۱۲:۶	۱۶/۳	۱۸/۴	۲۱/۳	۲۵/۶
۱۲:۹	۱۵۳	۱۲:۹	۱۶/۴	۱۸/۶	۲۱/۶	۲۵/۹
۱۳:۰	۱۵۶	۱۳:۰	۱۶/۶	۱۸/۸	۲۱/۸	۲۶/۲
۱۳:۳	۱۵۹	۱۳:۳	۱۶/۸	۱۹/۰	۲۲/۰	۲۶/۵
۱۳:۶	۱۶۲	۱۳:۶	۱۶/۹	۱۹/۲	۲۲/۳	۲۶/۸
۱۳:۹	۱۶۵	۱۳:۹	۱۷/۱	۱۹/۴	۲۲/۵	۲۷/۱
۱۴:۰	۱۶۸	۱۴:۰	۱۷/۲	۱۹/۶	۲۲/۷	۲۷/۳
۱۴:۳	۱۷۱	۱۴:۳	۱۷/۴	۱۹/۷	۲۲/۹	۲۷/۶
۱۴:۶	۱۷۴	۱۴:۶	۱۷/۵	۱۹/۹	۲۳/۱	۲۷/۸
۱۴:۹	۱۷۷	۱۴:۹	۱۷/۶	۲۰/۱	۲۳/۳	۲۸/۰
۱۵:۰	۱۸۰	۱۵:۰	۱۷/۸	۲۰/۲	۲۳/۵	۲۸/۲
۱۵:۳	۱۸۳	۱۵:۳	۱۷/۹	۲۰/۴	۲۳/۷	۲۸/۴
۱۵:۶	۱۸۶	۱۵:۶	۱۸/۰	۲۰/۵	۲۳/۸	۲۸/۶
۱۵:۹	۱۸۹	۱۵:۹	۱۸/۱	۲۰/۶	۲۴/۰	۲۸/۷
۱۶:۰	۱۹۲	۱۶:۰	۱۸/۲	۲۰/۷	۲۴/۱	۲۸/۹
۱۶:۳	۱۹۵	۱۶:۳	۱۸/۲	۲۰/۸	۲۴/۲	۲۹/۰
۱۶:۶	۱۹۸	۱۶:۶	۱۸/۳	۲۰/۹	۲۴/۳	۲۹/۱
۱۶:۹	۲۰۱	۱۶:۹	۱۸/۴	۲۱/۰	۲۴/۴	۲۹/۲
۱۷:۰	۲۰۴	۱۷:۰	۱۸/۴	۲۱/۰	۲۴/۵	۲۹/۳
۱۷:۳	۲۰۷	۱۷:۳	۱۸/۵	۲۱/۱	۲۴/۶	۲۹/۴
۱۷:۶	۲۱۰	۱۷:۶	۱۸/۵	۲۱/۲	۲۴/۶	۲۹/۴
۱۷:۹	۲۱۳	۱۷:۹	۱۸/۵	۲۱/۲	۲۴/۷	۲۹/۵
۱۸:۰	۲۱۶	۱۸:۰	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۸	۲۹/۵
۱۸:۳	۲۱۹	۱۸:۳	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۸	۲۹/۶
۱۸:۶	۲۲۲	۱۸:۶	۱۸/۶	۲۱/۳	۲۴/۹	۲۹/۶
۱۸:۹	۲۲۵	۱۸:۹	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۴/۹	۲۹/۶
۱۸:۱۱	۲۲۷	۱۸:۱۱	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۵/۰	۲۹/۷

۱۹:۰	۲۲۸	۱۸/۷	۲۱/۴	۲۵/۰	۲۹/۷
------	-----	------	------	------	------

جدول ۴: میزان افزایش وزن برای دختران نوجوان در بارداری تکقلویی براساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	z-score ^۱	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
کم وزن	< -۱	۱۲/۵-۱۸	۰/۵
طبیعی	از -۱ تا +۱	۱۱/۵-۱۶	۰/۴
اضافه وزن	از +۱ تا +۲	۷-۱۱/۵	۰/۳
چاق	≥ +۲	۵-۹	۰/۲

نکته:

الف: بهتر است مادران باردار نوجوان حداکثر میزان وزن ارائه شده را بدست آورند.

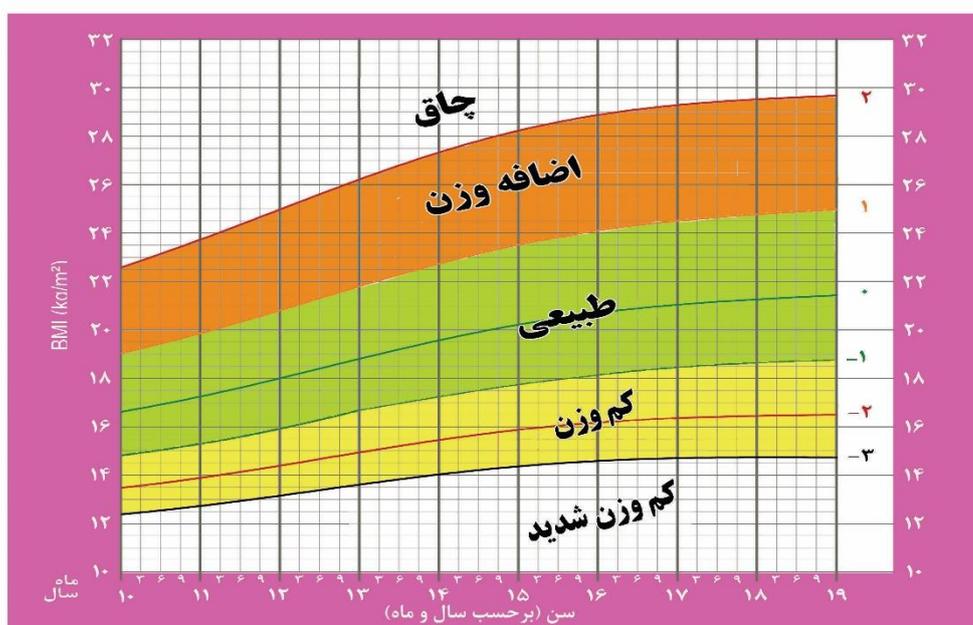
ب: در نوجوانان بارداری که تنها ۲ سال از قاعدگی آنها می‌گذرد افزایش وزن باید در حد بالای میزان دامنه ارائه شده باشد.

علاوه بر جدول زد اسکور (z-scores) و جدول ۳ از نمودار صفحه بعد نیز می‌توان جهت تعیین وضعیت وزن مادران زیر ۱۹ سال استفاده نمود.

نمودار BMI برای سن (مادران باردار)

نمودار BMI برای سن (مادران باردار)

۱۰ تا ۱۹ سال (z-scores)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

میزان افزایش وزن برای مادرهای باردار دوقلویی

برای تعیین میزان افزایش وزن توصیه شده برای مادران باردار دوقلو با توجه به وزن قبل از بارداری و نمایه توده بدنی از جدول شماره ۵ استفاده می‌شود.

جدول ۵: میزان افزایش وزن در بارداری دوقلویی براساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

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

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

نکته ۱: افزایش وزن توصیه شده در سه ماهه اول بارداری این گروه از مادران ۱/۵ تا ۲/۵ کیلوگرم می‌باشد.

نکته ۲: در موارد سه قلوبی، میزان وزن‌گیری توصیه شده برای مادران باردار در حدود ۲۷ - ۲۲/۵ کیلوگرم می‌باشد. از این میزان مادر باید تا هفته ۲۴ حداقل ۱۶ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد.

تعیین میزان وزن‌گیری مادری که در سه ماهه اول بارداری (هفته‌های ۲ تا ۱۲) مراجعه می‌کند

بهترین معیار تعیین محدوده‌ی وزن‌گیری مناسب مادران در بارداری استفاده از نمایه توده بدنی (BMI) بر پایه وزن قبل از بارداری است. اگر وزن پیش از بارداری ثبت نشده باشد، وزن مادر باردار در اولین مراجعه (طی ۱۲ هفته اول بارداری) به عنوان وزن ابتدای بارداری در نظر گرفته می‌شود به شرط این که مادر در اثر تهوع و استفراغ بارداری، کاهش وزن شدیدی نداشته باشد. سپس با استفاده از فرمول یا نمودار، نمایه توده بدنی (BMI) تعیین می‌گردد و بر مبنای آن محدوده افزایش وزن مطلوب مشخص می‌شود. در این حالت ابتدای بارداری از محل تلاقی محور عمودی و افقی و از خط صفر شروع می‌شود.

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

میزان وزن‌گیری مادری که در سه ماهه دوم بارداری (هفته‌های ۱۳ تا ۲۵) مراجعه می‌کند

در صورتی که اولین مراجعه مادر در هفته‌های ۱۳ تا ۲۵ بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه اول بارداری ثبت نشده باشد، اقدامات زیر باید انجام شود:

با استفاده از جدول شماره ۶ در صورتی که مادر در روند افزایش وزن مشکلی نداشته است، میزان افزایش وزن مادر در این بارداری را از وزن فعلی او کم کرده سپس نمایه توده بدنی مادر را محاسبه می‌کنیم. این مادران جهت کنترل بهتر وزن باید حداقل دو مرتبه دیگر و به فاصله یک ماه مراجعه نمایند. در صورت نیاز، ضروری است این مادران به کارشناس تغذیه ارجاع داده شوند.

جدول ۶: میزان افزایش وزن مادر در هفته‌های ۱۳ تا ۲۵ بارداری

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

مثال: مادری با قد ۱۶۰ سانتی‌متر و وزن ۶۱/۵ کیلوگرم در هفته ۱۸ بارداری مراجعه نموده و وزن قبل از بارداری یا وزن سه ماهه اول بارداری او ثبت نشده است. طبق جدول شماره ۵ میزان افزایش وزن مادر به خاطر بارداری ۳ کیلوگرم باید باشد.

با کسر نمودن ۳ کیلوگرم افزایش وزن به علت بارداری از وزن ۶۱/۵ کیلوگرم فعلی او (در هفته ۱۸ بارداری)، وزن قبل از بارداری ۵۸/۵ کیلوگرم محاسبه می‌گردد. در این صورت نمایه توده بدنی او ۲۲/۸۵ بوده و در محدوده طبیعی قرار می‌گیرد.

قد=۱۶۰

۶۱/۵ کیلوگرم = وزن هفته ۱۸ بارداری

۳ کیلوگرم = کل افزایش وزن مادر در طول بارداری تاکنون

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

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

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

نحوه ترسیم نمودار وزن‌گیری دوران بارداری

پس از مشخص شدن محدوده وزن‌گیری براساس نمایه توده بدنی (BMI) لازم است در هر ملاقات معمول بارداری، طبق برنامه کشوری مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، نمودار وزن‌گیری ترسیم شود. نمودار وزن‌گیری به منظور بررسی روند وزن‌گیری مادر باردار و شناسایی مادران با میزان وزن‌گیری ناکافی و یا اضافی، برای انجام مداخلات بعدی به کار می‌رود. برای اندازه‌گیری وزن لازم است مادر باردار با لباس سبک و بدون کفش توزین شود. شرایط اندازه‌گیری از نظر زمان، مکان، ترازو، لباس مادر و فردی که اندازه‌گیری را انجام می‌دهد باید تا حد امکان در تمام مراحل یکسان باشد.

مشخصات و نحوه رسم نمودار و ثبت وزن‌گیری به شرح زیر است:

نمودار وزن‌گیری از خطوط عمودی و افقی تشکیل شده است. خطوط افقی نشان دهنده هفته‌های بارداری و هر خانه جدول در محور افقی، بیانگر یک هفته است. خطوط عمودی نشان دهنده میزان وزن‌گیری برحسب کیلوگرم بوده و هر خانه جدول در محور عمودی بیانگر ۰/۵ کیلوگرم می‌باشد. روی خط افقی مبنا، عدد صفر به معنای مبدأ شروع بارداری است. خطوط بالاتر از محور افقی مبنا با اعداد مثبت، میزان وزن‌گیری یا افزایش وزن را نشان می‌دهد و خطوط پایین‌تر از محور افقی مبنا با اعداد منفی، میزان کاهش وزن احتمالی را در هفته‌های اول بارداری مشخص می‌کند. در وسط

جدول، خطوط مایل رسمی شده است که فاصله بین آنها محدوده‌ی وزن‌گیری مناسب مادر را بر اساس نمایه اساس نمایه توده بدنی او مشخص می‌کند.

برای بارداری تک‌قلویی نمودار مربوط به مادر کم‌وزن، طبیعی، اضافه وزن و چاق وجود دارد و برای بارداری دوقلویی، نمودار مربوط به مادر با نمایه توده بدنی طبیعی، اضافه وزن و چاق وجود دارد.

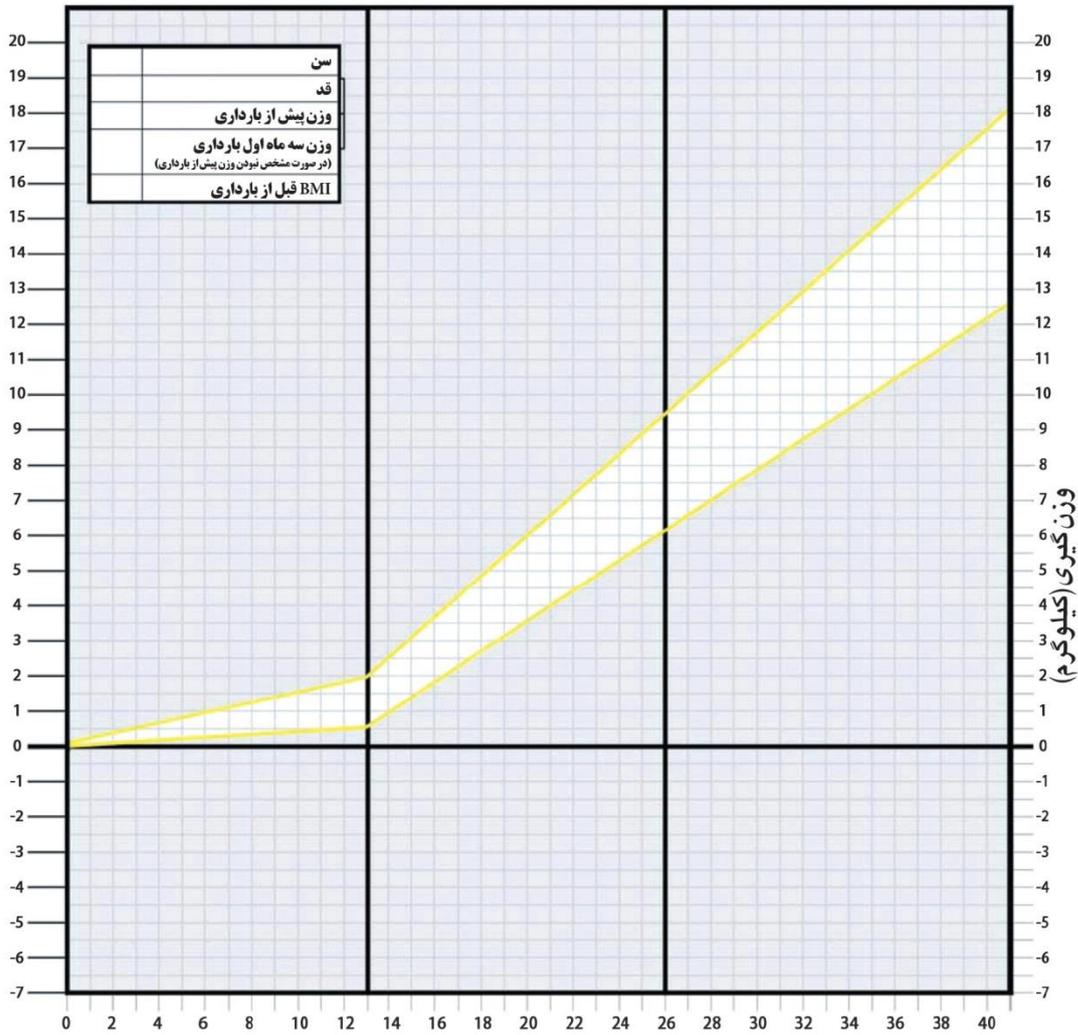
توجه: برای تک‌قلویی و دوقلویی از نمودارهای مربوطه استفاده شود.

ضروری است ضمن تکمیل جدول ثبت میزان وزن‌گیری، روند وزن‌گیری بر روی نمودار وزن‌گیری دوران بارداری موجود در فرم مراقبت بارداری مادر و نیز دفترچه مراقبت مادران ثبت و در هر ملاقات معمول دوران بارداری ترسیم شود.

نکته: در صورتی که مادر، دو قلو تشخیص داده شود باید از نمودار وزن‌گیری دوقلویی استفاده شود.

محدوده افزایش وزن ۱۸-۱۲/۵ کیلوگرم

بخش ۶: نمودار وزن گیری (کم وزن- تک قلوپی)



هفته‌های بارداری

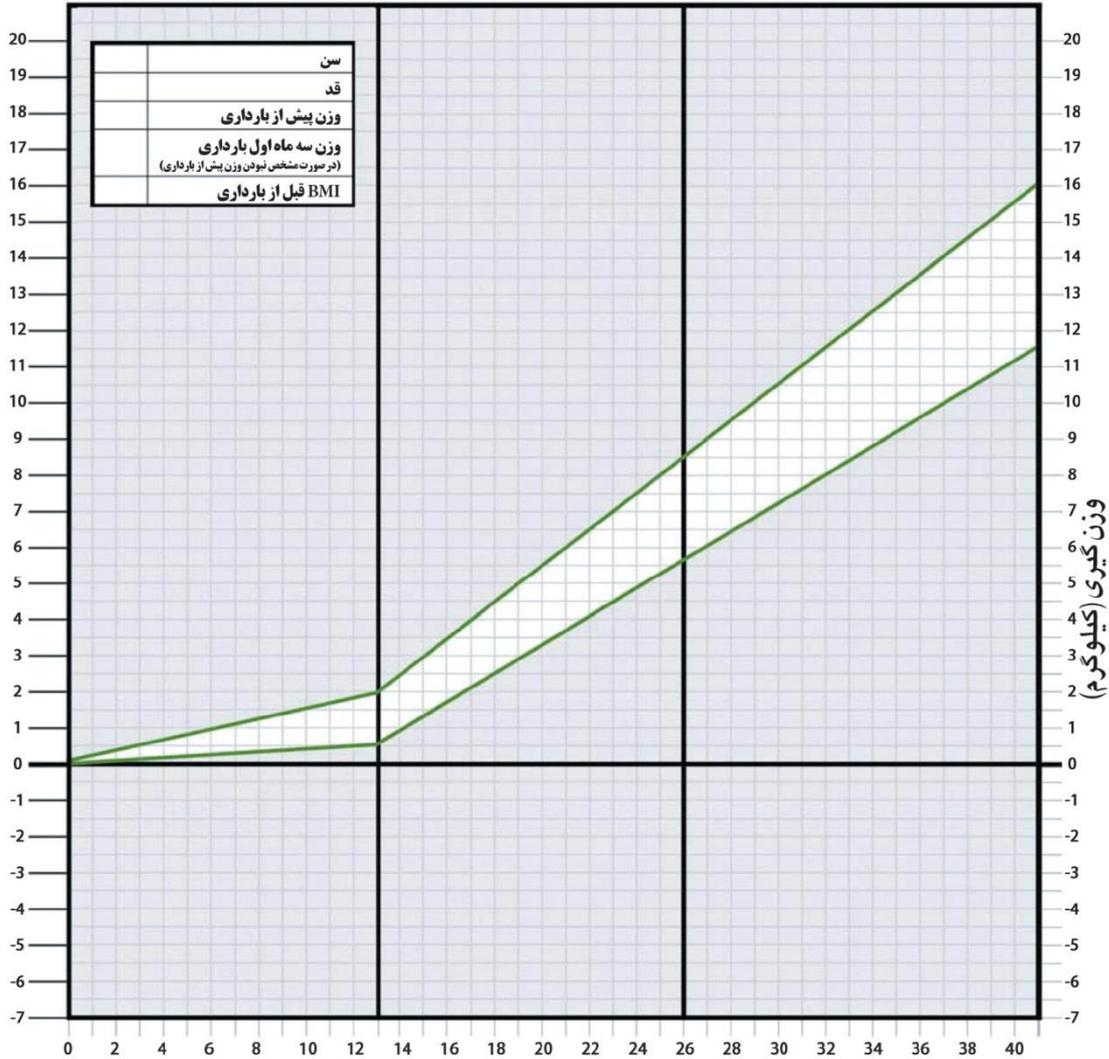
از این نمودار برای رسم منحنی وزن‌گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری کمتر از ۱۸/۵ استفاده شود

جدول ثبت وزن‌گیری

۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷-۳۵	۳۴-۳۱	۳۰-۲۶	۲۵-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
												هفته بارداری
												وزن مادر
												میزان وزن‌گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
												میزان وزن‌گیری مادر از ابتدای بارداری
												وزن‌گیری نامناسب

محدوده افزایش وزن ۱۶-۱۱/۵ کیلوگرم

بخش ۶: نمودار وزن گیری (طبیعی- تک قلوپی)



هفته‌های بارداری

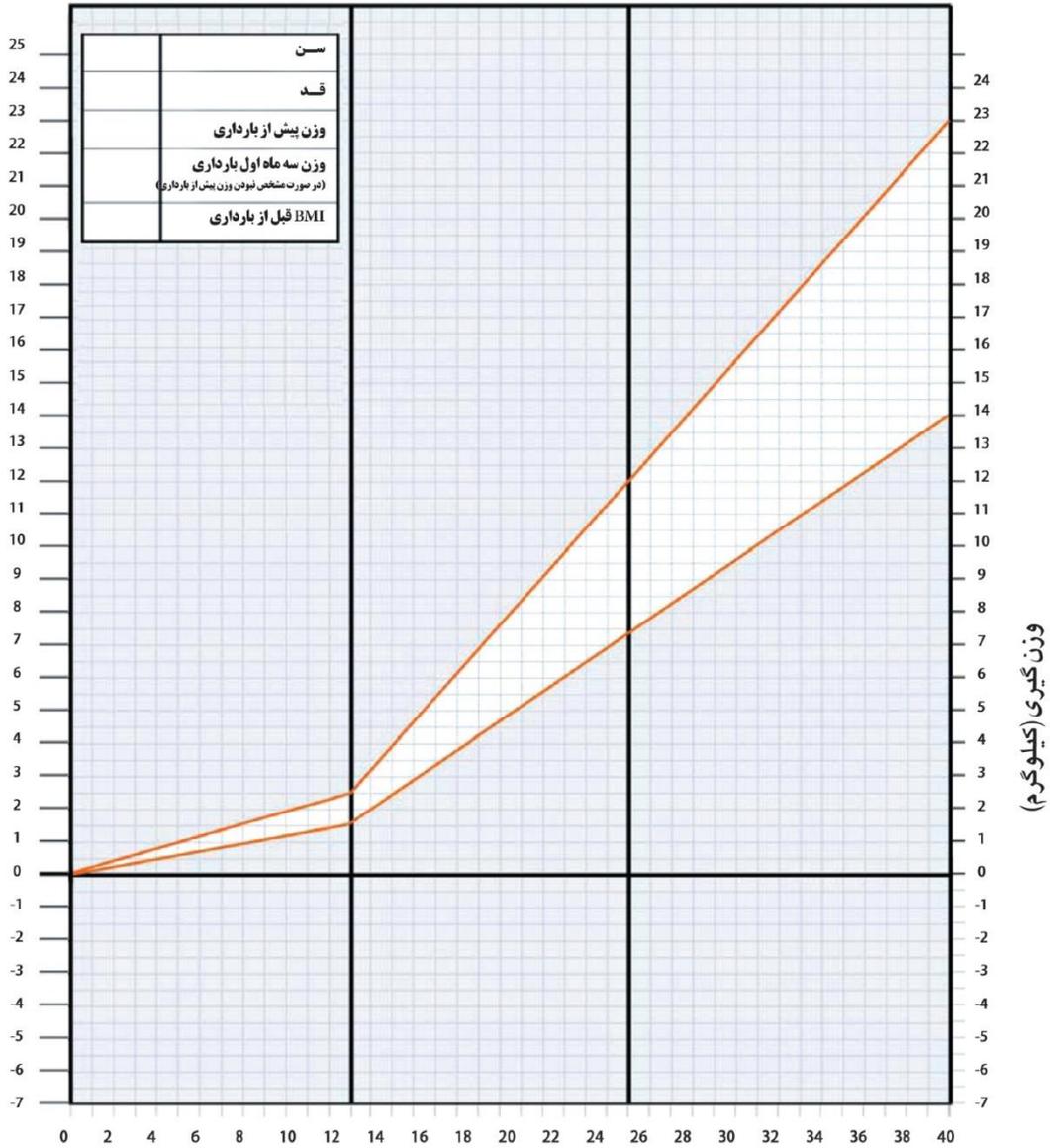
از این نمودار برای رسم منحنی وزن‌گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۱۸/۵-۲۴/۹ استفاده شود

جدول ثبت وزن‌گیری

۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷-۳۵	۳۴-۳۱	۳۰-۲۶	۲۵-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
												هفته بارداری
												وزن مادر
												میزان وزن‌گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
												میزان وزن‌گیری مادر از ابتدای بارداری
												وزن‌گیری نامناسب

محدوده افزایش وزن ۲۳-۱۴ کیلوگرم

بخش ۶: نمودار وزن گیری (اضافه وزن- دو قلوایی)



هفته‌های بارداری

از این نمودار برای رسم منحنی وزن‌گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۹/۹-۲۵ استفاده شود

جدول ثبت وزن‌گیری

۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷-۳۵	۳۴-۳۱	۳۰-۲۶	۲۵-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
												هفته بارداری
												وزن مادر
												میزان وزن‌گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
												میزان وزن‌گیری مادر از ابتدای بارداری
												وزن‌گیری نامناسب

نحوه ترسیم نمودار وزن گیری مادر

برای ترسیم نمودار وزن گیری مادر به شرح زیر اقدام کنید:

۱- در صورتی که وزن قبل از بارداری مادر مشخص است (معیار، ثبت وزن در پرونده است):
اگر وزن قبل از بارداری مادر (حداکثر ۳ ماه قبل از بارداری) مشخص باشد، آن را دقیقاً روی عدد صفر در نمودار وزن گیری ثبت و علامت × (ضربدر) بگذارید. این ضربدر به این معناست که وزن گیری در شروع بارداری صفر است. طی هر نوبت ملاقات با مادر باردار پس از توزین او و مقایسه وزن جدید با وزن قبلی، مقدار افزایش وزن را محاسبه و در جدول ثبت وزن بنویسید. پس از تعیین مقدار افزایش وزن روی محور عمودی مبنا در نمودار وزن گیری، وزن مادر در زمان مراجعه را در کنار آن ثبت کنید. سپس محل تلاقی خط وزن گیری و خط هفته بارداری مربوطه را پیدا کنید و علامت × (ضربدر) بگذارید. در هر نوبت مراجعه به همین ترتیب تا پایان ملاقات‌های بارداری عمل کرده و در هر ملاقات، نقاطی را که با ضربدر مشخص شده است به هم وصل کنید.

نکته: در صورتی که میزان وزن گیری مادر به صورت عدد اعشاری باشد، در نمودار، آن را گرد کنید؛ اما هنگام ثبت وزن در جدول، همان وزن واقعی مادر ثبت شود. مثلاً $3/800$ کیلوگرم وزن گیری را 4 کیلوگرم در نظر بگیرید و یا $3/300$ کیلوگرم وزن گیری را $3/5$ کیلوگرم در نظر بگیرید.

مثال: در مادری ۲۵ ساله با قد 160 سانتی‌متر وزن قبل از بارداری 58 کیلوگرم ثبت شده است. وزن این مادر در هفته ۹ بارداری 59 کیلوگرم، در هفته ۱۳ بارداری $59/5$ ، در هفته ۱۸ بارداری $61/5$ کیلوگرم و در هفته ۳۱ بارداری به $66/8$ کیلوگرم رسیده است.

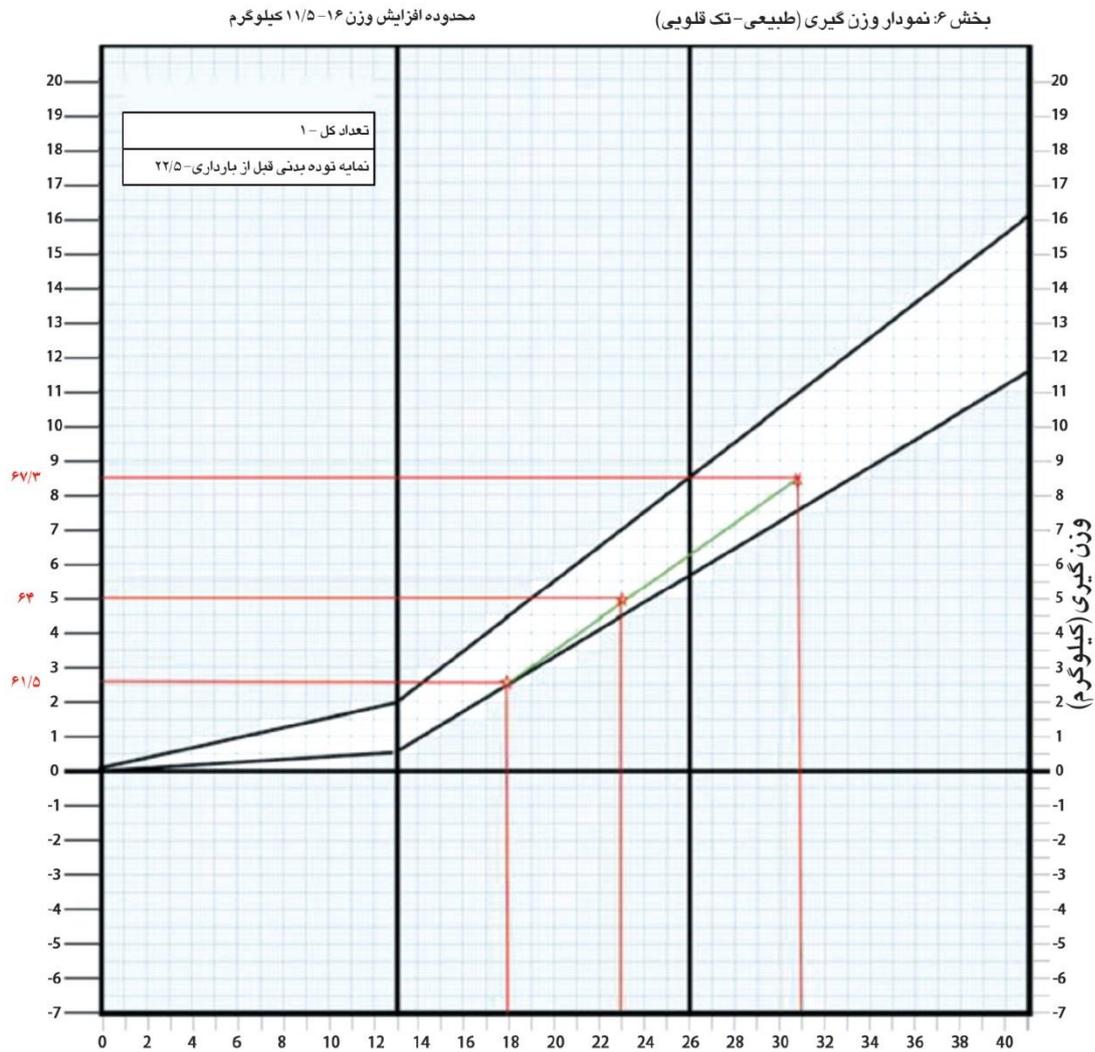
با توجه به این که قد مادر 160 سانتی‌متر و وزن پیش از بارداری او 58 کیلوگرم بوده است، نمایه توده بدنی او $22/65$ می‌باشد. در این صورت از جدول وزن گیری طبیعی برای محاسبه میزان افزایش وزن مطلوب استفاده می‌شود، در نمودار طبیعی کنار عدد صفر محور وزن گیری عدد 58 نوشته می‌شود. تا هفته ۹ بارداری، وزن مادر به 59 کیلوگرم رسیده است یعنی به میزان 1 کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است و بنابراین در کنار عدد 1 در محور هفته وزن گیری عدد 59 نوشته شده و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. در هفته ۱۳ بارداری، وزن مادر به $59/5$ کیلوگرم رسیده است یعنی به میزان $1/5$ کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است و بنابراین در کنار عدد $1/5$ محور هفته وزن گیری عدد $59/5$ نوشته شده و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. در هفته ۱۸ بارداری، وزن مادر به $61/5$ کیلوگرم رسیده است یعنی به میزان $3/5$ کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است و بنابراین در کنار عدد $3/5$ محور هفته وزن گیری عدد $61/5$ نوشته شده و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. در هفته ۳۱ بارداری، وزن مادر به $66/8$ کیلوگرم رسیده است یعنی به $8/8$ کیلوگرم از ابتدای بارداری به وزن مادر افزوده شده است که با گرد کردن 9 کیلوگرم در نظر گرفته می‌شود و بنابراین در کنار عدد 9 محور هفته وزن گیری عدد $66/8$ نوشته می‌شود (عدد $66/8$ گرد شده و 67 کیلو در نظر گرفته می‌شود) و در محل تلاقی علامت ضربدر گذاشته می‌شود. نقاط حاصل از چهار ضربدر به دست آمده را در هر نوبت مراجعه به هم وصل می‌کنیم. جدول وزن گیری و نمودار وزن گیری به شکل زیر رسم خواهد شد:

۲- در صورتی که وزن مادر در قبل از بارداری مشخص نیست اما وزن در سه ماهه اول بارداری مشخص است: در این مورد مطابق مبحث میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه اول بارداری مراجعه می کند، رفتار می شود. نحوه ترسیم نمودار اینگونه مادران شبیه مورد ۱ (وزن قبل از بارداری مادر مشخص است) است. در این حالت ابتدای بارداری را از محل تلاقی محور عمودی و افقی و از خط صفر شروع می کنیم.

۳- در صورتی که اولین مراجعه مادر در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه اول بارداری ثبت نشده باشد، مطابق جدول شماره ۶ (میزان وزن گیری مادری که در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری مراجعه می کند)، رفتار می شود.

مثال: مادری ۲۵ ساله در هفته ۱۸ بارداری مراجعه نموده است و قد مادر ۱۶۰ سانتی متر و وزن او ۶۱/۵ کیلوگرم است و وزن قبل از بارداری یا وزن سه ماهه اول بارداری او ثبت نشده است. در هفته ۲۳ بارداری وزن او به ۶۴، و در هفته ۳۱ بارداری وزن او به ۶۷/۳۰۰ کیلوگرم رسیده است.

مطابق جدول شماره ۶، فرض می شود که طی ۱۸ هفته، ۳ کیلوگرم به وزن مادر افزوده شده است و لذا وزن قبل از بارداری مادر ۵۸/۵ و نمایه توده بدنی او نیز در قبل بارداری ۲۲/۸۵ بوده است. به این ترتیب، برای این مادر، از جدول وزن گیری طبیعی استفاده می کنیم. در نمودار وزن گیری طبیعی وزن ۵۸/۵ کیلوگرم را کنار نقطه صفر می نویسیم و در محور افقی، هفته ۱۸ بارداری را مشخص کرده و از آن نقطه، خطی به طور عمودی رسم می کنیم. در محور عمودی وزن ۶۱/۵ کیلوگرم (یعنی ۳ کیلوگرم بالاتر از نقطه صفر) را مشخص کرده و از آن نقطه، خطی به طور افقی رسم می کنیم. حال محل تلاقی این خط افقی با خط عمودی مربوط به هفته ۱۸ بارداری را خواهیم داشت. در هفته ۲۳ بارداری وزن مادر به ۶۴ کیلوگرم رسیده است، نسبت به نقطه صفر یا ابتدای بارداری (۵۸/۵ کیلوگرم) به اندازه ۵/۵ کیلوگرم و نسبت به مراجعه قبلی ۲/۵ کیلوگرم مادر افزایش وزن داشته است. بنابراین در محور عمودی وزن ۶۴ کیلوگرم (یعنی ۵/۵ کیلوگرم بالاتر از نقطه صفر) را مشخص کرده و از آن نقطه، خطی به طور افقی رسم می کنیم. حال محل تلاقی این خط و هفته ۲۳ بارداری را - که نقطه افزایش وزن است - خواهیم داشت. به همین ترتیب، از اتصال خط عمودی مربوط به هفته ۳۱ بارداری و خط افقی مربوط به وزن مادر یعنی ۶۷/۳ کیلوگرم (یعنی ۹ کیلوگرم بالاتر از نقطه صفر یا ابتدای بارداری) نقطه افزایش وزن را خواهیم داشت. از اتصال نقاط افزایش وزن هفته های ۱۸، ۲۳ و ۳۱ نمودار وزن گیری مادر به دست می آید. این نمودار نشان می دهد که مادر تا هفته ۳۱ بارداری ۹ کیلوگرم افزایش وزن داشته است.



هفته‌های بارداری

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

جدول ثبت وزن‌گیری

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

معیارهای وزن‌گیری نامناسب در مادران باردار

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

وزن‌گیری کمتر از انتظار

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

وزن‌گیری بیش از انتظار

- ۱- هرگاه مادر باردار براساس جدول وزن‌گیری، افزایش وزن بیشتری داشته باشد و یا شیب نمودار وزن‌گیری مادر از شیب نمودار مرجع بیشتر گردد وزن‌گیری بیش از حد انتظار محسوب می‌گردد.
- ۲- بعد از هفته ۲۰ بارداری مادر نباید ماهانه بیش از ۳ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد. گاهی اوقات این امر به دلیل جمع شدن آب به طور غیرطبیعی در بدن است که اولین علامت پراه اکلامپسی است. در این صورت اقدامات لازم برای کنترل مسمومیت بارداری باید انجام شود. این اقدامات در مجموعه مراقبت‌های ادغام یافته دوران بارداری توضیح داده شده است.
- ۳- اگر افزایش وزن مادر در طول بارداری بیش از یک کیلوگرم در هفته باشد، بیشتر از حد انتظار وزن اضافه کرده است.

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

مهمترین عللی که سبب وزن‌گیری نامناسب مادر در دوران بارداری می‌شوند عبارتند از:

- دسترسی ناکافی به برخی از گروه‌های غذایی
- عادات غذایی نامناسب و پیروی از رژیم‌های غذایی خاص (کم‌خوری، رژیم درمانی و یا خرافات غذایی)
- تهوع و استفراغ دوران بارداری
- ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای یا سابقه ابتلا به آنها (مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و ...)
- عفونت‌های ادراری
- ابتلا به اختلالات روانی و افسردگی
- مشکلات خانوادگی و نارضایتی از بارداری
- اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر و دخانیات
- مصرف زیاد و غیرعادی مواد خوراکی و غیرخوراکی (ویار حاملگی و پیکا)
- مشکلات اقتصادی و درآمد ناکافی خانواده
- حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی
- تحرک ناکافی و نداشتن فعالیت بدنی روزانه
- سن کمتر از ۱۸
- چندقلویی
- سابقه زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفت کامل بارداری) یا سقط
- سابقه تولد نوزاد کم‌وزن
- فاصله بارداری کمتر از ۳ سال با زایمان قبلی

خلاصه‌ای از مهم‌ترین علل وزن‌گیری نامناسب و راهکارهای پیشنهادی در جدول شماره ۷ (صفحه بعد) شرح داده شده است.

جدول ۷: علل وزن‌گیری نامناسب در دوران بارداری و راهکارهای پیشنهادی

راهکار پیشنهادی	علل وزن‌گیری نامناسب در دوران بارداری
معرفی جانشین‌های غذایی در هر گروه غذایی (متناسب با غذاهای بومی منطقه) مثلاً استفاده از حبوبات و یا تخم‌مرغ به جای گوشت در وعده غذایی	دسترسی نداشتن به برخی اقلام غذایی
شناسایی خرافات غذایی منطقه و اصلاح نگرش با ارائه آموزش‌های لازم	خرافات و محدودیت‌های غذایی
مشاوره و آموزش چهره به چهره و ارائه متون آموزشی ساده به مادر باردار و همراهان او	ناآگاهی تغذیه‌ای مادر و اطرافیان
مشاوره با مادر جهت علت‌یابی مشکل موجود ارجاع به روانپزشک یا روانشناس جهت مشاوره	افسردگی و بی‌اشتهایی ناشی از آن
معرفی خانواده به کمیته امداد امام خمینی(ره) و سایر سازمان‌های حمایتی که با مرکز بهداشت استان همکاری دارند. (براساس دستورالعمل)	مشکلات مالی و اقتصادی
تشخیص نوع بیماری و درمان آن و در صورت نیاز ارجاع به پزشک متخصص، کنترل تداخل غذا و داروی مصرفی با نظر متخصص تغذیه	بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، عفونی، قلب و عروق و ...)
در صورت شدید بودن، ارجاع به متخصص جهت بستری در بیمارستان و سرم درمانی تا زمان تثبیت وضعیت بیمار. در صورت خفیف تا متوسط بودن طبق توصیه‌هایی که در راهنمایی کشوری تغذیه مادران باردار و شیرده آمده است عمل شود.	تهوع و استفراغ بارداری
مشاوره با همسر و سایر اعضای خانواده برای کمک به مادر باردار و کاهش حجم کار و افزایش مدت استراحت او توصیه به‌مادر جهت پرهیز از دیر خوابیدن شبانه	حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی
توصیه به پیاده‌روی در طول روز و انجام کارهای روزمره در حد متعادل	بی‌حرکی یا کم بودن فعالیت‌های جسمی
ارجاع به متخصص زنان و متخصص تغذیه	پرفشاری خون
ارجاع به متخصص زنان	اکلامپسی و پره اکلامپسی
مشاوره با مادر در مورد قطع مصرف سیگار و دوری از انواع دود و آموزش در زمینه مضرات آن برای سلامت مادر و جنین اقدام برای ترک اعتیاد کنترل داروهای مصرفی و تعدیل دوز براساس نوع بیماری کنترل تداخل غذا و داروی مصرفی با نظر متخصص تغذیه	استعمال سیگار و سایر مواد اعتیادآور و برخی داروها

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

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

تعیین ارتفاع رحم:

با تعیین ارتفاع رحم از روی شکم، سن تقریبی بارداری مشخص می‌شود. بدین منظور از هفته ۱۶ بارداری به بعد باید در هر بار مراقبت ارتفاع رحم اندازه‌گیری و با سن بارداری مطابقت داده شود. برای معاینه، مثنان باید خالی باشد. سپس مادر به پشت خوابیده و پاها را به طرف شکم خم کرده و کمی باز نگه دارد. سرخانم باید کمی بالاتر از سطح بدن وی باشد. در هفته‌های ۱۸ تا ۳۲ بارداری می‌توان ارتفاع رحم را با نوار متری مطابق تصویر زیر اندازه‌گیری کرد. در این مدت ارتفاع رحم برحسب سانتی‌متر تقریباً با سن بارداری برحسب هفته مطابقت دارد. (یعنی حدود ۱۸ تا ۳۲ سانتی‌متر معادل سن بارداری ۱۸ تا ۳۲ هفته می‌باشد)



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

- در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف قرار دارد.
 - در هفته ۲۰ بارداری، قله رحم در حدود ناحیه ناف قرار می‌گیرد.
 - در هفته ۲۴ قله رحم در فاصله ۲ انگشت بسته بالای ناف قرار می‌گیرد.
 - در هفته ۲۸ بارداری قله رحم در فاصله ۴ انگشت بسته بالای ناف قرار می‌گیرد.
 - در هفته ۳۲ بارداری قله رحم بین ناف و جناغ سینه قرار می‌گیرد.
 - در هفته ۳۶ قله رحم بین در حد جناغ سینه قرار می‌گیرد.
 - از هفته ۳۶ تا ۴۰ به علت پائین آمدن سرجین در حفره لگن (بویژه در شکم اول) قله رحم به حدود هفته ۳۸ بارداری یعنی در زیر استخوان جناغ لمس می‌شود.
- در صورت عدم تطابق اندازه رحم با سن بارداری، (بیش از ۳ هفته) لازم است بهورز اقدام به ارجاع غیرفوری مادر نماید.

- اندازه‌گیری علائم حیاتی (فشارخون، تنفس، نبض، درجه حرارت):

در هر بار مراقبت باید فشارخون، درجه حرارت، نبض و تنفس مادر اندازه‌گیری شود.

(۱) **اندازه‌گیری و کنترل فشارخون:** یکی از اقدامات لازم در هر بار مراقبت اندازه‌گیری فشارخون زن باردار و توجه به تغییرات آن می‌باشد. افزایش فشارخون اولین علامت مشکلات حاملگی و از جمله پره اکلامپسی است. اختلالات ناشی از بالا بودن فشارخون در زمان بارداری از طریق اندازه‌گیری و کنترل منظم فشارخون تشخیص داده می‌شود. با این اقدام بسیار ساده در هر بار مراقبت مادر، می‌توان از بسیاری از عوارض و مرگ و میر مادران جلوگیری کرد. فشارخون بالا در

حاملگی زمانی است که فشارخون خانم باردار ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر است. در مواردی که میزان فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر نیست، میزان فشارخون اندازه‌گیری شده با میزان فشارخون اولیه مقایسه می‌شود. اگر فشارخون سیستولیک (ماکزیمم) به میزان ۳۰ میلی‌متر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک (می‌نیمم) به میزان ۱۵ میلی‌متر جیوه نسبت به فشارخون اولیه بیشتر شده باشد، افزایش تدریجی فشارخون وجود دارد.

برای اندازه‌گیری فشارخون، لازم است مادر باردار در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) قرار گرفته و فشارخون وی از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری شود. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه‌گیری شود. چنانچه فشارخون مادر در وضعیت خوابیده اندازه‌گیری می‌شود، حتماً باید مادر به پهلو دراز بکشد. زیرا در حالت خوابیده به پشت سیاهرگ‌های بزرگ داخل شکم بوسیله جنین تحت فشار بوده و از بازگشت خون به قلب جلوگیری می‌شود. بنابراین فشارخون واقعی مشخص نمی‌گردد.

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

۳) اندازه‌گیری دمای بدن: درجه حرارت بدن مادر باردار را باید از راه دهان اندازه‌گیری کرد. دمای طبیعی بدن ۳۷ درجه سانتی‌گراد است، چنانچه دمای بدن وی به میزان ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بالاتر برسد، مادر تب دارد. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان نیم درجه کمتر است.

۴) اندازه‌گیری نبض: نبض سرعت ضربان قلب را نشان می‌دهد 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.

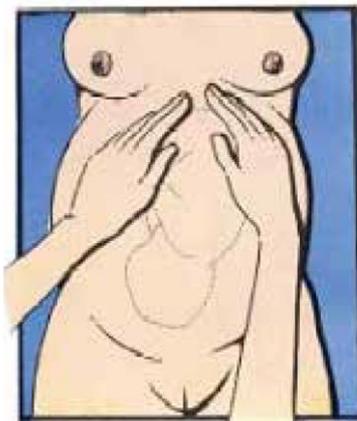
❖ در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی مطابق چارت مراقبت‌های بارداری در انتهای فصل اقدام شود.

- معاینه شکم:

تقریباً بعد از هفته ۳۶ بارداری با لمس شکم مادر باردار می‌توان وضعیت جنین را در داخل رحم، تعیین و اعضای بدنش را حس کرد. بدین منظور از چهار نوع معاینه با عنوان مانورهای لئوپولد استفاده می‌شود. 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 مانورهای لئوپولد شامل چهار نوع معاینه (مانور) به شکل زیر است:

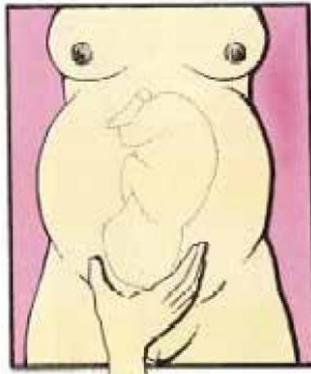
مانور اول: در این مانور معاینه کننده در کنار تخت می‌ایستد بگونه‌ای که نگاه او به طرف صورت خانم باشد و مطابق شکل زیر با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس می‌کند. ته جنین بصورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر بصورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می‌شود.



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 می‌ایستد و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار می‌دهد و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار می‌آورد. در یک طرف شکم ساختمان سخت و مقاومی لمس می‌شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم مادر برجستگی‌هایی لمس می‌شود که دست و پا و جلو بدن جنین است.



مانور سوم: در یک 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 می‌گیرد. حال چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می‌شود. بدین ترتیب با انجام این سه مانور سر، ته، پشت و اندام‌های جنین مشخص شده است.

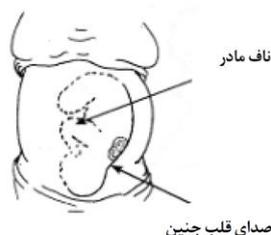
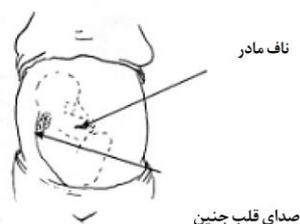


مانور چهارم: برای انجام این مانور، معاینه کننده، طوری قرار می‌گیرد که نگاه او به طرف پاهای خانم باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، مطابق شکل زیر فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد می‌کند. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می‌کند.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



- شنیدن صدای قلب جنین:

تقریباً از هفته بیستم بارداری به بعد صدای ضربان قلب جنین با دستگاهی به نام گوشی مامائی یا پینارد (وسیله شیپور ماندی که بر روی شکم مادر در محل مناسب قرار می‌گیرد) شنیده می‌شود. با سونیکیت از هفته ۱۲ بارداری به بعد صدای قلب جنین شنیده می‌شود. 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 دقیقه است. از هفته ۲۸ بارداری به بعد در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمرید. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می‌کند.



نحوه قرار دادن گوشی

❖ در صورت شنیده نشدن یا غیرطبیعی بودن تعداد ضربان قلب جنین مطابق پارت مراقبت‌های بارداری در انتهای فصل اقدام شود.

- بررسی وضعیت حرکت جنین:

مادر یک لیوان شربت قند نوشیده و به پهلو چپ بخوابد.

بررسی حرکت: معمولاً اولین حرکت جنین توط مادر در هفته ۱۶ تا ۲۰ احساس می‌شود و این زمان می‌تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین ۲۰ تا ۳۰ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می‌یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می‌شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته‌ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

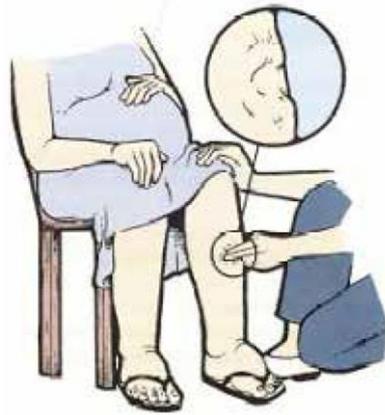
نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس ۱۰ حرکت در ۲ ساعت طبیعی است و در صورتی که تعداد حرکات جنین به ۱۰ بار نرسد، مادر را ارجاع دهید. در یک روش الگوی

حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ۲۸ بارداری اهمیت دارد. اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، نیاز به نگره داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیست.

- معاینه اندامها 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 باشد، معمولاً پوست باد کرده به نظر می رسد و گاهی پریده رنگ تر و براق تر و سفت تر از حالت طبیعی است. اگر با انگشت سبابه روی استخوان ساق پا فشار وارد شود، در برخی موارد جای انگشت باقی می ماند. همچنین در این افراد اغلب جای فشار لباسها 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 فشار خون تحت نظر قرار گیرد و برای بررسی پره اکلامپسی به پزشک ارجاع داده شود.



❖ در صورت مشاهده ورم دستها و صورت و ورم و درد یک طرفه ساق و ران مطابق چارت مراقبت های بارداری در انتهای فصل اقدام شود.

- معاینه دهان و دندان:

✓ مراقبت دهان و دندان زنان باردار

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

✓ کنترل پوسیدگی دندان در دوران بارداری:

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

بعضی از این شرایط عبارتند از:

- ۱- بیماری صبحگاهی: در سه ماهه اول بارداری ممکن است صبحها نوعی حالت کسالت، تهوع و استفراغ رخ دهد که به آن بیماری صبحگاهی می‌گویند. استفراغ مکرر سطوح دندان را متناوباً در معرض اسید معده قرار می‌دهد. این اسید می‌تواند بافت سخت دندان را حل نموده و باعث پوسیدگی آن شود.
 - ۲- مصرف مواد شیرین یا ترش به مقدار زیاد: اکثر خانمهای باردار، علاقه زیادی به مصرف مواد قندی و شیرینی یا مواد ترش دارند (ویار). در این دوران به علت استفاده مکرر از این مواد دندانهایشان دچار پوسیدگی می‌شوند.
 - ۳- کاهش ظرفیت معده: در دوران بارداری بخصوص ماههای آخر ظرفیت معده کاهش می‌یابد. بنابراین به مقادیر کمتر ولی دفعات بیشتر غذا خورده و کمتر مسواک زده می‌شود. بنابراین امکان تشکیل پلاک میکروبی که عامل پوسیدگی است افزایش می‌یابد.
 - ۴- بیشتر زنان حامله در این دوران کم‌حوصله هستند و کمتر به بهداشت دهان و دندان خود توجه دارند. تحقیقات نشان داده است که مادران بارداری که دارای پوسیدگیهای شدید می‌باشند، می‌توانند پس از تولد کودک، میکروبیهای پوسیدگی‌زا را به دهان نوزادان خود منتقل نمایند. بنابراین در صورتیکه خانمهای باردار رعایت بهداشت دهان و دندان را در این دوران بصورت مطلوب داشته باشند، نه تنها خود به پوسیدگی دندان و بیماری لثه دچار نخواهند شد بلکه احتمال بروز پوسیدگی دندان در کودک آنها نیز به میزان زیادی کاهش می‌یابد.
- اهمیت و زمان معاینه دهان و دندان:** معاینه دهان و دندان بخشی از معاینات زمان بارداری است. در این دوران به علت مصرف کلسیم بدن مادر برای ساختن استخوان‌بندی جنین، خطر پوسیدگی و از بین رفتن دندان‌های مادر بیشتر است. همچنین طبق مطالعات انجام شده، بیماری‌های پریودنتال (لثه و بافت‌های نگهدارنده) در مادر باردار در صورتی که درمان نشده باشد، می‌تواند منجر به زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس و کم‌وزن شود. بنابراین ضمن آموزش بهداشت دهان و دندان، باید دهان و دندان مادر از نظر وجود التهاب لثه، پوسیدگی دندان، جرم (لایه میکروبی سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای بر روی دندان‌ها)، عفونت و آبسه در نیمه اول بارداری (ملاقات اول و دوم و سوم) معاینه شده و در صورت مشاهده مشکل، مادر به دندان پزشک ارجاع شود. درمان بیماری دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
- پوسیدگی دندان با تخریب ساختمان دندان به علت وجود میکروبیهای پوسیدگی‌زا می‌شود که علائم آن عبارتند از:

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

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

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

- کنترل بیماریهای لثه در دوران بارداری:

در دوران بارداری، لثه‌ها و دندانها همچون دیگر نسوج بدن تحت تأثیر شرایط خاص حاملگی قرار می‌گیرند. به دلیل تغییرات هورمونی در دوران بارداری، اغلب التهاب و عفونت لثه (ژنژیویت حاملگی) در ماه دوم یا سوم بروز نموده و تا ماه هشتم شدت آن افزایش می‌یابد و پس از آن و در دوران پس از زایمان روند کاهشی دارد. حساسیت لثه ممکن است در این دوران سبب شود که خانم باردار به خوبی از مسواک و نخ دندان استفاده ننماید، در نتیجه پلاک میکروبی که بر روی دندانها بصورت مستمر تشکیل می‌شود، به خوبی تمیز نشده و التهاب لثه و پیشرفت بیماری را بدتر می‌نماید با توجه به اینکه درمان التهاب لثه آسیبی برای جنین به همراه ندارد. لذا نباید در چنین مواقعی درمان را تا زمان تولد نوزاد به تعویق انداخت. بنابراین مراجعه به دندانپزشک در برطرف کردن این مشکل ضروری و لازم می‌باشد.

تومور حاملگی:

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

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

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

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

قبل از پرسش‌گری در این بخش به خانم توضیح دهید که «می‌خواهم سؤالاتی در زمینه روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم و هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان و به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان است». در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما است و کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.» نحوه امتیاز دهی: در این قسمت به پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت به ترتیب امتیاز ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازها می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد. افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد. در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

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

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

- ایمن سازی:

در دوران بارداری تزریق هر نوع واکسن ویروسی زنده مانند سرخجه ممنوع است. واکسن توام (دیفتی کزاز) واکسنی است که در بارداری تزریق آن مجاز می باشد. این واکسن باعث مصون سازی مادر و نوزاد بر علیه بیماری کزاز و دیفتی و جلوگیری از ابتلاء نوزاد به کزاز نافی می شود. بدین منظور خانم باردار باید در هر زمانی از شروع بارداری طبق دستورالعمل کشوری واکسینه شود. چنانچه طبق جدول ایمن سازی زنان سنین باروری در دستورالعمل 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 دلیلی مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تأخیر افتاد بهتر است تزریق واکسن حداقل ۲ هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

- تزریق واکسن آنفولانزا در صورت نیاز طبق دستورالعمل انجام شود.

- تزریق آمپول رگام:

در خون اکثر افراد عاملی به نام اره‌اش (RH) وجود دارد که به آنها اره‌اش مثبت (Rh+) و به گروهی که خون آنها فاقد این عامل است اره‌اش منفی (Rh-) گفته می شود. چنانچه پدر و مادر با هم ناسازگاری خون داشته باشند یعنی مادر Rh- و پدر Rh+ باشد و جنین داخل رحم مادر نیز Rh+ شود، در هنگام زایمان و یا به علت سقط جنین خون جنین از راه بند ناف وارد خون مادر شده، مادر در مقابل عامل Rh حساس می شود و در خون وی عاملی بر ضد آن به نام پادتن تولید می گردد. حال اگر مادر مجدداً حامله شود و جنین وی Rh+ باشد، پادتن های تولید شده در خون مادر وارد خون جنین بعدی شده و اثرات زیان باری ایجاد می کنند. امروزه روشی وجود دارد که از حساس شدن مادر در مقابل عامل Rh جلوگیری می کند و آن تزریق یک نوع سرم مخصوص به نام رگام به مادران Rh- در طول ۷۲ ساعت اول پس از زایمان و تولد نوزاد Rh+ است. ضمناً برای تشخیص حساسیت مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت در ملاقات اول و سوم بارداری انجام آزمایش کومبس غیرمستقیم 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 بارداری 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 برای بررسی وضعیت جنین، اطمینان از سلامت وی و تعیین سن دقیق بارداری که بطور معمول در دو نوبت، نیمه اول (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و نیمه دوم بارداری (هفته ۳۱ تا ۳۴) انجام می شود. هدف از سونوگرافی نوبت اول بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، تعیین سن بارداری و وجود ناهنجاری های واضح در جنین است و در این زمان جنین قابل تشخیص می باشد. در نوبت دوم بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و وجود ناهنجاری ها مدنظر می باشد. دفعات بیشتر سونوگرافی در صورت نیاز و براساس نظر پزشک یا ماما انجام می شود.

پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱ تا ۱۳ بارداری در صورت لزوم در هفته ۱۵ تا ۱۷ بارداری لازم است.

بهورز باید مادر را برای انجام سونوگرافی در زمان‌های تعیین شده به پزشک یا ماما ارجاع دهد.

آموزش‌های بهداشتی دوران بارداری

در هر بار ملاقات با مادر ضمن بررسی وزن، فشارخون و سایر مراقبت‌ها، باید آموزش‌هایی متناسب با سن بارداری به او داده شود. اهم این آموزش‌ها عبارتند از:

- تغذیه بارداری:

تغذیه مناسب در تمام مراحل زندگی از دوران جنینی تا سالمندی نقش عمده‌ای در سلامت انسان دارد و در دوران بارداری به علت حفظ سلامت مادر و سلامت موجودی که در بطن وی پرورش می‌یابد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. جنین مانند هر موجود زنده‌ای برای رشد و نمو خود نیاز به مواد غذایی، ویتامین‌ها، املاح و غیره دارد که این نیاز توسط مادر و از طریق جفت تامین می‌شود. لذا تغذیه زنان در تمام دوران زندگی و از جمله بارداری نقش اساسی در چگونگی رشد و نمو جنین خواهد داشت. با تغذیه مناسب از بروز برخی عوارض مانند سرگیجه، کم‌خونی، اثرات خونریزی بعد از زایمان جلوگیری می‌شود، نوزاد با وزن طبیعی متولد شده و احتمال بقای او در هفته‌های اول تولد افزایش می‌یابد و بعدها در زندگی از سلامت بیشتری برخوردار می‌شود. مادرانی که تغذیه صحیحی دارند در شیردهی به نوزاد خود نیز موفق‌تر خواهند بود. در دوران بارداری مقدار زیادی از ذخایر بدن مادر برای رشد و نمو جنین مصرف می‌شود. بنابراین غذای روزانه مادر باید حاوی مقدار لازم پروتئین برای رشد و ترمیم نسوج بدن خود و جنین، مقدار لازم چربی و نشاسته برای تولید انرژی، آب، املاح (آهن و کلسیم) و ویتامین‌ها باشد. بدین ترتیب در برنامه غذای روزانه خانم باردار وجود همه گروه‌های غذایی با رعایت تنوع و تعادل در مصرف آن ضروری است.

گروه‌های اصلی غذایی عبارتند از:

- نان و غلات
- میوه‌ها و سبزی‌ها
- شیر و لبنیات
- گوشت، تخم‌مرغ، حبوبات و مغزها

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز		گروه‌های غذایی
انواع نان بخصوص نوع سبوس‌دار (سنگگ، نان جو، ... نان‌های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته‌ها، غلات صبحانه و فرآورده‌های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. نان و غلات سبوس‌دار به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در اولویت است.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان‌ها مثل نان بربری، سنگگ و ۲ تا تافتون یا ۴ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا سه چهارم لیوان ماکارونی پخته یا ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس‌دار	۶-۱۱	۷-۱۱	گروه نان و غلات
این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ‌دار، هویج، بادمجان، نخودسبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه‌فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس، و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی‌های خام برگری یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه‌فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۵-۳	۵-۴	گروه سبزی‌ها

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز	گروه‌های غذایی
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب‌میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و ...) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۲-۴ ۳-۴	گروه میوه‌ها
مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم‌چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه	۲-۳ ۳-۴	گروه شیر و لبنیات
این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم‌مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و ...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...)	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی‌چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم‌مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۳ ۲-۳	گروه گوشت، حبوبات، تخم‌مرغ و مغز دانه‌ها

- مصرف مکمل‌های دارویی:

با توجه به آنچه گفته شد، مصرف مقدار کافی مواد غذائی حاوی کلسیم، آهن، پروتئین، ویتامین ث و همچنین اسید فولیک در دوران بارداری سلامت مادر و جنین را تامین می‌کند. ولی از آنجائی که افزایش نیاز بدن زن باردار به برخی از این مواد مانند آهن صرفاً با مصرف مواد غذائی تامین نمی‌شود، مصرف مکمل‌های غذائی شامل آهن، مولتی ویتامین و اسید فولیک در بارداری ضرورت دارد.

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

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

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

مولتی ویتامین مینرال یا ساده یکی دیگر از مکمل‌های غذایی است و توصیه می‌شود از شروع هفته ۱۶ بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد مصرف شود.

ید: در دوران بارداری مادر نیاز به ۱۵۰ میکروگرم ید دارد که بخشی از آن با مصرف کم نمک یددار تصفیه شده و بخشی دیگر با استفاده از مکمل ید تامین می‌شود. در این راستا مکمل ید بصورت ترکیب با اسید فولیک بنام ید و فولیک تولید شده است.

- کلیه زنانی که قصد بارداری دارند از ۳ ماه قبل بارداری و یا به محض اطلاع از بارداری روزانه یک عدد مکمل ید و فولیک که حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و ۵۰۰ میکروگرم اسیدفولیک می‌باشد تا شروع هفته ۱۶ بارداری داده شود.
- از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مولتی ویتامین حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید به کلیه مادران باردار داده شود.

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

- سوء تغذیه در زنان باردار:

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

برخی عوامل مستعدکننده 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
- وزن‌گیری نامناسب در بارداری
- سابقه زایمان نوزاد کم‌وزن (چنانچه وزن هنگام تولد نوزادان قبلی کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد و یا در سال اول زندگی لاغر و مبتلا به سوء تغذیه بوده باشند، این امر ممکن است ناشی از سوء تغذیه مادر باشد)
- حاملگی‌های مکرر بویژه با فاصله کم
- زنان خانواده‌های کم درآمد

- ابتلاء مادر به بیماری‌های مزمن مثل سل، بیماری‌های قلبی کلیوی، دیابت، فشارخون و مالاریا
- ناآگاهی مادر از تغذیه صحیح در بارداری

با رعایت دستورات تغذیه‌ای می‌توان بسیاری از مشکلات شایع در بارداری نظیر تهوع صبحگاهی، ویار، یبوست، سوزش سردل و ادم را کاهش داد.

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

تحقیقات و مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مصرف داروها، نوشیدن الکل و عوامل زیان‌بار 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، کم‌وزنی نوزاد و حتی مرگ نوزاد می‌شود و مصرف الکل باعث تاخیر رشد، ناهنجاری و اختلال عصبی در جنین می‌گردد. اکثر داروها می‌توانند از جفت عبور کرده و به جنین رسیده و عوارض و ناهنجاری‌هایی در جنین و نوزاد ایجاد کنند. نوع عارضه و یا تاثیر داروها و هر عامل خطرناک دیگری بستگی به این دارد که در کدام مرحله جنینی آن دارو یا عامل بر جنین اثر می‌گذارد. 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 عکس‌برداری پزشکی بدون اجازه پزشک خودداری شود. اگر خانمی قبل از بارداری به علت بیماری دارو مصرف می‌کرده و یا در اوایل بارداری مجبور به استفاده از دارو است، باید حتماً پزشک یا ماما را از باردار بودن خود مطلع کند.

- ناهنجاری‌های جنینی مثل نقص اعضا و اندام‌ها، تولد نوزاد کم‌وزن و نارس، عقب‌ماندگی ذهنی، مشکلات و نقایص دندانی و صورتی مانند شکاف لب و کام، بد رنگ شدن دندان‌های نوزاد، مرگ‌ومیر دوران جنینی از عوارض مصرف برخی داروها و کشیدن سیگار یا سایر عوامل زیان‌آور در بارداری است.
- به جز در مواردی که پزشک لازم می‌داند، عکسبرداری از لگن خاصره و شکم مادر باردار توصیه نمی‌شود. عکسبرداری از سایر اعضا بدن مادر با قرار دادن پوشش سربی مخصوص روی شکم مادر به منظور نرسیدن اشعه به جنین اشکالی ندارد.

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

- **بهداشت فردی:**

نظافت شخصی مادر از نظر پوست بدن، دست‌ها و پاها، ناخن‌ها، موی سر، دندان‌ها، نظافت سایر اعضای بدن و استحمام مرتب از اصول اولیه بهداشت فردی است که باید بدان توجه شود. استحمام سبب باز شدن منافذ پوست و سرعت جریان خون می‌شود. در بارداری محدودیتی برای استحمام وجود ندارد. مادر باید درموقع حمام کردن از آب بسیار سرد یا آب بسیار داغ و آب‌های آلوده که احتمالاً باعث آلودگی دستگاه تناسلی زن می‌شود، پرهیز کند. گرما و رطوبت زیاد محیط حمام می‌تواند باعث افزایش درجه حرارت جنین شود، بنابراین باید از آب ولرم استفاده کرده و زمان استحمام کوتاه‌تر شود. در هفته‌های آخر مراقبت بیشتری به هنگام استحمام لازم است زیرا بزرگی شکم، تعادل بدن را بر هم می‌زند و احتمال لیز خوردن و افتادن را بیشتر می‌کند. ضمناً در این زمان استحمام در حوض، خزینه و نظایر آن توصیه نمی‌شود.

- استراحت:

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

- کار و فعالیت:

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

- مسافرت:

مسافرت برای مادر سالم منعی ندارد ولی مسافرت طولانی با اتومبیل بخصوص در هفته‌های آخر بارداری، حتماً باید با تأیید پزشک و با احتیاط باشد. در طول سفرهای زمینی، لازم است مادر حداقل هر ۲ ساعت یکبار کمی راه برود. - بهداشت در روابط جنسی:

تغییرات دوران بارداری مانند بزرگ شدن پستان‌ها، پرخونی لگن، تهوع، سرگیجه، بزرگی و تغییرات شکم و پرینه بر روی فعالیت‌های جنسی تأثیر می‌گذارد. گرچه تمایلات جنسی طی نیمه اول بارداری کاهش می‌یابد ولی اغلب در نیمه دوم افزایش می‌یابد. مقاربت تا زمانی که مادر احساس ناراحتی نکند و یا ممنوعیتی از نظر پزشکی (مانند سابقه سقط یا زایمان زودرس یا وجود لکه‌بینی و جفت سرراهی در حاملگی فعلی نداشته باشد)، مانعی ندارد. ضمناً مقاربت مشکلی برای جنین ایجاد نمی‌کند زیرا جنین در داخل رحم و درون کیسه آب قرار دارد. در دوران بارداری بخصوص در ماه‌های آخر، وضعیتی برای مقاربت مناسب است که باعث صرف انرژی کمتر و نیز فشار کمتر روی شکم و رحم شود.

در صورت وجود رفتارهای پرخطر در مادر و یا هسمرش و مشاهده علائم بیماری مقاربتی، باید مادر برای درمان و دریافت خدمات مشاوره به پزشک و مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شود.

- لباس مناسب:

با پیشرفت حاملگی و بزرگ شدن رحم و نیز افزایش حجم پستان‌ها و دردناک شدن آنها، پوشیدن لباس‌های آزاد و گشاد که بر روی شکم فشار نیاورد و استفاده از لباس زیر مناسب توصیه می‌شود. پوشیدن کفش پاشنه بلند (بیش از ۵ سانتی‌متر) یا کاملاً تخت به دلیل افزایش انحنای کمر و برهم زدن تعادل بدن و افزایش فشار رحم، بر روی ماهیچه‌های شکم، کمر و ران‌ها، توصیه نمی‌شود.

- ورزش:

ورزش‌های سبک حتی بصورت پیاده‌روی حدود نیم‌ساعت در روز و حداقل سه بار در هفته و انجام کارهای خانه باید جزو برنامه‌های روزانه مادران باردار باشد. راه رفتن باعث تقویت عضلات شکم شده و در ماه‌های آخر به راحت انجام شدن زایمان کمک می‌کند. انجام تمرینات بسیار ساده در بارداری باعث آرامش جسمی و فکری مادر شده، جریان خون را تحریک و فعالیت ریه‌ها و فعالیت دفعی پوست و روده‌ها را بیشتر می‌کند، از افزایش بیش از حد وزن جلوگیری کرده، در کاهش کمردرد و درد پشت مؤثر بوده و مادر از نظر جسمی و روحی برای زایمان آماده می‌کند.

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

- بهداشت دهان و دندان:

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

- بهداشت روانی:

در دوران بارداری، خلق‌وخو، روحیات، روابط خانوادگی و مسئولیت‌های مادر و حتی همسرش تغییر می‌کند. معمولاً در هفته‌های اول که زن از بارداری خود مطمئن نیست در یک حالت بلاتکلیفی قرار دارد. برخی زنان پس از اطمینان از بارداری، زمان بارداری خود را مناسب نمی‌دانند، برخی فکر می‌کنند که آمادگی پذیرش یک مسئولیت جدید را ندارند، برخی از آنان نگران تغییراتی هستند که ممکن است در روابط آنها با همسر و فرزندانشان ایجاد شود.

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

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

در سه ماهه سوم مادر احساس می‌کند آسیب‌پذیر شده و نسبت به سلامت جنین نیز نگران است و از حضور در محیط‌های شلوغ خودداری می‌کند. اغلب مادران در هفته‌های آخر بارداری به همسر و خانواده احساس وابستگی بیشتر پیدا می‌کنند و به محبت و توجه و حمایت از طرف همسر خود نیاز بیشتری دارند.

- مراقبت از نوزاد:

در دوران بارداری باید در مورد مراقبت از نوزادی که بدنیا خواهد آمد، آموزش‌های لازم به مادر ارائه شود. این مراقبت‌ها عبارتند از: اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر، نقش شیر مادر در سلامت دندان‌ها، مراقبت از دهان نوزاد، نحوه تمیز کردن

لثه و دندان‌های نوزاد، دفعات تغذیه و دفع مدفوع، مراقبت بند ناف، تمیز کردن ناحیه تناسلی، استحمام، درجه حرارت اتاق، واکسیناسیون، مکمل‌های غذائی، زمان شروع غذای کمکی و علائم خطر در نوزاد

- 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 می‌باشد.

- مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی:

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

در این زمان اهداف تنظیم خانواده و روشهای پیشگیری از بارداری و زمان شروع استفاده از روش بایستی برای مادر آموزش داده شود، همچنین بر استفاده از روشهای مجاز در شیردهی تاکید گردد. (طبق متون آموزشی تنظیم خانواده بهورزان)

- نقش مردان در دوران بارداری همسرانشان:

بچه‌دار شدن همان اندازه که در زندگی زنان اتفاق تاثیرگذاری است، در زندگی مردان نیز موثر است و مسئولیت‌های جدیدی را برای آنها بدنبال دارد. با آگاه کردن مردان در مورد تغییرات و نیازهای جسمی و روانی ناشی از بارداری، می‌توان 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 به مرتب به خانه بهداشت اطمینان از تغذیه مناسب وی و مصرف مکمل‌های غذائی، اظهار همدردی با او در مواردی که دچار ناراحتی می‌شود، همراهی او برای زایمان و ... در به سلامت طی شدن بارداری و تولد یک نوزاد سالم سهیم شوند.

- کلاس‌های آمادگی برای زایمان:

بارداری و زایمان یک فرایند طبیعی است ولی با توجه به تغییرات جسمی و روانی ناشی از آن، مادر نیازمند حمایت‌های خاصی است. اگر مادر حمایت نشود، این تغییرات می‌تواند اثر نامطلوب بر روی جنین و مادر بگذارد. به همین منظور، کلاس‌هایی با عنوان آمادگی برای زایمان در کنار مراقبت‌های دوران بارداری تشکیل می‌شود تا مادر بتواند ذهنیت درست از درد زایمان، داشته و در زمان زایمان دردهایش را از طریق تمرین‌های خاصی به طور ارادی کنترل کند. همچنین نگرانی‌های مادر در بارداری کاهش یابد و بتواند در مهم‌ترین تجربه زندگی خود نقش فعالی داشته باشد. این کلاس‌ها از نیمه دوم (هفته ۲۰) بارداری شروع می‌شود و مطالب به طور تئوری و عملی طی ۸ جلسه تدریس می‌گردد. تمرین‌های عملی شامل تمرین‌های عصبی عضلانی - اصلاح وضعیت‌ها، تکنیک صحیح تنفس و آرام‌سازی و دیگر روش‌هایی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر آموزش داده می‌شود.

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

تعیین تاریخ مراجعه بعدی مادر

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

به چند مثال زیر توجه کنید:

- مادری در هفته ۹ بارداری در تاریخ ۹۵/۴/۵ مراجعه کرده است، با توجه به اینکه هفته بارداری مادر بین هفته‌های ۶ تا ۱۰ بارداری است، زمان مراجعه بعدی او بعد از ۱۰ هفته در تاریخ ۹۵/۶/۱۳ تعیین می‌شود.
- مادری در هفته ۲۹ بارداری در تاریخ ۹۵/۶/۳۱ مراجعه کرده است، بنابراین هفته بارداری او بین هفته‌های ۲۷ تا ۳۰ بارداری، برای تعیین تاریخ ملاقات بعدی، ۴ هفته به تاریخ مراجعه اضافه می‌شود، بنابراین تاریخ مراجعه بعدی او ۹۵/۷/۲۸ است.

تهوع و استفراغ

شیوع این عارضه بین ۵۰ تا ۷۰ درصد است و اغلب در سه ماهه اول بارداری رخ می‌دهد و تا هفته ۱۶ بارداری بهبود می‌یابد. از آنجایی که این مشکل در صبح‌ها تشدید می‌شود، بیماری صبحگاهی (Morning Sickness) نامیده می‌شود؛ گرچه ممکن است در هر ساعتی از شبانه‌روز اتفاق بیفتد. در ۵ تا ۱۰ درصد موارد ممکن است تهوع و استفراغ تا پایان بارداری ادامه داشته باشد و متأسفانه احتمال وقوع کم‌وزنی نوزاد، زایمان زودرس (به میزان ۰.۱۷٪) و سقط جنین و مرده‌زایی را (به میزان ۰.۳۰٪) افزایش می‌دهد.

شکایت شایع دوران بارداری

تهوع همراه با استفراغ یا بدون آن:

- تهوع بارداری تنها تهوعی است که با حضور غذا در معده بهبود می‌یابد و تغذیه به عنوان بخشی از درمان در نظر گرفته می‌شود.
- هنگامی تهوع بارداری نیازمند پیگیری فوری است که موجب کاهش وزن شود، در این زمان ارزیابی تغذیه‌ای باید انجام شود.

توصیه‌های تغذیه‌ای هنگام تهوع و استفراغ بارداری

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

در طول نیمه اول حاملگی تهوع و استفراغ از شکایات شایع است. معمولاً شدت تهوع و استفراغ به هنگام صبح بیشتر است ولی گاهی در طول روز نیز ادامه دارد و یکی از اولین نشانه‌های حاملگی است که اغلب در اواخر هفته ۱۲ بارداری خودبخود بهبود می‌یابد. برای مقابله با این ناراحتی خوردن یک تکه نان برشته یا بیسکوئیت قبل از برخاستن از رختخواب، مصرف غذا به مقدار کمتر ولی در دفعات بیشتر در طول روز، خودداری از مصرف غذاهای نفاخ، چرب و

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

کمر درد و پشت درد:

در برخی خانم‌ها، بزرگ شدن رحم باعث انحراف مهره‌های کمر به سمت جلو شده و درد پشت و کمر ایجاد می‌کند. استراحت و پوشیدن کفش پاشنه کوتاه، استفاده از کمر بند مخصوص حاملگی، انجام حرکات ورزشی مناسب و گرم نگه داشتن این قسمت‌ها در کاهش درد مؤثر است. توصیه می‌شود این مادران بر روی تشک‌های سفت بخوابند.

توصیه‌های تغذیه‌ای در هنگام شکایات شایع دوران بارداری

ترش کردن و سوزش معده (Heart Burn):

یک رخداد معمول در اواخر بارداری است و معمولاً در شب‌ها روی می‌دهد. بازگشت اسید معده به مری موجب سوزش انتهای مری می‌شود و به دلیل این که قسمت انتهایی مری در نزدیک قلب است از این حس سوزش به عنوان (سوزش سردل) یاد می‌شود و این سوزش ربطی به قلب و یا کار آن ندارد. در بیشتر موارد، این مسئله به دلیل بزرگ شدن رحم و فشار آن بر روده‌ها و معده و نیز شل شدن اسفنکتر مری و بازگشت محتویات معده به داخل مری ایجاد شده و باعث احساس سوزش می‌شود. این عارضه با خوردن غذای زیاد و تشکیل گاز شدت می‌یابد.

توصیه‌های تغذیه‌ای هنگام ترش کردن و سوزش

- ✓ غذا در وعده‌های کوچک و متعدد (هر ۲ تا ۳ ساعت) مصرف شود.
- ✓ به جای استفاده از مواد غذایی سرخ کرده، از غذاهای آب‌پز و بخارپز و یا کبابی استفاده کنند.
- ✓ غذا به آرامی و در محیطی با آرامش میل شود.
- ✓ از خوردن غذاهای حجیم قبل از خواب اجتناب شود.
- ✓ از نوشیدن آب و مایعات در حین غذا و یا بلافاصله پس از اتمام غذا خودداری شود. آب و مایعات را می‌توان ۱-۲ ساعت پس از صرف غذا مصرف نمود.
- ✓ بعد از صرف غذا کمی پیاده‌روی کنند.
- ✓ رژیم غذایی باید پروتئین و بدون قندهای ساده (قند، شکر، عسل و محصولات غذایی حاوی قند و شکر مثل مربا) باشد. مواد غذایی پروتئینی ترشح گاسترین را تحریک کرده و فشار اسفنکتر تحتانی مری را افزایش می‌دهند؛ اما مواد غذایی حاوی قندهای ساده ترشح انسولین را تحریک می‌کنند و باعث کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری می‌شوند.
- ✓ رژیم غذایی باید کم‌چرب و حاوی مقادیر کمی از غذاهای سرخ شده، سس‌های خامه‌دار، آبگوشت‌های چرب غلیظ، گوشت‌های پرچرب، شیرینی‌ها و مغزها باشد.
- ✓ از غذاهای ادویه‌دار، بخصوص ادویه تند کمتر استفاده کنند. هر چه غذا ادویه کمتر و طعم ملایم‌تری داشته باشد، ترشح اسید معده را کمتر تحریک می‌کند.
- ✓ مصرف غذاهای کاهش دهنده فشار اسفنکتر تحتانی مری، نظیر نعنای، پیاز، سیر، چاشنی‌ها، شکلات، قهوه، چای، نوشابه‌های گازدار، و سایر نوشیدنی‌های حاوی کافئین را قطع کرده و به جای آن آب بنوشند. در صورت مصرف چای، از چای پررنگ اجتناب کرده و به جای آن از چای کم‌رنگ حداکثر ۲-۳ فنجان در روز استفاده شود.
- ✓ غذاهای مایع مثل آش و سوپ مصرف نکنند.

- ✓ بعد از صرف غذا یا آشامیدن، از دراز کشیدن یا خم شدن به جلو پرهیز کنند.
 - ✓ در هنگام استراحت زیر سر را بالاتر از سطح بدن قرار دهند.
 - ✓ اجتناب از دراز کشیدن ۱-۲ ساعت بعد از خوردن یا آشامیدن به ویژه قبل از خواب و بلافاصله بعد از غذا.
- در صورت که با رعایت همه اصول فوق، سوزش سر دل همچنان ادامه داشت، می‌توان با نظر ماما یا پزشک از آنتی‌اسیدها استفاده کرد.

سوزش سردل:

یکی از شایع‌ترین شکایات زنان حامله، سوزش سردل یا ترش کردن است که معمولاً در اثر برگشت محتویات معده به مری بوجود می‌آید. علت این عارضه در بیشتر اوقات، جابجایی معده به طرف بالا و اثر فشاری رحم روی آن به همراه کاهش حرکات دودی دستگاه گوارش می‌باشد. در اکثر خانم‌های باردار این حالت خفیف است و با مصرف غذا با حجم کمتر و در وعده‌های بیشتر، حذف غذاهای دیرهضم، چرب و سرخ کرده از رژیم غذایی و خودداری از تند خوردن غذا بهبود می‌یابد. در صورتی که با رعایت این موارد باز هم سوزش سردل ادامه داشت نیاز به بررسی‌های بیشتری است.

پیکا یا وبار

منظور از پیکا خوردن مواد نامناسبی است که از نظر تغذیه‌ای کم‌ارزش، بی‌ارزش و یا مضر هستند. در دوران بارداری این مواد نامناسب اغلب شامل مصرف خاک یا نشاسته (رایج‌ترین) و مصرف مواد غیرغذایی دیگر از قبیل یخ، کبریت سوخته، سنگ، زغال، خاکستر، سیگار، مهر نماز، نفتالین و ... است. جایگزین کردن مواد نامناسب سبب کاهش دریافت مواد مغذی مفید و در نتیجه کمبود ریزمغذی‌ها می‌شود. هم‌چنین مصرف زیاد موادی که حاوی انرژی هستند از قبیل نشاسته می‌تواند سبب چاقی شود. برخی دیگر از مواد نامناسب (پیکا) نیز ممکن است حاوی مواد سمی یا آلودگی میکروبی باشند و یا ممکن است در جذب مواد معدنی از قبیل آهن اختلال ایجاد کنند. در نهایت مشکلاتی نظیر مسمومیت، یبوست، کم‌خونی همولیتیک جنینی، بزرگ شدن بناگوش و انسداد معده و روده کوچک و آلودگی انگلی از عوارض پیکا هستند.

ویار حاملگی:

گاهی در طول بارداری بعضی از زنان به خوردن غذاهای عجیب و غریب و یا موادی که قابل خوردن نیست، دارند و از برخی بوها یا غذاها شدیداً ناراحت می‌شوند. ویار غذایی شدیدترین نوع ویار در حاملگی است. خاک رس، برفک یخچال و تکه‌های یخ شایع‌ترین موادی هستند که زنان باردار مایلند از آن مصرف نمایند.

خستگی و خواب آلودگی:

در اوائل حاملگی بیشتر زنان احساس خستگی و خواب‌آلودگی می‌کنند و مایلند مدت زمان بیشتری بخوابند. معمولاً این حالت بعد از هفته ۱۶ بارداری برطرف می‌شود و اهمیت خاصی ندارد.

تکرر ادرار:

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

احساس ضعف و سستی:

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

یبوست:

بسیاری از زنان باردار که در حالت عادی اجابت مزاج طبیعی دارند ممکن است به علت تغییرات هورمونی و کند شدن حرکات روده‌ها 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 سبوس‌دار و عادت به اجابت مزاج در ساعات معینی از روز در جلوگیری از این حالت مؤثر است. مصرف داروی ملین در حاملگی توصیه نمی‌شود.

تنگی نفس:

به علت بزرگ شدن رحم و افزایش فشار آن به قسمت پائین ریه‌ها و نیز اثرات هورمون‌های مربوط به بارداری، ممکن است مختصری احساس تنگی نفس و تند شدن تنفس ایجاد شود. گذاشتن چند بالش زیر سر و شانه‌ها و قرار گرفتن به حالت نیمه نشسته و اجتناب از پرخوری در کاهش تنگی نفس به هنگام خوابیدن کمک می‌کند. در ماه آخر بارداری، زمانی که سر جنین در داخل لگن قرار می‌گیرد، نفس کشیدن برای مادر راحت‌تر می‌شود.

زیاد شدن ترشحات مهبل:

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

ادم و گرفتگی عضلات پا:

در سه ماهه سوم بارداری به علت فشار رحم روی وریدها و انسداد بازگشت خون به قلب ادم خفیفی در ناحیه ساق پا ایجاد می‌شود. این نوع ادم که به نوعی فیزیولوژیک تلقی می‌شود نباید با ادم پاتولوژیک مربوط به پره اکلامپسی اشتباه گرفته شود.

در صورت بروز ادم توصیه می‌شود خانم باردار ۴-۵ بار در روز به پهلو دراز بکشد. دراز کشیدن به پهلو (خصوصاً به پهلو چپ) سبب خون‌رسانی بهتر به اعضای لگنی از جمله رحم، جنین و نیز سهولت در بازگشت خون از پاها می‌شود. این کار از پیشرفت ادم نیز جلوگیری می‌کند. هم‌چنین بهتر است زن باردار از ایستادن و یا نشستن طولانی مدت و با پاهای آویزان از صندلی خودداری کند. علاوه بر این دراز کشیدن متناوب در طول روز به شکلی که پاها در سطحی بالاتر از بدن قرار گیرد (مثلاً با گذاشتن بالش زیر پاها) به بازگشت خون وریدی از پاها کمک می‌کند.

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 می‌شود. 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 می‌شود. اگر این گونه دردها تداوم داشت، بررسی توسط پزشک ضروری است.

بی‌خوابی:

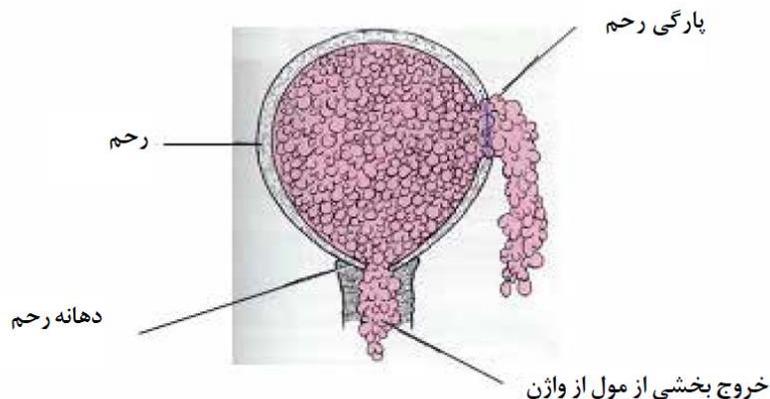
با افزایش هفته‌های حاملگی به علت بزرگ شدن شکم، حرکات جنین، درد پشت، کمردرد و تنگی نفس به تدریج خوابیدن برای مادر مشکل می‌شود. نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از رفتن به بستر، گذاشتن کیسه آب گرم بر روی پاها، چند دقیقه قدم در هوای آزاد، حمام کردن با آب گرم و نخوردن غذاهای سنگین در رفع بی‌خوابی مؤثر است. ضمناً بزرگی شکم و فشار رحم به رگ‌های خونی که از پشت آن رد می‌شود، باعث اختلال در رسیدن خون به جنین و بعضی اندام‌های زن باردار می‌شود. لذا زن باردار باید در هفته‌های آخر از خوابیدن به پشت خودداری کند.

حاملگی پرخطر و در معرض خطر**- خونریزی:**

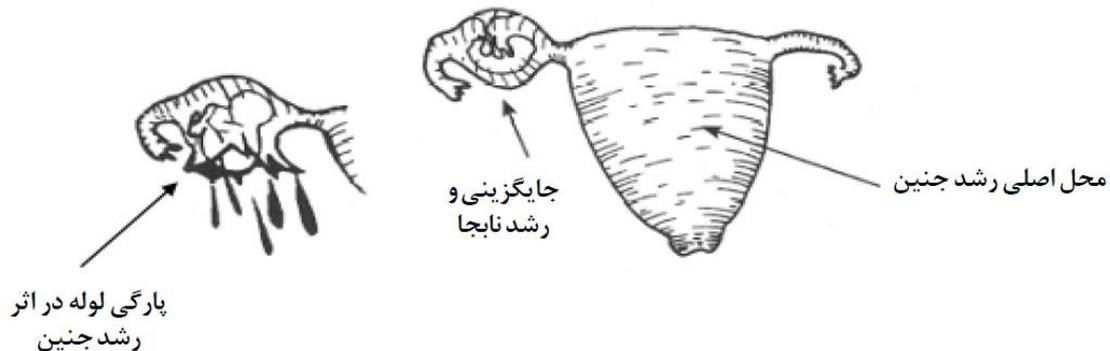
یکی از علائم خطر در بارداری خروج هر مقدار خون از مهبل در طول بارداری است که برحسب سن بارداری به دو نیمه اول و دوم (هر کدام ۲۰ هفته) تقسیم می‌شود و علل مختلف دارد. خونریزی در نیمه اول حاملگی بخصوص سه ماهه اول اغلب به علت سقط، حاملگی خارج از رحم و یا بچه خوره (مول) و در نیمه دوم حاملگی بویژه سه ماهه سوم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

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

مول یا بچه خوره: عدم تشکیل یا تشکیل ناقص جفت و جنین را مول می‌گویند. در این حالت محصول حاملگی مانند خوشه انگور به نظر می‌رسد. خونریزی بیشتر در ۳ ماهه اول حاملگی که ممکن است به صورت لکه‌بینی 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 می‌باشد.



حاملگی خارج از رحم: بعضی اوقات تخم بارور شده در خارج از حفره رحم کاشته شده و رشد می‌نماید که آن را حاملگی خارج از رحم می‌گویند و شایع‌ترین محل آن لوله رحم است. از آنجائی که لوله‌ها برای نگهداری تخم بارور شده بسیار باریک هستند و مانند رحم حالت ارتجاعی ندارند، بعد از چند هفته پاره شده و منجر به درد شدید و خونریزی می‌شود. خونریزی توام با درد شکمی در هفته‌های اول بارداری از علائم حاملگی خارج رحمی است. البته این عارضه می‌تواند تا قبل از پاره شدن، کاملاً بدون علامت باشد. در صورت پاره شدن معمولاً علائم شوک ظاهر می‌شود. بی‌توجهی به علائم فوق بسیار خطرناک بوده و منجر به مرگ مادر در اثر خونریزی داخل شکمی می‌شود. لذا با مشاهده علائم باید مادر فوراً به بیمارستان ارجاع شود. حاملگی خارج رحم را به اختصار با حروف EP (Ectopic Pregnancy) نشان می‌دهند.



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

جفت سر راهی: گاهی جفت به جای قرار گرفتن در بالای حفره رحم، گردن رحم را می‌پوشاند. این حالت را اصطلاحاً جفت سرراهی می‌گویند. در اواخر حاملگی زمانی که دهانه رحم شروع به باز شدن می‌کند، قسمت و یا تمام جفت قبل از خروج جنین از رحم جدا می‌شود که باعث خونریزی شدیدی می‌گردد. جفت سرراهی یکی از عوارض بسیار خطرناک اواخر بارداری است. خونریزی بدون درد در اواخر حاملگی از علائم جفت سرراهی است.

- پره اکلامپسی:

پره اکلامپسی از مهم‌ترین و خطرناک‌ترین 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 اندامها (ورم دست‌ها و صورت یا تمام بدن)، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته) و سردرد و تاری دید. اگر این علائم همراه با تشنج باشد به آن اکلامپسی گویند. در صورت عدم درمان در بیمارستان احتمال مرگ مادر و جنین وجود دارد. برخی مواقع تنها راه درمان، ختم بارداری است.

وجود فشارخون مزمن، دیابت، چندقلوئی و حاملگی در سنین زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال از عوامل زمینه‌ساز پره اکلامپسی می‌باشند.

- زایمان زودرس:

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

- زایمان دیررس:

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

- مرده‌زائی:

مرده‌زائی عبارت است از به دنیا آمدن جنین مرده بعد از شروع ۲۲ بارداری یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز که دلایل زیادی دارد مانند وجود عفونت در مادر، بیمار بودن جنین، عدم رشد کافی و صحیح جنین و ...

حاملگی زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، حاملگی با فاصله کمتر از ۲ سال و حاملگی پنجم و بالاتر، قد کمتر از ۱۵۰ سانتی‌متر، چندقلوئی، بارداری اول نیز جزو حاملگی‌های در معرض خطر محسوب می‌شود.

علائم خطر بارداری

اکثر حاملگی‌ها و زایمان‌ها به خوبی سپری شده و با تولد نوزادی سالم خاتمه می‌یابد. ولی گاهی حاملگی عارضه‌دار شده و با مشکلاتی روبرو می‌شود که بی‌اعتنایی و غفلت نسبت به آن موجب به خطر افتادن سلامت مادر و جنین می‌گردد. باید علائم خطر به مادران آموزش داده شود تا با مشاهده هر یک از علائم فوراً به 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 می‌توانند 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 حاد یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها)
- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
- استفراغ شدید و مدام یا خونی
- تب و لرز
- تنگی نفس و تپش قلب
- تورم دست‌ها و صورت یا تمام بدن
- سردرد و تاری دید
- افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته)
- عفونت، آبسه و درد شدید دندان (ارجاع در اولین فرصت)

❖ در صورت برافروختن با حاملگی‌های در معرض خطر و یا مشاهده علائم خطر به چارت مراقبت‌های

(بارداری در انتهای فصل مراجعه گردد).

تمرین:

- مراقبت‌های دوران بارداری چه اهمیتی دارد؟
- مراقبت‌های دوران بارداری شامل چه مواردی است؟
- دفعات مراقبت دوران بارداری را برحسب 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.
- مکمل‌های غذایی لازم در بارداری را نام برده و مدت زمان مصرف آن‌ها را توضیح دهید.
- در دوران بارداری چه آموزش‌هایی را لازم می‌دانید؟
- شکایات شایع بارداری را نام ببرید.
- حاملگی‌های در معرض خطر را نام ببرید.
- علائم خطر در بارداری را نام ببرید.
- مراحل مراقبت دوران بارداری را براساس بوکلت چارت نام ببرید.
- مفهوم رنگها را در بوکلت چارت توضیح دهید.

الف- مراقبت معمول بارداری

- جدول راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری (مروار کلی و سریع)
- الف ۱- اولین ملاقات بارداری
- الف ۲- مراقبت‌های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
- الف ۳- مراقبت‌های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری

جدول راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	ارجاع به پزشک یا ماما	- تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر، تغذیه و مصرف مکمل های غذایی - علائم خطر	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر غربالگری سلامت روان - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی
معاینه بالینی		- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی		- ارجاع جهت در خواست آزمایش‌های معمول نوبت اول - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱-۱۳ بارداری	- ارجاع جهت در خواست سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم در هفته ۱۷-۱۵ بارداری	- ارجاع جهت در خواست آزمایش‌های معمول نوبت دوم	- ارجاع جهت در خواست سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری - تست تشخیص سریع HIV در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری*	
آموزش و مشاوره		- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، جنسی - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر - شکایت های شایع - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم خطر - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی/ زمان مناسب بارداری بعدی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - مراقبت نوزاد، خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت روان، جنسی - علائم خطر - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی - مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی
مکمل های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)					
ایمن سازی	توأم، آنفلوآنزا (در صورت نیاز) - ارجاع جهت تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز)					

*در مناطق مجری برنامه PMTCT برای همه مادران تست تشخیص سریع HIV در ملاقات اول و چهارم انجام می شود.

الف ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

- در حال تشنج / تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
- خونریزی
- درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام اقدامات قبل از اعزام:
 الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلو چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
 ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

ارزیابی

ارزیابی

تشکیل پرونده
 گرفتن شرح حال: وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، وضعیت باردار و زایمان قبلی، بررسی رفتار پر خطر، وضعیت ایمن سازی مطابق فرم مراقبت

اندازه گیری کنید:
 وزن، قد، نمایه توده بدنی علائم حیاتی

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما	وضعیت بارداری فعلی بارداری زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر، سن بارداری نامشخص، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، شغل سخت و سنگین، چندقلویی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری از بارداری، ارهاش منفی، مصرف مواد افیونی و محرک، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل، شیردهی همزمان با بارداری، حاملگی ناخواسته، اختلال ژنتیکی یا ناهنجاری در زوجین یا بستگان درجه اول
ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما	سوابق بارداری و زایمان قبلی پره اکلامپسی، دیابت بارداری، چندقلویی، سزارین، خونریزی پس از زایمان، زایمان سریع، زایمان سخت، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، مول/ حاملگی نابجا، زایمان دیررس، زایمان زودرس، جراحی بر روی رحم، تاخیر رشد داخل رحمی، نوزاد ناهنجار، سقط مکرر، مرده زایی، مرگ نوزاد، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم
ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما	سابقه زندان، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه اعتیاد تزریقی، سابقه رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده
ارزیابی معمول مادر با توجه هفته بارداری طبق ب ۲ و ۳ و	
- ایمن سازی در صورت نیاز	
- ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما به منظور:	
- درخواست آزمایش های معمول	
- معاینه فیزیکی	
- بررسی بیماری و ناهنجاری ها	

الف ۲- مراقبت‌های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری



الف ۳- مراقبت‌های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

- در حال تشنج/ تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه)
- پاره شدن کیسه آب
- درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام اقدامات قبل از اعزام:
الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

علائم خطر صورت نگیرد

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال کنید:

لکه بینی، آبریزش، درد، مشکلات ادراری- تناسلی، استفراغ، حرکت جنین، مشکلات پوستی، مشکلات دهان و دندان، تنگی نفس و تپش قلب، همسرآزاری، اختلالات روانی، تروما، مصرف مکمل‌ها و تغذیه، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، پوست، اندام‌ها، صورت و دهان و دندان

توجه به تاریخ تقریبی زایمان

گروه بندی علائم و نشانه‌ها

اقدام

<p>- حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری</p>	<p>لکه بینی، سوزش ادرار، استفراغ شدید یا خونی، فشارخون بالا، تب، آبریزش، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها، افزایش وزن ناگهانی، نشنیدن یا غیر طبیعی بودن صدای قلب جنین، کاهش یا عدم حرکت جنین، ورم دستها و صورت، سن بارداری بیش از ۴۰ هفته، ضربه مستقیم به شکم و لگن، فوریت روانپزشکی</p>
<p>- اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری - در صورت عفونت دندانی، آبنسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک</p>	<p>وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، افزایش فشارخون ماکزیمم به میزان ۲۰ میلی‌متر جیوه و یا فشارخون مینی‌م به میزان ۱۵ میلی‌متر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، بثورات پوستی، خارش پوست، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری، سوء تغذیه، عفونت دندانی، آبنسه و درد شدید دندان</p>
<p>- برقراری ارتباط مناسب (طبق تعاریف بارداری) - به مادر توصیه کنید که از افراد قابل اعتماد برای کنترل رفتار پرخاشگرانه کمک بخواهد - در صورت وجود آسیب جسمی و یا علائم خطر فوری: ارجاع فوری به بیمارستان</p>	<p>همسرآزاری</p>
<p>- تجویز مکمل‌های دارویی طبق ت ۱ - آموزش شکایت‌های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم منحنی وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - آموزش زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات هفته ۲۵ تا ۲۷ طبق ت ۲ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی - ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما: - درخواست آزمایش هفته ۲۴ تا ۲۰ بارداری - درخواست سونوگرافی هفته‌های ۳۱ تا ۲۴ - تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۲۴ بارداری</p>	<p>شکایت‌های شایع، طبیعی بودن همه موارد</p>

تعاریف مراقبت‌های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آزمایش‌های معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و اره‌اش، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN، کراتی نین و VDRL و در ملاقات سوم بارداری (بهتر است در هفته ۲۸-۲۴ انجام شود) شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و OGTT (در افراد غیردیابتیک) و کامل ادرار توسط پزشک یا ماما درخواست می‌شود.

نکته ۱: نتایج آزمایش‌ها توسط پزشک یا ماما بررسی می‌شود.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در زن باردار و یا همسرش، زن باردار را برای انجام آزمایش HIV به کارشناس ایدز و یا مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع دهید. در مراکز مجری طرح PMTCT تست تشخیص سریع HIV دوبار، نوبت اول در اولین ملاقات (هفته ۱۰-۶) و نوبت دوم در ملاقات هفته ۳۴-۳۱ بارداری انجام می‌شود.

نکته ۳: نوبت اول کومبیس غیرمستقیم در مادر اره‌اش منفی در هر زمانی پس از اطلاعات از مثبت بودن اره‌اش همسر توسط پزشک یا ماما درخواست می‌شود. نوبت دوم این آزمایش در هفته‌های ۲۴ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۴: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است، آزمایش HBsAg توسط پزشک یا ماما درخواست می‌شود.

نکته ۵: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه‌گیری شود.

آموزش و توصیه: طی ملاقات‌ها متناسب با هفته‌های بارداری موارد زیر را به مادر آموزش دهید: بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، کار، ورزش، پوشیدن لباس مناسب، مصرف دارو، ...)، بهداشت روان (تغییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت‌پذیر همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، بهداشت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پرخطر با تاکید بر راه‌های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان‌ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان‌ها)، تغذیه و مکمل‌های دارویی (گروه‌های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل‌های دارویی)، دخانیات و مخدر و الکل (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین)، شکایت‌های شایع (حساس شدن پستان‌ها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ...)، علائم خطر (لکه‌بینی، خونریزی، آبریزش، تاری دید، درد سردل، تنگی نفس، سردرد و ...) و مراجعه برای دریافت مراقبت‌های بارداری، اهمیت شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، غربالگری و علائم خطر نوزادی، اصول شیردهی، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.

اختلال انعقادی: تأخیر در لخته شدن خون یا توقف خونریزی

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

ارتفاع رحم: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه‌گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب

سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می‌شود و در هفته‌های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می‌شود.

نکته: در صورت اختلاف بین ارتفاع رحم و سن بارداری بیش از ۳ هفته مادر می‌بایست به پزشک/ماما ارجاع داده شود. **ارزیابی علائم خطر فوری:** در هر ملاقات، ابتدا مادر از نظر وجود علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک، خونریزی شدید، پارگی کیسه آب) بررسی کنید. در صورت وجود هر یک، مطابق جدول اقدام کنید و قبل از انجام مراقبت‌های معمول، مادر را اعزام کنید.

استفراغ شدید: استفراغ‌های متعدد و با شدت زیاد که باعث کم‌آبی بدن مادر گردد. اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می‌دهد و باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم است برای دستیابی به علائم مصرف آن ماده است؛
 - پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛
 - تمایل دائم و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
 - مختل شدن فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛
 - تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛
 - صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.
- مصرف مواد زیر (بدون توصیه پزشک) را از خانم سوال کنید:
- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)، مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک، هروئین، غیره)، محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره).**

ایمن‌سازی: ایمن‌سازی با واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید. بهترین زمان برای تزریق واکسن توأم در مادر باردار که ایمن‌سازی کامل ندارد تا هفته ۳۶ بارداری است. اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت‌ها به تاخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

نکته: در صورت وقوع سقط غیربهداشتی، مادر را برای ایمن‌سازی به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد باردار بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس، چندقلویی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می‌شود.
- **تعداد زایمان:** براساس تعداد حاملگی‌ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین‌های متولد شده محاسبه می‌شود. یعنی یک زایمان تک‌قلو یا چندقلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی‌آورد.
- **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز
- **سقط دیررس:** سقط پس از سه ماهه اول بارداری
- **سقط مکرر:** ۲ بار یا بیشتر سقط متوالی

- **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز
- **زایمان زودرس:** تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی تا ۳۶ هفته و ۶ روز
- **زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز
- **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه‌ها انجام شده باشد.
- **زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد و ۵ سانتی‌متر در ۱ ساعت در مولتی پار و ۱۰ سانتی‌متر در یک ساعت در نولی‌پار دیلاتاسیون افزایش یابد.
- **مرده‌زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه‌ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نمی‌کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی‌دهد.
- **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

دوره پری‌ناتال: از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در هر مراجعه، ابتدا پرونده را مرور کنید و چنانچه نقایصی مثل تکمیل نبودن قسمت‌های مختلف پرونده، نامشخص بودن وضعیت ایمن‌سازی، نبودن جواب آزمایش‌ها، نبودن نتیجه و پس‌خوراند وجود دارد. رفع و دستورات را اجرا کنید.

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

- با دقت به صحبت‌ها و شکایت‌ها زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می‌کنید.
- نگرش احترام‌آمیز و صلح‌جویانه نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت‌آمیز و یا جانب‌دارانه نداشته باشید)
- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می‌ماند.

پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را براساس «هفته» تعیین و به مادر یادآوری کنید.

تاریخ تقریبی زایمان: از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به تاریخ تقریبی زایمان توجه کنید.

تزریق آمپول رگام: در صورت پاسخ منفی آزمایش‌های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری توسط پزشک یا ماما تزریق می‌شود.

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

تشکیل پرونده و شرح حال: در ملاقات اول برای تشکیل پرونده، بخش شرح حال «فرم مراقبت بارداری» را تکمیل نمایید. شرح حال شامل:

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مصرف مواد افیونی و محرک/ داروی مخدر، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV/ایدز، هیپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم‌های بالای ۳۰ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادربزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) **تشنج:** حرکات غیرارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

تغذیه مناسب: آنچه در تغذیه مادر باردار اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه‌های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه‌ها، گروه سبزی‌ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم‌مرغ، حبوبات و مغز دانه‌هاست. جدول زیر سهم‌های لازم در گروه‌های غذایی و برای هر روز را نشان می‌دهد. با توجه به نمایه توده بدنی مادر واحد مورد نیاز (سهم) گروه غلات و نان تغییر می‌کند.

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز		گروه‌های غذایی
		باردار و شیرده	غیرباردار	
انواع نان بخصوص نوع سبوس‌دار (سنگگ، نان جو ... نان‌های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته‌ها، غلات صبحانه و فرآورده‌های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. نان و غلات سبوس‌دار به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در الویت است.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان‌ها مثل نان بربری، سنگگ و ۲ تا تافتون	۷-۱۱	۶-۱۱	گروه نان و غلات
این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ‌دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه‌فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی‌های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۵-۴	۵-۳	گروه سبزی‌ها
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب‌میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و ...) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار	۳-۴	۲-۴	گروه میوه‌ها

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز		گروه‌های غذایی
		باردار و شیرده	غیرباردار	
	یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان			
مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم‌چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه	۳-۴	۲-۳	گروه شیر و لبنیات
این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم‌مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و ...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام‌زمینی و ...) است.	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی‌چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سبزی دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم‌مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۳	۲-۳	گروه گوشت، حبوبات، تخم‌مرغ و مغز دانه‌ها

حرکت جنین: معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته‌های ۱۶ تا ۲۰ احساس می‌شود و این زمان می‌تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین ۲۰ تا ۳۰ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می‌یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می‌شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته‌ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس ۱۰ حرکت در ۲ ساعت طبیعی است و در صورتی که تعداد حرکات جنین به ۱۰ بار نرسد، مادر را ارجاع دهید. در یک روش الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان‌بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ۲۸ بارداری اهمیت دارد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه‌بینی)

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

نکته: در مواردی که سن بارداری بالای ۳۷ هفته است، درد متناوب پایین شکم می‌تواند نشانه زایمان باشد.

دیابت بارداری: شروع و یا تشخیص اولیه هر درجه‌ای از اختلال تحمل گلوکز در بارداری رفتارهای پرخطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون

سوزش ادرار: احساس سوزش به هنگام ادرار کردن

سونوگرافی: در هفته‌های ۱۶ تا ۱۸ بارداری (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، مادر را برای انجام سونوگرافی معمول به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

شکایت‌های شایع: این شکایت‌ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان‌ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهلبلی، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

نکته ۱: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

نکته ۲: متناسب با هر شکایت، طبق متن آموزشی به مادر توصیه کنید.

شغل: هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی، غیرنقدی) صورت گیرد.

شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشندگان، قالی‌بافان، ...)
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه‌ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
- تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
- مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلال‌های شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره‌کشها و دود دمه‌های فلزات؛
- کار در محیط‌های پرسروصدا، محیط‌های گرم، فعالیت در محیط‌های پراسترس روانی می‌تواند موجب افزایش فشارخون در زنان باردار گردد.

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

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیرطبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی‌قراری و گیجی همراه باشد).

صدای قلب جنین: با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می‌کند.

ضربه: هر نوع صدمه به اعضای مختلف بدن به ویژه شکم و لگن مادر نیاز به بررسی دارد. ضربه مستقیم به شکم و لگن، نیازمند ارجاع فوری مادر است.

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری کنید.

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه‌گیری شود. فشارخون ۱۴۰/۹۰

میلی‌متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است. افزایش فشارخون حداکثر به میزان ۳۰ میلی‌متر جیوه و فشارخون حداقل به میزان ۱۵ میلی‌متر جیوه نسبت به فشارخون اولین ملاقات نیاز به پیگیری دارد.

- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیرزبانی) به مدت یک دقیقه اندازه‌گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

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

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

- **علائم در معرض خطر روانپزشکی:** خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط‌های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تپش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی‌حوصلگی و کاهش علائق، گریه، احساس پوچی، تحریک‌پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال: فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال باشد. (سقط در این فاصله‌گذاری محاسبه نمی‌شود).

کلاس آمادگی برای زایمان: این کلاس‌ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین‌های عصبی - عضلانی، اصلاح وضعیت‌ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام‌سازی تشکیل می‌شود. مادر می‌تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس‌ها شرکت کند.

لکه‌بینی: خروج لکه‌خونی از مهبل

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانده و شکم او را عریان کنید. مانورهای لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

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

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می‌شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی‌هایی لمس می‌شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می‌شود.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سرچنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می‌کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می‌شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می‌گردد.

مراقبت‌های معمول بارداری: تعداد ملاقاتهای معمول بارداری ۸ بار است که دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰) می‌باشد. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را براساس مراقبت‌های استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

- اولین ملاقات بارداری: هر مادری در هر سنی از بارداری که مراجعه کند، ابتدا می‌بایست اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبت‌های نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی‌ها ثبت می‌شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد.
- ملاقات‌های نیمه اول و دوم بارداری: در نیمه اول بارداری (۲۰ هفته اول) دو مراقبت در هفته‌های ۱۰-۶ و ۲۰-۱۶ و در نیمه دوم در هفته‌های ۳۰-۲۴، ۳۱-۳۴، ۳۷-۳۴، ۳۸، ۳۹ و ۴۰ باید انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات‌ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می‌شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه‌گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن و تجویز مکمل‌ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش‌های لازم است. سپس اقدام بعدی براساس نتایج ارزیابی و آزمایش‌ها انجام می‌شود.

مشاوره باروری سالم: در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری، با مادر طبق راهنما ت ۲ مشاوره کنید.

مشکلات ادراری - تناسلی: این مشکلات شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیرطبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و ناحیه تناسلی خارجی است.
معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را بررسی و در فرم مراقبت ثبت کنید:

- **چشم:** در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم‌رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم‌رنگ بودن زبان، بستر ناخن‌ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.
- **پوست:** در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه‌های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی
- **اندام‌ها:** ساق پا و ران‌ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسی کنید.
- **دهان و دندان:** در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری‌های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
 - التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
 - جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند به لایه‌ای سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می‌گردد.

- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت‌های شایع دندان‌پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می‌تواند باعث تورم صورت و لثه‌ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
- پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب‌های پوسیدگی‌زای دهان که علائم آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

مکمل‌های دارویی: مکمل‌های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یک سال نزدیکی بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نمودار نمودار محاسبه کنید. روش محاسبه آن: وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتی‌متر)

BMI	وضعیت تغذیه	محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری
کمتر از ۱۸/۵	کم‌وزن	۱۲/۵-۱۸
۱۸/۵ - ۲۴/۹	طبیعی	۱۱/۵-۱۶
۲۵-۲۹/۹	اضافه وزن	۷-۱۱/۵
بیشتر و مساوی ۳۰	چاق	۵-۹

نکته ۱: نمایه توده بدنی پیش از بارداری اهمیت دارد ولی در صورتی که مادر مراقبت پیش از بارداری انجام نداده است، تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری نیز اعتبار دارد.

نکته ۲: در صورتی که به دلی تهوع و استفراغ شدید بارداری، مادر به طور واضح کاهش وزن دارد و یا تفاوت وزن پیش از بارداری با وزن فعلی اختلاف فاحش دارد، ملاک وزن برای محاسبه توده بدنی، وزن مادر در ۱۲ هفته اول بارداری است.

وزن: در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه‌گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن‌گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن‌گیری» تعیین کنید. بطور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است.

نکته: افزایش وزن مادر به میان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

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

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

خشونت روانی: رفتار خشونت‌آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدها مداوم اعمال می‌شود.

فصل پنجم

زایمان در منزل

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود بتوانید:

- علائم زایمان را توضیح دهید.
- دردهای واقعی و دردهای کاذب زایمان را شرح دهید.
- قرار، حالت، نمایش و وضعیت جنین را توضیح دهید.
- با معاینه اولیه وضعیت زایمان مادر را تشخیص دهید.
- آمادگی‌های مورد نیاز برای انجام زایمان را توضیح دهید.
- مراقبت‌های معمول زایمان را انجام دهید.
- در مورد آپگار نوزاد 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.
- مراقبت‌های 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.
- آمادگی‌های مورد نیاز برای زایمان در منزل را توضیح دهید.
- وسایل مورد نیاز برای انجام زایمان در منزل را توضیح دهید.

آماده کردن منزل برای انجام زایمان

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

تعریف زایمان

به تولد نوزاد بصورت زنده یا مرده پس از شروع هفته ۲۲ بارداری زایمان می‌گویند. عوامل زیادی در بدن مادر و جنین دست اندرکارند تا جنین آمادگی خروج از بدن مادر را در زمان مقرر بدست آورد. طبیعت زایمان درد است و علت اصلی درد زایمان، انقباضات رحم است که باعث باز و نرم شدن دهانه رحم می‌شوند 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 می‌شود. اگر چه به طور طبیعی پارگی کیسه آب در مرحله اول زایمان اتفاق نمی‌افتد، ولی وقوع آن نمایش زایمان و یا تصمیم‌گیری برای ختم بارداری است. پارگی کیسه آب قبل از شروع دردهای زایمانی را «پارگی زودرس کیسه آب» گویند.

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

- دردهای 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 می‌شود:

دردهای واقعی	دردهای کاذب
فاصله انقباض‌های رحم منظم است	فاصله انقباض‌های رحم نامنظم است
فاصله بین انقباض‌ها کم می‌شود	فاصله بین انقباض‌ها کم نمی‌شود
درد در ناحیه کمر و شکم است	درد بیشتر در پایین شکم است
شدت انقباض‌ها بیشتر می‌شود	شدت انقباض‌ها تغییر نمی‌کند
دهانه رحم متسع می‌شود	دهانه رحم متسع نمی‌شود

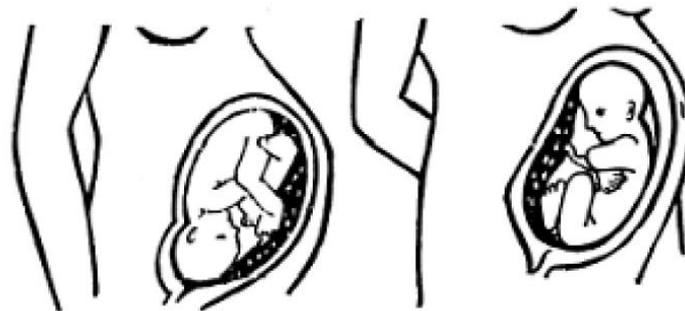
با توجه به آنچه گفته شد، دردهای زایمانی به صورت انقباضات رحمی است (در این حالت مادر می‌گوید که دردهایی در کمر و پشت می‌گیرد و ول می‌کند). این انقباضات را می‌توان با گذاردن دست بر روی رحم از روی شکم لمس کرد. با لمس انقباض لازم است مدت هر انقباض از شروع تا پایان، فاصله انقباض بعدی و قدرت هر انقباض را تعیین کرد. دردهای زایمان می‌تواند در زمانی زودتر از زمان مورد انتظار برای زایمان شروع شود که منجر به زایمان زودرس شود.

حالت یا شکل جنین یا وضعیت جنین

در هفته‌های آخر بارداری، جنین شکل خاصی به خود می‌گیرد که «حالت» نامیده می‌شود. در این زمان جنین توده‌ای تخم‌مرغی شکل می‌سازد که متناسب و منطبق با شکل حفره رحم است. جنین به طوری روی خود خم می‌شود که پشت او به طور مشخص حالت محدب پیدا می‌کند. سر کاملاً خم شده به گونه‌ای 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. بند ناف در فضای بین اندام‌ها قرار می‌گیرد.

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).



قرار طولی در نمایش سر

قرار طولی در نمایش ته

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



قرار عرضی

نمایش جنین: بخشی از بدن جنین را که در مجرای زایمان جلوتر از بخش‌های دیگر قرار دارد یا نسبت به سایر قسمت‌های بدن به مجرای زایمان نزدیک‌تر است «**عضو نمایش**» گویند. عضو نمایش را می‌توان در معاینه مهبلی تشخیص داد و در واقع نشان دهنده «**نمایش**» جنین است. بدین ترتیب اگر عضو نمایش در قرار طولی سر باشد به آن «نمایش سفالیک» گفته 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 ته در اشکال مختلف

۱- نمایش سر (سفالیک): این نمایش براساس 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 مهبلی لمس می‌شود، پس سر است که «**نمایش اکسی‌پوت**» 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 ملاحظ پس سری در تماس با پشت بدن قرار گیرد، عضو نمایش صورت خواهد بود. برحسب میزان برگشتن سر به سمت پشت، ممکن است نمایش ابرو و پیشانی نیز ایجاد شود که معمولاً پایدار نبوده و به یکی از دو نمایش پس سر یا صورت تبدیل می‌شود.

صدای قلب جنین در نمایش سر در قسمت میانی بین ناف مادر و خار قدامی فوقانی ایلوم شنیده می‌شود.

۲- نمایش ته (بریچ): در این حالت عضو نمایشی که در معاینه مهبلی لمس می‌شود، ته جنین می‌باشد. در نمایش ته صدای قلب جنین در حد ناف یا اندکی بالاتر به گوش می‌رسد.

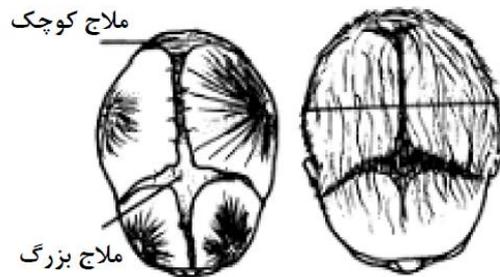
توجه:

برای انجام زایمان در منزل، هر نمایشی به غیر از نمایش سر غیرطبیعی است و به ارجاع مادر به بیمارستان نیاز دارد. زایمان طبیعی در م نزل در قرار طولی به شرط آن که نمایش سر جنین نیز «پس سر» باشد، امکان‌پذیر 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.

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 پس‌سری در عقب تشکیل شده است. محل اتصال این استخوان‌ها را «شیار یا درز» می‌گویند. در محل اتصال دو استخوان آهیانه و پیشانه،

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.



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



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

حرکات جنین در لیبر

با توجه به ابعاد نسبتاً بزرگ سر جنین رسیده (ترم)، جنین باید برای عبور از کانال زایمانی که شکل یکنواختی ندارد در وضعیت خود تغییراتی بدهد. این تغییرات را حرکات اصلی لیبر می‌گویند. در مسیر حرکت جنین به سمت دهانه مهبل برای تطابق با کانال زایمانی، چرخش‌هایی نیز در سر بوجود می‌آید. آخرین چرخش سر جنین، پس از خروج سر از کانال زایمانی اتفاق می‌افتد. در این چرخش، سر جنین به وضعیت اولیه خود برمی‌گردد. در این حالت است که شانه‌ها پدیدار شده و با زایمان شانه‌ها سایر قسمت‌های بدن به سرعت خارج می‌شود.

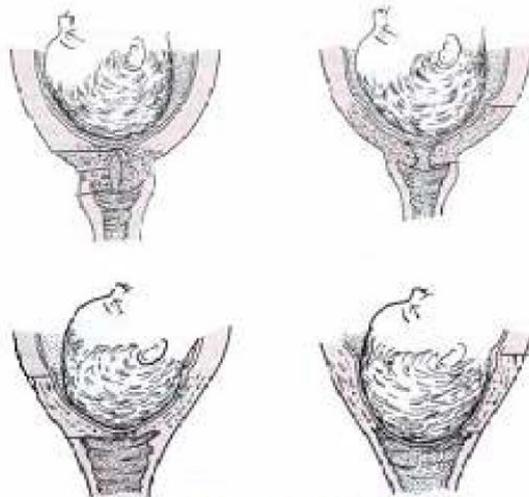
مراحل زایمان

درد زایمان بعثت انقباض عضلات رحم ایجاد می‌شود. بنابراین با وقوع انقباضات واقعی رحم، مراحل زایمان (سه مرحله) آغاز می‌شود.

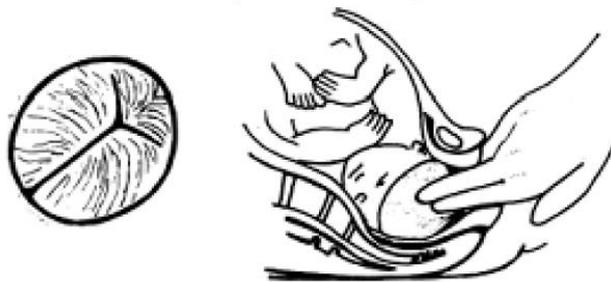
- مرحله اول زایمان:

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

به طور طبیعی مرز میان این دو قسمت مانند یک حلقه در سطح داخلی رحم مشخص می‌شود. در مواردی که وضعیت انقباضات غیرطبیعی باشد، این حلقه برجسته‌تر می‌شود و برحسب شدت آن ممکن است منجر به پارگی رحم شود. با پایین آمدن جنین در رحم، فشار عضو نمایش جنین که معمولاً سر جنین است باعث باز شدن و نرم شدن دهانه رحم می‌شود. مرحله اول زایمان از زمان شروع دردهای حقیقی زایمان آغاز و تا باز شدن کامل دهانه رحم ادامه می‌یابد.



باز و نرم شدن دهانه رحم



باز شدن کامل دهانه رحم

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

- مادر اجازه دارد در هر وضعیتی که دوست دارد قرار بگیرد.
- خوردن غذاهای جامد توصیه نمی‌شود ولی مادر می‌تواند مایعات شیرین بپاشامد؛
- به مادر تخلیه مرتب مثانه (هر ۲ ساعت یک بار) توصیه می‌شود؛
- صدای قلب جنین هر ۳۰ دقیقه کنترل می‌شود و باید در انتهای هر انقباض و بلافاصله پس از آن ارزیابی می‌شود.
- علائم حیاتی مادر در هر یک ساعت و درجه حرارت بدن هر ۴ ساعت کنترل می‌شود؛
- به علائم پیشرفت زایمان و علائم خطر (طبق چارت ارزیابی اولیه زایمان در منزل) باید توجه شود؛
- مدت مرحله اول زایمان ۸ ساعت در نظر گرفته شود.

ترس از درد زایمان، خستگی و اضطراب عوامل مهمی است که می‌تواند 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. **آماده سازی ولو و پرینه:** با شروع مرحله دوم زایمان، لازم است ولو و پرینه از بالا به پایین شستشو داده شود. چین های ولو به دقت باید تمیز شود. اگر گاز شستشو از روی ناحیه مقعد عبور کرد، باید آن را تعویض کرد.

- مرحله دوم زایمان:

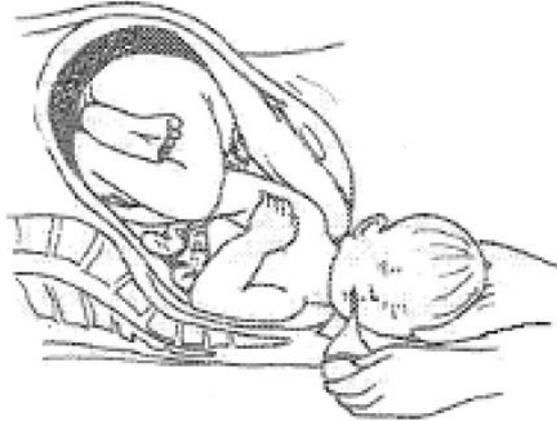
این مرحله با باز شدن کامل دهانه رحم شروع می شود و با خروج کامل جنین خاتمه می یابد. بنابراین در این مرحله سر جنین باید کاملاً مسیر کانال زایمانی را به سمت دهانه مهبل برای خروج سیر کند. هرگونه وقفه یا مانعی در این مسیر می تواند منجر به مرگ جنین شود. هوشیاری کامل ماما در این زمان بسیار اهمیت دارد. با نزدیک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

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 می تواند به کوتاه کردن این مرحله کمک کند.

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 مکنونیوم (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.

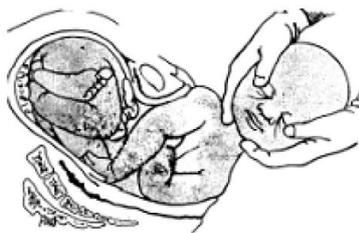
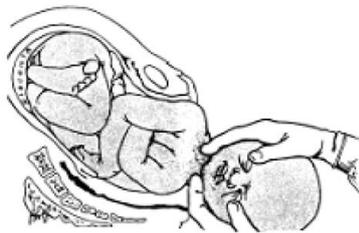


با خروج سر جنین، دردهای مادر تا حد زیادی کاهش پیدا می‌کند. به طور طبیعی سر جنین پس از خروج، به سمت راست یا چپ به دنبال چرخشی که از ابتدا در داخل لگن مادر داشته است، چرخش پیدا می‌کند. بنابراین بلافاصله پس از خروج سر و تا زمان چرخش خود به خودی، ترشحات دهان و بینی نوزاد با پوار باید تمیز شود.



سپس با انجام مانور، شانه‌های نوزاد خارج می‌شود. ابتدا با قرار دادن دست‌ها در دو طرف سرو گردن و کشش ملایم به سمت پایین، شانه قدامی خارج می‌شود و بلافاصله با بالا آوردن مختصر سر و گردن، شانه خلفی آزاد و خارج می‌شود. به دنبال زایمان شانه قدامی باید انگشت را از گردن نوزاد عبور داده تا اطمینان حاصل شود که بند ناف به دور گردن پیچیده نشده است.

چنانچه هنگام خروج سر جنین، بند ناف به دور گردن پیچیده شده است، ابتدا باید به آرامی بند ناف را از روی سر لغزاند تا از روی سر بگذرد. اگر این کار به آسانی انجام نمی‌شود، دو نقطه از بند ناف را باید با دو پنس گرفته و بین این دو نقطه را با قیچی قطع کرد تا بند ناف آزاد گردد. پس از خروج شانه‌ها، سایر اعضاء خودبه‌خود خارج می‌شود. پس از خروج کامل بدن، بند ناف را به فاصله ۲ تا ۳ سانتی‌متر از سطح شکم کلامپ کرده و بند ناف بریده شده باید از نظر نشت خون کنترل شود و در صورتی که خون نشت می‌کند کلامپ دیگری زده شود و نوزاد روی شکم مادر قرار داده می‌شود. نوزاد باید سریعاً خشک شود و هنگام خشک کردن، باید از نظر وضعیت تنفس ارزیابی شود. اگر نوزاد گریه نمی‌کند، بد نفس می‌کشد و یا اصلاً تنفس ندارد، باید سریعاً بند ناف را کلامپ کرده و اقدام برای ارجاع فوری نوزاد را شروع کرده. از قلاب کردن انگشتان در زیر بغل نوزاد خودداری شود زیرا موجب آسیب به اعصاب این ناحیه و یا در رفتگی مفصل شانه می‌شود.



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 بصورت نیمه نشسته قرار گیرد؛
- به علائم پیشرفت زایمان و خطر توجه شود؛
- صدای قلب جنین هر ۱۵ دقیقه شنیده می‌شود؛
- فشار خون و نبض مادر هر ۱۵ دقیقه کنترل می‌شود؛
- در صورت خروج مدفوع از مقعد، با یک قطعه گاز تمیز و با دقت ناحیه مقعد تمیز شود، طوری که ناحیه تناسلی آلوده نگردد. در صورت نیاز، شان و دستکش تعویض شود؛
- هرگز نباید برای سرعت بخشیدن به زایمان، روی شکم مادر فشار وارد کرد. این عمل موجب پارگی رحم و حتی مرگ مادر و جنین می‌شود؛
- در صورت وجود پارگی در کانال زایمانی و خونریزی، پیش از ارجاع مادر، پد یا گاز استریل روی پارگی گذاشته و پاها به هم نزدیک شود؛
- نباید زمانی که سر جنین در کانال زایمانی قرار دارد، آن را با زور به سمت جلو و یا عقب کشید.
- پس از خروج کامل نوزاد، هرگز او را از پاهایش آویزان نکنید؛
- درجه حرارت بدن نوزاد به سرعت کاهش می‌یابد. نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با شان یا حوله از قبل گرم شده، سروبدن را خشک کنید. شان‌های خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شان‌های خشک و گرم و سر او را با کلاه بپوشانید. از مناسب بودن دمای اتاق (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد) مطمئن شوید.
- بعد از خروج کامل نوزاد در مرحله دوم زایمان بایستی درجه آپگار را تعیین کرد.

درجه‌بندی آپگار

درجه‌بندی آپگار روشی برای ارزیابی وضعیت عمومی و نیاز نوزاد به احیاء است. سه علامت تنفس، ضربان قلب و رنگ پوست از اجزای درجه‌بندی آپگار است که برای تصمیم‌گیری در مورد نیاز به ارجاع فوری نوزاد برای احیاء بکار می‌رود. دو جزء دیگر تون عضلانی و واکنش به تحریک وضعیت عصبی را مشخص می‌کند. به طور معمول عدد آپگار در دقیقه ۱ و ۵ پس از تولد اندازه‌گیری می‌شود. اکثر نوزادان در دقیقه اول در شرایط عالی قرار دارند که نشان دهنده آپگار با نمره ۷ تا ۱۰ می‌باشد.

جدول نمره‌بندی آپگار

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

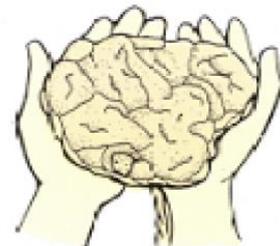
در صورتی که نوزاد ناله می‌کند، تنفس‌های نامنظم دارد، تنفسش خوب نیست یا اصلاً تنفس ندارد و یا رنگ پوست نوزاد بخصوص لب‌ها (زبان‌ها و قسمت مرکزی تنه) کبود است نوزاد نیاز به احیاء دارد. احیاء نوزاد اقدامی فوری است که به وسایل و مهارت احتیاج دارد. لذا ضروری است سریعاً اقدامات اولیه زیر را در مورد نوزاد انجام و او را فوراً ارجاع دهید.

- مرحله سوم زایمان:

از زمان خروج کامل جنین تا زمان خروج کامل جفت، مرحله سوم زایمان نامیده می‌شود. مرحله سوم معمولاً بین ۱ تا ۵ دقیقه طول می‌کشد. پس از پایان مرحله دوم با اطمینان از این که قل دیگری وجود ندارد، ۱۰ واحد اکسی‌توسین به صورت عضلانی برای کنترل خونریزی و جمع شدن رحم تزریق می‌شود. خروج جفت نیاز به زمان دارد، بنابراین تلاش برای خارج کردن جفت قبل از جدا شدن آن از دیواره رحم خطرناک است. در فاصله زمانی که برای جدا شدن جفت مورد نیاز است، باید مراقبت‌های مورد نیاز نوزاد (خشک کردن، ارزیابی و امتیازبندی آپگار و ...) را انجام داد. 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 نشانه‌ای است که ظاهر می‌شود.
 - ۲- خروج ناگهانی خون از مهبل.
 - ۳- بالا کشیده شدن رحم در شکم: چون جفت جدا شده به داخل قسمت پایینی رحم و مهبل می‌افتد و حجم آن باعث می‌شود که رحم را به طرف بالا فشار دهد.
 - ۴- بند ناف به مقدار بیشتری از مهبل خارج می‌شود که نشان می‌دهد جفت پایین آمده است.
- با مشاهده علائم جدا شدن جفت، همزمان با وارد کردن فشار بر جسم رحم، بند ناف کمی محکم‌تر نگه داشته شود. رحم با دستی که بر روی شکم قرار دارد به طرف بالا جابه‌جا می‌شود. این مانور تا زمانی که جفت به دهانه مهبل برسد تکرار می‌شود. به محض خروج جفت از دهانه مهبل، فشار دادن روی رحم متوقف و جفت به آرامی به بیرون کشیده می‌شود. باید مراقب بود تا پرده‌ها پاره نشود. در صورت پاره شدن، باید آنها را با پنس گرفته و با کشش ملایمی خارج کرد. می‌توان 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 ضدعفونی شستشو و تمیز می‌شود. کهنه یا نوار بهداشتی تمیز در ناحیه تناسلی گذاشته و مادر برای استراحت آماده می‌گردد.

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

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

- در صورتی که خونریزی شدید نباشد، مدت زمان مورد انتظار برای خروج جفت حداکثر ۳۰ دقیقه پس از خروج نوزاد است؛
- مادر همچنان در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد؛
- هرگز نباید قبل از جدا شدن جفت، با کشش کنترل نشده بند ناف جفت را خارج کرد. این عمل منجر به برگشتی یا وارونگی رحم می‌شود؛
- تا قبل از خروج کامل جفت باید دقت شود که پنس بندناف باز نشود؛
- جفت و پرده‌ها و بند ناف را باید از نظر سالم و کامل بودن معاینه کرد؛
- میزان طبیعی خونریزی پس از زایمان حدود ۵۰۰ میلی‌لیتر (معادل دو لیوان) است؛
- کانال زایمانی باید از نظر وجود پارگی بررسی شود.

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

بررسی جفت، پرده‌ها و بند ناف: همانطور که قبلاً اشاره شد، جفت از دو سطح تشکیل شده است. سطحی که به دیواره رحم می‌چسبد را سطح مادری جفت می‌گویند. این سطح معمولاً توسط شیارهای عمیقی به قسمت‌های نامنظمی تقسیم شده که حاوی رگ‌های خونی است. برای معاینه این سطح باید به سالم بودن تمام قسمت‌ها توجه کرد. باقی ماندن تمام یا حتی تکه‌ای از آن در داخل رحم موجب خونریزی شدید و حتی مرگ مادر می‌شود. سطح دیگر جفت که به بند ناف وصل است، سطح جنینی جفت نامیده می‌شود. هر دو سطح با پرده‌های جنینی پوشانده می‌شود. لازم است پرده‌ها را نیز از نظر سالم بودن و نداشتن پارگی بررسی کرد. پرده‌ها علاوه بر پوشاندن کامل تمام جفت، بیش از یک سوم از سطح جفت نیز امتداد پیدا می‌کند. 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 دایره‌های کوچک و یک سیاه رگ یا ورید به شکل دایره‌ای بزرگتر) مشخص است.

- مرحله چهارم زایمان:

برخی از افراد، یک ساعت پس از زایمان را که ساعتی بحرانی است، به عنوان مرحله چهارم تعریف می‌کنند. 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 می‌افتد.

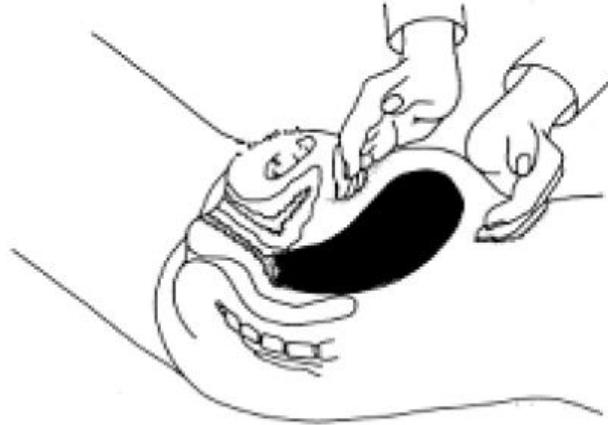
خونریزی پس از زایمان:

یکی از مهمترین و شایع‌ترین عوارض پس از زایمان، خونریزی است. خونریزی پس از زایمان عبارت است از خروج خون از کانال زایمانی به میزان بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر پس از زایمان، این عارضه عمدتاً به علت خروج ناکامل جفت (خارج نشدن کامل جفت و یا باقی ماندن تکه‌هایی از جفت و حتی پرده‌ها) ایجاد می‌شود. در این حالت رحم نمی‌تواند منقبض شود و یا عبارتی شل است. بنابراین رعایت تمام نکاتی که برای خروج جفت اشاره شد، ضروری است.

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

سایر عللی که می‌تواند منجر به خونریزی پس از زایمان شود، شلی رحمی، 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 ملائمت 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.

نکاتی که باید در این زمان در نظر گرفته شود:

- 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 این زمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می‌یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است؛
- پرینه از نظر وجودهماتوم (توده‌ای 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؛
- 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؛
- برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مگنمیک اسید برای مصرف در هنگام درد و مکمل‌های غذایی شامل قرص آهن و مولتی ویتامین ساده یا مینرال تجویز شود؛
- در مادر اره‌اش منفی در صورت عدم دسترسی به پزشک یا ماما در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان، آمپول روگام به صورت عضلانی تزریق شود؛

- پیش از ترک منزل مادر (پس از گذشت ۶ ساعت از زایمان)، باید از طبیعی بودن وضعیت مادر و نوزاد اطمینان حاصل شود؛
 - در صورت تمایل مادر به بستن لوله‌های رحمی، شرایط ارجاع او فراهم شود؛
 - پیش از ترک منزل مطمئن شوید که مادر ادرار کرده است؛
 - آموزش‌ها و توصیه‌های لازم به خصوص علائم خطر در مادر و نوزاد ارایه گردد.
- ❖ در مورد نحوه انجام زایمان در منزل، مطابق چارت مراقبت‌های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان در انتهای فصل اقدام شود.

مراقبت و ارزیابی نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان

- **ارزیابی و تنفس و گرم بودن نوزاد:** نوزاد بطور طبیعی و تقریباً پس از تولد شروع به تنفس و گریه کردن می‌کند که نشان دهنده برقراری تنفس فعال است. اکثر نوزادان طبیعی ظرف چند ثانیه پس از تولد نفس می‌کشد. نوزاد از نظر مشکلات تنفسی ناله کردن، توكشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل می‌شود. تنفس طبیعی و بدون ناله کردن، خودبخود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه می‌باشد.
- **تمیز کردن بدن و چشم‌ها:** نوزاد را تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکنید و لایه سفید رنگ چربی (ورنیکس) را بر ندارید. چشم‌ها را تمیز کنید. اگر نوزاد آغشته به خون یا مدفوع سبز رنگ (مکونیوم) است، با پارچه نم‌دار 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.
- **مراقبت بندناف:** بند ناف باید از نظر نشت خون بررسی شود. هیچ ماده‌ای حتی الکل روی آن نباید قرار داد و از بانداژ کردن نیز خودداری شود.
- **تزریق ویتامین K₁ و واکسن‌های بدو تولد:** بلافاصله پس از زایمان ویتامین K₁ را به صورت ۰/۵ میلی‌گرم در نوزاد با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم و ۱ میلی‌گرم در نوزاد با وزن ۲ کیلوگرم و بالاتر در ناحیه قدامی ران تزریق می‌شود.
- **شروع شیردهی:** ضمن اطمینان از کنار هم 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.

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 می‌بایست مداخله کند. این مداخلات صرفاً در بیمارستان انجام می‌شود.

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 می‌شود.

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 روده‌ای، تشکیل لخته خون در پاها و اعضای لگن و عوارض بیهوشی دارد و احتمال تولد نوزاد با مشکل تنفسی و وزن کم (به دلیل اشتباه در تخمین سن جنین) نیز افزایش می‌یابد. همچنین زمان بستری، دوره نقاهت و هزینه سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیشتر است.

بازدید منزل

چنانچه زن باردار مایل است در منزل زایمان کند، باید در صورت نبود علائم خطر شرایط انجام زایمان در منزل شامل امکانات و وسایل مورد نیاز زایمان، وجود وسیله نقلیه آماده برای انتقال مادر و نوزاد (در موارد خطر) و محیط مناسب زایمان توسط مامای دوره دیده فراهم باشد. همچنین باید شرایط مجاز برای انجام زایمان در منزل (طبق چارت مراقبت و آیین‌نامه زایمان در منزل) در نظر گرفته شود. از این رو بازدید از منزل مادر قبل از زایمان در هفته‌های ۳۶ تا ۳۷ بارداری توسط ماما روستا و بهورز 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.

شرایط اتاق زایمان در منزل

بهتر است یکی از اتاق‌های 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 امکان‌پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان به راحتی آن را گرم نگه داشت؛

- 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 نفت‌سوز 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 غیرضروری از اتاق خارج 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 افراتر در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً توسط مادر انتخاب شده‌اند برای کمک در اتاق زایمان ضروری است. این امر باعث می‌شود 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 با 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 (ملحفه‌ها باید قبلاً شسته شده و در آفتاب خشک شود و در صورت امکان اتو شده باشد)
- مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک؛

- وسایل مادر:

- ۲ دست پیراهن با لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود تا شیر دادن به نوزاد آسان باشد.
- ژاکت یا نیم‌تنه پشمی در فصل سرما
- حوله صورت
- جوراب و لباس زیر تمیز
- نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد (کهنه‌ها باید با آب و صابون شسته شده و در آفتاب خشک و یا اتو شود).
- شانه و وسایل نظافت شخصی

- وسایل نوزاد:

- رختخواب نوزاد از جنس پارچه نخی یا کتان باشد. پارچه‌های نایلونی و یا الیاف مصنوعی سبب حساسیت پوست بدن نوزاد می‌شود. در دوخت لباس باید حتی‌المقدور از به کار بردن دکمه و قرن قفلی خودداری شود و به جای آن با نوار لباس را ثابت نگه داشت. لباس و کلاه و کهنه‌ها نیز با صابون بدون عطر شسته شود.
- دو لگن بزرگ برای شستشوی دست‌ها
- 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 جاصابونی، حوله دست
- برس برای شستن زیر ناخن‌ها
- گاز، پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
- پنس 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، پیش‌بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
- کلیپس بند ناف حداقل ۲ تا ۳ عدد
- پیوار ۲ عدد
- درجه حرارت سنج دهانی
- درجه حرارت‌سنج برای اتاق
- چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافی همراه داشته باشید)
- نوار متری
- مشمع برای زیرانداز به ابعاد ۱۵۰×۱۵۰
- ۲ ظرف قلوهای بزرگ و متوسط
- حداقل ۶ تکه شان به ابعاد ۸۰×۸۰
- مواد ضد عفونی مانند بتادین و ساولن
- سرنگ و سرسوزن و آمپول اکسی‌توسین و آمپول ویتامین k
- فرم ثبت مراقبت‌های زایمان

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

آمادگی برای زایمان در منزل

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

- ✓ با خوشرویی مادر را به اتاقی که برای زایمان آماده شده است، هدایت کنید و به او اطمینان خاطر دهید؛
- ✓ از یک نفر «کمک زایمان» بخواهید که به شما در آمادگی وسایل کمک کند؛
- ✓ از مادر شرح حال بگیری. (زمان شروع دردها، وضعیت دردها، خروج ترشح خونی، وضعیت کیسه آب و ...)
- ✓ علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس، درجه حرارت) مادر را کنترل کنید؛
- ✓ درجه حرارت اتاق در حد ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی‌گراد تنظیم کنید. وسایل مورد نیاز زایمان را در دسترس قرار دهید؛
- ✓ با نزدیک شدن زمان خروج نوزاد، دست‌ها را (حداکثر به مدت ۳ دقیقه) بشوئید؛
- ✓ وضعیت مادر را از نظر زایمان بررسی و برحسب مرحله زایمان تصمیم‌گیری و مطابق دستورعمل 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 می‌دهید؛
- ✓ 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 دستورعمل مراقبت و نتیجه مراقبت‌ها را ثبت کنید؛

- ✓ همراهان مادر را در مورد نظافت اتاق و تمیز کردن لباس‌ها و وسایل راهنمایی کنید؛
- ✓ به مادر و خانواده آموزش‌های لازم را ارائه دهید و یادآوری کنید که در صورت وقوع علائم خطر، شما را آگاه کنند.
- ✓ پس از انجام زایمان دهن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی (حداقل ۱۰ متر دورتر از منبع آشامیدنی و در عمق ۲ متری) بایستی صورت گیرد.
- ✓ شستشو و ضدعفونی کردن وسایل زایمان و اتاق زایمان در صورت امکان و نیاز پس از زایمان لازم است.

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.

زایمان‌های در معرض خطر

در چارت مراقبت‌های زایمان بخش زایمان و بلافاصله پس از زایمان مراقبت‌های 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 می‌شود.

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

زایمان سخت: زایمان دشوار یا سخت با پیشرفت غیرطبیعی و آرام لیبر مشخص می‌شود. 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 می‌کند:

- ۱- اختلال یا ناکافی بودن نیروی رحم: در مرحله اول به طور طبیعی انقباضات رحم در باز و نرم شدن دهانه رحم تأثیر می‌گذارد. چنانچه تغییر پیشرفت در این زمان اتفاق نیفتد، مادر باید ارجاع شود.
- ۲- تنگی لگن: هرگونه کاهش در اقطار لگن باعث می‌شود 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 شایع‌تر است. اگر چه روش دقیقی برای اندازه‌گیری ابعاد لگن میانی وجود ندارد، در صورت برجسته بودن خارها و صاف و متقارن نبودن دیواره‌های 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 می‌کند. بنابراین باید به اندازه جنین نیز در هنگام زایمان توجه شود.

تأخیر در نزول سر جنین باید جدی گرفته شود. در زنان چند زای معمولاً نزول سر جنین همراه با باز شدن دهانه رحم یا گاهی پس از آن بطور کامل صورت می‌گیرد. در صورت وجود انقباضات خوب، نزول سر جنین به سرعت انجام می‌شود.

۳- نمایش غیرطبیعی (نمایش ته، صورت و ...): نمایش جنین به جز نمایش سر، می‌تواند مانع انقباضات موثر رحم در باز شدن دهانه رحم و پایین آمدن سر جنین شود.

۴- اختلال بافت‌های نرم: هر نوع توده یا ناهنجاری در بافت‌های نرم لگن می‌تواند 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 می‌شود. در صورت وجود هر نوع خونریزی باید از معاینه واژینال خودداری شده و مادر ارجاع شود. عفونت: در زایمان‌های طول کشیده و سخت بخصوص اگر پرده‌ها پاره باشند مادر و جنین در معرض عفونت قرار می‌گیرند. بهتر است در صورت پارگی طولانی‌مدت 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 قسمت‌های نرم مجرای زایمان و انقباضات قوی و غیرطبیعی رحم باشد. در این حالت، نوزاد در مدت کمتر از ۳ ساعت خارج می‌شود. 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 می‌شود. در این حالت اگر سر جنین در لگن ثابت نباشد ممکن است بندناف جلوتر از سر جنین خارج شود. در صورتی که به موقع و به درستی با این عارضه برخورد نشود، منجر به مرگ نوزاد می‌شود.

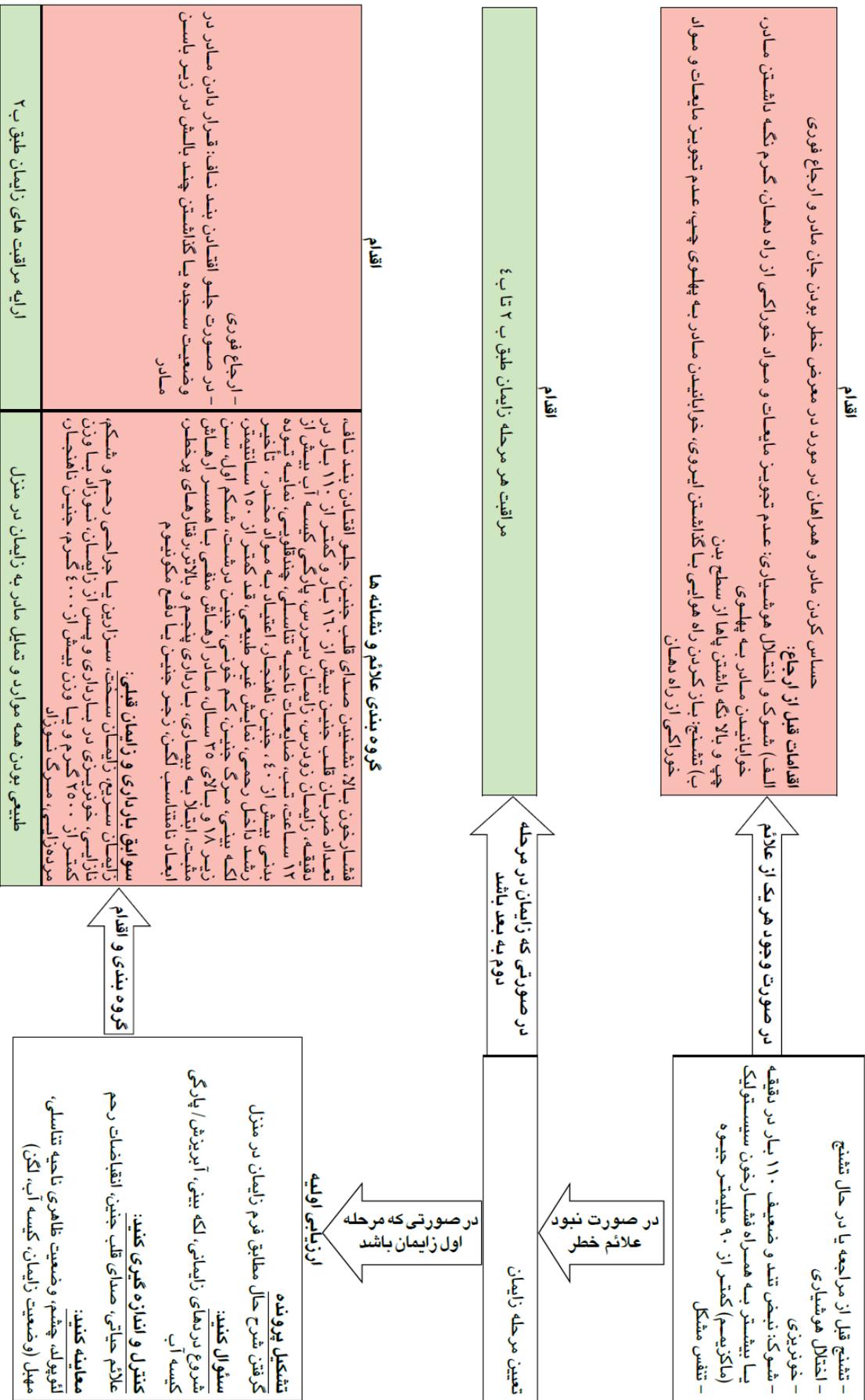
تمرین:

- مهم‌ترین علائم زایمانی کدامند؟
- وضعیت، قرار و نمایش جنین را توضیح دهید.
- 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 پرده‌ها را توضیح دهید.
- ماساژ رحم برای کنترل خونریزی چگونه انجام می‌شود؟
- زایمان‌های در معرض خطر کدامند؟
- چه مراقبت‌هایی را باید از مادر در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام داد؟
- چه مراقبت‌هایی را باید از نوزاد در زمان بلافاصله پس از زایمان انجام داد؟
- زایمان سخت و علل آن را توضیح دهید؟
- در صورت خونریزی پس از زایمان، چه اقدامی باید انجام داد؟
- هدف از بازدید منزل چیست؟
- اقداماتی را که برای انجام زایمان در منزل نیاز است، فقط نام ببرید.

ب- مراقبت‌های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل

- ب ۱- ارزیابی اولیه زایمان در منزل
 - ب ۲- مراقبت‌های مرحله اول و دوم زایمان در منزل
 - ب ۳- مراقبت‌های مرحله سوم و چهارم زایمان در منزل
 - ب ۴- مراقبت‌های ۶ ساعت اول پس از زایمان در منزل
- تعاریف مراقبت‌های زایمان و بلافاصله پس از زایمان در منزل

ب ۱- ارزیابی اولیه زایمان در منزل (در صورتی که زایمان در منزل انجام می گیرد، به نکات آن در متن آموزشی توجه کنید.)



ب-۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان در منزل

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر با کیف زایمان
 اقدامات قبل از ارجاع:
 الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلوئی چپ و بالای تگه داشتن پاهای از سطح بدن
 ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ابروی، خواباندن مادر به پهلوئی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان
 ج) جلوگیری از افتادن بند ناف: قرار دادن مادر در وضعیت سجده یا گذاشتن چند بالشت در زیر باسن مادر

ادامه مراقبت تا شروع مرحله دوم زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها

شوک، تشنج، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل، خونریزی، ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ و بیشتر از ۱۶۰ بار در دقیقه، جلوگیری از پیدایش فشارخون بالا، تب، پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت، وجود خون یا مگنوم در مایع آمنیوتیک، نمایش غیر طبیعی، چندقوئی

طبیعی بودن همه موارد و پیشرفت مناسب زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

- آماده کردن اولیه مادر و محل زایمان
- کنترل علائم حیاتی، پیشرفت زایمان
- بررسی وضعیت کیسه آب و انقباضات رحم
- شنیدن صدای قلب جنین

محل زایمان

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر با کیف زایمان
 اقدامات قبل از ارجاع:
 الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلوئی چپ و بالای تگه داشتن پاهای از سطح بدن
 ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ابروی، خواباندن مادر به پهلوئی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان
 ج) خارج نشدن شانه ها: پاهای مادر را روی شکم خم کنید، از همراه بخواهید همزمان که سر را به پایین می کشید، از روی شکم فشار متوسطی روی رحم وارد کنید، در صورت عدم خروج شانه ها از دستکاری بیشتر بپرهیزید.

انجام مانورهای زایمانی برای خروج سر نوزاد
 خارج کردن ترشحات دهان و بینی پس از خروج سر نوزاد
 خارج کردن کامل نوزاد

گروه بندی علائم و نشانه ها

شوک، تشنج، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل، طولانی شدن مرحله دوم بیش از ۲۰ دقیقه، پارگی رحم خونریزی، کاهش ضربان قلب جنین، خارج نشدن شانه ها، تب، چندقوئی، نمایش غیر طبیعی

طبیعی بودن همه موارد و پیشرفت مناسب زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

- آمادگی برای زایمان (مادر، ماما، وسایل)
- کنترل پیشرفت زایمان و صدای قلب جنین

محل زایمان

اقدام

- کلامپ و بریدن سریع بندناف
 - ارجاع فوری
 - فراهم کردن گرما
 - پاک کردن راه های هوایی (ترشحات دهان و بینی)
 - خشک کردن بدن
 - کلامپ و بریدن بندناف

گروه بندی علائم و نشانه ها

تنفس بند یا نداشتن تنفس، آشفته بودن به مگنوم، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی، سن پاراداری کمتر از ۲۷ هفته

طبیعی بودن همه موارد

اقدام اولیه و ارزیابی

- ارزیابی سریع علائم زایمان:
- آشفته بودن به مگنوم
- تنفس یا گرمی کردن
- تون عضلانی مناسب
- رنگ صورتی بدن
- سن پاراداری ترم

محل زایمان

ب-۴- مراقبت های ۶ ساعت پس از زایمان در منزل

۶ ساعت اول پس از زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر	حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری و همراهی مادر
اقدامات قبل از ارجاع: الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلو، چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن	اقدامات قبل از ارجاع: الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خواباندن مادر به پهلو، چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن
ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خواباندن مادر به پهلو، چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان	ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خواباندن مادر به پهلو، چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان
عدم دفع ادرار	تثقیق و آموزش به ادرار کردن و در صورتی که با آموزش مادر همچنان ادرار نگردد است: ارجاع فوری
تمايل به بستن لوله ها	اقدام طبق خانه زیر و ارجاع به بیمارستان پس از ۶ ساعت
طبیعی بودن همه موارد	تجویز مسکن در صورت نیاز و مگلهای دارویی - تثویق مادر به شیردهی انحصاری - آموزش و توصیه طبق عوارض فرم زایمان در منزل و ارائه توصیه های بهداشتی - توصیه به مصرف مواد غذایی - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی - ترک منزل مادر پس از ۶ ساعت

گروه بندی و اقدام

اقدام اولیه و ارزیابی	ب-۴
بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزبان - بررسی وضعیت دفع ادرار - سؤال در مورد تمايل مادر به بستن لوله ها	ب-۴

گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
تثقیق بد یا تناقض تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی	ارجاع فوری
سرد بودن نوزاد	در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد اقدامات پیش از ارجاع - فراهم کردن گرما - ارائه شیردهی در صورت همراهی مادر - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق مانا
نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و تاهنجاری، غیر طبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد	بر حسب مورد: اقدام طبق مانا و خانه زیر
طبیعی بودن همه موارد	حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول - تزییق و پیمین ک ۱ و واگن های بدو توک نوزاد - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد - آموزش مراقبت از نوزاد به مادر - طبیعی بودن همه موارد - ارجاع غیر فوری برای ارزیابی توسط پزشک

گروه بندی و اقدام

اقدام اولیه و ارزیابی	ب-۴
اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیردهی - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی (تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و تاهنجاری، عفونت های موضعی، غیر طبیعی بودن سن حاملگی و اندازه های نوزاد)	ب-۴

تعاریف مراقبت‌های زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

احتباس جفت: باقی ماندن کامل جفت یا قسمتی از آن در رحم

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

ارزیابی علائم خطر فوری: ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می‌دهد و باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی به علائم مصرف آن ماده است؛
- تمایل دائم و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
- مختل شدن فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛
- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛
- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.

انقباضات رحم: انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و قدرت هر انقباض بررسی کنید.

پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فرم مراقبت زایمان» را تکمیل کنید.

تشنج: حرکات غیرارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

تعیین مرحله زایمان: با انجام معاینه مهبل (واژینال) و بررسی وضعیت دهانه رحم، مرحله زایمان را تعیین کنید.

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی‌تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل

نکته: در صورت وجود خونریزی، از معاینه مهبل خودداری کنید و مادر را ارجاع دهید.

دردهای زایمان: تشخیص دردهای واقعی از دردهای کاذب در این مرحله اهمیت دارد. مشخصات انقباضات واقعی عبارتند از:

- در فواصل منظم اتفاق می‌افتد و فواصل بتدریج کوتاه می‌شود؛
- شدت انقباضات بتدریج افزایش می‌یابد؛
- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛
- دهانه رحم متسع می‌شود؛
- با تجویز مسکن، متوقف نمی‌شود.

رفتارهای پرخطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان سخت: زایمانی که طولانی بوده و یا بوسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه‌ها انجام شده باشد.

زایمان سریع: زایمانی که در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده است.

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماریهای زمینه‌ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی، هیپرتیروئیدی و ...)، عفونت HIV ایدز، هپاتیت، ضایعات ناحیه تناسلی، ناهنجاری اسکلتی، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، سیفلیس

- تاریخچه بارداری: سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت بارداری فعلی، وضعیت زایمان

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، اعتیاد به مواد مخدر/ داروهای مخدر، رفتارهای پرخطر

شوک: اختلال در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیرطبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بیقراری و گیجی همراه باشد).

صدای قلب جنین: به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

علائم حیاتی: علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری کنید.

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه زیر زبانی اندازه‌گیری کنید. درجه زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بالاتر «تب» است.
- نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۵ بار در دقیقه است.
- **لکه‌بینی:** خروج لکه خونی از مهبل

نکته: چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبیده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه‌بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه‌بینی مادر در هفته‌های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سرراهی باشد، از معاینه مهبل خودداری کنید و مادر را ارجاع دهید.

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانده و شکم او را عریان کنید. مانورهای لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

- مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه‌ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته‌جنین به صورت یک جسم بزرگ و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می‌شود.
- مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و باملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می‌شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی‌هایی لمس می‌شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.
- مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می‌شود.
- مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرند که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می‌کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می‌شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می‌گردد.

مرد زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه‌ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نمی‌کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی‌دهد.

نکته: دوره پری‌ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

معاینه چشم: رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

نکته: کم‌رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم‌رنگ بودن زبان، بستر ناخن‌ها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یکسال نزدیکی بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری

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

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

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

وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی: ناحیه تناسلی را از نظر وجود ضایعات پوستی، رگ‌های واریسی و توده‌ها بررسی کنید.

مرحله اول زایمان (از شروع دردهای واقعی زایمان تا باز و نرم شدن کامل دهانه رحم):

آماده کردن اولیه مادر: برای مادر اقدامات زیر را انجام دهید:

کوتاه کردن موهای پرینه (در صورت نیاز)، تعویض لباس، ممانعت از مصرف مواد غذایی جامد، توصیه به مادر برای ادرار کردن هر ۲ ساعت (تخلیه مثانه)، توصیه به مادر برای قرار گرفتن در وضعیت راحت و آماده کردن مادر از نظر روحی و روانی برای زایمان

آماده کردن محل زایمان: اقدامات زیر را انجام دهید:

تنظیم درجه حرارت محل زایمان به میزان ۲۸-۲۵ درجه سانتی‌گراد، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان

انقباضات رحم: انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و قدرت هر انقباض بررسی کنید.

پیشرفت زایمان: با انجام معاینه مهبل، میزان باز و نرم شدن دهانه رحم و نزول سر جنین را بررسی کنید.

صدای قلب جنین: صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید.

علائم حیاتی: فشارخون و نبض و تنفس مادر را هر یک ساعت و درجه حرارت را هر ۴ ساعت اندازه‌گیری کنید.

وضعیت کیسه آب: وضعیت سلامت یا پارگی کیسه آب را مشخص کنید. چنانچه پارگی در هر مرحله اتفاق افتد، به شفاف بودن مایع آمنیوتیک و همچنین به مدت زمان پارگی توجه کنید.

مرحله دوم زایمان (از نرم و باز شدن کامل دهانه رحم تا خروج کامل نوزاد):

آمادگی برای زایمان (مادر، عامل زایمان، وسایل زایمان):

مادر: مادر را بشرح زیر آماده کنید:

قرار دادن در وضعیت مناسب، آماده‌سازی روانی و آموزش برای همکاری در طول زایمان، شستشوی ناحیه تناسلی، پوشاندن مادر با شان‌های استریل

عامل زایمان: به مدت ۳ دقیقه دست بشوئید. لباس‌های مورد نیاز (گان، ماسک، پیش‌بند، دستکش، عینک) را بپوشید.

وسایل زایمان: وسایل مورد نیاز برای زایمان، وسایل نوزاد شامل پوار، دو عدد شان یا پارچه (حوله) که از قبل گرم شده باشد، داروهای مورد نیاز شامل اکسی‌توسین و ویتامین ک^۱، واکسن‌های بدو تولد، مواد ضدعفونی کننده و ایروی را در دسترس قرار دهید.

پاک کردن راه‌های هوایی: ابتدا دهان و سپس بینی نوزاد را با پوار تمیز کنید.

پیشرفت زایمان: با انجام معاینه مهبل، وضعیت نزول سر جنین را بررسی کنید.

نکته: مدت انتظار مرحله دوم زایمان را ۲۰ دقیقه در نظر بگیرید.

تنفس نوزاد: در حال خشک کردن نوزاد، او را از نظر تنفس خوب و بدون ناله ارزیابی کنید.

خارج کردن کامل نوزاد: با انجام مانور، نوزاد را خارج کنید.

خارج نشدن شانه‌ها: عدم خروج شانه‌ها پس از گذشت ۶۰ ثانیه از خروج سر نوزاد

خشک کردن بدن نوزاد: نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با شان یا حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. شان‌های خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شان‌های خشک و گرم بپوشانید.

صدای قلب جنین: صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۱۵ دقیقه و در مادر پرخطر هر ۵ دقیقه کنترل کنید.

فراهم کردن گرما: نوزاد را در شان از پیش گرم شده و یا زیر گرم کننده تابشی قرار دهید.

بریدن بند ناف: یک دقیقه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید.

مانورهای زایمان برای خروج سر نوزاد: با انجام مانورهای زایمانی و مانور کنترل پرینه، سر نوزاد را خارج نمائید.

مرحله سوم زایمان (از خروج کامل نوزاد تا خروج کامل جفت):

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

تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است.

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی‌گراد است.

بررسی جفت و پرده‌ها و بند ناف: پس از خروج، قسمت‌های مختلف جفت و پرده‌ها را از نظر کامل بودن بررسی کنید.

بند ناف را از نظر وجود رگ‌های خونی (۳ رگ) بررسی کنید.

پوشاندن بدن: بدن نوزاد را با لباس و سر او را با کلاه بپوشانید.

تزریق اکسی‌توسین: پس از تولد نوزاد، در صورت اطمینان از نبود قلب دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۱۰ واحد اکسی‌توسین به صورت عضلانی تزریق کنید.

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

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

کلیپس بندناف: بندناف را به طول ۲ تا ۳ سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیپس کنید.

مانورهای خروج جفت: با در نظر گرفتن علائم جدا شدن جفت و انجام مانورهای مربوط به خروج جفت و پرده‌ها کمک کنید.

نکته ۱: مهلت زمان لازم برای خروج جفت ۳۰ دقیقه است.

نکته ۲: قبل از جدا شدن جفت، کشش بند ناف جایز نیست. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، کشش ملایم و کنترل شده بند ناف به سمت پایین به خروج جفت کمک می‌کند.

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

آماده کردن مادر: پس از پایان مرحله سوم زایمان، ناحیه تناسلی را شستشو داده، لباس مادر را عوض کنید و نوزاد را در آغوش مادر قرار دهید.

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را 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 کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خودبه‌خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است.

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی‌گراد است.

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

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می‌گیرد و میزان خونریزی از آن بتدریج کاهش می‌یابد.

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

نکته: پرینه را از نظر وجود هماتوم (توده‌ای که از جمع شدن خون به وجود می‌آید) در پایان ساعت اول پس از زایمان و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر، بررسی کنید.

حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترک منزل مادر، هر یک ساعت بررسی کنید.

کنترل علائم حیاتی: بلافاصله پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه و سپس در ابتدای ساعت سوم، و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر اندازه‌گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر اندازه‌گیری کنید.

۶ ساعت اول پس از زایمان (از مرحله چهارم تا زمان ترخیص):

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

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را 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 کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خودبه‌خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است.

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی‌گراد است.

بررسی وضعیت دفع ادرار: قبل از ترخیص، از دفع ادرار مادر مطمئن شوید.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترک منزل مادر، هر یک ساعت بررسی کنید.

نکته ۱: میزان خونریزی در این زمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می‌یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

نکته ۲: پرینه را از نظر وجود هماتوم (توده‌ای که از جمع شدن خون به وجود می‌آید) در پایان ساعت اول پس از زایمان و ساعت آخر قبل از ترک منزل مادر، بررسی کنید.

تجویز مسکن و مکمل‌های دارویی: برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مگنمیک اسید برای مصرف هنگام درد و مکمل‌های دارویی را طبق راهنما تجویز کنید.

ترک منزل مادر: با در نظر گرفتن وضعیت طبیعی مادر و نوزاد، پس از ۶ ساعت منزل را ترک کنید.

تزریق ویتامین K_۱ و واکسن‌های بدو تولد: بلافاصله پس از زایمان ویتامین K_۱ را به صورت ۰/۵ میلی‌گرم در نوزاد با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم و ۱ میلی‌گرم در نوزاد با وزن ۲ کیلوگرم و بالاتر در ناحیه قدامی ران تزریق کنید. واکسن‌های بدو تولد نوزاد شامل ب، ث، ژ، فلج اطفال و هیپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق کنید.

تزریق آمپول رگام: در صورت امکان، آمپول رگام را در مادر اره‌اش منفی با نوزاد اره‌اش مثبت به صورت عضلانی تزریق کنید و در غیر این صورت، تزریق آن را طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان انجام دهید.

تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی: تاریخ و محل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت بار اول پس تعیین و تاکید کنید.

تعیین زمان و مکان مراقبت بعدی نوزاد: تاریخ و محل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت‌های نوزاد را تعیین و تاکید کنید.

حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترک منزل مادر، هر یک ساعت بررسی کنید.

ماساژ رحم: اگر خونریزی از رحم پس از خروج کامل جفت ادامه دارد و رحم شل است، پس از اطمینان از خالی بودن مثانه تا جمع شدن رحم و کنترل خونریزی، رحم را ماساژ دهید.

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

فصل ششم

دوران پس از زایمان

اهداف آموزشی

- پس از مطالعه این بخش انتظار می‌رود 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 بیان کنید.
 - آموزش و توصیه‌های 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.
 - مکمل‌های غذایی مورد نیاز پس از زایمان را نام ببرید و نحوه مصرف را توضیح دهید.
 - اندوه پس از زایمان را توضیح دهید.
 - شیوه‌هایی مختلف شیردهی را شرح دهید.

تعریف دوره پس از زایمان (دوره نفاس)

معمولاً ۶ هفته پس از زایمان، دوره‌ای است که طی آن تغییرات ناشی از بارداری در اعضای مختلف بدن مانند رحم به تدریج به حالت قبل از بارداری برمی‌گردد. ممکن این برگشت‌پذیری در برخی موارد مانند وزن مادر تا ماه‌ها به طول انجامد.

تغییرات بدن در دوران پس از زایمان

تغییرات رحم:

دو روز اول پس از زایمان، رحم شروع به کوچک شدن می‌کند به طوری که در هفته اول رحم پایین‌تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد به داخل حفره لگن برمی‌گردد و از روی شکم قابل لمس نیست اندازه رحم پس از ۴ هفته تقریباً برابر اندازه زمان قبل از بارداری است. دهانه رحم نیز که در زمان زایمان به اندازه قطر سر جنین باز شده بود به تدریج جمع شده و پس از گذشت یک هفته آنقدر تنگ می‌شود که به سختی یک انگشت از آن عبور می‌کند. پارگی‌هایی که در دهانه رحم ایجاد می‌شود دائمی است و به صورت دهانه رحم چندزا باقی می‌ماند.

ترشحات رحم:

در چند روز اول بعد از زایمان، ترشحات رحم زیاد و خونی است. بعد از ۳ یا ۴ روز ترشحات خون‌آلود کمتر و پس از ۱۰ روز کم‌رنگ‌تر شده و معمولاً خروج ترشحات کم‌رنگ ۴ تا ۶ هفته طول می‌کشد. وجود ترشحات خونی تا دو هفته پس از زایمان و در حد خونریزی قاعدگی طبیعی است ولی در صورت ادامه آن بیش از این مدت، به علت احتمال ماندن تکه‌هایی از جفت در رحم، مادر باید فوراً ارجاع شود. شایان ذکر است که یکی از علل عمده مرگ مادران، خونریزی پس از زایمان است و باید به آن بسیار توجه شود.

برگشت قاعدگی:

معمولاً شروع مجدد تخمک‌گذاری، با شروع قاعدگی مشخص می‌شود. ولی گاهی اوقات ممکن است مادر تا یک سال قاعده نشود، اما امکان تخمک‌گذاری و بارداری وی وجود دارد. اگر مادر به طور مرتب به فرزند خود شیر دهد، معمولاً ۶ هفته و اگر به نوزاد خود شیر ندهد، ۳ هفته پس از زایمان، احتمال بارداری مجدد وجود دارد. پس از استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری در این زمان به مادر توصیه شود.

تغییرات وزن:

بلافاصله پس از زایمان در اثر تخلیه رحم و خروج جنین و جفت، وزن بدن حدود ۵ تا ۶ کیلوگرم کاهش می‌یابد. معمولاً ۶ ماه بعد از زایمان به حدود وزن قبل از بارداری بر می‌گردد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می‌دهد، امکان برگشت به وزن قبلی بیشتر است. فعالیت بدنی و نحوه تغذیه در میزان کاهش وزن پس از زایمان، موثر است.

تغییرات پستان:

پستان‌ها در اواخر بارداری بزرگ و پر از شیر می‌شوند. پس از زایمان با مکیدن نوزاد ترشح شیر آغاز می‌شود. در ۵ روز اول، ماده‌ای زرد رنگ به نام آغوز که حاوی پروتئین بیشتر و مواد ایمن‌سازی مشابه واکسن است، از پستان‌ها ترشح می‌شود. آغوز بتدریج طی ۴ هفته به شیر کامل تبدیل می‌شود. 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 می‌کند و مادر نباید از گرسسته ماندن نوزاد خود نگران باشد.

دیواره شکم:

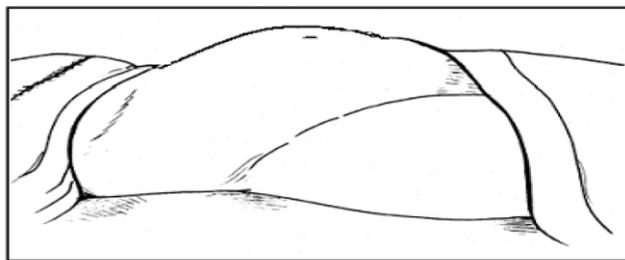
عضلات دیواره شکم تا ۲ هفته، نرم و شل باقی می‌ماند. تقریباً ۶ هفته طول می‌کشد تا توانایی کشش عضلات به حالت اولیه بازگردد.

وضعیت خلق و خو:

در چند روز اول بعد از زایمان (۳-۶ روز)، ممکن است مادر به دلیل فشارهای روانی ناشی از ترس و هیجان بارداری و زایمان، ورود نوزاد و تغییرات ایجاد شده در خانواده، خستگی ناشی از کم خوابی اواخر بارداری و نگرانی در مورد مراقبت از نوزاد، در ساعاتی از روز اندوهگین شود که به آن اندوه پس از زایمان می‌گویند. تغییرات خلق و خو و رفتار، طیف وسیعی دارد که شامل گریه کردن خود به خود، بی‌علاقگی نسبت به هر فعالیت، بی‌خوابی یا پرخوابی، تغییرات وزن، خستگی و کاهش انرژی است. این حالات معمولاً طی هفته اول پس از زایمان مشاهده می‌شود و در صورت ادامه پس از ۲ هفته ارجاع داده شود. در صورتی که این علائم طولانی شود و یا علائمی مانند تمایل به خودکشی و آزاد نوزاد بروز کند به آن افسردگی شدید می‌گویند و باید فوراً به پزشک ارجاع شود.

دفع ادرار:

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



درد و ناراحتی ناشی از ادرار کردن در زن زائو موجب اجتناب از تخلیه مثانه می‌شود. 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 اپی‌زیاتومی نیز موجب احساس درد در هنگام ادرار کردن می‌شود که بتدریج بهبود می‌یابد. در صورت عدم خروج ادرار تا ۴ ساعت اول پس از زایمان و نیز تداوم هر نوع مشکل در ادرار کردن مانند سوزش یا درد هنگام ادرار کردن و بی‌اختیاری ادرار نیاز به ارجاع فوری دارد.

دفع مدفوع:

عدم دفع مدفوع تا ۳ روز اول پس از زایمان به علت تخلیه احتمالی و کاهش فعالیت روده‌ها حین زایمان، طبیعی است.

اهمیت مراقبت پس از زایمان

تعداد زیادی از مادران به دلیل عفونت، خونریزی و فشار خون بالا پس از زایمان می‌میرند و یا دچار عوارضی مانند بی‌اختیاری ادرار، افسردگی، بواسیر، کم‌خونی و غیره می‌شوند. بنابراین ضروری است مادران پس از زایمان در زمان‌های تعیین شده برای اطمینان از سلامت خود و نوزادشان مراقبت شوند.

دفعات مراقبت‌های پس از زایمان

دفعات مراقبت پس از زایمان: حداقل ملاقات‌های 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 ملاقات‌ها ممکن است با توجه به وضعیت مادر و نظر پزشک یا ماما تغییر کند.

باید توجه داشت همانند مراقبت‌های معمول بارداری، در زمان پس از زایمان نیز ابتدا مادر از نظر وجود علائم خطر فوری (نشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل) بررسی و سپس در صورت نبود آن علائم مراقبت‌های معمول انجام شود.

❖ در برفور با هر یک از علائم فطر فوری مطابق چارت مراقبت‌های اول و دوم پس از زایمان در انتهای اقدام شود.

گرفتن شرح حال

پس از زایمان شرح مختصری از تاریخ، نوع و محل زایمان و مطابق با فرم پس از زایمان از مادر پرسیده می‌شود.

معاینات پس از زایمان

معاینات پس از زایمان شامل موارد زیر است:

کنترل علائم حیاتی:

مطابق مراقبت‌های دوران بارداری علائم حیاتی (فشارخون، نبض، درجه حرارت و تنفس) مادر در هر مراقبت اندازه‌گیری می‌شود.

در صورتی که مادر از سرگیجه شکایت دارد، فشارخون و تعداد نبض او ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه‌گیری شود. اگر میزان فشارخون ماکزیمم از حالت خوابیده به نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلی‌متر جیوه کاهش 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 حجم شیر و جاری شدن آن است

ولی تب ناشی از احتقان شیر بیش از ۲۴ ساعت ادامه ندارد. به دلیل اهمیت عفونت، افزایش دمای بدن در هر زمان پس از زایمان تب محسوب شده و علامت خطر است.

رعایت نکردن نکات بهداشتی و زایمان غیر ایمن، زایمان طول کشیده، پارگی طولانی مدت کیسه اب، معاینات داخلی مکرر در زمان زایمان، احتمال عفونت پس از زایمان را افزایش 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 هایی که در بارداری به تاخیر افتاده، انجام شود و مجدداً 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 جرم و پوسیدگی و عفونت دندانی و التهاب لثه ارجاع غیرفوری و آبرسه و درد شدید دندان مادر ارجاع اولین فرصت شود.

معاینه پستان:

پستان ها باید از نظر تورم و درد بررسی شود. در صورت وجود علائم آبرسه یا ماستیت، مادر باید ارجاع فوری شود.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی:

در هر ملاقات لازم است ارتفاع رحم از روی شکم اندازه گیری شود. با توجه به تغییرات تدریجی اندازه رحم (آنچه در تغییرات رحم گفته شد) در صورتی که اندازه رحم بیشتر از اندازه های ذکر شده است علامت خطر است و نیاز به ارجاع فوری داد. بررسی میزان خونریزی بسیار اهمیت دارد. همانطور که گفته شد اگر در طی دو هفته پس از زایمان خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته، ترشحات چرکی و بد بو وجود داشت مادر نیاز به ارجاع فوری دارد و در صورتی که بعد از دو هفته خونریزی در حد قاعدگی بود علامت خطر است.

بررسی محل بخیه:

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

معاینه اندام ها:

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

غربالگری سلامت روان

آموزش‌های بهداشتی پس از زایمان

بهداشت فردی:

رعایت بهداشت فردی در این زمان بسیار اهمیت دارد، ناحیه تناسلی باید از جلو به عقب شسته شده، همیشه خشک نگهداشته شود و تا زمان کاهش ترشحات، نوار بهداشتی به طور مرتب عوض شود. استحمام روزانه و ترجیحاً ایستاده برای مادر مفید است.

محل بخیه‌ها: تعویض مکرر نوار بهداشتی، لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، شستن لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم صحیح محل بخیه) را ترمیم کنید به مادر توجیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان) از مقاربت خودداری کند.

فعالیت و استراحت:

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

تمرین‌های ورزشی:

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.

مقاربت:

خانم‌ها اکثراً ترجیح می‌دهند تا ۶ هفته پس از زایمان مقاربت نداشته باشند. خستگی ناشی از نگهداری نوزاد ممکن است. میل جنسی را کاهش دهد که این حالت موقتی است و بتدریج بهبود می‌یابد.

بهداشت روان:

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

مراقبت از پستان‌ها:

مراقبت از پستان‌ها نقش ارزنده‌ای در تداوم شیردهی دارد. اگر مادر به نوزاد خود شیر می‌دهد. پستان‌ها را باید تمیز نگاه داشته، از مصرف صابون، مواد ضدعفونی کننده و با شستشوی مکرر پستان‌ها خودداری کند.

اگر مادری به هر دلیلی نمی‌خواهد به نوزاد خود شیر دهد، برای برطرف کردن بزرگی پستان وی موارد زیر توصیه می‌شود.

- از تحریک پستان‌ها اجتناب کند.

- سینه‌بند مناسب بپوشد. محکم بستن پستان‌ها ناراحتی مادر را بیشتر می‌کند.

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

- اگر دوشیدن پستان باعث آرامش مادر می‌شود آنها را بدوشد.

- از مسکن باری برطرف کردن درد استفاده کند گذاشتن برگ کلم شسته شده و خنک شده می‌تواند درد و تورم پستان را برطرف کند.

عدم مصرف خودسرانه دارو، سیگار، دخانیات:

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

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

تغذیه در بعد از زایمان و مادر شیرده:

تغذیه خوب و داشتن ذخایر کافی از دوران بارداری هم تامین کننده 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 پرچرب و شیرین را کاهش دهد؛

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

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

تغذیه مادران شیرده

پیروی از یک برنامه غذایی روزانه صحیح که در آن از پنج گروه غذایی اصلی به مقادیر توصیه شده وجود داشته باشد و ضمن رعایت تنوع از تعادل نیز برخوردار باشد در دوران شیردهی هم برای حفظ ذخایر بدن مادر و هم برای تولید کافی شیر حائز اهمیت است. تداوم تغذیه با شیر مادر مستلزم مصرف مواد مغذی و مقوی توسط مادر است. تغذیه مناسب مادر در این دوران علاوه بر تامین نیازهای تغذیه‌ای نوزاد (از جمله مواد معدنی و ویتامین‌ها)، برای حفظ بنیه، سلامت و اعتماد به نفس مادر و نیز حفظ و نگهداری ذخایر بدن مادر ضروری است. تغذیه با شیر مادر هم‌چنین موجب بهبود سطح ایمنی بدن شیرخوار در برابر ابتلاء به انواع عفونت‌های حاد تنفسی، اسهال و نیز بازگشت وزن مادر به قبل از بارداری می‌شود.

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

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

توجهات تغذیه‌ای خاص در دوران شیردهی

در هرم غذایی، واحدهای توصیه شده در هر گروه از مواد غذایی در دوران شیردهی مشابه دوران بارداری است.

● نیاز مادر شیرده به کالری حدود ۵۰۰ کیلو کالری بیش از دوران قبل از بارداری است. برای تامین این مقدار کالری اضافی، علاوه بر مواد غذایی مقوی، از چربی‌های ذخیره شده در بدن مادر در دوران بارداری نیز استفاده می‌شود. ذخایر چربی مادر که در طی بارداری ذخیره شده است، ۱۰۰ تا ۱۵۰ کیلو کالری از انرژی مورد نیاز برای تولید شیر را فراهم می‌کند. دریافت کالری ناکافی سبب کاهش تولید شیر می‌شود.

● هر چند تولید شیر مادر بستگی به مقدار مایعات مصرفی مادر ندارد و مصرف مایعات سبب افزایش تولید شیر نمی‌شود ولی برای پیشگیری از کم آبی بدن، مادران شیرده باید به مقدار کافی مایعات بنوشند. حدود ۱۰-۸ لیوان در روز مایعات شامل شیر، دوغ کم نمک و بدون گاز، چای و آب میوه طبیعی بنوشند و حتی مواد غذایی آبدار مانند انواع آش سوپ و انواع خورش‌ها را میل کنند.

● مصرف نوشابه‌های کافئین دار اعم از چای غلیظ، قهوه، کاکائولا و ... باید کاهش یابد زیرا مصرف این مواد ممکن است سبب تحریک پذیری، بی‌اشتهایی و کم خوابی شیرخوار شود. هم‌چنین از نوشیدن الکل باید خودداری کرد.

● غذای مادر شیرده باید حاوی مقادیر کافی از پنج گروه غذایی اصلی باشد تا از دریافت ویتامین و املاح معدنی به میزان کافی اطمینان حاصل شود. مقدار ویتامین موجود در شیر مادر عمدتاً انعکاسی از مقدار ویتامین مصرفی مادر است. میزان ویتامین D شیر مادر به میزان قرار گرفتن او در معرض نور مستقیم خورشید وابسته است. در این مورد توصیه مانند دوران بارداری است.

● وجود مواد معدنی نظیر کلسیم، آهن، روی، مس، فسفر و ید در تغذیه مادر شیرده ضروری است. با این حال برخی از مواد معدنی مانند کلسیم، فسفر، آهن و روی، بدون توجه به دریافت غذا، می‌تواند از ذخایر بدن مادر به شیر وارد شوند. اما وجود برخی مواد معدنی همچون ید در شیر مادر ارتباط مستقیمی با تغذیه او دارد. در هر حال تغذیه مناسب مادر شیرده جهت تامین انواع مواد معدنی ضروری مخصوصاً کلسیم، آهن و ید برای سلامتی مادر و شیرخوار ضروری است. توصیه می‌شود مادران شیرده هم‌چون دوران بارداری از منابع کلسیم و سایر مواد معدنی استفاده کنند و هم‌چنین از نمک یددار تصفیه شده به مقدار کم و با شرایط نگهداری مناسب استفاده کنند. یعنی با نگهداری نمک یددار در ظروف در بسته و دور از نور، ید موجود در نمک را حفظ کنند. هم‌چنین توصیه می‌شود برای پایدار ماندن ید در غذاها، نمک در انتهای پخت به غذا اضافه شود.

● لازم است مصرف قرص آهن (فروس سولفات یا فرو فومارات) تا ۳ ماه بعد از زایمان ادامه یابد.

● مصرف برخی غذاها مانند سیر، انواع کلم، پیاز، مارچوبه و تربچه و یا غذاهای پر ادویه و پر چاشنی ممکن است روی طعم شیر اثر بگذارد و تغییر ناگهانی طعم شیر سبب تمایل نداشتن شیرخوار به شیر خوردن شود. با توجه به تأثیر برخی مواد غذایی بر طعم شیر، در صورتی که شیرخوار از شیر خوردن امتناع می‌کند بهتر است مادران از مصرف این مواد خودداری کرده یا مصرف آن را محدود کنند.

کاهش وزن بعد از زایمان باید تدریجی صورت گیرد تا بر مقدار شیر مادر تأثیر نگذارد. لازم به ذکر است که شیردهی خود سبب کاهش تدریجی وزن مادر می‌شود، با این شرط که مواد مغذی لازم با مصرف مواد غذایی مناسب و کافی برای مادر تأمین شود. کاهش وزن دوران شیردهی باید بیشتر از کم‌خوری و محدود کردن رژیم غذایی، متکی بر افزایش تحرک و انجام فعالیت‌های بدنی باشد. وزن‌گیری مناسب شیرخوار در طول دوران شیرخوارگی به خصوص ۶ ماه اول نشان دهنده کافی بودن مقدار شیر مادر است و مادر با اطمینان از کافی بودن شیر خود می‌تواند کمتر از ۴۵۰ گرم در هفته کاهش وزن داشته باشد. زنان شیرده دارای اضافه وزن می‌توانند با کاهش مصرف غذاهای سرشار از چربی و قندهای ساده در حدود ۵۰۰ کیلوکالری از انرژی دریافتی را کاهش دهند اما باید غذاهای سرشار از کلسیم، سبزی‌ها و میوه‌ها را بیشتر مصرف کنند.

تولید شیر در مادران مبتلا به سوء تغذیه شدید ممکن است از سایر مادران کمتر باشد. در این مورد و مواردی که BMI کمتر از ۱۸/۵ باشد، مادران باید انرژی دریافتی روزانه خود را تا ۷۵۰ کیلوکالری افزایش دهند. در این خصوص استفاده از توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب برای خانم‌های باردار کم وزن (BMI کمتر از ۱۸/۵) به منظور بهبود وضعیت سلامت مادر شیرده و افزایش تولید شیر مادر پیشنهاد می‌شود. مادر شیرده حتی اگر مبتلا به سوء تغذیه باشد، می‌تواند شیر تولید کند؛ اما باید توجه داشت که در چنین شرایطی ذخایر غذایی بدن مادر صرف تولید شیر می‌شود و در نتیجه مادر به دلیل تخلیه ذخایر بدنی خود و احساس ضعف، خستگی و بی‌حوصلگی توان مراقبت از کودک را نخواهد داشت. بنابراین تغذیه مناسب مادر در دوره شیردهی برای پیشگیری از سوء تغذیه او که هم سلامت خود را به خطر می‌اندازد و هم در مراقبت از کودک اختلال ایجاد می‌کند حائز اهمیت است. در صورت تغذیه نادرست و ناکافی در دوران شیردهی، مادر بیش از شیرخوار متضرر می‌شود و با عوارضی همچون پوکی استخوان، مشکلات دندانی، کم‌خونی و ... مواجه خواهد شد.

بعضی از شیرخواران ممکن است غذاهایی را که مادر مصرف کرده و وارد شیر او شده تحمل نکنند، به عنوان مثال، مصرف سیر، پیاز و یا حبوبات توسط مادر ممکن است موجب دردهای شکمی و یا تولید قولنج در شیرخوار شود. همچنین کلم، شلغم و یا میوه‌هایی مثل زردآلو، آلو، هلو، هندوانه و بعضی سبزی‌ها در صورتی که زیاد مصرف شوند، ممکن است موجب نفخ و دردهای شکمی در شیرخوار شوند. بنابراین مادر باید دقت کند در صورتی که طی ۲۴ ساعت پس از خوردن موادی که در بالا ذکر شد، شیرخوار دچار نفخ و دل درد شود از مصرف آنها خودداری کند. به طور کلی مادر شیرده هر غذایی را که میل دارد می‌تواند مصرف کند مگر آنکه حس کند شیرخوار وی پس از خوردن آن غذاها توسط مادر دچار دردهای شکمی می‌شود.

فعالیت بدنی

فعالیت بدنی مناسب برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مادر شیرده مهم است. اگر چه ورزش منظم و در حد متعادل در زنانی که قبل از بارداری از نظر جسمانی متناسب بوده‌اند، مانعی در برابر شیردهی نیست، اما گاهی دیده شده پس از فعالیت بدنی شدید و ورزش مادر شیرده (به علت ورود اسید لاکتیک به شیر)، طعم تلخ در شیر ایجاد می‌شود و شیرخوار از خوردن شیر امتناع می‌کند. در این مواقع لازم است مادر قبل از شیر دادن، سینه خود را بشوید و اگر هنوز شیرخوار مایل به شیر خوردن نیست مقدار کمی از شیر خود را قبل از تغذیه شیرخوار بدوشد و دور بریزد و سپس اقدام به شیردهی نماید.

مصرف مکمل‌های غذایی: پس از زایمان نیز همانند دوران بارداری مادر نیاز به مصرف ویتامین‌ها و املاح معدنی دارد. لازم است مادر تا ۳ ماه پس از زایمان روزانه‌ای یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص مولتی ویتامین حاوی ید مصرف نماید.

ترزیق آمپول رگام: اگر مادر اره‌اش منفی و نوزاد اره‌اش مثبت است در صورتیکه هنگام ترزیق آمپول رگام دریافت نکرده است تا ۷۲ ساعت اول پس از زایمان باید به مادر آمپول به صورت عضلانی ترزیق شود. مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی:

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

در صورت تمایل مادر و همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله ۲ سال بین بارداری و زایمان قبلی رعایت شود. برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در مادر شیرده و غیر شیرده طبق دستورالعمل اقدام شود.

شکایت‌های شایع در دوره پس از زایمان

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

پس‌درد: گاهی درد و انقباض‌هایی در رحم مانند زمان قاعدگی وجود دارد که اصطلاحاً به آن پس‌درد می‌گویند. این دردها در زمانی که مادر به نوزاد شیر می‌دهد بیشتر می‌شود. معمولاً در روز سوم پس از زایمان از شدت دردها کاسته می‌شود.

با گرم نگه‌داشتن، شل کردن عضلات، تنفس عمیق می‌تواند درد ناشی از انقباض را کاهش داد.

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

آزمایشات پس از زایمان

در مبتلایان به دیابت بارداری FBS و OGTT لازم است و در صورت نیاز برای انجام آزمایش پاپ اسمیر توجه شود.

علائم خطر مادر پس از زایمان

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

- خونریزی بیش از حد قاعدگی در دو هفته اول یا دفع لخته
- تب و لرز
- افسردگی شدید
- خروج ترشحات بدبو و چرکی از مهبل

- درد و ورم یکطرفه ساق و ران
 - عدم دفع ادرار در ۶ ساعت اول پس از زایمان
 - بی‌اختیار ادرار و مدفوع
 - احساس دفع سریع ادرار
 - مدفوع خونی
 - درد شکم یا پهلوها
 - سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
 - اقدام به خودکشی
 - آبسه پستان
 - ماستیت
 - فشار خون ۱۴۰/۹۰ یا بیشتر
 - بزرگی رحم
 - لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه‌ها
 - سرگیجه با افت فشارخون سیستولیک و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته
- اگر در مراقبتهای مادر پس از زایمان هر یک از علائم زیر مشاهده شد، مادر به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع غیرفوری شود:
- بیماری زمینه‌ای
 - بواسیر
 - عود بیماری روانی
 - رنگ پریدگی شدید
 - سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی
 - اختلال روانپزشکی
 - دیابت باردار
 - سابقه پره اکلامپسی
 - مصرف مواد انثو- محرک و الکل
- علائم خطر نوزادی
- در صورت بروز یا مشاهده هر یک از علائم زیر در نوزاد، باید سریعاً ارجاع شود:
 - زردی در ۲۴ ساعت اول
 - تو کشیده شدن قفسه سینه
 - ناله کردن
 - رنگ پریدگی شدید یا کیبودی اندامها
 - استفراغ مکرر شیر
 - بی‌قراری و تحرک پذیری
 - ترشحات چرکی ناف و یا قرمزی اطراف ناف

- قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک‌ها
- خوب شیر نخوردن
- تب یا سرد شدن اندام‌ها و بدن
- تحرک کمتر از حد معمول و بی‌حالی
- عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول و ادرار در ۲۴ ساعت اول
- وجود جوش‌های چرکی منتشر در پوست بیش از ۱۰ عدد
- اسهال
- تشنج

❖ در صورت وجود هر کدام از علائم فطر در مادر یا نوزاد مطابق چارت‌های مراقبت پس از زایمان در

انتهای فصل اقدام شود.

تمرین:

- مراقبت‌های دوران پس از زایمان چه اهمیتی دارد؟
- تغییرات پس از زایمان را توضیح دهید.
- دفعات مراقبت‌های پس از زایمان را توضیح دهید.
- در هر مراقبت چه اقداماتی باید برای مادر انجام شود.
- مکمل‌های 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 آموزش‌هایی را لازم می‌دانید؟

پ - مراقبت‌های معمول پس از زایمان:

- (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)
جدول راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)
- پ ۱- مراقبت‌های ملاقات اول و دوم
 - پ ۲- مراقبت‌های ملاقات سوم پس از زایمان
- تعاریف مراقبت‌های پس از زایمان

جدول راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)

مراقبت ۳	مراقبت ۲	مراقبت ۱	زمان مراقبت نوع مراقبت
روزهای ۳۰ تا ۴۲	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۱ تا ۳	مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده
- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر و عوارض - غربالگری سلامت روان - مصرف مکمل‌های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل‌های دارویی	- مشخصات، وضعیت زایمان - سوابق بارداری‌های اخیر - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل‌های دارویی	معاینه بالینی
- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها - علائم حیاتی - علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان‌ها، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها - علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان‌ها، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها - علائم حیاتی	آزمایش‌ها
پاپ اسمیر (در صورت نیاز) - ارجاع جهت درخواست آزمایش برای مبتلایان به دیابت بارداری	-----	-----	آموزش و مشاوره
بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی، روان و جنسی، دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	مکمل‌های دارویی
-----	-----	آهن و مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان ارجاع جهت تزریق رگام در مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان	ایمن سازی

ب ۱- مراقبت‌های اول و دوم پس از زایمان



ب ۲- مراقبت سوم پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی
<p>حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری</p>	<p>خونریزی و دفع لخته، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، افسردگی شدید، اقدام به خودکشی، سرگیجه با علائم حیاتی غیر طبیعی، تب، احساس دفع سریع ادرار، ماستیت، آبسه پستان، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، بزرگی رحم، ورم یا درد و حساسیت و یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها</p>	<p>ارزیابی</p> <p>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p> <p>سؤال کنید:</p> <p>ترشحات مهبل و خونریزی، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلال روانپزشکی، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، دندان، محل بخیه)، شکایت شایع، همسرآزاری، مصرف مکمل های دارویی</p> <p>اندازه گیری کنید:</p> <p>علائم حیاتی</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها</p>
<p>- اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری در صورت آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت و در صورت التهاب لته، عفونت دندان: ارجاع غیرفوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک</p>	<p>بیماری زمینه ای، لکه بینی، فشارخون بالا، بواسیر، سوزش ادرار، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، عود بیماری روانی، التهاب لته، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان</p>	
<p>- تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۱</p> <p>- آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان</p> <p>- رایحه توصیه های بهداشتی طبق ت ۴</p> <p>- ارجاع غیر فوری برای درخواست آزمایش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری</p>	<p>شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد</p>	

تعاریف مراقبت‌های پس از زایمان

آموزش و توصیه: طی ملاقات‌های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، مصرف دارو در زمان شیردهی)، بهداشت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسرآزاری و حمایت عاطفی همسر) و بهداشت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر رفتار پرخطر)، علائم خطر (تب خونریزی بیش از حد قاعدگی، ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سردرد، درد ساقه و ران، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، شکایت شایع (خستگی، کمردرد، یبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل‌های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن و مصرف دارو در زمان شیردهی، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، مشاوره و باروری سالم و دریافت خدمات آن، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهید.

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فرا گرفته است.

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

ارزیابی علائم خطر فوری: در ملاقات اول و دوم، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت را مرور کرده و نقایصی مانند تکمیل نبودن قسمت‌های مختلف را رفع و دستورات را اجرا کنید.

بیماری زمینه‌ای: منظور بیماری‌های قلبی، کلیوی، دیابت، فشار خون بالا، صرع، ... است.

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.

ترشحات مهبل: خروج ترشحات چرکی و بدبو را از مهبل سؤال کنید.

تزریق رگام: مادر اره‌اش منفی با نوزاد اره‌اش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان نیاز به تزریق به صورت عضلانی دارد.

نکته: توجه داشته باشید که مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز قرص آهن و مولتی ویتامین دارد.

تشکیل پرونده و شرح حال: برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال و سوابق بارداری اخیر «فرم مراقبت پس از زایمان» را تکمیل کنید.

شرح حال شامل موارد زیر است:

- **تاریخچه زایمان:** تاریخ، نوع و محل زایمان و عامل زایمان

- **سوابق بارداری اخیر:** مواردی که در بارداری اتفاق افتاده و نیاز به توجه در مراقبت پس از زایمان دارد مانند پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری، بیماری‌های زمینه‌ای (فشارخون بالا، قلبی، آنم، سل و ...) و مصرف الکل، مواد افیونی و محرک

تشنج: حرکات غیرارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی‌تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهبل کاسته شده و کم‌رنگ می‌شود. در ملاقات سوم خروج ترشحات خونی از مهبل را سؤال کنید.

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

سرگیجه: حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حال نشسته اندازه‌گیری کنید. در صورت طبیعی بودن، مادر را ارجاع غیرفوری و در صورت غیرطبیعی بودن (میزان فشارخون سیستولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان ۲۰ میلی‌متر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته ۲۰ بار افزایش یابد)، مادر را ارجاع فوری دهید.

شکایت‌های شایع: این شکایت‌ها شامل خستگی، سردرد، کمردرد و بیبوست است.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیرطبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی‌قراری و گیجی همراه باشد.)

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری کنید.

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه‌گیری شود. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالاتر» است.

- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه‌گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بالاتر «تب» است.

- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

علائم خطر پس از زایمان: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، تب و لرز، خروج و ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، درد و ورم یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، درد شکم یا پهلو، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، درد و تورم و سفیدی پستان‌ها و درد سوزش و ترشح از محل بخیه‌ها

علائم روانپزشکی: وضعیت روانپزشکی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

- فوریت روانپزشکی: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پر فعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران

- علائم در معرض خطر روانی: روحیه افسرده، انرژی کم، کم‌حوصلگی، عصبانیت، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پر خوابی، کم‌خوابی، پراشتهایی، کم‌اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب‌رسان به خود و دیگران

در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سؤال کنید. برخی مادران ممکن است در روزهای ۳ تا ۶ و حداکثر تا روز ۱۴ روز پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (اندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت گریه و بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی تظاهر می‌کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود بیماری روانی قبلی و یا بروز بیماری روانی جدید است. بنابراین چنانچه فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی در مادر وجود دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید. اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «اندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی‌خوابی، بی‌قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می‌دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویژگی روان‌پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی: در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنمای ت ۲ مشاوره کنید. مشکلات شیردهی: در هر ملاقات، از مادر در مورد ادامه شیردهی به نوزاد سؤال کنید. در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته، احتقان و شقاق به مادر آموزش دهید.

- احتقان: تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان

- شقاق: زخم و درد نوک پستان

معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را معاینه و در فرم ثبت کنید:

- معاینه چشم: در هر ملاقات، رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

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

- معاینه دهان و دندان: در ملاقات سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.

• عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت‌های شایع دندان‌پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می‌تواند باعث تورم صورت و لثه‌ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.

• التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

• جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه‌ای سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می‌گردد.

• پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب‌های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:

• تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه

• سوراخ شدن دندان

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

• حساب بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

- معاینه پستان: پستان‌ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسی کنید.

- معاینه شکم (رحم): در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می‌گردد. در هفته اول رحم پایین‌تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.

نکته: در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس‌درد» می‌گویند.

- محل بخیه‌ها: در هر ملاقات، محل بخیه‌ها (برش اپی‌زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می‌باشد. محل برش اپی‌زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می‌شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.

- معاینه اندام‌ها: در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.

مکمل‌های دارویی: مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین (طبق راهنمای ت ۱) مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد و به طور منظم مصرف می‌کند.

ملاقات‌های پس از زایمان: ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می‌شود.

وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج: از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی‌اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی‌اختیاری) و سوزش و خراج ناحیه تناسلی سؤال کنید.

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

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

خشونت روانی: رفتار خشونت‌آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتمادبه‌نفس زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می‌شود.