

سری مرور جامع

(DRS)

پرستاری مادران و نوزادان

« توجه »

© تمامی حقوق برای ناشر محفوظ است.

این کتاب مشمول "قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان" مصوب ۱۳۴۸/۱۱/۱۱ و "قانون ترجمه و تکثیر کتب و نشریات و آثار صوتی" مصوب ۱۳۵۰/۱۰/۱۶ می‌باشد. فتوکپی، بازنویسی، خلاصه‌برداری یا برداشت بخشی از متن یا شکل‌ها و جدول‌های کتاب و انتشار آن در قالب کتاب‌های ترجمه، تألیف، خلاصه، تست یا نرم‌افزار بدون اجازه‌ی کتبی ناشر، غیرقانونی و شرعاً حرام بوده و موجب پیگرد قانونی می‌شود.

سری مرور جامع

سری
DRS

پرستاری مادران و نوزادان

تألیف

مهناز شوقی

مهناز سنجری





- پرستاری مادران و نوزادان (سری مرور جامع)
- تألیف: مهناز شوقی - مهناز سنجری
- ناشر: نشر جامعه‌نگر
- نوبت و سال چاپ: اول ۱۳۸۷، شمارگان: ۱۰۵۰ نسخه
- صفحه‌آرایی: آرساگو
- طرح جلد: سالمی
- لیتوگرافی: آبرنگ، چاپ: افرنگ، صحافی: چاوش
- بها: ۹۹۰۰۰ ریال
- شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۵۲۴-۴۹-۵

ISBN 978-964-2524-49-5

مراکز پخش و فروش:

- نمایشگاه و فروشگاه مرکزی نشر سالمی و جامعه‌نگر:
تهران: خ انقلاب - مقابل در اصلی دانشگاه تهران - خ فخر رازی - خ نظری غربی - شماره ۱۹۴
تلفن: ۶۶۴۹۴۱۸۷-۶۶۴۹۳۷۱۶
- کتاب‌فروشی‌های معتبر پزشکی سراسر کشور:
- اردبیل: جامعه‌نگر • ارومیه: شاهد اینترگران • اصفهان: رازی - مرکز تهیه و توزیع کتاب - پژواک • اهواز: رشد - بین‌الملل • ایلان: دانشجوی • بجنورد: به‌نشر • بروجرد: نوربخش
- بندرعباس: استاد • بوشهر: نمایشگاه دائمی محمدپور • بیرجند: آدین • تالش: جامعه‌نگر • تبریز: بابک - صادق‌زاده - رستم‌زاده • تنگین: میرچی • چهرم: دانشجوی • خرم‌دره: معلم ۲
- خرم‌آباد: نشر دانشگاهیان • رشت: دانشگاه آزاد پهل طالب‌شاهان - ارجمند - مسزده • زاهدان: کالج • زنجان: شهر کتاب
- ساری: هدف • ساوه: کوثر • سمنان: نسیم • شیراز: جمالی - مرکز نشر دانشگاهی • قیق: فاضل • کاشان: خانه کتاب - مرسل • کرمان: حاجی‌پور - صبا • کرمانشاه: دانشمند • گرگان: دانشجوی
- مشهد: دانشجوی - نمایشگاه علوم پزشکی جهاد • همدان: روزاندیش - دانشجوی

سری مرور جامع (DRS) شامل خلاصه ای کامل و جامع از دروس اصلی کنکور به انضمام نکات کلیدی و نمونه سولات ارشد می باشد که برای آماده سازی دانشجویان و داوطلبان کنکور کارشناسی ارشد تدوین شده است. در چکیده سازی دروس تمام سعی مولفین بر این بوده که نکته ای از قلم نیفتد یا حداکثر نکات ممکن را چندین بار مطالعه کنید. پس به مطالعه سری مرور آزمون بپردازید که مکمل این سری می باشد و دارای مجموعه سؤالات طبقه بندی شده جهت تثبیت مطالب خوانده شده می باشد.

در طی سالیان تجربه ای نشر پرستاری، این دو سری کتب (یعنی سری ERS و DRS) برای آمادگی هرچه بیشتر دانشجویان و داوطلبان کنکور ارشد و آزمون های پرستاری تدوین شده است. به طوری که با مطالعه ای این مجموعه ها حداکثر بهره وری را داشته باشند.

این کتاب یکی از کتاب های سری مرور جامع (DRS) می باشد که ترجمه و تألیفی است از منابع خارجی و داخلی.

سایر جلد های این مجموعه به شرح زیر می باشند:

- ۱- سری مرور جامع (DRS) پرستاری کودکان
- ۲- سری مرور جامع (DRS) پرستاری داخلی و جراحی
- ۳- سری مرور جامع (DRS) پرستاری بهداشت جامعه (۱ و ۲ و ۳)
- ۴- سری مرور جامع (DRS) بهداشت روان (۱ و ۲)
- ۵- کتاب جامع پرستاری (تک جلدی)

مرتضی زینعلی
مدیر مسئول

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	فصل ۱: مراقبت مادران در عصر جدید: ملاحظات خانوادگی و فرهنگی
۱۵	فصل ۲: فیزیولوژی و آناتومی دستگاه تولیدمثل
۲۱	فصل ۳: تکامل جنین
۲۷	فصل ۴: تغییرات فیزیولوژیک و روانی دوران بارداری
۳۷	فصل ۵: مراقبت بهداشتی هنگام بارداری
۴۷	فصل ۶: ارزیابی سلامت جنین
۵۹	فصل ۷: فرایند زایمان طبیعی
۶۹	فصل ۸: مراقبت پرستاری در طی زایمان و کنترل درد
۸۳	فصل ۹: سازگاری فیزیولوژیک در نوزاد تازه متولد شده
۹۱	فصل ۱۰: بررسی نوزاد تازه متولد شده (نورس)
۱۰۳	فصل ۱۱: مراقبت پرستاری از نوزاد
۱۱۳	فصل ۱۲: تغذیه نوزاد
۱۲۱	فصل ۱۳: ارزیابی و مراقبت پرستاری در دوران پس از زایمان
۱۳۷	فصل ۱۴: عوارض مشکلات سلامتی حین بارداری
۱۵۵	فصل ۱۵: عوارض لیبر و زایمان
۱۶۷	فصل ۱۶: نوزاد در معرض خطر: شرایط مرتبط با سن بارداری و تکامل
۱۷۷	فصل ۱۷: نوزاد در معرض خطر: شرایط مادرزادی و اکتسابی
۱۸۷	فصل ۱۸: عوارض دوره نقاهت پس از زایمان
۱۹۷	فصل ۱۹: مراقبت پرستاری در سطح جامعه
۲۰۳	فصل ۲۰: تنظیم خانواده و ناباروری
۲۱۵	فصل ۲۱: بارداری در نوجوانان
۲۲۱	فصل ۲۲: مسائل بهداشتی زنان
۲۲۳	سوالات همراه با پاسخ‌های تشریحی

مراقبت مادران در عصر جدید، ملاحظات خانوادگی و فرهنگی

فصل

۱

مراقبت از مادران

تعریف و اهداف

مراقبت از مادران دربرگیرنده اجزایی از جمله حمایت، آموزش و ارتقای سلامتی آنهاست که توسط پرستار به افراد باردار، همسران و خانواده‌های آنها در طی بارداری، زایمان و پس از تولد (دوره‌ی پس از زایمان) ارایه می‌شود. از نظر تئوری و عملی، پرستاری بهداشت مادران بر حفظ تمامیت واحد خانواده و توجه به فرایند طبیعی زایمان تأکید دارد.

اهداف بهداشت مادران

- ❖ اطمینان از سلامت مادر در طی بارداری، پیش از زایمان، تولد و دوره‌ی پس از زایمان
- ❖ کمک به افراد باردار در جهت طی کردن فرایند طبیعی دوره‌ی پیش از زایمان و تولد کودک
- ❖ تأمین حمایت کافی در جهت داشتن حاملگی مناسب و کسب تجربه‌ای خوشایند
- ❖ دادن آموزش‌های کافی به افراد باردار در طی حاملگی، پیش از زایمان، تولد کودک و دوره‌ی پس از زایمان

- ❖ توجه به نیازهای اجتماعی، روحی و اقتصادی افراد باردار
- ❖ کمک به تشخیص زودرس موارد غیرطبیعی
- ❖ تسهیل فرایند ارتباط والدین و نوزاد تازه متولدشده

پروژه‌ی ژنوم انسان

پروژه ژنوم انسان، تلاشی همگانی برای مشخص کردن «طرح» تمام ژن‌های موجود در بدن انسان است. پروژه ژنوم انسان کمک می‌کند تا با جایگزین کردن کمبودهای ژنی یا جابجا کردن ژن‌های معیوب از طریق ژن‌درمانی، بتوان بروز بسیاری از بیماری‌های ژنتیکی را کاهش داد.

تعیین جنسیت

- ❖ تعیین جنسیت جنین با جدا کردن اسپرم امکان‌پذیر است. ممکن است تمایل به داشتن فرزندی با جنسیت خاص از سوی والدین به دلیل اجتناب از ابتلا به یک نوع بیماری وابسته به جنس در کودک باشد یا این‌که والدین چندین کودک از یک جنس دارند و اکنون خواستار فرزندی با جنس متفاوت هستند.
- ❖ تعیین جنسیت کودک قبل از بارداری می‌تواند پایانی بر این اعمال غیرانسانی باشد، اما باید اثرات آن بر جمعیت و نیازهای جامعه نیز مورد بررسی قرار گیرد.
- ❖ **مراقبت بهینه.** بعضی از مؤسسات بیمه‌ی سلامتی، میزان هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی را برآورد کرده و آن را به سیستم‌های رایانه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی اعلام می‌کنند که به این روش مراقبت بهینه می‌گویند.
- ❖ **رویکردهای بالینی.** رویکردهای بالینی نوعی طرح مراقبت مشارکتی است که دربرگیرنده‌ی گروهی از متخصصین مختلف در زمینه‌ی مراقبت بهداشتی می‌باشد. این روش‌ها از استانداردهای مراقبتی برگرفته شده و معیاری برای ارزیابی پیشرفت مورد انتظار و تعیین محدوده مشخص برای بیماران با تشخیص‌های خاص می‌باشد.
- ❖ **جمعیت سالم تا سال ۲۰۱۰.** جمعیت سالم تا سال ۲۰۱۰ در ایالات متحده، برنامه‌ای است که به دنبال شعار سازمان بهداشت جهانی، «سلامتی برای همه» تدوین شده است.
- ❖ **استانداردهای مراقبتی.** استانداردهای مراقبتی، معیار مراقبت پرستاری مناسب است. با کمک استانداردهای مراقبتی می‌توان تفسیری قانونی از عملکردهای مرتبط با این استانداردها ارائه کرد و مشخص نمود که در شرایط مشابه، پرستارانی با سطح تحصیلات و تجربیات یکسان چه‌گونه باید عمل کنند.
- ❖ **عملکرد مبتنی بر شواهد.** مجلات پرستاری نتایج مطالعات در مورد عملکردهای پرستاری را منتشر می‌کنند. یافته‌های حاصل از این مطالعات تحقیقی مبنایی برای اصلاح رویکردهای مراقبتی، پروسیجرها و عملکردها است.
- ❖ **ارتباط.** ارتباط به معنای فرایندی برای تبادل عقاید، نظریات، افکار و احساسات است. این فرایند هر دو زبان کلامی و غیرکلامی را در بر می‌گیرد.
- ❖ **تشکیل پرونده و ثبت اطلاعات.** ثبت در پرستاری، شامل توضیح نوشتاری مراقبت پرستاری است که به صورت چارت کردن، ثبت اطلاعات و گزارش‌دهی وجود دارد. ثبت اطلاعات از اهمیت ویژه‌ی برخوردار است، چون تأییدی بر مداخلات پرستاری، واکنش‌های بیمار و مشارکت

چندزمینه‌ای اعضای گروه بهداشتی است.

✦ **حفظ حریم بیمار و قانون HIPPA.** حفظ حریم بیمار مورد حمایت قانون است.

❖ اسامی بیماران نباید به گونه‌ای نصب شود که برای دیگران قابل مشاهده باشد.

❖ تمام بیماران حق دارند که حریم خصوصی خود را حفظ کنند و پرستار باید این حق را رعایت کند.

آمار حیاتی مرتبط با مادر و نوزاد

✦ **میزان تولد:** به تعداد تولد زنده به‌ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در طی یک‌سال اطلاق می‌شود.

✦ **میزان مرگ‌ومیر شیرخواران:** تعداد مرگ‌ومیر شیرخواران زیر یک‌سال به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در طی یک‌سال

✦ **میزان مرگ‌ومیر مادران:** تعداد مرگ‌های مادری ناشی از عوارض مستقیم حاملگی (تا ۴۲ روز پس از زایمان) به‌ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده.

✦ **میزان مرگ‌ومیر نوزادی:** تعداد مرگ نوزادان کوچک‌تر از ۲۸ روز به‌ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در طی یک‌سال

✦ **میزان مرگ‌ومیر حوالی تولد:** تعداد مرگ‌های جنینی (حاملگی ۲۰ هفته یا بالاتر از آن) و مرگ نوزادی به‌ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در طی یک‌سال

✦ **میزان مرگ‌ومیر جنینی:** تعداد مرگ‌های جنینی (جنین ۵۰۰ گرم یا بیش‌تر) به‌ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال

✦ **مرده‌زایی:** نوزاد تازه‌متولدشده‌ای که در لحظه‌ی تولد علایم حیات از جمله تنفس، ضربان قلب و حرکات ارادی عضلات را از خود نشان نداده باشد.

فرایند پرستاری

✦ فرایند پرستاری روشی برای بررسی‌های بالینی به‌منظور کشف حقایق و به‌کاربردن این اطلاعات در برآورده‌کردن نیازهای بیماران، یا رویکردی در جهت مراقبت جامع پرستاری است.

✦ فرایند پرستاری دارای پنج مرحله‌ی زیر می‌باشد:

❖ بررسی: جمع‌آوری اطلاعات عینی و ذهنی.

❖ تشخیص: توصیف مشکل یا مشکلات احتمالی که از طریق تفکر انتقادی به‌دست آمده و به‌عنوان

- تشخیص پرستاری دسته‌بندی می‌شود.
- ❖ برنامه‌ریزی: برنامه‌ریزی برای حل مشکلاتی که فهرست شده است و دارای اهدافی ویژه، مجزا و قابل اندازه‌گیری می‌باشند.
 - ❖ اجرا: انجام مداخلات اختصاصی لازم در جهت دستیابی به پیامدهای مطلوب یا اهداف موردنظر (به‌کارگیری برنامه در عمل).
 - ❖ ارزشیابی: تعیین این‌که برنامه تا چه حد به‌درستی اجرا شده است و در صورت لزوم اصلاح برنامه با توجه به پیامدهای به‌دست‌آمده و اهداف ویژه.

NANDA ، NIC و NOC

طبقه‌بندی مداخلات پرستاری (NIC)^۱، معیار پیامد پرستاری (NOC)^۲ و تشخیص‌های پرستاری (NANDA)، به‌همراه یک‌دیگر، جنبه‌های تفکر انتقادی در مراقبت از بیمار را شامل می‌شوند.

فرهنگ

فرهنگ به‌وسیله‌ی ارزش‌ها، باورها، هنجارها و عملکردهایی شکل می‌گیرد که بین افرادی با زمینه‌ی یکسان مبادله می‌شود.

- ❖ به‌جز تفاوت‌هایی که بین فرهنگ‌ها وجود دارد، تفاوتی نیز در درون هر فرهنگ به چشم می‌خورد. اغلب این تغییرات مربوط به عوامل اجتماعی، اقتصادی و سطح تحصیلات است. نگرش در مورد حاملگی و جنسیت کودک در میان فرهنگ‌ها بسیار متفاوت است.
- ❖ پرستاران باید در هنگام ارزیابی مراقبت بهداشتی، به تنوع فرهنگ‌ها دقت داشته و بر موارد فرهنگی تأکید کنند.

انواع خانواده

پرستار باید از انواع خانواده آگاهی داشته و به آن‌ها و ارزش‌هایشان که آن‌ها را از یک‌دیگر متمایز می‌کند، احترام بگذارد. انواع خانواده در جدول ۱-۱ شرح داده شده‌اند.

درمان‌های تکمیلی و جایگزین

- ❖ درمان‌های جایگزین به‌طور معمول متفاوت از درمان‌های سنتی و متداول است.

- ❖ این تفکر که بدن افراد دارای توانایی خودبهبود است، پایه‌ی درمان‌های تکمیلی و جایگزین امروزی می‌باشد.
- ❖ پرستار نباید افراد را به استفاده از این روش‌ها تشویق یا منع کند، اما آگاهی از روش‌های طب درمان‌های تکمیلی و جایگزین می‌تواند به پرستار در شناخت دلایل افراد در استفاده از این روش‌ها کمک کند و در صورت تجویز این روش‌ها، به موارد منع مصرف یا تداخل با درمان‌های رایج آگاهی داشته باشد.

جدول ۱-۱ ■ انواع خانواده	
نوع	توصیف
خانواده هسته‌ای	زن، شوهر و فرزندان حقیقی آن‌ها که با یکدیگر زندگی می‌کنند.
خانواده ترکیبی (رضایی)	ترکیبی از دو خانواده همراه با کودکانی که متعلق به یک یا هر دو خانواده هستند.
خانواده هم‌زیستی	دو زوجی که بدون انجام ازدواج قانونی در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند. آن‌ها ممکن است دارای فرزندان نیز باشند که متعلق به ازدواج قبل است، یا آن‌ها را به فرزندخواندگی پذیرفته باشند.
خانواده گروهی	چندین خانواده که با یکدیگر زندگی می‌کنند و در مراقبت از کودک و کارکردن مسئولیت مشترک دارند.
خانواده گسترده	بیش از یک نسل در این خانواده وجود دارد که عموماً خویشاوندان خانواده‌ی هسته‌ای هستند (پدربزرگ، عمه‌ها و عموها، دایی‌ها و خاله‌ها و خانواده‌هایشان).
خانواده تک‌جنسی	زوج‌های هم‌جنس‌باز با یا بدون فرزند که ممکن است کودکی را به فرزندی بپذیرند، یا از روابط قبلی خود صاحب فرزند باشند یا لقاح مصنوعی داشته باشند.
خانواده تک‌والدی	زن یا مردی که هرگز ازدواج قانونی نداشته‌اند، مطلقه یا بیوه باشند و حداقل یک فرزند داشته باشند.
خانواده ناپدری، نامادری	زوجی که مطلقه هستند و مجدداً ازدواج کرده‌اند و حداقل یک فرزند دارند.

مفاهیم کلیدی

- ❖ تغییر در روش‌های تولد کودک موجب افزایش رویکردهای خانواده‌مدار و ایجاد فضاهایی شبیه به خانه در امر مراقبت از مادر می‌شود.
- ❖ ارتباط سازنده یک مهارت مهم پرستاری است که دارای سه جزء: شنیدن، مشاهده و ثبت اطلاعات می‌باشد.
- ❖ تلاش‌های گسترده‌ی دولت، سازمان‌های بیمه و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در کنترل هزینه‌های بهداشتی، موجب کاهش طول اقامت بیماران در بیمارستان می‌شود.

- ✦ مراقبت بهینه طرحی از سوی سیستم‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی در جهت کاهش هزینه‌ها است که موجب کاهش روزهای بستری در بیمارستان می‌شود.
- ✦ آمارها اطلاعات ارزنده‌ای در مورد پیامد مراقبت از مادر و کودک را در اختیار ما قرار می‌دهند.
- ✦ استانداردهای مراقبتی، معیارهایی برای یکسان‌سازی مراقبت پرستاری است. تفسیر قانونی از عملکردها با توجه به استانداردهای موجود مشخص می‌کند که از پرستاران چه انتظاراتی می‌رود.
- ✦ طرح مراقبت پرستاری و روش‌های بالینی معیاری برای تفکر انتقادی و قضاوت را فراهم می‌آورد و موجب بهبود پیامدهای مراقبت از بیمار می‌شود.
- ✦ عملکرد مبتنی بر شواهد به معنای استفاده از نتایج تحقیقات در طراحی مراقبت پرستاری است.
- ✦ تشکیل پرونده و ثبت اطلاعات می‌تواند تداوم مراقبت را تسهیل بخشد و موجب بهبود وضعیت بیمار و کاهش مشکلات قانونی شود.
- ✦ NIC، NOC و NANDA استانداردهای مراقبتی را برای فعالیت‌های پرستاری، انجام تحقیقات و گسترش سیستم بازپرداخت ارائه‌دهندگان خدمات فراهم می‌آورند.
- ✦ فرهنگ، ساختاری سازمان‌یافته است که حاوی نمادهای رفتاری یک گروه ویژه است. فرهنگ به وسیله‌ی ارزش‌ها، باورها و عملکردهای اعضای آن که دارای زمینه‌ای یکسان هستند، شکل می‌گیرد.
- ✦ انواع مختلفی از خانواده وجود دارد. خانواده معمولاً به عنوان دو نفر یا بیش‌تر از افرادی که ارتباط عاطفی مشترک دارند و با الگوهای مشخص با یکدیگر ارتباط دارند، تعریف می‌شود.
- ✦ درمان‌های تکمیلی و جایگزین شامل روش‌های غیرمتداول برای بهبود بدن است و درصد زیادی از افراد جامعه آن را پذیرفته‌اند. هرچند پرستار نباید افراد را به استفاده از این روش‌ها تشویق یا منع کند. اما باید در مورد این روش‌ها آگاهی کسب کند.
- ✦ پروژه‌ی ژنوم انسانی، ژن‌های موجود در بدن را به تصویر درمی‌آورد. وارد کردن ژن‌های حذف‌شده یا جایگزین کردن ژن‌های معیوب می‌تواند در کاهش نقایص ژنتیک مؤثر باشد.
- ✦ حفظ حریم بیمار از نظر قانونی مورد تأکید قرار گرفته است و پرستار باید این حق را رعایت کند.

فیزیولوژی و آناتومی

دستگاه تولید مثل

فصل

۲

تولید مثل انسان فرایندی پیچیده و جذاب است.

دستگاه تناسلی جنس مؤنث

اندام تناسلی خارجی

❖ **فرج:** دستگاه تناسلی خارجی زنان شامل برجستگی مونس پوبیس که توسط موهای عانه پوشیده شده است، دو جفت بافت برجسته که لب‌های بزرگ و لب‌های کوچک نام دارد و اطراف محلی به نام وستیبول یا دهلیز قرار گرفته است، دهانه‌ی خارجی واژن، پرینه، کلیتوریس و ساختمان‌های غددی می‌باشد.

❖ **مونس پوبیس.** مونس پوبیس در حاشیه‌ی فوقانی سمفیز پوبیس قرار دارد، بافت‌های ظریف را احاطه کرده و آن‌ها را از صدمه حفظ می‌کند.

❖ **لب‌های بزرگ و کوچک.** لب‌های بزرگ مشابه اسکروتوم در مردان است. لب‌های کوچک با اتصال به یک‌دیگر در بالای مقعد، فورشت را تشکیل می‌دهند.

❖ **کلیتوریس.** کلیتوریس، ساختاری کوچک و حساس است که شبیه به پنیس در مردان عمل می‌کند.

❖ **دهلیز.** دهلیز فرورفتگی قایقی‌شکلی است که توسط لب‌های کوچک احاطه شده. دهلیز دربرگیرنده‌ی ورودی‌های پنج ساختمانی است که ترشحات مختلفی را خارج می‌کنند از جمله پیشابراه، مجاری غدد اسکن (دو عدد) و مجاری غدد بارتولن (دو عدد) که در اطراف واژن قرار گرفته‌اند.

❖ **پرینه.** پرینه ناحیه‌ای از دستگاه تناسلی است که بین واژن و مقعد قرار گرفته است. پرینه در خروج سر و شانه‌ها در هنگام زایمان نقش مهمی دارد.

اندام‌های دستگاه تناسلی داخلی

❖ واژن: واژن بین مثانه و رکتوم قرار دارد. اعمال واژن شامل: (۱) کانالی از رحم است که ترشحات رحم و خون قاعدگی از طریق آن خارج می‌شود؛ (۲) محلی برای مقاربت است (آمیزش جنسی) و (۳) محلی برای عبور نوزاد در هنگام زایمان است.

❖ رحم: رحم بین مثانه و رکتوم قرار دارد و به وسیله‌ی دو جفت لیگامان مهم به نام‌های لیگامان گرد و لیگامان پهن در جای خود نگه داشته می‌شود. رحم به سه قسمت تقسیم می‌شود: (۱) فوندوس که قسمت گرد و بالایی رحم است؛ (۲) کورپوس (جسم رحم) که قسمت میانی رحم محسوب می‌شود و (۳) دهانه‌ی رحم که پایین‌ترین قسمت است و دارای ساختمان لوله‌ای شکلی است که به واژن متصل می‌شود. وظایف رحم به عبارت زیر است:

- ❖ قاعدگی: ریزش لایه‌ی آندومتر یا پوشش رحم
- ❖ حاملگی: حمایت از جنین و فراهم کردن امکان رشد جنین
- ❖ تولد و زایمان: در طی زایمان عضلات رحم انقباض یافته، سرویکس از هم باز می‌شود و جنین به خارج رانده می‌شود.

❖ لوله‌های فالوپ: لوله‌های فالوپ (لوله‌های رحمی یا عبوردهنده تخمک) از دو طرف رحم خارج شده و هر کدام به یک تخمدان منتهی می‌شوند. حدوداً ۵ روز طول می‌کشد تا تخمک این طول ۴ اینچ را از سمت تخمدان به سمت رحم بپیماید. بارور شدن طبیعی تخمک توسط اسپرم در یک سوم خارجی لوله‌های فالوپ اتفاق می‌افتد.

❖ تخمدان‌ها: تخمدان‌ها در زنان مشابه بیضه‌ها در مردان است.

❖ هورمون استروژن از تخمدان‌ها ترشح شده و اثرات آن موجب تکامل ویژگی‌های ثانویه جنسی از قبیل رشد پستان‌ها می‌شود.

❖ تخمدان‌ها دو عملکرد اصلی دارند: (۱) تکامل و آزاد کردن تخمک (اوولاسیون) و (۲) ترشح هورمون‌ها، به‌طور عمده استروژن و پروژسترون.

❖ لگن: لگن از چهار استخوان تشکیل شده است: دو استخوان بی‌نام (استخوان‌های هیپ)، استخوان خاجی و استخوان دنبالچه‌ای. اتصال این استخوان‌ها به یک‌دیگر از جلو مفصل سمفیز پوبیس را می‌سازد و از پشت مفاصل ساکروایلیاک و ساکروکوکسیژنال را تشکیل می‌دهد.

تقسیمات لگن:

❖ حفره‌ی لگن به دو قسمت لگن حقیقی و لگن کاذب تقسیم می‌شود. لگن کاذب قسمت بالایی لگن را تشکیل می‌دهد (بخش فوقانی) و اهمیت کمی در هنگام بارداری دارد.

❖ لگن حقیقی (قسمت پایینی) شامل دهانه‌ی ورودی، حفره‌ی لگنی و دهانه‌ی خارجی است و اهمیت حیاتی در هنگام زایمان دارد.

ابعاد لگن:

- ❖ برای سهولت بیش‌تر کار، سه سطح فرضی از لگن عبور داده شده و آن را به سه قسمت تقسیم می‌کنند: سطح ورودی لگن، سطح میانی لگن (کوتاه‌ترین قطر) و سطح خروجی لگن.
- ❖ قوس پوبیس باید برای تعیین انحنای لگن یا نوع آن بررسی شود.
- ❖ قطر کنژوگه فاصله‌ی بین لبه‌ی داخلی سمفیز پوبیس تا برجستگی ساکروم است.

انواع لگن:

❖ چهار نوع لگن وجود دارد که شامل: (۱) لگن ژنیکوئید یا لگن طبیعی نوع زنانه که شکل گردی دارد؛ (۲) لگن آندروئید یا نوع مردانه که تنگه‌ی خروجی آن شکل قلب است؛ (۳) لگن آنتروپوئید که قطر قدامی خلفی تنگه‌ی خروجی آن بلندتر است و (۴) لگن پلتی‌پلوئید که تنگه‌ی خروجی آن پهن و قطر عرضی آن بلندتر است. لگن ژنیکوئید کاملاً برای تولد کودک مناسب است.

سیستم غدد درون‌ریز و تولیدمثل

چرخه طبیعی قاعدگی

❖ در طی سال‌های باروری زنان، تغییرات چرخه‌ای در تخمدان‌ها و رحم اتفاق می‌افتد. این تغییرات را می‌توان به دو سیکل تقسیم نمود. چرخه‌ی قاعدگی و چرخه‌ی تخمدانی (جدول ۱-۲).

❖ تخمک‌گذاری ۱۴ روز قبل از شروع چرخه‌ی بعدی اتفاق می‌افتد و تخمک تقریباً به مدت ۲۴ ساعت قابل باروری باقی می‌ماند و اسپرم نیز می‌تواند تا پنج روز زنده بماند. باروری اغلب در اولین ساعات پس از تخمک‌گذاری ایجاد می‌شود.

❖ **پستان‌ها:** در طی بارداری میزان بالای استروژن و پروژسترون که توسط جفت تولید می‌شود از ترشح شیر جلوگیری می‌کند. در هنگام مکیدن نوزاد هورمونی به نام پرولاکتین از قسمت قدامی غده‌ی هیپوفیز ترشح می‌شود. اندازه پستان‌ها به میزان بافت چربی موجود در آن بستگی دارد. اندازه پستان‌ها نمی‌تواند پیشگویی‌کننده میزان شیر تولیدشده توسط آن باشد.

دستگاه تناسلی داخلی مردان

بیضه‌ها

❖ بیضه‌ها مشابه تخمدان‌ها در زنان هستند.

جدول ۱-۲ ■ توضیحاتی در مورد چرخه‌ی تولیدمثل زنان	
مرحله	توضیحات
سیکل قاعدگی (زمانی رخ می‌دهد که تخمک بارور نشده باشد که تقریباً ۱۴ روز پس از تخمک‌گذاری است)	
مرحله‌ی قاعدگی (روزهای ۱-۵)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آندومتر ریزش می‌کند. ❖ سطح هورمون استروژن کاهش می‌یابد. ❖ ترشحات دهانه‌ی رحم کم، غلیظ و کدر است.
مرحله‌ی تکثیری (پرولیفراسیون) (روزهای ۶-۱۴)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ضخامت آندومتر افزایش می‌یابد. ❖ سطح استروژن افزایش می‌یابد. ❖ خاصیت الاستیسیته‌ی دهانه‌ی رحم افزایش می‌یابد که به آن Spinnbarkeit گفته می‌شود و روی لام، شکل سرخس پیدا می‌کند (که نشان‌دهنده‌ی تخمک‌گذاری است).
مرحله‌ی ترشچی (روزهای ۱۵-۲۶)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ سطح استروژن کاهش یافته و پروژسترون رو به افزایش می‌گذارد. ❖ سلول‌های آندومتر ضخیم‌تر، بزرگ و پرپیچ و خم می‌شود. ❖ به‌منظور آماده‌شدن برای پذیرایی از تخمک بارور، غدد آندومتر گلیکوژن ترشح می‌کنند.
مرحله‌ی ایسکمی (روزهای ۲۷-۲۸)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ هر دو هورمون استروژن و پروژسترون کاهش می‌یابد و جسم زرد از بین می‌رود. ❖ شریان‌های ماریپیچ موجود دچار انقباض شده و خون کافی به آندومتر نمی‌رسد.
چرخه‌ی تخمدانی	<ul style="list-style-type: none"> ❖ حوضچه‌ها و فضاها‌ی خونی در سطح آندومتر تشکیل می‌شود (شروع فاز بعدی قاعدگی) ❖ فولیکول موجود در تخمدان (تخمک) تحت تأثیر دو هورمون FSH و LH بالغ می‌شود.
مرحله‌ی فولیکولار (روزهای ۱-۱۴)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ فولیکول‌ها از خود استروژن ترشح می‌کنند که موجب تسریع بلوغ تخمک و حرکت آن به سطح تخمدان شده که به‌نام فولیکول گراف شناخته می‌شوند. ❖ استروژن تولیدشده بر روی لایه‌های رحم تأثیر می‌گذارد (آندومتر). ❖ فولیکول گراف پاره شده و تخمک‌گذاری با افزایش سریع LH رخ می‌دهد.
مرحله‌ی لوتئینی (روزهای ۱۵-۲۸)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ پس از پاره‌شدن فولیکول، تخمک وارد لوله‌های فالوپ شده و به سمت رحم حرکت می‌کند. تحت تأثیر هورمون LH جسم زرد رشد یافته و میزان زیادی استروژن و پروژسترون تولید می‌کند. ❖ بالارفتن سطح استروژن و پروژسترون موجب رشد دیگر فولیکول‌ها می‌شود. ❖ در صورتی که باروری رخ ندهد، جسم زرد آتروفی شده، سطح LH کاهش یافته و سطح استروژن و پروژسترون نیز کاهش خواهد یافت.

❖ دو عملکرد اصلی بیضه‌ها شامل تولید سلول‌های اسپرم (اسپرماتوزن) و ترشح هورمون‌های مردانه (آندروژن) است.

❖ **مجاری اپیدیدیم**. مجاری وازودفران در هر بیضه محلی برای نگهداری اسپرم‌ها محسوب می‌شوند.

❖ **واژودفران**. انتقال اسپرم‌ها از بیضه توسط مجرای ادرار صورت می‌گیرد.

❖ **مجرای انزال**. مجاری انزال از قسمت بالای پروستات شروع شده و به قسمت ادراری پروستات

باز می‌شود و اسپرم و مایع منی را به داخل مجرای ادرار می‌ریزند.

✦ غدد فرعی

- ✦ **وزیکول سمینال.** بافت‌های غددی **وزیکول سمینال** تولید ترشحات شیری غلیظی را برعهده دارند که قسمت اعظم مایع انزال را تشکیل می‌دهند.
- ✦ **غده‌ی پروستات.** مایع مترشحه از غده‌ی پروستات موجب خنثی شدن اسیدیته‌ی نسبی مایع مجرای وازودفران و اسیدیته‌ی ترشحات واژن می‌شود و به این ترتیب موجب بهبود تحرک اسپرم و افزایش عمر آن می‌شود.
- عملکرد هورمون تستوسترون شامل موارد زیر است:
- ✦ رشد آلت تناسلی، اسکروتوم، غده‌ی پروستات و وزیکول سمینال
- ✦ بروز صفات ثانویه‌ی جنسی در مردان
- ✦ کمک به ضخیم و بلندشدن استخوان‌ها و عضلات
- ✦ بزرگ شدن حنجره که صدا بم‌تر می‌شود.
- ✦ بهبود تولید گلبول‌های قرمز خون

اسپرماتوژنز

- ✦ یک اسپرم بالغ حدوداً تا پنج‌روز می‌تواند زنده بماند.
- ✦ در طی هر انزال تقریباً سیصد میلیون اسپرم به واژن وارد می‌شود. به محض ورود یک اسپرم به داخل تخمک، تغییرات فیزیولوژیکی در سطح خارجی تخمک رخ می‌دهد تا از ورود اسپرم‌های دیگر جلوگیری شود.
- ✦ پاسخ جنسی در طی چهار مرحله رخ می‌دهد:
- ✦ **هیجان:** ضربان قلب و فشار خون افزایش می‌یابد و نوک سینه برجسته می‌شود.
- ✦ **اوج:** پوست گرم می‌شود، نعوظ رخ می‌دهد و مایع منی در انتهای آلت تناسلی پدیدار می‌شود.
- ✦ **ارگاسم:** اسپاسم غیرارادی عضلات رکتوم، واژن و رحم و سپس انزال رخ می‌دهد.
- ✦ **بازگشت:** تورم برطرف می‌شود، علایم حیاتی به حالت اولیه‌ی خود بازمی‌گردد.

مفاهیم کلیدی

- ✦ تولیدمثل در انسان نیازمند تعامل بین اعضای تولیدمثل، سیستم عصبی مرکزی و سیستم غدد درون‌ریز (هیپوفیز، هیپوتالاموس، تخمدان‌ها و بیضه‌ها) است.
- ✦ دستگاه تولیدمثل زنان شامل اعضای داخلی و خارجی می‌باشد. تخمدان‌ها مسئول تولید سلول‌های جنسی

زنان (تخمک) هستند. لوله‌های فالوپ فولیکول (تخمک) را دریافت کرده و آن را به رحم منتقل می‌کنند و جایگاه مهمی برای باروری تخمک (بلاستوسیت) می‌باشند. پایین‌ترین قسمت رحم، سرویکس نام دارد که به فضای واژن باز می‌شود. واژن گذرگاهی از دهانه‌ی رحم تا دستگاه تناسلی خارجی است. واژن کانالی برای عبور ترشحات خون قاعدگی است و در هنگام تولد کودک راهی برای خروج کودک از بدن مادر می‌باشد.

✦ دستگاه تناسلی زنان دارای چرخه‌ی پیچیده‌ای به نام چرخه‌ی قاعدگی است. در این چرخه تخمدان‌ها و رحم، مراحل را برای آمادگی بارداری طی می‌کنند و در صورتی که بارداری رخ دهد با ایجاد تغییراتی در لایه‌های رحم آماده‌ی پذیرایی از سلول تخم می‌شوند و در غیر این صورت لایه‌های رحم (آندومتر) طی فرایند قاعدگی دچار ریزش می‌شوند.

✦ پستان یا غدد پستانی معمولاً به‌عنوان قسمتی از سیستم تولیدمثل در نظر گرفته می‌شوند، چون عملکرد آن‌ها به صورت ترشح شیر (شیردهی) با تولیدمثل ارتباط دارد.

✦ دستگاه تناسلی مردان شامل اندام‌های داخلی و خارجی است. بیضه‌ها جایگاهی برای تولید سلول‌ها و هورمون‌های مردانه است. در بیضه‌ها مجاری متوالی وجود دارد که اسپرماتوزوآ را به خارج از بدن فرد رهنمون می‌سازد. ترشحات موجود، محیط مناسبی را برای تغذیه، بقا و تحرک اسپرم فراهم می‌کنند. آلت تناسلی نیز یکی از اعضای تناسلی است که برای مقاربت به‌کار می‌رود.

✦ تولید اسپرم (اسپرماتوژنز) در ابتدای بلوغ آغاز شده و در سراسر عمر ادامه می‌یابد. اسپرم کوچک‌تر از تخمک است. فقط یک اسپرم می‌تواند تخمک (سلول تخم) آزاد شده در هنگام تخمک‌گذاری را بارور کند.

✦ وضعیت روانی می‌تواند موجب انگیزش یا سرکوب پاسخ جنسی شود.

الگوی اصلی ویژگی‌های یک فرد، به وسیله‌ی ژن‌های موجود در کروموزوم که درون هسته‌ی هر یک از سلول‌های بدن قرار دارند، مشخص می‌شود.

کروموزوم‌ها

کروموزوم‌ها به صورت جفت وجود دارند. هر فرد یک قسمت از آن جفت را از مادر و دیگری را از پدر دریافت می‌کند.

در سلول‌های انسان، دو نوع تقسیم سلولی میتوز و میوز وجود دارد. میتوز به معنای دونیم‌شدن محتوای DNA موجود در هسته است که به دو سلول منتهی می‌شود. در طی میوز، تعداد کروموزوم‌های تخمک و اسپرم نصف می‌شوند.

ژن‌ها

ویژگی‌های غالب به ویژگی‌های مغلوب غلبه دارند، چون برای بروز آن ویژگی، فقط یک ژن غالب لازم است. در صورتی که یک والد یک ژن غالب داشته باشد، به طور مساوی ۵۰ درصد احتمال وجود دارد که هریک از بچه‌ها، این ویژگی را کسب کنند.

شروع تکامل جنین

لقاح

به‌طور معمول لقاح در یک‌سوم خارجی لوله‌های رحمی (فالوپ) رخ می‌دهد.
تخمک تقریباً شش تا ۲۴ ساعت پس از آزاد شدن از تخمدان قابلیت باروری دارد.

جایگزینی

تقریباً در روز سوم پس از لقاح، تقسیم سلولی موجب به‌وجودآمدن توده‌ای جامد حاوی ۱۶ سلول می‌شود که مورولا نام دارد. سلول‌های بزرگ اطراف توده‌ی مورولا با ازدست‌دادن مایع به سمت داخل

توده تمایل پیدا می‌کنند. به این ساختار بلاستوسیت می‌گویند. سلول‌های خارج از این حلقه به نام سلول‌های تروفوبلاست نامیده می‌شوند.

افتراق سلول‌های امبریونیک

اکتودرم، مزودرم و آندودرم منشأ تمام بافت‌ها و اعضای جنین هستند (جدول ۳-۱).

جدول ۳-۱ ■ ساختارهایی که از سه لایه سلولی ایجاد می‌شوند	
لایه بافتی	بافت بدن
اکتودرم	سیستم عصبی، پوست، مو و ناخن، اعضای حسی: چشم‌ها، گوش‌ها، بینی و دهان
مزودرم	بافت‌های نگهدارنده بدن: عضلات، استخوان‌ها و بافت همبند، سیستم گردش خون، سیستم تولیدمثل و سیستم ادراری
اندودرم	سیستم گوارشی، مجاری تنفسی

غشاهای جنینی و مایع آمنیوتیک

دو لایه به نام‌های کوریون و آمنیون بلافاصله پس از جایگزینی شروع به شکل‌گیری می‌کنند. آمنیون لایه‌ی داخلی است که از جنین در حال رشد حمایت می‌کند. کوریون، لایه‌ی خارجی است که اطراف آمنیون در حال رشد را محصور می‌کند.

میزان حجم مایع آمنیوتیک در هنگام زایمان از ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ سی‌سی متغیر است. در صورتی که مایع آمنیوتیک به حدود دو لیتر برسد، به آن هیدرآمنیوس (مایع اضافی) گویند. به‌طور معمول هیدرآمنیوس در هنگام بدشکلی‌های سیستم عصبی مرکزی و دستگاه گوارش ایجاد می‌شود. هنگامی که حجم مایع آمنیوتیک کم‌تر از ۳۰۰ سی‌سی شود به آن الیگوهیدرآمنیوس گویند که اغلب در ارتباط با ناهنجاری‌های کلیوی ایجاد می‌شود (کادر ۳-۱).

کادر ۳-۱ ■ عملکرد مایع آمنیوتیک

- ❖ اجازه‌ی تحرک آزادانه جنین به اطراف
- ❖ جلوگیری از چسبندگی پرده‌ی آمنیون به جنین
- ❖ محافظت جنین از صدمات ناشی از محیط خارج
- ❖ حفظ درجه حرارت به‌صورت ثابت در اطراف جنین
- ❖ تأمین محیط متعادل برای جنین
- ❖ جلوگیری از فشردگی طناب نافی

جفت

پرزهای جفتی شبیه ریشه‌ی گیاهانی است که در زیر آب قرار دارد و مواد غذایی موجود در آب اطراف را جذب می‌کند. خون مادر به آهستگی از میان لایه‌های این پرز عبور می‌کند و موجب جذب مواد غذایی و اکسیژن و دفع مواد زائد می‌شود. جریان خون جفتی - رحمی، خیلی زود و تقریباً در روز هفدهم بارداری برقرار می‌شود. میزان جریان خون رحمی - جفتی از ۵۰ میلی‌لیتر در دقیقه‌ی هفته‌ی دهم به ۶۰۰-۵۰۰ میلی‌لیتر در دقیقه در هنگام ترم افزایش می‌یابد (ولی وجود پرزهای کوریونی کوچک موجب می‌شود جریان خون مادر و جنین با یکدیگر مقداری مخلوط شوند).

عملکرد جفت

- ❖ **عملکرد ایمنی:** عملکرد ایمنی جفت شامل محافظت جنین از عوامل پاتوژن و پیشگیری از پس‌زدن جنین توسط بدن مادر است.
- ❖ **جریان خون جفت:** تغییر وضعیت از درازکشیده به پشت، به وضعیت درازکشیده به پهلو، می‌تواند خون‌رسانی را بهبود بخشد.
- ❖ **عملکرد غدد درون‌ریز**
- ❖ اگر تا قبل از هفته‌ی یازدهم بارداری، فعالیت جسم زرد متوقف شود، سقط خودبه‌خودی رخ می‌دهد.
- ❖ یک جفت بالغ فرمی دایره‌ای شکل دارد و تقریباً یک اینچ (۲/۵۴ سانتی‌متر) ضخامت و ۵۰۰ گرم وزن دارد.
- ❖ **عملکرد آندوکرینی جفت شامل:**
- ❖ ۱- ترشح هورمون گونادوتروپین کوریونی انسانی (HCG) ^{عملکرد} ← تحریک جسم زرد و ترشح استروژن و پروژسترون
- ❖ ۲- ترشح هورمون لاکتوژن جفتی انسانی (HPL) ^{عملکرد} ← تغییر فرایند متابولیک و دسترسی بیشتر جنین به مواد مغذی

طناب نافی

مغایر با الگوی جریان خون جنین پس از تولد، شریان‌های طناب نافی، دی‌اکسیدکربن حمل می‌کنند و ورید نافی خون اکسیژن‌دار را انتقال می‌دهد.

جریان خون جنین

سه ساختار (شانت)، موجب جریان یافتن خون در ریه‌ها و کبد جنین می‌شود. این سه شانت شامل کانال شریانی که از طریق آئورت به شریان ریوی منتهی می‌شود و اجازه‌ی عبور خون به ریه‌ها را می‌دهد، سوراخ بیضی که یک شانت بین دهلیزی است و کانال وریدی که خون را به کبد منتقل می‌کند، می‌باشد.

جدول ۲-۳ ■ تغییرات گردش خون پس از تولد

تغییرات	ساختار گردش خون
عروق خونی بندناف مسدود و بریده می‌شود، برای دریافت اکسیژن، جنین باید از ریه‌ها استفاده کند.	عروق بندناف
ورود هوا رخ می‌دهد، خون در ریه‌ها جریان می‌یابد.	ریه‌ها
با شروع تنفس جنین، الگوی جریان خون از جنینی به نوزادی تغییر می‌کند.	الگوی جریان خون
با ورود هوا به ریه‌ها، فشار روی عروق خونی کاسته می‌شود.	گردش خون ریه‌ها
با باز شدن عروق ریوی، خون دیگر به کانال شریانی وارد نمی‌شود و به دلیل کاهش مقاومت، خون به درون عروق ریوی سرازیر می‌شود.	کاهش مقاومت
تغییر در نحوه‌ی جریان خون موجب افزایش فشار در دهلیز چپ شده و به این دلیل سوراخ بیضی بسته می‌شود.	افزایش فشار
قلب راست خون بدون اکسیژن را دریافت می‌کند و آن را به داخل ریه‌ها می‌فرستد، خون اکسیژن‌دار به سمت چپ قلب وارد می‌شود، جایی که از طریق آئورت به دیگر قسمت‌های بدن فرستاده می‌شود.	عملکرد قلب با دو پمپ مجزا
کانال شریانی از نظر عملکردی بسته می‌شود، بنابراین خون بدون اکسیژن با خون اکسیژن‌دار مخلوط نمی‌شود.	کانال شریانی
کانال وریدی از نظر عملکردی مسدود می‌شود و خون از طریق ورید پورت (کبد) جریان می‌یابد.	کانال وریدی

رشد و تکامل جنین

✦ جنین طبق یک الگوی مشخص، رشد می‌کند. حیاتی‌ترین زمان در رشد جنین، هشت هفته‌ی اول

است که به آن دوره‌ی «اندام‌زایی» می‌گویند.

✦ جنینی که پس از گذران ۴۲ هفته از بارداری به دنیا بیاید، Postterm یا دیررس نامیده می‌شود.

❖ در هفته هشتم با سونوگرافی ضربان قلب قابل مشاهده است.

❖ در هفته هفدهم ناحیه ژنیتال قابل دیدن است.

- ❖ در هفته بیست و پنجم حرکات تنفسی آغاز می‌شود.
- ❖ حرکات سریع جنین در هفته بیست و پنجم حس می‌شود.

بارداری چندقلویی

- ❖ هنگامی که دوقلوها از یک سلول تخم منشأ می‌گیرند (مونوزیگوت)، به‌عنوان دوقلوهای همسان شناخته می‌شوند.
- ❖ در صورتی که دو تخمک با دو اسپرم بارور شود، دوقلوهای دوتخمی یا غیرهمسان (دی‌زیگوت) حاصل می‌شود.

مفاهیم کلیدی

- ❖ زندگی یک انسان با ترکیب تخمک و اسپرم آغاز می‌شود.
- ❖ آنچه ما از والدین خود به ارث می‌بریم، به‌وسیله‌ی ژن‌های موجود در کروموزوم‌ها که بر روی هسته‌ی تمام سلول‌های بدن وجود دارد، مشخص می‌شود.
- ❖ کروموزوم‌ها درون هسته‌ی سلول قرار دارند و از زنجیره‌های DNA تشکیل شده‌اند. ژن‌ها قسمتی از زنجیره‌ی DNA هستند که برای ویژگی‌های ارثی کدبندی شده‌اند. در این ژن‌های کوچک، چهار مولکول پروتئین ویژه و کدبندی‌شده (A, T, C و G) وجود دارد که ویژگی‌های ارثی را انتقال می‌دهند.
- ❖ هر سلول بدن ۴۶ کروموزوم دارد که به‌صورت ۲۲ جفت کروموزوم اتوزوم و یک جفت کروموزوم جنسی (یکی از هر والد) در هسته مرتب شده‌اند.
- ❖ تعیین جنسیت جنین به این بستگی دارد که کروموزوم X مادر با کدام یک از کروموزوم‌های X یا Y پدر ترکیب شود. ترکیب XY مذکر و ترکیب XX مؤنث را در پی دارد.
- ❖ تقریباً دو تا سه هفته پس از باروری، سه لایه‌ی اکتودرم، مزودرم و آندودرم شکل می‌گیرد. این لایه‌ها سپس افتراق یافته و به تمام انواع ارگان‌ها و بافت‌های بدن تبدیل می‌شود.
- ❖ غشای جنینی شامل آمنیون (لایه‌ی داخلی که مایع آمنیوتیک و جنین را دربرگرفته) و غشای کوریونی (لایه‌ی خارجی که آمنیون را دربرگرفته) می‌باشد.
- ❖ تکامل جنین به چند بخش تقسیم می‌شود: (۱) پیش‌امبریونیک، (۲) امبریونیک و (۳) جنینی.
- ❖ دوره‌ی پیش‌امبریونیک از زمان لقاح آغاز شده و در هفته‌ی سوم بارداری پایان می‌یابد. شکل‌گیری اولیه‌ی ارگان‌ها در این دوره است.

- ❖ دوره‌ی امبریونیک تا هفته‌ی هشتم بارداری طول می‌کشد و ارگان‌ها در این مرحله رشد کرده، ولی عملکرد محدودی دارند. در طی هشت هفته‌ی اول بارداری، عوامل تراتوژن به میزان زیادی موجب اختلال در رشد و صدمه به جنین می‌شوند.
- ❖ دوره‌ی جنینی (از هفته‌ی نهم تا انتهای بارداری) زمانی است که ارگان‌های بدن شروع به رشد می‌کنند و سیستم‌های مختلف بدن برای زندگی خارج‌رحمی آماده می‌شوند.
- ❖ حاملگی‌های چندقلویی زمانی است که بیش از یک جنین در یک زمان در رحم رشد می‌کند.
- ❖ دوقلوهای همسان از یک تخم بارور شده منشأ می‌گیرند و دوقلوهای غیرهمسان یا همزاد از دو تخمک بارور شده با دو اسپرم جدا مشتق می‌شوند.
- ❖ طناب نافی شامل دو شریان است که خون بدون اکسیژن را از جنین خارج می‌کند و هم‌چنین شامل یک ورید است که خون اکسیژن‌دار را به جنین می‌رساند. طناب نافی با لایه‌ی ژلاتینی به نام ژل وارنون پوشیده شده است که آن را از ضربات حفظ می‌کند.
- ❖ جفت شامل قسمت مادری و جنینی است و عملکرد آن فراهم کردن تبادل اکسیژن، مواد غذایی و حفظ جنین از صدمات و هم‌چنین تولید هورمون است.
- ❖ جفت، طناب نافی و گردش خون جنین، رشد و تکامل جنین را مهیا می‌کند.
- ❖ تغییرات موجود در گردش خون جنین پس از تولد شامل بسته‌شدن کانال شریانی، کانال وریدی و سوراخ بیضی است که این تغییرات پس از قطع طناب نافی و جریان یافتن خون در ریه‌ها برای کسب اکسیژن رخ می‌دهد.

تغییرات فیزیولوژیک و روانی دوران بارداری

فصل

۴

واژگان

آگاهی از واژه‌های استفاده‌شده در توصیف وضعیت فرد باردار در مطالعه مطالب بهداشت مادران و درک آن اهمیت دارد. واژه‌های رایج شامل:

- ❖ Ante : قبل
- ❖ Antepartum : دوره‌ی قبل از زایمان
- ❖ Gravida : هر نوع حاملگی صرف‌نظر از مدت زمان آن به‌علاوه‌ی حاملگی جدید
- ❖ Prenatal : زمان قبل از تولد
- ❖ Nulli gravida : فردی که اصلاً باردار نشده است.
- ❖ Para : تعداد زایمان‌های پس از ۲۰ هفته‌ی حاملگی، صرف‌نظر از این‌که جنین زنده یا مرده متولد شده است (حاملگی‌های دارای چند جنین به‌عنوان یک مورد تلقی می‌شود).
- ❖ Preterm : حاملگی که پس از ۲۰ هفته‌ی و قبل از هفته‌ی ۳۷ حاملگی خاتمه یابد.
- ❖ Postterm : حاملگی که بیش از ۴۰ هفته طول بکشد.
- ❖ Primigravida : فردی که برای اولین بار باردار شده است.
- ❖ Multigravida : فردی که بیش از یک بار حامله شده است.
- ❖ Nullipara : فردی که تاکنون تولد بالای ۲۰ هفته حاملگی نداشته است.
- ❖ Primipara : فردی که زایمانی با جنینی با حداقل سن ۲۰ هفته حاملگی داشته باشد (مرده یا زنده).
- ❖ Multipara : فردی که زایمان‌های متعدد بالای ۲۰ هفته حاملگی داشته باشد.
- ❖ Still birth : جنینی که پس از ۲۰ هفته حاملگی مرده به‌دنیا بیاید.
- ❖ EDD : تعیین زمان زایمان

نگاهی به تاریخچه زایمان‌های پیشین

GTPALM یک اختصار (برای کمک به یادسپاری) از نشانه‌های استفاده‌شده‌ی رایج در ثبت تاریخچه‌ی فرد باردار است. این اختصارات شامل: ¹G حاملگی، ²T حاملگی‌های کامل، ³P زایمان‌های زودرس، ⁴A سقط، ⁵L تعداد کودکان زنده، ⁶M تعداد حاملگی‌ها و تولدهای چندقلویی می‌باشد.

تعیین زمان تولد

✦ میانگین طول دوره‌ی بارداری تقریباً ۲۸۰ روز است برای سهولت بیش‌تر ۹ ماه بارداری به سه دوره‌ی سه‌ماهه تقسیم می‌شود که معمولاً هر دوره، سه‌ماه به‌طول می‌انجامد.

✦ قانون Negele روشی برای مشخص کردن EDD است.

✦ برای محاسبه EDD، روز اول آخرین دوره قاعدگی را (LNMP) مشخص کرده، سه ماه از آن کم کرده و سپس هفت روز به آن اضافه کنید.

✦ در صورتی‌که بارداری قبل از هفته‌ی ۲۰ حاملگی خاتمه یابد، سقط نامیده می‌شود.

✦ علائم بارداری به سه گروه تقسیم می‌شوند: (۱) علائم فرضی که فکر وجود حاملگی را مطرح می‌کنند؛ (۲) علائم احتمالی که نشان می‌دهند فرد موردنظر احتمال دارد باردار باشد و (۳) علائم قطعی که شواهدی قطعی از حاملگی فرد محسوب می‌شوند (جدول ۱-۴).

✦ هورمون HCG بسیار زود هنگام، حتی یک‌هفته پس از بارداری در خون و ادرار فرد باردار مشخص می‌شوند.

هورمون‌های ضروری در دوران بارداری

✦ استروژن. به‌وسیله تخمدان‌ها و جفت تولید می‌شود، مسئول رشد رحم، پستان و ناحیه ژنیتال است. موجب تغییر در تجمع چربی‌ها،

تحریک هورمون محرکه ملانوسیت‌ها و افزایش پیگمانتاسیون پوست، تغییرات عروقی، بروز استریای حاملگی و تغییر در احتباس آب و سدیم می‌شود.

✦ پروژسترون. به‌وسیله‌ی جسم زرد و تخمدان و سپس جفت تولید می‌شود، آماده‌کردن آندومتر برای جایگزینی سلول تخم، ممانعت از انقباضات رحمی و پیشگیری از سقط، فراهم‌کردن رشد مجاری ثانویه در پستان‌ها به‌منظور شیردهی، تحریک ترشح سدیم، کاهش تونیسیتة عضلات صاف (ایجاد یبوست، سوزش سر معده، واریس) از وظایف این هورمون است.

1. Gravida
3. Premature birth
5. Number of living children

2. Term pregnancies
4. Abortions
6. Multiple gestations and birth

جدول ۴-۱ ■ علائم حاملگی: فرضی، احتمالی و قطعی	
علائم	توصیف همراه با علل فرعی موجود
فرضی (احتمال وجود حاملگی)	
آمنوره	قطع قاعدگی، اغلب اولین نشانه‌ی بارداری است. هم‌چنین ممکن است به دلیل فشارهای هیجانی، بیماری مزمن یا عوامل متابولیک نظیر یائسگی رخ دهد.
تهوع و استفراغ	در ۵۰ درصد بارداری‌ها، در سه‌ماهه‌ی اول بارداری رخ می‌دهد و به نام «بیماری صبحگاهی» شناخته می‌شود، چون معمولاً در صبح ایجاد می‌شود. هم‌چنین ممکن است به دلیل اختلالات گوارشی یا عفونت‌های حاد رخ دهد.
تکرر ادرار	به دلیل فشار وارده به مثانه ایجاد می‌شود. هم‌چنین ممکن است به دلیل عفونت ادراری رخ دهد.
خستگی	در بسیاری از زنان در ابتدای بارداری وجود دارد. هم‌چنین ممکن است واکنشی به افزایش هورمون‌ها یا افسردگی باشد.
حرکات جنین	فرد حرکاتی خفیف و نامنظم را حدود هفته‌ی ۱۸-۲۰ حاملگی احساس می‌کند. هم‌چنین ممکن است این احساس به دلیل حرکت گاز در روده‌ها یا افزایش حرکات پرستالتیک به وجود آید.
حساسیت پستان‌ها	به دلیل تغییرات هورمونی احساس سوزش و حساسیت ایجاد می‌شود. هم‌چنین این وضعیت ممکن است در دوره‌ی پیش از قاعدگی یا به دلیل مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی ایجاد شود.
احتمالی (احتمال بیش‌تر بر وجود حاملگی)	
بزرگی رحم	به دلیل رشد رحم ناشی از رشد جنین، شکم نیز بزرگ می‌شود. هم‌چنین ممکن است به دلیل چاقی یا تومورهای لگنی نیز این مسئله رخ دهد.
تغییرات پیگمانتاسیون	تیره‌شدن پوست به دلیل افزایش سطح هورمون‌ها به صورت خط تیره‌ی حاملگی بر روی شکم، تیرگی نوک سینه و هاله‌ی اطراف آن. ممکن است این علائم به دلیل تحریکات هورمونی ناشی از شرایط طبی به وجود آید.
علامت Goodell	نرم‌شدن دهانه‌ی رحم که هم‌چنین ممکن است به دلیل استروژن موجود در قرص‌های ضدبارداری خوراکی ایجاد شود.
علامت Hegar	نرمی قسمت پایینی رحم که ممکن است در نتیجه‌ی نرمی دیواره‌های رحم نیز رخ دهد.
علامت چادویک	تغییر رنگ مخاط واژن به آبی مایل به بنفش به دلیل افزایش عروق خونی یا پرخونی لگن، هر شرایطی که موجب احتقان لگن شود، می‌تواند این علامت را ایجاد کند.
بالوتمان	انعکاس حرکت جنین در مایع آمنیوتیک که توسط معاینه‌کننده در حین معاینه‌ی لگن حس می‌شود. هم‌چنین ممکن است به وسیله پولیپ‌های رحمی یا وجود مایع آسیت ایجاد شود.
انقباضات	انقباض بدون درد و نامنظم رحم. این انقباضات به صورت تنگ‌شدن دور شکم توسط فرد حس می‌شود. هم‌چنین ممکن است با دیگر شرایط طبی از قبیل وجود فیبروئید اشتباه شود.
براکسون هیکس	وجود HCG نشان‌دهنده‌ی حاملگی است. زمان انجام تست، استفاده از داروهای انرژی‌زا می‌تواند نتیجه‌ی تست را اشتباه کند.
روش‌های تشخیصی	
قطعی حاملگی	
قطعی (تأیید حاملگی)	
دیدن جنین به وسیله سونوگرافی	سه علامت، وجود حاملگی را تأیید می‌کند: شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکات جنینی به وسیله‌ی فرد معاینه‌کننده و دیدن جنین به وسیله‌ی سونوگرافی

- ✦ **تیروکسین (T₄)**. تأثیر بر اندازه و فعالیت غده تیروئید و افزایش میزان ضربان قلب، افزایش ۲۳ درصدی متابولیسم پایه در دوران بارداری.
- ✦ **گنادوتروپین جفتی انسان (HCG)**. در ابتدای بارداری توسط بافت تروفوبلاست تولید می‌شود. تا زمانی که جفت این مسئولیت را به عهده بگیرد با تأثیر بر جسم زرد موجب تحریک ترشح استروژن و پروژسترون شده و بارداری را حفظ می‌کند. در روش‌های تشخیصی بارداری در جهت تعیین وضعیت حاملگی، اندازه‌گیری می‌شود.
- ✦ **لاکتوژن جفتی انسان (HPL)** که **سوماتوتروپین جفتی نامیده می‌شود**. توسط جفت تولید می‌شود. بر روی متابولیسم گلوکز و پروتئین مؤثر است. علائم دیابت را - مانند افزایش سطح گلوکز در اثر تحریک پانکراس و افزایش سطح انسولین - تقلید می‌کند.
- ✦ **هورمون محرکه‌ی ملانوسیت‌ها**. توسط هیپوفیز قدامی تولید می‌شود، موجب پیگمانتاسیون پوست و تیره شدن آن می‌شود. موجب بروز لکه‌های قهوه‌ای در صورت می‌شود (کلواَسما [ملاسما حاملگی])، بروز خط تیره‌ی حاملگی بر روی شکم، تیره شدن خال‌ها و کک و مک و تیره شدن نوک سینه و هاله‌ی اطراف آن.
- ✦ **ریلاکسین**. توسط جسم زرد و جفت تولید می‌شود. موجب بازسازی کلاژن‌ها، افزایش تحرک بافت همبند سمفیز پوبیس و نرم‌شدن دهانه‌ی رحم می‌شود. مانع از فعالیت رحم می‌شود.
- ✦ **پرولاکتین**. پستان‌ها را برای شیردهی آماده می‌کند.
- ✦ **اکسی‌توسین**. توسط هیپوفیز خلفی تولید می‌شود، محرک انقباضات رحمی، اثر آن در طی حاملگی به‌وسیله‌ی پروژسترون مهار می‌شود. پس از تولد به انقباض رحم کمک می‌کند، تحریک رفلکسی ترشح شیر در طی دوران شیردهی.

تغییرات فیزیولوژیک در سیستم‌های مختلف بدن در طی بارداری

- ✦ در دوران بارداری تغییرات فیزیولوژیک بی‌شماری رخ می‌دهد.
- ✦ دو تغییر اصلی که در طی بارداری پدیدار می‌شود، **تغییر در سیستم غدد درون‌ریز و تغییرات فیزیکی در بدن است**.

تغییرات در سیستم تولیدمثل

✦ رحم:

- ❖ در پایان بارداری، رحم به عضوی با دیواره‌های نازک، محفظه‌ای عضلانی حاوی جنین، جفت و مایع آمنیوتیک با وزن تقریبی ۱۰۰۰ گرم (۲/۲ پوند) تبدیل می‌شود.

- ❖ در هفته‌ی ۱۲ حاملگی می‌توان رحم را در بالای سمفیز پوبیس لمس نمود و در هفته‌ی ۲۰ بارداری، فوندوس رحم نزدیک به ناف قرار می‌گیرد. در هفته‌ی ۳۶ حاملگی، فوندوس رحم در بالاترین نقطه‌ی خود در زیر زائده‌ی گزیفوئید قرار دارد. در هفته‌ی ۴۰، جنین نزول پیدا کرده و سر آن وارد لگن می‌شود.
- ❖ در ابتدای حاملگی، انقباضات بدون درد و نامنظمی وجود دارد (انقباضات براکستون هیکس).
- ❖ **دهانه‌ی رحم:** نرم شدن دهانه‌ی رحم در طی بارداری به وسیله‌ی (۱) تأثیرات هورمونی که موجب افزایش خونرسانی می‌شود و (۲) افزایش ترشح غدد سرویکال ایجاد می‌شود.
- ❖ **تخمدان‌ها:** در طی بارداری روند رشد و بلوغ فولیکول‌ها متوقف می‌شود و تخمک‌گذاری انجام نمی‌شود.
- ❖ **واژن:** تکثیر سلول‌ها و احتقان بافت همبند واژن موجب ضخیم شدن، نرم شدن و قابلیت انبساط دیواره‌ی واژن می‌شود.
- ❖ **پستان‌ها:** تغییرات پستان‌ها در طی بارداری را می‌توان به این صورت خلاصه نمود: افزایش اندازه، تکامل یافتن، حساس و دردناک شدن، افزایش پیگمانتاسیون و تیره شدن نوک سینه و هاله‌ی اطراف آن، برجسته شدن غدد مونتگومری و نرم کردن و محافظت از نوک سینه و آماده‌سازی آن جهت شیردهی. کلاستروم - ماده‌ای رقیق و زردرنگی است (مایعی که قبل از شیر وجود دارد) - از دهمین هفته‌ی حاملگی ترشح آن آغاز می‌شود و تقریباً ترشح آن تا سومین روز پس از تولد تا زمانی که شیر جایگزین آن شود، ادامه می‌یابد.

تغییرات سیستم عضلانی - اسکلتی

- ❖ نرم و شل شدن مفاصل لگن و عریض شدن سمفیز پوبیس در اثر هورمون ریلکسین و پروژسترون ترشح شده از جفت ایجاد می‌شود.
- ❖ در طی حاملگی کسب وزن و وجود ادم می‌تواند موجب فشار به اعصاب مدیان به ویژه در اطراف مچ دست شود که این می‌تواند موجب سندرم تونل کارپال شود.

تغییرات سیستم قلبی - عروقی

- ❖ روند بارداری موجب می‌شود در صورتی که زن باردار به پشت دراز بکشد، درجاتی از فشار بر روی ورید اجوف وارد شود که این مسئله موجب کاهش برون‌ده قلبی می‌شود. به این مسئله سندرم هیپوتانسیون در حالت استراحت یا فشار Aortocaval گویند. در طی بارداری برون‌ده قلبی دوبرابر شده و حجم خون ۴۰ درصد افزایش می‌یابد.

✦ بیشترین افزایش برون‌ده در طی مرحله‌ی پیش از زایمان و زایمان رخ می‌دهد.

خونریزی از بینی

✦ خون‌دماغ (خونریزی از بینی) یکی از شکایات شایع در دوران بارداری است.
 ✦ ممکن است صدای فرد باردار بم‌تر شود، چون اندازه‌ی طناب‌های صوتی افزایش می‌یابد که این مسئله نیز در پاسخ به افزایش پروژسترون بروز می‌کند.

تغییرات سیستم گوارشی

✦ در دوران بارداری حرکات پریستالتیک لوله‌ی گوارشی کاهش می‌یابد که به طور عمده در اثر افزایش پروژسترون و ریلاکسین می‌باشد. با شل شدن اسفنکتر کاردیا، محتوای معده به مری راه می‌یابد و موجب سوزش سر دل (پیروزیس) می‌شود، که شکایتی شایع در دوران بارداری است.

✦ به‌دلیل کاهش تون عضلانی، خروج غذا از روده‌ها با تأخیر صورت می‌گیرد و این مسئله موجب می‌شود آب بیش‌تری از روده‌ها جذب شود. این تغییرات موجب بروز یکی دیگر از مشکلات دوران بارداری یعنی یبوست می‌شود.

تغییرات سیستم کلیوی (ادراری)

✦ در اوایل بارداری رشد رحم موجب ایجاد فشار بر مثانه می‌شود و تکرر ادرار رخ می‌دهد. در اواخر بارداری با مستقرشدن جنین بر روی حفره‌ی لگن، دوباره بر مثانه فشار وارد شده و تکرر ادرار مجدداً ایجاد می‌شود. شل شدن عضلات حالب به دلیل افزایش سطح پروژسترون و فشار ناشی از جریان خون و بزرگ شدن رحم نسبت به گشاد شدن حالب می‌شود.

تغییرات سیستم پوششی

✦ در طی بارداری پوست دچار افزایش پیگمانتاسیون می‌شود (به‌دلیل تأثیر هورمون محرکه‌ی ملانوسیت و استروژن). استریای حاملگی یا علامت کشیدگی پوست، خطوط صورتی یا بنفش‌رنگی هستند که به‌دلیل تضعیف خاصیت الاستیکی پوست ایجاد می‌شوند.

✦ بعضی عوامل ویژه از جمله تغییر در تصویر ذهنی، امنیت احساسی، انتظارات فرهنگی، حمایت از سوی همسر، ناخواسته‌بودن بارداری و وضعیت اقتصادی در نشان‌دادن واکنش مثبت و منفی به حاملگی مؤثر هستند. مهم‌ترین عامل روانی که روی بارداری مؤثر است، میزان بلوغ مادر و آمادگی او برای بچه‌دارشدن است.

جدول ۲-۴ ■ تغییرات سیستم قلبی و عروقی در طی بارداری	
ویژگی‌های بالینی	تغییرات فیزیولوژیک
به دلیل تغییر در وضعیت قرارگیری قلب، تپش قلب، آریتمی خفیف و سوفل سیستولیک رخ می‌دهد.	با بالا رفتن دیافراگم قلب جابه‌جا می‌شود.
در جهت برآورد نیاز افزایش حجم رحم و اکسیژن‌رسانی به جنین، برون‌ده قلبی و حجم خون پمپ شده به گردش خون عمومی ۳۰ تا ۵۰ درصد افزایش می‌یابد.	افزایش برون‌ده قلبی
گرمی، رطوبت و احتقان بینی به وجود می‌آید.	افزایش جریان خون به پوست
افزایش خروج مواد زاید از بدن مادر و جنین	افزایش جریان خون به کلیه‌ها
ضربان قلب تقریباً ده تا ۲۰ ضربه در دقیقه افزایش می‌یابد و میزان خون پمپ شده به جریان گردش خون با هر بار ضربیهی قلب افزایش می‌یابد.	افزایش ضربان قلب و حجم ضربیه‌ای
در اوایل بارداری حجم خون افزایش می‌یابد. این افزایش به تدریج از هفته‌ی دهم شروع شده و در هفته‌ی ۳۴ به حداکثر خود می‌رسد.	افزایش ۳۰ تا ۵۰ درصدی حجم خون
حجم خون در پاسخ به نیاز گردش خون و تغذیه‌ی بافت مادر و جنین افزایش می‌یابد.	افزایش حجم گلبول قرمز
حجم پلاسما بیش از توده‌ی گلبول قرمز است که این مسئله موجب می‌شود سطح هموگلوبین و هماتوکریت کاهش یابد. مصرف خوراکی مکمل‌های آهن به مقدار ۸۰-۶۰ mg در روز لازم است. در صورتی که میزان هموگلوبین به کمتر از ۱۷g/dl و هماتوکریت به کمتر از ۳۵٪ کاهش یابد، بیمار باید از نظر کم‌خونی مورد ارزیابی قرار گیرد.	خون و پلاسمای خون
این رویداد یک مکانیسم محافظتی در برابر عفونت است. اما همین مسئله موجب می‌شود در دوران بارداری نتوان به راحتی وجود عفونت را تشخیص داد. یک هفته پس از زایمان، سطح گلبول‌های سفید به میزان طبیعی بازمی‌گردد.	افزایش شمارش گلبول‌های سفید (به‌طور متوسط بیش از ۱۵۰۰۰ mm ³)
موجب می‌شود که پس از خروج جفت در محل آن فرایند انعقاد با سرعت بیش‌تری انجام شود و احتمال آمبولی پس از زایمان افزایش می‌یابد. بنابراین از مادر خواسته می‌شود پس از زایمان هرچه زودتر شروع به راه‌رفتن کند.	افزایش فاکتورهای انعقاد خون
بزرگ‌شدن رحم موجب فشار به وریدهای اندام تحتانی شده و ممکن است موجب رکود خون در اندام‌های تحتانی شود.	افزایش فشار ورید فمور
فشار به ورید اجوف تحتانی در سه‌ماهه‌ی اول بارداری به دلیل بزرگ‌شدن رحم موجب کاهش برون‌ده قلبی می‌شود. باید به مادران آموزش داد به پهلوئی چپ دراز بکشند و از دراز کشیدن به پشت اجتناب کنند.	سندرم هیپوتانسیون در وضعیت دراز کشیده
هنگامی که فرد باردار از وضعیت خوابیده به حالت ایستاده تغییر وضعیت می‌دهد، ممکن است کاهش برون‌ده قلبی رخ دهد.	هیپوتانسیون در حالت ایستاده
حداکثر محدوده‌ی فشار خون طبیعی و دلخواه ۱۴۰/۹۰ mmHg است. در صورت افزایش ۳۰ mmHg یا بیشتر فشار سیستولیک یا ۱۵ mmHg یا بیشتر فشار دیاستولیک می‌تواند مطرح‌کننده‌ی اختلالات بالقوه‌ی فشار خون باشد.	فشار خون افزایش نمی‌یابد
انسداد وریدی به دلیل فشار ناشی از بزرگ شدن رحم و شل شدن عضلات ناشی از اثر پروژسترون می‌تواند موجب بروز واریس در فرج، مقعد (هموروئید) یا پاها شود. باید از نشستن یا ایستادن به‌طور طولانی خودداری شود. روی هم انداختن پاها موجب کاهش جریان خون می‌شود.	واریس وریدی

تغییرات سیستم تنفسی

✦ در طی بارداری به دلیل شل شدن لیگامان‌ها (به دلیل اثر پروژسترون) محیط قفسه سینه افزایش می‌یابد و دنده‌های پایینی عریض‌تر می‌شود. بنابراین به رغم بالا آمدن دیافراگم (حدود ۴ سانتی‌متر) در انتهای حاملگی، ظرفیت ریوی یکسان باقی می‌ماند.

❖ میزان تنفس در طی بارداری افزایش می‌یابد.

❖ تنفس فرد باردار به منظور حفظ اکسیژن برای خود و جنین، عمیق‌تر (بدون افزایش در تعداد آن) می‌شود.

❖ مصرف دی‌اکسیدکربن در طی بارداری ۱۵ درصد افزایش می‌یابد.

تنگی نفس

❖ کوتاه شدن تنفس (تنگی نفس) یکی از شکایات شایع در دوران بارداری است.

❖ احساس تنگی نفس به دلیل حساسیت سیستم تنفسی به افزایش پروژسترون بروز می‌کند.

تصویر ذهنی

✦ تصویر ذهنی به معنای درک هر فرد از بدن خودش است. تصویر ذهنی دارای چهار جنبه: ظاهر، عملکرد، احساسات و تحرک است.

✦ در طی بارداری، تغییرات روی‌داده در فرم بدن و عملکرد آن به میزان قابل توجهی می‌تواند موجب اضطراب مادر شود.

✦ هنگامی که فرد باردار احساس عدم کنترل بر اوضاع را داشته باشد، عملکرد او دچار مشکل خواهد شد و نگرش منفی نسبت به بارداری پیدا می‌کند.

✦ میانه‌روی مهم‌ترین نکته در تعیین میزان فعالیت فیزیکی است.

وظایف تکاملی

✦ وظایفی مرتبط با سه‌ماهه‌های بارداری که برای بعضی بیش‌تر از دیگران وجود دارد.

❖ **وظیفه‌ی ۱:** تأیید حاملگی. در سه‌ماهه‌ی اول بارداری تأیید شده و تمرکز مادر بر تغذیه و نگهداری جنین است. در این زمان او در جست‌وجوی هویت خویش به‌عنوان یک زن و مادر برمی‌آید.

❖ **وظیفه‌ی ۲:** تجسم جنین در طی سه‌ماهه‌ی دوم فرد معمولاً در جهت برقراری پیوستگی در هویت خود تلاش می‌کند تا با جنین به‌عنوان بخشی از تصویر ذهنی خود ارتباط برقرار کند.

❖ **وظیفه‌ی ۳:** درک جنین. هنگامی که فرد باردار حرکات جنین (حرکات سریع) را احساس می‌کند، شروع به پذیرش جنین کرده و او را از خود جدا می‌کند.

❖ **وظیفه‌ی ۴:** انتقال نقش‌ها. در طی سه‌ماهه‌ی آخر بارداری فرد باردار معمولاً از نظر روانی خود را جدا از کودک می‌داند و شروع به برنامه‌ریزی برای او می‌کند.

❖ احساساتی از قبیل دوسوگرایی، پذیرش، اختلالات خلقی، بازگشت و عدم واکنش در طی بارداری معمولی است. فرد باردار معمولاً مواردی از جمله هیجانات متغیر، احساسات شدید، افزایش نیاز به عاطفه و تحریک‌پذیری زیاد و ترس و اضطراب را تجربه می‌کند.

واکنش‌ها به بارداری

همسر نیز مراحل را برای سازگاری با پدر شدن طی می‌کند. مرحله‌ی اعلام خبر زمانی آغاز می‌شود که حاملگی تأیید می‌شود. مرحله‌ی سازگاری نیز هم‌زمان با دومین سه‌ماهه‌ی بارداری شروع می‌شود که در این هنگام همسر با واقعیت زایمان روبه‌رو شده، سؤال می‌پرسد و در کلاس‌های آمادگی والدین شرکت می‌کند. در مرحله‌ی تمرکز، همسر احساس پذیر بودن می‌کند و در مراحل پیش از زایمان مشارکت نموده و در مورد مراقبت از خواهر و برادرها صحبت نموده و محیط منزل را آماده می‌کند.

مفاهیم کلیدی

❖ EDD با استفاده از قانون Negele قابل محاسبه است. کم‌کردن سه ماه و اضافه‌کردن هفت روز به اولین روز آخرین قاعدگی. با این وجود فقط تعداد کمی از تولدها در تاریخ دقیق خود اتفاق می‌افتد.

❖ علایم بارداری اغلب شبیه دیگر وضعیت‌ها می‌باشد، بر این مبنا این علایم به سه قسمت علایم فرضی، احتمالی و قطعی بارداری تقسیم می‌شوند.

❖ تطابق فیزیولوژیکی و آناتومیکی که در طی بارداری رخ می‌دهد، بسیار چشمگیر است، اما پس از تولد سیستم‌های بدن به وضعیت قبلی بازگشت خواهند نمود.

❖ آگاهی از سازگاری مادر با بارداری در کمک به درک ناراحتی‌ها و اختلالات بارداری بسیار اهمیت دارد.

❖ با افزایش فاکتورهای انعقادی و فیبرینوژن خون در طی بارداری، زن باردار مستعد ابتلا به ترومبوز می‌شود.

❖ در طی بارداری، برون‌ده قلبی دوبرابر شده و حجم خون ۴۰ درصد افزایش می‌یابد.

❖ در طی بارداری مصرف اکسیژن ۱۵ درصد افزایش می‌یابد.

❖ در طی بارداری مقاومت مادر به انسولین افزایش می‌یابد.

- ✦ در طی بارداری بسیاری از عملکردهای متابولیک افزایش می‌یابد.
 - ✦ در طی بارداری تغییرات روانی در چهار حیطه ظاهر، عملکرد، احساسات و تحرک دستخوش تغییر می‌شود.
 - ✦ وظایف تکاملی در ارتباط با هر سه دوره‌ی سه‌ماهه‌ی بارداری وجود دارد.
 - ✦ حاملگی بر تمام اعضای خانواده مؤثر است.
-

مراقبت بهداشتی

هنگام بارداری

فصل

۵

مراقبت پیش از باردار شدن

مراقبت پیش از بارداری عبارت است از انجام مراقبت بهداشتی و غربالگری قبل از بارداری که می‌تواند عوامل خطرزای طبی و شیوه‌ی زندگی را قبل از بارداری کنترل کند. روند طبیعی بارداری به میزان زیادی تحت تأثیر سلامت پیش از بارداری قرار دارد.

مراقبت پیش از زایمان

مراقبت‌های زودهنگام و منظم پره‌ناتال به تدریج موجب کاهش ابتلا و مرگ‌ومیر مادران و نوزادان شده و فرصتی منحصر به فرد در اختیار پرستاران قرار می‌دهد تا بر سلامت خانواده مؤثر واقع شوند. اهداف اصلی مراقبت پیش از زایمان شامل موارد زیر است:

- ❖ اطمینان از تولدی عاری از خطر برای مادر و کودک که از طریق بهبود عادات بهداشتی مناسب و کاهش عوامل خطر میسر است.
- ❖ آموزش عادات بهداشتی که تا پس از بارداری نیز ادامه یابد.
- ❖ یادگیری مراقبت از خود در طی بارداری
- ❖ تدارک معاینات فیزیکی و مراقبت جسمی
- ❖ آماده‌سازی والدین برای سازگاری با نقش‌های والدی
- ❖ **مراقبت مشارکتی.** مراقبت مشارکتی دربرگیرنده‌ی بیمار، پرستار و دیگر اعضای تیم مراقبتی است که در طرح مراقبت از زنان شرکت می‌کنند.
- ❖ **ویژگی فرهنگی.** پذیرش مراقبت بهداشتی که با فرهنگ و اعتقادات مذهبی بیمار منافات نداشته باشد، مهم‌ترین مسئله در ویژگی فرهنگی است.
- ❖ **معاینه فیزیکی.** در معاینه فیزیکی وزن اولیه و فشار خون بیمار بسیار مهم است، چون تغییر ناگهانی در هر دوی این‌ها اهمیت دارد.

ویزیت‌های پره‌ناتال

در بررسی اولیه، انجام مصاحبه می‌تواند حس اعتماد را بین پرستار و فرد باردار برقرار کند. در طی برقراری ارتباط اولیه، پرستار باید به زبان بدن خود از قبیل طرز قرار گرفتن وی، حالات چهره و دیگر نشانه‌های جسمی و عاطفی وی توجه کند.

سلامت اولیه و تاریخچه اجتماعی

در طی اولین ویزیت پره‌ناتال، کسب خلاصه‌ای از تاریخچه سلامتی از جمله تاریخچه کامل طبی و زایمانی می‌تواند به تعیین وضعیت کنونی سلامت فرد کمک کند.

تاریخچه اجتماعی دربرگیرنده وضعیت فرد و شغل همسر، تحصیلات، وضعیت تأهل، زمینه فرهنگی/ قومی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی می‌باشد. همچنین درک از حاملگی فعلی، روش‌های مقابله‌ای و حمایت خانوادگی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

معاینه فیزیکی

بررسی از سر تا پا انجام شده، وزن و فشار خون بیمار ثبت می‌شود و همچنین در اولین ویزیت، بررسی میکروسکوپی ادرار صورت می‌گیرد.

معاینه بارداری شامل معاینه لگن است. به منظور بررسی امکان عبور جنین، اقطار لگن نیز ممکن است اندازه‌گیری شود. قبل از معاینه لگن پرستار باید به منظور کاستن ناراحتی بیمار به وی توصیه کند مثانه خود را خالی کرده و در هنگام معاینه، نفس عمیق بکشد. تست‌های آزمایشگاهی روتین در طی بارداری انجام می‌شود (جدول ۱-۵).

ویزیت‌های متوالی

✦ ویزیت‌های پره‌ناتال در هفت‌ماه اول، هر ماه، ماه هشتم هر دو هفته یک‌بار و در طی آخرین ماه بارداری بدون حادثه (طبیعی) هر هفته انجام می‌شود. وزن و فشار خون فرد ثبت می‌شود و ادرار از نظر پروتئین، استون و گلوکز مورد بررسی قرار می‌گیرد. این سه مورد می‌تواند به تشخیص زودرس هیپرتانسیون و دیابت ملیتوس کمک کند.

✦ شکم فرد به‌وسیله مانور لئوپولد لمس می‌شود تا وضعیت و قرار جنین مورد بررسی قرار گیرد. این مانور دارای ۴ مرحله است:

- ✦ (۱) تعیین این‌که در فوندوس رحم چه چیزی قرار دارد که نشان‌دهنده‌ی وضعیت سر یا بریج می‌باشد (سر، گرد و محکم است و در عوض وضعیت بریج نرم‌تر حس می‌شود)؛
- ✦ (۲) مشخص کردن پشت جنین (مخالف جهت اندام‌ها)؛
- ✦ (۳) توجه به این‌که کدام‌یک از اندام‌های جنین (سر یا بریج) بالای سمفیز پوبیس قرار دارد؛

❖ (۴) توجه به وضعیت برجستگی سفالیک.

- ❖ مشخص کردن وضعیت و قرار جنین به پرستار در شنیدن صدای قلب جنین کمک می‌کند.
- ❖ در اولین ویزیت پره‌ناتال کسب خلاصه‌ای از اطلاعات فردی، تاریخچه طبی فرد و خانواده، تاریخچه خانوادگی و تاریخچه فرهنگی در بررسی وضعیت سلامت فرد اهمیت بسزایی دارد.
- ❖ در اولین ویزیت‌های متوالی باید نحوه‌ی زایمان و چگونگی تمایل مادر به شیر دادن کودک مورد بررسی قرار گیرد.

آموزش مراقبت از خود به بیمار در مورد ناراحتی‌های رایج دوره‌ی بارداری

در طی ۹ ماه دوران بارداری، مادران انواع مختلفی از ناراحتی‌ها را تجربه می‌کنند که بسیاری از آنها حاصل تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی است که در طی بارداری، رخ می‌دهد. پرستاران و دیگر پرسنل بهداشتی اغلب این شکایات را کوچک تلقی می‌کنند، اما آن‌ها دقت نمی‌کنند که این ناراحتی‌ها از نظر زنان باردار کم‌اهمیت نمی‌باشد.

❖ **فعالیت بدنی و ورزش در هنگام بارداری.** ورزش می‌تواند موجب افزایش درجه‌ی حرارت مادر شده و در نتیجه آن میزان گردش خون جنین و عملکرد قلبی کاهش یابد. درجه حرارت مادر نباید از ۳۸ درجه‌ی سانتی‌گراد افزایش یابد.

ورزش‌هایی برای افزایش مقاومت عضلات و ایجاد آرامش:

❖ **Pelvic tilt:** بر روی زانوهای خم‌شده‌ی خود بنشینید و دست‌ها را به‌منظور حمایت به

کمر تکیه دهید. کمر خود را به سمت پایین قوس داده و سپس به حالت طبیعی بازگردید. این ورزش موجب مقاومت عضلات پشت و شکم می‌شود. هم‌چنین این ورزش را می‌توان در وضعیت ایستاده یا درازکشیده نیز انجام داد.

❖ **Tailor sitting:** با پاهای خم‌شده بر روی زمین بنشینید. این وضعیت موجب مقاومت عضلات لگن و ران می‌شود.

❖ **ورزش Kegel:** (استحکام عضلات پرینه). فرد با دار عضلات پوبوکوکسی کال را که اطراف واژن و مجرای ادراری قرار دارد، منقبض می‌کند. این ورزش موجب استحکام عضلات پرینه و افزایش الاستیسیته‌ی آن می‌شود.

❖ **آرام‌سازی:** فرد باردار گروهی از عضلات را از سر تا پا منبسط می‌کند و درنهایت کل عضلات بدن، از جمله صورت و دست‌ها را منبسط می‌کند.

❖ **فعالیت جنسی.** در یک بارداری بدون مشکل، دلیلی برای محدود کردن فعالیت جنسی وجود ندارد.

جدول ۵-۱ ■ مراقبت از خود در ناراحتی‌های رایج دوره‌ی بارداری

ناراحتی	رهنمودهای مراقبت از خود
تهوع با یا بدون استفراغ	معه را خالی نگذارید. نیم تا یک‌ساعت قبل از برخاستن از بستر، کلوچه‌ی خشک یا نان تست بخورید. وعده‌های غذایی کوچک و متعدد داشته باشید. مایعات را در بین وعده‌های غذایی بخورید. از مصرف غذاهای چرب، بودار، پرادویه یا نفاخ خودداری کنید. مصرف ویتامین B ₆ را افزایش دهید.
حساسیت پستان	از سینه‌بندهای محکم استفاده کنید (برای کاهش احساس سوزش و حساسیت). از شستن نوک سینه با صابون خودداری کنید (جهت پیشگیری از ترک‌خوردگی).
تکرر ادرار	ادرار خود را نگه ندارید (به‌منظور پیشگیری از توقف ادراری). مایعات بیش‌تری در طی روز مصرف کنید. در انتهای شب به جهت کاهش شب‌ادراری مایعات کم‌تری بخورید. مصرف کافئین را محدود کنید. ورزش‌های Kegel را انجام دهید.
ترشحات واژن (لکوره)	به‌طور روزانه حمام کنید یا دوش بگیرید. از لباس‌های زیر با جنس کتان استفاده کنید. از پوشیدن لباس‌های زیر تنگ یا جوراب‌شلواری خودداری کنید. ناحیه‌ی پرینه را خشک و تمیز نگه دارید. از دوش واژینال یا تامپون استفاده نکنید. در صورت تغییر در رنگ، بو یا ویژگی ترشحات، به سیستم‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی مراجعه کنید.
سوزش سر دل (پیروزیس)	تا ۳۰ دقیقه پس از صرف غذا در وضعیت کاملاً نشسته قرار بگیرید. از مصرف غذاهای نفاخ و چرب اجتناب کنید. از پرخوری پرهیز کنید. از شربت‌های آنتی‌اسید کم‌سدیم نظیر Maalox یا Gelusil (مایع بهتر از قرص سطح معده را پوشش می‌دهد) استفاده کنید. از مصرف بی‌کربنات‌سدیم و آب‌معدنی‌های Alka خودداری کنید.
یبوست و نفخ شکم	مصرف بیش‌تر مایعات (حداقل هشت‌لیوان در روز، خودداری از مصرف مایعات کربنات‌دار یا نوشیدنی‌های حاوی کافئین چون دیورز می‌شود). مصرف مواد سبوس‌دار و انجام تمرینات ورزشی. ورزش موجب تحریک حرکات پرستالتیک می‌شود. برنامه‌ی منظمی را برای دفع در نظر بگیرید. از روغن‌های معدنی یا انما استفاده نکنید. در مورد مصرف نرم‌کننده‌های مدفوع (Docusate) با پرسنل بهداشتی مشورت کنید.
هموروئید	از پمادهای بی‌حس‌کننده، پدهای خنک حاوی عصاره‌ی گیاهی یا شیاف‌های رکتال استفاده کنید. از حمام نشسته، غذاهای پرفیبر استفاده کنید و به‌منظور جلوگیری از یبوست برنامه‌ی منظمی برای دفع داشته باشید.
کمر درد	وضعیت بدنی به‌طور صحیح حفظ شود، به‌گونه‌ای که سر بالا و شانه‌ها به عقب داده شود. از وضعیت‌های بدنی مناسب استفاده کنید. از تشدیدکردن قوس کمری خودداری کنید. برای بلندکردن اشیا به‌جای خم شدن از چمباتمه‌زدن استفاده کنید (به‌جای کمر از زانو‌ها خم شوید). از کفش‌های پاشنه‌کوتاه استفاده کنید تا وضعیت بدنی شما بهتر حفظ شود. از ورزش‌هایی مانند نشستن خیاط‌ها (پاها بر روی یکدیگر)، بالا و پایین بردن شانه‌ها و تکان دادن لگن استفاده کنید. استراحت کنید. استفاده از گرمای موضعی می‌تواند مؤثر باشد.
درد لیگامان گرد	از انجام حرکات سریع یا ناگهانی خودداری کنید. برای حمایت‌کردن شکم از بالش استفاده کنید. از وضعیت‌های بدنی مناسب استفاده کنید.

جدول ۵-۱ ■ مراقبت از خود در ناراحتی‌های رایج دوره‌ی بارداری (ادامه)	
ناراحتی	رهنمودهای مراقبت از خود
گرفتگی پا	فلکسیون پا به سمت پشت و کشیدن پا به سمت پایین و فشار دادن زانو یا ایستادن روی پای کشیده شده هنگامی که گرفتگی رخ می‌دهد. میزان کلسیم رژیم غذایی را افزایش دهید.
سردرد	دریافت حمایت‌های عاطفی. انجام تمرینات آرام‌سازی. مصرف منظم وعده‌های غذایی. در صورت ادامه‌ی سردرد به مراقبین بهداشتی اطلاع دهید (احتمال وجود هیپرتانسیون حاملگی).
واریس وریدها	از نشستن یا ایستادن طولانی، پوشیدن لباس‌های تنگ و فشار آوردن به خود در هنگام دفع روده‌ای خودداری کنید. به طور مکرر پیاده‌روی کنید. در هنگام استراحت پاهای خود را بالا بگذارید. از جوراب‌های مخصوص استفاده کنید و از پوشیدن جوراب‌های تنگی که تا زانو امتداد دارد، خودداری کنید. ورزش کنید (تحریک بازگشت وریدی). تورم وریدهای هموروئید را با حمام نشسته‌ی گرم تسکین دهید. از کمپرس موضعی حاوی مواد قابض یا پمادهای ضد درد استفاده کنید.
ادم ساق پاها و مچ پا	در هنگام نشستن پاها را بالا قرار دهید. دوره‌های استراحت را افزایش دهید. از پوشیدن لباس‌های تنگ و ایستادن یا نشستن طولانی مدت خودداری کنید.
بی‌حالی و سرگیجه	خودداری از تغییر ناگهانی وضعیت، ایستادن طولانی مدت و رفتن به مکان‌های شلوغ و گرم. از حالت استراحت به آرامی تغییر وضعیت دهید. با خوردن چهار یا پنج وعده‌ی کوچک در روز از بروز هیپوگلیسمی اجتناب کنید. در هنگام استراحت به سمت چپ دراز بکشید و از خوابیدن به پشت به منظور جلوگیری از سندرم هیپوتانسیون (فشار رحم بر عروق اجوف) خودداری کنید. در صورت برطرف‌نشدن علائم به مراقبین بهداشتی اطلاع دهید.
خستگی	سعی کنید ۸ تا ۱۰ ساعت بخوابید. در صورت امکان در طول روز یک وعده خواب سبک داشته باشید. از تکنیک‌های آرام‌سازی، مدیتیشن یا تغییر در وضعیت استفاده کنید.
تنگی نفس	در هنگام خوابیدن از چندین بالش زیر سر استفاده کنید. از تنفس‌های عمیق قبل از خوابیدن استفاده کنید. از وضعیت مناسب نشستن و ایستادن استفاده کنید و از تقلا کردن خودداری کنید.

فعالیت جنسی نباید پس از پاره شدن «کیسه‌ی آب» (پرده‌های حاوی مایع آمنیوتیک که اطراف جنین را فرا گرفته است) یا شروع زایمان صورت گیرد.

☞ **مراقبت از دندان.** به دلیل افزایش عروق خونی در طی بارداری لازم است از مسواک نرم در جهت کاهش خونریزی از لثه‌ها استفاده شود. بارداری بر روی بافت دهان تأثیر می‌گذارد. افزایش سطح استروژن موجب هیپرپلازی لثه شده و آن را مستعد بروز ژنژیویت می‌کند. دندان‌های شیری جنین

در هفته‌ی ششم بارداری و دندان‌های دایم در هفته‌ی دهم تکامل می‌یابند. مصرف ویتامین‌ها، فلئوئور و غذاهای حاوی ویتامین A، C، D، کلسیم، فسفر و پروتئین در دوران بارداری ضروری است.

✦ **واکسیناسیون.** نباید از واکسن‌های ویروسی زنده در طی بارداری استفاده کنند. قبل از هر نوع واکسیناسیون، فرد با دار باید به پرسنل بهداشتی در مورد بارداری خود اطلاع دهد.

✦ **اشتغال.** در یک بارداری سالم در صورتی که خطرات شغلی وجود نداشته و فرد در هنگام کار، اشیای سنگین بلند نکند، کارکردن تا زمان زایمان مشکلی ایجاد نمی‌کند.

✦ **مسافرت.** به دلیل خطر توقف جریان خون وریدی و احتمال ترومبوز، باید به خانم‌های باردار توصیه کرد که در هنگام سفر با ماشین از نشستن طولانی‌مدت خودداری کنند. سفرهای کوتاه با هواپیما در صورتی که هواپیما دارای کابین‌هایی با تهویه مناسب باشد، ممنوعیت ندارد.

✦ **داروها.** به خانم‌های باردار باید توصیه نمود به هیچ‌وجه خودسرانه از داروها در دوران بارداری استفاده نکنند، مگر این‌که پزشک آن را تجویز کرده باشد.

علائم هشداردهنده

افزایش وزن و رشد جنین: افزایش وزن مناسب در طی بارداری برای داشتن زایمانی سالم شامل ۲۵-۳۵ پوند (۱۱/۵-۱۵/۹ کیلوگرم) است. توصیه می‌شود که وزن کسب شده در طی سه ماهه‌ی اول شامل سه پوند (تقریباً ۱/۳۷ گرم) و پس از سه ماهه‌ی اول یک پوند (۰/۴۵ کیلوگرم) در هر هفته باشد.

علائم خطر در طی حاملگی

- ❖ سردرد، اختلال بینایی یا سرگیجه
- ❖ افزایش فشارخون سیستولیک به اندازه mmHg ۳۰ یا بیشتر
- ❖ افزایش فشار خون دیاستولیک به اندازه mmHg ۱۵ یا بیشتر یا فشار خون بالای mmHg ۱۴۰/۸۰
- ❖ درد شدید ناحیه‌ی اپی گاستر، شکم یا پهلو
- ❖ سوزش هنگام ادرار کردن یا درد شدید کمر
- ❖ خستگی و تحریک‌پذیری غیرطبیعی
- ❖ درد قفسه سینه و تنفس کوتاه هنگام فعالیت
- ❖ تحریک‌پذیری عضلانی، گیجی یا تشنج
- ❖ خونریزی یا خروج مایع از واژن

- ❖ کاهش حرکت جنین (کاهش میزان لگد زدن جنین)
- ❖ تب بالای ۱۰۰/۴ درجه فارنهایت (۳۸ درجه سانتی‌گراد)
- ❖ افزایش وزن و رشد جنین: وزن کسب‌شده در طی سه‌ماهه‌ی اول تقریباً به‌طور کامل صرف رشد بافت‌های مادر می‌شود، اما رشد اصلی جنین در سه‌ماهه‌ی سوم صورت می‌گیرد.

تغذیه

در بارداری، سلامت یکی (جنین) به‌طور مستقیم مرتبط با سلامت دیگری (مادر) است. هرم راهنمای غذایی. رهنمودهای کلی نمی‌تواند برای تمام افراد مورد استفاده قرار گیرد. هرم غذایی باید به‌عنوان یک راهنما برای برقراری تغذیه‌ی متعادل و پرهیز از مصرف کم کالری مورد استفاده قرار گیرد.

نیازهای تغذیه‌ای در هنگام بارداری

- ❖ به منظور حفظ دمای بدن و پیشگیری از یبوست، روزانه ۶ تا ۸ لیوان مایعات (۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ میلی‌لیتر) توصیه می‌شود. با این وجود مصرف زیاد مایعات حاوی کافئین می‌تواند موجب انقباض عروق خونی شده و رشد جنین را به مخاطره بیندازد.
- ❖ مصرف آهن با معده‌ی خالی و بین وعده‌های غذایی، میزان جذب آن را افزایش می‌دهد. تهوع و استفراغ معمولاً در بین هفته‌های ۱۴ تا ۲۰ بارداری کاهش می‌یابد. به منظور پیشگیری از یبوست می‌توان از نرم‌کننده‌های مدفوع نظیر Docusate استفاده نمود.
- ❖ پیکا: پیکا به معنای مصرف موادی است که به‌طور معمول غیرخوراکی است و ارزش غذایی نیز ندارد. معمولاً کم‌خونی فقر آهن مهمترین مسئله در هنگام وجود پیکا است.
- ❖ تحقیقات نشان می‌دهد که مصرف روزانه‌ی ۰/۴ میلی‌گرم اسیدفولیک در هفته‌های اول بارداری به‌طور چشمگیری از نقایص لوله‌های عصبی نظیر اسپاینابیفیدا در جنین جلوگیری می‌کند.
- ❖ در سه‌ماهه‌ی دوم و سوم بارداری رژیم توصیه‌شده (RDA) ۳۰۰ کالری بیشتر از دوران قبل از بارداری است. در هنگام شیردهی نیاز به انرژی ۵۰۰ کالری افزایش می‌یابد.
- ❖ آهن موردنیاز در هنگام بارداری به‌تنهایی توسط رژیم غذایی تأمین نمی‌شود. مصرف قرص‌های مکمل آهن نظیر فرسولفات گلوکونات ۳۲۵ میلی‌گرم از هفته ۱۴ تا ۲۰ بارداری توصیه می‌شود. مصرف مقادیر زیاد آهن و اسیدفولیک می‌تواند موجب کاهش جذب روی شود.
- ❖ به دلیل تأثیرات سمی جیوه بر سیستم عصبی جنین، آژانس حفاظت از محیط زیست (EPA) به افراد بادار توصیه می‌کند مصرف ماهی را به ۱۷۰ گرم در هفته از ماهی‌های آب شیرین محدود کنند.

عوامل خطرزای تغذیه‌ای در حین بارداری

- ❖ نوجوانی (نیازهای غذایی برای رشد، به نیازهای دوران بارداری اضافه می‌شود).
 - ❖ فاصله‌ی زمانی کم بین بارداری‌ها می‌تواند موجب کاهش ذخایر غذایی مواد جایگزین نشده شود.
 - ❖ الگوی غیرطبیعی (پیکا یا مصرف مواد غیرقابل خوراکی یا غیرمغذی)
 - ❖ رژیم‌های گیاه‌خواری که در آن ۸ اسیدآمینوی ضروری به طور کامل دریافت نمی‌شوند.
 - ❖ کم‌خونی فقر آهن که از قبل وجود دارد.
 - ❖ دریافت ناکافی مواد غذایی
 - ❖ فقر اقتصادی
 - ❖ افزایش وزن ناکافی
 - ❖ افزایش وزن ناگهانی
 - ❖ ازدست‌دادن وزن
- ❖ پیکا: تحقیقی مبتنی بر شواهد وجود ندارد که نشان دهد پیکا یا تمایلات غذایی با توجه به نیازهای غذایی بدن فرد باردار می‌باشد.

نوجوانان باردار

نوجوانان باردار ممکن است به‌دلیل عوامل اجتماعی و اقتصادی از نظر تغذیه‌ای در معرض خطر باشند. نوجوانان باردار به‌دلیل بارداری و نوجوانی نیازشان دوبرابر است. آن‌ها باید به‌منظور رشد جنین و رشد خود، مواد غذایی کافی مصرف کنند.

آموزش برای تولد کودک

- ❖ هدف از آموزش برای تولد کودک، کمک به والدین منتظر و خانواده‌ی آنهاست که اطلاعات کافی دریافت نمایند و مشارکت فعال در حفظ سلامت حین بارداری و تولد داشته باشند.
- ❖ آمادگی برای تولد کودک با تأکید به ایجاد هماهنگی در بدن با استفاده از کنترل تنفس، تنفس شکمی و آرام‌سازی کلی بدن امکان‌پذیر است.

الگوهای تنفسی مورد استفاده هنگام زایمان

روش‌های تنفسی به افراد در آرام‌سازی و کاهش درد ناشی از انقباضات رحمی کمک می‌کند.

مرحله‌ی اول تنفس

- ❖ تنفس موزون آهسته: در اولین مراحل زایمان، فرد باردار باید از روش‌های تنفسی عمیق و آهسته استفاده کند تا موجب افزایش آرام‌سازی وی شود.

❖ **تنفس موزون تعدیل شده:** تنفس موزون تعدیل شده با یک تنفس عمیق شروع شده و به پایان می‌رسد. میزان آن نباید بیش از دو برابر میزان طبیعی باشد.

❖ **تنفس موزون - طرح دار:** تنفس موزون طرح دار در قسمت‌های انتهایی دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم استفاده می‌شود.

❖ روش‌های تنفس

❖ روش‌های تنفس در طی انقباض استفاده می‌شود.

❖ طول دم و بازدم باید یکسان باشد.

❖ هیپرونتیلیسیون (کاهش دی‌اکسیدکربن) ممکن است به دلیل تنفس سریع و تند ایجاد شود. کمبود

دی‌اکسیدکربن ممکن است موجب احساس سوزن سوزن شدن در انگشتان و دهان شود.

همچنین ممکن است احساس سرگیجه رخ دهد. در این شرایط باید به بانوان آموزش داد با قرار

دادن دست خود به صورت فنجان در مقابل دهان، مقداری از دی‌اکسیدکربن بازدمی را دوباره

تنفس کنند. در صورتی که هیپرونتیلیسیون ادامه یابد، موجب کاهش اکسیژن در جنین می‌شود.

❖ داشتن تنفس عمیق و وسیع قبل از هر انقباض می‌تواند به آرام‌سازی فرد باردار کمک کند. در

صورتی که فرد باردار به‌جای دهان از بینی تنفس کند، کمتر دچار خشکی مخاط خواهد شد.

❖ «نفس نفس زدن» یا «هی - هو» تنفسی کوتاه و سریع است که در مراحل انتهایی زایمان استفاده

می‌شود.

❖ «تنفس پرتابی» فرم اصلاح شده «هی - هو» است. فرد باردار می‌تواند با استفاده تصادفی از

تنفس «هی - هو» به دنبال دم الگوی تنفسی خاصی را ایجاد کند.

مرحله‌ی دوم تنفس

❖ هنگامی که فرد احساس فشار دارد، زمانی است که باید به خود فشار بیاورد. در این زمان باید

نفس عمیق انجام داده، سپس به سمت پایین فشار بیاورد (گلو ت باز).

مفاهیم کلیدی

❖ مراقبت‌های مناسب دوره‌ی پره‌ناتال موجب بهبود وضعیت مادر و جنین می‌شود. تأکید این مراقبت‌ها

بر حفظ سلامتی می‌باشد.

❖ ناراحتی‌های شایع دوران بارداری به‌دلیل تغییرات آناتومیکی، فیزیولوژیکی و هورمونی رخ می‌دهد.

پرستار باید اطلاعاتی را در مورد مراقبت از خود به‌منظور کاهش ناراحتی‌ها و اضطراب فرد در اختیار

وی قرار دهد.

✦ آموزش روش‌های بهبود شیوه‌ی زندگی سالم شامل ورزش، وضعیت بدنی و توجهات هنگام سفر باید مورد توجه قرار گیرد.

✦ پرستار باید خطراتی نظیر سندرم هیپوتانسیون در حالت خوابیده را گوشزد کند.

✦ حداکثر افزایش وزن در طی بارداری ۲۵-۳۵ پوند (۱۱/۴-۱۵/۹۷ کیلوگرم) است.

✦ به دلیل این که دریافت آهن به‌تنهایی از رژیم غذایی مشکل است، توصیه می‌شود که در طی بارداری از مکمل‌های آهن استفاده شود.

✦ برای پیشگیری از بروز نقایص لوله‌های عصبی استفاده از مکمل اسیدفولیک توصیه می‌شود.

✦ آموزش در مورد تولد به زوجین کمک می‌کند تا دانش بیشتری کسب کنند و در مرحله پیش از انتظار و زایمان مشارکت فعال داشته باشند.

✦ کلاس‌های آموزشی متعددی برای فرد باردار و همسر وی در دسترس می‌باشد. علاوه بر این کلاس‌هایی نیز برای مادر بزرگ و پدر بزرگ و خواهر و برادرها برگزار می‌شود.

✦ حساسیت‌های فرهنگی در مورد تولد کودک برای تمام افراد باردار باید در نظر گرفته شود.

✦ استفاده از آرام‌سازی و شرطی‌کردن در مراحل پیش از زایمان و تولد کودک می‌تواند موجب کاهش ناراحتی شود.

✦ استفاده از روش‌های تنفسی و آرام‌سازی هوشمند در هنگام شروع زایمان برای افراد مفید است.

ارزیابی سلامت جنین

فصل

۹

اگر پیامد بارداری برای مادر و نوزاد به طور بالقوه به خوبی بارداری طبیعی نباشد، حاملگی پرخطر محسوب می‌شود.

ارزیابی پره‌ناتال جنین

روش‌های تشخیصی و ملاحظات پرستاری

در صورت بروز شرایط پرخطر در مادر، می‌توان تست‌های مختلفی را برای ارزیابی سلامت جنین در طول بارداری توصیه و اجرا نمود. این تست‌ها شامل اولتراسوند تشخیصی، اولتراسوند داپلر جریان خون، نمونه‌گیری از پرزهای کوریون، آمنیوستنز اخذ نمونه خون بندناف از طریق پوست، تست بدون استرس^۱ (NST)، تست استرس انقباضات^۲ (CST)، بیوفیزیکال پروفیل^۳ (BPP)، تست تحریکی ویبرواکوستیک^۴ و ارزیابی حرکات جنین می‌باشد.

✎ **تصویر سونوگرافی:** در این روش از امواج پرفرکانس جهت مشاهده‌ی ارگان‌های داخلی یا بافت‌های بدن (مانند جنین، جفت یا مشاهده‌ی شیء در حال حرکت مانند ضربان قلب جنین) استفاده می‌شود. به عنوان اولتراسونوگرافی نیز نامیده می‌شود. این روش، در دو وضعیت شکمی یا ترانس واژینال قابل اجرا می‌باشد. در سونوگرافی شکمی، جهت مشاهده‌ی بهتر، مئانه باید پر باشد (نوشیدن یک تا دو لیتر آب پیش از آزمایش). روش فوق، غیرتهاجمی و بدون درد بوده و انجام آن تقریباً ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامد.

کاربردهای عمده حین بارداری:

❖ اثبات بارداری

❖ تعیین سن حاملگی

1. Nonstress Test
3. Biophysical Profile

2. Contraction Stress Test
4. Vibroacoustic Stimulation Test

- ❖ تشخیص محل لانه‌گزینی (رحم یا خارج رحم)
 - ❖ تشخیص حیات یا مرگ جنین
 - ❖ تشخیص بارداری‌های چندقلویی (مانند دوقلویی)
 - ❖ رد ناهنجاری‌های جنینی
 - ❖ ارزیابی خونریزی واژینال و محل جفت
 - ❖ تعیین حجم مایع آمنیوتیک
 - ❖ مشاهده‌ی حرکات جنین (ضربان قلب، تنفس، فعالیت و حرکات بدن جنین)
 - ❖ مورد استفاده به‌عنوان راهنما در روش‌هایی مانند آمنیوستز و نمونه‌گیری از پرزهای کوریون
 - ❖ جهت ارزیابی جریان خون مادری - جفتی به‌کار می‌رود. ممکن است رشد محدود داخل رحمی را آشکار سازد.
- ❖ **اولتراسوند داپلر جریان خون:** روش غیرتهاجمی بررسی جریان خون در گردش میان مادر و جنین، از یک وسیله‌ی سونوگرافی دستی استفاده می‌شود.
- کاربردهای عمده حین بارداری:**
- ❖ مورد استفاده جهت ارزیابی جریان خون مادری - جنینی، ممکن است به تشخیص محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR) کمک کند.
- ❖ **نمونه‌گیری از پرزهای کوریون:** روش جایگزین آمنیوستز در سه‌ماهه‌ی اول بارداری جهت تشخیص پره‌ناتال در برخی شرایط، مقدار اندکی از جفت تکامل‌یافته (پرزهای کوریون) تحت هدایت سونوگرافی درون سرنگ آسپیره و جهت بررسی ارسال می‌شود. در هفته‌های ۱۰-۱۲ حاملگی انجام می‌شود.
- کاربردهای عمده حین بارداری:**
- ❖ انجام این روش تنها به زنانی که در خطر تولد کودک مبتلا به اختلالات کروموزومی می‌باشند، توصیه می‌شود (قادر به تشخیص اسپاینایفیدا یا آنانسفالی نیست).
 - ❖ نتایج مطالعه‌ی کروموزومی، ۲۴ ساعت بعد در دسترس خواهد بود.
 - ❖ خطر سقط بیشتر از آمنیوستز است.
 - ❖ با احتمال ایجاد نقص عضو در جنین همراه است.
 - ❖ گلوبولین ضد Rh (RhoGAM) به مادران Rh منفی داده می‌شود.
- ❖ **آمنیوستز:** جهت اخذ مایع آمنیوتیک حاوی سلول‌های جنین انجام می‌شود. یک سرنگ باریک تحت مشاهده‌ی مستقیم از طریق سونوگرافی، از میان شکم و دیواره‌ی رحم عبور داده شده و

مایع آمنیوتیک به درون آن کشیده می‌شود (با سلول‌های دفع‌شده). اخذ مایع کافی جهت انجام تست ضروری است (طی هفته‌های ۱۵-۷ بارداری و ۱۴-۱۲ بارداری، جهت تشخیص برخی اختلالات انجام می‌شود).

کاربردهای عمده حین بارداری:

- ❖ تست مفید می‌تواند در هفته‌های اولیه‌ی بارداری انجام شود.
- ❖ مورد استفاده جهت ارزیابی اختلالات ژنتیکی (مانند ناهنجاری تی ساکس)
- ❖ تست جهت تعیین سطح آلفا - فتوپروتئین (AFP) انجام می‌شود. AFP هم‌چنین در جریان خون مادری نیز وجود دارد.
- ❖ سطوح AFP در برخی اختلالات طناب عصبی مانند اسپاینایفیدا (نخاع باز) یا آنانسفالی (تکامل ناکامل مغز و جمجمه) افزایش می‌یابد.
- ❖ سطوح پایین AFP با اختلالات کروموزومی یا بیماری تروفوبلاستیک حاملگی مرتبط است.
- ❖ اواخر بارداری: ارزیابی شدت نارسایی جریان خون مادری - جنینی و میزان بلوغ ریه‌ی جنین. ایمونوگلوبولین ضد Rh به مادران Rh منفی تزریق می‌شود.
- ❖ خطر سقط در اواخر بارداری حداقل، اما در اوایل بارداری بالاتر است.
- ❖ مسائل ایمنی: خطر عفونت، ازدست‌رفتن حاملگی (به میزان اندک) و آسیب‌های ناشی از برخورد سوزن به جنین یا بافت.

❖ **تست ارزیابی میزان بلوغ ریه‌ی جنین:** مایع آمنیوتیک به‌منظور ارزیابی بلوغ کافی جنین جهت زندگی خارج رحمی از طریق آمنیوسنتز اخذ می‌شود.

- ❖ نسبت لسیتین به اسفنگومیلین (L/S) نشان‌دهنده بلوغ جنین می‌باشد (این نسبت در مادران دیابتی ۱:۳ در نظر گرفته می‌شود).
- ❖ وجود فسفات دی گلیسرول (PG)

❖ شاخص پایداری (FSI یا تست Shake): در صورتی که ۱۵ دقیقه پس از انجام تست، حباب‌های هوا دیده شوند، نتیجه مثبت بوده، سورفاکتانت موجود و ریه‌های جنین از بلوغ کافی برخوردارند.

کاربردهای عمده حین بارداری:

- ❖ جهت تعیین میزان دیسترس تنفسی احتمالی جنین برای سازگاری با زندگی خارج رحمی استفاده می‌شود.

❖ در برخی موارد پیش از زایمان سزارین جهت تعیین بلوغ کافی ریه‌های جنین به‌کار می‌رود.

❖ در صورت پارگی کیسه‌ی آمنیوتیک و سن بارداری کم‌تر از ۳۷ هفتگی (با عدم اطلاع دقیق از سن بارداری)، با این روش نیاز به خروج سریع جنین یا لزوم تأمل تا دستیابی به رسیدگی کافی ریه‌ها ارزیابی می‌شود.

❖ فقدان PG با دیسترس تنفسی مرتبط است.

❖ وجود خون یا مکونیوم در مایع آمنیوتیک دقت نتایج را کاهش می‌دهد.

❖ **اخذ نمونه‌ی خون بندناف از طریق پوست:** اخذ نمونه خون جنین از عروق جفتی یا طناب نافی با هدایت اولتراسوند.

کاربردهای عمده حین بارداری:

❖ ارزیابی کم‌خونی احتمالی جنین و نیاز به ترانسفوزیون خون

❖ تشخیص ناهنجاری‌های خونی و کروموزومی

❖ **تست بدون استرس (NST):** روشی جهت ارزیابی سلامت جنین. طی این روش، میزان افزایش تعداد ضربانات قلب جنین حین فعالیت وی از طریق یک مانیتورینگ الکترونیکی کنترل می‌شود. مادر در وضعیت نیمه‌نشسته، خوابیده به پهلو یا چپ قرار گرفته و به مانیتور الکترونیکی متصل می‌شود. ابتدا ژل بر روی شکم مالیده شده و دو کمربند به دور شکم مادر قرار داده می‌شود: یک کمربند جهت اتصال به ابزار سنجش FHR جنین و دیگری به منظور سنجش حرکات جنین. سپس از مادر خواسته می‌شود حس حرکات جنین را با فشاردادن شاسی گزارش کند، در حالی که FHR بر روی نوار ثبت می‌شود. این آزمایش ۴۰ دقیقه به طول انجامیده، یا تا ظهور شاخص‌های فعالیت محدود ادامه می‌یابد، چرا که تقریباً در تمامی موارد ضربانات قلب جنین با حرکت وی افزایش می‌یابد. در صورت وجود تست فعال، نیازی به گزارش حرکات نیست.

کاربردهای عمده حین بارداری:

❖ افزایش مناسب تعداد ضربانات، بیانگر عملکرد مناسب جفت و اکسیژن‌رسانی کافی به

جنین حین فعالیت‌های خودبخودی می‌باشد. هیپوکسی، اسیدوز، خواب جنین و داروها

می‌توانند موجب ابهام در نتایج شوند. در صورتی که نتایج NST گویای افزایش ناکافی

ضربانات قلب جنین باشد، لازم است ارزیابی‌های بیشتری انجام شود.

❖ یک تست فعال NST نشان‌دهنده‌ی افزایش مناسب ضربان قلب جنین هنگام فعالیت وی می‌باشد.

❖ **تست استرس انقباضات (CST):** ارزیابی پاسخ FHR به انقباضات خفیف رحمی از طریق مانیتور الکترونیکی جنین. انقباضات از طریق تزریق داخل وریدی اکسی‌توسین (پیتوسین) یا تحریک نوک پستان (تحریک ترشح اکسی‌توسین از هیپوفیز خلفی) القا می‌شود. جهت تفسیر تست، حداقل باید سه انقباض با طول ۴۰ ثانیه در طول مدت ده دقیقه انجام تست ایجاد شود. **کاربردهای عمده حین بارداری:**

❖ هدف از انجام آن، مشابه NST می‌باشد. یک تست منفی CST نشان می‌دهد: در طول مدت ۱۰ دقیقه و وقوع این سه انقباض، هیچ‌گونه افت ضربان تأخیری در FHR وجود ندارد، افزایش‌های متغیری که در CST رخ می‌دهد، ممکن است بیانگر کمپرس بندناف باشد.

❖ **تحریک پستان:** در صورت وقوع انقباضات ناکافی، انجام می‌شود. زن نوک پستان خود را به مدت ۲ تا ۳ دقیقه می‌چرخاند، این عمل هنگام شروع انقباض متوقف می‌شود، پس از دوره ۵ دقیقه‌ای استراحت، دوباره این عمل تکرار می‌شود. جهت اجتناب از تحریک بیش از حد (انقباضات رحمی با طول بیش از ۹۰ ثانیه یا بیشتر، یا تکرار هر دو دقیقه) تحریک دوطرفه نباید انجام شود، مگر آن‌که تحریک یک پستان با شکست مواجه شود. **کاربردهای عمده حین بارداری:**

❖ این روش طی بررسی افزایش ضربانات قلب جنین جهت تحریک انقباضات به‌کار می‌رود. جهت جلوگیری از تحریک بیش از حد رحم، بهتر است از تحریک متناوب پستان استفاده نمود.

❖ **بیوفیزیکال پروفیل:** روش مورد استفاده جهت ارزیابی شرایط جنین با استفاده از پنج شاخص شامل: حرکات تنفسی جنین، حرکات خشن جنین (حرکات بدن)، تغییرپذیری و فعالیت مجدد FHR (NST) و حجم مایع آمنیوتیک (شاخص مایع آمنیوتیک [AFI])، برخی از مراکز از انجام NST چشم‌پوشی کرده و دیگر مراکز تنها NST یا سونوگرافی و AFI را مدنظر قرار می‌دهند. **کاربردهای عمده حین بارداری:**

❖ مورد استفاده پس از هفته‌ی ۲۶ بارداری جهت ارزیابی اکسیژن‌رسانی به جنین. با افزایش هیپوکسی، ابتدا تغییرات FHR رخ می‌دهد، سپس حرکات تنفسی کاهش یافته (کمتر از یک تنفس در ۳۰ دقیقه) و حرکات خشن (کمتر از سه حرکت در ۲۰ دقیقه) کاهش یافته و در نهایت تون عضلانی (ناتوانی در باز و بسته‌کردن دست) از دست می‌رود.

❖ نتایج به سرعت در دسترس قرار گرفته و از تأخیر در القاء جنین در معرض خطر جلوگیری می‌شود.

❖ **تست تحریکی ویبرواکوستیک (لرزش و صدا):** تحریک جنین با وسیله مصنوعی (لارنکس، جایگزین NST می‌باشد، لارنکس مصنوعی بر روی شکم مادر بالای سر جنین جایگزین می‌گردد، سپس تحریکات با فواصل ۲-۳ ثانیه ارسال می‌شود.
کاربردهای عمده حین بارداری:

❖ در صورتی که جنین حین NST قبلی خواب (یا غیرفعال) باشد، جهت روشن‌سازی وضعیت از این تست استفاده می‌شود. این روش از انجام مکرر تست NST بدون پاسخ و هم‌چنین هزینه و زمان ناشی از آن می‌کاهد، افزایش ضربانات قلب جنین در پاسخ به تحریکات، گویای سلامت جنین می‌باشد.

❖ **ارزیابی حرکات جنین توسط مادر (شمارش لگدها):** روشی ساده اما ارزشمند جهت کنترل نوزاد می‌باشد، انجام آن باید پس از هفته ۲۸ بارداری مورد تشویق قرار گیرد، مادر به پهلو خوابیده و زمانی را جهت شمارش «لگدهای جنین» در نظر می‌گیرد. مادر باید تعداد حرکات جنین را در فواصل ۶۰-۳۰ دقیقه، ۲-۳ بار در طول روز بشمارد. از دیگر پروتکل‌ها نیز ممکن است استفاده شود.
کاربردهای عمده حین بارداری:

❖ تشخیص وجود حرکات جنین، علامتی اطمینان‌بخش از سلامت جنین می‌باشد. حرکات جنین در حین خواب کاهش می‌یابد. قطع حرکات، با هیپوکسی و مرگ جنین ارتباط دارد.

❖ در سه ماهه سوم، حرکات جنین دو بار در روز و هر بار به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه باید ثبت شود. اگر حرکات طی دو روز متوالی به کمتر از سه حرکت تنزل یابد یا طی یک دوره ۱۲ ساعته کمتر از ده حرکت احساس شود. فرد باید مسئله را هرچه سریع‌تر به فرد مراقب سلامتی گزارش کند.

❖ **عوامل پرخطر پره‌ناتال که نیاز به انجام آزمایش در این دوره را نشان می‌دهند.**

❖ شرایط مادری مانند دیابت ملیتوس یا هایپر تانسیون که خطر نارسایی جریان جفتی - رحمی را افزایش می‌دهد.

❖ تاریخچه‌ای از مرده‌زایی قبلی

❖ سن مادر کم‌تر از ۱۶ سال و بالای ۳۵ سال

- ❖ بارداری چندقلویی
- ❖ بارداری پس از موعد
- ❖ کاهش حرکات جنین
- ❖ اولیگوهایدرآمنیوس
- ❖ رشد محدود داخل رحمی (IUGR)
- ❖ ناهنجاری‌های مادرزادی

مداخلات پرستاری شمارش دستی ضربان قلب جنین

- ❖ **محل:** محلی را که در آن صدای قلب با وضوح بیشتری شنیده می‌شود، شناسایی کنید.
- ❖ **فتوسکوپ:** بخش سر دستگاه را روی سر و گوشی‌ها را درون گوش خود قرار دهید. گوشی را از سمت بل تقریباً در محلی که پشت جنین قرار گرفته، فشار دهید. در صورت سمع صدای قلب، تعداد ضربانات را به مدت یک دقیقه بشمارید. در صورت عدم افتراق میان صدای قلب جنین و مادر، به‌طور هم‌زمان نبض مادر را کنترل کنید.
- ❖ **ترانس دیوسر داپلر:** گوشی دستگاه را در گوش خود قرار داده یا ترانس دیوسر را به یک بلندگو متصل کنید. سویچ دستگاه را بر روی on قرار داده و سر ترانس دیوسر را در محلی که تقریباً پشت جنین قرار دارد، بگذارید. تعداد ضربانات قلب را مطابق آنچه گفته شد، بشمارید.
- ❖ **نقش پرستار:** کنترل بیماران در لیبر شامل ثبت دقیق چارت بیمار و نوار مانیتورینگ است.

مداخلات پرستاری جهت FHR نامطمئن

- ❖ مطلع‌سازی پزشک یا پرستار- ماما از وجود تغییرات قابل توجه در FHR (تاکی‌کاردی، فقدان تغییرپذیری پایه یا افت ضربان قلب)
- ❖ تغییر وضعیت مادر از حالت خوابیده به پشت (اصلاح هیپوتانسیون از طریق خواباندن مادر به پهلو)
- ❖ تجویز اکسیژن به میزان ۸-۱۰ lit/min از طریق ماسک (افزایش اشباع اکسیژن، دستیابی بیشتر جنین به اکسیژن)
- ❖ قطع تزریق اکسی‌توسین در صورت تجویز حفظ خط وریدی باز
- ❖ کنترل دقیق فعالیت رحم
- ❖ افزایش سرعت تجویز مایعات وریدی جهت افزایش حجم خون مادر
- ❖ کنترل علائم حیاتی جهت تشخیص تب، کاهش یا افزایش فشار خون
- ❖ کنترل پرینه از نظر وجود برآمدگی، بیرون‌زدگی یا پرولاپس بندناف
- ❖ در صورت وجود الگوهای بسیار نامناسب، فراهم‌سازی امکان مانیتورینگ داخلی یا زایمان از طریق سزارین، مگر آن‌که زایمان واژینال قریب‌الوقوع باشد.

مانیتورینگ خارجی

مزایا:

- ❖ از آن جایی که روش فوق غیرتهاجمی است، شانس عفونت را کاهش می‌دهد.
- ❖ این روش در هر زمان قابل انجام است (پیش از پارگی غشاها و دیلاتاسیون سرویکس)
- ❖ ترانس دیوسر توسط پرستار می‌تواند جایگزین شود.
- ❖ ردیابی، امکان گزارش ماندگار را فراهم می‌آورد.

معایب:

- ❖ قدرت انقباضات رحمی غیرقابل اندازه‌گیری است.
- ❖ ممکن است تماس مادر با فرد مراقب را کاهش دهد.
- ❖ محل ترانس دیوسر با هر حرکت مادر باید دوباره اصلاح شود.
- ❖ چاقی و قرار جنین بر کیفیت گزارش تأثیر می‌گذارد.

انواع مانیتورینگ‌های الکترونیکی جنین

❖ **مانیتورینگ خارجی:** مانیتورینگ خارجی جنین از طریق اتصال یک ترانس دیوسر اولتراسوند و

یک توکودینامومتر بر شکم مادر انجام می‌شود.

❖ **مانیتورینگ داخلی جنین:** دقت، مهم‌ترین مزیت مانیتورینگ داخلی است. هرچند که جهت

به‌کارگیری آن باید کیسه‌ی آمنیوتیک پاره و سرویکس حداقل به میزان ۲cm دیلاته باشد. بخش نمای جنین باید مشخص شده و تا نزدیک سرویکس نزول یابد.

جدول ۶-۱ ■ اصطلاحات مورد استفاده در EFM و مداخلات پرستاری

اصطلاح	شرح	مشخصات
FHR پایه برادی‌کاردی	FHR مابین انقباضات آهستگی غیرطبیعی تعداد ضربانات قلب	ریت طبیعی ۱۱۰-۱۶۰ ضربه در دقیقه $FHR > 120$ ضربه در دقیقه به مدت ۱۰ دقیقه یا بیشتر
تاکی‌کاردی	افزایش غیرطبیعی FHR	$FHR < 160$ ضربه در دقیقه به مدت ۱۰ دقیقه یا بیشتر
الگوی دوره‌ای FHR افت زودرس ضربانات	تغییر در FHR مرتبط با فعالیت رحمی آهستگی FHR در هنگام شروع انقباض	انعکاس انقباض، FHR در پایان انقباض به حد پایه بازمی‌گردد. FHR معمولاً در محدوده ۱۱۰-۱۶۰ ضربه در دقیقه باقی می‌ماند.
افت دیررس ضربانات	آهستگی FHR پس از آغاز انقباض (وقتی که جریان خون، حداقل است).	FHR تا پایان کامل انقباض رحمی به حد طبیعی خود بازمی‌گردد.

ارتباط FHR با انقباضات رحمی هنگام لیبر

تغییرات ضربان قلب جنین که در ارتباط با انقباضات رحمی می‌باشد، تحت عنوان تغییرات دوره‌ای FHR نامیده می‌شوند. این وضعیت شامل افزایش ضربانات، کاهش ضربانات (زودرس، تأخیری) و افت متغیر ضربانات است.

افزایش ضربان قلب جنین

❖ Acceleration به افزایش مختصر و گذرا در FHR، حداقل به میزان ۱۵ ضربه در دقیقه بالاتر از میزان پایه اطلاق می‌شود.

افت ضربان قلب جنین

❖ Deceleration یا کاهش گذرای FHR از حد پایه برحسب الگو (زودرس، تأخیری و متغیر) و زمان وقوع نسبت به انقباض رحمی طبقه‌بندی می‌شود.

❖ افت زودرس ضربان به‌طور خاص با انقباض شروع و پایان می‌پذیرد، ضربان قلب دارای دامنه‌ای طبیعی بیش از ۱۱۰ ضربه در دقیقه بوده و الگوی V شکل ایجاد می‌کند.

❖ افت دیررس ضربان اغلب نزدیک به پیک انقباض رخ داده و پس از اتمام آن پایان می‌پذیرد.

پالس اکسی‌متری جنین^۱

❖ پالس اکسی‌متری جنین در سال ۲۰۰۰ توسط FDA پذیرفته شد. در این روش کاتتر وارد سرویکس شده و جهت سنجش درصد اشباع اکسیژنی به گونه‌ی جنین متصل می‌شود.

❖ میزان اشباع اکسیژن در جنین ترم طبیعی، هنگام لیبر معادل ۷۰-۶۰ درصد می‌باشد. مقادیر کم‌تر از ۳۰٪ احتمالاً بیانگر اسیدوز متابولیک بوده و نیاز به زایمان سریع جنین را مطرح می‌کند.

آمنیوفیوژن

❖ آمنیوفیوژن^۲ به تزریق نرمال‌سالین گرم یا محلول رینگرلاکتات درون حفره‌ی رحمی، بعد از پارگی غشاهای کیسه‌ی آمنیوتیک اطلاق می‌شود.

❖ هدف از آمنیوفیوژن، کاهش فشردگی طناب نافی، افزایش حجم مایع هنگام وجود اولیگوهایدروآمنیوس، رقیق‌سازی مکنونیوم موجود در حفره‌ی رحم و کاهش خطر آسپیراسیون می‌باشد.

1. Fetal pulse oximetry
2. Amniofusion

❖ تزریق هر ۳۰ دقیقه متوقف شده و تون استراحت رحمی مابین انقباضات گزارش می‌شود.

مفاهیم کلیدی

- ❖ سونوگرافی روشی ایمن، بدون درد و غیرتهاجمی جهت ارزیابی جنین و شرایط جفت می‌باشد. از این روش اغلب جهت تأیید بارداری، ارزیابی رشد جنین، تعیین محل جفت و قرار جنین، چرخش خارجی جنین و شناسایی ناهنجاری‌های جفت استفاده می‌شود.
- ❖ اولتراسوند داپلر جریان خون عبارت است از ارزیابی غیرتهاجمی تغییرات جریان خون. با این روش هرگونه تغییر در گردش خون جنینی - جفتی شناسایی می‌شود.
- ❖ اخذ نمونه از پرزهای کوریون، روش جایگزین آمنیوستز طی سه ماهه‌ی اول بارداری است. از این روش جهت تشخیص برخی از اختلالات ژنتیکی در دوران پره‌ناتال استفاده می‌شود.
- ❖ آمنیوستز جهت دستیابی به سلول‌های موجود در مایع آمنیوتیک، تحت هدایت سونوگرافی انجام می‌پذیرد. طی آن سوزن نمونه‌گیری با عبور از شکم و دیواره‌ی رحم به درون کیسه‌ی آمنیوتیک وارد می‌شود. جهت انجام ارزیابی باید حجم کافی از مایع آمنیوتیک اخذ شود. از این روش جهت ارزیابی اختلالاتی نظیر مسائل ژنتیکی، سطوح آلفا فتوپروتئین و ناسازگاری خونی مادر و جنین استفاده می‌شود.
- ❖ هنگام بیوفیزیکال پروفیل (BPP) وضعیت جنین از طریق مشاهده‌ی پنج متغیر کنترل می‌شود: حرکات تنفسی جنین، حرکات خشن جنین، ضربان قلب جنین (FHR) از نظر تغییرپذیری و فعالیت مجدد، تون عضلانی جنین و شاخص حجم مایع آمنیوتیک (AFI).
- ❖ از تست بدون استرس (NST) جهت ارزیابی سلامت جنین استفاده می‌شود. در این آزمایش میزان افزایش ضربان قلب جنین هنگام فعالیت وی کنترل می‌شود. در تست استرسی انقباضات، پاسخ ضربان قلب جنین به انقباضات رحمی ارزیابی می‌شود.
- ❖ با مانیتورینگ الکترونیکی مداوم جنین (EFM) حین لیبر می‌توان تغییرات الگوی ضربانات قلب جنین را که بیانگر اکسیژن‌رسانی ناکافی می‌باشد، شناسایی نمود. انجام این روش از طریق خارجی (غیرتهاجمی) یا داخلی (تهاجمی) امکان‌پذیر می‌باشد.
- ❖ از آمینوفیوژن یا تزریق نرمال‌سالین گرم یا سرم رینگرلاکتات به درون حفره‌ی رحم جهت کاهش فشاردگی طناب نافی و خطر آسپیراسیون مکنونیوم استفاده می‌شود.

✦ وجود الگوی نامطمئن در الگوی ضربان قلب جنین، امکان دیسترس جنینی را مطرح نموده و به مداخله‌ی پرستاری فوری نیازمند است.

✦ مداخلات رایج در صورت وجود الگوهای نامطمئن در ضربان قلب جنین، شامل خواباندن مادر به پهلو در بستر، تجویز اکسیژن از طریق ماسک، مانیتور وضعیت هیدراتاسیون مادر و کنترل پیشرفت لیبر می‌باشد.

✦ مانیتور درصد اشباع اکسیژن جنینی و دارودرمانی جنین ترم دارای الگوی ضربان قلب نامطمئن، از سوی سازمان دارو و غذا پذیرفته شده است.



فرایند زایمان طبیعی

فصل

۷

✳ فرایند لیبر و زایمان دارای توالی قابل پیش‌بینی از وقایعی است که به طور معمول در یک مادر و نوزاد سالم رخ می‌دهد.

✳ فرایندی که در طی آن جنین، جفت و پرده‌های آمنیوتیک از رحم خارج می‌شود، زایمان نام دارد.

✳ تغییر در سطح هورمون‌های مادر، کشیدگی رحم ناشی از رشد جنین و تعامل بین جفت، غده‌ی هیپوفیز، هیپوتالاموس و غده‌ی آدرنال جنین، همگی در شروع زایمان نقش دارند.

وقایع قبل از آغاز زایمان

دهانه‌ی رحم

نزول جنین^۱ فرایندی است که با شروع نزول جنین به سمت لگن مادر و پایین‌آمدن وی به سمت دهانه‌ی خارجی لگن رخ می‌دهد. تغییرات فیزیکی که برای مادر پس از نزول ایجاد می‌شود، شامل: (۱) تنفس آسان‌تر؛ (۲) تکرر ادرار؛ (۳) کرامپ عضلات پا و (۴) ادم اندام‌های تحتانی.

ترشحات واژینال (شوی خونی)

تغییرات سرویکس موجب افزایش فشار به دهانه‌ی رحم و کنده شدن پلاک مخاطی می‌شود. خونریزی به دلیل پارگی عروق سطحی اتفاق می‌افتد؛ شوی خونی به صورت ترشحات مخاطی صورتی رنگ است و با خونریزی ناشی از بریدن انگشت، متفاوت می‌باشد.

افزایش انرژی

بعضی از مادران یک تا دو روز قبل از زایمان به‌طور ناگهانی انرژی زیادی را احساس می‌کنند. دلیل این افزایش انرژی ناشناخته است. مادران باید دقت کنند که نباید تمام انرژی خود را در این دوره صرف کنند، بلکه

باید آن را ذخیره کنند تا در هنگام زایمان دچار خستگی نشوند.

زایمان کاذب

چنانچه دهانه‌ی رحم دیلاته نشود و انقباضات نامنظم باقی بماند، به آن **زایمان کاذب** یا پیش‌درآمد زایمان گفته می‌شود. تفاوت عمده بین زایمان حقیقی و کاذب، در تغییرات سرویکس نظیر دیلاتاسیون است.

پارگی خودبه‌خود غشاهای

پارگی خودبه‌خودی غشای آمنیوتیک^۱ (SROM) به طور معمول قبل از زایمان رخ می‌دهد. به طور معمول ۲۴ ساعت پس از این رخداد، زایمان انجام می‌شود. پاره‌کردن غشای آمنیوتیک موجب پرولاپس بندناف می‌شود (بندناف در هنگام خروج مایع آمنیوتیک به سمت پایین می‌آید). برای افتراق بین مایع آمنیوتیک از ادرار یا ترشحات واژینال از تست کاغذ نیتراژین برای آزمودن pH مایع استفاده می‌شود. مایع آمنیوتیک کمی قلیایی است (رنگ کاغذ آبی می‌شود)، در حالی‌که ادرار یک ماده‌ی اسیدی است.

جدول ۱-۷ ■ مقایسه بین زایمان حقیقی و کاذب		
ویژگی‌ها	زایمان حقیقی	زایمان کاذب
شوی زایمانی (ترشحات صورتی)	به‌طور معمول وجود دارد. با تغییرات دهانه‌ی رحم افزایش می‌یابد.	وجود ندارد.
انقباضات	منظم است و بر شدت و مدت آن افزوده می‌شود.	نامنظم است، تکرار و شدت آن تغییر نمی‌کند.
درد و ناراحتی	اغلب از ناحیه‌ی کمر آغاز شده و سپس به سمت شکم می‌رود.	اغلب درد شکم احساس می‌شود.
فعالیت	معمولاً انقباضات با راه‌رفتن شدیدتر می‌شود.	معمولاً انقباضات با راه رفتن، کاهش می‌یابد.
تغییرات دهانه‌ی رحم	دهانه‌ی رحم به‌طور پیش‌رونده‌ای نازک و باز می‌شود.	تغییری در دهانه‌ی رحم ایجاد نمی‌شود.

تغییرات دهانه‌ی رحم

✻ افاسمان به‌معنای کوتاه و نازک‌شدن دهانه‌ی رحم است. به‌طور معمول دهانه‌ی رحم یک تا دو سانتی‌متر طول دارد. در هنگام افاسمان تقریباً به‌طور کامل (۱۰۰ درصد) سرویکس ناپدید می‌شود.

❖ دیلاتاسیون دهانه‌ی رحم به معنای گشادشدن دهانه‌ی رحم (OS) از صفر تا ۱۰ سانتی‌متر است (دیلاتاسیون کامل). هر دو مورد افسمان و دیلاتاسیون با معاینه‌ی واژینال قابل ارزیابی است.

متغیرهای مهم در فرایند تولد

چهار عامل مهم در پیشبرد زایمان نقش دارند: (۱) لگن مادر (شکل و اندازه)؛ (۲) جنین (اندازه و وضعیت)؛ (۳) توانایی (کفایت انقباضات) و (۴) وضعیت روانی (آمادگی، تجارب قبلی). این چهار مورد به‌عنوان چهار P شناخته می‌شوند.

❖ **لگن:** تعیین اندازه‌های لگن و کفایت آن برای تولد کودک یکی از قسمت‌های مهم مراقبت در دوره‌ی پره‌ناتال است.

❖ **استخوان‌های مجموعه‌ی جنین:** استخوان‌های سر جنین هنگام عبور از کانال زایمان از ناحیه‌ی درزها روی یک‌دیگر سوار می‌شوند که به این مسئله مال‌دینگ می‌گویند و به ادم اطراف این ناحیه Couput succedaneum گویند.

❖ **حالت جنین (Attitude):** به معنای وضعیت اعضای بدن جنین نسبت به یک‌دیگر است.

❖ **قرار جنین (Lie):** به معنای ارتباط محور طولی جنین با محور طولی مادر است. ایده‌آل این است که محور طولی جنین و مادر با یک‌دیگر موازی باشند.

❖ **عضو نمایش (Presentation):** عضو نمایش با توجه به قسمتی از بدن جنین که در پایین‌ترین بخش لگن مادر قرار می‌گیرد، مشخص می‌شود. پرزانتاسیون ممکن است به‌صورت سفالیک، بریج یا شانه باشد.

❖ **وضعیت جنین (Position):** وضعیت جنین به‌طور ویژه نشان‌دهنده‌ی ارتباط بین جنین و لگن مادر است.

برای شرح وضعیت جنین از اختصارات زیر استفاده می‌شود:

❖ **L یا R:** طرف راست (R) یا چپ (L) لگن مادر. طرف راست یا چپ بدن مادر.

❖ **O، S یا M:** نقطه‌ی موردنظر (نشانه) از عضو نمایش جنین: پس‌سری (O)، خاجی (S) یا چانه / صورت (M).

❖ **A یا P:** محل قرارگیری نشانه‌ی عضو نمایش با توجه به لگن مادر، قدامی (A) (به‌طرف سمفیز پوبیس مادر)، خلفی (P) (به‌سمت ساکروم مادر) یا در راستای قطر عرضی لگن (بین سمفیز پوبیس و ساکروم).

❖ **ایستگاه (Station):** ایستگاه به معنای درجه‌ای برای تعیین نزول عضو نمایش جنین از برجستگی

ایسکیوم لگن مادر است. ایستگاه معمولاً به توصیف پیشرفت سر جنین به سمت پایین لگن مادر می‌پردازد و با واحد سانتی‌متر بالاتر یا پایین‌تر از برجستگی‌های ایسکیوم اندازه‌گیری می‌شود. به ایستگاه نمره‌ی منفی تعلق می‌گیرد. نمره دهانه‌ی ورودی لگن ۵- است. دهانه‌ی خروجی لگن نمره ۵+ دارد. در طی زایمان، عضو نمایش از ایستگاه منفی به سمت ایستگاه مثبت حرکت می‌کند.

قدرت انقباضات رحم

✦ در طی زایمان، انقباض از قله‌ی رحم (فوندوس) شروع شده و در عرض ۱۵ ثانیه به سراسر رحم منتشر می‌شود.

✦ ویژگی منحصربه‌فرد رحم شامل حفظ توانایی کوتاه ماندن عضله است که در طی انقباض ایجاد می‌شود. به این توانایی Brachystasis گفته می‌شود. پس از انقباض، فیبرهای عضلانی نمی‌توانند به اندازه‌ی اولیه‌ی خود بازگردند و کوتاه‌تر از زمان قبل از انقباض باقی می‌مانند. این تغییرات موجب ذخیره‌شدن انرژی مورد نیاز برای خروج جنین می‌شود.

✦ انقباضات زایمانی ویژگی‌های خاصی دارند:

❖ غیرارادی هستند.

❖ این انقباضات متناوب هستند، اما با الگو و تواتر منظم رخ می‌دهند.

❖ ویژگی موج‌مانندی دارند و در سه مرحله رخ می‌دهند: شروع درد (Increment)، حداکثر شدت درد (Acme) و کاهش درد (Decrement).

✦ در صورتی که انقباضات با فواصل نزدیک‌تر و دوره‌ی طولانی‌تر اتفاق بیفتند، کاهش جریان خون می‌تواند موجب اختلال در جنین شود.

✦ انقباضات، تحت تأثیر پوزیشن مادر نیز قرار دارند. هنگامی که مادر به پشت دراز کشیده است، انقباضات با تکرار بیشتر ولی با شدت کمتر رخ می‌دهد. هنگامی که مادر به پهلو دراز کشیده است، انقباضات با تکرار کمتر ولی با شدت بیشتر رخ می‌دهد، بنابراین درازکشیدن به پهلو می‌تواند موجب پیشرفت بهتر زایمان و بهبود اکسیژن‌رسانی به جنین شود.

✦ بسیار اهمیت دارد که پرستار یا دیگر افراد به مادر نحوه‌ی انجام حبس تنفس و وارد کردن فشار به سمت پایین را در هنگام انقباضات آموزش دهند.

بررسی انقباضات رحمی

✦ انقباضات رحمی، مهم‌ترین منبع قدرتی است که: (۱) موجب دیلاتاسیون و افسامان دهانه‌ی رحم

می‌شوند؛ (۲) موجب چرخش و انگاژمان جنین می‌شوند؛ (۳) موجب خروج و تولد جنین می‌شوند و (۴) موجب جداشدن و خروج جفت می‌شوند.

✦ **تکرار انقباضات** با اندازه‌گیری فاصله‌ی زمانی بین شروع یک انقباض تا شروع انقباض بعدی قابل بررسی است.

✦ **مدت انقباض** به معنای فاصله‌ی زمانی بین شروع انقباض و پایان آن است.

✦ **شدت انقباض** به معنای قدرت آن انقباض است. با لمس فوندوس رحم و ارزیابی سفتی رحم در طی انقباض می‌توان شدت آن را تخمین زد.

✦ **هنگامی** که رحم در طی انقباض، سفتی کمی داشته و با لمس سر انگشت‌ها، قوامی شبیه نوک بینی داشته باشد، انقباض خفیف است. در انقباض متوسط، فوندوس رحم سخت‌تر می‌شود، اما لمس آن امکان‌پذیر است و قوامی شبیه به چانه دارد. در انقباض شدید، فوندوس رحم بسیار سفت است و لمس آن مشکل است و قوامی شبیه به پیشانی دارد.

وضعیت روانی

فرهنگ، باورها، تجارب پیشین، تفاوت در زبان و دردسترس بودن منابع حمایتی از عوامل تأثیرگذار بر توانایی مادر برای سازگاری با تجارب لیبر و تولد کودک است.

مکانیسم زایمان

✦ حرکات سازگارانه سر و شانه‌ی جنین شامل: (۱) انگاژمان و نزول جنین؛ (۲) فلکسیون؛ (۳) چرخش داخلی؛ (۴) اکستانسیون؛ (۵) چرخش خارجی و (۶) خروج جنین.

❖ **نزول**. با عبور قطر بای‌پرییتال سر از دهانه‌ی داخلی لگن، سر آنگاژمان می‌کند.

❖ **فلکسیون**. سر به گونه‌ای چرخش می‌کند که چانه روی سینه قرار می‌گیرد. فلکسیون موجب می‌شود که کوچک‌ترین قطر سر جنین وارد کانال زایمان شود.

❖ **چرخش داخلی**. در چرخش داخلی سر جنین از وضعیت عرضی به وضعیت قدامی تغییر می‌یابد و در راستای قطر قدامی - خلفی لگن مادر قرار می‌گیرد.

❖ **اکستانسیون**. هنگامی رخ می‌دهد که سر جنین به کف لگن و نقطه‌ی مرکزی زیر سمفیز پوبیس می‌رسد و به سمت بالا حرکت می‌کند.

❖ **چرخش خارجی**. پس از خروج، بلافاصله سر چرخش نموده و به حالت عرضی درمی‌آید و در راستای شانه قرار می‌گیرد و شانه نیز در راستای قطر قدامی - خلفی تنگه خروجی لگن قرار می‌گیرد.

- ❖ **خروج**. معمولاً به دنبال این وقایع اتفاق می‌افتد. ابتدا شانه‌ی قدامی به سمت زیر سمفیزپوبیس چرخش یافته و خارج می‌شود، به دنبال آن شانه‌ی خلفی نیز خارج خواهد شد.
- ❖ **خروج جفت**. علایم جدا شدن جفت: (۱) طولانی شدن طناب نافی؛ (۲) تغییر در شکل رحم و (۳) جریان یافتن خون یا فوران خون از واژن است. اگر ابتدا طرف مادری جفت پدیدار شود، به آن مکانیسم **Duncan** و در صورتی که ابتدا طرف جنینی جفت پدیدار شود، به آن مکانیسم **Schultze** گفته می‌شود.

چهار مرحله زایمان

❖ **مرحله‌ی اول** زایمان با شروع انقباضات منظم رحمی شروع شده و با دیلاتاسیون و افسمان کامل دهانه‌ی رحم پایان می‌یابد.

❖ **مرحله‌ی اول** زایمان به دو بخش فعال و غیرفعال و مرحله‌ی عبور تقسیم‌بندی می‌شود.

❖ **مرحله‌ی غیرفعال**. با شروع انقباضات منظم رحمی آغاز شده و تا دیلاتاسیون چهار سانتی‌متر سرویکس ادامه می‌یابد. در این مرحله مادر می‌تواند با دردهای زایمانی سازگاری داشته باشد. مادر در این مرحله پرحرف است. لبخند می‌زند و درمی‌یابد که سرانجام زایمان آغاز شده است.

❖ **مرحله‌ی فعال**. در مرحله‌ی فعال میزان ناراحتی و درد زایمان مادر تغییر می‌کند. دیلاتاسیون کامل شده و از ۴ تا ۷ سانتی‌متر می‌رسد. فرایند نزول جنین آغاز می‌شود. در این مرحله با آموزش روش‌های تنفس و آرام‌سازی می‌توان به مادر کمک کرد. با افزایش انقباضات، اضطراب و ناراحتی مادر نیز افزایش می‌یابد و اکنون تردید دارد که بتواند با درد زایمان سازگاری یابد.

❖ **مرحله‌ی عبور**. مرحله‌ی عبور آخرین بخش از اولین مرحله‌ی زایمان است. دیلاتاسیون سرویکس با شدت کمتری پیشرفت می‌کند و در نهایت به ۸ تا ۱۰ سانتی‌متر می‌رسد. انقباضات بیشتر تکرار شده، هم‌چنین طولانی‌تر (۶۰ تا ۹۰ ثانیه) و قوی‌تر می‌شود. مادر معمولاً بی‌قرار شده، به‌طور مدام تغییر پوزیشن می‌دهد و احساس می‌کند که رها شده است. ممکن است مادر در هنگام انقباضات تحریک‌پذیر شود و تمایل به لمس شدن نداشته باشد.

❖ با دیلاتاسیون و افسمان کامل سرویکس، اولین مرحله از زایمان به‌پایان می‌رسد.

❖ **مرحله‌ی دوم**: مرحله‌ی دوم زایمان (مرحله‌ی خروج)، با دیلاتاسیون کامل (۱۰ سانتی‌متر) آغاز شده و با خروج جنین پایان می‌یابد. در این زمان مادر احساس دفع دارد. ممکن است به‌طور داوطلبانه در هنگام انقباضات، از فشارهای شکمی برای کمک به نزول جنین استفاده کند. حبس

تنفس همانند مانور والسالوا موجب بسته شدن دریچه‌ی گلوت و در نتیجه افزایش فشار داخل قفسه سینه و قلب و عروق می‌شود. این فرایند موجب کاهش پرفیوژن و اکسیژن‌رسانی به جفت می‌شود.

❖ دومین مرحله معمولاً از چند دقیقه تا دو ساعت طول می‌کشد. نزول سر جنین باعث برجسته شدن پرینه می‌شود. «نمای تاج» زمانی پدیدار می‌شود که سر جنین از دهانه واژن دیده می‌شود.

❖ انقباضات در این مرحله بسیار قوی است و هر دو تا سه دقیقه یکبار تکرار می‌شود و حداقل ۶۰ تا ۹۰ ثانیه طول می‌کشد. خونریزی در این مرحله مشهود است.

✪ **مرحله‌ی سوم:** مرحله‌ی سوم زایمان به‌عنوان مرحله‌ی جداشدن جفت شناخته می‌شود. این مرحله با خروج جنین آغاز شده و با خروج جفت پایان می‌یابد و این مرحله ۳۰ دقیقه یا به‌طور متوسط ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد.

✪ **مرحله‌ی چهارم:** مرحله‌ی چهارم زایمان (مرحله بهبود) از خروج جفت آغاز شده و ۱ تا ۴ ساعت پس از زایمان یا ثابت شدن ویژگی‌های واژن ادامه می‌یابد.

تغییرات فیزیولوژیک در زایمان

زایمان روی تمامی سیستم‌های بدن تأثیر می‌گذارد. تغییرات عمده‌ای که در سیستم‌ها به‌دلیل فرایند زایمان اتفاق می‌افتد، در جدول ۲-۷ آمده است.

جدول ۲-۷ ■ تغییرات فیزیولوژیک زایمان و مداخلات پرستاری		
سیستم	فیزیولوژی	نشانه‌های بالینی
قلب و عروق	انقباض رحم موجب سرازیر شدن ۴۰۰CC خون در سیستم قلب و عروق شده، بنابراین برون‌ده قلبی را افزایش می‌دهد. حبس کردن تنفس و ایجاد فشار موجب افزایش فشار داخل قفسه‌ی سینه و کاهش بازگشت وریدی و موجب هیپوکسی جنین می‌شود.	فشار خون، ۱۰mmHg افزایش می‌یابد، نبض آهسته می‌شود.
تنفس	افزایش شمارش گلبول‌های سفید خون تا 25000 mm^3 استفاده از روش‌های تنفسی مناسب موجب پیشگیری از آکالوز تنفسی می‌شود.	لرزش دست و پا، گیجی یا آشفتگی نشان‌دهنده هیپرونتیلیاسیون است که موجب آکالوز تنفسی می‌شود.
کلیوی	تخریب عضلانی ناشی از فرایند زایمان موجب پروتئینوری می‌شود. احتباس ادرار، ممکن است به دلیل بزرگی رحم یا نزول سر جنین ایجاد شود.	

جدول ۲-۷ ■ تغییرات فیزیولوژیک زایمان و مداخلات پرستاری (ادامه)

سیستم	فیزیولوژی	نشانه‌های بالینی
عضلانی - اسکلتی سیستم عصبی	فعالیت عضلانی در طی زایمان افزایش می‌یابد. در طی فرایند زایمان احساس سرخوشی به خودمداری تغییر می‌کند.	تعریق، خستگی و افزایش درجه حرارت رفتار مادر ممکن است در هر مرحله از زایمان تغییر کند.
دستگاه گوارش	اختلال حافظه در طی مرحله‌ی دوم زایمان رایج است، خستگی و هیجان‌زدگی در مرحله‌های سوم و چهارم زایمان وجود دارد.	وجود خشکی دهان و لب‌ها، تهوع و استفراغ غذاهای هضم‌نشده
غدد درون‌ریز	افزایش استروژن و کاهش پروژسترون افزایش متابولیسم در طی لیبر، کاهش قند خون به دلیل فرایند زایمان	کنترل دقیق مادر دیابتی در طی زایمان ضروری است.
سیستم گردش خون	افزایش حجم خون در گردش در هنگام بارداری و ازدست‌دادن ۵۰۰ سی‌سی خون در طی زایمان، مشکلی ایجاد نمی‌کند، مگر این‌که مادر مبتلا به کم‌خونی باشد.	
	افزایش سطح فیبرینوژن و دیگر فاکتورهای انعقادی در طی حاملگی، از خونریزی بیش از حد هنگام زایمان جلوگیری می‌کند، اما خطر ترومبوزیس را نیز افزایش می‌دهد.	در صورت امکان به‌طور طولانی‌مدت از نوار یا تسمه برای حمایت پای مادر استفاده نشود.

مفاهیم کلیدی

- ✦ تفاوت عمده‌ای بین زایمان حقیقی و کاذب وجود دارد و دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس فقط در زایمان حقیقی اتفاق می‌افتد.
- ✦ شدت، مدت و تکرار انقباضات به تدریج افزایش می‌یابد. انقباضات در مرحله‌ی اول زایمان متناوب است و در مرحله‌ی دوم زایمان با تلاش مادر موجب نزول جنین می‌شود.
- ✦ فاصله‌ی زمانی بین انقباضات برای تبادل اکسیژن و مواد زاید بین گردش خون مادر و جنین ضروری است.

- ✦ چهار P معروف به لگن، محل عبور، قدرت انقباضات و وضعیت روانی از اجزای مهم زایمان و تولد کودک است. هر یک از این اجزا، مادر و جنین را دربر می‌گیرد.
- ✦ بررسی تطابق با نزول جنین و تولد آن، وجود لگنی که دارای شکل و اندازه‌ی مناسب باشد، ضروری است.
- ✦ برای عبور جنین از لگن مادر، معمولاً سر جنین باید از اقطار مختلف لگن عبور کند. با نزول جنین، ساختارهای استخوانی و بافت نرم تحت فشار قرار می‌گیرند و به این طریق از کانال زایمانی عبور می‌کند.
- ✦ قدرت انقباضات رحمی کاملاً هماهنگ است و قدرت و کیفیت آن به‌گونه‌ای است که موجب افاسمان و دیلاتاسیون دهانه رحم می‌شود. با تلاش‌های مادر و انقباضات رحمی جنین متولد می‌شود.
- ✦ وضعیت روانی مادر موجب سازگاری وی با نیازهای هر مرحله و درد ناشی از زایمان شده و به خروج جنین از کانال زایمانی کمک می‌کند.
- ✦ پاسخ‌های سیستمیک به زایمان نیازمند بررسی و مداخلات پرستاری در طی لیبر است.
- ✦ نگرش‌های فرهنگی و اعتقادات مادر در مورد زایمان و تولد کودک بر تنش‌زا بودن یا خوشایند بودن تجربه‌ی زایمان مؤثر است.

مراقبت پرستاری در طی زایمان

و کنترل درد

فصل

۸

✦ هدف اولیه مراقبت پرستاری، کسب اطمینان از دستیابی به بهترین نتایج ممکن برای مادر و نوزاد می‌باشد. مراقبت پرستاری بر ایجاد یک ارتباط پرمحتوا و مستقل، بررسی وضعیت جنین، ترغیب مادر به مراقبت از خود و حمایت مادر و خانواده‌ی وی در طی فرایند زایمان و تولد نوزاد تمرکز دارد.

اتاق‌های زایمان درون بیمارستان

اتاق زایمان درون بیمارستان، یک اتاق بیمارستانی یا یک سویت مبله است که برای والدین شرکت‌کننده در زایمان فضایی شبیه خانه ایجاد می‌کند. در این سیستم، مادر برای لیبر، زایمان و ریکاوری در یک اتاق می‌ماند و این محیط به‌عنوان اتاق LDR (لیبر، زایمان، ریکاوری) نامیده می‌شود. در بعضی از بیمارستان‌ها مادر، در طی دوره‌ی پس از زایمان نیز در همان اتاق باقی می‌ماند و این اتاق به‌عنوان LDRP¹ نامیده می‌شود.

مراکز مستقل (مراکز زایمانی خارج از بیمارستان)

بعضی از خانواده‌ها برای دریافت مراقبت‌های بارداری، مراکز زایمان خارج از بیمارستان را انتخاب می‌کنند. این مراکز برای اقامت کوتاه‌مدت محیطی شبیه خانه دارند و دارای تسهیلات بهداشتی سرپایی و مراقبت‌های مامایی و نوزادان داخل بیمارستانی است.

زایمان در منزل

در طی زایمان در منزل، معمولاً یک پرستار مامای بهداشت جامع بر انجام زایمان در منزل نظارت می‌کند.

1. Labor, Delivery, Recovery and Postpartum

جمع‌آوری اطلاعات و روند پذیرش

- ✦ پرستار مسئول جمع‌آوری اطلاعات مربوط به فرد پذیرش شده می‌باشد (کادر ۱-۸).
- ✦ قسمت‌هایی از اطلاعات حین پذیرش می‌توانند از موارد ثبت‌شده در دوره‌ی پره‌ناتال به دست آمده و سپس تداوم آن اطلاعات تأیید شده یا این‌که به روز شوند. جمع‌آوری اطلاعات پرستاران در طول پذیرش بر سه اولویت متمرکز است:
 - ❖ (۱) وضعیت مادر و جنین؛
 - ❖ (۲) آیا تولد قریب‌الوقوع است؟
 - ❖ (۳) آیا شواهد نشان می‌دهد که زایمان فرد باردار بدون واقعه‌ی مهمی است؟

کادر ۱-۸ ■ جمع‌آوری داده‌ها هنگام پذیرش

۱. یک دستبند شناسایی برای فرد باردار اختصاص دهید.
۲. در دوره‌ی انتظار اطلاعات ضروری برای ثبت را به‌دست آورید.
۳. علائم حیاتی را ثبت کنید. فشار خون بالای ۱۴۰/۸۰ میلی‌متر جیوه را گزارش کنید.
۴. ضربان قلب جنین را ثبت کنید. ضربان کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰ ضربه در دقیقه را گزارش دهید.
۵. تعیین کنید که آیا کیسه‌ی آب پاره شده است. وجود هرگونه ترشحات واژینال را ذکر کنید.
۶. انقباضات رحمی را ارزیابی کنید
۷. در صورتی‌که مایعات داخل وریدی تجویز شده است، آن را کنترل کنید.
۸. تاریخچه‌ی وجود بیماری و آلرژی را ثبت کنید.
۹. ساعت آخرین وعده‌ی غذایی را یادداشت کنید. دلیل وجود NPO در طول لیبر را شرح دهید.
۱۰. رضایت‌نامه‌های مورد نیاز را با حضور شاهد مناسب امضا کنید.
۱۱. نتایج تست‌های آزمایشگاهی را از برگه‌ی ثبت پره‌ناتال مرور کنید. Rh خون مادر را یادداشت کنید.
۱۲. فرد باردار و همسرش را با بخش آشنا کنید.
۱۳. لوازم شخصی فرد را محافظت کنید.

علائم هشداردهنده وجود مشکلات بالقوه

- ❖ تب مادر بیشتر از 100.4°F (38°C)
- ❖ تداوم انقباض بیشتر از ۹۰ ثانیه
- ❖ کاهش فواصل انقباض به کمتر از دو دقیقه
- ❖ تاکی‌کاردی یا برادی‌کاردی جنین
- ❖ فقدان علائم طبیعی در مانیتورینگ ضربان قلب جنین

- ❖ آغشته شدن مایع آمیوتیک به مکونیوم
- ❖ بوی بد ترشحات واژینال
- ❖ خونریزی شدید و هیپوتانسیون
- ❖ FHR کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰ ضربه در دقیقه

مانیتورینگ انقباضات رحم

هنگام پذیرش، معمولاً به عنوان اطلاعات پایه، یک مانیتورینگ الکترونیکی به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه از انقباضات رحمی و FHR گرفته می‌شود. خلاصه‌ای از تکرار، طول و شدت انقباضات باید در پرونده پزشکی مادر ثبت شود.

ارزیابی مجدد ضربان قلب جنین

- ❖ ضربان قلب جنین را بعد از موارد زیر به طور مجدد ارزیابی کنید:
- ❖ پاره شدن غشاها
- ❖ معاینه‌ی واژینال
- ❖ حرکت جنین (قبل و بعد)
- ❖ تغییر در سرعت انفوزیون اکسی‌توسین
- ❖ تجویز داروها (قبل و بعد)
- ❖ کاتتریزاسیون ادراری
- ❖ انجام انما
- ❖ کاهش حرکت جنین (که توسط مادر حس شده باشد)
- ❖ وجود فعالیت‌های غیرطبیعی رحم (انقباضات قوی و نزدیک به هم)
- ❖ اگر FHR به‌طور الکترونیکی مانیتور می‌شود، باید به‌طور مکرر طبق خط‌مشی‌های محل کار مشاهده و ثبت شود.

تعیین پوزیشن جنین

❖ به وسیله لمس از روی شکم: پرستار یا ارائه‌دهنده‌ی مراقبت بهداشتی می‌تواند به وسیله لمس از روی شکم (مانور لئوپولد) وضعیت پرزانتاسیون و انگاژمان جنین را مشخص کند. در پرزانتاسیون ورتکس FHR زیر ناف مادر سمت چپ یا راست، ربع پایینی شکم سمع می‌شوند. در پرزانتاسیون بریچ FHR بالای ناف مادر سمع می‌شود.

مانیتورینگ ضربان قلب جنین:

- ❖ اگر فرد تحت مانیتورینگ الکترونیک نمی‌باشد. FHR باید از طریق سمع با یک ترانس دیوسر داپلر یا فتوسکوپ ارزیابی شود.
- ❖ یک تغییر ناگهانی در FHR یا تعداد ضربانات خارج از محدوده‌ی ۱۱۰ تا ۱۶۰ ضربه در دقیقه باید هرچه سریع‌تر گزارش شود.

- ❖ FHR باید بلافاصله بعد از پارگی غشاها بررسی شود.
- ❖ پرستار باید علائم دیسترس جنین را هرچه سریع‌تر به پزشک یا پرستار - ماما گزارش دهد؛ این علائم عبارتند از (۱) عدم وجود متغیرهای اطلاعاتی پایه، (۲) تغییر یا کاهش دیررس ضربان قلب، پس از تغییر وضعیت مادر و (۳) تاکی کاردی پایدار جنین. هنگامی که جنین پوزیشن ورتکس دارد، وجود مکونیوم در مایع آمنیوتیک علامتی از دیسترس جنین است و باید گزارش شود.

کنترل وضعیت مایع آمنیوتیک

❖ یکی دیگر از مسئولیت مهم پرستاری این است که تعیین کند آیا غشاهای آمنیوتیک سالم هستند یا پاره شده‌اند. اگر غشاهای آمنیوتیک پاره شده باشند، پرستار باید به زمان پاره شدن، رنگ، اندازه و بوی مایع آمنیوتیک توجه کند. به‌طور طبیعی، مایع آمنیوتیک شفاف و کم‌رنگ است و بوی کمی دارد. مایع سبزرنگ احتمال دفع مکونیوم را نشان می‌دهد. مایع آمنیوتیک شرابی‌رنگ نشانگر وجود خون و احتمال جدا شدن زودرس جفت می‌باشد. بوی تند و ناخوشایند مایع آمنیوتیک وجود عفونت را مطرح می‌کند.

❖ فرنینگ^۱ حالت ویژه‌ای از مایع آمنیوتیک کریستالیزه شده است که با خشک شدن مایع این شکل رخ می‌دهد. فرنینگ با قرار دادن مایع واژینال روی یک قطعه‌ی شیشه‌ای، خشک کردن آن و سپس مشاهده‌ی آن زیر میکروسکوپ، قابل مشاهده است. ادرار و سایر ترشحات واژینال این الگو را نشان نمی‌دهند.

کنترل عفونت در لیبر و زایمان

- ❖ موانع احتیاطی را برای پیشگیری از تماس پوست و غشاهای موکوسی با مایعات بدن به کار ببرید.
- ❖ در یک پروسیجر که احتمال پاشیده شدن مایع وجود دارد، از محافظ چشم یا یک شیلد صورت استفاده کنید.
- ❖ در طول زایمان، روکش کفش و گان آستین‌بلند ضد آب بپوشید.
- ❖ هنگامی که به وسایل تیز مانند سوزن بخیه، سرنگ یا سرسوزن و... دست می‌زنید، اقدامات احتیاطی استاندارد را به کار ببرید. همه‌ی وسایل نوک‌تیز که استفاده شده‌اند را در یک ظرف مناسب دور بیندازید.

- ❖ هرگز درپوش سر سوزن را دوباره نگذارید.
- ❖ احتیاطات استاندارد را مرور کنید.

Doula

❖ Doula فردی است غیر از اعضای خانواده یا دوستان که برای کمک در هنگام زایمان آموزش دیده‌اند.

❖ از آنجا که نیازهای جسمی مادر بسیار بارزتر است، به آن بیشتر توجه و تأکید می‌شود و جنبه‌های روانی مراقبت نادیده گرفته می‌شود.

❖ هدف از مراقبت روانی این است که لیبر یک تجربه لذت‌بخش و رضایت‌بخش باشد و اجازه مشارکت بیشتر خانواده را فراهم کند.

کنترل درد در طول لیبر

- ❖ درد لیبر تنها برای یک زمان کوتاه وجود دارد. اگرچه در طول آن دوره‌ی کوتاه، ناراحتی از یک تجربه‌ی ناخوشایند خفیف تا احساسات خیلی شدید پیشرفت می‌کند.
- ❖ درد لیبر قسمتی از یک فرآیند طبیعی است، در حالی که درد در سایر زمان‌ها به طور معمول نشان‌دهنده‌ی آسیب و بیماری است.

منابع درد در طول لیبر

- ❖ چهار علت اصلی درد در طول مراحل انجام لیبر، شامل موارد زیر هستند:
- ❖ دیلاتاسیون و کشیدگی سرویکس (گانگلیون‌های عصبی را تحریک می‌کند).
- ❖ انقباضات رحمی (عرضه خون به رحم را کاهش می‌دهد که موجب درد ایسکمیک رحم شبیه به درد ایسکمیک قلب می‌شود).
- ❖ فشار و کشیده‌شدن ساختمان‌های لگن (لیگامان‌ها، لوله‌های فالوپ و پری‌توئن).
- ❖ دیلاتاسیون و کشیدگی واژن و پرینه (احساس دو نیم شدن و پاره‌شدن).

تئوری دریچه‌ی کنترل درد

طبق تئوری دریچه‌ی کنترل، یک مکانیسم دریچه‌ای در طناب نخاعی وجود دارد. احساس درد از طریق اعصاب از محیط به مغز انتقال داده می‌شود. تنها تعداد محدودی از احساسات می‌توانند در یک زمان این مسیر را طی کنند. فعالیت‌های انحراف فکر یا تمرکز می‌توانند به‌جای حس درد این مسیر را طی کنند.

جدول ۸-۱ ■ مراحل لیبر	
مداخلات پرستاری در مراحل مختلف زایمان	مراحل لیبر و انقباضات رحمی
<p>ابراز حمایت، تحسین و تشویق در قبال تلاش‌های بیمار حفظ حریم و خلوت بیمار</p>	<p>مرحله اول: دیلاتاسیون</p>
<p>تشویق فرد به تنفس‌های عمیق بین انقباضات ارزیابی FHR بعد از هر انقباض (در صورتی‌که تحت مانیتورینگ نمی‌باشد) ارزیابی نوار مانیتور از نظر وجود یافته‌های طبیعی و غیرطبیعی ارزیابی انقباضات از نظر تکرار، طول مدت و شدت ارزیابی پیشرفت لیبر، آگاه‌نمودن مادر و همسر تأمین حمایت مداوم باقی‌ماندن در کنار مادر در تمام مدت تمیزکردن پرینه (از بالا به پایین) آماده‌کردن وسایل ضروری زایمان ارائه‌ی مراقبت فوری به نوزاد پس از زایمان ارزیابی مادر از نظر خونریزی واژینال</p>	<p>مرحله دوم: خروج جنین</p>
<p>ارزیابی علایم حیاتی مادر ارزیابی از نظر خونریزی شدید آماده‌کردن وسایل ضروری برای پرستار - ماما یا پزشک (برای ترمیم اپی‌زیاتومی احتمالی) بردن مادر به اتاق ریکاوری (در مراکز قدیمی) تشویق برقراری ارتباط بین والدین و نوزاد</p>	<p>مرحله سوم: خروج جفت</p>
<p>ارزیابی پرستاری باید به‌طور مستقیم در جهت پیشگیری از خونریزی باشد ارزیابی حداقل هر ۱۵ دقیقه تا یک‌ساعت، محل قرارگرفتن (ارتفاع) و قوام فوندوس رحم (اگر سفت نیست، ماساژ دهید) را گزارش کنید. مقدار، رنگ و بوی ترشحات علایم حیاتی: فشار خون، نبض، درجه حرارت پرینه: اپی‌زیاتومی از نظر ادم و خونریزی وضعیت هیدراتاسیون، اتساع مثانه خستگی شدید (آماده‌کردن محیط برای استراحت) تشویق برای برقراری ارتباط بین مادر و فرزند (نگه‌داشتن نوزاد، شیردادن به وی) فراهم‌کردن خلوت مادر، همسر و نوزاد برای آشنایی با یک‌دیگر</p>	<p>مرحله چهارم: دوره‌ی ریکاوری نزدیک (حداقل یک ساعت)</p>

راهکارهای غیردارویی کنترل درد

اقدامات مختلف غیردارویی برای کنترل درد در هنگام لیبر وجود دارد. پرستار باید به فرد اختیار دهد که روش‌های برخورد با درد مخصوص به خود را به‌کار گیرد.

❖ **ایجاد راحتی.** آرامش عمومی می‌تواند استرس و درد را کاهش دهد. اقدامات آرام‌بخش نیز می‌تواند آرام‌سازی فرد را افزایش دهد.

❖ **حذف محرک‌ها.** حذف کردن منابع محرک زیان‌آور (ناهنجار) در هر زمان که ممکن است، اهمیت دارد. پرستار می‌تواند برای تسکین تشنگی، تعریق و گرما از طریق اقدامات آرام‌بخش تلاش کند. پوزیشن دادن مجدد به فرد یا تنظیم کردن کمربند مانیتورینگ می‌تواند موجب راحتی بیمار شود.

❖ **محرک‌های شناختی.** تصورسازی (به‌خاطر آوردن یک خاطره‌ی خوش‌آیند) می‌تواند به فرد برای انحراف فکر از محرک دردناک کمک کند.

❖ **محرک‌های پوستی.** محرک‌های پوستی نظیر لمس کردن، مالش یا ماساژ دادن (پشت و شانه‌ها) اغلب ناراحتی را کاهش می‌دهد.

❖ **محرک‌های گرم‌مازا.** در ابتدای لیبر، استفاده از حمام گرم یا دوش برای افراد آرام‌بخش است. یک پارچه خنک و مرطوب که روی پیشانی قرار داده شده است، به‌طور ویژه‌ای در مراحل بعدی لیبر در آرام‌سازی برخی افراد مؤثر است.

❖ **تکنیک‌های تنفس.** تکنیک‌های تنفس در طول انقباضات می‌تواند تمرکز فرد را تغییر دهد. هیچ الگوی تنفسی درست یا غلطی وجود ندارد، بلکه افراد باید الگویی را استفاده کنند که با آن احساس راحتی می‌کنند.

❖ **آرام‌سازی.** مؤثرترین زمان آموزش بین انقباضات و در طول اولین مرحله‌ی لیبر است.

❖ **هیپنوتیزم.** هیپنوتیزم یک مداخله‌ی مؤثر در مرحله‌ی لیبر است که به‌نظر ایمن و بدون عارضه‌ی جانبی شناخته شده می‌باشد و نتایج جسمی و روانی مثبتی در پی دارد. با هیپنوتیزم، فرد احساس کنترل بر اوضاع را کسب می‌کند. پرستار می‌تواند با تعدیل نقش خود در اتاق زایمان، کیفیت تجربه‌ی هیپنوتیزم فرد را به حداکثر برساند.

راهکارهای کنترل درد به‌وسیله‌ی دارو

❖ در بعضی مواقع لازم است که روش‌های کنترل درد غیردارویی با روش‌های کنترل درد دارویی همراه شوند. پرستار باید در هنگام تجویز دارو به فرد اطمینان دهد که این روش‌های دارویی ایمن و تأیید شده هستند و در صورت نیاز می‌توان آن‌ها را کنترل کرد. به‌دلیل تأثیرات دارو بر نوزاد، تصمیم‌گیری برای تجویز و توصیه‌ی مصرف دارو در طول لیبر باید به‌دقت صورت گیرد.

❖ در طول مرحله‌ی اول لیبر، تجویز داروها ممکن است پیشرفت لیبر را تحت تأثیر قرار دهد. باید اطمینان یافت که لیبر وضعیت مناسبی دارد و دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر است.

کادر ۲-۸ ■ اصول کلی انتخاب دارو در طول لیبر

- ❖ دارو باید با حداقل خطر برای جنین، بالاترین آرامش را برای مادر فراهم کند.
- ❖ وضعیت لیبر باید ثابت باشد.
- ❖ اگر دارو انقباضات رحمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باید با اطلاع فرد تجویز شود.
- ❖ وسایل مورد نیاز مانیتورینگ جنین و تجهیزات اورژانس باید در دسترس باشند.
- ❖ دارو باید به رحم اجازه‌ی انقباض بعد از زایمان را بدهد (بعضی از بیهوش‌کننده‌ها رحم را شل می‌کنند و خونریزی افزایش می‌یابد).
- ❖ اگر کمتر از یک ساعت به انجام زایمان باقی مانده است، نباید دارو تجویز شود، چون بعد از زایمان نوزاد در متابولیسم آن دچار مشکل شده و دپرسیون تنفسی رخ می‌دهد.
- ❖ مادران با تاریخچه‌ی سوء مصرف مواد، انتخاب‌های ایمن کم‌تری برای تسکین درد دارند.
- ❖ داروهایی که از جفت عبور می‌کنند، ممکن است باعث دپرسیون تنفسی نوزاد شوند.

❖ **مسکن‌ها:** مخدرهای خوراکی زمان تخلیه‌ی معده را به تأخیر می‌اندازند، در نتیجه اگر غذا و مایعات در معده باشد، خطر آسپیراسیون را افزایش می‌دهد.

❖ **آرام‌بخش‌ها:** ساداتیوها موجب تسکین درد نمی‌شوند. آرام‌بخش‌ها ممکن است اضطراب و تهوع را تسکین دهند، اما از جفت عبور می‌کنند و روی جنین تأثیر می‌گذارند. مسکن‌های مصرفی عبارتند از: مپریدین، سابلیماز (فتالین)، استادول نولبافین.

❖ **دسته‌ی داروهای آرام‌بخش:** داروهای دسته‌ی فنوتیازین مثل پرومتازین (فرنگان) یا هیدروکسی‌زین (ویستاریل) می‌توانند تهوع و اضطراب را کنترل کنند و مصرف نارکوتیک‌ها را در طول لیبر کاهش دهند. این داروها موجب تسکین درد نمی‌شوند و باید همراه با مخدرها مصرف شوند.

بیهوشی

- ❖ دو نوع بیهوشی که در لیبر استفاده می‌شود، شامل بلوک منطقه‌ای و بیهوشی عمومی است.
- ❖ با بی‌حسی موضعی، مادر قادر به مشارکت در لیبر خواهد بود و می‌تواند رفلکس‌های محافظت‌کننده راه هوایی‌اش را حفظ کند که هر دو این موارد یک مزیت محسوب می‌شود. بلوک پوندنتال وقتی که فرد آماده‌ی زایمان است، استفاده می‌شود. در این روش قسمت پایینی واژن و بخشی از پرینه بی‌حس می‌شود.
- ❖ بلوک اپیدورال می‌تواند در اولین و دومین مراحل لیبر استفاده شود. بلوک ساب آراکتوئید اسپانیال به‌طور معمول برای زایمان سزارین استفاده می‌شود.

استفاده از مخدرها بدون عوامل بیهوش کننده به صورت اپیدورال و اینتراتکال به فرد اجازه می دهد که انقباضات را بدون درد احساس کند، به علاوه توانایی زورزدن در طول مرحله ی دوم لیبر را از بین نمی برد.

پرستار باید کنترل کند که رضایت نامه کتبی برای تجویز بی حسی موضعی گرفته شده و اطلاع رسانی دقیق به مادر و همسر انجام شده است. مثانه ی مادر باید خالی باشد. پرستار باید در طول پروسیجر با پوزیشن دادن، به بیمار کمک کند. هیپوتانسیون یک عارضه ی جانبی شایع بی حسی موضعی است. بنابراین کنترل مداوم فشار خون ضروری است.

بعد از بلوک اسپینال، سردرد به علت نشت مایع مغزی - نخاعی از محل سوراخ شدگی ممکن است اتفاق بیفتد.

بیهوشی عمومی به ندرت برای زایمان واژینال استفاده می شود. گاهی اوقات در یک سزارین، اورژانس، هنگامی که فرد کاندید خوبی برای بلوک اسپینال نمی باشد، از این روش استفاده می شود.

تولد نوزاد

بعد از این که زایمان سر انجام شد، از مادر خواسته می شود که زور زدن را متوقف کند. پزشک یا ماما صورت بچه را با یک اسفنج گازی تمیز کرده و با استفاده از یک سرنگ پواردار ابتدا دهان و سپس بینی نوزاد را ساکشن می کند. پزشک یا پرستار - ماما گردن نوزاد را از نظر وجود بندناف کنترل می کند.

مراقبت پرستاری در هنگام زایمان

پرستار میز زایمان را آماده می کند.

همچنین به کنترل هر ۵ تا ۱۵ دقیقه ادامه می دهد.

خروج جفت:

- ❖ جفت معمولاً در عرض ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بعد از زایمان نوزاد خارج می شود.
- ❖ در سومین مرحله زایمانی، مادر در معرض خطر خونریزی قرار دارد. بنابراین ارزیابی میزان خونریزی، فشار خون و نبض مادر بسیار اهمیت دارد.
- ❖ پرستار زمان خروج جفت و اینکه خروج آن خودبخودی است را ثبت می کند. جفت باید از نظر کامل بودن کلیه قسمت ها بررسی شود.

جدول ۲-۸ ■ بیهوشی موضعی استفاده شده در لیبر و زایمان

نوع روش	ناحیه و تأثیر بلوک کردن	زمان استفاده	مضرات عمده	مداخلات پرستاری
بلوک پودنتال: بی حسی موضعی، تزریق داخل واژینال به فضای جلوی عصب پودنتال	پرینه، فرج، ناحیه رکتوم، آماده سازی پرینه برای اپی زیاتومی یا پارگی	انتهای مرحله دوم (۱۰ تا ۲۰ دقیقه قبل از تولد)	خونریزی لیگامان پهن	در مورد نحوه روش انجام کار، آموزش دهید. از بیمار حمایت کنید. وجود هماتوم را بررسی کنید.
بلوک اپیدورال: بی حسی موضعی، تزریق به داخل فضای اپیدورال، فضای چهارم و پنجم مهره های کمری (بلوک کودال یا تزریق در فضای هیاتوس ساکرال) انجام می شود که امروزه به ندرت صورت می گیرد.	تأثیر گذاری بر تمام حس هایی که از ناحیه نافی منشأ می گیرند، کاهش ناراحتی ناشی از انقباضات رحمی، نزول جنین و بی حس کردن پرینه	مرحله ی فعال در لیبر (دیلاتاسیون ۴ سانتی متر) به منظور تسکین درد	هیپوتانسیون مادر، برادی کاردی جنین، عدم تلاش در مرحله دوم	به بیمار پوزیشن مناسب بدهید، در مورد روش کار آموزش دهید، فشار خون و نبض مادر را هر ۱۵ دقیقه ارزیابی کنید. FHR جنین را در بین انقباضات بررسی کنید. مادر را تنها نگذارید تا زمانی که تمام عملکردهای حرکتی دوباره بازگردد، وجود هیپوتانسیون ارتوستاتیک را بررسی کنید.
بلوک کمری: بی حسی موضعی، تزریق در فضای بین مهره های چهارم و سوم کمری.	تأثیر بر تمام حس هایی که از قسمت سینه تا نوک پا منشأ می گیرد. برای تولد و سزارین استفاده می شود.	در انتهای مرحله دوم یا قبل از سزارین، بی حسی از سینه تا نوک پا	هیپوتانسیون مادر، برادی کاردی جنین، عدم تلاش در مرحله دوم، سردرد	آموزش در مورد روش کار، بررسی علائم حیاتی مادر هر ۱۰ دقیقه، بررسی انقباضات رحمی و هیپوتانسیون، بررسی سطح بیحسی، بررسی نوار FHR جنین، حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از صدمه هنگام تحرک مادر، تشخیص علائم قریب الوقوع تولد
بلوک عصب پاراسرویکال: تزریق لیدوکائین به داخل مخاط سرویکس.	استفاده در مراحل ابتدایی لیبر به منظور بلوک درد ناشی از انقباضات رحمی	در مراحل ابتدایی لیبر استفاده می شود.	برادی کاردی جنین، اجرای نادرست روش می تواند موجب مسمومیت جدی شود.	امروزه از این روش به ندرت استفاده می شود. چون فرآیند انقباضات حس نمی شود، نیاز به کنترل فراوان لیبر وجود دارد.

کادر ۳-۸ ■ علائم تولد قریب الوقوع جنین

برخی رفتارهای ویژه می‌تواند نشان‌دهنده‌ی تولد قریب الوقوع باشد، از جمله:

- ❖ نشستن روی یک طرف باسن
- ❖ تولید صدایی شبیه ناله
- ❖ تقلای غیرارادی در طی انقباضات
- ❖ بیان این جمله «نوزاد در حال تولد است.»
- ❖ برآمده شدن ناحیه‌ی پرینه

در صورتی‌که وقوع تولد نزدیک است، پرستار نباید مادر را تنها بگذارد، بلکه باید وسایل مورد نیاز را مهیا کرده و با استفاده از زنگ کمک بخواهد.

دوره‌ی ریکاوری، بلافاصله پس از زایمان

دوره‌ی ریکاوری گاهی اوقات به‌عنوان مرحله‌ی چهارم لیبر نامیده می‌شود و مرحله‌ی بهبود جسمی برای مادر است. بزرگ‌ترین خطر برای مادر در اولین ساعت بعد از تولد، خونریزی است. علائم حیاتی باید کنترل شود و به‌منظور کاهش میزان تورم ناشی از تروما یا اپی‌زیاتومی، یک کیف یخ روی پرینه قرار داده شود. محل و سفتی فوندوس رحم بررسی شده و در صورت نیاز فوندوس ماساژ داده شود. میزان و رنگ لوشیا (ترشحات واژینال) بررسی شوند و برگشت حس اندام‌های تحتانی ثبت شود. ارزیابی پرستاری هر ۱۵ دقیقه به مدت حداقل یک ساعت انجام می‌شود.

مراقبت‌های پرستاری از نوزاد در اتاق زایمان

☒ اهداف مراقبت از نوزاد در اتاق زایمان شامل موارد زیر است:

- ❖ حفظ درجه حرارت جنین
 - ❖ حفظ عملکرد قلبی - تنفسی
 - ❖ آشنایی مادر و پدر با نوزاد
 - ❖ انجام یک ارزیابی مختصر از نظر وجود آنومالی‌ها
 - ❖ ثبت دفع مکونیوم و ادرار
 - ❖ تسهیل ارتباط والدین - نوزاد
- ☒ به‌دلیل وجود خون و مایع آمنیوتیکی که روی پوست نوزاد قرار دارد، قبل از اولین حمام هنگام دست‌زدن به نوزاد همیشه دستکش بپوشید.

☒ **حفظ درجه حرارت نوزاد.** گرم‌نگه‌داشتن نوزاد اهمیت به‌سزایی دارد، زیرا هیپوترمی (دمای پایین بدن) نوزاد را برای گرم‌نگه‌داشتن بدن خودش مجبور به استفاده از گلوکز می‌کند، در نتیجه موجب هیپوگلیسمی (افت قند خون) می‌شود. هم‌چنین هنگام استرس سرما، به‌منظور تلاش جهت گرم کردن بدن نوزاد، میزان متابولیسم پایه (BMR) افزایش می‌یابد. افزایش در BMR موجب افزایش مصرف اکسیژن می‌شود که می‌تواند منجر به هیپوکسی (کاهش سطح اکسیژن خون) شود.

✦ **حمایت قلبی - تنفسی.** برای پاک کردن موکوس و مایع آمنیوتیک اضافی، صورت نوزاد باید به آرامی پاک شود. نوزاد به طور اجباری از بینی تنفس می کند و اگر بینی مسدود باشد، قادر به تنفس خودبخودی از طریق دهان نمی باشد، بنابراین ساکشن بینی به وسیله یک سرنگ حاوی پوار، موجب پاک شدن راه هوایی می شود. ساکشن کردن دهان از اسپیراسیون موکوس و مایع آمنیوتیک پیشگیری می کند.

❖ نوزاد با ضربان قلب کمتر از صد ضربه در دقیقه فقط نیاز به ساکشن کردن دارد.

❖ نمره ی آپگار وضعیت نوزاد را مشخص می کند و نشان می دهد که آیا اقدامات احیای بیشتری مورد نیاز می باشد. نمره ی آپگار ۷ تا ۱۰، نوزادی را نشان می دهد که عملکرد قلبی - تنفسی خوبی دارد یا احتیاج مختصری به ساکشن دارد.

جدول ۳-۸ ■ سیستم نمره دهی آپگار				
Score				
علامت	صفر	یک	دو	
میزان ضربان قلب	فقدان	آهسته - کمتر از ۱۰۰ ضربه	بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه	
تنفس	فقدان	آهسته - نامنظم	به خوبی گریه می کند	
تون عضلانی	شل	مقداری فلکسیون در اندام های انتهایی	حرکت فعال	
تحریک پذیری	فقدان	درهم کشیدن قیافه	گریه ی شدید	
رنگ	آبی رنگ پریده	بدن صورتی، اندام ها آبی	کاملاً صورتی	

✦ **ثبت دفع مکونیوم.** نوزاد قبل از اثبات بازبودن مجرای معدی - روده ای و ژنیتال - ادراری، نمی تواند مرخص شود.

✦ **تجویز ویتامین K.** در ساعت اول تولد، قبل از خروج از اتاق زایمان، یک دوز ویتامین K (Aqua mephyton) عضلانی تجویز می شود.

✦ **مراقبت پیشگیرانه ی چشم.** همه ی نوزادان برای حفاظت در برابر مشکلات چشمی ناشی از نایسریا گنوره آ و کلامیدیا تراکوماتیس، داروهای چشمی دریافت می کنند.

✦ **ارتقای ارتباط والدین - نوزاد.** دوره ی هوشیاری نوزاد و اولین دوره ی واکنش تنها یک ساعت طول می کشد، سپس نوزاد به طور متوسط برای چهار ساعت خواهد خوابید، بنابراین هر تلاشی برای گسترش ارتباط به محض امکان باید انجام شود.

ذخیره کردن خون بندناف

✦ به طور سنتی، جفت و خون بندناف نوعی محصول زائد و دوراندختنی به حساب می آیند. ولی اکنون،

مشخص شده است که خون بند ناف محتوی سلول‌های بنیادین خون از همان نوع مغز استخوان است. پیوند سلول‌های بنیادی می‌تواند کمک فوق‌العاده گران‌بهایی در درمان بسیاری از بدخیمی‌ها و بیماری‌های ژنتیکی در کودکان و بزرگسالان باشد.

✦ به‌طور معمول ۷۰ تا ۸۰ میلی‌لیتر از خون بند ناف توسط مراقبین بهداشتی بعد از زایمان نوزادان و کلامپ کردن بندناف و قبل از خروج جفت جمع‌آوری می‌شود. خون بندناف باید در طی ۴۸ ساعت بعد از گرفتن نمونه به بانک نگهداری منتقل شود و توسط نیتروژن مایع در دمای 196°C - کرایوپرسیو می‌شود. هیچ تاریخ انقضایی برای نمونه‌ها وجود ندارد.

زایمان اورژانس توسط پرستار

✦ زایمان گاهی اوقات خیلی سریع اتفاق می‌افتد به‌گونه‌ای که ممکن است پزشک یا پرستار - ماما حضور نداشته باشد و در این میان پرستار می‌تواند باکفایت‌ترین پرسنل حرفه‌ای حاضر برای زایمان نوزاد باشد.

✦ عمده‌ترین مداخلات در یک زایمان اورژانس شامل موارد زیر می‌باشد:

- ✦ حفظ خونسردی و حمایت از مادر
- ✦ آماده‌کردن ملحفه‌ی تمیز
- ✦ کنترل تولد نوزاد

✦ کنترل خروج سریع نوزاد مهم‌ترین نکته‌ای است که پرستار می‌تواند در یک زایمان اورژانس انجام دهد، این نکته برای پیشگیری از آسیب مغزی نوزاد و پارگی پرینه مادر اهمیت دارد.

مفاهیم کلیدی

✦ مراقبت پرستاری باید بر سلامتی، ارتباط مناسب بین زوجین و ارائه مراقبت متمرکز باشد. هدف پرستار باید کسب بهترین نتایج ممکن برای مادر و فرزندش باشد.

✦ پرستار مسئول ایجاد محیطی است که در آن با مادر و همسرش با مهربانی و احترام رفتار می‌شود.

✦ ملاحظات فرهنگی در مراقبت پرستاری شامل راه‌های ابراز درد و اهمیت محجوب بودن است.

✦ Doula یک فرد آموزش‌دیده‌ی ویژه است که به‌وسیله‌ی افراد خانواده برای فراهم نمودن حمایت و آموزش در طول لیبر استفاده شده است.

✦ اطلاعات جمع‌آوری‌شده برای پذیرش در بخش زایمان، شامل گرفتن تاریخچه فردی، تاریخچه بارداری و تاریخچه طبی از جمله معاینه‌ی فیزیکی مادر و جنین است.

- ✦ در طول اولین مرحله‌ی لیبر، پرستار روی نیازهای مادر و جنین تمرکز می‌کند. شخص حمایت‌کننده بخش مهمی از تیم مراقبتی است و برای شرکت در مراقبت از فرد تشویق می‌شود.
- ✦ پرستار نقش کلیدی در ارزیابی تغییرات مراحل اولیه، فعال و مرحله‌ی گذر لیبر به زایمان دارد. پرستار با پیش‌بینی نیازهای مادر در لیبر و زایمان، مراقبت را به مرحله‌ی اجرا درآورده و مؤثر بودن آن را ارزیابی می‌کند.
- ✦ پرستار باید به‌طور مداوم کنترل، حمایت و امنیت را برای مادر از زمانی که او در مرحله‌ی فعال لیبر است تا دوره‌ی ریکاوری، فراهم کند.
- ✦ نگرانی اولیه در طول مرحله‌ی چهارم لیبر، پیشگیری از خونریزی می‌باشد. سایر مسائل شامل احتباس مثانه، برقراری آرامش و امنیت است. در طول این مرحله (دوره‌ی ریکاوری) پرستار می‌تواند برقراری ارتباط بین والدین - نوزاد را با دادن آگاهی به والدین تسهیل کند.
- ✦ درد زایمان امری منحصربه‌فرد است، چون طبیعی و قابل پیش‌بینی است. مادر با رفتن به کلاس‌های آموزش در مورد تولد، برای این مسئله آماده می‌شود.
- ✦ روش‌های غیردارویی کنترل درد نظیر تکنیک‌های تنفس، برون‌ریزی و تصویرسازی می‌تواند در طول لیبر مورد استفاده قرار گیرد.
- ✦ آرام‌سازی و استفاده از تنفس کنترل‌شده می‌تواند در کاهش میزان آرام‌بخش مصرفی مؤثر باشد.
- ✦ تئوری درجه‌ی کنترل درد پایه‌ای برای بسیاری از روش‌های غیردارویی تسکین درد است.
- ✦ استفاده از آگونیست و آنتاگونیست‌های مخدرها در مادران معتاد می‌تواند موجب بروز علائم جدی محرومیت در مادر و نوزاد تازه‌متولدشده شود.
- ✦ عوارض جانبی بی‌حسی موضعی شامل هیپوتانسیون، احتباس مثانه، سردرد و خارش شدید است.
- ✦ آسپیراسیون مواد غذایی می‌تواند پیامدهای فیزیکی جدی به‌دنبال داشته باشد. بنابراین تمام بیمارانی که در مرحله‌ی لیبر هستند، نباید به‌جز چیپس یخ یا آب‌نبات از راه دهان چیزی دریافت کنند (NPO).
- ✦ هر دارویی که برای تسکین درد به مادر داده می‌شود، می‌تواند بر جنین مؤثر باشد. در صورتی که مادر در مرحله‌ی لیبر مخدر دریافت می‌کند، پرستار باید از نظر دپرسیون تنفسی نوزاد را مورد بررسی قرار دهد. داروهای آنتاگونیست نظیر نالوکسان برای احیای نوزاد باید در دسترس باشد.
- ✦ مزایای بی‌حسی موضعی شامل توانایی مشارکت مادر در فرآیند زایمان و حفظ رفلکس محافظ راه تنفسی است.
- ✦ مراکز مختلف تولد کودک بر پایه‌ی تأکید بر تولد طبیعی کودک طرح‌ریزی شده است.

سازگاری فیزیولوژیک

در نوزاد تازه متولد شده

فصل

۹

سازگاری با زندگی خارج رحمی

به منظور زندگی مستقل از مادر، نوزاد باید بلافاصله بتواند تهویه ریوی را برقرار کند و بتواند به تنهایی نفس بکشد.

نوزاد باید طبق موارد زیر بتواند بلافاصله سازگاری پیدا کند:

- ❖ به سرعت نفس کشیده و تنفس خود را حفظ کند.
- ❖ در ریه‌ها هوا جایگزین مایع شود.
- ❖ گردش خون ریوی برقرار شده و شانت‌های جنین بسته شود.
- ❖ اجازه دهد خون در ریه‌ها جریان یابد و برون‌ده قلبی دوباره برقرار شود.
- ❖ به منظور حفظ دمای بدن و حمایت از فرآیند متابولیسم، انرژی کسب کند.
- ❖ مواد زاید ناشی از جذب مواد غذایی و فرآیند متابولیسم را دفع کند.
- ❖ مواد سمی ناشی از محیط خارج را از بدن پاک کند.

جدول ۹-۱ ■ ویژگی‌های مهم نوزاد قبل و پس از تولد

قبل از تولد	بعد از تولد
عملکرد ریوی	
ریه‌ها از مایع پر است.	مایع به دلیل فشار به قفسه‌ی سینه در هنگام زایمان واژینال و جذب از طریق سیستم لنفاوی از ریه‌ها خارج می‌شود.
هوایی در ریه‌ها وجود ندارد.	هوا با اولین تنفس وارد ریه‌ها شده، آلوئول‌ها را باز کرده و FCR ریه را برقرار می‌کند، به کمک سورفاکتانت آلوئول‌ها باز می‌ماند.
سورفاکتانت در ریه‌های بالغ وجود دارد.	کودک تا ۳۰ ثانیه پس از تولد شروع به تنفس می‌کند.
جابه‌جایی هوا در ریه‌ها دیده نمی‌شود.	به دلیل نیاز بیش‌تر به اکسیژن، میزان تنفس به ۳۰ تا ۶۰ بار در دقیقه افزایش می‌یابد.
میزان تنفس کم است.	

جدول ۹-۱ ■ ویژگی‌های مهم نوزاد قبل و پس از تولد (ادامه)

قبل از تولد	بعد از تولد
گازها از طریق جنین به جفت منتقل می‌شوند. درجه حرارت گرم و ثابت است.	نوزاد برای کسب اکسیژن تنفس می‌کند. نوزاد تا تثبیت وضعیت دما، در معرض هیپوترمی و هیپرترمی است.
عملکرد گردش خون	
جفت اکسیژن مورد نیاز را در اختیار جنین می‌گذارد. عروق ریوی مسدود است. حداقل جریان خون در ریه‌ها موجود است. طناب نافه از طریق جفت، اکسیژن و مواد غذایی مورد نیاز را به بدن جنین منتقل می‌کند.	وظیفه‌ی جفت به پایان رسیده؛ تغییر فشار در قلب موجب شروع گردش خون سیستمیک و اکسیژن‌گیری خون از ریه‌ها می‌شود. با افزایش جریان خون و ورود اکسیژن به ریه‌ها، عروق ریوی باز می‌شوند. طناب نافه کلامپ می‌شود. فشار در سمت چپ قلب بالا می‌رود. شانت راست به چپ قطع می‌شود و خون برای دریافت اکسیژن به ریه‌ها می‌رود.
شانت شریانی، خون را به ریه‌ها می‌رساند.	به دلیل افزایش خون اکسیژن‌دار، شانت شریانی ریوی بسته می‌شود. در نتیجه جریان خون به ریه‌ها افزایش می‌یابد. یک سوپل فانکشنال ممکن است تا بسته‌شدن کامل شانت شریانی ریوی شنیده شود که معمولاً طی هفته‌ی اول بسته می‌شود.
شانت وریدی، خون را به کبد می‌رساند.	هنگامی که طناب نافه کلامپ شد، شانت وریدی نیز بسته شده و این شانت وریدی به یک لیگامان تبدیل می‌شود.
دریچه‌ی بیضی خون را از دهلیز راست به دهلیز چپ می‌فرستد.	با افزایش فشار در دهلیز چپ این دریچه مسدود می‌شود و جریان راست به چپ در قلب پایان می‌یابد.
عملکرد دستگاه گوارش	
دستگاه گوارش به‌طور نسبی غیرفعال است. جنین مایع آمینوتیک را می‌بلعد و حرکات مکیدن و جویدن را در رحم نشان می‌دهد.	نوزاد قدرت مکیدن و جویدن دارد و می‌تواند شیر مادر یا شیر خشک دریافت کرده، هضم کرده و دفع کند.
تغذیه از راه دستگاه گوارش انجام نمی‌شود.	نوزاد مستعد بلع هوا در حین تغذیه و گریه‌کردن است، به همین دلیل باید حین و پس از تغذیه به دلیل تجمع مواد در قسمت فوقانی معده آروغ بزند. شروع زودرس تغذیه از هیپوگلیسمی پیشگیری می‌کند.
دفع انجام نمی‌شود.	وجود حرکات پریستالتیک زیاد در قسمت پایینی روده موجب می‌شود نوزاد دفع مکرر داشته باشد.
در هنگام هیپوکسی یا وجود استرس، اسفنکتر مقعد منبسط شده و مکونیوم وارد مایع آمینوتیک می‌شود که این امر نشان‌دهنده دیسترس جنینی است.	عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول پس از تولد، نشان‌دهنده‌ی آن است که روده انسداد دارد. اولین مدفوع چسبنده و سبز تیره است و در ۲۴ ساعت اول دفع می‌شود. تغییر دفع مدفوع در روزهای اول نشانه‌ی سلامت دستگاه گوارش است.

جدول ۹-۱ ■ ویژگی‌های مهم نوزاد قبل و پس از تولد (ادامه)	
قبل از تولد	بعد از تولد
محتویات روده‌ها و معده استریل هستند.	محتویات معده و روده دیگر استریل نیستند. اسیدیته‌ی محتویات معده افزایش می‌یابد. نوزاد تا وقتی باکتری‌های فلور روده در روده مستقر نشوند، نمی‌تواند ویتامین K تولید کند.
حس‌های اولیه وجود دارد.	نوزاد تمام حس‌های اولیه را دارد و به مزه‌ها و بوهای شدید واکنش نشان می‌دهد.
عملکرد آنزیم‌ها و پانکراس نارس است (تا هفته‌ی ۳۶ تا ۳۸ حاملگی)	آنزیم آمیلاز تا چندماه اول زندگی ناکارآمد است. به دلیل میزان ناکافی آنزیم لیپاز (پانکراس)، هضم چربی‌ها به درستی صورت نمی‌گیرد. پپسینوژن (آنزیم ضروری برای هضم پروتئین‌ها) وجود دارد.
عملکرد دستگاه غدد درون‌ریز	
جفت به‌عنوان غدد درون‌ریز عمل می‌کند.	بی‌کفایتی هیپوفیز خلفی موجب کمبود تولید هورمون ضدادراری و اختلال عملکرد آزوپرسین شده و نوزاد را در معرض خطر دهیدراسیون قرار می‌دهد.
عملکرد دستگاه ادراری	
جفت مسئول دفع مواد زاید می‌باشد.	نوزاد به‌منظور دفع مواد زاید ادرار می‌کند. ادرار کردن باید ظرف هشت ساعت اول تولد رخ دهد. اگر بیشتر از هشت ساعت طول کشید، میزان دفع باید ثبت و گزارش شود.
جنین در داخل مایع آمنیوتیک ادرار می‌کند.	نوزاد بیش از ۱۰ درصد از وزن بدن خود را در روزهای اول تولد از دست می‌دهد (۸۰ درصد از نوزادان دچار اختلال در مایعات برون‌سلولی هستند). نوزاد به‌طور متوسط ۱۵ سی‌سی در هر بار و در ۲۴ ساعت ۲۰ مرتبه ادرار می‌کند.
عملکرد سیستم ایمنی	
قبل از تولد، جنین در محیط استریل قرار دارد.	نوزاد به محیطی پا می‌گذارد که با انواع عوامل پاتوژن در تماس است و مستعد ابتلا به عفونت خواهد بود. این مسئله به دلیل شکننده بودن پوست، فاگوسیتوز محدود (به‌ویژه توسط سلول‌های خونی) و محل‌های ورود میکروارگانیسم‌ها از جمله باقی‌مانده بندناف می‌باشد.

جدول ۹-۱ ■ ویژگی‌های مهم نوزاد قبل و پس از تولد (ادامه)	
قبل از تولد	بعد از تولد
فقط ایمونوگلوبولین G می‌تواند از جفت عبور کند. آنتی‌بادی‌های بدن مادر، جنین را در برابر بیماری‌های باکتریال و ویروسی از جمله دیفتری، اوریون، فلج اطفال و کزاز حفظ می‌کند.	نوزاد ایمنی غیرفعال را از مادر کسب کرده است. این ایمنی برای ۳ تا ۵ ماه دوام دارد. نوزاد هیچ ایمونوگلوبولینی علیه توکسوپلاسموز، سرخچه، سائتومگالوویروس و عفونت‌های هرپس (سندرم TORCH) ندارد.
عملکرد کبدی کبد نارسا است.	کلستروم که در ابتدای شیر وجود دارد، سرشار از IgA است (بنابراین استفاده از شیر مادر می‌تواند IgA را به بدن نوزاد برساند و وی را در برابر عفونت‌های دستگاه گوارش و تنفس محافظت کند).
عملکرد کبد با تأخیر شروع می‌شود و آنزیم‌ها به میزان کافی وجود دارد.	اگر مادر در سه‌ماهه‌ی آخر بارداری، آهن به میزان کافی دریافت کند، آهن در کبد نوزاد ذخیره می‌شود. به دلیل کمبود ویتامین K، تولید پروترومبین محدود است.
پیشگیری از خونریزی (Equa.mephyton) به نوزاد موجب می‌شود زمان انعقاد به محدوده طبیعی برگردد.	تا هنگامی که توسط فلور روده، به اندازه‌ی کافی ویتامین K تولید نشود، توانایی کبد در تولید عوامل انعقادی نظیر پروترومبین محدود است. در روزهای اول تولد، نوزاد مستعد خونریزی می‌باشد. تجویز ویتامین K به‌منظور پیشگیری از خونریزی (Equa.mephyton) به نوزاد موجب می‌شود زمان انعقاد به محدوده طبیعی برگردد.
بیلی‌روبین یک ماده‌ی سمی است و به همین دلیل اندازه‌گیری سطح آن اهمیت دارد.	به دلیل عدم کفایت آنزیم گلوکورونیل ترانسفراز عمر سلول‌های قرمز خون (RBC) کوتاه است و میزان شمارش (RBC) بیش از حد معمول است و زردی تقریباً در روز سوم قابل مشاهده است (زردی فیزیولوژیک).
عملکرد دستگاه عصبی جنین رفلکس‌های اولیه را دارد.	نوزاد تازه‌متولدشده در معرض خطر هیپوگلیسمی (گلوکز خون کمتر از ۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) است.
سیستم عصبی نابالغ است.	نوزاد با رفلکس‌های اولیه متولد می‌شود (چنگ‌زدن، مکیدن، جست‌وجو، مورو و رفلکس تونیک گردن). حرکات به‌صورت ناهماهنگ است.

شروع تنفس

تحریکات حسی که به شروع تنفس کمک می‌کنند، زمانی شروع می‌شوند که نوزاد از محیط تاریک و

گرم رحم به محیط سرد، پرتماس، متحرک، روشن و پرصدای خارج رحم می‌آید. کلامپ طناب ناف یکی محرک شیمیایی قوی است. هنگامی که جریان خون جفت با کلامپ کردن طناب نخاعی قطع می‌شود، نوزاد دچار هیپوکسی خواهد شد. تغییر دما مهمترین محرک دمایی برای تنفس است. مهمترین محرک مکانیکی شامل فشار بر قفسه‌سینه و برداشتن این فشار است که موجب کشیده‌شدن هوا به داخل ریه و خروج آن می‌شود.

✦ انبساط ریه‌ها یک فشار منفی در قفسه سینه ایجاد می‌کند که در تمام طول زندگی باقی می‌ماند.
✦ در طی زندگی جنینی، جریان خون به کبد و ریه‌ی غیرفعال وارد نمی‌شود.

توقف ساختار جنینی (شانته‌ها)

در طی زندگی جنینی، جریان خون به کبد و ریه‌ی غیرفعال وارد نمی‌شود. به عبارت دیگر، سه شانت دوران جنینی مجرای شریانی، دریچه بیضی و مجرای وریدی باید مسدود شود. این فرایند به دلیل افزایش میزان اکسیژن خون، افزایش فشار قلب و کلامپ بندناف ایجاد می‌شود.

✦ **دریچه‌ی بیضی:** دریچه‌ی بیضی سوراخی است در دیواره‌ی قلب، بین دهلیز راست و چپ که به دلیل فشار بالای دهلیز راست، خون از میان آن جریان دارد. این دریچه همانند یک دریچه‌ی یک‌سویه است که جریان خون را از سمت راست به سمت چپ منتقل می‌کند و یک شانت از ریه‌ها به آئورت است. به‌طور عملی، دریچه‌ی بیضی ظرف یک دقیقه پس از تولد مسدود می‌شود و از نظر آناتومیکی طی دو هفته پس از تولد به‌طور کامل مسدود می‌شود.

✦ مجرای شریانی

❖ مجرای شریانی خون را در طی زندگی جنینی از شریان ریوی به شریان آئورت انتقال می‌دهد. مجرای شریانی از نظر عملکردی ۱۵ تا ۲۴ ساعت پس از تولد بسته می‌شود و از نظر آناتومیکی تقریباً ۳ تا ۴ هفته پس از تولد به‌طور کامل مسدود می‌شود.

❖ لازم به تذکر است که امکان بازشدن مجدد مجرای شریانی در طی هفته‌های اول پس از تولد وجود دارد. اگر فشار خون یا سطح اکسیژن نوزاد کاهش یابد، گردش خون دوباره به حالت جنینی بازمی‌گردد و مجرای شریانی باز می‌شود. این فرایند «باز بودن کانال شریانی» نامیده می‌شود.

✦ **مجرای وریدی:** مجرای وریدی یکی ساختار جنینی (شانته) است که خون حاوی اکسیژن از طریق آن به کبد و ورید اجوف تحتانی وارد می‌شود. مجرای وریدی از نظر آناتومیکی تقریباً دو هفته پس از تولد بسته شده و به لیگامان تبدیل می‌شود.

تنظیم دما

- ✦ تنظیم دما به معنای توانایی تولید حرارت و حفظ درجه حرارت طبیعی بدن است که یک عملکرد متابولیک حیاتی است و برای بقای جنین ضروری است.
- ✦ وجود وضعیت خمیده در انتهای نوزادان ترم، تماس پوست با هوا را به حداقل می‌رساند.
- ✦ مهم‌ترین مسئولیت در هنگام مراقبت از نوزاد، حفظ دمای طبیعی محیط است تا از اتلاف دما و استرس سرما جلوگیری شود.
- ✦ حفظ دمای پوست شکم در حدود $97/7^{\circ}\text{F}$ (36°C) مصرف اکسیژن را به حداقل می‌رساند و انرژی را ذخیره می‌کند.

عوامل مؤثر در اتلاف گرما

نوزاد به دلیل سطح بدن زیاد در مقایسه با وزنش، مستعد از دست دادن حرارت است. پوست نوزاد نازک است و عروق خونی به سطح پوست نزدیک هستند و چربی زیرپوستی کمی به عنوان عایق حرارتی وجود دارد.

جلوگیری از اتلاف دما در نوزاد

- ❖ بلافاصله پس از تولد نوزاد را خشک کنید.
- ❖ بلافاصله پس از تولد سر نوزاد را خشک کرده و آن را با کلاه بپوشانید.
- ❖ نوزاد را در پتویی که از قبل گرم کرده‌اید، بپوشانید. اگر محیط مناسب نیست، یک پتوی گرم دیگر هم روی وی قرار دهید.
- ❖ از تماس نوزاد با ملحفه‌ی خیس جلوگیری کنید. در صورت لزوم ملحفه‌های خیس را تعویض کنید.
- ❖ پس از تولد و خشک کردن نوزاد، تماس بین پوست نوزاد و مادر را برقرار کنید. بدن گرم مادر، نوزاد را گرم می‌کند.
- ❖ با گذاشتن نوزاد در زیر هیتر تابشی، وی را گرم نگه دارید.
- ❖ نوزاد را در نزدیکی وسایل تهویه، در یا پنجره قرار ندهید.
- ❖ هیترهای تابشی، انکوباتور و تخت نوزاد را از کنار پنجره دور کنید.
- ❖ بین بدن نوزاد و سطح سرد، پتوی گرم قرار دهید (نظیر میز یا وزنه).
- ❖ قبل از تماس با نوزاد، دست و گوشی پزشکی را گرم کنید.
- ❖ پس از هر پروسیجر بلافاصله نوزاد را بپوشانید.
- ❖ دمای محیط را در حدود 77°F (25°C) نگه دارید.

❖ دمای پوست سطح شکم را تا ثابت شدن آن در درجه‌ی $97/7^{\circ}\text{F}$ (36°C) کنترل کنید.

اتلاف گرما در محیط

- ❖ اتلاف گرما در محیط به چهار روش صورت می‌گیرد: تبخیر؛ هدایت؛ وزش و تابش.
- ❖ **هدایت.** هدایت به معنای اتلاف گرما از طریق تماس مستقیم یک سطح خنک با پوست می‌باشد. وقتی نوزاد با اشیای سرد تماس می‌یابد، اتلاف گرما از طریق هدایت رخ می‌دهد.
- ❖ **وزش.** وزش به معنای اتلاف گرما از طریق تماس سطح بدن با باد خنک و وزنده می‌باشد. جریان هوا ناشی از وسایل تهویه یا حرکت افراد اتلاف گرما را افزایش می‌دهد.
- ❖ **تابش.** اتلاف دما از طریق تابش به این معنی است که یک جسم گرم در نزدیکی جسم سرد باشد و با یکدیگر تماس مستقیم نداشته باشند.

تولید گرما بدون لرزیدن

- ❖ در بزرگسالان در واکنش به سرما عضلات شروع به فعالیت نموده و لرز رخ می‌دهد. در مقایسه با بزرگسالان نوزادان نمی‌توانند از لرزیدن برای تولید گرما استفاده کنند، چون ذخیره و مصرف گرما برای حفظ درجه حرارت مشکل است. نوزادان برای تولید گرما بدون لرزیدن، به استفاده از چربی قهوه‌ای و انقباض عروق در محیط‌های سرد و انبساط عروق در محیط‌های گرم متکی هستند.
- ❖ در نوزادی که به‌طور طولانی در معرض استرس سرما قرار داشته، ذخیره‌ی چربی قهوه‌ای کاهش می‌یابد و به این دلیل روند تولید گرما دچار اختلال می‌شود. چربی قهوه‌ای به‌طور معمول در ماه سوم زندگی ناپدید می‌شود.

مفاهیم کلیدی

- ❖ نوزاد باید بتواند با زندگی خارج از رحم تطابق یابد. برای داشتن زندگی مستقل، نوزاد باید بتواند با تغییرات گردش خون و تهویه‌ی تنفسی، سازگاری برقرار کند.
- ❖ پس از کلامپ کردن بندناف، با تحریکات شیمیایی، حسی، گرمایی و مکانیکی که موجب تحریک مرکز تنفس در مغز می‌شود، تنفس اولیه برقرار می‌شود.
- ❖ تنفس در خارج از رحم، افزایش سطح اکسیژن خون و افزایش جریان خون ریه، موجب افزایش فشار در قلب و بسته شدن مجرای شریانی، سوراخ بیضی و مجرای وریدی می‌شود که همه‌ی این‌ها در زمان کوتاهی پس از تولد رخ می‌دهد.
- ❖ در طی زایمان طبیعی واژینال، قفسه‌ی سینه‌ی جنین فشرده شده و به خروج مایع از ریه کمک می‌کند.

پس از تولد و بازگشت ریه به حالت اولیه، هوا جایگزین مایع می‌شود. انبساط ریه‌ها و خروج مایعات موجب جریان یافتن گردش خون ریوی می‌شود.

✦ تولید سورفاکتانت در حفظ انبساط آلوئول‌ها در طی بازدم و برقراری تهویه‌ی تنفسی اهمیت حیاتی دارد. سورفاکتانت کفایت ریه را افزایش می‌دهد و کمک می‌کند تا ریه‌ها به آسانی پر از هوا شود. ✦ در هنگام تولد، در نوزاد ترم، اسفنکتر کاردیا و پیلور ضعیف است و گاهی اوقات، معده حرکات پرستالتیک برعکس دارد. این دلایل موجب می‌شود که نوزاد دچار استفراغ‌های خفیف و رگورژیتاسیون شود.

✦ در طی هفته‌ی اول زندگی، کبد توانایی تبدیل بیلی‌روبین از نوع محلول در چربی به نوع محلول در آب را ندارد که بتواند از طریق ادرار و مدفوع دفع شود. هم‌چنین کبد گلبول‌های قرمزی که دیگر به آن نیازی نیست را تخریب می‌کند که در نتیجه سطح بیلی‌روبین خون بالا می‌رود. بنابراین در بسیاری از نوزادان در روز سوم تولد، زردی قابل مشاهده است.

✦ نوزادان ایمنی اکتسابی غیرفعال در برابر بیماری‌های باکتریال و ویروسی را از مادر کسب می‌کنند. این نوع از ایمنی حداقل ۳ تا ۵ ماه دوام دارد.

✦ تنظیم درجه حرارت بدن نوزاد، با تعادل در تولید حرارت و اتلاف حرارت انجام می‌شود. نوزادان به‌راحتی از طریق تبخیر، هدایت، وزش و تابش، گرما از دست می‌دهند.

✦ نوزادان مستعد از دست دادن گرما هستند، چون پوست آن‌ها نازک است. چربی زیرجلدی کمی دارند، عروق خونی به سطح پوست نزدیک است و سطح بدن آن‌ها نسبت به وزنشان زیاد می‌باشد. بلافاصله پس از تولد، نوزادان از طریق تبخیر مایع آمینوتیک از سطح پوست یا حمام کردن، حرارت از دست می‌دهند. به‌علاوه اتلاف گرما ممکن است از طریق تابش و هدایت به‌دلیل بزرگ‌بودن سطح بدن نسبت به وزن صورت گیرد.

✦ منبع اولیه‌ی تولید گرما هنگام لرزیدن (استرس سرما) در نوزادان، استفاده از چربی قهوه‌ای است در صورت ادامه‌ی استرس سرما، مشکلات جدی نظیر هیپوگلیسمی، اسیدوز، زردی و دیسترس تنفسی ایجاد می‌شود.

بررسی نوزاد تازه متولد شده

(نورس)

فصل

۱۰

✦ بررسی پرستاری نوزاد شامل مشاهده، دق، سمع و لمس است.

✦ اولین مرحله از بررسی و مراقبت از نوزاد در اتاق زایمان انجام می‌گیرد. در این مرحله ارتباط بین نوزاد و والدین پایه‌گذاری می‌شود. مرحله‌ی دوم مراقبت و بررسی نوزاد در مرحله‌ی پذیرش وی در بخش نوزادان، معمولاً ۱ تا ۴ ساعت پس از تولد انجام می‌گیرد که در این مرحله جزییات بیشتری مورد توجه قرار می‌گیرد.

ویژگی‌های عمومی

✦ وضعیت استراحت و وجود حرکات خودبخودی تا قبل از شروع گریه‌ی نوزاد بهترین وضعیت برای ارزیابی وی است. در هنگام استراحت می‌توان وجود فلکسیون و تقارن در نوزاد را مشاهده کرد.

✦ لرزش زیاد و طولانی می‌تواند نشانه‌ی هیپراکتیویته باشد که باید برای بررسی‌های بیشتر گزارش شود.

✦ گریه نوزاد باید شدید و قوی باشد. گریه با تون بالا و تیز غیرطبیعی است و می‌تواند نشان‌دهنده اختلالات عصبی، هیپوگلیسمی یا محرومیت از مواد باشد.

ضربان قلب

ضربان قلب را می‌توان با یک گوشی که از قبل گرم شده و آن را بالای ناحیه‌ی قلب کمی متمایل به سمت چپ نوک سینه (فضای بین‌دنده‌ای چهارم و سمت چپ میدکلاویکول) قرار می‌دهید، گوش کنید.

تنفس

چون تنفس نوزادان دیافراگماتیک یا شکمی است، پرستار می‌تواند با نگاه کردن به حرکات شکم نوزاد،

تعداد تنفس را بشمارد. میزان طبیعی تنفس ۳۰ تا ۶۰ بار در دقیقه است. بنابراین توقف تنفس بیشتر از ۱۵ ثانیه (آپنه) باید بررسی شود.

❖ وضعیت تنفسی نوزاد:

- ❖ تنفس را برای یک دقیقه کامل بشمارید، چون الگوی تنفسی در نوزادان نامنظم است.
- ❖ میزان تنفس را بررسی کنید و اگر کمتر از ۳۰ تنفس در دقیقه یا بیشتر از ۶۰ تنفس در دقیقه باشد، به پرستار مسئول بخش گزارش دهید.
- ❖ علائم و شواهد دیسترس تنفسی نظیر پرش پره‌های بینی، خرخرکردن یا رتراکسیون (جناغ) را گزارش کنید.
- ❖ غشای مخاطی را از نظر سیانوز بررسی کنید.
- ❖ بررسی طول مدت آپنه اگر بیش‌تر از ۱۵ ثانیه است.
- ❖ بررسی نیاز به پاک‌سازی راه هوایی در صورت انسداد راه هوایی یا خفگی
- ❖ ساکشن در صورت لزوم با پوآر
- ❖ گزارش یافته‌های غیرطبیعی به پرستار مسئول شیفت

درجه حرارت

- ❖ درجه حرارت نوزاد بلافاصله پس از تولد کاهش می‌یابد. نوزاد تازه‌متولدشده هنوز نمی‌تواند دما را به طور مؤثر تنظیم کند و بدن نوزاد به‌سرعت تحت تأثیر درجه حرارت محیط قرار می‌گیرد. نوزاد نمی‌تواند از طریق لرزیدن، درجه حرارت خود را حفظ کرده یا افزایش دهد، اما به‌جای آن با سوزاندن بافت مخصوصی به‌نام چربی قهوه‌ای، تولید حرارت می‌کند.
- ❖ از حرارت‌سنج‌های رکتال به‌طور معمول استفاده نمی‌شود، چون ممکن است موجب تحریک بافت مخاطی رکتوم و پرفوراسیون شود.
- ❖ درجه حرارت ممکن است به‌دلیل دهیدراتاسیون، پوشاندن بیش از حد نوزاد و عفونت، افزایش یابد.
- ❖ درجه حرارت اتاق باید 25°C (77°F) باشد. چون نوزاد نمی‌تواند به‌طور مؤثر عرق کند (غدد عرقی در هفته اول زندگی عملکرد کاملی ندارند)، افزایش درجه حرارت می‌تواند موجب بروز بشورات کوچک و قرمزی شود که به‌عنوان عرق‌سوز یا میلیاریا (Miliaria) شناخته می‌شود.

فشار خون

متوسط فشار سیستولیک در بدو تولد ۸۰-۶۰ میلی‌متر جیوه و دیاستولیک ۵۰-۴۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد.

هنگامی که کودک در حال گریه کردن یا مکیدن است، فشار خون ۱۰ تا ۲۰ میلی‌متر افزایش می‌یابد. کاف باید نیم تا سه‌چهارم عضو را بپوشاند.

بررسی مشخصات فیزیکی

پوست

در صورتی که مکونیوم قبل از تولد دفع شود، رنگ سبز قهوه‌ای (لکه‌ی مکونیوم) بر روی پوست، ناخن‌ها و طناب ناف‌ی دیده می‌شود. پوسته‌پوسته‌بودن یا ترک‌داشتن پوست در نوزادی که پس از موعد مقرر متولد می‌شود، قابل مشاهده است.

سر

✦ نوزادانی که زایمان واژینال دارند و از سر متولد می‌شوند، سر کشیده‌شده‌ای دارند که به آن مالدینگ می‌گویند و معمولاً در طی چند روز برطرف می‌شود.

✦ اندازه محیط سر به طور متوسط ۳۳-۳۷ سانتی‌متر است. دور سر نوزاد معمولاً مساوی یا ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) بیشتر از دور سینه است.

✦ **مالدینگ و کاپوت سوکسیدنوم:** مالدینگ یا همپوشی استخوان‌های جمجمه در اثر فشرده شدن سر در طی تولد اتفاق می‌افتد. کاپوت سوکسیدنوم برآمدگی موضعی بافت نرم جمجمه است که به دلیل فشار وارده‌ی ناشی از زایمان ایجاد می‌شود. ممکن است در روی خطوط جمجمه ایجاد شود.

✦ **سفالوهماتوم:** سفالوهماتوم به معنای تجمع خون بین پریوست و مغز استخوان‌های جمجمه است. ممکن است به صورت یک‌طرفه یا دوطرفه باشد و معمولاً روی خطوط جمجمه ایجاد نمی‌شود.

فونتanelها

❖ فونتanelها در جمجمه وجود دارند تا به جمجمه اجازه دهند برای عبور از کانال زایمان اندازه‌ی مناسب را کسب کند.

❖ هنگام گریه، سرفه یا استفراغ، فونتanel قدامی برجسته می‌شود.

❖ اندازه‌ی فونتanelها در نوزاد پره‌ترم و ترم یکسان است.

❖ فرورفتگی فونتanel یک علامت دیررس در دهیدراتاسیون است. بزرگی فونتanel یا دیر بسته شدن آن، نشان‌دهنده‌ی هیپوتیروئیدیسم مادرزادی، سندرم داون، سرخچه، سیفلیس یا افزایش فشار داخل جمجمه است.

❖ فونتanel قدامی به طور معمول در ماه ۱۸ پس از تولد بسته می‌شود.

جدول ۱-۱۰ ■ بررسی پوست

یافته‌های بالینی	یافته‌های معمول	یافته‌های متفاوت یا مشکلات
زمینه‌ی پوست	نرم، خشک، ممکن است در دست‌ها و پاها ترک دیده شود.	وجود ترک در تمامی بدن، پوست خیلی خشک که نشان‌دهنده‌ی دهیدراتاسیون است.
تورگر (الاستیسیته)	بررسی وضعیت دهیدراتاسیون. وقتی پوست نیشگون گرفته می‌شود، باید بلافاصله به وضعیت طبیعی خود بازگردد.	هنگامی که پوست نیشگون گرفته می‌شود، به‌آهستگی به محل اصلی خود بازمی‌گردد یا در آن حالت باقی می‌ماند که در صورت دهیدراتاسیون یا وجود عفونت، این علامت رخ می‌دهد.
لکه‌های عروقی	حالت شبکه‌ای شدن عروق منبسط شده در زیر پوست	ناشی از نوسان گردش خون عمومی، لرزیدن مکرر یا آپنه طولانی مدت
میلیا (انبساط غدد سباسه)	وجود ضایعات کوچک (دانه‌های سفید) در ناحیه‌ی چانه، بینی و پیشانی به والدین آموزش دهید از وارد کردن فشار یا کندن ضایعات خودداری کنند.	به‌طور خودبه‌خود ناپدید می‌شود، درمان خاصی ضرورت ندارد.
ورنیکس کازنوزا	ماده‌ی پنیری‌شکل، روغنی، زرد و سفید، در چین‌های پوستی بیشتر وجود دارد.	محافظةت از پوست، در پره‌ماچوریتی شدید و تولد پس از موعد دیده نمی‌شود.
لکه‌های قرمز	راش‌های معمول صورتی‌رنگ، اغلب حالت لکه‌لکه، حداکثر بروز آن در ۴۸-۲۴ ساعت اول است (اغلب به عنوان «راش‌های تولد» یا «کک‌گزیدگی» نامیده می‌شود).	به‌دلیل ظریف و حساس بودن پوست، علت شناخته‌شده‌ای ندارد.
پتشی	نقاط قرمز مایل به آبی به‌دلیل پارگی مویرگ‌های کوچک در هنگام تولد	پتشی‌های جدید یا بیش از حد نشان‌دهنده‌ی عفونت یا هموفیلی است.
زردی فیزیولوژیک	۵۰ درصد از کودکان تازه متولدشده به‌دلیل افزایش سطح بیلی‌روبین در روز سوم پوستی زردرنگ دارند که پس از روز سوم کاهش می‌یابد. جناغ سینه یا نوک بینی را بفشارید، رنگ لته‌ها یا صلیبه چشم‌ها را بررسی کنید.	زردی در روز اول تولد غیرطبیعی است، افزایش بیش از حد بیلی‌روبین ممکن است موجب صدمه به سیستم عصبی مرکزی شود. ممکن است ناشی از تغذیه با شیر مادر باشد.
لانگو	موهای نرم بر روی شانه‌ها، پشت و پیشانی	میزان آن متفاوت است. در پره‌ماچوریتی شدید یا تولد پس از موعد دیده نمی‌شود، در طی یک ماه ناپدید می‌شود.
لکه‌های مغولی	لکه‌های بنفش مایل به آبی در پشت، شانه‌ها و باسن. در ۷۰ درصد از نوزادان سیاه‌پوست، آسیایی‌ها و هندی - امریکایی دیده می‌شود (در سفیدپوستان ده درصد است).	به‌دلیل تجمع ملانین، در طی چندین سال محو می‌شود. رنگ صورت و غشاهای مخاطی باید بررسی شود.

جدول ۱-۱۰ ■ بررسی پوست (ادامه)		
یافته‌های بالینی	یافته‌های معمول	یافته‌های متفاوت یا مشکلات
سیانوز انتهاها	تغییر رنگ آبی (شبیه سیانوز)	به دلیل کندی در جریان خون محیطی است. در ۲ تا ۴ ساعت اول پس از تولد وجود دارد. از سیانوز عمومی متفاوت است.
تغییر رنگ پوست یا نشانه تولد	دست‌ها و پاها، لب‌ها، لثه‌ها و زبان باید صورتی باشد.	نیاز به درمان ندارد.
تغییر رنگ پوست یا نشانه تولد	هنگامی که نوزاد به پهلو دراز می‌کشد، قسمت تحتانی بدن وی صورتی و قسمت بالایی رنگ‌پریده است.	
لکه‌های عروقی (لکه‌های شبیه گازگرفتگی)	لکه‌های قرمز بدون برجستگی در پلک فوقانی، پشت، گردن و وسط پیشانی	معمولاً محو می‌شود.
خال مادرزادی	آنژیوم مویرگ‌ها درست در زیر پوست، اندازه و شکل آن متفاوت است، بیشتر در صورت دیده می‌شود.	پایدار باقی نمی‌ماند.

❖ فونتانل خلفی معمولاً در ماه دوم و سوم بسته می‌شود. دیر بسته شدن فونتانل نشان‌دهنده‌ی هیدروسفالی است.

صورت

❖ گونه‌ها به دلیل تجمع چربی شکل کاملی دارد، این چربی‌ها به رفلکس مکیدن قوی در نوزاد کمک می‌کند و به آن «بالشتک‌های مکیدن» اطلاق می‌شود.

چشم‌ها

❖ محل قرارگرفتن آن در صورت، فاصله‌ی بین آن، تقارن و رفلکس پلک‌زدن، باید مورد بررسی قرار گیرند.

❖ بینایی بیش از آنچه که از قبل تصور می‌شد، در ابتدای تولد کامل است. نوزاد تازه متولد شده نزدیک‌بین است.

❖ نوزاد تازه متولد شده می‌تواند به مدت ۱۰ ثانیه روی یک شیء تمرکز کند و طرح‌های ساده را ترجیح می‌دهد. نوزادان از اشکال منظم بیش‌تر از اشکال نامنظم لذت می‌برند، بنابراین بهترین محرک برای نوزاد، دیدن صورت افراد است.

❖ اشک ریختن هنگام گریه تا قبل از دو ماهگی طبیعی نیست. اشک ریختن در نوزاد تازه متولد شده می‌تواند نشانه‌ی کنژکتیویت یا گلوکوم باشد.

❖ بینی: بررسی بازبودن مجرای بینی را می‌توان با بستن مجرای دیگر بررسی نمود. بازشدن پره‌های

بینی می‌تواند نشانه‌ی دیسترس تنفسی باشد.

❖ دهان

- ❖ دهان نوزاد باید از نظر بسته‌بودن کام، وجود دندان، بزاق بیش از حد و عفونت بررسی شود. مرواریدهای اپشتاین، کیست‌های سفید کوچکی است که از تجمع سلول‌های اپیتلیال ایجاد شده و در خط وسط کام سخت مشاهده می‌شود.
- ❖ وجود ترشحات بیش از حد در دهان می‌تواند نشان‌دهنده‌ی فیستول نای - مری یا آترزی مری باشد.
- ❖ زبان بزرگ و بیرون‌زده یکی از مشخصه‌های سندرم داون است که باید مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ❖ وجه افتراق لکه‌های سفید - خاکستری ناشی از عفونت کاندیدیا آلبیکانس با دلمه‌های شیر این است که نمی‌توان لکه‌های عفونی را به راحتی از مخاط دهان جدا نمود.

❖ گوش‌ها

- ❖ گوش از نظر محل قرارگیری، شکل و میزان غضروف باید بررسی شود. تست‌های غربالگری شنوایی در بسیاری از مراکز انجام می‌شود. پس از اولین عطسه، با جذب موکوس گوش میانی و پاک‌شدن مجرای استاش، شنوایی ثابت می‌شود.

گردن

- ❖ گردن باید از نظر وجود توده و صدمه به عضلات بزرگ آن بررسی شود. حرکت در محدوده عضلات گردن باید با مشاهده‌ی حرکت سر و هم‌زمان با حرکت شانه بررسی شود.

قفسه سینه

- ❖ قفسه سینه‌ی طبیعی، گرد، متقارن و کمی کوچک‌تر از سر است. قفسه سینه باید در خط بین دو نیپل اندازه‌گیری شود که متوسط آن ۳۳-۳۰/۵ cm (۱۳-۱۲ اینچ) می‌باشد و یک اینچ (۲/۵۴ سانتی‌متر) از دور سر کم‌تر است.
- ❖ وجود ترشح از سینه‌ی نوزادان دختر و پسر شایع است که به دلیل تأثیرات هورمونی مادر قبل از تولد می‌باشد. ممکن است از سینه‌ی نوزاد ترشحات شیرمانندی به نام «شیر جادویی» در هفته‌ی اول تولد ترشح شود.

شکم

- ❖ شکم نوزاد کمی برآمده و متقارن است. در نوزادان سالم، برآمدگی قابل مشاهده‌ی در خط وسط شکم وجود دارد که به دلیل فاصله بین عضلات رکتوس ایجاد می‌شود و رکتوس دیاستازیس نام دارد.

جدول ۲-۱۰ ■ بررسی رفلکس‌ها و حس‌های نوزاد		
رفلکس یا حس	یافته‌های طبیعی	دوام، مدت و مشکلات بالقوه
رفلکس مورو (ازجاپريدن)	با یک صدای ناگهانی، حرکت ناگهانی یا صدای بلند، تحریک می‌شود، پاسخ نوزاد به‌صورت اکستانسیون و دورکردن انتهاها و بازکردن دست‌ها به شکل بادبزنی و خمیده شدن انگشت شست و متعاقب آن، فلکسیون دست‌ها به حالت در آغوش گرفتن می‌باشد.	وجود رفلکس مورو پس از ۶ ماهگی می‌تواند نشان‌دهنده صدمه‌ی مغزی باشد. بیش‌ترین شدت آن در دو ماهه‌ی اول است، عدم تقارن ممکن است به‌دلیل صدمه به کلاویکول یا شبکه‌ی عصبی باشد.
چنگ‌زدن	هرچیزی که با کف دست نوزاد برخورد کند، توسط نوزاد گرفته می‌شود و چند ثانیه نیز نگه داشته می‌شود.	تقریباً در ۲ ماهگی ناپدید می‌شود و حرکات ارادی تا ۸ ماهگی جایگزین آن می‌شوند.
رفلکس کف پا	هنگامی که کف پای نوزاد تحریک شود، انگشتان پا به سمت داخل جمع می‌شوند.	فقدان آن در نوزاد ترم نشان‌دهنده‌ی آسیب به طناب نخاعی است. پس از یک سال ناپدید می‌شود.
رفلکس بابینسکی	با تحریک کف پا از پاشنه به سمت بالا، انگشتان پای نوزاد به حالت هیپراکستانسیون درآمده و به‌شکل بادبزنی می‌شود.	
تونیک نک	اگر هنگامی که نوزاد به پشت قرار دارد، سر وی به سرعت به یک سمت چرخانده شود، اندام‌های همان سمت باز شده و اندام‌های طرف مقابل جمع می‌شود. گاهی اوقات به آن «وضعیت دفاعی» اطلاق می‌شود.	در ۴ ماهگی ناپدید می‌شود. فقدان این رفلکس به‌طور قریب در نوزاد ترم، نشان‌دهنده‌ی مشکلات عصبی است.
قدم‌زدن	هنگامی که نوزاد به‌صورت ایستاده گرفته می‌شود و یک پای او سطح صاف را لمس می‌کند، نوزاد پای دیگر را به حالت قدم‌برداشتن به جلو می‌آورد.	پس از ۴ هفته ناپدید می‌شود. فقدان آن در نوزاد ترم نشان‌دهنده اختلالات عصبی است.
خمیدگی تنه	هنگامی که نوزاد در وضعیت دمر قرار می‌گیرد، ضربه‌زدن به طناب نخاعی موجب می‌شود تنه به سمت تحریک شده برگردد.	فقدان آن نشان‌دهنده آسیب به CNS است، تقریباً در هفته‌ی چهارم ناپدید می‌شود.
مردمک	هنگامی که به چشم نوزاد نور تابانده می‌شود، نوزاد با انقباض مردمک واکنش نشان می‌دهد.	در تمام طول عمر باقی می‌ماند، انقباض ناهماهنگ، تثبیت اندازه یا گشادی مردمک، نشان‌دهنده‌ی آسیب CNS و نیازمند پیگیری بیشتر است.
پلک‌زدن	با تاباندن نور ناگهانی تحریک می‌شود.	فقدان آن نشان‌دهنده‌ی کاتاراکت است.

جدول ۲-۱۰ ■ بررسی رفلکس‌ها و حس‌های نوزاد (ادامه)		
رفلکس یا حس	یافته‌های طبیعی	دوام، مدت و مشکلات بالقوه
مکیدن	با گذاشتن پستان مادر یا انگشت در دهان نوزاد تحریک می‌شود.	این رفلکس، با لمس لب‌ها نیز تحریک می‌شود. تا ۸ الی ۱۶ ماهگی ادامه می‌یابد.
جست‌وجو	لمس گونه یا لب‌ها موجب می‌شود نوزاد سر خود را به سمت عامل محرک برگرداند.	تا شش ماهگی باقی می‌ماند.
اوغ‌زدن	با تحریک زبان کوچک در طی ساکشن کردن یا تغذیه، حرکات پریستالتیک معکوس رخ می‌دهد.	در تمام طول عمر باقی می‌ماند.
حس بینایی	در ابتدای تولد نوزاد می‌تواند روی شیء به فاصله‌ی ۸-۱۲ اینچ از صورت تمرکز کند. این شیء ممکن است در بالا یا کنار باشد.	نوزاد صورت افراد، شیء در حال حرکت و رنگ‌های دارای تضاد را ترجیح می‌دهد. تیزبینی نوزاد با تماس چشم در چشم و پیوستگی بین مادر و نوزاد بهبود می‌یابد. امکان برقراری ارتباط بین والدین و نوزاد را فراهم کنید.
شنوایی	واکنش به صداهای مختلف به‌ویژه صدای انسان وجود دارد، محل کلی صدا را می‌تواند مشخص کند.	صدای انسان می‌تواند نوزاد ناراحت را تسلی بخشد (واکنش مشخص به این محرک)
لامسه	نوزاد به لمس‌های تسلی‌بخش واکنش نشان می‌دهد.	لب‌های نوزاد به لمس بسیار حساس است، نوزاد با لمس آرام می‌شود و از حالت گریه به حالت هوشیاری و توجه یا به‌سمت خواب پیش می‌رود.
بوایی	نوزاد مزه‌های شیرین و ترش را تشخیص می‌دهد.	نوزاد می‌تواند بوی سینه‌ی مادر را از بوی دیگر افراد تشخیص دهد.

- ❖ داشتن یک شریان در طناب نافی، نشان‌دهنده‌ی ناهنجاری‌های مادرزادی است.
- ❖ بسیار مهم است که پرستار محل بندناف را از نظر خونریزی، ترشح یا عفونت بررسی کند.
- ❖ صداهای طبیعی روده اغلب دو ساعت پس از تولد هر ۱۵ ثانیه قابل شنیدن است.

مثانه

- ❖ اولین ادرار معمولاً به‌دلیل وجود کریستال‌های اسید اوریک به رنگ کهربایی تیره است و روی پوشک، صورتی‌رنگ است.

ناحیه‌ی ژنیتال

- ❖ جنسیت نوزاد باید به‌طور کامل مشخص باشد. در نوزاد دختر، لب‌های بزرگ باید لب‌های کوچک

را پوشانده باشد.

❖ در نوزاد پسر، پنیس باید از نظر سوراخ مجرای ادرار بررسی شود سوراخ مجرای ادرار باید درست در نوک پنیس باشد. در صورتی که سوراخ مجرای ادرار در زیر پنیس باشد، به آن هیپوسپادیاس و در صورتی که در بالای پنیس باشد، اپیسپادیاس گویند.

مقعد

❖ مقعد باید از نظر بازبودن، تون مناسب عضلانی و اسفنکتر آن مورد بررسی قرار گیرد. اگر نوزاد در ۲۴ ساعت او تولد مدفوع نداشت، باید از نظر انسداد مورد بررسی قرار گیرد.

ستون فقرات

❖ پشت نوزاد باید قایم و صاف باشد، چون انحنای کمری و ساکروم تا شروع نشستن نوزاد ایجاد نمی‌شود.

❖ چین گلوتهال و پوپلیته‌آل ران، به طور معمول در دو طرف متقارن است. با استفاده از مانور ارتولانی، باید دررفتگی مفصل هیپ بررسی شود.

اندامها

❖ اندامها باید از نظر کمبود یا داشتن انگشت اضافه، بدشکلی، چین‌های کف دست و فقدان نبض فمورال مورد بررسی قرار گیرند.

بررسی نورولوژیک

✻ لرزش نوزاد یک پدیده معمولی است که باید اطمینان یافت در محدوده طبیعی صورت می‌گیرد و از تشنج افتراق داده می‌شود. تشنج به صورت پلک‌زدن‌های مکرر، جویدن یا حرکت بلع خود را نشان می‌دهد.

تخمین سن بارداری

ارزیابی یافته‌های جسمی و عصبی به‌منظور تعیین سن بارداری در سیستم نمره‌دهی Ballard کاربرد دارد. جمع نمره‌ی این سیستم ۱۲ است و میزان رسیدگی، با توجه به تعداد هفته‌های بارداری بیان می‌شود. نوزاد زودرس قبل از هفته‌ی ۳۸ و نوزاد دیررس پس از هفته‌ی ۴۲ بارداری به دنیا می‌آید. در صورتی که وزن نوزاد کمتر از ده درصد باشد، اندازه‌ی نوزاد برای سن بارداری کوچک است (SGA)^۱ و در صورتی که

وزن وی بیشتر از ۹۰ درصد باشد، اندازه نوزاد برای سن بارداری بزرگ است (LGA)'. وزن به‌تنهایی شاخصی برای زودرس یا دیررس بودن نوزاد نیست.

ارزیابی رفتاری

- ❖ تغییرات رفتاری در مرحله‌ی «واکنش‌پذیری» که نوزاد در طی ۶ تا ۸ ساعت اول تولد از آن عبور می‌کند، رخ می‌دهد.
- ❖ نوزاد تازه متولد شده در طی مرحله‌ی اول واکنش‌پذیری در فاز آرامش قرار دارد. چشم‌های نوزاد باز و هوشیار است و به محرک‌ها پاسخ می‌دهد. متعاقب این مرحله، هوشیاری فعال قرار دارد. در طی فاز هوشیاری فعال، رفلکس مکیدن در نوزاد قوی است و گرسنگی بروز می‌کند و این بهترین زمان برای شروع تغذیه با پستان مادر است.
- ❖ پس از سپری شدن ۳۰ دقیقه تا یک ساعت، نوزاد حالت خواب‌آلوده پیدا کرده و می‌خوابد. در طی این دوره نوزاد حالت بی‌توجه دارد. این دوره از واکنش‌پذیری ممکن است ۲ تا ۴ ساعت طول بکشد. پس از بیدار شدن از خواب، نوزاد وارد دومین مرحله‌ی واکنش‌پذیری می‌شود. این مرحله ۴ تا ۶ ساعت طول می‌کشد. نوزاد هوشیار و آگاه است و ممکن است گریه کند. نوزاد فعالیت‌هایی نظیر جست‌وجو، مکیدن و بلع را نشان می‌دهد و اظهار گرسنگی می‌کند.

مفاهیم کلیدی

- ❖ بررسی جسمی نوزاد شامل مشاهده، لمس، دق و سمع است.
- ❖ سیانوز اندام‌ها، تغییر رنگ دست‌ها و پاهای نوزاد به سمت آبی طبیعی است.
- ❖ در طی فرایند تولد، فشار وارد بر استخوان‌های جمجمه‌ی جنین، موجب روی هم سوار شدن استخوان‌های جمجمه می‌شود (مالدینگ).
- ❖ کاپوت سوکسیدنوم یک تورم عمومی در سر است و سفالوهماتوم خونریزی زیر پریوست است که هر دو به دلیل طولانی شدن زایمان ایجاد می‌شود.
- ❖ بررسی رفتارهای نوزاد شامل بررسی حس‌های بینایی، شنوایی، لامسه و چشایی است.
- ❖ ارزیابی‌های عصبی موجب می‌شود اختلالات عصبی نوزاد مشخص شود.

✦ رفلکس‌های اولیه (شامل مکیدن، جست‌وجو، چنگ‌زدن، مورو، تونیک گردن و قدم‌زدن) نشان‌دهنده‌ی سلامت CNS است.

✦ رفلکس مکیدن با لمس لب‌ها تحریک می‌شود و رفلکس جست‌وجو با زدن ضربه ملایم به گوشه‌ی دهان تحریک می‌شود.

✦ رفتار نوزاد اطلاعات مناسبی را در مورد مراحل خواب و بیداری وی در اختیار ما قرار می‌دهد.

✦ مقیاس Ballard به تعیین سن بارداری نوزاد کمک می‌کند.



مراقبت پرستاری از نوزاد

فصل

۱۱

سه مرحله‌ی بر روی نوزاد

- ❖ مراقبت پرستاری از نوزاد توسعه‌ی سلامت جسمانی کودک و حمایت از خانواده متمرکز می‌باشد.
- ❖ «مراقبت ویژه» به معنی مراقبت از نوزادان در مرحله‌ی بلافاصله بعد از تولد می‌باشد تا زمانی که آن‌ها دوره‌ی انتقالی برای زندگی خارج رحمی را طی کرده و به شرایط پایداری دست یابند. سه مرحله‌ی انتقال شامل موارد زیر می‌باشد:
- ❖ مرحله ۱: تولد تا یک ساعت، دوره‌ی واکنش اولیه، ارایه‌ی مراقبت در اتاق زایمان
 - ❖ مرحله ۲: ۴-۱ ساعت پس از زایمان، ارائه‌ی مراقبت در بخش نوزادان، DRP یا اتاق مادر، ارزیابی کامل انجام می‌شود.
 - ❖ مرحله ۳: سه ساعت پیش از ترخیص، فاز دوم پاسخدهی، در اتاق مادر آغاز شده و شامل مداخلات پرستاری و آموزش می‌باشد.

مرحله‌ی دوم مراقبت

کلامپ نمودن طناب ناف و مراقبت کردن از بندناف

به والدین آموخته می‌شود جهت مراقبت از بندناف، گازی را به الکل ایزوپروپیل یا محلول تجویزی دیگری که مورد نظر فرد مراقب می‌باشد، آغشته و آن را در محل اتصال طناب ناف به پوست قرار دهند. محل بندناف تا هنگام افتادن بندناف پس از هر بار تعویض کهنه تمیز می‌شود. گزارش رطوبت، قرمزی، ترشحات یا هرگونه بوی نامطبوع از محل بندناف به فرد مراقب بهداشتی ضروری است.

هویت و ایمنی

در برخی مراکز نیز کلامپ بندناف یا میچ‌بند هویت به یک حسگر مجهز بوده که هنگام خارج نمودن کودک از تخت، زنگ هشدار را به صدا درمی‌آورد.

تنظیم درجه حرارت

✦ بکارگیری راهکارهایی جهت حفظ گرما و پیشگیری از استرس سرما در نوزاد از مسئولیت‌های مهم پرستاری است.

✦ طی مرحله اول مراقبت، نوزاد تا هنگام پایداری درجه حرارت در زیر یک وارمر تابشی قرار داده شده و یک دماسنج به روی شکم وی متصل می‌شود.

✦ در مرحله دوم و سوم پس از انتقال نوزاد به اتاق نوزادان یا اتاق مادر، درجه حرارت وی از طریق زیربغل هر چهار ساعت یک‌بار کنترل و گزارش می‌شود. حین استحمام نیاز به شست‌وشوی کامل لایه‌ی ورنیکس نیست، چرا که لایه‌ی فوق تا حدودی موجب محافظت در برابر میکروب‌ها می‌شود.

✦ با در نظر گرفتن بزرگی سر نوزادان، جهت ذخیره‌سازی گرما علاوه بر پوشاندن بلوز و دیپپر، سر نوزاد با کلاه پوشانده می‌شود. درجه حرارت نوزاد باید بین $37-37/5^{\circ}\text{C}$ نگاه داشته شود.

✦ پس از حمام اولیه، پرستار باید برای هر بار تماس با کودک دستکش بپوشد. درجه حرارت اتاق باید بین $75/2-77^{\circ}\text{F}$ ($24-25^{\circ}\text{C}$) نگاه داشته شود.

تزریق داخل عضلانی

✦ تزریق ویتامین K پروفیلاکسی جهت کمک به تشکیل لخته ضروری می‌باشد.

مراحل:

- ✦ سرسوزن‌های کوچک امکان دسترسی به عضله و عدم آسیب به استخوان را فراهم می‌آورند.
- ✦ انتخاب محل صحیح یک‌سوم میانی عضله واستوس لتراپس محل ارجح جهت تزریق می‌باشد.
- ✦ ثابت‌نمودن وضعیت پا از طریق نگهداری ران میان انگشت شست و سایر انگشتان، جهت پیشگیری از حرکت ناگهانی نوزاد و ایجاد آسیب احتمالی

درمان پیشگیرانه چشمی

درمان پیشگیرانه در برابر سوزاک چشمی برای کلیه‌ی نوزادان ضروری است، چرا که می‌تواند موجب کوری شود. به‌طور رایج از پماد اریتروماکسین چشمی (ایلویتسین)^۱ جهت مراقبت پروفیلاکسی چشم استفاده می‌شود. پماد باید کلیه نواحی کیسه‌ی ملتحمه را بپوشاند.

اندازه‌گیری قد و وزن نوزاد

هنگام کنترل وزن:

- ✦ هنگام کنترل وزن، ترازو را جهت جلوگیری از هدررفتن گرما در اثر تماس بدن با یک سطح سرد،

همچنین پیشگیری از انتقال آلودگی با یک پد کاغذی بپوشانید.

❖ جهت برقراری ایمنی، دست خود را در بالای وی نگاه دارید.

❖ وزن نوزاد را با وزن قبلی و محدوده‌ی طبیعی بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ g مقایسه کنید.

❖ **هنگام کنترل قد:**

❖ سر نوزاد را با استفاده از یک دست ثابت نگاه دارید، با دست دیگر زانوها را به سمت پایین فشار داده تا پا در حالت صاف قرار گیرد. عدد زیر پاشنه‌ی پا را بخوانید.

❖ کاغذ زیر نوزاد را در بالاترین نقطه‌ی سر و انتهای پاها علامت‌گذاری کنید. این روش برای نوزادان بسیار فعال مفید است.

❖ هرگز متر را از زیر نوزاد برهنه نکشید، زیرا ممکن است موجب بریدگی پوست نوزاد شود.

❖ **هنگام کنترل دور سینه و سر:**

❖ متر را در زیر سر قرار داده و با گذراندن از برجستگی استخوان پس‌سری، بالای گوش‌ها و ابروها، دور سر حلقه کنید.

❖ متر را جهت اندازه‌گیری دور سینه به سمت پایین رانده و دور نیپل‌ها حلقه کنید. اندازه‌گیری را حین بازدم انجام دهید.

محافظةت در برابر عفونت

❖ نوزادان بسیار مستعد ابتلا به عفونت می‌باشند و پیشگیری از عفونت بخش مهمی از مراقبت‌های پرستاری و آموزش به والدین را تشکیل می‌دهد. جلوگیری از انتقال عفونت میان نوزادان بستری، یکی از اهداف مهم مراقبت از نوزادان به‌شمار می‌رود.

❖ عفونت در نوزادان با علائمی نظیر تغذیه‌ی ضعیف، لتارژی و دوره‌های آپنه تظاهر می‌یابد.

❖ **معیارهای محافظت نوزاد از عفونت:**

❖ افرادی که در تماس مستقیم با نوزادان می‌باشند، باید پیش از شروع هر شیفت کاری به‌مدت ۳ دقیقه (از بالای آرنج) اسکراب شوند.

❖ کلیه‌ی مراقبین بهداشتی باید پیش از انجام مراقبت از نوزاد، گان تمیز بپوشند.

❖ مراقبین باید پیش از تماس با وسایل نرسری یا لمس نوزاد دیگر، جهت اجتناب از انتقال عفونت، دست‌های خود را دوباره بشویند.

❖ از ورود افراد مبتلا به عفونت به بخش مادران - نوزادان باید جلوگیری نمود.

❖ هر نوزاد باید وسایل و تخت مختص به خود داشته باشد.

❖ محل بندناف و کلیه‌ی مناطق پوستی باز باید روزانه از نظر قرمزی، گرما یا ترشحات چرکی کنترل شود.

❖ در صورت ابتلای مادر به عفونت، مشاوره با فرد مراقب بهداشتی جهت تعیین ایمنی تماس مادر و نوزاد ضروری خواهد بود.

تست‌های غربالگری نوزادان

در ایالات متحده‌ی امریکا، کلیه‌ی نوزادان پس از تولد با کسب نمونه خون از نظر هیپوتیروئیدی و فنیل‌کتون‌اوروی، نوعی متابولیسم ناقص پروتئین، غربالگری می‌شوند. غربالگری شنوایی نیز ممکن است در این برنامه گنجانده شود.

ارزیابی و کنترل درد در نوزادان

❖ مسئولیت درک پاسخ‌های فیزیولوژیک و رفتاری نوزادان نسبت به درد و فراهم‌سازی معیارهای راحتی به‌عهده پرستار می‌باشد.

❖ ابزارهای متعددی جهت ارزیابی درد در دسترس می‌باشد:

❖ **CRIES**^۱. این ابزار از ده قسمت تشکیل شده و جهت سنجش درد پس از جراحی در نوزادان با سن بارداری ۳۲ هفتگی یا بیشتر به‌کار می‌رود. معیارهای سنجش در این ابزار شامل حالت‌های چهره، گریه، حرکت شانه‌ها و پاها، تسکین‌پذیری و درجه‌ی اشباع اکسیژن می‌باشد

❖ **PIPP**: ابزار تعیین درد مورد استفاده در نوزادان نارس، معیارهای آن مشابه معیارهای CRIES می‌باشد.

❖ **NIPS**: ابزار سنجش درد در نوزادان، معیارهای آن مشابه با CRIES است.

❖ **N-PASS**: ابزاری جهت سنجش میزان درد، بی‌قراری و آرامش.

❖ عدم تسکین درد می‌تواند موجب خستگی، تحریک‌پذیری و کندی فرآیند التیام شود.

احتیاطات در مورد توسعه‌ی ایمنی نوزاد

❖ نوزاد نباید هرگز روی میز یا ترازوی اندازه‌گیری وزن، تنها رها شود. نوزادان باید حین تغذیه با شیشه‌ی شیر در آغوش گرفته شوند. شیشه‌ی شیر به‌دلیل احتمال برگشت شیر به دهان، آسپیراسیون و چوکینگ هرگز نباید با وسیله‌ای حمایت شود. حمایت شیشه همچنین ممکن است منجر به اوتیت مدیا شود (عفونت گوش میانی). دمای بدن نوزاد باید حفظ شود.

- ❖ نوزاد پس از شیردهی جهت پیشگیری از آسیب‌رسانیون باید به پهلو قرار داده شود.
- ❖ نوزاد را در هنگام خواب باید در وضعیت خوابیده به پشت قرار داد.
- ❖ کهنه یا ملحفه‌های اضافی نباید در تخت ذخیره شوند.

تسهیل دلبستگی عاطفی میان نوزاد و والدین

- ❖ تشویق والدین به درگیری با مسائل مراقبتی نوزاد از قبیل درآغوش گرفتن، شیردهی و تعویض کهنه، دلبستگی عاطفی میان آنها و نوزاد را توسعه می‌دهد.
- ❖ پرستار باید در مورد رفتارها و نحوه‌ی تشخیص نشانه‌های نوزاد با والدین صحبت نموده و طرق پاسخگویی به هریک از آنها را مورد بحث قرار دهد. آموزش باید بلافاصله پس از آمادگی والدین جهت انجام مراقبت از نوزاد آغاز شود.

مرحله‌ی سوم مراقبت

استحمام

- ❖ روش‌های مراقبتی از قبیل استحمام، فرصت مناسبی را جهت ارزیابی و آموزش فراهم می‌آورد.
- ❖ باید به والدین توصیه شود تا زمان افتادن طناب ناف و ترمیم محل ناف، کودک را با استفاده از اسفنج حمام کنند. استحمام پس از تغذیه موجب رگورژیتاسیون شده و توصیه نمی‌شود.

زمان تماس افراد با فرد مراقب بهداشتی

- ❖ در صورت بروز هریک از علائم ذیل، تماس با فرد مراقب ضروری می‌باشد:
 - ❖ درجه‌حرارت زیربغلی بیش از 38°C (100.4°F) یا کمتر از 36.1°C (97°F)
 - ❖ اختلال در تنفس یا قطع تنفس بیش از ۱۵ ثانیه
 - ❖ تغییر در رنگ پوست: تیرگی ظاهر، آبی‌رنگ‌شدن دور دهان یا زردی ناحیه‌ی سفید چشم
 - ❖ ترشح، قرمزی، خونریزی یا استشمام بوی نامطبوع از ناحیه‌ی بند ناف
 - ❖ خونریزی از محل ختنه‌گاه
 - ❖ قرمزی، کبودی یا ترشح از چشم‌ها
 - ❖ استفراغ مکرر یا قوی بیش از یک‌بار
 - ❖ امتناع از تغذیه برای دو یا چند وعده‌ی متوالی
 - ❖ دفع مدفوع آبکی سبزرنگ، دوبار یا بیشتر
 - ❖ عدم دفع ادرار به‌مدت ۱۸ ساعت یا دفع ادرار کمتر از شش مرتبه طی ۲۴ ساعت
 - ❖ عدم تسکین نوزاد: عدم تأثیر روش‌های تسکینی جهت آرام‌سازی نوزاد و تداوم گریه با صدای بلند

نحوه‌ی استفاده از کیسه‌ی جمع‌آوری ادرار در نوزادان

✦ مراحل:

۱. شست‌وشوی ناحیه‌ی ژنیتال، پرینه و نواحی اطراف، خشک نمودن کلیه‌ی مناطق (چسب موجود بر ناحیه‌ی مرطوب یا پوست چرب نمی‌چسبد، در نتیجه ادرار نشت خواهد نمود).
۲. در نوزادان دختر، کیسه از نیمه تا شده و به‌آرامی در طول پرینه قرار می‌گیرد، نواریها در اطراف پرینه قرار داده می‌شود.
۳. جهت نوزادان پسر، پیش از چسبانیدن چسب‌ها، بیضه و اسکروتوم درون کیسه گذارده می‌شود. نواریها در خلف پرینه، نه بر روی اسکروتوم، چسبانده می‌شوند.
۴. کهنه به‌آرامی و با دقت جایگزین می‌شود. می‌توان کهنه را برید و در بالا و پایین کیسه‌ی ادراری قرار داد. با این کار امکان مشاهده‌ی کیسه‌ی ادراری فراهم می‌شود.
۵. در نوزادان کوچک می‌توان یک گلوله پنبه‌ای را درون کیسه جمع‌کننده ادرار قرار داد و ادرار را با سرنگ از درون آن آسپیره نمود.
۶. کیسه ادرار خارج شده و ادرار درون ظرف استریل تخلیه شده، سپس برچسب زده و به آزمایشگاه ارسال می‌شود.
۷. ناحیه‌ی ژنیتال تمیز شده و نواحی چسب‌ها از نظر تحریک کنترل می‌شود. دیپیر تمیز جایگزین می‌شود.

نحوه قرارگیری و بغل نمودن نوزاد

- ✦ باید به والدین آموزش داده شود نوزاد را روی بالش سفت قرار داده و هرگز او را در حالت دمر (خوابیده روی معده) تنها رها نکنند. اکثر مرگ‌های ناشی از سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) در وضعیت خوابیده بر شکم رخ می‌دهد.
- ✦ نوزاد را می‌توان در چهار وضعیت اصلی بغل نمود. از وضعیت گهواره به‌طور رایج حین شیردهی استفاده می‌شود. در این وضعیت سر نوزاد روی بازو قرار داده می‌شود.
- ✦ وضعیت ایستاده، روشی ایمن جهت نگهداری کودک است. در این حالت امکان حمایت از سر، قسمت فوقانی کمر و باسن فراهم می‌شود. وضعیت فوق جهت ایجاد آروغ در نوزاد بسیار ایده‌آل است. در روش فوتبال تقریباً نیمی از بدن کودک از طریق ساعد حمایت شده و سر و گردن او در کف دست قرار می‌گیرند. به‌کارگیری این روش حین استحمام و شیردهی مفید می‌باشد. نگهداری در حالت کولیک جهت ساکت نمودن کودک حین بهانه‌گیری مفید می‌باشد.

کهنه‌گیری نوزاد و راش محل کهنه

نوزاد به طور مکرر دفع ادرار و مدفوع داشته و تعویض کهنه در صورت خیسی و آلودگی ضروری خواهد بود. استفاده از آب ساده و دستمال‌های مرطوب جهت پاکسازی ناحیه‌ی پرینه مناسب است با این وجود، دستمال‌های مرطوب حاوی مواد شیمیایی و مواد معطر موجب تحریک پوست نوزاد می‌شوند.

پوشاندن البسه

✠ به والدین توصیه می‌شود جهت پوشاندن لباس به نوزاد، راحتی و وضعیت هوا را مدنظر قرار دهند. به‌طور کلی پوشاندن یک بلوز و کهنه و قراردادن نوزاد در یک پتوی خواب نسبتاً سبک کافی است. محافظت پوست نوزاد در برابر آفتاب‌سوختگی به‌دلیل نازکی و شکنندگی ماهیت پوست ضروری است.

✠ توصیه به خانواده جهت اجتناب از مصرف شوینده‌ها و نرم‌کننده‌های لباس ضروری است.

ختنه

✠ تصمیم‌گیری در مورد ختنه‌ی نوزاد به‌عهده‌ی والدین می‌باشد. اختنه‌ی نوزادان در صورت وجود فیموز یا عدم برگشت پوست روی پنیس، الزامی است.

✠ تکنیک‌های مختلفی جهت انجام ختنه وجود دارد. رایج‌ترین آن‌ها عبارتند از: ختنه با کلامپ یلن یا Comco^۱ و حلقه پلاستیکی^۲.

کادر ۱-۱۱ ■ آموزش نحوه‌ی مراقبت از محل ختنه‌گاه در منزل

پرستار باید از طریق وسایل نوشتاری، والدین را برای انجام مراقبت از محل ختنه‌گاه آماده سازد. نکات یادداشت شده شامل موارد زیر می‌باشد:

- ❖ محل را تمیز نگاه داشته و کهنه را به طور مکرر تعویض کنید.
- ❖ محل را با آب گرم بشویید. از صابون یا پاک‌کننده‌های مخصوص نوزادان استفاده نشود، زیرا الکل موجود در دستمال‌های پاک‌کننده می‌تواند موجب تحریک محل زخم شود.
- ❖ دلمه‌ی زردرنگ موجود روی زخم را جدا نکنید.
- ❖ کهنه را جهت پیشگیری از وارد آمدن فشار بر روی محل ختنه‌گاه، شل ببندید.
- ❖ نوزاد حداقل باید شش کهنه را در طول روز خیس کند.
- ❖ هرگونه قرمزی، خونریزی یا درناژ را به فرد مراقبت بهداشتی گزارش کنید.

- ✦ اخذ رضایت‌نامه پیش از انجام ختنه الزامی است. اقدامات پرستاری شامل اجرای تکنیک‌های راحتی مانند نوازش سر و صحبت با نوزاد می‌باشد.
- ✦ خونریزی و عفونت دو عارضه احتمالی پس از ختنه می‌باشند. نوزاد باید به‌طور دقیق از نظر کبودی، خونریزی و دفع ادرار کنترل شود. در صورت خونریزی مختصر، پرستار با گاز استریل دو لایه یا اسپرینکل آغشته به ژل فوم فشار ملایمی را روی محل خونریزی وارد می‌آورد.
- ✦ در روش حلقه پلاستیکی، مصرف هرگونه پماد ممنوع می‌باشد. والدین باید آگاه باشند که حلقه تقریباً ظرف ۸-۴ روز خواهد افتاد.

صندلی حمل کودک در ماشین

- ✦ انجمن کودکان امریکا (۲۰۰۲)، استفاده از صندلی ماشین مناسب را به کلیه والدین توصیه می‌کند. صندلی ماشین درون وسیله نقلیه نباید در هر حرکت بیش از یک اینچ جابه‌جا شود و تسمه‌ی یراق آن باید به‌طور مناسب در سطح زیربغل کودک قرار گیرد.
- ✦ جهت بازنگه‌داشتن راه هوایی، صندلی حمل نوزاد باید از قابلیت چرخشی تقریباً به میزان ۴۵ درجه برخوردار باشد.

طرح ترخیص

- ✦ ترخیص زودهنگام مسئولیت مراقبت سلامتی از نوزاد را به عهده والدین می‌گذارد. فرد مراقب باید تمامی تلاش خود را در جهت آگاه‌سازی والدین طی اقامت کوتاه‌مدت در بیمارستان به کار گیرد.
- ✦ پرستار مسئول ترخیص باید مطمئن شود که اسامی و تلفن‌های درمانگاه یا مطب جهت پیگیری‌های بعدی در اختیار مادر قرار گرفته است.

مفاهیم کلیدی

- ✦ یک سیر بالینی، وسیله‌ای است که برای مراقبت‌های ویژه‌ی منظم، در یک زمان خاص و برای دستیابی به یک نتیجه از پیش تعیین‌شده استفاده می‌شود.
- ✦ مراقبت پرستاری از نوزاد بر توسعه‌ی سلامت جسمی نوزاد و حمایت از خانواده استوار است.
- ✦ اهداف پرستاری در مرحله اول، مراقبت فوری از نوزاد، شامل پاک‌سازی راه هوایی، کلامپ بندناف، تنظیم درجه حرارت بدن، ارزیابی عملکرد قلبی - ریوی، نمره‌دهی آپگار، تعیین هویت نوزاد و گزارش اطلاعات مرتبط با تولد می‌باشد.

✦ مداخلات طی مرحله دوم مراقبت عبارتند از: کنترل قد و وزن، انجام مراقبت پروفیلاکسی چشم جهت محافظت از نوزاد در برابر عفونت، تزریق داخل عضلانی ویتامین K به منظور پیشگیری از خونریزی، مراقبت از بندناف و حفظ درجه حرارت نوزاد.

✦ آزمایشات غربالگری در مرحله سوم مراقبت از نوزاد، پیش از ترخیص انجام می‌شود. آزمایشات فوق شامل غربالگری از نظر ابتلا به فنیل کتون‌اوری (نقص در متابولسیم اسیدآمینۀ فنیل‌آلانین) و هیپوتیروئیدی است. در برخی مناطق، آزمایشاتی جهت غربالگری آنمی سیکل، گالاکتوزومی و شربت افرا نیز انجام می‌شود. بسیاری از بیمارستان‌ها تست غربالگری شنوایی را نیز در این برنامه گنجانده‌اند. اولین دوز واکسن هپاتیت B ممکن است ظرف ۱۲ ساعت اول پس از تولد تزریق شود.

✦ به دلیل اقامت کوتاه‌مدت مادر در بیمارستان، پرستار باید از هر فرصت مناسبی جهت آموزش نحوه‌ی مراقبت از نوزاد شامل بهداشت عمومی، تغذیه، دفع، انتقال و زمان تماس با فرد مراقب به مادر و خانواده استفاده کند.

✦ پس از ختنه، نوزاد به‌دقت از نظر علایم خونریزی، ناتوانی دفع و عفونت کنترل می‌شود.

✦ احتیاط‌های ایمنی باید به والدین تأکید شود. پرستار باید معیارهای ایمنی را جهت اجتناب از وارد آمدن آسیب به کودک به والدین بیاموزد. به‌طور مثال، عدم رهاسازی کودک روی میز، نحوه‌ی صحیح ساکشن دهان و بینی نوزاد جهت پاکسازی راه هوایی، جلوگیری از لرزش یا گرم‌نمودن بیش از حد نوزاد و استفاده از صندلی حمل کودک هنگام انتقال وی با خودرو.

✦ آموزش علایم بیماری نوزاد به والدین ضروری است. شامل درجه حرارت بالای 100.4°F (امتناع از مصرف شیر در دو تغذیه متوالی یا بیشتر)، لتارژی، استفراغ قوی بیش از یک‌بار، رنگ‌پریدگی، سیانوز و قطع تنفس به‌مدت بیشتر از ۱۵ ثانیه.

✦ تأکید بر ایجاد دلبستگی عاطفی میان والدین و نوزاد جهت شکل‌گیری حس اعتماد و ارتباط در نوزاد.

✦ در زمان ترخیص، بهره‌گیری از چک‌لیست موجب اطمینان از ارایه‌ی کلیه‌ی آموزش‌های ضروری به مادر می‌شود.

✦ در صورت عدم ختنه‌ی کودک، نحوه‌ی مراقبت از پنیس ختنه‌نشده باید به والدین آموخته شود.

در بسیاری از زنان تغذیه با شیر مادر یا شیشه‌ی شیر موفقیت‌آمیز و با رضایت‌مندی همراه است، ولی در برخی مواقع این امر سبب بروز اضطراب می‌شود. شیردهی در کنار فراهم‌سازی نیازهای اساسی تغذیه‌ای، موجب شکل‌گیری تکامل روانی نوزاد و ایجاد اعتماد میان نوزاد با مادر یا خانواده می‌شود.

اثرات فرهنگ

- ✦ شرم و خجالت ممکن است مانع آغاز شیردهی از پستان در بیمارستان شود و مادر ممکن است ترجیح دهد شیردهی از پستان رابه زمان بازگشت به منزل موکول کند.
- ✦ تئوری سلامتی و بیماری مبتنی بر گرمی یا سردی در بسیاری از کشورها رایج است. آنها دوره پس از زایمان را به‌عنوان یک شرایط سرد در نظر گرفته و در این دوران تنها غذاهای گرم مصرف می‌کنند.
- ✦ اگر پرسنل مراقبت بهداشتی با دقت کافی مزایا و مضرات شیر مادر و شیر خشک را برای مادران تشریح نکنند، این تصور که این دو روش به یک میزان ارزشمند هستند، ممکن است در والدین شکل گیرد (جدول ۱-۱۲).

فیزیولوژی ترشح شیر

ترشح شیر (تولید شیر)^۱ نتیجه‌ی پایانی ارتباط عوامل بسیاری از قبیل تکامل بافت پستان و سیستم مجاری، به‌طور اولیه تحت تأثیر هورمون‌ها (استروژن، پروژسترون، لاکتوژن جفتی انسانی (HPL) می‌باشد. پس از زایمان و خروج جفت، هورمون‌های استروژن، پروژسترون و لاکتوژن جفتی انسانی به سرعت کاهش و ترشح پرولاکتین به سرعت افزایش می‌یابد. پرولاکتین مترشحه از بخش قدامی غده هیپوفیز تولید شیر را تحریک می‌کند.

جدول ۱-۱۲ ■ مزایا و معایب تغذیه با شیر مادر و شیر خشک	
مزایا	معایب
شیردهی: مادر	
آزادسازی اکسی توسین موجب بروز انقباضات رحمی می‌شود. دلبستگی شدید مادر و نوزاد کاهش تغذیه‌های مشکل ساز شبانه افزایش دوره‌های استراحت سنتی، در دسترس، بدون نیاز به آماده‌سازی مقرون به صرفه ایجاد رضایت عاطفی	فرد دیگری قادر به تغذیه‌ی نوزاد نبوده، مگر آن‌که مادر شیر را دوشیده و ذخیره کند. مادران شاغل جهت دوشیدن پستان نیازمند صرف وقت می‌باشند. مادر باید جهت مصرف داروها دقت کند. برخی مادران از بیرون‌آوردن پستان احساس خجالت می‌کنند.
شیر مادر: نوزاد	
وجود ترکیبات ایمنی به پیشگیری کردن از عفونت‌ها، کمک می‌کند. رفع نیازهای تغذیه‌ای هضم آسان جذب بهتر کلسیم ایجاد حداقل حساسیت در نوزاد توسعه‌ی تکامل عضلات صورت، فک و دندان‌ها احتمال کمتر تغذیه‌ی بیش از حد، چاقی کمتر دارای اثرات ملین طبیعی	HIV ممکن است از طریق شیر مادر مبتلا به کودک منتقل شود. داروهای تجویزی مادر ممکن است از شیر عبور نموده و موجب اثرات مضر در نوزاد شوند.
تغذیه با بطری: مادر	
شرکت بیشتر اعضای خانواده آزادی بیشتر مادر استرس کمتر جهت تغذیه‌ی نوزاد در مکان‌های عمومی نگرانی کمتر مادر در دریافت داروها یا تعدیل رژیم غذایی	نیاز به شست‌وشو و آمادگی نیاز به یخچال و ذخیره‌سازی بسیار پرهزینه
تغذیه با بطری: نوزاد	
کنترل آسان میزان شیر مصرفی (محاسبه مقدار شیر صرف‌شده) هضم طولانی، در نتیجه صرف غذای کمتر	عدم فراهم‌سازی ایمنی در برابر عفونت‌ها مشابه شیر مادر سدیم بالا جهت صدمه به کلیه‌های نوزاد

شیر مادر

✂ در آغاز شیردهی سه نوع شیر تولید می‌شود: کلاستروم، شیر انتقالی و شیر کامل. کلاستروم، شیر تولیدی طی سه یا چهار روز اول پس از زایمان، حاوی سطوح بالایی آنتی‌بادی‌ها، پروتئین، مواد معدنی و ویتامین‌های محلول در آب می‌باشد. با وجود بالابودن مقادیر پروتئین، چربی و قند آن بسیار پایین بوده و به راحتی هضم می‌شود.

❖ شیر انتقالی از روز پنجم تا هفته‌ی دوم پس از زایمان در فاصله‌ی بین تبدیل کلاستروم به شیر کامل تولید می‌شود. ترکیبات شیر تغییر یافته و لاکتوز، چربی و کالری آن افزایش می‌یابد. شیر کامل، آخرین شیر تولیدشده، مایع و آبی‌رنگ بوده و این سؤال را در برخی مادران ایجاد می‌کند که آیا شیر فوق جهت رشد نوزاد کافی است یا خیر؟ پرستاران باید توضیح دهند که شیر کامل حاوی ۲۲/۵ kcal/oz کالری است و به‌طور کامل جهت رفع نیازهای شیرخوار کفایت می‌کند.

❖ از فواید ایمونولوژیک شیر مادر می‌توان به محافظت بدن به‌خصوص سیستم‌های تنفسی و گوارشی - روده‌ای علیه چندین بیماری باکتریایی و ویروسی اشاره نمود.

❖ ایمونوگلوبولین A موجود در کلاستروم و شیر مادر موجب محافظت علیه پیشرفت بسیاری از آلرژی‌ها می‌شود.

❖ شیر مادر حاوی آنزیم‌هایی است که به جذب کمک می‌کنند. لیپاز شیر مادر به هضم چربی‌ها کمک می‌کند.

آمادگی برای شیردهی

آمادگی پستان‌ها

❖ وضعیت غیربرجسته یا فرورفته‌ی نوک پستان‌ها در حین بارداری شناسایی می‌شود، اما انجام مداخلات را می‌توان به پس از زایمان موکول نمود. پس از تولد می‌توان ورزش‌های هافمن^۱ را آغاز نمود. طی ورزش هافمن جهت ایجاد کشش در بافت پستان، انگشت‌ها روی آرنج قرار گرفته و بخشی از آن را به سمت جلو می‌کشد.

❖ تأکید بر شست‌وشوی دست‌ها پیش از آغاز شیردهی به نوزاد بسیار مهم است.

دفعات و طول مدت شیردهی

❖ از آنجایی که شیر مادر در مقایسه با شیر خشک سریع‌تر جذب می‌شود (معمولاً طی دو ساعت) نوزاد نیاز به شیردهی در فواصل ۲-۳ ساعت یک‌بار دارد.

❖ نوزاد ممکن است گرسنگی خود را با رفلکس جست‌وجو، مکیدن، انجام فعالیت‌های دستی - دهانی، گریه و هوشیاری نشان دهد. گریه اغلب یک علامت تأخیری گرسنگی می‌باشد.

❖ در یک هفتگی، نوزاد در هر بار شیردهی ۹۰-۶۰ میلی‌لیتر شیر مصرف خواهد نمود.

- ✦ مادران اغلب با بروز حس ترشح شیر (قلقلک، پُری، درد) یا خروج خودبه‌خودی شیر از پستان‌ها، تصور می‌کنند زمان شیردهی فرا رسیده است.
- ✦ طول مدت شیردهی به‌طور میانگین ۲۰-۱۵ دقیقه از هر پستان می‌باشد. مادر باید علایم بیانگر سیری نوزاد را بیاموزد.
- ✦ از علایم موفقیت (رضایت کامل) می‌توان به آهسته‌تر شدن الگوی مکیدن نوزاد، خوابیدن احتمالی وی و نرم شدن پستان‌های مادر اشاره نمود.
- ✦ وجود شش دیاپر خیس و چندین بار دفع مدفوع در طول ۲۴ ساعت دلیلی بر دریافت کافی شیر می‌باشد.

آموزش تکنیک‌های شیردهی

قرارگیری

- ✦ استفاده از وضعیت‌های مختلف جهت جلوگیری از وارد آمدن فشار بر نقاط فشاری نیپل و آرنج و پیشگیری از ایجاد زخم روی نیپل ضروری است. مادر ممکن است ترجیح دهد نوزاد را حین تغذیه در کنار خود خوابانده^۱ یا او را در وضعیت گهواره^۲ یا فوتبال^۳ در آغوش گیرد. قرارگیری در وضعیت خوابیده به پهلو مانع از وارد آمدن فشار به محل اپی‌زیاتومی یا برش شکمی حاصل از زایمان سزارین می‌شود.
- ✦ سینه نوزاد باید در موازات سینه مادر قرار گیرد تا جهت جریان یافتن مناسب شیر به درون نیپل‌ها نیازی به چرخاندن سر نوزاد نباشد.

وضعیت دست

- ✦ از آنجایی که نوزاد از طریق بینی تنفس می‌کند، باید از عدم انسداد بینی با بافت پستان اطمینان حاصل نمود.
- ✦ وضعیت صحیح پیش از شیردهی جهت شروع مطلوب و جلوگیری از مشکلات احتمالی بعدی بسیار حائز اهمیت می‌باشد. چهار مورد باید در نظر گرفته شود: (۱) آمادگی مادر و نوزاد؛ (۲) نحوه نگهداری نوزاد در آغوش مادر؛ (۳) وضعیت دست‌ها جهت حمایت از پستان؛ (۴) وضعیت دهان، لب و زبان نوزاد.

الگوی مکیدن

- ✦ مکیدن پرسدا، صدای کلیک یا چال‌افتادگی روی گونه‌ها معمولاً بر قرارگیری ناصحیح دهان و لزوم

1. Side-lying

2. Cradle hold

3. Football hold

تصحیح وضعیت دلالت می‌کند.

آغاز شیردهی

✦ حداکثر مقدار آرئول در صورت امکان جهت جلوگیری از زخم در پستان باید وارد دهان نوزاد شود.

خارج نمودن پستان‌ها از دهان نوزاد

✦ به منظور جلوگیری از وارد آمدن آسیب به پستان، نوزاد باید به‌طور صحیح از آن جدا شود. مادر ابتدا باید انگشت خود را جهت قطع مکش از گوشه وارد دهان نوزاد کند، سپس سریعاً پستان را پیش از شروع مکیدن بعدی از دهان وی خارج نماید.

آروغ

✦ سه روش رایج جهت ایجاد آروغ در نوزاد عبارت است از: نگاه‌داشتن نوزاد در بالای شانه یا دمرنمودن وی روی زانو یا قراردادن در وضعیت نیمه نشسته و ضربه‌زدن آرام به پشت نوزاد.

رژیم مادر

✦ مادر شیرده به افزایش مایعات دریافتی روزانه به میزان ۱۰-۸ لیوان از طریق مصرف کلیه نوشیدنی‌ها جز مایعات حاوی کافئین تشویق شود. به مادر شیرده توصیه می‌شود معادل ۵۰۰kcal یا بیشتر به رژیم پیش از بارداری خود اضافه کند. دریافت کلسیم و مواد مغذی به‌طور متناسب از کلیه گروه‌های غذایی برای زن شیرده حائز اهمیت است.

ذخیره‌سازی شیر مادر

بطری‌های شیشه‌ای پلی‌کربنات یا بطری‌های پلاستیکی کدر (پلی‌پروپیلن) بهترین وسیله برای ذخیره‌سازی طولانی‌مدت می‌باشند. شیر مادر نباید یخ زده و دوباره گرم شود. شیر مادر در دستگاه حاوی یخ‌های خشک به مدت ۲۴ ساعت، یخچال ۷۲ ساعت و در یک فریزر با درب جداگانه از یخچال به مدت ۳ تا ۶ ماه یا ۶ تا ۱۲ ماه در وضعیت انجماد شدید قابل نگهداری می‌باشد. جهت ذوب‌نمودن می‌توان شیر را به مدت ۱۲ ساعت در یخچال گذارد یا شیشه را در ظرف آب ولرم قرار داد. شیر مادر نباید در ماکروفر قرار داده شود زیرا برخی پروتئین‌ها و محصولات ایمنی ممکن است تخریب شود و پدیده‌ی «نقاط گرم» رخ دهد.

گرفتن از شیر

مادران باید بیاموزند که قطع شیردهی به‌صورت تدریجی به حذف ناگهانی آن ترجیح داده می‌شود. قطع

ناگهانی شیر می‌تواند موجب احتقان پستان‌ها گردیده که با افزایش خطر ماستیت همراه است. زمان ایده‌آلی جهت قطع شیردهی وجود ندارد. این تصمیم مبتنی بر فرم‌های فرهنگی و تجربه اتخاذ می‌شود؛ بهتر است هر بار یک وعده غذایی حذف شود بعد از چند روز می‌توان وعده غذایی دیگری را حذف نمود. توصیه می‌شود وعده غذایی مورد علاقه کودک که معمولاً قبل از خواب یا ابتدای صبح است دیرتر حذف شود.

موارد منع شیردهی

✦ مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها به مادران HIV مثبت توصیه می‌کند جهت جلوگیری از انتقال احتمالی ویروس به نوزادی که احتمالاً آلوده نیست، از شیردهی اجتناب کنند. ارزیابی سلامتی زنان مبتلا به سل پیش از شیردهی ضروری است.

✦ بیشتر داروها، نه همه‌ی آنها، پس از هضم در شیر مادر ترشح می‌شوند.

تغذیه با شیر خشک

والدین باید مطابق دستور پزشک، پرستار یا ماما شیرخشکی مناسب با نوزاد تهیه کنند. ایجاد نزدیکی و صمیمیت حین شیردهی با شیشه مشابه وضعیت شیردهی با پستان ضروری است.

سرگردانی نیپل

از آنجایی که نوزاد جهت مصرف شیر از سرپستانک‌های پرجریان به تلاش کمتری نیاز دارد، استفاده از سرپستانک با سوراخ ریز توصیه می‌شود. نوزاد ممکن است هنگام برگشت به پستان به دلیل نیاز به تلاش بیشتر ناامید شده و بهانه‌گیری کند.

انواع شیرهای خشک

سه نوع شیر خشک در دسترس می‌باشد: شیر گاو، سویا و پروتئین هیدرولیز. شیرهای سویا جهت شیرخواران دچار عدم تحمل لاکتوز یا گالاکتوزمی توصیه می‌شود. نوزادان حساس به پروتئین سویا یا دچار سوءجذب از شیرهای خشک با پایه پروتئین هیدرولیزه تغذیه می‌شوند.

تهیه‌ی شیر خشک

✦ آموزش نحوه تهیه شیرخشک به والدین مهم است. افزودن مقادیر ناکافی آب به شیر ممکن است موجب تغلیظ شیر و در نتیجه اسهال، عدم تعادل الکترولیتی یا هر دو شود. اگر بیش از میزان توصیه‌شده آب به شیر افزوده شود حجم شیر دریافتی ممکن است کاهش یافته و نوزاد در اثر دریافت ناکافی کالری و مواد مغذی دچار نارسایی رشد شود.

❖ می‌توان شیر مورد استفاده طی ۲۴ ساعت را تهیه و جهت مصارف بعدی در یخچال نگهداری نمود.
❖ شیر تهیه‌شده به دلیل رشد باکتری‌ها نباید بیش از دو ساعت در دمای اتاق گذارده شود. باید به والدین توصیه شود از قراردادن شیر در ماکروفر جهت گرم‌نمودن آن جداً خودداری کنند. ترجیحاً شیر باید در یک ظرف محتوی آب گرم گذارده شود. والدین باید دمای شیر را با بخش داخلی مچ دست کنترل کنند. در صورت معکوس‌نمودن شیشه باید جریان شیر به شکل قطره‌ای باشد.

دفعات تغذیه

❖ نوزاد نباید تحت یک جدول زمان‌بندی فاقد انعطاف تغذیه شود؛ ترجیحاً مادر باید به نکات کلیدی نشان‌دهنده گرسنگی کودک توجه کند.
❖ به مادر هشدار داده می‌شود از قرار دادن شیشه‌شیر در دهان نوزاد و ترک‌وی خودداری کند. خطر رگورژیتاسیون، آسپیراسیون و چوکینگ در این مواقع بسیار زیاد است. به‌علاوه این حالت خطر عفونت گوش میانی را افزایش داده و مانع ارتباط میان مادر و نوزاد می‌شود.

مفاهیم کلیدی

❖ شیردهی پس از تولد در صورت امکان باید هرچه سریع‌تر آغاز شده و نوزاد طی ماه اول روزانه ۸-۱۲ بار تغذیه شود.
❖ تصمیم‌گیری پیرامون نحوه‌ی تغذیه‌ی کودک باید مبتنی بر شناخت کامل شیر مادر و شیر خشک اتخاذ شود.
❖ مادران باید بدانند نگرش مثبت به شیردهی جهت موفقیت در این امر حائز اهمیت است. همچنین به مادران تأکید می‌شود که اندازه‌ی پستان‌ها در میزان تولید شیر بی‌تأثیر است.
❖ مزایای شیر مادر شامل هضم آسان، ایجاد فاکتورهای ایمنی، کاهش حساسیت‌ها، عفونت‌های سیستم تنفسی و مشکلات گوارشی می‌باشد. همچنین نوزادان تغذیه‌شونده با شیر مادر کمتر دچار چاقی می‌شود.
❖ تخلیه و تحریک مکرر پستان‌ها بهترین راه جهت حفظ یا افزایش تولید شیر می‌باشد.
❖ مادر شیرده باید روزانه ۵۰۰ کالری اضافی دریافت نماید همچنین مصرف مایعات و غذاهای غنی از کلسیم را افزایش دهد.
❖ محتویات شیر خشک‌های تجاری مشابه شیر مادر می‌باشد.
❖ سه نوع اصلی شیرهای تجاری عبارتند از: پودر که در آب حل می‌شود، مایع تغلیظ‌شده که با مقدار

مساوی آب رقیق می‌شود و شیر خشک آماده‌ی مصرف.

✦ روش‌های تغذیه با شیر عبارت است از: پرنگاه‌داشتن سرپستانک از شیر در طول مدت شیردهی جهت کاهش بلع هوا، ایجاد آروغ منظم، تغذیه‌ی شیرخوار برحسب گرسنگی وی و عدم استفاده از جداول زمانی فاقد انعطاف و قطع شیردهی با سیری نوزاد، زیرا وارد آوردن فشار جهت مصرف تمامی شیر تهیه‌شده موجب چاقی وی می‌شود.

✦ پرستار باید به مادر توصیه کند نوزاد یا شیرخوار را با شیشه‌ی حاوی مایع یا شیر در بستر تنها نگذارد.

✦ کفایت شیر مادر با سمع صدای بلع، خواب پس از تغذیه، خیس نمودن حداقل شش دیاپر در طول روز و وزن‌گیری ثابت پس از هفته اول زندگی تعیین می‌شود.

ارزیابی و مراقبت پرستاری

در دوران پس از زایمان

فصل

۱۳

دوره‌ی نقاهت پس از زایمان یا **نفاس**^۱ به شش هفته‌ی اول بعد از زایمان اطلاق گردیده که طی آن رحم و ارگان‌های دیگر به وضعیت پیش از بارداری باز می‌گردند. دوره‌ی فوق مطابق یک چارچوب زمانی به سه بخش شامل دوره‌ی بلافاصله پس از زایمان (۲۴ ساعت اول)، دوران اولیه‌ی پس از زایمان (هفته‌ی اول) و دوره‌ی تأخیری پس از زایمان (هفته‌ی دوم تا ششم) تقسیم می‌شود.

اهداف مراقبت در دوران پس از زایمان

- ☒ اهداف اصلی مراقبت در دوران پس از زایمان عبارت است از کمک و حمایت مادر جهت برگشت به وضعیت پیش از بارداری، تشخیص هرگونه انحراف از وضعیت طبیعی، آموزش مادران در مورد نحوه‌ی مراقبت از خود، تغذیه و مراقبت از نوزاد و توسعه‌ی ارتباط عاطفی میان نوزاد و خانواده.
- ❖ یک تا دو ساعت اول پس از زایمان، زمانی بحرانی جهت پیشگیری از خطرات خونریزی و شوک هیپولمیک می‌باشد.
- ❖ عفونت پس از رفع خطرات خونریزی و شوک به‌عنوان خطر اولیه در دوران پس از زایمان مطرح می‌باشد.

تغییرات سیستم تولیدمثلی

برگشت‌پذیری رحم

- ☒ فرایند برگشت‌پذیری با انقباضات عضلات رحم پس از جداشدگی جفت آغاز می‌شود. فرایند ترمیم رحم **Exfoliation** نامیده می‌شود. طی این فرایند ترمیم بی‌نظیر، محل جفت بدون باقی گذاردن اسکار التیام می‌یابد.

✦ آندومتر به استثناء محل جفت، طی ۱۶ روز ترمیم می‌شود. ترمیم محل جفت تا ۶ هفته پس از زایمان به طول می‌انجامد.

✦ وزن رحم بلافاصله پس از زایمان در حدود ۱۰۰۰ گرم (۲/۲P) می‌باشد. طی هفته‌ی اول میزان به ۵۰۰ گرم و در عرض هفته‌ی دوم پس از زایمان به ۳۴۰ گرم (۱۲ اونس) کاهش می‌یابد.

✦ علت اولیه‌ی برگشت‌پذیری، افت ناگهانی استروژن و پروژسترون بوده که موجب تحریک آزادسازی آنزیم پروتئولیتیک در بافت آندومتر می‌شود.

✦ عوامل مؤثر بر کندی برگشت‌پذیری عبارتند از:

- ✦ (۱) لیبر طولانی
- ✦ (۲) خروج ناکامل جفت و غشاها
- ✦ (۳) بیهوشی
- ✦ (۴) زایمان‌های قبلی
- ✦ (۵) پری مthane

✦ عوامل تسریع‌کننده‌ی برگشت‌پذیری شامل:

- ✦ (۱) زایمان یا لیبر بدون عارضه
- ✦ (۲) شیردهی از پستان
- ✦ (۳) تحرک سریع و مکرر

✦ سرویکس پس از زایمان نرم است؛ طی ۱۸ ساعت شکل قبلی خود را بازمی‌یابد.

نزول فوندوس رحم

✦ سیر پس‌رفت رحم به طرف لگن روزانه معادل یک سانتی‌متر (بند انگشت) می‌باشد. نارسایی رحم جهت برگشت به اندازه‌ی قبل از حاملگی Subinvolution نامیده شده و به‌طور شایع حاصل از باقی‌ماندن قطعاتی از جفت می‌باشد.

✦ در روز دهم پس از زایمان، نباید رحم از روی شکم قابل لمس باشد.

✦ رحم در هفته‌ی ششم پس از زایمان، تقریباً به ساینز پیش از بارداری بازمی‌گردد.

پس‌دردهای زایمانی

✦ انقباضات متناوب رحمی، انقباض و شلی فیبرهای عضلانی، موجب کرامپ‌های رحمی گردیده که تحت عنوان پس‌دردهای زایمانی نامیده می‌شود. پس‌دردهای زایمانی طی دو یا سه روز اول پس از زایمان رخ می‌دهد.

✦ در صورت شیردهی، مکیدن، آزادسازی هورمون اکسی‌توسین را تحریک می‌کند. بدین جهت

مادر اغلب حین شیردهی به نوزاد دچار پس‌دردهای زایمانی می‌شود.

❖ مصرف داروهای التهابی غیراستروئیدی مانند ایپروبروفن در کاهش پس دردهای زایمانی بسیار مؤثرتر از استامینوفن یا پروپکس فن می باشد. ایپروبروفن داروی ایمن جهت مادران شیرده است.

لوشیا^۱

- ❖ ترشحات واژنی در دوران پس از زایمان تحت عنوان لوشیا نامیده می شود.
- ❖ لوشیا حاوی خون محل جفت، ذرات نکروز دسیدوا و موکوس می باشد.
- ❖ لوشیای ابتدایی قرمز روشن بوده و به طور رایج لوشیا روبرا نامیده می شود.
- ❖ پس از گذشت تقریباً سه روز، ترشحات واژنی کم رنگ و تقریباً صورتی می شود، این حالت لوشیا سروزی است.
- ❖ به طور مشخص در عرض روز دهم پس از زایمان، لوشیا آلبا یا ترشحات واژینال زرد مایل به سفید جریان می یابد.
- ❖ پرستار غالباً مقدار لوشیا را با در نظر گرفتن سایز منطقه ی آلوده در نوار بهداشتی طی یک ساعت تخمین می زند.
- ❖ مقدار لوشیا پس از زایمان سزارین کمتر است. شیردهی یا مصرف داروهای ضدبارداری خوراکی بر روی مقدار جریان لوشیا بی تأثیر می باشد.

لوشیا / نوع	زمان	وضعیت طبیعی	وضعیت غیرطبیعی
لوشیا روبرا	۱-۳ روز	قرمز روشن، خونریزی ثابت، بوی تازگی، افزایش مختصر حین برخاستن و شیردهی	وجود لخته های زیاد، بوی نامطبوع، اشباع نوار بهداشتی (تعداد نوارهای مصرفی در ساعت)
لوشیا سروزا	به طور معمول طی روزهای ۴-۹ (می تواند تا روز ۲۷ ادامه یابد).	صورتی مایل به قهوه ای، دفع خونابه ثابت	بوی نامطبوع، اشباع نوار بهداشتی در مدت زمان یک ساعت یا کوتاه تر
لوشیا آلبا	از روز دهم تا تقریباً هفته ششم پس از زایمان	سفید کرمی، بوی گوشت تازه	بوی نامطبوع، ترشحات ثابت لوشیا بیش از ۳ هفته، تغییر رنگ ترشحات به حالت صورتی یا قرمز

✦ خونریزی راجعه، طی روزهای هفتم تا دهم پس از زایمان مطرح‌کننده‌ی خونریزی از محل جفت بوده، اما همچنین ممکن است حاصل از کندگی طبیعی بافت باشد.

✦ تداوم لوشیای سروزی یا آلبا وجود عفونت (آندومتریت) را مطرح نموده و اغلب با تب، درد یا حساسیت شکم همراه بوده و بویی نامطبوع خواهد داشت.

واژن

- ✦ ظاهر واژن در عرض هفته سوم دوره پس از زایمان با مختصری شلی به وضعیت پیش از حاملگی بازمی‌گردد.
- ✦ مادران شیرده در برخی موارد ممکن است حین مقاربت دچار خشکی واژن گردیده و احساس ناراحتی نمایند. در این صورت استفاده از یک مایع لغزنده‌کننده مانند ژل K-Y مفید می‌باشد.
- ✦ خشکی به طور معمول با آغاز تخمک‌گذاری و سیکل قاعدگی برطرف می‌شود.
- ✦ اغلب واژن در هفته ششم پس از زایمان شکل پیش از بارداری خود را بازمی‌یابد.

پرینه

- ✦ محل اپی‌زیاتومی از طریق مشاهده قرمزی، ادم، اکیموز (کبودی)، ترشحات و وضعیت لبه‌های زخم (REEDA) تحت بررسی قرار می‌گیرد.
- ✦ هموروئید، در صورت وجود، از نظر اندازه، تعداد و ناراحتی ارزیابی می‌شود.
- ✦ مطالعات اخیر اثرات مثبت به‌کارگیری لگن آب سرد در تسکین درد ناشی از هموروئید را نشان داده است.

تغییرات سیستم عضلانی - اسکلتی

عضلات و مفاصل

- ✦ طی چند روز اول به‌دنبال کاهش سطوح هورمون‌های شل‌کننده، لیگامان‌ها و مفاصل، برگشت به وضعیت پیش از حاملگی را آغاز می‌کنند.
- ✦ زنان جهت به دست آوردن سریع تون عضلات شکم، به رعایت رژیم مناسب، ورزش و استراحت کافی توصیه می‌شوند.
- ✦ انجام ورزش‌های Kegel جهت بازگشت عملکرد طبیعی عضله پوبوکوکسیژال (عضله کمک‌کننده جهت کنترل مثانه و روده) مفید می‌باشد.
- ✦ پس از زایمان استخوان‌سازی دچار یک افت عمومی می‌شود اما ظرف ۱۸ ماه این وضعیت به حالت عادی بازمی‌گردد.

تغییرات سیستم قلبی - عروقی

بسیاری از زنان حداقل ۵۰۰-۲۰۰ میلی لیتر خون راطی سزارین از دست داده و تقریباً ۲ برابر این مقدار حین زایمان واژینال از دست می رود.

تغییرات سیستم گردش خون پس از زایمان شامل موارد زیر می باشد:

- ❖ (۱) بازگشت ۷۵۰-۵۰۰ میلی لیتر خون به جریان خون مادر پس از خروج جفت؛
- ❖ (۲) ورود حجم فراوانی خون به جریان خون سیستمیک در اثر کاهش سریع اندازه‌ی رحم؛
- ❖ (۳) افزایش جریان خون ورید اجوف تحتانی در اثر حذف فشار وارده بر آن از سوی رحم سفت
- ❖ (۴) حرکت مایعات تجمع یافته در بدن حین بارداری.

افزایش حجم خون که به طور ضروری حین حاملگی رخ می دهد به تدریج از بین رفته تا بدن مادر به شرایط قبل از بارداری خود بازگردد. این حجم بالا به دو طریق کاهش می یابد:

- ❖ (۱) دیورز (افزایش ترشح ادرار)، حجم ادرار روزانه می تواند به بیش از ۳۰۰۰ میلی لیتر افزایش یابد.
- ❖ (۲) دیافورز (جریان تعریق).

مقادیر خونی

طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان، حجم پلاسما بیشتر از تعداد گلبول های قرمز، از دست می رود. طی هفته های دوم تا چهارم پس از زایمان، مقادیر خونی به میزان طبیعی بازمی گردد.

انعقاد خون: سطوح فیبرینوژن ممکن است پس از گذشت دو هفته از زایمان به حد طبیعی بازگردد. این وضعیت در کنار تروما، بی حرکتی و عفونت، مادر را در معرض پیشرفت ترومبوآمبولی (یکی از علل منتهی به مرگ در مادران ترومبوآمبولی یا ترومبوز به شمار می رود) قرار می دهد. بدین جهت حرکت زودهنگام و متناسب جهت کاهش خطر ضروری است.

علائم حیاتی

درجه حرارت: درجه حرارت مادر طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان ممکن است در اثر دهیدراتاسیون و تقلای حین لیبر تا ۳۸ درجه سانتی گراد افزایش یابد. تب بعد از ۲۴ ساعت اول باید قطع شود.

نبض: ضربان قلب اغلب طی ۶ تا ۸ روز اول پس از زایمان به میزان ۶۰-۵۰ ضربه در دقیقه (برادی کاردی یا آهستگی نبض) کاهش می یابد.

فشار خون: مقادیر فشار خون باید پس از زایمان ثابت شود. کاهش فشار خون ممکن است در اثر خونریزی وسیع حادث شود. افزایش فشار خون به خصوص همراه با سردرد، مطرح کننده هایپرتانسیون

بارداری بوده و ضرورت بررسی بیشتر را نشان می‌دهد.
 ✦ تعریق پس از زایمان: جریان تعریق (عرق فراوان) اغلب حین شب رخ می‌دهد.

تغییرات سیستم ادراری

✦ ظرفیت مثانه در دوران پس از زایمان افزایش یافته و تون عضلانی آن تا حدی کاهش می‌یابد. مادر در اثر کاهش حساسیت به مایعات نیاز به دفع را درک نکرده و ممکن است فاقد احساس اضطراب باشد. به‌خاطر سپاری این نکته بسیار مهم است، زیرا مثانه طی لیبر و دوران پس از زایمان در اثر ورود مایعات داخل وریدی به‌سرعت پر می‌شود.

❖ علائم پری مثانه

- ۱- فوندوس بالای ناف یا بالاتر از سطح پایه
 - ۲- کشیدگی فوندوس به یک سمت، جابجایی از خط وسط
 - ۳- برآمدگی مثانه در محل سمفیزیس پوبیس
 - ۴- حساسیت ناحیه‌ی مثانه
 - ۵- تخلیه کمتر از ۱۵۰ml ادرار در هر بار دفع، نشانه احتباس همراه با سرریزی مثانه می‌باشد.
- ❖ برون‌ده ادراری در دوره‌ی اولیه پس از زایمان می‌تواند زیاد باشد.

تغییرات سیستم گوارشی

تغذیه جهت برقراری عملکرد مناسب دستگاه گوارش حائز اهمیت است. مادر باید به مصرف سه وعده‌ی غذایی متعادل و تداوم دریافت کلسیم و فسفر تشویق شود. مصرف غذاهای پرفیبر جهت کاهش یبوست توصیه می‌شود.

تغییرات سیستم عصبی

✦ درمان ادم فیزیولوژیک متعاقب زایمان سبب کاهش فشاردگی عصب مدین در سندرم تونل کارپال می‌شود.

✦ تغییرات عصبی در دوره‌ی پس از زایمان، نتیجه‌ی سازگاری مادر در دوره‌ی حاملگی و ترومای ناشی از زایمان می‌باشد.

تغییرات سیستم پوششی

✦ پوست پس از زایمان، به‌تدریج به وضعیت پیش از بارداری بازمی‌گردد. سطح هورمون محرکه‌ی

ملانوسیت‌ها (MSH)، عامل مؤثر بر هایپریپیگمانتاسیون حین بارداری، به سرعت پس از زایمان کاهش می‌یابد.

✦ رشد مو آهسته‌تر بوده و مقدار ریزش مو ممکن است طی ماه‌های اولیه پس از زایمان رخ دهد.

تغییرات سیستم آندوکراین

✦ سطح استروژن و پروژسترون پس از خروج جفت کاهش می‌یابد. اغلب اولین قاعدگی بدون تخمک‌گذاری رخ می‌دهد. تولید شیر با افزایش سطوح پرولاکتین آغاز شده و با افزایش شیردهی، سطوح پرولاکتین افزایش بیشتری می‌یابد.

✦ در صورت عدم شیردهی مادر باید از هرگونه تحریک پستان از طریق مکیدن نوزاد، به‌کارگیری شیردوش یا برقراری جریان آب گرم روی پستان‌ها حین حمام خودداری کند.

✦ احتقان اولیه‌ی پستان‌ها بیش از آنکه ناشی از تجمع شیر باشد، در اثر احتقان گذرا در وریدها و عروق لنفاتیک ایجاد می‌شود. از پک‌های یخ و داروهای ضددرد ضعیف ممکن است جهت تسکین ناراحتی پستان‌ها استفاده شود.

آغاز مجدد تخمک‌گذاری و سیکل قاعدگی

- ❖ اکثر مادران شیرده سه ماه بعد از زایمان عادت ماهیانه می‌شوند. شیردهی موجب تأخیر در بازگشت تخمک‌گذاری و سیکل قاعدگی می‌شود. تخمک‌گذاری در زنان غیرشیرده می‌تواند ظرف یک ماه و در زنان شیرده ظرف ۶ ماه بازگردد.
- ❖ اولین قاعدگی غالباً در زنان شیرده و غیرشیرده بیش از حد طبیعی است.

کاهش وزن

✦ بلافاصله پس از زایمان در حدود ۴/۵-۵/۴ کیلوگرم از وزن کاسته می‌شود. به‌علاوه طی اوایل دوره‌ی پس از زایمان ۲/۳ کیلوگرم (۵/۱ پوند) در اثر دیورز و تعریق از دست می‌رود.

✦ مادران شیرده، به‌تدریج چربی ذخیره‌شده را ظرف ۶ ماه اول مصرف می‌کنند و اغلب به وزن تقریبی پیش از حاملگی بازمی‌گردند.

تغییرات روانی و مداخلات پرستاری

تغییرات خلقی در دوره‌ی پس از زایمان رایج است. کاهش سریع هورمون‌هایی نظیر پروژسترون و استروژن را در ایجاد ناراحتی عاطفی پس از زایمان دخیل می‌دانند.

مراحل Taking-in و Taking hold

- ❖ رابین مراحل سازگاری مادر را در دو مرحله Taking-in و Taking-hold توصیف نموده است.
- ❖ مرحله‌ی Taking-in بلافاصله پس از زایمان آغاز و به مدت چند ساعت تا نزدیک به ۲ روز پس از زایمان به طول می‌انجامد. رفتار غیرفعال وابسته از مشخصات این مرحله می‌باشد. مادر به نیازهای خود توجه داشته و در مورد سلامت کلی نوزاد نگران است. مادران اغلب تجربه‌ی لیبر و زایمان خود را به طور مکرر مرور می‌کنند.
- ❖ مرحله Taking-hold دومین مرحله‌ی سازگاری، زمان آمادگی مادر جهت ابراز استقلال است. او جهت شرکت در مراقبت مستقل از نوزاد داوطلب و آماده می‌شود. او اغلب از وظیفه‌ی جدید خود خسته شده و احساس نگرانی می‌کند.
- ❖ مرحله‌ی سوم Letting-go نامیده می‌شود. در این مرحله مادر به پذیرش موقعیت خود در منزل و نقش جدید مادری دست می‌یابد. برخی اوقات نیازها ممکن است موجب احساس افسردگی خفیف در او شوند.

پذیرش نقش مادری

- ❖ پذیرش نقش مادری در چهار مرحله رخ می‌دهد. این چهار مرحله نظیر مراحل توصیف‌شده توسط رابین می‌باشد.
- ❖ طی مرحله‌ی پیش‌بینی^۱ که حین بارداری رخ می‌دهد، زن نحوه‌ی مادری را با مشاهده‌ی عملکرد مادران دیگر می‌شناسد.
- ❖ در مرحله‌ی غیررسمی^۲ که با تولد نوزاد آغاز می‌شود مادر هنوز تحت تأثیر راهنمایی دیگران قرار دارد.
- ❖ در مرحله‌ی Informal تصمیم‌گیری مبتنی بر نظر خود و شکل‌گیری شیوه مادری آغاز می‌شود.
- ❖ در مرحله‌ی پایانی یا مرحله‌ی فردی^۳، مادر رفتارهای خود را در جهت راحتی با وظیفه‌ی مادری سازماندهی می‌کند.

اندوه پس از زایمان

- ❖ تقریباً ۷۰ درصد از زنان طی روزهای پس از زایمان و به‌طور کلی ظرف ۱۰ روز اول، اندوه پس از زایمان را تجربه می‌کنند. این حالت با گریه، بی‌خوابی، کاهش اشتها و احساس یأس تظاهر می‌یابد.

❖ استراحت، همدلی و مراقبت حمایتی، تکنیک‌های آرام‌سازی از راهکارهای درمانی اولیه اندوه پس از زایمان به‌شمار می‌روند.

مراقبت درمانی پس از زایمان

✦ طی یک تا دو ساعت اول دوره‌ی ریکاوری، علایم حیاتی (فشار خون، نبض و تنفس)، محل قرارگیری و قوام فوندوس و مقدار خونریزی هر ۱۵ دقیقه یکبار ارزیابی می‌شود. در صورت پایداری وضعیت از دفعات ارزیابی کاسته می‌شود. به‌طور معمول در این شرایط، ارزیابی هر ۳۰ دقیقه یکبار تا یک ساعت و سپس به‌طور ساعتی تا حداقل دو ساعت ادامه می‌یابد.

✦ در طرح مراقبت سعی می‌شود با تلفیق راهکارهای پرستاری، نحوه‌ی مراقبت از خود و نوزاد به‌مادر و خانواده وی آموزش داده شود.

ملاحظات فرهنگی

پرستار باید اختلافات و شیوه‌های فرهنگی را در دوران بهبود پس از زایمان در نظر بگیرد. باورهای فرهنگی، عقاید و رسومات، مورد احترام هستند.

کنترل پس از زایمان

✦ پرستار حین انجام کنترل پس از زایمان توضیح می‌دهد که هدف از ارزیابی‌های فوق رفع هرگونه انحراف از وضعیت طبیعی می‌باشد. به‌علاوه پرستار نحوه‌ی ارزیابی بلندی و سفتی رحم را به‌مادر می‌آموزد.

✦ حین ماساژ رحم، اجتناب از واردسازی فشار شدید حائز اهمیت است، زیرا این کار ممکن است موجب تحریک بیش از حد رحم و در نتیجه آتونی (از دست رفتن تون عضلانی رحم) و خونریزی شود.

حرکت

✦ حرکت زودهنگام و مکرر جهت کاهش خطر عفونت یا ترومبوز (تشکیل لخته) اساسی است.

✦ حرکت زودهنگام همچنین شانس ابتلا به مشکلات تنفسی، گردش خون، گوارشی یا ادراری را کاهش داده و بازگشت سریع قدرت را توسعه و بهبود می‌بخشد.

لرز در دوران پس از زایمان

✦ زنان اغلب بلافاصله پس از زایمان یک لرزش غیرارادی را تجربه می‌کنند. علت اصلی این حالت ناشناخته است اما به‌نظر می‌رسد بیش از آنکه در اثر سرمای اتاق ریکاوری ایجاد شود، نوعی پاسخ

عصبی بوده یا در اثر تغییرات سیستم وازوموتور ایجاد شود.

✱ مادر با نوشیدن مایعات گرم یا از طریق پتو گرم می‌شود.

توسعه‌ی راحتی

اکثر زنان درجاتی از ناخوشی را طی چند روز اول دوران پس از زایمان تجربه می‌کنند. علل اصلی این احساس ناخوشایند عبارتند از: اپی‌زیاتومی، هموروئید، پس‌دردهای زایمانی و احتقان پستان.

مداخلات پرستاری

با انجام مداخلات ساده از قبیل تشویق مادر به استراحت روی یک پهلو و استفاده از یک بالش در هنگام نشستن، می‌توان ناراحتی حاصل از ترومای پرینه و هموروئید را تا حد امکان کاهش داد.

بکارگیری سرمای موضعی

✱ به‌کارگیری متناوب کیسه‌ی یخ در محل اپی‌زیاتومی طی چند ساعت اول پس از زایمان موجب کاهش ادم و بی‌حسی بافتی و در نتیجه توسعه‌ی راحتی می‌شود. استفاده از کیسه‌ی یخ طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان بسیار مؤثر است.

لگن آب گرم

✱ لگن آب گرم در مقایسه با به‌کارگیری گرمای مرطوب یا سرما در ناحیه‌ی پرینه مؤثرتر می‌باشد. این روش موجب افزایش راحتی و کاهش بروز عفونت می‌شود.
❖ نشستن در لگن آب ولرم نباید بیش از ۲۰ دقیقه به‌طول انجامد.
❖ در صورت استفاده از آب گرم، درجه حرارت آب مصرفی را تقریباً روی ۱۰۵-۱۰۰ درجه‌ی فارنهایت تنظیم کند.

استفاده از بی‌حسی موضعی

✱ به مادر توصیه می‌شود از داروهای موضعی پس از قرارگیری در لگن آب گرم یا بکارگیری لامپ گرما استفاده کند.

سازگاری خانواده و تکامل دلبستگی

ارتباط با همسر

❖ همسرانی که مادر را در کلاس‌های پره‌ناتال همراهی می‌کنند، اغلب در زمان زایمان همانند یک مربی اولیه حضور می‌یابند، بدین جهت حضور آن‌ها در برنامه آموزشی و پیگیری مراقبت ضروری است.

❖ همسر ممکن است احساس خلأ و تنهایی کند. اگر زمانی برای برقراری ارتباط عاطفی با همسر در نظر گرفته شود و او بتواند ارتباط خود را با نوزاد گسترش دهد انتقال و سازگاری ایجاد خواهد شد. با کمک به زوجین در راستای تلفیق نوزاد با زندگی خود و رفع مشکلات و نیازهای فردی و خانوادگی می‌توان از بحران‌های خانوادگی جلوگیری نمود. وظیفه‌ی فرزندان دیگر و هم‌چنین مادر و پدر بزرگ ممکن است نیازمند بازنگری باشد.

توسعه‌ی دلبستگی مادر و نوزاد

❖ دلبستگی و ارتباط عاطفی فرایندی است که موجب شکل‌گیری نوع حس مسئولیت و علاقه میان دو فرد می‌شود. این فرایند حین دوره اولیه پس از تولد تقویت می‌شود.

❖ علائم مثبت دلبستگی میان والدین و نوزاد:

- ❖ درآغوش گرفتن نوزاد در طول شیردهی
- ❖ برقراری تماس چشمی با نوزاد
- ❖ صحبت و خواندن ترانه برای نوزاد
- ❖ شناسایی مشخصات جسمی نوزاد و تحسین وی
- ❖ شناخت معانی رفتارهای نوزاد از قبیل رفلکس چنگ‌زدن (کودک انگشت مرا گرفته است)
- ❖ صدازدن نوزاد با نام ویژه
- ❖ عدم ناراحتی از از شست‌وشوی مدفوع نوزاد
- ❖ ابراز محبت و ماساژ نوزاد جهت آرام‌سازی وی

طرح ترخیص زودهنگام و توسعه سلامتی

❖ امروزه طرح ترخیص به‌دلیل کوتاهی طول اقامت در بیمارستان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مهم‌ترین نیاز مادر، یادگیری نحوه‌ی مراقبت از خود و نوزاد می‌باشد.

❖ پرستار باید والدین را جهت درک رفتارهای نوزاد و شناخت الگوهای رشد و تکامل راهنمایی کند.

❖ پرستار پیش از ترخیص زمانی را به ارائه‌ی آموزش و پاسخگویی به سؤالات نهایی والدین اختصاص می‌دهد.

بازگشت به سطح فعالیت طبیعی

مادران معمولاً محدوده‌ی فعالیت مجاز و غیرمجاز را مورد پرسش قرار می‌دهند. افزایش تدریجی فعالیت و

اجتناب از خستگی به آن‌ها توصیه شده و از آن‌ها خواسته می‌شود تا شش هفته پس از زایمان، از بلند نمودن اشیای سنگین و بالارفتن بیش از حد از پله‌ها پرهیز کنند.

علائم خطر در دوران پس از زایمان

✦ در صورت پیشرفت هریک از موارد ذیل، مادر باید هرچه سریع‌تر با پزشک یا پرستار-ماما تماس حاصل کند:

- ❖ تب ناگهانی و شدید
- ❖ تغییر ترشحات واژینال: افزایش حجم، تغییر رنگ به سمت اولیه (خونریزی قرمز روشن)، بوی نامطبوع
- ❖ درد یا حساسیت شکم یا لگن
- ❖ درد لوکالیزه، قرمزی، تورم یا گرما در محل عضله‌ی پشت پا
- ❖ درد لوکالیزه، قرمزی یا تورم پستان‌ها
- ❖ تکرر، اضطراب یا سوزش ادرار
- ❖ تداوم افسردگی پس از زایمان
- ❖ درد پایدار ناحیه‌ی پرینه

ازسرگیری مقاربت جنسی

پس از قطع لوشیا، بهبود محل اپی‌زیاتومی و احساس آمادگی زن مقاربت جنسی می‌تواند از سر گرفته شود. این زمان از هفته‌ی دوم تا ششم پس از زایمان متغیر می‌باشد.

خستگی پس از زایمان

✦ خستگی پس از زایمان نوعی احساس از پا درآمدن و کاهش ظرفیت عملکردی مغزی و جسمی می‌باشد. احساس خستگی در اکثر زنان از دوران بارداری آغاز و اغلب بیش از یک سال پس از زایمان ادامه می‌یابد.

✦ برنامه‌های اجرایی جهت به حداقل رسانیدن احساس خستگی باید شامل قرارگیری در وضعیت خوابیده به پهلو هنگام شیردهی، استفاده از منشی تلفنی جهت جلوگیری از تداخل زنگ تلفن با استراحت و استفاده از منابع اینترنتی به منظور یادگیری تکنیک‌های کنترل استرس می‌باشد.

تنظیم خانواده

پرستار می‌تواند پیش از ترخیص مادر از بیمارستان، اطلاعات مفیدی پیرامون روش‌های ضدبارداری

مناسب در اختیار وی قرار دهد. پرستار باید بر احتمال تخمک‌گذاری پیش از اولین قاعدگی و امکان حاملگی تأکید نماید.

ورزش‌های پس از زایمان

✦ در صورت زایمان بدون مشکل، تنفس عمیق، ورزش شکمی عضلات دیاستاز رکتوس، ورزش‌های Kegel و تیلت لگن را می‌توان در روز اول یا دوم پس از زایمان آغاز نمود.

✦ پیاده‌روی یک ورزش ایده‌آل است. بازگشت زن به سطح فعالیت‌های سالم قوی‌تر باید مطابق با پاسخ‌های فردی و ظرفیت فعالیت‌های قبلی کنترل گردد.

✦ ورزش‌های Kegel:

❖ انجام ورزش‌های کژل (تقویت کف لگن) در دوره‌ی پره‌ناتال و پس از زایمان توصیه می‌شود.

این ورزش‌ها جهت تقویت بهبود تون عضلانی کف لگن تشویق می‌شوند.

❖ مادر در این ورزش عضلات کف لگن را منقبض می‌کند. او کف عضلات واژن را به داخل

می‌کشد مشابه آن‌که سعی می‌کند آب را از طریق واژن خود بمکد. سپس فشاری رو به خارج

ایجاد نموده و سعی می‌کند آب فرضی را خارج کند.

✦ **تیلت لگن:** تیلت لگن جهت تصحیح وضعیت و بهبود کشیدگی بخش انتهایی کمر مفید است.

این ورزش می‌تواند در دو حالت نشسته و ایستاده انجام شود. مادر ضمن ایجاد کشش در بازوهای

خود به سمت خارج، عضلات باسن و شکم را سفت نموده به پشت خود زاویه داده و کمر خود

را مخالف دیوار (در وضعیت ایستاده) یا صندلی (در وضعیت نشسته) صاف می‌کند.

ایمن‌سازی خاص

✦ در صورت تیترا سرخچه کمتر از ۱۰:۱ تجویز واکسن سرخچه در دوران نقاهت پس از زایمان در

جهت حفظ جنین بعدی از ناهنجاری مادرزادی ضروری است.

✦ پرستار باید به مادر تأکید کند که تا سه ماه بعد از تزریق واکسن، مجاز به بارداری نیست.

✦ **(D) - PH - ایمنوگلوبولین ایمنی (RhoGAM).** زنان RH منفی باید ظرف ۷۲ ساعت پس از

زایمان جهت حفظ سلامتی کودک بعدی آنتی‌رگام دریافت کنند.

مفاهیم کلیدی

✦ دوره‌ی پس از زایمان (نفاس) به شش هفته‌ی پس از زایمان اطلاق می‌شود. دوره‌ی اولیه‌ی پس از

- زایمان در اثر بازگشت سیستم‌های بدن به وضعیت پیش از بارداری با تغییرات فیزیولوژیک چشمگیری همراه است.
- ❖ پاسخ مادر در ریکآوری؛ این شامل ارزیابی درجه و سفتی فوندوس رحم، مقدار، رنگ و بوی لوشیا، شرایط پرینه، اپی‌زیاتومی و هموروئیدها، هیدراتاسیون، تخلیه‌ی کافی مثانه و پاسخ‌های روانی می‌باشد.
- ❖ اقدامات مختلف تأمین آسایش در راستای کاهش درد بافت آسیب‌دیده‌ی حین زایمان، اپی‌زیاتومی، پس‌دردهای زایمانی و حساسیت پستان‌ها انجام می‌پذیرد. مداخلات پرستاری از قبیل قرار دادن کیسه‌های یخ و تجویز داروهای ضددرد ضروری است.
- ❖ یکی از راه‌های پیشگیری از عفونت در دوره‌ی پس از زایمان، مراقبت مناسب از ناحیه‌ی پرینه می‌باشد: پاکسازی پرینه پس از هر بار دفع ادرار و مدفوع و شست‌وشوی ناحیه از جلو به عقب (از سمت مجرای ادراری به مقعد).
- ❖ ارائه‌ی مشورت و راهنمایی از سوی پرستاران در جهت ایجاد تطابق میان مادر جدید و خانواده‌ی وی با نوزاد، رفع واکنش‌های خواهر و برادرها و ایجاد واکنش مثبت در پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها حائز اهمیت است.
- ❖ آموزش مراقبت از خود، بخشی از پرستاری دوران پس از زایمان را تشکیل می‌دهد.
- ❖ اندوه پس از زایمان یک رخداد رایج طی ده روز اول پس از زایمان می‌باشد. پرستاران می‌توانند در جهت ارائه‌ی مراقبت‌های حمایتی و راهکارهای درمانی گام بردارند.
- ❖ والدین باید نحوه‌ی مراقبت و تغذیه‌ی نوزاد را بیاموزند.
- ❖ توصیه‌های مناسب جهت به‌حداقل‌رسانیدن خستگی پس از زایمان باید به کلیه‌ی مادران جدید ارائه داده شود.
- ❖ پس از زایمان مادر در معرض خونریزی قرار دارد بنابراین باید طی چند ساعت اول به‌طور دقیق کنترل شود. این ارزیابی اساسی است هرچند همه‌ی مداخلات و مشاهدات بر وضعیت سلامت متمرکز می‌شود.
- ❖ بازگشت رحم فرایندی است که طی آن رحم به وضعیت پیش از بارداری بازمی‌گردد.
- ❖ ترشحات واژنی پس از زایمان لوشیا نامیده می‌شود. لوشیا روبرا (قرمز) طی یک تا سه روز اول، لوشیا سروزا (صورتی تا قهوه‌ای) در عرض روزهای چهارم تا نهم و لوشیا آلبا (زرد تا سفید) تقریباً تا شش‌هفته پس از زایمان جریان دارد.

- ✦ در دوران نقاهت پس از زایمان، سیر بهبودی مادر به طور مکرر ارزیابی می‌شود. ارزیابی‌های فوق شامل تعیین درجه‌ی سفتی فوندوس رحم، حجم، رنگ و بوی لوشیا، وضعیت پرینه، اپی‌زیاتومی و هموروئیدها، هیدراتاسیون، تخلیه مثانه و پاسخ‌های روانی می‌باشد.
- ✦ معیارهای راحتی جهت کاهش درد ناشی از آسیب بافتی حین خروج نوزاد، اپی‌زیاتومی، پس‌دردهای زایمانی و حساسیت پستان‌ها فراهم می‌شود. مداخلات پرستاری شامل استفاده از کیسه‌های یخ و تجویز داروهای ضددرد ضروری می‌باشد.
- ✦ معیارهای کنترل عفونت در دوران نقاهت پس از زایمان از طریق مراقبت کافی از محل پرینه، پاکسازی مهبل پس از هر بار دفع ادرار و مدفوع و شستشو از جلو به عقب (از سوراخ ادراری به سمت مقعد) می‌باشد.
- ✦ ارائه مشاوره و راهنمایی جهت سازگار نمودن مادر و خانواده با نوزاد، پذیرش نوزاد از سوی فرزندان دیگر و شکل‌گیری واکنش مثبت از سوی پدربزرگ و مادربزرگ‌ها از مداخلات مهم پرستاری است.
- ✦ آموزش مراقبت شخصی بخش مهمی از پرستاری در دوران پس از زایمان را تشکیل می‌دهد. تلفن تماس و پیگیری ویزیت در منزل راهی مناسب جهت جبران اقامت کوتاه‌مدت در بیمارستان می‌باشد. انجام ویزیت در هفته‌ی دوم یا ششم پس از زایمان به کلیه‌ی زنانی که دوره‌ی نقاهت بدون عارضه‌ای داشته‌اند، توصیه می‌شود.
- ✦ طرح ترخیص شامل ارزیابی آگاهی مادر در مورد نحوه مراقبت از خود و نوزاد می‌باشد. به‌علاوه بررسی هریک از موارد فوق و گزارش موارد مشکوک به‌عهده‌ی وی گذاشته می‌شود. خونریزی بیش از حد واژینال، لوشیای بدبو یا افزایش ترشحات، درد در ناحیه‌ی عضله‌ی کاف همراه با تورم، قرمزی و گرمی احتمالی، درد، قرمزی یا گرمی پستان‌ها در مادران شیرده، درد، تب، سوزش یا اختلال در دفع ادرار، حساسیت شکم یا لگن. باید با زوجین پیرامون زمان ازسرگیری مقاربت جنسی و تنظیم خانواده بحث شود.

عوارض مشکلات سلامتی

حین بارداری

فصل

۱۶

✦ **خونریزی در حین بارداری:** غیرطبیعی است و باید علت آن شناسایی شود.

✦ **خونریزی در اوایل بارداری:** در اوایل بارداری، شایع‌ترین علل خونریزی، سقط خودبخودی، پولیپ سرویکس، فیبروز رحمی، بارداری خارج رحمی و مول‌هیداتی فورم می‌باشد.

✦ **خونریزی در اواخر بارداری:** علل خونریزی در اواخر بارداری عبارتند از: جفت سرراهی و جداشدگی زودرس جفت.

سقط

✦ **سقط به ختم ارادی یا ناخواسته حاملگی پیش از هفته بیستم بارداری اطلاق می‌گردد.** Miscarriage اصطلاحی است که به منظور بیان سقط‌های خودبه‌خودی به کار می‌رود.

✦ **از دلایل اختصاصی سقط می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:**

- ❖ ناهنجاری‌های مادرزادی
- ❖ اختلال در تخمک یا اسپرم
- ❖ اختلال در لانه‌گزینی
- ❖ فیبروم رحمی
- ❖ ناهنجاری در ارگان‌های تولیدمثلی مادر
- ❖ اختلالات آندوکراین
- ❖ **عوامل مادری** شامل بیماری‌های مزمن، عفونت حاد و کمبود تغذیه‌ای

✦ مشاوره با مادر و خانواده‌ی وی متعاقب سقط بسیار مهم است.

✦ در صورت وجود علائم سقط از قبیل خونریزی و کرامپ، اغلب از مادر خواسته می‌شود از مقاربت اجتناب کرده و در بستر استراحت کند. در صورت قریب‌الوقوع بودن سقط (از دست رفتن محصولات و ضمایم) مادر بستری می‌شود. انجام مداخلات جراحی شامل دیلاتاسیون و تخلیه (D&C)، اغلب با نام دیلاتاسیون و کورتاژ، ممکن است جهت خارج نمودن بقایای محصولات و ضمایم و قطع خونریزی لازم باشد.

نارسایی سرویکس

در صورتی که محصولات و ضمایم بارداری در اثر باز بودن و فقدان انقباضات واضح سرویکس در اوایل بارداری دفع شود، مادر به بی‌کفایتی دهانه رحم مبتلا می‌باشد؛ به عبارت دیگر سوراخ داخلی سرویکس در اثر افزایش وزن و فشار حاصل از رشد جنین باز شده و قادر به حمایت از آن نیست. جهت حمل جنین تا پایان زمان بارداری، از بخیه‌های پر قدرت در ناحیه‌ی زیرمخاطی و در اطراف سرویکس استفاده می‌شود. این روش **شیرودکار** نامیده می‌شود. به روشی که طی آن سیلک ضخیم به شکل کیسه دوخته می‌شود، تکنیک مک‌دونالد اطلاق می‌شود. روش‌های فوق تحت عنوان سرکلاژ سرویکس نیز شناخته می‌شوند. در پایان دوره‌ی بارداری ترم یا آغاز لیبر، سوچورها باز و فرصت پیشرفت لیبر فراهم گردیده و یا زایمان از طریق سزارین انجام می‌شود.

بارداری خارج از رحمی

✦ بارداری خارج از رحمی به لانه‌گزینی غیرطبیعی تخم زایا در محل خارج از حفره‌ی رحم اطلاق می‌شود. لانه‌گزینی به‌طور شایع در بخش‌هایی از لوله‌ی فالوپ رخ می‌دهد.

✦ دو علت شایع عبارتند از: انسداد نسبی لوله حاصل از عفونت لگنی (PID) و استفاده از روش‌های داخل رحمی (IUD) جهت جلوگیری از بارداری.

✦ پرستار باید نسبت به علائم خونریزی و شوک هوشیار باشد.

✦ **ارزیابی و درمان:**

- ❖ از آزمایشات سونوگرافی واژینال و ارزیابی سطح هورمونی پروژسترون و هورمون جفتی انسانی (βHCG) جهت تشخیص زودهنگام بارداری خارج رحمی استفاده می‌شود.
- ❖ مادر به طور قطع فاقد یک، دو دوره‌ی عادت ماهیانه بوده و ممکن است از درد خنجری در ربع تحتانی شکم در سمت مبتلا شکایت کند.
- ❖ کنترل بارداری لوله‌ای به چگونگی وضعیت لوله از نظر سلامت یا پارگی بستگی دارد. از متوتروکسات،

داروی شیمی‌درمانی مداخله‌گر با زایایی سلول‌ها، ممکن است به منظور جلوگیری از تقسیم سلولی در دوران رویان استفاده شود. هدف اولیه در کنترل طبی حفظ لوله فالوپ جهت افزایش شانس بارداری در آینده می‌باشد.

بیماری‌های تروفوبلاستیک^۱ بارداری

بیماری‌های تروفوبلاستیک بارداری شامل مول‌هیداتی‌فرم، مول‌تهاجمی و کارسینوم کوریون می‌باشد. ❖ مول‌هیداتی‌فرم (بارداری مولار) به شرایطی اطلاق می‌گردد که طی آن، بافت تروفوبلاستیک پرولیفتره^۲ (تکثیر) شده و ویلوزیته‌های کوریون جفتی، متورم و پر از مایع می‌شوند. این وضعیت، ظاهری مشابه خوشه‌ی انگور ایجاد می‌کند. بارداری‌های مولار به دو گروه تقسیم می‌شوند: کامل و نسبی.

❖ علائم مول‌هیداتی‌فرم شامل:

- ❖ کوچک بودن رحم از اندازه مورد انتظار
- ❖ خونریزی واژینال قهوه‌ای رنگ
- ❖ استفراغ‌های شدید
- ❖ افزایش فشار خون

❖ ارزیابی و درمان: درمان با تخلیه‌ی مول توسط آسپیراسیون از طریق ساکشن آغاز می‌گردد. در این گروه از زنان به دلیل خطر بالای کوریوکارسینوما (رشد سرطانی)، پیگیری بسیار حیاتی است.

جفت سرراهی

❖ در جفت سرراهی، جفت به جای جایگزینی در محل فوندوس رحم، در مکانی غیرطبیعی نزدیک یا بالای سوراخ داخلی سرویکس قرار می‌گیرد. دو خطر مهم برای مادر و جنین به ترتیب شامل خونریزی و نارسایی یا مرگ جنین است.

❖ ارزیابی و درمان:

- ❖ با وقوع خونریزی فاقد درد بعد از هفته‌ی ۲۴ بارداری، باید به وجود جفت سرراهی مشکوک گردید.
- ❖ خونریزی ممکن است منقطع یا مداوم باشد. خونریزی می‌تواند وسیع بوده و موجب مرگ جنین شود.

- ❖ فرد مبتلا به جفت سرراهی باید از نظر میزان و وضعیت خونریزی به دقت کنترل شود.
- ❖ درمان در گرو طبقه‌بندی جفت سرراهی و سن بارداری جنین است. در صورت سن بارداری کمتر از ۳۶ هفتگی و خونریزی مختصر، فرد جهت کنترل در بیمارستان بستری شده، در وضعیت استراحت در بستر قرار گرفته و به‌طور دقیق کنترل می‌شود.
- ❖ در صورت خونریزی شدید، هرچه سریع‌تر زایمان از طریق سزارین انجام می‌شود.
- ❖ **عوارض بالقوه:** مهم‌ترین عوارض برای مادر و جنین شامل: خونریزی و نارسی ناشی از هیپوکسی یا مرگ جنین می‌باشد.

جداشدگی زودرس جفت^۱

- ❖ جداشدگی زودرس جفت به کندگی زود هنگام جفت از دیواره‌ی رحم اطلاق می‌شود. کندگی، جدایی نسبی یا کامل از محل طبیعی جایگزینی جفت بوده و پس از هفته‌ی ۲۰ بارداری، معمولاً در سه‌ماهه‌ی سوم حاملگی رخ می‌دهد (جدول ۱-۱۴). خونریزی با درد همراه است.

علائم	جفت سرراهی	جداشدگی زودرس جفت
محل	سونوگرافی قرارگیری جفت را در یک‌سوم تحتانی رحم آشکار می‌سازد.	طبیعی
شروع جفت	اغلب اولین رویداد خونریزی «آرام» است.	«توفانی» در انواع متوسط و شدید جداشدگی غیرقابل لمس
درد	عدم وجود درد، خونریزی بدون درد (شایع‌ترین علامت)	ممکن است دردهای کرامپی شدید وجود داشته باشد.
رحم و شکم	نرم، فاقد حساسیت، ممکن است انقباضات طبیعی باشد.	ممکن است سفت و حساس باشد.
خونریزی	خارجی، دفع خون روشن، شوک در صورت خونریزی شدید	خارجی و داخلی، دفع خون روشن یا تیره، فرد ممکن است علائم شوک را نشان دهد که با مقدار خونریزی تناسبی ندارد.
فشار خون	فشارخون معمولاً طبیعی است، همراه با خونریزی شدید، شوک هیپوولمیک ممکن است رخ دهد.	سابقه هایپر تانسیون و توکسمی، پس از جداشدگی جفت ممکن است شوک هیپوولمیک رخ دهد.
مرگ جنین	به میزان تکامل جنین و مقدار خونریزی بستگی دارد.	دیسترس یا مرگ جنین ممکن است رخ دهد.
اختلال انعقادی	معمولاً این مشکل وجود ندارد.	جداشدگی متوسط یا شدید جفت می‌تواند سبب اختلالات انعقادی (DIC) شود.

✦ **عوامل خطر** عبارتند از: فشار خون بالای مادر، سابقه قبلی جداشدگی جفت، بارداری‌های متعدد، تروماهای غیرنفوذی شکم، بارداری چندقلویی، سوءمصرف مواد منقبض‌کننده عروق (به‌خصوص کوکائین)، استعمال سیگار، پلی‌هیدرآمیونیوس و عفونت کوریون. ورود احتمالی مواد ترومبوپلاستین از طریق مایع آمنیوتیک به جریان خون مادری می‌تواند موجب DIC شود.

✦ جداشدگی زودرس جفت به گروه‌های زیر تقسیم می‌شود:

۱. مارژینال یا جدایی نسبی جفت: این وضعیت معمولاً موجب دفع خون از طریق سرویکس می‌شود.
۲. جدایی کامل جفت: در این حالت فرصت تجمع خون در پشت جفت فراهم بوده و ممکن است شواهدی از خونریزی واضح دیده نشود.

انعقاد منتشر درون عروقی^۱

✦ **انعقاد منتشر درون عروقی**، عدم لختگی خون حاصل از اختلال انعقادی می‌باشد. تحریک بیش از حد فرایند انعقادی، شرایط فوق را ایجاد می‌نماید.

کادر ۱-۱۴ ■ مراقبت از زن باردار دچار خونریزی وسیع

۱. تخمین و ثبت میزان خون ازدست‌رفته
۲. کنترل متناوب علائم حیاتی
۳. کنترل جذب و دفع
۴. ارزیابی وجود و ماهیت درد، تندرns رحمی، سفتی شکم و رحم
۵. تعیین نوع گروه خونی زن و کراس‌مچ
۶. کنترل و حفظ تزریقات داخل وریدی
۷. مشاهده‌ی علائم شوک
۸. آماده‌سازی فرد جهت جراحی در صورت توصیه
۹. در صورت وقوع خونریزی طی سه‌ماهه‌ی سوم:
 - ❖ کنترل تون قلبی جنین
 - ❖ کنترل انقباضات لیبر
 - ❖ ارزیابی در صورت ممنوعیت انجام معاینات واژینال
 - ❖ تجویز اکسیژن از طریق ماسک
۱۰. انجام مطالعات آزمایشگاهی تست انعقادی
۱۱. آمادگی جهت احیای قلبی - تنفسی جنین

- ✦ **ارزیابی و درمان:** مشکلات بالینی ذیل ممکن است حادث شود:
 - ✦ تمایل به خونریزی عمومی (که حاصل از تخلیه شدن فاکتورهای انعقادی است)
 - ✦ ایسکمی ارگان‌های حیاتی (انسداد عروق که حاصل از تجمع ترومبین است)
 - ✦ آنمی شدید (که به دنبال خونریزی شدید رخ می‌دهد)
- ✦ DIC یک اختلال اولیه نیست، بلکه اغلب به‌طور ثانویه در اثر سایر عوارض ایجاد می‌شود.
- ✦ پلاکت‌ها، فیبرینوژن و فاکتورهای انعقادی ممکن است از طریق پلاسما منجمد یا پودرهای کرایو جایگزین شود. تجویز هپارین در DIC به دلیل افزایش خطر خونریزی، ممنوع می‌باشد.
- ✦ پرستار می‌تواند با هوشیاری نسبت به علائم خونریزی و انسداد عروقی، در دسترسی به تشخیص زودهنگام کمک نماید.

ناسازگاری خونی

واکنش خودایمنی

پدیده‌ای که طی آن مادران Rh منفی بر علیه Rh مثبت جنین آنتی‌بادی تولید می‌نمایند، تحت عنوان پاسخ خودایمنی می‌نامند.

ناسازگاری Rh

✦ اگر خون جنین Rh مثبت به جریان خون مادر راه یابد، بدن مادر آنتی‌بادی‌هایی علیه اریتروسیت‌های Rh مثبت تولید می‌کند، آنتی‌بادی‌ها به جریان خون جنینی برگشته و موجب مرگ گلبول‌های قرمز جنین می‌شوند.

✦ در طی بارداری‌های بعدی، آنتی‌بادی‌های موجود در جریان خون مادری از عرض جفت عبور کرده و سبب همولیز گلبول‌های قرمز جنین Rh مثبت می‌شوند.

✦ در زنان Rh منفی با تجویز ایمونوگلوبولین انسانی Rh (رگام) در طی هفته‌ی ۲۸ بارداری و ۷۲ ساعت پس از زایمان، می‌توان از شکل‌گیری آنتی‌بادی ضد Rh جلوگیری نمود.

✦ در زن باردار، معمولاً تزریق سولفات منیزیم جهت پیشگیری از تشنج آغاز می‌شود، زیرا میزان جذب آن در این وضعیت در مقایسه با تزریق وریدی به‌خوبی قابل کنترل نبوده و از سویی می‌تواند سبب نکرóz بافتی شود.

✦ در صورت بروز مسمومیت دارویی حاصل از تزریق بیش از حد، کلسیم گلوکونات وریدی در جهت خنثی نمودن اثر سمیت (۱۰ درصد از ۱۰ میلی‌لیتر) با فواصل زمانی هر دو دقیقه تجویز می‌شود.

هایپر تانسیون بارداری

جدول ۲-۱۴ ■ انواع هایپر تانسیون بارداری	
نوع	توصیف
فشار خون بارداری (GH)	در گذشته تحت عنوان هایپر تانسیون - القایی حین بارداری نیز نامیده می‌شد. فشار خون در پایان هفته‌ی ۱۲ بارداری از مرز ۱۴۰/۹۰ mmHg گذشته، پروتئین‌اوری نیز وجود ندارد. فشار خون معمولاً طی شش هفته‌ی دوران نقاهت پس از زایمان به حد طبیعی بازمی‌گردد.
پره‌اکلامپسی اکلامپسی	هایپر تانسیون با پروتئین‌اوری همراه می‌شود. پره‌اکلامپسی همراه با تشنج
هایپر تانسیون مزمن	افزایش فشار خون پیش از بارداری یا قبل از هفته‌ی ۱۲ بارداری رخ می‌دهد؛ فشار خون معمولاً با گذشت ۴۲ روز پس از زایمان هم‌چنان بالا باقی می‌ماند.
پره‌اکلامپسی همراه با فشار خون مزمن پایدار	فشار خون مزمنی که اخیراً با پروتئین‌اوری یا وقوع ترومبوسیتوپنی و افزایش آنزیم‌های کبدی همراه شده است.

✓ نکته:

سندرم HELLP: متغیری شامل هایپر تانسیون مزمن که پره‌اکلامپسی به آن افزوده شده است. سندرم HELLP به شرایطی اطلاق می‌شود که اختلالات هماتولوژیکی با هایپر تانسیون شدید همراه شود.

H — همولیز، ایجاد آنمی و زردی

EL — افزایش سطوح آنزیم‌های کبدی، افزایش سطح آلانین آمینوترانسفراز (ALT) یا آسپاراتات ترانس آمیناز [AST]، درد اپیگاستر و تهوع و استفراغ

LP — کاهش پلاکت‌ها، ایجاد ترومبوسیتوپنی، اختلال در زمان انعقاد و سیلان خون، خونریزی از لثه، پتشی و احتمالاً DIC

ارزیابی پرستاری و کنترل پره‌ناتال

- ❖ یک هدف مهم طی مراقبت پره‌ناتال دستیابی به تشخیص زودهنگام هایپر تانسیون بارداری پیش از شدت یافتن وضعیت می‌باشد.
- ❖ در وضعیت ایده‌آل، فشار خون باید پس از یک دوره استراحت و با قرارگیری زن باردار در وضعیت نیمه‌نشسته (۴۵ درجه) و قرار دادن بازو در سطح قلب کنترل شود.
- ❖ رفلکس‌های عمیق تاندونی (DTRs) شامل رفلکس‌های دوسر، کشکک زانو و قوزک پا ارزیابی می‌شوند.

جدول ۳-۱۴ ■ مراقبت پرستاری در شرایط هایپر تانسیون خفیف و شدید بارداری

مداخلات پرستاری	استدلال
استراحت در بستر - محدودیت فعالیت همراه با دوره‌های مکرر استراحت	استراحت موجب افزایش دیورز و کاهش فشار خون و ادم می‌شود، استراحت مطلق در بستر توصیه نمی‌شود.
توزین روزانه - توزین روزانه در ساعت مشابه، ترجیحاً صبح زود پس از تخلیه‌ی مثانه	تغییر وزن نشان‌دهنده‌ی افزایش یا کاهش احتباس مایعات می‌باشد (جهت هایپر تانسیون بارداری تشخیصی نمی‌باشد).
کنترل فشار خون هر چهار ساعت	افزایش فشار خون نشان‌دهنده وخامت بیشتر بیماری می‌باشد.
ارزیابی ضربان قلب جنین (FHR) به‌طور مکرر یا کنترل مداوم FHR توسط مانیتور الکترونیکی جنین	ارزیابی بیانگر سلامت جنین یا وخامت وضعیت وی می‌باشد.
کنترل پروتئین ادرار هر چهار ساعت	ارزیابی از نظر وجود پره‌اکلامپسی
کنترل ۲۴ ساعته‌ی جذب و دفع، میزان دفع ادرار طی یک ساعت	ارزیابی عملکرد کافی کلیه‌ها
تست تاندونی عمیق (DTRS) از نظر هایپراکتیویته	ارزیابی تحریک‌پذیری عضله و عصب
بررسی از نظر وجود سردرد، اختلالات بینایی و درد اپیگاستر	علائم فوق در جهت مشخص نمودن افزایش شدت بیماری ارزیابی می‌شود.
ارزیابی علائم لیبر	ارزیابی علائم پیشرفت لیبر از قبیل دفعات و شدت انقباضات
ارزیابی اضطراب و نگرانی‌ها	اضطراب می‌تواند موجب افزایش فشار خون گردد.
تلاش در جهت کاهش تحریکات	کاهش تحریک‌پذیری عصبی - عضلانی
کنترل دریافت مقادیر بالای پروتئین	فراهم‌سازی تغذیه‌ی مناسب
ارزیابی نیاز به تسکین	تسکین باعث استراحت و کاهش فشار خون می‌شود.
ارزیابی روزانه‌ی حرکات جنین	تعیین وضعیت جنین
کنترل وسایل، ترالی اورژانس و داروهای ضروری موجود در اتاق مادر	کلیه‌ی وسایل ضروری جهت بروز شرایط اضطراری باید در دسترس باشد.

بستری در بیمارستان و درمان

❖ بستری در بیمارستان جهت کنترل علائم و ایجاد تعادل در وضعیت فرد مبتلا به هایپر تانسیون بارداری اساسی است.

❖ فرد به‌منظور حفظ آرامش و جلوگیری از تحریکات احتمالی در اتاقی ساکت قرار داده شده به‌منظور برقراری حداکثر جریان خونی جفتی در حالت خوابیده به پهلوی چپ قرار می‌گیرد. استراحت جزء کلیدی در مراقبت پرستاری محسوب می‌شود.

❖ پرستار همچنین باید شکایات بیمار را در مورد درد اپی‌گاستر (قسمت فوقانی شکم)، تهوع یا استفراغ، اختلال یا کدورت بینایی و سردرد مورد ارزیابی قرار دهد. علائم فوق وخامت هایپر تانسیون بارداری و احتمال تشنج قریب‌الوقوع را مطرح می‌سازند.

❖ مداخلات پرستاری در جهت محافظت از آسیب در زمان وقوع تشنج شامل به کارگیری پدها و نوارهای پنبه‌ای در اطراف نرده‌های تخت می‌باشد.

✓ نکته:

مراقبت خانگی از هایپرتانسیون خفیف بارداری

❖ محدودیت فعالیت

❖ استراحت در وضعیت خوابیده به پهلو چپ

❖ کنترل روزانه‌ی فشار خون از بازو و وضعیت مشابه

❖ توزین روزانه

❖ کنترل روزانه‌ی ادرار از نظر پروتئین

❖ شمارش حرکات جنین و کنترل فعالیت رحم

❖ رژیم غذایی حاوی پروتئین بالا

در صورتی که زن باردار دچار هایپرتانسیون زودرس بارداری، شرایط خود را به خوبی درک کرده و بتواند مراقبت‌های طبی و دستورات پرستاری را در منزل ادامه دهد، درمان ممکن است به شکل سرپایی دنبال شود.

مراقبت اورژانس

❖ وسایل اورژانس و داروها باید در کنار تخت بیمار قرار داده شود. وسایل فوق شامل لوله تراشه، ماسک اکسیژن احیا (آمبوگ)، اکسیژن و وسایل ساکشن، افتالموسکوپ و داروهایی نظیر سولفات منیزیم، کلسیم گلوکونات و محرک‌های قلبی می‌باشد.

❖ پرستار در حین تشنج باید بدون اعمال فشار از آسیب دیدگی زن باردار جلوگیری نماید. در صورت امکان جهت پیشگیری از آسیب‌رسانی ریوی موکوس و استفراغ، سر فرد به یک سمت برگردانده می‌شود.

کنترل در دوران پس از زایمان

❖ کنترل دقیق طی ۴۸ ساعت اول پس از زایمان اساسی است. بعد از گذشت ۴۸ ساعت، ارزیابی به هر ۴ تا ۸ ساعت یکبار تقلیل می‌یابد.

❖ از آنجایی که سولفات منیزیم تون عضلات رحم را کاهش می‌دهد پس از زایمان جهت پیشگیری از خونریزی باید تون عضلات کنترل و فوندوس رحم ماساژ داده شود. متیل‌دوپا داروی انتخابی جهت کاهش فشار خون در مادران شیرده می‌باشد.

بیماری ترومبوآمبولی

تغییرات فیزیولوژیک حین بارداری به مقدار قابل توجهی خطر ترومبوفلیت عروق سطحی، ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولی ریوی را افزایش می‌دهد. شواهد قوی نشان می‌دهد آمبولی ریوی یکی از علل اصلی مرگ در مادران می‌باشد.

عوامل خطر: استاز وریدی یکی از اجزای بارداری است که به خوبی شناخته شده است. قابلیت اتساع وریدی، افزایش جریان خون، فشار جسم رحم بر روی ورید اجوف تحتانی، ادم شدید اندام تحتانی و وخامت وضعیت واریس‌ها شواهد افزایش استاز وریدی در بارداری می‌باشند.

ارزیابی و درمان:

- ❖ شرایط متعددی حین بارداری از ترومبوز تقلید می‌کنند. ترومبوز سطحی و DVT علایم مختلفی ایجاد می‌نمایند، اما فرد به‌طور کلی از درد ناگهانی و وجود ادم در اندام تحتانی شکایت دارد. محل ممکن است قرمز و گرم باشد. علامت هومان مثبت عبارت است از احساس درد در عضله‌ی کاف، هنگامی که کف پا به صورت غیرفعال در وضعیت درسی فلکشن قرار می‌گیرد.
- ❖ اسکن داپلر عروق عمقی یکی از رایج‌ترین روش‌های تشخیصی می‌باشد.
- ❖ ترومبوز سطحی از طریق گرمای مرطوب و بالابردن عضو تحت درمان قرار می‌گیرد. تحرک زودهنگام تشویق می‌گردد. راه‌های جلوگیری از تشکیل ترومبوز شامل حرکت زودهنگام، انجام ورزش در دامنه‌ی حرکتی و عدم قراردادن زانو بر روی نرده‌های تخت می‌باشد.
- ❖ در صورت نیاز به کار طولانی‌مدت در وضعیت ایستاده، پوشیدن جوراب‌های حمایتی الاستیک ضروری است. طی دوران نقاهت پس از زایمان، درمان DVT با جایگزین نمودن وارفارین سدیم خوراکی (کومادین) به‌جای هپارین وریدی دنبال می‌شود.
- ❖ وارفارین درون شیر ترشح شده و تجویز آن در زنان شیرده مجاز نمی‌باشد.

بیماری قلبی

برونده قلبی، ضربان قلب، حجم خون و حجم ضربه‌ای در بارداری افزایش می‌یابد. تغییرات فوق موجب افزایش کار قلب در زن مبتلا به بیماری قلبی می‌شود.

اثرات بارداری بر بیماری‌های قلبی:

- ❖ در دوره‌هایی از بارداری، فرد دچار مشکلات قلبی با خطر بیشتری مواجه است.
- ❖ دو مشکل اصلی مادر دچار مشکلات قلبی طی دوره‌ی نفاس، حدود ۴ تا ۵ روز اول پس از زایمان، شامل کاهش مقاومت عروق محیطی و آمبولی ریوی می‌باشد.

کادر ۲-۱۴ ■ طرح حین زایمان جهت مراقبت از زنان مبتلا به بیماری قلبی

- ❖ شناخت اثرات مشکلات قلبی بر استرس لیبر و زایمان
- ❖ اجتناب از لیبر طولانی
- ❖ القا تنها در صورت بازبودن سرویکس
- ❖ پایداری علایم حیاتی
- ❖ اجتناب از درد و واکنش‌های درد به وسیله‌ی «بی‌حسی اپیدورال از طریق داروهای مخدر»
- ❖ تجویز آنتی‌بیوتیک‌های پیشگیرانه مطابق دستور در هنگام وجود خطر آندوکاردیت
- ❖ جلوگیری از زورزدن مادر، استفاده از فورسپس یا واکيوم
- ❖ جبران مایعات وریدی در صورت نیاز

❖ ارزیابی و درمان:

- ❖ بیشتر مشکلات قلبی در حین بارداری قابل کنترل هستند. از آنجایی که برخی از بیماری‌های قلبی پیش از بارداری با خطر مرگ و میر بالایی همراه است تصمیم به بارداری با وجود آنها ممنوع می‌باشد. بیماری‌های فوق عبارتند از: هایپرتانسیون ریوی، کوارکتاسیون آئورت، سابقه‌ی سکته‌ی قلبی و تترالوژی فالوت درمان‌نشده.
- ❖ پرستار باید اطلاعات فارماکولوژیک خود را در مورد داروهای تجویزی حین بارداری مرور کند.

❖ کم‌خونی

❖ کم‌خونی در بارداری به میزان هموگلوبین کمتر از 10g/dl و سطوح هماتوکریت پایین‌تر از ۳۰ درصد اطلاق می‌شود. زنان باردار آنمیک دچار خستگی زودرس و مستعد ابتلا به عفونت می‌باشند.

❖ آنمی فقر آهن

- ❖ افزایش حجم پلاسما و مصرف آهن به منظور ساخت هموگلوبین در جنین، زنانی را که تنها با اتکا به تغذیه درصد جبران آهن از دست‌رفته می‌باشند، دچار مشکل می‌کند.
- ❖ طی بررسی‌های آزمایشگاهی غلظت آهن سرم کمتر از 60mg/dl یا افت ترانسفرین اشباع شده به کمتر از ۱۶ درصد تشخیص آنمی فقر آهن را مسجل می‌سازد. منابع تغذیه‌ای آهن شامل مرغ، ماهی، گوشت و سبزیجات برگ‌سبز می‌باشد.
- ❖ طی بارداری به منظور رفع نیازها و حفظ ذخایر آهن به طور رایج از مکمل‌های آهن (60mg/dl) استفاده می‌شود. اغلب ویتامین C و روی نیز جهت افزایش جذب آهن تجویز می‌گردد.

کم‌خونی حاصل از فقر اسید فولیک

- ✦ **علل:** پخت غذا به روش نامناسب، دریافت ناکافی، جذب ضعیف یا تداخل دارویی
- ✦ کم‌خونی ناشی از فقر اسید فولیک با ناهنجاری‌های لوله عصبی همراه است: آنسفالی، اسپینایفیدا و آنسفالوسل.
- ✦ **غذاهای حاوی اسید فولیک:** سبزیجات سبز برگ تیره، آب مرکبات، لوبیا، خمیر ترش و سریال‌های غنی شده‌ی صبحانه

کم‌خونی داسی شکل

- ✦ کم‌خونی داسی شکل اشکال غیرطبیعی هموگلوبین خون، یک اختلال وراثتی است.
- ✦ در دوران پره‌ناتال، آموزش زنان مبتلا جهت پیشگیری از پیشرفت بحران آنمی سیکل سل بر روی جلوگیری از هیپوکسی، دهیدراتاسیون، عفونت و خستگی استوار است.
- ✦ معیارهای زیر جهت محافظت از افراد مبتلا در برابر عوارض حاصله از بحران آنمی سیکل سل در نظر گرفته می‌شود: (۱) فراهم‌سازی اکسیژن برای مادر؛ (۲) تجویز مایعات وریدی؛ (۳) کنترل کافی جنین و (۴) تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در صورت نیاز به سزارین.
- ❖ استفراغ‌های شدید ممکن است موجب دهیدراتاسیون و عدم تعادل الکترولیتی در زنان باردار شود.
- ❖ گوش‌فرادادن به سخنان مادر جهت یافتن عوامل تشدیدکننده تهوع و استفراغ جزئی از ارزیابی پرستاری به‌شمار می‌رود.

دیابت

- ✦ **دیابت پیش از بارداری:** ابتلا به دیابت تیپ I یا II پیش از بارداری
- ✦ **دیابت بارداری:** عدم تحمل به گلوکز در طی بارداری شروع می‌شود. در GDM حقیقی، گلوکز طی شش‌هفته پس از زایمان به محدوده‌ی طبیعی بازمی‌گردد.
- ✦ **اثرات بارداری بر دیابت:**
- ❖ بارداری یک وضعیت دیابتوزن محسوب می‌شود زیرا طی آن نیاز به گلوکز افزایش یافته و از سویی با نوعی مقاومت به انسولین همراه می‌باشد.
- ❖ انسولین مادری نمی‌تواند از طریق جفت عبور کند. بنابراین طی هفته‌ی دهم بارداری، جنین جهت مصرف گلوکز دریافتی از سوی مادر انسولین تولید می‌کند.
- ✦ **دیابت ملتوس پیش از بارداری:** بارداری یک فرد مبتلا به دیابت، تحت عنوان دیابت پیش از بارداری

نامیده می‌شود. بارداری بر کنترل قند خون تأثیر می‌گذارد. به‌علاوه بارداری ممکن است پیشرفت عوارض عروقی را تسهیل نماید. داروهای خوراکی کاهنده‌ی قند خون به‌دلیل اثرات بالقوه خطرناک بر روی تکامل جنین در حین بارداری قابل مصرف نمی‌باشند.

❖ **مشاوره‌ی پیش از بارداری:** زن مبتلا به دیابت ملیتوس باید پیش از تصمیم‌گیری جهت بارداری در رابطه با نحوه‌ی کنترل قند خون، خطرات حین بارداری و مراقبت‌های پس از زایمان تحت مشاوره قرار گیرد.

❖ **رژیم:** رژیم غذایی براساس سطح قند خون و وضعیت فرهنگی و سبک زندگی زن باردار به همراه جنین و نیازهای متابولیک توصیه می‌شود.

❖ زن باردار علائم هیپوگلیسمی و مراقبت از وقایع مشابه در منزل را می‌آموزد.

❖ **ورزش:** ورزش مناسب با ایجاد فعالیت عضلانی دستیابی به سطوح طبیعی گلوکز را ممکن می‌سازد.

❖ **دیابت ملیتوس حین بارداری:** دیابت ملیتوس بارداری، به شدت‌های مختلف عدم تحمل گلوکز با ظهور اولیه در حین بارداری اطلاق می‌شود.

❖ دیابت بارداری اغلب با رژیم غذایی کنترل می‌شود. هرچند ۱۵-۱۰ درصد از زنان مبتلا به دیابت ملیتوس بارداری جهت کنترل قند خون به انسولین نیاز دارند. علائم دیابت ممکن است ظرف چند هفته پس از تولد نوزاد برطرف شود.

❖ گلوکزوری یک معیار تشخیصی نبوده، اما نیاز به بررسی بیشتر را مطرح می‌سازد.

❖ **کنترل گلوکز:** هدف از کنترل گلوکز حفظ سطح گلوکز در محدوده‌ی ۶۰-۱۲۰ mg/dl پس از صرف غذا می‌باشد. نحوه‌ی کنترل قند خون براساس هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1c}) ارزشیابی می‌شود.

استفراغ‌های بدخیم بارداری

❖ در این وضعیت استفراغ مداوم موجب دهیدراتاسیون شدید، گرسنگی، کاهش شدید وزن قبل از هفته‌ی ۲۰ بارداری می‌شود. در صورت پایداری شرایط فوق، جنین در معرض رشد محدود داخل رحمی قرار خواهد گرفت.

❖ **ارزیابی و درمان:**

❖ در صورت عدم تحمل غذا، فرد NPO و کلیه مایعات از طریق ورید تجویز خواهند شد.

❖ توصیه داروهایی از قبیل پیریدوکسین، مکلزین، دیفن‌هیدرامین و متوکلروپرامید با نتایج مطلوبی

همراه است.

❖ مادر باید به طور مکرر جهت ارزیابی به کلینیک مراجعه کند.

عفونت‌ها

واژه‌ی TORCH دربرگیرنده‌ی توکسوپلاسموز^۱، سرخجه^۲، سایتومگالوویروس^۳ و هرپس سیمپلکس نوع II^۴ می‌باشد. برخی «O» را نشانه‌ی سایر بیماری‌ها می‌دانند.

عفونت‌های سیستم ادراری

❖ تغییرات آناتومیکی سیستم ادراری در حین حاملگی، زنان باردار را جهت ابتلا به عفونت‌ها مستعد می‌کند. پروژسترون با شل نمودن عضلات مثانه موجب تأخیر در تخلیه و استاز ادراری می‌شود.

کادر ۳-۱۴ ■ آموزش به بیمار در مورد عفونت ادراری

- ❖ توضیح طریقه‌ی نمونه‌گیری به «روش تمیز»، اخذ نمونه‌ی وسط ادرار
- ❖ توصیه به مادر در مورد شستشوی محل پرینه از جلو به عقب جهت جلوگیری از آلودگی واژن با اشرشیاکولی
- ❖ شرح عوامل مستعدکننده‌ی ابتلا به عفونت ادراری حین بارداری و چگونگی تشخیص علائم.
- ❖ تشویق به دریافت مایعات بیش‌تر جهت کاهش خطر عفونت
- ❖ پیشنهاد پیگیری: (۱) دریافت ویتامین C روزانه جهت پیشرفت بهبودی؛ (۲) نوشیدن یک لیوان آب تمشک پیش از رفتن به بستر جهت اسیدی‌نمودن ادرار و (۳) اجتناب از نوشیدن قهوه، چای، الکل و ادویه‌جات به دلیل تحریک بالقوه‌ی مثانه
- ❖ راهنمایی مادر جهت تخلیه‌ی مکرر مثانه و پرهیز از بی‌توجهی به احساس دفع ادرار
- ❖ در صورت تجویز دارو، توضیح اهمیت رعایت جدول زمانی مصرف جهت حفظ پایداری سطوح خونی دارو
- ❖ سفارش در مورد مراجعه‌ی دقیق به پزشک یا کلینیک طبق قرار قبلی

❖ عفونت سیستم ادراری حین بارداری در سه گروه عفونت فاقد علامت، عفونت مثانه (سیستیت) و عفونت کلیه (پیلونفریت) طبقه‌بندی می‌شود.

❖ مهم‌ترین معیارهای آموزشی در طرح مراقبتی شامل مصرف مایعات زیاد، رعایت بهداشت ناحیه‌ی پرینه، دفع مکرر ادرار و شناسایی علائم عفونت سیستم ادراری می‌باشد.

1. Toxoplasmosis
3. Cytomegalovirus (CMV)

2. Rubella
4. Herpesvirus type II

❖ **ارزیابی و درمان:** در هر جلسه ویزیت دوران پره‌ناتال، باید علائم و نشانه‌های UTI مورد ارزیابی قرار گیرد.

سوء مصرف مواد

❖ مصرف داروهای غیرقانونی، تنباکو و الکل در حین بارداری می‌تواند اثرات جدی بر روی تکامل جنین و نتایج بارداری بگذارد. نوزاد طی سه‌ماهه‌ی اول در معرض خطر بیشتری است.

❖ از اثرات سوء مصرف مواد بر جنین می‌توان به محدودیت رشد داخل رحمی، تولد نارس، ناهنجاری، نقایص عصبی، بیش‌فعالی، عقب‌ماندگی ذهنی و تحریک‌پذیری اشاره کرد.

از دست رفتن بارداری: اندوه و فقدان

❖ مرگ جنین امیدهای زندگی انسان را درهم می‌شکند. وابستگی والدین به رشد جنین و نوزاد سبب شکل‌گیری باند عاطفی بی‌نظیری می‌شود.

رفتار مراقبین بهداشتی با والدین:

- ❖ فراهم‌سازی خلوت برای زوجین، تهیه‌ی یک اتاق مجزا در صورت امکان
- ❖ ایجاد جوی مناسب برای زوجین جهت بیان آزادانه‌ی احساسات و پذیرش گریه و افسردگی
- ❖ توسعه‌ی طرح مراقبتی جهت ارائه‌ی خدمات توسط یک پرستار، چرا که موجب افزایش حمایت از زن و خانواده‌ی وی می‌شود.
- ❖ دادن فرصت انتخاب به فرد جهت دریافت آرام‌بخش
- ❖ توجه به درخواست مادر پیرامون تعویض بخش یا انتقال وی به اتاقی دیگر، دور از مادران جدید و کودکان آنها
- ❖ احترام به درخواست یادگاری، از قبیل یک کارت از ردپای جوهری نوزاد، کارت تختخواب، باند مشخصات یا احتمالاً تکه‌ای از موی نوزاد
- ❖ در صورت تمایل زوجین، فراهم‌سازی فرصتی جهت مشاهده‌ی کودک فوت‌شده. آماده‌سازی والدین جهت رویارویی با کودک
- ❖ صداقت حین توصیف کودک مانند «کودک آبی‌رنگ است».
- ❖ حمایت از انتخاب والدین. برخی والدین تمایل به پوشاندن لباس به کودک دارند.
- ❖ آماده‌سازی والدین با استفاده از مواد آموزشی
- ❖ فراهم‌سازی اطلاعات در مورد گروه‌های حمایتی جامعه، از جمله شماره‌های تلفن موجود

❖ ارجاع والدین به گروه‌های مذهبی یا در صورت نیاز تماس با فرد روحانی

مفاهیم کلیدی

- ❖ علل خونریزی در اوایل بارداری شامل سقط، بارداری خارج از رحمی و مول‌هیداتی‌فرم می‌باشد. دو علت اصلی خونریزی در اواخر بارداری عبارت است از: جفت سر راهی و جداشدگی زودرس جفت.
- ❖ بارداری خارج از رحمی به لانه‌گزینی تخمک بارور در خارج از حفره‌ی رحم اطلاق می‌شود. در صورت عدم درمان پیشرفته می‌تواند مادر را در معرض مرگ قرار دهد. لوله‌های فالوپ معمولاً محل لانه‌گزینی است و پارگی لوله‌ای و خونریزی می‌تواند رخ دهد. سونوگرافی واژینال معمولاً امکان شناسایی زودهنگام و دقیق بارداری نابه‌جا را فراهم می‌آورد، در نتیجه مانع خونریزی کشنده می‌شود.
- ❖ جفت سرراهی مادر را با خطر خونریزی و جنین را در معرض نارسایی قرار می‌دهد.
- ❖ خونریزی بدون درد به‌صورت متناوب یا روان در سه‌ماهه‌ی سوم بارداری، احتمال جفت سرراهی را مطرح می‌سازد. معاینه‌ی دستی واژن در خونریزی اواخر بارداری ممنوع است.
- ❖ کندگی جفت به جداشدگی زودهنگام جفت از محل طبیعی خود اطلاق گردیده و می‌تواند نسبی یا کامل باشد. علایم کلاسیک این اختلال عبارت است از: خونریزی واژینال، سفتی رحم، درد شکمی شدید و دیسترس جنین. در صورت تجمع خون در خلف جفت (خونریزی مخفی)، ممکن است انقباضات رحمی دچار اختلال شود. هم‌چنین خون تجمع‌یافته ممکن است موجب آزادشدگی ترومبوپلاستین در جریان خون مادر و آغاز انعقاد درون عروقی منتشر (DIC) شود.
- ❖ هایپرتانسیون بارداری (GH) یک بیماری مولتی سیستم است. سیستم قلبی و عروقی، کلیه‌ها و بستر جفتی - رحمی، ارگان‌های هدف اصلی محسوب می‌شوند.
- ❖ دو علامت شاخص هایپرتانسیون بارداری شامل افزایش فشار خون و پروتئین‌اوری می‌باشد. علی‌رغم کنترل GH، در صورت وخامت وضعیت، ختم بارداری (زایمان جنین) درمان اصلی محسوب می‌شود.
- ❖ سولفات منیزیم طی بستری در بیمارستان جهت پیشگیری از تشنج ناشی از GH توصیه می‌شود. آنتی‌دوت و کلسیم گلوکونات باید در کنار تخت مادر در دسترس باشد.
- ❖ سندرم HELLP با همولیز، ترومبوسیتوپنی (افت مقادیر پلاکت) و افزایش سطوح آنزیم‌های کبدی

- مشخص می‌شود. این سندرم، شکل دیگری از هایپر تانسیون بارداری شدید می‌باشد.
- ✦ بیماری ترومبولیتیک، بارداری را با خطر مواجه ساخته و می‌تواند تهدیدی برای حیات مادر محسوب شود. تغییرات فیزیولوژیک حین بارداری از قبیل گشادی وریدها، فشار بر روی ورید اجوف و استاز وریدی اندام‌های تحتانی، خطر ایجاد این شرایط را افزایش می‌دهد. کندی جریان خون موجب استاز خون و تشکیل احتمالی لخته می‌گردد، لخته‌ی حاصله به دیواره عروق می‌چسبد و در صورت جداشدگی به سمت ریه‌ها حرکت می‌کند. این وضعیت در صورت عدم درمان گسترده منجر به مرگ می‌شود.
- ✦ تغییرات همودینامیکی حین بارداری به شدت مادر مبتلا به مشکلات قلبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تغییرات (مانند افزایش برون‌ده قلبی) ممکن است فراتر از ظرفیت عملکردی یک قلب آسیب‌دیده باشد. درمان شامل استراحت مضاعف، محدودیت فعالیت، کنترل عفونت و تعدیل رژیم غذایی است.
- ✦ سولفات منیزیم داروی انتخابی جهت درمان تشنج ناشی از اکلامپسی می‌باشد.
- ✦ آنمی فقر آهن یک اختلال شایع حین بارداری است. افزایش حجم پلاسما و مصرف آهن توسط جنین بسیاری از زنانی که آهن را تنها از طریق غذا دریافت می‌کنند با مشکل مواجه می‌سازد. بنابراین اغلب فرسولفات به‌عنوان مکمل حین بارداری تجویز می‌شود. ویتامین C و روی باید جهت افزایش جذب آهن توصیه می‌شود.
- ✦ استفراغ بدخیم بارداری به استفراغ شدید و پایدار در حین بارداری اطلاق گردیده و موجب دهیدراتاسیون شدید، گرسنگی و عدم تعادل الکترولیت‌ها می‌گردد. مایعات و غذاهای جامد تا زمان تحمل قطع شده و تغذیه‌ی وریدی جایگزین می‌شود.
- ✦ زنان با سابقه‌ی ابتلا به دیابت پیش از بارداری تحت عنوان دیابتیک‌های قبل بارداری طبقه‌بندی می‌گردند. دیابت ملیتوس حین بارداری به شروع یا تشخیص دیابت حین بارداری اطلاق می‌شود (GDM).
- ✦ از عوارض شایع دیابت پیش از بارداری می‌توان به سقط خودبخودی، عفونت‌ها، هایپر تانسیون بارداری، جثه‌ی درشت نوزاد، هیپوگلیسمی و کتواسیدوز اشاره نمود. کنترل قند خون جهت سلامت نوزاد حیاتی است.
- ✦ دیابت ملیتوس بارداری در اثر نیازهای متابولیک حین حاملگی آشکار می‌شود.
- ✦ آنمی فقر اسیدفولیک ممکن است در اثر دریافت ناکافی اسید فولیک رخ دهد. فقر اسید فولیک خطر ناهنجاری‌های لوله‌ی عصبی را افزایش می‌دهد بدین جهت کلیه‌ی زنان باردار باید ۰/۴mg اسیدفولیک

روزانه دریافت کنند.

✦ ناسازگاری Rh یک حساسیت آنتی ژن - آنتی بادی است. زنان Rh منفی می توانند به طرق مختلف با گلبول های قرمز جنین Rh مثبت مواجه شوند (مانند حین آمنیوسنتز، سقط و خروج جفت پس از زایمان). جهت محافظت مادر از شکل گیری آنتی بادی علیه خون جنین Rh مثبت، رگام تزریق می شود.

✦ عفونت های مادری یا عفونت های TORH برای رویان و جنین مضر (تراتوژنیک) محسوب می شوند. این سندرم شامل توکسوپلاسموز، سایتومگالوویروس، سرخجه، و هرپس ویروس می باشد.

✦ متیل دوبا داروی انتخابی جهت درمان هایپر تانسیون بارداری است. از مصرف داروهای مهارکننده آنزیم آنژیوتانسین باید خودداری شود.

عوارض لیبر و زایمان

فصل

۱۵

زایمان زودهنگام

❖ لیبر زودهنگام به شروع زایمان مابین هفته‌های ۳۷-۲۰ بارداری اطلاق می‌شود.

❖ زایمان پیش از موعد و پارگی زودرس پرده‌ها دو علت اصلی زایمان زودرس به‌شمار می‌روند.

❖ **عوامل مرتبط:** از عوامل افزایش‌دهنده خطر، می‌توان به مراقبت‌های ضعیف دوران پره‌ناتال، عفونت‌ها از قبیل عفونت‌های پریدوننتال (دندانی)، ساختار تغذیه‌ای، وضعیت اجتماعی-دموگرافیک (وضعیت اجتماعی، اقتصادی، نژادی، سبک زندگی) اشاره نمود.

❖ **علائم و نشانه‌های زایمان زودرس:**

❖ کرامپ شکمی (با یا بدون استفراغ، تهوع یا اسهال)

- ❖ هرگونه خونریزی واژینال
- ❖ کرامپ رحمی (مشابه دردهای قاعدگی)
- ❖ تغییر ترشحات واژنی
- ❖ احساس فشار در واژن یا لگن
- ❖ درد در انتهای کمر
- ❖ درد شدید (متناوب یا مداوم)

❖ **عوامل خطر لیبر زودهنگام:**

- ❖ سابقه‌ی زایمان نارس
- ❖ بارداری چندقلویی
- ❖ ابتلا به واژینوز باکتریال
- ❖ کوتاهی سرویکس
- ❖ حضور فیبرونکتین (Fibronectin) در ترشحات واژن مابین هفته‌های ۳۷-۲۲ بارداری
- ❖ سطوح الکانل فسفاتاز بیشتر از صدک ۹۰th
- ❖ سطوح آلفا - فیتوپروتئین بالاتر از صدک ۹۰th
- ❖ افزایش سطح استریول در ادرار پس از هفته‌ی ۳۲ بارداری

❖ **ارزیابی و درمان:**

❖ پرستار باید علائم و نشانه‌هایی که بیمار را در معرض خطر زایمان زودرس قرار می‌دهد، بشناسد و

- بر اهمیت گزارش علائم برای مراقبت فوری تأکید کند تا تولد نوزاد تا زمان بلوغ کافی ریوی برای زندگی خارج رحمی به تعویق بیفتد.
- ❖ عفونت با زایمان زودرس ارتباط دارد. با شناسایی و حذف میکروارگانیزمی که مسئول التهاب سیستم تناسلی تحتانی می‌باشد، پاسخ التهابی کاهش یافته و سرویکس بهبود می‌یابد.
 - ❖ **توقف لیبر زودهنگام.** پیش از بازشدگی سرویکس به میزان سه سانتی‌متر یا رسیدن به نقطه غیرقابل بازگشت، درمان بر توقف فعالیت رحم (انقباضات) متمرکز می‌شود. اقدامات اولیه جهت توقف لیبر زودرس عبارت است از: تشخیص و درمان هرگونه عفونت، محدودیت فعالیت، اطمینان از هیدراتاسیون و استفاده از داروهای توکولیتیک.
 - ❖ **استراحت.** در وضعیت خوابیده به پهلو، جریان خون رحمی را افزایش داده و ممکن است موجب کاهش فعالیت رحم شود.
 - ❖ هدف از درمان با توکولیتیک‌ها، تأخیر در زایمان می‌باشد تا در این فرصت بتوان با تجویز کورتیکواستروئیدها فرصت بیشتری را برای بلوغ ریه‌های جنین فراهم آورد.
 - ❖ **توسعه بلوغ ریه‌ها.** از آنجایی که سندرم دیسترس تنفسی (RDS) یک مشکل شایع در کودکان نارس می‌باشد، توسعه بلوغ ریه‌ها یک هدف درمانی محسوب می‌شود. تجویز گلوکوکورتیکو-استروئیدها از قبیل بتامتازون یا دگزامتازون به مادر حداقل ۲۴-۴۸ ساعت پیش از زایمان نوزاد با سن بارداری کمتر از ۳۴ هفته می‌تواند موجب کاهش دیسترس تنفسی شود.

پارگی زودرس پرده‌ها

- ❖ پارگی زودرس پرده‌ها به پارگی خودبه‌خودی کیسه آمنیوتیک بیش از یک‌ساعت قبل از شروع لیبر حقیقی اطلاق می‌شود (PROM). پارگی غشاها قبل از هفته ۳۷ بارداری، تحت عنوان پارگی قبل از موعد پرده‌ها^۱ (یا PPRM) نامیده می‌شود.
- ❖ خطر اصلی این وضعیت ایجاد عفونت در مادر و جنین می‌باشد. میکروارگانیزم‌ها به‌دنبال پارگی پرده‌ها به‌راحتی از واژن به درون کیسه آمنیوتیک نفوذ می‌کنند. از آنجایی که مایع آمنیوتیک اندکی خاصیت قلیایی دارد، وجود آن در واژن را می‌توان از طریق نوار تست نیترازین^۲ مشخص نمود؛ چرا که رنگ نوار فوق‌هنگام تماس با مایع آمنیوتیک به رنگ آبی - سبز تغییر خواهد یافت.

1. Preterm Premature Rupture of Membranes
2. Nitrazine Paper Test

❖ **درمان:** خطر عفونت با گذشت ۱۸ ساعت از زمان پارگی پرده‌ها افزایش می‌یابد. درمان شامل استراحت در بستر با امکان استحمام، کنترل عفونت و ارزیابی روزانه وضعیت سلامت جنین می‌باشد. آنتی‌بیوتیک‌ها جهت کاهش عفونت و استروئیدها به منظور افزایش تکامل بلوغ ریه‌ها تجویز می‌شوند.

سخت‌زایی^۱

❖ سخت‌زایی در اثر یکی از شرایط زیر حادث می‌شود:

- ❖ **انقباضات —** فعالیت غیرطبیعی رحم (انقباضات غیرمؤثر رحمی)
- ❖ **محل عبور —** اندازه یا شکل غیرطبیعی لگن، یا سایر شرایطی که با نزول بخش نمای جنین مداخله کند.
- ❖ **محصول زایمان —** اندازه یا نمای غیرطبیعی جنین (بزرگی جثه یا قرار نامناسب)
- ❖ **وضعیت روانی —** تجربه قبلی، فرهنگ، آمادگی و سیستم حمایتی
- ❖ **عدم تناسب میان دیلاتاسیون سرویکس و میزان طبیعی نزول جنین یا انقباضات رحمی غیرمؤثر** احتمال سخت‌زایی را مطرح می‌سازد.

انقباضات رحمی^۲

❖ **انقباضات غیرطبیعی رحم:** انقباضات رحمی غیرطبیعی از پیشرفت طبیعی لیبر، دیلاتاسیون سرویکس، افسمان و نزول بخش نمای جنین جلوگیری نموده و موجب اختلال عملکردی لیبر می‌شود.

❖ **اختلال عملکردی هایپرتونیک:** انقباضات به طور معمول نمی‌تواند سرویکس را بیش از چهار سانتی‌متر دیلاته کند و سفتی فوندوس در اوج یا قوی‌ترین هنگام انقباض نیز احساس نمی‌شود، در نتیجه پیشرفت لیبر با شکست مواجه می‌شود.

❖ استفاده از بی‌حسی اپیدورال و سایر بی‌حسی‌های منطقه‌ای ممکن است توانایی مادر را برای تلاش مؤثر در جهت خروج نوزاد کاهش دهد.

❖ **اختلال عملکردی هایپرتونیک رحم:** در اختلال عملکردی هایپرتونیک رحم، انقباضات بی‌کفایت، دردناک، فاقد شدت مناسب، بی‌تأثیر در ایجاد دیلاتاسیون و افسمان و معمولاً ناهماهنگ و پیاپی می‌باشند.

❖ درمان اختلال عملکردی هایپرتونیک رحم، استراحت کردن است که از طریق تجویز مسکن‌ها در راستای کاهش درد و تشویق به خواب امکان‌پذیر می‌شود.

اندازه یا شکل غیرطبیعی لگن

کوتاهی لگن میانی، شایع‌ترین علت سخت‌زایی لگن می‌باشد. پری مثانه یکی از علل شایع ایجادکننده انسدادهای خفیف در کانال عبوری است. در صورتی که بیمار قادر به دفع ادرار نباشد، انجام سونداژ ممکن است ضرورت یابد.

عدم تناسب میان سر جنین و لگن

از علل مرتبط با عدم تناسب سر جنین و لگن می‌توان به بزرگی جثه‌ی نوزاد، ابتلای مادر به دیابت ملیتوس، بارداری‌های متعدد و توارث (یک یا دو والد دارای جثه‌ی بزرگ) اشاره نمود.

نمای غیرطبیعی جنین

❖ به قرارگیری نوزاد در هر نمایی به جز قرار ورتکس یا نمای قله‌ی سر، نمایش غیرطبیعی جنین اطلاق می‌شود. نمای غیرطبیعی ممکن است لیبر را طولانی ساخته و مادر را دچار ناراحتی مضاعف نماید.

❖ **نمایش بریچ**. بریچ، رایج‌ترین نوع نمای غیرطبیعی است. احتمال پرولاپس بندناف در بارداری‌های بریچ افزایش می‌یابد، چرا که باسن (بخش‌نما) کوچک‌تر از سر است و به‌طور کامل لگن را پر نمی‌کند. خطر خونریزی در دوران پس از زایمان نیز افزایش می‌یابد.

❖ **نمای صورت و ابرو**. در نمای صورت یا ابرو، قطر بخش نما در مقایسه با نمایش ورتکس یا اکسی‌پوت بزرگتر است. سزارین شیوه‌ای ایمن جهت زایمان نوزادان با نمای خلفی صورت می‌باشد.

❖ **نمای پایدار خلفی پس سری**. نمای پایدار خلفی پس سری هنگامی رخ می‌دهد که پشت سر جنین (اکسی‌پوت) وارد لگن مادر شده و به‌جای قرارگیری در قدام لگن به سمت عقب حرکت کرده و در بخش خلفی لگن مادر جایگزین می‌شود. وضعیت چمباتمه به مستقیم‌شدن محور لگن و چرخش کمک می‌کند. واردسازی فشار مخالف بر استخوان ساکروم و مالش کمر مادر حین لیبر مفید است.

❖ **چرخش خارجی**. چرخش خارجی به ایجاد تغییر در نمای جنین پس از هفته‌ی ۳۷ بارداری اطلاق می‌شود. خطرات چرخش خارجی شامل پرولاپس طناب نافی و جداشدگی زودرس

جفت می‌باشد. حین چرخش خارجی، از سونوگرافی به منظور هدایت نحوه‌ی مانور استفاده می‌شود.

وضعیت روانی

عوامل روانی، اثر مهمی بر پیشرفت لیبر دارند. ترس، درد، فقدان حمایت، خجالت یا تخطی از اعتقادات مذهبی می‌تواند سبب مهار لیبر در پاسخگویی به این استرس‌ها شود.

القاء و پیشبرد لیبر

انجام اقدامات مؤثر به منظور شروع انقباضات رحمی قبل از آغاز انقباضات خودبه‌خودی تحت عنوان القای لیبر^۱ نامیده می‌شود.

دلایل القاء زایمان

❖ دلایل القاء شامل عفونت (کریوآمینوتیت)، پارگی نارس پرده‌ها و تشدید مشکلات طبی (مانند هایپرتانسیون بارداری، دیابت ملیتوس وابسته به انسولین، هایپرتانسیون مزمن) می‌باشد.

❖ القای لیبر در صورت ابتلای مادر به هرپس فعال ژنیتال، وجود عدم تناسب میان سر جنین و لگن مادر، پرولاپس طناب نافی، جفت سرراهی یا وجود برش عرضی روی شکم حاصل از سزارین‌های قبلی ممنوع می‌باشد.

روش‌های غیردارویی:

- ❖ جداسازی غشاها: به جدایی دستی غشاهای آمنیوتیک از قطعه تحتانی رحم اطلاق می‌شود.
- ❖ آمنیوتومی^۲: پارگی مصنوعی غشاها می‌باشد (AROM). پرده‌ها با نفوذ یک قلاب آمنیوتیک پاره می‌شود.
- ❖ دیلاتورهای مکانیکی^۳: دیلاتورهای مکانیکی جهت پیشرفت دیلاتاسیون سرویکس و آزادشدن پروستاگلاندین‌های داخلی درون سرویکس قرار داده می‌شوند.

روش‌های دارویی:

- ❖ ژل پروستاگلاندین (PGE₂) پیش از القا جهت نرم و انعطاف‌پذیر (آمادگی) نمودن سرویکس درون آن قرار داده می‌شود.
- ❖ القا از طریق اکسی‌توسین معمولاً ظرف چند ساعت اول جهت اجتناب از تحریک بیش از حد رحم انجام نمی‌شود.

1. Induction labor
2. Amniotomy

3. Mechanical dilators

تحریک و القا از طریق اکسی توسین:

- ❖ در مواردی که انقباضات غیرمؤثر رحمی سبب کندی پیشرفت لیبر می‌شود، می‌توان از اکسی توسین (پیتوسین^۱) جهت القا و تسریع فرایند لیبر استفاده نمود.
- ❖ مسمومیت مادر با آب و هایپرپیلی‌روبینمی جنین با تزریق طولانی مدت اکسی توسین مرتبط است.
- ❖ اکسی توسین (رقیق شده در یک محلول وریدی) از طریق پمپ تزریق کنترل‌شده تجویز می‌شود. پرستار حین تزریق وریدی باید هرگونه انقباضات رحمی طولانی‌تر از ۹۰ ثانیه، فواصل بین انقباضی کمتر از ۶۰ ثانیه و ضربانات قلب جنینی نامطمئن را گزارش کند.
- ❖ تریوتالین باید به منظور قطع القای لیبر در دسترس باشد تا در صورت تحریک بیش از حد رحمی یا وقوع اثرات نامطلوب در جنین بتوان از آن استفاده نمود.

اپیزیاتومی^۲

- ❖ اپیزیاتومی یک برش جراحی در ناحیه‌ی پرینه بوده که جهت تسهیل عبور جنین ایجاد می‌شود. این روش هنگامی انجام می‌شود که پارگی پرینه، واژن یا سرویکس محتمل باشد.
- ❖ اپیزیاتومی جهت کوتاه نمودن مرحله دوم لیبر، تسکین فشار وارده بر سر جنین، تسهیل زایمان‌های بریچ و استفاده از فورسپس انجام می‌شود.
- ❖ بهبودی محل اپیزیاتومی بسیار رضایت‌بخش‌تر از محل پارگی است. اپیزیاتومی میانی در مقایسه با برش میانی - خارجی ناراحتی کمتری ایجاد نموده و سریع‌تر بهبود می‌یابد.
- ❖ پارگی‌های پرینه به چهار درجه تقسیم می‌شود:
 - ❖ پارگی درجه‌ی ۱، از پوست تا غشای موکوسی کشیده می‌شود.
 - ❖ پارگی درجه‌ی ۲ گسترده‌گی بیش‌تری داشته و تا عضلات ناحیه‌ی پرینه پیشرفت می‌کند.
 - ❖ در پارگی درجه‌ی ۳، اسفنکتر مقعد نیز علاوه بر عضلات پرینه پاره می‌شود.
 - ❖ پارگی درجه‌ی ۴ به اسفنکتر عضلات مقعد و دیواره‌ی قدامی رکتوم می‌رسد.

زایمان از طریق فورسپس

فورسپس ممکن است جهت زایمان نوزادان نارس به کار گرفته شود تا از فشار مداوم روی جمجمه‌ی

1. Pitocin

2. Episiotomy

شکننده‌ی جنین جلوگیری به عمل آید. دیگر مورد استفاده‌ی آنها کوتاه‌نمودن فاز ۲ زایمان است. زایمان از طریق فورسپس مادر را با عوارضی از قبیل پارگی‌های کانال زایمانی و پرینه و افزایش خونریزی مواجه می‌سازد. نوزاد ممکن است دچار کبودی، ادم جمجمه، سفالوهماتوم بالقوه و خونریزی داخل مغزی شود. به کارگیری نامناسب فورسپس‌های سخت ممکن است سبب فلج گذرا یا حتی ماندگار عصب صورتی شود.

واکیوم

✦ واکیوم جایگزینی برای فورسپس می‌باشد. واکیوم از یک سر فنجان‌شکل یا عضو مکند جهت خروج هوا و قرارگیری روی سر جنین تشکیل شده است.

✦ اثرات جانبی واکیوم شامل ادم و کبودی سر جنین است. از خطرات جنین می‌توان به سفالوهماتوم، پارگی جمجمه و همتوم ساب‌دورال اشاره نمود.

لیبر و زایمان پس از موعد

✦ القاء لیبر در هفته ۴۲ بارداری توصیه می‌شود.

✦ نوزاد پس از موعد دارای بدن استخوانی بلند، ناخن‌های بلند و خشک، پوستی خشک و رنگی پریده می‌باشد.

✦ هیپوکسی جنین، خونریزی داخل مغزی و پارگی پرینه از بالاترین عوارض زایمان زودرس است.

لیبر سریع

✦ لیبر سریع به وضعیتی اطلاق می‌شود که لیبر در ظرف کمتر از ۳ ساعت از شروع انقباضات حقیقی به زایمان نوزاد ختم شود.

✦ لیبر سریع مادر و نوزاد را با عوارض بسیاری مواجه می‌سازد.

پارگی رحم

✦ پارگی رحم به دلیل ایجاد خونریزی شدید در مادر و شوک، یک وضعیت اورژانس محسوب می‌شود.

✦ وجود انقباضات رحمی پایدار فاقد دوره‌های استراحت، نشانه‌ی پارگی قریب‌الوقوع رحم است. پرستار باید انقباضات رحمی طولانی‌تر از ۹۰ ثانیه را گزارش کند.

❖ خونریزی مادر و مرگ جنین دو عارضه‌ی مهم این وضعیت به‌شمار می‌روند.

❖ درمان معمولاً شامل جراحی اورژانس رحم و گاهی هیستروکتومی است. تزریق خون ممکن است مورد نیاز باشد.

هیدروآمניوس

ناهنجاری‌های مادرزادی به‌خصوص آنومالی‌های دستگاه گوارش با پلی‌هیدروآمניوس همراه است. توسعه هیدروآمניوس سبب بزرگی بیش از حد رحم می‌شود. این حالت ممکن است موجب لیبر زودرس شده و مادر را از نظر خونریزی پس از زایمان در معرض خطر بیش‌تری قرار دهد. پلی‌هیدروآمניوس با سونوگرافی قابل شناسایی است.

اولیگوهیدروآمניوس

اولیگوهیدروآمניوس به کاهش حجم مایع آمنیوتیک اطلاق می‌شود. این وضعیت با ناهنجاری‌های کلیوی جنین و محدودیت رشد درون‌رحمی مرتبط است. اولیگوهیدروآمניوس با سونوگرافی قابل تشخیص می‌باشد.

پرولاپس طناب ناف

❖ هنگامی که طناب ناف از بخش نمای جنین پیشی می‌گیرد، پرولاپس طناب ناف حادث شده است. پرولاپس طناب ناف می‌تواند اکسیژن‌رسانی به جنین را مختل کند. عوامل دخیل در ایجاد پرولاپس طناب ناف عبارت است از: (۱) پارگی غشاها قبل از ثابت شدن سر در لگن، حرکت یک لوپ از طناب ناف به داخل لگن یا سرویکس؛ (۲) کوچکی جنین؛ (۳) وضعیت بریچ؛ (۴) قرار عرضی؛ (۵) پلی‌هیدروآمניوس؛ (۶) طولانی بودن غیرطبیعی بندناف و (۷) بارداری چندقلویی.

❖ مداخلات پرستاری هنگام پرولاپس بندناف شامل موارد زیر می‌باشد:

- ❖ ایجاد وضعیتی که هیپ بالاتر از سر قرار گیرد، از طریق: (۱) قرارگیری در حالت سجده؛ (۲) ترندلنبرگ؛ و (۳) قرارگیری به پهلو و بالا بردن هیپ توسط بالش.
- ❖ پوشیدن دستکش و دورنمودن عضو نمایش از بندناف
- ❖ شروع اکسیژن‌رسانی به میزان ۸-۱۰ L/min از طریق ماسک
- ❖ مانیتورینگ دقیق ضربان قلب جنین، به وسیله‌ی مانیتورینگ الکتریکی جنین (EFM)
- ❖ آماده‌سازی جهت زایمان سریع واژینال یا سزارین

آمیونیوژن

آمیونیوژن روشی است که طی آن نرمال‌سالین یا سرم رینگرلاکتات حین لیبر از طریق عبور کاتتر از سرویکس به داخل رحم تزریق می‌شود. هدف از این کار، اصلاح اولیگوهیدروآمניوس یا کاهش غلظت مکنونیوم موجود در مایع آمنیوتیک و کاهش فشردگی بندناف است.

بارداری چندقلویی

به وجود دو یا چند جنین درون رحم، بارداری چندقلویی اطلاق می‌شود. بارداری چندقلویی با سونوگرافی مسجل می‌شود. از آنجایی که بزرگی بیش از حد رحم خطر خونریزی را افزایش می‌دهد، بارداری چندقلویی مخاطره‌آمیزتر از حاملگی یک جنین است. قل‌ها ممکن است قرارهای مختلفی داشته باشند.

شیوع زایمان‌های چندقلویی به دلیل عمومیت یافتن درمان‌های باروری (تکنولوژی کمک به باروری [ART]) از قبیل لقاح خارجی رحمی، افزایش یافته است. بارداری چندقلویی می‌تواند با برخی عوارض مانند سندرم انتقال قل به قل، انتقال خون از طریق شانت از یک قل به دیگری، همراه شود.

زایمان سزارین

زایمان سزارین روشی جراحی است که طی آن زایمان از طریق شکم و با ایجاد برش روی رحم انجام می‌پذیرد. هدف اصلی انجام زایمان سزارین، حفظ سلامت مادر و جنین است. چهار عامل مسئول ۷۰-۹۰ درصد از سزارین‌ها می‌باشند: سخت‌زایی، سابقه‌ی سزارین، قرار بریچ و دیسترس تنفسی. از سایر علت‌های سزارین می‌توان به عفونت و ویروسی هرپس فعال، بلندی طناب ناف، عوارض طبی از قبیل هایپر تانسیون بارداری، ناهنجاری جفتی مانند جفت سرراهی و کندگی جفت و ناهنجاری‌های جنینی مثل پلی‌هیدروآمیوس اشاره نمود.

روش‌های جراحی:

❖ برش پوستی سزارین در اشکال عرضی (فانشتیل)^۱ یا عمودی می‌باشد، البته این وضعیت با نوع برش ایجاد شده بر روی رحم ارتباطی ندارد.

❖ محدودیت مهم برش عرضی این است که در صورت لزوم امکان گسترش آن وجود ندارد. برش عمودی سریع‌تر ایجاد شده و در مواقع دیسترس جنین ارجح می‌باشد.

❖ **عوارض / خطرات:** زایمان سزارین برای مادر و جنین عاری از خطر نیست. از عوارض مادری می‌توان به آسیب‌راسیون، آمبولی ریوی، خونریزی، عفونت سیستم ادراری، آسیب‌های روده یا مثانه، عفونت رحم، ترومبوز و عوارض مرتبط با بی‌حسی اشاره نمود. خطرات جنینی شامل نارسی (در صورت ارزیابی ناصحیح سن بارداری)، آسیب‌های جنین و مشکلات تنفسی حاصل از تأخیر جذب مایعات ریوی می‌باشد.

کادر ۱-۱۵ ■ خلاصه‌ای از مراقبت پرستاری مادر تحت سزارین	
قبل از زایمان	حین دوره ریکاوری
❖ ارزیابی زمان صرف وعده آخر غذایی	❖ آغاز روش‌های مرتبط با دوره‌ی پس از بیهوشی (پالس اکسی‌متر، تجویز اکسیژن، کنترل قلب)
❖ توضیح روش موردنظر	❖ ارزیابی فوندوس از نظر سفتی، بلندی و محل قرارگیری، ماساژ فوندوس در صورت وجود انقباضات ضعیف (Boggy)
❖ امضای فرم رضایت‌نامه	❖ کنترل خونریزی واژینال از نظر رنگ، مقدار و تداوم (حضور لخته).
❖ کنترل تزریقات داخل وریدی	❖ کنترل زخم شکم از نظر بهبود
❖ تمیز نمودن شکم	❖ کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه یک‌بار تا یک‌ساعت، هر ۳۰ دقیقه طی ساعت دوم، سپس هر ساعت تا زمان انتقال به بخش پس از زایمان
❖ تعبیه‌ی سوند فولی	❖ تعیین برون‌ده ادراری، کنترل کاتتر و تیوپ از نظر بازبودن مجاری (جذب و دفع)
❖ تجویز داروهای توصیه‌شده (آنتی‌اسید و آنتی‌بیوتیک)	❖ ارزیابی صداهای روده و دفع گاز
❖ تشخیص گروه‌خونی، کراس‌مچ و نتایج تجزیه‌ی ادرار	❖ تغییر وضعیت قرارگیری مادر هر ساعت (در صورت عدم ممنوعیت)
	❖ تشویق مادر به تنفس عمیق و سرفه‌ی مکرر
	❖ تجویز داروها جهت کاهش درد
	❖ تشویق تحرک زودهنگام در روز اول و حمام در روز دوم

❖ مراقبت پرستاری:

❖ **مراقبت قبل از عمل سزارین.** مراقبت پرستاری پیش از عمل جراحی مشابه آماده‌سازی بیمار برای سایر جراحی‌ها می‌باشد. مادر جهت کاهش خطر آسیب‌رسانی NPO می‌شود. یک کاتتر فولی به‌منظور تخلیه‌ی مداوم مثانه در طول عمل جراحی تعبیه می‌شود، این کار خطر آسیب به مثانه را هنگام ایجاد برش به حداقل می‌رساند. ضربان قلب جنین تا زمان زایمان نوزاد از طریق مانیتورینگ الکترونیکی گزارش می‌شود. استفاده از بی‌حسی اسپینال نیاز به احیای نوزاد را کاهش می‌دهد، زیرا داروهای مورد استفاده در بیهوشی عمومی از سد جفتی عبور می‌کنند.

❖ **مراقبت پس از عمل.** مادر پس از جراحی به اتاق ریکاوری منتقل می‌شود. در اتاق ریکاوری مراقبت‌هایی از قبیل مشاهده‌ی سفتی رحم و میزان خونریزی واژینال و ارزیابی برش شکمی ارائه داده می‌شود.

زایمان واژینال پس از سزارین

کالج زنان و مامایی امریکا، انجام زایمان واژینال را در زنانی که دارای سابقه‌ی قبلی سزارین یا برش عرضی کوتاه می‌باشند، توصیه می‌کند.

مفاهیم کلیدی

- ✦ لیبر زودرس شروع انقباضات رحمی مابین هفته‌های ۳۷-۲۰ بارداری می‌باشد که منجر به دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس شود.
- ✦ لیبر زودرس از طریق ارزیابی فعالیت رحم، تغییرات سرویکس، استراحت در بستر، مایع‌رسانی، استفاده از توکولیتیک‌ها، احیای جنین و تلاش در جهت بلوغ بیش‌تر ریه‌های جنین، کنترل می‌شود.
- ✦ پارگی زودرس پرده‌ها (PROM) به پارگی پرده‌ها پیش از شروع لیبر اطلاق می‌شود.
- ✦ سخت‌زایی عبارت است از لیبر سخت و اغلب طولانی.
- ✦ در صورت عدم پیشرفت لیبر به‌سوی دیلاتاسیون سرویکس و پیشرفت آهسته‌ی نزول جنین باید به سخت‌زایی مشکوک گردید. این وضعیت در اثر اشکال در قدرت انقباضات، وضعیت نمای جنین و عدم تناسب میان سر و لگن مادر یا مسائل روانی ایجاد می‌شود.
- ✦ عدم تناسب میان سر جنین و لگن مادر (CPD) هنگامی رخ می‌دهد که جنین جهت عبور از لگن طبیعی بسیار درشت بوده یا اقطار لگن مادر برای عبور جنین با سایز طبیعی نیز کوچک باشد. انجام سزارین ممکن است ضروری باشد.
- ✦ چرخش خارجی به ایجاد تغییر در نمای جنین از وضعیت بریچ یا قرار عرضی به وضعیت سفالیک اطلاق می‌شود. سونوگرافی حین اجرای روش نحوه‌ی دستکاری را هدایت می‌کند.
- ✦ پرولاپس طناب نافی زمانی رخ می‌دهد که بند ناف از بخش نمای جنین پیشی گیرد.
- ✦ آماده‌سازی سرویکس جهت نرمی پیش از آغاز القای لیبر انجام می‌شود. ژل پروستاگلاندین E₂ درون واژن قرار گرفته یا از طریق دیافراگم جایگذاری می‌شود.
- ✦ آمنیوتومی به پارگی مصنوعی پرده‌ها اطلاق می‌گردد، به‌طور معمول در زنان نزدیک به ترم، ۱۲ ساعت پس از پارگی پرده‌ها، در صورت مناسب بودن وضعیت سرویکس لیبر آغاز می‌شود.
- ✦ اینداکشن لیبر به اقداماتی اطلاق می‌شود که در جهت آغاز انقباضات رحمی انجام می‌شوند.
- ✦ پیشبرد زایمان عبارت است از تزریق کردن داروهای اکسی‌توسین جهت تحریک لیبر و انقباضات رحمی غیرمؤثر.
- ✦ اپی‌زیوتومی، برش جراحی در ناحیه‌ی پرینه می‌باشد، که در جهت تسهیل عبور جنین، ایجاد می‌شود.
- ✦ در زایمان‌های واژینال از فورسپس یا واکيوم جهت ایجاد کشش برای خروج سر نوزاد، کمک به چرخش یا هر دو استفاده می‌شوند.

- ✦ لیبر و زایمان پس از موعد به جنین دارای سن بارداری بیش از ۴۲ هفته اطلاق می‌شود.
- ✦ لیبر سریع عبارت است از پیشرفت لیبر و زایمان در زمانی کمتر از ۳ ساعت.
- ✦ هیدروآمنیوس به افزایش حجم مایع آمنیوتیک اطلاق می‌شود. این وضعیت با ناهنجاری‌های مادرزادی که بر بلع و دفع جنین تأثیر می‌گذارند، مرتبط است.
- ✦ زایمان واژینال به زنان با سابقه‌ی سزارین قبلی توصیه می‌شود (VABC). اگر زایمان آن‌ها از طریق ایجاد برش عرضی بر روی بخش پایینی رحم صورت گرفته باشد، در طول لیبر زن به دقت کنترل شده و انقباضات رحمی و وضعیت سلامت نوزاد ارزیابی می‌شود. VABC شیوع زایمان‌های سزارین را کاهش داده است.

نوزاد در معرض خطر: شرایط

مرتبط با سن بارداری و تکامل

فصل

۱۶

❖ نوزادی که به دلیل نارسی و اختلالات جسمی یا عوارض حین یا پس از زایمان مستعد ابتلا به بیماری‌های خفیف تا شدید می‌باشد، «در معرض خطر» محسوب می‌شود. مراقبین بهداشتی با ارزیابی سن بارداری و جثه‌ی نوزاد می‌توانند به قضاوت‌های بالینی مهمی در مورد عملکرد سیستم بدن و عوامل خطر موجود برای نوزاد دست یابند.

❖ نوزادان پس از تولد برحسب سن بارداری و وزن هنگام تولد مطابق ذیل طبقه‌بندی می‌شوند:

❖ **نارس یا تولد پیش از موعد** — نوزادی که پیش از پایان هفته ۳۷ بارداری، بدون در نظر گرفتن وزن، متولد شده است.

❖ **ترم یا تولد موعد** — نوزادی که بین هفته‌های ۳۸-۴۲ بارداری، بدون در نظر گرفتن وزن، متولد شده است.

❖ **کم‌وزن** — به کلیه‌ی نوزادان با وزن هنگام تولد کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم اطلاق می‌شود.

❖ **کوچک‌تر از سن بارداری (SGA)** — کلیه‌ی نوزادانی که وزن هنگام تولد آن‌ها زیر صدک ۱۰th (مرتبط با رشد درون‌رحمی)، بدون در نظر گرفتن سن بارداری، قرار می‌گیرد.

❖ **بزرگ‌تر از سن بارداری (LGA)** — کلیه‌ی نوزادانی که وزن هنگام تولد آن‌ها بالای صدک ۹۰th (مرتبط با رشد درون‌رحمی)، بدون در نظر گرفتن سن بارداری قرار می‌گیرد.

❖ **رشد محدود درون‌رحمی (IUGR)** — نارسایی رشد جنین با آنچه که بر حسب سن بارداری انتظار می‌رود.

❖ **بعد از موعد** — نوزادی که پس از هفته‌ی ۴۲ بارداری، بدون در نظر گرفتن وزن، متولد می‌شود.

سن و وزن هنگام تولد

❖ مبنای سیستم Ballard معیارهای رشد و بلوغ می‌باشد که به وسیله نشانه‌های جسمی و عصبی - عضلانی تعیین می‌شود.

- ❖ اگر در مرحله رشد حیاتی رویان مداخلاتی صورت پذیرد تعداد سلول‌های کوچک‌تری تشکیل می‌شود، ارگان‌ها کوچک‌تر شده و وزن آن‌ها نیز کمتر از حد طبیعی خواهد شد. این نوع تخریب رشد، محدودیت رشد متقارن نامیده می‌شود، زیرا طی آن کلیه بخش‌های بدن کوچک می‌باشد (از جمله مغز).
- ❖ اگر مداخله در اواخر بارداری صورت پذیرد، تعداد کلی سلول‌ها تغییر نیافته، اما اندازه‌ی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این نوع از محدودیت رشد، تحت عنوان محدودیت رشد نامتقارن نامیده می‌شود. این وضعیت اغلب با اختلال جریان خون رحمی - جفتی همراه می‌باشد.
- ❖ **ظاهر فیزیکی.** در اولین مشاهده، مشخصات جسمی بسیاری از نوزادان SGA مطرح‌کننده‌ی رشد محدود داخل رحمی می‌باشد.
- ❖ **رفتار.** فعالیت بسیاری از نوزادان SGA با توجه به جثه‌ی آن‌ها بسیار بیشتر از مقدار قابل انتظار می‌باشد.

جدول ۱-۱۶ ■ عوامل دخیل در محدودیت رشد	
عامل	مثال
ژنتیک	والدین با جثه‌ی کوچک، احتمالاً نوزادی کوچک جثه خواهند داشت.
بیماری مادر	عوارض مرتبط با مشکلات عروقی، کاهش جریان خون رحم (دیابت پیشرفته، هایپر تانسیون بارداری، بیماری کلیوی)
عوامل مادری	استعمال سیگار، سوء استفاده مواد
عوامل محیطی	ارتفاعات بلند، رادیوگرافی
سوء تغذیه	گرسنگی مادر
عوامل جفتی	کوچکی جفت، جفت سرراهی، کاهش خونرسانی جفتی
عوامل جنینی	عفونت‌های جنینی (سرخجه، توکسوپلاسموز، سیفلیس)، بارداری چندقلویی، اختلالات کروموزومی

❖ ارزیابی و درمان:

- ❖ از آنجایی که علل مختلفی موجب IUGR می‌شود، مراقبت از نوزاد SGA باید براساس مشکلات خاصی که در نوزاد تظاهر می‌یابد، تنظیم شود.
- ❖ با انجام اقدامات ساده حین مراقبت پرناتال نظیر ترک سیگار، الکل و داروها، توسعه‌ی تغذیه و رفع عفونت دستگاه ادراری - تناسلی، تولد نوزادان دچار رشد محدود داخل رحمی کاهش خواهد یافت.

جدول ۱۶-۲ ■ مشکلات و عوامل خطر در نوزادان SGA	
مشکل	عوامل خطر
هیپوکسی	فقدان اکسیژن کافی
آسپیراسیون مکونیوم	دفع مکونیوم در اثر شلی اسفنکتر مقعد
هیپوگلیسمی	ذخایر اندک گلیکوژن کبدی
هیپوترمی	کاهش چربی زیرجلدی و بزرگی سطح بدن
خونریزی داخل بطنی	شکندگی عروق خونی
پلی سائیمی	پاسخ فیزیولوژیک به هیپوکسی جنینی
هایپوکسمی	تخلیه‌ی کلسیم در اثر آسفیکسی حین زایمان
عوامل مادری مؤثر بر کاهش وزن تولد در اثر	عوارض عروقی حاصل از هایپر تانسیون بارداری، دیابت پیشرفته، مصرف سیگار، تغذیه‌ی ضعیف، مصرف داروها
استرس هیپوکسی	

نوزاد با وزن بیشتر نسبت به سن بارداری (LGA)

تولد نوزاد با جثه‌ی درشت در مادر مبتلا به دیابت که فاقد تغییرات وسیع عروقی می‌باشد، به دلیل عبور سطوح بالای گلوکز از طریق جفت محتمل است.

نوزاد پس از موعد

☒ به نوزادی که پس از هفته ۴۲ بارداری متولد می‌شود، نوزاد پس از موعد اطلاق می‌شود. جفت پس از هفته ۴۰ بارداری به دلیل گسترش نارسایی، فاقد عملکرد کافی می‌باشد. جنین در اثر دژنراسیون پیشرفته‌ی جفت نمی‌تواند اکسیژن و تغذیه‌ی کافی دریافت کند.

☒ پوست اغلب شکننده و خشک است و در اثر کاهش ورنیکس کازئوزا حالتی کاغذی دارد. نوزاد پس از موعد از نظر ابتلا به هیپوکسی، آسپیراسیون مکونیوم و آسفیکسی پرخطر محسوب می‌شود.

نوزاد نارس

نارسی شایع‌ترین عامل مرتبط با مرگ نوزاد است. با وجود آنکه نوزاد با سن تولد کمتر از ۳۷ هفتگی، ممکن است زنده به دنیا آمده و به حیات ادامه دهد، ولی فاقد آمادگی کافی جهت حفظ بقا در محیط خارج از رحم می‌باشد.

محدودیت سیستم‌های بدن

☒ میزان نارسی هریک از سیستم‌های بدن به سن بارداری بستگی داشته و بیانگر خطرات بالقوه‌ای است که نوزاد با آن مواجه خواهد شد.

❖ سیستم تنفسی. سیستم تنفسی نوزاد قبل از هفته‌ی ۳۵ بارداری از تکامل کافی برخوردار نمی‌باشد.

وجود مقادیر کافی سورفاکتانت اهمیت ویژه‌ای دارد. سورفاکتانت ناکافی موجب می‌شود تا ریه‌ها نتوانند به‌سادگی از هوا پر شوند. آلوئول‌ها (کیسه‌های هوایی) کلاپس شده و کاهش مبادله‌ی اکسیژن و دی‌اکسیدکربن منجر به هیپوکسی، کاهش جریان خون ریوی و تخلیه‌ی انرژی نوزاد می‌شود. آپنه، توقف تنفسی طولانی‌تر از ۱۵-۱۰ دقیقه می‌باشد. آپنه‌ی طولانی می‌تواند موجب برادیکاردی و سیانوز شود. ریفلاکس معده می‌تواند در اثر لارنگواسپاسم و آپنه و رفلکس ضعیف گاغ ایجاد شود. علائم سندرم دیسترس تنفسی (RDS) شامل توکسیدگی دیواره‌ی قفسه‌ی سینه، پرش پرده‌های بینی، بازدم صدادار و تغییر ضربان قلب و تعداد تنفس می‌باشد.

❖ **سیستم گردش خون.** انتقال جریان خون از وضعیت جنینی به نوزادی، به طور مستقیم در گرو افزایش سطوح اکسیژن می‌باشد، زیرا مجرای شریانی باز (PDA) در پاسخ به تجمع مقادیر بالای اکسیژن بسته می‌شود. در صورت افزایش مقاومت عروق ریوی، سوراخ بیضی ممکن است دوباره باز شود، در نتیجه خون بیشتری از ریه‌ها عبور کرده و در نتیجه هیپوکسی افزایش بیشتری خواهد یافت. با وجود آنکه آکروسیانوز در کلیه نوزادان طبیعی می‌باشد، وجود سیانوز در تنه و صورت غیرطبیعی به‌شمار می‌رود.

❖ **سیستم گوارشی.** هرچند فرایند هضم و جذب تا این زمان به‌طور کامل تکامل نیافته و تا هفته‌ی ۳۶ بارداری از عملکرد کافی برخوردار نمی‌باشد. به‌خاطر سپاری این نکته حائز اهمیت است که ظرفیت معده در این گروه از نوزادان محدود بوده و آن‌ها مستعد ریفلاکس معده-مری می‌باشند. ایسکمی روده‌ی حاصله، نوزاد را در جهت ابتلا به آنتروکولیت نکروزان (NEC) مستعد می‌سازد. تغذیه‌ی کامل داخل وریدی (TPN) ممکن است ضروری باشد.

❖ **عملکرد کبد و متابولیک.** نوزادان نارس به‌دلیل ذخایر اندک گلیکوژن، چربی، ویتامین و مواد معدنی در معرض خطر هیپوگلیسمی و هیپوکلسمی قرار دارند. کلیرانس ضعیف کبدی بیلی‌روبین و کاهش مایعات دریافتی (تغذیه‌ی اندک) می‌تواند مانع دفع گوارشی بیلی‌روبین گردد. کوتاهی دوران رحمی، موجب کاهش مقادیر چربی قهوه‌ای و محدودیت ذخایر گلیکوژن می‌شود. هنگامی که نوزاد در اثر لرز دچار استرس می‌شود، نیاز به انرژی به شکل گلوکز افزایش می‌یابد. نیاز اضافی می‌تواند موجب تخلیه‌ی سریع ذخایر گلیکوژن نوزاد و پیشرفت هیپوگلیسمی شود. سطوح گلوکز خون نوزادان نارس به‌دقت کنترل می‌شود.

❖ **سیستم کلیوی.** نارس‌ی کلیه‌های نوزاد نارس سبب اختلالات آب و الکترولیت می‌شود. این نوزادان دارای توانایی محدود جهت تغلیظ ادرار یا اداره‌ی مقادیر فراوان مایعات می‌باشند. بنابراین نوزاد نارس در معرض خطر احتباس و افزایش بار مایع قرار دارد.

❖ **سیستم ایمنی.** بیشتر انتقال ایمنی از مادر به جنین طی دوران رحمی در مقابل عفونت‌های مختلف، طی سه‌ماهه سوم بارداری صورت می‌گیرد. بنابراین نوزاد نارس در مقایسه با نوزاد ترم از استعداد بیشتری جهت ابتلا به عفونت برخوردار می‌باشد. پرستارانی که مبتلا به بیماری عفونی می‌باشند یا به تازگی از فرد مبتلا به بیماری عفونی مراقبت نموده‌اند، نباید مراقبت از نوزاد نارس را به‌عهده گیرند.

درمان و مراقبت پرستاری از نوزادان نارس

- ❖ **تنظیم درجه حرارت.** خنثی‌نگاه‌داشتن درجه حرارت جهت حفظ حیات نوزاد نارس ضروری است.
- ❖ نوزادان نارس در مقایسه با نوزادان ترم گرمای بیش‌تری را از دست داده و توانایی محدودی جهت تولید گرما دارند. نوزاد نارس به طور معمول زیر یک دستگاه گرم‌کننده‌ی تابشی یا انکوباتور قرار داده می‌شود.
- ❖ **مراقبت از پوست.** خواباندن نوزاد به پهلو یا وضعیت دمر، تقلای تنفسی وی را کاهش می‌دهد. نوزاد نباید برای مدت طولانی در یک وضعیت قرار گیرد، زیرا این حالت ناخوشایند بوده و می‌تواند بالقوه موجب آتلکتازی ریوی شود.
- ❖ **مایع‌رسانی، تغذیه و روش‌های شیردهی.** تغذیه‌ی زودهنگام در حفظ متابولیسم طبیعی و کاهش هیپوگلیسمی، هایپرکالمی و هایپربیلی‌روبینمی احتمالی بسیار مهم است.
- ❖ نوزاد نارس به کالری بیش‌تری (روزانه ۱۳۰-۱۱۰ kcal/kg) نیازمند بوده و در مقایسه با نوزاد ترم به پروتئین آغوز نیاز بیش‌تری دارد.

✓ نکته:

علائم دهیدراتاسیون و دریافت بیش از حد مایع در نوزادان نارس

علائم دهیدراتاسیون در نوزاد نارس

- | | |
|--|---------------------------------|
| ❖ برون‌ده ادراری کمتر از ۱ mL/Kg در ساعت | ❖ وزن مخصوص ادرار بیش از ۱/۰۱۵ |
| ❖ کاهش وزن | ❖ خشکی غشاهای مخاطی |
| ❖ کاهش تورگور پوست | ❖ فرورفتگی فونتanelها |
| علائم دریافت بیش از حد مایع در نوزادان نارس | |
| ❖ برون‌ده ادراری بیش از ۳ mL/Kg در ساعت | ❖ وزن مخصوص ادرار کمتر از ۱/۰۰۱ |
| ❖ ادم | ❖ افزایش وزن‌گیری |
| ❖ رال | ❖ پیشی گرفتن جذب از دفع |

- ❖ تغذیه‌ی نوزادان نارس با شیر مادر امکان‌پذیر است و در صورتی که مادر تمایل به شیردهی داشته و نوزاد از رفلکس مکیدن و بلع مناسب برخوردار باشد، باید این روش تغذیه مورد تشویق قرار گیرد.
- ❖ اگر روزانه ۲۰-۳۰ گرم به وزن نوزاد افزوده شود، تغذیه‌ی دریافتی، کافی فرض می‌شود.
- ❖ **حجم مایعات.** نوزاد نارس با کنترل دقیق وزن و جذب و دفع روزانه از نظر میزان هیدراتاسیون و نیاز به مایع‌درمانی ارزیابی می‌شود. برون‌ده ادراری باید بیش از ۱ ml/kg در ساعت باشد.

مشکلات شایع نوزادان پرخطر

رتینوپاتی ناشی از نارسایی

اکسیژن‌رسانی با دوز بالا (فشار نسبی سطوح اکسیژن $[PaO_2]$ بالاتر از ۹۰-۱۰۰ mmHg) در درازمدت می‌تواند با ایجاد سمیت اکسیژن نوزاد را در معرض خطر قرار دهد. سمیت اکسیژن می‌تواند موجب انقباض عروق شبکیه، و به دنبال آن رتینوپاتی ناشی از نارسایی (ROP) یا فیبروپلازی شبکیه شود که در نهایت به ازدست‌رفتن بینایی یا کوری منجر می‌شود. در صورت قرارگیری نوزاد در هوای اتاق یا دریافت اکسیژن اضافی، مقادیر اشباع باید پس از مشاهده ثبت و گزارش شود.

دیسپلازی برونکوپولمونی

دریافت طولانی‌مدت تحریکات اکسیژن، موجب پیشرفت ضخامت آلوئولی می‌شود، در صورت وقوع آتلکتازی و اسکار، شرایط فوق تحت عنوان دیسپلازی برونکوپولمونی (BPD) نامیده می‌شود.

مجرای شریانی باز

- ❖ از آنجایی که فشار بطن چپ بیش از بطن راست می‌باشد، بازماندن مجرا موجب شانت چپ به راست می‌شود. نتایج فوق موجب احتقان ریه و افزایش هیپوکسی خواهد شد.
- ❖ تجویز داروهای مهارکننده سنتز پروستاگلاندین مانند ایندومتاسین می‌تواند موجب تنگی مجرای شریانی و بسته شدن آن شود.
- ❖ مجرای شریانی همچنین ممکن است از طریق جراحی بسته شود.

آنتروکولیت نکروزان

❖ آنتروکولیت نکروزان (NEC) نوعی فرایند التهابی روده است. آنتروکولیت نکروزان یک اختلال چندعلتی است که خون‌رسانی روده، ارگانیسیم‌های روده‌ای (ارگانیسیم‌های موجود در روده) و دریافت

مواد تغذیه‌ای را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- ❖ علائم آنتروکولیت نکروزان شامل نفخ شکم و افزایش باقی‌مانده‌ی محتویات معده (غذای باقی‌مانده) می‌باشد. همچنین کاهش یا قطع صداهای روده‌ای، اسهال و خون مخفی در مدفوع نیز از علائم آنتروکولیت نکروزان به شمار می‌رود.
- ❖ کنترل، شامل قطع کلیه‌ی مواد خوراکی جهت ایجاد فرصت استراحت برای روده‌ها، ساکشن معدی - روده‌ای، برقراری مایعات وریدی و تجویز آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف می‌باشد.

خونریزی درون بطنی مغز

- ❖ خونریزی داخل بطنی مغز (IVH) یکی از شایع‌ترین خونریزی‌های داخل جمجمه‌ای است.
- ❖ اقدامات پرستاری شامل کنترل مکرر علائم حیاتی و فشار خون جهت یافتن شواهدی از افزایش فشار درون جمجمه از قبیل بیرون‌زدگی فونتانل‌ها و حرکات تشنجی می‌باشد.

درد، تحریک‌پذیری و تسکین

- ❖ اجرای بسیاری از روش‌های تهاجمی جهت حفظ حیات نوزاد، می‌تواند موجب درد شود.
- ❖ ارزیابی نوزاد از نظر علائم درد شامل گریه فوری، بستن قوی چشم‌ها، وضعیت چهره، تغییرات علائم حیاتی و کاهش اشباع اکسیژنی ضروری است.
- ❖ روش‌های تسکین غیردارویی از قبیل ایجاد محیطی محصور (قنداق)، محدودسازی با ایجاد وضعیت خمیده و قرار دادن یک دست در نزدیکی دهان، مکیدن غیرمغذی (پستانک)، صدای ملایم، موزیک و تکان‌دادن باید فراهم شود.
- ❖ نوزادان نارس ممکن است در اثر درد یا وجود تحریکات بیش از حد طبیعی، بی‌قرار شوند.
- ❖ تجویز داروهایی که دارای اثر سمیت عصبی می‌باشند، ممکن است موجب اختلالات درازمدت عصبی شود. دیازپام به دلیل افزایش خطر کرن ایکتروس، به ندرت در نوزادان مصرف می‌شود. میدازولام، نوعی بنزودیازپین و دیازپین است که موجب حرکات دیسکتیک و کاهش خورسائی مغزی شده که در نهایت به واکنش سمیت مغز منتهی می‌شود.

مراقبت حمایتی پیشرفته

- ❖ مراقبت حمایتی پیشرفته بر مبنای تلفیق تکنولوژی دقیق و خانواده‌محوری با مراقبت‌های پرستاری استوار است. یک طرح مراقبتی پیشرفته می‌تواند با مدنظر قرار دادن نیازهای نوزاد نارس و برآورده‌سازی آن‌ها، امکان رشد و تکامل مناسب را فراهم آورد.

✦ مراقبت پیشرفته‌ی نوزاد نارس شامل موارد ذیل می‌باشد: حفظ آرامش محیط خواب نوزاد؛ سازماندهی مداخلات مراقبتی جهت ذخیره‌سازی انرژی وی؛ و حفظ انعطاف مراقبتی در زمانی که پاسخ‌های نوزاد نیاز وی به استراحت را نشان می‌دهد.

✦ افزایش فشار خون، برادی‌کاردی و بی‌قراری، علایم غیرکلامی درد در نوزادان به‌شمار می‌رود و هرگونه داروی تجویز شده در این رابطه باید ثبت شود.

مراقبت در منزل

✦ شاخص‌های ترخیص به طور معمول عبارتند از: توانایی نوزاد جهت حفظ درجه حرارت بدن، گریه در زمان گرسنگی و افزایش وزن. والدین پیش از ترخیص باید نحوه‌ی مراقبت از نوزاد را از طریق راهنمایی و حمایت پرسنل پرستاری بیاموزند.

✦ والدین اغلب در مورد انتقال نوزاد نارس به منزل نگران هستند. پرستار مراقبت خانگی باید آن‌ها را با نحوه مراقبت از نوزاد آشنا کند.

✦ طی اقامت در منزل، پرسنل پرستاری می‌توانند از طریق پیگیری و تماس با منزل، ارتباط خانواده با بیمارستان را تقویت کنند.

✓ نکته:

مراقبت کانگرو

مراقبت به شیوه‌ی کانگرو عبارتست از برقراری تماس پوستی میان نوزاد و والد. نوزاد برهنه، جز در محل دیاپر، بر روی قفسه سینه‌ی برهنه‌ی والد قرار داده می‌شود. هر دو با پتوی گرم پوشانده می‌شوند.

مفاهیم کلیدی

✦ ارزیابی دقیق سن بارداری و جثه‌ی جنین می‌تواند فرد مراقب بهداشتی را از مشکلات خاص مرتبط با نارس‌ی یا تولد پس از موعد آگاه کند. سیستم امتیازدهی بالارد از طریق شاخص‌های جسمی و عصبی - عضلانی میزان تکامل و رشد جنین را مشخص می‌سازد.

✦ مشخصات فیزیکی نوزاد کوچک‌تر از سن بارداری (SGA) احتمال رشد محدود درون‌رحمی را مطرح می‌سازد. آن‌ها اغلب در اثر کاهش بافت چربی و توده‌ی عضلانی نواحی باسن، گونه و ران‌ها لاغر و دراز به‌نظر می‌رسند. هرچند که رفتاری بسیار چشمگیر در مقایسه با جثه‌ی خود دارند.

قدرت مکیدن آن‌ها به طور معمول مطلوب بوده، به خوبی تغذیه می‌کنند و بسیار سریع‌تر از نوزادان نارس به وزن آنها افزوده می‌شود. ممکن است اشتباهی در تفسیر قدرت و سلامت رخ دهد. بازشدگی چشم‌ها و هوشیاری صورت ممکن است حاصل از هیپوکسی مزمن باشد.

✦ نوزاد بزرگ‌تر از سن بارداری (LGA)، اصطلاحی است که برای نوزادان درشت و با وزن هنگام تولد بیش از ۴۰۰۰ گرم (۸/۸ پوند) به کار می‌رود. در صورت زایمان واژینال، نوزاد ممکن است دچار آسیب احتمالی (مانند سخت‌زایی شانه و شکستگی کلاویکول) شود. نوزادان LGA اغلب در هنگام تولد شل و هیپوتون می‌باشند. نوزادان مادران دیابتی ممکن است درشت بوده و در معرض خطر آسیب حین تولد و هیپوگلیسمی قرار گیرند.

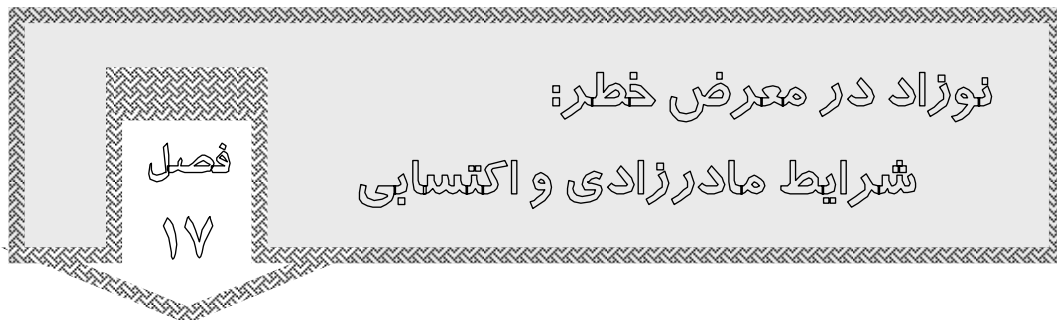
✦ نوزادان پس از موعد بعد از هفته‌ی ۴۲ بارداری متولد می‌گردند. این نوزادان دارای لانگو و ورنیکس اندک بوده و پوستی خشک و فلس‌مانند دارند. این نوزادان در اثر نارسایی جفت با خطر هیپوکسی، آسپیراسیون مکنونیوم و آسفیکسی مواجه می‌شوند.

✦ نوزاد نارس پیش از هفته‌ی ۳۷ بارداری متولد می‌شود. نوزاد نارس به دنبال عدم بلوغ سیستم‌های بدن با خطرات احتمالی از قبیل هیپوترمی، دیسترس تنفسی، هایپربیلی روبینمی، آپنه، عفونت و از دست دادن نامحسوس آب قرار دارد. نوزاد نارس در مقایسه با نوزاد ترم به کالری و پروتئین بیش‌تری نیازمند است. تأثیر تغذیه با شیر مادر در کاهش عفونت نوزادان نارس نشان داده شده است. برخی از نوزادان نارس فاقد هماهنگی میان مکیدن و بلع بوده و باید از طریق گاوآژ تغذیه شوند.

✦ آنتروکولیت نکرروزان (NEC) یک فرایند حاد عفونی در روده‌ها می‌باشد. پلاک‌های نکرروز درون روده توسعه می‌یابند. نکرروز حاصل از هیپوکسی، ایسکمی و تأثیر باکتری‌ها بر بافت ضعیف روده پس از شروع تغذیه می‌باشد. علائم آنتروکولیت نکرروزان عبارت است از: نفخ شکم، کاهش یا قطع سداهای روده‌ای و اسهال.

✦ والدین نوزادان پرخطر نیازمند دریافت حمایت از سوی پرستاران و سایر مراقبین بهداشتی می‌باشند. والدین باید نیازهای خاص نوزاد را بشناسند. تشریح طرز کار وسایل و تشویق آن‌ها در جهت برقراری تقابل با نوزاد، از طریق لمس و در آغوش گرفتن و استفاده از تماس پوستی ضروری است.

✦ هیپوگلیسمی در نوزادان ترم، با افت سطح گلوکز به 40 mg/dl یا کمتر تظاهر یافته و در حالی که این میزان در نوزادان نارس معادل 30 mg/dl و یا کمتر می‌باشد.



اختلالات ژنتیکی علت شایع تظاهر بیماری‌های حاد و مزمن در دوران زندگی جنینی، دوره‌ی اولیه پس از تولد یا کودکی، دوران نوجوانی، یا بزرگسالی به‌شمار می‌رود.

اختلالات شایع ژنتیکی

حضور ژن معیوب در هنگام تولد می‌تواند موجب اختلال ظاهری بخشی از بدن (پای چماقی)، اختلال عملکرد (مانند سندرم X شکننده: نوعی عقب‌ماندگی ذهنی) یا اختلال متابولیسم (مانند بیماری تائ-ساکس) شود. در دوران پره‌ناتال، تست‌های غربالگری جهت تشخیص بسیاری از نقایص ژنتیکی انجام گرفته و در برخی موارد می‌تواند جهت پیگیری درمان مناسب قبل یا بلافاصله پس از تولد مفید باشد.

سندرم داون

تریوزومی کروموزوم ۲۱ یا سندرم داون، یکی از شایع‌ترین سندرم‌های کروموزومی است. سندرم داون اغلب حاصل از حضور کروموزوم اضافی (معمولاً کروموزوم ۲۱) است و تحت عنوان تریوزومی ۲۱ نیز شناخته می‌شود. علائم قابل مشاهده در کودکان مبتلا به سندرم داون: گرایش چشم‌ها به سمت خارج به دلیل وجود چین‌های داخل چشمی، وجود لکه‌های Brush field روی عنبیه، بینی کوچک و پل بینی پهن، قرارگیری گوش‌ها در پایین‌تر از مکان طبیعی، زبان بزرگ و بیرون‌زدگی آن از دهان، انگشتان کوتاه و پهن و اغلب وجود فاصله زیاد بین انگشتان اول و دوم و وجود یک خط منفرد عرضی (خط میانی) روی کف دست. نوزادان در زمان تولد به طور معمول هیپوتون (سست و شل) و احتمالاً دچار مشکلات تغذیه‌ای می‌باشند. آنها همچنین جهت ابتلا به انواع عفونت‌های سیستم تنفسی مستعد هستند.

اختلالات متابولیک نوزادان

انجام تست‌های غربالگری جهت دستیابی به تشخیص زودهنگام بسیار حائز اهمیت است زیرا شروع هرچه سریع‌تر درمان اثرات نامطلوب بر روی نوزاد را به حداقل می‌رساند.

فنیلکتونوری^۱

در فنیلکتونوری، آنزیم کبدی فنیل آلانین هیدروکسیداز مورد نیاز جهت تبدیل فنیل آلانین به تیروزین وجود ندارد، در نتیجه به دنبال مصرف پروتئین توسط نوزاد (موجود در شیر و کلیه‌ی غذاهای حاوی پروتئین) کتون‌های فنل در خون تجمع یافته و می‌تواند به ۲۰ برابر بیشتر از حد نرمال صعود کند. ❖ از آنجایی که تست ادرار پس از وقوع آسیب مغزی مثبت می‌شود، دستیابی به تشخیص زودهنگام و برقراری درمان ضروری است.

❖ تشخیص توسط تست گاتری مسجل می‌شود.

❖ نوزاد مبتلا به فنیلکتونوری با شیر صنایع مخصوص (لفنالاک) که فاقد یا حاوی مقادیر ناچیزی فنیل آلانین می‌باشد تغذیه می‌شود. اهداف تغذیه‌ای عبارت است از: فراهم‌سازی پروتئین‌های اساسی جهت حمایت از رشد و تکامل، به گونه‌ای که سطوح فنیل آلانین در محدوده‌ی طبیعی $2-10 \text{ mg/dl}$ قرار گیرد. سطوح فنیل آلانین کمتر از 2 mg/dl موجب تأخیر در رشد و سطوح بالاتر از 10 mg/dl می‌تواند منجر به آسیب مغزی قابل توجه شود.

❖ والدین باید جهت انتخاب و حفظ رژیم غذایی تحت مشاوره و حمایت قرار گیرند.

گالاکتوزمی

گالاکتوزمی یک اختلال متابولیسمی است. نوزاد دارای نقص در آنزیم ضروری جهت تبدیل لاکتوز به گلوکز می‌باشد، در نتیجه مقادیر گالاکتوز در خون (گالاکتوزمی) و ادرار (گالاکتوزاوری) افزایش می‌یابد. گالاکتوزمی با اندازه‌گیری مقادیر خونی گالاکتوز قابل تشخیص می‌باشد. در صورت عدم درمان نارسایی رشد، کاتاراکت، یرقان، سیروز کبدی، سپسیس و عقب‌ماندگی ذهنی تظاهر می‌یابد. درمان شامل حذف کامل لاکتوز از رژیم غذایی و استفاده از فرآورده‌های شیری فاقد لاکتوز می‌باشد.

هیپوتیروئیدی

عدم درمان با جایگزین تیروئید می‌تواند به هیپوترمی، ضعف تغذیه، لتارژی، یرقان و کرتینیسم منجر شود.

❖ این نکته حائز اهمیت است که می‌توان از یک نمونه خونی جهت غربالگری هر سه نوع اختلال متابولیسمی شامل فنیلکتونوری، گالاکتوزمی و هیپوتیروئیدی استفاده نمود. تست‌های غربالگری اغلب پیش از ترخیص نوزادان انجام می‌شوند.

بیماری‌های اکتسابی شایع

هایپر بیلی روبینمی (زردی فیزیولوژیک)

هایپر بیلی روبینمی در نوزادان ترم به سطوح کلی بیلی روبین سرمی بیش از ۱۲ mg/dl و در نوزادان نارس به سطوح سرمی بیش از ۱۵ mg/dl اطلاق می‌شود.

- ❖ بیلی روبین در کبد تحت تأثیر آنزیم گلوکورونیل ترانسفراز (آنزیم کونژوگاسیون)، به بیلی روبین کونژوگه، دارای وضعیت محلول در آب، تبدیل و به درون کیسه‌ی صفرا ترشح می‌شود و سپس از طریق مجرای صفراوی وارد روده‌ی کوچک می‌شود.
- ❖ فقدان باکتری‌های روده‌ای یا سطوح پایین آنزیم گلوکورونیل ترانسفراز در نوزاد می‌تواند مانع کونژوگاسیون بیلی روبین گردد.
- ❖ زردی که بعد از ۴۸ ساعت ابتدای زندگی رخ داده یا به دلایل پس از تولد پیشرفت می‌کند، به‌طور معمول در روز سوم پس از تولد تظاهر یافته و اغلب گذرا می‌باشد.
- ❖ زردی پایدار پس از هفته‌ی دوم زندگی، پاتولوژیک در نظر گرفته می‌شود.

هایپر بیلی روبینمی (زردی پاتولوژیک)

بیماری همولیتیک، اصلی‌ترین علت هایپر بیلی روبینمی می‌باشد، طی آن گلبول‌های قرمز در سطح وسیعی (RBCs) در واکنش به آنتی‌بادی‌های مادری منتقل شده از جفت، می‌شکنند. زردی پاتولوژیک ناشی از شرایطی نظیر ناسازگاری Rh پیش از روز سوم زندگی ظهور می‌یابد. مادران با گروه خونی O احتمالاً بیشتر درگیر می‌شوند.

✓ نکته:

زردی پاتولوژیک

در زردی پاتولوژیک حاصل از اریترو بلاستوز (بیماری همولیتیک Rh)، زردی قبل از روز سوم زندگی تظاهر می‌یابد.
ظهور زردی پس از روز سوم زندگی معمولاً به علت زردی فیزیولوژیک نوزادی می‌باشد.

ارزیابی و درمان:

- ❖ اهداف کنترل شامل توسعه شناسایی نوزادان در معرض زردی (براساس سابقه Rh و سطوح آنتی‌بادی‌های مادری) و توسعه درمان در راستای پیشگیری از پیشرفت کرن‌ایکتروس، نوعی تغییر رنگ بازال نوکلئوس مغز (ناشی از سمیت سیستم اعصاب مرکزی) می‌باشد.

- ❖ از علائم بالینی همراه با افزایش بیلی‌روبین و پیشرفت کرن‌ایکتروس می‌توان به ناپایداری درجه حرارت، تغذیه‌ی ضعیف، کاهش تون عضلانی، رفلکس ضعیف مورو، لتارژی، گریه با فرکانس بالا، سفتی، تحریک‌پذیری، وضعیت اپیستوتونوس (پشت قوس)، تشنج، حرکت چشم‌ها به سمت بالا، تیرگی ادرار و مدفوع روشن اشاره نمود. نوزادان نارس ممکن است دچار آپنه و تشنج نیز شوند.
- ❖ فتوتراپی اولین انتخاب درمانی است. فتوتراپی استاندارد، تابش نور با شدت بالا روی پوست نوزاد می‌باشد.
- ❖ چشم‌های نوزادی که تحت فتوتراپی استاندارد قرار دارد جهت پیشگیری از آسیب بالقوه‌ی بینایی ناشی از نور فلورسانت، با روکش یا ماسک پوشانده می‌شود. پوشانیدن ناحیه‌ی ژنیتال هم‌چنین جهت محافظت از بیضه‌ها و تخمدان‌ها توصیه می‌شود.
- ❖ پوست نوزاد از نظر خشکی بررسی شده و میزان جذب و دفع به‌دقت کنترل می‌شود. تاباندن نور مستقیم با استفاده از مواد فیبروپتیک و منبع هالوژن روی پوست نوزاد، طریقه‌ی دیگر فتوتراپی می‌باشد.
- ❖ در صورتی‌که بیلی‌روبین پس از ۶ ساعت فوتوتراپی همچنان بیش از ۲۵ mg/dl باشد، ممکن است درمان تعویض خون توصیه شود.
- ❖ حداکثر ۵۰۰ میلی‌لیتر خون دهنده در این روش استفاده شده و تقریباً طی آن ۷۵ درصد از حجم کلی خون نوزاد تعویض می‌شود.
- ❖ پیشگیری از اریتروبلاستوز توسط تجویز آنتی‌رگام به مادر متداول می‌باشد. آنتی‌رگام به مادران Rh منفی که قبلاً حساس نشده باشند، استفاده می‌شود. طی ۷۲ ساعت اول پس از تولد نوزاد Rh مثبت، رگام به‌طور عضلانی تزریق می‌شود.

کادر ۱-۱۷ ■ حساسیت به Rh

- ❖ جنین Rh مثبت از یک مادر Rh منفی و پدر Rh مثبت، شانس ابتلا را فراهم می‌آورد.
- ❖ در صورت حساسیت مادر، بدن وی علیه عامل مثبت Rh موجود در خون جنین آنتی‌بادی تولید می‌کند.
- ❖ تست‌های تشخیصی اشکال آنتی‌بادی یا حساسیت عبارتند از:
 - (۱) کومبس مستقیم خون مادر جهت یافتن مقادیر آنتی‌بادی‌های ضد Rh خون
 - (۲) کومبس مستقیم خون جنین جهت تعیین پوشش آنتی‌بادی گلبول‌های قرمز Rh مثبت
- ❖ Rh₀GAM در هفته‌ی ۲۸ بارداری (دوره‌ی پره‌ناتال) جهت کاهش احتمال توسعه‌ی آنتی‌بادی‌های ضد Rh در جریان خون مادر تجویز می‌شود.
- ❖ Rh₀GAM باید پس از هر آمنیوستز، سقط یا بارداری خارج رحمی تزریق شود. تزریق آن حداکثر ۷۲ ساعت پس از زایمان یک جنین Rh مثبت ضروری است.
- ❖ فتوتراپی درمان انتخابی جهت نوزادان دچار هایپر بیلی‌روبینمی پیشرفته می‌باشد.

هایپوگلیسمی

هایپوگلیسمی (هایپو به معنی پایین و منظور از گلیسمی، گلوکز خون می‌باشد) معمولاً برپایه‌ی نتایج پایین دو نمونه‌ی خونی متوالی کسب‌شده طی ۳۰ دقیقه‌ی اول زندگی تعیین می‌شود. سطوح گلوکز پلاسمايي پایین‌تر از 40 mg/dl نشان‌دهنده هایپوگلیسمی بوده و غیرطبیعی در نظر گرفته می‌شود.

❖ هایپوگلیسمی گذرا اغلب طی ۲۴ ساعت اول پس از تولد رخ می‌دهد اما گاهی تا ۷۲ ساعت نیز به تأخیر می‌افتد. نوزاد در مواجهه با استرس‌های حین تولد از قبیل آسفیکسی یا استرس سرما با سرعت بیشتری گلوکز در دسترس را مصرف نموده و ممکن است جهت پیشرفت هایپوگلیسمی مستعد شود.

❖ علائم شایع هایپوگلیسمی شامل لتارژی، هیپوتونی، پرش، تغذیه ضعیف، تاکی‌پنه، آپنه، تعریق، گریه با فرکانس بالا، کاهش درجه حرارت و تشنج می‌باشد. کنترل دقیق درجه حرارت محیطی بدن، فراهم‌سازی تغذیه‌ی سریع‌تر و خونگیری جهت غربالگری، وقوع هایپوگلیسمی را به حداقل می‌رساند. نمونه‌ی خون باید قبل از تغذیه گرفته شود.

سندرم دیسترس تنفسی

❖ سندرم دیسترس حاد تنفسی (RDS) در نوزادان به‌طور خاص با تاکی‌پنه، حرکت پره‌های بینی، رتراکسیون عضلات بین‌دنده‌ای، سیانوز و بازدم صدادار آغاز می‌شود. رتراکسیون به توکشیدگی قفسه سینه به‌دلیل نرمی در حین دم اطلاق می‌شود (صدای بازدم حاصل از انسداد نسبی گلوت در حین بازدم بوده و نشانه حبس هوا در آلئول‌ها می‌باشد).

❖ **پیشگیری و درمان:** معیارهای اساسی پیشگیری RDS شامل اجتناب از تولد پیش از موعد (حاصل از سزارین انتخابی یا لیبر زود هنگام) می‌باشد. تجویز درون‌تراشه‌ای سورفاکتانت تحت روش‌های استریل دقیق ممکن است موجب کاهش سندرم دیسترس تنفسی شدید پس از تولد شود. مسئولیت‌های پرستاری شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ❖ توزین نوزاد جهت اطمینان از تجویز دوز صحیح دارو
- ❖ ساکشن عمیق پیش از تجویز دارو جهت جلوگیری از ترکیب دارو با موکوس غلیظ
- ❖ اجتناب از ساکشن به‌مدت دو ساعت پس از تجویز دارو جهت جلوگیری از خروج مایع ورودی
- ❖ تجویز مسکن مناسب مطابق دستور
- ❖ اطمینان از تعیبه‌ی صحیح لوله تراشه با انجام رادیوگرافی سینه
- ❖ حفظ قرارگیری صحیح نوزاد در حین روش

- ❖ قرارگیری مناسب با قراردادن سر پایین تر از تنه، خوابانیدن به سمت‌های خاص و حفظ وضعیت تا ۳۰ ثانیه پس از هر دوز تجویزی
- ❖ کنترل علائم حیاتی و وضعیت نوزاد
- ❖ در صورت برادری‌کاردی، کاهش اکسیژن اشباع‌شده و رنگ‌پریدگی ممکن است نیاز به قطع ضروری روش باشد.
- ❖ کنترل اکسیژن اشباع‌شده، علائم حیاتی، نشانه‌های دیسترس تنفسی و خونریزی مغزی پس از اجرای روش
- ❖ خارج‌نمودن نوزادان از تهویه‌ی حمایتی پس از اجرای روش. یک متخصص تنفس باید در دسترس باشد.

سندرم آسپیراسیون مکونیوم^۱

پاسخ فیزیولوژیک جنین به آسفیکسی، شامل افزایش پریتالتیسم روده‌ای، شل‌سازی اسفنکتر مقعد و دفع مکونیوم به درون مایع آمنیوتیک می‌باشد. سندرم آسپیراسیون مکونیوم (MAS) به‌طور اولیه در جنین‌های پس از ترم و حین زایمان‌های سخت و طولانی و آسفیکسی داخل‌رحمی رخ می‌دهد. در صورت آسپیراسیون مکونیوم، نوزاد دچار انسداد راه هوایی می‌شود. این نوزادان می‌توانند به اسیدوز شدید حاصل از شانت قلبی و کاهش خونرسانی دچار گردند و حتی ممکن است با فراهم‌سازی اکسیژن ۱۰۰٪ و حمایت تنفسی به هیپوکسی شدید دچار شوند.

- ❖ علائم بالینی سندرم آسپیراسیون مکونیوم عبارت است از: وجود لکه‌های زرد مایل به سبز بر پوست، ناخن‌ها و طناب ناف، تاکی‌پنه، رتراکسیون، سیانوز عمومی و اسیدوز متابولیک.
- ❖ خوشبختانه استفاده از آمنیوفیوژن (تزریق نرمال‌سالین استریل به درون حفره‌ی رحم جهت رقیق‌سازی مایع آغشته به مکونیوم) موجب کاهش خطر سندرم آسپیراسیون شدید در حین لیبر شده است.

هایپرتانسیون ریوی پایدار نوزاد^۲

تلفیق هایپرتانسیون ریوی و شانت راست به چپ موجب هایپرتانسیون پایدار ریوی نوزاد (PPHN) می‌شود. هایپرتانسیون پایدار ریوی نوزاد تحت عنوان پایداری گردش خون جنینی نیز شناخته می‌شود.

1. Meconium Aspiration Syndrome
2. Persistent Pulmonary Hypertension

❖ مصرف آسپیرین، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی توسط مادر یا وجود هیپوکسی عمومی، از عوامل ایجادکننده این وضعیت به‌شمار می‌روند.

تاکی‌پنه‌ی گذرای نوزادی^۱

تاکی‌پنه‌ی گذرای نوزادی در مدت کوتاهی پس از تولد رخ داده و تعداد تنفس‌ها در جهت پاکسازی ریه‌های نوزاد از مایع آمنیوتیک به‌طور گذرا افزایش می‌یابد. تنفس ممکن است به ۱۴۰-۱۰۰ بار در دقیقه افزایش یابد. اختلال فوق یک وضعیت خودمحدودشونده حاصل از کمبود خفیف سورفاکتانت یا تأخیر در جذب مایع ریوی نوزاد می‌باشد.

نوزادان مادران مبتلا به دیابت

❖ نوزادان مادران با سابقه‌ی طولانی دیابت ممکن است در اثر کاهش جریان خون جفتی دچار کمبود تغذیه‌ای شوند.

❖ سطوح بالای گلوکز مادری می‌تواند سبب درشتی جثه جنین (ماکروزومی) نسبت به سن بارداری شده و زایمان را با مشکل مواجه سازد.

❖ شایع‌ترین ناهنجاری‌های مادرزادی همراه با هایپرگلیسمی کنترل‌نشده در طول بارداری عبارتند از: ناهنجاری‌های مادرزادی قلب، فیستول مری- تراشه و ناهنجاری‌های سیستم اعصاب مرکزی (CNS).

❖ پلی‌سایتمی (سطوح هماتوکریت بالاتر از ۶۵ درصد) ممکن است دیگر مشکل نوزادان مادران دیابتی به‌شمار آید.

❖ مشکل هایپوکالسمی ممکن است در اثر زایمان‌های سخت و درشتی جثه نوزاد نسبت به سن بارداری (LGA) ایجاد شده و با لرزش تظاهر یابد.

❖ نوزاد ماکروزوم به‌دلیل تسهیل سنتز پروتئین و تولید ذخایر چربی، چهره‌ای گرد و پف‌آلود داشته و ظاهر کوشینگی آن‌ها حاصل از چربی زیرجلدی می‌باشد.

سپسیس نوزادی

❖ ایمنی محدود نوزاد و ناتوانی در محدود کردن عفونت اغلب موجب انتشار سریع عامل عفونی در خون و ایجاد وضعیت ژنرالیزه می‌شود.

❖ نوزاد آلوده ممکن است دارای علائم غیراختصاصی از قبیل تغذیه‌ی ضعیف، تهوع، اسهال و لتارژی باشد. هم‌چنین می‌تواند متعاقب آن سیانوز، یرقان و هایپوترمی را نیز نشان دهد.

❖ پیشگیری از سپسیس نوزادی:

- ❖ رعایت تکنیک‌های استریل حین زایمان و اجرای روش‌های آسپتیک به‌طور دقیق در کلیه‌ی مراقبت‌های پرستاری جهت پیشگیری از سپسیس نوزادی ضروری است. استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های چشمی با هدف پیشگیری جهت کلیه‌ی نوزادان و مراقبت مناسب از بندناف به جلوگیری از سپسیس نوزادی کمک می‌نماید.
- ❖ کنترل نوزاد شامل تهیه‌ی کشت خون، ادرار، مدفوع، مایع مغزی - نخاعی و در برخی موارد، کلیه‌ی خطوط وریدی می‌باشد.
- ❖ پرستاران نقش مهمی در ارائه‌ی آموزش راهکارهای پیشگیری و کمک به سازگاری خانواده‌ها با نوزاد پرخطر به‌عهده دارند.

نوزادان با اثرات سوء مصرف مواد مادر

- ❖ جنین‌های مادران مبتلا به سوءمصرف مواد در معرض سوءتغذیه مادری قرار داشته، در نتیجه کوچک‌تر از سن بارداری بوده و در صورت مصرف مواد از اوایل بارداری و عبور آن از جفت به ناهنجاری‌های مادرزادی مبتلا می‌باشند.
- ❖ در موارد شدید سندرم ترک طی ۴۸ ساعت اول پس از تولد رخ داده و با درگیری سیستم اعصاب مرکزی و دستگاه معده - روده‌ای همراه است. نوزادان با سندرم ترک الکل دچار ناهنجاری‌های صورتی و اختلالات مغزی می‌باشند. جمع‌آوری نمونه‌ی اولین ادرار جهت تشخیص وابستگی دارویی کمک‌کننده است.
- ❖ اقدامات اولیه پرستاری در نوزادان دچار سندرم ترک نوزادی شامل به‌حداقل رسانیدن تحریکات و اداره‌ی وضعیت می‌باشد. برقراری معیارهای مهارسازی ایمن (قنطاق) از پرش‌های غیرارادی جلوگیری می‌کند. تجویز داروهای آرام‌بخش در صورت لزوم، کنترل علائم حیاتی و فعالیت‌های تشنجی، برقراری پیوند عاطفی و ارجاع به مراکز خدماتی موجود در جامعه جهت انجام پیگیری مراقبت یا بستری، از مسئولیت‌های مهم پرستاری است.

طرح ترخیص و مراقبت در منزل

طرح ترخیص در شیرخوار مبتلا، هرچه سریع‌تر پس از شناسایی اختلال آغاز می‌شود. موفقیت در طرح ترخیص و مراقبت در منزل از نوزاد مبتلا به مشکلات سلامتی اغلب به رویکرد چندجانبه نیازمند است. همکاری والدین جهت ترخیص نوزاد ضروری است. والدین باید نحوه‌ی مراقبت از نوزاد طبیعی را آموخته و اطلاعات خاصی از شرایط طبی نوزاد خود داشته باشند. والدین باید مطمئن شوند در صورتی که

سؤالاتی در مورد مراقبت از نوزاد برای آنها مطرح شود، می‌توانند با پرسنل پرستاری (پرسنل نوزادان پرخطر) از طریق خطوط تلفن راهنما، بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های اجتماعی، مراکز خصوصی ارائه‌دهنده خدمات در منزل یا سایر منابع اجتماعی تماس حاصل کنند.

مفاهیم کلیدی

- ✦ یک ژن غیرطبیعی می‌تواند موجب ناهنجاری در ساختار، عملکرد یا متابولیسم بدن شود. ناهنجاری‌ها هم‌چنین می‌توانند حاصل از عوامل محیطی باشند. شناسایی ژن معیوب، اولین گام جهت توسعه‌ی درمان‌های خاص می‌باشد.
- ✦ اختلالات متابولیسمی ارثی شامل فنیل‌کتون‌اورزی، گالاکتوزومی و هیپوتیروئیدی مادرزادی می‌باشد. از یک نمونه خون (پاشنه پا) می‌توان جهت آزمایش هر سه اختلال متابولیک در نوزاد استفاده نمود.
- ✦ PKU یک اختلال متابولیسمی ارثی است که در طی آن نوزاد قادر به تجزیه اسیدآمینه‌ی فنیل‌آلانین نمی‌باشد و در صورت عدم درمان منجر به عقب‌ماندگی ذهنی شدید می‌شود.
- ✦ گالاکتوزومی، حاصل از نقص در آنزیم گالاکتوز می‌باشد، فرد مبتلا قادر به تبدیل گالاکتوز به گلوکز نیست.
- ✦ هیپوتیروئیدیسم مادرزادی می‌تواند در اثر کمبود ید مادری یا مصرف داروهای آنتی‌تیروئید توسط مادر در حین بارداری ایجاد شود.
- ✦ هایپربیلی‌روبینمی به افزایش غیرطبیعی سطوح بیلی‌روبین در خون نوزاد اطلاق می‌شود. افزایش سطوح بیلی‌روبین می‌تواند موجب کرن‌ایکتروس و متعاقب آن، عقب‌ماندگی ذهنی شود.
- ✦ فتوتراپی استاندارد به قرارگیری نوزاد در زیر نور لامپ با شدت قوی اطلاق می‌شود، فتوتراپی به شکستن و خروج مقادیر بالای بیلی‌روبین در خون کمک می‌کند، رعایت موارد احتیاط در حین فتوتراپی از قبیل پوشاندن چشم‌های نوزاد جهت محافظت ضروری است، در سایر روش‌های فتوتراپی مانند پتوهای فیبروپتیک، نیازی به پوشاندن چشم‌ها نمی‌باشد.
- ✦ سیستم تنفسی نقش مهمی در سازگاری موفقیت‌آمیز با زندگی خارج رحمی بازی می‌کند. اختلالات شایع تنفسی پس از تولد عبارتند از: سندرم دیسترس تنفسی (RDS)، آسپیراسیون مکنونیوم (MAS)، تاکی‌پنه‌ی گذرای نوزادی (TTN) و هایپرتانسیون پایدار ریوی نوزاد (PPHN).
- ✦ سپسیس نوزادی، به عفونت طی ماه اول پس از تولد اطلاق می‌شود. وجود باکتری در خون نوزاد اولین یافته می‌باشد.

✦ نوزاد مبتلا به مشکلات خاص از قبیل ناهنجاری‌های مادرزادی، نیازمند مراقبت چندجانبه، ارتباط با والدین، شناسایی نیازها، گروه‌های مراقبتی و حمایت از والدین و پیگیری مراقبت می‌باشد. پرستار اغلب ارتباط میان اعضای گروه مراقبتی را تسهیل نموده و یک فرد مراقب سلامتی کلیدی جهت برقراری حمایت عاطفی از خانواده می‌باشد.

✦ مراقبت پرستاری از نوزاد دچار سندرم ترک شامل کاهش محرک‌های محیطی از قبیل صدا، نور و به حداقل رسانیدن دفعات مراقبت می‌باشد. پرستار باید در محیطی فاقد قضاوت مادر را در جهت برقراری تقابل با نوزاد و انجام مراقبت از وی تشویق کند.

✦ سطوح گلوکز پایین‌تر از 40 mg/dl نشان‌دهنده هیپوگلیسمی در نوزادان ترم می‌باشد. نوزادان مادران دیابتی به دلیل تولید مقادیر بالای انسولین و قطع تماس با گلوکز مادری پس از تولد مستعد هیپوگلیسمی می‌باشند. گلوکز جهت عملکرد طبیعی مغز ضروری است.

عوارض دوره نقاهت

پس از زایمان

فصل

۱۸

❖ در دوره‌ی نقاهت پس از زایمان بسیاری از مشکلات می‌تواند رخ دهد، اما شایع‌ترین آن‌ها در این پنج گروه قرار می‌گیرد: (۱) خونریزی، (۲) برگشت‌ناپذیری رحم، (۳) اختلالات ترومبوآمبولی، (۴) عفونت‌ها و (۵) افسردگی.

خونریزی پس از زایمان: مرور اجمالی

❖ خونریزی پس از زایمان می‌تواند به‌صورت زودرس (طی ۲۴ ساعت اول) یا تأخیری (پس از ۲۴ ساعت تا حداقل ۶ هفته پس از زایمان) رخ دهد.

کادر ۱-۱۸ ■ عوامل خطر جهت خونریزی در دوران پس از زایمان

❖ کشیدگی بسیار رحم	❖ آتونی رحم
❖ پلی‌هیدروآمنیوس	❖ بارداری چندقلویی
❖ القای زایمان یا تجویز بیش از حد اکسی‌توسین	❖ درشتی جثه‌ی جنین
❖ دیستانسین مثنه	❖ پارگی‌ها
❖ باقی‌ماندن تکه‌های جفت	❖ انعقاد درون عروقی منتشر

❖ علائم شوک هیپوولمی (کاهش حجم خون) ناشی از خونریزی پس از زایمان شامل رنگ‌پریدگی پوست و غشاهای مخاطی، سردی و رطوبت پوست، بی‌قراری، گیجی، اضطراب و لتارژی می‌باشند.

❖ کنترل شوک هیپوولمی (کاهش حجم خون) ناشی از خونریزی پس از زایمان شامل موارد زیر می‌باشد:

- ❖ تشخیص علت ویژه (شناسایی محل خونریزی‌دهنده)
- ❖ قطع خونریزی
- ❖ کنترل علائم حیاتی

- ❖ تعبیه‌ی سوند فولی جهت ارزیابی عملکرد کلیوی و برون‌ده ادراری
- ❖ شروع درمان با مایعات داخل وریدی جهت حفظ حجم در گردش
- ❖ فراهم‌سازی اکسیژن جهت افزایش اشباع گلبول‌های قرمز (با دستگاه پالس‌اکسی‌متری معمول جهت ارزیابی اشباع اکسیژن)

آتونی رحم

❖ آتونی رحم (رحم هیپوتون) به ناتوانی عضله میومتر (عضلات میانی که فیبرهای آن به‌صورت هشت لاتین یک‌دیگر را می‌پوشانند) رحم جهت ایجاد و حفظ انقباض در اطراف عروق خونی باز اطلاق می‌شود. آتونی رحم شایع‌ترین علت خونریزی زودرس در دوره‌ی نقاهت پس از زایمان به‌شمار می‌رود.

- ❖ عوامل مکانیکی دخیل در ایجاد انقباض عضلانی نامؤثر، شامل باقی ماندن تکه‌های جفت یا لخته‌های بزرگ خون می‌باشد.
- ❖ سایر علل: خستگی عضلانی، مصرف داروها (سولفات منیزیم)، بزرگی بیش از حد رحم (چندقلویی، پلی‌هیدروآمنیوس)، پری‌مئانه، هیپوکلسمی.

آسیب و پارگی

❖ خونریزی پس از زایمان می‌تواند حاصل از برش‌های وسیع پریینه (و برش‌های حین زایمان) باشد.

باقی ماندن جفت

❖ خونریزی ممکن است حاصل از باقی ماندن تکه‌هایی از جفت در درون رحم باشد. این امر از انقباض مؤثر رحم جلوگیری نموده و می‌تواند موجب خونریزی زودرس یا ثانویه شود. اکسی‌توسین جهت خروج تکه‌های جفت تجویز می‌شود، اما در صورت عدم کفایت انجام دیلاتاسیون و تخلیه (D&C) ممکن است ضروری باشد.

هماتوم

- ❖ هماتوم (تجمع خون در بافت) ممکن است در اثر آسیب به عروق خونی پریینه یا واژن ایجاد شود.
- ❖ درد ناحیه‌ی پریینه، بیش از خونریزی قابل توجه و سفتی رحم، مشخصه‌ی تشخیصی هماتوم می‌باشد.
- ❖ هماتوم‌های کوچک ناحیه‌ی ولو ممکن است با قرار دادن کیسه‌ی یخ یا به‌کارگیری گرما و سرما مداوا شود.

انعقاد درون عروقی منتشر

انعقاد درون عروقی منتشر حاصل از تحریک هم‌زمان واکنش‌های انعقادی و ضدانعقادی می‌باشد. کلید موفقیت جهت کنترل DIC، درمان علت واقع می‌باشد. این وضعیت اغلب به‌طور ثانویه در ارتباط با جفت سرراهی، هایپرتانسیون بارداری، سقط فراموش شده یا مرگ درون‌رحمی جنین رخ می‌دهد. علائم DIC عبارتند از خونریزی در اطراف محل‌های وسایل وریدی، پتشی، اکیموز، لیگوری و بی‌قراری.

بیماری وان ویلبراند^۱

بیماری وان ویلبراند، یک اختلال ارثی با مشخصه‌ی کاهش فاکتور ۸ در پلاسما می‌باشد که وجود آن جهت عملکرد مناسب پلاکت‌ها ضروری است. مادر ممکن است سابقه‌ای از کبودی سریع، خونریزی مکرر بینی و خونریزی قاعدگی شدید را بیان کند. خونریزی ناشی از بیماری فون ویلبراند از طریق تجویز محصولات کرایو جهت افزایش سطح فاکتور ۸ درمان می‌شود.

آمبولی مایع آمنیوتیک (سندرم آنافیلاکتیک بارداری)

پرستار باید نسبت به علائم کلاسیک سریعی که دلالت بر ورود مایع آمنیوتیک به جریان خون مادری می‌کند و سبب بروز یک واکنش آنافیلاکتیک می‌شود، آگاه باشد. علائم به‌طور مشخص با دیسترس جنین آغاز و به سمت دیسترس تنفسی مادر، نارسایی قلبی - ریوی، خونریزی شوک و مرگ پیشرفت می‌کنند.

درمان شامل برقراری حمایت تنفسی و قلبی ریوی می‌باشد و پلاسما منجمد تازه یا محصولات کرایو جهت کنترل DIC که غالباً رخ می‌دهد، تجویز می‌شود.

پیشگیری از خونریزی: ترکیبات وریدی اکسی‌توسین ممکن است جهت برقراری انقباضات رحمی آغاز شود.

علائم و نشانه‌ها: طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، رحم در لمس باید سفت باشد، در وضعیت انقباض قرار گرفته و اندازه‌ای در حد یک گریپ‌فورت داشته باشد. وجود فوندوس رحم در بخش فوقانی ناف، لوشیای فراوان و فوندوس نرم و لزج نشان‌دهنده آتونی می‌باشد. پری‌مthane ممکن است فوندوس را به سمت راست جابجا کند.

ارزیابی و کنترل خونریزی پس از زایمان:

❖ با ارزیابی پیشرفته و درمان می‌توان خونریزی را به حداقل رساند.

- ❖ اولین اقدام پرستار در آتونی رحمی، ماساژ رحم تا برقراری سفتی و سعی در خروج لخته‌های احتمالی تجمع یافته در رحم می‌باشد. نکته حیاتی این است که قبل از برقراری انقباضات رحمی اقدامی جهت خروج لخته‌ها انجام نشود. خروج لخته‌ها از رحم غیرمنقبض می‌تواند موجب معکوس شدن رحم و تشدید خونریزی شود.
- ❖ در صورت تداوم خونریزی متیل ارگونوین (مترژن)^۱ ممکن است به صورت عضلانی تجویز شود. افزایش فشار خون از اثرات جانبی داروی فوق می‌باشد.
- ❖ ارزیابی دقیق میزان خون ازدست‌رفته بسیار مهم است. خون ازدست‌رفته را می‌توان با کمک توزین پدهای پرینه $1\text{g} = 1\text{ml}$ ، کم نمودن وزن پدهای خشک از پدهای مرطوب) ارزیابی نمود.
- ❖ اقدام دیگر، کنترل پری مthane است. مthaneی پر می‌تواند با واردسازی فشار به رحم مانع انقباضات رحمی شود. تعبیه‌ی سوند ممکن است ضروری باشد.
- ❖ در طرح مراقبت، پرستار باید به‌خاطر بسپارد که مادر پس از زایمان خسته است و خونریزی احساس خستگی وی را دوچندان خواهد نمود.

کادر ۲-۱۸ ■ مداخلات ضروری پرستاری در صورت وقوع خونریزی پس از زایمان

- ❖ ماساژ رحم (اجتناب از معکوس شدن احتمالی رحم)
- ❖ ایجاد یک خط وریدی از طریق آنژیوکت با سایز بزرگ
- ❖ تجویز مایعات داخل وریدی (مانند افزایش‌دهندگان سریع حجم، محصولات خونی)
- ❖ اخذ نمونه خون جهت ارزیابی هموگلوبین، هماتوکریت، گروه خون و کراس‌مچ، وضعیت انعقادی (PT، PTT، شمارش پلاکت، سطح فیبرین، گازهای خونی)
- ❖ تعبیه سوند فولی (کنترل دقیق جذب و دفع)
- ❖ استفاده از پالس‌اکسی‌متر و اندازه‌گیری درصد اشباع اکسیژن خون
- ❖ تجویز اکسیژن (مطابق پروتکل)
- ❖ بالا بردن پاها به میزان ۲۰-۳۰ درجه به منظور افزایش برگشت وریدی
- ❖ اجتناب از وضعیت ترندلنبرگ (مگر در صورت توصیه)، این وضعیت ممکن است با عملکرد قلبی و تنفسی تداخل کند.
- ❖ شرح روش‌های اجرایی برای مادر (ضرورت انجام روش‌ها)
- ❖ حمایت عاطفی مادر و خانواده وی
- ❖ ارزیابی حجم خون ازدست‌رفته (توزین نوارهای بهداشتی آلوده)
- ❖ کنترل دقیق علائم حیاتی

ترومبوفلیت و ترومبوآمبولی

✦ ترومبوفلیت، التهاب دیواره‌ی داخلی عروق همراه با چسبندگی لخته به دیواره می‌باشد. کندگی خون و حرکت آن در جریان خون آمبولوس نامیده می‌شود.

✦ کلیه‌ی مادران در دوره‌ی پس از زایمان به دلیل افزایش طبیعی مقادیر فاکتورهای انعقادی حین زایمان جهت پیشگیری از خونریزی، استاز وریدی حاصل از فشار حجم رحم و بی‌حرکی مستعد ترومبوفلیت می‌باشند.

کادر ۳-۱۸ ■ عوامل خطر ترومبوفلیت

- | | |
|----------------------------|--|
| ✦ واریس وریدها | ✦ زایمان به طریق سزارین |
| ✦ دیابت ملیتوس | ✦ بی‌حرکتی |
| ✦ چاقی | ✦ مصرف سیگار |
| ✦ ایستادن یا نشستن طولانی | ✦ سابقه‌ی ترومبوفلیت |
| ✦ سن مادر بالاتر از ۳۵ سال | ✦ زایمان بیش از سه بار |
| | ✦ طولانی شدن مدت قرارگیری بیمار در وضعیت زایمانی |

✓ نکته:

معیارهای پیشگیری از ترومبوفلیت

- ✦ اجتناب از ایستادن و نشستن طولانی
- ✦ بالا بردن پا در هنگام نشستن
- ✦ اجتناب از انداختن پاها روی یکدیگر (جریان خون را کاهش داده و موجب استاز وریدی می‌شود).
- ✦ ورزش جهت توسعه‌ی جریان خون (مانند قدم زدن)
- ✦ مصرف مایعات ۲۵۰۰ ml (۲/۵ لیوان) به‌طور روزانه
- ✦ اجتناب از دهیدراتاسیون که موجب کندگی جریان خون می‌شود.

ارزیابی و مراقبت پرستاری

- ✦ پرستار ممکن است طی ارزیابی‌های معمول دوران پس از زایمان، اولین فردی باشد که علائم اختلال ترومبوفلیت را شناسایی می‌کند.
- ✦ کنترل ترومبوز عروق سطحی شامل استراحت، استفاده از جوراب‌های حمایتی، تجویز ضد دردها جهت فراهم‌سازی آسایش و بالا بردن پامی‌باشد. پرستار باید اهمیت حرکت مکرر را جهت پیشگیری

- ❖ از وقوع این اختلال یادآوری کند.
- ❖ در صورت تشخیص DVT، درمان ضدانعقادی از طریق تزریق داخل وریدی هپارین با روش تزریق مداوم آغاز می‌شود.
- ❖ سولفات پروتامین، آنتی‌دوت هپارین، باید به سهولت در دسترس باشد.

آمبولی ریوی

- ❖ آمبولی ریوی یکی از سه علت اصلی مرگ مادران در کنار خونریزی و هایپرتانسیون بارداری است و عارضه ترسناک DVT محسوب می‌شود.
- ❖ علائم و نشانه‌های ترومبوآمبولی شامل لرز، افت فشار خون، دیس‌پنه و درد در ناحیه‌ی قفسه سینه است. تاکی‌پنه، تشویش (اضطراب، دلشوره و دلهره) و دیگر علائم موجود می‌باشند.
- ❖ مداخلات پزشکی و پرستاری فوری عبارتند از: بالا بردن سر تخت جهت تسهیل تنفس و تجویز اکسیژن از طریق ماسک. ارائه‌ی مراقبت‌های اورژانس ضروری بوده و مادر به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) منتقل می‌شود.

برگشت‌ناپذیری رحم

- ❖ برگشت‌ناپذیری رحم ممکن است حاصل باقی ماندن تکه‌های کوچکی از جفت یا آندومتریت خفیف باشد. ماساژ بسیار قوی ممکن است در ایجاد این مشکل دخیل باشد.
- ❖ درمان حمایتی شامل تجویز مترژن خوراکی یا عضلانی است. تجویز مترژن ممکن است برای زنان دچار هایپرتانسیون بارداری ممنوع باشد. D&C ممکن است به طور ضروری جهت برداشت بقایای جفت انجام شود.

عفونت‌های پس از زایمان: مرور اجمالی

عوامل خطر مرتبط:

- ❖ در حین لیبر وضعیت قلبیایی مایع آمینوتیک، خون و لوشیا موجب کاهش اسیدیته واژن می‌شود، بدین ترتیب محیط واژن جهت رشد پاتوژن‌ها مستعد می‌شود.
- ❖ استفاده بسیار دقیق از تکنیک‌های آسپتیک و شست‌وشوی مناسب دست‌ها و پوشیدن دستکش حین لیبر، زایمان و مراقبت‌های پس از زایمان مؤثرترین روش پیشگیری از عفونت می‌باشد.
- ❖ هنوز میزان قابل توجهی از مرگ‌ها و عوارض در دوران پس از زایمان، حاصل عفونت‌های پس از زایمان (سپسیس دوران پس از زایمان) می‌باشد. عفونت‌های باکتریایی شایع‌ترین نوع عفونت‌های پس از زایمان را شامل می‌شوند.

✓ نکته:

علائم و نشانه‌های عفونت در دوران پس از زایمان به شرح زیر است:

- ❖ تب، تاکی کاردی، لرز [درجه حرارت بیش از 100.4°F (38°C)]
- ❖ حساسیت رحم
- ❖ قرمزی، گرمی و حساسیت محل عفونت
- ❖ درناژ چرکی زخم
- ❖ لوشیا: ظاهر آن بسته به میکروارگانیسم ایجادکننده عفونت متفاوت می‌باشد ممکن است طبیعی، فراوان، مختصر و بدبو باشد.
- ❖ عدم برگشت‌پذیری رحم (برآمدگی رحم، نرمی فوندوس، قرارگیری در محلی بالاتر از وضعیت طبیعی)
- ❖ درد عضلانی

آندومتريت

- ❖ آندومتريت (تحت عنوان متريت نیز نامیده می‌شود) شایع‌ترین عفونت پس از زایمان است. عفونت فوق لایه‌های رحمی آندومتر، دسیدوا و میومتر مجاور آن را درگیر می‌کند.
- ❖ آندومتريت در صورت عدم درمان می‌تواند به سرعت به سمت پارامتريت (عفونت دیواره‌ی رحم از طریق جریان لنفاتیک به رباط پهن یا داخل لگن گسترش می‌یابد) پیشرفت نموده و موجب پريتونيت (عفونت پريتوان) و احتمالاً آبسه‌ی لگنی شود.

علائم و نشانه‌ها:

- ❖ شروع معمولاً ۲۴ ساعت بعد از زایمان
- ❖ حساسیت و بزرگی رحم
- ❖ لوشیای چرکی، بدبو که ممکن است مقدار آن کاهش یا افزایش یابد.
- ❖ احساس کوفتگی، خستگی و تاکی کاردی
- ❖ افزایش درجه حرارت

ارزیابی و درمان:

- ❖ درمان با آنتی‌بیوتیک داخل وریدی براساس نتایج کشت خون آغاز می‌شود. مراقبت حمایتی شامل استراحت و تسکین درد می‌باشد. علائم حیاتی و لوشیا کنترل می‌شود.

عفونت زخم

- ❖ عفونت زخم در مادران دارای سابقه‌ی کریوآمینونیت، عفونت مایع آمنیوتیک، خونریزی، مبتلا به

مشکلات زمینه‌ای از قبیل دیابت ملیتوس و چاقی شایع می‌باشد. معاینات مکرر واژینال همچنین موجب افزایش خطر عفونت می‌شود.

❖ شایع‌ترین محل‌های عفونت عبارتند از: محل اپی‌زیاتومی و پارگی‌های پرینه و محل برش جراحی.

❖ ارزیابی و درمان:

- ❖ درمان با آنتی‌بیوتیک داخل وریدی براساس نتایج کشت خون آغاز می‌شود.
- ❖ از REEDA مخفف قرمزی (Redness)، ادم (Edema)، اکیموز (Ecchymosis)، ترشح (Discharge) و نزدیکی کناره‌ها (Approximation) اغلب جهت ارزیابی زخم‌ها استفاده می‌شود. درناژ، شست‌وشو و گاهی دبریدمان محل اپی‌زیاتومی ضروری است.
- ❖ التهاب نکروزان فاشیا یک عارضه جدی عفونت زخم می‌باشد.

عفونت سیستم ادراری

❖ هیپوتونی مثانه، استاز ادراری، تروماهای حین زایمان، سونداژ، معاینات مکرر واژینال یا بیهوشی

اپیدورال می‌تواند موجب عفونت سیستم ادراری پس از زایمان شود.

- ❖ علائم احتمالی طی ۱ یا ۲ روز اول پس از زایمان شامل درد هنگام ادرار، تکرر ادرار، احساس فوریت در دفع و تب خفیف می‌باشد. پیلونفریت ممکن است با درد ناحیه‌ی دنده‌ای - مهره‌ای، لرز، تب، احساس کوفتگی، هماچوری و تهوع و استفراغ همراه شود.

❖ عفونت مثانه اغلب به‌شکل سرپایی و با تجویز آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی درمان می‌شود.

- ❖ برخی پزشکان مصرف ۵ میلی‌گرم اسیداسکوریک ۲ بار در روز را جهت ایجاد وضعیت اسیدی در ادرار توصیه می‌کنند.

ماستیت

❖ ماستیت (عفونت پستان‌ها) به‌طور معمول در حدود دو تا سه هفته پس از زایمان ایجاد می‌شود،

ولی ممکن است در حوالی روز هفتم پس از زایمان نیز رخ دهد.

- ❖ عوامل مستعدکننده عبارتند از: توقف در جریان شیر (انسداد مجرا)، آسیب به نوک سینه (ترک یا شقاق پستان) و روش شیردهی نامناسب.

❖ علائم اصلی شامل وجود توده‌ی مشخص سفت، دردناک یا حساس و منطقه‌ی قرمز اغلب در یک پستان می‌باشد.

❖ مراقبت پرستاری: ماستیت با تجویز سریع آنتی‌بیوتیک‌ها به‌طور معمول ظرف ۴۸-۲۴ ساعت

بهبود یافته و به‌ندرت به تب منتهی می‌شود. نوزاد با مکیدن قوی بهتر از یک شیردوش یا

ماساژ دستی می‌تواند پستان را تخلیه کند. در هر بار تغذیه، پستان‌ها جهت پیشگیری از استاز شیر باید به‌طور کامل تخلیه شوند. شیردهی در فواصل ۲-۱/۵ ساعته راحتی بیشتری را برای مادر فراهم می‌آورد. او می‌تواند جهت رفع ناراحتی از کیسه‌های آب گرم یا یخ (هرکدام که احساس بهتری را ایجاد می‌کنند) استفاده کند.

اندوه پس از زایمان

اندوه پس از زایمان، مرحله‌ای گذرا از گریه، تغییرات خلق، اضطراب و تحریک‌پذیری است که در ۷۰-۵۰ درصد از زنان پس از زایمان رخ می‌دهد. تغییرات سریع در نقش و وظایف پس از زایمان همراه با اختلال خواب ممکن است به‌صورت گذرا موجب واکنش‌های فوق‌العاده شود. افزایش استراحت، پیش‌بینی راهنمایی، همدلی و حمایت خانواده، درمان‌های منتخب می‌باشند.

افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان با علائم عمومی افسردگی، شامل کاهش وزن، بی‌خوابی و دوگانگی احساس نسبت به نوزاد و افراد خانواده تظاهر می‌یابد. درمان شامل مشاوره و دارودرمانی با استفاده از داروهای مهارکننده‌ی سروتونین از قبیل فلوکستین، پاروکستین^۱ یا سرتالین^۲ می‌باشد.

سایکوز پس از زایمان

علائم سایکوز پس از زایمان مشابه سایر سایکوزها می‌باشد. علائم اولیه افسردگی، افکار خودکشی و توهم ممکن است وجود داشته باشد.

مفاهیم کلیدی

✦ خونریزی پس از زایمان به ازدست‌دادن خون بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر طی زایمان طبیعی و ۱۰۰۰ میلی‌لیتر در زایمان سزارین اطلاق می‌شود. خونریزی ممکن است در اوایل یا اواخر دوره‌ی پس از زایمان رخ دهد. علل خونریزی اولیه در دوران پس از زایمان شامل آتونی رحم، پارگی‌ها و باقیماندن قطعات جفت می‌باشد. برگشت‌ناپذیری رحم حاصل از باقی‌ماندن تکه‌های جفت علت خونریزی تأخیری دوران پس از زایمان است.

1. Paroxetine
2. Sertraline

- ✦ عفونت‌های پس از زایمان درگیرکننده‌ی سیستم تناسلی - تولیدمثلی موجب عوارض بی‌شماری در دوران نقاهت پس از زایمان می‌شوند.
- ✦ ماستیت و عفونت سیستم ادراری، شایع‌ترین عفونت‌های دوران پس از زایمان می‌باشند.
- ✦ اختلالات ترومبوآمبولیک می‌تواند سبب ایجاد عوارض بسیار در دوران پس از زایمان شود. تغییرات سیستم انعقادی در دوران پس از زایمان، مادر را در معرض خطر شرایط ترومبوآمبولی از قبیل ترومبوفلیت عروق سطحی و ترومبوز عروق عمقی (DVT) قرار می‌دهد.
- ✦ آمبولی ریوی یک عارضه‌ی تهدیدکننده‌ی حیات محسوب می‌شود که نیازمند مراقبت ویژه‌ی فوری می‌باشد.
- ✦ آمبولی ریوی، به‌رغم شیوع اندک، علت اصلی مرگ مادران را تشکیل می‌دهد. شرایط فوق حاصل از کندی لخته‌ی خون، حرکت آن به سمت شریان ریوی و انسداد جریان خون ریه‌ها می‌باشد.
- ✦ اندوه پس از زایمان، تجربه‌ی گذرای تغییرات خلق، گریه و اضطراب به‌طور شایع پس از زایمان رخ می‌دهد.
- ✦ شناخت عوامل دخیل در توسعه‌ی افسردگی پس از زایمان می‌تواند به برنامه‌ریزی مراقبت کمک کند.
- ✦ افسردگی پس از زایمان بسیار شدید بوده و علائم طولانی‌مدت افسردگی با مراقبت از نوزاد و حفظ روابط خانوادگی تداخل می‌کند.
- ✦ حمایت یک روان‌پزشک می‌تواند به توسعه‌ی راهکارهای مؤثر سازگاری در مادر کمک کند.

مراقبت پرستاری

در سطح جامعه

فصل

۱۹

پیش از ترخیص مادر از بیمارستان، باید آموزش‌ها و مهارت‌هایی که در بیمارستان کسب نموده به‌طور مشروح مشخص، ثبت و در اختیار وی قرار داده شود.

شرایط ارائه مراقبت در منزل

به‌طور مرسوم پرستاران بهداشت جامعه عضو در سیستم‌های سلامت عمومی یا مؤسسات خدمات پرستاری، مراقبت تخصصی پرستاری در سطح منازل را ارائه می‌دهند. پرستار ضمن کمک به آموزش و ارائه مراقبت با به عهده‌گیری نقش حمایتی، مادر و خانواده وی را برای ترخیص زودهنگام آماده می‌سازد.

مسائل قانونی

ارائه‌ی خدمات در منزل عاری از مشکلات قانونی نمی‌باشد. سهل‌انگاری حرفه‌ای و تخطی از قوانین مجوز دولتی، دو شکل از مسائل قانونی می‌باشند که مؤسسات ارائه‌دهنده‌ی خدمات خانگی و پرستل پرستاری با آن مواجه می‌شوند. استفاده از فرم‌های رضایت‌نامه و گزارش جهت کاهش خطرات تعهدات قانونی بسیار مهم است.

خانواده‌های بی‌خانمان

خسونت‌های عاطفی یا فقر ناشی از تک‌والدی، اصلی‌ترین علت تشکیل جمعیت‌های بی‌خانمان در ایالات متحده‌ی امریکا می‌باشد. والدین و نوزادان در خانواده‌های بی‌خانمان در راستای زندگی در خیابان دچار مشکلات سلامتی از قبیل سوءتغذیه، اختلالات تنفسی و تغذیه‌ای، فقدان مراقبت پیشگیرانه، دسترسی محدود به مراقبت‌های سلامتی و توسعه رفتارهای پرخطر (مانند سوءمصرف الکل، روسپی‌گری) می‌باشند.

رویکردهای مراقبت بهداشتی جایگزین

طی مراقبت خانگی، پرستار بهترین فرصت را جهت مشاهده‌ی استفاده یا سوءاستفاده‌ی داروهای خانگی،

تأثیر عملکردهای فرهنگی و مراقبت سلامتی جایگزین بر دوره‌ی بارداری یا پس از آن و اثرات این قبیل درمان‌ها بر نتایج بارداری خواهد داشت. مراقبت خانگی در حین بارداری به طور معمول دربرگیرنده‌ی موضوعات ذیل می‌باشد:

- ❖ ناراحتی‌های شایع
- ❖ پیروی از ویژگی‌های پره‌ناتال
- ❖ تغییرات فیزیولوژیک و روانی
- ❖ استفاده از مانیتورها یا سایر وسایل اختصاصی

مراقبت‌های پره‌ناتال در بارداری‌های کم‌خطر

❖ پرستار متناسب با سن بارداری میزان ضربان قلب را ارزیابی و در مورد حرکات جنین با مادر به بحث می‌پردازد.

❖ طی ویژگی‌های متداول پرستار آموزش‌های مراقبت شخصی مناسب را ارائه می‌دهد. مادر تغییراتی که ممکن است نشانگر مشکلات سلامتی باشد را می‌آموزد. هدف از آموزش سلامتی کاهش عادات نادرست سلامتی از قبیل مصرف سیگار می‌باشد.

مراقبت‌های پره‌ناتال در بارداری‌های پرخطر

❖ محدودیت فعالیت به‌طور رایج جهت پیشگیری از تولد زودرس نوزاد و فراهم‌سازی فرصت رشد و تکامل درون‌رحمی جنین توصیه می‌شود.

❖ ارزیابی خانگی جنین شامل شمارش حرکات وی می‌باشد. سه حرکت در ساعت به‌طور میانگین در نظر گرفته می‌شود. در صورت کاهش حرکات به ده حرکت طی ۱۲ ساعت، مادر باید با فرد مراقبت سلامتی تماس حاصل کند.

مراقبت پس از زایمان در مادران کم‌خطر

❖ ترخیص زودهنگام از بیمارستان، پرستار ارائه‌دهنده‌ی مراقبت خانگی را جهت حفظ و پیشرفت سلامت مادر و نوزاد با مسئولیت‌های خاصی مواجه می‌سازد.

❖ آمادگی برای یادگیری اغلب طی روزهای اولیه پس از تجربه زایمان در بیمارستان فراهم نمی‌باشد.

❖ سؤالات مطرح شده در زمینه‌ی ناراحتی‌های شایع دوران بارداری از قبیل بخیه‌های محل اپی‌زیاتومی، کرامپ‌ها، لوشیا و زمان آغاز فعالیت جنسی پاسخ داده می‌شود و شکایات و مشکلاتی نظیر سوزش ادرار مورد بحث قرار می‌گیرد.

❖ اهداف مراقبت خانگی شامل ارزیابی، آموزش، مشاوره و ارجاع می‌باشد. آموزش‌های حین بستری در بیمارستان می‌تواند به پرستار ارائه‌دهنده مراقبت خانگی جهت تصمیم‌گیری پیرامون اولویت ارائه یا تقویت نکات آموزشی مهم برای فرد و خانواده کمک کند.

کادر ۱-۱۹ ■ راهنمایی‌ها جهت انجام ویزیت خانگی پس از زایمان

آمادگی قبل از انجام ویزیت

- ❖ مطلع‌سازی خانواده از هدف ویزیت
- ❖ پیش‌بینی یک زمان مناسب برای ویزیت، تأیید آدرس و مسیر منزل خانواده
- ❖ اخذ فرم رضایت‌نامه جهت ارائه خدمات پرستاری تخصصی
- ❖ اخذ دستور پزشک جهت روش‌هایی از قبیل تست‌های خون
- ❖ مرور کلیه اطلاعات مناسب در مورد مادر و نوزاد (مادر خلاصه ترخیص از بیمارستان، فرم‌های ارجاع)
- ❖ شناسایی مراکز اجتماعی مناسب و فراهم‌سازی وسایل کمک‌آموزشی متناسب با نیازها

مداخلات در منزل

- ❖ معرفی خود و بیان هدف پیگیری در دوران پس از زایمان
- ❖ ایجاد اعتماد با دوره‌ی کوتاهی از تقابل اجتماعی
- ❖ کسب سابقه‌ی سلامتی کامل از مادر و نوزاد
- ❖ انجام ارزیابی جسمانی کامل مادر شامل علائم حیاتی، معاینات پستان، بلندی فوندوس، لوشیا و اپی‌زیاتومی و برش‌های شکمی
- ❖ انجام معاینه‌ی جسمانی کامل نوزاد شامل علایم حیاتی، وزن، هیدراتاسیون و عملکردهای روده و مثانه
- ❖ طی ویزیت اطلاعاتی در جهت ارزیابی سازگاری اعضای خانواده با نوزاد و تغییرات ایجادشده در سبک زندگی آنها جمع‌آوری می‌گردد.
- ❖ انجام پروسیجرها یا درمان‌ها از قبیل اخذ نمونه خونی جهت تشخیص فنیل‌کتون‌اوری (PKU)، مطابق دستور
- ❖ ارزیابی ایمنی محیط خانه از قبیل وسایل خواب نوزاد
- ❖ ارزیابی توانایی مادر در انجام مراقبت‌ها از قبیل مراقبت اورژانس و CPR
- ❖ ارجاع خانواده به مراکز اجتماعی مناسب از قبیل گروه‌های حمایتی و خطوط راهنما
- ❖ توسعه‌ی طرح برای ویزیت‌های بعدی در صورت اجازه

در پایان ویزیت خانگی

- ❖ خلاصه‌نمودن نکات مهم ویزیت به همراه والدین
- ❖ فراهم‌سازی اطلاعاتی پیرامون نحوه‌ی دسترسی به پرستار یا مؤسسه، در صورتی‌که خانواده پیش از زمان تعیین‌شده جهت ملاقات بعدی به کمک نیاز داشته باشند.
- ❖ فعالیت‌های پس از ویزیت
- ❖ ثبت کلیه ویزیت‌ها جهت ارائه‌ی گزارشات قانونی ویزیت و پاسخدهی به شکایات جبران خسارت
- ❖ ارتباط با ارائه‌دهنده‌ی مراقبت مناسب در صورت لزوم

مراقبت پس از زایمان از نوزادان کم‌خطر

پرستار طی ویزیت‌های خانگی متداول نیازها، وضعیت قرارگیری نوزاد، نحوه‌ی مراقبت، تسهیلات خانگی، سلامت اعضای خانواده و شرایط بندناف و محل ختنه را کنترل و نتایج آن را ثبت می‌کند. به

بحث در مورد رشد و تکامل، پیش‌بینی نیازهای ایمنی، واکسیناسیون و پیگیری مراقبت پرداخته می‌شود. برقراری ارتباط عاطفی میان والد و کودک یک هدف مهم است.

مراقبت پس از زایمان از نوزادان پرخطر

❖ مانیتورینگ، آپنه و فتوتراپی رایج‌ترین روش‌های کنترل خانگی جهت نوزادان پرخطر می‌باشد.

زردی

- ❖ نوزادان در معرض ابتلا به دهیدراتاسیون و زردی قرار دارند.
- ❖ در صورت وجود زردی در نوزاد مقداری از خون پاشنه پا به‌منظور تعیین سطوح بیلی‌روبین اخذ می‌شود. برخی مراکز دستورات استاندارد جهت خون‌گیری با اهداف ویژه ارائه داده‌اند.
- ❖ بیلی‌روبین حین فتوتراپی از طریق پوست نور را جذب و به مواد محلول در آب تبدیل می‌شود؛ مواد فوق می‌تواند به درون کیسه‌ی صفرا و ادرار ترشح شود بدین ترتیب سطوح بالای بیلی‌روبین سرم کاهش یافته و احتمال آسیب عصبی به حداقل می‌رسد.

شیر مادر

- ❖ شیر مادر حاوی ترکیبی از پروتئین‌ها، کربوهیدرات‌ها و چربی موردنیاز می‌باشد. به‌علاوه شیر مادر موجب محافظت ایمنونوتیک، علیه بیماری‌های عفونی گردیده و ابتلا به بیماری‌های مزمن بعدی را کاهش می‌دهد. شیردهی با پستان همچنین ارتباط اولیه میان مادر و نوزاد را تسهیل می‌کند.
- ❖ پرستار می‌تواند مادر را در اجرای تکنیک‌های صحیح شیردهی با پستان یاری دهد.
- ❖ آموزش شیردهی با پستان و اجرای برنامه‌های مداخلاتی حین ویزیت‌های خانگی در نظر گرفته می‌شود.

هزینه‌های ترخیص زودهنگام و ارائه‌ی مراقبت در منزل

کاهش هزینه‌های مراقبت بیمارستانی، از فواید برنامه‌های ترخیص زودهنگام به‌شمار می‌رود.

مفاهیم کلیدی

- ❖ پرستاران بهداشت جامع مدت زمانی طولانی است که مراقبت از مادران و نوزادان را به‌عهده دارند. این تأکید بر پیشرفت سلامتی و پیشگیری از بیماری می‌باشد. بیشتر حرکت‌های اخیر در جهت ارتقای تکنولوژی مراقبت سلامتی از بیماران به‌سوی ارائه‌ی مراقبت در منزل متمرکز است.
- ❖ ارائه‌ی مراقبت در منزل به‌دور از مخاطرات قانونی نمی‌باشد. دو نوع از مشکلات قانونی ارائه‌ی تخصصی مراقبت در منزل عبارت است از: سهل‌انگاری حرفه‌ای و تخطی از قوانین جواز کار.

- ✦ ویزیت‌های مراقبتی در منزل طی دوره‌ی پره‌ناتال می‌تواند امکان مراقبت در منزل را برای زنان با بارداری‌های پرخطر فراهم آورد.
- ✦ برنامه‌های پیگیری مراقبت در دوران پس از زایمان توسط بیمارستان‌ها، مراکز زایمانی، مراکز سلامت عمومی، مؤسسات، پزشکان خصوصی و سرمایه‌گذاران مستقل ارائه می‌شود.
- ✦ خدمات گوناگون جهت پیگیری مراقبت در دوران پس از زایمان عبارتند از: کلاس‌های ترخیص زود هنگام، کلینیک‌های سرپایی بیمارستان، تلفن‌های پیگیری، خطوط راهنما، خطوط اورژانس، ویزیت‌های پیگیری در منزل و گروه‌های حمایتی.
- ✦ ویزیت‌های خانگی دوران پس از زایمان شامل ارزیابی‌های مادر و نوزاد می‌باشد. سؤالات پاسخ داده شده و آموزش تقویت می‌شود. پرستار در صورت نیاز می‌تواند خانواده را به مراکز اجتماعی ارجاع دهد.
- ✦ رایج‌ترین وسایل خاص جهت انجام مراقبت خانگی از نوزادان پرخطر شامل مانیتورینگ آپنه و فتوترابی می‌باشد.
- ✦ پرستار ارائه‌دهنده‌ی مراقبت در منزل، عضوی از گروه سلامتی بوده و باید جهت ارائه‌ی مراقبت با دیگر اعضای گروه هماهنگ بوده و ارتباط خود را با آنها حفظ کند.

تنظیم خانواده و ناباروری

فصل

۲۰

امروزه زوجین باید روش جلوگیری را براساس شناخت روش‌های پیشگیری از بارداری ناخواسته و همچنین محافظت علیه عفونت‌های منتقله از راه جنسی انتخاب کنند. مهم‌ترین هدف زوجین، جلوگیری از بارداری ناخواسته است. تصمیم‌گیری در مورد روش جلوگیری باید براساس شناخت کافی مزایا و معایب، تأثیرپذیری، اثرات جانبی، موارد منع مصرف و اثرات طولانی روش باشد.

کادر ۱-۲۰ ■ نکات کلیدی در استفاده از روش‌های ضدبارداری

- ❖ اجتناب از نزدیکی
- ❖ تأثیر قرص‌های ضدبارداری خوراکی، در گرو همکاری فرد جهت مصرف روزانه قرص می‌باشد.
- ❖ جوانان معمولاً همکاری کم‌تری دارند.
- ❖ استفاده از دو روش همزمان (مانند دیافراگم همراه با یک مانع اسپرم‌کش یا کاندوم توأم با مواد اسپرم‌کش) به میزان قابل توجهی خطر بارداری اتفاقی را در صورت استفاده‌ی صحیح کاهش می‌دهد.
- ❖ استفاده از IUDهایی که دارای ۱/۵ تا ۵ خمیدگی در آن هستند، خطر ابتلا به بیماری‌های رحمی را افزایش می‌دهد.
- ❖ کاندوم‌ها در جهت محافظت از عفونت‌ها (مانند STDs) مؤثر می‌باشند.
- ❖ قرص‌های ضدبارداری خوراکی ممکن است احساس ناخوشایند حین قاعدگی را کاهش دهند.
- ❖ هزینه‌ی جلوگیری از بارداری ممکن است موجب مشکلات مادی شود (مانند هزینه ماهیانه خرید قرص‌های ضدبارداری خوراکی).
- ❖ عقیمی باید به‌صورت دائمی در نظر گرفته شود.

روش‌های طبیعی

❖ **اجتناب از مقاربت:** اجتناب از نزدیکی، مشابه دیگر روش‌های جلوگیری، احتمال ورود اسپرم به واژن زن را کاهش می‌دهد. این روش به‌طور کامل در پیشگیری از بارداری مؤثر بوده و موجب جلوگیری از عفونت‌های منتقله از راه جنسی می‌شود.

✦ **کنترل درجه حرارت پایه (BBT)**¹: فرد باید درجه حرارت خود را با استفاده از یک دماسنج مخصوص، هر روز صبح پیش از برخاستن از بستر کنترل کند. درجه حرارت پایه در زمان تخمک‌گذاری اندکی افزایش یافته و تا زمان خونریزی قاعدگی یا بارداری بالا باقی می‌ماند.

✦ **روش کنترل موکوس سرویکس**: (تحت عنوان روش Billings یا روش تخمک‌گذاری نیز شناخته می‌شود). موکوس سرویکس پس از تخمک‌گذاری ضخیم و کش‌دار شده و می‌تواند بین انگشتان کشیده شود.

✦ **روش حرارتی - علامتی**: این روش ترکیبی از روش‌های کنترل درجه حرارت پایه و تست کشش موکوس واژن و همچنین شناسایی علائم جسمی یا روانی مربوط به تخمک‌گذاری شامل Mittelschmerz (درد شکمی حین تخمک‌گذاری) و پرخونی و حساسیت لگن می‌باشد.

✦ **آزمایشات شیمیایی پیش‌بینی‌کننده**: هورمون لوتئین ۲۴-۱۲ ساعت پیش از تخمک‌گذاری افزایش چشم‌گیری می‌یابد.

✦ **روش دوره‌ای**: تحت عنوان روش تقویمی نیز شناخته می‌شود. در این روش، نزدیکی طی دوره باروری ممنوع می‌باشد. روش تقویمی بر این فرض استوار است که تخمک‌گذاری نزدیک به ۱۴ روز قبل از شروع دوره‌ی قاعدگی بعدی رخ داده و مدت حیات اسپرم ۱۲۰-۴۸ ساعت و زمان حیات تخمک ۲۴ ساعت می‌باشد.

روش‌های موانع مکانیکی

روش‌های موانع مکانیکی شامل وسایل یا مواد شیمیایی است که با ایجاد مانع یا سد از انتقال اسپرم به سرویکس یا ورود به تخمک بارور جلوگیری می‌کند.

کاندوم مردانه

✦ کاندوم مردانه، استوانه انعطاف‌پذیری است که روی پنیس کشیده می‌شود، ارزان‌قیمت و دردسترس است و در صورت استفاده صحیح، به‌طور کامل جهت جلوگیری از بارداری مؤثر است. کاهش انتشار عفونت‌های منتقله از راه جنسی، از دیگر مزایای این روش می‌باشد.

- ❖ کاندوم‌ها روی پنیس را پوشانده و مانع از ورود اسپرم به واژن می‌شوند.
- ❖ ضریب شکست در صورت استفاده‌ی صحیح معادل سه درصد می‌باشد.
- ❖ کاندوم روی آلت در حال نعوظ کشیده می‌شود، پیش از آنکه وارد رحم شود.

❖ هوای موجود در سر کاندوم باید خارج شده، در حالی که نیم اینچ از سر آلت فاصله دارد.

کاندوم زنانه

کاندوم زنانه (یا کلاهک واژینال) یک پوشش پلاستیکی از جنس پلی اورتان به طول ۷ اینچ، تقریباً کیسه‌مانند با دو حلقه انعطاف‌پذیر در دو سو می‌باشد. حلقه داخلی در انتهای بستر کاندوم، مشابه دیافراگم با قرارگیری روی سرویکس، مدخل ورودی آن را می‌پوشاند. حلقه دوم وسیله دارای انتهای باز، در خارج واژن به‌طور مسطح روی پرینه قرار گرفته و از لبها در حین مقاربت محافظت می‌کند. دیافراگم را می‌توان ۸ ساعت قبل از مقاربت تعبیه نمود. این وسیله یک‌بار مصرف است. ضربه شکست واقعی آن در سال اول استفاده معادل ۲۱ درصد است. پیش از جایگذاری، دست‌ها باید با آب و صابون شسته شود.

دیافراگم

دیافراگم وسیله‌ای است فنجان‌شکل - گنبدی از جنس پلاستیک یا لاتکس. دیافراگم از ورود اسپرم به سرویکس جلوگیری می‌کند. زنان با سابقه‌ی شوک سپتیک (TSS) یا عفونت سیستم ادراری نباید از دیافراگم یا سایر روش‌های مانع استفاده کنند. باقی‌گذارن دیافراگم در محل به‌مدت طولانی می‌تواند موجب افزایش خطر شوک سپتیک شود. دیافراگم را حداقل ۶ ساعت بعد از مقاربت خارج کنید. دیافراگم نباید بیش از ۲۴ ساعت در محل باقی بماند.

✓ نکته:

علائم خطر سندرم شوک سپتیک

- ❖ افزایش ناگهانی تب 38°C (102°F)
- ❖ راش‌های مشابه آفتاب‌سوختگی همراه با پوسته‌ریزی
- ❖ درد عضلانی و مفاصل
- ❖ سرگیجه، خستگی، ضعف
- ❖ افت فشار خون
- ❖ علائم شوک

کلاهک سرویکس

❖ کلاهک سرویکس، وسیله‌ای فنجان‌شکل، شبیه به دیافراگم است، اما کوچکتر از آن می‌باشد. لاتکس انعطاف‌پذیر یا فنجان پلاستیکی روی سرویکس قرار گرفته و توسط مکش در محل خود باقی می‌ماند.

- ✦ تناسب کلاهک سرویکس باید سالیانه، پس از هر بار زایمان یا جراحی‌های رحم یا واژن ارزیابی شود.
- ✦ کلاهک سرویکس را می‌توان ۴۸ ساعت قبل از مقاربت در محل جایگزین نمود.
- ❖ تست پاپ اسمیر غیرطبیعی، عدم دسترسی به کلاهک دارای سایز مناسب، سابقه قبلی سندرم شوک سپتیک، ابتلا به عفونت‌های سرویکس یا واژن، عدم توانایی جهت جایگذاری و خارج‌سازی وسیله، از موارد منع استفاده از کلاهک سرویکس به‌شمار می‌روند.

وسایل داخل رحمی

- ✦ وسیله داخل رحمی (IUD)، وسیله‌ی T شکل، کوچک و انعطاف‌پذیری است که جهت جلوگیری مداوم از بارداری، توسط فرد مراقب بهداشتی با عبور از سرویکس در داخل حفره رحم جایگزین می‌شود. در بیشتر موارد آیودی برای زنانی توصیه می‌شود که حداقل سابقه‌ی یک بار بارداری ترم را داشته باشند.
- ❖ آموزش زنان در مورد آیودی حائز اهمیت است. پس از جایگذاری وسیله، نحوه‌ی بازبینی نخ به فرد آموخته می‌شود. زن در صورت عدم احساس نخ باید هرچه سریع‌تر به فرد مراقب سلامتی مراجعه کند.
- ❖ IUD هیچ‌گونه محافظتی در برابر عفونت‌های منتقله از راه جنس ایجاد نمی‌کند.

روش‌های ضدبارداری هورمونی

روش‌های ضدبارداری خوراکی

- ✦ قرص‌های کنترل بارداری با عملکردی ترکیب‌شده از استروژن و پروژسترون صنعتی، از تخمک‌گذاری ممانعت و از بارداری جلوگیری می‌کنند. به‌علاوه هورمون‌ها، موکوس سرویکس را تغلیظ نموده و دسیدوا را جهت لانه‌گزینی نامناسب می‌سازند.
- ✦ داروهای ضدبارداری خوراکی با وجود اثربخشی بسیار، دارای طیفی از اثرات جانبی از قبیل تهوع و خونریزی حاصل از پیشرفت ترومبوزها می‌باشند.
- ✦ مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی را می‌توان ۴ هفته پس از زایمان واژینال، پس از رفع خطر ترومبوآمبولی آغاز نمود.
- ✦ قرص‌های ضدبارداری خوراکی ترکیبی موجب کاهش خونریزی و کرامپ‌های حین قاعدگی (دیسمنوره) می‌شود.
- ✦ مصرف قرص در ساعت مشخصی از روز جهت دستیابی به سطح مناسب هورمون در خون حائز اهمیت است.

کادر ۲-۲۰ ■ برخی از موارد منع مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی

- ❖ سکنه، آترواسکلروز، نارسایی قلبی یا افزایش فشار خون بیماری‌های دریچه‌ای قلب
- ❖ آسیب عروقی
- ❖ لوپوس
- ❖ رتینوپاتی، هایپر تانسیون، بیماری کبدی
- ❖ سن بالای ۳۵ سال
- ❖ میگرن همراه با اورا
- ❖ ترومبوآمبولی یا آمبولی ریوی
- ❖ دیابت همراه با نوروپاتی
- ❖ مصرف سیگار
- ❖ بارداری

کادر ۳-۲۰ ■ روش مورد استفاده در صورت فراموشی مصرف قرص

- ❖ قرص‌های ضدبارداری را باید جهت جلوگیری از فراموشی، هر روز در ساعت مشابه‌ای مصرف نمود.
- ❖ در صورت فراموشی، دو قرص یا بیشتر طی دو هفته‌ی اول سیکل، به مدت دو روز، هر روز دو قرص میل نموده و تا پایان دوره‌ی قاعدگی از یک روش ضدبارداری کمکی استفاده کنید.
- ❖ اگر شما از بسته‌های ۲۸ عددی استفاده می‌کنید و طی هفت روز مصرف قرص‌های پلاسیو فاقد هورمون را فراموش کرده‌اید، به ازای هر روز یک قرص کنار بگذارید و تا پایان بسته، هر روز یک قرص مصرف کنید. استفاده از یک روش کمکی در این وضعیت مورد نیاز نمی‌باشد.
- ❖ در صورتی که سه روز مصرف قرص را فراموش نمودید، کل بسته را کنار بگذارید. بسته‌ی جدید قرص را از روز اول قاعدگی مصرف کنید.

برچسب‌های پوستی حاوی هورمون

برچسب‌های ضدبارداری هورمونی، حاوی نورژسترون (NGMN) و اتینیل استرادیول می‌باشند. برچسب‌های فوق بر پوست خشک نواحی باسن، شکم، بالای بازو یا تنه چسبانده می‌شوند. اولین برچسب در روز اول قاعدگی چسبانده می‌شود. برچسب به مدت یک هفته در محل باقی مانده و سپس در روز مشخصی از هفته‌ی آینده جدا شده و برچسب بعدی در محل دیگری از بدن چسبانده می‌شود. استفاده از چسب نواری جهت چسباندن بخش فوقانی برچسب بر پوست، می‌تواند تأثیرات آن را دستخوش تغییراتی نامناسب کند. از مزایای برچسب پوستی می‌توان به حفظ سطح ثابت هورمون در خون، عدم متابولیسم کبدی دارو و جلوگیری از فراموشی مصرف روزانه اشاره نمود. زنان با وزن بالای ۹۰kg جهت استفاده از این روش باید مشاوره کنند. برچسب نباید روی جوش‌های پوستی یا زخم چسبانده شود.

رینگ واژینال

NUVARING (حلقه‌ی حاوی اتونورژسترون و اتینیل استرادیول) حلقه‌ی سیلیکونی انعطاف‌پذیری است که به مدت سه هفته در واژن جایگزین شده و سپس یک هفته در زمان وقوع قاعدگی خارج

می‌شود. وسیله فوق در کنار ایجاد سطوح ثابتی از دوز پایین هورمون، موجب لکوره می‌شود. شایع‌ترین اثر جانبی آن عفونت‌های واژینال می‌باشد.

وسایل ضدبارداری قابل جایگذاری

یک حلقه سیلیکونی حاوی اتونورژسترون می‌باشد که در ناحیه‌ی زیرجلدی جایگزین شده و به مدت ۳ سال از بارداری جلوگیری می‌کند.

آمپول‌های ضدبارداری

مدروکسی پروژسترون استات (DMPA)^۱، سوسپانسیون (دپو- پروورا)^۲، موکوس واژن را بر ضد اسپرم تغییر داده، موجب تخریب تخمک‌گذاری و لانه‌گزینی می‌شود. تزریق هر سه‌ماه یک‌بار انجام می‌شود. محل تزریق جهت اجتناب از تغییر میزان جذب نباید ماساژ داده شود. اثرات ضدبارداری ممکن است تا یک سال پس از تزریق باقی بماند. انجام تست بارداری قبل از اولین تزریق ضروری است. اثرات جانبی آن مشابه ایمپلنت‌های زیرجلدی شامل لکه‌بینی، سردرد و افزایش وزن می‌باشد. تزریق اول باید در ۵ روز اول قاعدگی انجام شود.

اسپرم‌کش‌های واژینال

اسپرم‌کش‌های واژنی، موجب تخریب و عدم تحرک اسپرم گردیده، به‌علاوه ترشحات واژن را خنثی می‌کنند. اسپرم‌کش‌ها در اشکال کرم، فوم، ژل، شیاف و فیلم در دسترس بوده که باید یک ساعت پیش از مقاربت در واژن قرار گیرند. یادآوری این نکته هم‌چنین مهم است که اسپرم‌کش‌ها تنها از یک مقاربت و انزال محافظت می‌کنند. ضریب شکست واقعی اسپرم‌کش‌های واژنی نزدیک به شش درصد می‌باشد.

روش‌های ضدبارداری دارای تأثیر حداقل

مقاربت منقطع (بیرون‌کشی قبل از انزال)

مرد در روش مقاربت منقطع، جهت پیشگیری از بارداری، پیش از انزال آلت خود را از واژن خارج می‌کند. این عمل مانع ورود اسپرم‌ها به سوراخ واژن می‌شود. نزدیکی منقطع روش قابل اعتمادی جهت پیشگیری از بارداری به‌شمار نمی‌رود.

دوش واژینال

دوش واژینال پس از نزدیکی، روش بسیار نامطمئنی جهت پیشگیری از بارداری است، زیرا اسپرم‌ها

1. Depot Medroxy Progesterone

2. Depo-Provera

چند ثانیه پیش از انزال به موکوس سرویکس رسیده و در مدت زمان کوتاهی می‌توانند وارد لوله‌های فالوپ شوند.

شیردهی

شیردهی نباید به‌عنوان یک روش قابل اعتماد پیشگیری از بارداری توصیه شود. پرولاکتین مترشحه در دوران شیردهی، با ممانعت از پاسخ تخمدان‌ها به هورمون‌ها و برگشت قاعدگی از تخمک‌گذاری جلوگیری می‌کند. دفعات (حداقل ۱۲-۱۰ بار روزانه)، مقادیر و طول مدت شیردهی ممکن است موجب حفظ شرایط به‌مدت ۴ تا ۶ ماه شود.

وسایل ضدبارداری فوری

❖ از انواع رژیم‌های پروژستین‌های خوراکی با دوز بالا و قرص‌های ترکیبی ضدبارداری جهت پیشگیری فوری پس از نزدیکی استفاده می‌شود.

❖ تجویز یک ترکیب آنتی‌پروژسترونی (میفپریستون) به صورت واژینال یا خوراکی همراه با آنالوگ‌های پروستاگلاندین از قبیل میسوپروستول موجب ختم خودبه‌خودی بارداری می‌شود. اثرات جانبی شامل درد شکمی و خونریزی شدید واژینال است. اثربخشی مناسب روش‌های ضدبارداری پس از مقاربت، بعد از سپری شدن ۱۲۵-۷۲ ساعت از مقاربت به‌شدت کاهش می‌یابد.

روش‌های دائمی ضدبارداری

ملاحظات قانونی

- ❖ انجام کلیه روش‌های عقیم‌سازی دائمی (ناتوانی دائمی بارداری) نیازمند کسب رضایت‌نامه قانونی آگاهانه می‌باشد.
- ❖ عقیم‌سازی با روش جراحی برای همیشه از بارداری‌های آینده جلوگیری می‌کند. زوجین باید بدانند که وضعیت فوق‌دائمی است.
- ❖ فرم رضایت‌نامه باید پیش از تجویز داروهای آماده‌سازی قبل از عمل جراحی امضا شود.

عقیم‌سازی مردان

- ❖ عقیمی در مردان با روش ساده‌ای تحت عنوان وازکتومی انجام می‌گیرد. این روش با ایجاد یک برش ۳ سانتی‌متری در بالای مجرای دفران در دو سوی کیسه بیضه، تحت بی‌حسی موضعی بیمار انجام می‌شود.
- ❖ مطلع‌سازی وی از نیاز به یک زمان ۶ هفته‌ای یا برقراری ۳۶ انزال جهت پاکسازی کامل اسپرم‌های

باقی‌مانده در وازودفران ضروری است. استفاده از یک روش پیشگیری در این فاصله به زوجین توصیه می‌شود. وازکتومی بر روی عملکرد جنسی تأثیری نمی‌گذارد.

عقیم‌سازی زنان

- ❖ بستن لوله‌ها، نوعی عقیمی زنان، نسبتاً ساده و بسیار مؤثر می‌باشد. رویکردهای مختلفی جهت انجام این روش در دسترس می‌باشد.
- ❖ تلاش در جهت رفع عقیمی امکان‌پذیر است، اما میزان موفقیت به نوع روش جراحی بستگی دارد.
- ❖ توجه به نگرانی‌های بیمار، روشن‌سازی اطلاعات موجود در موارد فواید، خطرات و جایگزین‌ها و حمایت احساسی از بیمار، از مسئولیت‌ها و مداخلات اصلی پرستاران در روش عقیم‌سازی دائمی به‌شمار می‌رود.

کادر ۴-۲۰ ■ ثبت عقیمی

پرستار باید موارد ذیل را ثبت کند:

- ❖ فرم رضایت‌نامه شامل فواید، خطرات و جایگزین‌ها جهت عقیمی دائمی در اختیار بیمار قرار داده شده است.
- ❖ بحث با زبان بومی بیمار انجام شده است.
- ❖ سن بیمار بالاتر از ۲۱ سال می‌باشد.
- ❖ در مورد دوره‌ی انتظار اجباری بحث شده است.
- ❖ پیرامون مراقبت شخصی قبل و پس از جراحی بحث شده است.
- ❖ دستورات نوشتاری در اختیار زوجین قرار گرفته است.
- ❖ برنامه‌ی پیگیری زمان‌بندی شده است.

تعاریف باروری و نازایی

- ❖ **تعریف جدیدتر عبارت است از:** «ناتوانی اجباری برای حاملگی در زمان مورد نظر».
- ❖ **انواع مختلف مشکلات ناباروری که کلینیک‌های باروری با آن مواجه هستند، عبارتند از:**
 - ❖ **ناباروری اولیه:** زوجی که طی یک سال مقاربت، بدون استفاده کردن از وسایل محافظتی، به بارداری دست نیافته‌اند.
 - ❖ **ناباروری ثانویه:** زوجی که پس از یک بارداری موفق، دیگر نمی‌توانند باردار شوند.
 - ❖ **بارداری ناموفق:** زوجین قادر به بارداری بوده، اما جنین آن‌ها پیش از رشد از دست می‌رود.
 - ❖ **ناباروری منفرد:** زن مجردی که بدون داشتن شریک جنسی مرد، تمایل به بارداری دارد (مانند ازدواج با فرد هم‌جنس، زنان باکره، مرگ ناگهانی همسر).

دفعات مقاربت

- ❖ مقاربت بدون محافظ بیشتر از ۳ بار در هفته، بهترین فرصت را برای باروری فراهم می‌آورد، در حالی که مقاربت روزانه ممکن است موجب کاهش حجم مایع انزال و مقادیر اسپرم شود.
- ❖ مقاربت در حوالی زمان تخمک‌گذاری مهم است، زیرا تخمک تنها ۲۴ ساعت پس از تخمک‌گذاری قدرت باروری دارد.

سن

دفعات مقاربت با افزایش طول مدت ازدواج کاهش می‌یابد و با بالا رفتن سن زن، شرایط طبی که حاملگی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، ممکن است بروز کند. زن بالای ۳۵ سال، شانس کمی برای بارداری دارد.

استعمال دخانیات

مصرف سیگار با افزایش حرکات پرستالتیسم لوله‌های فالوپ موجب عبور سریع‌تر تخمک می‌شود. مصرف زیاد سیگار با نتایج ضعیف بارداری مرتبط بوده و ممکن است در تخریب باروری نقش داشته باشد.

رژیم غذایی

برخی مطالعات بیانگر وجود ارتباط میان کمبود ویتامین B₁₂ و ناباروری می‌باشند. مقادیر بالای ویتامین A ممکن است در تغییر عملکرد تخمدانی نقش داشته باشد. زنان چاق همچنین از نظر اختلالات تخمک‌گذاری و ناباروری در معرض خطر می‌باشند.

استرس

سبک زندگی، سبب تحمیل استرس در منزل، محل کار و حتی مکان‌های تفریحی می‌شود. بسیاری معتقدند زوج‌هایی که تصمیم به قبول فرزند می‌گیرند، به دلیل «رهایی از استرس» به طور موفقیت‌آمیز باردار می‌شوند.

شرایط طبی

چسبندگی لگن و سابقه بیماری‌های التهابی لگن (PID) یا آندومتریت، ممکن است بر باروری تأثیر گذارد.

مصرف داروها و مواد شیمیایی

- ❖ سوءمصرف مواد با تأثیر بر عملکرد لوله‌ای در زنان و غلظت اسپرم در مردان موجب افزایش ناباروری می‌شود.

❖ پیش از شروع درمان ناباروری، تست‌های تشخیصی ممکن است به‌منظور کمک در انتخاب رویکرد درمانی بهتر انجام گیرد. آزمایشات فوق شامل ارزیابی عملکرد لوله‌ها، توانایی اسپرم‌ها، آنتی‌بادی‌ها و تخمک‌گذاری می‌باشد.

روش‌های کمک به باروری

باروری از طریق تکنیک‌های لقاح خارج رحمی، انتقال گامت به درون لوله فالوپ و IVF-ET بسیاری از مفاهیم بارداری را میان‌بر می‌زند.

القاء تخمک‌گذاری

❖ القاء تخمک‌گذاری جهت زانی که فاقد تخمک‌گذاری بوده و یا دارای تخمک‌گذاری نامنظم می‌باشند، انجام می‌شود.

❖ اغلب کلومیفن جهت تحریک تخمک‌گذاری توصیه می‌شود. در صورت وجود بزرگی تخمدان‌ها و کیست‌های فولیکولار، بروز سندرم تحریک بیش از حد تخمدانی بعید به‌نظر نمی‌رسد. در یک زمان ممکن است بیش از یک تخمک آزاد و بارور شود، در نتیجه احتمال بارداری دوقلویی یا چندقلویی افزایش می‌یابد.

روش‌های جراحی

روش ترمیم لوله با بالون از طریق سرویکس جهت بازنمودن لوله‌های فالوپ در زنان، ممکن است بدون نیاز به روش‌های بسیار تهاجمی از قبیل لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی انجام پذیرد.

درمان از طریق القاء منی

❖ روش القاء منی (تکنیکی که در گذشته تحت عنوان منی مصنوعی نامیده می‌شد)، به تلقیح تخمک یا اسپرم درون رحم جهت کمک به باروری اطلاق می‌شود. القای درون‌رحمی منی امکان عبور از موکوس سرویکس را برای اسپرم فراهم آورده و برخی مشکلات ایمنولوژیک را کاهش می‌دهد.

❖ **انتقال گامت به درون لوله‌های فالوپ.** تخمک‌گذاری با هورمون‌ها تحریک شده و متعاقب آن، تخمک‌ها با لاپاراسکوپ خارج می‌شوند. در این روش زن حداقل باید دارای یک لوله‌ی فالوپ سالم باشد. اسپرم مرد ۳ تا ۷ روز پس از عدم مقاربت جمع‌آوری می‌شود و سپس اسپرم و تخمک فوق جهت لقاح طبیعی در بخش آمپولار لوله‌ی فالوپ قرار داده می‌شوند.

نقش پرستار در تنظیم خانواده و ناباروری

❖ اطلاعات ناکامل و ناصحیح از سویی و برداشت نادرست از سویی دیگر، موجب شکست و در نتیجه

بارداری ناخواسته می‌شود.

- ❖ زوجین باید اطلاعات تنظیم خانواده را از افراد متخصص سلامتی ماهر کسب کنند. بنابراین آموزش کلیه‌ی مصرف‌کنندگان در سطح جامعه از مسئولیت‌های فرد متخصص بهداشت می‌باشد.
- ❖ کلیه زنان در دوره‌ی نقاهت پس از زایمان، پیش از ترخیص از بیمارستان باید دستورات مرتبط با روش تنظیم خانواده را فراگیرند.

مفاهیم کلیدی

- ✦ تنظیم خانواده دربرگیرنده تمایلات فرد، جامعه و فرهنگ می‌باشد. عده‌ای آن را راه‌های جلوگیری از بارداری می‌دانند و به تصور گروه دیگر، مفهوم آن یافتن راه‌هایی جهت بارداری است.
- ✦ اجتناب از مقاربت به پذیرش سایر فعالیت‌های رضایت‌بخش جنسی از قبیل لمس (بوسه) و ارتباط اطلاق می‌شود.
- ✦ شکست در جلوگیری از بارداری به عدم همکاری، عدم هماهنگی، نگرش شریک جنسی به ادامه‌ی روش و مهم‌تر از آن، اطلاعات نادرست یا عدم آگاهی از شیوه مورد استفاده بستگی دارد.
- ✦ روش‌های مانع بارداری شامل کاندوم مردانه و زنانه، دیافراگم و وسایل داخل رحمی (IUD) و کلاهک سرویکس می‌باشد که از انتقال اسپرم به واژن جلوگیری می‌کند.
- ✦ روش‌های ضدبارداری هورمونی شامل قرص‌های ضدبارداری (OCP)، هورمون‌های تزریقی، حلقه واژینال و برچسب‌های پوستی است که مانع تخمک‌گذاری گردیده و همچنین موکوس سرویکس را جهت عبور اسپرم نامساعد می‌سازند.
- ✦ قرص‌های ضدبارداری ترکیبی با دوز پایین‌تر که دارای اثرات جانبی کمتری می‌باشند، در دسترس هستند. استفاده از پروژسترون صناعی می‌تواند ادم و افزایش اشتها را کاهش دهد.
- ✦ IUDها جهت ایجاد جلوگیری مداوم از بارداری درون رحم قرار داده می‌شوند.
- ✦ عوامل اسپرم‌کش واژینال در اشکال فوم، ژل، کرم و شیاف در دسترس می‌باشند که پیش از مقاربت درون واژن قرار داده می‌شوند. عملکرد آنها در جهت تخریب اسپرم یا تغییر ترشحات واژنی یا ایجاد بی‌حرکی در اسپرم می‌باشد. این روش‌ها کوتاه اثر بوده و اغلب در کنار روش ضدبارداری دیگری استفاده می‌شوند.
- ✦ آگاهی از زمان باروری تحت عنوان روش‌های ضدبارداری طبیعی نیز شناخته می‌شود. اجتناب دوره‌ای از مقاربت نیاز به هماهنگی زوجین و شناخت روزهای باروری دارد.

✦ از درمان‌هایی که جهت تسهیل یا افزایش شانس باروری در زوجین به کار می‌رود، می‌توان به تحریک تخمک‌گذاری از طریق داروها یا القای منی از طریق شریک جنسی یا به شکل اهدایی اشاره نمود. در روش لقاح خارج رحمی تخمک و اسپرم لقاح یافته از طریق جراحی درون رحم قرار داده می‌شود. روش انتقال گامت به درون لوله (GIFT) عبارت است از جایگزینی گامت‌های هر دو جنس درون بخش آمپولار لوله‌ی فالوپ.

✦ عقیم‌سازی از طریق جراحی یک روش ضدبارداری دائمی است. روش فوق با بستن لوله‌ها در زن و وازکتومی مرد انجام می‌پذیرد. هرچند انجام جراحی جهت جبران عقیمی امکان‌پذیر است، اما پرهزینه بوده و با شانس موفقیت کمی همراه است.

بارداری در نوجوانان

فصل

۲۱

❖ بارداری نوجوانان هم‌چنان یکی از معضلات اجتماعی، اقتصادی و سلامتی به‌شمار می‌رود. به‌طور قطع، متخصصین پرستاری باید از کلیه‌ی جوانب بارداری نوجوانان آگاه باشد. پرستاران باید ضمن شناخت وظایف تکاملی دوران نوجوانی، بدانند که بارداری در این سنین مانع تکمیل وظایف تکاملی دوران فوق می‌شود.

❖ وظایف اصلی نوجوانی شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ❖ تکامل هویت
- ❖ تکامل صمیمیت و ارتباط
- ❖ تکامل حس موفقیت
- ❖ تکامل استقلال
- ❖ فائق آمدن بر تمایلات جنسی

اوایل نوجوانی (سنین ۱۲-۱۴ سالگی)

- ❖ این دوران، دوران رشد سریع و تکامل هویت است.
- ❖ تغییرات جسمانی، کلیه‌ی سیستم‌های بدن به‌خصوص سیستم قلبی - عروقی، عضلانی - اسکلتی و تولیدمثلی را درگیر می‌کند.
- ❖ تفکر در این مرحله هنوز عینی است و نوجوان فاقد ظرفیت افکار انتزاعی یا درون‌نگری می‌باشد.

اواسط نوجوانی (سنین ۱۵-۱۷ سالگی)

- ❖ رشد فیزیولوژیک و تکامل مشخصات ثانویه‌ی جنسی ممکن است در این مرحله تکمیل شود.
- ❖ توانایی تفکر انتزاعی در نوجوانان این گروه سنی افزایش یافته و ممکن است در اواسط نوجوانی، درک محدودیت‌های بالقوه آغاز شود.
- ❖ نوجوانان در این زمان مایلند مشابه بزرگسالان با آن‌ها برخورد شود، هرچند دارای رفتاری متغیر می‌باشند. آن‌ها ممکن است قادر به تشخیص پیامدهای منفی رفتارهای پرخطر نباشند.

اواخر نوجوانی (سنین ۲۰-۱۷ سالگی)

- ❖ مشخصه‌ی اواخر نوجوانی، توانایی حفظ تعادل در روابط دوطرفه می‌باشد. خانواده اهمیت بیشتری می‌یابد، هرچند عدم اتکا به والدین، بخش مهمی از وظیفه‌ی تکاملی این دوران به‌شمار می‌رود.
- ❖ بسیاری از نوجوانان در این دوران تصویر حقیقی‌تری از خود داشته و از نظر ظاهر به خود اطمینان بیشتری دارند.

مواجهه با رفتارهای جنسی

- ❖ نوجوانان ممکن است از صحبت در مورد جنسیت با والدین خود اجتناب کنند، زیرا معتقدند والدین با ارسال پیام‌های منفی (Adomintions) در مورد روابط جنسی، احساس دوگانگی، تقصیر و ترس در آن‌ها ایجاد می‌کنند. آن‌چه مسلم است، فعالیت‌های جنسی بدون برنامه به بارداری و ابتلا به بیماری‌های منتقله از راه جنسی منتهی می‌شود.
- ❖ عوامل اجتماعی - دموگرافیک به‌طور قابل ملاحظه‌ای بارداری نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- ❖ نتایج بارداری در نوجوانانی که از مراقبت مناسب و تغذیه کافی برخوردار می‌باشند، مشابه بالغین است.

پدران نوجوان

- ❖ پدران نوجوان در مقایسه با پدران بالغ تمایل کمتری به دریافت آموزش‌های متداول داشته و زودتر و با اطلاعات کمتری دچار استرس‌های زایمانی می‌شوند.
- ❖ بی‌مسئولیتی موجود در برخی از پدران نوجوان، انعکاسی از فرهنگ و نگرش جامعه می‌باشد.

مراقبت‌های پیش از زایمان نوجوانان

- ❖ طی اولین ویزیت پره‌ناتال، استقبال و ترغیب نوجوان جهت پیگیری مراقبت‌ها ضروری است.
- ❖ آگاهی از نیازهای فردی، ملاحظات فرهنگی و سطح تکامل وی جهت برنامه‌ریزی مؤثر آموزشی در دوران پره‌ناتال اساسی است.

مراقبت‌های حین لیبر و زایمان

- ❖ نوجوان اغلب بسیار محجوب بوده و ممکن است نتواند درد را به‌خوبی تحمل کند.
- ❖ تکنیک‌های تنفسی، آرام‌سازی و تمرکز حواس نیازمند همکاری است.

❖ کنترل درد و آموزش کافی، به خصوص در صورت عدم دسترسی به فرد حمایت کننده، اساسی است.

مراقبت پس از زایمان در نوجوانان

- ❖ نوجوان ممکن است جهت پذیرش نقش و قبول مسئولیت‌های والدینی، از آمادگی کافی برخوردار نباشد. او ممکن است دچار احساس خستگی شود.
- ❖ مسایل مراقبتی نوزاد، مشکلات مالی، شرایط تحصیلی و ناآرامی خانواده، نیازمند راهنمایی است.
- ❖ پدربزرگ و مادر بزرگ‌ها می‌توانند با پیشنهادات و راهنمایی‌های سازنده موجب پیشرفت مهارت‌های سازگاری در والدین نوجوان شوند.

✓ نکته:

معاینات لگنی در نوجوانان

❖ استفاده از اسپکولوم Selender

❖ ایجاد خلوت

❖ انجام معاینه در حضور همراه یا فرد حمایت‌گر

❖ استفاده از گروه متخصص با وسایل مشخص‌کننده‌ی نحوه‌ی خشونت و فرد حمایت‌گر

در صورت نیاز

❖ حفظ اسرار

❖ تکمیل فرم رضایت‌نامه (نوجوانی که دارای فعالیت جنسی است، نیاز به حفظ اسرار

دارد، در حالی که نوجوان دچار آزار جنسی نیازمند محافظت می‌باشد).

والدین نوجوان

- ❖ بسیاری از مادران نوجوان تمایل به بارداری مجدد در فواصل نزدیک دارند که به دلیل افزایش خطرات ناشی از آن، نیاز به ادامه‌ی آموزش و ایجاد منابع اجتماعی در دسترس را مطرح می‌سازد.
- ❖ مادران نوجوان به دلیل آگاهی اندک از وظایف تکامی کودک ممکن است انتظارات زیادی از کودکان خود داشته باشند. نوجوانان اغلب نوزادان خود را با کلماتی نظیر «لجوج» خطاب می‌کنند.

عفونت‌های منتقله از راه جنسی

❖ رفتار جنسی غیرایمن در برخی نوجوانان می‌تواند دو نتیجه‌ی مهم را به دنبال داشته باشد: بارداری و ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی.

✦ **روش‌های تشخیصی:** انجام یک معاینه لگنی ممکن است جهت کسب نمونه‌های آزمایش ضروری باشد.

✦ **نحوه درمان:**

✦ کلامیدیا، گنوره‌آ و تریکومونا از طریق دریافت دوز واحد دارویی و پیگیری مراقبت، تحت مداوا قرار می‌گیرند.

✦ واژینوز باکتریایی می‌تواند از طریق مترونیدازول در اشکال واژینال یا خوراکی تحت یک دوره درمانی هفت‌روزه مداوا شود.

✦ بیماری‌های التهابی لگن (PID) از عوارض شایع عفونت‌های منتقله از راه جنسی در نوجوانان بوده و می‌تواند خطر بارداری نابه‌جا، نازایی و درد مزمن لگن را در طول زندگی افزایش دهد. ✦ آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف درمان انتخابی به‌شمار می‌روند.

✦ **پیشگیری:**

✦ آموزش مناسب پیشرفته، رفتارهای مثبت سلامتی و عملکردهای جنسی ایمن شامل استفاده از کاندوم و تکنیک‌های مؤثر ارتباطی، راهکارهای مهمی به منظور پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه جنسی می‌باشد.

✦ ارزیابی خطر و غربالگری پیشگیرانه برای نوجوانان دارای فعالیت جنسی ضروری است.

✦ **جلوگیری از بارداری:** پرستار حین مشاوره با نوجوان پیرامون روش‌های جلوگیری از بارداری باید سطح بلوغ، اخلاقیات و باورهای اعتقادی، انگیزه جهت اجتناب از بارداری، دفعات مقاربت، نظم قاعدگی و میزان آگاهی از خطرات انتقال عفونت‌های منتقله از راه جنسی از جمله HIV یا سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) را در نظر بگیرد.

جدول ۱-۲۱ ■ سازگاری با مشکلات نوجوانان

مداخلات پرستاری	نگرانی نوجوان
شروع بحث	نیاز به شناخت جنسیت
برقراری اطمینان	ترس از آگاهی والدین
فراهم‌سازی اطلاعات حقیقی	ترس از ناشناخته‌ها
شناساندن اثرات مثبت جلوگیری از بارداری	دوگانگی احساس
ارجاع به مراکز حمایتی جامعه یا مراکز بیمه	فقدان سرمایه
ایجاد برنامه‌ی پیگیر، آموزش پیرامون روش تشویق به مشورت پیش از تصمیم‌گیری برای قطع دارو	شکست جلوگیری از بارداری
فراهم‌سازی شماره تلفن‌های تماس جهت دریافت کمک	
استفاده از گروه آموزشی و بحث	نیاز به پذیرش از سوی همسالان


✦ برنامه‌های مراقبت پره‌ناتال:

- ✦ مراقبت پره‌ناتال در سه بخش، برنامه‌های درمانگاهی، سرویس‌های طب‌ی خصوصی و برنامه‌های مدرسه‌محور به نوجوانان ارائه داده می‌شود.
- ✦ پرستاران می‌توانند ضمن آموزش به والدین نوجوان، آنها را جهت شرکت در برنامه‌های مشاوره‌ای موجود ارجاع دهند.
- ✦ ارائه‌ی آموزش در سطح مدارس و کلینیک‌های اجتماعی و تنظیم طرح درس می‌تواند جهت تأخیر بارداری نوجوانان یا شناخت اصول مراقبت از نوزاد مفید باشد.

مفاهیم کلیدی

- ✦ دوره‌ی نوجوانی از بلوغ آغاز و به بزرگسالی ختم می‌شود. اوایل نوجوانی به سنین ۱۴-۱۲ سالگی اطلاق می‌شود، اواسط نوجوانی از ۱۷ تا ۱۵ سالگی است و اواخر نوجوانی به ۲۰-۱۷ سالگی اطلاق می‌شود. هر مرحله با رفتارهای تکاملی و روانی ویژه مشخص می‌شود.
- ✦ وظایف ویژه‌ی دوران نوجوانی عبارت است از تکامل استقلال و عدم وابستگی، عاطفه، احساس هویت، پیروزی و سازگاری با جنسیت فردی.
- ✦ پذیرش از سوی همسالان در این دوران بسیار بیشتر از نظریات والدین حائز اهمیت است و انجام رفتارهای پرخطر راهی برای پذیرش از سوی همسالان می‌باشد.
- ✦ ترک تحصیلات با فقر و بیکاری مرتبط است. نوجوانانی که ترک تحصیل می‌کنند، با بیکاری، کار در مراکز نامناسب و عدم دریافت مراقبت سلامتی مواجه می‌باشند.
- ✦ پدر نوجوان اغلب از سوی خانواده خود و خانواده دختر تحت فشار قرار می‌گیرد. آینده‌ی ممکن است با ازدواج یا ترک تحصیل به‌منظور حمایت از دختر باردار یا نوزاد تهدید شود. همچنین رابطه‌ی با همسالان ممکن است دستخوش تغییر شود.
- ✦ پذیرش نقش جدید والدینی با قبول مسئولیت نگهداری از نوزاد، تکامل تصویر ذهنی متفاوت با همسالان و خروج از فعالیت‌های «تفریحی» همراه است. نوجوانان باردار زودتر از موعد مقرر وارد بزرگسالی می‌شوند.
- ✦ نوزادان والدین نوجوان در معرض تولد زود هنگام و کم‌وزنی هنگام تولد قرار دارند. از فاکتورهای مؤثر در ایجاد این وضعیت می‌توان به وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین، مراقبت ناکافی دوران پره‌ناتال، وزن‌گیری ضعیف، تغذیه‌ی ناکافی و استعمال سیگار اشاره نمود.

✦ بسیاری از نوجوانان در انجام رفتارهای پرخطر از قبیل سوءمصرف مواد، الکل، استعمال سیگار و فعالیت جنسی و مقاربت غیرایمن با شرکای متعدد جنسی شرکت می‌کنند. تعداد نوجوانان مبتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی به‌خصوص سوزاک، هرپس تناسلی، زگیل تناسلی و ایدز به‌طور چشمگیری افزایش یافته است.



مسائل بهداشتی زنان

فصل

۲۲

مراقبت بهداشتی زنان در قرن ۲۱

سازمان جهانی سلامت حرفه‌ای زنان^۱ معتقد است مراقبت بهداشتی زنان، علم، هنر و سرمایه‌گذاری جهت افزایش توانایی‌های جسمی، روانی و اقتصادی زنان می‌باشد.

کنترل روش زندگی، سازگاری با نقش‌های مختلف و مراقبت شخصی، نقش مهمی در مراقبت سلامتی زنان به‌ویژه در مقوله‌ی توسعه‌ی سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها ایفا می‌کند.

استعمال دخانیات و سلامتی

نوزادان و کودکان والدین سیگاری از نظر ابتلا به مشکلات تنفسی از قبیل سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) و آسم در معرض خطر بیشتری قرار دارند.

کاندیدیازیس ولو – واژینال

کاندیدیازیس ولو حاصل از رشد کاندیدا آلبیکنس، شایع‌ترین نوع عفونت واژینال پس از واژینیت باکتریال می‌باشد.

❖ علائم واژینیت ولو شامل خارش شدید، مقاربت دردناک و خروج ترشحات ضخیم، سفید و بدبو است.

❖ رژیم‌های درمانی ناصحیح می‌تواند سبب عود مجدد و مقاومت به داروهای ضدقارچی شود.
❖ زنان مبتلا اغلب جهت رفع ناراحتی با داروهای موضعی یا جلدی از قبیل کلوتریمازول درمان می‌شوند.

آندومتريوز

آندومتريوز عبارت است از وجود بافت آندومتر که به‌طور غالب در مکان‌های خارج رحمی (تخمدان‌ها،

لوله‌های فالوپ، کلدوساک، لیگامان‌های رحم و سایر بخش‌های تناسلی. علت اصلی آندومتریوز به درستی شناخته شده نیست. علل احتمالی عبارتند از: انتقال سلول‌ها آندومتر به خارج از رحم در اثر ریفلاکس جریان قاعدگی، تمایلات ارثی و اختلالات احتمالی سیستم ایمنی. لیزردرمانی یا جراحی با برداشت دقیق تمامی بافت آندومتر برای زنانی که مایل به حفظ قابلیت باروری می‌باشند، یک گزینه محسوب می‌شود. مداخلات شامل آموزش‌های روش‌های غیردارویی کاهش درد مانند دوره‌های مکرر استراحت، استفاده از گرمای موضعی در قسمت تحتانی شکم، ورزش متوسط و رژیم متعادل می‌باشد.

❖ نافارلین (سینارل) به صورت اسپری بینی یا لتوپوردیل استات ممکن است توصیه شود.

سندرم شوک توکسیک

❖ سندرم شوک توکسیک (TSS) عفونت سیستم‌های مختلف بدن، حاصل از تولید سم استافیلوکوک اورئوس، بالقوه کشنده است.

❖ تشخیص و درمان زودهنگام سندرم شوک توکسیک جهت پیشگیری از پیامد مرگ مهم است. علائم شامل تب نیزه‌ای ناگهانی و علائم شبه‌آنفلوآنزا (سردرد، درد عضلانی، تهوع، اسهال و زخم گلو)، افت فشار خون، راش عمومی مشابه آفتاب‌سوختگی و پوست‌ریزی در کف دست و پا، یک تا دو هفته پس از شروع بیماری تظاهر می‌یابند. بستری و درمان دقیق ممکن است مورد نیاز باشد.

سندرم پیش از قاعدگی

❖ ابتلا به سندرم قاعدگی به گونه‌ای موجب تداخل با فعالیت روزمره می‌شود و تقریباً در ۵ الی ۱۰ درصد از زنان در سنین قاعدگی دیده می‌شود. علائم موجود در فاصله‌ی زمانی میان تخمک‌گذاری و شروع قاعدگی عبارت است از: افزایش وزن، ادم، تحریک‌پذیری، کاهش تمرکز، تغییرات خلق، عصبانیت، خستگی، احساس دل‌زدگی شدید از کار و مدرسه. درمان طبی اغلب شامل داروهای مهارکننده تخمک‌گذاری می‌باشد. کلسیم و مولتی‌ویتامین‌های حاوی ویتامین E ممکن است توصیه شوند. دیورتیک‌ها ممکن است جهت رفع مشکل احتباس مایعات کمک‌کننده باشد. تعدیل رژیم غذایی شامل رعایت اعتدال در مصرف غذا و پرهیز از غذاهای شور جهت پیشگیری از احتباس مایعات توصیه می‌شود. پرستار می‌تواند روش‌های کنترل استرس از قبیل تکنیک‌های آرام‌سازی و ورزش‌های ایروبیک را در دوره فاز لوتئال پیشنهاد کند.

دیسمنوره

دردهای حین قاعدگی به دو گروه اولیه و ثانویه تقسیم می‌شوند. انقباضات شدید رحم در دوران خونریزی قاعدگی موجب تولید پروستاگلاندین‌ها و دیسمنوره اولیه می‌شود. دیسمنوره‌ی ثانویه وجود شرایط پاتولوژیک را در دستگاه تناسلی مطرح می‌کند. علایم پس از قاعدگی تظاهر می‌یابند. نوشیدن مایعات گرم، چای گیاهی یا نشستن در لگن آب گرم آرام‌بخش است.

برخی متخصصین معتقدند مصرف ویتامین E توأم با دریافت یک مهارکننده خفیف پروستاگلاندین ممکن است موجب کاهش ناراحتی رحمی شود.

قاعدگی نامنظم

انواع خونریزی‌های غیرطبیعی واژینال عبارتند از: منوراژی، خونریزی بیش از حد در دوران قاعدگی؛ متروراژی، خونریزی رحمی در بین دو دوره‌ی قاعدگی؛ خونریزی واژینال پس از یائسگی، خونریزی حداقل یک سال پس از قطع خودبخودی قاعدگی و خونریزی اختلال عملکردی رحم و خونریزی با تکرار غیرطبیعی. آمنوره به قطع خونریزی قاعدگی (اولیه، پیش از شروع قاعدگی طبیعی و ثانویه، پس از قطع دوران قاعدگی طبیعی رخ می‌دهد) اطلاق می‌شود.

القای آمنوره

اختلالات طبی از قبیل آنمی آپلاستیک، ترومبوسیتوپنی، بیماری ون ویلبراند و شرایط حاصل از مصرف داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی می‌تواند موجب خونریزی‌های شدید و طولانی شود. در برخی شرایط، خونریزی بیش از حد با القای آمنوره درمان می‌شود. مصرف قرص‌های ترکیبی ضدبارداری خوراکی با هورمون فعال، به مدت ۳ ماه و سپس مصرف ۷ قرص پلاسبو، دوره قاعدگی را به ۸۴ روز افزایش می‌دهد.

لیومیوما

فیبروم رحم یا لیومیوم یا میوم، تومور خوش‌خیم رحمی است که طی سال‌های باروری در زنان توسعه می‌یابد. در اکثریت زنان تشخیص فیبروم، در حین انجام معاینات لگنی مطرح و با سونوگرافی لگن مسجل می‌شود. فیبروم‌های قابل تشخیص به صورت توده‌های لگنی، خونریزی‌های قاعدگی طولانی یا هر دو وضعیت تظاهر می‌یابند. زنان با خونریزی قاعدگی شدید و طولانی، ممکن است هیستریکتومی شوند.

یائسگی

✦ قطع دوره‌های قاعدگی به مدت یک سال یائسگی نامیده می‌شود. کلیماکتریک (تغییر زندگی) به تغییرات فیزیولوژیک و روانی موجود در حوالی یائسگی اطلاق می‌شود.

✦ راهکارهای کنترل در گرو دیدگاه زن در مورد یائسگی می‌باشد، آیا او یائسگی را یک انتقال طبیعی در زندگی یا یک شرایط طبی نیازمند درمان می‌پندارد.

کادر ۱-۲۲ ■ موارد منع استروژن‌درمانی طی دوران یائسگی

✦ احتمال بارداری	✦ خونریزی غیرقابل توجیه واژنی
✦ اختلال مزمن یا حاد عملکرد کبدی	✦ سرطان سینه
✦ سرطان آندومتر مگر در شرایط ویژه	✦ سابقه‌ی ترومبوز عروقی (با یا بدون آمبولی)

✦ **تغییرات جسمانی:** تغییرات فیزیکی حاصل از کاهش سطوح استروژن است. سلول‌های آندومتر و میومتر رحم و هم‌چنین غدد سرویکس، دچار آتروفی می‌شوند. موکوس واژن کم و نازک شده و ترشحات محو می‌شود، در نهایت الاستیسیته از دست می‌رود. مقاربت ممکن است دردناک باشد.

✦ فقدان ترشح استروژن موجب قطع اثرات محافظتی آن بر سیستم قلبی - عروقی و اسکلتی می‌شود.

✦ نبود استروژن جهت کمک به رسوب کلسیم در استخوان‌ها موجب ازدست‌رفتن توده استخوانی و در نهایت پوکی استخوان می‌شود.

✦ **درمان و مراقبت پرستاری:** درمان‌های مکمل و جایگزین شامل مصرف ویتامین E، محصولات سویا، توت‌مار، راهکارهای عمومی رایج جهت کنترل علائم یائسگی بوده و انجام مطالعات در این زمینه ادامه دارد. هیچ‌گونه شواهد قطعی در مورد تأثیر هورمون‌درمانی بر افزایش حافظه یا کاهش پیشرفت دمانس وجود ندارد. خطرات این روش شامل افزایش پیشرفت سرطان سینه و افزایش خطر بیماری‌های قلبی و سکتته‌ی ناشی از لخته‌گی خون و ترومبوآمبولی می‌باشد. معاینات دوره‌ای سلامت و آموزش در مورد رژیم غذایی، ایمنی و ارزیابی‌های معمول جهت پیشگیری از پوکی استخوان توصیه می‌شود.

اختلال عملکرد عضلات کف لگن

✦ اختلال در عملکرد عضلات لگن در نتیجه‌ی آسیب یا تضعیف ساختمان‌های حمایتی اعضای لگنی رخ می‌دهد. دو گروه از اختلال عملکردی عضلات لگن شامل پرولاپس دیواره‌ی واژن (سیستوسل، رکتوسل و آنتروسل) و پرولاپس رحم بوده که می‌توانند به‌طور هم‌زمان نیز ایجاد شوند. در

سیستوسل، تضعیف دیواره‌ی فوقانی واژن موجب عدم حمایت از مثانه و جابجایی آن به سمت پایین می‌شود. این وضعیت ممکن است سبب بی‌اختیاری استرسی (عدم کنترل ادرار) زن، به‌خصوص در هنگام سرفه یا عطسه شود. در آنتروسل، تضعیف بخش فوقانی - خلفی واژن، فرصت حرکت بخشی از روده را به سمت پایین و ایجاد هرنی بین رحم و رکتوم را فراهم می‌آورد. رکتوسل حاصل از تضعیف دیواره‌ی خلفی واژن می‌باشد.

✦ **درمان و مراقبت پرستاری:** ترمیم دیواره‌ی واژن یا هیستروکتومی ممکن است در نظر گرفته شود. در صورتی که زن قادر به تحمل جراحی نباشد، می‌توان از یک وسیله حمایت‌کننده Pessary استفاده نمود. ورزش‌های کژل می‌تواند جهت تقویت عضله Pubococcygeal (حمایت‌کننده اصلی پیشابراه، واژن و رکتوم) مفید باشد.

پوکی استخوان

استئوپروز یک بیماری دژنراتیو عضلانی - اسکلتی می‌باشد که طی آن دانسیته استخوان در اثر افزایش تخریل استخوانی کاهش یافته، متعاقباً فرد مستعد بروز شکستگی‌ها می‌گردد. هدف اولیه‌ی درمان، پیشگیری از استئوپروز می‌باشد. زنان جوان باید روزانه حداقل ۱۲۰۰ mg کلسیم مصرف کنند. مصرف حداقل ۸۰۰-۴۰۰ واحد ویتامین D جهت کمک به جذب کلسیم ضروری است.

اختلالات خوش‌خیم پستان

هر ماه همگام با تغییرات تخمدان‌ها و رحم در دوره‌ی تخمک‌گذاری، پستان‌ها با تجمع مایعات شروع به بزرگ‌شدن می‌کنند و زن ممکن است دچار احساس حساسیت، تورم و ناراحتی در سینه‌های خود شود. بیماری فیبروکیستیک، یک کیست مشخص و قابل حرکت، ممکن است با آسپیراسیون از طریق سوزن شناسایی و درمان شود. فیبروآدنوما به طور مشخص یک توده‌ی توپر قابل حرکت در پستان بوده که فاقد حساسیت می‌باشد. برداشت از طریق جراحی ممکن است انجام گیرد. ندول جامد غیرقابل لمس شناسایی شده از طریق ماموگرافی ممکن است یک پاپیلوما‌ی داخل مجرای باشد. تخلیه درمان انتخابی است.

✦ **تست‌های غربالگری تشخیصی سرطان پستان:**

❖ **تست پاپانیکولا:** در بیشتر موارد تغییرات سلول‌های سرویکس، پیش از پیشرفت سرطان رخ می‌دهد. تست پاپانیکولا (نوعی غربالگری) جهت تشخیص سلول‌های پیش‌سرطانی و سرطانی کنده‌شده از سرویکس مفید می‌باشد.

❖ **معاینه‌ی شخصی پستان:** در صورتی که زن با نحوه‌ی انجام معاینه‌ی شخصی سینه‌ها آشنا باشد، اغلب می‌تواند موارد غیرطبیعی را به‌صورت زودهنگام شناسایی نموده و یافته‌های طبیعی را که طی سال‌ها دستخوش تغییر نمی‌شوند، تشخیص دهد. معاینه‌ی شخصی سینه‌ها از سنین نوجوانی آغاز می‌شود.

❖ **ماموگرافی:** ماموگرافی یک تصویر رادیوگرافی از بافت نرم پستان، بدون نیاز به تزریق ماده حاجب می‌باشد. به تازگی جامعه‌ی سرطان امریکا، انجام ماموگرافی سالیانه را به کلیه‌ی زنان ۴۰ سال و مسن‌تر توصیه می‌کنند. ماموگرافی ابزار مفیدی می‌باشد، اما نمی‌تواند جایگزین معاینه‌ی شخصی سینه‌ها و معاینات بالینی شود.

کادر ۲-۲۲ ■ طرح ترخیص پس از جراحی پستان

- ❖ کمک به زن در جهت درک تشخیص، درمان و پیش‌آگهی طولانی‌مدت بیماری
- ❖ تشویق زن به مشارکت در برنامه‌ی توانبخشی
- ❖ آموزش به زن جهت شناخت عوارض احتمالی
- ❖ توصیه به زن در مورد نحوه‌ی انجام ورزش‌ها، فعالیت‌ها و پیگیری مراقبت مطابق برنامه‌ی درمانی
- ❖ تشویق زن جهت پیوستن به جلسات مباحثه در گروه‌های بهبود

سرطان سینه

❖ **عوامل خطر:** ژن‌های BRCA-1 واقع در کروموزوم IV و BRCA-2 واقع در کروموزوم ۱۳. از سایر عوامل خطر می‌توان به سن بالای ۵۰ سالگی، سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان قبل از یائسگی، مصرف الکل، استعمال سیگار، رژیم غذایی پرچرب، مصرف کافئین بالا، شروع قاعدگی در سنین پایین، یائسگی دیررس و وضعیت نولی‌گراویدا اشاره نمود.

❖ **درمان و مراقبت پرستاری:**

❖ **روش‌های جراحی:** مطالعات اخیر نشان داده‌اند نتایج حاصله از انجام جراحی حمایتی پستان همراه با رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی کمکی در بیماران با تشخیص زودهنگام سرطان پستان جهت افزایش طول عمر مشابه رادیکال ماستکتومی می‌باشد.

❖ **لامپکتومی،** به برداشت تومور سینه اطلاق می‌شود.

❖ **ماستکتومی ساده،** به برداشت کامل پستان اطلاق می‌شود.

❖ **رادیکال ماستکتومی تعدیل‌شده،** شامل برداشت بافت پستان، ندول‌های زیربغلی و برخی از عضلات پستانی می‌باشد.

❖ **رادیکال ماستکتومی**، شامل برداشت کامل پستان، ندول‌های زیربغل و عضله‌ی بزرگ سینه‌ای می‌باشد. روش فوق‌امروزه کمتر انجام می‌شود.

❖ **درمان‌های کمکی**: درمان‌های کمکی دربرگیرنده‌ی درمان‌های تکمیلی پس از عمل جراحی است. برای تومورهای دارای گیرنده‌ی مثبت، داروهای مهارکننده‌ی استروژن از قبیل تاموکسیفن جهت ایجاد باندها با استروژن توصیه می‌شود.

دیسپلازی و سرطان سرویکس

❖ **دیسپلازی سرویکس** (سرطان سلول‌های اپیتلیال سرویکس [CIN]) به ضایعات سرطانی اولیه با رشد در سطح سرویکس اطلاق می‌شود. با انجام پاپ اسمیر اولیه و متداول می‌توان پیشرفت دیسپلازی سرویکس را شناسایی و فرصت انجام مداخلات و درمان سریع را فراهم آورد. دیسپلازی سرویکس را می‌توان با روش‌های کرایودرمانی، لیزرتراپی و برداشت حلقه‌ای با الکتروکوتر یا مخروط‌سازی درمان نمود.

❖ **پاپ‌اسمیر** باید برای کلیه‌ی زنان دارای فعالیت جنسی، حداقل هر یک تا دو سال یک بار انجام گیرد. خونریزی ناشی از اختلال عملکرد و خونریزی پس از مقاربت از علائم اولیه سرطان سرویکس می‌باشد.

خشونت علیه زنان

آزار به‌تنهایی شایع‌ترین عامل آسیب به زنان است. به‌خاطر سپاری این موضوع حائز اهمیت است که خشونت در مقابل زنان، رفتاری آگاهانه، احتمالاً شدید و به‌طور کلی مکرر است.

سندرم آسیب ناشی از تجاوز

تجاوز، یک تجربه جنسی برای زن محسوب نشده و در بسیاری موارد، مرد خاطی به‌دلایل جنسی مرتکب عمل خشونت‌آمیز نمی‌شود. واکنش فوری قربانی، ترس از مرگ یا قطع عضو است. پاسخ‌های اولیه از قبیل اضطراب و تحریک‌پذیری، به تدریج به شوک، ناباوری، ترس، شرم و حس تقصیر مبدل می‌شود. اختلال استرس پس از ضربه، یکی از عوارض درازمدت بوده و باید جهت دریافت کمک در زمان هرچه سریع‌تر به روان‌پزشک ارجاع شود. اخذ رضایت‌نامه جهت انجام معاینات و جمع‌آوری شواهد ضروری است.

خودآزمایی ناحیه‌ی تناسلی خارجی

کلیه‌ی زنان، به‌خصوص افرادی که دارای فعالیت جنسی می‌باشند، باید به‌طور ماهیانه، معاینه‌ی ناحیه‌ی

تناسلی خارجی را انجام دهند. معاینه شخصی ناحیه‌ی تناسلی خارجی شامل مشاهده و لمس ناحیه‌ی خارجی ژنیتال می‌باشد. هر نوع ناهنجاری (ترشحات، تحریک‌پذیری یا تومور قابل مشاهده) باید به فرد مراقب سلامتی گزارش شود.

واژینیت

✦ واژینیت مشکل شایعی در زنان است. علائم آن شامل ترشحات واژن، تحریک‌پذیری، خارش ناحیه‌ی ژنیتال خارجی، دفع مکرر و دردناک ادرار (دیزوری) می‌باشد.

✦ عوامل مستعدکننده عبارتند از: مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها، پوشیدن البسه‌ی زیر تنگ و حاوی مواد مصنوعی ایجادکننده‌ی محیط مرطوب، بهداشت ضعیف زن و وضعیت قلیایی واژن حاصل از دوش مکرر یا مصرف محصولات بهداشتی زنانه، دیابت ملیتوس، تحریکات مکانیکی، عفونت حاصل از میکروارگانسیم‌های مسئول و عفونت منتقله از راه جنسی.

✦ هورمون‌ها در حین بارداری شامل افزایش هورمون استروژن و به دنبال آن افزایش تجمع گلیکوژن در واژن ممکن است موجب ابتلا به واژینیت در حین بارداری شود.

بیماری التهابی لگن

✦ بیماری‌های التهابی لگن (PID) عبارتند از: عفونت‌های دستگاه تناسلی فوقانی که منجر به عفونت لوله‌ای (سالپنژیت) می‌شوند.

✦ معیارهای حداقل جهت تشخیص و درمان شامل درد لگنی، حساسیت تخمدان‌ها و حساسیت در حرکات سرویکس غالباً با درد حین مقاربت، تب و ترشحات چرکی واژینال همراه است. سونوگرافی مثبت و افزایش میزان سدیماننتاسیون اریتروسیت‌ها (ESR) تشخیص را قطعی می‌سازد. درمان شریک جنسی و پیگیری مراقبت ضروری می‌باشد. آموزش بهداشت در مورد روابط جنسی ایمن و طرق پیشگیری از عود بیماری التهاب لگن الزامی است.

عفونت‌های منتقله از راه جنسی

✦ عفونت از طریق تماس با مایعات بدن از قبیل دهان، ژنیتال، رکتوم و خون انتشار می‌یابد.

✦ اهداف موجود جهت کاهش شیوع و اثرات عفونت‌های منتقله از طریق جنسی بر آموزش‌های اجتماعی، کلینیک‌های رایگان، تشخیص بیماری، شناسایی شریک جنسی مبتلا و توسعه‌ی درمان متمرکز است. **پیشگیری از انتقال عفونت‌های جنسی:** برقراری تماس جنسی با یک شریک جنسی غیرآلوده، بهترین روش پیشگیری از عفونت‌های منتقله از طریق جنسی است.

کادر ۳-۲۲ ■ آموزش به بیمار در مورد بیماری‌های منتقله از راه جنسی

- ❖ مطمئن شوید بیمار، نوع بیماری، طرق انتقال، دلایل درمان و چگونگی اجرای درمان تجویزی را شناخته است.
- ❖ نیاز به دریافت داروهای تجویزی را حتی در صورت رفع علائم بیماری، باید به بیمار تأکید کنید. قطع آنتی‌بیوتیک‌ها پیش از تکمیل دوره درمانی موجب عود مجدد عفونت، همچنین افزایش احتمال مقاومت دارویی ارگانیسم می‌شود.
- ❖ با درمان شریک جنسی، از عفونت مجدد پیشگیری کنید.
- ❖ به بیمار توصیه کنید در طول درمان از نزدیکی جنسی خودداری کند. بیمار را به استفاده مداوم از کاندوم جهت پیشگیری از ابتلای مجدد به عفونت تشویق کنید.
- ❖ عادات مناسب سلامتی، از قبیل ارزیابی فردی ناحیه‌ی ژنیتال را به بیمار بیاموزید.
- ❖ به بیمار یادآوری کنید که انجمن سلامتی اجتماعی امریکا جهت کسب اطلاعات جدید در مورد بیماری‌های منتقله از راه جنسی، خط تماسی در اختیار مردم قرار داده است.

سیفلیس

سیفلیس توسط اسپروکت تریپونما پالیدوم ایجاد شده و در سه مرحله‌ی اولیه، ثانویه و ثالثیه تظاهر می‌یابد. مهم‌ترین راه انتقال تماس با شانکر (زخم) واقع در بدن، حین مقاربت می‌باشد، هرچند می‌تواند از طریق مادرزادی (هنگام تولد) نیز منتقل شود. شانکرهای مرحله‌ی اول، فاقد درد و بسیار عفونت‌زا می‌باشند. مرحله‌ی دوم ۶ هفته تا ۶ ماه بعد ظاهر می‌شود. مرحله‌ی دوم با علائم عمومی شبه‌آنفلوآنزا و راش بدنی (به‌خصوص در کف دست و پا)، زخم‌ها (لکه‌های موکوس به شدت آلوده‌کننده)، کندیلوماتا (بافت گوشتی، مرطوب رشد یافته در ناحیه‌ی تناسلی خارجی)، التهاب چشم‌ها و ریزش سکه‌ای مو همراه است. سیفلیس ثالثیه، به‌دنبال مرحله‌ی خاموشی (مرحله‌ی سوم) رخ داده و با ایجاد ضایعات تحت عنوان گوما موجب تخریب اندام‌های بدن (مغز، اسکلت، قلب و عروق خونی بزرگ) می‌شود. کلیه‌ی مراحل سیفلیس از طریق دریافت پنی‌سیلین درمان می‌شوند. پس از درمان، نتایج آزمایشگاهی VDRL ممکن است تا ۸ ماه برای زنان و سه ماه برای نوزاد آلوده مثبت باقی بماند.

سوزاک

سوزاک توسط نایسریا گنوره‌آ ایجاد می‌شود. انتقال اولیه از طریق تماس جنسی صورت می‌گیرد. ابتلا به سوزاک می‌تواند سبب عفونت‌های لگنی و نازایی شود. سوزاک بدون عارضه را می‌توان با تجویز دوز منفرد داروهایی از قبیل سفیکسیم، سیپروفلوکساسین درمان نمود.

کلامیدیا

باکتری کلامیدیا تریکوماتیس، عامل ایجاد کلامیدیا می‌باشد. شایع‌ترین علت التهاب مجرای ادرار غیرگنوره‌ای در مردان بوده و از شیوع بسیار بالایی در جمعیت جوانان برخوردار است. درمان معمول، تجویز دوز منفرد آزا ترومایسین می‌باشد. داکسی‌سایکلین نیز می‌تواند طی یک دوره‌ی هفت روزه جهت درمان استفاده شود. نوزاد ممکن است در حین فرایند زایمان آلوده شود. پس از تولد، در کلیه‌ی نوزادان پماد اریترومایسین چشمی به منظور پیشگیری از التهاب ملتحمه حاصل از کلامیدیا توصیه می‌شود.

هرپس

هرپس سیمپلکس عامل ایجادکننده‌ی عفونت هرپس می‌باشد. ویروس پس از بهبود ضایعات، می‌تواند در بدن به صورت پنهان باقی مانده و به دنبال سایر بیماری‌ها یا استرس، دوباره منجر به بیماری شود. این بیماری درمان‌پذیر است. آسیکلوویر، فامیسیکلاویر (فامویر) و والاسیکلوویر (والترکس) از فرایندهای عود جلوگیری می‌کنند.

سایتومگالوویروس

سایتومگالوویروس حین تماس جنسی از طریق منی، ترشحات واژن، عبور از جفت، تزریق خون، پیوند اعضا و شیر مادر منتقل می‌گردد. تشخیص در اوایل بارداری ممکن است نیاز به ختم بارداری را مطرح نماید.

هپاتیت

۵ نوع ویروس ایجادکننده‌ی هپاتیت شامل A، B، C، D و E شناسایی شده‌اند.

پاپیلوما‌ی انسانی

بیش از ۴۰ نوع پاپیلوما‌ی انسانی (HPV)، آلوده‌کننده ناحیه‌ی ژنیتال وجود داشته و بیشتر عفونت‌های فوق به علت علائم مخفی ناشناخته باقی می‌ماند. زگیل‌های تناسلی مشخصه کاندیلوما (ظاهر گل‌کلمی) می‌باشد. دوره‌ی کمون ۳ ماه تا ۳ سال است. به دنبال تشخیص قطعی، انجام پاپ اسمیر مکرر جهت کنترل سرطان سرویکس ضروری است. درمان از طریق کرایو، لیزر، جراحی و یا تری‌کلرواستیک‌اسید ممکن است توصیه شود. استفاده از کاندوم حین مقاربت جهت کاهش خطر عفونت، ضروری است.

ویروس نقص سیستم ایمنی اکتسابی (سندرم نقص سیستم ایمنی انسانی)

هرگز فردی که با HIV تماس نداشته، به ایدز مبتلا نمی‌شود، اما تماس با ویروس به دلیل فقدان درمان می‌تواند کشنده باشد.

☒ تنها یک تماس جنسی می‌تواند موجب ابتلا به ایدز شود.

✦ عفونت ممکن است از مادر به کودک در دوران جنینی، به صورت عمودی با ورود اندکی از خون مادر به جریان خون جنین، حین زایمان در اثر تماس کودک با ترشحات واژینال یا پس از زایمان از طریق شیردهی منتقل شود.

✓ نکته:

رفتارهای پرخطر جهت ابتلا به عفونت HIV

- ✦ مصرف داروهای وریدی
- ✦ استفاده از سوزن‌های وریدی مشترک با دیگر مصرف‌کنندگان دارو
- ✦ تماس جنسی دهانی - تناسلی بدون استفاده از کاندوم یا سایر موانع
- ✦ تماس جنسی مقعدی بدون استفاده از کاندوم
- ✦ استفاده‌ی مشترک از وسایلی (مانند ویبراتور) که درون مقعد یا واژن قرار می‌گیرند.
- ✦ مقاربت با فردی که در گذشته شرکای جنسی متعددی داشته، دارای شرکای جنسی متعددی می‌باشد، سابقه‌ی رفتارهای پرخطر دارد یا سابقه‌ی جنسی او نامشخص است.
- ✦ مقاربت واژینال بدون استفاده از کاندوم

مفاهیم کلیدی

- ✦ واژن حفره‌ای گرم، مرطوب و تاریک را جهت رشد میکروارگانیسم‌ها فراهم می‌آورد. مهم‌ترین خطر دفاعی واژن، pH پایین بوده که ممکن است مانع رشد بسیاری از باکتری‌ها شود.
- ✦ عوامل خطر جهت ابتلا به واژینیت عبارت است از: آنتی‌بیوتیک‌ها، البسه‌ی زیر تنگ، دوش واژینال، دیابت ملیتوس (موجب افزایش سطح گلیکوژن می‌شود) و تحریک مکانیکی.
- ✦ آندومترئوز به حضور بافت آندومتر در خارج از حفره‌ی رحم اطلاق می‌شود. علائم شامل دیسمنوره، درد خنجری عمیق، مقاربت دردناک و نازایی می‌باشد.
- ✦ سندرم شوک توکسیک اختلال جدی حاصل از آزاد شدن توکسین توسط گونه‌های استرپتوکوک اورئوس می‌باشد. این اختلال با مصرف تامپون‌های واژنی یا به‌کارگیری روش‌های موانع جهت جلوگیری از بارداری، از قبیل دیافراگم همراه است. انسداد سوراخ خارجی سرویکس به‌مدت طولانی ممکن است فرصت تکثیر باکتری‌ها را در واژن و ورود آن‌ها را به جریان خون فراهم آورد.
- ✦ سندرم پیش از قاعدگی یا سندرم سیکل تخمدانی، شامل علائم جسمی و رفتاری است که طی فاز لوتئال دوره قاعدگی رخ می‌دهد.

- ✦ درمان طبی شامل مهارکننده‌های گنادوتروپین آزادکننده هورمون و پروستاگلاندین‌ها می‌باشد. کنترل استرس، روش‌های آرام‌سازی و ورزش‌های ایروبیک معیارهای مراقبت شخصی است. یک رژیم با محدودیت چربی، نمک و کافئین توصیه می‌شود. از غذاهای حاوی کافئین باید اجتناب شود، زیرا موجب افزایش یافتن تحریک‌پذیری، فشار، بی‌خوابی و حساسیت سینه‌ها می‌شوند.
- ✦ دیسمنوره به کرامپ‌های دردناک در زمان خونریزی قاعدگی اطلاق می‌شود.
- ✦ داروهای ضدبارداری خوراکی و مهارکننده‌های پروستاگلاندین ممکن است موجب تسکین درد شوند. داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی ممکن است احساس ناخوشی را کاهش دهند.
- ✦ بیماری التهابی لگن به شرایطی اطلاق می‌شود که طی آن عفونت به لوله‌های فالوپ و در برخی موارد به حفره‌ی پریتوان صعود می‌کند. این وضعیت ممکن است موجب بارداری خارج از رحمی یا نازایی شود.
- ✦ استئوپروز حاصل از کاهش توده‌ی استخوانی با افزایش تخلخل، شکنندگی و استعداد ابتلا به شکستگی همراه است. علائم اولیه فشردگی مهره‌ها، کاهش طول قد می‌باشد. پیشگیری از استئوپروز شامل درمان جایگزینی استروژن، مکمل‌های کلسیم، ویتامین D و ورزش می‌باشد.
- ✦ برخی از اختلالات پستان از قبیل تغییرات فیبروکیستیک پستان، خوش خیم هستند. علائم شامل حساسیت، ضخامت یا وجود ندول در بافت پستان می‌باشد. توده‌ی پایدار نیازمند ارزیابی‌های بعدی است.
- ✦ در ایالات متحده‌ی امریکا، یک‌هشتم زنان در معرض خطر سرطان پستان قرار دارند. عوامل خطر به‌جز استعداد ژنتیکی، شامل دیسپلازی پستان پیش از یائسگی، ابتلای بستگان درجه یک (خواهر یا مادر) به سرطان و قاعدگی در سنین پایین و یائسگی در سنین بالا می‌باشد. همچنین سبک زندگی از قبیل استعمال سیگار، رژیم پرچرب و مصرف الکل از عوامل خطر احتمالی محسوب می‌شود.
- ✦ کنترل سرطان سینه شامل برداشت تومور، مقداری از بافت اطراف و غدد لنفاوی از طریق جراحی است. درمان کمکی عبارت است از: شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و هورمون‌درمانی.
- ✦ یائسگی، قطع عادت ماهیانه می‌باشد و برای زنان یک دوره‌ی انتقالی حاصل از کاهش سطح استروژن محسوب می‌شود. بسیاری از زنان منوپوز دچار گرگرفتگی بوده که اغلب با افزایش تعریق همراه است.
- ✦ خشونت علیه زنان یک مشکل گسترده و تحت پیگرد می‌باشد که با اسامی گوناگونی از قبیل آزار یا خشونت عاطفی همسر نامیده می‌شود. خشونت ممکن است با بارداری آغاز یا شدت یابد.

پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی

۱- لایه خارجی ساک حاملگی که به شکل گیری جفت کمک می‌کند، چه نام دارد؟

الف- آمنیون

ب- کوریون

ج- کیسه زرده

د- آلانتویس

۲- پروژسترون به طور طبیعی در حجم بسیار زیاد توسط تولید می‌شود.

الف- آندومتر

ب- غده هیپوفیز

ج- بخش قشری آدرنال

۳- در حاملگی پلی‌پیتید محرک ملانوسیت مسئول

الف- تکرر ادار است.

ب- نرمی سرویکس است.

ج- علائم خستگی صبحگاهی است.

۴- عروق خونی طناب نافی عبارتند از

الف- یک شریان و یک ورید

ب- یک شریان و دو ورید

ج- دو شریان و دو ورید

۵- طی فاز تخمک‌گذاری سیکل قاعدگی، تخمک‌گذاری توسط کدام هورمون تحریک می‌شود؟

الف- استروژن

ب- پروژسترون

ج- LH

د- FSH

۶- هورمون‌های مسئول سیکل قاعدگی کدامند؟

- الف- گنادوتروپین‌ها
ب- استروژن و پروژسترون
ج- گنادوتروپین‌ها و استروژن
د- گنادوتروپین‌ها، استروژن و پروژسترون
- ۷- مادر بارداری هدف از وجود جفت را مورد سؤال قرار می‌دهد. پاسخ شما به او چیست؟
الف- ممانعت از انتقال آنتی‌بادی‌ها و میکروارگانیزم‌ها به جنین
ب- محافظت از جنین در برابر ضربه
ج- حفظ درجه حرارت جنین
د- برقراری امکان تبادل مواد غذایی و مواد زائد میان مادر و جنین
- ۸- پرستار می‌خواهد گردش خون جنینی را برای مادری شرح دهد؛ او می‌گوید
الف- گردش خون جنینی با ۲ ورید نافی و ۱ شریان نافی تأمین می‌شود.
ب- گردش خون جنینی با ۱ ورید نافی و ۲ شریان نافی تأمین می‌شود.
ج- شریان‌ها خون اکسیژن‌دار را به جنین می‌رسانند.
د- وریدها خون بدون اکسیژن را از جنین خارج می‌کنند.
- ۹- در توضیح FSH و LH می‌توان گفت
الف- هر دو از بخش قدامی هیپوفیز ترشح می‌شوند.
ب- هر دو از جسم زرد تخمدان ترشح می‌شوند.
ج- هر دو از غده آدرنال ترشح می‌شوند.
د- هر دو ترشح شیر را در بارداری تحریک می‌کنند.
- ۱۰- نوجوانی از شما می‌پرسد سیکل قاعدگی به طور طبیعی چند روز است؟ پاسخ او را چگونه خواهید داد؟
الف- ۱۴ روز
ب- ۲۸ روز
ج- ۳۰ روز
د- ۴۵ روز
- ۱۱- کدام جمله در مورد تغییرات فیزیولوژیک بارداری صحیح است؟
الف- برون‌ده قلبی کاهش می‌یابد.
ب- ضربان نبض افزایش می‌یابد.
ج- فشار سیستولیک و دیاستولیک به اندازه ۱۲ mmHg افزایش می‌یابد.

د- فشار خون کاهش می‌یابد.

۱۲- در گزارش معاینه لگنی ثبت شده، لگن حالت ژنیکوئید دارد، پرستار به‌عنوان یک مراقب باید بداند این نوع لگن

الف- برای زایمان واژینال مناسب نیست.

ب- دارای زاویه‌های پویس نزدیک است.

ج- دارای شکل پهن با قطرهای کوتاه می‌باشد.

د- ایده‌آل‌ترین لگن برای زایمان و تولد نوزاد است.

۱۳- در گزارش معاینه لگنی ثبت شده، لگن حالت ژنیکوئید دارد، پرستار به‌عنوان یک مراقب باید بداند این نوع لگن

الف- شکل نرمال لگن زنانه است.

ب- شکلی مسطح دارد.

د- شکلی قلب مانند دارد.

ج- شکلی تخم‌مرغی دارد.

۱۴- زنی در مورد عملکرد لوله‌های فالوپ از پرستار سؤال می‌کند. پرستار باید به او بگوید

الف- استروژن و پروژسترون از لوله‌های فالوپ ترشح می‌شود.

ب- لوله‌های فالوپ مسیری برای عبور جنین هستند.

ج- جنین در لوله‌های فالوپ تکامل می‌یابد.

د- تخمک درون لوله‌های فالوپ بارور می‌شود.

۱۵- مادری از شما می‌پرسد علت بزرگی و تغییر رنگ پستان‌ها در طول حاملگی چیست؟ چگونه به

این سؤال پاسخ خواهید داد؟

الف- در طول حاملگی پستان‌ها کشیده شده و در نتیجه بزرگ می‌شود.

ب- افزایش متابولیسم پایه در طول حاملگی سبب بزرگی پستان‌ها می‌شود.

ج- استروژن و پروژسترون علت تغییر پستان در بارداری هستند.

د- کورتیکواستروئیدهای مترشحه از غده آدرنال عامل مهم تغییر پستان در بارداری می‌باشند.

۱۶- تست بارداری براساس هورمون گنادوتروپین جفتی انسانی (HCG) مثبت می‌شود. این

هورمون در بارداری توسط کدام بخش تولید می‌شود؟

- الف - تخمدان
 ب - دسیدوا
 ج - ویلوزیته‌های کوریون
 د - غده هیپوفیز

۱۷- شکل خارهای ایسکیال عامل مهمی در لیبر و زایمان به‌شمار می‌روند، زیرا قطر بین خارها
 الف - کوتاه‌ترین قطر لگن است.
 ب - بلندترین قطر لگن است.
 ج - معیاری برای اندازه‌گیری فلور لگن است.
 د - معیاری برای اندازه‌گیری تنگه دخولی کانال زایمان است.

۱۸- تخمک‌گذاری زمان رخ می‌دهد که

- الف - سطح هورمون پروژسترون بالا است.
 ب - سطح خونی هورمون LH بالا است.
 ج - سطح هورمون اکسی‌توسین بالا است.
 د - دیواره رحم فرو می‌ریزد.

۱۹- بعد از وقوع تخمک‌گذاری، تخمک چه مدت زمانی قابل حیات است؟

- الف - ۱-۶ ساعت
 ب - ۱۸-۱۲ ساعت
 ج - ۳۶-۲۴ ساعت
 د - ۷۲-۴۸ ساعت

۲۰- زمان تخمک‌گذاری را می‌توان با کنترل درجه حرارت بدن تعیین کرد؛ در این زمان درجه حرارت پایه

- الف - به طور مشخص کاهش می‌یابد.
 ب - ابتدا مختصری کاهش، سپس افزایش می‌یابد.
 ج - ابتدا مختصری افزایش، سپس کاهش می‌یابد.
 د - به طور مشخص افزایش یافته و بالا می‌ماند.

۲۱- بالا بودن سطح استروژن خون موجب

- الف - تخمک‌گذاری می‌شود.
 ب - ترشح شیر را تحریک می‌کند.
 ج - مانع ترشح FSH می‌شود.
 د - یکی از علل استئوپروز است.

۲۲- تست مورد استفاده برای سنجش تعداد، تحرک و فعالیت اسپرم‌ها کدام است؟

- الف - Rubin test
 ب - Sims-Huhner test

د- Papanicolaou test

ج- Friedman test

۲۳- ارگان‌های لگنی با کدام روش جهت تعیین علت ناباروری ارزیابی می‌شوند؟

- الف- بیوپسی
ب- سیستوسکوپی
ج- کلدوسکوپی
د- هیستروسالپینگوگرام

۲۴- وظیفه اصلی هورمون پروژسترون کدام است؟

- الف- تحریک فولیکول جهت تخمک‌گذاری
ب- تکامل اندام‌های باروری زنانه
ج- آماده‌سازی رحم برای دریافت تخمک بارور شده
د- ایجاد صفات ثانویه مردانه

۲۵- کدام جمله در مورد گردش خون جنین صحیح است؟ مجرای وریدی:

- الف- شانتی بین شریان ریوی و آئورت است.
ب- سوراخی بین بطن راست و چپ قلب می‌باشد.
ج- شانتی بین شریان نافی و ورید اجوف تحتانی است.
د- شانتی بین ورید نافی و ورید اجوف تحتانی است.

۲۶- در برگه گزارش پزشک نوشته شده است علامت چادویک وجود دارد. پرستار باید بداند

..... مسئول این علامت می‌باشد.

- الف- هورمون استروژن
ب- هورمون پروژسترون
ج- هورمون گنادوتروپین جفتی انسانی
د- هورمون پرولاکتین

۲۷- Corpus رحم به کدام بخش آن اطلاق می‌شود؟

- الف- بخش تحتانی رحم
ب- بخش فوقانی رحم
ج- محل اتصال سرویکس به سوراخ خارجی رحم
د- محل اتصال رحم به واژن

۲۸- در توضیح تولید شیر، پرستار باید به مادر بگوید

- الف- مقادیر بالای پروژسترون ترشح اکسی توسین را تحریک می کند.
 ب- مقادیر بالای استرون ترشح هورمون لاکتوژن را تحریک می کند.
 ج- ترشح شیر تحت کنترل هورمون‌ها بلافاصله بعد از زایمان شروع می شود.
 د- مکیدن، غده هیپوفیز را جهت آزادسازی اکسی توسین تحریک و سبب رفلکس ریزش شیر می شود.

۲۹- بیان کدام جمله از سوی مادر نشان می دهد او آموزش مربوط به رشد و تکامل کودک را نیاموخته است؟

- الف- جنین اکسیژن مورد نیاز خود را از مادر دریافت می کند.
 ب- در بارداری باید به دقت مراقب تغذیه صحیح خود بود.
 ج- جفت دارای دو شریان و یک ورید نافی است
 د- جنین غذای مورد نیاز خود را از مایع آمنیوتیک دریافت می کند.
- ۳۰- زن باید بداند جذب داروهای مصرفی در بارداری ممکن است تغییر کند، به علت
 الف- تأخیر در تخلیه دستگاه گوارش ب- کاهش میزان فیلتراسیون گلومرولی
 ج- تکامل گردش خون جفتی جنین د- افزایش ترشح اسید کلریدریک

- ۳۱- در اولین ویزیت حاملگی حین بحث در مورد ایمنی فعال، پرستار به مادر می گوید
 الف- آنتی ژن‌های پروتئینی در خون جهت مقابله با آنتی بادی‌های مهاجم تشکیل می شود.
 ب- مواد پروتئینی توسط بدن جهت خنثی نمودن یا تخریب آنتی ژن‌ها ساخته می شود.
 ج- آنتی ژن‌های خونی که به کمک فاگوسیت‌ها از بدن در برابر پاتوژن‌ها دفاع می کنند.
 د- لنفوسیت‌های حساس شده از یک اهداکننده ایمن که مانند آنتی بادی‌ها در برابر پاتوژن‌های مهاجم عمل می کند.

۳۲- مهمترین اندیکاسیون سزارین کدام است؟

- الف- آتونی واژن ب- جفت سرراهی
 ج- رحم دوشاخه د- عدم تناسب سر جنین با لگن مادر
- ۳۳- مراقبت از زن بارداری با سابقه روماتیسم قلبی به شما واگذار شده است. شما باید بدانید پس از لیبر جهت پیشگیری تجویز به بیمار ضروری است.

الف- لازیکس
ب- هپارین
ج- دیجیتال
د- آمپی سیلین

۳۴- کدامیک از علائم زیر نشان‌دهنده شروع لیبر می‌باشد؟

الف- پیشروی انقباضات رحمی
ب- احساس سبکی
ج- پارگی پرده‌ها
د- دفع پلاک موکوسی

۳۵- کدامیک از علائم زیر دال بر لیبر کاذب می‌باشد؟

الف- فقدان درد
ب- کاهش شدت انقباضات با حرکت
ج- وجود الگوی تکرار منظم
د- پیشرفت طول، شدت و فواصل انقباضات

۳۶- در گزارش حین لیبر نوشته شده است ۶cm ، ۵۰% ، ۱-؛ تفسیر این عبارت کدام است؟

الف- عضو نمایش ۱cm بالای خارهای ایسکیال قرار گرفته است.
ب- افاسمان ۴cm بوده و کامل است.
ج- دیلاتاسیون ۵۰% و کامل است.
د- جنین در حدود خارهای ایسکیال قرار دارد.

۳۷- در آماده‌سازی برای معاینات واژینال حین لیبر، مسئولیت پرستار کدام است؟

الف- پاکسازی ولو و پرینه قبل و بعد معاینه در صورت نیاز
ب- استفاده از دستکش تمیز و آغشته به مواد لغزنده جهت کاهش ناراحتی
ج- انجام معاینات واژینال یک بار در ساعت در طول فاز فعال مرحله اول لیبر
د- انجام مداخلات فوری در صورت مشاهده خونریزی فعال

۳۸- خانمی در فاز انتقال از مرحله ۱ لیبر است، مضطرب بوده، به شکل سریع و عمیق تنفس

می‌کند. او از سرگیجه و سبکی سر شکایت دارد. اولین اقدام در این حالت کدام است؟

الف- تشویق مادر به کاهش ریتم تنفسی
ب- کمک به مادر جهت تنفس در کیسه پلاستیکی
ج- چرخاندن مادر به پهلو
د- تجویز مسکن

۳۹- شایع‌ترین و مضرترین عارضه بی‌حسی اپیدورال کدام است؟

الف- سردرد شدید بعد از زایمان
ب- کاهش درک پری مثانه

ج- افزایش تعداد تنفس
د- افت فشار خون

۴۰- در فاز فعال لیبر و دیلاتاسیون ۸cm سرویکس پاهای زائو شروع به لرزیدن می‌کند، زن از عدم کنترل این حالت شکایت دارد. این حالت نشان‌دهنده چیست؟

الف- شروع اکلامپسی
ب- افت فشار خون در اثر خوابیدن به پشت
ج- واکنش به درد و داروهای تزریقی
د- ورود به مرحله انتقالی لیبر

۴۱- ارزیابی زن زائو در لیبر بدین صورت است: افاسمان: ۱۰۰٪؛ دیلاتاسیون: ۳ سانتی‌متر؛ نما: ۱+
به نظر شما با این یافته‌ها، زن در چه مرحله‌ای از زایمان است؟

الف- مرحله اول لیبر
ب- مرحله دوم لیبر
ج- فاز تأخیری لیبر
د- مرحله انتقالی لیبر

۴۲- پرستار بلافاصله بعد از زایمان فوندوس را ارزیابی می‌کند. فوندوس از خط میانی سمت راست انحراف یافته و ۲cm بالای ناف است. کدام اقدام باید توسط پرستار انجام شود؟
الف- زن به دفع ادرار وادار کند.

ب- لوشیا را ارزیابی کند.
ج- فوندوس را تا زمان سفت شدن ماساژ دهد.
د- فوندوس را به آرامی به سمت داخل فشار دهد.

۴۳- در فاز تأخیری زایمان، سر جنین پدیدار شده است. پرستار باید

الف- به مادر بگوید زور زدن به خارج را متوقف کند.
ب- کات گرم را برای تولد نوزاد آماده کند.
ج- به آرامی بر روی فوندوس فشار وارد کند.
د- از خروج ناگهانی سر جنین به بیرون جلوگیری کند.

۴۴- خانم بارداری با سن حاملگی ۳۶ هفته در بخش بستری شده است. شروع لیبر حقیقی با کدام علائم مشخص می‌شود؟

الف- احساس درد شدید در زیر شکم
ب- چندین بار دفع مدفوع پشت‌سرهم

ج- درد کمر غیر قابل تسکین با فشار

د- انقباضات معمولی با طول ۱۰ دقیقه و تغییر سرویکس

۴۵- مشاهده کدامیک از علائم زیر در اتاق زایمان نشان‌دهنده لیبر حقیقی است؟

الف- وارد آمدن فشار به مقعد

ب- دیلاتاسیون سرویکس

ج- انقباضات رحمی

د- خروج مایع از سرویکس

۴۶- با معاینات لگنی وجود جفت سرراهی برای خانم بارداری مسجل شده است. پرستار باید زن را

به سرعت برای آماده کند.

الف- زایمان با فورسپس

ب- القای لیبر

ج- زایمان از طریق سزارین

د- انجام معاینات با X-ray

۴۷- فرض کنید در اتاق زایمان می‌خواهید نحوه زور زدن را به زنی با دیلاتاسیون ۹cm آموزش

دهید. چه باید بکنید؟

الف- به او می‌گوییم با شروع انقباض به سمت پایین زور بزنید.

ب- به او می‌گوییم جهت تسهیل در وارد آوردن فشار پاهای خود را بر روی پدال‌های تخت زایمان

قرار دهد.

ج- به او می‌گوییم با شروع انقباض نفس‌های تند و سطحی بکشد.

د- با او آموزش‌های ارائه شده در کلاس‌های آمادگی زایمان را مرور می‌کنیم.

۴۸- حین لیبر برای خانمی اکسی‌توسین تجویز شده است. مسئولیت پرستار چیست؟

الف- توجه به مقدار انفوزیون و تسریع جریان در صورت کندی

ب- کنترل ضربان قلب جنین هر ۲ ساعت

ج- قطع جریان در صورت وجود انقباضات هایپرتونی

د- توجه به دستور پزشک جهت آهسته کردن جریان دارو با افزایش تون انقباضات

۴۹- هنگام کنترل مادر در لیبر پرستار متوجه ترشحات تیره در ناحیه ژنیتال مادر می‌شود. پس از

کنترل ضربان قلب جنین پرستار باید

الف- زانو را به پهلو خوابانده و فشار او را کنترل کند.

ب- زانو را به پشت خوابانده و پاهای او را در سطح بالاتری قرار دهد.

ج- سریعاً پزشک را از دفع ترشحات قهوه‌ای مادر مطلع سازد.
د- زائو را در وضعیت لیتوتومی تعدیل شده قرار دهد و پرینه را بررسی کند.

۵۰- در مرحله دوم زایمان پرستار مادر را تشویق می‌کند حین انقباض، نفس خود را به مدت ۶ ثانیه حبس کند و به پایین زور بزند. چرا؟

الف- جلوگیری از هیپوکسی جنین
ب- جلوگیری از اسپاسم های تروسو
ج- جلوگیری از پارگی پرینه
د- جلوگیری از افت فشار خون مادر

۵۱- نحوه تنفس در فاز فعال لیبر، هنگامی که سرویکس ۳cm دیلاته است، چگونه باید باشد؟

الف- تنفس سطحی و تند
ب- تنفس آرام با عضلات قفسه سینه
ج- تنفس سریع با عضلات قفسه سینه
د- تنفس آرام شکمی

۵۲- خانمی بعد از زایمان سزارین در حال ترخیص می‌باشد. بیان کدام جمله از سوی وی نیاز به آموزش بیشتر را برای پرستار مطرح می‌کند؟

الف- در صورت درد در ناحیه برش جراحی یک داروی ضد درد مصرف خواهم نمود.
ب- در صورت عدم دفع و یبوست یک ملین خفیف مصرف خواهم نمود.
ج- با کاهش ناراحتی در ناحیه شکم می‌توانم به طور مختصر ورزش کنم.
د- به دلیل زایمان شکمی نیازی به انجام مراقبت های ویژه پرینه ندارم.

۵۳- در فاز فعال لیبر مشخص می‌شود زائو مبتلا به هرپس سیمپلکس (HSV-2) توأم با ضایعات فعال در ناحیه ژنیتال است. پرستار باید در برنامه ریزی مراقبت خود
الف- دریافت مایعات خوراکی را ممنوع کند.
ب- زن را برای بلوک پری سرویکال آماده کند.
ج- پوششی مرطوب بر روی پرینه قرار دهد.
د- نحوه شیردهی با بطری را به مادر آموزش دهد.

۵۴- حین لیبر قرارگیری جنین در موقعیت ۱+ نشان‌دهنده چیست؟

الف- آنگاژمان سر صورت نگرفته است.
ب- سر وارد تنگه دخولی لگن شده است.
ج- سر زیر خارهای ایسکیال قرار دارد.
د- سر در ناحیه واژینال قابل رؤیت است.

۵۵- علائم حیاتی مورد انتظار بعد از زایمان کدام است؟

- الف- برادی‌کاردی با عدم تغییر در تعداد تنفس
- ب- تاکی‌کاردی همراه با افت تعداد تنفس
- ج- بالارفتن درجه حرارت پایه همراه با کاهش تعداد تنفس
- د- افت مختصر درجه حرارت پایه همراه با افزایش تعداد تنفس

۵۶- چند ساعت بعد از پذیرش زن نخست‌زایی در لیبر، او شدیداً بی‌قرار، برافروخته و تحریک‌پذیر شده و دچار استفراغ می‌شود. پرستار باید بداند علائم فوق احتمالاً بیانگر زایمان است.

- الف- مرحله تأخیری
- ب- مرحله دوم
- ج- مرحله سوم
- د- مرحله انتقالی

۵۷- پرستار حین لیبر باید بداند ضربان قلب جنین در افت زودرس
الف- ۸۰-۱۰۰ ضربه / دقیقه در اوایل انقباض است.

- ب- ۱۴۰-۱۶۰ ضربه / دقیقه در اوایل انقباض است.
- ج- ۱۴۰-۱۶۰ ضربه / دقیقه در اوایل انقباض است.
- د- ۱۰۰-۱۲۰ ضربه / دقیقه در اوایل انقباض است.

۵۸- هنگام پذیرش خانمی در اتاق زایمان، پرستار باید او را از کدام نظر کنترل کند؟

- الف- لرز ناگهانی
- ب- خونریزی و عفونت
- ج- افزایش فشار خون
- د- تنفس ناکافی کودک

۵۹- اورزیون سرویکس مورد انتظار است، اگر
الف- لیبر طولانی باشد.

- ب- اسیدیتة نرمال واژن تغییر کند.
- ج- هنگام وقوع زایمان، سرویکس به طور کامل دیلاته نشده باشد.
- د- سرویکس حین زایمان کشیده شده و پارگی‌ها ترمیم نشده باشد.

۶۰- چند دقیقه بعد از تولد یک نوزاد کاملاً سالم مادر دچار دیسترس تنفسی شده و مشکوک به

آمبولی مایع آمینوتیک می‌باشد. پرستار علاوه بر کنترل دیسترس تنفسی، باید چه معیار دیگری را نیز کنترل کند؟

- الف- فشار خون
ب- آتونی رحم
ج- ترومبوفلیت
د- خونریزی غیر قابل کنترل

۶۱- کدامیک از اثرات جانبی تجویز درازمدت اکسی‌توسین در لیبر بوده و باید به دقت توسط پرستار کنترل شود؟

- الف- هایپرونتیلیاسیون
ب- تغییرات خلق
ج- احتباس مایعات
د- افزایش درجه حرارت

۶۲- خانمی با درد شدید شکمی و خونریزی زیاد به برای زایمان آماده می‌شود. مهمترین مراقبت پرستاری عبارت است از:

- الف- آموزش تکنیک‌های سرفه و تنفس عمیق
ب- انجام پرپ شکمی و تنقیه روده
ج- اخذ رضایتنامه و ارزیابی حساسیت به دارو
د- تعبیه سوند فولی و تنقیه روده

۶۳- فرض کنید در اتاق زایمان حضور دارید و مراقبت از خانمی که لیبر او طولانی شده است، به شما واگذار شده است. طولانی شدن زمان زایمان، مادر را بسیار نگران و ناامید کرده است. شما با چه واکنشی به او نشان خواهید داد احساس او قابل قبول است؟

- الف- من پشت شما را ماساژ می‌دهم، اگر مفید بود به من بگویید.
ب- من شما ترک می‌کنم تا با همسرتان صحبت کنید.
ج- کلیه زنان در لیبر خستگی و ناامیدی را تجربه می‌کنند.
د- می‌خواهید در مورد آنچه شما را ناراحت کرده، صحبت کنید.

۶۴- پدری طی فاز انتقالی زایمان بسیار عصبی شده و به پرستار می‌گوید "به نظر شما بهتر نیست که من اتاق را ترک کنم؟ به نظر نمی‌رسد حضور من برای همسرم بسیار سودمند باشد." بهترین پاسخ پرستار کدام است؟

- الف- در این زمان همسر شما بیش از هر زمان دیگری به شما نیاز دارد پس او را تنها نگذارید.
ب- می‌دانم که ماندن برای شما بسیار دشوار است اما اجازه دهید طی این مرحله دشوار همراه شما بوده و به شما کمک کنم.

ج- می‌دانم که ماندن برای شما بسیار دشوار است، می‌توانید به اتاق انتظار رفته و بعد از نوشیدن یک لیوان چای و کسب آرامش در صورت تمایل برگردید.

د- اگر ماندن برای شما دشوار است، به اتاق انتظار رفته و در کنار سایر پدران منتظر بمانید. شما اضطراب را به همسران منتقل می‌کنید.

۶۵- خانمی در فاز فعال لیبر است. طی ۸ ساعت دیلاتاسیون از ۲cm به ۳cm رسیده است. با تشخیص دیستوشی هیپوتونیک اکسی‌توسین برای اصلاح انقباضات تجویز شده است. کنترل کدام جنبه توسط پرستار مهم است؟

الف- کنترل برآمدگی پرینه

ب- کنترل FHR

ج- گزارش طول و شدت انقباضات

د- آماده‌سازی مادر برای زایمان سزارین

۶۶- در لیبر خانمی که تحت بی‌حسی اپیدورال بوده به طور ناگهانی دچار حالت تهوع شدید، پوست رنگ‌پریده و در لمس مرطوب است. اولین اقدام پرستار کدام است؟

الف- پاهای بیمار را بالا می‌برد.

ب- پزشک را مطلع می‌کند.

ج- خونریزی واژینال را کنترل می‌کند.

د- ضربان قلب جنین را هر ۳ دقیقه یک بار کنترل می‌کند.

۶۷- خانمی با سن ۳۸ بارداری برای القاء لیبر در بخش بستری شده است. کیسه آب مادر ۱۲ ساعت قبل پاره شده است. او هیچ نشانه‌ای از شروع لیبر ندارد. پرستار باید بدانند در صورت تداوم این وضعیت، پزشک را تجویز خواهد کرد.

الف- Progesterone

ب- Lututrin

ج- Oxytocin

د- Ergonovine maleate

۶۸- تجویز کدامیک از داروهای ضددرد زیر، در لیبر به مادر موجب دیسترس تنفسی جنین می‌شود؟

الف- Socopolamine

ب- Promazine

ج- Meperidine

د- Promethazine

۶۹- خانمی در فاز میانی لیبر بسیار ناراحت بوده و درخواست دارو می‌کند. برای وی ۵۰mg فترگان

و ۵۰ mg مپریدین دستور داده می شود. داروهای فوق

الف- موجب فراموشی می شوند.

ب- مشابه یک بی حس کننده عمل می کنند.

ج- سبب به خواب رفتن زائو تا پایان زایمان می شوند.

د- با بالا بردن آستانه درد موجب کاهش درد مادر می شوند.

۷۰- خانمی پیش از موعد دچار انقباضات زایمانی شده و برای او تربوتالین دستور داده شده است.

بعد از تجویز این دارو پرستار باید بیمار را از چه جنبه‌ای کنترل کند؟

الف- کاهش درد ناحیه پریینه

ب- کاهش فشار خون از ۱۲۰/۹۰ به ۹۰/۶۰

ج- کاهش طول و شدت انقباضات رحمی

د- پیشرفت دیلاتاسیون سرویکس از ۱ cm به ۱/۵ cm

۷۱- خانمی پیش از موعد دچار انقباضات زایمانی شده و اقدامات لازم جهت به تأخیر انداختن

زمان زایمان ناموفق بوده و تولد جنین اجتناب ناپذیر است. در این فرصت کوتاه جهت تسهیل

رسیدگی ریه‌های جنین چه می توان کرد؟

الف- تجویز آمپی سیلین با Piggyback

ب- تجویز دگزامتازون وریدی

ج- انجام سزارین فوری

د- تعویض خون جنین در داخل رحم

۷۲- طی فاز فعال لیبر پرستار با چه اقدامی مانع افت ضربان قلب جنین می شود؟

الف- میزان اکسی توسین دریافتی را افزایش می دهد.

ب- مادر را به قرار گیری در وضعیت ایستاده یا خوابیده به پهلو تشویق می کند.

ج- ضربان قلب جنین را با فواصل ۳۰ دقیقه کنترل می کند.

د- مادر را برای سزارین آماده می کند.

۷۳- مشاهده کدامیک از علائم زیر در لیبر پرستار را به وجود جفت سر راهی مشکوک می کند؟

الف- خونریزی دردناک واژینال

ب- درد شکمی

ج- درد کمر

د- خونریزی بدون درد واژینال

۷۴- مراقبت از مادر بارداری در فاز دوم زایمان به شما واگذار شده است. طی ارزیابی متوجه

می‌شوید ضربان قلب جنین آهسته شده و تغییرپذیری خود را از دست می‌دهد. در این شرایط چه خواهید کرد؟

- الف- بیمار را به پشت خوابانده و اکسیژن با کانونال نازال به میزان ۴-۲ لیتر در دقیقه برایش خواهم گذاشت.
- ب- بیمار را به پهلو خوابانده و اکسیژن با ماسک صورتی به میزان ۱۰-۸ لیتر در دقیقه برایش خواهم گذاشت.
- ج- بیمار را به پشت خوابانده و اکسیژن با ماسک صورتی به میزان ۱۰-۸ لیتر در دقیقه برایش خواهم گذاشت.
- د- بیمار را به پهلو خوابانده و اکسیژن با کانونال بینی به میزان ۴-۲ لیتر در دقیقه برایش خواهم گذاشت.

۷۵- ارزیابی‌های پرستار در لیبر بدین صورت است: ضربان قلب جنین: دقیقه/ ۱۵۸ ضربه؛ فواصل انقباضات: ۲ دقیقه؛ طول مدت انقباض: ۴۰ ثانیه با شدت متوسط. او مطابق یافته‌ها چگونه باید عمل کند؟

- الف- با ماما تماس بگیرید.
- ب- ضربان قلب جنین را به متخصص بیهوشی اطلاع دهد.
- ج- به کنترل بیمار ادامه دهد.
- د- برای زایمان فوری بیمار آماده شود

۷۶- مادری به لیبر آورده شده است. در معاینه وجود پرولاپس بندناف مشخص و ضربان قلب، دقیقه/ ۹۰ ضربه می‌باشد. مناسب‌ترین اقدام پرستار کدام است؟

- الف- تجویز یک ماده توکولیتیک و لمس انقباضات و ارزیابی آنها
- ب- باز کردن یک خط وریدی
- ج- قرار دادن زن در وضعیت نشسته
- د- پیچاندن آرام بند ناف در یک حوله استریل و اشباع آن با نرمال سالین گرم

۷۷- برای القای لیبر اکسی‌توسین به خانمی تجویز شده است. پرستار با مشاهده کدام مشکل باید سریعاً انفوزیون دارو را متوقف کند؟

- الف- افت زودرس ضربان قلب جنین
 ب- تحریک بیش از حد رحم
 ج- خواب آلودگی شدید
 د- آتونی رحم

۷۸- خانمی با سن بارداری ۳۸ هفتگی و بارداری دوقلویی در بخش لیبر پذیرفته شده است. یکی از جنین‌ها دارای وضعیت بریج است. کم‌ارزش‌ترین مداخله پرستاری در این وضعیت کدام است؟

- الف- اتصال مانیتور الکتونیکی جنین
 ب- آماده‌سازی زن برای سزارین احتمالی
 ج- ماساژ فوندوس رحم
 د- معاینه دستی پرینه و واژن

۷۹- پرستار با ارزیابی کدام نشانه‌ها ورود زن به فاز دوم لیبر را شناسایی می‌کند؟

- الف- دفع مایع روشن از واژن زن آغاز می‌شود. ب- انقباضات منظم است.
 ج- غشاها پاره می‌شود. د- سرویکس کاملاً دیلاته می‌شود.

۸۰- پرستار طی فاز فعال لیبر متوجه علامت افت دیررس ضربان قلب جنین بر روی نوار کاغذی مانیتور می‌شود. بهترین اقدام در این شرایط کدام است؟

- الف- قرار دادن مادر در وضعیت خوابیده به پشت
 ب- ثبت یافته‌ها و ادامه کنترل الگوی جنین
 ج- تجویز اکسیژن از طریق ماسک
 د- افزایش سرعت تزریق وریدی اکسی‌توسین

۸۱- طی ارزیابی ۱ دقیقه بعد از زایمان، وضعیت نوزاد به شکل زیر است. نمره آپگار او چند است؟
 "ضربان قلب: ۱۵۵ ضربه/ دقیقه؛ گریه: با صدای بلند؛ حرکت اندام‌ها: فعال؛ رنگ دست‌ها و پاها: کبود؛ Sneezing: هنگام تحریک بینی با کاتتر"

- الف- ۵
 ب- ۷
 ج- ۹
 د- ۴

۸۲- پس از اتمام ختنه نوزاد، اولین اقدام پرستار کدام است؟

- الف- کنترل پنیس از نظر خونریزی
 ب- مالیدن لوبریکانت‌هایی از قبیل وازلین بر روی محل بعد از هربار تعویض دیاپر

ج- توجه زمان اولین دفعه دفع ادرار بعد از ختنه
د- دادن نوزاد به مادر جهت تأمین راحتی و شیردهی

۸۳- هدف از تجویز ویتامین K به نوزاد کدام است؟

الف- کاهش سطح بیلی روبین
ب- افزایش تولید گلبول‌های قرمز
ج- تقویت توانایی انعقاد خون
د- تحریک ساخت سورفکتانت

۸۴- کدام جمله در مورد نحوه تجویز اریترومایسین پس از تولد نوزاد صحیح است؟

الف- تجویز دارو ظرف ۱۵ دقیقه اول پس از تولد جهت دستیابی به حداکثر تأثیر
ب- تمیز کردن چشم‌ها از طرف کانتوس داخلی به خارج پیش از تجویز دارو
ج- مالیدن پماد اریترومایسین به طور مستقیم بر روی قرنيه
د- Flash چشم‌ها ۱۰ دقیقه بعد از تجویز جهت کاهش تحریک

۸۵- رعایت کدام نکته در توزین نوزاد صحیح است؟

الف- پیش از توزین دیپرنوزاد جهت راحتی باید تعویض شود.
ب- جهت کنترل عفونت پیش از توزین باید ورق استریل بر روی صفحه قرارگیری نوزاد قرار داده شود.
ج- حین توزین جهت تأمین ایمنی پرستار باید دست‌های خود را روی شکم نوزاد قرار دهد.
د- جهت افزایش صحت نوزاد باید هر روز در یک ساعت مشخص توزین شود.

۸۶- نوزادی ۱۶ ساعت بعد از تولد برای اولین بار مدفوع نموده، پرستار در حال کمک به مادر شیرده

جهت تعویض دیپار می‌باشد. مادر از اینکه مدفوع نوزاد حجیم، چسبناک و به رنگ سبز متمایل به سیاه است، ابراز نگرانی نموده و می‌پرسد مشکلی پیش آمده؟ چگونه او را راهنمایی می‌کنید؟

الف- نگران نباشید مدفوع کلیه شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند بدین صورت است.
ب- این مدفوع مکونیوم نام دارد و دفع آن در کلیه نوزادان مورد انتظار و طبیعی است.
ج- وعده قبل چه نوع غذایی مصرف نموده اید.
د- جهت فهم الگوی دفع طبیعی نوزاد این مسئله را با پزشک در میان بگذارید.

۸۷- کدامیک از موارد زیر نشان‌دهنده استرس سرما در نوزاد می‌باشد؟

الف- کاهش سطح فعالیت
ب- افزایش تعداد تنفس

ج- هایپرگلیسمی

د- لرز

۸۸- وزن هنگام تولد نوزادی که با شیر مادر تغذیه می‌شود ۸ پوند و ۴ اونس بوده است. در روز سوم بعد از تولد وزن او معادل ۷ پوند و ۱۲ اونس است. براساس این یافته، پرستار باید

.....

الف- مادر را تشویق به ادامه شیردهی کند، زیرا شواهد حاکی از کفایت شیر مادر برای رفع نیازهای تغذیه‌ای نوزاد دارد.

ب- مادر را به تغییر شیردهی و استفاده از شیرخشک راهنمایی کند چراکه شواهد حاکی از عدم کفایت شیر مادر برای رفع نیازهای تغذیه‌ای نوزاد دارد.

ج- پزشک را از وضعیت تغذیه ضعیف نوزاد مطلع نماید.

د- مادر را با هدف بهبود تکنیک شیردهی به یک مرکز مشاوره شیردهی ارجاع داد.

۸۹- طی ارزیابی ۲۴ ساعت بعد از تولد کدامیک از شواهد زیر به عنوان نشانه سازگاری نامؤثر نوزاد با زندگی خارج رحمی در نظر گرفته می‌شود؟

الف- ضربان قلب به میزان ۹۰ ضربه / دقیقه

ب- آکروسیانوز

ج- علامت Harlequin (تغییرات دلک مانند رنگ پوست)

د- از دست دادن وزن به میزان ۵٪ از وزن هنگام تولد

۹۰- وزن کم هنگام تولد یا LBW یعنی: وزن نوزاد در بدو تولد کمتر از باشد.

ب- ۲۰۰۰ gr

الف- ۲۵۰۰ gr

د- ۱۰۰۰ gr

ج- ۱۵۰۰ gr

۹۱- مهمترین و زودترین تغییر فیزیولوژیک در نوزادان کدام است؟

ب- شروع تنفس

الف- ترک محیط گرم داخل رحمی

د- تنظیم درجه حرارت

ج- تغییرات گردش خون جنینی

۹۲- کیست‌های احتباسی سفید رنگ کوچک بر روی پوست صورت نوزاد بر اثر ترشح غدد

سیاسه زیرجلدی چه نام دارد؟

الف- میلیا
ج- اریتم توکسیکوم
ب- ورنیکس
د- پاپول

۹۳- بهترین محل تزریق عضلانی ویتامین K در نوزادان کدام عضله است؟

الف- گلوئتوس مدیوس
ج- دلتوئید
ب- گلوئتوس ماگزیموس
د- واستوس لترالیس

۹۴- کدام علامت در دوران بهبودی نوزاد مبتلا به سفالوهماتوم دیده می‌شود؟

الف- یرقان
ج- تب
ب- کم خونی
د- تشنج

۹۵- آموزش کدامیک از اقدامات زیر به مادر در کنترل سلامتی نوزاد به طور اولیه مؤثر است؟

الف- انجام تست غربالگری فنیل کتونوری در بدو تولد
ب- تجویز آنتی‌بیوتیک جهت پیشگیری از عفونت استافیلوکوکی بند ناف
ج- انجام معاینات دوره‌ای نوزاد
د- تعیین وضعیت نوزاد در بدو تولد

۹۶- کدام جمله در مورد حمام دادن نوزاد یک روزه صحیح نیست؟

الف- غوطه‌ور کردن نوزاد در آب
ب- درجه حرارت آب نباید بالاتر از ۱۰۰ درجه فارنهایت باشد.
ج- بدن نوزاد در زیر آب باید حمایت شود.
د- اطمینان از گرم بودن آب مورد استفاده جهت استحمام

۹۷- محدوده طبیعی ضربان قلب نوزاد کدام است؟

الف- دقیقه/ ضربه ۸۰
ج- دقیقه/ ضربه ۱۱۰
ب- دقیقه/ ضربه ۹۰
د- دقیقه/ ضربه ۱۸۰

۹۸- در معاینه سر نوزاد بعد از تولد کدام یافته مورد انتظار است؟

الف- فرورفتگی فونتanel قدامی
ج- بیرون زدگی فونتanel‌ها
ب- نرمی و مسطح بودن فونتanel قدامی
د- سفتی و زبری فونتanel‌ها

۹۹- نحوه ارزیابی رفکس مورد چگونه است؟

- الف- گرفتن انگشتان دست نوزاد
 ب- تحریک کف پای نوزاد
 ج- ایجاد یک صدای بلند ناگهانی
 د- برهم زدن تعادل نوزاد

۱۰۰- نوزادی که مادر وی در ۳ ماهه اول بارداری به سرخجه مبتلا شده است، احتمالاً با چه عارضه‌ای متولد خواهد شد؟

- الف- Photocomelia
 ب- Otosclerosis
 ج- Hydrocephalus
 د- Cardiac anomaly

۱۰۱- پس از یک لیبر سخت نوزاد با آپگار ۴ به نرسری منتقل می‌شود. پرستار با دانستن آپگار باید پیش‌بینی کند که

- الف- تنفس نوزاد ۳۵ است.
 ب- تون عضلانی نوزاد شل است.
 ج- ضربان قلب او بیش از ۱۰۰ می‌باشد.
 د- بدن او صورتی رنگ بوده اما انتهای نوزاد کبود است.

۱۰۲- نوزادی مبتلا به عفونت چشمی نوزادی، در بیمارستان رها شده است. به نظر شما حدوداً چند روز از تولد او می‌گذرد؟

- الف- ۱ روز
 ب- ۲ روز
 ج- ۳-۴ روز
 د- ۲۴ ساعت

۱۰۳- پرستار در حال ارزیابی نوزاد بعد از یک زایمان سخت متوجه می‌شود رفلکس مورو در دو طرف بدن متقارن نبوده و یکی از بازوها در وضعیت نزدیک به بدن شل است. چه تشخیص احتمالی برای نوزاد مطرح است؟

- الف- فلج عصب براکیال
 ب- گسستگی فوق چادرینه
 ج- شکستگی استخوان کلاویکول یکطرفه
 د- سندرم کریگلر نجار

۱۰۴- کودکی با سن بارداری ۲۹ هفتگی و وزن ۱۶۱۹ گرم متولد شده است. مطابق وزن و سن بارداری، در کدام گروه قرار می‌گیرد؟

- الف- قبل موعد
ب- نارس
ج- کم وزن
د- غیر قابل حیات

۱۰۵- مادر یک نوزاد یک ماهه که کودک خود را با شیر خشک تغذیه می‌کند، در مورد حجم معده نوزاد از شما سؤال می‌کند. به نظر شما حجم معده این نوزاد چند میلی‌لیتر است؟

- الف- ۱۰-۲۰ ml
ب- ۳۰-۹۰ ml
ج- ۷۵-۱۰۰ ml
د- ۹۰-۱۵۰ ml

۱۰۶- بکارگیری کدام شیوه توسط والدین در تسهیل پذیرش نوزاد جدید از سوی سایر فرزندان، مفید است؟

- الف- آماده‌سازی کودک و تهیه هدیه از سوی آنها برای نوزاد جدید پیش از آوردن او به منزل
ب- تأکید بر روی فعالیت‌هایی که به نوزاد جدید و سایر کودکان محول خواهد شد.
ج- انتقال مادر و نوزاد به خانه و نشان دادن نحوه مراقبت از نوزاد به سایر فرزندان
د- کاهش استرس دیگر فرزندان با کاهش مشارکت آنها در مراقبت از نوزاد جدید

۱۰۷- برای کودک تحت فتوتراپی پرستار باید

- الف- پوست نوزاد را جهت پیشگیری از گسستگی، با روغن چرب کند.
ب- سر نوزاد را جهت پیشگیری از هدر رفتن گرما، با کلاه بپوشاند.
ج- درمان را حین تغذیه و در آغوش گرفتن نوزاد، قطع کند.
د- منبع گرمای تابشی را در فاصله‌ای از نوزاد قرار دهد که درجه حرارت پوستی او $36/7^{\circ}\text{C}$ باشد.

۱۰۸- پرستار حین قرار دادن نوزاد بر روی ترازو متوجه می‌شود او به سرعت بازوهای خود را بسته و باز کرده و به انگشتان خود حالت C می‌دهد. نام این رفلکس چه نامیده می‌شود؟

- الف- تونیک - نک
ب- مورو
ج- کرماستر
د- بابنسکی

۱۰۹- هنگام قرار دادن نوزاد زیر وارمر جهت حفظ درجه حرارت نوزاد پرستار باید

- الف- پروب کنترل دما در سمت چپ قفسه سینه قرار دهد.
ب- پروب را بایک نارسانا بپوشاند.

ج- دما را به صورت متناوب با کنترل درجه حرارت مقعدی نوزاد کنترل کند.
د- ابتدا وارمر را گرم کند و سپس نوزاد را بدون پوشش داخل آن قرار دهد.

۱۱۰- مشاهده کدام رفتار از سوی پرستار به دل بستگی ناکافی مادر و کودک دلالت می‌کند؟

- الف- مشاهده صحبت مادر با صدای آرام با نوزاد
- ب- مشاهده انجام مراقبت بند ناف نوزاد توسط مادر
- ج- رد شیردهی به دلیل خستگی و درخواست از پرستار برای شیردهی به نوزاد
- د- بیان صحبت‌هایی از سوی مادر مبنی بر ناراحتی در پذیرش نقش جدید مادری

۱۱۱- حین بررسی محل ختنه‌گاه متوجه می‌شوید محل ختنه‌گاه قرمز بوده و ترشحات خون‌آلود در اطراف آن جمع شده است. اولین اقدام شما به عنوان یک پرستار کدام است؟

- الف- ثبت یافته
- ب- تماس با پزشک
- ج- گرفتن دور محل با پانسمان و ارزیابی مجدد محل ۳۰ دقیقه بعد
- د- قرار دادن یک پانسمان روی پانسمان قبلی

۱۱۲- مادری حین تعویض دیپر نوزاد به پرستار اطلاع می‌دهد چند قطره خون بر روی دیپر وجود دارد. پرستار باید کدام اقدام زیر را انجام دهد؟

- الف- توضیح به مادر که این یافته طبیعی است.
- ب- ارزیابی دیگر سایر خونریزی
- ج- انجام یک کشت واژینال
- د- چسبانیدن یک کیسه جمع‌آوری نمونه ادرار به ناحیه پرینه

۱۱۳- بررسی نوزاد از نظر وجود هرنی نافی جزئی از معاینه فیزیکی نوزاد بعد از تولد است. کدام شرایط انجام کار را تسهیل می‌کند؟

- الف- ارزیابی حین مکیدن
- ب- ارزیابی حین تنفس
- ج- ارزیابی حین خواب
- د- ارزیابی حین گریه

۱۱۴- هنگام ارزیابی نمره آپگار، متخصص علاوه بر ارزیابی ضربان قلب باید کدامیک از معیارهای زیر را کنترل کند؟

- الف- تون عضلانی
ج- درجه تأخیر سر
- ب- حجم موكوس
د- عمق تنفس
- ۱۱۵- جهت نوزاد نارس مبتلا به سندرم دیسترس تنفسی (RDS) سنجش گازهای خونی توصیه شده است. پرستار باید بداند که این نوزادان مشخصاً دچار هستند.
- الف- HCO_3 پایین
ج- کاهش PaO_2
- ب- افزایش PaO_2
د- کاهش pH خون
- ۱۱۶- نوزادی با وزن ۲۸۴۰ گرم روزانه باید به چه میزان آب و کالری دریافت کند؟
- الف- ۸۸۸ ml آب و ۵۰۰ کالری
ج- ۵۹۲ ml آب و ۴۰۰ کالری
- ب- ۷۴۰ ml آب و ۴۵۰ کالری
د- ۵۳۲/۸ ml آب و ۳۷۵ کالری
- ۱۱۷- پرستار حین مراقبت از نوزاد یک مادر دیابتیک باید علائم هیپوگلیسمی را بشناسد که عبارتند از
- الف- ضعف در رفلکس مکیدن
ج- وزن هنگام تولد بالا
- ب- بی‌قراری زیاد
د- رنگ‌پریدگی غشای موكوسی و مخاط
- ۱۱۸- نوزادی با منگومیلوسل به بخش نوزادان پرخطر منتقل شده است. اولین اقدام پرستار کدام است؟
- الف- نوزاد را با دیاپر یکبارمصرف کهنه نموده و جذب و دفع او را کنترل کند.
ب- وضعیت عصبی نوزاد را در بالای محل ضایعه کنترل کند.
ج- ناحیه ژنیتال نوزاد را با بتادین شستشو دهد.
د- نوزاد را در حالت خوابیده به شکم در وضعیت ترندلنبرگ تعدیل شده قرار دهد.
- ۱۱۹- حین معاینه فیزیکی نوزاد مشاهده فقدان یا ضعف کدام رفلکس باید حتماً توسط پرستار گزارش شود؟
- الف- Moro
ج- Gag
- ب- Tonic neck
د- Babinski
- ۱۲۰- بعد از زایمان، گروه خونی نوزاد تعیین و مشخص شد. او دارای فاکتور RH می‌باشد. پرستار

باید بداند که

- الف- ژنتیک در تعیین وضعیت RH نقشی ندارد.
- ب- وجود RH مثبت در کلیه پدران نوزادان RH مثبت الزامی نیست.
- ج- عامل RH جنین توسط پدر تعیین می‌شود.
- د- در طول بارداری RH جنین ممکن است تغییر کند.

۱۲۱- پرستار نحوه مراقبت از محل ختنه‌گاه را به والدین نوزادی آموخته است. بین کدام جمله از سوی آنها نشان می‌دهد آنها آموزش فوق را آموخته‌اند؟

- الف- بهانه‌گیری کودکمان را کنترل می‌کنیم.
- ب- روی آلت وی گاز حاوی پترولاتوم قرار می‌دهیم.
- ج- او را کهنه نمی‌گیریم.
- د- در صورت مشاهده ترشحات زرد رنگ با پزشک تماس می‌گیریم.

۱۲۲- مادری شیرده احتقان و دردناکی پستان‌هایش شکایت دارد. پرستار با آموزش چه نکاتی می‌تواند این حالت را در وی کاهش دهد؟

- الف- هنگامی که احساس ناراحتی کردید، شیردهی را قطع و نوزاد را با بطری تغذیه کنید.
- ب- شیردهی را به ۶-۴ دقیقه از هر پستان و ۴ بار در روز محدود کنید.
- ج- مکرراً به کودک و حداقل ۱۰ دقیقه از هر پستان شیر دهید.
- د- شیردهی را به ۴ بار در روز محدود کنید، این کار مانع پر شدن پستان‌ها می‌شود.

۱۲۳- نوزاد مادر مبتلا به کلامیدیای درمان نشده در معرض ابتلا به چه بیماری قرار دارد؟

- الف- TORCH
- ب- سیفلیس مادرزادی
- ج- عفونت چشمی نوزادی
- د- عوارض عصبی

۱۲۴- جهت کنترل تنفس نوزاد، پرستار باید بداند

- الف- تنفس نوزاد عمیق و توأم با رتراکسیون دنده است.
- ب- سطحی و توراسیک می‌باشد.
- ج- منظم و ریتمیک است.
- د- شکمی و نامنظم است.

۱۲۵- هنگام تولد یک نواد ناهنجار بهترین زمان آگاه‌سازی والدین از مشکل کودک چه زمانی است؟

- الف- هنگامی که برای اولین شیردهی نوزاد به مادر داده می‌شود.
- ب- هنگامی که والدین وجود مسئله غیرطبیعی را مورد سؤال قرار می‌دهند.
- ج- بلافاصله بعد از زایمان هنگامی که مادر هنوز در اتاق زایمان است.
- د- ۲۴ ساعت بعد از زایمان هنگامی که مادر نیروی خود را بازمی‌یابد.

۱۲۶- مادری چهارمین فرزند خود را به دنیا آورده است. او به پرستار می‌گوید به دلیل ازدیاد مسئولیت‌ها در منزل نمی‌تواند کودک را در آغوش گرفته و به او شیر دهد. بهترین پاسخ از نظر شما کدام است؟

- الف- به نظر می‌رسد نگران زمان‌بندی کارهای خود باشید، بیشتر برایم در این مورد صحبت کنید.
- ب- این کار خطرناک بوده و ممکن است سبب آسپیراسیون نوزاد شود.
- ج- در آغوش گرفتن نوزاد حین شیردهی برای تکامل او ضروری است.
- د- شما در این زمینه مختار هستید، کاری که به نظرت درست است انجام بده.

۱۲۷- پس از یک لیبر ۸ ساعته برنامه‌ریزی نشده تحت بلوک اپیدورال، نوزادی پسر متولد شده است. پرستار نوزاد را بر روی بازوهای مادر قرار می‌دهد. مادر از او می‌پرسد آیا کودک سالم است؟ بهترین پاسخ کدام است؟

- الف- اغلب کودکان از جمله پسر شما طبیعی هستند.
- ب- او باید طبیعی باشد، زیرا با قدرت گریه می‌کند.
- ج- بله، چون بارداری و زایمان طبیعی بوده است.
- د- او برهنه است پس می‌توانی او را به‌طور کامل بررسی کنی.

۱۲۸- طی مرحله **Taking hold** پرستار انتظار دارد مادر

- الف- با نوزاد خود صحبت کند.
- ب- نوزاد خود را با نام صدا کند.
- ج- نوزاد را با انگشتان خود لمس کند.
- د- به شکل غیرفعال درگیر مراقبت از نوزاد شود.

۱۲۹- پرستار برای تسهیل دلبستگی عاطفی مادر و نوزاد بعد از زایمان باید بدانند مهمترین عامل در این زمان

- الف- نوع بی حسی مادر حین زایمان است. ب- مدت زمان و سختی لیبر است.
ج- شرایط فیزیکی نوزاد است. د- وضعیت سلامتی مادر حین بارداری است.

۱۳۰- پرستاری که مسئول ارزیابی اولیه نوزاد است، نمره آپگار را چگونه ارزیابی می کند؟

- الف- بلافاصله بعد تولد، دقیقه اول بعد تولد، دقیقه پنجم بعد تولد
ب- بلافاصله بعد تولد، دقیقه سوم بعد تولد، دقیقه دهم بعد تولد
ج- بلافاصله بعد تولد، دقیقه پنجم بعد تولد، دقیقه دهم بعد تولد
د- ۱ دقیقه بعد تولد، بعد از قطع بند ناف، بعد از خروج جفت از رحم مادر

۱۳۱- مراقبت پرستاری از نوزادان مبتلا به آنتروکولیت نکروزان شامل کدامیک از موارد زیر است؟

- الف- دقیق سازی شیر خشک دستور داده شده و تجویز آن به نوزادان
ب- اکسیژن رسانی قبل از تعبیه سوند بینی - معدی
ج- اندازه گیری دور شکم هر ۲ ساعت
د- تجویز فرمولای غلیظ با نسبت ۱/۲ با لوله بینی - معدی

۱۳۲- وجود کدامیک از وضعیت های زیر حین انجام مراقبت از نوزاد نارس، پرستار را به وجود آنتروکولیت نکروزان، مشکوک می کند؟

- الف- وجود مقدار زیادی غذای باقیمانده در گاوژ پیش از تغذیه
ب- پیشرفت سیانوز مرکزی حین تغذیه نوزاد با لوله بینی - معدی
ج- افزایش قابل توجه دفعات دفع مدفوع
د- استفراغ جهشی محتویات خورده شده توسط کودک

۱۳۳- پرستار باید بداند که در نوزاد با سن ۳۲ هفتگی بارداری

- الف- آرئولا و نیپل ندرتاً قابل رؤیت هستند.
ب- خطوط کف دست به وضوح دیده می شود.
ج- لاله گوش هنگامی که جمع می شود، به عقب برمی گردد.
د- بیضه ها به داخل اسکروتوم نزول کرده اند.

۱۳۴- یک نوزاد SGA در بخش پذیرفته شده است، با فرکانس بالا گریه می کند، به نظر می رسد

حالت پرش داشته و تنفس وی نامنظم است. پرستار باید او را از نظر کدام مشکل بررسی کند؟

- الف- هایپوولمی
ب- هایپوگلیسمی
ج- هایپوکلسمی
د- هایپوتیروئیدی

۱۳۵- هنگام اندازه‌گیری سن تولد نوزاد، پرستار باید کدامیک از معیارهای زیر را در نظر بگیرد؟

- الف- وزن و قد هنگام تولد
ب- وجود رفلکس تونیک نک
ج- اندازه بافت پستان‌ها و ناحیه ژنیتال
د- وضعیت پوست اندام‌ها

۱۳۶- برای نوزاد یک مادر دیابتی انسولین مداوم وریدی تجویز شده است. جهت قطع این انفوزیون، پرستار باید دقت کند که

- الف- به تدریج سرعت تزریق را کم کند.
ب- او را از نظر آلکالوز متابولیک کنترل کند.
ج- تغذیه دهانی را ۴-۶ ساعت به تعویق بیندازد.
د- قند را هر ساعت با گلوکومتر کنترل کند.

۱۳۷- کدامیک از مادران زیر از نظر وجود دیسترس تنفسی در نوزاد پرخطر محسوب می‌شوند و نوزاد آنها باید از نظر RDS کنترل شوند؟

- الف- مادران دیابتی
ب- مادران با سابقه مصرف هروئین
ج- مادران مبتلا به فشار خون بارداری
د- وجود پره‌اکلامپسی در لیبر و حین زایمان

۱۳۸- پرستار هنگام لمس فوندوس ۱۸ ساعت بعد زایمان متوجه می‌شود فوندوس سفت، ۲ انگشت بالای ناف و کمی از خط وسط منحرف شده است. او باید

- الف- فوندوس را ماساژ دهد.
ب- ۰/۲ میلی‌گرم مترژن خوراکی که به صورت PRN دستور داده شده تجویز کند.
ج- زن را از نظر خالی بودن مثانه ارزیابی نماید.
د- بداند یافته‌های فوق در ۲۴ ساعت اولیه بعد زایمان طبیعی است.

۱۳۹- کدام یافته حین ارزیابی زن ۱۲ ساعت بعد زایمان غیرطبیعی در نظر گرفته می‌شود؟

- الف- افت فشار خون وضعیتی
ب- درجه حرارت 100°F
ج- برادی‌کاردی؛ نبض = ۵۵ ضربه/دقیقه
د- احساس درد در خلف پای چپ با ایجاد درسی‌فلکشن پا

۱۴۰- پرستار هنگام ارزیابی فوندوس رحم ۱ ساعت بعد زایمان متوجه می‌شود فوندوس رحم حالت لزج داشته، در خط وسط و ۱ سانتی‌متر زیر ناف قرار دارد. جریان لوشیا زیاد بوده و لخته‌ها به اندازه Plum-۲ بند انگشت می‌باشد. اولین اقدام او کدام است؟

الف - دادن لگن جهت خالی شدن مثانه

ب- ماساژ فوندوس رحم

ج- اطلاع به پزشک

د- تجویز مترژن ۰/۲ میلی گرم عضلانی در صورتی که PRN دستور شده باشد.

۱۴۱- به‌عنوان بخشی از ارزیابی بعد زایمان، پرستار پستان‌های زن نخست‌زایی را که تصمیم به شیردهی دارد، ۱ ساعت بعد زایمان معاینه می‌کند. کدام یافته مورد انتظار است؟

الف- پستان‌ها نرم، غیرحساس، وجود کلستروم ب- نشت شیر با رفلکس Let-down

ج- پستان‌ها محققن، گرم، و در لمس حساس د- دون دون بودن و تیرگی محل آرنولا

۱۴۲- مادری در مورد نحوه کاهش اضافه وزن حین بارداری از شما سؤال می‌کند. چگونه او را راهنمایی می‌کنید؟

الف- معمولاً در پایان دوره نقاهت بعد زایمان به وزن پیش از بارداری برمی‌گردید.

ب- میزان کاهش وزن برای خونریزی، دیورز و تعریق بعد زایمان ۳ پوند در نظر گرفته می‌شود.

ج- به طور میانگین بعد زایمان ۱۳-۱۱ پوند وزن کم خواهید کرد.

د- از دست دادن وزن تولید شیر را کم می‌کند، بنابراین باید دریافت کالری خود را افزایش دهید.

۱۴۳- پرستار در هنگام ویزیت مادر ۱ هفته بعد از زایمان باید بداند که در این زمان مادر
.....

الف- تمایل زیادی به صحبت در مورد وقایع لیبر و رفتارهای خود در طول زایمان دارد.

ب- دچار یک کاهش تمرکز بوده، در نتیجه یادگیری آن محدود است.

ج- در میان نحوه برآورده سازی نیازهای تغذیه‌ای و مراقبتی خود و نوزاد، سردرگم است.

د- در حال بازسازی نقش خود به عنوان همسر/ شریک جنسی است.

۱۴۴- یک زن نخست‌زا بعد از لیبری طولانی و سخت از شیردهی به نوزاد امتناع نموده و می‌گوید

خسته است و می‌خواهد بخوابد. پرستار باید

الف- به او بگوید می‌توانید بعد از رفع نیازهای نوزاد بخوابید.

ب- بداند این رفتار مربوط به مرحله Taking- hold است.

ج- رفتار فوق را گزارش نماید، زیرا بیانگر دلبستگی عاطفی نارسا میان مادر و نوزاد می باشد.

د- کودک را به نرسری منتقل کرده و به مادر بگوید استراحت او بسیار مهم است.

۱۴۵- با در نظر گرفتن نیازهای روانی زن در پس از زایمان بگوئید در مرحله Taking-in پرستار

باید

الف- مراقبت فعال از نوزاد را ترغیب کند.

ب- فرصتی فراهم آورد تا مادر در مورد وقایع لیبر صحبت کند.

ج- عدم تمرکز مادر و کاهش یادگیری مادر را با مواد آموزشی نوشتاری افزایش دهد.

د- با تشویق مادر به انجام مراقبت‌های بهداشتی خود کسب استقلال را در وی افزایش دهد.

۱۴۶- کدام اقدام کمترین ارزش را در کنترل خونریزی بعد از زایمان دارد؟

الف- تجویز مترژن ۰/۲ میلی گرم هر ۶ ساعت تا ۴ روز

ب- تشویق زن به دفع ادرار هر ۲ ساعت

ج- ماساژ رحم هر ساعت تا ۲۴ ساعت

د- آموزش به مادر در مورد اهمیت استراحت و تغذیه در پیشبرد بهبودی

۱۴۷- کدام جمله در مورد ارزیابی مادر در دوران نقاهت بعد از زایمان صحیح است؟

الف- پرستار باید به مادر توصیه کند به پهلو خوابیده و جهت تسهیل معاینه پرینه، پای فوقانی خود را خم کند.

ب- پرستار باید به مادر توصیه کند به پشت خوابیده و جهت تسهیل معاینه، بازوها را بالای سر برده و پاها را کشیده و باز کند.

ج- پرستار باید به مادر توصیه کند جهت تسهیل لمس فوندوس حین معاینه قبل انجام آن ادرار نکند.

د- پرستار باید پیش از معاینه، دست‌ها را به طور کامل شستشو داده و دستکش بپوشد.

۱۴۸- پستان‌های زنی که تصمیم به شیردهی ندارد، محققن است. توصیه کدام مورد صحیح

است؟

الف- پوشیدن کرس‌های سفت و حمایتی

ب- استفاده دوش آب گرم جهت تسکین

ج- دوشیدن شیر جهت تسکین ناراحتی

د- گذاشتن پد جاذب لاستیکی در کمرست جهت جذب نشت شیر

۱۴۹- مراقبت پری‌ناتال یک معیار مهم در کنترل عفونت است. در صورت مشاهده کدامیک از

موارد زیر پرستار باید به مادر تذکر دهد؟

الف- تعویض پد پرینه با فواصل ۲ ساعت

ب- شستشوی پرینه از ناحیه سمفیزیس پوبیس به سمت محل اپیزیوتومی

ج- شستشوی پرینه و ولو با آب گرم و صابون

د- شستشوی پرینه با استفاده از بطری برای پاشیدن آب به داخل واژن

۱۵۰- بکارگیری کدامیک از اقدامات زیر توسط پرستار موجب تسهیل دلبستگی عاطفی میان مادر

و نوزاد می شود؟

الف- تشویق والدین به خواباندن نوزاد در تخت خود

ب- انجام تمامی مراقبت‌های مادر و نوزاد تا زمان ترخیص

ج- تشویق مادر به در آغوش گرفتن نوزاد در زمان گریه

د- صحبت با نوزاد با صدای آرام و ملایم

۱۵۱- پرستار آموزش‌های حین ترخیص را به مادر ارائه می دهد. کدامیک از جملات زیر حاکی

از آن است که مادر آموزش ارائه شده را آموخته است؟

الف- در صورت بروز کرامپ رحمی حین شیردهی با پزشک تماس خواهم گرفت.

ب- در صورت بروز هرگونه درد، قرمزی، یا احتقان در پستان‌ها مراجعه به پزشک ضروری است.

ج- در صورت بروز تعریق شبانه باید به پزشک مراجعه کنم.

د- در صورت خونریزی شدید واژینال طی هفته اول باید به پزشک مراجعه کنم.

۱۵۲- مادر پس از زایمان به بخش منتقل می‌شود. ضمن انتقال متوجه می‌شوید به شدت می‌لرزد.

اولین اقدام شما در این شرایط کدام است؟

ب- تماس با پزشک

الف- پوشاندن مادر با پتوی گرم

د- قرار دادن مادر در وضعیت ترندلنبرگ

ج- ماساژ فوندوس رحم

۱۵۳- پرستار جهت ارزیابی وجود ترومبوفلیت بعد از زایمان چگونه عمل می‌کند؟

- الف- از بیمار می‌خواهد راه برود و وجود درد را ارزیابی می‌کند.
- ب- کف پا را به طور غیرفعال به عقب خم می‌کند.
- ج- نبض های پشت و روی پا را کنترل می‌کند.
- د- میزان خونریزی واژینال را کنترل می‌کند.

۱۵۴- پرستاری حین ترخیص نحوه استفاده از لگن بتادین را به مادری با زایمان طبیعی آموزش می‌دهد. کدامیک از جملات زیر حاکی از آن است که مادر هدف استفاده از لگن بتادین را آموخته است؟

- الف- نشستن در لگن بتادین موجب بی حسی ناحیه اپیزیوتومی می‌شود.
- ب- نشستن در لگن بتادین موجب تحریک حرکات روده می‌شود.
- ج- نشستن در لگن بتادین موجب کاهش ادم و احتقان ناحیه اپیزیوتومی می‌شود.
- د- نشستن در لگن بتادین موجب تسریع التیام و راحتی می‌شود.

۱۵۵- خانمی با گذشت ۴ ساعت از زایمان هنوز ادرار نکرده است. اولین اقدام پرستار کدام است؟

- الف- لمس ناحیه سوپراپوبیک جهت کنترل پری مثانه
- ب- تشویق زن به دفع ادرار با قرار دادن مکرر او بر روی لگن
- ج- قرار دادن دست‌های زن در آب گرم جهت تحریک دفع ادرار
- د- مطلع‌سازی پزشک از وضعیت بیمار جهت تصمیم‌گیری

۱۵۶- کدامیک از شرایط زیر به خونریزی بعد از زایمان شدت می‌بخشد؟

- الف- کوتاهی زمان لیبر
- ب- بارداری چندقلویی
- ج- سابقه سزارین قبلی
- د- سن مادر ۴۰ سال یا بیشتر

۱۵۷- خانمی پس از زایمان به دلیل ترومبوفلیت در بخش شما بستری و تحت درمان با هپارین می‌باشد. کدامیک از موارد زیر حین درمان باید توسط پرستار کنترل شود؟

- الف- دیزوری، اکیموز و سرگیجه
- ب- اپیستاکسی، هماچوری و دیزوری
- ج- هماچوری، اکیموز و اپیستاکسی
- د- هماچوری، اکیموز و سرگیجه

۱۵۸- پرستار جهت انجام ارزیابی فوندوس مادر در دوران نقاهت بعد زایمان آماده می‌شود. ارزیابی را باید با رعایت کدام نکته آغاز کند؟

- الف- مادر را در وضعیت خوابیده به پهلو قرار دهد.
- ب- از مادر بخواهد به پشت خوابیده و پاهای خود را از زانو کشیده و باز کند.
- ج- از مادر بپرسد آخرین بار چه زمانی ادرار کرده و آیا مثانه او خالی است.
- د- پیش از تعیین سطح قرارگیری فوندوس به آرامی فوندوس را ماساژ دهد.

۱۵۹- فرض کنید لوشیای مادری را یک روز بعد از زایمان ارزیابی می‌کنید. لوشیا قرمز، زیاد و بدبو است. تفسیر شما از ارزیابی چیست؟

- الف- وضعیت نرمال است.
- ب- وضعیت بیانگر وجود عفونت است.
- ج- نیاز به افزایش مایعات خوراکی را نشان می‌دهد.
- د- نیاز به افزایش تحرک مادر را نشان می‌دهد.

۱۶۰- پرستار مادر را در روز ۶ بعد زایمان بررسی می‌کند. در این زمان فوندوس رحم در کدام محل باید لمس شود؟

- الف- بالای ناف
- ب- به محاذات ناف
- ج- ۲ انگشت زیر ناف
- د- بالای سمفیز پوبیس

۱۶۱- تیترا آنتی‌بادی ضد سرخجه زن زائویی منفی است. پرستار با دانستن این موضوع چه برنامه باید طراحی کند؟

- الف- کنترل حساسیت مادر به پنی‌سیلین
- ب- دادن اطمینان به زن در مورد داشتن ایمنی بر علیه سرخجه
- ج- آگاه نمودن پرستاران نرسری از یافته فوق جهت رعایت موارد احتیاط
- د- توصیه جهت انجام واکسیناسیون بعد از ترخیص

۱۶۲- مادری پرایمی‌گراویدا بعد از زایمان در هفته ۳۶ حاملگی به بخش منتقل می‌شود. بهترین اقدام جهت ارتقاء دلبستگی عاطفی میان مادر و نوزاد کدام است؟

- الف- آموزش نحوه شیردهی به مادر

- ب- دادن اجازه به مادر جهت ملاقات هرچه بیشتر نوزاد در نرسری
- ج- تشویق مادر به نگاه داشتن ۲۴ ساعته نوزاد در اتاق خود
- د- برنامه‌ریزی جهت ارائه مراقبت به مادر و نوزاد توسط یک پرستار

۱۶۳- پس از زایمان مشخص شده مادر به مشکل قلبی دچار است. پرستار از او می‌خواهد هنگام برخاستن از بستر و انجام مراقبت از خود و نوزاد حتماً از او کمک بگیرد. تأکید روی این نکته ضروری است زیرا

- الف- خونریزی دوره نفاس را به حداقل می‌رساند.
- ب- مادر با کمک قادر به انجام نقش مادری می‌باشد.
- ج- به پرستار فرصت می‌دهد نحوه مراقبت از نوزاد به مادر بیاموزد.
- د- از وارد آمدن آسیب به مادر و نوزاد در اثر خطرات بالقوه‌ای مانند سنکوپ و شلی بیش از حد جلوگیری می‌کند.

۱۶۴- کدامیک از اقدامات زیر برای خانمی که دچار یک هماتوم کوچک در ناحیه ولو می‌باشد، طی ۲۴ ساعت اول بعد زایمان اجرا می‌شود؟

- الف- ارزیابی علائم حیاتی هر ۴ ساعت
- ب- اطلاع یافته‌های ارزیابی به فرد مراقب سلامتی
- ج- ماساژ بلندی فوندوس هر ۴ ساعت
- د- قرار دادن کیسه یخ در محل

۱۶۵- کدامیک از مادران زیر از کمترین میزان خطر عفونت در دوران نقاهت بعد از زایمان برخوردار هستند؟

- الف- مادر با سابقه قبلی ابتلا به عفونت
- ب- مادر با سابقه قبلی پارگی پرده‌ها
- ج- مادر با سابقه انجام معاینات واژینال مکرر
- د- مادر با سابقه زایمان واژینال

۱۶۶- پرستار در دوران نفاس به مادر مبتلا به عفونت سیستم ادراری، استفاده از غذاهای اسیدی را مورد تأکید قرار داده است. بیان کدام جمله توسط مادر نیاز به آموزش بیشتر را نشان می‌دهد؟

- الف- مایعات حاوی بی‌کربنات را بیشتر مصرف خواهم نمود.
- ب- آب پرتقال را بیشتر مصرف خواهم نمود.

- ج- آب تمشک را بیشتر مصرف خواهم نمود.
- د- آب گوشت را بیشتر مصرف خواهم نمود.

۱۶۷- پرستاری مسئول مراقبت از مادری در معرض خطر اندومتريت در دوران نفاس است. او جهت کاهش این خطر کدام اقدام را برنامه‌ریزی می‌کند؟

- الف- توصیه به مادر جهت قرار دادن کودک در وضعیت صحیح جهت شیردهی
- ب- تشویق مادر به خروج از تخت و حرکت هرچه سریع‌تر
- ج- مرور نحوه شستشوی دست‌ها و طریقه انجام مراقبت‌های اولیه واژینال با مادر
- د- صحبت با مادر در مورد مراقبت‌های خانگی و سایر فعالیت‌ها

۱۶۸- کدامیک از علائم زیر در خانمی که در خطر ابتلا به آندومتريت است، باید توسط پرستار کنترل شود؟

- الف- درجه حرارت دهانی مادر برابر $101/2^{\circ}\text{F}$ ب- محل رحم ۲ انگشت زیر ناف و سفت آن
- ج- تندرینس شکمی و لرز د- افزایش اشتها

۱۶۹- پرستار حین مراقبت از خانم مبتلا به آندومتريت در دوران نفاس متوجه می‌شود تمایل او برای مراقبت از نوزاد اندک است. انجام کدام مداخله از سوی پرستار در این راستا مؤثرتر می‌باشد؟

- الف- تشویق مادر به مصرف داروهای ضد درد توصیه شده
- ب- حفظ مادر در وضعیت خوابیده به پشت
- ج- محدودیت مصرف مایعات
- د- درخواست از خانواده جهت مشارکت در مراقبت از کودک

۱۷۰- نحوه ارزیابی مقدار لوشیا در دوران نفاس چگونه است؟

- الف- حجم خونریزی با مشاهده آلودگی پد پرینه تخمین زده می‌شود.
- ب- پد پیش جایگذاری و بعد از برداشتن توزین و زمان استفاده نیز در نظر گرفته می‌شود.
- ج- حجم خونریزی با ثبت گزارش مادر در هر ساعت درباره تعویض پد تخمین زده می‌شود.
- د- حجم خونریزی با مشاهده آلودگی پد پرینه ضمن در نظر گرفتن مدت زمان جایگذاری پد تخمین زده می‌شود.

۱۷۱- وجود کدامیک از موارد زیر باید به عنوان عامل خطری برای تأخیر در برگشت پذیری رحم در دوران نفاس در نظر گرفته شود؟

الف- افزایش قابل توجه سطح استروژن و پروژسترون در مقادیر آزمایشگاهی

ب- درجه حرارت دهانی برابر 99°F بعد از زایمان

ج- وجود پس‌دردهای زایمانی

د- باقی ماندن قطعاتی از جفت در رحم

۱۷۲- پرستار حین مطالعه گزارش مادر در دوران نفاس متوجه تزریق متیل ارگونوآوین (مترژن) به مادر می‌شود. علت تجویز این دارو چیست؟

الف- طبیعی نمودن فشار خون مادر

ب- کاهش خونریزی رحمی

ج- کاهش انقباضات رحمی

د- کاهش مقدار بالای لوشیا

۱۷۳- مادر در دوران نفاس به دنبال زایمان سزارین با بی‌حسی اپیدورال دچار گیجی شده و تنفس او به ۸ تنفس/ دقیقه کاهش یافته است. پزشک احتمالاً چه دارویی را به او تجویز خواهد کرد؟

الف- میردین هیدروکلراید

ب- نالوکسان

ج- بتامتازون

د- مرفین سولفات

۱۷۴- پرستار بلافاصله بعد از زایمان، پیش از ارزیابی برگشت‌پذیری رحم باید چه مداخله‌ای انجام دهد؟

الف- علائم حیاتی مادر را کنترل کند.

ب- صداهای روده مادر را سمع کند.

ج- فوندوس رحم را لمس کند.

د- مقدار درناژ موجود را از روی پد پرینه کنترل کند.

۱۷۵- مادری مبتلا به ایدز در دوران نفاس از پرستار می‌پرسد برای شیردهی به نوزاد باید چه اقدامی انجام دهم. بهترین پاسخ کدام است؟

الف- شما باید تا ۶ ماه کودک را با شیر خود تغذیه کنید و از آن به بعد باید به او شیر خشک بدهید.

ب- شما باید تا ۹ ماه کودک را با شیر خود تغذیه کنید و از آن به بعد باید به او شیر خشک بدهید.

ج- شما باید به کودک خود با لوله بینی - معدی شیر دهید.

د- شما باید کودک را با شیر خشک تغذیه کنید.

۱۷۶- پرستار حین مراقبت از مادری که سابقه جفت سرراهی داشته و بعد از زایمان به بخش منتقل شده است، باید کدام عارضه را در نظر داشته باشد؟

- الف- خونریزی
ب- عفونت
ج- فشار خون بالا
د- انعقاد درون عروقی منتشر

۱۷۷- فرض کنید مراقبت از مادری بعد از زایمان یک نوزاد کاملاً سالم به شما واگذار شده است. نحوه کنترل علائم حیاتی مادر در ابتدا چگونه است؟

- الف- هر ۳۰ دقیقه طی ساعت اول و سپس هر ساعت تا ۲ ساعت
ب- هر ۱۵ دقیقه طی ساعت اول و سپس هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت
ج- هر ساعت طی دو ساعت اول و سپس هر ۴ ساعت تا ۲۴ ساعت
د- هر ۵ دقیقه طی ۳۰ دقیقه اول و سپس هر ساعت تا ۴ ساعت

۱۷۸- پرستار درجه حرارت مادری را ۴ ساعت بعد از زایمان کنترل و گزارش می‌کند؛ $T: 38^{\circ}C$ ؛ با توجه به این یافته، بهترین اقدام کدام است؟

- الف- کنترل مجدد درجه حرارت ۱۵ دقیقه بعد
ب- اطلاع به پزشک
ج- ثبت یافته
د- افزایش مایعات با تشویق بیمار به مصرف مایعات خوراکی

۱۷۹- مادری ۶ ساعت بعد از زایمان یک نوزاد ترم سالم از وجود خستگی و سرگیجه شکایت می‌کند. مناسب‌ترین اقدام پرستار کدام است؟

- الف- کنترل سطح هموگلوبین و هماتوکریت
ب- توصیه به مادر جهت درخواست کمک برای خروج از بستر
ج- بالا بردن پاهای مادر
د- درخواست از پرستار نوزادان برای جلوگیری از دادن نوزاد به مادر تا رفع این حالات

۱۸۰- بهترین راه تشخیص هماتوم ولو حین ارزیابی در دوران نفاس خانمی که بی‌حسی اپیدورال داشته، کدام است؟

- الف- تغییر علائم حیاتی
ب- شکایت مادر از درد شدید
ج- علائم کبودی شدید ناحیه
د- شکایت مادر از احساس سوزش

۱۸۱- فرض کنید مادری از شما می‌پرسد چند روز بعد از زایمان حرکات دودی او برگشته و دفع خواهد داشت؟

- الف- یک روز بعد زایمان
ب- طی روز سوم دوره نقاهت بعد زایمان
ج- طی روز هفتم دوره نقاهت بعد زایمان
د- بعد از گذشت ۲ هفته از دوره نقاهت بعد زایمان

۱۸۲- بهترین نوع نیپل جهت شیردهی به نوزاد کدام است؟

- الف- مسطح
ب- فرورفته
ج- برجسته
د- خوابیده

۱۸۳- پرستار در بخش نقاهت بعد از زایمان به مادر می‌گوید حجم لوشیا بعد از زایمان بسیار زیاد است، ولی هرگز تعداد پدهای تعویضی بیش از پد در روز نیست.

- الف- ۱
ب- ۲
ج- ۳
د- ۸

۱۸۴- مادری بعد از انجام جراحی جهت تخلیه هماتوم پری واژینال و بهبود وضعیت در روز سوم نقاهت بعد زایمان از بیمارستان ترخیص می‌شود. بیان کدام جمله از سوی مادر نیاز به آموزش بیشتر را نشان می‌دهد؟

- الف- برای نگهداری از کودک باید از فرد دیگری مانند مادرم استفاده کنم.
ب- به دلیل آسیب باید در وضعیت خوابیده به پهلو به نوزاد شیر بدهم.
ج- تا زمان ترمیم محل بخیه‌ها مجاز به مقاربت نیستم.
د- تنها داروی مصرفی من پس از ترخیص مکمل ویتامین و ملین است.

۱۸۵- مادری بعد از زایمان دچار درد قفسه سینه، تاکی‌کاردی و افزایش تعداد تنفس شده است؛ آمبولی ریوی مطرح است. اولین اقدام پرستار کدام است؟

- الف- ارزیابی فشار خون بیمار

ب- باز کردن خط وریدی

ج- تجویز اکسیژن با ماسک صورتی به میزان ۱۰-۸ لیتر

د- آماده کرن سولفات مرفین برای تزریق

۱۸۶- بیان کدام جمله از سوی مادر در مورد ماستیت نیاز به آموزش بیشتر را نشان می‌دهد؟

الف- من آنتی‌بیوتیک مصرف نموده و ظرف ۴۸-۲۴ ساعت بهتر خواهم شد.

ب- می‌توانم برای کاهش درد و ناراحتی از داروهای ضددرد استفاده کنم.

ج- برای کاهش ناراحتی باید از یک کرسست حمایتی استفاده کنم.

د- باید شیردهی را تا بهبود این حالت قطع کنم.

۱۸۷- پرستار عهده‌دار مراقبت مادری بعد از سزارین است. جهت پیشگیری از ترومبوفلیت کدام

اقدام برنامه‌ریزی می‌شود؟

ب- قرار دادن حوله مرطوب گرم روی پاها

الف- حرکت مکرر

د- بالا بردن پاها

ج- حفظ وضعیت استراحت در بستر

۱۸۸- کدامیک جزء علائم قطعی بارداری است؟

ب- حس حرکت جنین

الف- خستگی صبحگاهی

د- مثبت شدن تست حاملگی

ج- سمع صدای قلب جنین از طریق داپلر

۱۸۹- طی ۳ ماهه اول مادر باید در جهت یادگیری کدام مسئله تشویق شود؟

الف- تکامل جنین

ب- پذیرش نوزاد به عنوان عضوی از خانواده

ج- معیارهای کاهش تهوع، خستگی در جهت بهبود شرایط

د- حضور در کلاس‌های آمادگی زایمان و شیردهی

۱۹۰- کدامیک از نشانه‌های زیر به عنوان زنگ خطری برای سازگاری نامؤثر پدر در سه‌ماهه اول

بارداری در نظر گرفته می‌شود؟

الف- نگاه به بارداری به عنوان نشانه‌ای از قدرت جنسی مردانه

ب- تغییر صحبت پدر هنگام صحبت در مورد جنین/ نوزاد

ج- بیان این جمله "با تولد کودک غش خواهم کرد".

د- تجربه تهوع و خستگی، در کنار همسر، طی سه ماهه اول حاملگی

۱۹۱- مشاهده کدامیک از نتایج آزمایشگاهی زیر در اولین ویزیت مادری که در سه ماهه دوم بارداری مراجعه نموده است، نگران‌کننده است؟

الف- هماتوکریت ۳۸٪، هموگلوبین

ب- شمارش گلبول‌های سفید $6,000\text{mm}^3$ ، هموگلوبین 13g/dl

ج- پلاکت $30,000\text{mm}^3$

د- تیترا سرخچه ۱:۶

۱۹۲- هنگام تنظیم برنامه غذایی برای مادر باردار، پرستار ابتدا باید

الف- بررسی رژیم غذایی دریافتی فعلی مادر

ب- آموزش هرم غذایی به مادر

ج- هشدار به مادر در مورد اجتناب از دریافت بیش از حد مادر خصوصاً ویتامین‌های محلول در چربی

د- هشدار به مادر در مورد محدود نمودن مصرف چربی

۱۹۳- پایین‌ترین سطح قابل قبول هماتوکریت و هموگلوبین در سه ماهه سوم بارداری کدام است؟

الف- HCT : ۳۸٪ - Hgb: ۱۴ g/dl

ب- HCT : ۳۵٪ - Hgb: ۱۳ g/dl

د- HCT : ۳۲٪ - Hgb: ۱۰/۵ g/dl

ج- HCT : ۳۳٪ - Hgb: ۱۱ g/dl

۱۹۴- زوجی از پرستار می‌پرسند نحوه مقاربت حین بارداری چگونه بوده و آیا برای کودک ایمن است یا خیر؟

الف- لکه‌بینی بعد مقاربت از علل ممنوعیت مقاربت می‌باشد.

ب- مقاربت تا سه ماهه سوم مجاز است.

ج- در صورت پارگی پرده‌ها باید از روش‌های مقاربتی ایمن‌تر استفاده شود.

د- مقاربت و انزال در صورت وجود شواهد احتمال زایمان زودرس ممنوع است.

۱۹۵- مادر بارداری در هنگامی که مشغول اندازه‌گیری ارتفاع فوندوس هستید، از سرگیجه و سبکی

سر شکایت می‌کند، پوست رنگ‌پریده و مرطوب است. اولین اقدام شما کدام است؟

الف- اندازه‌گیری فشار خون و نبض مادر

ب- توصیه برای نفس کشیدن در کیسه پلاستیکی

د- چرخاندن مادر به پهلو

ج- بالا بردن پاهای مادر

۱۹۶- هنگام ارزیابی ضربان قلب جنین در هفته ۳۰ بارداری متوجه می‌شوید نبض وی ۸۲ ضربه در دقیقه است. اولین اقدام شما کدام است؟

الف- نبض در محدوده طبیعی است و باید گزارش شود.

ب- ارزیابی نبض رادیال مادر

ج- مطلع‌سازی پزشک

د- دادن اجازه به مادر برای سمع ضربان قلب

۱۹۷- جهت بهبود حالت تهوع و استفراغ مادر باردار در هفته ۷ بارداری کدامیک از توصیه‌های زیر مناسب است؟

الف- نوشیدن آب با هر وعده غذایی

ب- مصرف غذای پرپروتئین پیش از رفتن به بستر

ج- مصرف غذاهای پرچرب

د- مصرف بیسکویت پیش از برخاستن از بستر

۱۹۸- تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی زن بارداری ۱۴ خرداد بوده و قاعدگی او ۶ روز طول کشیده است. برحسب خط‌کش نگلز زمان تقریبی زایمان کدام است؟

الف- ۱۷ اسفند

ب- ۲۱ اسفند

ج- ۲۷ اسفند

د- ۱۵ اسفند

۱۹۹- خانم جوانی برای اولین بار حامله شده است، بسیار نگران افزایش وزن و تغییر اندام خود پس از زایمان بوده و مایل به رعایت رژیم در طول بارداری است. پرستار باید او را چگونه راهنمایی کند؟

الف- رژیم غذایی جهت جلوگیری از شانس مرده‌زایی به او داده می‌شود.

ب- رعایت رژیم غذایی به دلیل کوچکی چته برای او بسیار آسان است.

ج- دریافت ناکافی غذا در طول بارداری منجر به تولد نوزاد زیر وزن می‌شود.

د- دریافت ناکافی غذا در طول بارداری به پرفشاری خون و زایمان پیش از موعد منجر می‌شود.

۲۰۰- منظور از **Goodells sign** چیست؟

الف- نرمی سرویکس

ب- شنیدن صدای آرام ضربان نبض مادر هنگام سمع رحم

ج- وجود گنادوتروپین جفتی انسانی در ادرار

د- وجود حرکات جنین

۲۰۱- خانم بارداری جهت ویزیت دوره‌ای به درمانگاه مراجعه کرده است. او از وجود انقباضات نامنظم رحمی شکایت دارد. پرستار می‌گوید این انقباضات براکتون هیکس نامیده می‌شود. با این یافته، کدام اقدام باید انجام شود؟

- الف- به زن توصیه می‌شود زمان باقیمانده بارداری را تا هنگام زایمان در بستر استراحت کند.
- ب- به زن گفته می‌شود این وضعیت شایع بوده و در بیشتر حاملگی‌ها وجود دارد.
- ج- وضعیت به پزشک اطلاع داده می‌شود.
- د- زن با هماهنگی برای زایمان زودرس به بیمارستان مادران منتقل می‌شود.

۲۰۲- در خانم‌هایی که دچار عدم تحمل لاکتوز هستند در طول بارداری جهت تأمین کلسیم چه ماده‌ای جایگزین شیر می‌شود؟

- الف- میوه‌های خشک شده
- ب- پوره اسفناج
- ج- آب میوه تازه
- د- پنیر

۲۰۳- مادر بارداری تمایل به شناخت جنسیت جنین دارد. این امر از چه زمانی میسر است؟

- الف- هفته ۴
- ب- هفته ۶
- ج- هفته ۸
- د- هفته ۱۲

۲۰۴- صدای قلب جنین با یک فتوسکوپ معمولی از هفته چندم بارداری قابل سمع است؟

- الف- هفته ۵
- ب- هفته ۱۰
- ج- هفته ۱۶
- د- هفته ۲۰

۲۰۵- پرستار نحوه صحیح مصرف قرص‌های مکمل آهن را به خانم بارداری آموزش داده است. بیان کدام جمله از سوی مادر نشان می‌دهد او آموزش فوق را آموخته است؟

- الف- قرص‌های مکمل را همراه با شیر می‌خورم.
- ب- قرص‌های مکمل را همراه با چای می‌خورم.
- ج- قرص‌های مکمل را همراه با آب پرتقال می‌خورم.
- د- قرص‌های مکمل را همراه با قهوه می‌خورم.

۲۰۶- مادر با بیان کدام جمله به شما نشان خواهد داد نحوه پیشگیری از عفونت دستگاه تناسلی

در طول حاملگی را آموخته است؟

- الف- جهت مقاربت از کاندوم استفاده خواهم نمود.
- ب- می توانم از شورت های نایلونی استفاده کنم.
- ج- پوشیدن جین های کشی در بارداری مجاز است.
- د- هر زمان مایل باشم می توانم از دوش واژینال استفاده کنم.

۲۰۷- پرستار نحوه و میزان مصرف مایعات در بارداری را به خانم بارداری آموزش داده است. با بیان کدام جمله از سوی مادر باردار می توان فهمید آموزش فوق را آموخته است؟

- الف- من باید روزانه حداقل ۸-۱۰ لیوان مایع مصرف کنم که شامل ۶-۴ لیوان آب باشد.
- ب- من باید روزانه ۱۲ لیوان آب میوه یا شیر مصرف کنم.
- ج- من باید روزانه ۸-۱۰ لیوان مایع مصرف کنم که البته مایعات صاف شده غذا را جزء آن محاسبه می کنم.
- د- من باید روزانه ۱۲ لیوان آب مصرف کنم، البته قهوه و چای مصرفی هم جزء آن محسوب می شود.

۲۰۸- علامت بالوتمان جزء کدامیک از علائم بارداری محسوب می شود؟

- الف- فرضی
- ب- احتمالی
- ج- تقریبی
- د- قطعی

۲۰۹- حین ارزیابی ارتفاع فوندوس در هفته ۲۸ بارداری کدام یافته مورد انتظار است؟

- الف- بلندی فوندوس تقریباً برابر ۲۲cm
- ب- بلندی فوندوس تقریباً برابر ۳۰cm
- ج- بلندی فوندوس تقریباً برابر ۳۶cm
- د- بلندی فوندوس تقریباً برابر ۴۰cm

۲۱۰- پرستار به زن باردار می گوید حس اولین حرکت جنین نامیده می شود.

- الف- Lightening
- ب- Quickening
- ج- Ballottement
- د- Goodells sign

۲۱۱- خانم جوانی که به تازگی برای اولین بار باردار شده است، از شما می پرسد حس اولین حرکت جنین در چه ماهی رخ خواهد داد. پاسخ شما به او چیست؟

- الف- ماه سوم بارداری
- ب- ماه چهارم بارداری
- ج- ماه پنجم بارداری
- د- ماه ششم بارداری

۲۱۲- طی کلاس‌های پری‌ناتال پرستار می‌تواند با بیان چه نکاتی مادر را به شیردهی با پستان خود تشویق کند؟

- الف- شیردهی مانع تخمک‌گذاری می‌شود.
- ب- کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند کمتر به آلرژی مبتلا می‌شوند.
- ج- تنظیم تغذیه نوزاد با شیر مادر در فواصل ۴ ساعت راحت‌تر است.
- د- شیر مادر در مقایسه با شیر گاو حاوی پروتئین بیشتری است.

۲۱۳- در پایان سه ماهه اول بارداری مادر از احساس خستگی شکایت دارد. پرستار باید بداند این وضعیت، طبیعی و حاصل از است.

- الف- افزایش فشار خون
- ب- افزایش هماتوکریت
- ج- کاهش برون ده قلبی
- د- افزایش حجم خون

۲۱۴- خانم بارداری با سن بارداری ۱۶ هفته و سابقه ۳ بار سقط به درمانگاه بارداری پرخطر مراجعه نموده است. او از ماندن در خانه اظهار نگرانی می‌کند. پرستار باید دانش او را در چه زمینه‌ای ارزیابی کند؟

- الف- علل سقط خودبخودی
- ب- علائم و نشانه‌های سقط خودبخودی
- ج- ارتباط بین استراحت، رژیم غذایی و زایمان طبیعی
- د- وضعیت فعلی بارداری و دسترسی به سیستم حمایتی

۲۱۵- برای خانم باردار مبتلا به پره‌اکلامپسی که ۲ فرزند دیگر در منزل دارد، استراحت در بستر توصیه شده است. جهت تداوم همکاری بیمار باید در طرح مراقبت باید چه نکته‌ای گنجانده شود؟

- الف- پیشنهاد برای گرفتن یک نظافت‌کننده منزل
- ب- توضیح اینکه چرا استراحت در بستر ضروری است.
- ج- بیان خطرات ناشی از عدم همکاری
- د- ایجاد تعهد با مادر برای داشتن ۴ ساعت استراحت بین فعالیت‌های روزانه

۲۱۶- با انجام آمنیوسنتز در هفته ۱۶ بارداری وجود سندرم داون در جنین مسجل شده است.

زوجین تصمیم به ختم بارداری دارند. پرستار حین آماده‌سازی زن برای جراحی، باید آگاه باشد که

- الف- خطر عفونت بعد از جراحی زیاد است.
- ب- زن از نظر احساسی در این زمان متعادل نیست.
- ج- انتخاب یک روش ضد بارداری باید در برنامه مراقبت بعد از عمل گنجانده شود.
- د- زن در این زمان نیاز به بیان احساس تقصیر، گناه و ناامیدی دارد.

۲۱۷- تحقیق بر روی عوامل عاطفی دوره بارداری نشان می دهد که

- الف- عدم پذیرش بارداری موجب عدم پذیرش نوزاد می شود.
- ب- عدم تعادل عاطفی و اضطراب در مورد پذیرش نقش مادری شایع است.
- ج- تکامل عشق مادری تا یک هفته بعد از تولد نوزاد به اتمام می رسد.
- د- تجارب مطلوب مادری در گرو نبود اضطراب و عدم تعادل عاطفی ممکن می شود.

۲۱۸- همسر خانم بارداری به شما مراجعه و ابراز می کند "همسر من در هفته ۱۰ بارداری است. رفتارهای او عجیب به نظر می رسد، لحظه ای می خندد بعد به شدت گریه می کند. آیا دچار مشکلی شده است؟" پاسخ شما به او چیست؟

- الف- این حالتی طبیعی است و در سه ماهه دوم برطرف می شود.
- ب- این وضعیت نتیجه عدم سازگاری با حاملگی است. من او را به یک مشاور ارجاع خواهم داد.
- ج- به این حالت عدم تعادل عاطفی گویند و مربوط به تغییرات هورمونی و اضطراب است. تغییرات خلق با سازگاری یافتن با حاملگی برطرف می شود.
- د- به نظر می رسد خلقیات همسران را به خوبی نمی شناسید. شاید همیشه رفتار او اینگونه بوده است.

۲۱۹- خانم بارداری، مادر ۲ فرزند به شما مراجعه کرده است؛ اولین بارداری او با مرده‌زایی در هفته ۳۲ ختم شده است. مدت بارداری در دومین حاملگی ۳۶ هفته و فرزند متولد شده دختر بوده است. مدت بارداری در سومین حاملگی ۴۱ هفته و فرزند متولد شده پسر بوده است. با سیستم Digit شرایط او را گزارش کنید؟

ب- ۳-۱-۲-۰-۲

الف- ۴-۱-۲-۰-۲

د- ۳-۱-۱-۱-۳

ج- ۴-۲-۱-۰-۱

۲۲۰- طی ویزیت دوران پری‌ناتال زن باردار از کم‌درد شکایت می‌کند. پرستار نکات لازم را به او آموزش می‌دهد. بیان کدام جمله از سوی مادر نیاز به آموزش بیشتر را نشان می‌دهد؟

- الف- من باید سعی کنم در وضعیت مناسب قرار گیرم.
- ب- باید هرچه بیشتر ورزش‌های کششی عضلات کمر را انجام دهم.
- ج- باید از تشک سفت برای استراحت استفاده کنم.
- د- باید کفش پاشنه کوتاه بپوشم.

۲۲۱- جهت رفع یبوست در طول حاملگی، به یک خانم باردار چه توصیه‌ای می‌کنید؟

- الف- هر روز عصر یک ملین مصرف کنید.
- ب- هر روز ۶ لیوان آب بنوشید.
- ج- از مواد کم باقیمانده استفاده کنید.
- د- در صورت شدت یافتن یبوست از یک تنقیه خفیف استفاده کنید.

۲۲۲- مادر بارداری از پرستار می‌پرسد چه نوع ورزشی در طول حاملگی مفید است. چگونه او را راهنمایی می‌کنید؟

- الف- دوچرخه زدن با پاها در هوا
- ب- شنا
- ج- بسکتبال
- د- ژیمناستیک

۲۲۳- پرستار حین اولین معاینه دوران پری‌ناتال ضمن کنترل درجه حرارت زن باردار متوجه می‌شود درجه حرارت او 99°F است. کدام اقدام از نظر شما مناسب‌تر است؟

- الف- ثبت درجه حرارت
- ب- کنترل مجدد درجه حرارت با ترمومتر مقعدی
- ج- اطلاع به پزشک
- د- توصیه به مادر جهت دریافت آنتی‌بیوتیک

۲۲۴- فرض کنید زنان فوق در سه ماه اول حاملگی به کلینیک بارداری مراجعه نموده‌اند. شما کدامیک از آنها را از نظر ابتلا به ترومبوفلیبیت در دوران نفاس کم‌خطر تشخیص می‌دهید؟

- الف- خانم ۳۹ ساله سیگاری
- ب- خانم ۳۹ ساله چاق در چهارمین حاملگی
- ج- خانم ۲۶ ساله‌ای با سابقه خانوادگی ابتلا به ترومبوفلیبیت
- د- خانم ۲۲ ساله پریمی‌پارا، که قبلاً یک بار به دنبال مصرف OCP به ترومبوفلیبیت دچار شده است.

۲۲۵- پرستار در ارزیابی زن باردار در هفته ۱۶ بارداری انتظار دارد فوندوس در کدام محل باشد؟

- الف- میان سمفیزیس پوییس و ناف
ب- در محاذات ناف
ج- درست بالای سمفیزیس پوییس
د- در سطح زائده گزیفوئید

۲۲۶- زن بارداری در ماه اول بارداری با پرستار تماس گرفته و از دفع ترشحات واژینال بی‌رنگ، نازک و قابل توجه شکایت می‌کند. پرستار باید به او چه بگوید؟

- الف- سریعاً به درمانگاه مراجعه کنید.
ب- سریعاً این مشکل را با بخش اورژانس مرکز مادران مطرح کنید.
ج- این وضعیت ممکن است ناخوشایند باشد، ولی طبیعی است.
د- در صورت ناراحتی از تامپون استفاده کنید، البته به خاطر داشته باشید هر ۲ ساعت آن را تعویض کنید.

۲۲۷- کدامیک از غذاهای زیر حاوی اسید فولیک بیشتری است و مصرف آن در بارداری توصیه می‌شود؟

- الف- سبزیجات برگ سبز
ب- حبوبات
ج- مرکبات
د- گوشت

۲۲۸- کدامیک از آموزش‌های زیر به خانم باردار جهت کاهش تندرns پستان‌ها در سه ماهه اول حاملگی ارائه می‌شود؟

- الف- از کرسست استفاده نکنید.
ب- هر روز نیپل و آرنول پستان را با آب و صابون شسته و با لوسیون ماساژ دهید.
ج- جهت راحتی، بلوزهای تنگ بپوشید.
د- پستان‌ها را با گرم شسته و خشک نگاه دارید.

۲۲۹- بیان کدام جمله از سوی مادر نشان می‌دهد آموزش مربوط به شمارش لگدهای جنین را نیاموخته است؟

- الف- من باید دست خود را بر روی بلندترین بخش شکم گذاشته و تعداد لگدهای جنین را بشمارم.
ب- من باید تعداد حرکات یا لگدها را گزارش کنم.

- ج- من باید جهت انجام این، به پشت بخوابم.
د- در صورت کاهش حرکات به کمتر از ۱۰ حرکت در ۱۲ ساعت باید به پزشک مراجعه کنم.
- ۲۳۰- بیان کدام جمله از سوی مادر نشان می‌دهد آموزش مربوط به نحوه پیشگیری از سوزش سر دل را فرا گرفته است؟
- الف- به مدت یک ساعت بعد از صرف غذا دراز بکشم.
ب- از مصرف میان وعده باید اجتناب کنم.
ج- جهت طعم بخشیدن به غذا فلفل را جایگزین نمک کنم.
د- از مصرف غذاهای نفاخ و چرب پرهیز کنم.
- ۲۳۱- بیان کدام جمله از سوی مادر نشان می‌دهد آموزش مربوط به نحوه پیشگیری از واریس در طول بارداری را نیاموخته و به آموزش بیشتر نیاز دارد؟
- الف- از جوراب‌های شلواری حمایتی استفاده خواهم کرد.
ب- کفش‌های پاشنه کوتاه می‌پوشم.
ج- از جوراب‌های شلواری ساق پا استفاده کرده و تا ۸ ساعت آن را خارج نخواهم کرد.
د- از جوراب‌های شلواری دارای شورت استفاده خواهم کرد.
- ۲۳۲- خانم بارداری در ویزیت دوره‌ای از وجود آفت دهانی شکایت کرده و می‌گوید ضایعات دردناک بوده و به راحتی خونریزی می‌کند. پرستار مصرف چه موادی را به او توصیه می‌کند؟
- الف- افزایش مصرف نان و بیسکویت در روز
ب- مصرف روزانه سبزیجات و میوه‌های تازه
ج- مصرف ۸ لیوان آب با هر وعده غذایی
د- مصرف روزانه بیسکویت نمکی قبل از برخاستن از بستر
- ۲۳۳- خانمی در ۳ ماهه دوم بارداری به شما مراجعه و در مورد نحوه درمان هموروئید از شما سؤال می‌کند. بیان کدام جمله از سوی مادر نشان می‌دهد آموزش مربوطه را نیاموخته و به آموزش بیشتر نیاز دارد؟
- الف- استفاده از کیسه آب یخ به کاهش تورم محل هموروئید کمک خواهد کرد.
ب- استفاده از کیسه آب گرم به کوچک شدن هموروئید کمک خواهد کرد.

ج- هنگام اجابت مزاج باید از زور زدن اجتناب کنم.
د- به آرامی برآمدگی هموروئید را به داخل رکتوم هدایت می‌کنم.

۲۳۴- پرستار می‌خواهد وجود علامت بالوتمان را در خانم بارداری ارزیابی کند. نحوه ارزیابی این علامت چگونه است؟

الف- سمع صدای ضربان قلب جنین
ب- لمس شکم در جهت درک حرکات جنین
ج- ارزیابی نازکی سرویکس
د- راندن آرام رو به بالای سرویکس با انگشت

۲۳۵- محدوده طبیعی ضربان قلب جنین در هفته ۳۶ بارداری کدام است؟

الف- ۸۰ ضربه در دقیقه
ب- ۱۰۰ ضربه در دقیقه
ج- ۱۵۰ ضربه در دقیقه
د- ۱۸۰ ضربه در دقیقه

۲۳۶- مادری از پرستار می‌پرسد ضربان قلب جنین را از چندمین هفته بارداری می‌توان سمع کرد. پرستار در پاسخ به او می‌گوید صدای قلب جنین با داپلر از هفته بارداری قابل سمع است.

الف- در ابتدای هفته ۴-۲
ب- در ابتدای هفته ۷-۵
ج- در ابتدای هفته ۹-۷
د- در ابتدای هفته ۱۲-۱۰

۲۳۷- خانم بارداری در سه ماهه دوم بارداری جهت معاینات دوره‌ای مراجعه کرده است. پرستار در صورت وجود کدام وضعیت باید او را جهت انجام بررسی بیشتر به پزشک ارجاع دهد؟

الف- افزایش ثابت بلندی فوندوس رحم
ب- ضربان قلب جنین برابر ۱۸۰ ضربه در دقیقه
ج- وجود براکستون هیکس
د- حس حرکات جنین

۲۳۸- مادر بارداری از ناخوشی صبحگاهی شکایت دارد. بهترین آموزش در جهت رفع این حالت کدام است؟

الف- مایعات دریافتی را افزایش دهید.
ب- کلسیم رژیم غذایی خود را افزایش دهید.
ج- هر روز ۳ وعده غذایی مختصر مصرف کنید.
د- از گرسنگی طولانی مدت اجتناب کنید.

۲۳۹- خانم باردار مبتلا به بیماری قلبی از سوزش سر دل شکایت دارد. هنگام تجویز آنتی‌اسید پرستار باید دقت کند داروی تجویزی حاوی کدامیک از مواد زیر نباشد؟

- الف- سدیم
ب- کلسیم
ج- آلومینیوم
د- منیزیم

۲۴۰- یک زن باردار می‌تواند خطر ابتلا به توکسوپلاسموز را کاهش دهد با

- الف- اجتناب از تماس با گربه، فضولات حیوانی، موش خرما
ب- رعایت مطلوب بهداشت ناحیه تناسلی
ج- تماس جنسی ایمن با استفاده از وسایل مانع مانند کاندوم
د- حفظ رژیم غذایی توصیه شده در طول بارداری

۲۴۱- قرار دادن مادر در وضعیت استراحت در بستر جهت پیشگیری از زایمان زودرس موجب کدامیک از عوارض جانبی زیر می‌شود؟

- الف- افزایش وزن مادر
ب- اسهال
ج- افزایش حجم پلاسمای خون و برون‌ده قلبی مادر
د- کاهش بافت استخوانی با از دست دادن کلسیم

۲۴۲- خانمی طی تماس تلفنی با شما می‌گوید خونریزی واژینال دارد. به عنوان یک پرستار واکنش شما چگونه باید باشد؟

- الف- لطفاً نحوه و ماهیت خونریزی خود را برای من توضیح دهید.
ب- به بستر بروید و باقیمانده روز را استراحت کنید. در صورت تداوم خونریزی مجدداً با من تماس بگیرید.
ج- هرچه زودتر جهت کنترل به درمانگاه بیایید.
د- شما احتمالاً دچار سقط شده‌اید، به درمانگاه بیایید و تمامی پدهای خود را همراه بیاورید.

۲۴۳- در ۲۸ هفته بارداری تشخیص دیابت برای خانمی مسجل شده است. پرستار در مراقبت از این بیمار باید بداند که

- الف- در صورت ترس زن از تزریق انسولین می‌توان از داروهای خوراکی کاهنده قند خون استفاده نمود.
ب- جهت درمان کافی باید از تزریق انسولین و تعدیل رژیم غذایی استفاده شود.

ج- سطح گلوکز با اخذ نمونه ادرار ۳-۴ بار در روز و قبل خواب کنترل می‌شود.
د- غذا جهت کنترل قند خون باید در وعده‌های زیاد و حجم کم مصرف شود.

۲۴۴- خانمی مبتلا به پره‌اکلامپسی شدید با درمان وریدی سولفات منیزیم تحت درمان می‌باشد.
درمان فوق در چه صورتی موفق فرض می‌شود؟
الف- فشار خون به فشار خون پایه قبل حاملگی بازگردد.
ب- فرد دچار تشنج نشود.
ج- رفلکس‌های تاندونی عمیق کاهش یابد.
د- افزایش دفع ادرار موجب کاهش ادم شود.

۲۴۵- زودرس‌ترین علامت افت جبران‌نشده عملکرد قلب در زنان باردار مبتلا به بیماری قلبی کدام است؟
الف- ارتوپنه
ب- کاهش سطح انرژی
ج- تعریق، سرفه و دفع مکرر خلط
د- سمع رال در قله ریه

۲۴۶- خانمی جهت پیشگیری از زایمان زودرس بستری و با سولفات منیزیم وریدی تحت درمان می‌باشد. کدامیک از موارد زیر پیامد اولیه این درمان می‌باشد؟
الف- توقف انقباضات زایمانی
ب- تسریع تولید سورفاکتانت در ریه‌های جنین
ج- عدم وقوع تشنج
د- سالم ماندن غشاهای مادر

۲۴۷- خانمی با سابقه ابتلا به دیابت بارداری شده است. پرستار جهت ارائه مراقبت‌های حین بارداری باید بداند
الف- نیاز به انسولین در سه ماه اول افزایش و پس از آن کاهش خواهد یافت.
ب- خطر ابتلا به کتواسیدوز دیابتی در سه ماهه دوم و سوم بارداری بیشتر است.
ج- اولیگوهایدر و آمنیوس می‌تواند رخ داده و به دیسترس جنینی حین زایمان منجر شود.
د- سطح قند خون مادر باید بین ۱۲۵-۱۳۵ mg/dl نگاه داشته شود.

۲۴۸- خانم بارداری با سن حاملگی ۲۷ هفتگی با شما تماس گرفته و می‌گوید به نظرم زمان زایمانم فرا رسیده است. او وضعیت خود را اینگونه توصیف می‌کند: "شدت و طول انقباضات رحمی افزایش یافته و در قسمت تحتانی کمر احساس ناراحتی می‌کنم." او را چگونه راهنمایی می‌کنید؟

- الف- به سرعت خود را به بیمارستان برسانید.
ب- با ادرار کردن مثانه خود را کاملاً خالی کنید و سپس ۳-۲ لیوان آب یا مایعات بنوشید.
ج- به پشت بخوابید و به مدت ۴ ساعت انقباضات رحمی را بشمارید.
د- ۲۰ دقیقه راه بروید و انقباضات رحمی را از نظر کاهش شدت بررسی کنید.
- ۲۴۹- خانم بارداری در سن حاملگی ۱۴ هفتگی با تشخیص استفراغ بدخیم بارداری در بیمارستان بستری است. اولین اقدام در کنترل این وضعیت کدام است؟
الف- به مدت ۴۸ ساعت جهت استراحت دستگاه گوارش دریافت خوراکی محدود می‌شود.
ب- جهت کاهش استرس عاطفی مادر فرصتی جهت بیان احساسات به وی داده می‌شود.
ج- عدم تعادل مایع، الکترولیت و اسید و باز موجود جبران می‌شود.
د- توانایی مادر جهت مصرف و حفظ مایعات و مواد خوراکی جبران می‌شود.
- ۲۵۰- خانم بارداری با جفت سرراهی ۱۵ دقیقه پیش از طریق واژینال زایمان نموده است. مهمترین خطری که او را در این زمان تهدید می‌کند، کدام است؟
الف- خونریزی
ب- عفونت
ج- احتباس ادرار
د- ترومبوفلیت
- ۲۵۱- خانم بارداری با سن حاملگی ۳۶ هفته مبتلا به پرفشار خونی بارداری در بخش بستری است. علائم بیانگر پره‌اکلامپسی شدید می‌باشد. پرستار باید
الف- دوز نگهدارنده سولفات منیزم وریدی را هر ۲-۱ ساعت یک بار تجویز کند.
ب- زن را به یک اتاق نیمه خصوصی نزدیک به ایستگاه پرستاری منتقل کند.
ج- مادر را به صرف غذای پرکربوهیدرات، کم‌پروتئین و کم‌نمک تشویق کند.
د- مادر را در بستر در وضعیت نیمه نشسته قرار دهد.
- ۲۵۲- علائم تهدید به سقط در خانم بارداری با سن حاملگی ۸ هفته وجود دارد. رویکرد مناسب در این زمان جهت پیشگیری از سقط در این وضعیت کدام است؟
الف- آماده‌سازی زن برای D&C
ب- توصیه وضعیت استراحت در بستر به مدت ۱ هفته و ارزیابی مجدد
ج- آماده‌سازی زن برای سونوگرافی به منظور ارزیابی سلامت و یکپارچگی ساک حاملگی

د- اطمینان بخشی به مادر در مورد از دست رفتن جنین و اینکه او می تواند بعد از یک ماه مجدداً حامله شود.

۲۵۳- طی ارزیابی روانی - اجتماعی زن باردار، پرستار با شنیدن کدام جمله از سوی مادر باید احتمال ابتلا به ایدز را در نظر بگیرد؟

الف- دادن سابقه سوء مصرف مواد تزریقی

ب- تاریخچه ای از داشتن یک شریک جنسی در ۱۰ سال گذشته

ج- عدم وجود سابقه ابتلا به عفونت های منتقله از راه جنسی

د- وجود سابقه داشتن شریک جنسی از جنس مخالف

۲۵۴- مادر بارداری با سابقه ابتلا به بیماری قلبی که کودکی ۱۸ ماهه دارد به شما مراجعه و درخواست می کند او را به مرکز حمایتی مناسب ارجاع دهید. در این شرایط حمایت مناسب باید بر روی چه اصلی متمرکز شود؟

الف- آماده سازی ماد برای لیبر و زایمان

ب- کاهش استرس و خستگی مفرط مادر

ج- آماده سازی کودک ۱۸ ماهه برای جدایی از مادر در طول مدت بستری

د- پیشگیری از تماس مادر با پاتوژن های محیط و عفونت متعاقب آن

۲۵۵- پرستار در حال آموزش مادر مبتلا به دیابت می باشد. بیان کدام جمله از سوی مادر نیاز به آموزش بیشتر را نشان می دهد؟

الف- من باید رژیم دیابتی را در طول بارداری رعایت کنم.

ب- من باید قند خون خود را روزانه کنترل کنم.

ج- من باید از ورزش اجتناب کنم، زیرا بر روی تولید انسولین اثر منفی دارد.

د- من باید علائم عفونت را شناخته و هرگونه مشکل را سریعاً به مراقب بهداشتی اطلاع دهم.

۲۵۶- انجام کدام مداخله اولیه در هر بار ویزیت خانگی زن مبتلا به پره اکلامپسی توسط پرستار ضروری است؟

الف- کنترل حرکات جنین

ب- توصیه به حفظ وضعیت استراحت مطلق در بستر

ج- کنترل سطح گلوکز خون مادر
د- تأکید بر حفظ رژیم غذایی کم‌سدیم

۲۵۷- در مراقبت از زن مبتلا به مول‌هیداتی‌فورم پرستار باید بداند کدامیک از شرایط زیر با این مشکل ارتباطی ندارد؟

الف- بالا بودن سطح گنادوتروپین کوریون‌های انسانی
ب- خونریزی واژینال
ج- حرکات بیش از جنین
د- بزرگ بودن رحم نسبت به سن بارداری

۲۵۸- برای زن باردار مبتلا به پره‌اکلامپسی، سولفات منیزیم توصیه شده است. هدف از این توصیه چیست؟

الف- افزایش دفع ادرار
ج- جلوگیری از تشنج
ب- آرام‌بخشی
د- کاهش پرفشاری خون

۲۵۹- بهترین پوزیشن جهت استراحت در بستر زن مبتلا به پره‌اکلامپسی کدام است؟

الف- لیتوتومی
ج- نیمه نشسته
ب- خوابیده به پهلو چپ
د- خوابیده به پشت تعدیل شده

۲۶۰- خانم بارداری با سابقه روماتیسم قلبی خفیف در هفته ۶ بارداری به شما مراجعه و از ادم مختصر زانو شکایت می‌کند. پرستار به او توصیه می‌کند.....

الف- در طول روز مصرف مایعات خود را محدود کنید.
ب- از دریافت نمک در ۳ ماه آینده اجتناب نمایید.
ج- در طول روز مکرراً پاهای خود را بالا قرار دهید.
د- جهت دریافت مدر خفیف سریعاً با پزشک خود تماس بگیرید.

۲۶۱- خانمی با تشخیص احتمالی جفت سرراهی در بخش بستری است. انجام کدام اقدام از سوی پرستار ضروری می‌باشد؟

الف- کنترل زن باردار از نظر خونریزی
ج- قطع دریافت غذا و مایعات خوراکی
ب- تشویق زن باردار به حرکت تحت نظارت
د- قطع کلیه محرک‌های خارجی

۲۶۲- زن بارداری با سابقه قبلی دیابت از شما می‌پرسد چرا در طول بارداری نمی‌تواند به مصرف قرص‌های کاهنده قند خون خوراکی ادامه دهد. پاسخ شما به او چیست؟

الف- این قرص‌ها ممکن است موجب ایجاد ناهنجاری در کودک شوند.

ب- اثرات خارجی انسولین بر روی حاملگی تعیین نشده است.

ج- در ماه‌های آخر بارداری معمولاً با مصرف قرص نمی‌توان افزایش قند خون را کنترل کرد.

د- پانکراس جنین در اثر ناتوانی مادر جهت ترشح انسولین کافی

۲۶۳- زن بارداری مبتلا به دیابت حاملگی در هفته ۳۹ بارداری جهت آمادگی زایمان در بیمارستان بستری می‌شود. او علت بستری زودهنگام خود را نمی‌داند. چگونه به سؤال وی در این مورد پاسخ می‌دهید؟

الف- جهت آمادگی برای فعالیت‌های لیبر، شما به استراحت کامل نیاز دارید.

ب- تکامل جنین کامل شده و باید بررسی شود.

ج- بعد از هفته ۳۶ بارداری ممکن است مرگ جنین رخ دهد.

د- پیش از لیبر باید انسولین به صورت وریدی برای شما تجویز شود.

۲۶۴- بعد از سقط خودبخودی، زوجین بسیار ناراحت به نظر می‌رسند. پدر چشم‌هایش مملو از اشک است و مادر روی خود را به دیوار کرده و آرام می‌گیرد. شما به عنوان یک پرستار به آنها چه باید بگویید؟

الف- ناراحتی شما قابل انتظار است، ولی جای خوشحالی است که به زودی می‌توانید مجدداً باردار شوید.

ب- می‌بینم هر دوی شما بسیار ناراحت هستید. شما را تنها می‌گذارم ولی در بخش هستیم، هر زمان به آن نیاز داشتید مرا صدا کنید.

ج- ناراحتی شما قابل انتظار است ولی به زودی ناراحتی شما برطرف خواهد شد.

د- ناراحتی شما قابل انتظار است ولی جای خوشحالی است که این اتفاق در ماه‌های آخر نیفتاد و شما بارداری را کامل نکردید.

۲۶۵- حمایت از زوجی که تصمیم به سقط جنین ناهنجار گرفته‌اند مهم است، زیرا:

الف- حمایت از زوجین موجب رفع احساس تقصیر در آنها می‌شود.

ب- حمایت از زوجین برای حفظ یکپارچگی خانواده اساسی است.

ج- آنها قانوناً در برابر تصمیم‌گیری خود مسئولند.

د- حمایت از زوجین فشار حاصله از تصمیم‌گیری را برطرف می‌کند.

۲۶۶- در هفته ۱۲ بارداری محصول بارداری به طور کامل دفع می‌شود، چون زن RH منفی است. پرستار باید

الف- ظرف ۷۲ ساعت به مادر آمپول رگام تزریق کند.

ب- به مادر توصیه کند در اولین ویزیت آمپول رگام تزریق کند.

ج- بداند نیازی به تزریق رگام پس از مرده‌زایی نیست.

د- به مادر بگوید به دلیل دفع بارداری در هفته ۱۲ حاملگی نیازی به تزریق رگام ندارد.

۲۶۷- خانم بارداری با تشخیص ترومبوفلیت در بخش بستری و تحت درمان با آنتی‌کواگولانت می‌باشد. داروی توصیه شده کدام است؟

ب- وارفارین

الف- هپارین

د- دیفنادیون

ج- دیکومارل

۲۶۸- جهت بیمار مبتلا به پره‌اکلامپسی سولفات منیزیم تجویز شده است. کدامیک از علائم زیر جزء علائم اولیه تجویز بیش از حد این دارو بوده و باید توسط پرستار مکرراً کنترل شود؟

ب- افزایش تعداد تنفس

الف- اختلال در درک

د- محور فلکس و تری عمقی

ج- پیشرفت دیس‌ریتمی قلبی

۲۶۹- هنگام تجویز سرم نرمال سالین برای انجام سقط انتخابی پرستار باید فرد را از کدام عارضه شایع هیپرناترمی آگاه سازد؟

ب- اولیگوری

الف- سردرد

د- ادم

ج- برادی‌کاردی

۲۷۰- پس از تجویز سرم نرمال سالین برای انجام سقط انتخابی، لیبر با چه فاصله زمانی ممکن است رخ دهد؟

ب- ۴ ساعت بعد از پروسیجر

الف- ۲ ساعت بعد از پروسیجر

د- چند دقیقه بعد از پروسیجر

ج- ۲۴-۸ ساعت بعد از پروسیجر

۲۷۱- به چه علت در روش ساکشن و تخلیه از لامیناریا در مرحله دیلاتاسیون استفاده می‌شود؟
 الف- با این روش دیلاتاسیون طرف ۲ ساعت رخ می‌دهد.
 ب- لامیناریا ماده‌ای هیگروسکوپیک بوده که اضافه حجم می‌یابد.
 ج- آن قوی‌تر از وسایل مورد استفاده عمل می‌کند.
 د- با این روش به بی‌حسی کمتری نیاز است.

۲۷۲- پرستار در ارزیابی زن با تشخیص احتمالی مول‌هیداتی‌فورم باید ارزیابی کدام نکته را در نظر داشته باشد؟

الف- افت فشار خون
 ب- کاهش ضربان قلب جنین
 ج- بزرگی بیش از حد شکم
 د- خونریزی شدید و بدون درد واژینال

۲۷۳- هنگام اخذ شرح حال از بیماری که در اثر حاملگی لوله‌ای دچار پارگی لوله شده است، پرستار انتظار دارد بیمار در مورد زمان شروع درد شدید در بخش تحتانی شکم و خونریزی واژینال بگوید

الف- درد از هفته ششم بارداری آغاز شده است.
 ب- شروع درد از سه ماهه آخر بارداری بوده است.
 ج- شروع درد از اواسط سه ماهه دوم بارداری بوده است.
 د- شروع درد بلافاصله بعد اوولاسیون بوده است.

۲۷۴- پرستار با وجود چه علائمی به وجود EP در زن باردار مشکوک می‌شود؟

الف- وجود یک توده تخمدانی دردناک
 ب- وجود درد کرامپی مزمن در زیر شکم
 ج- لکوره و دیزووری چند روز بعد از به تعویق افتادن قاعدگی
 د- درد تیز در بخش راست یا چپ شکم که به شانه‌ها شیفت می‌کند.

۲۷۵- شایع‌ترین نوع EP حاملگی لوله‌ای است. پارگی ناگهانی لوله موجب چه علائمی می‌شود؟

الف- خونریزی بدون درد واژینال
 ب- انقباضات متناوب شکمی
 ج- درد مبهم در بخش فوقانی شکم
 د- درد تیز در بخش تحتانی شکم

۲۷۶- دو دوره قاعدگی در خانمی به تعویق افتاده است؛ در حال حاضر با خونریزی واژینال و

درد یکطرفه در بخش تحتانی شکم به درمانگاه مراجعه کرده است. پرستار با کدام تشخیص احتمالی بیمار را به پزشک ارجاع می‌دهد؟

- الف - جفت سرراهی
ب - بارداری خارج رحمی
ج - سقط ناکامل
د - پارگی یک فولیکول رسیده

۲۷۷- پرستار بعد از سقط خودبخودی باید زن را از چه نظری کنترل کند؟

- الف - خونریزی و عفونت
ب - دهیدراتاسیون و خونریزی
ج - تأخیر در برگشت پذیری رحم و دهیدراتاسیون
د - علائم پرفشار خونی بارداری

۲۷۸- شایع‌ترین علت سقط کدام است؟

- الف - ترومای جسمی
ب - استرس‌های حل نشده
ج - ناهنجاری‌های مادرزادی
د - نقایص رویان

۲۷۹- دو دوره قاعدگی در خانمی به تعویق افتاده است، در حال حاضر با لکه‌بینی بدون درد و اژینال به درمانگاه مراجعه کرده است. پرستار با کدام تشخیص احتمالی بیمار را به پزشک ارجاع می‌دهد؟

- الف - تهدید به سقط
ب - بارداری خارج رحمی
ج - سقط فراموش شده
د - تهدید به سقط

۲۸۰- خانمی با تشخیص سقط اجتناب‌ناپذیر در بخش بستری شده است. به طور ناگهانی احساس فشار کرده و به یکباره محصولات بارداری بر روی تخت دفع می‌کند. اولین اقدام پرستار کدام است؟

- الف - انتقال سریع زن به اتاق زایمان
ب - مطلع کردن پزشک
ج - کنترل سفتی فوندوس
د - تجویز مسکن دستور داده شده

۲۸۱- خانمی به دنبال سقط ناکامل به شما می‌گوید علی‌رغم آنکه پزشک این وضعیت را برای وی شرح داده است، معنی آن را درک نمی‌کند. به عنوان یک پرستار چگونه به او پاسخ خواهید داد؟

- الف - من به درستی نمی‌دانم در این وضعیت چرا روی این مسئله تمرکز کرده‌اید.

- ب- این بدین معنی است که جنین مرده ولی بیش از ۸ هفته است که در رحم باقی مانده است.
 ج- به نظر من بهتر است این سؤال را مجدداً از پزشک خود بپرسید.
 د- این بدین معنی است که جنین خارج شده، ولی بخشی از جفت یا غشاهای هنوز در رحم باقی مانده است.

۲۸۲- ایمن ترین آنتی بیوتیک جهت درمان پیلونفریت در بارداری کدام است؟

- الف- گانتریسین
 ب- تتراسایکلین
 ج- آمپی سیلین
 د- نیتروفورانتوئین

۲۸۳- یکی از اهداف مربوط به کندگی نسبی جفت این است که بیمار علائم دیسترس جنین را نشان نخواهد داد. چگونه دستیابی به این هدف ارزیابی می شود؟

- الف- ضربان قلب جنین بین ۱۷۰-۱۸۰ ضربه در دقیقه باشد.
 ب- ضربان قلب جنین افزایش نداشته باشد.
 ج- نشانه های افت وجود داشته باشد.
 د- تغییرات کوتاه مدت وجود داشته باشد.

۲۸۴- فرض کنید در حال مراقبت از زنی در لیبر هستید. ناگهان متوجه می شوید او دچار پرولاپس بندناف شده است. به عنوان اولین اقدام او را در چه وضعیتی قرار می دهید؟

- الف- دمر
 ب- خوابیده به پشت
 ج- سجده
 د- ترندلنبرگ معکوس

۲۸۵- برای خانم مبتلا به مسمومیت بارداری سولفات منیزیم تجویز شده است. کدامیک از موارد زیر باید جهت کنترل شرایط اضطراری و افزایش بیش از حد سطح سولفات منیزیم خون در دسترس باشد؟

- الف- هارمر
 ب- زبانگیر
 ج- آمپول کلرید پتاسیم
 د- آمپول گلوکونات کلسیم

۲۸۶- خانمی مبتلا به پره اکلامپسی شدید با درمان وریدی سولفات منیزیم تحت درمان می باشد. طی تجویز این دارو پرستار باید

- الف- علائم لیبر را به دلیل تغییر سطح هوشیاری مادر ارزیابی کند.
ب- به دلیل مستعد بودن مادر جهت عفونت، علائم عفونت را هر ۲ ساعت ارزیابی کند.
ج- جهت ارزیابی سلامت جنین تست بدون استرس را با فواصل هر ۲ ساعت انجام دهد.
د- حرکات جنین را روزانه با سونوگرافی ارزیابی کند.

۲۸۷- سطح درمانی سولفات منیزیم جهت پیشگیری از تشنج ناشی از مسمومیت بارداری چند mg/dl است؟

- الف- ۱
ب- ۳
ج- ۵
د- ۱۰

۲۸۸- خانم بارداری با درد شدید شکمی به اورژانس آورده شده است. پرستار او را به دقت از نظر خونریزی پنهان کنترل می‌کند. کدامیک از یافته‌های زیر نشان‌دهنده خونریزی پنهان است؟

- الف- افزایش بلندی فوندوس
ب- خونریزی شدید واژینال
ج- وجود افت ضربان زودرس جنین بر روی مانیتور کنترل
د- درد کمر

۲۸۹- خانم بارداری در بخش مادران پذیرفته شده است. با وجود کدام شرایط، باید او را از نظر ابتلا به انعقاد درون عروقی منتشر، پرخطر در نظر گرفت؟

- الف- طی ۸ ساعت گذشته ۵۰۰cc خون را از دست داده است.
ب- تشخیص او مرگ داخل رحمی جنین است.
ج- مبتلا به پره‌اکلامپسی خفیف است.
د- افزایش وزن او در بارداری بسیار زیاد بوده است.

۲۹۰- خانم باردار مبتلا به آنمی از شرایط کودک بعد از زایمان ابراز نگرانی می‌کند. بهترین پاسخ کدام است؟

- الف- نگران نوزاد نباشید، عوارض جانبی در این موارد بسیار نادر است.
ب- نوزاد شما بعد از تولد باید چند روز در ICU باشد.
ج- شما دچار مشکل نخواهید شد اگر توصیه‌های پزشک را به دقت اجرا کنید.

د- اثرات آنمی بر روی بارداری غیرقابل پیش‌بینی است، ولی باید با یکدیگر برنامه مراقبتی را مرور کرده تا از نحوه برآورده‌سازی نیازهای تغذیه‌ای و رشد نوزاد مطمئن شویم.

۲۹۱- در حین مراقبت پری‌ناتال از خانم بارداری، متوجه آلودگی او به پاپیلوما ویروس شده‌اید. جهت حفظ سلامتی مادر در طول بارداری چه می‌کنید؟

- الف- انجام کرایوتراپی
ب- استفاده از عوامل سیتوتوکسیک
ج- شروع درمان با پودوفیلین
د- شروع درمان با ایمی‌گویمود

۲۹۲- فرض کنید نحوه مراقبت از خود در منزل را به خانم بارداری با مشکل قلبی آموزش داده‌اید؛ بیان کدام جمله درک آموزش فوق را نشان می‌دهد؟

- الف- هیچ محدودیتی برای ملاقات دیگران برای من وجود ندارد.
ب- باید از شریط پراسترس اجتناب کنم.
ج- وزن‌گیری من در بارداری مهم نیست.
د- باید به پهلوئی راست استراحت کنم.

۲۹۳- توصیه شما جهت تأخیر زایمان در خانمی که دچار خونریزی سه‌ماهه آخر بارداری است، چیست؟

- الف- انجام سونوگرافی
ب- تجویز اکسیژن با ماسک
ج- استراحت در بستر
د- انجام تست بدون استرس

۲۹۴- کدامیک از موارد زیر جزء مراقبت اولیه از زن باردار مبتلا به پره‌اکلامپسی است؟

- الف- ایزوله کردن زن در اتاق تاریک
ب- قرار دادن زن در وضعیت خوابیده به پشت
ج- تشویق زن به نوشیدن مایعات صاف شده
د- حذف کلیه محرک‌های خارجی

۲۹۵- پرستار حین کنترل علائم حیاتی خانم مبتلا به اکلامپسی بعد از تشنج متوجه می‌شود درجه حرارت وی ۳۹ درجه سانتی‌گراد است. او باید بداند که این تغییر در درجه حرارت نتیجه

.....

- الف- فعالیت شدید عضلانی است.
ب- پیشرفت عفونت سیستمیک می‌باشد.

ج- دهیدراتاسیون به دنبال از دست دادن مایعات می‌باشد.
د- اختلال در مرکز تنظیم‌کننده درجه حرارت است.

۲۹۶- آنمی در بارداری (هموگلوبین ۹g/dl-۸) زن با سابقه بیماری قلبی را با چه خطری مواجه می‌سازد؟

الف- نارسایی قلب
ب- بلوک قلبی
ج- فیبریلاسیون بطنی
د- آریتمی

۲۹۷- چرا پس از سقط انتخابی به مادر RH منفی باید آنتی‌رگام عضلانی تزریق شود؟
الف- توسعه تولید آنتی‌بادی مادری
ب- ممانعت از تولید آنتی‌بادی مادری
ج- سرکوب کردن فعالیت آنتی‌بادی‌های ضد RH
د- تسهیل تولید آنتی‌بادی‌های ایمنی مادر

۲۹۸- خانمی با خونریزی متوسط و کرامپ خفیف شکمی به درمانگاه مراجعه نموده است. مطابق اظهارات وی آخرین بار ۹ هفته پیش خونریزی قاعدگی داشته و تست خانگی حاملگی‌اش مثبت بوده است. در معاینه متوجه می‌شوید سرویکس دیلاته است. سقط او از چه نوعی است؟
الف- تهدید به سقط
ب- سقط فراموش شده
ج- سقط ناکامل
د- سقط اجتناب‌ناپذیر

۲۹۹- کدامیک از شرایط زیر در ویزیت اول پری‌ناتال کمترین خطر را از نظر احتمال سقط مطرح می‌کند؟

الف- سن ۳۵ سالگی مادر
ب- سابقه ابتلا به سیفلیس
ج- سابقه ابتلا به هرپس ژنتال
د- سابقه ابتلا به دیابت ملیتوس

۳۰۰- در بیشتر موارد وجود چه نوع گروه خونی در مادر موجب وقوع ناسازگاری خونی جنین می‌شود؟

الف- A
ب- B
ج- O
د- AB

۳۰۱- خانمی که دچار بارداری نابجا شده است از شما می‌پرسد علت درد شانه چیست؟ چگونه به او پاسخ خواهید داد؟

- الف- علت این درد اضطراب ناشی از تشخیص است.
- ب- علت این درد تغییرات قلبی ناشی از هیپوولمی است.
- ج- علت این درد تجمع خون در زیر دیافراگم است.
- د- علت شیفت درد از لوله پاره شده می باشد.

۳۰۲- مهمترین تشخیص پرستاری برای بیماری که دچار بارداری نابجا است، کدام است؟

- الف- افزایش بار مایعات
- ب- خطر عفونت
- ج- کاهش برون‌ده قلبی
- د- مراقبت سلامتی نامؤثر

۳۰۳- پرستار، دانش مردی را در مورد استفاده از کاندوم ارزیابی می کند. کدامیک از موارد زیر

نشانگر شناخت ناکافی او بوده و نیاز به توضیح بیشتر را مطرح می کند؟

- الف- کاندوم را با ماده اسپرم کش نان اکسینول ۹ لغزنده می کنم.
- ب- فضای خالی سر کاندوم را حفظ می کنم.
- ج- کاندوم را از پیش از آغاز مقاربت بر روی آلت می کشم.
- د- جهت بیرون کشی آلت از واژن، بخش فوقانی کاندوم را با دست نگه می دارم.

۳۰۴- خانم ۲۶ ساله‌ای مراجعه نموده و می خواهد دپو- پروا را جایگزین مصرف روزانه قرص ضدبارداری کند. او از شما در مورد مؤثر بودن این روش در جلوگیری از بارداری سؤال می کند.

بهترین پاسخ جهت راهنمایی کدام است؟

- الف- این دارو ترکیبی از استروژن و پروژسترون است.
- ب- در این روش چسب‌های کوچک حاوی هورمون هر هفته بر روی بازو چسبانده می شود.
- ج- در این روش با کاهش ضخامت و موکوس سرویکس نفوذ اسپرم کاهش یافته و از تخمک گذاری جلوگیری می شود.
- د- در صورت استفاده صحیح، اثربخشی ۹۹٪ خواهد بود.

۳۰۵- در فردی که از داروهای ضدبارداری خوراکی استفاده می کند، بروز کدامیک از مشکلات زیر

علت مراجعه فوری به مراقب سلامتی را مطرح می سازد؟

- الف- حساسیت و احتقان پستانها
- ب- افزایش وزن
- ج- تغییرات خلق
- د- تورم و درد در پشت ساق یکی از پاها

۳۰۶- تجزیه منی یکی از تست‌های رایج تشخیصی جهت ناباروری است. کدامیک از آموزش‌های زیر برای انجام این آزمایش صحیح است؟

- الف- مایع انزال در داخل یک ظرف استریل ریخته شود.
- ب- مایع انزال بعد از ۵-۲ روز اجتناب از مقاربت، جمع آوری می‌شود.
- ج- مایع انزال را جمع‌آوری نموده و در ظرف یخ قرار دهد.
- د- مایع انزال بعد از جمع‌آوری باید ظرف مدت ۳۰ دقیقه به آزمایشگاه رسانده شود.

۳۰۷- ارزیابی زن و مردی که نابارور هستند، معمولاً چگونه آغاز می‌شود؟

- الف- اخذ تاریخچه کامل و معاینه فیزیکی کامل زوجین
- ب- تجزیه منی
- ج- ارزیابی موکوس سرویکس از نظر ازدیاد LH
- د- ارزیابی بعد از مقاربت

۳۰۸- مؤثرترین دارو در درمان کلامیدیا کدام است؟

- الف- داکسی‌سایکلین
- ب- پودوفیلکس
- ج- آسیکلوویر
- د- پنی‌سیلین

۳۰۹- خانم و آقای به کلینیک ناباروری مراجعه و مشخص شده است مرد سترون نبوده، اما لوله‌های فالوپ زن دچار انسداد است. آنها کاندید انجام روش بارورسازی (Vitro) هستند. بیان کدام جمله نشان می‌دهد آنها به آموزش بیشتری در این زمینه نیاز دارند؟

- الف- تخمک و اسپرم از شما گرفته شده و در محیط بیرون تلقیح می‌شوند.
- ب- تخمک بارور به درون رحم زن منتقل می‌شود.
- ج- این روش یک متد حمایتی طبی در جهت بارورسازی است.
- د- در این روش اسپرم بارور مصنوعی را وارد واژن می‌کنند.

۳۱۰- مؤثرترین راه کاهش درد دیسمنوره اولیه کدام است؟

- الف- کاهش سطح فعالیت جسمی تا زمان قطع خونریزی
- ب- مصرف داروهای مهارکننده پروستاگلاندین از روز اول قاعدگی
- ج- رعایت رژیم کم‌نمک و کم‌شکر از ۱ هفته قبل قاعدگی

د- ترجیحاً استفاده از روش‌های مانع به‌جای مصرف OCP جهت جلوگیری از بارداری

۳۱۱- کدام جمله در مورد تست پاپانیکولا صحیح است؟

الف- زن باید ۲۴ ساعت قبل تست، از گرفتن دوش، استفاده از داروهای ژنیتال یا مقاربت اجتناب کند.

ب- بعد از بلوغ، این تست باید سالیانه انجام شود.

ج- داخل واژن، پیش از تست، جهت تسهیل ورود اسپکولوم، با یک ماده لغزنده‌کننده مانند وازلین آغشته می‌شود.

د- نمونه جهت تست پاپانیکولا پس از اخذ نمونه برای ارزیابی عفونت اخذ می‌شود.

۳۱۲- کدام باکتری گرم منفی در کشت واژن به شکل دیپلوکوک است؟

الف- گنوکوک

ب- مننگوکوک

ج- پنوموکوک

د- تریپونما پالیدوم

۳۱۳- زوجی تصمیم به استفاده از روش دوره‌ای جهت پیشگیری از بارداری دارند. پرستار به آنها می‌گوید آنها باید از مقاربت در حول و حوش تخمک‌گذاری اجتناب کنند که معمولاً

الف- ۱۴ روز پیش از شروع قاعدگی رخ می‌دهد.

ب- ۷ روز قبل از پایان یک سیکل قاعدگی رخ می‌دهد.

ج- ۷ روز قبل از تکمیل یک دوره قاعدگی رخ می‌دهد.

د- ۱۴ روز بعد از تکمیل یک دوره قاعدگی رخ می‌دهد.

۳۱۴- اصطلاح متروراژی به چه معنی است؟

الف- مقاربت دردناک

ب- وجود خون در ترشحات واژینال

ج- خونریزی زیاد در دوره قاعدگی

د- خونریزی بین سیکل‌های قاعدگی

۳۱۵- خانمی مبتلا به سرطان سرویکس در بخش بستری و تحت رادیوتراپی داخلی قرار دارد.

پس از رادیوتراپی، مخزن پر می‌شود. پرستار باید

الف- دفع ادرار بیمار را کنترل و در صورت لزوم او را سونداژ کند.

ب- به سرعت بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهد.

ج- از برقراری رژیم غذایی کم باقیمانده برای بیمار اطمینان حاصل نماید.

د- یک ساعت و نیم در کنار بیمار مانده و وجود علائم ناخوشی ناشی از درمان را کنترل کند.

۳۱۶- پرستار جهت ارائه آموزش پیش از عمل به خانمی که کاندید هیستریکتومی است، باید بداند

الف- بعد از عمل، قاعدگی قطع و ترشح هورمون‌های تخمدان کاهش خواهد یافت.

ب- منوپوز بلافاصله به دلیل قطع هورمون‌های تخمدانی رخ می‌دهد.

ج- نوسان دوره‌ای هورمون‌ها بین هیپوفیز و تخمدان ادامه خواهد یافت.

د- ترشح هورمون‌های تخمدانی متوقف شده ولی ترشح گنادوتروپین‌های هیپوفیز ادامه می‌یابد.

۳۱۷- در اخذ تاریخچه از بیمار مبتلا به آندومتریوز، پرستار انتظار شنیدن کدامیک از مشکلات زیر را دارد؟

الف- منوپوز

ب- متروآژی

ج- چسبندگی روده

د- اختلال در دفع ادرار

۳۱۸- کدام گزینه جزء فلور طبیعی بدن بوده و آنتی‌بیوتیک‌درمانی طولانی ممکن است موجب ظهور تظاهرات بالینی آن شود؟

الف- تب Q

ب- مخملک

ج- هرپس زوستر

د- کاندیدا

۳۱۹- هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان سرویکس و تحت رادیوتراپی پرستار باید

الف- زمانی را جهت کاهش اضطراب بیمار با او بگذارند.

ب- جهت ارائه هرگونه مراقبت او را با صفحه ضدآشعه پوشانند.

ج- حرکت بیمار را به دلیل احتمال افتادن رادیوم تعبیه شده محدود کند.

د- جهت جلوگیری از آلودگی پرسنل رختشویخانه از روکش و پتوی یکبارمصرف استفاده کند.

۳۲۰- علت اصلی ایجاد رکتوسل و سیستوسل کدام است؟

الف- آسیب حین زایمان نوزاد

ب- عفونت مثانه

ج- شلی عضلات کف لگن

د- تروماهای حین اییزیوتومی یا ترمیم پارگی‌ها

۳۲۱- خانم جوانی در مورد مؤثر بون قرص‌های خوراکی ضدبارداری از پرستار سؤال می‌کند.

ج- در صورت بکارگیری صحیح روش بیرون‌کشی پیش از انزال، هیچ اسپرمی به تخمک نخواهد رسید.

د- در روش دوره‌ای، زوجین مجاز به مقاربت در طول مدتی هستند که درجه حرارت زن افزایش می‌یابد.

۳۲۷- پرستار نحوه استفاده صحیح از دیافراگم را به خانمی که تمایل به استفاده از این روش ضدبارداری دارد می‌آموزد. او باید به زن بگوید

- الف- مؤثر بودن دیافراگم هنگام استفاده یا عدم استفاده از مواد اسپرم‌کش یکسان است.
- ب- جهت اثربخشی حداکثر سر گنبدی شکل دیافراگم باید رو به پایین قرار گیرد.
- ج- گاهی اوقات جمع شده به نظر می‌رسد، ولی این وضعیت با اثربخشی آن تداخلی ندارد.
- د- جهت اثربخشی حداکثر باید ۶ ساعت بعد از مقاربت در محل باقی بماند.

۳۲۸- زوجی می‌خواهند از روش تقویمی برای جلوگیری از حاملگی استفاده کنند. پرستار باید در نحوه محاسبه اولین روز دوره باروری به زن بگوید

- الف- ۱۱ روز از طولانی‌ترین سیکل قاعدگی خود کم کنید.
- ب- ۱۸ روز از کوتاه‌ترین سیکل قاعدگی خود کم کنید.
- ج- بعد از روز ۱۰ سیکل قاعدگی از مقاربت خودداری کنید.
- د- از ۱۰ روز مانده به وسط سیکل قاعدگی باید از مقاربت خودداری کنید.

۳۲۹- جهت خانم مبتلا به دیابت استفاده از کدام روش ضدبارداری مناسب‌تر است؟

- الف- IUD
- ب- قرص‌های ضدبارداری خوراکی
- ج- ریتمیک
- د- دیافراگم

۳۳۰- خانمی در مورد مشکلات استفاده از IUD سؤال می‌کند. پرستار باید بگوید عمده‌ترین مشکل این روش

- الف- خروج وسیله است.
- ب- دردناکی مقاربت در برخی مواقع است.
- ج- سوراخ نمودن رحم است.
- د- عفونت مکرر واژینال است.

۳۳۱- پرستار با چه نکته‌ای به زنی ۳۶ ساله که تحت عمل جراحی بستن لوله‌ها بوده می‌تواند استرس و

ناراحتی او را کاهش دهید؟

- الف- شما یک پسر و دختر دارید و به نظر می‌رسد خانواده شما کامل است.
- ب- با جراحی، دیسمنوره ماهیانه شما بهبود می‌یابد.
- ج- حتماً همسر شما با داشتن فرزندی دیگر موافق نبود.
- د- دوران باروری شما به پایان رسیده و دیگر صاحب فرزندی نخواهید شد.

۳۳۲- جهت ارائه مشاوره برای مصرف داروهای ضدبارداری خوراکی پرستار باید حین اخذ شرح

حال بداند توصیه این روش ممنوع است.

- الف- به زنان بالای ۳۵ سال
- ب- در صورت مصرف ۱۰ نخ سیگار روزانه
- ج- داشتن سابقه پرفشار خونی مرزی
- د- داشتن سابقه حداقل یک بارداری چندقلویی

۳۳۳- پرستار عوارض جانبی قرص‌های ضدبارداری را به زن آموخته است. بیان کدام جمله از

سوی زن در مورد اثر استروژن نشان می‌دهد او آموزش فوق را آموخته است؟

- الف- استروژن موجب تهوع و استفراغ می‌شود.
- ب- استروژن موجب آمنوره می‌شود.
- ج- استروژن موجب افسردگی و گیجی می‌شود.
- د- استروژن موجب هیپومنوره می‌شود.

۳۳۴- خانمی معتاد و مبتلا به سایتومگالوویروس به شما مراجعه کرده است. به نظر شما تماس و

آلودگی با ویروس احتمالاً با کدام شرایط زیر رخ داده است؟

- الف- تماس با حیوان آلوده
- ب- مصرف آب آلوده
- ج- وجود شرکای جنسی متعدد
- د- مصرف گوشت آلوده

۳۳۵- حین معاینه ژنیتال خانمی متوجه وجود کندیلوما می‌شوید، ضمن مطلع‌سازی زن، به او

می‌گویید پیش از برداشتن ضایعه برداشت بیوپسی ضروری است. زن از احتمال وجود سرطان

سرویکس اظهار نگرانی می‌کند. چگونه او را راهنمایی می‌کنید؟

- الف- انجام جراحی تا زمان اخذ جواب نمونه از آزمایشگاه مقدور نیست.
- ب- نگرانی شما کمکی به این موقعیت نمی‌کند.
- ج- این موضوع بسیار ناراحت‌کننده است اما تا زمان اخذ جواب پاتولوژی نمی‌توان قضاوتی نمود.
- د- شما به سرطان مبتلا نیستید. ضایعه شما یک کندیلوما است که معمولاً خوش‌خیم است.

۳۳۶- خانم مبتلا به آندومتريوز تحت درمان نازایی است. پرستار باید بداند یکی از داروهایی است که جهت درمان این مشکل توصیه می‌شود.

- الف - Relaxin
ب - Leuprolide
ج - Ergonovine
د - Esterified estrogen

۳۳۷- شایع‌ترین اثر جانبی IUD کدام است؟

- الف - خارج شدن IUD
ب - خونریزی بیش از حد قاعدگی
ج - سوراخ‌شدگی رحم
د - بارداری خارج رحمی

۳۳۸- خانمی از شما در مورد نحوه عملکرد ضدبارداری IUD سؤال می‌کند. بهترین پاسخ کدام است؟

- الف - موجب انسداد دهانه خارجی سرویکس می‌شود.
ب - حرکات رحم را افزایش می‌دهد.
ج - مانع رسیدن اسپرم به لوله‌های فالوپ می‌شود.
د - موجب التهاب غیراختصاصی سلول‌های رحم می‌شود.

۳۳۹- پرستار باید بیمار را از احتمال وقوع در شروع مصرف قرص‌های ضدبارداری آگاه کند.

- الف - سرویسیت
ب - سیکل‌های تخمک‌گذاری
ج - خونریزی بین سیکل
د - بیماری فیروکیستیک

۳۴۰- پرستار سعی دارد نامطمئن بودن روش کنترل درجه حرارت پایه را برای زن شرح دهد. او می‌گوید درجه حرارت پایه توسط عامل دیگری غیر تخمک‌گذاری نیز تغییر می‌کند. این فاکتور عبارت است از:

- الف - طول مدت عدم مقاربت
ب - سن
ج - وجود استرس
د - دفعات مقاربت

۳۴۱- زوجی مایل به انجام روش قطعی جلوگیری از بارداری بوده و زن کاندید بستن دوطرفه لوله‌ها است. آموزش پیش از عمل باید شامل چه موضوعی باشد؟

- الف- شما ۱ ساعت بعد از جراحی می‌توانید به منزل برگردید.
- ب- تا ۶ هفته باید از یک روش جلوگیری دیگر استفاده کنید.
- ج- به مدت چند هفته باید از ورزش‌های کششی قوی اجتناب کنید.
- د- اگر مجدداً تصمیم به بچه‌دار شدن داشتید، به راحتی عمل برگشت‌پذیر است.

۳۴۲- مقاربت با چه الگویی با شانس بارداری بیشتر همراه است؟

- الف- مقاربت در وسط سیکل قاعدگی
- ب- مقاربت بلافاصله بعد از اتمام خونریزی قاعدگی
- ج- مقاربت ۱۴ روز مانده به قاعدگی بعدی
- د- مقاربت ۱۴ روز بعد از شروع قاعدگی بعدی

۳۴۳- یکی از دلایل ناباروری ممکن است pH کانال واژن باشد. درمان مؤثر در بهبود این وضعیت کدام است؟

- الف- درمان با پروژسترون
- ب- سولفور INSUFFLATION
- ج- دوش واژینال با اسید لاکتیک
- د- دوش واژینال با بی‌کربنات سدیم

۳۴۴- شایع‌ترین علتی که به ناباروری ناشی از انسداد لوله فالوپ منتهی می‌شود، کدام است؟

- الف- سابقه عفونت
- ب- سابقه صدمه قبلی لوله
- ج- تومور فیبروئیدی
- د- وجود ناهنجاری‌های مادرزادی در لوله

۳۴۵- زوجی به علت ناباروری به کلینیک باروری مراجعه کرده‌اند، پرستار باید بداند

- الف- علت ناباروری معمولاً روانی است.
- ب- ناباروری و استریل بودن منی مشکلاتی مشابه می‌باشند.
- ج- زوجین بعد از یک سال تلاش نتوانسته‌اند بچه‌دار شوند.
- د- یکی از زوجین برای بچه‌دار شدن مشکل دارد.

۳۴۶- فرض کنید در حال معاینه پستان‌های یک خانم ۵۵ ساله هستید؛ با مشاهده کدام شرایط

باید او را حتماً ارجاع دهید؟

- الف- کوچکی مختصر پستان سمت چپ از پستان سمت راست

ب- بیرون‌زدگی نیپل هر دو پستان

ج- شبکه عروقی برجسته در هر دو طرف

د- وجود فرورفتگی کوچک در ربع خارجی فوقانی پستان راست

۳۴۷- پرستار، دانش بیماری را در مورد نحوه معاینه ماهیانه پستان‌ها ارزیابی می‌کند. بیان کدام

جمله از سوی بیمار نیاز به آموزش بیشتر را مطرح می‌کند؟

الف- پستان‌ها را هر ماه در اولین روز قاعدگی ارزیابی می‌کنم.

ب- برای معاینه دقیق، از نوک انگشتان خود استفاده می‌کنم.

ج- جهت معاینه، ابتدا جلوی آینه می‌ایستم و با حرکت دادن بازوها پستان‌ها را بررسی می‌کنم.

د- برای معاینه پستان راست یک حوله را لوله کرده زیر شانه راست قرار داده و دست راست را

زیر سر قرار می‌دهم.

۳۴۸- هنگام اخذ شرح حال در مورد سلامت دستگاه تولیدمثل، پرستار باید
.....

الف- زمان اندکی را صرف تجسس در مورد عاطفه بیمار کند.

ب- از سؤال در مورد موضوعاتی که موجب خجالت بیمار می‌شود، اجتناب کند.

ج- تنها از اصطلاحات پذیرفته شده استفاده کند.

د- هدف از سؤالات و چگونگی استفاده از پاسخ‌های او را برایش شرح دهد.

۳۴۹- پرستار هنگام اخذ تاریخچه سلامتی چگونه باید اطلاعات مربوط به مسائل جنسی را کسب

کند؟

الف- پرستار باید کلیه فعالیت‌های جنسی را با جزئیات مورد تجسس قرار دهد.

ب- اگر بیمار در زمان اخذ شرح حال فعالیت جنسی نداشته باشد، اخذ اطلاعات در این مورد

انتخابی است.

ج- پرستار باید کلیه اطلاعات نادرست و باورهای غلط بیمار را به طور کامل اصلاح کند.

د- در صورتی که زن دارای یک شریک جنسی باشد، نیاز به طرح سؤال در مورد شریک جنسی

نیست.

۳۵۰- خانم ۶۵ ساله‌ای با سابقه ۶ حاملگی به درمانگاه مراجعه و از بی‌اختیاری استرسی ادرار،

احساس فشار لگنی و پری مثانه شکایت دارد. در معاینه، یک بیرون‌زدگی در بخش دیواره قدامی

وجود دارد. تشخیص احتمالی او کدام است؟

- الف- پرولاپس رحم
ب- رکتوسل
ج- سیستوسل
د- فیستول وزیکوواژینال

۳۵۱- پرستار در بررسی‌های خود در کلینیک نازایی متوجه می‌شود با آنکه مصرف داروهای توصیه شده موجب تخمک‌گذاری ماهیانه و تنظیم سیکل‌های قاعدگی زن شده است، آنها همچنان در ایجاد بارداری ناموفق هستند. گام بعدی جهت تعیین علت ناباروری زوجین کدام است؟

- الف- تصحیح داروی تجویزی
ب- توصیه به انجام بیوپسی رحم
ج- برنامه‌ریزی برای انجام کولپوسکوپی
د- توصیه به همسر جهت انجام آزمایش منی

۳۵۲- خانم ۲۶ ساله‌ای که به تازگی خواهرش به دلیل سرطان پستان ماستکتومی شده است، به شما مراجعه و درخواست ماموگرافی می‌کند. شما به عنوان یک پرستار چگونه او را آماده می‌کنید؟

- الف- حین انجام روش اتاق کاملاً تاریک خواهد شد.
ب- شما تا ۵۰ سالگی نیاز به انجام ماموگرافی ندارید.
ج- حین اخذ عکس هر کدام از پستان‌های شما بین دو صفحه فشرده می‌شود.
د- قبل انجام تست ۱۲-۶ ساعت باید NPO باشید.

۳۵۳- خانمی جهت ارزیابی به درمانگاه زنان مراجعه نموده است. شرح حال او نشان می‌دهد او در گذشته جهت جلوگیری از استئوپروز، مکمل استروژن دریافت کرده است. پرستار باید بداند که بیمار از نظر پیشرفت در معرض خطر است.

- الف- سرطان آندومتر رحم
ب- تسریع از دست رفتن بافت استخوانی
ج- آتروفی بافت واژن
د- سکتة قلبی

۳۵۴- کدامیک از اعضاء زیر در مرحله نهفته سیفلیس بیش از سایرین متأثر می‌شود؟

- الف- پوست
ب- سیستم قلب و عروق
ج- سیستم تولیدمثلی
د- دستگاه تنفس تحتانی

۳۵۵- خانمی که کاندید هیستریکتومی است، از اینکه دیگر نمی‌تواند صاحب فرزندان بیشتری

شود، ابراز ناراحتی می‌کند. پرستار باید

الف- سلامت او را تا اطمینان از سازگاری با شرایط کنترل کند.

ب- او را به تمرکز بر روی بهبودی تشویق کند.

ج- به او تأکید کند که دارای ۲ فرزند می‌باشد.

د- او را مطمئن سازد که تمامی اقدامات درمانی ممکن در نظر گرفته شده است.

۳۵۶- پرستار به خانمی که سقط با آسپیراسیون در سه ماهه اول بارداری داشته، آموزش‌های لازم را

ارائه داده است. بیان کدام جمله از سوی مادر نشان می‌دهد آموزش فوق را آموخته است؟

الف- بعد از ۳-۴ روز می‌توانم مقاربت کنم.

ب- بعد از ۲۴ ساعت می‌توانم به‌جای پد از تامپون استفاده کنم.

ج- سیکل قاعدگی من بعد از ۳-۲ هفته به روال گذشته برمی‌گردد.

د- در صورت نیاز به تعویض بیش از ۱ پد در ظرف ۴ ساعت باید به پزشک اطلاع دهم.

۳۵۷- بهترین راه تشخیص قرار کودک و محل جفت پیش از آمنیوسنتز کدام است؟

الف- سونوگرافی

ب- رادیوگرافی

د- فلوروسکوپی

ج- فتوسکوپی

۳۵۸- سطح آلفافیتوپروتئین مادری در هفته‌های ۱۴-۱۶ بارداری سنجیده می‌شود. افزایش سطح

آن با کدامیک از موارد زیر مرتبط است؟

ب- آنمی داسی شکل

الف- سندرم داون

د- ناهنجاری‌های لوله عصبی مانند اسپینابیفیدا

ج- ناهنجاری‌های قلبی

۳۵۹- بهترین راه تشخیص عدم تناسب سر جنین با لگن، کدام روش است؟

ب- پلویمتری

الف- رادیوگرافی

د- pH متری سر جنین

ج- آمنیوسنتز

۳۶۰- خانمی که یک دوره عادت ماهیانه نشده، تصور می‌کند که باردار شده است؛ پرستار انجام

تست ادرار را به وی پیشنهاد می‌کند. اساس این تست چیست؟

ب- تشخیص استروژن در ادرار

الف- تشخیص پرولاکتین در ادرار

ج- تشخیص هورمون جسم زرد در ادرار
 د- تشخیص گنادوتروپین‌های جفت در ادرار

۳۶۱- تست بدون استرس برای خانم بارداری انجام می‌شود. نتیجه نشان‌دهنده عدم پاسخ بوده، پزشک متعاقباً تست استرسی رحم را توصیه می‌کند. در نتایج، نتیجه منفی گزارش می‌شود. تفسیر شما از این یافته کدام است؟

- الف- خطر بالای Demise جنین
 ب- نتیجه طبیعی است.
 ج- لازم است زایمان از طریق سزارین انجام شود. د- نتیجه غیرطبیعی است.

۳۶۲- نتیجه تست سنجش کلسیم نوزادی بدین گونه بوده است: $Ca = 8 \text{ m/dl}$ ؛ این یافته را چگونه تفسیر می‌کنید؟

- الف- کلسیم کمتر از حد طبیعی است.
 ب- کلسیم بالاتر از حد طبیعی است.
 ج- کلسیم در محدوده طبیعی است.
 د- نتیجه باید جهت تفسیر به پزشک اطلاع داده شود.

۳۶۳- خانمی پس از زایمان به دلیل ترومبوفلیت در بخش شما بستری و تحت درمان با هپارین می‌باشد. جهت تنظیم دوز هپارین تزریقی توجه به کدام معیار آزمایشگاهی ضروری است؟

- الف- PTT
 ب- INR
 ج- APTT
 د- شمارش پلاکت

۳۶۴- نتایج آزمایشگاهی خانمی در لیبر به این صورت است: $HCT=30\%$ ؛ این یافته بیانگر چیست؟

- الف- رقت خون
 ب- عفونت
 ج- تغذیه ضعیف
 د- خونریزی مخفی

۳۶۵- پرستار حین آماده‌سازی زن باردار برای انجام تست انقباضی استرسی، باید به او بگوید

.....

- الف- FHR پیش از انجام تست اصلی به مدت ۳۰ دقیقه اندازه‌گیری می‌شود.
 ب- دو نمونه ادرار از شما پیش از انجام تست اصلی اخذ خواهد شد.

ج- پیش از اتمام تست حداقل باید ۶ حرکت جنین کنترل شود.
د- او باید در وضعیت خوابیده به پهلو راست بخوابد و این حالت را در طول تست حفظ کند.
۳۶۶- پرستار حین آماده‌سازی زن باردار برای انجام تست انقباضی استرسی، باید به او بگوید
.....

الف- پیش از تست مثانه خود را خالی کند.
ب- پیش از تست ۵mg دیازپام خوراکی دریافت نماید.
ج- ۱۲ ساعت پیش از انجام تست جهت آماده‌سازی به بیمارستان بیاید.
د- ۲ ساعت قبل و ۶ ساعت بعد از تست چیزی از راه دهان نخورد.

۳۶۷- تست بعد از مقاربت یکی از بهترین روش‌های تشخیص باروری است. بهترین زمان انجام این تست چه زمانی است؟

الف- یک هفته بعد از تخمک‌گذاری
ب- بلافاصله بعد از قاعدگی
ج- اندکی قبل از شروع قاعدگی بعدی
د- در فاصله یک تا دو روز از تخمک‌گذاری

۳۶۸- در معاینات دوران پری‌ناتال قند خون ناشای مادر 140 mg/dl است. ارائه کدام مداخله از سوی پرستار مناسب‌تر است؟

الف- توصیه داروهای خوراکی کاهنده قند خون
ب- تجویز انسولین NPH روزانه
ج- انجام تست تحمل قند خون ۳ ساعته
د- تجویز انسولین ریگولار روزانه

۳۶۹- مادری کاندید انجام تست استرسی شده است. زن باردار از پرستار در مورد این تست سؤال می‌کند. پرستار می‌گوید:

الف- دوز پایینی از اکسی‌توسین به شما تزریق می‌شود، جهت ایجاد انقباض و مشاهده آن بر روی صفحه مانیتور.
ب- یک مانیتور خارجی جنین متصل شده و شما باید تا شروع انقباض بر روی تردمیل حرکت کنید.

ج- انقباض رحمی با استفاده از اکسی‌توسین یا چلانیدن نیپل تحریک می‌شود.
د- انقباض رحمی با استفاده از مانور لئوپولد تحریک می‌شود.

۳۷۰- برای خانم بارداری آمنیوستز توصیه شده است. پرستار به او می‌گوید

- الف- تب بعد از این آزمایش به دلیل وارد آمدن تروما به شکم طبیعی است.
 ب- بعد از انجام این آزمایش باید در تخت و یک وضعیت ثابت بمانید.
 ج- پیش از آزمایش باید فرم رضایت‌نامه را پر کنید.
 د- بعد از انجام پروسیجر ۲۴ ساعت باید در بیمارستان بستری شوید.

۳۷۱- خانم بارداری به پرستار می‌گوید تمایل به خوردن مواد نامأکول مانند خاک پیدا کرده است. برای وی بررسی آزمایشگاهی توصیه می‌شود. کدامیک از نتایج زیر موجب این وضعیت شده است؟

- الف- HCT : ۳۸٪
 ب- Hgb : ۹/۱
 ج- BS : ۸۶ mg/dl
 د- WBC : ۱۲,۴۰۰ mm³

۳۷۲- خانم ۴۲ ساله‌ای در مورد ماموگرافی از شما سؤال می‌کند. درست‌ترین پاسخ به او کدام است؟

- الف- انجام ماموگرافی هر ۱-۲ سال یک بار برای زنان ۴۰-۴۹ ساله و بالاتر ضروری است.
 ب- بهترین زمان برای انجام ماموگرافی پیش از سیکل قاعدگی است.
 ج- با انجام ماموگرافی نیاز به معاینه ماهیانه پستان‌ها مرتفع می‌شود.
 د- ماموگرافی جهت مسجل شدن وجود سرطان پستان توصیه می‌شود.

۳۷۳- خانم بارداری کاندید انجام پروفیل بیوفیزیکیال است. او علت انجام این تست را مورد سؤال قرار می‌دهد. چگونه به او پاسخ خواهید داد؟

- الف- با این تست تنها مقدار مایع آمنیوتیک تعیین خواهد شد.
 ب- این تست حجم مایع آمنیوتیک و میزان فعالیت جنین را ارزیابی می‌کند.
 ج- این تست توانایی شما را برای تحمل بارداری ارزیابی می‌کند.
 د- این تست ساختار قلبی و توانایی شما را برای تحمل زایمان ارزیابی می‌کند.

۳۷۴- در حاملگی خارج رحمی مقدار β HCG چگونه تغییر می‌کند؟

- الف- بالاتر از حد نرمال است.
 ب- پایین‌تر از حد نرمال است.
 ج- وجود ندارد.
 د- در محدوده نرمال است.

۳۷۵- خانمی که کاندید تست بدون استرسی است، در مورد نحوه انجام این تست سؤال می‌کند.

پاسخ پرستار کدام است؟

- الف- این آزمایش یک پروسیجر تهاجمی است و شما باید فرم رضایت‌نامه امضاء کنید.
ب- انجام این تست ۲ ساعت زمان برده و بعد از آن نیز باید ۲ ساعت تحت کنترل دقیق باشید.
ج- ترانس دیوسر اولتراسوند بر روی شکم، در جایی که ضربان قلب به خوبی سمع می‌شود، تعبیه می‌گردد.
د- جهت ثبت اطلاعات ضروری جنین با ایجاد انقباض رحمی دچار چالش یا استرس می‌شود.

۳۷۶- پزشک برای خانمی در سه ماهه اول بارداری سونوگرافی ترانس واژینال دستور داده است. پرستار چگونه باید او را راهنمایی کند؟

- الف- انجام این تست ۲ ساعت زمان خواهد برد.
ب- ابتدا ژل هادی بر روی شکم شما مالیده شده و سپس جهت نمایش تصویر در برابر شکم شما حرکت داده خواهد شد.
ج- قبل این تست باید ۱-۲ لیتر آب بنوشید.
د- ترانس دیوسر ابتدا در یک پوشش یکبارمصرف قرار داده شده، سپس با ژل هادی آغشته و داخل واژن می‌شود.

۳۷۷- در اخذ مایع آمنیوتیک طی آمنیوسنتز انتظار می‌رود ظاهر مایع آمنیوتیک چگونه باشد؟

- الف- سبز رنگ و بی‌بو
ب- سفید ضخیم و بی‌بو
ج- روشن و به رنگ زرد کهربایی
د- زرد بسیار کم‌رنگ و حاوی لکه‌هایی از ورنیکس

۳۷۸- برای خانمی آمنیوسنتز توصیه شده است. او اظهار خوشحالی کرده و می‌گوید این تست مرا از سلامت کودک مطمئن خواهد ساخت. بهترین واکنش از سوی پرستار کدام است؟

- الف- این یک تست بسیار ایده‌آل بوده و کار کردن در این بخش بسیار جذاب است.
ب- یک آمنیوسنتز طبیعی برای تعیین سلامت جنین قابل اعتماد است.
ج- هدف از این تست تشخیص ناهنجاری‌های مادرزادی احتمالی حاصل از اختلالات کروموزومی است.
د- آمنیوسنتز یک تست ارزشمند جهت تشخیص ناهنجاری‌های تکاملی جنین است.

۳۷۹- پیش از تجویز رگام، پرستار نتیجه آزمایش مادر باردار را بررسی می‌کند. این آمپول در چه

صورتی تجویز می‌شود؟

- الف- وجود RH مثبت و کومبس مثبت
 ب- وجود RH منفی و کومبس مثبت
 ج- وجود RH مثبت و کومبس منفی
 د- وجود RH منفی و کومبس منفی

۳۸۰- پرستار باید یک تست استرسی انقباضات مثبت وجود دیسترس جنینی را مطرح کند، زیرا ضربان قلب جنین در طول انقباض دارای

- الف- یک پایه طبیعی است.
 ب- افت دیررس است.
 ج- افت زود رس است.
 د- افت متغیر است.

۳۸۱- آزمایشات نشان داده که گروه خونی زن بارداری O و RH او مثبت است. وجود کدام شرایط در جنین موجب بروز ناسازگاری خونی خواهد شد؟

- الف- جنین با گروه خونی A یا B
 ب- جنین با RH منفی
 ج- زایمان پیش از موعد
 د- جنین با گروه خونی O و RH مثبت

۳۸۲- برای خانمی در هفته ۱۶ بارداری، سونوگرافی و سپس آمنیوستنز درخواست شده است. مداخلات مربوط به دفع ادرار چگونه اجرا می‌شود؟

- الف- قبل از شروع هر دو آزمایش فرد باید ادرار کند.
 ب- قبل از سونوگرافی و بعد از آمنیوستنز فرد باید ادرار کند.
 ج- ۱ ساعت قبل از هر دو روش فرد باید ادرار کند.
 د- بعد از تکمیل سونوگرافی و پیش از شروع آمنیوستنز فرد باید ادرار کند.

۳۸۳- در توضیح تست بدون استرسی باید گفت در این تست وضعیت جنین با در نظر گرفتن نسبت ضربان قلب جنین به ارزیابی می‌شود.

- الف- سن حاملگی جنین
 ب- فعالیت فیزیکی جنین
 ج- فشار خون مادر
 د- انقباضات رحم مادر

۳۸۴- منظور از میزان تولد کدامیک از موارد زیر است؟

- الف- تعداد تولد زنده به‌ازای هر ۱۰۰۰ نوزاد متولد شده در یک سال معین
 ب- تعداد تولد زنده به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت طی یک سال معین

ج- تعداد تولد زنده به‌ازای کلیه جمعیت کشور در یک سال معین
د- تعداد تولد زنده به‌ازای کلیه کودکان زیر یک سال در یک سال معین

۳۸۵- پایه طب تکمیلی و جایگزین امروزی چیست؟

الف- طب کلاسیک
ب- طب سنتی
ج- توانایی خودبهبودی بدن
د- ترکیب دارو و ورزش

۳۸۶- منظور از میزان مرگ و میر نوزادی کدامیک از موارد زیر است؟

الف- تعداد مرگ نوزادان کوچکتر از ۲۸ روز به‌ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در یک سال معین
ب- تعداد مرگ نوزادان کوچکتر از یک سال به‌ازای هر ۱۰۰/۱۰۰۰ تولد زنده در یک سال معین
ج- تعداد مرگ نوزادان کوچکتر از ۱۰ روز به‌ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در یک سال معین
د- تعداد مرگ نوزادان در بدو تولد به‌ازای هر ۱۰۰/۱۰۰۰ تولد زنده در یک سال معین

۳۸۷- منظور از میزان مرگ و میر مادران کدامیک از موارد زیر است؟

الف- تعداد مرگ‌های مادری ناشی از عوارض مستقیم حاملگی (تا ۴۲ روز پس از زایمان)، به‌ازای هر ۱۰۰/۱۰۰۰ زایمان طی یک سال معین
ب- تعداد مرگ‌های مادری ناشی از عوارض مستقیم حاملگی (تا ۴۲ روز پس از زایمان)، به‌ازای هر ۱۰۰/۱۰۰۰ زن باردار طی یک سال معین
ج- تعداد مرگ‌های مادری ناشی از عوارض مستقیم حاملگی (تا ۴۲ روز پس از زایمان)، به‌ازای هر ۱۰۰/۱۰۰۰ نفر جمعیت طی یک سال معین
د- تعداد مرگ‌های مادری ناشی از عوارض مستقیم حاملگی (تا ۴۲ روز پس از زایمان)، به‌ازای هر ۱۰۰/۱۰۰۰ تولد زنده

۳۸۸- مفهوم زیر گویای کدامیک از خانواده‌های معرفی شده می‌باشد؟

”چندین خانواده که با یکدیگر زندگی می‌کنند و در مراقبت از کودک و کار کردن مسئولیت مشترک دارند.“

الف- خانواده گسترده
ب- خانواده ترکیبی
ج- خانواده گروهی
د- خانواده هسته‌ای

۳۸۹- کدامیک جزء اهداف بهداشت مادران و نوزادان محسوب نمی‌شود؟

- الف - تسهیل فرایند ارتباط زوجین با یکدیگر
 ب - کمک به تشخیص زودرس موارد غیرطبیعی
 ج - اطمینان از سلامت مادر طی بارداری، پیش از زایمان، تولد و دوره پس از زایمان
 د - توجه به نیازهای اجتماعی، روحی و اقتصادی افراد باردار

۳۹۰- هدف از پروژه ژنوم انسانی کدام است؟

- الف - تعیین طرح ژن‌های موجود در بدن انسان
 ب - جابجاسازی و جبران ژن‌های معیوب
 ج - کاهش بروز بسیاری از بیماری‌های ژنتیکی
 د - جایگزینی کمبودهای ژنی

۳۹۱- تعیین جنسیت جنین چگونه میسر می‌شود؟

- الف - جدا کردن اسپرم
 ب - بارورسازی تخمک تحت شرایط خاص
 ج - دارودرمانی پیش از لقاح
 د - تقویت اسپرم

۳۹۲- مرحله لوتئینی به روزهای تا سیکل قاعدگی اطلاق می‌شود.

- الف - ۱-۱۴
 ب - ۱۵-۲۸
 ج - ۶-۱۴
 د - ۲۷-۲۸

۳۹۳- در کدام فاز در سیکل قاعدگی میزان استروژن و پروژسترون به شدت کاهش می‌یابند؟

- الف - مرحله قاعدگی
 ب - مرحله ترشحی
 ج - مرحله تکثیری
 د - مرحله ایسکمی

۳۹۴- معادل بیضه‌ها در دستگاه تناسلی زنانه، کدام عضو است؟

- الف - رحم
 ب - لوله‌های فالوپ
 ج - پرینه
 د - تخمدان‌ها

۳۹۵- کدامیک جزء عملکردهای هورمون تستوسترون محسوب نمی‌شود؟

- الف - بهبود تولید گلبول‌های سفید
 ب - بزرگ شدن حنجره
 ج - بروز صفات جنسی ثانویه مردانه
 د - رشد آلت تناسلی، اسکروتوم و غده پروستات

۳۹۶- کدامیک از سیستم‌های زیر از اکتودرم منشأ می‌گیرد؟

الف - سیستم گردش خون
ب - سیستم گوارش
ج - سیستم عصبی
د - سیستم ادراری

۳۹۷- به طور معمول لقاح در کدامیک از بخش‌های لوله فالوپ رخ می‌دهد؟

الف - یک سوم داخلی لوله‌های فالوپ
ب - نیمه لوله‌های فالوپ
ج - بخش انتهایی لوله‌های فالوپ
د - یک سوم خارجی لوله‌های فالوپ

۳۹۸- در اولیگوهایدروآمنیوس، حجم مایع آمنیوتیک کمتر از می‌باشد.

الف - ۳۰۰CC
ب - ۵۰۰CC
ج - ۸۰۰CC
د - ۱۰۰۰CC

۳۹۹- پلی‌هایدروآمنیوس با کدامیک از اختلالات زیر دیده نمی‌شود؟

الف - بدشکلی‌های سیستم اعصاب مرکزی
ب - اختلالات گوارشی
ج - ناهنجاری‌های کلیه
د - آترزی مری

۴۰۰- توقف فعالیت جسم زرد قبل از هفته یازدهم یکی از علل می‌باشد.

الف - مرده‌زایی
ب - نارسایی جفت
ج - سقط خودبخودی
د - ناهنجاری جنین

۴۰۱- در چندمین هفته بارداری، حرکات تنفسی آغاز می‌شود؟

الف - هفته ۸
ب - هفته ۱۷
ج - هفته ۲۵
د - هفته ۳۰

۴۰۲- نوجوانی که به تازگی صاحب فرزند شده، جهت معاینات دوره‌ای به درمانگاه مراجعه کرده است. پرستار باید بداند

الف - نوجوانان به نوزادان خود بیشتر از افراد بالغ توجه دارند.
ب - نوجوانان تمایلی به هدایت و راهنمایی ندارند.
ج - نوجوانان از کودک خود انتظارات زیادی دارند.
د - نوجوانان اغلب قادر به درک نیازهای کودک می‌باشند.

۴۰۳- کدامیک از موارد زیر جزء وظایف اصلی تکامل در دوران نوجوانی نیست؟

- الف - تکامل استقلال
ب - تکامل هویت
ج - تکامل حس موفقیت
د - رفع نیازهای جنسی

۴۰۴- مشخصات ثانویه جنسی در کدام بخش از نوجوانی تکمیل می‌شود؟

- الف - اوایل نوجوانی
ب - اواسط نوجوانی
ج - اواخر نوجوانی
د - ابتدای نوجوانی

۴۰۵- رفتارهای جنسی غیرایمن در نوجوانان با کدامیک از پیامدهای زیر همراه است؟

- الف - بارداری
ب - عفونت‌های منتقله از راه جنسی
ج - گزینه الف و ب
د - هیچ‌کدام

۴۰۶- نوجوان بارداری به همراه شوهر خود به درمانگاه مراجعه نموده است. پرستار باید بداند پدران نوجوان

- الف - در مقایسه با پدران بالغ، تمایل کمتری به دریافت آموزش‌های متداول دارند.
ب - در مقایسه با پدران بالغ، نسبت به همسر خود احساس مسئولیت بیشتری دارند.
ج - استرس‌های پدری در آنها کمتر از افراد بالغ می‌باشد.
د - به طور مؤثر در جلسات آموزشی شرکت کرده و حمایت از همسر خود را به عهده می‌گیرند.

پاسخ‌ها

پاسخ ۱: گزینه ب

پاسخ ۲: گزینه د

پاسخ ۳: گزینه د. میزان هورمون محرک ملانوسیت در ماه دوم بارداری افزایش یافته و تا پایان بارداری بالا باقی می‌ماند.

پاسخ ۴: گزینه د. طناب نافی شامل ۲ شریان و یک ورید است.

پاسخ ۵: گزینه ج. LH پارگی فولیکول و تخمک‌گذاری را تحریک می‌کند.

- پاسخ ۶: گزینه د. کامل‌ترین گزینه است.
- پاسخ ۷: گزینه د
- پاسخ ۸: گزینه ب
- پاسخ ۹: گزینه الف
- پاسخ ۱۰: گزینه ب. سیکل قاعدگی طبیعی ۲۸ روز است.
- پاسخ ۱۱: گزینه ب. طی هفته‌های ۲۰-۱۴ حاملگی ضربان نبض به تدریج (۲۰-۱۰ ضربه از حد پایه) افزایش می‌یابد.
- پاسخ ۱۲: گزینه د
- پاسخ ۱۳: گزینه الف
- پاسخ ۱۴: گزینه د
- پاسخ ۱۵: گزینه ج. استروژن و پروژسترون مسئول تغییر پستان‌ها در بارداری هستند
- پاسخ ۱۶: گزینه ج. HCG تنها در بارداری و توسط ویلوزیته‌های کوریون تولید می‌شود.
- پاسخ ۱۷: گزینه الف
- پاسخ ۱۸: گزینه ب. بالا رفتن سطح هورمون در اواسط سیکل قاعدگی موجب تخمک‌گذاری می‌شود.
- پاسخ ۱۹: گزینه ج. باید جهت بارداری لقاح در فاصله ۳۶-۲۴ ساعت بعد از رها شدن تخمک انجام شود.
- پاسخ ۲۰: گزینه ب. ابتدا به دلیل افزایش هورمون استروژن مختصری کاهش و سپس با بالا رفتن پروژسترون افزایش می‌یابد
- پاسخ ۲۱: گزینه ج. این هورمون به صورت خود تنظیمی کنترل می‌شود.
- پاسخ ۲۲: گزینه ب. در این تست سرویکس ۲ ساعت بعد از مقاربت آسپیره شده و از نظر تعداد، تحرک و فعالیت اسپرم‌ها کنترل می‌شود.
- پاسخ ۲۳: گزینه د. با این روش، معاینه‌گر، رحم، لوله‌های فالوپ و ارگان‌های لگنی را تحت مشاهده مستقیم ارزیابی می‌کند.
- پاسخ ۲۴: گزینه ج. هورمون پروژسترون موجب تمایز سلول‌های رحم به بافت‌های مترشحه می‌شود.
- پاسخ ۲۵: گزینه د. سه گزینه دیگر غلط است و مجرای شریانی ورید نافی را به ورید اجوف تحتانی متصل می‌کند.

- پاسخ ۲۶: گزینه الف. استروژن مسئول علامت چادویک یا پرخونی واژن می باشد.
- پاسخ ۲۷: گزینه ب. رحم از سه بخش Isthmus، Body، Corpus تشکیل شده است
- پاسخ ۲۸: گزینه د. در صورت قطع مکیدن فرایند ترشح شیر متوقف می شود.
- پاسخ ۲۹: گزینه د. مایع آمنیوتیک از جنین و جفت محافظت می کند و جنین برای تغذیه و تنفس به جفت وابسته است.
- پاسخ ۳۰: گزینه الف. در بارداری به علت بالا بودن مقادیر پروژسترون و جابجایی معده به سمت بالا تخلیه معده با کندی صورت می گیرد در نتیجه جذب برخی داروها از قبیل ویتامینها و مواد معدنی افزایش می یابد.
- پاسخ ۳۱: گزینه ب. ایمنی فعال وقتی رخ می دهد که سلولهای بدن برعلیه عوامل یا محصولات آنها آنتیبادی می سازد. این عوامل در صورت ورود مجدد به بدن توسط آنتی بادیهای پیش ساخته ازبین می روند.
- پاسخ ۳۲: گزینه د. CPD اصلی ترین علت سزارین است.
- پاسخ ۳۳: گزینه د. به زنان با سابقه روماتیسم قلبی آمپی سیلین با هدف پیشگیری از پیشرفت عفونت‌های استرپتوکوکی تجویز می شود.
- پاسخ ۳۴: گزینه الف
- پاسخ ۳۵: گزینه ب. برخلاف لیبر حقیقی در لیبر کاذب با تحرک جسمانی از شدت انقباضات کاسته می شود.
- پاسخ ۳۶: گزینه الف. یعنی عضو نمایش بالای خارهای ایسکیال قرار گرفته است و هنوز وارد تنگه ورودی نشده است.
- پاسخ ۳۷: گزینه الف
- پاسخ ۳۸: گزینه ب. الگوی تنفسی سریع و عمیق مادر منجر به هایپرونتیلیاسیون و آکالوز تنفسی می شود.
- پاسخ ۳۹: گزینه د. بی حسی اپیدورال موجب وازودیلاتاسیون و افت فشارخون می شود.
- پاسخ ۴۰: گزینه د. برخی از علائم نشان‌دهنده ورود به مرحله انتقالی لیبر، عبارتند از: سکسکه (Belching)، تهوع، استفراغ، لرزش پاها.
- پاسخ ۴۱: گزینه الف. مرحله اول لیبر از شروع انقباضات حقیقی زایمان تا افاسمان، دیلاتاسیون کامل است.

- پاسخ ۴۲: گزینه الف. علائم بیانگر پری مthane است که عاملی جهت افزایش خونریزی بعد زایمان محسوب می شود.
- پاسخ ۴۳: گزینه د
- پاسخ ۴۴: گزینه د. در لیبر حقیقی سرویکس دیلاته می شود.
- پاسخ ۴۵: گزینه ب. در لیبر کاذب سرویکس دیلاته نمی شود.
- پاسخ ۴۶: گزینه ج. جفت سر راهی خطر اینرسی بعد از زایمان را افزایش می دهد.
- پاسخ ۴۷: گزینه ج. زور زدن پیش از دیلاتاسیون سرویکس موجب پارگی و آسیب سرویکس می شود.
- پاسخ ۴۸: گزینه ج. تداوم انقباضات هایپرتون به پارگی رحم و دیسترس جنین منجر می شود.
- پاسخ ۴۹: گزینه د. پارگی پرده‌ها و خروج مایع فرد را در معرض پرولاپس بندناف قرار می دهد. باید با قرار دادن زانو در این وضعیت و کنترل پرینه از نظر پرولاپس بندناف می توان از دیسترس جنین پیشگیری نمود.
- پاسخ ۵۰: گزینه الف. حبس نفس بیش از ۶ ثانیه سبب هیپوکسی جنین می شود.
- پاسخ ۵۱: گزینه ب. در این مرحله باید تنفس آرام و با عضلات قفسه سینه باشد.
- پاسخ ۵۲: گزینه د. دفع ترشحات در زایمان سزارین مشابه زایمان واژینال است و با این نوع زایمان انجام مراقبت‌های ویژه پرینه مرتفع نمی شود.
- پاسخ ۵۳: گزینه الف. این مادر کاندید سزارین است، پس باید NPO شود.
- پاسخ ۵۴: گزینه ج. این وضعیت نشان می دهد سر ۱ سانتی متر زیر خارهای ایسکیال است.
- پاسخ ۵۵: گزینه الف
- پاسخ ۵۶: گزینه د. استفراغ، تحریک پذیری، بی‌قراری و لرز از علائم مرحله تأخیری زایمان هستند.
- پاسخ ۵۷: گزینه د. گزینه ب ضربان قلب در محدوده نرمال است.
- پاسخ ۵۸: گزینه ب. خونریزی و عفونت دو عامل اصلی مرگ و میر مادران باردار هستند.
- پاسخ ۵۹: گزینه ب. تغییر pH موجب تغییر سلولی و تخریب بافتی می شود.
- پاسخ ۶۰: گزینه د. این عارضه معمولاً حاصل از کندگی زودس جفت است.
- پاسخ ۶۱: گزینه ج. اکسی توسین دراری اثرات ضد ادراری است.
- پاسخ ۶۲: گزینه ج. اخذ رضایتنامه و ارزیابی حساسیت دارویی پیش از جراحی ضروری است.
- پاسخ ۶۳: گزینه الف. با این کار سبب راحتی بیمار شده و فرصتی جهت بیان احساسات به او خواهد داد.

- پاسخ ۶۴: گزینه ب. مادر در فاز انتقالی به حمایت همسر خود نیاز دارد. گزینه اول به دلیل وجود قضاوت نادرست است.
- پاسخ ۶۵: گزینه ج. اکسی‌توسین موجب افزایش طول و شدت انقباضات شده و این حالت ممکن است سلامت جنین را به مخاطره بیندازد.
- پاسخ ۶۶: گزینه الف. شایع‌ترین عارضه بی‌حسی اپیدورال افت فشار خون است.
- پاسخ ۶۷: گزینه ج. اکسی‌توسین یک هورمون پلی‌پپتیدی است که توسط هیپوتالاموس تولید و در بخش خلفی هیپوفیز ذخیره می‌شود. این هورمون سبب افزایش انقباضات لیبر و فوران شیر هنگام شیردهی می‌باشد.
- پاسخ ۶۸: گزینه ج.
- پاسخ ۶۹: گزینه د. هر دو دارو جزء داروهای کاهنده درد هستند.
- پاسخ ۷۰: گزینه ج. تربوتالین با اثر بر روی عضلات صاف رحم موجب توقف انقباضات و تأخیر لیبر می‌شود.
- پاسخ ۷۱: گزینه ب. تجویز استروئیدها در فرصت کوتاهی قبل زایمان رسیدگی ریه‌های جنین را تسهیل می‌کند.
- پاسخ ۷۲: گزینه ب. این وضعیت‌ها برگشت سیاهرگی را بهبود بخشیده و انقباضات مؤثر رحمی را توسعه می‌دهد.
- پاسخ ۷۳: گزینه د. سه گزینه اول علائم کندگی جفت هستند.
- پاسخ ۷۴: گزینه ب. علائم نشان‌دهنده دیسترس جنین است. مادر جهت افزایش خونرسانی به جنین به پهلو خوابانده شده و اکسیژن به میزان ۸-۱۰ لیتر از طریق ماسک به وی تجویز می‌شود.
- پاسخ ۷۵: گزینه ج. ارزیابی بیانگر نرمال بودن شرایط است پس پرستار باید به کنترل بیمار ادامه دهد.
- پاسخ ۷۶: گزینه د. از بندناف باید در برابر فشار و مرگ محافظت کرد. بیمار باید در وضعیت خوابیده به پهلو یا سجده قرار داده شود.
- پاسخ ۷۷: گزینه ب. خطرناکترین عارضه اکسی‌توسین تحریک بیش از حد انقباضات رحمی است انقباضات بیش از حد رحمی موجب کاهش خونرسانی جفتی و دیسترس جنین می‌شود.
- پاسخ ۷۸: گزینه ج. این اقدام مربوط به بعد از زایمان است و پیش از آن اجرا نمی‌شود.
- پاسخ ۷۹: گزینه د. مرحله دوم زایمان با دیلاتاسیون کامل سرویکس شروع و با خروج نوزاد پایان می‌یابد.

- پاسخ ۸۰: گزینه ج. افت دیررس نشانه عدم کفایت جفت جهت خونرسانی به جنین در طول انقباضات رحمی است. این وضعیت موجب هیپوکسمی جنین شده بنابراین به اکسیژن نیاز است.
- پاسخ ۸۱: ج. $9 = 1 + 2 + 2 + 2 + 2$ اندام‌ها دچار آکروسیانوز بوده و ۱ امتیاز می‌گیرد.
- پاسخ ۸۲: الف. تمامی موارد صحیح است، ولی برحسب اولویت گزینه الف صحیح می‌باشد.
- پاسخ ۸۳: ج. نوزادان در بدو تولد فاقد تولیدکننده ویتامین K در روده خود می‌باشند.
- پاسخ ۸۴: گزینه ب
- پاسخ ۸۵: گزینه د. نوزاد برهنه وزن می‌شود و استفاده از ورقه تمیز کافی است.
- پاسخ ۸۶: گزینه ب
- پاسخ ۸۷: گزینه ب. علائم استرس سرما عبارتند از افزایش سطح فعالیت و گریه، هیپوگلیسمی و افزایش تعداد تنفس.
- پاسخ ۸۸: گزینه الف. طی روزهای اول پس از تولد از دست دادن وزن به مقدار ۱۰-۵٪ از وزن هنگام تولد طبیعی است.
- پاسخ ۸۹: گزینه الف. ضربان قلب نوزاد ۱۲۰-۱۴۰ ضربه / دقیقه است.
- پاسخ ۹۰: گزینه ب
- پاسخ ۹۱: گزینه ب
- پاسخ ۹۲: گزینه الف
- پاسخ ۹۳: گزینه د
- پاسخ ۹۴: گزینه الف
- پاسخ ۹۵: گزینه ج. پیشگیری اولیه عبارت است از جلوگیری از ابتلا به بیماری.
- پاسخ ۹۶: گزینه الف. این کار موجب خفگی نوزاد می‌شود.
- پاسخ ۹۷: گزینه ج. گزینه "الف" و "ب" بیانگر برادی‌کاردی و گزینه "د" نشان‌دهنده تاکی‌کاردی نوزاد است.
- پاسخ ۹۸: گزینه ب. فونتانل‌ها در وضعیت نرمال نرم و مسطح هستند.
- پاسخ ۹۹: گزینه د. برهم زدن تعادل نوزاد سبب ایجاد رفلکس مورو در شیرخواران زیر ۶ ماه می‌شود.
- پاسخ ۱۰۰: گزینه د. تکامل قلب در بین هفته های ۲ و ۸ بارداری رخ می‌دهد.
- پاسخ ۱۰۱: گزینه ب. سایر گزینه ها در نوزاد سالم با آپگار بالا وجود دارد.

- پاسخ ۱۰۲: گزینه ج. علائم عفونت چشمی درمان نشده معمولاً ۳-۴ روز بعد از تولد ظاهر می شود. این موضوع نشان می دهد که احتمالاً مادر وی به گنوره یا کلامیدیا مبتلا بوده است.
- پاسخ ۱۰۳: گزینه الف. کشیدگی طولانی فیبرهای عصبی گردن، شانه و بازوها موجب فلج عصب براکیال می شود.
- پاسخ ۱۰۴: گزینه الف. به تولد در ۳۶ هفتگی و قبل آن بدون در نظر گرفتن وزن قبل موعد اطلاق می شود.
- پاسخ ۱۰۵: گزینه د. حجم معده نوزاد در زمان تولد: ۱۰-۲۰ ml، در یک هفتهگی ۷۵-۱۰۰ ml، در ۲-۳ ماهگی ۱۰۰ ml، در یک ماهگی ۱۵۰-۹۰ ml است.
- پاسخ ۱۰۶: گزینه الف. آماده سازی باید پیش از انتقال نوزاد به خانه انجام شود.
- پاسخ ۱۰۷: گزینه ج. نوزاد برهنه و تنها با کهنه زیر لامپ فلورسنت قرار داده می شود. گزینه "د" اشتباه است، زیرا منبع نوری تابشی نیست.
- پاسخ ۱۰۸: گزینه ب
- پاسخ ۱۰۹: گزینه د. پروب روی شکم وصل می شود.
- پاسخ ۱۱۰: گزینه ج. ابراز ناراحتی از پذیرش نقش جدید طبیعی است.
- پاسخ ۱۱۱: گزینه الف. این یافته بعد از ختنه طبیعی است.
- پاسخ ۱۱۲: گزینه الف. این یافته طبیعی است و حالتی گذرا حاصل از کاهش هورمون های مادری است.
- پاسخ ۱۱۳: گزینه د. گریه سبب بیرون زدن هرنی می شود.
- پاسخ ۱۱۴: گزینه الف. معیارهای سنجش آپگار: ضربان قلب، تون عضلانی، رنگ پوست، وجود رفلکس ها در نوزاد، تلاش تنفسی
- پاسخ ۱۱۵: گزینه الف. این کودکان دچار اسیدوز متابولیک هستند.
- پاسخ ۱۱۶: گزینه د. روزانه باید به ازای هر ۴۵۴ گرم وزن به نوزاد ۸۸/۸ ml آب و ۶۰ کالری داده شود.
- پاسخ ۱۱۷: گزینه الف. ضعف در تغذیه به دنبال تأثیر هیپوگلیسمی بر روی سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می شود.
- پاسخ ۱۱۸: گزینه د. این وضعیت بهترین حالت جهت پیشگیری از پارگی کیسه منگومیلوسل می باشد.
- پاسخ ۱۱۹: گزینه ج. فقدان یا ضعف این رفلکس تهدیدکننده زندگی نوزاد است.

- پاسخ ۱۲۰: گزینه د. ازدواج مردان هتروزیگوت با زنان هتروزیگوت یا دارای RH منفی ممکن است سبب تولد نوزاد RH منفی شود.
- پاسخ ۱۲۱: گزینه ب. گاز حاوی پترولاتوم مانع چسبندگی آلت به کهنه شده و به کنترل خونریزی کمک می‌کند.
- پاسخ ۱۲۲: گزینه ج. برای خالی شدن کامل پستان از شیر باید زمان شیردهی حداقل ۱۰ دقیقه باشد.
- پاسخ ۱۲۳: گزینه ج.
- پاسخ ۱۲۴: گزینه د. تنفس نوزاد به طور معمول شکمی است ۵۰-۳۰ تنفس / دقیقه
- پاسخ ۱۲۵: گزینه ج. والدین باید هرچه سریع‌تر از مشکل نوزاد خود آگاه شوند. این کار از ساخت تصورات فانتزی درباره نوزاد پیشگیری می‌کند.
- پاسخ ۱۲۶: گزینه الف. ارتباط باز سبب می‌شود مادر نگرانی‌های خود را در این مورد بیان کند.
- پاسخ ۱۲۷: گزینه د. مادران مایلند جهت اطمینان از سلامت نوزاد، او را کاملاً بررسی و لمس کنند.
- پاسخ ۱۲۸: گزینه ب. او در این مرحله مراقبت از خود و نوزاد را پذیرفته و او را با نام صدا می‌کند.
- پاسخ ۱۲۹: گزینه ج. ظاهر نوزاد نقش مهمی در ایجاد تقابل میان مادر و نوزاد دارد.
- پاسخ ۱۳۰: گزینه الف. نمره آپگار معیار مهمی جهت سنجش سازگاری جنین با زندگی خارج رحمی است.
- پاسخ ۱۳۱: گزینه ج. این نوزادان NPO می‌شوند. افزایش دور شکم به اندازه ۱ سانتی‌متر طی ۴ ساعت نیاز به مداخله فوری دارد.
- پاسخ ۱۳۲: گزینه الف. علامت اولیه آنتروکولیت نکروزان عدم تحمل غذا است که با وجود استفراغ‌های صفاوی و افزایش حجم غذای باقیمانده در معده تظاهر می‌یابد. گزینه "ب" در ناهنجاری‌های قلبی دیده می‌شود. گزینه "ج" نشان‌دهنده اسهال است و گزینه "د" علامت استنوز پیلور می‌باشد.
- پاسخ ۱۳۳: گزینه الف. بافت پستان قبل از هفته ۳۳ قابل لمس نیست. چین و چروک کف دست و پا در هفته ۳۷ بارداری دیده می‌شوند. چرخیدن لاله گوش به عقب در نوزاد با سن ۳۶ هفتگی وجود دارد و نزول بیضه‌ها در هفته‌های آخر حاملگی رخ می‌دهد.
- پاسخ ۱۳۴: گزینه ب. این کودکان در معرض هایپوگلیسمی خصوصاً در ۲ روز اول حیات هستند، به دلیل اتمام ذخایر گلیکوژن و گلیکونئوژنز محدود.
- پاسخ ۱۳۵: گزینه ج. رشد ژنیتال و پستان‌ها معیار مهم و پایه‌ای برای سنجش سن تولد است.
- پاسخ ۱۳۶: گزینه الف. جهت جلوگیری از هایپوگلیسمی واکنشی سرعت تجویز باید به تدریج کم و

- سپس قطع شود. در گزینه ب باید دانست که آکالوز متابولیک نتیجه افزایش بی کربنات است، نه قطع دریافت قند.
- پاسخ ۱۳۷: گزینه الف. نوزادان مادران دیابتی ممکن است پیش از هفته ۳۸ بارداری متولد شوند و در معرض RDS هستند.
- پاسخ ۱۳۸: گزینه ج. یافته ها بیانگر پری مthane است.
- پاسخ ۱۳۹: گزینه د. گزینه های الف، ب، ج مورد انتظار است.
- پاسخ ۱۴۰: گزینه ب. نرمی و لزجی بیانگر آتونی رحم است.
- پاسخ ۱۴۱: گزینه الف. پستانها ۲-۳ روز بعد زایمان تغییر نمی کند.
- پاسخ ۱۴۲: گزینه ج. وزن معمولاً ۲-۳ ماه بعد از زایمان به میزان پیش از حاملگی بازمی گردد. میزان کاهش وزن برای خونریزی، دیورز و تعریق بعد زایمان ۹ پوند در نظر گرفته می شود.
- پاسخ ۱۴۳: گزینه ج. مادر در این زمان در فاز Taking- hold است.
- پاسخ ۱۴۴: گزینه د. مادر جهت مراقبت مؤثر از نوزاد باید ابتدا سلامت عمومی خود را باز یابد.
- پاسخ ۱۴۵: گزینه ب. مادر در این مرحله کاملاً وابسته بوده و باید نیازهای وی برآورده شود.
- پاسخ ۱۴۶: گزینه ج. رحم تنها در صورتی که نرم و لزج باشد ماساژ داده می شود.
- پاسخ ۱۴۷: گزینه الف
- پاسخ ۱۴۸: گزینه الف. پوشیدن کمرست های سفت و حمایتی تولید شیر را کم می کند.
- پاسخ ۱۴۹: گزینه د. پاشیدن آب با فشار به داخل واژن سبب عفونت می شود.
- پاسخ ۱۵۰: گزینه الف. نزدیکی والدین و نوزاد ارتباط عاطفی میان آنها را تسهیل می کند.
- پاسخ ۱۵۱: گزینه ب. قرمزی، درد، گرمی و احتقان سینه ها نشانه عفونت بوده و باید به پزشک اطلاع داده شود. سه گزینه دیگر طبیعی و مورد انتظار هستند.
- پاسخ ۱۵۲: گزینه الف. اغلب زنان بعد از زایمان دچار لرز می شوند. بهترین اقدام در این موارد استفاده از پتو و نوشیدن مایعات گرم (در صورت مجاز بودن) می باشد.
- پاسخ ۱۵۳: گزینه ب. تست هومان با خم نمودن کف پا به عقب اجرا می شود.
- پاسخ ۱۵۴: گزینه د. فراهم سازی گرمای مرطوب ۲۴ ساعت بعد از زایمان واژینال ناحیه تروماتیزه واژن را التیام بخشیده، موجب راحتی و کاهش خطر عفونت ناحیه می شود.
- پاسخ ۱۵۵: گزینه الف. معاینه فیزیکی اولین گام جهت جمع آوری اطلاعات کافی است.

پاسخ ۱۵۶: گزینه ب. کشیدگی زیاد رحم در حاملگی چند قلبی برای افزایش خونریزی بعد از زایمان است.

پاسخ ۱۵۷: گزینه ج

پاسخ ۱۵۸: گزینه ج. پری مثنانه صحت ارزیابی را کاهش می دهد.

پاسخ ۱۵۹: گزینه ب. بوی بد لوشیا وجود عفونت را نشان می دهد.

پاسخ ۱۶۰: گزینه ج. ۱۲ ساعت بعد زایمان فوندوس ۱cm بالای ناف است. در روز ۶ بعد زایمان فوندوس در وسط سمفیزیس پوبیس و ناف قرار دارد.

پاسخ ۱۶۱: گزینه د

پاسخ ۱۶۲: گزینه ج

پاسخ ۱۶۳: گزینه د. دوران نفاس برای مادران با مشکل قلبی مرحله‌ای پرخطر محسوب می شود. مایعات اضافی از فضای بین بافتی به داخل عروق نشت کرده و استرس مضاعفی به سیستم قلبی وارد می کند. گزینه ۲ و ۳ نیز از اقدامات پرستاری در دوران نفاس هستند ولی در این بیمار اولویت با حفظ سلامتی و ایمنی است.

پاسخ ۱۶۴: گزینه د. کیسه یخ موجب کاهش تورم محل می شود. گزینه‌های دیگر اقداماتی غیر اختصاصی می باشند.

پاسخ ۱۶۵: گزینه د. شرایط پرخطر جهت ابتلا به عفونت در دوران نفاس عبارتند از: سابقه قبلی ابتلا به عفونت، سابقه قبلی پارگی پرده ها، معاینات واژینال مکرر، باقی ماندن بقایای جفت، زایمان سزارین.

پاسخ ۱۶۶: گزینه الف. مایعات حاوی بی کربنات ادرار را بازی و رشد باکتری را افزایش می دهند. سه گزینه دیگر ادرار را اسیدی کرده و در رفع عفونت ادراری مفید می باشند.

پاسخ ۱۶۷: گزینه ج. در بیشتر موارد علت آندومتريت، صعود باکتری‌ها از واژن می باشد.

پاسخ ۱۶۸: گزینه ج. علائم آندومتريت عبارت است از: درجه حرارت بالای $104/2^{\circ}F$ ، تأخیر در برگشت پذیری رحم، لوشیای بدبو، تاکی کاردی و تندرنس شکمی.

پاسخ ۱۶۹: گزینه الف. انجام مراقبت در آندومتريت عبارت است از: تجویز مایعات به میزان ۳۰۰۰-۴۰۰۰ لیتر/ روز، استراحت در بستر با حفظ حالت نیمه نشسته جهت بهبود درناژ و کاهش

احتقان، تجویز داروهای ضددرد مطابق دستور.

پاسخ ۱۷۰: گزینه ب. گزینه "ب" دقیق‌ترین روش برای تخمین حجم خونریزی مادر است.

- پاسخ ۱۷۱: گزینه د. باقی ماندن قطعاتی از جفت در رحم علت اولیه تأخیر در برگشت پذیری رحم محسوب می شود.
- پاسخ ۱۷۲: گزینه ب. مترژن با افزایش انقباضات رحمی موجب کنترل خونریزی بعد از زایمان می شود. این دارو فشار خون را بالا می برد و کنترل BP پیش از تجویز ضروری است. ارتباطی بین حجم لوشیا و تجویز این دارو وجود ندارد.
- پاسخ ۱۷۳: گزینه ب. جهت بی حسی اپیدورال از نارکوتیکها استفاده می شود و آنتی دوت آنها نالوکسان می باشد.
- پاسخ ۱۷۴: گزینه ج. جهت ارزیابی برگشت پذیری رحم، پرستار ابتدا باید بلندی فوندوس رحم را لمس کند.
- پاسخ ۱۷۵: گزینه د. مادران مبتلا به ایدز مجاز به شیردهی نیستند، مگر آنکه نوزاد مبتلا به ایدز باشد.
- پاسخ ۱۷۶: گزینه الف. جایگزینی جفت در سگمنت تحتانی رحم احتمال خونریزی بعد از زایمان را افزایش می دهد، زیرا این بخش از رحم در مقایسه با فوندوس از عضلات مناسبی برخوردار نیستند.
- پاسخ ۱۷۷: گزینه ب. نحوه کنترل علائم حیاتی اینگونه است: طی ساعت اول هر ۱۵ دقیقه، ۲ ساعت بعدی هر ۳۰ دقیقه، ۶-۲ ساعت بعدی هر ساعت و تا ۲۴ ساعت هر ۴ ساعت و از آن به بعد علائم حیاتی تا زمان ترخیص با فاصله ۱۲-۸ ساعت کنترل می شود.
- پاسخ ۱۷۸: گزینه ج. افزایش درجه حرارت طی ۲۴ ساعت اول غالباً به دلیل دهیدراتاسیون بوده که با افزایش مایعات مصرفی بهبود می یابد.
- پاسخ ۱۷۹: گزینه ب. افت فشار خون وضعیتی طی ۸ ساعت اول بعد زایمان طبیعی بوده و مهمترین اقدام در این موارد، حفظ ایمنی بیمار است.
- پاسخ ۱۸۰: گزینه ج. مادر بی حسی داشته و درد، سوزش و احساس فشار را درک نمی کند، پس بهترین راه، مشاهده کبودی ناحیه است. علائم حیاتی در این موارد تنها در صورت وقوع هایپوولمی تغییر می کند.
- پاسخ ۱۸۱: گزینه ب. بعد از زایمان، پرستار باید صداهای روده را در تمامی ربع های شکم سمع کند. دفع معمولاً بعد از گذشت ۳-۲ روز از دوره نقاهت بعد زایمان رخ می دهد. استفاده از داروهای نارکوتیک و ضددردها این وضعیت را به تعویق می اندازد.
- پاسخ ۱۸۲: گزینه ج. پستانهای برجسته برای مکیدن نوزاد بسیار مناسب می باشند.

- پاسخ ۱۸۳: گزینه د. تعداد پدهای تعویضی هیچ‌وقت بیش از ۸-۴ پد در روز نیست.
- پاسخ ۱۸۴: گزینه د. استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها، برای جلوگیری از عفونت در این شرایط ضروری است.
- پاسخ ۱۸۵: گزینه ج. در این شرایط برای بیمار اکسیژن به میزان ۸-۱۰ لیتر تجویز، وضعیت استراحت در بستر با اندکی بالا بردن سر حفظ می‌شود. ممکن است سولفات مرفین به بیمار تزریق شود ولی این اولین اقدام پرستاری نیست.
- پاسخ ۱۸۶: گزینه د. در بیشتر موارد مادر می‌تواند از پستان به کودک شیر دهد. در صورت مشکل باید شیر را دوشیده و به نوزاد بدهد.
- پاسخ ۱۸۷: گزینه الف. استاز مهمترین علت ترومبوفلیت است. گزینه‌های دیگر اقدامات پرستاری حین درمان ترومبوفلیت می‌باشند.
- پاسخ ۱۸۸: گزینه ج. علائم قطعی بارداری عبارتند از سمع صدای قلب جنین با داپلر، مشاهده جنین از طریق سونوگرافی و احساس حرکت جنین توسط معاینه‌گر.
- پاسخ ۱۸۹: گزینه ج. در ۳ ماهه اول باید آموزش بر روی پذیرش حاملگی متمرکز گردد و وجود شرایط جسمی نامطلوب ممکن است در این جلوگیری از این امر مؤثر باشد.
- پاسخ ۱۹۰: گزینه ج. تمامی گزینه‌ها جز گزینه ب مورد انتظار و طبیعی هستند.
- پاسخ ۱۹۱: گزینه د. تیترا سرخجه زیر ۱:۱۰ بیانگر فقدان ایمنی مادر می‌باشد. تغییرات گزینه "الف"، "ب" و "ج" در بارداری مورد انتظار بوده و طبیعی است.
- پاسخ ۱۹۲: گزینه الف
- پاسخ ۱۹۳: گزینه ج. پاسخ "الف" و "ب" در محدوده قابل قبول برای سه ماهه سوم بارداری است. پاسخ "د" برای سه ماهه دوم بارداری قابل قبول می‌باشد. گزینه "ج" پایین‌ترین سطح قابل قبول هماتوکریت و هموگلوبین در سه ماهه اول و سوم بارداری است.
- پاسخ ۱۹۴: گزینه د. لکه‌بینی به علت احتقان و شکنندگی سرویکس حین بارداری طبیعی است. روش‌های مقاربت ایمن برای تمامی بارداری‌ها توصیه شده و مقاربت در هر سه ماه میسر است.
- پاسخ ۱۹۵: گزینه د. خوابیدن مادر به پشت جهت اندازه‌گیری ارتفاع فوندوس رحم موجب وارد آمدن فشار بر روی ورید اجوف تحتانی و افت فشار خون می‌شود.
- پاسخ ۱۹۶: گزینه ب. ضربان قلب طبیعی جنین ۱۶۰-۱۲۰ ضربه در دقیقه است. پرستار باید حین سمع ضربان قلب جنین، نبض مادر را کنترل کند، چراکه ممکن است به جای ضربان قلب جنین، ضربان

- قلب مادر را سمع نموده باشد. در صورت سمع صحیح باید پزشک را مطلع نماید.
- پاسخ ۱۹۷: گزینه د. صرف غذای خشک مانند بیسکویت استفراغ را کاهش می دهد.
- پاسخ ۱۹۸: گزینه ب. قانون نگلز = اولین روز آخرین قاعدگی زن - ۳ ماه + ۷ روز
- پاسخ ۱۹۹: گزینه ج. دریافت ناکافی غذا در طول بارداری منجر به تولد نوزاد زیر وزن می شود.
- پاسخ ۲۰۰: گزینه الف. سرویکس در هفته‌های اول بارداری به علت هایپرپلازی و افزایش خون‌گیری نرم‌تر از وضعیت معمول شده که به این وضعیت علامت Goodell گویند.
- پاسخ ۲۰۱: گزینه ب. انقباضات براکستون هیکس (انقباضات نامنظم و بدون درد) وضعیتی شایع بوده و در بیشتر حاملگی‌ها وجود دارد.
- پاسخ ۲۰۲: گزینه الف. این مادران به پنیر هم عدم تحمل دارند. اسفناج علاوه بر کلسیم، اگزالات دارد که جذب کلسیم را مختل می کند. آبیوه‌ها از نظر کلسیم غنی نیستند.
- پاسخ ۲۰۳: گزینه د. در پایان هفته ۱۲ جنسیت نوزاد قابل شناسایی است.
- پاسخ ۲۰۴: گزینه د. صدای قلب جنین با یک فتوسکوپ معمولی مابین هفته‌های ۱۸-۲۰ بارداری قابل سمع است.
- پاسخ ۲۰۵: گزینه ج. مصرف ویتامین C به همراه مکمل آهن جذب آن را افزایش می دهد.
- پاسخ ۲۰۶: گزینه الف. سایر گزینه‌ها همگی از عوامل ایجادکننده عفونت محسوب می شوند.
- پاسخ ۲۰۷: گزینه الف
- پاسخ ۲۰۸: گزینه ب. علامت بالوتمان جزء علائم احتمالی بارداری است.
- پاسخ ۲۰۹: گزینه ب. در هفته ۳۶ بارداری فوندوس رحم و حول‌وحوش گزیفوئید است. در هفته‌های ۲۰-۲۲ فوندوس در محاذات ناف است.
- پاسخ ۲۱۰: گزینه ب. به حس اولین حرکت جنین Quickening اطلاق می شود.
- پاسخ ۲۱۱: گزینه ج
- پاسخ ۲۱۲: گزینه ب. شیر مادر حاوی آنتی‌بادی‌های ضد آلرژی است.
- پاسخ ۲۱۳: گزینه د. در طول بارداری حجم خون ۴۰٪ نسبت به قبل حاملگی افزایش می یابد.
- پاسخ ۲۱۴: گزینه د. باید بر روی کاهش اضطراب و نگرانی تمرکز نمود.
- پاسخ ۲۱۵: گزینه ب. شناخت علت همکاری بیمار را افزایش می دهد.
- پاسخ ۲۱۶: گزینه د. باید به مادر فرصت داده شود در مورد احساسات خود صحبت کند، زیرا طی کردن فرایند سوگ جزء فرایند طبیعی محسوب می شود.

پاسخ ۲۱۷: گزینه ب

پاسخ ۲۱۸: گزینه ج. پاسخ در این گزینه بسیار کامل‌تر از گزینه "الف" می باشد. این حالت نیازی به ارجاع ندارد.

پاسخ ۲۱۹: گزینه الف. Gravida: ۴ Para: ۱

ترم (T): ۱ پری‌ترم (P): ۱ سقط (A): ۰ کودکان زنده (L): ۲

پاسخ ۲۲۰: گزینه ب. همه گزینه ها جز گزینه ب برای کاهش درد کمر در بارداری توصیه می شود.

پاسخ ۲۲۱: گزینه ب. مصرف ملین، تنقیه و روغن‌های معدنی بدون مشورت با پزشک ممنوع است.

پاسخ ۲۲۲: گزینه ب. سایر ورزش‌ها پرخطر محسوب می شوند.

پاسخ ۲۲۳: گزینه الف. درجه حرارت نرمال در بارداری بین 98.6°F - 99.6°F (37.0°C - 37.6°C) است، بنابراین میزان مشاهده شده طبیعی و باید تنها ثبت شود.

پاسخ ۲۲۴: گزینه ج. وجود سابقه خانوادگی، خطری برای ابتلا به ترومبوفلیت محسوب نمی‌شود.

سه گزینه دیگر از عوامل خطر ترومبوفلیت محسوب می شوند.

پاسخ ۲۲۵: گزینه الف. در هفته ۱۲ فوندوس درست بالای سمفیزیس پوییس است. در هفته ۱۶ میان

سمفیزیس پوییس و ناف لمس شده و در هفته ۲۰ در محاذات ناف است. در هفته ۳۶ در سطح

زائده گزیفوئید لمس می شود.

پاسخ ۲۲۶: گزینه ج. این وضعیت طبیعی است، ولی به دلیل خطر عفونت استفاده از تامپون مجاز

نیست.

پاسخ ۲۲۷: گزینه الف. سبزیجات برگ سبز حاوی اسید فولیک بیشتری بوده و مصرف آنها در حاملگی

توصیه می شود.

پاسخ ۲۲۸: گزینه د

پاسخ ۲۲۹: گزینه ج. جهت شمارش حرکات باید در وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلو قرار گرفت.

پاسخ ۲۳۰: گزینه د

پاسخ ۲۳۱: گزینه ج

پاسخ ۲۳۲: گزینه ب. سبزیجات و میوه‌های تازه حاوی ویتامین و مواد معدنی هستند و در بهبود

آفت دهانی مؤثرند. مصرف روزانه بیسکویت نمکی قبل از برخاستن از بستر موجب کاهش حالت

تهوع می‌شود و مصرف ۸ لیوان آب با هر وعده غذایی در بهبود آفت نقشی ندارد.

پاسخ ۲۳۳: گزینه ب. استفاده از کیسه آب گرم خون‌رسانی به ناحیه را افزایش داده و ناراحتی ناشی از

آن را افزایش می‌دهد. معیارهای کاهش درد عبارتند از: استفاده از کیسه آب یخ، اجتناب از زور زدن هنگام اجابت مزاج، اجتناب از یبوست، استفاده از نرم‌کننده‌های مدفوع، مصرف اسپری‌های بی‌حس‌کننده و هدایت آرام برآمدگی هموروئید به داخل رکتوم.

پاسخ ۲۳۴: گزینه د

پاسخ ۲۳۵: گزینه ج. ضربان قلب جنین در سه ماهه اول ۱۶۰-۱۷۰ ضربه در دقیقه است که با رشد جنین در ماه‌های بعد آهسته‌تر می‌شود. نزدیک ترم ضربان قلب جنین ۱۴۰-۱۲۰ ضربه در دقیقه است. سایر یافته‌ها نرمال است. ضربان قلب کمتر از ۱۲۰ و بیشتر از ۱۶۰ ضربه در دقیقه در وضعیت استراحت باید ارجاع داده شود.

پاسخ ۲۳۶: گزینه د

پاسخ ۲۳۷: گزینه ب. ضربان قلب جنین در سه ماهه اول ۱۶۰-۱۷۰ ضربه در دقیقه است که با رشد جنین در ماه‌های بعد آهسته‌تر می‌شود. نزدیک ترم ضربان قلب جنین ۱۴۰-۱۲۰ ضربه در دقیقه است. سایر یافته‌ها نرمال است.

پاسخ ۲۳۸: گزینه د. گرسنگی طولانی‌مدت سبب هایپوگلیسمی و حالت تهوع می‌شود. از سویی گرسنگی طولانی‌مدت، رشد جنین را به مخاطره می‌اندازد.

پاسخ ۲۳۹: گزینه الف. احتباس بیش از حد مایعات یک عارضه غیرقابل پیش‌بینی دریافت سدیم است.

پاسخ ۲۴۰: گزینه الف. توکسوپلاسموز یک پرتوزوا است که از طریق تماس یا بلع مدفوع حیوانی منتقل می‌شود.

پاسخ ۲۴۱: گزینه د. برداشت کلسیم استخوانی ۳ روز بعد از استراحت در بستر آغاز می‌شود. استراحت در بستر موجب کاهش وزن، یبوست، کاهش حجم پلاسما و برون‌ده قلبی می‌شود.

پاسخ ۲۴۲: گزینه الف. اطلاعات زن ناکافی است و پرستار جهت راهنمایی به اطلاعات بیشتری نیاز دارد.

پاسخ ۲۴۳: گزینه د. صرف غذا در وعده‌های زیاد و حجم کم، خطر هایپوگلیسمی و کتواسیدوز را کاهش می‌دهد.

پاسخ ۲۴۴: گزینه ب. هدف اولیه از تجویز سولفات منیزیم جلوگیری از تشنج است.

پاسخ ۲۴۵: گزینه ب

پاسخ ۲۴۶: گزینه ج. سولفات منیزیم با توقف انقباضات زایمانی موجب تأخیر زایمان زودرس می‌شود.

- پاسخ ۲۴۷: گزینه ب. در سه‌ماهه اول نیاز به انسولین کمتر می‌باشد. در سه‌ماهه دوم و سوم بارداری نیاز به انسولین به دلیل افزایش خطر کتواسیدوز بیشتر است.
- پاسخ ۲۴۸: گزینه ب. پری‌مثانه و دهیدراتاسیون تحریک‌پذیری رحم را افزایش می‌دهد. در صورت مؤثر نبودن اقدام فوق، فرد باید به بیمارستان مراجعه کند.
- پاسخ ۲۴۹: گزینه ج. عدم تعادل مایع، الکترولیت و اسید و باز مهمترین خطر برای مادر باردار و جنین وی محسوب می‌شود.
- پاسخ ۲۵۰: گزینه الف
- پاسخ ۲۵۱: گزینه الف. مادر باید به اتاقی خصوصی و ساکت منتقل شود. رژیم غذایی در این وضعیت پرکربوهیدرات و پرپروتئین است. رژیم کم‌نمک توصیه نمی‌شود. قرار مورد توصیه، خوابیدن به پهلو است.
- پاسخ ۲۵۲: گزینه ب. در این وضعیت استراحت در بستر اولین گام درمانی است.
- پاسخ ۲۵۳: گزینه الف. سایر گزینه‌ها خطر ابتلا به ایدز را کاهش می‌دهد.
- پاسخ ۲۵۴: گزینه ب
- پاسخ ۲۵۵: گزینه ج. ورزش در طول بارداری سبب کاهش قند خون شده و تولید انسولین را افزایش می‌دهد.
- پاسخ ۲۵۶: گزینه الف. در هر بار ویزیت جهت کنترل سلامت جنین باید حرکات آن کنترل شود.
- پاسخ ۲۵۷: گزینه ج
- پاسخ ۲۵۸: گزینه ج
- پاسخ ۲۵۹: گزینه ج. خوابیدن به پهلو خون‌رسانی به جفت را بهبود می‌بخشد.
- پاسخ ۲۶۰: گزینه ج. در طول بارداری ادم مختصر پاها طبیعی بوده و حاصل از وارد آوردن فشار از سوی رحم بر وریدهای تحتانی است.
- پاسخ ۲۶۱: گزینه الف. جهت اطمینان از سلامت جنین باید میزان خونریزی مکرراً با مشاهده حجم خونریزی خارجی، شمارش و توزین پدها انجام شود.
- پاسخ ۲۶۲: گزینه الف. اثرات قرص‌های کاهنده قند خون بر روی حاملگی به خوبی شناخته نشده، ولی به دلیل احتمال تراژدن بودن در بارداری مصرف نمی‌شوند.
- پاسخ ۲۶۳: گزینه ج. جنین مادران دیابتی بعد از هفته ۳۶ بارداری به دلیل اسیدوز و نارسایی جفت در معرض مرگ هستند. بدین جهت مادر بستری شده تا ضمن کنترل سلامت جنین در صورت لزوم

- از طریق سزارین یا القای زایمان به بارداری خاتمه داده شود.
- پاسخ ۲۶۴: گزینه ب. در این زمان باید فرصتی برای سوگواری به خانواده داده شود.
- پاسخ ۲۶۵: گزینه ب. گزینه الف غلط است، زیرا حمایت حس تقصیر را کاهش می‌دهد.
- پاسخ ۲۶۶: گزینه الف
- پاسخ ۲۶۷: گزینه الف. هپارین درشت مولکول بوده و از جفت عبور نمی‌کند.
- پاسخ ۲۶۸: گزینه د. منیزیم مهارکننده CNS است و اثر افزایش دوز آن محور فلکس‌های وتتری عمقی و افت تعداد تنفس می‌باشد.
- پاسخ ۲۶۹: گزینه الف. سردرد عارضه شایع هیپرناترمی است.
- پاسخ ۲۷۰: گزینه ج. نرمال‌سالین سبب ادم جفت، مرگ جنین، کندگی جفت، آزاد شدن فیبرین و سپس لیبر و پارادوکسیکال هموراژی می‌شود و این به ۲۴-۸ ساعت زمان نیاز دارد.
- پاسخ ۲۷۱: گزینه ب. لامیناریا یک ماده طبیعی است که با افزایش حجم موجب دیلاتاسیون می‌شود. استفاده از آن ایمن و بی‌خطر است.
- پاسخ ۲۷۲: گزینه ج
- پاسخ ۲۷۳: گزینه الف. در این زمان محصول بارداری نسبت به قطر لوله بسیار بزرگ بوده و در نتیجه موجب پارگی لوله می‌شود.
- پاسخ ۲۷۴: گزینه د. لوله فالوپ نمی‌تواند محصول بارداری را تا پایان حاملگی حفظ کند، در نتیجه کشیده و پاره می‌شود.
- پاسخ ۲۷۵: گزینه د. درد تیز و تیرکشنده به طور ناگهانی در بخش تحتانی شکم آغاز و به شانه‌ها شیفت پیدا می‌کند.
- پاسخ ۲۷۶: گزینه ب. جفت سرراهی یکی از علل خونریزی سه ماهه اول بارداری است. جنین در خارج رحم بیش از ۱۲-۱۰ هفته رشد نمی‌کند.
- پاسخ ۲۷۷: گزینه الف. خونریزی می‌تواند در اثر باقی ماندن بقایای جفت، بافت و آتونی رحم رخ دهد و عفونت نتیجه رشد میکروب در محیط گرم و مرطوب می‌باشد.
- پاسخ ۲۷۸: گزینه د. ۷۸٪ از سقط‌های خودبخودی در هفته‌های ۱۲-۸ بارداری رخ داده و علت آن نقایص رویان است.
- پاسخ ۲۷۹: گزینه د. یکی از علل شایع خونریزی بدون درد در سه ماهه اول بارداری، سقط است. سقط اجتناب‌ناپذیر خواهد بود اگر با درد و دیلاتاسیون سرویکس همراه شود.

- پاسخ ۲۸۰: گزینه ج. در این زمان باید سفتی فوندوس کنترل و اقدامات لازم برحسب وضعیت فوندوس رحم انجام شود.
- پاسخ ۲۸۱: گزینه د. پاسخ د تمام چیزی است که بیمار باید بداند.
- پاسخ ۲۸۲: گزینه ج. مصرف بقیه گزینه ها در بارداری مجاز نیست. مصرف خانواده پنی سیلین‌ها در بارداری مجاز است.
- پاسخ ۲۸۳: گزینه د. ضربان قلب جنین باید بین ۱۶۰-۱۲۰ ضربه در دقیقه باشد و هیچ‌گونه افت یا افزایشی در ضربان قلب وی دیده نشود.
- پاسخ ۲۸۴: گزینه ج. این وضعیت از خروج بیشتر جفت جلوگیری می‌کند.
- پاسخ ۲۸۵: گزینه د. اثرات مسمومیت با سولفات منیزیم، محو رفلکس‌های تاندونی عمیق، بلوک قلبی و فلج تنفسی است و آنتی‌دوت آن گلوکونات کلسیم می‌باشد.
- پاسخ ۲۸۶: گزینه الف. به دلیل کاهش سطح هوشیاری ممکن است مادر متوجه علائم لیبر نباشد.
- پاسخ ۲۸۷: گزینه ج. سطح درمانی سولفات منیزیم ۴-۸ mg/dl است.
- پاسخ ۲۸۸: گزینه الف. سه یافته دیگر جهت تشخیص خونریزی پنهان غیراختصاصی هستند.
- پاسخ ۲۸۹: گزینه ب. خونریزی یکی از خطرات DIC است، ولی نه به میزان ۵۰۰ cc، پره‌اکلامپسی نیز یکی از علل DIC است، ولی نه نوع خفیف آن. وجود وزن زیاد نوزاد نیز علت DIC نیست.
- پاسخ ۲۹۰: گزینه د. گزینه "الف" و "ج" حاوی اطلاعات نادرست هستند و گزینه "ب" مادر را بی‌جهت نگران می‌کند. بهترین پاسخ گزینه "د" است.
- پاسخ ۲۹۱: گزینه الف. این درمان ایمن‌ترین درمان در بارداری است. عوامل سیتوتوکسیک تراتوژن بوده و مصرف پودوفیلین و ایمی‌گویمود در بارداری ممنوع است.
- پاسخ ۲۹۲: گزینه ب. این تنها گزینه درست است. این افراد در بارداری ایزوله معکوس هستند و نباید افراد عفونی را ملاقات کنند. داشتن اضافه وزن بی‌رویه بار کاری قلب را افزایش می‌دهد و باید به پهلوی چپ بخوابند.
- پاسخ ۲۹۳: گزینه ج. با حرکت خونریزی افزایش می‌یابد.
- پاسخ ۲۹۴: گزینه د. مراقبت اولیه شامل استراحت در بستر، اتاق ساکت و حذف محرک‌های خارجی می‌باشد.
- پاسخ ۲۹۵: گزینه د. دشارژ الکتریکی ممکن است سبب اختلال در مرکز تنظیم‌کننده درجه حرارت شود.

پاسخ ۲۹۶: گزینه الف. آنمی ظرفیت حمل اکسیژن را کاهش داده و نیاز قلب را افزایش می دهد.

پاسخ ۲۹۷: گزینه الف

پاسخ ۲۹۸: گزینه د

پاسخ ۲۹۹: گزینه الف. سایر گزینه ها همگی از علل سقط در سه ماهه اول حاملگی هستند.

پاسخ ۳۰۰: گزینه ج. مادران با گروه خونی O دارای آنتی A و آنتی B بوده و در صورتی که گروه

خونی جنین A، B یا AB باشد، ناسازگاری خونی جنین محتمل خواهد بود.

پاسخ ۳۰۱: گزینه ج. تجمع خون در زیر دیافراگم موجب کشش دیافراگم و درد می شود.

پاسخ ۳۰۲: گزینه ج. خونریزی موجب کاهش خون در گردش و در نتیجه برون ده قلبی می شود.

پاسخ ۳۰۳: گزینه الف. تحقیقات نشان می دهد استفاده مکرر از نان اکسینول ۹ موجب ضایعات ژنیتال و

افزایش انتقال ایدز می شود. سه پاسخ دیگر صحیح است.

پاسخ ۳۰۴: گزینه ج. اثربخشی آن در طول ۵ سال ۹۹٪ یا بیشتر است. تنها حاوی استروژن می باشد.

پاسخ ۳۰۵: گزینه د. سه گزینه دیگر تغییرات مورد انتظار است. تورم و درد ساق یکی از پاهای ممکن

است علامت ترومبوفلیت بوده و به مداخله فوری نیازمند است.

پاسخ ۳۰۶: گزینه ب. مایع انزال بعد از ۵-۲ روز اجتناب از مقاربت، در ظرف پلاستیکی جمع آوری

و ظرف ۲ ساعت به آزمایشگاه ارسال می شود.

پاسخ ۳۰۷: گزینه الف

پاسخ ۳۰۸: گزینه الف

پاسخ ۳۰۹: گزینه د. در این روش اسپرم و تخمک بارور اخذ در محیط خارج تلفیق و سپس در داخل

رحم جایگزین می شود. زن زمان بارداری را طی و سپس زایمان می کند.

پاسخ ۳۱۰: گزینه ج. رعایت این رژیم احتباس مایعات را کاهش و درد حین قاعدگی را کم می کند.

مصرف داروهای مهارکننده پروستاگلاندین در صورتی مؤثر است که قبل از خونریزی مصرف شود.

داروهای ضدبارداری خوراکی بیشتر از موانع درد حین قاعدگی را کاهش می دهند. کاهش سطح

فعالیت جسمی نیز تا حدی دیسمنوره را کاهش می دهد، با ایجاد وازودیلاتاسیون و افزایش

خونروی.

پاسخ ۳۱۱: گزینه الف. این تست از ۱۸ سالگی و یا شروع فعالیت جنسی سالیانه اخذ می شود. در

صورت منفی بودن تست طی ۳ سال متوالی می توان آن را ۳ سال یک بار انجام داد. همیشه اول

نمونه سیتولوژی جهت آزمایش اخذ می شود.

پاسخ ۳۱۲: گزینه الف

پاسخ ۳۱۳: گزینه الف. همیشه ۱۴ روز دوم سیکل ثابت است.

پاسخ ۳۱۴: گزینه د. مترواژی به دفع خون در فاصله بین دو قاعدگی اطلاق می‌شود.

پاسخ ۳۱۵: گزینه ج. در این درمان سعی می‌شود حرکات دودی روده با رژیم غذایی یا دارو سرکوب شود.

پاسخ ۳۱۶: گزینه ج

پاسخ ۳۱۷: گزینه الف. آندومتر یوز سبب منوپوز می‌شود.

پاسخ ۳۱۸: گزینه د. بقیه موارد جزء فلور طبیعی نیستند.

پاسخ ۳۱۹: گزینه ج. با حرکت رادیوم تعبیه شده ممکن است خارج شود.

پاسخ ۳۲۰: گزینه ج

پاسخ ۳۲۱: گزینه الف. جلوگیری ممکن نیست، مگر با وجود انگیزه مناسب و تمایل به ادامه مصرف روش.

پاسخ ۳۲۲: گزینه ج. این کار جهت تشخیص تومورها و آنومالی‌های رکتوم انجام می‌شود.

پاسخ ۳۲۳: گزینه ج. عوارض قرص‌های ضدبارداری خوراکی حاوی استروژن و پروژسترون عبارت است از ترومبوفلیت، بدخیمی‌های پستان و تغییرات قلبی - عروقی.

پاسخ ۳۲۴: گزینه د. شیردهی موجب تأخیر تخمک‌گذاری شده و بروز علائم آندومتر یوز را به تعویق می‌اندازد.

پاسخ ۳۲۵: گزینه الف

پاسخ ۳۲۶: گزینه ب. عدم کنترل حلقه فوقانی کاندوم سبب جایجایی آن شده و ممکن است اسپرم وارد مهبل شود.

پاسخ ۳۲۷: گزینه د

پاسخ ۳۲۸: گزینه الف

پاسخ ۳۲۹: گزینه د. بهترین روش برای این گروه از زنان دیافراگم است، زیرا فاقد اثر جانبی فیزیولوژیک می‌باشد.

پاسخ ۳۳۰: گزینه الف. IUD موجب تحریک میومتر شده در نتیجه انقباضات رحمی شروع وسیله دفع می‌شود.

پاسخ ۳۳۱: گزینه الف

- پاسخ ۳۳۲: گزینه ج. مصرف قرص‌های ضدبارداری، فشار خون را افزایش داده و فرد را مستعد CVA می‌کند.
- پاسخ ۳۳۳: گزینه الف. تهوع و استفراغ ناشی از دوز بالای استروژن بوده و با تعدیل دوز، رفع می‌شود.
- پاسخ ۳۳۴: گزینه ج. این ویروس در منی، ترشحات واژن، ادرار، مدفوع و خون بیماران مبتلا به ایدز به وفور یافت می‌شود.
- پاسخ ۳۳۵: گزینه ج. احتمال بدخیمی سرویکس وجود داشته و باید به بیمار گفت نگرانی او پذیرفته شده است.
- پاسخ ۳۳۶: گزینه ب. این دارو FSH و LH را مهار می‌کند.
- پاسخ ۳۳۷: گزینه ب. افزایش حجم خونریزی قاعدگی شایع‌ترین عارضه IUD است.
- پاسخ ۳۳۸: گزینه د
- پاسخ ۳۳۹: گزینه ج. ممکن است دوز دارو کم بوده و زن بین سیکل، خونریزی داشته باشد، عارضه با افزایش دوز دارو رفع می‌شود.
- پاسخ ۳۴۰: گزینه ج. استرس و عفونت موجب افزایش متابولیسم بدن و درجه حرارت پایه می‌شوند.
- پاسخ ۳۴۱: گزینه ج. انجام ورزش‌های سنگین ممکن است سبب پارگی بخیه‌ها شود.
- پاسخ ۳۴۲: گزینه ج. تخمک‌گذاری ۱۴ روز مانده به قاعدگی بعدی صورت می‌گیرد.
- پاسخ ۳۴۳: گزینه د. حرکت اسپرم در محیط با pH بالا بیشتر است.
- پاسخ ۳۴۴: گزینه الف. همه گزینه‌ها صحیح است، ولی شایع‌ترین علت عفونت لوله است.
- پاسخ ۳۴۵: گزینه ج. این جمله تعریف ناباروری است.
- پاسخ ۳۴۶: گزینه د. در بقیه موارد یافته‌ها طبیعی است. فرورفتگی یکطرفه می‌تواند به علت وجود تومور در بافت زیرین باشد.
- پاسخ ۳۴۷: گزینه الف. معاینه پستان‌ها ۷-۵ روز بعد از سیکل قاعدگی انجام می‌شود.
- پاسخ ۳۴۸: گزینه د. داشتن آگاهی از علت سؤالات مطرح شده انگیزه پاسخگویی را افزایش می‌دهد.
- پاسخ ۳۴۹: گزینه ج. تنها در صورت وجود مشکل باید در جزئیات تجسس کرد.
- پاسخ ۳۵۰: گزینه ج. در سیستم‌های رحم به سمت پایین و قدام جابجا می‌شود.
- پاسخ ۳۵۱: گزینه د. پیش از شروع اقدامات تشخیصی گسترده برای زن باید منی آزمایش شود.
- پاسخ ۳۵۲: گزینه ج. پیش از ماموگرافی به NPO بودن نیازی نیست.

- پاسخ ۳۵۳: گزینه الف. ارتباط بین استروژن درمانی و سرطان آندومتر رحم یک ارتباط شناخته شده است.
- پاسخ ۳۵۴: گزینه ب. نارسایی دریچه، آئورتیت و آنوریسم آئورت از عوارض قلبی - عروقی شایع مربوط دوره نهفته سیفلیس هستند.
- پاسخ ۳۵۵: گزینه د. بیمار باید بداند احساس او نرمال است و کلیه انتخاب‌ها جهت حفظ شرایط باروری در نظر گرفته شده است.
- پاسخ ۳۵۶: گزینه د. مقاربت بعد از ۳-۴ هفته ممکن می‌شود. استفاده از تامپون تا ۳ هفته مجاز نیست. سیکل قاعدگی بعد از ۴-۶ هفته به روال گذشته برمی‌گردد.
- پاسخ ۳۵۷: گزینه الف
- پاسخ ۳۵۸: گزینه د. در سندرم داون سطح آلفافیتوپروتئین مادری کاهش می‌یابد. بیماری‌های آنمی داسی و ناهنجاری‌های قلبی با آزمایش قابل ارزیابی نیست.
- پاسخ ۳۵۹: گزینه الف. بهترین راه تشخیص عدم تناسب سر جنین با لگن رادیوگرافی است، ولی به دلیل خطر بالا باید انجام آن به موارد بسیار ضروری محدود شود.
- پاسخ ۳۶۰: گزینه د
- پاسخ ۳۶۱: گزینه ب. نتیجه منفی وضعیت نرمال و نتیجه مثبت شرایط غیرنرمال را نشان می‌دهد.
- پاسخ ۳۶۲: گزینه ج. سطح کلسیم m/dl ۷-۱۲ برای نوزادان تازه متولد شده و m/dl ۱۰/۵-۸ برای گروه سنی کودکان طبیعی در نظر گرفته می‌شود.
- پاسخ ۳۶۳: گزینه ج. دو گزینه اول جهت تنظیم دوز وارفارین سنجیده می‌شوند.
- پاسخ ۳۶۴: گزینه الف. توجه داشته باشید که گزینه "د" به دلیل فقدان سایر علائم بالینی نمی‌تواند صحیح باشد.
- پاسخ ۳۶۵: گزینه الف. پیش از تست، ضربان قلب جنین باید به مدت ۳۰ دقیقه کنترل شود. FHR پایه ثبت شده تا هرگونه تغییر قابل ارزیابی باشد.
- پاسخ ۳۶۶: گزینه الف. CST ۱-۲ ساعت طول می‌کشد. در طول این مدت مددجو باید بر روی تخت باقی بماند.
- پاسخ ۳۶۷: گزینه د. در این زمان موکوس سرویکس حداکثر بوده و محیط جهت حیات اسپرم ایده‌آل است.
- پاسخ ۳۶۸: گزینه ب. این وضعیت نیاز به بررسی بیشتر دارد.

- پاسخ ۳۶۹: گزینه الف. در گزینه یک نحوه صحیح انجام این تست بیان شده است.
- پاسخ ۳۷۰: گزینه ج. آمنیوستز یک روش تهاجمی است و اخذ رضایت‌نامه الزامی می‌باشد. آمنیوستز با رعایت نکات استریل انجام می‌شود و تب بعد آن طبیعی نبوده و بیانگر وجود عفونت است. بعد از پروسیجر تا زمان رفع کرامپ شکمی، استراحت نسبی توصیه می‌شود و این روش به شکل سرپایی اجرا می‌شود.
- پاسخ ۳۷۱: گزینه ب. سایر گزینه‌ها در محدوده نرمال است. پیکا عارضه کم خونی است.
- پاسخ ۳۷۲: گزینه الف. سایر گزینه‌ها غلط است. بهترین زمان برای انجام ماموگرافی یک هفته بعد از سیکل قاعدگی است. انجام آن را نمی‌توان جایگزین معاینه ماهیانه پستان‌ها نمود، روش قطعی تشخیص سرطان پستان بیوپسی پستان است.
- پاسخ ۳۷۳: گزینه ب. این تست حرکت جنین را ۵ پارامتر می‌سنجد: (۱) ضربان قلب، (۲) حرکات خشن، (۳) حرکات تنفسی، (۴) تون جنین، (۵) حجم مایع آمنیوتیک (هر معیار از ۲-۰ امتیاز گرفته و امتیاز ۸ نرمال و ۱۰ بسیار عالی در نظر گرفته می‌شود).
- پاسخ ۳۷۴: گزینه ب. فقدان β HCG دال بر عدم حاملگی است. وجود در محدوده نرمال نشان‌دهنده بارداری است و مقادیر بالاتر بیانگر بارداری مولار است.
- پاسخ ۳۷۵: گزینه ج. زمان این تست ۳۰-۲۰ دقیقه است. نام این تست Non stress testing است و هیچ انقباضی به رحم القاء نمی‌شود. این آزمایش یک پروسیجر غیرتهاجمی است.
- پاسخ ۳۷۶: گزینه د. زمان این تست ۱۵-۱۰ دقیقه است. انجام این روش اطلاعات کاملی از رحم، جنین، ساک جنین، ساختمان‌های عمقی داخل لگن شامل تخمدان‌ها و لوله‌های فالوپ فراهم می‌آورد. حین انجام زن در وضعیت لیتوتومی قرار گرفته و انجام آن بسیار راحت می‌باشد. در گزینه "ب" سونوگرافی شکمی توصیف شده است.
- پاسخ ۳۷۷: گزینه د
- پاسخ ۳۷۸: گزینه ج. آمنیوستز یک تست ارزشمند جهت تشخیص ناهنجاری‌های حاصل از اختلالات کروموزومی مانند سندرم داون، تی‌ساکس، هموفیلی و تالاسمی می‌باشد.
- پاسخ ۳۷۹: گزینه د. این دارو به زنان RH منفی در جهت پیشگیری از تشکیل آنتی‌بادی ضد RH تزریق می‌شود، پس باید کومبس هم منفی باشد، زیرا کومبس مثبت بیانگر وجود آنتی‌بادی ضد RH می‌باشد و با وجود آنتی‌بادی ضد RH هرگز آمپول رگام تجویز نمی‌گردد.
- پاسخ ۳۸۰: گزینه ج. افت ضربان قلب در زمانی که استرس حداقل است، دیسترس جنین را نشان می‌دهد

و تست در این شرایط مثبت خواهد شد.

پاسخ ۳۸۱: گزینه الف. مادر با گروه خونی O آنتی A و آنتی B دارد و این حالت موجب لیز گلبول‌های قرمز جنین می‌شود.

پاسخ ۳۸۲: گزینه د. جهت اخذ تصویر بهتر در سونوگرافی مثانه فرد باید پر باشد. حین آمنیوستز برای پیشگیری از صدمات احتمالی و سوراخ‌شدگی مثانه باید کاملاً خالی شود.

پاسخ ۳۸۳: گزینه ب. در حالت نرمال تعداد ضربان قلب جنین با افزایش حرکات او افزایش می‌یابد. گزینه "د" اساس تست استرسی است.

پاسخ ۳۸۴: گزینه ب

پاسخ ۳۸۵: گزینه ج

پاسخ ۳۸۶: گزینه الف

پاسخ ۳۸۷: گزینه د

پاسخ ۳۸۸: گزینه ج

پاسخ ۳۸۹: گزینه الف

پاسخ ۳۹۰: گزینه ج

پاسخ ۳۹۱: گزینه الف

پاسخ ۳۹۲: گزینه ب: مرحله لوتئینی به روزهای ۲۸-۱۵ سیکل قاعدگی گفته می‌شود. پس از پاره شدن فولیکول، تخمک وارد لوله‌های فالوپ شده و به سمت رحم حرکت می‌کند. تحت تأثیر هورمون LH جسم زرد رشد یافته و میزان زیادی استروژن و پروژسترون تولید می‌کند.

پاسخ ۳۹۳: گزینه د: در این مرحله هورمون‌های استروژن و پروژسترون به شدت کاهش یافته و جسم زرد از بین می‌رود.

پاسخ ۳۹۴: گزینه د: بیضه‌ها معادل تخمدان در زنان هستند.

پاسخ ۳۹۵: گزینه الف: هورمون تستوسترون سبب تولید بیشتر گلبول‌های قرمز می‌شود.

پاسخ ۳۹۶: گزینه ج

پاسخ ۳۹۷: گزینه د: به طور معمول، لقاح در یک‌سوم خارجی لوله‌های فالوپ رخ می‌دهد..

پاسخ ۳۹۸: گزینه الف: هنگامی که حجم مایع آمنیوتیک کمتر از ۳۰۰CC می‌شود، به آن اولیگوهایدرو-آمنیوس می‌گویند.

پاسخ ۳۹۹: گزینه ج: ناهنجاری‌های کلیه با اولیگوهایدروآمنیوس همراه هستند.

- پاسخ ۴۰۰: گزینه ج: عدم فعالیت جسم زرد قبل از هفته ۱۱ موجب سقط خودبخودی می‌شود.
- پاسخ ۴۰۱: گزینه ج: در هفته ۲۵ بارداری، حرکات تنفسی جنین آغاز می‌شود.
- پاسخ ۴۰۲: گزینه ج: مادران نوجوان به دلیل آگاهی اندک از وظایف تکاملی کودک ممکن است انتظارات زیادی از کودکان خود داشته باشند.
- پاسخ ۴۰۳: گزینه د: نوجوانان در این دوره باید بتوانند از راه صحیح بر تمایلات جنسی خود فائق آیند.
- پاسخ ۴۰۴: گزینه ب: صفات ثانویه جنسی در اواسط نوجوانی تکمیل می‌شود.
- پاسخ ۴۰۵: گزینه ج
- پاسخ ۴۰۶: گزینه الف