

راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی و ارائه روشهای دارویی و غیر دارویی کاهش درد زایمان

تهیه کنندگان این مجموعه

اعضای مسئول طراحی و تدوین در اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت (به ترتیب حروف الفبا)

- امامی افشار، نهضت، کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- جعفری، دکتر نوشین. متخصص زنان و زایمان
- جلیوند، پوران کارشناس بهداشت
- چنگیزی، دکتر نسرين. متخصص زنان و زایمان، رئیس اداره سلامت مادران
- حجازی، سعیده. کارشناس مامایی
- رادپویان، لاله کارشناس مامایی
- رحیمی قصبه، سوسن کارشناس ارشد مامایی
- عازمی خواه، دکتر آرشد. معاون مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت
- والاقر، شهرزاد. کارشناس مامایی
- هادی پور جهرمی، لیلا. کارشناس ارشد مامایی

همکارانی که در تهیه پیش نویس اولیه پروتوکل مشارکت داشته اند (به ترتیب حروف الفبا):

- * آبادیان، مهر آور کارشناس ارشد مامایی شرکت نفت
- * آسمایان، مریم کارشناس مامایی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
- * آذری آزاد، دکتر شراره متخصص زنان و زایمان
- * افشاری، پوراندخت عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوزستان
- * بنی عقیل، آسیه سادات عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
- * تعاونی، سیمین عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- * دافعی، مریم عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس
- * درویشی، عفت کارشناس مامایی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
- * دولتیان، ماهرخ عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
- * رزمجو، نسترن عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان
- * زیادللو، سمانه عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس
- * ستارزاده، نیلوفر عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی
- * عباسپور، زهرا عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- * کاویانی، معصومه عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس
- * کولیوند، میترا عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
- * فهامی، فریبا عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

* میرمولایی، طاهره عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
* والیانی، محبوبه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

همکارانی که در تدوین نهایی پروتوکل مشارکت داشته اند (به ترتیب حروف الفبا):

- * ازگلی، گیتی عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
- * بابایی، فرح کارشناس ارشد مامایی سوپروایزر آموزشی بیمارستان اکبرآبادی
- * ترک زهرانی، شهناز عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
- * تعاونی، سیمین عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- * تقی زاده، زیبا عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- * خداکرمی، ناهید عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
- * روستا، فیروزه کارشناس ارشد مامایی از فرانسه

زایمان فرآیندی فیزیولوژیک است که خداوند اسباب و شرایط انجام آن را در انسان همانند سایرپستانداران محقق ساخته است تا بدون مداخله پزشکی به صورت طبیعی انجام پذیرد. مطالعات متعدد نشان داده است که 85 درصد زایمان های طبیعی نیاز به مداخله پزشکی ندارد و فقط با ارایه آموزش به مادران و مراقبت و پایش آنان طی انجام زایمان، این روند فیزیولوژیک و طبیعی به سلامت سپری می گردد.

برای ترویج زایمان طبیعی نیاز به ارایه خدمات استاندارد و روشهای کاهش درد زایمان در مراکز زایمانی است. باید به این نکته مهم توجه داشت که مادر باردار نباید به عنوان فرد بیمار تلقی شود. این امر طی دهه های گذشته موجب برخورد پاتولوژیک با مادر شده که منجر به مداخله های طبی غیر ضروری مانند وصل کردن سرم و خواباندن مادر روی تخت و معاینات مکرر و می گردد.

در کشور ما با گسترش خدمات تخصصی و بیمارستانی طی 5 دهه گذشته و روند رو به رشد انجام زایمان ها در مراکز زایمانی و بیمارستان ها، به زایمان به عنوان مشکل پزشکی و تخصصی نگاه شده و برای انجام آن مداخلات پزشکی غیرضروری ارایه شده است. گسترش این نگرش طی این سال ها باعث تغییر استانداردهای ارایه خدمات زایمان طبیعی گشته و انجام زایمان طبیعی را همچون سایر اعمال بیمارستانی محدود به مداخلات پزشکی، دارویی و جراحی نموده است. این سبک انجام زایمان نه تنها نظام ارایه خدمات را متاثر کرده است بلکه نظام آموزشی، دیدگاه های ارایه دهندگان و فرهنگ گیرندگان خدمات برای انجام زایمان طبیعی را نیز دستخوش تغییر نموده است. بالا بودن میزان سزارین در کشور، معمول کردن روش هایی همچون تنقیه، تراشیدن موهای ناحیه تناسلی، منع مصرف مایعات و مواد غذایی، تاکید بر استراحت مطلق و اجتناب از راه رفتن در زمان لیبر، تجویز بیش از حد و غیر ضروری اکسی توسین، انجام بیش از حد برش اپی زیاتومی، توصیه و اجبار مادر به انجام زایمان در وضعیت خوابیده به پشت، منع حضور همراه در زمان زایمان در کنار مادر و ... همگی از ثمرات گسترش این سبک انجام زایمان در کشور است. انتخاب صحیح روش زایمان می تواند بر سلامت مادر و نوزاد تأثیر گذار باشد. از آنجا که طبیعت زایمان درد است، واکنش مادران نسبت به درد زایمان متفاوت بوده که تحت تأثیر عواملی مانند فرهنگ، احساس ترس و نگرانی، تجربه زایمان قبلی، میزان آمادگی برای بچه دار شدن و حمایت همسر نیز می باشد.

بر همین اساس راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی و ارائه روشهای غیر دارویی کاهش درد در اداره سلامت مادران تهیه گردیده است. مهمترین نکته در این راهنما، فیزیولوژیک و طبیعی تلقی کردن زایمان است. از آنجا که ترویج زایمان طبیعی به عنوان یکی از مهمترین راهکارهای برنامه سلامت مادران در دستورکار این اداره قرار گرفته، بنابراین اجرای مفاد این راهنما به منظور بخشی از اقدامات بیمارستان های دوستدار مادر در نظر گرفته شده است. امید است با یاری همه دست اندرکاران شاهد انجام بهینه زایمان طبیعی با استفاده از روش های کاهش درد و حذف مداخله های غیر ضروری و پیشگیری از انجام سزارین بی رویه درکشور باشیم.

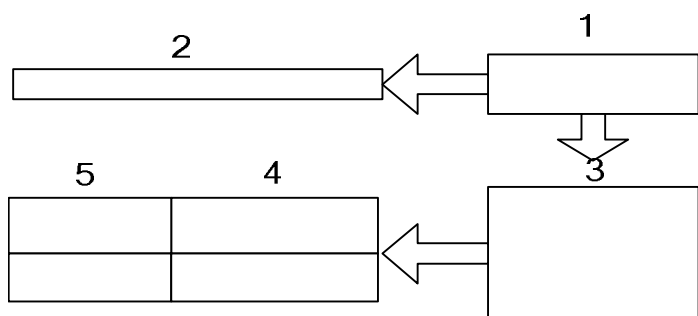
دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون سلامت

• **آشنایی با راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی و ارائه روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان**

مجموعه حاضر به منظور کمک به شما در ارائه خدمات زایمان طبیعی تهیه گردیده است. این مجموعه شامل دو بخش کلی است:

بخش یک مربوط به چگونگی ارائه خدمات زایمان طبیعی از زمان مراجعه مادر تا ترخیص با استفاده از چارت بوده و شامل پذیرش در لیبر، مراقبت های فاز نهفته و فاز فعال مرحله اول زایمان، مراقبت های مرحله دوم زایمان، مراقبت های مرحله سوم زایمان، مراقبت های مرحله چهارم زایمان و مراقبت های 6 ساعت اول پس از زایمان است. در هر صفحه، نحوه کار با چارت مراقبت (از سمت راست و بالای صفحه) به این ترتیب است:



خانه شماره 1- در زمان مراجعه مادر، قبل از هر اقدامی، علائم خطر فوری را در مادر ارزیابی کنید.

خانه شماره 2- در صورت وجود علائم خطر فوری، با توجه به آدرس داده شده، اقدام کنید.

خانه شماره 3- اگر مادر هیچ یک از علائم خطر فوری را نداشت، با توجه به مطالب مربوط به این خانه، وی را ارزیابی سریع کنید.

خانه شماره 4- علائم و نشانه های حاصل از ارزیابی سریع را گروه بندی کنید.

خانه شماره 5- با توجه به نتایج و آدرس داده شده، اقدام کنید.

چنانچه در ارزیابی مراقبت های معمول، علامت یا عارضه ای مشاهده کردید که نیاز به مداخله دارد، آن عارضه را باید در پروتوکل بیمارستان دوسنادر مادر جستجو و براساس نکات آن اقدام کنید.

بخش دو، شامل راهنماهایی است که در مورد نحوه انجام مراقبت ها توضیحاتی ارائه داده است. راهنماها براساس اعداد رتبه بندی شده و آدرس مربوط به هر یک از آنها در چارت های ارائه خدمت اشاره شد است. راهنماها شامل گرفتن شرح حال، توجه به حالات مادر، معاینه، مادران پرخطر، ملاحظات هنگام بستری، کنترل علائم حیاتی، کنترل صدای قلب جنین، احیاء نوزاد، کنترل وضعیت انقباضات رحم، بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال، علائم ورود به مرحله دوم زایمان، اداره مرحله دوم زایمان، اداره مرحله سوم زایمان، بررسی روند جدا شدن جفت، انجام مانورهای خروج جفت، بررسی جفت و پرده ها و بندناف، اطمینان از جمع بودن رحم و ماساژ فوندوس رحم، اقدامات پس از خروج جفت، روش های کاهش درد، ملاحظات زایمان در آب، احیاء نوزاد، اداره نوزاد، آمادگی برای زایمان، تخمین خونریزی پس از زایمان، بررسی محل ترمیم برش یا پارگی، اطمینان از دفع ادرار و توجه به علائم خطر است.

۷ اصول

1- در زمان مراجعه مادر با دردهای زایمانی، قبل از هر اقدامی، علائم خطر فوری در مادر ارزیابی می شود.

2- در صورت نبود علایم خطر فوری، ابتدا وضعیت زایمانی و یا فوریت مادر مورد ارزیابی سریع قرار می گیرد و براساس آنچه که در پروتکل اشاره شده است، گروه بندی و نسبت به بستری کردن وی اقدام می شود. سپس تشکیل پرونده و ادامه گرفتن شرح حال و سایر اقدامات اشاره شده در تشکیل پرونده و ارزیابی باید مورد توجه قرار گیرد.

3- چگونگی ارایه خدمات مانند کنترل علایم حیاتی، معاینه واژینال، کنترل انقباضات و قلب جنین و ... بر اساس راهنماهای موجود ارایه می گردد.

4- ارایه خدمات زایمان طبیعی باید پس از گروه بندی مادر از نظر پر خطر بودن (high risk) و یا کم خطر بودن (low risk) صورت گیرد. راهنمای شماره 4 شامل فهرست مادران پر خطر می باشد.

5- در صورت وجود هر عارضه یا علامت خطر، مراقبت طبق محتوای کتاب «راهنمای کشوری ارایه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان دوستدار مادر» ارایه می شود.

6- پس از بستری مادر کم خطر (low risk) نیاز به شیو، انما، گرفتن رگ و وصل کردن سرم، القای زایمانی (اینداکشن یا استیمولیشن)، خواباندن مادر و ... به صورت معمول نمی باشد مگر مادر شرایط استفاده از موارد گفته شده را داشته باشد. حمایت مادر از طریق معرفی پرسنل، رفتار محبت آمیز، آگاه کردن از روند لیبر و زایمان، پاسخ به سئوالات در مراحل مختلف و از نکات مهم در ارایه خدمت است. به راهنمای ملاحظات هنگام بستری توجه شود.

7- مادر می تواند در لیبر راه برود و در هر وضعیتی که احساس راحتی می کند، قرار گیرد. تمریناتی که در دوران بارداری آموزش دیده (آرام سازی، تمرینات عضبی عضلانی، تجسم مثبت، تمرکز و تکنیک های تنفس برای کاهش درد) را با کمک همراه آموزش دیده انجام دهد.

8- همراه آموزش دیده می تواند در تمام مراحل زایمان، مادر را همراهی کند و با راهنمایی عامل زایمان به مادر کمک کند.

راهنمای 1: توجه به قریب الوقوع بودن زایمان هنگام ورود و مراحل مختلف زایمان

حالات مادر شامل:

- × ظاهر شدن عرق بر روی صورت و پشت لب و لرزش انتهایها
 - × افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند: دیگر نمی توانم ادامه دهم
 - × تهوع و استفراغ (یک بار استفراغ و یا استفراغ اسپورادیک در این مرحله طبیعی است. استفراغ مداوم و پشت سر هم علامت خطر است.)
 - × احساس زور زدن و اجابت مزاج، کشیده شدن پرینه و احساس سوزش پرینه
- توجه:** در صورت وجود هریک از حالات فوق، قبل از هر اقدامی، کنترل صدای قلب جنین و معاینه واژینال برای تشخیص قریب الوقوع بودن زایمان صورت گیرد.
- نکته مهم:** به تعداد بارداری مادر (شکم اول یا بالاتر) و ترم بودن بارداری بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی توجه شود.

راهنمای 2: معاینه

- **مانورهای لئوپولد** (مثانه خالی باشد): بررسی تعداد قل، نمایش، قرار، پوزیشن جنین، تخمین وزن جنین، ارتفاع رحم
 - **معاینه واژینال:** مواردی که باید در معاینه واژینال مورد توجه قرار گیرد، عبارت است از:
 - × وضعیت ظاهری دستگاه تناسلی از نظر ادم، واریس، زخم، ختنه، اسکارهای قبلی، زگیل، هرپس، شپش،...
 - × وضعیت واژن از نظر وجود زگیل، زخم و اسکار، سیستوسل و رکتوسل در مولتی پارها. (به طور معمول واژن باید گرم و مرطوب و دیواره ها صاف و قابل کشش باشد).
 - نکته:** در صورت وجود اسکار در واژن یا پرینه (مانند ترمیم سیستوسل و رکتوسل، سوختگی های شدید، چسبندگی ها و ...)، برای نحوه ختم بارداری تصمیم گیری شود.
 - × وضعیت سرویکس: بررسی فورنیکس ها، طول و نرمی سرویکس (دیلاتاسیون و افاسمان)، نحوه قرار گرفتن سرویکس (قدامی، خلفی، میانی)
 - × وضعیت ترشحات و خونریزی
 - × وضعیت کیسه آب: سالم، پاره و یا بمبه بودن. در صورت پارگی باید به مقدار، رنگ و بوی مایع توجه شود.
 - × وضعیت جنین: عضو پرزائنه، ایستگاه (station)، نمایش جنین، وضعیت (position)، تغییر شکل سر جنین (molding, caput succedaneum)
 - × وضعیت لگن: وضعیت خارهای ایسکیال، دیواره های لگن، تحرک دنبالچه و تطابق سر جنین با لگن، تقعر ساکروم، زاویه قوس پوبیس، فاصله بین دو برجستگی ایسکیال
- نکته مهم:** چنانچه شک به جفت سر راهی وجود دارد (مراجعه مادر با خونریزی، سابقه لکه بینی در اواخر بارداری و یا نداشتن سونوگرافی همراه با این علائم) از معاینه واژینال خودداری کنید. اقدامات بعدی مطابق راهنمای بیمارستان دوسندار مادر صورت گیرد.

§ نکات مربوط به معاینه واژینال:

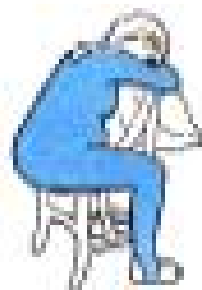
- شستن دستها. (ناخن ها باید کوتاه بوده و زیر آنها تمیز باشد)
- پوشیدن دستکش لاتکس (استفاده از دستکش استریل در صورت وجود هر نوع ضایعات ولو و واژن و احتمال پارگی کیسه آب)
- استفاده از ماده آنتی سپتیک (طبق پروتوکل کنترل عفونت بیمارستان)، ژل محلول در آب، نرمال سالین.
- برقراری ارتباط کلامی با مادر در همه موارد
- توضیح به مادر و اخذ اجازه برای انجام معاینه و انجام معاینه به آرامی
- نکته:** برای معاینه واژینال نیازی به دراز کشیدن مادر به پشت نمی باشد در تمام وضعیت های upright می توان معاینه واژینال را انجام داد.
- اطمینان از خالی بودن مثانه
- آموزش مادر به تنفس آرام و راحت هنگام معاینه
- حفظ حریم شخصی (privacy)

راهنمای 3: ملاحظات هنگام بستری

- × خوشامدگویی به مادر، معرفی فرد یا افراد مراقبت کننده و بخش زایمان به مادر، توجه به سلیقه و علاقه مادر در استفاده از وسایل شخصی مانند رنگ لباس، پوشش، ملحفه و بالش، آوا و موسیقی، وسایلی برای تزیین اتاق در صورت امکان
- × ثبت نتایج ارزیابی در پرونده (فرم مراقبت) مادر
- × گرفتن نمونه خون برای تعیین هموگلوبین و هماتوکریت
- × تعیین گروه خونی و ارهاش (در صورت نیاز)
- × اخذ رضایت نامه کتبی برای انجام روش کاهش درد و سایر مداخلات
- × تحویل وسایل شخصی و زیورآلات به فرد مورد اعتماد خانواده
- × توجه به باورها، هنجارهای فرهنگی و مذهبی
- × حفظ حریم شخصی مادر و رعایت privacy، جداکردن تخت ها (حداقل با پاراوان، پرده یا دیواربندی)
- × برقراری ارتباط چشمی، کلامی و عاطفی مناسب
- × آگاه کردن مادر و کسب اجازه از وی برای انجام هر اقدامی
- × آموزش مختصر به مادر در مورد روند زایمان و روش کاهش درد زایمان و تشویق وی به مشارکت در زایمان با رعایت حق انتخاب
- × تشویق و ترغیب به راه رفتن و تغییر وضعیت
- × استفاده از همراه آموزش دیده طی لیبر و زایمان، همراه باید لباس خود را تعویض کند و با مادر وارد اتاق زایمان گردد و مراقب وضعیت مادر باشد.
- × اجازه دیدار با همسر در صورتی که همراه همسر نباشد (بنا به درخواست مادر)
- × پوشاندن وسایل استرس زا از دید مادر مانند کپسول اکسیژن، وسایل زایمان، ترالی اورژانس
- × فراهم کردن امکان استفاده از دوش برای ایجاد آرامش، انحراف فکر، تن آرامی و استفاده از وضعیت upright
- نکته: مادر حتماً کلاه پلاستیکی استفاده کند تا از خیس شدن موها جلوگیری شود.
- × پرهیز از انجام مداخلات (شیو، انما، رگ گرفتن، اینداکشن، فشار روی رحم، پاره کردن کیسه آب، اپی زیاتومی، سوند زدن مکرر مثانه، NPO) بدون اندیکاسیون.



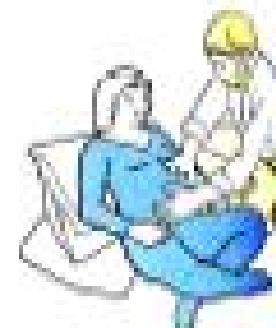
Walking



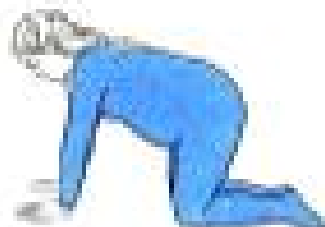
Sitting/leaning



to-fo sitting



Supine, relaxed



Kneeling



Standing



Squatting



Kneeling and lean forward with support

Contract

شکل شماره 1: وضعیت ها مختلف حین لیبر

ادامه راهنمای 3: ملاحظات هنگام بستری

اندیکاسیون این مداخلات به شرح زیر است:

§ **شیو:** در مواردی که احتمال پارگی و یا اپی زیاتومی وجود دارد، موهای نیمه خلفی پرینه با قیچی کوتاه می شود.

§ **انما:** در صورت نگرانی مادر از دفع حین زایمان، انما انجام شود.

نکته: در صورت بالا بودن عضو پرزائنه، پارگی کیسه آب، خونریزی، پره ترم لیبر، بریچ و پره اکلامپسی شدید انما انجام نشود.

§ **رگ گرفتن و برقراری IV Line:**

1. شکم پنجم یا بالاتر،

2. اندیکاسیون های اینداکشن،

3. سابقه خونریزی بعد از زایمان در زایمان قبلی،

4. مادر خسته و دهیدراته در صورتی که نتواند مایعات بنوشد،

نکته: خشکی دهان یا گلو از علائم کم آبی است. گاهی خشکی دهان می تواند به علت تکنیک اشتباه تنفس باشد.

5. سابقه آتونی، زایمان سریع، مرگ نوزاد، مرده زایی، نازایی

§ **اینداکشن:** زایمان و لیبر خود به خودی نیاز به اینداکشن ندارد.

سوند زدن مکرر مثانه:

برای جلوگیری از سوند زدن مثانه و رفع احتباس ادرار چنانچه مادر منع حرکت ندارد، به توالی راهنمایی شود، در صورت احتباس ادرار موارد زیر را به ترتیب انجام دهید:

1. گوش دادن به صدای آب

2. خیس کردن و تکان دادن انگشتان در آب

3. ریختن آب ولرم روی پرینه

4. ریختن عصاره نعنا در لگن آب

5. فشار آرام روی سوپراپوبیک

6. ریلکس کردن پرینه توسط مادر

§ **NPO:** در صورت طبیعی بودن علایم حیاتی مادر و صدای قلب جنین، نیازی به NPO بودن نمی باشد. مادر می تواند مایعات و غذاهای نیمه جامد و مقوی بدون تفاله (سوپ صاف شده) مصرف کند. در مرحله دوم زایمان بهتر است فقط از مایعات استفاده شود.

راهنمای ۴: مادران پر خطر

موارد پر خطر برای انجام زایمان طبیعی:

- سابقه و یا ابتلا فعلی به بیماری: قلبی، کلیوی (پیلونفریت،...)، ریوی (آسم، پنومونی،...)، گوارشی (کبد چرب بارداری،...)، تیروئید، خونی (آنمی سیکل سل،...)، فشارخون (پره اکلامپسی،...)، دیابت، بیماری های انعقادی، بیماری عفونی (سل، آبله مرغان، مقاربتی، هرپس، هپاتیت ویروسی با Organ Failure،...)، بیماری اعصاب و روان (صرع،...)، بیماری اتوایمیون (لوپوس،...)، بیماری های اسکلتی، تب، کیست تخمدان، دیابت بارداری

- ابتلا به ناهنجاری: ناهنجاری های اسکلتی، ناهنجاری های تناسلی

- سایر موارد خطر: اعتیاد و مصرف الکل، نمایه توده بدنی بیش از 40، چندقلویی، مرگ جنین داخل شکمی، تست های غیر طبیعی سلامت جنین، سن بارداری کمتر از 37 و بیش از 42 هفته، اولیگوهایدرآمنیوس، پلی هیدرآمنیوس، تأخیر رشد داخل رحمی، جفت سر راهی، نمایش غیر سفالیک، پرولاپس بندناف، سزارین قبلی، پارگی کیسه آب (در فاز نهفته و یا بیش از 12 ساعت)، تروما، مادر ارهاش منفی با کومبس غیر مستقیم مثبت، بارداری بیش از 5 بار، سابقه ناهنجاری جنینی و نداشتن سونوگرافی و مراقبت طی بارداری، هموگلوبین کمتر از 8 میلی گرم در دسی لیتر

- سوابق بارداری و زایمان قبلی: پره اکلامپسی - دکلمان و جفت سرراهی - مرده زایی / مرگ نوزاد - سزارین - زایمان سخت - زایمان سریع - دیابت بارداری

راهنمای 5: کنترل علائم حیاتی

تا زمان ترخیص	مرحله چهارم (2 ساعت اول پس از زایمان)	مرحله دوم	مرحله اول		
			فاز فعال	فاز نهفته بستری	فاز نهفته غیر بستری
فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت یکبار تا چهار ساعت سپس هر 6 ساعت یکبار و درجه حرارت یک ساعت قبل از ترخیص	در ساعت اول: فشارخون، نبض و تنفس هر 15 دقیقه یکبار و درجه حرارت یکبار در ساعت دوم: فشارخون، نبض و تنفس هر 30 دقیقه یکبار	حداقل یکبار»	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر 2 ساعت یکبار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از 6 ساعت هر یک ساعت یکبار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر 4 ساعت یکبار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از 6 ساعت هر یک ساعت یکبار)	هر 4 ساعت یکبار

«در مرحله دوم زایمان، وضعیت علائم حیاتی به شرح زیر تغییر می کند:

- افزایش فشارخون سیستول به میزان 15 تا 25 میلی متر جیوه. افزایش آن تا 10 میلی متر جیوه در هنگام زور زدن طبیعی است.

- افزایش تعداد نبض

- افزایش درجه حرارت به میزان 0/5 تا 1 درجه سانتیگراد.

- تعداد تنفس تغییری نمی کند.

✓ معیارهای ارزیابی علایم حیاتی:

- فشار خون 140/90 و بالاتر «فشارخون بالا» در نظر گرفته می شود. (فشار خون باید در بین انقباضات اندازه گیری شود)

- تعداد طبیعی نبض 60 تا 100 بار در دقیقه است. (تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود)

- درجه حرارت بیش از 38 درجه سانتیگراد «تب» است. (درجه حرارت به مدت 3 تا 5 دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود).

- تعداد طبیعی تنفس 16 تا 20 بار در دقیقه است. (تعداد تنفس به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود).

راهنمای 6: کنترل صدای قلب جنین

مرحله دوم	مرحله اول		
	فاز فعال	فاز نهفته بستری	فاز نهفته غیر بستری
هر 15 دقیقه یکبار	هر 30 دقیقه یکبار	هر 30 تا 60 دقیقه یکبار	هر 4 ساعت یکبار

نکته: صدای قلب جنین به مدت یک دقیقه کامل شنیده می شود و در هنگام شنیدن به الگوی طبیعی ضربان قلب نیز توجه می شود. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین 110 تا 160 بار در دقیقه است. اگر مادر در وان آب قرار دارد از سونیکدهای مخصوص ضد آب استفاده شود چنانچه سونیکید مخصوص در دسترس نبود می توانید با استفاده از یک پوشش پلاستیکی روی پروپ سونیکید صدای قلب جنین را گوش کنید.

راهنمای 7: کنترل وضعیت انقباضات رحم

وضعیت انقباضات رحم شامل:

- **تکرار Frequency:** از قله انقباض تا قله انقباض بعدی یا از شروع انقباض تا شروع انقباض بعدی
- **شدت Intensity:** قدرت انقباض (تعیین میزان سفت شدن رحم، به عبارتی در اوج انقباض موثر، انگشت شست به سادگی در قله رحم فرو نمی رود)
- **طول مدت هر انقباض Duration:** فاصله شروع تا خاتمه هر انقباض
- **استراحت Rest:** فاصله بین انقباض ها، فاصله خاتمه یک انقباض تا شروع انقباض بعدی

مرحله دوم	مرحله اول		
	فاز فعال	فاز نهفته بستری	فاز نهفته غیر بستری
هر 15 دقیقه یکبار	هر 30 دقیقه یکبار	هر 30 تا 60 دقیقه یکبار	هر 4 ساعت یکبار

- نکته 1:** مشخصات انقباض در فاز نهفته تحت نظر: انقباض به مدت 15 تا 20 ثانیه هر 10 تا 20 دقیقه یکبار با شدت کم
- نکته 2:** مشخصات انقباض در فاز فعال مرحله اول: انقباض طبیعی حداقل 3 انقباض در مدت 10 دقیقه که هر انقباض حدود 40 ثانیه، همچنین رحم بین انقباضات شل است.

راهنمای 8: بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال

مرحله دوم	مرحله اول	
	فاز فعال	فاز نهفته بستری
هر 30 دقیقه یکبار	هر 2 ساعت یکبار	هر 4 ساعت یکبار

نکته 1: به طور کلی کنترل پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال، بستگی به وضعیت مادر و توانمندی ماما دارد. تغییر رفتار مادر، الگوی انقباضات، احساس زور به مادر، تغییر شدت کمر درد، تغییر محل شنیدن صدای قلب جنین از مواردی است که در تشخیص پیشرفت لیبر کمک کننده است.

نکته 2: در فاز فعال زایمان، میزان پیشرفت از طریق ترسیم نمودار پارتوگراف بررسی شود.

نکته 3: بهتر است معاینه واژینال در موارد زیر انجام شود:

1- پیش از انجام هر نوع مداخله (دارویی و غیر دارویی)

2- اطمینان از پیشرفت دیلاتاسیون و افاسمان

3- پس از پارگی خود به خودی کیسه آب

4- در صورت ضربان قلب جنین کمتر از 110 یا بیشتر از 160

§ یافته های پیشرفت رضایت بخش فاز نهفته زایمان :

-افزایش تدریجی شدت و تکرار انقباضات رحمی و منظم شدن انقباضات

-تغییر پیشرونده در دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس

§ یافته های پیشرفت رضایت بخش فاز فعال زایمان:

- قرار گیری مناسب عضو پرزائنه روی سرویکس (Well applied)

-افزایش تدریجی شدت و تکرار انقباضات رحمی و منظم شدن انقباضات

- بررسی پیشرفت طبیعی لیبر در فاز فعال زایمان (طبق پارتوگراف)

نکته : چنانچه اندازه جنین خیلی بزرگ و یا لگن مادر خیلی کوچک باشد عدم تطابق سر جنین با لگن مادر مطرح است که بر اساس معاینه واژینال و تخمین وزن جنین فرد معاینه کننده مشخص می گردد. پلویمتری نیز یکی از راههای تشخیص تنگی لگن می باشد.

در صورت تشخیص عدم تطابق سر جنین با لگن مادر و پیشرفت نامناسب زایمان باید هر چه سریعتر برای ختم حاملگی اقدام نمود.

ادامه راهنمای 8: بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال

§ یافته های پیشرفت رضایت بخش مرحله دوم زایمان:

- نزول مداوم عضو پرزائنه در کانال زایمان

- خروج جنین

نکته:

- توجه به پر بودن مثانه و تشویق مادر به تخلیه آن (در صورتی که پر بودن مثانه مانع پیشرفت موثر شده است و مادر توانایی تخلیه مثانه با اقدامات اشاره شده در مرحله اول را ندارد، سوندگذاری توصیه می شود)

- توجه به وضعیت مایع آمنیوتیک (آمنیوتومی در صورت سالم بودن کیسه آب)

- توجه به اینکه مادر انرژی کافی برای ادامه زایمان را داشته باشد. (مادر دهیدره نباشد)

- پاسخ به احساس مادر (حمایت عاطفی مادر)

- توجه به وضعیت نزول جنین

- دادن وضعیتهای مناسب به مادر با نظر مادر و ارائه دهنده خدمت

نحوه استفاده از پارتوگراف

پارتوگراف ابزاری است برای اداره زایمان که پیشرفت زایمان را نشان می دهد و در آن تمامی مراحل پیشرفت زایمان، جهت سلامت مادر و جنین و اقدامات دارویی انجام شده برای مادر قابل ثبت است. هر مادر برگه پارتوگراف مخصوص خود را دارد و عامل زایمان موظف است از زمان شروع فاز فعال تا پایان مرحله اول زایمان آن را تکمیل می کند. (فرم پارتوگراف در انتهای راهنما می باشد) در هر پارتوگراف موارد زیر وجود دارد که به ترتیب توضیح داده خواهد شد:

وضعیت جنین: ضربان قلب جنین، پرده های جنینی و مایع آمنیوتیک

پیشرفت زایمان: دیلاتاسیون سرویکس، نزول سر جنین، انقباضات رحم

وضعیت مادر: نبض، فشارخون و درجه حرارت، استفاده از اکسی توسین و داروهای دیگر

1- وضعیت جنین

ضربان قلب جنین: مطابق راهنمای 6 اقدام کنید. ضربان طبیعی بین 110 تا 160 بار در دقیقه است که در نمودار این دو خط تیره تر کشیده شده تا محدوده طبیعی مشخص گردد. در صورتی که منحنی از بین این خطوط خارج شد بر اساس راهنمای کشوری بیمارستان دوستدار مادر، بخش تست های ارزیابی سلامت جنین اقدام شود.

کیسه آب و مایع آمنیوتیک: وضعیت کیسه آب در هر معاینه مطابق علائم زیر ثبت می شود:

I (Intact): اگر پرده ها سالم است. R(Rapture): اگر کیسه آب پاره است. C(Clear): اگر مایع آمنیوتیک شفاف است. M(Meconium): در صورتی که مایع آمنیوتیک به مکنونیوم آغشته است. B(Bloody): در صورتی که مایع آمنیوتیک به خون آغشته است.

2- پیشرفت زایمان

دیلاتاسیون سرویکس: از زمانی بر روی پارتوگراف ثبت می شود که فاز نهفته پایان یافته و دیلاتاسیون به 4 سانتی متر رسیده است. اولین معاینه را در زمان صفر نمودار علامت گذاری (x) کنید و سپس مطابق راهنمای 8 نتایج معاینه را ثبت کنید. دو خط احتیاط (Alert) و اقدام (Action) وجود دارد.

خط احتیاط (Alert): از 4 سانتی متر شروع و به 10 سانتی متر ختم می شود. متوسط پیشرفت دیلاتاسیون 1 سانتی متر در یک ساعت در نظر گرفته شده است. خط اقدام (Action): خطی موازی خط احتیاط به فاصله 4 ساعت از خط احتیاط می باشد.

تا زمانی که علامت ها در سمت چپ خط احتیاط و یا روی آن قرار دارد، پیشرفت زایمان رضایت بخش است. زمانی که منحنی بین خطوط احتیاط و اقدام باشد نیاز به بررسی علل پیشرفت نامناسب زایمان مداخله و توجه بیشتر وجود دارد. در این مرحله 4 ساعت به مادر زمان دهید و پیشرفت زایمان را بررسی کنید، اگر منحنی از خط اقدام بگذرد باید تصمیم گیری سریع برای ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین انجام شود.

نکته 1: در پارتوگراف هر مربع کوچک نشانه نیم ساعت (30 دقیقه) است.

نکته 2: علامت گذاری ها باید بر روی خطوط انجام شود.

نزول سر جنین: منحنی نزول سر جنین در پارتوگراف WHO بر روی نمودار دیلاتاسیون کشیده می شود. نزول سر با معاینه شکمی تعیین می شود و از معیار 0/5 تا 5/5 استفاده می شود. از آنجایی که در کشور ما تعیین نزول سر با معاینه واژینال و بر اساس فاصله سر جنین تا خار ایسکیال سنجیده می شود، جدولی مطابق با معیار 3- تا 3+ در زیر جدول دیلاتاسیون طراحی شده تا نزول سر جنین در آن ثبت شود.

انقباضات: انقباضات رحم را در 10 دقیقه کنترل کنید. مطابق راهنمای 7 برای ثبت انقباضات رحم اقدام کنید. به منظور ثبت آن مدت زمان و تعداد انقباضات در ده دقیقه را به صورت زیر بنویسید:

مثلاً "چنانچه مادر سه انقباض در ده دقیقه دارد و هر انقباض 40 ثانیه طول می کشد به صورت 3×40 بنویسید.

3- وضعیت مادر

علائم حیاتی مادر را مطابق راهنمای 5 ثبت کنید.

* در صورت استفاده از اکسی توسین میزان آن در ردیف اول و تعداد قطره در دقیقه در ردیف دوم با توجه به زمان ثبت شود.

پس از انجام زایمان، شرح مختصری (تاریخ و ساعت زایمان، جنس و سن نوزاد بر اساس LMP، اپی زیاتومی در صورت انجام شدن، زمان خروج جفت، وضعیت پرده ها و جفت و نام عامل زایمان) در سمت راست فرم پارتوگراف نوشته شود. در صورتی که نیاز به توضیح بیشتری است در ادامه آن بنویسید.

چنانچه مادر طی پیشرفت زایمان به دلیلی به اتاق عمل ارجاع می شود، در انتهای فرم علت آن را بنویسید.

مرحله دوم	مرحله اول	
	فاز فعال	فاز نهفته بستری
<p>1- وضعیت های upright: walking, standing, rocking, kneeling, lunging, swaying lateral (side lying), squatting forward leaning, (semi-recumbent)</p> <p>2- کمپرس گرم در نواحی کمر و زیر شکم</p> <p>3- تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت</p> <p>4- تزریق داخل جلدی آب مقطر استریل</p> <p>5- استفاده از دستگاه TENS</p> <p>6- ماساژ: کمر</p> <p>7- رایحه درمانی</p> <p>8- موسیقی و آوا</p> <p>9- تنفس مناسب این مرحله بر اساس آموزشهای داده شده</p> <p>12- قرار گرفتن در وان آب برای انجام زایمان در صورت تمایل مادر</p>	<p>1- برقراری محیط ساکت، نور طبیعی روز، حریم شخصی مادر</p> <p>2- حمام کردن و دوش گرفتن (چنانچه مادر مایل به خیس کردن موهای خود نمی باشد از کلاه پلاستیکی استفاده شود).</p> <p>3- وضعیت های upright: walking, standing, swaying, rocking, lateral (side lying), lunging, squatting, forward leaning, (semi-recumbent) kneeling</p> <p>4- ماساژ: کمر، شکم، پاها</p> <p>5- استفاده از دستگاه TENS</p> <p>6- رایحه درمانی: گل سرخ، بهار نارنج، یاسمین یا اسطوخودوس</p> <p>به شکل استنشاقی، دستگاه بخور و اسپری داخل اتاق یا ماساژ</p> <p>7- گرما و سرما درمانی</p> <p>8- تن آرامی و تنفس: بر اساس تکنیکهای آموزش داده شده در طی بارداری (شل و رها سازی عضلات از ناحیه سر تا پا و توجه به دم و بازدم)</p> <p>9- تزریق داخل جلدی آب مقطر استریل</p> <p>10- تصویر سازی و تجسم مثبت</p> <p>11- موسیقی و آوا</p> <p>12- قرار گرفتن در وان آب برای زایمان</p>	<p>1- وضعیت های upright: walking, standing, sitting, squatting, lateral (side lying)</p> <p>2- ماساژ: نواحی کمر، شکم، پاها، پرینه</p> <p>3- تنفس آگاهانه: تنفس شکمی، دم و بازدم آرام و طولانی با آگاهی به تعداد 6-9 تنفس در دقیقه</p> <p>4- آموزش و یاد آوری تکنیکهای تنفس، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت در مراحل مختلف زایمان</p> <p>5- تشویق مادر به شنیدن آواهای مذهبی و یا موسیقی مورد علاقه و یا خواندن کتاب</p> <p>6- استفاده از آب: حمام کردن و دوش گرفتن</p> <p>7- گرما و سرما درمانی سطحی</p>

ادامه راهنمای 9: روش های کاهش درد

• ماساژ:

ماساژ کمر: در صورت وجود کمردرد، ماساژ چرخشی، محکم و ریتمیک ناحیه لومبوساکرال و یا ماساژ چرخشی با دو دست، دوطرف ساکروایلیاک کمک کننده است.

ماساژ شکم: ماساژ آرام با نوک انگشت یا ماساژ تماسی منطقه خار ایلیاک قدامی خلفی (ناحیه زیر شکم) از یک طرف به طرف دیگر

ماساژ پاها: ماساژ افلورج (ورز دهنده) با دو دست روی ران ها و کف پا

ماساژ پریینه: در صورتیکه مادر در دوران بارداری ماساژ پریینه را انجام داده است می تواند در این مرحله ادامه دهد.

• گرما و سرما درمانی

- گذاردن کیسه یخ اطراف ساکروم

- استفاده از پارچه مرطوب خنک روی پیشانی، پشت، گردن و بالای سینه

- استفاده از کیسه آب گرم اطراف ساکروم و پایین شکم با رعایت حفاظت پوست از سوختگی

• موسیقی و آوا

× اجازه استفاده از آوا یا موسیقی دلخواه مادر

× عدم نفوذ صداهاى مداخله گر (در صورتیکه امکان کنترل صداهاى خارجى نیست مادر مى تواند از گوشى برای شنیدن استفاده کند).

• وضعیت

نکته 1: به طور کلی انتخاب وضعیت بر طبق تمایل مادر است. لازم است مادر از قرار گرفتن در یک وضعیت خاص بطور مداوم خودداری کرده و هر 20-30 دقیقه آن را تغییر دهد.

نکته 2: استفاده از وضعیت های Upright اقطار خروجی لگن را 28-30 درصد افزایش می دهد.

نکته 3: وضعیت Supine در مرحله دوم به علت از بین رفتن نیروی جاذبه و کاهش فشار عضو نمایش روی عضلات کف لگن باعث توقف در زور زدن منظم می شود.

نکته 4: **وضعیت لیٹاتومی** فقط در موارد وجود عوارض مامایی مانند نمایش غیر طبیعی، چندقلویی، دیستوشی شانه، بهترین وضعیت است و نباید برای همه مادران از این وضعیت استفاده شود.

نکته 5: در واریکوز شدید پاهای مادر، وضعیت Dorsal (بدون قرار گرفتن در حالت لیٹاتومی) توصیه می شود.

نکته 6: در صورت تشخیص وضعیت اکسی پوت خلفی در جنین، مادر هرگز در وضعیت چمباتمه قرار نگیرد.

راهنمای 10: علایم ورود به مرحله دوم زایمان: (از دیلاتاسیون و افاسمان کامل تا خروج جنین)

طول مدت این مرحله بطور متوسط در زنان نخست را 50 دقیقه و در زنان چندزای 20 دقیقه است. طول مدت بیشتر از 2 ساعت برای زنان نخست را و بیشتر از 1 ساعت برای زنان چندزای نیاز به بررسی دارد. (در صورت طبیعی بودن وضعیت مادر و جنین، گذشت بیش از 2 ساعت از مرحله دوم زایمان به معنای غیرطبیعی بودن نیست.)

§ علایم ورود به مرحله دوم زایمان (دیلاتاسیون کامل)

× افزایش نمایش خونی

× ظاهر شدن عرق بر روی صورت و پشت لب و لرزش انتهاها

× افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند: دیگر نمی توانم ادامه دهم

× تهوع و استفراغ (یک بار استفراغ و یا استفراغ اسپورادیک در این مرحله طبیعی است. استفراغ مداوم و پشت سرهم از علایم خطر است و نیاز به بررسی دارد.)

× احساس زور زدن و اجابت مزاج، کشیده شدن و احساس سوزش پرینه

× طول مدت انقباضات می تواند تا 1/5 دقیقه باشد.

نکته: در افرادی که بی حسی اپیدورال شده اند، این علایم ممکن است مشخص نشود.



شکل شماره 2: وضعیت های مختلف حین زایمان

راهنمای 11: اداره مرحله دوم زایمان

× به مادر اجازه دهید تا در هر وضعیتی که راحت است قرار گیرد. (تشویق مادر به وضعیتهای upright: چمباتمه یا نشسته روی صندلی یا چهار پایه زایمان، ایستاده، خوابیده به پهلو، نیمه نشسته)

نکته 1: وضعیت سوپاین در این مرحله به علت از بین رفتن نیروی جاذبه و کاهش فشار عضو نمایش روی عضلات کف لگن باعث توقف در زور زدن منظم می شود.

نکته 2: در موارد نمایش غیر طبیعی، چندقلویی، دیستوشی شانه، وضعیت لیتاتومی بهترین وضعیت است. در واریکوز شدید پاهای مادر، پوزیشن دورسال (بدون قرار گرفتن در حالت لیتاتومی) توصیه می شود.

نکته 3: چنانچه CPD وجود ندارد، با توجه به شرایط مادر، در هر وضعیت غیر طبیعی مانند OP یا آسنکلیتیسم و...، قرار گرفتن مادر در وضعیت lunging، تکیه به جلو و یا تکیه به عقب را باید تشویق کرد. همچنین در نبود CPD، چنانچه انقباضات رحم براساس راهنمای شماره 8 مناسب نباشد، القای زایمانی باید انجام شود.

× یک قطعه پارچه تمیز زیر مادر بیاندازید.

× مادر را به زور زدن در هر زمانی که احساس زور می کند، تشویق کنید. به مادر توصیه کنید تا نفس خود را طولانی مدت حبس نکند.

نکته 1: در هر زور زدن، تنفس نباید بیش از 6 ثانیه حبس گردد. مادر نباید در هر انقباض بیش از 3 بار زور بزند.

نکته 2: در صورت احساس زور به مادر و کامل نبودن دیلاتاسیون سرویکس، با تغییر وضعیت (چهار دست و پا) تکنیک های تنفسی زور زدن مادر کاهش داده شود.

× از دستکاری پرینه پرهیز گردد.

× به مادر به شکل کلامی و غیر کلامی اطمینان دهید و از نظر روحی و روانی او را حمایت کنید. وجود همراه برای حمایت روحی و روانی بسیار کمک کننده است.

× از فشار مستقیم بر روی رحم (Fundal pressure) خودداری شود.

× تنها در موارد زیر اپی زیاتومی انجام شود:

- علل جنینی (دیسترس جنینی، احتمال دیستوشی شانه)

نکته: اپی زیاتومی در زایمان زودرس و مقاومت زیاد واژن ممکن است لازم باشد.

- استفاده از فورسپس و واکيوم

- نمایش اکسی پوت خلفی، نمایش صورت، نمایش ته

- امکان زایمان با عارضه (بافت با مقاومت کم، بزرگی سر یا تنه جنین، کوتاهی پرینه، امکان پارگی وسیع و نامنظم پرینه)

× مانور ریتگن اصلاح شده برای خروج سر را انجام دهید.

× دور گردن جنین را برای وجود بند ناف کنترل کنید: در صورت شل بودن، بند ناف از دور گردن آزاد گردد و در صورت محکم بودن، با دو کلامپ به فاصله 2 سانتی متر از هم بند ناف را کلامپ و سپس قطع کرده و از دور گردن آزاد کنید.

× با شروع انقباض بعدی با فشار ملایم به طرف پایین شانه قدامی را آزاد کنید و سپس با فشار ملایم رو به بالا شانه خلفی با حمایت و اداره پرینه خارج شود. در انتها نوزاد را با دو دست نگه دارید و آن را روی شکم یا در آغوش مادر بگذارید.

نکته: در وضعیت های Upright نیاز به مانور خروج سر نمی باشد و تنها نظارت دقیق عامل زایمان کافیسیت

× اجتناب از معاینه داخلی رحم بعد از خروج جنین به صورت روتین

راهنمای 12: آمادگی برای زایمان (مادر، عامل زایمان، وسایل)

آماده شدن مادر:

- × انتقال به اتاق زایمان: زمان انتقال مادر در نولی پارها وقتی است که قطری از عضو نمایش (سر جنین) در هر انقباض در حدود 4-3 سانتیمتر پدیدار شود. این زمان در مولتی پارها، وقتی است که دیلاتاسیون سرویکس به میزان 9-7 سانتیمتر برسد.
- نکته: اگر اتاق لیبر و زایمان یکی است، نیازی به انتقال مادر به اتاق زایمان نمی باشد.
- × تمیز کردن پرینه و ولو: در صورت تمیز نبودن، پرینه و ولو با محلول آب و صابون و در صورت نیاز به اپی زیاتومی با یک دترژن غیر محرک (بتادین یا کلرهگزیدین) شسته می شود. در صورت انجام اپی زیاتومی، موهای نیمه خلفی پرینه کوتاه و با سه گاز آغشته به بتادین یا کلرهگزیدین از مدخل واژن به طرف مقعد شستشو داده می شود.
- × آماده سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان

آماده کردن وسایل:

- × ست زایمان (حداکثر اندازه ست 30D 30D 50 سانتیمتر با وزن حدود 6 کیلوگرم است) ست زایمان باید در داخل پارچه دولایه تافته (جمعاً 4 لایه) استریل شود. تاریخ انقضای استریلیتی هر ست داخل کمد در بسته حداکثر یک ماه و در قفسه باز حداکثر سه هفته می باشد. در صورت استفاده از پارچه های معمولی و سالم، ست زایمان حداکثر دو هفته استریل می ماند.
- × گرم کننده تابشی
- × دو عدد شان یا پارچه (حوله) که از قبل گرم شده باشد
- × دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ
- × پوار

وسایل و تجهیزات احیاء نوزاد:

× وسایل ساکشن

- سرنگ
- ساکشن مکانیکی و لوله آن
- کاتترهای ساکشن به شماره 5F یا 6F ، 8F ، 10F یا 12F
- لوله تغذیه به شماره 8F و سرنگ 20 میلی لیتری
- مکنده مکونیوم

ادامه راهنمای 12: آمادگی برای زایمان (مادر، عامل زایمان، وسایل)

× وسایل بگ و ماسک

- وسیله تهویه با فشار مثبت (بگ باید قادر به رساندن اکسیژن 90 تا 100 درصد باشد).
- ماسکهای صورت، با اندازه های نوزاد ترم و نارس (ترجیحا" ماسکهای با لبه نرم)
- منبع اکسیژن با جریان سنج (جریان حداکثر تا ده لیتر در دقیقه) و لوله های مربوط

× وسایل لوله گذاری

- لارنگوسکوپ با تیغه های صاف به شماره های صفر (نوزاد نارس) یک (نوزاد ترم) همراه با لامپ و باتری اضافی
- لوله های تراشه با قطر داخلی 2/5، 3، 3/5، 4 میلی لیتر
- استیلت (میله راهنما) اختیاری
- قیچی
- نوار چسب با وسایل نگهداشتن لوله تراشه
- پنبه آغشته به الکل
- آشکارکننده CO₂ (اختیاری)
- ماسک حنجره ای (اختیاری)

× داروها

- اپی نفرین 1/10000 آمپولهای 3 یا 10 میلی لیتری
- سرم کریستالوئید ایزوتونیک (نرمال سالین یا رینگر لاکتات) برای افزایش حجم داخل عروقی، 100 یا 250 میلی لیتر
- بی کربنات سدیم 4/2% (5 میلی اکی والان در 10 میلی لیتر) آمپولهای 10 میلی لیتری
- نالوکسان هیدروکلراید 0/4 میلی گرم در میلی لیتر، آمپولهای یک میلی لیتری یا یک میلی گرم در میلی لیتر، آمپولهای دو میلی لیتر
- سرم دکستروز 10%، 250 میلی لیتر
- نرمال سالین برای تزریق سریع

ادامه راهنمای 12: آمادگی برای زایمان (مادر، عامل زایمان، وسایل)

× وسایل کاتتریزاسیون عروق نافی

- دستکش استریل
- اسکالپل یا قیچی
- محلول ضد عفونی
- نوار نافی
- کاتتر نافی شماره های 3/5F و 5F
- سه راهی مخصوص
- سرنگهای 1، 3، 5، 10، 20، 50 میلی لیتر و سرسوزنهای شماره 18، 21، 25 با تجهیزات خون گیری در سیستم های بدون سوزن

× متفرقه

- دستکش و وسایل حفاظتی پرسنل
- گرم کننده تابشی یا سایر منابع حرارتی
- ساعت، کورنومتر (اختیاری)
- ملافه گرم
- استتوسکوپ (ترجیحا" با سر مخصوص نوزاد)
- نوار چسب 1/2 یا 3/4 اینچی
- مانیتور قلبی و الکترودهای آن یا پالس اکسی متر (دستگاه اندازه گیری درصد اشباع اکسیژن) و پروب آن (اختیاری برای اتاق زایمان)
- راه هوایی دهانی - حلقی: اندازه های صفر، دو صفر، سه صفر یا به طولهای 30، 40، 50 میلی متر

آماده شدن عامل زایمان:

× شستن دستها

× پوشیدن گان، پیش بند، دستکش، چکمه، ماسک، عینک برای محافظت عامل زایمان

× صبور بودن و تشویق و راهنمایی مادر به همکاری

راهنمای 14: اداره نوزاد

X به محض خروج سر نوزاد، نیاز به استفاده از پوار یا ساکشن برای پاک کردن راه های هوایی نیست.

X پس از خروج کامل نوزاد، نوزاد را روی سینه مادر گذاشته تا تماس پوست با پوست برقرار شود، حوله از قبل گرم شده را روی نوزاد قرار دهید. در صورت عدم تمایل مادر، از همراه یا فرد دیگری کمک گرفته شود و نوزاد را روی حوله از قبل گرم شده منتقل کنید.

نکته: در هنگام گذاردن نوزاد بر روی سینه مادر، باید به کشیده شدن بندناف توجه شود.

X ارزیابی سریع نوزاد از نظر ترم بودن سن بارداری، آغشته بودن به مکونیوم، تنفس یا گریه کردن، تون عضلانی مناسب انجام شود. نتیجه ارزیابی، نیاز یا عدم نیاز به احیاء را مشخص می کند.

X در صورت طبیعی بودن ارزیابی سریع مراقبت عادی نوزاد به شرح زیر انجام شود:

W فراهم کردن گرما (قرار دادن نوزاد روی سینه مادر و پوشاندن با حوله گرم). به دمای مناسب اتاق (25-28 درجه سانتیگراد) توجه شود.

W پاک کردن راه های هوایی با پوار در صورت نیاز پس از خروج کامل نوزاد

W خشک کردن بدن نوزاد با حوله گرم

W ارزیابی رنگ نوزاد

W تعیین آپگار

W کلامپ و بریدن بندناف: بند ناف در فاصله 3 و 5 سانتی متر از قاعده شکم نوزاد کلامپ شود و سپس بین دو کلامپ بریده شود. در صورت بد حال بودن نوزاد، بند ناف بلندتر بریده شود.

در صورت عدم نیاز به احیا عجله ای برای قطع کردن بند ناف نیست و حدود 120-30 ثانیه پس از تولد قطع گردد.

نوزاد مادران HIV و HbsAg مثبت پوار نشود.

راهنمای 15: اداره فعال مرحله سوم زایمان

پس از قطع بند ناف، با لمس شکم مادر و اطمینان از نبود قل دیگر، اداره فعال مرحله سوم شروع می شود. به نکات زیر توجه شود:

- هرگز مادر را نباید تنها رها کنید.

- با مادر صحبت کنید و از او پاسخ بشنوید.

- در صورتی که مادر با وضعیت چمباتمه یا نشسته زایمان نموده است، می توانید مرحله سوم زایمان را در همان وضعیت ادامه دهید. در غیر اینصورت مادر باید در وضعیت خوابیده به پشت و کف پا روی زمین (Supine یا Dorsal) قرار گیرد. دقت کنید در وضعیت خوابیده به پهلو برای پیشگیری از آمبولی حتماً دو پا را باهم به خط وسط برگردانده و سپس از همدیگر باز کنید تا جفت بتواند خارج شود.

- حتماً تماس پوستی مادر و نوزاد در ساعت اول برقرار گردد و مادر را به شیر دادن نوزاد بلافاصله پس از تولد تشویق کنید. از همراه برای شیردهی و تماس پوستی کمک بخواهید.

§ تزریق اکسی توسین:

بلافاصله پس از خروج کامل نوزاد، 10 واحد اکسی توسین عضلانی به مادر تزریق کنید. در مورد مادرانی که رگ باز دارند، 20 واحد اکسی توسین در داخل هزار سی سی سرم ریخته شود. سرعت تنظیم قطرات سرم 10 سی سی در دقیقه تا زمانی که تون رحم به حالت عادی برگردد و پس از آن 2 سی سی در دقیقه تا انتقال مادر به بخش پس از زایمان می باشد.

نکته 1: در صورتی که اکسی توسین در دسترس نیست، 0/2mg ارگومتین IM یا پروستاگلاندین تزریق می شود یا 600 میکروگرم میزوپروستول خوراکی به مادر داده می شود.

نکته 2: در مادرانی که فشار خون بالا دارند، تجویز ارگومتین و پروستاگلاندین توصیه نمی شود.

راهنمای 16: بررسی روند جدا شدن جفت

§ برای زایمان جفت، به علائم جدا شدن آن باید توجه کرد. این علائم شامل:

- سفت و کروی شدن رحم (نخستین نشانه)

- خروج فورانی و ناگهانی خون از واژن

- بالاتر رفتن رحم در شکم به دلیل قرار گرفتن جفت در سگمان تحتانی

- نزول بندناف و بلند تر شدن طول آن

راهنمای 17: انجام مانورهای خروج جفت

طی دقیقه اول بعد از زایمان نوزاد، بند ناف در نزدیکی پرینه با استفاده از رینگ فورسپس، کلامپ شود. بند ناف کلامپ شده و انتهای فورسپس را با یک دست نگه داشته شده و دست دیگر در بالای سمفیز پوبیس قرار گیرد. با فشار ملایم و در جهت مخالف کشش بند ناف، رحم به سمت بالا رانده شود. فشار مختصری روی بند ناف وارد شده و تا انقباض قوی بعدی رحم، به مدت 2 تا 3 دقیقه باید صبر کرد. با ورود جفت به مدخل واژن، خیلی آرام بند ناف باید به سمت پایین کشیده شود تا زایمان جفت صورت گیرد. تشویق مادر به افزایش فشار داخل شکمی می تواند در خروج جفت موثر باشد. اگر طی 30 تا 40 ثانیه کشش کنترل شده بند ناف، جفت خارج نشد، کشش و فشار بیشتری نباید به بند ناف وارد کرد. به آرامی بند ناف نگه داشته شده و باید منتظر انقباض بعدی رحم ماند. اگر طول بند ناف بلندتر شد، فورسپس گرد در محلی نزدیک تر به پرینه، کلامپ می شود. با انقباض بعدی، بند ناف با کششی کنترل شده درخلاف جهت فشار به رحم، کشیده می شود. هنگامی که جفت خارج می شود، پرده های نازک آن ممکن است پاره شود. جفت را باید با دو دست نگه داشته و به آرامی چرخاند تا پرده ها به دور جفت بپیچد. سپس به آرامی جفت را کشیده تا زایمان تکمیل شود. بهتر است با یک رینگ فورسپس پرده ها کلامپ شود تا خروج کامل و کنترل آن با اطمینان صورت گیرد. اگر پرده ها پاره شد، با تعویض دستکش و پوشیدن دستکش استریل دیگری، قسمت فوقانی واژن و سرویکس معاینه می شود و با استفاده از رینگ فورسپس یا دست، هر تکه ای از پرده ها را که باقی مانده، باید خارج نمود. پس از خروج جفت، باید فوندوس لمس شود و از سفت بودن و انقباض رحم و عدم خونریزی اطمینان پیدا کرد.



× در صورت عدم خروج جفت طی 30 دقیقه تا یک ساعت پس از زایمان و نبود خونریزی و علائم شوک:

- تجویز مجدد 10 واحد اکسی توسین به صورت عضلانی

- تشویق به شیر دادن نوزاد

- تشویق مادر به تخلیه ادرار (در صورت پر بودن مثانه) و سونداژ مثانه (در صورت عدم توانایی تخلیه ادرار)

- تکرار کشش کنترل شده بندناف (شکل شماره 3)

- انتظار برای شروع انقباضات

شکل شماره 3: نحوه زایمان جفت و میزان کشش بند ناف

نکته 1: قبل از مشاهده و اطمینان از جدا شدن جفت، هرگز نباید به زور اقدام به کشش بندناف و خارج کردن جفت کرد. (خطر وارونگی رحم)

نکته 2: در صورت عدم خروج کامل و یا باقی ماندن قسمتی از جفت و پرده ها و یا پاره شدن بندناف، از دستکاری بیشتر اجتناب کرده و طبق پروتوکل بیمارستان دوسندار مادر اقدام شود.

راهنمای 18: بررسی جفت، پرده ها و بندناف

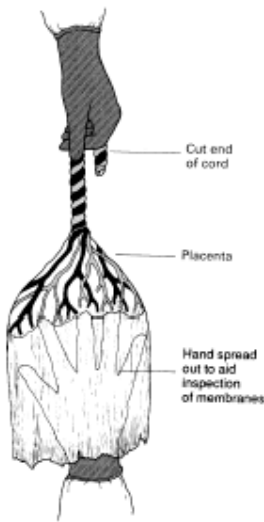
جفت را باید به دقت معاینه کرد تا مطمئن شد که هیچ تکه ای از آن باقی نمانده است. جفت طبیعی عدسی شکل بوده، بزرگترین قطر آن 15 تا 20 سانتی متر، بیشترین ضخامت آن 2 تا 3 سانتی متر و وزن آن 400 تا 600 گرم است.

نکاتی که باید در معاینه جفت دقت شود، شامل:

- مشاهده سطح جنینی برای بررسی محل بندناف (مرکزی، کناری، و لامنتوز) و بررسی از نظر وجود لب فرعی (در صورت ادامه عروق نافی از کناره آزاد جفت تا پرده ها)
- مشاهده سطح مادری برای بررسی کامل بودن، بزرگ بودن و رنگ پریدگی کوتیلدون ها، کلسیفیکاسیون و انفارکتوس جفتی برای معاینه پرده ها، می توان جفت را آویزان نگه داشت و با داخل بردن دست درون آن از کامل و سالم بودن آن مطمئن شد. (شکل شماره 4)
- مشاهده بندناف از نظر تعداد شریان (2 شریان) و ورید (1 ورید)، طول بندناف (به طور متوسط 50 تا 70 سانتی متر)، گره های حقیقی و کاذب

§ ملاحظات

- هرگز بند ناف را قبل از جدا شدن جفت نکشید.
- به دقت مادر را معاینه کنید در صورت وجود پارگی خونریزی دهنده یا بیش از یک سانتی متر در سرویکس، واژن و پرینه، آن را ترمیم کنید.
- چنانچه مادر در وضعیت غیر خوابیده زایمان کرده است، باید مراقب کشیده شدن بندناف پس از خروج نوزاد باشید.
- در صورت بزرگ بودن و رنگ پریدگی جفت، حتماً آزمایش VDRL درخواست شود.



شماره 4: بررسی میزان پرده ها

راهنمای 19: اطمینان از جمع بودن رحم و ماساژ فوندوس رحم

بلافاصله پس از خروج کامل جفت، فوندوس رحم ماساژ داده شود و از جمع بودن آن اطمینان حاصل گردد. در 2 ساعت اول زایمان، هر 15 دقیقه و سپس تا 6 ساعت، هر یک ساعت ماساژ رحم باید تکرار شود. بعد از اتمام هر بار ماساژ رحم، باید مطمئن شد که رحم نرم و شل نیست. خونریزی طبیعی باید به صورت جریان آهسته خون مخلوط با بافت دسیدوا و لخته های کوچک به رنگ قرمز روشن باشد. x اقدامات برای جلوگیری از خونریزی شامل:

1- شیر دادن سریع به نوزاد 2- تشویق مادر به تخلیه مثانه 3- خارج کردن لخته ها از رحم

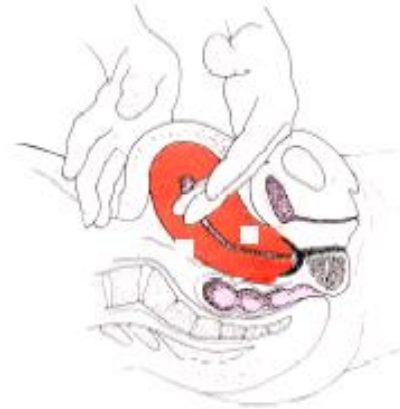
§ تکنیک ماساژ فوندوس رحم

ماساژ فوندوس رحم بلافاصله پس از زایمان، موجب تحریک میومتر برای انقباض و ایجاد هموستاز و خروج لخته ها می شود. این روش با استفاده از دو دست به شرح زیر است: یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن سگمان تحتانی قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی ناحیه قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل سگمان تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان، لیگامانها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. این ماساژ فقط در زمانی انجام شود که فوندوس سفت نیست، زیرا تحریک بیش از حد میومتر می تواند در خسته شدن و شل شدن عضله سهیم باشد. نکات زیر باید برای مادر توضیح داده شود:

1- ضرورت انجام ماساژ

2- با انجام ماساژ، ممکن است تا حدی احساس ناراحتی و درد کرامپی ناشی از انقباض داشته باشد.

3- مادر باید تشویق شود که خودش ماساژ را انجام دهد. به مادر آموزش داده شود که قله رحم را در حد ناف یا پایین تر لمس نماید، ماساژ دهد و سفتی آنرا حس نماید و یاد بگیرد که اگر پس از تخلیه ادرار قله رحم همچنان بالا بود یا حالت سفت نداشت و یا احساس خونریزی و خیس شدن داشت، ماما یا پزشک را مطلع نماید.



شکل شماره 5: ماساژ رحم بعد از زایمان

راهنمای 20: اقدامات پس از خروج جفت

- پرینه را با آب گرم یا پارچه تمیز پاک کنید و یک پد تمیز بر روی ولو بگذارید.
- شان ها و لباس های خیس را تعویض کنید.
- مادر و نوزاد را گرم نگه دارید.
- به مادر (نوشیدنی سرد یا گرم برحسب تمایل مادر) بدهید.
- نوزاد را در آغوش مادر قرار داده و او را به شیردهی تشویق کنید.
- از راحت بودن وضعیت مادر اطمینان حاصل کنید.
- به مادر و همراهان درمورد وضعیت نوزاد اطمینان دهید.

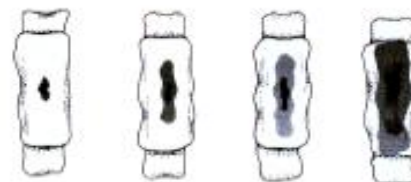
راهنمای 21: تخمین خونریزی پس از زایمان

تخمین چشمی حجم خونریزی ممکن است 30 تا 50 درصد کمتر از مقدار واقعی باشد، ولی بهترین روش برای تخمین حجم تقریبی است. اندازه گیری حجم خون نشان داده است که مقدار واقعی خون از دست رفته در زایمان طبیعی بدون عارضه 500 سی سی است.

معیارهای خونریزی پس از زایمان براساس میزان خونریزی

- Scant: میزان خون و لوشیا حدود 10 سی سی و یا کمتر از 5 سانتی متر از پد آغشته به خون است.
- Light: میزان خون و لوشیا از 10 تا 25 سی سی و یا کمتر از 10 سانتی متر از پد آغشته به خون است.
- Moderate: میزان خون و لوشیا از 25 تا 50 سی سی و یا کمتر از 15 سانتی متر از پد آغشته به خون است.
- Urge/ Heavy/ Profuse: میزان خون و لوشیا از 50 تا 80 سی سی و یا یک پد در مدت 2 ساعت کاملاً به خون آغشته می شود.
- Excessive: یک پد در مدت 15 دقیقه کاملاً به خون آغشته می شود و یا خون در زیر باسن مادر جمع شده است. لخته بزرگتر از یک لیمو و خروج ناگهانی حجم زیاد خون نیز نشانه خونریزی زیاد می باشد. شکل زیرمیزان خونریزی را نشان میدهد.

ادامه راهنمای 21: تخمین خونریزی پس از زایمان



سایر معیارهای تشخیص خونریزی پس از زایمان

- تغییر در برون ده ادراری (میزان ادرار 60 سی سی در ساعت و یا حداقل 30 سی سی در ساعت)

- تغییر در تعداد تنفس (30 تنفس در دقیقه یا بیشتر)

- تغییر در تعداد نبض (نبض تند و سریع به میزان 110 نبض در دقیقه یا بیشتر)

- تغییر در شرایط پوست (تعریق ، سرد شدن ، خاکستری یا رنگ پریدگی بخصوص اطراف دهان)

- تغییر هماتوکریت به میزان 10% نسبت به میزان هماتوکریت در زمان پذیرش (از دست دادن 1000 سی سی خون در مدت یک ساعت باعث کاهش هماتوکریت به میزان 10% می شود).

- تغییر سطح هوشیاری و گیجی

- عطش به آب و هوا و حالت خمیازه

نکته 1: خونریزی شدید مداوم طی 15 دقیقه می تواند بدون علایم بالینی باعث شوک شود. وجود علایم (احساس ضعف، سبکی سر، حالت مگس پرانی جلوی چشم، اضطراب و عطش هوا) نیاز به بررسی دارد.

نکته 2: لرز بعد از زایمان و لرزش چانه طبیعی است. این حالت بعد از مدت کوتاهی با گرم نگه داشتن مادر و اطمینان دادن به او از بین می رود.

نکته 3: در صورت جریان خون مداوم، احتمال پارگی وجود دارد.

نکته 4: در صورت دفع بافت، احتمال باقی ماندن جفت و پرده ها وجود دارد.

در صورت وجود خونریزی مطابق پروتکل بیمارستان دوستدار مادر اقدام شود.

راهنمای 22: بررسی محل ترمیم برش یا پارگی

پس از زایمان جفت، ناحیه قدامی، خلفی و دیواره های واژن باید از نظر وجود پارگی، تعیین میزان پارگی یا وسعت اپی زیاتومی بررسی شود. تعیین درجه پارگی به شرح زیر می باشد:

پارگی درجه 1: پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

پارگی درجه 2: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه

پارگی درجه 3: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی

پارگی درجه 4: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم

نکته: درد پرینه در 24 ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

معیارهای تشخیص

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم

- ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم

- ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم

- افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم

- احساس فشار به رکتوم

- کبودی محل درد

راهنمای 23: اطمینان از دفع ادرار

قبل از ترخیص مادر باید از دفع ادرار مطمئن شد. میزان مورد انتظار تخلیه ادرار 150 سی سی است.

- تشویق مادر به تخلیه مثانه

نکته: چنانچه مادر تا 4 ساعت پس از زایمان قادر به تخلیه مثانه نبود، اقدامات زیر انجام گیرد:

1. اگر مادر منع حرکت ندارد، به توالی راهنمایی شود.

2. گوش دادن به صدای آب

3. خیس کردن و تکان دادن انگشتان در آب

4. ریختن آب ولرم روی پرینه

5. ریختن عصاره نعنا در لگن آب

6. فشار آرام روی سوپراپوبیک

7. شل کردن پرینه توسط مادر

8. استفاده از سوند مثانه برای تخلیه ادرار

راهنمای 24: توجه به علایم خطر

- 1- خونریزی شدید یا افزایش ناگهانی خونریزی
- 2- تنفس مشکل
- 3- تب یا احساس داغی
- 4- درد شدید شکم
- 5- سردرد شدید و تاری دید
- 6- تشنج
- 7- ترشح بودار
- 8- درد پشت زانو (Calf) با یا بدون تورم
- 9- احتباس ادرار
- 10- احساس فشار به رکتوم
- 11- درد شدید ناحیه پرینه یا محل اپی زیاتومی
- 12- شناسایی مادرانی که ممکن است به نوزاد یا خودشان آسیب برسانند.

راهنمای 25: ملاحظات زایمان در آب

مرحله اول	مرحله دوم و سوم
<p>شرایط انجام زایمان در آب :</p> <p>1- تمایل مادر</p> <p>2- فاز فعال زایمان (حداقل 4-5 سانتی متر دیلاتاسیون)</p> <p>3- الگوی انقباضات مناسب (راهنمای 7)</p> <p>4- عدم دریافت داروی بی دردی یا بی حسی توسط مادر طی 4 ساعت قبل</p> <p>5- ترجیحاً "زایمان دوم به بعد"</p> <p>6- مادر در گروه پر خطر (راهنمای شماره 4) نباشد.</p> <p>ملاحظات :</p> <p>1- درجه حرارت آب حداکثر هر یک ساعت کنترل شود. (درجه حرارت آب باتوجه به تمایل مادر بین 36 تا 40 درجه سانتیگراد باشد).</p> <p>2- در تمام مراحل زایمان مادر را تنها رها نکنید.</p> <p>3- وضعیت هیدراسیون مادر و خودتان را کنترل کنید. (تأمین نوشیدنی های خنک)</p> <p>4- وسایل حمایتی (احیاء نوزاد، حوله گرم برای مادر و نوزاد، پک زایمان، پنکه یا بادبزن، دستگاه تأمین آب خنک و آب داغ) را فراهم کنید.</p> <p>5- در صورت وجود درد می توانید از جت وان (جکوزی) استفاده کنید.</p> <p>6- به عوارض احتمالی مانند: خونریزی، دفع مکنونیوم، افت ضربان قلب جنین، افزایش درجه حرارت مادر و بیقراری وی توجه کنید.</p> <p>نکته: دقت کنید مکنونیوم در آب رقیق تر به نظر می رسد.</p> <p>• توجه کنید در هر مرحله ای از زایمان چنانچه مادر تمایل نداشته باشد او را از آب خارج کرده و ادامه مراقبتها را خارج از آب انجام دهید.</p>	<p>1- در صورت تمایل مادر و پیشرفت طبیعی، زایمان را در آب انجام دهید.</p> <p>2- در صورت استفاده از جت (جکوزی)، بهتر است برای دید بهتر جکوزی را خاموش کنید.</p> <p>3- درجه حرارت آب را هر 30 دقیقه (درجه حرارت آب بسته به تمایل مادر بین 36 تا 40 درجه سانتیگراد باشد) کنترل کنید.</p> <p>4- در تمام مراحل مادر را تنها رها نکنید.</p> <p>5- وضعیت هیدراسیون مادر را کنترل کنید. (تأمین نوشیدنی های خنک)</p> <p>نکته 1: دقت کنید مکنونیوم در آب رقیق تر به نظر می رسد.</p> <p>6- بدنناف را بلافاصله پس از خروج سر بررسی کنید:</p> <p>الف- اگر شل است به آرامی از دور سر آزاد کنید. نوزاد را به آرامی به سطح آب آورده و درآغوش مادر قرار دهید. بند ناف را پس از قطع نبض ببرید.</p> <p>ب- اگر بدنناف محکم است، مادر باید در وضعیت upright قرار گیرد. آب استخر خالی شود و مادر در لبه استخر قرار دهید، پس از قطع بدنناف نوزاد را خارج کنید.</p> <p>7- در موارد دیستوشی شانه نیز، مطابق موردی که «بدنناف محکم است» باید اقدام شود.</p> <p>نکته: توجه شود هرگز بند ناف داخل آب کلامپ یا قطع نگردد.</p> <p>8- پس از خروج جنین، آب وان سریعاً تخلیه گردد. مرحله سوم زایمان حتماً باید در خارج از آب انجام شود و مادر با حوله از قبل گرم شده پوشانده شود.</p> <p>9- در صورت بروز پارگی یا انجام اپی زیاتومی پس از خروج جفت، در محل زخم یک گازاستریل بگذارید.</p> <p>نکته: ترمیم پارگی یا اپی زیاتومی حتماً یک ساعت پس از خروج از آب صورت گیرد.</p>

وجود همراه در تمام مراحل زایمان در آب لازم و کمک کننده است.

فرم پارتوگراف

نام و نام خانوادگی:

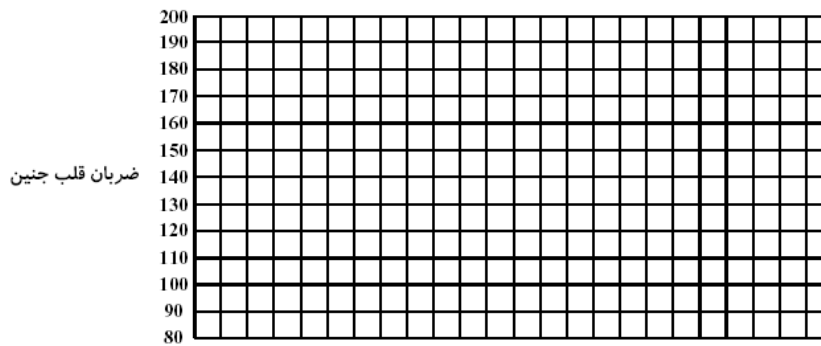
تعداد بارداری:

تعداد زایمان:

تاریخ پذیرش:

ساعت شروع فاز فعال:

ساعت پارگی کیسہ آب:



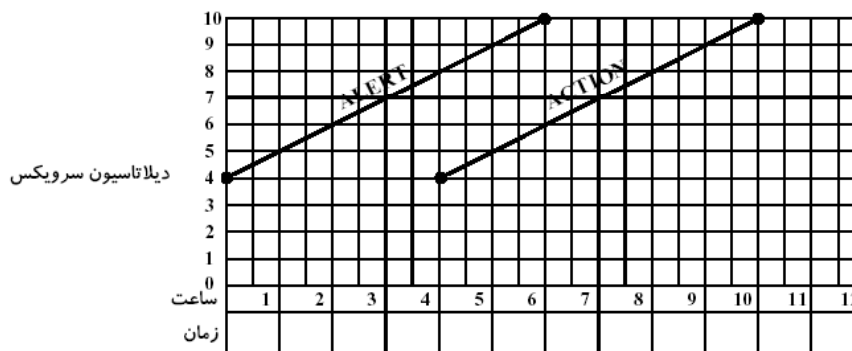
تاریخ زایمان:

ساعت زایمان:

انجام اپی زیاتومی:

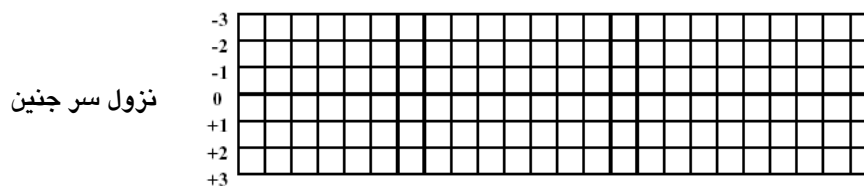
مایع آمنیوتیک

جنس و سن نوزاد:



زمان خروج جفت:

وضعیت جفت و پرده ها:



نام عامل زایمان:

نوع زایمان:

لیتاتومی : Upright:

انتقاضات

U/L اکسی توسین
قطره / دقیقه

داروهای مصرفی

ارجاء به اتاق عمل

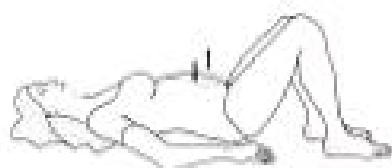
بلى: خیر:

علت ارجاع:

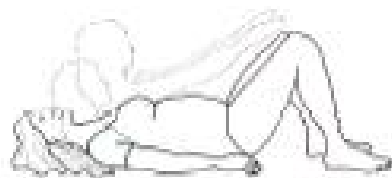
نبض

فشار خون

درجه حرارت



Abdominal Breathing. Lie on back with knees bent. Inhale deeply through nose. Keep ribs stationary and allow abdomen to expand upward. Exhale slowly but forcefully while contracting the abdominal muscles. Hold for 3 to 5 seconds while exhaling. Relax.



Look for the Knees. Lie on back with knees bent. While inhaling, deeply lower chin onto chest. While exhaling, raise head and shoulders slowly and smoothly and reach for knees with arms stretched. The body should only rise as far as the back will stretch and while waist remains on floor or bed (about 6 to 8 inch). Slowly and smoothly lower head and shoulders back to starting position. Relax.



Double Knee Roll. Lie on back with knees bent. Keeping shoulders flat and feet stationary, slowly and smoothly roll knees over to the left to touch floor or bed. Maintaining a smooth motion, roll knees back over to the right until they touch floor or bed. Return to starting position and relax.



Leg Roll. Lie on back with legs straight. Keeping shoulders flat and legs straight, slowly and smoothly roll left leg over to touch right side of floor or bed and return to starting position. Repeat, roll right leg over to touch left side of floor or bed. Relax.



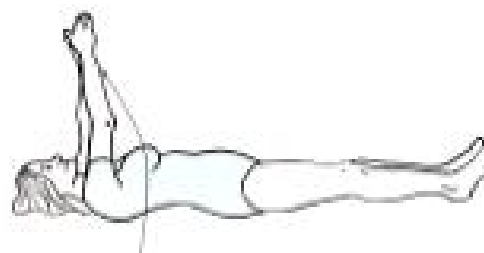
Combined Abdominal Breathing and Supine Pelvic Tilt (Pelvic Rock). Lie on back with knees bent. While inhaling deeply, roll pelvis back by flattening lower back on floor or bed. Exhale slowly but forcefully while contracting abdominal muscles and tightening buttocks. Hold for 3 to 5 seconds while exhaling. Relax.



Buttocks Lift. Lie on back with arms at sides, knees bent, and feet flat. Slowly raise buttocks and arch back. Return slowly to starting position.



Single Knee Roll. Lie on back with right leg straight and left leg bent at the knee. Keeping shoulders flat, slowly and smoothly roll left knee over to the right to touch floor or bed and then back to starting position. Reverse position of legs. Roll right knee over to the left to touch floor or bed and return to starting position. Relax.



Arm Raises. Lie on back with arms extended at 90 degree angle from body. Raise arms so they are perpendicular and hands touch. Lower slowly.

References

- 1- Cunningham F.Garry, Williams Obstetrics, 22th, McGraw hill 2005
- 2- Lowdermilk; Maternity & Women Health Care, 8th ed., Mosby 2004
- 3- Enkin, Murray; A guide to effective care in pregnancy and child birth, 3th ed., Oxford University Press, ,
- 5- Klossner et al; Introductory Maternity Nursing, Lippincot 2006
- 6- Mc Kinney et al; Maternal & child Nursing, Elsevier 2005
- 7- Lowdermilk; Maternity Nursing, 6th ed.: Mosby, 2003
- 8- Simkin, Penny “The Labor Progress Handbook Early Intervention and Treat Dystocia”, 2000
- 9- Hodnett ED, et al, “Continuous Support for Women during Childbirth, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003
- 10- Nichols Francine H. Humenick Sharon S. Childbirth Education, 2th Position ed., Saunders, 2000
- 11- Cunningham F.Gary Kenneth J. Leveno & et al. Williams Obstetrics, 3th ed., 2005 McGraw- Hill Company
- 12- Fraser Diane M., Cooper Margaret A., Myles' Textbook for Midwives, 4th ed., Churchill Livingstone, 2003
- 13- Pillitteri Adele, Maternal & Child Health Nursing, Lippincott, 2003
- 14- Lesley Ann Page, The New Midwifery, Churchill Livingstone, 2000
- 15- Johnson Ruth. Taylor Wendy, Skills for Midwifery Practice, Harcourt publisher, 2000
- 16- Marsh, Michael E. Rennie Janet M. Groves Phillipa A., Clinical Protocols in Labour, Parthenon Publishing Group, 2002
- 17- Scott James R. Gibbs Ronalds. Karlan Beth & et al, Danforth's Obstetric & Gynecology, 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2003
- 18- Sweet Betty R., May's Midwifery & Text book for Midwives, 12th ed., Bailliere Tindal, 1997
- 19- Bobak. Lowdermilk, Maternity Nursing, 4th ed., Mosby, 1995
- 20- Mantle Jill, Haslam Jeanette, Barton sue, Physiotherapy in Obstetrics & Gynecology, Elsevier Science, 2004
- 21- Wickham. Sara, Midwifery Best Practice, Elsevier Science, 2005
- 22- Gorrie, Mckinney, Murray, Maternal Newborn Nursing, Saunders, 1994
- 23- Henderson, Christian, Essential of Midwifery, Mosby, 1997
- 24- Beishar, NA. Mackay Ev, Colditz pb. Obstetric & The Newborn, 3th ed., Saunders Company, 1997
- 25- May, Kathany. A. Mablmeister, Laura R., Maternal & Neonatal Nursing Family Centered Care, 3th ed., Lippincott Company, 1994
- 26- Bennet v. Ruth, Brown, Linda, Myles' Textbook for Midwives, Churchill Livingstone, 2000
- 27- Margaret Yellby, Pain in childbearing, 2000, Bailliere Tindal
- 28- WWW. ActiveBirthCenter.com. Water birth pools
- 29- Henderson Macdonald, May's Midwifery, 2004, Bailliere Tindal
- 30- Francine H. Nichols, Sharon Smith Humenick, Childbirth Education, 2000, Nichols Humenick
- 31- Denise. Tiran. Sue Mack, Complementary Therapies for Pregnancy & Childbirth, Bailliere Tindal, 2000

- 32- Maternity Lowdermilk, The Therapy of Yoga, 2004
- 34- Betty R. Sweet, Denise. Tiran. Mays' Midwifery, Bailliere Tindal, 1997
- 35- Reeder & Martin, Honiak, Griffin, Maternity Nursing, 18th ed., Lippincott, 1997
- 36- Dorothy Stables, Physiology in Childbearing, Bailliere Tindal, 2000
- 37- Sherman & Scoloveno, Weingarten, Maternity Nursing, Appleton & Lange, 1999
- 38- Henderson, Macdonald, May's Midwifery, Bailliere Tindal, 2004
- 39- WWW. Tens Labour Pain Relief, 2006
- 40- Royal College of Obstetricians & Gynaecologist & Royal College of Midwives Joint Statement
- 41- U. Ruth Benett, Linda K. Brown, Myles' Textbook for Midwives, Churchill Livingstone, 2000
- 42- Ohlsson. Buchhave, Leandersson, Nordstrom, Rydhstrom and Sojolin Warm tub, bathing during delivery. Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavia, 2001
- 43- Rush, Burlock, Lambert, Loosley- Millman, Hutchinson, Enkin, The Effect of Whirlpool Baths in Labor. A Randomized, Controlled Trial. Birth. 1996
- 44- Jhonson, P. Birth Under Water- To breath or not breath, British Journal of Obstetrics & Gynecology, 1996
- 45- Burns, E & Kitzinger. S, Midwifery Guideline for the use of water in Labour. Oxford brooks university, Oxford, 2000
- 46- Rosser, J, Is Water Birth Safe? The Facts behind The Controversary, Midiris Midwifery Digest, 1994
- 47- Mentel et al, Physiotherapy in Obstetric & Gynecology, Butterworth pub. Helnemann, 2004
- 48- Bobak, Maternity & Gynecology, 2002
- 49- Gibbs R. Karlan B.Y., Haney A. F. Danforth's Obstetric & Gynecology. Lippincott, 2003
- 50- Piotrowsld Karen A., Maternity & Women's Health, 8th ed., 2004
- 51- Terns K.E.Y., Maternal & Child Health, 4th ed. 2003
- 52- Sweet Betty R., May's Midwifery a Textbook for Midwives, 12th ed. Bailliere Tindal, 1997
- 53- Nichols Francine H. Maternal- Newborn Nursing, Saunders, 1994
- 54- Bennet v. Ruth, Brown, Linda, Myles' Textbook for Midwives, 12th ed., Churchill Livingstone, 1996
- 55- Burroughs. Arlene, Maternity Nursing, 7th ed. Saunders, 1997
- 56- Chalmera. B. & Wolman, W., Social Support in Labour- A Selective Review, J Psychosom. Obstet & gynaecol. 1993
- 57- Francine H. Nicholos, Sharron Smith Humerick, Childbirth Education Practice, Research & Theory, W.B. Saunders Company,
- 58- دچرنی و پرنول. بیماران زنان و مامایی کارنت، ترجمه اباذر حبیبی نیا، انتشارات چهر، 1376
- 59- سیمکین پنی. آشتا روت، پیشرفت زایمان، معصومه کردی- آذر گلکانی- دکتر قدسیه سیدی علوی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، 1383