



Bohlool Hospital

راهنمای خودمراقبتی بیماری ها و حالات شایع

برنامه مدون آموزش به بیمار

نیازهای آموزشی بیماریهای شایع بخش

تشخیصهای پرستاری بیماریهای شایع بخش

برنامه فرآیند پرستاری

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار بخش زنان و مامایی

برنامه مدون آموزش به بیمار و پروتکل هر شیفت (روز) آموزش به بیمار در بخش زنان و مامایی

اولین شیفت پذیرش			
۱. معرفی پزشک و پرستار و تیم درمان ۲. معرفی قوانین بخش و محیط بخش و ساعت ملاقات با بیمار و تهیه وسایل شخصی بیمار ۳. زنگ احضار و نحوه استفاده از آن، دستبند شناسایی و لیبلهای آن ۴. نکات ایمنی مادر و نوزاد، نحوه استفاده از اهرمهای تخت و مراقبت از اتصالات ۵. علاوه بر موارد فوق الذکر، آموزش آمادگی عمل برای بیماران جهت عمل جراحی الزامی است. ۶. شروع آموزشهای دوستدار کودک			
شیفت	دوم	سوم	چهارم
۱. معرفی بیماری فعلی ۲. محدودیت حرکتی و غذایی ۳. مدیریت درد ۴. ادامه آموزشهای دوستدار کودک و تکرار موارد	۱. بررسی آموزشهای شیفت دوم و در صورت نیاز تکرار شود ۲. آموزش رژیم غذایی در خصوص بیماری و بیماری زمینه ای ۳. میزان فعالیت ۴. مراقبت از اتصالات	۱. بررسی آموزشهای شیفت اول و در صورت نیاز تکرار شود ۲. مراقبت از نوزاد ۳. خواب و استراحت ۴. آموزش علایم خطر و اطلاع آن به پرستار	
روز ترخیص آموزش طبق پروتکل اسمارت			
- آموزش علایم هشدار و مراجعه به بیمارستان یا تماس با ۱۱۵ در صورت بروز این علایم - داروهای زمان ترخیص و نحوه مصرف و کاربرد دارو - زمان پیگیری مجدد و مراجعه به پزشک - شرحی از اوراق پرونده و فرم آموزش زمان ترخیص و آزمایشات و پیگیری آزمایشات معوقه - شماره تماس با بیمارستان و بخش و یا مطب پزشکان - مراقبتهای لازم در منزل شامل تغذیه و رژیم غذایی، فعالیت و استحمام و مراقبت از محل عمل و اپی زیاتومی - تکمیل فرم آموزش ترخیص در دوبرگ و مهر و امضای پرستار و پزشک و امضا و اثر انگشت فرم آموزش زمان ترخیص توسط همراه یا فرد آموزش گیرنده و آموزش علت اخذ امضا از وی			

حداقلهای آموزشی جهت نوزاد سالم طبق سیاستهای بیمارستان دوستدار کودک

آموزش چهره به چهره - بخش فیلم - پمفلت آموزشی

تغذیه با شیرمادر بلافاصله بعد از تولد و تماس پوست با پوست
وضعیت صحیح بغل گرفتن شیرخوار و اهمیت شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول
علائم و نشانه های خوب پستان گرفتن و خوب مکیدن شیرخوار
آغوز و اهمیت آن
شیر پسین و شیر پیشین
تعداد دفعات دفع ادرار و مدفوع
در مورد ساعات خواب نوزاد و دمای اتاق نوزاد
نحوه دوشیدن شیر بادست و نحوه استفاده از شیردوش برقی
نحوه نگهداری شیر دوشیده
نحوه خوراندن شیر دوشیده شده و وسایل مورد نیاز آن
چند بار در شبانه روز باید شیر خود را بدوشد تا تداوم شیردهی داشته باشد
خطرات تغذیه مصنوعی و گول زنک
شیردهی از هردوپستان تناوب
راههای تشخیص کافی بودن شیر مادر
علائم دیر رس وزودرس گرسنگی شیرخوار
تغذیه بر حسب میل و تقاضای شیرخوار
اهمیت تغذیه نحساری با شیر مادر و خطرات شیر خشک
علائم خطر نوزادی و در مورد زردی نوزاد
نحوه ی مراقبت از بند ناف
زمان مراجعه بعدی به مراکز بهداشت در صورت بروز مشکل شیردهی
در مورد محل و زمان انجام تستهای شنوایی سنجی و غربالگری تیروئید
فیلم آموزشی نسلی سالم با شیر مادر بخش شده و کتابچه آموزشی
نکات بهداشتی نوزاد(زمان و نحوه استحمام، تعویض پوشک ، ...)

نکات مهم:

- نیازهای آموزشی فوری و ضروری در صورت نیاز در هر شیفت تکرار خواهد شد.
- معرفی پرستار و آموزش نکات ایمنی در هر شیفت تکرار می شود.
- اثر بخشی آموزشها توسط پرستاران هر شیفت در روز بعد توسط پرستار همان شیفت، ارزیابی خواهد شد و در صورت نیاز به تکرار آموزشها مجدد تکرار خواهد شد.
- عناوین کلیه آموزشهای بدو ورود، حین بستری و هنگام ترخیص باید در گزارش پرستاری ثبت شوند.
- سرپرستار و رابط آموزش به بیمار نیز بر اجرای برنامه آموزش به بیمار و مستندات گزارشات پرستاری نظارت نمایند.
- از افراد برتر در حوزه آموزش به بیمار نیز تقدیر خواهد شد.

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار بخش زنان و مامایی

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار زنان و مامایی واحد آموزش سلامت کد سند: Bh-Mn / sel gu di / ins-06 / 06	راهنمای خودمراقبتی بیماری ها و حالات شایع بخش زنان و مامایی	 مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی علامه بهلول گنابادی
تاریخ بازنگری: بهار 1405	تاریخ بازنگری بعدی: پاییز 1406	تاریخ تدوین و ابلagh: پاییز ۹۸

۵	آموزشهای بدو پذیرش بیمار در بخش
۶	آموزشهای قبل از عمل
۷	بیماران سزارین:
۱۸	زایمان طبیعی
۲۴	کاهش درد حین زایمان
۲۷	آموزشهای بلافاصله بعد از زایمان طبیعی
۲۹	آموزشهای دوستدار کودک
۳۰	ویار بارداری ، استفراغ شدید بارداری (هیپرامیز):
۳۷	سقط و تهدید به سقط
Error! Bookmark not defined.	تهدید به سقط
Error! Bookmark not defined.	سقط
۴۴	کیست تخمدان
۴۸	دیابت بارداری
۶۰	فشارخون بالای بارداری
۶۷	اکلامپسی و پره اکلامپسی
۷۵	پره ترم لیبر
۸۱	حاملگی خارج از رحم
۸۷	خونریزی در سه ماهه اول بارداری
۹۰	سرکلاژ
۹۴	عفونت ادراری در بارداری
۹۸	پارگی زودرس کیسه آب
۱۰۲	کورتاژ
۱۰۶	لاپار تومی

آموزشهای بدو پذیرش بیمار در بخش

پرستار پذیرش کننده بیمار بایستی در بدو پذیرش ضمن خوشامدگویی به بیمار موارد زیر را، به بیمار و همراهی وی آموزش دهد و در گزارش پرستاری خود ثبت نماید:

- معرفی پرستار و پزشک معالج و کلیه ی کار درمانی درگیر در فرآیند پذیرش
- معرفی بخش و محل قرارگیری آن (واقع در طبقه اول بیمارستان)
- آشنایی با قوانین درون بخشی (عدم حضور همراه مرد بر بالین بیمار غیر از ساعت ملاقات)
- آشنایی با قوانین درون بیمارستانی (ساعت ملاقات –ساعت سرو غذا)
- آشنایی با نکات ایمنی (حفاظ تختها مراقبت از نوزاد و قراردادن آنها در کات جهت جلوگیری از سقوط و نحوه نگهداری دستبند شناسایی بیماران)
- آشنایی با امکانات رفاهی بخش شامل دسترسی به سرویس های بهداشتی فرنگی و معمولی و حمام و ساعت استفاده از آب جوش
- آگاهی از هزینه های تخت های بستری (اتاق های دو تخته و سه تخته و ..)
- آگاهی از منشور حقوق بیمار و نحوه دسترسی به صندوق انتقادات و پیشنهادات
- علاوه بر موارد فوق الذکر، موارد زیر جهت آموزش بدو ورود برای بیماران جهت عمل جراحی الزامی است.
- خروج زیورالات و عواقب عدم خروج زیورالات
- رعایت ساعت ناشتایی
- اخذ رضایت آگاهانه ، از همسر و قیم قانونی بیمار و حضور ایشان جهت اخذ رضایت برای اعمال جراحی

آموزشهای قبل از عمل

۱. شما باید قبل از انجام عمل جراحی برگه هایی را جهت آگاهی از نوع عمل و عوارض احتمالی آن و بیان رضایت از انجام آن امضاء کرده و اثر انگشت بزنید.
۲. هنگام بستری همراه بودن یکی از بستگان درجه یک (پدر جهت کودکان و همسر جهت خانم ها) جهت اخذ رضایت الزامی است، و در صورتی که در قید حیات نباشد، وجود قیم قانونی الزامی است.
۳. کلیه مدارک و آزمایشات، عکس و سی تی اسکن قبلی، دفترچه بیمه و کپی آن، همراه بیمار باشد.
۴. در صورت درخواست مشاوره های قلب و ویزیت بیهوشی حتماً قبل از مراجعه جهت بستری، می بایستی انجام و همراه بیمار باشد، در غیر این صورت ممکن است عمل شما به بعد موکول شود.
۵. در صورت مصرف هر گونه دارو، بخصوص آسپرین، وارفارین، داروهای کنترل کننده قند خون و فشار خون، پزشک جراح و پزشک بیهوشی و پرستار را مطلع سازید و داروهایی که مصرف می کنید را همراه خود بیاورید.
۶. لطفاً هر نوع بیماری یا حساسیت دارویی و یا سابقه جراحی قبلی خود را به پزشک و پرستار بخش اطلاع دهید.
۷. شب قبل از عمل حمام کرده و محل عمل را به طور کامل از موهای زائد با ماشین اصلاح یا کرم موبر تمیز کنید مراقب باشید که پوست ناحیه عمل شما بریده نشود.
۸. لطفاً قبل از مراجعه به بیمارستان کلیه زیور آلات خود را در منزل خارج کنید و زمان رفتن به اتاق عمل از همراه داشتن وسایلی نظیر زیور آلات (گوشواره، انگشتر، النگو و ...)، دندان مصنوعی یا هر نوع عضو مصنوعی دیگر و حتی لباس زیر خودداری کرده و آرایش و لاک ناخن و یا مژه مصنوعی و لنزچشمی نداشته باشید.
- چون در حین عمل جراحی ممکن است، تماس پوست با زیور آلات، باعث سوختگی شود.
۹. شب قبل از عمل پس از خوردن شام سبک، دیگر هیچ چیزی نخورید، حتی آب.
۱۰. زنان باردار و بزرگسالان بایستی ۸ ساعت قبل از عمل جراحی، ناشتا باشند.

نیازها و اولویتهای آموزشی بیماران سزارین	
مراقبتهای قبل از عمل جراحی	نحوه شیردهی صحیح و نظارت بر شیردهی
مراقبتهای پس از عمل بی حسی اسپینال	خود مراقبتی و نحوه مراقبت از محل عمل جراحی
رژیم غذایی بعد از عمل	نحوه تخلیه پستان با دست
میزان فعالیت بعد از عمل	زمان مراجعه بعدی به پزشک
تسکین درد	آموزش علایم احتباس ادراری و تخلیه مثانه
کاهش دیستانسیون	عوارض و علایم هشدار بعد از ترخیص
آموزشهای شیردهی بیمارستان دوستدار کودک	داروهای مصرفی در منزل

جدول فرآیند پرستاری سزارین (از پذیرش تا ترخیص)

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
اضطراب مرتبط با جراحی قریب الوقوع و ناشناخته بودن فرآیند.	بیمار قبل از ورود به اتاق عمل، سطح اضطراب قابل کنترل و آگاهی کافی از مراحل جراحی نشان دهد.	۱. در یک محیط خصوصی و آرام با بیمار گفتگو کنید. ۲. به نگرانیهای بیمار بدون قضاوت گوش دهید. ۳. مراحل بیهوشی، جراحی و مراقبتهای پس از عمل را با زبان ساده توضیح دهید. ۴. آموزش مقیاس سنجش درد (۱۰-۰) و نحوه درخواست مسکن. ۵. در صورت تمایل، تکنیک تنفس عمیق را آموزش دهید.	بیمار در زمان انتقال به اتاق عمل، قادر به تکرار مراحل کلیدی جراحی بوده و علایم جسمی اضطراب (تعریق، تپش قلب) کاهش یافته است.
خطر پاسخ آلرژیک مرتبط با آنتی بیوتیکهای پروفیلاکسی، لاتکس یا چسب پوستی.	عدم بروز هرگونه واکنش آلرژیک (کهیر، آنافیلاکسی، دیسترس تنفسی) حین و بعد از تجویز داروها.	۱. سابقه آلرژی به پنی سیلین/سفالوسپورین، لاتکس، چسب و ضد عفونی کننده ها را ثبت کنید. ۲. آنتی بیوتیک را دقیقاً ۳۰-۶۰ دقیقه قبل از برش، در شرایط مونیتورینگ کامل تجویز کنید. ۳. آموزش به بیمار: علایم هشدار (خارش، تورم لب یا زبان، تنگی نفس) را بلافاصله گزارش دهد.	طی یک ساعت پس از تجویز آنتی بیوتیک، بدون کهیر، تنگی نفس یا افت فشار خون.
درد حاد مرتبط با برش جراحی و انقباضات رحمی (پس از زایمان).	نمره درد ≥ 3 از ۱۰ در طی ۴ ساعت اول و علایم حیاتی بدون افزایش قابل توجه.	۱. ارزیابی درد هر ۳۰ دقیقه با مقیاس عددی یا FACES. ۲. تجویز مسکنهای منظم (استامینوفن + ایبوپروفن) طبق پروتکل ERAC و اپیوئید در صورت نیاز. ۳. تغییر وضعیت تدریجی و حمایت از برش با بالش هنگام سرفه. ۴. آموزش به بیمار: درخواست مسکن پیش از شدید شدن درد و استفاده از تنفس عمیق همراه با بازدم طولانی.	بیمار در زمان انتقال به بخش، درد را قابل تحمل گزارش می دهد و نحوه درخواست مسکن را می داند.
خطر کاهش حجم مایعات مرتبط با خونریزی حین یا بعد از عمل.	خروجی ادرار ≤ 30 میلی لیتر در ساعت، فشار خون سیستولیک بالای ۹۰ میلی جیوه، و	۱. هر ۱۵ دقیقه علایم حیاتی و اشیاع اکسیژن را چک کنید. ۲. هر ۱۵ دقیقه فوندوس رحم را از نظر ارتفاع و سفتی ارزیابی و در صورت شلی (boggy) ماساژ دهید. ۳. خروجی ادرار حداقل ۱۸۰ میلی لیتر، خونریزی کنترل	در پایان ۶ ساعت، خروجی ادرار حداقل ۱۸۰ میلی لیتر، خونریزی کنترل

خونریزی واژینال کمتر از یک نوار در ساعت.	۳. خروجی ادرار و میزان خونریزی واژینال (شمارش نوارها) را ثبت کنید. ۴. آموزش به بیمار: در صورت احساس رحم شل یا دیدن لخته بزرگتر از تخم مرغ، سریعاً اطلاع دهد.	شده و رحم سفت در سطح ناف.
شیردهی ناکارآمد مرتبط با عوامل مکانیکی (درد برش سزارین که وضعیت شیردهی را محدود می کند)، تأخیر در شروع شیردهی و خستگی مادر.	• نوزاد در طی ۲۴ ساعت، حداقل ۸-۱۲ بار شیر خورده و ادرار مناسب داشته باشد. • مادر قادر به شیردهی با درد کم (نمره ≥ 3 از ۱۰) در ناحیه برش باشد. ۱. در اولین ساعت پس از هوشیاری کامل (معمولاً ۱-۲ ساعت پس از سزارین)، کمک به تماس پوست با پوست و اولین شیردهی. ۲. آموزش وضعیت های مناسب شیردهی پس از سزارین: - وضعیت دراز کش به پهلو (Side-lying) کمترین فشار روی برش. - وضعیت فوتبالی (Clutch/Football hold) نوزاد زیر بغل قرار می گیرد، شکم نوزاد به پهلو و سینه مادر می خورد. - استفاده از بالش مخصوص (Breastfeeding pillow) برای محافظت از برش. ۳. در صورت درد حین شیردهی، قبل از شیردهی از مسکن تجویز شده استفاده شود. ۴. ارزیابی latch (اتصال دهان نوزاد به پستان) و بلع (باید قورت دادن شنیده شود). آموزش به بیمار: • علائم کافی بودن شیر: نوزاد پس از شیردهی آرام است، دست ها باز می شود، ادرار کافی (تعداد پوشکها) و افزایش وزن مناسب. • مدیریت درد برش هنگام شیردهی: یک بالش کوچک روی برش بگذارد تا از تماس مستقیم نوزاد جلوگیری کند. • در صورت ترک یا درد شدید نوک پستان، با مشاور شیردهی تماس بگیرد.	قبل از ترخیص: مادر حداقل یک بار در وضعیت دراز کش به پهلو یا فوتبالی شیر داده و latch صحیح را نشان می دهد. نوزاد در ۲۴ ساعت گذشته حداقل ۶ پوشک ادرار داشته است. مادر درد برش را حین شیردهی ۲ از ۱۰ گزارش می دهد.
یبوست مرتبط با بیحرکتی پس از عمل و مصرف اپیوئیدها.	۱. هر ۴ ساعت صداهای روده را سمع کنید. ۲. در صورت عدم تهوع، مایعات گرم (آب، چای کم شیرین) و سپس غذای نرم فیبردار شروع شود. ۳. تشویق به تحرک: نشستن تدریجی، آویزان کردن پاها، سپس راه رفتن با کمک (حداکثر ۸ ساعت پس از عمل). ۴. آموزش به بیمار: تکنیک تنفس دیافراگمی و مصرف مایعات کافی (۲۵۰۰-۳۰۰۰ سی سی در روز) به جز موارد منع پزشکی.	بیمار تا پایان روز دوم حداقل یک بار گاز یا مدفوع نرم دفع کرده و صداهای روده فعال هستند.
خطر عفونت زخم جراحی مرتبط با برش شکمی و کاتتر ادراری (در صورت وجود).	۱. هر ۴ ساعت دما را کنترل کنید. ۲. روزانه پانسمان زخم را بازرسی کنید (در صورت خیس یا کثیف تعویض کنید). ۳. کاتتر ادراری را حداکثر ۲۴ ساعت پس از عمل خارج کنید.	در زمان ترخیص، محل برش خشک، بدون اریتم، چرک یا بوی بد و دمای بیمار نرمال است.

	۴. آموزش به بیمار: نحوه شستشوی دست‌ها قبل و بعد از دست زدن به پرینه و پد. علائم عفونت (قرمزی گسترش‌یافته، چرک، بوی بد، تب) را آموزش دهید.		
خطر ترومبوآمبولی وریدی مرتبط با بی‌حرکتی (محدودیت حرکت پس از جراحی)، چاقی (BMI > 30)، سزارین (به ویژه سزارین اورژانسی و حین زایمان)، سن بالای ۳۵ سال، سابقه شخصی یا خانوادگی ترومبوز، پره‌اکلامپسی، خونریزی پس از زایمان و واریس‌های آشکار	قبل از ترخیص: بیمار هیچ علامت بالینی DVT (درد، گرمی، تورم، قرمزی یک طرفه ساق) یا PE (تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، خلط خونی) نداشته باشد. بیمار عوامل خطر شخصی خود را درک کرده و آموزش‌های پیشگیری را به درستی تکرار کند. بیمار تحرک کافی در بخش داشته و از کم‌آبی اجتناب کرده باشد.	مداخلات پرستاری: ۱. ارزیابی روزانه اندام تحتانی: هر شیفت، هر دو ساق پا را از نظر قرمزی، گرمی، ادم، درد به لمس و افزایش محیط ساق ارزیابی کنید. هرگونه عدم تقارن را گزارش دهید. ۲. استفاده از جوراب‌های فشاری: در صورت نبود موارد منع (بیماری شریانی محیطی، نوروپاتی، حساسیت پوستی)، جوراب‌های فشاری مناسب (با اندازه‌گیری دقیق ساق) تجویز و نحوه استفاده صحیح آموزش داده شود. ۳. تشویق به تحرک زودهنگام: بیمار را ظرف ۸-۶ ساعت پس از سزارین به نشستن، آویزان کردن پاها و سپس راه رفتن با کمک تشویق کنید. تحرک را هر ۴-۲ ساعت در روز اول افزایش دهید. ۴. مدیریت مایعات و دفع: از هیدراتاسیون کافی (۲۵۰۰-۲۰۰۰ سی‌سی مایعات در روز در صورت عدم منع) اطمینان حاصل کنید. از یبوست (که با زور زدن فشار وریدی را افزایش می‌دهد) پیشگیری کنید. ۵. مشارکت با پزشک در تجویز پروفیلاکسی دارویی: در صورت وجود ریسک بالا (سزارین اورژانسی، BMI > 40، سابقه قبلی VTE، چندین عامل خطر همزمان)، تجویز هپارین با وزن مولکولی پایین (LMWH) مانند انوکسپارین (معمولاً ۴۰ mg روزانه) بر اساس دستور پزشک و با رعایت دقیق موارد منع خونریزی انجام شود. آموزش به بیمار (بسیار حیاتی برای ترخیص): آموزش عوامل خطر شخصی "به دلیل [سزارین/سن/وزن/سابقه بی‌حرکتی] شما در معرض خطر لخته شدن خون در پاها هستید". علائم هشدار DVT تورم، درد، گرمی یا قرمزی در یک ساق پا (نه هر دو). در صورت مشاهده فوراً گزارش دهد. علائم هشدار PE تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، تپش قلب، سرفه خونی. این وضعیت اورژانسی است و باید فوراً به اورژانس مراجعه کند. اقدامات پیشگیرانه در منزل: - تا زمانی که تحرک کامل پیدا نکرده‌اید، از جوراب‌های فشاری استفاده کنید. - هر ساعت که بیدار هستید، چند دقیقه در خانه راه بروید. - مایعات کافی بنوشید. - از نشستن یا ایستادن طولانی مدت بدون حرکت خودداری کنید. - تمرینات ساق پا (خم کردن و صاف کردن مچ پا مانند گاز و کلاج گرفتن) را هر ساعت انجام دهید.	در زمان ترخیص: • بیمار بدون علائم DVT یا PE است. • بیمار عوامل خطر شخصی خود و علائم هشدار را به درستی تکرار می‌کند. • بیمار نحوه صحیح استفاده از جوراب فشاری (در صورت تجویز) و تمرینات مچ پا را نشان می‌دهد. • برنامه پیگیری و ویزیت بعدی برای بیمار تعیین شده است.

اختلال الگوی خواب	بیمار گزارش دهد که حداقل یک دوره ۳ ساعته خواب بدون وقفه در شب داشته است.	۱. روش‌های غیردارویی مدیریت درد را پیش از خواب انجام دهید (تغییر وضعیت، بالش حمایتی). ۲. چراغ‌های شب و سر و صدا را تا حد ممکن کاهش دهید. ۳. مراقبت‌های غیر اورژانس (تزریق، تعویض پانسمان) را در ساعات بیداری متمرکز کنید. ۴. آموزش به بیمار: استفاده از تکنیک تنفس عمیق و تصویرسازی ذهنی برای به خواب رفتن.	بیمار صبح روز دوم گزارش می‌دهد که خواب نسبتاً بهتری نسبت به شب اول داشته است.
آمادگی برای تقویت دلبستگی والدین - نوزاد مرتبط با تولد نوزاد و تمایل مادر برای ارتباط.	مادر رفتارهای دلبستگی (تماس چشمی، صدا زدن نوزاد با نام، شیردهی در آغوش) را نشان دهد.	۱. در ریکاوری، تماس پوست با پوست را هر چه زودتر فراهم کنید. ۲. در اولین شیردهی (ساعت اول پس از هوشیاری) وضعیت مناسب (دراز کش به پهلو یا حالت فوتبالی) را آموزش دهید تا درد برش کاهش یابد. ۳. تشویق به پاسخگویی به نشانه‌های گرسنگی نوزاد (ریشه زدن، مکیدن دست). ۴. آموزش به بیمار: علائم هشدار بعد از ترخیص (تب < ۳۸، خونریزی شدید، ترشح بدبو از زخم، درد قفسه سینه، تنگی نفس).	قبل از ترخیص، مادر حداقل یک بار شیردهی موفق (شنیده شدن قورت دادن و ادرار کافی نوزاد) داشته و علائم هشدار را تکرار کند.
اختلال در یکپارچگی پوست مرتبط با برش جراحی (سزارین) و عوامل مکانیکی (کشش، اصطکاک با لباس یا پد).	محل برش خشک، تمیز و بدون ترشح، اریتم یا دِهیپسِنس (باز شدن لبه‌ها) باشد. بیمار مراحل مراقبت از زخم را به درستی توضیح دهد.	۱. هر ۸ تا ۱۲ ساعت پانسمان را بازرسی کنید (در صورت خیس یا کثیف شدن، تعویض شود). ۲. هنگام تعویض، از سرم فیزیولوژی استریل و گاز استریل برای تمیز کردن از مرکز به بیرون استفاده کنید. ۳. از چسب یا بانداز چسبنده مستقیماً روی برش خودداری کنید (باعث تحریک می‌شود). ۴. تشویق به استفاده از دستشویی توالت فرنگی یا شستشو با آب گرم و خشک کردن با حوله تمیز (به جای مالش). آموزش به بیمار (کلیدی برای ترخیص): • روش صحیح شستشوی زخم: از بالا به پایین، با آب و صابون ملایم، سپس خشک کردن با ضربه (نه مالش). • نحوه تشخیص عفونت: قرمزی گسترش‌یافته، گرمی، ترشح چرکی بدبو، تب، افزایش درد موضعی. • ممنوعیت‌ها: تا ۲ هفته از کرم، پماد، پودر یا الکل روی زخم استفاده نکنید. از لباس زیر تنگ و نایلونی بپرهیزید. • زمان استحمام: طبق پروتکل (معمولاً پس از ۴۸ ساعت با پوشش پلاستیکی و دوش کوتاه، بدون خیس کردن مستقیم).	در زمان ترخیص: • محل برش بدون قرمزی، ترشح یا بوی بد. • بیمار مراحل تمیز کردن زخم را بدون تردید نشان می‌دهد. • بیمار قادر به ذکر دو علامت هشدار عفونت است.
خطر سقوط مرتبط با ضعف ناشی از بیهوشی، خون از دست رفته و سرگیجه وضعیتی.	بیمار تکنیک‌های ایمن تحرک را در بخش نشان دهد و هیچ حادثه سقوطی رخ ندهد.	قبل از اولین بار راه رفتن، علائم حیاتی در حالت نشسته و ایستاده چک شود. اطمینان حاصل شود که زنگ فراخوان در دسترس بیمار است.. آموزش به بیمار: هنگام بلند شدن از تخت، ابتدا بنشیند، پاها را آویزان کند (حداقل ۱ دقیقه)، سپس با کمک بایستد.	بیمار در زمان ترخیص بدون لرزش و سرگیجه راه می‌رود و روش صحیح نشستن و ایستادن را نشان می‌دهد.

	آموزش خودمراقبتی در منزل: بلند نکردن اجسام سنگین تر از نوزاد (۳-۴ کیلوگرم) به مدت ۶ هفته، مراقبت از زخم (خشک نگه داشتن، دوش گرفتن بعد از ۴۸ ساعت با مجوز پزشک).		
آمادگی برای خودمراقبتی در منزل مرتبط با گذار از محیط بیمارستان به خانه پس از جراحی سزارین و نیاز به دانش و مهارت‌های خاص مراقبت از زخم، مدیریت درد، شیردهی با محدودیت حرکتی، و مراقبت از نوزاد.	بیمار قبل از ترخیص، دانش و مهارت کافی در زمینه مراقبت از زخم شکمی، مدیریت درد، فعالیت‌های مجاز، شیردهی در وضعیت‌های مناسب، مراقبت از نوزاد و شناسایی علائم هشدار را نشان دهد.	۱. آموزش جامع ترخیص به مادر سزارینی: مراقبت از زخم سزارین: - زخم را خشک و تمیز نگه دارید. تا ۴۸ ساعت اول پانسمان را دست نزنید مگر اینکه خیس یا کثیف شود. - پس از اجازه پزشک (معمولاً ۴۸ ساعت)، دوش بگیرید (نه حمام). زخم را با آب و صابون ملایم از مرکز به بیرون شستشو دهید و با حوله تمیز ضربه‌ای خشک کنید (مالش ندهید). - از کرم، پماد، پودر یا الکل روی زخم استفاده نکنید. - لباس زیر نخی و گشاد بپوشید تا زخم تحریک نشود. - بخیه‌ها خودبه‌خود جذب می‌شوند، نیازی به کشیدن نیست. ۲. مدیریت درد: - مسکن تجویز شده (ایبوپروفن + استامینوفن) را منظم مصرف کنید، حتی اگر درد خفیف است. - از بالش روی برش هنگام سرفه، عطسه یا خنده استفاده کنید - در صورت افزایش ناگهانی درد یا درد ضربان‌دار، به پزشک مراجعه کنید. ۳. فعالیت و استراحت: - برای پیشگیری از ترومبوز، هر روز چند بار به آرامی در خانه راه بروید. - از بلند کردن اجسام سنگین‌تر از نوزاد (حدود ۳-۴ کیلوگرم) به مدت ۶ هفته خودداری کنید. - از رانندگی تا ۲ هفته (یا تا زمانی که بتوانید بدون درد ترمز بگیرید) خودداری کنید. - از پله رفتن در ۲ هفته اول محدود کنید. - استراحت کافی داشته باشید، با هر بار شیردهی دراز بکشید. ۴. شیردهی پس از سزارین: - وضعیت درازکش به پهلو و وضعیت فوتبالی بهترین وضعیت‌ها هستند. - یک بالش کوچک روی برش بگذارید تا از تماس مستقیم نوزاد محافظت کند. - در صورت تأخیر در آمدن شیر، ناامید نشوید و هر ۲-۳ ساعت تحریک کنید. ۵. مراقبت از پستان و پیشگیری از ماستیت: - قبل از شیردهی دست‌ها را بشویید. - از ترک خوردگی نوک پستان با لانولین یا شیر مادر جلوگیری کنید. - در صورت قرمزی، گرمی، توده دردناک در پستان همراه با تب، فوراً به پزشک مراجعه کنید. ۶. رژیم غذایی و دفع:	در زمان ترخیص: بیمار قادر است حداقل ۵ مورد از آموزش‌های ترخیص را بدون کمک تکرار کند. بیمار نحوه مراقبت از زخم و وضعیت صحیح شیردهی را نشان می‌دهد. بیمار اعتماد به نفس کافی برای مراقبت از خود و نوزاد در منزل را ابراز می‌کند. بیمار برگه آموزش ترخیص را دریافت کرده و علائم هشدار را در آن مشخص کرده است. بیمار برنامه پیگیری و ویزیت بعدی را می‌داند.

	-روزانه ۱۰-۸ لیوان آب بنوشید. -از غذاهای فیبردار (سبزیجات، میوه، سبوس) برای پیشگیری از یبوست استفاده کنید. -در صورت یبوست، از نرم‌کننده مدفوع (داکوزیت) طبق تجویز استفاده کنید. -برای کاهش فشار به زخم هنگام دفع، یک بالش روی شکم فشار دهید. ۷. مراقبت از نوزاد: -نوزاد را به پشت بخوابانید (خواب ایمن). -هر ۲-۳ ساعت برای شیردهی بیدار کنید تا قند نوزاد افت نکند (به ویژه اگر دیابتی بوده‌اید). -اگر نوزاد بی‌حال است، خوب شیر نمی‌خورد، یا کمتر از ۶ پوشک در روز خیس می‌کند، به پزشک مراجعه کنید. ۸. علائم هشدار که باید فوراً به پزشک مراجعه کنید: -تب بالای ۳۸ درجه -خونریزی شدید واژینال (بیش از یک نوار در ساعت یا لخته بزرگتر از تخم‌مرغ) -ترشح چرکی، بوی بد، قرمزی گسترش‌یافته یا باز شدن لبه‌های زخم -درد شدید شکم که با مسکن خوب نشود -تنگی نفس، درد قفسه سینه، تورم یا گرمی یک طرفه پا (علائم ترومبوز) -عدم دفع ادرار یا سوزش شدید هنگام ادرار -تهوع و استفراغ مداوم ۹. پیگیری‌های بعدی: -ویزیت پس از زایمان: ۴-۶ هفته پس از سزارین. -در صورت وجود علائم عفونت زخم، زودتر مراجعه کنید. -در مورد روش پیشگیری از بارداری با پزشک مشورت کنید (معمولاً ۶ هفته پس از زایمان). ۱۰. محدودیت‌های طولانی مدت: -تا ۶ هفته از رابطه جنسی خودداری کنید. -تا ۶ هفته از تامپون و دوش واژینال استفاده نکنید. -پس از ۶ هفته، در صورت بهبودی کامل، می‌توانید فعالیت‌های عادی را از سر بگیرید.		
--	--	--	--

جدول فرایند پرستاری در مادر دیابتی و سزارین شده (علاوه بر فرایند پرستاری در سزارین موارد زیر اختصاصی هستند)

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
خطر ناپایداری سطح گلوکز خون مرتبط با استرس جراحی، قطع انسولین یا داروهای خوراکی، تغییرات هورمونی پس از زایمان (افت ناگهانی هورمون‌های جفت) و ناشتایی قبل از عمل.	سطح گلوکز خون در طی ۲۴ ساعت پس از سزارین بین ۷۰-۱۸۰ میلی گرم/دسی لیتر حفظ شود. هیچ اپیزود هیپوگلیسمی (گلوکز < ۷۰) یا هیپرگلیسمی شدید (گلوکز > ۲۵۰) رخ ندهد.	مداخلات پرستاری مستقیم: اندازه‌گیری گلوکز خون (با گلوکومتر) هر ۲-۱ ساعت در ۱۲ ساعت اول پس از عمل، سپس هر ۴-۶ ساعت. پس از سزارین، در صورت قطع انسولین وریدی، سریعاً قند خون را بررسی کنید (به دلیل افت ناگهانی هورمون‌های جفت، نیاز به انسولین به شدت کاهش می‌یابد). در صورت هیپوگلیسمی اگر بیمار هوشیار است، ۱۵ گرم کربوهیدرات سریع جذب (نصف لیوان آبمیوه طبیعی، ۳ حبه قند) تجویز کنید. اگر هوشیار نیست، دکستروز ۵۰٪ وریدی طبق دستور پزشک. در صورت هیپرگلیسمی (گلوکز > ۱۸۰ در صورت وجود دستور، انسولین کوتاه‌اثر (رگولار) یا انسولین تصحیحی تجویز شود. آموزش به بیمار (قبل از عمل و بعد از هوشیاری): علائم هیپوگلیسمی (لرزش، تعریق، گرسنگی شدید، تپش قلب، تاری دید) و گزارش فوری آن. نحوه مصرف قند یا آبمیوه در صورت احساس افت قند (در صورت هوشیاری کامل).	پس از ۲۴ ساعت: تمام قندهای خون ثبت شده در محدوده ۷۰-۱۸۰ بوده است. بیمار قادر به ذکر دو علامت هیپوگلیسمی است. هیچ اپیزود افت قند نیاز به مداخله اورژانسی رخ نداده است.
خطر تأخیر در بهبود زخم مرتبط با اختلال در میکروسیرکولاسیون ناشی از دیابت، هیپرگلیسمی کنترل نشده، و ضعف سیستم ایمنی.	• محل برش سزارین در زمان ترخیص (روز ۳-۴) خشک، بدون ترشح، بدون اریتم و بدون نشانه‌های عفونت باشد. • هیچ ناحیه نکروز یا جدا شدن لبه‌های زخم (dehiscence) وجود نداشته باشد.	مداخلات پرستاری مستقیم: ۱. ارزیابی زخم هر ۸ ساعت (به جای ۱۲ ساعت در مادر غیردیابتی). دقت بیشتر به رنگ، بو، ترشح و دمای اطراف زخم. ۲. اندازه‌گیری قند خون قبل از هر وعده غذایی و در صورت بالا بودن > ۱۸۰، به پزشک گزارش دهید (کنترل قند برای ترمیم زخم ضروری است) ۳. استفاده از پانسمان‌های پیشرفته (مانند هیدروکلئید یا نقره) در صورت وجود خطر بالای عفونت (طبق پروتکل بخش). ۴. تشویق به دریافت پروتئین کافی (حداقل ۱.۲-۱.۵ گرم/کیلوگرم وزن بدن) برای ترمیم بافت. آموزش به بیمار (بسیار تأکیدی):	در زمان ترخیص: • زخم بدون قرمزی، ترشح یا بوی بد. • بیمار دفترچه ثبت قند خون را نشان می‌دهد. • بیمار توانایی تشخیص علائم عفونت زخم را دارد.

	• نظارت روزانه زخم: هر روز صبح و شب زخم را در آینه نگاه کند. هرگونه قرمزی گسترش‌یافته، ترشح چرکی، بوی بد، باز شدن لبه‌ها یا نکروز (سیاه شدن) را فوراً گزارش دهد. • مدیریت قند خون در منزل: رعایت رژیم دیابت (کربوهیدرات پیچیده و کنترل‌شده) و مصرف داروهای تجویزی. قند خون ناشتا و ۲ ساعت بعد از غذا را ثبت کند. • ممنوعیت‌ها: از کشیدن بخیه یا برداشتن دلمه خودداری کند. زخم را خیس نگه ندارد.		
در زمان ترخیص: • پستانها بدون قرمزی، توده یا ترک عفونی. • مادر علائم هشدار ماستیت را به درستی تکرار می‌کند. • مادر تکنیک صحیح تخلیه پستان با پمپ را نشان می‌دهد.	۱. هر ۸ ساعت پستانها را از نظر قرمزی، گرمی، توده یا درد موضعی معاینه کنید (در مادر دیابتی، عفونت می‌تواند با علائم خفیف‌تر شروع شود). ۲. در صورت وجود ترک نوک پستان، از پماد آنتی‌بیوتیک موضعی (موپیروسین) با تجویز پزشک استفاده شود (لانیولین به تنهایی کافی نیست). ۳. در صورت احتقان شدید (که در مادر دیابتی شایع‌تر است): - کمپرس گرم قبل از شیردهی، کمپرس سرد بعد از شیردهی. - دوش آب گرم و ماساژ آرام پستان حین دوش. - در صورت عدم تخلیه کامل، استفاده از پمپ برقی. آموزش به بیمار (اضافه بر آموزش‌های قبلی): • علائم هشدار ماستیت در دیابتی: حتی قرمزی خفیف، یک نقطه گرم کوچک، یا درد موضعی بدون تب را جدی بگیرد و به پزشک گزارش دهد (عفونت در دیابتی سریع‌تر پیشرفت می‌کند). • بهداشت ویژه: قبل از هر بار شیردهی، دست‌ها و نوک پستان را با آب و صابون ملایم بشوید (نه الکل یا مواد قوی). • اگر شیردهی در یک پستان دردناک است، از همان پستان با پمپ تخلیه کند و از پستان سالم به نوزاد بدهد.	• در زمان ترخیص، پستانها بدون قرمزی، گرمی، توده دردناک یا ترک عمیق نوک پستان باشند. • مادر علائم اولیه ماستیت را به درستی بشناسد.	خطر عفونت بافت پستان (ماستیت) مرتبط با دیابت (سرکوب سیستم ایمنی، تأخیر در بهبود ترک‌های نوک پستان) و احتقان پستان شایع در مادران دیابتی.
پس از اتمام سزارین و در زمان ترخیص: • محل پد گراند (معمولاً	مداخلات پرستاری در اتاق عمل (حین سزارین): ۱. ارزیابی محل پد گراند قبل از عمل: پد را روی یک توده عضلانی بزرگ (مانند ران فوقانی یا ساق پا) و نزدیک به محل برش قرار دهید. از قرار دادن روی	• بیمار در حین و پس از عمل هیچگونه سوختگی (قرمزی پایدار، تاول، نکروز) در محل پد گراند یا سایر نقاط تماس با	خطر آسیب حرارتی بافت مرتبط با استفاده از الکتروسرجری (کوتر) و شرایط مستعدکننده بیمار

ران یا ساق) بدون قرمزی، تاول، یا هرگونه آسیب پوستی است. • بیمار از نظر بالینی سوختگی الکتریکی ندارد. • در صورت وجود هرگونه قرمزی خفیف، به عنوان "آسیب پوستی در معرض خطر" مستند و پیگیری شده است.	نواحی دارای مو، زخم، اسکار، برجستگی استخوانی، یا نواحی با پرفیوژن ضعیف (مانند ساق پا در دیابتی‌ها) خودداری کنید . ۲. چسباندن صحیح پد: اطمینان حاصل کنید که تمام سطح پد به طور کامل و بدون چین، فاصله یا حباب هوا به پوست چسبیده است. در بیماران دیابتی با پوست شکننده، استفاده از چسب کریپ اضافی برای محکم‌سازی توصیه می‌شود . ۳. ایزوله کردن بیمار از میز عمل: بیمار نباید با هیچ قطعه فلزی (مانند رکاب‌ها، اتصالات میز) یا میز عمل بدون ایزوله تماس مستقیم داشته باشد. از ملافه‌های خشک و غیره‌ادی استفاده کنید . ۴. جایگذاری الکترودهای ECG: الکترودهای مانیتورینگ را تا حد امکان دور از محل برش و مسیر جریان کوتر قرار دهید . ۵. بررسی عملکرد دستگاه: قبل از شروع عمل، از سالم بودن کابل‌ها، پد گراند و ژنراتور اطمینان حاصل کنید. تنظیمات "Cut" و "Coag" معمولاً روی ۵ قرار می‌گیرد مگر درخواست خاص جراح . ۶. ارزیابی پس از عمل: بلافاصله پس از اتمام جراحی و خارج کردن پد گراند، وضعیت پوست زیر پد را بررسی کنید و هرگونه قرمزی، تاول یا آسیب را مستند نمایید . آموزش به بیمار (قبل از عمل - در صورت هوشیاری): " • به دلیل دیابت شما، پوست در حین استفاده از دستگاه کوتر حساسیت بیشتری دارد. تیم اتاق عمل اقدامات لازم برای محافظت از پوست شما را انجام می‌دهند." • در صورت مشاهده هرگونه قرمزی، درد یا تأخیر در بهبودی در ناحیه ران یا ساق پس از ترخیص، به پزشک گزارش دهد.	تجهیزات نداشته باشد. • یکپارچگی پوست در محل پد گراند پس از خارج شدن پد، intact باشد.	شامل دیابت (میکروآنژیوپاتی)، فشار خون بالا، و چاقی (افزایش مقاومت بافتی).
---	--	--	--

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار سزارین طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

تعریف سزارین: زایمان از طریق برش جراحی در دیواره شکم و رحم، زمانی که زایمان طبیعی خطرناک یا غیرممکن باشد (مانند دیستوشی، دکولمان جفت، دیسترس جنینی، یا سزارین قبلی).

روند درمان پزشکی:

پیش از عمل: ناشتایی (۶-۸ ساعت)، تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی (سفازولین)، آماده‌سازی پوست، مشاوره بیهوشی (معمولاً اسپینال یا اپیدورال).
 حین عمل: برش شکمی، خروج نوزاد، ترمیم لایه‌های رحم و شکم، کنترل خونریزی.
 پس از عمل: مراقبت از علائم حیاتی، مدیریت درد + NSAIDs اپیوئیدها، پیشگیری از ترومبوز و ایلتوس، تحرک زودهنگام، مراقبت از شیردهی و زخم.
 ترخیص: معمولاً ۴۸-۷۲ ساعت پس از عمل با آموزش خودمراقبتی، علائم هشدار و برنامه پیگیری.

اقدامات و توصیه های قبل از عمل

➤ قبل از رفتن به اتاق عمل به شما سرم وصل شده و برای پیشگیری از عفونت طبق دستور پزشک آنتی بیوتیک تزریق میشود.

فعالیت در زمان بستری

- ❖ بی حرکتی پس از عمل می‌تواند باعث رکود خون در پاها و افزایش احتمال عفونت ریه ها گردد، لذا ورزش های تنفسی (تنفس عمیق و سرفه) و چرخش پا را بلافاصله پس از عمل انجام دهید .
- ❖ برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لیه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و ... با کمک راه بروید. جهت تحرک و فعالیت هر ساعت چند بار از تخت پایین بیایید و قدم بزنید.

رژیم غذایی قبل از عمل و زمان بستری :

- زنان باردار و بزرگسالان بایستی ۸ ساعت قبل از عمل جراحی، ناشتا باشند .
- رژیم غذایی بعد از عمل بین ۸ تا ۱۲ ساعت بعد از عمل جراحی جهت بیمار شروع می شود با تاکید به استفاده از مایعات سبک در شروع تغذیه می‌باشد. توصیه به مصرف غذاهای پرفیبر و مایعات فراوان و عدم مصرف غذاهای نفاخ و شیر بعد از عمل جراحی
- رژیم غذایی و تغذیه بعد از شروع حرکات دودی روده ای (دفع گاز) طبق دستور پزشک رژیم مایعات را شروع کرده و در صورت عدم تحمل (حالت تهوع و استفراغ) به پرستار اطلاع دهید.
- از خوردن غذاهایی که باعث یبوست، اسهال و استفراغ و نفخ می شود، اجتناب نمایید .

مراقبت در زمان بستری:

- جهت پیشگیری از عوارض بعد از عمل جراحی، تمرینات تنفسی (تنفس عمیق و سرفه) و ورزش های پا را انجام دهید.
- در صورت بروز علائم، سرگیجه، خونریزی شدید، احتباس ادراری، تهوع و استفراغ به پرستار خود اطلاع دهید.
- جهت جلوگیری از ترومبوز ورید عمقی توصیه میشود که چند ساعت پس از زایمان به تدریج از تخت خارج شده و با کمک تیم مراقبتی راه بروید.
- در هنگام راه رفتن، سرفه و تنفس عمیق محل بخیه را با دست گرفته یا با بالش ثابت نگه دارید تا از درد در ناحیه عمل جلوگیری نمائید.
- در صورت داشتن درد، به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.
- سوند ادراری معمولاً بعد از عمل ۸ تا ۱۲ ساعت بعد از عمل توسط پرستار خارج می گردد.
- بعد از خروج سوند ادراری در صورت عدم ادرار یا ادرار خونی به پرستار اطلاع دهید.
- جهت جبران مایعات از دست رفته و جلوگیری از یبوست و افزایش شیر، مایعات فراوان مصرف نمایید.
- تا ۲۴ ساعت پس از زایمان ممکن است خونریزی در حد قابل توجه وجود داشته باشد و بتدریج از حجم خون کاسته می شود.
- ترشحات واژن تا یک ماه دیده می شود.
- دفع لخته و خونریزی زیاد را سریعاً اطلاع دهید.
- جهت به حداقل رساندن عفونت‌های بیمارستان در مدت بستری، بهداشت فردی اعم از بهداشت ناحیه ادراری، تناسلی و شستشوی دستها با صابون را رعایت نمائید.
- قبل از هر بار شیردهی دستها را با آب و صابون شسته و برای تمیز کردن نوک سینه ها فقط از آب ساده استفاده نمایید.
- شیر دادن مکرر به نوزاد باعث جمع شدن رحم و کمتر شدن خونریزی میشود .

دارو در بستری

داروها (آنتی بیوتیک جهت جلوگیری از عفونت و مسکن برای تسکین درد) طبق دستور پزشک در فواصل و زمان معین توسط پرستار به شما داده میشود

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار سزارین طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

از مصرف غذاهای نفاخ و دیر هضم اجتناب کنید و جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی ملین و پرفیبر و مایعات مصرف کنید.

فعالیت، استحمام و مراقبت از زخم در منزل

- از زور زدن، بلند کردن اجسام سنگین (سنگین تر از نوزادتان) و رانندگی تا زمانی که پزشک توصیه کرده است خودداری کنید
- بعد از چهل روز از زایمان و برطرف شدن کامل خونریزی واژینال انجام نزدیکی بلامانع است.
- از نشستن طولانی مدت در صندلی و فشار بر زانو ها انداختن پاها روی یکدیگر و بی حرکتی اجتناب نمایید.
- ۴۸ ساعت بعد از عمل بیمار می تواند با ابگرم حمام نماید. پس از عمل پانسمان را برداشته و دوش بگیرید و روی زخم را باز بگذارید .
- شستشوی روزانه محل انسزیون جراحی با آب ولرم و شامپو بچه انجام گرفته و حتما خشک نگه داشته شود استفاده از شکم بند های طبی به ترمیم زخم کمک می کند.

دفعات شیردهی و نکات خودمراقبتی در منزل

- دفعات تغذیه با شیر مادر بطور مکرر برحسب تقاضای شیرخوار و در شب و روز، مدت تغذیه در هر وعده نامحدود است.
- قبل از هر بار شیر دهی دستها را با آب و صابون شسته و برای تمیز کردن نوک سینه ها فقط از آب ساده استفاده نمایید
- در دو سه روز اول پس از زایمان، میزان ترشح شیر کم است با مکیدن نوزاد بتدریج اضافه میگردد.
- برای بدست آوردن تناسب اندام بسیاری از بانوان با اجازه پزشک خود میتوانند ورزش کردن را از هفته های نخست پس از زایمان آغاز کنند.
- لباس زیر را روزانه تعویض و از لباس های زیرنخی استفاده کنید. از پوشیدن لباس های حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلواری تنگ و پلاستیکی خودداری کنید لباس زیر همیشه باید خشک باشد و از مرطوب شدن آن پرهیز کنید .

دارو در منزل

- دارو در صورت تجویز آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک یک دوره کامل در فواصل معین آن را مصرف کنید
- مصرف مسکن را طبق تجویز پزشک مصرف نمایید

علامت هشدار مادر و نوزاد و زمان مراجعه به پزشک :

- در صورت خونریزی شدید یا ترشحات بد بوی واژینال، تب و لرز، رنگ پریدگی، درد ساق پا، سرگیجه، علائم شوک (سردی اندامها، تنفس تند، گیجی و سر درد)، اختلال در دفع ادرار و اجابت مزاج ترشحات چرکی یا خونابه ای از محل انسزیون جراحی و تورم و قرمزی پستانها به پزشک و یا تریاژ مامایی مراجعه نمایید .
- زمان مراجعه بعدی ۷ تا ۱۰ روز بعد، جهت کشیدن بخیه به متخصص زنان و ۴۸ ساعت بعد به متخصص اطفال مراجعه نمایید.
- زردی، خوب شیر نخوردن، استفراغ های مکرر، عدم دفع ادرار و مدفوع، شلی عضلانی، قرمزی و ترشح چرکی و خونابه ای از محل بند ناف نوزاد، توکشیده شدن قفسه سینه، ناله کردن نوزاد، رنگ پریدگی شدید یا کبودی، استفراغ مکرر شیر، قرمزی اطراف چشم تحرک کمتر از حد معمول و بی حالی بی قراری و تحریک پذیری خوب شیر نخوردن عدم دفع ادرار و مدفوع در روزهای اول تب یا سرد شدن اندامها و بدن خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلکها به متخصص اطفال مراجعه کنید.

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
درد حاد مرتبط با انقباضات رحمی و فشار مکانیکی بر دهانه رحم.	بیمار در زمان انتقال به اتاق زایمان، قادر به استفاده از تکنیک تنفسی آموزش دیده است.	۱. هر ۳۰-۶۰ دقیقه شدت و مدت انقباضات را ارزیابی کنید. ۲. تکنیک‌های تنفس عمیق و تغییر وضعیت (راه رفتن، نشستن روی توپ زایمان) را آموزش دهید. ۳. آموزش به بیمار: روش تنفس "دم عمیق و بازدم آهسته" هنگام اوج انقباض را تمرین کنید.	بیمار تکنیک‌های غیردارویی مدیریت درد را نشان دهد و نمره درد را قابل تحمل (≥ 6) از ۱۰ گزارش دهد.
اضطراب مرتبط با زایمان قریب‌الوقوع و ترس از درد یا عوارض.	بیمار در زمان شروع مرحله دوم زایمان، همکاری خوبی با تیم دارد.	۱. محیط آرام و حمایت کننده ایجاد کنید. ۲. با زبان ساده مراحل زایمان را توضیح دهید. ۳. در صورت وجود همراه (همسر/مادر)، اجازه حضور در کنار بیمار را دهید. ۴. آموزش به بیمار: در صورت نیاز به اپیزوتومی، علت و روند آن توضیح داده شود.	بیمار قبل از زایمان، سطح اضطراب کاهش یافته و سؤالات خود را پرسیده باشد.
خطر کاهش حجم مایعات مرتبط با خونریزی پس از زایمان (اتونی رحم، پارگی یا اپیزوتومی).	در پایان ۶ ساعت، خونریزی کنترل شده، رحم سفت و علائم حیاتی پایدار است.	۱. هر ۱۵ دقیقه در ساعت اول، فوندوس رحم را ماساژ دهید و ارتفاع و سفتی آن را ثبت کنید. ۲. هر ۱۵ دقیقه علائم حیاتی و اشباع اکسیژن را چک کنید. ۳. نوارهای بهداشتی را بشمارید و لخته‌های بزرگ بیشتر از تخم مرغ را گزارش دهید. ۴. آموزش به بیمار: در صورت احساس رحم شل یا خونریزی زیاد، سریعاً اطلاع دهد.	خونریزی واژینال کمتر از یک نوار بهداشتی در ساعت، رحم سفت در سطح ناف یا پایین‌تر، علائم حیاتی پایدار.
درد حاد (مرحله پس از زایمان) مرتبط با انقباضات رحمی و ترمیم اپیزوتومی/پارگی.	بیمار قبل از ترخیص، قادر به نشستن و راه رفتن با درد کنترل شده است.	۱. هر ۲-۴ ساعت شدت درد را ارزیابی کنید (محل پرینه و انقباضات رحمی). ۲. مسکن‌های تجویز شده (ایبوپروفن، استامینوفن) را منظم تجویز کنید. ۳. از کمپرس سرد روی پرینه (۲۴ ساعت اول) برای کاهش ادم و درد استفاده کنید. ۴. آموزش به بیمار: نحوه نشستن روی بالش دونات (حلقوی) برای کاهش فشار روی بخیه‌ها.	نمره درد ≥ 3 از ۱۰، بیمار قادر به شیردهی و راه رفتن با درد قابل تحمل باشد.

بیمار ظرف ۶ ساعت پس از زایمان، حداقل ۲۰۰ میلی لیتر ادرار دفع کند و پس از آن هر ۴-۶ ساعت ادرار مؤثر داشته باشد.	۱. هر ۲ ساعت از بیمار در مورد احساس نیاز به ادرار سؤال کنید. ۲. در صورت عدم دفع ادرار طی ۶ ساعت، از روش های تحریک (آب گرم روی پرینه، صدای آب جاری) استفاده کنید. ۳. در صورت شکست، کاتتریزاسیون یکباره یا گذاشتن سوند Foley طبق دستور پزشک. ۴. آموزش به بیمار: نحوه دفع ادرار در وان یا دوش آب گرم برای کاهش سوزش بخیه ها.	بیمار طی ۶ ساعت اول ادرار مؤثر داشته و مثانه کاملاً تخلیه شده است.	احتباس ادرار مرتبط با ادم پرینه، درد اپیزیوتومی، و اثرات بی حسی (اپیدورال).
محل بخیه ها تا زمان ترخیص بدون قرمزی گسترده، ترشح چرکی، ادم شدید یا باز شدن لبه ها.	۱. هر ۸ ساعت پرینه را از نظر قرمزی، ادم، کبودی، ترشح و دیسکسیون (باز شدن) بررسی کنید. ۲. پس از هر بار دفع ادرار یا مدفوع، شستشوی پرینه با آب گرم (بطری اسپری) و خشک کردن با ضربه توصیه شود. ۳. تشویق به تعویض مکرر پد بهداشتی (هر ۴-۶ ساعت) از جلو به عقب. ۴. آموزش به بیمار: روش شستشوی پرینه، علائم عفونت (تب، قرمزی، ترشح بدبو، درد شدید)، و مراجعه در صورت عدم تحمل نشستن.	در زمان ترخیص، محل بخیه ها intact، بدون ترشح چرکی یا ادم شدید است.	اختلال در یکپارچگی پوست پرینه مرتبط با اپیزیوتومی یا پارگی درجه یک تا چهار.
محل بخیه در زمان ترخیص بدون قرمزی، ترشح چرکی، بوی بد یا باز شدن لبه ها؛ دمای بدن $< 38^{\circ}\text{C}$ درجه.	۱. هر ۸ ساعت پرینه را با نور کافی معاینه کنید (بیمار در وضعیت لیتوتومی). ۲. بعد از هر بار اجابت مزاج، شستشو با آب گرم و صابون ملایم و خشک کردن با ضربه از جلو به عقب. ۳. در ۲۴ ساعت اول، کمپرس سرد (یخ پیچیده شده در حوله) هر ۲-۴ ساعت به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه برای کاهش ادم. ۴. تشویق به تعویض پد بهداشتی هر ۳-۴ ساعت (از جلو به عقب). ۵. آموزش به بیمار: روش صحیح توالیت (شستشو با بطری اسپری و خشک کردن با ضربه)؛ استفاده از بالش دونات تا ۲ هفته؛ علائم عفونت (تب، افزایش درد، ترشح بدبو، قرمزی گسترش یافته)؛ ممنوعیت تامپون و دوش واژینال و رابطه جنسی تا ۲ هفته.	در زمان ترخیص، بخیه ها بدون قرمزی، ترشح یا ادم شدید؛ بیمار قادر به تکرار مراحل سیترز بٹ و روش تمیز کردن پرینه است.	خطر عفونت محل اپیزیوتومی مرتبط با نزدیکی به مقعد، وجود لوشیا (ترشحات پس از زایمان)، و بی تحرکی نسبی.

شیردهی ناکارآمد مرتبط با درد پرینه، خستگی ناشی از زایمان طولانی، یا تأخیر در شروع شیردهی.	قبل از ترخیص، مادر حداقل یک بار شیردهی موفق در وضعیت راحت داشته است.	۱. در ساعت اول پس از زایمان، تماس پوست با پوست و اولین شیردهی را تسهیل کنید. ۲. وضعیت راحت شیردهی: درازکش به پهلو (Side-lying) برای کاهش فشار روی بخیه‌های پرینه. ۳. در صورت وجود ترک یا درد نوک پستان، تکنیک latch را اصلاح کنید. ۴. آموزش به بیمار: استفاده از بالش شیردهی برای حمایت و استفاده از کمپرس گرم قبل از شیردهی برای جریان شیر.	نوزاد حداقل ۱۲-۸ بار در ۲۴ ساعت شیر خورده و latch صحیح را نشان دهد.
خطر یبوست مرتبط با درد پرینه (ترس از باز شدن بخیه حین دفع)، بیحرکتی، و مصرف اپیوئیدها (در صورت وجود).	بیمار تا ترخیص دفع مؤثر بدون درد شدید یا باز شدن بخیه داشته است.	۱. مصرف مایعات کافی (۲۵۰۰-۳۰۰۰ سی‌سی در روز) و فیبر (میوه، سبزی، سبوس) را تشویق کنید. ۲. در صورت عدم دفع تا ۴۸ ساعت، از نرم‌کننده مدفوع (داکوزیت) طبق دستور پزشک استفاده شود. ۳. آموزش به بیمار: هنگام دفع، یک پد استریل مرطوب روی بخیه‌ها فشار دهید (Splinting) تا از کشیده شدن بخیه‌ها جلوگیری شود.	بیمار طی ۴۸ ساعت پس از زایمان دفع مدفوع نرم داشته باشد و از زور زدن خودداری کند.
آمادگی برای تقویت دلبستگی والدین-نوزاد	بیمار قبل از ترخیص، پاسخ مناسب به نوزاد را نشان می‌دهد و علائم هشدار را تکرار می‌کند.	۱. تشویق به تماس پوست با پوست مکرر. ۲. آموزش نشانه‌های گرسنگی نوزاد (ریشه زدن، مکیدن دست). ۳. آموزش به بیمار: علائم هشدار پس از ترخیص (تب، خونریزی شدید، درد قفسه سینه، ترشح بدبو از پرینه، عدم دفع ادرار).	مادر رفتارهای دلبستگی (تماس چشمی، صحبت، پاسخ به گریه نوزاد) را نشان دهد.
آمادگی برای خودمراقبتی در منزل مرتبط با گذار از محیط بیمارستان به خانه و نیاز به دانش و مهارت‌های مراقبت از خود و نوزاد.	در زمان ترخیص: بیمار قادر است حداقل ۵ مورد از آموزش‌های ترخیص را بدون کمک تکرار کند. بیمار اعتماد به نفس کافی برای مراقبت از خود و نوزاد در منزل را ابراز می‌کند. بیمار برگه آموزش ترخیص را دریافت کرده و علائم هشدار را در آن مشخص کرده است.	۱. مراقبت از پرینه و بخیه‌ها: پس از هر بار دستشویی، پرینه را با آب گرم (بطری اسپری) از جلو به عقب شستشو دهید و با حوله نرم خشک کنید (مالش ندهید). - سیترز بٹ (نشستن در آب گرم) را ۳-۴ بار در روز به مدت ۱۵-۲۰ دقیقه ادامه دهید تا بهبودی کامل. - پد بهداشتی را هر ۳-۴ ساعت تعویض کنید (از جلو به عقب). از تامپون تا ۶ هفته استفاده نکنید. - بخیه‌ها خودبه‌خود جذب می‌شوند، نیازی به کشیدن نیست. ۲. مدیریت خونریزی (لوشیا): خونریزی تا ۶-۴ هفته ادامه دارد (قرمز-قهوه‌ای-زرد	بیمار قبل از ترخیص، دانش و مهارت کافی در زمینه مراقبت از خود (پرینه، خونریزی، درد، تغذیه) و مراقبت از نوزاد (شیردهی، علائم هشدار، خواب ایمن) را نشان دهد.

سفید).

-اگر خونریزی بیشتر از دوره قاعدگی شدید بود، لخته بزرگتر از تخم مرغ دیدید، یا بوی بد داشت، به پزشک مراجعه کنید.

۳. مدیریت درد:

-مسکن تجویز شده (ایبوپروفن) را منظم مصرف کنید، نه فقط وقتی درد شدید شد.

-از کمپرس سرد در ۴۸ ساعت اول و سپس کمپرس گرم برای کاهش درد استفاده کنید.

۴. فعالیت و استراحت:

-تا ۲ هفته از بلند کردن اجسام سنگینتر از نوزاد خودداری کنید.

-از نشستن طولانی مدت و ایستادن پشت سر هم بپرهیزید.

-استراحت کافی داشته باشید، با هر بار شیردهی استراحت کنید.

۵. مراقبت از پستان و شیردهی:

-نوزاد را هر ۲-۳ ساعت (۸-۱۲ بار در روز) شیر دهید.

-علائم کافی بودن شیر: ۸-۶ پوشک خیس در روز،

افزایش وزن مناسب، نوزاد پس از شیردهی آرام است.

-در صورت قرمزی، گرمی، توده دردناک در پستان

همراه با تب، به پزشک مراجعه کنید (احتمال ماستیت).

۶. رژیم غذایی و دفع:

-روزانه ۸-۱۰ لیوان آب بنوشید.

-از غذاهای فیبردار (سبزیجات، میوه، سبوس) استفاده کنید تا یبوست نگیرید.

-برای جلوگیری از فشار به بخیه هنگام دفع، یک پد تمیز روی بخیه فشار دهید.

۷. علائم هشدار که باید فوراً به پزشک مراجعه

کنید:

-تب بالای ۳۸ درجه

-خونریزی شدید (بیش از یک نوار در ساعت یا لخته بزرگ)

-درد شدید شکم یا پرینه که با مسکن خوب نشود

-ترشح بدبو از واژن یا محل بخیه

-قرمزی، گرمی، تورم یا ترشح چرک از محل بخیه

-تنگی نفس، درد قفسه سینه، تورم یک طرفه پا (علائم

	ترومبوز) -عدم دفع ادرار یا سوزش شدید هنگام ادرار ۸. مراقبت از نوزاد: -نوزاد را به پشت بخوابانید (خواب ایمن). -در ۲ هفته اول، هر ۲-۳ ساعت برای شیردهی بیدار کنید. -اگر نوزاد بی حال است، خوب شیر نمی خورد، یا کمتر از ۶ پوشک در روز خیس می کند، به پزشک مراجعه کنید. ۹. پیگیری های بعدی: -ویزیت پس از زایمان: ۴-۶ هفته پس از زایمان. -در صورت اپیزیوتومی، معاینه پرینه در ویزیت بعدی انجام شود. -در صورت نیاز به روش پیشگیری از بارداری، در همان ویزیت مشاوره بگیرید.	
--	--	--

تعریف زایمان طبیعی: زایمان از طریق کانال واژینال بدون نیاز به جراحی شکمی، شامل سه مرحله (اتساع دهانه رحم، خروج نوزاد، خروج جفت).

روند درمان پزشکی:

- **مرحله اول:** مانیتورینگ انقباضات و دیلاتاسیون دهانه رحم.
- **مرحله دوم:** تشویق به زور زدن، در صورت نیاز اپیزیوتومی (برش پرینه به منظور تسهیل خروج نوزاد و جلوگیری از پارگی شدید).
- **مرحله سوم:** خروج جفت، ترمیم اپیزیوتومی یا پارگی (با بخیه جذبی).
- **پس از زایمان:** مانیتورینگ خونریزی، علائم حیاتی، انقباض رحم، ادرار و ترخیص معمولاً طی ۴۸-۲۴ ساعت.

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار زایمان طبیعی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

اقدامات و توصیه های قبل از زایمان

- تا انجام زایمان ناشتا باشید. یا حداقل از خوردن مواد غذایی سنگین مانند شیر، جگر و تخم مرغ بپرهیزید.
- در صورت داشتن آرایش و لاک ناخن آن را پاک کنید. موهای موضع عمل، قبل از زایمان لازم است تراشیده شود.
- قبل از انتقال به اتاق زایمان، مثانه (ادرار) را تخلیه نمایید.
- هنگام ورود به زایشگاه، زیورآلات، اجسام فلزی، گیره سر، دندان مصنوعی و غیره را خارج کنید.
- کلیه لباسها (لباس زیر، جوراب و...) را در آورید و لباس مخصوص اتاق زایمان بپوشید.
- در صورت داشتن سابقه بیماری، سابقه حساسیت (دارویی، غذایی) پرستار و پزشک معالج را در جریان امر قرار دهید.
- در صورتی که بیماری خاصی دارید که تحت درمان هستید، به پزشک و پرستار خود اطلاع دهید، زیرا ممکن است نیاز باشد داروهای شما قطع و داروهای جدید جایگزین شود.

➤ در صورت مراجعه با آمادگی جهت زایمان (غیر اورژانس) از مواد ملین استفاده کنید تا قبل از زایمان دفع کامل مدفوع انجام شده باشد تا زایمان راحت و تمیز داشته باشید.

رژیم غذایی بعد از زایمان

❖ پس از زایمان از خوردن غذاهایی که باعث یبوست، اسهال، استفراغ و نفخ می شود اجتناب نمایید.

فعالیت بعد از زایمان

➤ برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و... با کمک تیم مراقبتی راه بروید. جهت تحرک و فعالیت، هر ساعت چند بار از تخت پایین بیایید و قدم بزنید.

مراقبت بعد از زایمان

❖ تا ۲۴ ساعت پس از زایمان ممکن است خونریزی در حد قابل توجه وجود داشته باشد و بتدریج از حجم خون کاسته ولی ترشحات واژن تا یک ماه دیده می شود.

❖ در صورت دفع لخته یا خونریزی بیش از حد قاعدگی (به طوری که در زیر مادر خون جمع شده باشد)، سرگیجه، کاهش هوشیاری، تنگی نفس فوراً اطلاع دهید. جهت جلوگیری از خون ریزی در ساعات اولیه پس از زایمان، مثانه خود را تخلیه کنید.

❖ جهت جلوگیری از ایجاد عفونت ادراری و عفونت ناحیه تناسلی پس از هر بار اجابت مزاج و دفع ادرار از جلو به عقب با کف صابون یا شامپوی بچه یا سرم شستشو، شسته و خشک کنید.

❖ بروز درد یا احساس ناراحتی را قبل از خروج از تخت به پرستار اطلاع دهید.

❖ جهت جبران مایعات از دست رفته و افزایش شیر، مایعات فراوان حتی آب مصرف نمائید.

❖ جهت جلوگیری از ترومبوز ورید عمقی چند ساعت پس از زایمان به تدریج از تخت خارج شده و راه بروید.

❖ قبل از هر بار شیردهی دستها را با آب و صابون شسته و برای تمیز کردن نوک سینه ها فقط از آب ساده استفاده نمایید.

❖ شیر دادن مکرر به نوزاد باعث جمع شدن رحم و کمتر شدن خونریزی میشود.

دارو: در صورت دستور پزشک، داروهای مسکن و ویتامین توسط پرستار در زمان مشخص تجویز میشود.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار زایمان طبیعی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی در منزل

❖ از مصرف غذاهای نفاخ و دیر هضم اجتناب کنید و جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی پرفیبر و مایعات مصرف کنید.

فعالیت در منزل

➤ از زور زدن، بلند کردن اجسام سنگین و رانندگی (تا زمانی که پزشک توصیه کرده است) خودداری کنید.

➤ تا ۴ هفته پس از زایمان بهتر است از انجام مقاربت خودداری کنید.

مراقبت در منزل

❖ روز دوم پس از زایمان دوش بگیرید.

❖ قبل از هر بار شیر دهی دستها را با آب و صابون شسته و برای تمیز کردن نوک سینه ها فقط از آب ساده استفاده نمایید.

❖ در دو سه روز اول پس از زایمان، میزان ترشح شیر کم است با مکیدن نوزاد بتدریج اضافه میگردد.

❖ از نشستن طولانی مدت در صندلی و فشار بر زانوهای انداختن پاها روی یکدیگر و بی حرکتی اجتناب نمائید.

- ❖ بهداشت فردی و ناحیه تناسلی را رعایت نمائید. ناحیه پرینه را از جلو به عقب شستشو دهید و پس از هر بار ادرار کردن و اجابت مزاج ناحیه اپیزیاتومی (بخیه) را با آب ولرم شستشو داده و با دستمال یکبار مصرف و تمیز خشک نمائید.
- ❖ برای بدست آوردن تناسب اندام با اجازه پزشک میتوانید ورزش کردن را از هفته های نخست پس از زایمان آغاز کنید. چون به نوزاد خود شیر میدهید، نمی توانید رژیم لاغری بگیرید ولی میتوانید با کاهش مصرف چربیها، شیرینی ها و جایگزینی میوه، سبزی و پروتئین در غذاهای روزانه، به کالری و انرژی لازم برای تغذیه فرزند خود دست یابید.
- ❖ لباس زیر را روزانه تعویض کنید و از لباسهای زیرنخی استفاده و از پوشیدن لباسهای حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلوارهای تنگ و پلاستیکی خودداری کنید. لباس زیر همیشه باید خشک باشد و از مرطوب شدن آن پرهیز کنید.
- ❖ روی بخیه هایتان ننشینید.
- ❖ ساعاتی در روز بدون لباس زیر دراز بکشید تا زخماتان هوا بخورد.
- ❖ در روزهای اول زیاد روی پاهایتان نایستید.
- ❖ زخم را دستکاری نکنید و بدون اجازه پزشک روی آن پماد، کرم یا لوسیون نزنید.

دارو بعد از ترخیص

- ✓ در صورت تجویز آنتی بیوتیک، طبق دستور پزشک در فواصل معین و یک دوره کامل مصرف کنید.
- ✓ مصرف مسکن را طبق تجویز پزشک مصرف نمائید.

زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت قرمزی یا ترشحات چرکی از محل برش اپیزیاتومی به پزشک معالج خود مراجعه نمائید.
- ✓ در صورت خونریزی شدید یا ترشحات بد بوی واژینال، تب و لرز، رنگ پریدگی، درد ساق پا، سرگیجه، علائم شوک (سردی اندامها، تنفس تند، گیجی و سر درد)، اختلال در دفع ادرار و اجابت مزاج به پزشک معالج مراجعه نمائید.
- ✓ به مرکز بهداشتی نزدیک منزل جهت مراقبتهای بعد از زایمان مراجعه نمائید.

کاهش درد حین زایمان

در هریک از مراحل زایمان، مادر باردار با بکار بردن روش هایی که توسط متخصص زنان و یا ماما در طول مراقبت های بارداری یاد گرفته است؛ دردهای زایمانی را راحت تر کنترل و تحمل نماید. برخی از این روش ها که در هر مرحله زایمانی میتوان بکار بست عبارتند از:

مرحله اول (شروع دردهای زایمانی)

این مرحله از زمان شروع دردهای زایمانی تا باز شدن کامل دهانه رحم میباشد که خود سه مرحله دارد.

مرحله ابتدایی: در این مرحله مادر کمی از درد شاکی است. اقداماتی که میتوانید در این مرحله انجام دهید شامل موارد زیر میباشد:

- شما میتوانید در خانه چرخه بنزید، برای قدم زدن بیرون روید، یک فیلم تماشا کنید، یک حمام گرم بگیرید.
- چرت بنزید یا استراحت کنید. تنقلات میل کنید؛ خوراکی های غنی از کربوهیدرات بهترین انتخاب هستند.
- اگر انقباضات دردناک است، از این تکنیک ها جهت کاهش درد استفاده نمایید: ماساژ شکم، پاها و کمر، تکنیک های تنفس آگاهانه، حرکات کششی تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت، گرم یا سرد کردن بدن با حوله گرم یا تکه های یخ، دوش آب گرم، موسیقی درمانی

مرحله فعال: در این مرحله درد شدیدتر میشود. اقداماتی که میتوانید در این مرحله انجام دهید شامل موارد زیر میباشد:

- در این مرحله به بیمارستان یا زایشگاه بروید.
- اگر در خانه زایمان میکنید به مامای خود اطلاع دهید.
- انقباضات پشت سر هم می آیند، وضعیت های مختلف را امتحان کنید تا ببینید در چه وضعیتی احساس راحتی بیشتری میکنید.
- تمرین تنفس آگاهانه و تکنیکهای آرامش بخش، ماساژ شکم، پاها و کمر، فشار مخالف، تصویر سازی و تجسم مثبت، گرم یا سرد کردن بدن با حوله گرم یا تکه های یخ ، دوش آب گرم، موسیقی درمانی و رایحه درمانی در این مواقع مفیدند.
- قدم زدن، ماساژ و حتی گریه کردن کمک میکند که اضطراب عاطفی از بین رفته و جریان زایمان سریع تر شود.
- اگر کیسه اب پاره نشده باشد، ماما با پاره کردن کیسه آب، مرحله زایمان را سرعت میبخشد.
- پزشک و یا ماما از مسکن ها و بی حسی های نخاعی هم میتوانند استفاده کنید.

فاز انتقالی یا مرحله گذر: این مرحله معمولا دوره سختی از مراحل زایمانی است. اقداماتی که میتوانید در این مرحله انجام دهید شامل موارد

زیر میباشد:

- وضعیت راحتی را برای خود انتخاب کنید.
- در فواصل انقباضات آرام باشید.
- تنفس خود را منظم کنید، از بینی نفس بکشید و از دهان بیرون دهید.
- تکنیکهای آرامش بخش، ماساژ شکم، پاها و کمر، کششی تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت، گرم یا سرد کردن بدن با حوله گرم یا تکه های یخ، دوش آب گرم، موسیقی درمانی و رایحه درمانی در این مواقع مفیدند.
- اشکالی ندارد اگر بخواهید برای تحمل بهتر درد فریاد بزنید

مرحله دوم یا تولد نوزاد

در این مرحله رحم نوزاد را به بیرون می راند تا از کانال زایمانی به دنیای بیرون بیاید. در این هنگام همراه انقباضات، شما سر نوزاد را بین پاهای خود حس میکنید. اقداماتی که میتوانید در این مرحله انجام دهید شامل موارد زیر میباشد:

- به بدن خود توجه کنید. وقتی قدرت دارید زور بزنید.
- سعی کنید هنگام فشار آوردن نفس خود را حبس نکنید.
- در هر انقباض چندین بار زور بزنید.
- اگر خیلی خسته شده اید، به پهلوی چپ بخوابید.
- اگر بی حسی نخاعی دارید، ماما به شما میگوید که چه زمانی زور بزنید. احتمالا وی توصیه خواهد کرد تا زمان دیده شدن سر نوزاد زور نزنید.

مرحله سوم یا خروج جفت

شروع این مرحله از زمانی است که نوزاد بطور کامل بیرون آمده است. خروج کامل جفت و ضامم بیش از ۵ تا ۱۰ دقیقه طول میکشد. اقداماتی که میتوانید در این مرحله انجام دهید شامل موارد زیر میباشد:

- شما احتمالا این مرحله را حس نمیکنید چون تمام توجه شما به نوزاد معطوف است.
- در این هنگام شما یا بسیار ضعف داشته و یا بسیار هیجان زده هستید.
- بعضی از مادران به علت زایمان طولانی و دردناک قادر به توجه کافی به نوزاد نیستند.
- بیشتر خانمها در این مرحله نیاز به استراحت و تغذیه مناسب دارند.

تمرین های تنفسی: تنفس به صورت شکمی، دم و بازدم آرام و طولانی و آگاهانه و به تعداد ۹-۶ تنفس در دقیقه انجام شود.

تن آرامی: تن آرامی به صورت شل و رهاسازی عضلات از سر تا پا و توجه به دم و بازدم است.

ماساژ و تمرین کششی: این تمرینات نه تنها باعث توانایی ذهن میشود بلکه به همراه تن آرامی و مهارت های تنفسی، موجب برقراری هماهنگی قوای جسمی، ذهنی و روانی میگردد. این مهارت ها در کلاس های آمادگی برای زایمان به طور عملی آموزش داده میشود. ماساژ شکم با نوک انگشتان و در ناحیه زیر شکم از یک طرف به طرف دیگر انجام شود. ماساژ پاها با دو دست و در ناحیه ران و کف پاها و ماساژ کمر با دو دست و چرخشی انجام گردد.

قرار گرفتن در وضعیت های مختلف در زمان درد: تغییر وضعیت موجب رفع خستگی، راحتی بیشتر و گردش خون بهتر میشود. شما میتوانید به دلخواه خود، هر حالتی که راحت تر هستید مانند: نشسته، ایستاده، خوابیده، دراز کشیده و یا راه رفتن را انتخاب کنید. آزادی د انتخاب وضعیت موجب میشود تا توانایی شما برای تحمل زایمان افزایش یابد و احساس رضایت و خشنودی کنید.

فشار مخالف: در این روش فشاری مداوم و قوی با مشت، پاشنه دست و یا شیئی سخت بر پائین کمر وارد میشود. این فشار کمک میکند تا احساس فشار داخلی و درد در پائین کمر راحت تر تحمل شود. سایر مناطقی که فشار روی آنها میتواند اثر آرام بخشی زیادی داشته باشد شامل: لگن، ران ها، پاها، شانه ها و دست ها میباشد. این فشار در مرحله اول شروع درد زایمان اثر تسکین بخش دارد.

تمرکز، تجسم خلاق و انحراف فکر: با متمرکز کردن حواس و فکر خود به شرایطی غیر از شرایط زایمانی مانند دعا کردن، نگاه کردن به یک عکس، به یاد آوردن خاطرات خوب، راه رفتن، تماشای تلویزیون، شنیدن، لمس کردن و انجام صحیح تمرین های تنفسی، میتوانید به کاهش درد کمک کنید، در واقع این روش پرورش دادن تخیل، تجسم و مثبت گرایی در ذهن است. از این طریق میتوانید در حین انقباضات رحمی، به یک تمرکز درونی برسید، در نتیجه احساس درد از طریق انحراف و تمرکز به حداقل برسد.

آوا یا موسیقی: شنیدن موسیقی دلخواه یا آوای قرآن میتواند در هنگام انقباض و درد شرایط مطلوبی ایجاد کند. این روش موجب تن آرامی و کاهش احساس درد میگردد. در صورتی که صداهای اضافی در بخش وجود دارد که موجب ناراحتی شما میشود میتوانید با گوشی به موسیقی مورد علاقه خود گوش دهید.

رایحه درمانی: استنشاق بوی گل سرخ و بهار نارنج و ... با استفاده از دستگاه بخور و اسپری موثر است.

گرمای سطحی: تاثیر این روش در کاهش درد با استفاده از اشیاء گرم مانند بطری آب گرم، حوله مرطوب و گرم و آغشته کردن قسمت های تحتانی بدن مانند شکم، کشاله ران، میاندوراه و کمر با ژل های گرم کننده، کشیدن پتوی گرم بر روی تمام بدن و دوش گرفتن با آب گرم امکان پذیر است. گرما باعث افزایش جریان خون در منطقه دردناک میشود. استعمال گرما در کاهش درد ناشی از خستگی نیز موثر است.

سرما سطحی: در این روش استفاده از کیسه آب یخ، تکه های یخ و حوله خیس شده با آب سرد بر روی کمر، میان دوراه و مقعد توصیه میشود. به خصوص اگر احساس گرما میکنید، استفاده از لباس های خنک و پارچه مرطوب در پیشانی، پشت گردن و بالای سینه میتواند موثر باشد. حرارت از طریق کم کردن درجه حرارت عضله و کاهش گرفتگی آن باعث کاهش درد میشود.

ماما بلافاصله بعد از زایمان طبیعی موارد زیر را به بیمار آموزش می دهد:

ساعت اول پس از زایمان مهمترین و خطرناکترین زمان برای مادر میباشد. کنترل میزان خونریزی و علائم حیاتی مادر شامل فشار خون، دمای بدن، نبض و تنفس اهمیت زیادی دارد. ارائه این مراقبت ها برعهده پزشک یا ماما میباشد.

خونریزی بعد از زایمان

خونریزی بعد زایمان امری طبیعی است. خانمها اغلب در حدود ۵/۰ لیتر خون در حین زایمان طبیعی از دست میدهند که این مقدار در زایمان سزارین به دو برابر میرسد. چنانچه خونریزی از این مقادیر افزایش پیدا کند مشکل غیرطبیعی و خطرناک است و باید به پرستاران بخش اطلاع دهید تا بتوانند اقدامات مناسب مانند ماساژ قله رحم و تزریق خون در صورت نیاز و ... را به سرعت انجام دهند.

دردهای پس از زایمان

- بلافاصله پس از زایمان، رحم شروع به کوچک شدن میکند ، به طوری که در عرض ۲ هفته به داخل حفره لگن بر می گردد. اندازه رحم پس از ۴ تا ۶ هفته تقریباً برابر اندازه زمان قبل از بارداری است. به علت انقباض رحم برای خروج لخته های خون باقی مانده، گاهی در روزهای اول پس از زایمان، دردهایی شبیه درد قاعدگی وجود دارد که به پس درد معروف است. این درد با شیردهی بیشتر میشود که علت آن وجود هورمونی است که در شیردهی ترشح شده و باعث انقباض رحم میگردد . با گرم نگه داشتن، شل کردن عضلات، تنفس عمیق و مصرف مسکن با نظر پزشک، میتوان درد را کاهش داد. معمولاً" در روز سوم از شدت دردها کاسته میشود .
- اگر درد شدید و مداوم شده همراه با تب یا خونریزی باشد سریعاً باید به پزشک مراجعه شود.

دفع ادرار

- ✓ دفع ادرار تا ۴ ساعت بعد از زایمان ضروری میباشد. اقدامات زیر را در زمان عدم دفع ادرار بکار ببندید:
- ✓ اگر در چند ساعت اول بعد از زایمان استفاده از دستشویی سخت است میتوان از لگن یک بار مصرف و مخصوص خود استفاده کنید.
- ✓ باز کردن شیر آب دستشویی و یا ریختن آب گرم روی مجرای ادرار و گذاشتن کیسه آبگرم بروی شکم میتواند به دفع ادرار کمک کند.
- ✓ گاهی ممکن است به علت بخیه ها در هنگام ادرار کردن احساس درد کنید که به تدریج بهبود مییابد.
- ✓ اگر ادرار نکردید توسط ماما از نظر جمع شدن خون در ناحیه دستگاه تناسلی معاینه میشوید و سوند گذاری انجام میشود. این سوند یک روز بعد از زایمان و برطرف شدن مشکل خارج خواهد شد.
- ✓ اگر افزایش دفع ادرار بعد از زایمان، تکرر ادرار، درد و سوزش و دفع خون در ادرار وجود داشت نگران نباشد به پزشک یا پرستار خود اطلاع دهید.

یبوست و پیشگیری از یبوست:

اغلب خانمها در روزهای اول بعد از زایمان معمولاً" دچار یبوست میشوند. به محض شروع فعالیت روزانه این حالت از بین میرود.

- رژیم غذایی مناسب و مصرف مواد غذایی دارای فیبر مثل سبزیجات و میوه به رفع یبوست کمک میکند.
- روزانه ۳ لیتر مایعات مصرف کنید.
- بعد از زایمان هر چه سریع تر راه بروید. حدود ۶ ساعت بعد از زایمان حرکت خود را آغاز میکنید.
- از آنجا که طی زایمان مادر چیزی نمیخورد و احتمالاً" در ابتدای زایمان روده ها تخلیه میشود، در ۱-۲ روز اول بعد از زایمان ممکن است فعالیت روده ای نداشته باشید. توصیه میشود در صورت نبود احساس دفع، از زور زدن خودداری کنید.
- ممکن است در روز دوم بعد از زایمان یک ملین ضعیف به شما داده شود. اگر موثر نبود، صبح روز سوم نیز شیاف ملین داده میشود

- علاوه بر خواب و استراحت شبانه کافی در طی روز هم استراحت کنید.
- بهترین وضعیت استراحت خوابیده به شکم است که به تخلیه رحم و مهبل کمک میکند.
- اگر با وجود خواب کافی باز هم احساس خستگی دارید، ممکن است نشان دهنده شروع افسردگی باشد. در مورد احساسات خود با خانواده و همسر صحبت کنید.
- فراهم کردن محیط آرام و راحت و کم کردن دید و بازدیدها در این روزها ضروری است. از کار و فعالیت خسته کننده پرهیز کنید.
- حداقل دوبار در روز هر بار به مدت نیمساعت، به پشت و در یک سطح صاف دراز بکشید.

مراقبت از نوک پستان

- ✓ بعد از زایمان تغذیه نوزاد با شیر مادر بسیار اهمیت دارد. زیرا شیر مادر علاوه بر مزایای مختلف، احتیاجات تغذیه ای نوزاد را در ۴ تا ۶ ماه اول زندگی برطرف میکند.
- ✓ نوک پستان را کاملاً تمیز نگه دارید. شستن نوک پستان در هر بار تغذیه نوزاد و همچنین استفاده از صابون توصیه نمی شود، فقط کافی است پستان های خود را یکبار در روز شسته و اجازه دهید، تا در معرض هوا خشک شود.
- ✓ گاهی به دلیل وضعیت نادرست شیردهی نوک پستان زخم میشود میتوانید برای کمک به بهبود زخم یا شقاق نوک پستان، بعد از تغذیه نوزاد یک قطره از شیر خود را روی نوک و هاله پستان قرار دهید.
- ✓ استفاده از صابون، کرم ها و محلول های دارویی و شستشوی زیاد پستان توصیه نمیشود زیرا احتمال آسیب را بیشتر میکند.
- ✓ جهت تخلیه شیر از پستان که باعث دردناک شدن آن میشود از مکیدن شیرخوار استفاده کنید. بدین منظور مادر باید ابتدا با یک حوله تمیز و گرم پستان خود را کمپرس کند یا دوش آبگرم بگیرد و پس از ماساژ ملایم پستان، نوزاد خود را تغذیه نماید.
- ✓ اگر نوزاد قادر به مکیدن نباشد میتوانید شیر خود را دوشیده و با فنجان و قاشق به شیرخوار بخورانید.
- ✓ قبل از شروع شیردهی سینه هایتان را به آرامی به مدت پنج دقیقه ماساژ دهید.

مراقبت از بخیه های مهبل

- ✓ مهبل را از جلو به عقب تمیز کنید.
- ✓ در چند ساعت اول بعد از زایمان در صورت وجود بخیه کیسه یخ روی پرینه بگذارید.
- ✓ ۲۴ ساعت بعد از زایمان از حرارت مرطوب با وان آب گرم برای کاهش ناراحتی میتوان استفاده کنید.
- ✓ محل بخیه ها تا هفته سوم بهبود مییابد.

تغذیه

- ✓ ۲ ساعت بعد از زایمان طبیعی میتوانید غذا بخورید.
- ✓ مصرف میوه و سبزی خام در روزهای اول بعد از زایمان باعث نفخ میشود.
- ✓ از آهن تکمیلی و مولتی ویتامین تا ۳ ماه بعد از زایمان استفاده کنید. مصرف کافئین را به حداقل برسانید.
- ✓ روزانه ۳ لیتر مایعات مصرف کنید. قبل از شیردهی بهتر است نوشیدن مایعات صورت گیرد.
- ✓ مصرف غذاهای حاوی پروتئین، کلسیم و ویتامین را افزایش دهید. آب، آبمیوه، چای و شیر مصرف کنید. مصرف غذاهای چرب و شیرین را کاهش دهید و از مصرف الکل و سیگار خودداری کنید.

۱. تغذیه با شیرمادر بلافاصله بعد از تولد و تماس پوست با پوست انجام شود
۲. وضعیت صحیح بغل گرفتن شیرخوار آموزش داده شود.
۳. علایم و نشانه های خوب پستان گرفتن و خوب مکیدن شیرخوار آموزش داده شود.
۴. آغوز و اهمیت آن آموزش داده شود
۵. شیر پسین و شیر پیشین آموزش داده شود
۶. تعداد دفعات دفع ادرار و مدفوع آموزش داده شود
۷. در مورد ساعات خواب نوزاد آموزش داده شود
۸. نحوه دوشیدن شیر بادست و نحوه استفاده از شیردوش برقی آموزش داده شود
۹. نحوه نگهداری شیر دوشیده آموزش داده شود
۱۰. نحوه خوراندن شیر دوشیده شده و وسایل مورد نیاز آموزش داده شود
۱۱. چند بار در شبانه روز باید شیر خود را بدوشد تا تداوم شیردهی داشته باشد آموزش داده شود.
۱۲. خطرات تغذیه مصنوعی و گول زنک آموزش داده شود
۱۳. شیردهی از هر دو پستان را به تناوب آموزش داده شود
۱۴. راههای تشخیص کافی بودن شیر مادر آموزش داده شود
۱۵. علایم دیر رس وزودرس گرسنگی شیرخوار و پاسخ سریع مادر به آن آموزش داده شود
۱۶. تغذیه بر حسب میل و تقاضای شیرخوار آموزش داده شود
۱۷. اهمیت تغذیه نحصاری با شیر مادر و خطرات شیر خشک آموزش داده شود
۱۸. علایم خطر نوزادی و در مورد زردی نوزاد آموزش داده شود.
۱۹. نحوه ی مراقبت از بند ناف آموزش داده شود.
۲۰. زمان مراجعه بعدی به مراکز بهداشت در صورت بروز مشکل شیردهی آموزش داده شود
۲۱. در مورد محل و زمان انجام تستهای شنوایی سنجی و غربالگری تیروئید آموزش داده شود
۲۲. فیلم آموزشی نسلی سالم با شیر مادر پخش شده و کتابچه آموزشی تحویل داده شده است
۲۳. نکات بهداشتی نوزاد(زمان و نحوه استحمام، تعویض پوشک ، ...) آموزش داده شود
۲۴. دمای مناسب اتاق نوزاد آموزش داده شود
۲۵. در مورد زمان واکسیناسیون نوزاد و مراجعه به مراکز بهداشت آموزش داده شود
۲۶. تکمیل فرم مشاهده شیردهی بر بالین بیمار انجام شود.

ویار بارداری ، استفراغ شدید بارداری (هیپرآمیز):

نیازها و اولویتهای آموزشی بیماران ویار حاملگی
آموزش رژیم غذایی
میزان فعالیت وانجام ورزشهای کششی بعد از غذا
تنظیم برنامه خواب
توجه به پر و خالی بودن معده و پوزیشن بعد از غذا
داروهای مصرفی و میزان و مدت و عوارض آن
علامیم هشدار بیماری
زمان مراجعه بعدی به پزشک معالج
آموزش به همراهی در خصوص حمایت روحی روانی
آموزش رژیم غذایی
میزان فعالیت وانجام ورزشهای کششی بعد از غذا

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
اختلال در تعادل مایعات و الکترولیتها مرتبط با استفراغ مکرر و شدید و دریافت ناکافی مایعات	بیمار علائم کم آبی (خشکی دهان، کاهش تورگور ، الیگوری) را نشان ندهد. خروجی ادرار ≤ 30 میلی لیتر در ساعت. الکترولیت های سرم (پتاسیم، سدیم، کلراید) در محدوده نرمال.	۱. هر ۸-۴ ساعت علائم حیاتی (تاکی کاردی، هیپوتانسیون) و علائم کم آبی را ارزیابی کنید . ۲. ورودی و خروجی مایعات (I/O) را به دقت ثبت کنید. ۳. در صورت تجویز، مایعات وریدی (نرمال سالین یا رینگر لاکتات همراه با الکترولیت ها و ویتامین ها) را شروع کنید . ۴. از وجود کتون در ادرار آگاه باشید (نشان دهنده استفاده از ذخایر چربی مادر به دلیل کالری ناکافی) . ۵. قوام پوست و تورگور را بررسی کنید . آموزش به بیمار: نوشیدن مایعات به میزان کم و مکرر: هر چند دقیقه یک جرعه کوچک آب، آب میوه رقیق شده یا نوشیدنی های الکترولیتی بنوشید. نوشیدن مایعات سرد (به جای گرم یا دمای اتاق) ممکن است بهتر تحمل شود . شناسایی علائم کم آبی: خشکی دهان، کاهش تعداد دفعات ادرار، ادرار تیره رنگ، سرگیجه. در صورت مشاهده فوراً به پزشک مراجعه کنید.	در ۲۴ ساعت اول: علائم کم آبی کاهش یافته، خروجی ادرار ≤ 30 میلی لیتر در ساعت، بیمار قادر به تحمل مقادیر کم مایعات خوراکی است.

بیمار حداقل ۵۰٪ از وعده‌های غذایی تجویز شده را تحمل می‌کند و وزن پایدار یا افزایش وزن تدریجی دارد.	مداخلات پرستاری: ۱. وزن بیمار را روزانه در زمان مشخص ثبت کنید. ۲. رژیم غذایی کوچک و مکرر (۸-۶ وعده در روز) با کربوهیدرات کم، پروتئین بالا و چربی کم تجویز کنید. ۳. غذاهای سرد یا در دمای اتاق (نه گرم) سرو کنید تا بوهای محرک کاهش یابد. ۴. در صورت تحمل، مصرف بیسکویت ساده یا کراکر را صبح‌ها قبل از بلند شدن از رختخواب توصیه کنید. ۵. در موارد شدید، تغذیه وریدی (TPN) را طبق دستور پزشک هماهنگ کنید. آموزش به بیمار: وعده‌های غذایی کوچک و مکرر: معده خالی تهوع را تشدید می‌کند. هر ۲-۳ ساعت یک وعده کوچک بخورید. انتخاب مواد غذایی مناسب: غذاهای ملایم و کم ادویه (برنج، موز، سوپ ساده، نان تست). از غذاهای چرب، سرخ شده و تند پرهیز کنید. زمان مصرف مایعات: مایعات را بین وعده‌های غذایی بنوشید، نه همراه با غذا. مصرف صبحگاهی: قبل از بلند شدن از رختخواب، چند عدد بیسکویت یا کراکر خشک بخورید.	بیمار کاهش وزن اضافی نداشته باشد (کاهش بیش از ۵٪ وزن قبل از بارداری نشانه شدت بیماری است). بیمار حداقل ۱۵۰۰-۱۰۰۰ کالری در روز از طریق خوراکی یا وریدی دریافت کند. سطح آلبومین و پروتئین سرم در محدوده نرمال.	عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیازهای بدن مرتبط با تهوع و استفراغ شدید، بی‌زاری از غذا و دریافت ناکافی کالری.
طی ۴۸-۲۴ ساعت، تعداد دفعات استفراغ به میزان ۵۰٪ کاهش یافته و بیمار گزارش می‌دهد که قادر به انجام فعالیت‌های سبک است.	مداخلات پرستاری: ۱. شدت تهوع و دفعات استفراغ را هر ۴ ساعت با مقیاس معتبر مانند PUQE ثبت کنید. ۲. داروهای ضد استفراغ تجویز شده را در زمان مناسب (اغلب ۳۰-۶۰ دقیقه قبل از غذا) تجویز کنید. ۳. محیطی آرام، خنک و با تهویه مناسب ایجاد کنید. محرک‌های بویایی (عطر، غذاهای گرم، مواد شوینده) را حذف کنید. ۴. از روش‌های مکمل: طب فشاری در نقطه P6 (مچ دست - سه انگشت زیر مچ) استفاده کنید. ۵. تشویق به استراحت کافی (خستگی تهوع را بدتر می‌کند). آموزش به بیمار: شناسایی و اجتناب از محرک‌ها: بوهای تند (عطر، غذاهای داغ، دود سیگار)، گرما، سروصدا، حرکات ناگهانی. طب فشاری در منزل: نقطه P6 را در مچ دست پیدا کنید و در زمان تهوع به آرامی فشار دهید.	شدت تهوع کاهش یابد. تعداد دفعات استفراغ در ۲۴ ساعت به کمتر از ۳ بار برسد. بیمار قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد.	تهوع مرتبط با تغییرات هورمونی تأخیر در تخلیه معده، و افزایش حساسیت بویایی.

	استراحت کافی: در صورت نیاز در طول روز چرت بزنید. زمان مصرف دارو: داروهای ضد استفراغ را منظم و قبل از شدید شدن تهوع مصرف کنید.		
بیمار گزارش می دهد که می تواند حداقل ۱۰-۵ دقیقه در بخش راه برود و به طور مستقل به توالت مراجعه کند.	مداخلات پرستاری: ۱. سطح خستگی بیمار را روزانه با مقیاس ۰-۱۰ ارزیابی کنید. ۲. انجام فعالیت ها را در زمان هایی که تهوع کمتر است (اغلب صبح زود یا عصر) برنامه ریزی کنید. ۳. استراحت منظم بین فعالیت ها را تشویق کنید. ۴. بر بهبود وضعیت تغذیه و هیدراتاسیون برای افزایش سطح انرژی تمرکز کنید. آموزش به بیمار: مدیریت انرژی: فعالیت های ضروری را در زمان های پرانرژی انجام دهید و بقیه زمان را استراحت کنید. خواب شبانه: از خوردن وعده های سنگین نزدیک به زمان خواب خودداری کنید. در صورت نیاز، بالش را بالا ببرید تا رفلاکس کاهش یابد. درخواست کمک: از خانواده و همسر برای انجام کارهای منزل کمک بگیرید.	• بیمار گزارش دهد که سطح انرژی روزانه بهبود یافته است. • بیمار قادر به انجام مراقبت از خود (شستشو، راه رفتن در بخش) بدون خستگی مفرط باشد.	خستگی مرتبط با کاهش کالری دریافتی، اختلالات الکترولیتی، بی خوابی ناشی از تهوع شبانه و استرس روانی.
قبل از ترخیص، بیمار قادر است اطلاعات کلیدی در مورد ایمنی درمان را تکرار کند و سطح اضطراب کاهش یافته است.	مداخلات پرستاری: ۱. به نگرانی های بیمار در مورد تأثیر بیماری بر جنین گوش دهید و پاسخ های مبتنی بر شواهد ارائه دهید. ۲. آموزش دهید که در اکثر موارد، NVP با درمان مناسب عواقب جدی برای جنین ندارد. ۳. بیمار را از خدمات حمایتی (گروه های پشتیبانی آنلاین، مشاوره) آگاه کنید. ۴. تشویق به حضور همراه در بخش در صورت تمایل. ۵. تکنیک های تنفس عمیق و آرام سازی را آموزش دهید. آموزش به بیمار: آرامش خاطر: بدانید که اکثر زنان با تهوع بارداری، نوزادان سالمی به دنیا می آورند. درمان به موقع از عوارض جلوگیری می کند. تکنیک های آرام سازی: تنفس عمیق دیافراگمی را تمرین کنید (دم ۴ ثانیه، حبس ۴ ثانیه، بازدم ۴ ثانیه).	• بیمار سطح اضطراب کاهش یافته (مقیاس ۰-۱۰ ≥ 4) نشان دهد. • بیمار اطلاعات دقیقی در مورد ماهیت خوش خیم بیماری در اکثر موارد دریافت کند. • بیمار تکنیک های کاهش استرس را به کار گیرد.	اضطراب مرتبط با نگرانی در مورد تأثیر بیماری بر سلامت جنین، ترس از استفراغ در مکان های عمومی و عدم آگاهی از پیش آگهی بیماری.
بیمار صبح روز بعد گزارش می دهد که خواب بهتری نسبت به شب قبل داشته است.	مداخلات پرستاری: ۱. محیط خواب بیمار (نور، سر و صدا، دما) را برای خواب مطلوب تنظیم کنید. ۲. وعده غذایی آخر شب را سبک و حداقل ۲ ساعت قبل از خواب	• بیمار گزارش دهد که حداقل ۶ ساعت خواب بدون وقفه در شب داشته است.	اختلال الگوی خواب مرتبط با تهوع و استفراغ شبانه، سوزش سر دل (GERD) و اضطراب.

	تجویز کنید. ۳. در صورت وجود رفلاکس، بالا نگه داشتن سر تخت (۳۰ درجه) را توصیه کنید. آموزش به بیمار: قبل از خواب: از خوردن وعده‌های سنگین و پرچرب خودداری کنید. یک میان وعده کوچک مانند کراکر یا موز مجاز است. بالا نگه داشتن سر: از بالش‌های اضافی برای بالا نگه داشتن سر و شانه‌ها استفاده کنید. در صورت بیداری با تهوع: یک جرعه آب خنک بنوشید، به پهلوی چپ بخوابید و تنفس عمیق انجام دهید.	• بیمار تکنیک‌های بهبود خواب را نشان دهد.	
در زمان ترخیص: - بیمار قادر به تحمل مایعات خوراکی و حداقل ۳ وعده کوچک غذایی است. - بیمار برنامه دارویی و علائم هشدار را به درستی تکرار می‌کند. - بیمار برگه آموزش ترخیص را دریافت کرده و برنامه پیگیری را می‌داند.	مداخلات پرستاری: ۱. اطمینان حاصل کنید که بیمار قادر به تحمل مایعات و غذای کافی به صورت خوراکی است. ۲. برنامه دارویی دقیق با دوز و زمان مصرف به بیمار آموزش داده شود. ۳. با تیم پزشکی برای تنظیم پیگیری سرپایی هماهنگ کنید. ۴. برگه آموزش ترخیص با علائم هشدار تهیه کنید. آموزش جامع ترخیص به بیمار: ۱. ادامه اقدامات غیردارویی در منزل: - وعده‌های غذایی کوچک و مکرر (۶-۸ وعده): هرگز معده را کاملاً خالی یا کاملاً پر نکنید. - مصرف صبحگاهی: قبل از بلند شدن از رختخواب، چند عدد بیسکویت خشک یا کراکر بخورید. - مایعات کافی: در طول روز مایعات کم و مکرر بنوشید (آب، آب میوه رقیق، دمنوش‌های گیاهی مجاز مانند زنجبیل). از نوشیدنی‌های شیرین و گازدار خودداری کنید. - پرهیز از محرک‌ها: بوهای تند، گرما، غذای چرب و پرادویه. - طب فشاری: در صورت عود تهوع، نقطه P6 را فشار دهید. ۲. مصرف صحیح داروهای ضد استفراغ: - نحوه مصرف: دارو را منظم و پیش از شدید شدن تهوع مصرف کنید. در صورت تجویز "در صورت نیاز"، در اولین احساس تهوع مصرف شود. - عوارض جانبی: خواب آلودگی (از رانندگی خودداری کنید)، خشکی دهان. در صورت بروز علائم عصبی با متروکلپرامید (اسپاسم عضلات، بی‌قراری) فوراً به پزشک مراجعه کنید.	• بیمار قبل از ترخیص، برنامه دارویی و رژیم خود را به درستی تکرار کند. • بیمار علائم هشدار نیاز به بازگشت به بیمارستان را بشناسد. • بیمار برنامه پیگیری سرپایی داشته باشد.	آمادگی برای ترخیص و خودمراقبتی مرتبط با نیاز به ادامه درمان و مدیریت علائم در منزل.

	۳. علائم هشدار که نیاز به بازگشت فوری به بیمارستان دارند: - ناتوانی در تحمل هرگونه مایعات به مدت ۲۴ ساعت - کاهش وزن بیش از ۵٪ وزن قبل از بارداری - عدم دفع ادرار برای بیش از ۸ ساعت یا ادرار بسیار تیره - درد شدید شکم، تب، سردرد شدید یا اختلالات بینایی (نشانه‌های احتمالی علت دیگر) - خلط خونی یا استفراغ خونی - علائم ترومبوز (تورم و درد یک طرفه ساق پا، تنگی نفس) ۴. پیگیری‌های بعدی: - اولین ویزیت سرپایی طی ۷-۳ روز پس از ترخیص. - در بارداری‌های بعدی، درمان را زودتر شروع کنید تا از شدت علائم کاسته شود.		
--	---	--	--

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار هایپرآمیز طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

تعریف: تهوع و استفراغ بارداری (**Nausea and Vomiting of Pregnancy - NVP**) یک وضعیت شایع است که حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد زنان باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این علائم معمولاً بین هفته‌های چهارم تا هفتم بارداری شروع می‌شود، بین هفته‌های نهم تا شانزدهم به اوج می‌رسد و تا هفته شانزدهم تا بیستم برطرف می‌شود.

هایپرآمیزیس گرویداروم (Hyperemesis Gravidarum - HG): شدیدترین طیف این بیماری است که با تهوع و استفراغ غیرقابل کنترل همراه با ناتوانی در خوردن و آشامیدن طبیعی، کاهش وزن، کم آبی و اختلالات الکترولیتی مشخص می‌شود.

عوامل خطر: افزایش توده جفتی (بارداری مولار، چندقلویی)، بارداری اول، سابقه قبلی HG، سابقه خانوادگی، چاقی.

عوارض احتمالی: کاهش وزن، اختلالات الکترولیتی، آسیب حاد کلیه، کمبودهای تغذیه‌ای و ویتامینی، GERD، ترومبوآمبولی وریدی، تأثیرات روانی-اجتماعی. عوارض جنینی شامل زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و کوچکی برای سن بارداری است.

درمان بستری: مایعات وریدی، اصلاح الکترولیت‌ها، تغذیه وریدی، کورتیکواستروئیدها در موارد مقاوم

درمان در زمان بستری

۱. در موارد شدید بیماری احتمال بستری در بیمارستان جهت جبران مایعات و الکترولیت‌های از دست رفته ضروری می‌باشد و اگر مادر باردار تحمل نوشیدن مایعات را نداشته باشد، تزریق سرم ضروری خواهد بود.
۲. گاهی تزریق ویتامین و داروهای ضد استفراغ داخل رگ انجام می‌شود.

رژیم غذایی و تغذیه در بستری

✓ اگر نیاز به تزریق سرم داشته باشید، پس از مدتی پزشک به ترتیب مایعات شفاف و رقیق، رژیم کامل مایعات، و سپس رژیم عادی در وعده‌های کوچک را برای شما شروع خواهد کرد.

- ✓ اگر غذای بیمارستان موجب بدتر شدن حال عمومی شما میشود بهتر است از خانه غذا آورده شود.
- ✓ در مورد مصرف غذاهای مجاز که موجب بهتر شدن حال شما میشود با مشاور تغذیه مرکز صحبت نمایید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ استراحت در رختخواب ممکن است برای بعضی از بیماران مفید باشد.
- ✓ جهت خارج شدن از تخت ابتدا بنشینید، سپس پاهای خود را از لبه تخت آویزان کنید. در صورت نداشتن سرگیجه و تاری دید و ... از تخت خارج شوید. دقت کنید حتما پرستار بخش را در زمان خارج شدن از تخت مطلع فرمایید تا در کنار شما باشد.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ از دستکاری سرم ها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- ✓ داروها طبق تجویز پزشک و در فواصل مشخص توسط پرستار به شما داده خواهد شد.
- ✓ آزمایشات خونی که از شما گرفته میشود جهت تشخیص بیماری های کبدی و لوزالمعده و ... میباشد.
- ✓ از مصرف خودسرانه دارو بدون اجازه پزشک خودداری نمایید.
- ✓ در صورتی که قبل از بارداری مجبور به مصرف برخی داروها بودید و هم اکنون نیز به مصرف آن نیاز دارید با پزشک خود مطرح نمایید.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار هایپرامریز طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

فعالیت در منزل:

- ✓ استراحت در رختخواب ممکن است برای بعضی از بیماران مفید باشد. پس از بهبودی، کارهای روزمره خود را تدریجاً و هر قدر که توانتان اجازه میدهد از سر گیرید.
- ✓ به مقدار متوسط کار و ورزش کنید. به مقدار کافی استراحت کنید.
- ✓ فعالیت های سبک و ورزش های سبک همچون پیاده روی در محیط بیرون به کاهش حالت تهوع و استفراغ کمک کننده است

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- ✓ اگر صبحها احساس تهوع میکنید، قبل از برخاستن از رختخواب از غذای خشک حاوی کربوهیدرات مانند نان سوخاری یا شیرینی خشک و بیسکوئیت استفاده کنید. و عده های غذایی بهتر است کم حجم و با تعداد زیادت باشد.
- ✓ غذاهای سرخ کردنی و چرب و نفاخ یا پر ادویه نخورید؛ این نوع غذاها باعث افزایش حالت تهوع میشوند.
- ✓ مصرف محصولات، خصوصاً کره، شیر و پنیر را محدود کنید. قبل از خواب یک ماده غذایی پر پروتئین مثل پنیر بخورید.
- ✓ از بوئیدن و یا خوردن غذاهای محرک و تهوع آور اجتناب کنید. تا ۳۰ دقیقه بعد از مصرف غذا نوشیدنی مصرف نکنید.
- ✓ نوشیدن چای گیاهی بدون کافئین گاهی اوقات مفید است. مصرف غذاهای شیرین را کاهش دهید.
- ✓ به جای کره در صبحانه مربا یا عسل بخورد زیرا مواد چرب خصوصاً صبحانه حالت تهوع را بیشتر می کند.
- ✓ از گرسنگی و خالی بودن معده جلوگیری کنید زیرا خود باعث تهوع می شود.
- ✓ از خوردن بعضی سبزیجات مثل کلم و اسفناج پرهیز کنید.
- ✓ یکباره حجم زیادی مایع مصرف نکنید زیرا معده به این ترتیب پر شده و اشتهایتان برای خوردن غذا کم میشود. یک روش خوب این است که یک نوشیدنی را در طول روز جرعه جرعه بنوشید. مصرف شکلات، چای و قهوه به دلیل داشتن کافئین را قبل از خواب کاهش دهید.

چند توصیه جهت کاهش تهوع و استفراغ حاملگی

- تغییر وضعیت ناگهانی ایجاد تهوع می کند. وضعیت خود را از نشسته به ایستاده و خوابیده آهسته تغییر دهید. در ساعات اولیه خارج شدن از بستر، از انجام حرکات شدید پرهیز کنید.
- بلافاصله بعد از مصرف غذا مسواک نکنید زیرا باعث تحریک حالت تهوع می شود.
- از اضطراب و آشفتگی دوری کنید زیرا باعث اختلال دستگاه گوارش و در نتیجه تهوع می شود.
- تماشای تلویزیون و یا رفتن به منزل یکی از دوستان یا بستگان راه خوبی برای مقابله با استرس بوده و حواس شما را از حالت تهوع پرت میکند.
- به محض احساس اولین نشانه های تهوع دراز بکشید. به طور منظم ۲۰ دقیقه بعد از مصرف غذا دراز بکشید.
- در صورت ادامه حالت تهوع می توانید از کیف یخ یا حوله سرد روی ناحیه معده استفاده نمایید.
- مصرف زنجبیل، باعث بهبود شدت حالت تهوع و دفعات استفراغ می شود.
- سعی کنید ویتامین هایی را که برایتان تجویز شده، همراه با غذا یا درست قبل از خواب بخورید. از پزشک معالجتان در مورد ویتامین ۶ B پرسید.
- اگر آهن موجود در قرص های مولتی ویتامین تهوع شما را زیاد میکند از پزشکتان بخواهید که داروی شما را عوض کند.
- اگر هیچ یک از راه های فوق مؤثر نبود از پزشکتان بخواهید برایتان داروی ضد تهوع تجویز کند.

زمان مراجعه بعدی

اگر علیرغم درمان، تهوع، استفراغ یا کاهش وزن بدتر شوند. روزانه خود را وزن کنید و هرگونه تغییر غیرطبیعی را به پزشک خود گزارش دهید.

نیازهای آموزشی بیماران سقط و تهدید به سقط

سقط	تهدید به سقط
مراقبت‌ها بعد از تعبیه قرص میزوپروستول داخل واژن	میزان فعالیت در زمان بستری و بعد از ترخیص
جمع آوری نسوج دفع شده جهت پاتولوژی	رژیم غذایی
میزان فعالیت	علائم هشدار مانند خونریزی و درد
کنترل میزان خونریزی واژینال	آموزش نحوه مصرف داروها (شیاف)
رژیم غذایی	حمایت روحی روانی توسط همراه
پیگیری پاتولوژی بعد از ترخیص	زمان مراجعه بعدی به پزشک معالج
داروهای مصرفی	نحوه مصرف داروها بعد از ترخیص
زمان مراجعه بعدی به پزشک معالج	مراقبت از خود و بهداشت فردی
عوارض بیماری	

تشخیص پرستاری	اهداف	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
خطر کاهش حجم مایعات (Risk for deficient fluid volume) مرتبط با خونریزی واژینال فعال (به ویژه در سقط ناقص، سقط کامل، یا سقط القایی).	بیمار در طول بستری بدون شوک هیپوولمیک فشار خون سیستولیک $90 >$، $HR < 100$ باقی بماند. خروجی ادرار ≤ 30 میلی لیتر در ساعت. کاهش Hb/Hct کمتر از ۱۰٪ نسبت به مقدار پایه.	مداخلات پرستاری: - هر ۱-۳۰ دقیقه علائم حیاتی را در فاز حاد خونریزی ثبت کنید. - دو راهوریدی بزرگ (Large-bore IV: 16-18G) برای دسترسی سریع جهت تجویز مایعات و خون آماده کنید. - میزان خونریزی واژینال را با شمارش نوارها و مشاهده لخته‌ها ثبت کنید. نوارهای خونی را وزن کنید (۱ گرم = ۱ میلی لیتر خون). - در صورت تجویز، اکسی‌توسین (۱۰-۴۰ واحد در ۱۰۰۰ میلی لیتر مایع) یا متیل ارگونوین طبق دستور برای کنترل آتونی رحم تجویز کنید. - RhIG (RhoGAM) را در زنان Rh-negative منفی (با حاملگی ≤ 6 هفته طی ۷۲ ساعت تجویز کنید تا از حساسیت جلوگیری شود). آموزش به بیمار (خونریزی): - معیارهای خونریزی طبیعی در ۲۴ ساعت اول پس از تخلیه رحم (کمتر از یک نوار در ساعت). - علائم هشدار: خونریزی بیش از دوره قاعدگی، لخته بزرگتر از تخم مرغ، رنگ پریدگی، سرگیجه، غش کردن.	پس از ۲۴ ساعت یا زمان ترخیص: بیمار از نظر همودینامیک پایدار است، خروجی ادرار ≤ 30 میلی لیتر/ساعت، خونریزی کاهش یافته است.

در زمان ترخیص، بیمار گزارش می‌دهد که درد با مسکن خوراکی کنترل می‌شود و قادر به راه رفتن و مراقبت از خود است.	مداخلات پرستاری: ۱. شدت و کیفیت درد را هر ۴-۲ ساعت ارزیابی کنید (محل): سوپراپوبیک، نوع: کرامپی یا مداوم). ۲. مسکن‌های تجویز شده را منظم تجویز کنید) NSAIDs: ایبوپروفن ۴۰۰-۸۰۰ mg هر ۸-۶ ساعت) یا استامینوفن + کدئین در صورت شدت . ۳. از تکنیک‌های غیردارویی: هیتر پد (گرم) روی ناحیه تحتانی شکم، تغییر وضعیت، تکنیک‌های تنفس عمیق. ۴. در صورت انجام D&C، انتظار درد خفیف تا متوسط تا ۲۴ ساعت پس از عمل وجود دارد. آموزش به بیمار (مدیریت درد): • مصرف منظم مسکن تجویز شده در ۴۸-۲۴ ساعت اول (اجازه ندهید درد شدید شود). • استفاده از گرما (بطری آب گرم با حوله) به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه هر ۲-۳ ساعت. • در صورت افزایش ناگهانی درد یا درد همراه با تب و ترشح بدبو، فوراً مراجعه کنید.	• بیمار نمره درد ≥ 3 از ۱۰ (مقیاس عددی) در طی ۲۴ ساعت اول داشته باشد. • بیمار قادر به استراحت و انجام فعالیت‌های سبک بدون درد شدید باشد.	درد حاد (Acute Pain) مرتبط با انقباضات رحمی (کرامپ) ناشی از دفع محصولات حاملگی (در سقط ناقص) یا کورتاژ .
در زمان ترخیص، بیمار بدون تب و ترشحات طبیعی است و می‌تواند علائم عفونت را به درستی تکرار کند.	مداخلات پرستاری: ۱. هر ۶-۴ ساعت دمای بدن را ثبت کنید. تب پس از ۲۴ ساعت از مداخله قویاً نشانه عفونت است . ۲. ترشحات واژینال را از نظر بو، رنگ و قوام ارزیابی کنید. ۳. در صورت سقط سپتیک، آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف وریدی (کلیندامایسین + جنتامایسین) را طبق دستور شروع کنید . ۴. تکنیک استریل را در هنگام مراقبت از پرینه و تعویض پد به بیمار آموزش دهید (شستن دست از جلو به عقب). ۵. کاتتر ادراری (در صورت وجود) را هر چه زودتر خارج کنید. آموزش به بیمار (پیشگیری از عفونت): • شستشوی دست‌ها قبل و بعد از تعویض پد. • تعویض پد هر ۴-۳ ساعت (از تامپون، دوش واژینال و رابطه جنسی تا ۲ هفته خودداری کنید). • علائم هشدار عفونت: تب > 38 درجه، ترشح بدبو، درد لگنی افزایش‌یافته، لرز.	• دمای بدن ≥ 37.8 درجه سانتی‌گراد (100 درجه فارنهایت). • ترشحات واژینال بدون بوی بد، رنگ پریده یا قهوه‌ای (لوشیای طبیعی). • هیچ نشانه اندومتريت (درد لگنی، ترشح چرکی) وجود نداشته باشد.	خطر عفونت (Risk for Infection) مرتبط با اتساع دهانه رحم (کندن بافت) و ابزارهای تهاجمی. (D&C)
قبل از ترخیص، بیمار قادر به تکرار اطلاعات کلیدی در مورد علل سقط و پیش‌آگهی است و	مداخلات پرستاری (حمایت عاطفی و روانی - بسیار مهم): ۱. یک محیط خصوصی و آرام برای صحبت ایجاد کنید. با همدلی گوش دهید بدون قضاوت . ۲. طبیعی بودن واکنش سوگواری (غم، خشم، گناه، انکار) را تأیید کنید .	• بیمار سطح اضطراب خود را کاهش یافته (≥ 4 از ۱۰) گزارش دهد. • بیمار قادر به صحبت در مورد احساسات و ترس‌های	اضطراب (Anxiety) و اختلال در سوگواری (Grieving) مرتبط با از دست دادن بارداری،

حداقل یک منبع حمایت را نام می‌برد. سطح اضطراب کاهش یافته است.	۳. اطلاعات دقیق و واضح در مورد روند درمان، علت احتمالی سقط (در ۵۰٪ موارد کروموزومی - تقصیر مادر نیست) و پیش‌آگهی باروری آینده ارائه دهید . ۴. در صورت تمایل بیمار، فرصت دیدن یا بغل کردن نوزاد (در سقط دیررس) یا نگه داشتن یادبود (عکس، دستبند) فراهم شود. ۵. بیمار را به منابع حمایتی (روانشناس، گروه‌های پشتیبانی سقط، مشاوره سوگ) ارجاع دهید . ۶. از برچسب‌ها یا اصطلاحات بالینی بدون احساس ("محصولات حاملگی"، "حاملگی شکست خورده") با احتیاط استفاده کنید؛ ترجیحاً از زبان مبتنی بر بیمار ("نوزاد شما"، "بارداری شما") استفاده کنید . آموزش به بیمار (سلامت روان): • بدانید که احساس گناه، غم و خشم کاملاً طبیعی است و هیچ تقصیری ندارید . • مراقبت از خود (خواب کافی، تغذیه مناسب) در دوران نقاهت بسیار مهم است. • در صورت ادامه علائم افسردگی (بی‌خوابی، کاهش اشتها، افکار خودکشی) بیش از ۲ هفته، حتماً به روانشناس مراجعه کنید . • بارداری بعدی، ریسک سقط فقط اندکی بالاتر از جمعیت عادی است (حدود ۲۰٪). اکثر زنان با یک سقط، بارداری موفق بعدی دارند.	خود بدون انکار کامل باشد. • بیمار حداقل یک منبع حمایت روانی (همراه، مشاور، گروه حمایت) را شناسایی کند.	نگرانی در مورد باروری آینده، عدم قطعیت در مورد علت سقط و ناکافی بودن حمایت عاطفی .
در زمان ترخیص: -بیمار اعتماد به نفس کافی برای مراقبت از خود در منزل را ابراز می‌کند. -بیمار علائم هشدار را به درستی تکرار می‌کند. -بیمار برگه آموزش ترخیص را دریافت کرده و برنامه پیگیری را می‌داند.	آموزش جامع ترخیص به بیمار (کلیدی برای بهبودی کامل): ۱. مراقبت فیزیکی (۲ هفته اول پس از D&C یا سقط کامل): -فعالیت: استراحت کافی در ۲۴-۴۸ ساعت اول. از فعالیت سنگین (ورزش، بلند کردن اجسام > ۵ کیلوگرم، ایستادن طولانی) به مدت ۲ هفته خودداری کنید . -مراقبت واژینال: از تامپون، دوش واژینال، حمام وان، و رابطه جنسی تا ۲ هفته یا قطع کامل خونریزی خودداری کنید. -خونریزی: لوشیا (ترشحات قهوه‌ای تا قرمز) تا ۲ هفته طبیعی است. اگر خونریزی بیش از دوره قاعدگی بود، لخته بزرگ داشت، یا ناگهان افزایش یافت، مراجعه کنید. ۲. مراقبت از زخم (در صورت D&C): -بدون نیاز به مراقبت خاص (در صورت عدم برش خارجی). ۳. علائم هشدار (بازگشت فوری به اورژانس): -خونریزی: یک نوار در ساعت برای ۲ ساعت متوالی، یا لخته بزرگتر از تخم مرغ . -عفونت: تب > ۳۸ درجه، لرز، ترشح بدبو، درد لگنی شدید.	بیمار قبل از ترخیص، برنامه مراقبت فیزیکی و علائم هشدار را به درستی تکرار کند. بیمار برنامه پیگیری داشته باشد. بیمار روش پیشگیری از بارداری (در صورت تمایل) را بداند.	آمادگی برای خودمراقبتی در منزل (Readiness for enhanced self-care) مراقبت فیزیکی و عاطفی پس از ترخیص.

	-علائم سیستمیک: سرگیجه شدید، غش کردن، تنگی نفس، درد قفسه سینه. ۴. پیگیری بعدی: -ویزیت سرپایی: ۲-۴ هفته پس از ترخیص. -آزمایش β-hCG تا زمانی که به سطح غیرقابل تشخیص برسد (معمولاً ۴-۶ هفته) ادامه یابد . -در صورت Rh-negative ، تأیید دریافت روگام در پرونده . ۵. سلامت روان و سوگواری: -به خودتان زمان بدهید. سوگواری فرآیندی است که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشد. -در مورد احساسات خود با همسر، خانواده یا یک درمانگر صحبت کنید. -در صورت بارداری بعدی، مشاوره پیش از بارداری توصیه می‌شود. ۶. پیشگیری از بارداری و بارداری بعدی: -توصیه می‌شود حداقل ۱-۳ سیکل قاعدگی (یا طبق توصیه پزشک) قبل از اقدام مجدد به بارداری صبر کنید . -روش‌های پیشگیری (قرص، IUD، کاندوم (در صورت تمایل به فاصله‌گذاری در دسترس است.		
--	--	--	--

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار تهدید به سقط طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

تعریف سقط (Abortion/Miscarriage) خاتمه خودبه‌خودی یا القایی حاملگی قبل از هفته بیستم بارداری یا زمانی که جنین قابلیت حیات خارج از رحم را ندارد .

انواع سقط از نظر بالینی:

- تهدید به سقط (Threatened Abortion) خونریزی واژینال با دهانه رحم بسته و علائم حیات جنین (قلب جنین قابل شنیدن است).
 - سقط کامل (Complete Abortion) تمام محصولات حاملگی از رحم خارج شده‌اند، دهانه رحم بسته، خونریزی کاهش یافته است.
 - سقط ناقص (Incomplete Abortion) بخشی از محصولات حاملگی در رحم باقی مانده است، دهانه رحم باز است، خونریزی ادامه دارد .
 - سقط فراموش شده (Missed Abortion) جنین فوت شده اما محصولات حاملگی دفع نشده‌اند.
 - سقط سپتیک (Septic Abortion) سقط همراه با عفونت رحمی، اغلب با تب، ترشح بدبو و علائم سیستمیک.
- عوارض احتمالی: خونریزی شدید (هموراژی)، عفونت (اندومتریت، سپسیس)، نارسایی کلیه، DIC، شوک هیپوولمیک، عوارض روانی (افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه) .

- تهدید به سقط استراحت، اجتناب از فعالیت سنگین، تجویز پروژسترون (در موارد نقص فاز لوتئال)، مانیتورینگ علائم حیاتی و سطح- β hCG.
- سقط ناقص یا کامل تخلیه رحم با کورتاژ، تجویز اکسی توسین برای کنترل خونریزی.
- مدیریت طبی: میزوپروستول برای تخلیه رحم در موارد انتخابی.
- مدیریت عفونت: آنتی بیوتیک وسیع الطیف (کلیندامایسین + جنتامایسین) در سقط سپتیک.
- پشتیبانی عاطفی و روانی: مشاوره سوگ، ارائه اطلاعات و حمایت روانی.

فعالیت در زمان بستری در تهدید به سقط

- بهتر است در تخت استراحت نمایید.
- در بستر، انگشتان و مچ پاها را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون در پاها پیشگیری شود.
- در صورت اجازه پزشک برای خروج از تخت ابتدا نشسته و سپس پاهای خود را از لبه تخت آویزان نمایید و در صورت نداشتن سرگیجه با کمک همراه خود و یا پرستار از تخت خارج شوید.

مراقبت در بستری در تهدید به سقط

- در صورت داشتن درد، به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.
- در صورت خونریزی شدید به پرستاران بخش اطلاع دهید.
- از دستکاری سرماها و رابط های متصل به خود خودداری کنید.
- حتما یک همراه جهت کمک نزد شما باشد.
- با پزشک و ماما یا پرستار خود در انجام اقدامات تشخیصی درمانی همکاری نمایید.
- ممکن است به شما خون وصل شود در صورت احساس سبکی سر، دانه های پوستی و تنگی نفس و ... به پرستار خود اطلاع دهید.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار تهدید به سقط طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

فعالیت در منزل در تهدید به سقط

- به توصیه پزشک مبنی بر استراحت در بستر اهمیت دهید.
- از انجام ورزش های سبک و سنگین خودداری نمایید.
- از بلند کردن اجسام سنگین و ایستادن طولانی خودداری کنید.
- از برقراری رابطه جنسی تا زمانی که پزشک اجازه نداده است خودداری کنید
- بسته به صلاحدید به پزشک استراحت بیمار محدود می گردد.

رژیم غذایی در منزل

- سعی کنید از رژیم غذایی مقوی استفاده نمایید.
- از مصرف غذاهای نفاخ اجتناب کنید.
- جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی پرفیبر (میوه و سبزیجات) و مایعات مصرف کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی در بیمار تهدید به سقط

- در صورت مشاهده علائم سقط فوراً نزد پزشک بروید.

- در صورت توصیه پزشک به استراحت در منزل به محض تشدید خونریزی و انقباضات رحمی در طی تهدید به سقط یا دفع بافت جنینی پس از استراحت، به بیمارستان مراجعه نمایید. در صورت بروز عفونت در طی بارداری یا بروز تب و لرز در طی تهدید به سقط یا در پی سقط یا خونریزی (غیر از خونریزی مهبلی) یا کبود شدگی پس از سقط به پزشک معالج مراجعه نمایید

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار سقط طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی بعد از سقط

- به مدت ۲ ساعت بعد از سقط چیزی میل نکنید.
- پس از ۲ ساعت مایعات شروع شود. هیچ نوع پرهیز غذایی وجود ندارد.
- اگر خونریزی و انقباضات رحمی شدید باشد، تنها مصرف مایعات توصیه میشود.
- معمولاً در بیماران دچار سقط منع رژیم غذایی وجود ندارد مگر اینکه بیمار در فاز فعال خونریزی بوده و جهت اقدامات تهاجمی احتمالی بیمار ناشتا می شود.
- در صورت دفع نسج و کاهش خونریزی بعد از اطلاع به پزشک معالج رژیم غذایی به معمولی تغییر می کند.

شروع فعالیت بعد از سقط :

- بعد از سقط می توانید در صورت نداشتن سر گیجه و یا خونریزی شدید از تخت پائین آمده و حرکت کنید.
- در صورت نداشتن خونریزی شدید، بیمار با احتیاط از تخت خارج شده و حرکت میکند در صورتیکه بیمار تحت درمان دارویی واژینال قرار گرفته باشد جهت جلوگیری از دفع دارو و تاثیر بیشتر آن به مدت دو تا چهار ساعت استراحت مطلق می شود.
- بیمار در تخت به صورت دراز کشیده قرار گرفته و از وی درخواست می شود به حالت دراز کش در همان وضعیت قرار بگیرد.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار سقط طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

در صورتی که کورتاژ یا سقط خودبخودی انجام شد به توصیه های زیر توجه نمایید:

- در صورتی که گروه خون مادر منفی است بایستی پس از سقط جهت تزریق آمپول روگام با پزشک مشورت شده و اقدام لازم انجام شود.
- از روش های پیشگیری از بارداری بعد از سقط استفاده کنید.
- بهبودی پس از سقط جنین ممکن است از چند ساعت تا چند روز طول بکشد.
- از گذاشتن دوش واژینال و یا تامپون تا ۲ هفته پس از سقط حذر کنید.
- شروع پریود بعدی پس از سقط ممکن است تا ۶ هفته بطول بکشد.
- حداقل یک ماه قبل از تصمیم برای بارداری بعدی صبر کنید.
- آنتی بیوتیک ها را طبق دستور پزشک و در فواصل منظم استفاده کنید.
- از برقراری رابطه جنسی تا ۲ هفته پس از سقط خودداری کنید.
- تا حد ممکن تا ۴۸ ساعت بعد از سقط فعالیت هایتان را کم کنید و استراحت نمایید.

رژیم غذایی در منزل

- سعی کنید از رژیم غذایی مقوی استفاده نمایید.
- از مصرف غذاهای نفاخ اجتناب کنید.
- جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی پرفیبر (میوه و سبزیجات) و مایعات مصرف کنید.

مراقبت در منزل بعد از سقط

- احساس شکست و اندوه و احساس گناه ممکن است وجود داشته باشد.
- در صورت تداوم این احساسات، حمایت روانی لازم خواهد بود در صورت تشدید علائم فوق با یک روانپزشک مشاوره کنید.
- از مصرف هرگونه دارو بدون توصیه پزشک خودداری کنید.
- استرس نداشته باشید. استرس شرایط سقط را بدتر میکند.
- بعد از سقط ممکن است تا چند روز همچنان خونریزی داشته باشید در صورتیکه در حد قاعدگی باشد طبیعی است ولی در صورتیکه خونریزی زیاد باشد و یا به مدت طولانی ادامه داشته باشد باید به پزشک مراجعه کنید (بیشتر از ۱۰ روز).
- بعد از سقط ممکن است احتیاج به درمان دارویی داشته باشید، حتما دوره ی درمان را کامل کنید.
- دو هفته بعد از سقط تخمک گذاری شروع می شود، بنابراین حتما باید یک روش جلوگیری از بارداری انتخاب کنید .
- **پس از پایان خونریزی منعی در برقراری رابطه ی جنسی وجود ندارد.**
- در صورت تمایل به بارداری حتما ۳ تا ۴ ماه بعد از سقط اقدام کنید و با پزشک خود مشاوره کنید.

رژیم غذایی و داروها و فعالیت هنگام ترخیص:

- ✓ بعد از سقط ممکن است احتیاج به داروی خاصی نباشد و فقط توصیه به مصرف مکمل های تغذیه ای توسط پزشک معالج گردد.
- ✓ بعد از ترخیص هیچ گونه ممنوعیت غذایی برای بیمار ان مطرح نمی شود.
- ✓ به بیمار توصیه به انجام فعالیت روزمره شده بعد از سقط می شود ولی برای بیماران تهدید به سقط فعالیت بعد از ترخیص توسط پزشک معالج مشخص شده و معمولا این بیماران استراحت نسبی محدود بوده و از انجام فعالیت های سنگین و حتی پیاده روی و فعالیت جنسی منع می شوند (تا برطرف شدن کامل خونریزی) به بیمار توصیه به تعویض سریع پد بهداشتی می شود.
- ✓ بیمار روز بعد از ترخیص از لحاظ دوش گرفتن منعی ندارد.

نکات خودمراقبتی در هنگام ترخیص :

- کل پرینه را پس از هر بار دفع ادرار یا مدفوع، تمیز کرده و پدهای قرار داده شده را تعویض کنید.
- استحمام از طریق گرفتن دوش (اجتناب از حمام داخل وان) به مدت ۲ هفته
- اجتناب از مصرف تامپون، دوش واژینال و مقاربت جنسی به مدت ۲ هفته
- اطلاع به پزشک در صورت افزایش درجه حرارت یا افزایش بوی نامطبوع ترشحات واژینال
- مصرف غذاهای حاوی آهن و پروتئین جهت بهبود سریع تر بافت و جبران مقادیر گلبولهای قرمز
- تماس با گروههای حمایتی، فرد روحانی یا مشاوران متخصص در صورت نیاز
- دادن فرصت به خود و همسر جهت سپری شدن مراحل سوگ پیش از تصمیم گیری برای بارداری بعدی
- نیاز به استراحت باید در آموزش های حین ترخیص مورد تاکید قرار گیرد.

علائم هشدار بعد از سقط

- در صورت درد زیر شکم، تب، ترشحات عفونی و بدبو، تهوع و استفراغ و سر گیجه به پزشک مراجعه کنید.

کیست تخمدان
آشنایی با علایم کیست تخمدان و کاهش اضطراب بیمار
روند درمان و آمادگیهای قبل از عمل جراحی در صورت نیاز
تسکین درد
رژیم غذایی و میزان فعالیت
عوارض کیست تخمدان
خودمراقبتی در پیشگیری از کیست تخمدان
عوارض کیست تخمدان
علایم هشداردهنده مراجعه مجدد

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری (NIC)	ارزشیابی
۱. اضطراب مرتبط با جراحی، ناشناخته بودن نتیجه پاتولوژی و ترس از عوارض	بیمار سطح اضطراب ≥ 3 از ۱۰ گزارش دهد؛ علائم فیزیکی اضطراب (تپش قلب، تعریق، تنفس سریع) کاهش یابد	توضیح کامل روند جراحی و مراقبت‌ها با زبان ساده؛ پاسخ به سؤالات بیمار با صبر و حوصله؛ حضور همراه در زمان مناسب؛ آموزش تمرینات تنفس عمیق و آرامسازی؛ در صورت شدید بودن، مشاوره روانشناسی	پس از جلسه آموزش قبل از عمل، بیمار آرام‌تر به نظر می‌رسد؛ فشار خون و نبض در محدوده پایه است؛ سؤالات منطقی می‌پرسد
۲. خطر عفونت زخم مرتبط با روش تهاجمی و احتمال آلودگی	عدم وجود تب (دمای $< 38^{\circ}\text{C}$)؛ زخم‌ها خشک و تمیز؛ عدم ترشح چرکی؛ CBC نرمال	رعایت اصول استریل در حین جراحی؛ مانیتورینگ علائم حیاتی هر ۶ ساعت؛ بازرسی روزانه زخم‌ها از نظر قرمزی، تورم، ترشح و درد؛ تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک طبق دستور؛ آموزش به بیمار در مورد مراقبت از زخم پس از ترخیص؛ تعویض به موقع پانسمان	در تمام مدت بستری و تا زمان ترخیص، تب یا علائم عفونت رخ نداده است؛ زخم‌ها خشک و تمیز هستند؛ بیمار نحوه مراقبت از زخم را به درستی نشان می‌دهد
۳. درد حاد مرتبط با برش‌های جراحی، گاز باقیمانده در حفره شکمی و تحریک دیافراگم	شدت درد ≥ 3 از ۱۰ (با مقیاس ۱-۱۰)؛ بیمار قادر به تنفس عمیق، سرفه و تحرک بدون درد شدید باشد	ارزیابی درد هر ۴ ساعت؛ تجویز مسکن طبق دستور (قبل از نیاز یا در صورت درد)؛ تشویق به تحرک زودهنگام و تغییر وضعیت به آرامی؛ آموزش تنفس عمیق و استفاده از بالش برای حمایت از زخم هنگام سرفه؛ استفاده از کمپرس گرم یا سرد با نظر پزشک؛ ایجاد محیط آرام و کاهش استرس	پس از ۲۴-۴۸ ساعت، شدت درد به ≥ 3 کاهش یافته است؛ بیمار به راحتی تنفس می‌کند و با کمک پرستار قادر به راه رفتن کوتاه است؛ از مسکن‌های تجویزی به طور منظم استفاده می‌کند
۴. اختلال در عملکرد گوارش (ایلئوس) مرتبط با بیهوشی عمومی، دستکاری روده‌ها و بی‌حرکتی	بازگشت صداهای روده؛ خروج اولین گاز (فلوتوس) طی ۲۴-۴۸ ساعت؛ تحمل رژیم غذایی مایع و سپس جامد بدون تهوع یا استفراغ	سمع صداهای روده هر ۴ ساعت؛ تشویق به تحرک زودهنگام (۶ ساعت پس از عمل)؛ شروع تدریجی رژیم غذایی (مایعات شفاف، سپس نرم و سپس جامد بر اساس تحمل)؛ در صورت تهوع، تجویز داروی ضدتهوع طبق دستور؛ افزایش مایعات خوراکی به تدریج؛ پرهیز از غذاهای نفاخ در روزهای اول	پس از ۲۴-۴۸ ساعت، صداهای روده شنیده می‌شود؛ بیمار گاز دفع کرده و رژیم مایع را بدون تهوع تحمل می‌کند؛ در روز سوم، رژیم نرم را تحمل می‌کند

۵. خطر خونریزی مرتبط با آسیب عروقی حین جراحی و اختلالات انعقادی	بدون شواهد خونریزی فعال (هماتوم، افت فشار خون، تاکی کاردی، کاهش Hb) علائم حیاتی پایدار	مانیتورینگ فشار خون، نبض و رنگ پوست هر ۲ ساعت در ۱۲ ساعت اول؛ بررسی پانسمان از نظر خونریزی یا ترشح خونی؛ مانیتورینگ CBC و علائم شوک در صورت نیاز؛ در صورت خونریزی، آمادگی برای تزریق خون	در ۲۴ ساعت اول، علائم حیاتی پایدار است؛ پانسمان خشک و بدون خونریزی است؛ بیمار بدون علائم کم خونی و شوک است
۶. خطر ترومبوز ورید عمقی (DVT) مرتبط با بی حرکتی و بیپهوشی عمومی	بدون شواهد DVT (درد ساق، تورم، قرمزی، گرمی)؛ بیمار تحرک کافی داشته باشد	آموزش و تشویق به تحرک زودهنگام (۶ ساعت پس از عمل)؛ استفاده از جوراب‌های ضد DVT یا دستگاه پنوماتیک در صورت نیاز؛ تمرینات پا و مچ پا در حالت درازکش (فلکشن و اکستنشن)؛ مانیتورینگ علائم DVT هر شیفت؛ مایعات کافی برای جلوگیری از غلیظ شدن خون	در طول بستری، هیچ علائمی از DVT مشاهده نشده است؛ بیمار به طور منظم در رختخواب حرکت می‌کند و تا زمان ترخیص حداقل چند بار با کمک راه رفته است
۷. اختلال الگوی ادرار مرتبط با بیپهوشی، کاتتریزاسیون و درد	خروج ادرار خودبه‌خود و بدون درد در ۸-۶ ساعت پس از عمل؛ خروجی ادرار $\leq 30 \text{ ml/hr}$	مانیتورینگ خروجی ادرار پس از عمل؛ تشویق به مصرف مایعات کافی پس از بهبودی از بیپهوشی؛ در صورت نیاز، تخلیه مثانه با سونوگرافی یا کاتتریزاسیون؛ آموزش علائم عفونت ادراری (سوزش، تکرر، تب) به بیمار	پس از ۸ ساعت، بیمار قادر به ادرار خودبه‌خود است؛ خروجی ادرار کافی است؛ بدون علائم احتباس یا عفونت
۸. کمبود دانش مرتبط با جراحی، مراقبت پس از ترخیص و پیشگیری از عوارض	بیمار و خانواده بتوانند موارد زیر را نام ببرند: نحوه مراقبت از زخم، علائم هشدار عوارض، برنامه دارویی، زمان پیگیری و محدودیت‌های فعالیت	آموزش فردی قبل از ترخیص با استفاده از بروشور یا برگه آموزشی؛ بازآموزی شفاهی مراقبت از زخم و پانسمان؛ دادن کارت علائم هشدار (تب، درد شدید، ترشح چرکی)؛ توضیح برنامه دارویی (مسکن‌ها، آنتی‌بیوتیک‌ها)؛ هماهنگی نوبت پیگیری ۲ هفته پس از جراحی؛ آموزش محدودیت فعالیت (بدون بلند کردن سنگین، استراحت کافی)	قبل از ترخیص، بیمار و همراه به درستی مراقبت از زخم را نشان می‌دهند؛ سه علامت هشدار که نیاز به مراجعه فوری دارند را نام می‌برند؛ برنامه دارویی و زمان ویزیت پیگیری را به خاطر دارند
۹. اختلال تصویر بدنی مرتبط با برش‌های جراحی و جای زخم	بیمار نگرانی کمتری در مورد ظاهر زخم‌ها گزارش دهد؛ از روش‌های کاهش اسکار آگاه باشد	آموزش اینکه برش‌ها کوچک هستند و معمولاً جای زخم خفیفی باقی می‌گذارند؛ توصیه به استفاده از کرم‌های ضداسکار یا چسب‌های سیلیکونی پس از بهبود کامل زخم (با نظر پزشک)؛ حمایت روانی و تأکید بر بهبود عملکردی به جای ظاهر	پس از آموزش، بیمار کمتر نگران جای زخم است و در صورت نیاز روش‌های کاهش اسکار را می‌داند
۱۰. خطر عود مجدد کیست (در صورت کیست‌های عملکردی یا آندومتریوزی)	بیمار عوامل خطر و روش‌های پیشگیری را بشناسد؛ برنامه پیگیری منظم را دنبال کند	آموزش احتمال عود (به ویژه در کیست‌های آندومتریوزی)؛ توصیه به مصرف داروهای هورمونی در صورت تجویز پزشک برای جلوگیری از عود؛ تأکید بر اهمیت معاینات منظم زنان و سونوگرافی؛ آموزش علائم هشدار که نشانه عود است (درد لگنی، تغییرات قاعدگی)	بیمار برنامه پیگیری را می‌داند و درک می‌کند که معاینات منظم برای تشخیص زودهنگام عود ضروری است

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار کیست تخمدان طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

➤ در صورت نیاز به عمل جراحی، پرستار آموزش آمادگی های لازم قبل از عمل جراحی را برای بیمار توضیح می دهد.

رژیم غذایی و تغذیه بعد از عمل

در صورت هوشیاری کامل و عدم وجود مشکلات گوارشی مانند تهوع و استفراغ، رژیم مایعات را طبق دستور پزشک و با اجازه پرستار شروع کنید و در صورت عدم تحمل (حالت تهوع و استفراغ) به پرستار اطلاع دهید.

فعالیت

برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.

داروها

داروها (آنتی بیوتیک و مسکن) طبق دستور پزشک در فواصل و زمان معین توسط پرستار به شما داده میشود.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار کیست تخمدان طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- با مایعات و غذاهای سبک و زودهضم مانند سوپ، آبگوشت، نان تست و بیسکویت شروع کنید.
- به تدریج به رژیم غذایی عادی و متعادل بازگردید.
- برای جلوگیری از یبوست (که می تواند به زخم فشار بیاورد)، مایعات کافی بنوشید و از غذاهای فیبردار استفاده کنید. در صورت نیاز، از نرم کننده های مدفوع طبق دستور پزشک استفاده کنید.
- از غذاهای نفاخ (نوشابه، کلم، حبوبات) در چند روز اول پرهیز کنید.

فعالیت و مراقبت در منزل

- ✓ در روزهای اول استراحت کافی داشته باشید اما هر روز چند بار در منزل قدم بزنید تا از لخته شدن خون جلوگیری شود.
- ✓ از بلند کردن اجسام سنگین (بیش از ۵-۴ کیلوگرم) و ورزش های سنگین حداقل به مدت ۲ تا ۴ هفته پرهیز کنید.
- ✓ فعالیت های سبک مانند پیاده روی تدریجی را از روز دوم یا سوم می توانید شروع کنید.

ورزش کنید:

- ✓ در زنان مبتلا به کیستهای تخمدانی، افزایش فعالیت روزانه و مهم تر و موثرتر از آن، شرکت در یک برنامه ورزشی منظم برای درمان و پیشگیری از مقاومت انسولین بسیار ضروری است.
- ✓ ورزش به شکل پیاده روی تند است که ۵ روز در هفته و روزی نیم ساعت انجام شود.

۶. زمان مناسب برای نزدیکی و بارداری

- معمولاً توصیه می شود حداقل ۲ هفته تا ۴ هفته از نزدیکی خودداری شود.
- اگر تخمدان شما به طور کامل حفظ شده باشد، سطح هورمونی شما تحت تأثیر قرار نمی گیرد.
- اگر هر دو تخمدان برداشته شده اند، ممکن است نیاز به هورمون درمانی داشته باشید که عوارض خاص خود را دارد و باید با پزشک مشورت کنید.
- جراحی کیست تخمدان ممکن است بر باروری تأثیر بگذارد؛ در صورت تمایل به بارداری، با پزشک خود مشورت کنید.

۷. برنامه پیگیری

- معمولاً ۲ هفته پس از جراحی نوبت ویزیت پیگیری تعیین می شود.
- در ویزیت بعدی، نتیجه پاتولوژی کیست به شما اطلاع داده می شود.

- در صورت نیاز، ممکن است سونوگرافی کنترل یا آزمایش‌های تکمیلی انجام شود.

۸. احتمال عود و مراقبت‌های پیشگیرانه

- به ویژه در کیست‌های آندومتریوزی یا کیست‌های عملکردی، احتمال عود وجود دارد .
- مصرف منظم قرص‌های ضدبارداری ممکن است برای کاهش خطر عود در برخی موارد تجویز شود.
- معاینات منظم زنان و سونوگرافی سالانه توصیه می‌شود.

زمان مراجعه بعدی و علایم هشدار

- ۷ روز پس از عمل به پزشک معالج مراجعه نمایید. بعد از دریافت جواب پاتولوژی حتماً باید به پزشک معالج مراجعه کنید. موقع مراجعه به پزشک خلاصه پرونده خود را همراه داشته باشید.
- اگر دچار درد شدید، تعوع استفراغ ، خونریزی شدید، یکی از نشانه‌های عفونت (تب و لرز) یا احساس درد شدید داشتید، بلافاصله به پزشک معالج و یا مراکز درمانی مراجعه کنید.

دیابت بارداری

تغییر سبک زندگی و داشتن تحرک و رژیم غذایی سالم

مشاوره تغذیه توسط کارشناس تغذیه یا متخصص

نحوه مصرف انسولین و تزریق انسولین

تستهای تشخیصی و آمادگی های لازم برای آن

مراقبت از جنین

دوری از استرسهای محیطی

علائم هشدار دهنده

ارزشیابی	مداخلات و آموزش به بیمار	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
بیمار قادر است روش صحیح پایش قند خون را نشان دهد، محدوده هدف را تکرار کند و علائم هیپوگلیسمی را نام ببرد.	مداخلات پرستاری: ۱. سطح دانش فعلی بیمار در مورد دیابت بارداری و تأثیر آن بر بارداری و جنین را ارزیابی کنید. ۲. مکانیسم فیزیولوژیک دیابت بارداری را با زبان ساده توضیح دهید: "بدن شما نمی تواند انسولین کافی برای کنترل قند خون در بارداری تولید کند." ۳. روش صحیح پایش قند خون با گلوکومتر را آموزش دهید و از بیمار بازآموزی عملی بخواهید. ۴. محدوده هدف قند خون را آموزش دهید: ناشتا $95 < \text{mg/dL}$ و ۲ ساعت پس از غذا $120 < \text{mg/dL}$. ۵. علائم هیپوگلیسمی (لرزش، تعریق، گرسنگی شدید، سرگیجه، تاری دید) و هیپرگلیسمی (تکرر ادرار، تشنگی شدید، خشکی دهان) را آموزش دهید. ۶. دفترچه ثبت قند خون را در اختیار بیمار قرار دهید و نحوه ثبت را آموزش دهید. آموزش به بیمار: "• قند خون خود را هر روز ۴ بار چک کنید: یک بار ناشتا و ۲ ساعت بعد از صبحانه، ناهار و شام." "• قند ناشتا باید زیر ۹۵ و قند دو ساعت بعد از غذا زیر ۱۲۰ باشد." "• اگر قند شما بالاتر از این مقادیر بود، حتماً به پرستار یا پزشک اطلاع دهید."	بیمار قبل از ترخیص تکنیک صحیح پایش قند خون را نشان دهد. بیمار محدوده هدف قند خون ناشتا $95 < \text{mg/dL}$، ۲ ساعت پس از غذا $120 < \text{mg/dL}$ را تکرار کند. بیمار علائم هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی را نام ببرد.	دانش ناکافی (Deficient Knowledge) مرتبط با تشخیص جدید دیابت بارداری، عدم آشنایی با روش های خودمراقبتی و پایش قند خون.
طی ۲۴-۴۸ ساعت اول بستری، قند خون بیمار در محدوده هدف قرار می گیرد	مداخلات پرستاری: ۱. قند خون بیمار را قبل از هر وعده غذایی و ۲ ساعت پس از آن اندازه گیری و ثبت کنید.	سطح گلوکز خون بیمار در طی بستری بین ۷۰-۱۴۰ mg/dL حفظ	خطر ناپایداری سطح گلوکز خون (Risk for unstable blood)

و هیچ اپیزود هیپوگلیسمی علامت‌دار رخ نمی‌دهد.	۲. در صورت هیپوگلیسمی (قند: $< 70 \text{ mg/dL}$) - اگر بیمار هوشیار است، ۱۵ گرم کربوهیدرات سریع‌الجذب (نصف لیوان آبمیوه طبیعی، ۳ حبه قند، یا ۳-۴ عدد بیسکویت ساده) تجویز کنید. - پس از ۱۵ دقیقه، قند خون را مجدد چک کنید. اگر همچنان زیر ۷۰ است، ۱۵ گرم دیگر تجویز کنید. - در صورت عدم هوشیاری، طبق دستور پزشک دکستروز ۵۰٪ وریدی تجویز شود. ۳. در صورت هیپرگلیسمی (قند $> 140 \text{ mg/dL}$ دو ساعت پس از غذا): به پزشک اطلاع دهید و در صورت تجویز، انسولین تصحیحی (Correctional insulin) را تجویز کنید. ۴. زمان‌بندی وعده‌های غذایی: اطمینان حاصل کنید که بیمار وعده‌های غذایی خود را به موقع دریافت می‌کند و وعده‌ای حذف نمی‌شود. ۵. در صورت تجویز انسولین، دوز و زمان تزریق را دقیقاً مطابق دستور عمل کنید. آموزش به بیمار (مدیریت هیپوگلیسمی در بیمارستان و منزل): • اگر دستگاه گلوکومتر در دسترس است: ابتدا قند خود را چک کنید. اگر کمتر از ۷۰ بود، ۱۵ گرم قند ساده مصرف کنید. • اگر دستگاه در دسترس نیست یا علائم شدید است فوراً ۱۵ گرم قند ساده مصرف کنید، سپس در اسرع وقت قند خود را چک کنید. • ۱۵ دقیقه پس از مصرف، دوباره قند خود را چک کنید. اگر هنوز زیر ۷۰ است، ۱۵ گرم دیگر مصرف کنید. • آموزش علائم هشدار: در صورت احساس لرزش شدید، تعریق سرد، ضعف، تاری دید، یا تپش قلب، فوراً به پرستار اطلاع دهید.	شود. هیچ اپیزود هیپوگلیسمی علامت‌دار (قند $< 70 \text{ mg/dL}$) رخ ندهد. قند خون ناشتا به $< 95 \text{ mg/dL}$ برسد.	(glucose level) مرتبط با رژیم درمانی جدید، احتمال نیاز به انسولین و نوسانات قند خون در محیط بیمارستان.
قبل از ترخیص: - بیمار تزریق انسولین را بر روی مانکن یا خودش (با نظارت) انجام می‌دهد. - بیمار مکان‌های مجاز تزریق (شکم، ران، بازو، باسن) را نام می‌برد. - بیمار الگوی چرخش محل تزریق را توضیح	مداخلات پرستاری (آموزش گام به گام تزریق انسولین): ۱. آماده‌سازی قبل از تزریق: - دست‌ها را با آب و صابون بشوید. - انسولین را از یخچال خارج کنید (انسولین سرد باعث درد بیشتر می‌شود) و به آرامی بین کف دست‌ها بغلتانید تا تکان ندهید - ویال انسولین را با پد الکلی تمیز کنید. - اگر از انسولین NPH استفاده می‌کنید، قبل از کشیدن آن را به آرامی بغلتانید تا یکدست شود.	• بیمار قبل از ترخیص، تکنیک صحیح تزریق انسولین را بدون کمک نشان دهد. • بیمار مکان‌های مجاز تزریق و نحوه چرخش صحیح را نام ببرد. • بیمار زمان مناسب تزریق نسبت به	مدیریت ناکارآمد سلامت (Ineffective Health Management) مرتبط با دانش ناکافی در مورد تکنیک صحیح تزریق انسولین، ترس از سوزن و عدم آشنایی با نحوه چرخش محل تزریق.

می‌دهد. -بیمار دفع صحیح سوزن را نشان می‌دهد. -بیمار علائم هیپوگلیسمی و اقدامات لازم را تکرار می‌کند.	۲. کشیدن انسولین در سرنگ: -به اندازه دوز تجویز شده، هوا معادل دوز انسولین را به داخل سرنگ بکشید. -سوزن را به داخل ویال انسولین فرو کنید و هوا را تزریق کنید. -سرنگ را وارونه کنید و انسولین را به میزان دقیق دوز بکشید. -حباب هوا را با ضربه زدن به سرنگ و هل دادن آرام پیستون خارج کنید. ۳. انتخاب محل تزریق (بسیار مهم): -محل‌های مجاز در بارداری: شکم (بهترین گزینه - سریع‌ترین جذب) - فاصله حداقل ۲- ۳ انگشت از ناف به طرفین ران (قسمت خارجی و فوقانی) بازو (قسمت پشتی و خارجی) باسن (ربع فوقانی خارجی) -نکات مهم در بارداری: از تزریق در ناحیه نزدیک به برش سزارین (در صورت وجود) خودداری کنید. با پیشرفت بارداری، پوست شکم کشیده می‌شود - همچنان می‌توانید از شکم استفاده کنید اما چین پوستی را بگیرید. از تزریق در نواحی دارای خال، جای زخم، کبودی یا تحریک پوستی خودداری کنید. ۴. تکنیک صحیح تزریق: -محل تزریق را با پد الکلی تمیز کنید و اجازه دهید الکلی خشک شود (کاهش سوزش). -یک چین پوستی با انگشت شست و سبابه ایجاد کنید. -سوزن را با زاویه ۹۰ درجه (اگر چربی کافی دارید) یا ۴۵ درجه (اگر لاغر هستید) وارد کنید. -پیستون را به آرامی و یکنواخت فشار دهید. -سوزن را بیرون بکشید و به آرامی روی محل تزریق با گاز استریل فشار دهید (مالش ندهید) ۵. چرخش محل تزریق: (Rotation) -محل تزریق را هر بار تغییر دهید تا از لیپودیستروپی (توده چربی زیر پوست) جلوگیری شود. -الگوی چرخش: • شکم را به ۴ ربع تقسیم کنید - هر هفته یک ربع استفاده	وعده‌های غذایی را توضیح دهد. •بیمار دفع صحیح سوزن و سرنگ را نشان دهد.	
---	--	---	--

	کنید. • در هر ربع، هر روز ۲-۳ سانتی متر از محل قبلی فاصله بگیرید. - مثال: یک روز راست شکم پایین، روز بعد چپ شکم بالا، روز بعد راست ران، و الی آخر. ۶. دفع صحیح وسایل: - سوزن و سرنگ را در ظرف مخصوص وسایل تیز و برنده (Sharps container) بیندازید. - هرگز سوزن را دوباره کپ نکنید. - اگر ظرف مخصوص ندارید، از بطری پلاستیکی ضخیم با درب محکم استفاده کنید. ۷. مدیریت عوارض احتمالی: - کبودی خفیف: طبیعی است - کمپرس سرد کمک کننده است. - قرمزی، تورم، خارش: ممکن است واکنش موضعی باشد - به پزشک اطلاع دهید. - افت قند خون (هیپوگلیسمی): در صورت لرزش، تعریق، ضعف - فوراً قند خون را چک کنید و ۱۵ گرم قند ساده مصرف کنید. آموزش به بیمار (خلاصه نکات کلیدی برای ترخیص): " • انسولین را ۳۰-۱۵ دقیقه قبل از غذا تزریق کنید (نوع Regular) یا طبق دستور پزشک." " • همیشه محل تزریق را چرخش دهید - از تزریق مکرر در یک نقطه خودداری کنید." " • اگر هوا سرد است، انسولین را چند دقیقه در دستان خود گرم کنید." " • هرگز انسولین را در معرض نور مستقیم خورشید یا حرارت قرار ندهید." " • یک دفترچه ثبت دوز و محل تزریق داشته باشید." " • همیشه یک منبع قند سریع‌الجذب همراه خود داشته باشید."		
بیمار قادر است اطلاعات کلیدی در مورد ایمنی درمان را تکرار کند و سطح اضطراب کاهش یافته است.	مداخلات پرستاری: ۱. در یک محیط خصوصی و آرام، به نگرانی‌های بیمار در مورد تأثیر دیابت بر جنین گوش دهید و پاسخ‌های مبتنی بر شواهد ارائه دهید. ۲. آموزش دهید که بیشتر زنان با دیابت بارداری، نوزادان سالمی به دنیا می‌آورند.	بیمار سطح اضطراب خود را کاهش یافته (مقیاس -۱۰ ≥ 4) گزارش دهد. بیمار اطلاعات دقیقی در مورد ایمنی درمان و پیش‌آگهی دریافت کند.	اضطراب (Anxiety) مرتبط با تشخیص جدید دیابت، نگرانی در مورد سلامت جنین، ترس از تزریق انسولین و عدم اطمینان از پیش‌آگهی بارداری.

	۳. در صورت ترس از تزریق انسولین، تکنیک‌های کاهش درد (استفاده از یخ موضعی، سوزن‌های ظریف، چرخش محل تزریق) را آموزش دهید. ۴. تشویق به حضور همراه در بخش و تماس با خانواده. ۵. تکنیک‌های تنفس عمیق و آرام‌سازی را آموزش دهید: "۴ ثانیه دم، ۴ ثانیه نگه دارید، ۴ ثانیه بازدم". آموزش به بیمار: " • بسیاری از زنان با دیابت بارداری، نوزادان کاملاً سالمی به دنیا می‌آورند. فقط باید قند خون خود را در محدوده هدف نگه دارید." " • اگر به انسولین نیاز پیدا کنید، نگران نباشید. انسولین از جفت عبور نمی‌کند و به جنین آسیبی نمی‌زند. این ایمن‌ترین دارو برای دیابت بارداری است." " • کنترل قند خون در بارداری، خطر عوارض را برای شما و نوزادتان به شدت کاهش می‌دهد."	بیمار تکنیک‌های کاهش استرس را به کار گیرد.	
در طول بستری، ضربان قلب جنین در محدوده نرمال و حرکات جنین کافی است. در صورت زایمان، قند خون نوزاد در محدوده نرمال باقی می‌ماند.	مداخلات پرستاری (در دوران بستری): ۱. در هر شیفت، ضربان قلب جنین را با سونوگارد بررسی و ثبت کنید (محدوده نرمال: ۱۱۰-۱۶۰ bpm) ۲. به بیمار آموزش دهید شمارش حرکات جنین را روزانه انجام دهد و هر گونه کاهش حرکت را گزارش کند. ۳. در صورت نیاز به سونوگرافی رشد جنین، بیمار را برای انجام آن هماهنگ کنید. ۴. نتایج بیوفیزیکال پروفایل جنین (در صورت انجام) را پیگیری کنید. ۵. در صورت وجود علائم پره‌اکلامپسی (فشار خون بالا، پروتئینوری، سردرد شدید، تاری دید)، فوراً به پزشک گزارش دهید. مداخلات پرستاری (حین زایمان - در صورت بستری برای زایمان): ۶. در حین زایمان، قند خون مادر را هر ۲-۱ ساعت چک کنید. ۷. قند خون نوزاد را در ۱، ۲، ۴، ۶، ۱۲ و ۲۴ ساعت پس از تولد (قبل از هر بار شیردهی) بررسی کنید. ۸. در صورت قند خون نوزاد 45 mg/dL <، شیردهی فوری (هر ۲-۳ ساعت) یا در صورت نیاز تغذیه تکمیلی را آغاز کنید. آموزش به بیمار: " • هر روز تعداد حرکات جنین را بشمارید. اگر در ۱۲ ساعت	فراوانی حرکات جنین در محدوده طبیعی (حداقل ۱۰ حرکت در ۱۲ ساعت) باشد. ضربان قلب جنین در محدوده نرمال (110-160 bpm) حفظ شود. سونوگرافی رشد جنین ماکروزومی قابل توجه (وزن تخمینی > 4000 گرم) را نشان ندهد.	اختلال در دوتایی مادر-جنین مرتبط با اختلال در متابولیسم گلوکز و احتمال عوارض جنینی (ماکروزومی، دیسترس تنفسی، هیپوگلیسمی نوزادی).

	کمتر از ۱۰ حرکت احساس کردید، فوراً به پزشک مراجعه کنید." " • پس از زایمان، دیابت شما معمولاً برطرف می‌شود، اما نوزاد شما ممکن است قند خونسش پایین بیاید. هر ۲-۳ ساعت نوزاد را شیر دهید."		
بیمار گزارش می‌دهد که برنامه غذایی را دنبال می‌کند و قند خون در محدوده هدف است.	مداخلات پرستاری: ۱. عادات غذایی فعلی بیمار، کالری دریافتی و الگوی وعده‌های غذایی را ارزیابی کنید. ۲. با همکاری متخصص تغذیه، برنامه غذایی متناسب با وزن، سن بارداری و سطح فعالیت بیمار تنظیم کنید. ۳. آموزش وعده‌های غذایی کوچک و مکرر (۳ وعده اصلی + ۳ میان وعده) برای جلوگیری از نوسانات شدید قند خون. ۴. آموزش غذاهای مجاز: (Low-GI) نان سبوس‌دار، برنج قهوه‌ای، حبوبات، سبزیجات غیرنشاسته‌ای، پروتئین‌های کم‌چرب. ۵. آموزش غذاهای ممنوع یا محدود: قندهای ساده (شیرینی، کیک، نوشابه، آبمیوه صنعتی)، غذاهای سرخ شده، برنج سفید، نان سفید. ۶. آموزش پیاده‌روی به مدت ۳۰ دقیقه پس از وعده‌های غذایی برای کاهش قند خون. آموزش به بیمار (در بیمارستان و ترخیص): " • روزانه ۳ وعده اصلی و ۳ میان وعده بخورید. هرگز وعده غذایی را حذف نکنید، زیرا قند خون شما نوسان می‌کند." " • به جای برنج سفید و نان سفید، از برنج قهوه‌ای و نان سبوس‌دار استفاده کنید." " • پس از هر وعده غذایی، ۳۰ دقیقه پیاده‌روی کنید. این کار به کاهش قند خون شما کمک می‌کند."	• بیمار ۸-۶ وعده کوچک در روز را رعایت کند. • قند خون بیمار در محدوده هدف باقی بماند. • بیمار غذاهای مجاز و ممنوع را شناسایی کند.	عدم تعادل تغذیه: بیش از نیازهای بدن مرتبط با عادات غذایی نادرست، مصرف کربوهیدرات‌های با شاخص گلیسمی بالا و نیاز به تنظیم رژیم غذایی در بیمارستان.
در زمان ترخیص، بیمار برنامه مراقبتی را به درستی تکرار می‌کند و برگه آموزش ترخیص را دریافت کرده است.	آموزش جامع ترخیص به بیمار مبتلا به دیابت بارداری ۱. پایش منظم قند خون در منزل: - قند خون ناشتا و ۲ ساعت بعد از هر وعده غذایی را ثبت کنید. - محدوده هدف: ناشتا $95 \text{ mg/dL} <$، ۲ ساعت پس از غذا $120 \text{ mg/dL} <$ - در صورت خروج از محدوده، به پزشک اطلاع دهید. ۲. رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی: - ۳ وعده اصلی و ۳ میان وعده در روز مصرف کنید. - از کربوهیدرات‌های با شاخص گلیسمی پایین استفاده کنید. - روزانه ۳۰ دقیقه پیاده‌روی سریع یا شنا انجام دهید.	• بیمار قبل از ترخیص، برنامه دارویی و مراقبتی خود را توضیح دهد. • بیمار برنامه پیگیری (ویزیت‌های منظم تا زمان زایمان) را بداند. • بیمار آگاهی داشته باشد که پس از زایمان نیاز	آمادگی برای خودمراقبتی در منزل (Readiness for enhanced self-care) مرتبط با نیاز به ادامه مراقبت‌های دیابت پس از ترخیص.

	- پیاده روی ۳۰ دقیقه پس از هر وعده غذایی به کنترل قند خون کمک می کند. ۳. مدیریت دارویی (در صورت نیاز به انسولین): - انسولین را دقیقاً طبق دستور و در زمان مقرر تزریق کنید. - هرگز دوز انسولین را خودسرانه قطع یا تغییر ندهید. - محل تزریق را هر بار چرخش دهید (شکم، ران، بازو). ۴. مراقبت از پاها: - روزانه پاهای خود را از نظر زخم، قرمزی یا تاول بررسی کنید. - کفش راحت و نرم بپوشید. ۵. مدیریت هیپوگلیسمی در منزل (اصلاح شده): - اگر دستگاه گلوکومتر در دسترس است: ابتدا قند خود را چک کنید. اگر <70 بود، ۱۵ گرم قند ساده مصرف کنید. - اگر دستگاه در دسترس نیست یا علائم شدید است: فوراً ۱۵ گرم قند ساده مصرف کنید، سپس در اسرع وقت قند خود را چک کنید. - ۱۵ گرم قند ساده = نصف لیوان آبمیوه طبیعی، ۳ حبه قند، ۳-۴ عدد بیسکویت ساده. - ۱۵ دقیقه پس از مصرف، دوباره قند خود را چک کنید. اگر هنوز زیر ۷۰ است، ۱۵ گرم دیگر مصرف کنید. - اگر هوشیاری خود را از دست دادید، هرگز چیزی نخورانید و فوراً با اورژانس تماس بگیرید. ۶. علائم هشدار (نیاز به مراجعه فوری): - قند خون ناشتا به طور مکرر بالای 100 mg/dL - قند خون ۲ ساعت پس از غذا به طور مکرر بالای 140 mg/dL - علائم پره اکلامپسی: سردرد شدید، تاری دید، تورم ناگهانی دست و پا، درد زیر دنده ها - کاهش حرکات جنین (کمتر از ۱۰ حرکت در ۱۲ ساعت) - تب بالای 38 درجه ۷. پیگیری های بعدی: - ویزیت های منظم پریناتال هر ۲-۱ هفته تا زمان زایمان. - پس از زایمان (هفته ۴-۶): انجام تست تحمل گلوکز ۷۵ گرمی (OGTT) برای اطمینان از برطرف شدن دیابت. - دیابت بارداری خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را افزایش می دهد. تا ۵۰٪ زنان با سابقه GDM در ۵ سال آینده به دیابت نوع ۲ مبتلا می شوند. - هر سال یکبار تست قند خون انجام دهید.	به تست تحمل گلوکز (OGTT) دارد.	
--	--	---------------------------------------	--

	۸. شیردهی و نوزاد: - شیردهی به کاهش قند خون مادر کمک می‌کند و از هیپوگلیسمی نوزاد جلوگیری می‌کند. - نوزاد را هر ۲-۳ ساعت شیر دهید تا قند خونس نرمال بماند. - در صورت مشکل در شیردهی، از دوشیدن آغوز (کلستروم) از هفته ۳۶ بارداری استفاده کنید. ۹. بارداری بعدی: - احتمال عود دیابت بارداری در بارداری بعدی وجود دارد (بیش از ۱ در ۳ زنان). - آزمایش قند خون را زودتر (هفته ۱۸-۱۶) شروع کنید.		
در زمان ترخیص یا پایان بستری: - بیمار قادر است ۴ علامت هشدار زایمان زودرس را تکرار کند. - انقباضات رحمی کنترل شده یا متوقف شده است. - قند خون بیمار در محدوده هدف قرار دارد.	مداخلات پرستاری: ۱. هر شیفت، وجود انقباضات رحمی (فراوانی، شدت، مدت) را ارزیابی و ثبت کنید. ۲. در صورت شکایت بیمار از انقباضات، مانیتورینگ جنینی را انجام دهید. ۳. علائم پلی هیدرآمنیوس (افزایش ناگهانی اندازه رحم، تنگی نفس، دیسترس تنفسی) را ارزیابی کنید و به پزشک گزارش دهید. ۴. در صورت تشخیص زایمان زودرس، اقدامات زیر طبق دستور پزشک انجام شود: - کورتیکواستروئیدها (بتمتازون یا دکزامتازون): برای بلوغ ریه جنین در هفته‌های ۲۴-۳۴. - تاکولیتیک‌ها (نیفدیپین، ایندومتاسین): برای مهار انقباضات و به تأخیر انداختن زایمان. - منیزیم سولفات: برای نوروپروتکشن جنین در هفته‌های < ۳۲. ۵. استراحت در رختخواب در وضعیت دکوبیتوس جانبی چپ برای افزایش جریان خون رحمی تجویز کنید. ۶. از انجام معاینه واژینال غیرضروری خودداری کنید. آموزش به بیمار (شناسایی علائم هشدار زایمان زودرس - بسیار مهم): علائم هشدار: ۴ انقباض یا بیشتر در ساعت، درد کمر (کمردرد مداوم)، فشار در لگن، کرامپ‌های شکمی شبیه قاعدگی، ترشحات واژینال تغییر یافته (آبکی، خونی، افزایش یافته). اندازه‌گیری قند خون ناشتا و پس از غذا را ادامه	بیمار تا هفته ۳۷ بارداری بدون انقباضات منظم زایمانی باقی بماند. بیمار علائم هشدار زایمان زودرس را به درستی شناسایی کرده و گزارش دهد. دهانه رحم بدون تغییرات (اتساع/افاسمان) در معاینه سرویکال.	خطر زایمان زودرس (Risk for preterm labor) بارداری کنترل نشده، پلی هیدرآمنیوس، سابقه زایمان زودرس، و پره‌اکلامپسی

	دهید - کنترل قند خون خطر زایمان زودرس را کاهش می‌دهد. در صورت مشاهده هر یک از علائم فوق، فوراً به بیمارستان مراجعه کنید.		
بیمار در طول بستری بدون علائم عفونت ادراری است. در صورت تشخیص، کشت ادرار ارگانیزم حساس به آنتی‌بیوتیک را نشان می‌دهد و علائم طی ۴۸ ساعت بهبود می‌یابد.	مداخلات پرستاری: ۱. هر شیفت، علائم عفونت ادراری را ارزیابی کنید: سوزش ادرار، تکرر ادرار، فوریت ادراری، ادرار بدبو یا کدر، درد سوپراپوبیک، تب، لرز، درد پهلوی. ۲. دمای بدن را هر ۴-۶ ساعت ثبت کنید. ۳. نمونه ادرار میانی (Midstream clean-catch) را برای کشت و آنتی‌بیوگرام در صورت نیاز ارسال کنید. ۴. در صورت تجویز آنتی‌بیوتیک، اطمینان حاصل کنید که دارو در زمان مقرر تجویز شود. ۵. در صورت تشخیص پیلونفریت (تب + لرز + درد پهلوی)، درمان اورژانسی: آنتی‌بیوتیک وریدی، هیدراتاسیون وریدی، بستری در بیمارستان. ۶. مصرف مایعات کافی (۲۵۰۰-۳۰۰۰ سی‌سی در روز) را تشویق کنید تا باکتری‌ها از دستگاه ادراری شسته شوند. ۷. به بیمار آموزش دهید که پس از مصرف آنتی‌بیوتیک، علائم در عرض ۴۸-۲۴ ساعت بهبود می‌یابد - در غیر این صورت به پزشک اطلاع دهد. آموزش به بیمار (پیشگیری از عفونت ادراری در منزل): • آب کافی بنوشید: حداقل ۸-۱۰ لیوان در روز. • مصرف میوه‌های طبیعی دارای ویتامین C ممکن است به پیشگیری از عفونت کمک کند. • بهداشت صحیح: پس از اجابت مزاج، ناحیه پرینه را از جلو به عقب پاک کنید تا از انتقال باکتری از مقعد به مجرای ادرار جلوگیری شود. • تکرر ادرار: ادرار را بیش از ۳-۴ ساعت نگه ندارید؛ پس از رابطه جنسی ادرار کنید. • از محصولات تحریک‌کننده (دوش واژینال، اسپری‌های معطر، حمام حباب) خودداری کنید. • نظارت بر علائم: در صورت احساس سوزش ادرار، تکرر ادرار، تب یا درد پهلوی، فوراً به پزشک مراجعه کنید.	بیمار در طول بستری بدون علائم عفونت ادراری (تب، سوزش ادرار، تکرر ادرار، درد پهلوی) باقی بماند. دمای بدن $< 38^{\circ}\text{C}$ درجه سانتی‌گراد. کشت ادرار (در صورت انجام) منفی یا با ارگانیزم غیرپاتوژن باشد.	خطر عفونت (Risk for infection) مرتبط با دیابت بارداری (گلوکزوری و سرکوب سیستم ایمنی)، آناتومی کوتاه مجرای ادرار در زنان، و احتقان رحم

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار دیابت بارداری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

تعریف بیماری و روند درمان

تعریف دیابت بارداری (GDM): نوعی عدم تحمل گلوکز است که برای اولین بار در طی بارداری تشخیص داده می‌شود. این وضعیت معمولاً بین هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ بارداری ظاهر می‌شود و ناشی از افزایش مقاومت به انسولین به دلیل هورمون‌های جفت (لاکتوژن جفتی، استروژن، پروژسترون، کورتیزول) است.

شیوع: بین ۳ تا ۲۵ درصد بارداری‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در سال‌های اخیر رو به افزایش است.

عوامل خطر: سابقه قبلی GDM، سابقه خانوادگی دیابت نوع ۲، چاقی ($BMI > 30$)، سن بالای ۳۵ سال، سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS)، زایمان قبلی نوزاد با وزن بالا (>4000) گرم، سابقه مرده‌زایی یا سقط مکرر.

عوارض احتمالی: ماکروزومی (نوزاد درشت‌تر از حد طبیعی)، دیستوشی شانه، زایمان زودرس، پلی هیدرآمنیوس، پره‌اکلامپسی، زایمان سزارین، هیپوگلیسمی نوزادی پس از تولد، زردی نوزادی.

روند درمان پزشکی:

حیطه درمانی	اقدامات
پایش قند خون	اندازه‌گیری قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از هر وعده غذایی (حداقل ۴ بار در روز)
رژیم درمانی	مشاوره با متخصص تغذیه، رژیم با کربوهیدرات کنترل شده (۴۸-۵۰٪) و شاخص گلیسمی پایین
فعالیت بدنی	پیاده‌روی حداقل ۳۰ دقیقه پس از وعده‌های غذایی (حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته فعالیت هوازی با شدت متوسط).
درمان دارویی	انسولین (در صورت عدم کنترل با رژیم و ورزش) ایمن‌ترین گزینه به دلیل عدم عبور از جفت، در موارد انتخابی متفورمین یا گلی‌بوراید.
مانیتورینگ جنین	سونوگرافی رشد جنین، اندازه‌گیری ضربان قلب جنین و NST، کاردیوتوکوگرافی در صورت نیاز
زمان زایمان	توصیه به زایمان قبل از ۴۱ هفته (حداکثر ۴۰ هفته و ۶ روز)

رژیم غذایی در بستری

- ✓ مصرف مواد غذایی نشاسته‌ای مانند برنج، نان و سیب زمینی و... را باید محدود کنید.
- ✓ میوه، تعداد آن محدود به ۲-۳ عدد در روز باشد و حتی الامکان با پوست میل نمائید و از مصرف آبمیوه بسته بندی شده اجتناب نمائید.
- ✓ مصرف خشکبار مانند انجیر خشک، توت خشک، خرما و کشمش را باید محدود کنید.

فعالیت در بستری

- ✓ برای پیشگیری از افت قند خون از انجام فعالیتهای سنگین بدنی خودداری کنید.

مراقبت در بستری

- ✓ در صورت بروز علائم کاهش قند خون از قبیل: عرق ریزش یا احساس سرما (در لمس، پوست سرد و مرطوب است)، احساس ضعف و لرزش بدن، احساس گزگز در اطراف لبها و پاها، احساس گرسنگی، تاری دید، تغییرات عاطفی (آشفته‌گی یا عصبانیت)، رنگ پریدگی، بریده بریده سخن گفتن و خواب آلودگی را اطلاع دهید..

- ✓ در صورت بروز علائم افزایش قند خون از قبیل: ابتدا افزایش اشتها و سپس کاهش اشتها، سردرد، تهوع و استفراغ، کرامپ شکمی، ضعف، تاری دید، خشکی دهان، تشنگی مفرط، افزایش ادرار و خستگی مفرط، اطلاع دهید.
- ✓ آزمایشاتی (جهت اندازه گیری قند خون و...) به صورت مکرر انجام میشود.
- ✓ مایعات فراوان مصرف کرده و بهداشت دستگاه تناسلی را رعایت کنید.
- ✓ روزانه انگشتان پا را از نظر زخم بررسی کنید.
- ✓ به جای دمپایی جلو باز برای جلوگیری از زخم پا از کفش مناسب استفاده کنید.
- ✓ روزانه پاها را با آب و صابون شسته و آن را خشک کنید. (بخصوص بین انگشتان).
- ✓ بهداشت فردی (شستن دستها و مسواک زدن بعد از هر وعده غذایی و...) را رعایت کرده چرا که بیماران دیابتی مستعد عفونت میباشند.
- ✓ بعد از زایمان لازم است طبق دستور پزشک قند خون را به طور مرتب آزمایش کنید زیرا با تشخیص به موقع دیابت پنهان از بروز عوارض قلبی و عروقی جلوگیری میشود.
- ✓ احتمال به دیابت حاملگی در بارداریهای بعدی و دیابت نوع دو در شما زیاد است.
- ✓ در صورتی که دیابت شما کنترل یا درمان نشود میتواند اثراتی را بر روی جنین داشته باشد از قبیل کاهش قند خون نوزاد بعد از تولد، مشکلات تنفسی، چاق و درشت شدن جنین و تولد نوزاد با وزن بالا که میتواند زایمان را سخت و خطرناک سازد.

دارو

- ✓ از داروهای خوراکی کاهش دهنده قند خون در بارداری استفاده نمیشود و تزریق انسولین روش مناسبی برای تنظیم قند خون میباشد.
- ✓ دارو تزریقی (انسولین) طبق دستور پزشک در ساعات مشخص توسط پرستار تجویز میشود.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار دیابت بارداری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی در منزل

۱. محدود کردن مواد غذایی نشاسته ای و شیرینی ها و نوشابه های شیرین
۲. محدود کردن روغن مصرفی و حذف روغن های جامد و روغن های حیوانی از رژیم غذایی و جایگزین کردن روغنهای مایع خوراکی در رژیم غذایی
۳. افزایش مصرف سبزیجات به صورت خام یا پخته (سعی کنید حداقل دو واحد در روز از سبزیجات استفاده کنید).
۴. محدودیت در مصرف میوه هایی مانند هندوانه، خربزه، طالبی شیرین، انگور عسگری، خرما و انجیر به علت قند بالا
۵. محدودیت مصرف موادی مانند عسل و شیرینی، مربا، کره، آب میوه ها و سایر مواد با کربوهیدرات بالا
۶. پرهیز از حذف وعده های غذایی به ویژه صبحانه؛ رعایت این مسئله بر ثابت نگه داشتن قند خون مؤثر است.
۷. افزایش تعداد وعده های غذایی و کاهش حجم غذا در هر وعده (۳ وعده غذایی اصلی: صبحانه، ناهار و شام و ۳ میان وعده (۱۰ صبح، میان وعده عصر و قبل از خواب) به تقسیم مناسب کالری در بدن و در نتیجه جلوگیری از افزایش یا کاهش قند کمک خواهد کرد).

فعالیت و مراقبت در منزل

- ✓ برای پیشگیری از افت قند خون از انجام ورزش شدید و فعالیتهای سنگین بدنی خودداری کنید قبل از ورزش و فعالیت بدنی سنگین یک میان وعده در برنامه ی غذایی خود بگنجانید.
- ✓ برای تنظیم قند خون تمرینات آیروبیک (پیاده روی، شنا و نرمش) را طبق نظر پزشک انجام دهید. پاها را با آب ولرم و صابون ملایم (صابون بچه) هر روز شسته و خشک کنید. (بخصوص بین انگشتان)
- ✓ از جوراب نخی استفاده کرده و روزانه آنها را تعویض کنید. کفشهای پاشنه کوتاه با پنجه پهن از جنس نرم بپوشید. کفشهای نو حداکثر یک ساعت در روز استفاده و در روزهای بعد آن را افزایش دهید.
- ✓ ناخنهای خود را به صورت صاف بگیرید و با سوهان سر آنها را صاف کنید.

- ✓ در صورتی که انسولین ریگولارشفاف مصرف می کنید ۳ ساعت پس از تزریق انسولین احتمال افت قند خون وجود دارد.
- ✓ در صورتی که انسولین ان. پی. اچ (شیری) مصرف میکنید عصرها و یا قبل از شام احتمال افت قند خون وجود دارد.
- ✓ انسولین را در دو طرف شکم به فاصله چهار انگشت از ناف (دور ناف)، قسمت بالا و بیرونی بازوها، بالا و بیرون ران تزریق نمائید.
- ✓ در ناحیه شکم با زاویه ۹۰ درجه یا مستقیم، بازو و ران با زاویه ۴۵ درجه یا مایل تزریق کنید. در افراد چاق تزریق با زاویه ۹۰ درجه انجام میگیرد.
- ✓ تزریق انسولین را به صورت چرخشی انجام داده و فاصله هر تزریق با تزریق بعدی را ۲سانتیمتر در نظر بگیرید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت بروز علائم عفونت مانند تب، ضعف و... به پزشک مراجعه کنید.
- ✓ در صورت احساس تعریق، رنگ پریدگی، سرگیجه، لرز و احساس گرسنگی شدید، گیجی و عدم آگاهی به اطراف سریعاً قند خود را اندازه گیری کرده و در صورت افت قند درمان صورت پذیرد و در صورت تشدید علائم و افت هوشیاری به اورژانس مراجعه و یا با ۱۱۵ تماس حاصل نمایید.
- ✓ ۶ تا ۱۲ هفته بعد از تولد نوزاد، برای آزمایش قند خون اقدام کنید زیرا اغلب دیابت حاملگی بعد از تولد از بین میرود.

فشار خون بالای بارداری
آموزش علایم خطر بیماری (سردرد ، تاری دید ، سوزش سر دل و ...)
رعایت رژیم غذایی کم نمک و پرفیبر و سبزیجات و میوه جات
میزان تحرک و فعالیت
آموزش عوارض دارویی نظیر سولفات منیزیم
اندازه گیری میزان دفع ادرار
مصرف صحیح داروها و کاربرد ان
مراقبت از جنین و پیگیری های مادر در دوران حاملگی
تشخیص و علائم پره اکلامپسی

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
ضربان قلب جنین در محدوده نرمال است، هیچ نشانه‌ای از دیسترس مشاهده نمی‌شود و فشار خون مادر کنترل شده است.	مداخلات پرستاری: ۱. فشار خون مادر را در هر دو بازو در وضعیت نشسته یا دکوبیتوس جانبی چپ اندازه‌گیری و ثبت کنید. ۲. علائم پره‌اکلامپسی شدید را هر ساعت ارزیابی کنید: سردرد شدید، تاری دید ، درد اپی گاستر/راست فوقانی شکم، تهوع/استفراغ. ۳. ضربان قلب جنین را با داپلر یا مانیتورینگ مداوم (در صورت لزوم) ارزیابی کنید. ۴. حرکات جنین را هر شیفت ثبت کنید و به بیمار آموزش شمارش حرکات را بدهید. ۵. علائم جداشدگی جفت (خونریزی واژینال، درد شدید شکم، رحم سفت و حساس) را پایش کنید. ۶. بیمار را در وضعیت دکوبیتوس جانبی چپ قرار دهید تا جریان خون رحمی افزایش یابد. آموزش به بیمار: " • حرکات جنین را هر روز بشمارید. اگر در ۱۲ ساعت کمتر از ۱۰ حرکت احساس کردید، فوراً گزارش دهید." " • کاهش جریان خون به جفت می‌تواند روی نوزاد تأثیر بگذارد. به همین دلیل کنترل فشار خون شما بسیار مهم است."	• فشار خون مادر در محدوده هدف ($< 140/90$ میلی‌متر جیوه) حفظ شود. • ضربان قلب جنین در محدوده نرمال (-110 تا 160 ضربه در دقیقه) باشد. • هیچ نشانه‌ای از دیسترس جنینی (دکله‌راسیون دیررس، برادی کاردی) مشاهده نشود.	خطر آسیب به دوتایی مادر - جنین (مرتبط با فشار خون کنترل نشده، کاهش جریان خون رحمی - جفتی و عوارض شدید) اکلامپسی، جداشدگی جفت، IUGR).
بیمار بدون تشنج باقی می‌ماند و در صورت مصرف منیزیم، رفلکس‌ها، تنفس و	مداخلات پرستاری (مراقبت از بیمار دریافت‌کننده سولفات منیزیم - داروی پرخطر) : پیش از تزریق/حین انفوزیون: ۱. از پرستار دوم بخواهید دوز، محاسبات و تنظیمات پمپ انفوزیون	• بیمار در طول بستری هیچ اپیزود تشنجی نداشته باشد. • بیمار اقدامات پیشگیری	خطر آسیب به عملکرد عصبی مرتبط با احتمال تشنج ناشی از اکلامپسی

دیورز در محدوده ایمن باقی می ماند.	۱. از تشنج (محیط آرام، کنترل محرک ها) را درک کند. • سولفات منیزیم (در صورت تجویز) بدون عوارض شدید تحمل شود. ۲. چک مجدد (double-check) کند (داروی پرخطر). ۳. پایش مادر: هر ۲-۱ ساعت رفلکس های عمقی تاندون (پاتلار)، تعداد تنفس (≤ 16 نفس/دقیقه)، برون ده ادرار (≤ 30 میلی لیتر/ساعت) و سطح منیزیم سرم را بررسی کنید. ۴. تجهیزات اورژانس: کلسیم گلوکونات (پادزهر) و کلسیم کلراید را در دسترس داشته باشید. ۵. سمیت منیزیم: اولین علامت از دست رفتن رفلکس پاتلار است. در صورت تضعیف رفلکس، انفوزیون را قطع و به پزشک گزارش دهید. ۶. در صورت بروز تشنج: راه هوایی را باز کنید، اکسیژن بدهید، ساکشن آماده کنید، پهلوهایی تخت را بگذارید و سولفات منیزیم ۴-۶ گرم یا ۱۰ گرم IM در صورت عدم دسترسی وریدی (طبق پروتکل تزریق کنید). ۷. اتاق را تاریک و ساکت نگه دارید تا محرک های محیطی کاهش یابد. آموزش به بیمار و همراه: "• اگر احساس سردرد شدید، تاری دید، یا درد بالای شکم کردید، فوراً به پرستار اطلاع دهید." "• اگر در حین مصرف منیزیم احساس گرگرفتگی یا تعریق کردید، این عارضه جانبی طبیعی است."	(فشار خون بالا + تحریک پذیری قشر مغز).	از تشنج (محیط آرام، کنترل محرک ها) را درک کند. • سولفات منیزیم (در صورت تجویز) بدون عوارض شدید تحمل شود.
بیمار پایدار است، بدون علائم اضافه بار حجمی، فشار خون در محدوده هدف کنترل شده است.	مداخلات پرستاری: ۱. هر ۱۵-۳۰ دقیقه در فاز حاد و سپس هر ۲-۱ ساعت علائم حیاتی (BP, HR, RR, SpO2) را ثبت کنید. ۲. هر ۴-۶ ساعت ریه ها را از نظر وجود رال یا کراکل (ادم ریوی) بررسی کنید. ۳. ورودی و خروجی مایعات (I/O) را به دقت ثبت کنید (محدودیت مایعات تا < 1.5 لیتر در ۲۴ ساعت). ۴. داروهای کاهنده فشار خون وریدی (لابتالول، هیدرالازین) را طبق پروتکل تجویز کنید تا فشار خون سیستولیک به زیر ۱۶۰ و دیاستولیک به زیر ۱۱۰ برسد. ۵. از تجویز پیش بار مایع (Fluid preload) خودداری کنید (خطر ادم ریوی در پره اکلامپسی شدید بالاست). ۶. در صورت تورم شدید یا علائم احتقانی، BNP را طبق دستور چک کنید. آموزش به بیمار: "• مصرف مایعات شما محدود است تا از تجمع مایع در ریه ها جلوگیری شود." "• هر گونه تنگی نفس ناگهانی یا سرفه را فوراً گزارش دهید."	• بیمار بدون علائم نارسایی قلبی (تنگی نفس، کراکل های ریوی، ادم محیطی) باقی بماند. • فشار خون در محدوده هدف کنترل شود. • برون ده ادرار ≤ 30 میلی لیتر/ساعت باقی بماند.	خطر کاهش برون ده قلب / ادم ریوی مرتبط با افزایش پس بار (پرفیوری) ناشی از فشار خون شدید و اضافه بار مایعات.

بیمار قادر است هدف درمان را درک کند و سطح اضطراب کاهش یافته است.	مداخلات پرستاری: ۱. با همدلی به نگرانی‌های بیمار گوش دهید و اطلاعات دقیق و مبتنی بر شواهد ارائه دهید. ۲. در مورد عوارض جانبی سولفات منیزیم (گرگرفتگی، حالت تهوع، ضعف عضلانی) و بی‌خطری آن برای شیردهی آموزش دهید. ۳. اگر نوزاد در NICU بستری است، دیدارهای مکرر و در آغوش گرفتن (در صورت امکان) را تسهیل کنید. ۴. بیمار و خانواده را در تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت دهید. ۵. تکنیک‌های تنفس عمیق و آرام‌سازی را آموزش دهید. آموزش به بیمار (حمایت عاطفی): "احساس ترس و نگرانی در این شرایط کاملاً طبیعی است. تیم پزشکی برای محافظت از شما و نوزادتان در تلاش است." "منیزیم دارویی است که از مغز شما در برابر تشنج محافظت می‌کند و برای نوزاد بی‌خطر است."	اضطراب (Anxiety) مرتبط با تشخیص جدی پره‌اکلامپسی، نگرانی در مورد سلامت خود و نوزاد، احتمال زایمان زودرس، و بستری ناگهانی در بیمارستان. • بیمار سطح اضطراب کاهش یافته (مقیاس - ۱۰ $\geq$ ۴) گزارش دهد. • بیمار درک کند که درمان (شامل سولفات منیزیم) برای محافظت از او و نوزاد است. • بیمار قادر به تکرار علائم هشدار باشد.	
بیمار قادر است حداقل ۵ علامت هشدار را تکرار کند، نحوه اندازه‌گیری فشار خون را نشان دهد و برنامه پیگیری را تأیید کند.	۱. تعریف و خطر ادامه بیماری پس از زایمان: "پره‌اکلامپسی یک بیماری جدی است که می‌تواند تا ۶ هفته یا بیشتر پس از زایمان خطرناک باشد. حتی اگر فشار خون شما در بیمارستان خوب شد، باز هم در خانه ممکن است علائم ظاهر شوند." ۲. علائم هشدار که نیاز به مراجعه فوری به اورژانس دارند (آنها را تکرار کنید): ⚠️ فشار خون بالا: اگر در خانه فشار گرفتید و عدد سیستولیک ≤ 160 یا دیاستولیک ≤ 110 بود. ⚠️ سر درد شدید: سردردی که با استامینوفن خوب نمی‌شود. ⚠️ اختلالات بینایی: تاری دید، دیدن جرقه یا نقاط کور. ⚠️ درد بالای شکم: به ویژه در سمت راست یا زیر دنده‌ها. ⚠️ تنگی نفس ناگهانی: احساس پری قفسه سینه یا مشکل در تنفس. ⚠️ تهوع/استفراغ: شروع ناگهانی در اواخر بارداری یا پس از زایمان. ⚠️ تورم ناگهانی: تورم سریع دست، پا یا صورت. متن آماده برای گفتن به اپراتور: "من علائم پره‌اکلامپسی دارم و پزشکم گفته زمانی که این علائم را دارم باید سریعاً به اورژانس مراجعه کنم." ۳. مدیریت فشار خون در منزل: - اندازه‌گیری فشار خون خود را صبح و عصر اندازه‌گیری کنید و	• بیمار قبل از ترخیص، علائم هشدار پره‌اکلامپسی را که نیاز به بازگشت فوری دارند، تکرار کند. • بیمار نحوه اندازه‌گیری فشار خون در منزل را نشان دهد. • بیمار برنامه پیگیری (ویزیت ۷۲ ساعته، ۷-۱۰ روزه و ۶ هفته) را بداند.	دانش ناکافی در مورد خودمراقبتی پس از ترخیص مرتبط با ماهیت پرخطر دوره نفاس (تا ۶ هفته پس از زایمان) و عدم آگاهی از علائم هشدار.

	ثبت کنید. -هدف درمانی: فشار خون باید زیر ۹۰/۱۴۰ میلی‌متر جیوه باقی بماند (هدف کوتاه مدت تا ۶ هفته). -ارسال نتایج: اعداد را برای پزشک خود ارسال کنید (از طریق پورتال یا تلفن). ۴. مصرف داروها: -داروهای فشار خون خود را دقیقاً طبق دستور مصرف کنید. اکثر آن‌ها برای شیردهی بی‌خطر هستند. -در صورت تجویز نیفدیپین پس از زایمان، از مصرف همزمان با گریپ‌فروت خودداری کنید. ۵. برنامه پیگیری (ویزیت‌های اجباری):  ویزیت ۷۲ ساعت پس از ترخیص: برای موارد شدید (شدید).  ویزیت ۷-۱۰ روز پس از ترخیص: برای همه زنان مبتلا به HDP.  ویزیت ۶ هفته پس از زایمان: ارزیابی نهایی و برنامه‌ریزی برای بارداری‌های بعدی.  پیگیری ۳، ۶ و ۱۲ ماهه: در صورت نیاز به ادامه دارو. ۶. خطرات بلندمدت: "ابتلا به پره‌اکلامپسی خطر ابتلا به فشار خون مزمن و بیماری‌های قلبی عروقی را در آینده افزایش می‌دهد. لطفاً سالانه فشار خون خود را چک کنید و سبک زندگی سالم (ورزش، رژیم غذایی، کنترل وزن) را دنبال کنید." ۷. بارداری بعدی: "در بارداری بعدی، از هفته ۱۲ بارداری آسپرین با دوز پایین (۱۰۰ میلی‌گرم) برای پیشگیری از عود پره‌اکلامپسی تجویز می‌شود."		
--	---	--	--

تعریف بیماری و روند درمان

تعریف: اختلالات فشار خون بارداری (HDP) شامل طیفی از شرایط شامل فشار خون مزمن، فشار خون بارداری، پره‌اکلامپسی، پره‌اکلامپسی با ویژگی‌های شدید، و اکلامپسی است.

طبقه‌بندی HDP

تعریف	نوع HDP
فشار خون بالا قبل از هفته ۲۰ بارداری تشخیص داده شده است	فشار خون مزمن
فشار خون سیستولیک ≤ 140 و/یا دیاستولیک ≤ 90 در دو نوبت با فاصله ۴ ساعت، که برای اولین بار در هفته ≤ 20 بارداری تشخیص داده شده است	فشار خون بارداری
فشار خون جدید همراه با پروتئینوری یا نسبت پروتئین/کراتینین ≤ 0.3 یا دیپاستیک $\leq +2$	پره‌اکلامپسی
همراه با ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کبد (آنزیم‌های کبدی ≤ 2 برابر)، آسیب حاد کلیه، ادم ریوی، اختلالات پایدار مغزی یا بینایی	پره‌اکلامپسی با ویژگی‌های شدید
بروز تشنج در بیمار مبتلا به پره‌اکلامپسی	اکلامپسی
افزایش ناگهانی فشار خون قبلاً کنترل شده همراه با پروتئینوری جدید یا اختلال اندام هدف	فشار خون مزمن با پره‌اکلامپسی سوپرایمپوز

شیوع HDP: حدود ۱۶ تا ۲۰ درصد از زنان باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یکی از علل اصلی مرگ و میر و عوارض مادران و نوزادان است.

عوامل خطر: سن ≤ 35 سال، نژاد سیاه پوست، سابقه قبلی پره‌اکلامپسی، چاقی، بارداری چندقلویی، سابقه خانوادگی، دیابت، فشار خون مزمن.

روند درمان پزشکی در بیمارستان:

- درمان اورژانسی: سولفات منیزیم (محافظت عصبی مادر و جنین / پیشگیری از تشنج)
- کنترل فشار خون: لابتالول، هیدرالازین (در بارداری)، نیفدپین (پس از زایمان)
- پایش مادر: علائم حیاتی هر ۱۵-۳۰ دقیقه در فاز حاد، دیورز، رفلکس‌ها، اشباع اکسیژن
- پایش جنین: ضربان قلب جنین، سونوگرافی رشد، بیوفیزیکیال پروفایل
- زمان زایمان: پس از تثبیت مادر، زایمان درمان قطعی است
- مراقبت پس از زایمان: فشار خون حداقل ۷۲ ساعت پس از زایمان کنترل شود، سپس پیگیری سرپایی

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار فشارخون بارداری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

فعالیت در بستری

- ✓ بهتر است در تخت استراحت نمایید.
- ✓ در بستر انگشتان و مچ پاها را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون در پاها پیشگیری شود.
- ✓ در صورت اجازه پزشک برای خروج از تخت ابتدا نشسته و سپس پاها را از لبه تخت آویزان نمایید و در صورت نداشتن سرگیجه با کمک همراه خود و یا پرستار از تخت خارج شوید.
- ✓ از بلند شدن ناگهانی و خارج شدن از تخت بدون هماهنگی با پرستار و همراهان خودداری کنید.

تغذیه در زمان بستری

- ✓ از رژیم غذایی که متخصص تغذیه یا کارشناس تغذیه برای شما در نظر گرفته است استفاده نمایید.
- ✓ از خوردن غذاهای شور و یا اضافه کردن نمک به غذای خود پرهیز نمایید.

درمان در دوره بستری

- ✓ مهم ترین نکته در درمان فشار خون بالای در بارداری تشخیص زود هنگام و نوع فشارخون است
- ✓ اگر در هفته ۳۷ بارداری افزایش فشار خون خفیف مشاهده شد، ممکن است به مدت چند هفته در بیمارستان بستری شوید تا تحت نظر قرار گیرید.
- ✓ در صورت فشارخون ۱۶۰/۱۱۰ یا بیشتر درمان دارویی قرار خواهید گرفت تا فشارخون پائین آید و تا زمان تولد نوزاد بستری خواهید شد.
- ✓ اگر در هفته ۳۴ بارداری یا بعد از آن قرار داشته باشید، زایمان انجام می شود
- ✓ اگر هنوز به هفته ۳۴ بارداری نرسیده‌اید به شما دارو داده می شود تا تکامل ریه ها و سایر اعضای بدن جنین انجام گردد.
- ✓ در صورت شک به احتمال ایجاد پره اکلامپسی دارهای ضد تشنج تجویز خواهد شد.
- ✓ عدم مصرف مسکن و آرام بخش.

مراقبت در دوره بستری

- ✓ از دستکاری سرماها و اتصالات خود اجتناب نمایید.
- ✓ با تیم درمانی همکاری لازم را داشته باشید.
- ✓ از مصرف دارو بدون تجویز پزشک و خوسرانه خودداری نمایید.
- ✓ داروها در فواصل مشخص توسط پرستار برای شما اجرا خواهد شد.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار فشارخون بارداری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی در منزل

- از همان ابتدای بارداری بر میزان مصرف نمک خود دقت کرده و آن را کنترل کنید.
- در زمان پخت غذا بجای نمک از گیاهان و ادویه های مختلف برای طعم دار کردن غذا استفاده نمایید.
- از غذاهای فراوری شده، فست فودها و نوشابه های گازدار که دارای سدیم بالا هستند؛ اجتناب کنید.
- از مصرف غذاهای کنسرو شده که اغلب دارای مقادیر بالای سدیم هستند اجتناب کنید.
- از رژیم غذایی متشکل از چربیهای سالم، پروتئین، ویتامین و مواد معدنی استفاده نمایید.
- افزایش پتاسیم مصرفی می تواند تاثیر سدیم بر فشار خون را کاهش دهد. از بهترین غذاهای غنی از پتاسیم عبارتند از: سیب زمینی شیرین، گوجه فرنگی، آب پرتقال، سیب زمینی، موز، لوبیا، نخود فرنگی، طالبی، هندوانه و میوه های خشک مانند آلو و کشمش. در مورد میزان مناسب پتاسیم برای خود با پزشکتان مشورت کنید.
- مصرف مقدار کافی منیزیم به صورت روزانه، موجب کاهش فشار خون می گردد. منیزیم در موادی مثل بادام، موز، لوبیا، شیر، سویا، سیب زمینی (با پوست)، ماست، غلات کامل و سبزیجات برگ سبز، فراوان است.
- جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی پرفیبر و مایعات مصرف کنید.
- از مصرف غذاهای نفاخ و دیر هضم اجتناب کنید.
- یک برنامه غذایی سالم و مناسب داشته باشید و از مصرف غذاهای پر کالری و با ارزش غذایی کم خودداری کنید.

- مراقب میزان مصرف کافئین خود باشید. مصرف کافئین در دوران بارداری موجب کاهش جریان خون جفت می شود و با خطر سقط جنین در ارتباط است.

فعالیت در منزل

- یکی از مهمترین اقدامات درمانی استراحت است ولی نیازی به استراحت مطلق نیست.
- در صورت اجازه پزشک معالج در طول روز با ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پیاده روی، فشار خون خود را کنترل کنید.

مراقبت در منزل

- ✓ از توقف دارو بدون مشورت با دکتر پرهیز کنید
- ✓ از مصرف دخانیات (سیگار) و نوشیدن الکل، خودداری نمایید.
- ✓ حرکات جنین را در هر روز بشمارید. این روش برای کنترل سلامت جنین در فواصل معاینات پیش از زایمان بسیار عمل مناسبی است.
- ✓ به طور مرتب فشارخون خود را کنترل نمایید.
- ✓ داروهی تجویز شده توسط پزشک معالج خود را سر وقت مصرف نمایید. از قطع دارو بدون اجازه پزشک اجتناب نمایید.
- ✓ گوش دادن به نوع مناسب از موسیقی برای حداقل ۳۰ دقیقه، ۲ یا ۳ بار در روز، می توانید فشار خون خود را کاهش دهید

علائم هشدار دهنده و زمان مراجعه بعدی

- در صورتی که تعداد حرکات جنین کمتر از قبل شده است
- در صورتی که فشار خون از ۹۰/۱۴۰ بالاتر باشد.
- در صورت بروز علائم پره کلامپسی مانند ورم، افزایش ناگهانی وزن، سردرد مداوم یا شدید، تغییرات دید، درد بالای شکم و یا حساسیت آن ناحیه و یا تهوع و استفراغ
- در صورت بروز علائم پارگی جفت مانند لکه بینی یا خونریزی و درد و حساس شدن رحم در لمس به تریاژ مامایی یا پزشک مراجعه کنید.

اکلامپسی و پره اکلامپسی
آموزش علائم خطر بیماری (سردرد، تاری دید، سوزش سر دل و ...)
رعایت رژیم غذایی کم نمک و پرفیبر و سبزیجات و میوه جات
میزان تحرک و فعالیت
آموزش عوارض دارویی نظیر سولفات منیزیم
اندازه گیری میزان دفع ادرار
مصرف صحیح داروها و کاربرد آن
مراقبت از جنین و پیگیری های مادر در دوران حاملگی
تشخیص و علائم هشدار

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
خطر اختلال در دیاد مادر-جنین مرتبط با تشنج، هیپوکسی مادر و عوارض بارداری	مادر: بروز تشنج مجدد رخ ندهد؛ فشار خون در محدوده هدف SBP ۱۴۰-۱۵۵ و DBP ۹۰-۱۰۵ و علائم حیاتی پایدار $SpO_2 \geq 94\%$ جنین: ضربان قلب نرمال (۱۱۰-۱۶۰)، حرکات جنین کافی، رشد مناسب	حین تشنج: برقراری راه هوایی، اکسیژن ۸-۱۰ لیتر با ماسک، نرده های تخت با پد، پهلوی خواباندن، ساکشن ترشحات. پس از تشنج: تجویز سولفات منیزیم (دوز بارگیری ۶ گرم و سپس انفوزیون ۲ گرم در ساعت)؛ کنترل فشار خون با لابتالول یا هیدرالازین طبق دستور؛ مانیتورینگ علائم حیاتی، SpO_2 و ضربان قلب جنین هر ۳۰-۱۵ دقیقه	پس از ۲۴ ساعت، تشنج مجدد رخ نداده و فشار خون در محدوده هدف کنترل شده است SpO_2 بالای ۹۴٪ و ضربان قلب جنین در محدوده نرمال (۱۱۰-۱۶۰) باقی مانده است.
خطر آسیب فیزیکی مرتبط با تشنج و بی قراری پس از آن	بیمار بدون آسیب فیزیکی (کبودی، شکستگی، آسپیراسیون) دوره تشنج را سپری کند	نرده های تخت را بالا ببرید و در صورت امکان از پدهای نرم استفاده کنید. بیمار را در وضعیت درازکش به پهلو (لترال) قرار دهید. در صورت وجود ترشحات یا استفراغ، از ساکشن استفاده کنید. در مرحله بی قراری پس از تشنج، بیمار را تنها نگذارید.	در طول دوره بستری، هیچ گونه آسیب فیزیکی (خراشیدگی، کبودی، شکستگی یا آسپیراسیون ریوی) گزارش نشده است.
درد حاد مرتبط با سردرد شدید و درد اپی گاستر	شدت درد به ≥ 3 از ۱۰ کاهش یابد. بیمار قادر به استراحت و همکاری در درمان باشد	ارزیابی ماهیت و شدت سردرد و درد شکم. تجویز مسکن های مجاز در بارداری (مانند استامینوفن) طبق دستور. در صورت درد اپی گاستر شدید (نشانه احتمالی سندرم HELLP، سریعاً به پزشک گزارش دهید و مراقبت های ویژه را آغاز کنید).	پس از ۴ ساعت، بیمار گزارش می دهد که شدت سردرد از ۷ به ۳ کاهش یافته و درد اپی گاستر برطرف شده است.
کمبود دانش مرتبط با بیماری، درمان و مراقبت پس از ترخیص	بیمار و خانواده بتوانند علائم هشداردهنده (سردرد شدید، تاری دید) و برنامه پیگیری را توضیح دهند	آموزش در مورد ماهیت بیماری، اهمیت مصرف سولفات منیزیم و داروهای کاهنده فشار خون. آموزش علائم هشداردهنده که نیاز به مراجعه فوری	قبل از ترخیص، بیمار و خانواده به طور دقیق سه علامت هشدار اصلی و زمان ویزیت بعدی را نام می برند.

	دارند (سردرد شدید، تاری دید، درد اپی گاستر). توضیح برنامه پیگیری و اهمیت معاینات منظم.		
اضطراب مرتبط با تجربه تشنج و نگرانی از سلامت خود و جنین	بیمار سطح اضطراب ≥ 3 از ۱۰ گزارش دهد و توانایی صحبت در مورد احساسات خود را داشته باشد	اختصاص زمان برای گوش دادن به نگرانی‌های بیمار. ارائه توضیحات واضح و صادقانه در مورد وضعیت مادر و جنین. اجازه دادن به همراه برای حضور در کنار بیمار تا حد امکان. در صورت نیاز، ارجاع به خدمات مشاوره روانشناسی.	پس از ۲۴ ساعت از کنترل تشنج، بیمار قادر است با آرامش بیشتری در مورد تجربه خود صحبت کند و سطح اضطراب را ۳ از ۱۰ گزارش می‌دهد.

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار اکلامپسی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

۱. ماهیت اورژانسی بیماری و اهمیت بستری

به بیمار و خانواده توضیح دهید که اکلامپسی یک وضعیت جدی و اورژانسی است که با تشنج در مادر باردار همراه است. بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش پرخطر بارداری، برای پیشگیری از تشنج‌های بعدی، کنترل شدید فشار خون و حفظ سلامت مادر و جنین ضروری است. تأکید کنید که این بیماری قابل کنترل است و با مراقبت‌های مناسب، بهبودی کامل حاصل می‌شود.

۲. علائم هشداردهنده تشنج و اقدامات ایمنی

به بیمار و همراهان آموزش دهید که در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، سریعاً به پرستار یا پزشک اطلاع دهند:

- سردرد شدید و ضربان‌دار که با مسکن معمولی بهتر نمی‌شود
- تاری دید، دیدن جرقه یا نقاط نورانی
- تهوع و استفراغ ناگهانی
- درد بالای شکم (ناحیه اپی گاستر) یا زیر دنده‌ها

اقدامات ایمنی در حین تشنج:

- در صورت بروز تشنج، **نرده‌های تخت را بالا بزنید** تا بیمار از تخت سقوط نکند.
- بیمار را به **پهلوی** خوابانید تا از ورود ترشحات دهان و استفراغ به ریه جلوگیری شود.
- هرگز چیزی بین دندان‌های بیمار قرار ندهید.
- پس از پایان تشنج، راه هوایی بیمار را بررسی کنید و در صورت نیاز اکسیژن تجویز شود.
- هرگز بیمار را در حین تشنج تنها نگذارید.

۳. اهمیت و نحوه عملکرد سولفات منیزیم

به بیمار توضیح دهید که **سولفات منیزیم** مؤثرترین دارو برای پیشگیری از تشنج‌های مجدد است و به صورت انفوزیون وریدی مداوم دریافت می‌کند. نکات مهم:

- این دارو ممکن است باعث احساس گرما، خشکی دهان یا خواب‌آلودگی شود که طبیعی است.
- در صورت بروز هر یک از علائم زیر، فوراً به پرستار اطلاع دهید:
 - کاهش سطح هوشیاری یا خواب‌آلودگی غیرعادی
 - تنفس کند یا سخت (کمتر از ۱۲ بار در دقیقه)
 - کاهش حجم ادرار (کمتر از ۳۰ سی‌سی در ساعت)
 - ضعف شدید عضلانی یا دوبینی
- پرستار به طور مداوم سطح منیزیم خون، رفلکس‌های تاندونی، تعداد تنفس و خروجی ادرار شما را کنترل می‌کند تا از عوارض جلوگیری شود.

۴. کنترل فشار خون

به بیمار توضیح دهید که فشار خون بالا (بالای ۱۶۰/۱۱۰) خطر سکته مغزی، تشنج و آسیب به کلیه‌ها و جفت را افزایش می‌دهد. هدف درمان، نگهداشتن فشار خون سیستولیک بین ۱۵۵-۱۴۰ و دیاستولیک بین ۹۰-۱۰۵ میلی‌متر جیوه است. داروهای کاهنده فشار خون (مانند لابتالول، هیدرالازین یا نیفدپین) طبق دستور پزشک تجویز می‌شوند و باید به طور منظم مصرف شوند.

۵. پایش مداوم مادر و جنین

به بیمار توضیح دهید که دستگاه‌های مانیتورینگ برای بررسی علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تعداد تنفس، اشباع اکسیژن) و ضربان قلب جنین به طور مداوم متصل هستند. این پایش‌ها برای اطمینان از سلامت هر دو ضروری است و همکاری بیمار در این فرایند بسیار مهم است. از بیمار بخواهید هر گونه تغییر در حرکت جنین یا احساس غیرعادی را گزارش دهد.

۶. محدودیت مایعات و رژیم غذایی

در صورت بروز ادم ریوی (تنگی نفس، خس‌خس سینه) یا نارسایی کلیوی، ممکن است محدودیت مایعات (معمولاً ۸۰۰-۱۰۰۰ سی‌سی در روز) و مصرف دیورتیک (مانند فوروزماید) تجویز شود. در مرحله حاد، ممکن است رژیم غذایی نرم یا مایعات شفاف توصیه شود. پس از بهبودی، رژیم غذایی کم نمک برای کنترل فشار خون تجویز می‌شود.

۷. پایش عوارض - سندرم HELLP

به بیمار توضیح دهید که اکلآمپسی ممکن است با سندرم HELLP (همولیز، افزایش آنزیم‌های کبدی، کاهش پلاکت) همراه باشد. در صورت مشاهده علائمی مانند درد شدید بالای شکم، تهوع و استفراغ، یا خونریزی غیرعادی، پرستار بلافاصله آزمایشات لازم را انجام می‌دهد و اقدامات درمانی مناسب آغاز می‌شود.

۸. اهمیت استراحت مطلق و محدودیت فعالیت

در مرحله حاد، استراحت مطلق در بستر ضروری است تا فشار خون کاهش یابد و از تحریک بیش از حد سیستم عصبی جلوگیری شود. به بیمار توضیح دهید که هر گونه فعالیت، حتی نشستن طولانی‌مدت، ممکن است فشار خون را افزایش دهد. پس از تثبیت وضعیت، فعالیت‌های سبک با نظر پزشک آغاز می‌شود.

۹. حمایت روانی و کاهش استرس

تجربه تشنج و بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند بسیار استرس‌زا باشد. به بیمار اطمینان دهید که:

- احساس ترس، اضطراب و نگرانی در مورد سلامت خود و جنین، کاملاً طبیعی است.
- تیم درمان به طور شبانه‌روزی در کنار اوست و تمام تلاش خود را برای حفظ سلامت مادر و جنین انجام می‌دهد.
- در صورت نیاز، مشاوره روانشناسی یا روانپزشکی در دسترس است.
- حضور همراه در حد امکان مجاز است تا بیمار احساس امنیت بیشتری داشته باشد.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار اکلآمپسی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

۱. ادامه درمان دارویی در منزل

- داروهای کاهنده فشار خون (مانند لابتالول، نیفدپین، متیل دوبا): دقیقاً طبق دستور پزشک مصرف شود. هرگز دارو را خودسرانه قطع یا کاهش ندهید، حتی اگر فشار خون نرمال شد، زیرا قطع ناگهانی می‌تواند باعث افزایش شدید فشار خون شود.
- مکمل‌ها: در صورت تجویز مکمل کلسیم یا ویتامین‌ها، آنها را منظم مصرف کنید.
- سولفات منیزیم: این دارو معمولاً فقط در بیمارستان تجویز می‌شود و پس از ترخیص قطع می‌گردد.

۲. اندازه‌گیری و ثبت فشار خون در منزل

- اگر دستگاه فشار خون در خانه دارید، روزانه دو بار (صبح قبل از مصرف دارو و عصر) فشار خون خود را اندازه بگیرید و در دفترچه ثبت کنید.
- در صورت عدم دسترسی به دستگاه، حداقل روزی یک بار به داروخانه یا مرکز بهداشت مراجعه کنید.
- محدوده هدف: فشار خون سیستولیک زیر ۱۴۰ و دیاستولیک زیر ۹۰ میلی‌متر جیوه.

- اگر فشار خون سیستمیک بالای ۱۵۰ یا دیاستولیک بالای ۱۰۰ بود، با پزشک تماس بگیرید. اگر بالای ۱۱۰/۱۶۰ بود، به اورژانس مراجعه کنید.

۳. علائم هشداردهنده که نیاز به مراجعه فوری دارند

علائم زیر به بیمار آموزش داده شود و تأکید شود که در صورت مشاهده هر یک، فوراً به اورژانس مراجعه کند:

- سردرد شدید و ضربان دار که با استراحت یا مسکن معمولی بهتر نمی‌شود
- تاری دید، دیدن جرقه، نقاط نورانی یا از دست دادن موقت بینایی
- درد شدید و مداوم بالای شکم (ناحیه اپی‌گاستر) یا زیر دنده راست
- تهوع و استفراغ ناگهانی
- تنگی نفس یا سرفه خلطدار (نشانه احتمالی ادم ریوی)
- کاهش حرکت جنین (کمتر از ۱۰ حرکت در ۱۲ ساعت)
- خونریزی واژینال
- تورم ناگهانی صورت، دست‌ها یا پاها
- تشنج (حتی یک بار)

۴. برنامه پیگیری و ویزیت‌های بعدی

- زمان ویزیت بعدی: معمولاً ۲-۱ هفته پس از ترخیص برای بررسی فشار خون، وضعیت کلیه‌ها و آنزیم‌های کبدی.
- پیگیری تخصصی: در صورت نیاز، ارجاع به متخصص داخلی یا نفرولوژیست برای پیگیری فشار خون و عملکرد کلیه.
- آزمایشات دوره‌ای: انجام منظم آزمایش ادرار برای بررسی پروتئینوری و آزمایش خون برای بررسی عملکرد کلیه و کبد.
- معاینه نوزاد: در صورت زایمان، اطمینان از پیگیری سلامت نوزاد با متخصص نوزادان.

۵. رژیم غذایی در منزل

- رژیم کم نمک (کمتر از ۲ گرم سدیم در روز): از نمکدان سر سفره استفاده نکنید. غذاهای کنسروی، فرآوری شده، سوسیس و کالباس، پنیر شور، چیپس و تنقلات شور را حذف کنید.
- مصرف مایعات: روزانه حداقل ۱۰-۸ لیوان آب بنوشید (در صورت عدم محدودیت کلیوی).
- رژیم غذایی سالم: میوه‌ها و سبزیجات تازه، پروتئین کم‌چرب (مرغ، ماهی، تخم‌مرغ، حبوبات)، غلات کامل.
- مکمل کلسیم: در صورت تجویز پزشک، مصرف منظم کلسیم می‌تواند به کاهش خطر عود کمک کند.

۶. فعالیت و استراحت پس از ترخیص

- هفته اول: استراحت نسبی در منزل. پیاده‌روی کوتاه (۵-۱۰ دقیقه) چند بار در روز مجاز است.
- هفته دوم: افزایش تدریجی فعالیت تا ۳۰ دقیقه پیاده‌روی روزانه.
- پرهیز: از بلند کردن اجسام سنگین (بیش از ۵ کیلوگرم)، ورزش‌های سنگین، و فعالیت‌های استرس‌زا خودداری کنید.
- خواب کافی: شبانه حداقل ۷-۸ ساعت خواب با ۲-۱ چرت کوتاه در روز.
- استراحت در وضعیت نیمه‌نشسته: هنگام استراحت، سر و شانه‌ها را با بالش بالا نگه دارید تا تنفس راحت‌تر باشد.

۷. مراقبت‌های ویژه در صورت زایمان زودرس

- اگر نوزاد به دلیل اکلامپسی زودتر از موعد متولد شده است، آموزش‌های مراقبت از نوزاد نارس توسط تیم نوزادان ارائه می‌شود.
- پیگیری رشد و تکامل نوزاد به طور منظم انجام شود.
- از پزشک نوزادان در مورد برنامه واکسیناسیون و معاینات دوره‌ای سؤال کنید.

۸. پیشگیری از عود در بارداری‌های آینده

- به بیمار توضیح دهید که احتمال عود پره‌اکلامپسی در بارداری‌های بعدی حدود ۴۰-۲۰٪ است، اما با مراقبت‌های مناسب قابل کنترل است.
- قبل از بارداری مجدد، حتماً با پزشک متخصص زنان یا فوق تخصص مادران و جنین مشورت کنید.
- در بارداری بعدی، مصرف روزانه آسپرین با دوز پایین (۸۰-۱۰۰ میلی گرم) از هفته ۱۲ بارداری توصیه می‌شود (با نظر پزشک).
- شروع زودهنگام مراقبت‌های بارداری در بارداری بعدی ضروری است (ترجیحاً قبل از هفته ۱۲).

۹. تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری

- روش‌های پیشگیری از بارداری که با فشار خون سازگار هستند (مثل کاندوم، آی‌یودی غیرهورمونی، قرص‌های صرفاً پروژسترونی در صورت صلاحدید پزشک) را با پزشک خود مشورت کنید.
- از قرص‌های ترکیبی استروژن-پروژسترون در صورت داشتن سابقه پره‌اکلامپسی یا فشار خون بالا خودداری کنید (مگر با نظر پزشک).

۱۰. مراقبت از نوزاد پس از ترخیص (در صورت تولد)

- تغذیه: اگر نوزاد متولد شده است، تغذیه با شیر مادر بسیار توصیه می‌شود. در صورت مصرف داروهای کاهنده فشار خون، با پزشک در مورد ایمنی شیردهی مشورت کنید.
- پیگیری نوزاد: معاینات منظم نوزاد توسط متخصص اطفال یا نوزادان انجام شود.
- واکسیناسیون: برنامه واکسیناسیون نوزاد را طبق نظر پزشک پیگیری کنید.

پره‌اکلامپسی:

ارزشیابی	مداخلات پرستاری	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
پس از ۲۴ ساعت، فشار خون در محدوده هدف کنترل شده است؛ تشنج رخ نداده است؛ ضربان قلب جنین و حرکات آن در محدوده نرمال باقی مانده است؛ پروتئینوری افزایش نیافته است	پایش: فشار خون هر ۴ ساعت، وزن روزانه، پروتئین ادرار، رفلکس‌ها، SpO ₂ . ضربان قلب جنین با مانیتورینگ مداوم یا NST. درمان: تجویز سولفات منیزیم (دوز بارگیری ۴-۶ گرم و انفوزیون ۲ گرم در ساعت) برای پیشگیری از تشنج؛ تجویز لابتالول، هیدرالازین یا نیفدیپین برای کنترل فشار خون شدید اقدامات: وضعیت درازکش به پهلو چپ؛ کاهش نور و صدا؛ محدودیت فعالیت؛ همکاری برای تعیین زمان زایمان	مادر: فشار خون در محدوده هدف SBP ۱۵۵-۱۴۰، DBP ۱۰۵-۹۰؛ عدم پیشرفت به سمت اکلامپسی؛ علائم حیاتی پایدار. جنین: ضربان قلب نرمال (۱۶۰-۱۱۰)، حرکات جنین کافی، رشد مناسب	خطر اختلال در دیاد مادر-جنین مرتبط با فشار خون بالا، کاهش پرفیوژن جفتی و عوارض بارداری
پس از ۳ روز، وزن بیمار پایدار یا کاهش یافته است؛ رال‌های ریوی برطرف شده است؛ خروجی ادرار > ۳۰ ml/hr و ادم محیطی کاهش یافته است	وزن کشی روزانه در ساعت معین؛ محدودیت سدیم (۲ گرم در روز) و مایعات (طبق دستور در صورت ادم ریوی)؛ تجویز دیورتیک طبق دستور (در صورت ادم ریوی یا نارسایی کلیوی)؛ مانیتورینگ دقیق ورودی و خروجی؛ سمع ریه‌ها هر شیفت	ادم محیطی کاهش یابد؛ رال‌های ریوی برطرف شود؛ وزن روزانه پایدار یا کاهشی؛ خروجی ادرار $\leq 30 \text{ ml/hr}$	اضافه حجم مایعات مرتبط با احتباس سدیم و آب و افزایش نفوذپذیری عروق
پس از ۴ ساعت، شدت سردرد از ۷ به ۳ کاهش یافته است؛ درد اپی‌گاستر	ارزشیابی ماهیت و شدت سردرد و درد شکم هر ۴ ساعت؛ تجویز استامینوفن طبق دستور برای سردرد (اجتناب از NSAIDها)؛ در صورت درد اپی‌گاستر شدید، سریعاً به	شدت درد ≥ 3 از ۱۰ کاهش یابد؛ بیمار قادر به استراحت و همکاری در درمان باشد	درد حاد مرتبط با سردرد شدید و درد اپی‌گاستر (نشانه احتمالی سندرم HELLP)

پزشک گزارش دهید و بررسی آنزیم‌های کبدی و پلاکت را درخواست کنید؛ محیط آرام و کاهش نور برای کاهش سردرد؛ تشویق به استراحت	برطرف شده یا کاهش یافته است؛ بیمار قادر به استراحت و همکاری است		
آموزش انفرادی در مورد ماهیت پره‌اکلامپسی، علائم هشدار، اهمیت کنترل فشار خون، نحوه اندازه‌گیری فشار خون و وزن، برنامه دارویی، رژیم کم نمک، علائم نیاز به مراجعه فوری، و زمان ویزیت پیگیری؛ ارائه بروشور آموزشی؛ استفاده از روش بازآموزی (teach-back) برای تأیید درک بیمار	قبل از ترخیص، بیمار و خانواده به درستی سه علامت هشدار اصلی را نام می‌برند؛ نحوه اندازه‌گیری فشار خون را نشان می‌دهند؛ برنامه دارویی و زمان ویزیت بعدی را به خاطر دارند	بیمار و خانواده بتوانند علائم هشداردهنده (سردرد شدید، تاری دید، درد اپی‌گاستر) را نام ببرند؛ برنامه دارویی و پیگیری را توضیح دهند	کمبود دانش مرتبط با ماهیت بیماری، علائم هشدار و مراقبت پس از ترخیص
اختصاص زمان برای گوش دادن به نگرانی‌های بیمار؛ ارائه توضیحات واضح و صادقانه در مورد وضعیت مادر و جنین؛ اجازه دادن به همراه برای حضور در کنار بیمار در صورت امکان؛ تشویق به بیان احساسات؛ در صورت نیاز، ارجاع به خدمات مشاوره روانشناسی	پس از جلسات آموزشی و حمایت روانی، بیمار از کاهش اضطراب گزارش می‌دهد (≥ 3 از ۱۰) و قادر است با آرامش بیشتری در مورد وضعیت خود صحبت کند	بیمار سطح اضطراب ≥ 3 از ۱۰ گزارش دهد؛ توانایی صحبت در مورد احساسات خود را داشته باشد	اضطراب مرتبط با نگرانی از سلامت خود و جنین و ناشناخته بودن بیماری

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار پره اکلامپسی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

۱. ماهیت بیماری و اهمیت بستری

به بیمار و خانواده توضیح دهید پره‌اکلامپسی یک اختلال فشار خون بارداری است که با فشار خون بالا و پروتئین در ادرار مشخص می‌شود و می‌تواند بر سلامت مادر و جنین تأثیر بگذارد. بستری شدن برای کنترل فشار خون، پیشگیری از تشنج و پایش سلامت جنین ضروری است. تنها درمان قطعی، زایمان است، اما هدف در حین بستری، به تأخیر انداختن زایمان تا زمان مناسب برای رشد جنین و جلوگیری از عوارض مادر است.

۲. علائم هشداردهنده که باید به پرستار گزارش شود

به بیمار آموزش دهید در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، فوراً به پرستار اطلاع دهد:

- سردرد شدید و ضربان‌دار که با استامینوفن بهبود نمی‌یابد
- تاری دید، دیدن جرقه یا نقاط نورانی
- درد بالای شکم (ناحیه اپی‌گاستر) یا زیر دنده راست
- تهوع و استفراغ ناگهانی
- تنگی نفس یا سرفه
- تورم ناگهانی صورت، دست‌ها یا پاها

۳. مراقبت‌های پرستاری و مانیتورینگ

به بیمار توضیح دهید که پرستار به طور منظم موارد زیر را بررسی می‌کند:

- فشار خون: هر ۴-۶ ساعت یا در صورت نیاز بیشتر

- وزن روزانه: برای تشخیص احتباس مایعات
- ادرار: بررسی پروتئین و خروجی ادرار (از طریق کاتتر یا جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته)
- رفلکس‌های عمقی تاندون: برای بررسی تحریک‌پذیری سیستم عصبی
- ضربان قلب جنین: با مانیتورینگ مداوم یا متناوب

۴. اهمیت مصرف سولفات منیزیم

در صورتی که پزشک سولفات منیزیم تجویز کند، به بیمار توضیح دهید این دارو برای پیشگیری از تشنج استفاده می‌شود. عوارض قابل گزارش به پرستار شامل:

- کاهش سطح هوشیاری یا خواب‌آلودگی غیرعادی
- تنفس کند (کمتر از ۱۲ بار در دقیقه)
- کاهش حجم ادرار (کمتر از ۳۰ سی‌سی در ساعت)
- ضعف شدید عضلانی یا دوبینی

۵. داروهای کاهنده فشار خون

داروهای رایج برای کنترل فشار خون شدید شامل لابتالول، هیدرالازین و نیفدیپین هستند که به صورت وریدی یا خوراکی تجویز می‌شوند. هدف، نگهداشتن فشار خون سیستولیک بین ۱۴۰-۱۵۵ و دیاستولیک ۹۰-۱۰۵ میلی‌متر جیوه است.

۶. استراحت و وضعیت بدنی

- در پره‌اکلامپسی بدون علائم شدید، استراحت مطلق در بستر معمولاً تجویز نمی‌شود، اما استراحت نسبی و کاهش فعالیت توصیه می‌شود.
- وضعیت خوابیده به پهلو چپ جریان خون رحمی-جفتی را بهبود می‌بخشد.
- از فشار به شکم و فعالیت سنگین خودداری کنید.

۷. رژیم غذایی و محدودیت مایعات

- رژیم کم نمک (کمتر از ۲ گرم سدیم در روز) برای کنترل فشار خون توصیه می‌شود.
- در صورت ادم ریوی یا نارسایی کلیوی، ممکن است محدودیت مایعات تجویز شود.
- مصرف مایعات کافی در صورت عدم محدودیت، برای حفظ حجم خون ضروری است.

۸. پایش سلامت جنین

- ضربان قلب جنین: با مانیتورینگ مداوم یا تست‌های غیراسترسی (NST) بررسی می‌شود.
- حرکات جنین: از بیمار خواسته می‌شود حرکات جنین را گزارش دهد.
- سونوگرافی: برای بررسی رشد جنین و حجم مایع آمنیوتیک انجام می‌شود

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار پره اکلامپسی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

۱. ادامه درمان دارویی در منزل

- داروهای کاهنده فشار خون را دقیقاً طبق دستور مصرف کنید و هرگز خودسرانه قطع نکنید.
- در صورت قطع سولفات منیزیم در بیمارستان، نیازی به ادامه آن در منزل نیست.

۲. اندازه‌گیری و ثبت فشار خون در منزل

- روزانه دو بار (صبح و عصر) فشار خون را با دستگاه بازویی اندازه بگیرید و ثبت کنید.

- **محدوده نرمال:** فشار خون سیستولیک زیر ۱۴۰ و دیاستولیک زیر ۹۰ میلی‌متر جیوه.
- اگر فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ یا دیاستولیک بالای ۹۰ بود، با پزشک تماس بگیرید.

۳. وزن کشی روزانه

- هر روز صبح، بعد از ادرار و قبل از صبحانه، با لباس یکسان وزن کنید و ثبت نمایید.
- افزایش بیش از ۲ کیلوگرم در یک هفته یا ۱ کیلوگرم در یک شبانه‌روز را به پزشک گزارش دهید.

۴. علائم هشداردهنده که نیاز به مراجعه فوری دارند

تأکید شود که در صورت مشاهده هر یک، فوراً به اورژانس مراجعه کند:

- سردرد شدید و ضربان‌دار که با استامینوفن بهتر نمی‌شود
- تاری دید، دیدن جرقه یا نقاط نورانی
- درد شدید بالای شکم (ناحیه اپی‌گاستر یا زیر دنده راست)
- تنگی نفس یا سرفه
- تورم ناگهانی صورت، دست‌ها یا پاها
- تهوع و استفراغ

۵. برنامه پیگیری

- **ویزیت بعدی:** معمولاً ۲-۱ روز پس از ترخیص برای بررسی فشار خون و وضعیت کلیه‌ها و کبد.
- **آزمایشات:** انجام منظم آزمایش ادرار برای بررسی پروتئینوری و آزمایش خون برای عملکرد کلیه و کبد.
- **مدت پیگیری:** علائم پره‌اکلامپسی ممکن است تا ۸ هفته پس از زایمان ادامه یابد، بنابراین پیگیری منظم ضروری است.

۶. رژیم غذایی در منزل

- **کم نمک:** از نمکدان سر سفره استفاده نکنید؛ غذاهای کنسروی، فرآوری شده و شور را حذف کنید.
- **مکمل کلسیم:** در صورت تجویز پزشک، مصرف منظم کلسیم می‌تواند به کاهش خطر عود کمک کند.
- **رژیم متعادل:** میوه‌ها، سبزیجات، پروتئین کم‌چرب و غلات کامل.

۷. فعالیت و استراحت

- **استراحت نسبی:** کاهش فعالیت، اما عدم نیاز به استراحت مطلق در بستر (در صورت عدم تجویز پزشک).
- **پیاده‌روی سبک:** روزانه ۱۵-۱۰ دقیقه در صورت تحمل.
- **پرهیز:** از بلند کردن اجسام سنگین (بیش از ۵ کیلوگرم) و فعالیت شدید خودداری کنید.

۸. پیشگیری از عود در بارداری‌های آینده

- احتمال عود پره‌اکلامپسی در بارداری‌های بعدی حدود ۴۰-۲۰٪ است.
- قبل از بارداری مجدد، با پزشک متخصص مشورت کنید.
- در بارداری بعدی، مصرف روزانه آسپرین با دوز پایین (۸۰-۱۰۰ میلی‌گرم) از هفته ۱۲ بارداری توصیه می‌شود (با نظر پزشک).

۹. حمایت روانی

- پره‌اکلامپسی می‌تواند با اضطراب و استرس همراه باشد. احساسات خود را با خانواده و تیم درمان در میان بگذارید.
- در صورت نیاز، به مشاور یا روانشناس مراجعه کنید.

جدول مداخلات پرستاری در صورت خطر زایمان زودرس

تشخیص پرستاری	اهداف	مداخلات	ارزشیابی
خطر زایمان زودرس مرتبط با انقباضات رحمی، کوتاهی دهانه رحم و عفونت	زایمان حداقل ۴۸-۷۲ ساعت به تأخیر افتد؛ انقباضات کاهش یابد یا متوقف شود؛ کورتیکواستروئیدها تجویز شوند	پایش: انقباضات با توکودینامومتر، ضربان قلب جنین، علائم حیاتی مادر، ترشحات واژینال؛ درمان: تجویز توکولیتیک (نیفدپین، سولفات منیزیم، ایندومتاسین) طبق دستور؛ تجویز بتامتازون (۱۲ میلی گرم عضلانی، ۲ دوز ۲۴ ساعت فاصله)؛ اقدامات: استراحت مطلق به پهلوی چپ، مایعات IV، کاهش استرس؛ پیشگیری: بررسی و درمان عفونت ادراری یا واژینال	پس از ۴۸ ساعت، زایمان اتفاق نیفتاده است؛ انقباضات به کمتر از ۴ در ساعت کاهش یافته است؛ کورتیکواستروئیدها کامل شده اند
اضطراب مرتبط با ترس از زایمان زودرس و نگرانی از سلامت نوزاد	بیمار سطح اضطراب ≥ 3 از ۱۰ گزارش دهد؛ قادر به همکاری در درمان باشد	اختصاص زمان برای گوش دادن به نگرانی‌ها؛ توضیح فرایند درمان و اهمیت تأخیر زایمان؛ معرفی تیم NICU و تجهیزات؛ اجازه حضور همراه؛ آموزش تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، تجسم هدایت‌شده)	پس از ۲۴ ساعت، بیمار آرام‌تر به نظر می‌رسد و سطح اضطراب ۳ از ۱۰ گزارش می‌دهد
کمبود دانش مرتبط با علائم هشدار، داروها و مراقبت پس از ترخیص	بیمار و خانواده بتوانند علائم زایمان زودرس را نام ببرند؛ برنامه دارویی و پیگیری را توضیح دهند	آموزش در مورد علائم هشدار (انقباضات، نشت مایع، خونریزی)؛ نحوه تشخیص و ثبت انقباضات در منزل؛ اهمیت استراحت به پهلوی چپ؛ نحوه مصرف داروهای توکولیتیک در منزل؛ علائم نیاز به مراجعه فوری؛ برنامه پیگیری	قبل از ترخیص، بیمار سه علامت هشدار را نام می‌برد و نحوه ثبت انقباضات را نشان می‌دهد

جدول مداخلات پرستاری برای نوزاد در صورت انجام زایمان زودرس

تبادل گازی ناکارآمد مرتبط با نارسایی ریه (کمبود سورفاکتانت)	$SpO_2 \geq 90\%$ ؛ تنفس منظم و بدون دیسترس؛ ABG نرمال یا نزدیک به نرمال	اکسیژن تراپی با هدف $SpO_2 90-95\%$ ؛ تجویز سورفاکتانت در صورت نیاز؛ مانیتورینگ تنفس و SpO_2 مداوم؛ قرار دادن نوزاد در انکوباتور با دما و رطوبت مناسب؛ در صورت نیاز، کمک تنفسی CPAP یا ونتیلاتور	پس از ۴۸-۲۴ ساعت، SpO_2 در محدوده هدف ($\geq 90\%$) باقی مانده است؛ دیسترس تنفسی کاهش یافته است
خطر عفونت مرتبط با سیستم ایمنی نارس و تهاجمات تشخیصی	عدم وجود علائم عفونت (تب، لکوسیتوز، بی‌حالی)؛ کشت‌ها منفی	رعایت اصول استریل در تمام اقدامات؛ مانیتورینگ علائم حیاتی و علائم عفونت؛ تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک در صورت دستور؛ پایش CBC و CRP؛ کاهش دستکاری و تماس غیرضروری	در طول بستری، هیچ علامت عفونت (تب، بی‌حالی) مشاهده نشده است؛ کشت‌ها منفی هستند
خطر هیپوترمی مرتبط با نارس بودن، عدم توانایی در تنظیم دما و کاهش چربی زیرجلدی	دمای بدن نوزاد در محدوده نرمال ($36.5-37.5^{\circ}C$)	قرار دادن نوزاد در انکوباتور با دمای تنظیم شده؛ پوشاندن نوزاد با کلاه و لباس مناسب؛ تماس پوست با پوست (Kangaroo Care) پس از تثبیت؛ مانیتورینگ دمای بدن هر ۱-۲ ساعت	دمای بدن نوزاد در محدوده نرمال باقی مانده است و نوزاد از هیپوترمی محافظت شده است

خطر عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با نارس بودن، عدم توانایی در مکیدن و بلع	نوزاد وزن بگیرد (۲۰-۳۰ گرم در روز)؛ تغذیه کافی دریافت کند	تغذیه از طریق لوله (NG/OG) تا زمان بلوغ رفلکس مکیدن؛ تشویق مادر به دوشیدن شیر و تغذیه با شیر مادر؛ شروع تغذیه خوراکی تدریجی با نظارت؛ محاسبه دقیق کالری و مایعات دریافتی؛ وزن کشی روزانه	پس از یک هفته، نوزاد وزن گرفته است (۲۵ گرم در روز) و تغذیه خوراکی را تحمل می‌کند
خطر عوارض عصبی مرتبط با خونریزی داخل بطنی (IVH) و آسیب هیپوکسیک-ایسکمیک	نوزاد علائم خونریزی (فتانل باز، تشنج، بی‌حالی) نداشته باشد؛ سونوگرافی مغز نرمال	کاهش دستکاری و جابجایی نوزاد؛ بالا بردن هد تخت ۱۵-۳۰ درجه؛ کاهش محرک‌های صوتی و نوری؛ پیشگیری از افت فشار خون و هیپوکسی؛ تجویز سولفات منیزیم برای مادر قبل از زایمان (در صورت امکان)	سونوگرافی مغز در روز ۳-۵ نرمال است؛ نوزاد بدون تشنج و با تونوس طبیعی است
خطر زردی مرتبط با نارس بودن و افزایش همولیز	بیلی روبین در محدوده نرمال؛ عدم نیاز به تعویض خون	مانیتورینگ بیلی روبین روزانه؛ فتوتراپی در صورت افزایش بیلی روبین؛ تغذیه مکرر برای دفع بیلی روبین از طریق مدفوع؛ در صورت شدید، آمادگی برای تعویض خون	بیلی روبین در محدوده قابل قبول باقی مانده و فتوتراپی به موقع انجام شده است

پرستار یا ماما به مادر که در خطر زایمان زودرس است آموزشهای زیر را می‌دهد:

۱. ماهیت بیماری و اهمیت بستری

به بیمار و خانواده توضیح دهید زایمان زودرس به زایمانی گفته می‌شود که بین هفته‌های ۲۰ تا ۳۷ بارداری اتفاق می‌افتد. بستری شدن برای به تأخیر انداختن زایمان (با استفاده از توکولیتیک‌ها)، تجویز کورتیکواستروئیدها برای رشد ریه جنین، و پایش مداوم مادر و جنین ضروری است. هر روز تأخیر در زایمان، شانس بقا و سلامت نوزاد را افزایش می‌دهد.

۲. علائم هشداردهنده زایمان زودرس

به بیمار آموزش دهید در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، فوراً به پرستار اطلاع دهد:

- انقباضات منظم رحم (بیش از ۴ انقباض در ساعت)
- درد کمر یا فشار لگنی که می‌آید و می‌رود
- ترشحات واژینال (آبکی، خونی یا لزج)
- احساس فشار در ناحیه لگن یا پایین شکم
- خونریزی واژینال

۳. مراقبت‌های پرستاری و مانیتورینگ

به بیمار توضیح دهید که پرستار به طور منظم موارد زیر را بررسی می‌کند:

- انقباضات رحمی: با توکودینامومتر
- ضربان قلب جنین: با مانیتورینگ مداوم یا متناوب
- علائم حیاتی مادر: فشار خون، نبض، تنفس، دما
- ترشحات واژینال: بررسی نشت مایع آمنیوتیک یا خونریزی
- آزمایشات: کشت ترشحات واژینال برای عفونت، آزمایش فیبرونکتین جنینی (fFN) در صورت نیاز

۴. داروهای توکولیتیک (کاهنده انقباضات)

توضیح دهید داروهای توکولیتیک برای به تأخیر انداختن زایمان تجویز می‌شوند تا زمان برای تکامل ریه‌های نوزاد فراهم شود. داروهای رایج:

نیفدیپین: ممکن است باعث گرگرفتگی و سردرد شود.

ایندومتاسین: مصرف کوتاه‌مدت با نظارت بر حجم مایع آمنیوتیک.

سولفات منیزیم: علاوه بر توکولیتیک، برای محافظت عصبی جنین (پیشگیری از فلج مغزی) استفاده می‌شود. عوارض قابل گزارش شامل گرگرفتگی، ضعف، تهوع و کاهش تنفس است.

۵. کورتیکواستروئیدها برای رشد ریه جنین

به بیمار توضیح دهید که به‌تامتازون یا دگزامتازون برای تسریع رشد ریه‌های نوزاد و کاهش خطر سندرم دیسترس تنفسی نوزادان تجویز می‌شود. این دارو به صورت عضلانی در ۲ دوز ۲۴ ساعت قبل از زایمان تزریق می‌شود. اثربخشی کامل حدود ۲۴-۴۸ ساعت پس از اولین دوز حاصل می‌شود.

۶. استراحت مطلق و وضعیت بدنی

در تهدید به زایمان زودرس، استراحت مطلق در بستر بسیار مهم است. وضعیت خوابیده به پهلو، چپ جریان خون رحمی-جفتی را بهبود می‌بخشد و انقباضات را کاهش می‌دهد. از ایستادن طولانی، نشستن مستقیم و فشار به شکم خودداری کنید.

۷. رژیم غذایی و مایعات

- مایعات کافی بنوشید تا از دهیدراتاسیون که می‌تواند انقباضات را تحریک کند، جلوگیری شود.
- رژیم غذایی سبک و زودهضم تا در صورت نیاز به سزارین اورژانسی، معده خالی باشد.
- در صورت مصرف سولفات منیزیم، ممکن است محدودیت مایعات تجویز شود.

۸. آمادگی برای زایمان احتمالی

به بیمار و خانواده توضیح دهید که با وجود تمام تلاش‌ها، ممکن است زایمان زودرس اتفاق بیفتد. تیم نوزادان برای مراقبت از نوزاد نارس آماده است و تمام تجهیزات لازم (انکوباتور، ونتیلاتور، مانیتور) در بخش NICU موجود است. این آمادگی باعث کاهش اضطراب و افزایش همکاری بیمار می‌شود.

۹. حمایت روانی

تهدید به زایمان زودرس بسیار استرس‌زا است. به بیمار اطمینان دهید که:

- تیم درمان تمام تلاش خود را برای حفظ بارداری و سلامت نوزاد انجام می‌دهد.
- احساس ترس، گناه و اضطراب طبیعی است.
- در صورت نیاز، مشاوره روانشناسی در دسترس است.

آموزش‌های زمان ترخیص (در صورت کنترل زایمان زودرس)

۱. ادامه درمان دارویی در منزل

- در صورت تجویز نیفدیپین خوراکی برای کنترل انقباضات، دقیقاً طبق دستور مصرف شود.
- داروهای کورتون فقط در بیمارستان تجویز شده و نیازی به ادامه در منزل نیست.
- هیچ دارویی را خودسرانه قطع یا تغییر ندهید.

۲. تشخیص انقباضات در منزل

- به بیمار آموزش دهید چگونه انقباضات را تشخیص دهد و ثبت کند: تعداد انقباضات در هر ساعت، مدت زمان هر انقباض و فاصله بین آنها.
- اگر بیش از ۴ انقباض در ساعت داشتید، به پزشک اطلاع دهید.

۳. فعالیت و استراحت

- استراحت کامل در منزل تا زمان تأیید پزشک.
- از بلند کردن اجسام سنگین (بیش از ۵ کیلوگرم)، ایستادن طولانی و فعالیت شدید خودداری کنید.
- وضعیت درازکش به پهلو چپ را ادامه دهید.

۴. علائم هشداردهنده که نیاز به مراجعه فوری دارند

علائم زیر به بیمار آموزش داده شود:

- انقباضات منظم (بیش از ۴ در ساعت)
- نشت مایع از واژن (احتمال پارگی کیسه آب)
- خونریزی واژینال (بیش از لکه‌بینی)
- درد شدید شکم یا کمر
- کاهش حرکت جنین (کمتر از ۱۰ حرکت در ۱۲ ساعت)
- تب یا لرز

۵. برنامه پیگیری

- ویزیت بعدی: معمولاً ۲-۱ روز پس از ترخیص برای سونوگرافی و بررسی وضعیت دهانه رحم.
- آزمایشات: تکرار تست فیبرونکتین یا سونوگرافی ترانس واژینال برای اندازه‌گیری طول دهانه رحم.
- برنامه زایمان: در صورت ادامه بارداری، برنامه‌ریزی برای زایمان در هفته‌های ۳۸-۳۷ یا زودتر در صورت بروز علائم.

۶. رژیم غذایی در منزل

- رژیم متعادل و مغذی با پروتئین کافی.
- مایعات کافی (۸-۱۰ لیوان در روز) برای جلوگیری از دهیدراتاسیون.
- پرهیز از کافئین و غذاهای محرک.

۷. حمایت روانی و کاهش استرس

- استرس می‌تواند انقباضات را تحریک کند؛ تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، مدیتیشن) را تمرین کنید.
- از خانواده و دوستان کمک بگیرید.
- در صورت اضطراب شدید، با روانشناس مشورت کنید.

۸. ممنوعیت‌های مهم

- نزدیکی جنسی: تا زمان تأیید پزشک ممنوع است.
- ورزش: فعالیت ورزشی ممنوع است.
- سفر: از سفرهای طولانی خودداری کنید.

پرستار یا ماما در صورت زایمان مادر پره ترم لیبر طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

فعالیت بعد از زایمان

- ✓ جهت خارج شدن ابتدا لبه تخت نشسته و در صورت نداشتن سرگیجه میتوانید با کمک همراه یا پرستار خود از تخت خارج شوید.
- ✓ از بلند شدن ناگهانی و خارج شدن از تخت بدون هماهنگی با پرستار و همراهان خودداری کنید.

مراقبت های نوزاد پس از زایمان زودرس

- ✓ اگر نوزاد در هفته ۳۴ تا ۳۶ متولد شود: احتمالاً به هیچ درمان خاصی نیاز نخواهد داشت. گرچه از لحاظ ظاهری کوچک به نظر خواهد رسید.
- ✓ وضعیت او به عواملی نظیر سطح قند خون، فشار خون یا ابتالی احتمالی وی به عفونت و توانایی وی در مکیدن بستگی خواهد داشت.
- ✓ اگر نوزاد در هفته ۲۸ تا ۳۳ متولد شود: ممکن است به مراقبت های تخصصی نیاز داشته باشد زیرا امکان ابتلا به مشکلات تنفسی، تغذیه و یا عفونت وجود خواهد داشت.
- ✓ اگر نوزاد کمتر از هفته ۲۷ متولد شود: به احتمال بسیار قوی در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بستری خواهد شد و احتمال وجود مشکلاتی نظیر عفونت، قند خون و دمای کم بدن و نارس بودن ریه ها و مشکل تنفسی وجود خواهد داشت.

مراقبت از مادر پس از زایمان

- تا ۲۴ ساعت پس از زایمان ممکن است خونریزی در حد قابل توجه داشته باشید و به تدریج از حجم خونریزی کاسته شود.
- در هنگام راه رفتن، سرفه و تنفس عمیق در زمان انجام سزارین محل بخیه را با دست یا بالش گرفته تا از درد ناحیه عمل جلوگیری کند.
- از دستکاری سرم ها و اتصالات خود اجتناب نمایید.
- ممکن است جهت شیردهی نوزاد بستری از شما خواسته شود تا در بیمارستان بمانید.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار پره ترم لیبر طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی در منزل

- خونریزی زایمان را با مصرف مواد غذایی حاوی آهن خون و امگا ۳ و پروتئین جبران کنید، تخم مرغ، شیر، لبنیات، گوشت، آب گوشت، کباب مرغ، سوپ مرغ، ماهی فراوان مواد حاوی پروتئین هستند.
- مواد غذایی حاوی آهن عبارتند از: انواع گوشتها (مخصوصاً بوقلمون)، جگر، عدس، زرده تخم مرغ، اسفناج، کشمش و آلو خشک بهتر است همزمان با مصرف مواد آهن دار، میوه ها و سبزیجاتی که ویتامین ث دارند. (مانند: پرتقال، لیمو شیرین، سبزی خوردن، گوجه فرنگی، فلفل دلمه‌ای و نارنگی) و موادی که کلسیم دارند بیشتر مصرف شود تا جذب آهن بیشتر شود.
- خوردن چای بعد غذا جزو عادات غلط است زیرا باعث می‌شود جذب آهن کمتر شود.
- از مصرف غذاهای نفاخ و دیر هضم اجتناب کنید.
- جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی پرفیبر و مایعات مصرف کنید.
- یک برنامه غذایی سالم و مناسب داشته باشید و از مصرف غذاهای پر کالری و با ارزش غذایی کم خودداری کنید.

فعالیت در منزل

- از زور زدن، بلند کردن اجسام سنگین و رانندگی (تا زمانی که پزشک توصیه کرده است) خودداری کنید.
- ۶ تا ۴ هفته پس از زایمان بهتر است از انجام مراقبت خودداری کنید.
- از بلند کردن اشیاء سنگین تر از وزن نوزاد تا ۸ هفته پرهیز نمایید.

مراقبت در منزل

- ✓ روز دوم بعد از عمل جراحی، پانسمان را برداشته و دوش بگیرید و روی زخم را باز بگذارید.
- ✓ قبل از هر بار شیر دهی دستها را با آب و صابون شسته و برای تمیز کردن نوک سینه ها فقط از آب ساده استفاده نمایید.
- ✓ از نشستن طولانی مدت در صندلی و فشار بر زانو ها انداختن پاها روی یکدیگر و بی حرکتی اجتناب نمائید.
- ✓ برای بدست آوردن تناسب اندام با اجازه پزشک میتوانید ورزش کردن را از هفته های نخست پس از زایمان آغاز کنید. چون به نوزاد خود شیر میدهید، نمیتوانید رژیم لاغری بگیرید ولی می توانید با کاهش مصرف چربیها، شیرینیها و جایگزینی میوه، سبزی و پروتئین در غذاهای روزانه خود، به کالری و انرژی لازم برای تغذیه فرزند خود دست یابید.
- ✓ لباس زیر را روزانه تعویض کنید و از لباس های زیرخی استفاده و از پوشیدن لباس های حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلوارهای تنگ و پلاستیکی خودداری کنید.
- ✓ لباس زیر همیشه باید خشک باشد و از مرطوب شدن آن پرهیز کنید.
- ✓ نگهداری از نوزادی که زود هنگام دنیا آمده است بسیار سخت میباشد. آموزش های الزم در مورد مراقبت های از نوزاد خود را از پرستاران بخش نوزادان بخواهید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت ایجاد علائمی مانند تب بالای ۳۸ درجه و لرز، احساس درد قرمزی، درد، تورم یا احساس گرمی در محل جراحی زیر به پزشک مراجعه نمایید.
- ✓ در زمان تعیین شده توسط پزشک و حداکثر تا هفت روز بعد از عمل سزارین جهت کشیدن بخیه ها به پزشک مراجعه نمایید.

تشخیص پرستاری	مداخلات و آموزشها	ارزشیابی
درد حاد مرتبط با رشد خارج رحمی، تحریک صفاقی و احتمال پارگی لوله، همانطور که با گزارش درد شکمی (نمره درد ≤ 7 از 10)، سفتی شکم و بی‌قراری مشخص می‌شود	مداخلات و مراقبت‌ها: 1. ارزیابی ویژگی‌های درد (محل، شدت، کیفیت، شروع) و علائم حیاتی هر 30 دقیقه تا یک ساعت. 2. قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه‌نشسته (نیمه فاولر) برای کاهش فشار شکمی و بهبود تنفس. 3. استراحت مطلق در بستر در دوره‌های درد شدید. 4. استفاده از تکنیک‌های غیردارویی کاهش درد مانند تنفس عمیق، آرامسازی و تغییر وضعیت آرام. 5. تجویز مسکن‌های تجویز شده (اغلب مخدرها) طبق دستور و ارزیابی پاسخ به دارو 30 دقیقه پس از مصرف. 6. آماده‌سازی برای اقدامات تشخیصی (سونوگرافی، بتا-HCG و جراحی اورژانسی در صورت نیاز). آموزش‌ها: 7. آموزش به بیمار در مورد علت درد و اهمیت گزارش هرگونه تغییر در شدت یا الگوی آن. 8. آموزش نحوه استفاده از ابزارهای ارزیابی درد (مقیاس 10-0) برای گزارش دقیق. 9. آموزش تکنیک‌های تنفس عمیق و آرامسازی برای مدیریت درد.	در طول دوره مراقبت، شدت درد از 7 به 3 از 10 کاهش یافته است؛ بیمار قادر به استراحت و همکاری در فرایند درمان است؛ علائم حیاتی در محدوده پایدار باقی مانده است.
خطر شوک هیپوولمیک / کاهش حجم مایعات مرتبط با خونریزی داخلی ناشی از پارگی حاملگی خارج رحمی	مداخلات و مراقبت‌ها: 1. مانیتورینگ مکرر علائم حیاتی (هر 15 دقیقه در مرحله حاد) و علائم خونریزی داخلی (درد شانه، اتساع شکم، افت فشار خون وضعیتی). 2. بررسی دقیق پانسمان، ترشحات واژینال و شکم از نظر اتساع و حساسیت. 3. در صورت شوک، قرار دادن بیمار در وضعیت تخت صاف با پاهای بالا برای حفظ جریان خون به ارگان‌های حیاتی. 4. برقراری دو خط وریدی با کاتتر بزرگ (16-14 گیج) برای دسترسی سریع به ورید. 5. تجویز مایعات وریدی (نرمال سالین یا رینگر لاکتات) و در صورت نیاز، آماده‌سازی برای تزریق خون. 6. تجویز اکسیژن با ماسک 8-10 لیتر در دقیقه در صورت کاهش اشباع اکسیژن. 7. هماهنگی با تیم پزشکی برای انجام اورژانسی سونوگرافی و تصمیم‌گیری برای جراحی. آموزش‌ها: 8. آموزش به بیمار و خانواده در مورد علائم خونریزی داخلی (درد شانه، سرگیجه، غش) که باید فوراً گزارش شود. 9. آموزش اهمیت مایعات وریدی و اینکه چرا نباید آنها را قطع کرد.	در طول دوره مراقبت، علائم شوک مشاهده نشده است؛ فشار خون و نبض در محدوده قابل قبول باقی مانده است؛ خروجی ادرار بیش از 30 میلی‌لیتر در ساعت بوده است؛ بیمار به موقع به اتاق عمل منتقل شده است.

	۱۰. آموزش علائم شوک (رنگ پریدگی، تعریق سرد، ضعف شدید) برای گزارش سریع.	
پس از جلسات آموزشی و حمایت روانی، بیمار و خانواده از کاهش اضطراب گزارش می‌دهند (سطح اضطراب ≥ 3)؛ بیمار قادر است با آرامش بیشتری در مورد وضعیت خود صحبت کند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت دارد.	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. ایجاد محیطی آرام و کاهش محرک‌های اضافی (نور و صدای کم). ۲. گوش دادن فعال به نگرانی‌های بیمار و خانواده؛ اجازه دادن به بیان احساسات. ۳. توضیح واضح و صادقانه در مورد وضعیت، عوارض و درمان با زبانی ساده و قابل فهم. ۴. اجازه حضور همراه در صورت امکان برای کاهش احساس تنهایی. ۵. در صورت نیاز، ارجاع به مشاور یا روانشناس برای حمایت بیشتر. ۶. هماهنگی با پزشک برای پاسخ به سؤالات تخصصی در مورد باروری و درمان‌های آینده. آموزش‌ها: ۷. آموزش در مورد اینکه حاملگی خارج رحمی قابل پیشگیری نبوده و بیمار نباید خود را سرزنش کند. ۸. آموزش در مورد فرایند درمان (پزشکی یا جراحی) و اینکه هر دو روش با هدف حفظ سلامت مادر انجام می‌شوند. ۹. ارائه اطلاعات اولیه در مورد شانس باروری مجدد و اینکه بسیاری از زنان پس از درمان، بارداری موفق داشته‌اند. ۱۰. آموزش تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، تجسم هدایت‌شده) برای مدیریت استرس.	اضطراب مرتبط با تهدید حیات، ناشناخته بودن نتیجه درمان، ترس از جراحی و تأثیر بر باروری آینده
در طول دوره بستری، هیچ علامت عفونت (تب، لرز، ترشح چرکی) مشاهده نشده است؛ زخم جراحی خشک، تمیز و در حال بهبود است؛ بیمار نحوه مراقبت از زخم را به درستی نشان می‌دهد.	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. مانیتورینگ علائم حیاتی هر ۴ ساعت (به ویژه دما) و گزارش هرگونه تب. ۲. بررسی روزانه زخم جراحی (حداقل هر شیفت) از نظر قرمزی، تورم، ترشح، باز شدن یا افزایش درد. ۳. تعویض پانسمان با رعایت اصول استریل و در صورت لزوم استفاده از چسب‌های ضدآب. ۴. تشویق به تحرک زودهنگام (پس از بهبودی از بیهوشی) برای بهبود گردش خون و جلوگیری از عوارض. ۵. تجویز آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک طبق دستور پزشک. ۶. نمونه‌برداری از ترشحات در صورت مشکوک بودن برای کشت و آنتی‌بیوگرام. آموزش‌ها: ۷. آموزش علائم عفونت (تب، لرز، ترشح بدبو یا چرکی، قرمزی و گرمی زخم) که باید فوراً گزارش شوند. ۸. آموزش نحوه مراقبت از زخم و زمان تعویض پانسمان. ۹. آموزش اهمیت شستشوی دستها قبل و بعد از تماس با زخم. ۱۰. آموزش زمان مراجعه به پزشک در صورت مشاهده علائم عفونت.	خطر عفونت مرتبط با روش‌های تهاجمی (جراحی لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی)، بستری و کاهش ایمنی

پس از دریافت حمایت روانی، بیمار قادر به صحبت در مورد احساسات خود است و برنامه مراقبتی برای سلامت روان و باروری آینده را پذیرفته است.	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. ایجاد فضای امن و غیرقضاوتی برای بیان احساسات. ۲. ارائه اطلاعات در مورد فرایند طبیعی سوگ و اینکه واکنش‌های بیمار طبیعی است. ۳. تشویق به برقراری ارتباط با همسر یا خانواده در مورد احساسات. ۴. ارائه اطلاعات دقیق در مورد زمان مناسب برای از سرگیری فعالیت جنسی (معمولاً ۴-۲ هفته پس از جراحی). ۵. در صورت نیاز، ارجاع به مشاور خانواده یا روانشناس. ۶. هماهنگی با تیم درمان برای ارائه مشاوره در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری و برنامه‌ریزی بارداری آینده. آموزش‌ها: ۷. آموزش اینکه برداشتن یک لوله فالوپ به معنای ناباروری نیست و تخمدان دیگر معمولاً عملکرد طبیعی دارد. ۸. آموزش اینکه احساس گناه یا شکست در این شرایط طبیعی است و بیمار نباید خود را سرزنش کند. ۹. آموزش علائم هشدار افسردگی پس از سانحه (بی‌خوابی، کابوس، اجتناب از بحث در مورد حادثه) که نیاز به کمک تخصصی دارند. ۱۰. ارائه اطلاعات در مورد گروه‌های حمایت از بیماران با سابقه حاملگی خارج رحمی.	ناراحتی روانی / اختلال در عملکرد جنسی مرتبط با از دست دادن بارداری، ترس از بارداری مجدد و تغییرات در تصویر بدنی پس از جراحی
قبل از ترخیص، بیمار و خانواده توانستند سه علامت هشدار اصلی (درد شدید شکم، خونریزی شدید، سرگیجه) را نام ببرند؛ نحوه مراقبت از زخم را به درستی نشان دادند؛ زمان نوبت پیگیری خود را به	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. آموزش انفرادی با زبانی ساده و قابل فهم در مورد ماهیت حاملگی خارج رحمی. ۲. آموزش عوارض احتمالی (پارگی، خونریزی داخلی) و اهمیت درمان سریع. ۳. آموزش علائم هشدار که نیاز به مراجعه فوری دارند (درد شدید شکم، خونریزی واژینال شدید، سرگیجه، غش). ۴. آموزش مراقبت از زخم (تمیز و خشک نگه داشتن، زمان تعویض پانسمان، استحمام). ۵. آموزش محدودیت فعالیت (پرهیز از بلند کردن سنگین، ورزش سنگین به مدت ۴-۲ هفته). ۶. آموزش زمان مناسب برای بازگشت به کار و فعالیت‌های روزمره. ۷. ارائه بروشور آموزشی و منابع معتبر برای مطالعه بیشتر. ۸. استفاده از روش بازآموزی (teach-back) برای تأیید درک بیمار. ۹. هماهنگی نوبت پیگیری با پزشک (معمولاً ۲-۱ هفته پس از ترخیص). ۱۰. در صورت تمایل به بارداری مجدد، ارجاع به مشاوره باروری یا ژنتیک.	کمبود دانش مرتبط با ماهیت بیماری، علائم هشدار، درمان و مراقبت پس از ترخیص

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار حاملگی خارج رحمی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

حاملگی خارج از رحم به شرایطی گفته می‌شود که تخمک بارور شده در محلی غیر از حفره داخلی رحم لانه‌گزینی کند و شروع به رشد نماید. در یک بارداری طبیعی، تخمک بارور شده از طریق لوله‌های فالوپ به رحم می‌رسد و در دیواره آن جای می‌گیرد. اما اگر لوله فالوپ تنگ یا مسدود باشد، تخمک ممکن است در همان لوله متوقف شده و شروع به رشد کند. درمان حاملگی خارج رحمی بر اساس شرایط بالینی بیمار و اندازه و محل کیست حاملگی انتخاب می‌شود. هدف اصلی، خاتمه بارداری برای نجات جان مادر و حفظ باروری تا حد امکان است.

۱. روش انتظاری (Expectant Management)

- شرایط: بیمار بدون علامت یا با علائم خفیف، سطح β -hCG پایین و در حال کاهش، کیست کوچک و بدون پارگی
- روش: نظارت دقیق با آزمایشات مکرر hCG و سونوگرافی بدون مداخله دارویی یا جراحی، تا زمانی که بدن خود به خود بارداری را جذب کند
- موفقیت: حدود ۴۰٪ موارد در مراکز خاص
- نکته: نیاز به پیگیری دقیق و مراجعه فوری در صورت بدتر شدن علائم

۲. درمان دارویی (Medical Management)

- شرایط: بیمار پایدار، بدون پارگی، کیست کوچک (معمولاً < 4 سانتی‌متر)، سطح β -hCG پایین (معمولاً < 5000)، بدون سابقه بیماری کبدی یا کلیوی
- روش: تزریق داروی متوترکسات به صورت عضلانی (یک دوز یا چند دوز)
- موفقیت: حدود ۹۰٪
- مزیت: حفظ لوله فالوپ، بدون نیاز به جراحی
- پیگیری: نیاز به مانیتورینگ سطح hCG تا ریشه‌کنی کامل (معمولاً چند هفته)
- توصیه: جلوگیری از بارداری به مدت ۳ ماه

۳. درمان جراحی (Surgical Management)

- شرایط: اورژانس (پارگی، خونریزی داخلی، ناپایداری همودینامیک) یا شکست درمان دارویی
- روش‌ها:
 - لاپاراسکوپی (کم تهاجمی) - روش ارجح
 - لاپاراتومی (جراحی باز) - در موارد اورژانسی و خونریزی شدید
- اقدامات جراحی:
 - سالپنژکتومی: برداشتن کامل لوله فالوپ آسیب‌دیده (روش ارجح در موارد پارگی، برای کاهش خطر عود)
 - سالپنگوتومی: برش لوله و خارج کردن فقط بارداری (حفظ لوله، اما خطر عود کمی بالاتر)
- پیگیری: پس از جراحی، نیاز به مانیتورینگ hCG تا زمانی که به صفر برسد

۴. نکته تکمیلی

- Rh ایمنوگلوبولین: در صورت منفی بودن گروه خونی مادر (Rh-)، تزریق ایمنوگلوبولین ضد Rh برای پیشگیری از مشکلات بارداری‌های آینده

رژیم غذایی در زمان بستری

- ✓ طبق دستور پزشک، بعد از شروع حرکات دودی رودهای (دفع گاز) رژیم مایعات را شروع کرده و در صورت عدم تحمل (حالت تهوع و استفراغ) به پرستار اطلاع دهید.
- ✓ در صورت تحمل رژیم مایعات به تدریج با نظر پزشک میتوانید از سایر مواد غذایی استفاده کنید.

فعالیت در زمان بستری

- ✓ در بستر پاها را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون در پاها پیشگیری شود. بهتر است هر چه زودتر از بستر خارج و راه بروید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ بی حرکتی پس از عمل میتواند باعث رکود خون در پاها و افزایش احتمال عفونت ریه ها گردد، لذا ورزش های تنفسی (تنفس عمیق و سرفه) و چرخش پا را بلافاصله پس از عمل انجام دهید.
- ✓ در هنگام راه رفتن، سرفه و تنفس عمیق محل بخیه را با دست گرفته یا با بالش ثابت نگه دارید تا از درد در ناحیه عمل جلوگیری نمائید.
- ✓ برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.
- ✓ در صورت داشتن درد، به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.

داروهای زمان بستری

- ✓ داروها (آنتی بیوتیک جهت جلوگیری از عفونت و مسکن برای تسکین درد) طبق دستور پزشک در فواصل و زمان معین توسط پرستار تجویز میشود.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار حاملگی خارج رحمی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ رژیم غذایی خاصی توصیه نمیشود اما پس از شروع رژیم برای جلوگیری از یبوست مایعات فراوان و غذاهای پرفیبر (میوه ها) استفاده کنید و راه بروید.
- ✓ غذا را در حجم کمتر و وعده های بیشتر استفاده کنید.

فعالیت در منزل

۱. تا ۲ هفته از انجام کارهای سنگین، بلند کردن و هل دادن اجسام سنگین خودداری کنید.
۲. فعالیتهایی در حد پیاده روی سبک میتوانید داشته باشید.
۳. شنا کردن را پس از جوش خوردن محل بخیه ها میتوانید انجام دهید.

مراقبت در منزل

- ✓ پس از ۴۸ ساعت استحمام کنید.
- ✓ در هنگام استحمام از کشیدن لیف بر روی ناحیه عمل خودداری کنید و فقط ناحیه را با آب و صابون شستشو دهید.
- ✓ پس از استحمام محل عمل را خشک و تمیز نگه دارید، ضمناً نیازی به پانسمان مجدد نیست.
- ✓ از سرفه های شدید، نفخ، فشار بر محل عمل خودداری کنید.

ورزش ناحیه پرینه رادر منزل انجام دهید. روش انجام ورزش ناحیه پرینه بصورت زیر است:

- ✓ در هر وضعیت (نشسته، ایستاده، خوابیده) عضلات بین مجرای ادرار و مقعد را منقبض و به سمت داخل بکشید و در این حالت ۳۰ ثانیه بمانید، سپس خود را شل کنید این ورزش را ۱۰-۲۰ بار در روز انجام دهید. برای اینکه اثرات ورزش را ببینید این تمرین را ۶-۱۲ هفته انجام دهید. این کار برای بهبود تن و عملکرد مثانه میباشد.
- ✓ لباس زیر را روزانه تعویض کنید و از لباسهای زیر نخی استفاده و از پوشیدن لباسهای حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلواری تنگ و پلاستیکی خودداری کنید.
- ✓ لباس زیر همیشه باید خشک باشد و در صورت مرطوب شدن آنها را تعویض کنید.
- ✓ اگر تصمیم به بارداری مجدد دارید بهتر است جهت بررسی و مشاوره به پزشک مراجعه کنید.

دارو در منزل

- ✓ جهت تسکین درد از داروی مسکن تجویز شده طبق دستور پزشک استفاده نمائید.
- ✓ در صورت تجویز آنتی بیوتیک، طبق دستور پزشک در فواصل معین و یک دوره کامل مصرف کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- طبق دستور پزشک جهت کشیدن بخیه ها به بیمارستان مراجعه کنید. جهت دریافت نتیجه پاتولوژی با در دست داشتن رسید در زمان مشخص شده به آزمایشگاه مراجعه کنید و پس از دریافت نتیجه، آن را به رویت پزشک معالج برسانید.
- در صورت درد شدید شکم و لگن، احساس سرگیجه شدید، خونریزی واژینال، درد شانه و قفسه سینه لازم است بلافاصله به بیمارستان مراجعه کنید.
- در صورت ترشح از محل جراحی، تب و ترشح بد بو از واژینال (ناحیه تناسلی) به پزشک معالج مراجعه نمائید.

نیازهای آموزشی در خونریزی سه ماهه اول بارداری
علت بیماری و روند درمان و تشخیص بیماری
کاهش اضطراب بیمار
رژیم غذایی و میزان فعالیت
رعایت بهداشت فردی
آمادگی قبل از عمل جهت کورتاژ تشخیصی
آمادگی بعد از عمل کورتاژ
میزان فعالیت و زمان شروع رابطه جنسی
زمان استحمام بعد از ترخیص
آموزش علائم هشدار پس از ترخیص (تب و علائم عفونت و خونریزی و ..)
آموزش کاربرد و مصرف صحیح داروها

تشخیص پرستاری	مداخلات و آموزشها	ارزشیابی
خطر شوک هیپوولمیک مرتبط با خونریزی واژینال فعال	مراقبت: اندازه گیری دقیق و منظم علائم حیاتی و بررسی علائم خونریزی داخلی . مداخله: برقراری دسترسی وریدی مناسب برای تجویز مایعات یا فرآورده های خونی در صورت نیاز. آموزش: توضیح علائم کاهش حجم خون مانند سرگیجه، ضعف و رنگ پریدگی و اهمیت گزارش فوری آنها.	بیمار علائم حیاتی پایدار را حفظ کرده و شواهدی از شوک هیپوولمیک مشاهده نمی شود.
درد حاد مرتبط با انقباضات رحمی یا تحریک صفاقی (در صورت حاملگی خارج رحمی)	مراقبت: ارزیابی منظم شدت، محل و کیفیت درد با استفاده از مقیاس استاندارد . مداخله: کمک به بیمار برای یافتن وضعیت راحت، انجام تنفس عمیق. آموزش: آموزش تفاوت بین درد خفیف ناشی از رشد رحم و دردهای هشداردهنده (شدید، یک طرفه یا همراه با خونریزی) .	بیمار از کاهش درد و آسایش بیشتر گزارش می دهد و قادر به استراحت است.
اضطراب مرتبط با علائم تهدیدکننده، نگرانی از سرنوشت بارداری و ناشناخته بودن وضعیت	مراقبت: ایجاد محیطی آرام و فرصت کافی برای بیان نگرانی ها . آموزش: ارائه توضیحات ساده و واضح در مورد روند تشخیصی (سونوگرافی، آزمایش خون) و علل احتمالی خونریزی. مداخله: در صورت امکان، اجازه حضور همراه برای حمایت عاطفی.	بیمار آرام تر به نظر می رسد، سوالات منطقی می پرسد و قادر به همکاری در برنامه درمانی است.
خطر خونریزی مرتبط با عوارض بارداری (سقط، حاملگی خارج رحمی)	مراقبت: پایش دقیق حجم و رنگ خونریزی، بررسی وجود لخته یا بافت . آموزش: آموزش علائم هشدار دهنده (افزایش ناگهانی خونریزی، درد شدید، سرگیجه) که باید فوری گزارش شوند . مداخله: آمادگی برای اقدامات اورژانسی در صورت نیاز به جراحی.	بیمار از خونریزی شدید جلوگیری شده و در صورت بروز علائم هشدار، به موقع اقدام کرده است.

آموزش: توضیح در مورد علل احتمالی خونریزی و اینکه بسیاری از موارد بی خطر هستند، اما نیاز به بررسی دارند . آموزش: ارائه اطلاعات در مورد آزمایشات تجویز شده (سطح hCG، سونوگرافی) و هدف از آن ها . آموزش: اگر تشخیص قطعی است، اطلاعات مناسب در مورد آن و مراقبت های بعدی (مانند استراحت، داروها) ارائه شود .	کمبود دانش مرتبط با علت خونریزی، برنامه تشخیصی و درمانی	بیمار و خانواده قادرند روند درمانی را توضیح دهند و به سوالات کلیدی پاسخ صحیح دهند.
---	--	---

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار خونریزی سه ماهه اول بارداری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

تعریف و اهمیت موضوع

خونریزی واژینال در سه ماهه اول بارداری یک شکایت شایع است و حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از زنان باردار آن را تجربه می کنند. اگرچه در بسیاری از موارد این خونریزی خفیف بوده و با بارداری سالم سازگار است، اما همواره نیازمند بررسی اورژانسی است تا علل جدی تر مانند سقط جنین، حاملگی خارج از رحم، یا بارداری مولار رد شوند. بستری شدن در بیمارستان فرصتی را فراهم می کند تا با مانیتورینگ دقیق، درمان مناسب و آموزش های لازم، از سلامت مادر و جنین محافظت شود.

علل شایع خونریزی در سه ماهه اول

خونریزی در این دوران می تواند دلایل مختلفی داشته باشد که از بی خطر تا اورژانسی متغیر است :

- **خونریزی لانه گزینی (Implantation Bleeding):** این حالت زمانی رخ می دهد که تخمک بارور شده به دیواره رحم می چسبد، معمولاً ۶ تا ۱۲ روز پس از لقاح. خونریزی بسیار خفیف، به رنگ صورتی یا قهوه ای روشن است و فقط چند ساعت تا دو روز طول می کشد و معمولاً با درد همراه نیست .
- **تغییرات هورمونی و تحریک دهانه رحم:** افزایش جریان خون به دهانه رحم در بارداری می تواند باعث خونریزی خفیف پس از معاینه لگن یا رابطه جنسی شود که معمولاً خطرناک نیست. همچنین وجود پولیپ دهانه رحم نیز می تواند علت خونریزی باشد .
- **تهدید به سقط (Threatened Abortion):** خونریزی واژینال همراه با گرفتگی و درد خفیف شکم که دهانه رحم هنوز بسته است. در بسیاری از موارد، بارداری با استراحت و مراقبت ادامه پیدا می کند .
- **سقط جنین (Miscarriage):** خونریزی معمولاً شدیدتر بوده و با درد و گرفتگی بیشتر شکم، عبور لخته های خون یا بافت از واژن همراه است .
- **حاملگی خارج از رحم (Ectopic Pregnancy):** لانه گزینی تخمک در خارج از رحم، معمولاً در لوله فالوپ. این وضعیت بسیار خطرناک است و با خونریزی (که ممکن است خفیف یا شدید باشد) و درد شدید و یک طرفه شکم یا لگن همراه است و نیاز به درمان فوری دارد .
- **حاملگی مولار (Molar Pregnancy):** رشد غیرطبیعی بافت جفت به جای جنین. خونریزی معمولاً به رنگ قهوه ای تیره است و ممکن است با تهوع شدید و بزرگ شدن سریع رحم همراه باشد .
- **هماتوم ساب کوریونیک (Subchorionic Hematoma):** تجمع خون بین جفت و دیواره رحم که می تواند باعث خونریزی شود. این هماتومها اغلب خودبه خود بهبود می یابند .

رژیم غذایی در زمان بستری

به منظور نوع رژیم غذایی مصرفی در مدت زمان بستری، با پزشک یا کارشناس تغذیه مشورت کنید. بعد از شروع حرکات دودی روده ای (دفع گاز) طبق دستور پزشک رژیم مایعات را شروع کرده و در صورت عدم تحمل (حالت تهوع و استفراغ) به پرستار اطلاع دهید.

فعالیت در زمان بستری

برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمائید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.

جهت تحرک و فعالیت هر ساعت چند بار از تخت پایین بیایید و قدم بزنید.

مراقبت در زمان بستری

- ✓ در صورت بروز علائم سرگیجه، خونریزی شدید، احتباس ادراری، تهوع و استفراغ به پرستار خود اطلاع دهید.
- ✓ در هنگام راه رفتن، سرفه و تنفس عمیق محل بخیه را با دست گرفته یا با بالش ثابت نگه دارید تا از درد در ناحیه عمل جلوگیری نمائید.
- ✓ در صورت داشتن درد، به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.
- ✓ جهت به حداقل رساندن عفونتهای بیمارستان در مدت بستری، بهداشت فردی اعم از بهداشت ناحیه ادراری، تناسلی و شستشوی دستها با صابون را رعایت نمائید.

دارو در زمان بستری

داروها (آنتی بیوتیک جهت جلوگیری از عفونت و مسکن برای تسکین درد) طبق دستور پزشک در فواصل و زمان معین توسط پرستار به شما داده میشود

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار خونریزی سه ماهه اول بارداری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ با نظر کارشناس تغذیه از رژیم غذایی سالم و سرشار از سبزیجات و میوه ها استفاده کنید.
- ✓ برای جلوگیری از کم آب شدن بدن به میزان کافی آب بنوشید.

فعالیت در منزل

- ✓ از زور زدن، بلند کردن اجسام سنگین و رانندگی تا زمانی که پزشک توصیه کرده است خودداری کنید.
- ✓ تا زمان اجازه ی پزشک از برقراری تماس جنسی خودداری کنید.
- ✓ به آرامی پیاده روی کنید.

مراقبت در منزل

- ✓ در صورت لزوم با یکی از اعضاء خانواده یا دوستانتان به منظور کمک به شما در فعالیت های منزل هماهنگ کنید.
- ✓ برای خونریزی واژینال از نوار بهداشتی به جای تامپون استفاده کنید تا خطر انتشار عفونت به واژن کاهش یابد.
- ✓ از تمیز کردن واژن با استفاده از دوش واژن خودداری کنید.
- ✓ در صورت وجود بیماری های دیگر، آن ها را کنترل کنید.
- ✓ تعداد پدها و نوارهای بهداشتی که در طول روز مصرف می کنید را به پزشکتان اطلاع دهید.
- ✓ استرس و فشارروانی را از خود دور کنید.
- ✓ اگر خونریزی همراه با خروج بافت از واژن بود، بافت را برای معاینه ی پزشک نگه دارید.

دارو در منزل

- داروهای مسکن را طبق تجویز پزشک مصرف نمائید.
- طبق نظر پزشک آنتی بیوتیک مصرف کنید

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی به پزشک

- در صورت بروز تب شدید
- گرفتگی شدید واژن
- وجود لخته های بزرگ در هنگام خونریزی
- احساس سرگیجه، ضعف و غش
- به منظور معاینات بیشتر و بررسی روند درمان
- سایر موارد نگران کننده

نیازهای آموزشی در سرکلاژ

امادگیهای قبل از عمل	مراقبتهای بعد از عمل
رژیم غذایی و فعالیت در زمان بستری	رژیم غذایی و فعالیت در زمان ترخیص
علایم هشدار در زمان ترخیص	

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
خطر زایمان زودرس مرتبط با نارسایی دهانه رحم، تحریکات پس از عمل و احتمال عفونت داخل آمنیوتیک	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. پایش علائم حیاتی: اندازه‌گیری فشار خون، نبض، تنفس و دما هر ۱۵ دقیقه در ساعت اول، سپس هر ۴ ساعت در ۲۴ ساعت اول) ۲. سمع ضربان قلب جنین: در صورت بارداری بالای ۲۰ هفته، هر شیفت و در صورت نیاز) ۳. بررسی ترشحات واژینال: بررسی دقیق از نظر خونریزی شدید (بیش از یک نوار بهداشتی در ۳-۴ ساعت)، نشت مایع آمنیوتیک یا ترشحات چرکی و گزارش سریع به پزشک) ۴. استراحت: در ۲۴ ساعت اول، استراحت در بستر با اجازه استفاده از توالت؛ از توصیه استراحت مطلق طولانی مدت خودداری شود ۵. تحرک زودهنگام: تشویق به تحرک تدریجی بر اساس راهنمای بیهوشی برای پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی) ۶. آماده‌سازی برای سونوگرافی: در صورت دستور پزشک، هماهنگی برای سونوگرافی ترانس واژینال جهت پایش طول دهانه رحم (در موارد خاص) آموزش‌ها: ۷. آموزش علائم هشدار زایمان زودرس (انقباضات منظم، نشت مایع، درد کمر، فشار لگن) و گزارش فوری آنها ۸. آموزش اینکه استراحت مطلق در بستر به طور روتین توصیه نمی‌شود و تحرک محدود مجاز است.	پس از ۲۴ ساعت و تا زمان ترخیص، بیمار هیچ انقباض منظم یا تغییری در ترشحات نداشته است؛ علائم حیاتی پایدار و ضربان قلب جنین نرمال باقی مانده است.
خطر عفونت مرتبط با روش تهاجمی، وجود بخیه خارجی و احتمال کلونیزاسیون با استرپتوکوک گروه B	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. پایش دما: اندازه‌گیری درجه حرارت هر ۴ ساعت و گزارش هرگونه تب) ۲. بررسی زخم: بازرسی روزانه ترشحات واژینال از نظر بو، رنگ و مقدار) ۳. بهداشت فردی: تأکید بر استفاده از نوار بهداشتی (به جای تامپون) و تعویض مکرر آن ۴. هماهنگی آزمایشات: در صورت دستور، هماهنگی برای کشت واژینال و رکتال برای استرپتوکوک گروه B (در بارداری بالای ۲۳ هفته) ۵. تجویز آنتی‌بیوتیک: در صورت مثبت بودن کشت اندوسرویکال قبل از عمل، تجویز آنتی‌بیوتیک بر اساس آنتی‌بیوگرام؛ در سرکلاژ اورژانسی، آنتی‌بیوتیک فقط در صورت	در طول بستری و تا زمان ترخیص، بیمار تب یا ترشحات غیرعادی ندارد؛ محل بخیه بدون علائم عفونت است.

	شواهد عفونت تجویز شود آموزش‌ها: ۶. آموزش علائم عفونت (تب، لرز، ترشحات بدبو یا زرد-سبز، افزایش درد) و نیاز به گزارش فوری) ۷. آموزش منع استفاده از تامپون و دوش واژینال (شواهد). GPP : ۸. آموزش اهمیت شستشوی دستها قبل و بعد از تعویض نوار بهداشتی.	
پس از مداخلات، شدت درد از ۷ به ۳ از ۱۰ کاهش یافته است؛ بیمار قادر به استراحت و همکاری در درمان است.	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. ارزیابی درد: ارزیابی شدت، محل و کیفیت درد با مقیاس ۰-۱۰ هر ۴ ساعت و پس از هر مداخله ۲. تجویز مسکن: تجویز استامینوفن یا NSAIDs (با تأیید پزشک و در صورت عدم منع) برای کاهش درد و کرامپ) ۳. توکولیتیک: در صورت بروز انقباضات رحمی، هماهنگی برای تجویز توکولیتیک (اندومتاسین یا سایرین) پس از رد عفونت داخل آمنیوتیک ۴. وضعیت راحت: کمک به بیمار برای یافتن وضعیت راحت (نیمه‌نشسته یا به پهلو چپ) ۵. تکنیک‌های غیردارویی: آموزش تنفس عمیق و آرامسازی برای کاهش درد) آموزش‌ها: ۶. آموزش اینکه گرفتگی خفیف تا ۳ روز پس از عمل طبیعی است) ۷. آموزش تفاوت بین درد طبیعی و درد هشداردهنده (افزایش تدریجی، همراه با خونریزی شدید یا تب) ۸. آموزش استفاده از کیسه آب گرم با تأیید پزشک برای کاهش کرامپ.	درد حاد مرتبط با بخیه، انقباضات پس از عمل و تحریک دهانه رحم
پس از جلسات آموزشی و حمایت روانی، بیمار از کاهش اضطراب گزارش می‌دهد (≥ 3 از ۱۰) و قادر است با آرامش بیشتری در مورد وضعیت خود صحبت کند.	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. ارتباط مؤثر: ایجاد محیطی آرام و اختصاص زمان برای گوش دادن به نگرانی‌های بیمار) ۲. آموزش: ارائه اطلاعات واضح و صادقانه در مورد روند درمان، مراقبت‌های پس از عمل و علائم هشدار با زبانی ساده ۳. حمایت عاطفی: تأکید بر اینکه سرکلاژ یک روش مؤثر برای افزایش شانس حفظ بارداری است (موفقیت حدود ۹۰-۸۰٪ در موارد انتخابی) ۴. حضور همراه: در صورت امکان، اجازه حضور همراه برای حمایت عاطفی ۵. ارجاع: در صورت نیاز، ارجاع به مشاور یا روانشناس (شواهد). GPP : آموزش‌ها: ۶. آموزش اینکه احساس ترس و نگرانی در این شرایط طبیعی است. ۷. آموزش تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، تجسم هدایت‌شده) برای مدیریت استرس) ۸. ارائه اطلاعات در مورد گروه‌های حمایت از مادران با سابقه نارسایی دهانه رحم.	اضطراب مرتبط با ترس از دست دادن بارداری، ناشناخته بودن نتیجه و تجربه روش تهاجمی
قبل از ترخیص، بیمار و خانواده توانستند سه علامت هشدار اصلی،	مداخلات و مراقبت‌ها: ۱. آموزش انفرادی: آموزش با زبانی ساده و با استفاده از بروشور یا برگه آموزشی)	کمبود دانش مرتبط با ماهیت روش، مراقبت‌های پس از

عمل، محدودیت‌ها و علائم هشدار	۲. روش بازآموزی (Teach-back): از بیمار بخواهید اطلاعات کلیدی را برای شما بازگو کند تا از درک او مطمئن شوید) آموزش‌ها ۳. محدودیت فعالیت: استراحت ۲-۳ روز اول؛ پرهیز از بلند کردن اجسام سنگین (بیش از ۵ کیلوگرم) و ورزش سنگین به مدت ۲ هفته. ۴. ممنوعیت‌ها: پرهیز از رابطه جنسی تا تأیید پزشک (معمولاً ۱۰-۷ روز)؛ عدم استفاده از تامپون و دوش واژینال. ۵. علائم قابل انتظار: خونریزی خفیف و گرفتگی تا ۳ روز طبیعی است. ۶. علائم هشدار مراجعه فوری: خونریزی شدید (خیس کردن نوار بهداشتی در ۳-۴ ساعت)، نشت مایع، انقباضات منظم، تب > 38 درجه، ترشحات بدبو. ۷. برنامه پیگیری: زمان ویزیت بعدی (معمولاً ۲-۱ هفته پس از عمل). ۸. زمان برداشتن بخیه: معمولاً هفته ۳۶-۳۷ بارداری یا در زمان سزارین برنامه‌ریزی شده.	زمان ویزیت بعدی و محدودیت‌های فعالیت را به درستی بازگو کنند.
-------------------------------	--	--

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار سرکلاژ طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

تعریف بیماری و روند درمان:

سرکلاژ یک روش جراحی است که در آن پزشک با قرار دادن یک بخیه (نخ محکم) دور دهانه رحم (سرویکس)، آن را می‌بندد. هدف از این کار، جلوگیری از باز شدن زود هنگام دهانه رحم در دوران بارداری است که می‌تواند منجر به سقط دیر هنگام یا زایمان زودرس شود. تصویر کنید دهانه رحم مانند یک دریچه است که باید تا زمان کامل شدن رشد جنین بسته بماند. در برخی از زنان، این دریچه به دلیل ضعف بافت، زودتر از موعد باز می‌شود. سرکلاژ مانند یک نوار محکم عمل می‌کند که از باز شدن آن جلوگیری می‌کند.

چه کسانی به آن نیاز دارند؟

این روش معمولاً برای زنانی انجام می‌شود که سابقه سقط دیر هنگام یا زایمان زودرس ناشی از نارسایی دهانه رحم را دارند. همچنین در مواردی که سونوگرافی در حدود هفته ۲۰ بارداری، کوتاهی دهانه رحم (کمتر از ۲۵ میلی‌متر) را نشان دهد، پزشک ممکن است این روش را توصیه کند.

روند درمان سرکلاژ

درمان سرکلاژ شامل سه مرحله اصلی قبل، حین و بعد از عمل است. هدف اصلی، گذراندن هرچه بی‌خطرتر این دوران و رساندن بارداری به زمان مناسب برای زایمان است.

قبل از عمل

- **مشاوره و آمادگی:** پزشک در مورد مزایا و خطرات با شما صحبت می‌کند. آزمایش‌های خون برای بررسی فاکتورهای انعقادی و سطح آهن انجام می‌شود.
- **ناشتا بودن (فستینگ):** بسته به نوع بیهوشی، ممکن است لازم باشد از شب قبل یا ساعاتی قبل از عمل، چیزی نخورید و نیاشامید.
- **ترتیبات منزل:** بهتر است برای چند روز پس از عمل، کمک در منزل داشته باشید و از بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنید.

حین عمل

- **بیهوشی:** عمل معمولاً با **بیهوشی نخاعی (اسپینال)** انجام می‌شود که در آن شما از ناحیه کمر به پایین بی‌حس هستید اما بیدار می‌مانید. در برخی موارد، از بیهوشی عمومی نیز استفاده می‌شود.
- **مدت زمان:** خود عمل حدود ۲۰ دقیقه زمان می‌برد. از ورود به اتاق عمل تا زمان بازگشت به ریکاوری، ممکن است حدود یک ساعت طول بکشد.

- نحوه انجام: پزشک با استفاده از اسپکولوم (همان ابزار معاینه زنان) به دهانه رحم دسترسی پیدا کرده و با کمک یک بخیه، آن را می‌بندد.
- مراقبت پس از عمل: شما به ریکاوری منتقل می‌شوید و تا زمانی که اثر بیهوشی از بین برود و بتوانید راه بروید و ادرار کنید، تحت نظر هستید. ممکن است برای چند ساعت از یک سوند (کاتتر) برای تخلیه مثانه استفاده شود.

مراقبت‌های پس از ترخیص (در منزل)

دوران نقاهت پس از سرکلاژ نیازمند احتیاط و رعایت دستورالعمل‌های خاصی است.

فعالیت‌ها و استراحت

- استراحت کافی: ۲ تا ۳ روز اول را در منزل استراحت کنید و فعالیت را به تدریج از سر بگیرید. از انجام کارهای سنگین منزل خودداری کنید.
- پرهیز از فعالیت شدید: به مدت ۲ هفته از ورزش شدید، شنا و بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنید.
- خوابیدن به پهلو: چپ: استراحت در این وضعیت به بهبود جریان خون کمک می‌کند.
- ممنوعیت رابطه جنسی: تا زمانی که پزشک اجازه ندهد (معمولاً ۷ تا ۱۰ روز یا بیشتر) از نزدیکی خودداری کنید.

علائم قابل انتظار (طبیعی)

- گرفتگی خفیف (کرامپ) و لکه‌بینی: این علائم تا ۳ روز پس از عمل طبیعی هستند و باید به تدریج برطرف شوند.
- ترشحات واژینال: ممکن است برای چند روز، ترشحات شفاف یا خونی کمی داشته باشید. از نواربهداشتی استفاده کنید و از تامپون استفاده نکنید.

علائم هشداردهنده (چه زمانی باید با پزشک تماس بگیرید؟)

در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، فوراً با پزشک خود تماس بگیرید یا به اورژانس مراجعه کنید:

- خونریزی شدید (به طوری که هر ۴-۳ ساعت یک نواربهداشتی را کاملاً خیس کند)
- انقباضات منظم رحمی (بیش از ۴ انقباض در هر ساعت)
- نشت ناگهانی مایع از واژن (پارگی کیسه آب)
- تب (بالتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد) یا لرز.
- افزایش درد یا گرفتگی که با استراحت بهتر نمی‌شود.
- ترشحات بدبو یا زرد و غلیظ از واژن (نشانه عفونت)

زمان برداشتن بخیه

بخیه سرکلاژ معمولاً در هفته‌های ۳۶ تا ۳۷ بارداری برداشته می‌شود. این کار معمولاً در بخش زایمان انجام می‌شود و ساده است و معمولاً نیازی به بیهوشی ندارد. برداشتن بخیه به این معنی است که بدن برای زایمان طبیعی آماده می‌شود. اگر سزارین برنامه‌ریزی شده باشد، ممکن است بخیه تا زمان انجام سزارین باقی بماند.

نیازهای آموزشی در عفونت ادراری

آموزش علل و علائم عفونت ادراری	نگه نداشتن ادرار و عدم انجام ورزشهای سنگین
راههای تشخیص و امادگی تستهای تشخیصی و نمونه گیری	مصرف میوه و ابمیوه های ترش ، مرکبات، قره قروت
مصرف مایعات فراوان و استراحت کافی	نظافت ناحیه تناسلی و پوشش زیر کاملاً نخی
تکمیل دوره درمان آنتی بیوتیکی	نپوشیدن لباسهای تنگ و چسب
مصرف داروها و عوارض آن	رژیم غذایی ملین جهت جلوگیری از یبوست
منع مصرف زیاد قهوه و نسکافه، نوشیدنی گازدار، غذاهای تند	درمان عفونتهای ناحیه تناسلی
	علائم هشدار (درد شدید پهلوها، تهوع استفراغ شدید، تب ، بیحالی و افت سطح هوشیاری، کاهش ادرار

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
اختلال در دفع ادرار مرتبط با عفونت مجاری ادراری، همانطور که با سوزش ادرار، تکرر و فوریت ادرار مشخص می شود	مراقبت: ۱. نمونه ادرار میانی (Midstream) برای کشت و آنتی بیوگرام ارسال شود . ۲. مانیتورینگ الگوی دفع ادرار شامل تعداد، بو، رنگ و حجم . ۳. تشویق به دریافت مایعات کافی در صورت عدم محدودیت قلبی یا کلیوی برای شستشوی باکتری ها . ۴. در صورت نیاز، دفع مکرر ادرار (هر ۲-۳ ساعت) برای تخلیه کامل مثانه . آموزش ها: ۵. آموزش علائم عفونت ادراری (سوزش، تکرر، فوریت، خون در ادرار) و اهمیت گزارش آنها . ۶. آموزش روش صحیح جمع آوری نمونه ادرار میانی .	بیمار از کاهش علائم دفع ادراری (سوزش، تکرر) گزارش می دهد؛ کشت ادرار کاهش یا ریشه کنی باکتری را نشان می دهد.
خطر اختلال در دیاد مادر- جنین مرتبط با عوارض بارداری (عفونت ادراری درمان نشده) که می تواند منجر به زایمان زودرس، وزن کم نوزاد و مرگ پری ناتال شود	مراقبت: ۱. مانیتورینگ علائم حیاتی مادر (فشار خون، نبض، دما) هر ۴ ساعت . ۲. بررسی علائم پیلونفریت (تب، لرز، درد پهلو، تهوع و استفراغ) و گزارش فوری . ۳. پایش ضربان قلب جنین و حرکات جنین در صورت بیش از ۲۰ هفته . ۴. در صورت تب، استفاده از کمپرس ولرم و تجویز استامینوفن طبق دستور (اجتناب از NSAIDs در بارداری). آموزش ها: ۵. آموزش عوارض عفونت ادراری درمان نشده بر جنین (زایمان زودرس، وزن کم) . ۶. آموزش اهمیت مصرف کامل آنتی بیوتیک ها برای ریشه کنی کامل عفونت .	در طول بستری، تب یا علائم پیلونفریت رخ نداده است؛ ضربان قلب جنین و حرکات آن طبیعی است؛ هیچ نشانه ای از زایمان زودرس مشاهده نشده است.

پس از ۲۴-۴۸ ساعت درمان آنتی بیوتیکی، شدت سوزش و درد از ۷ به ۳ از ۱۰ کاهش یافته است؛ بیمار قادر به استراحت است.	مراقبت: ۱. ارزیابی شدت، محل و کیفیت درد هر ۴ ساعت با مقیاس ۱۰-۰. ۲. تجویز استامینوفن طبق دستور برای کاهش درد و تب (اجتناب از NSAIDs در بارداری). ۳. تشویق به دریافت مایعات کافی برای کاهش غلظت ادرار و سوزش. ۴. در صورت دستور پزشک، استفاده از قلیایی کننده های ادرار (مانند Ural) برای کاهش سوزش. آموزش ها: ۵. آموزش تفاوت بین درد طبیعی عفونت و درد هشدار دهنده (درد پهلوی، تب بالا، تهوع) که نشانه پیلو نفریت است.	درد حاد مرتبط با عفونت مثانه و تحریک مخاط ادراری، همان طور که با سوزش ادرار و درد فوق عانه گزارش می شود
قبل از ترخیص، بیمار و خانواده حداقل ۳ روش پیشگیری (مایعات کافی، تخلیه مکرر مثانه، بهداشت پرینه) و ۲ علامت هشدار (تب، درد پهلوی) را نام می برند؛ برنامه پیگیری را می دانند.	مراقبت و آموزش - آموزش داروهای تجویزی: ۱. آموزش هدف و نحوه مصرف آنتی بیوتیک تجویز شده (دوز، زمان، عوارض) و اهمیت اتمام دوره درمان حتی در صورت بهبود علائم. ۲. آموزش عواقب قطع زودهنگام دارو (عود عفونت و مقاومت آنتی بیوتیکی). مراقبت و آموزش - محافظت در برابر عفونت: ۳. آموزش روش صحیح بهداشت پرینه (دستمال توالت از جلو به عقب، شستشوی دست ها). ۴. آموزش نوشیدن مایعات کافی (۸-۱۰ لیوان در روز) و ادرار کردن به هنگام احساس اولین نیاز. ۵. آموزش ادرار کردن بلافاصله پس از رابطه جنسی. ۶. آموزش علائم عود (سوزش، تکرر، تب، درد پهلوی) که نیاز به مراجعه فوری دارند. مراقبت و آموزش - مراقبت از بارداری پرخطر: ۷. ارائه بروشور آموزشی در مورد پیشگیری از عفونت ادراری در بارداری. ۸. آموزش برنامه پیگیری: کشت ادرار یک هفته پس از درمان و سپس ماهانه تا پایان بارداری.	کمبود دانش مرتبط با عفونت ادراری، درمان و پیشگیری از عود
بیمار نوبت پیگیری را می داند و برنامه دارویی را تکرار می کند؛ در صورت نیاز به کشت کنترل، هماهنگی انجام شده است.	مراقبت: ۱. ارزیابی موانع بیمار در پیروی از درمان (مالی، حمل و نقل، درک) و ارائه راهکارهای حمایتی. ۲. هماهنگی نوبت پیگیری برای کشت ادرار کنترل (۲-۱ هفته پس از درمان). آموزش ها: ۳. آموزش اهمیت کشت ادرار کنترل حتی در صورت عدم وجود علائم. ۴. آموزش اینکه در صورت مثبت بودن کشت کنترل، نیاز به درمان مجدد با آنتی بیوتیک متفاوت وجود دارد.	مدیریت ناکارآمد سلامت مرتبط با پیچیدگی سیستم بهداشتی و کمبود دانش، همان طور که با دشواری در پیروی از درمان تجویز شده مشخص می شود
بیمار برنامه دارویی را تکرار می کند بیمار حداقل ۳ روش پیشگیری را نام می برد بیمار حداقل ۳ علامت هشدار را نام می برد	داروها: • آنتی بیوتیک را تا انتها مصرف کن (حتی با بهبود علائم) • در صورت عوارض، خودسرانه قطع نکن پیشگیری: • روزانه ۸-۱۰ لیوان آب بنوش • هر ۲-۳ ساعت ادرار کن و مثانه را کامل خالی کن • دستمال توالت را از جلو به عقب بکش • بلافاصله پس از نزدیکی ادرار کن	مدیریت ناکارآمد سلامت مرتبط با کمبود دانش در مورد پیشگیری و عوارض عفونت ادراری در بارداری

	- لباس زیر نخی و گشاد بپوش - علائم هشدار (مراجعه فوری): - تب بالای ۳۸ درجه - لرز و تعریق - درد یک طرفه پهلو یا کمر - تهوع و استفراغ - خون در ادرار - کاهش حرکت جنین - برنامه پیگیری: - کشت ادرار کنترل ۱-۲ هفته پس از درمان - کشت ادرار ماهانه تا پایان بارداری	
--	---	--

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار عفونت ادراری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

عفونت ادراری در بارداری

➤ یکی از شایع ترین مشکلات مامایی است که در حدود ۱۸٪ از بارداری ها رخ می دهد. به دلیل تغییرات فیزیولوژیک بارداری مانند اتساع هورمونی حالب ها و فشار رحم بر مجاری ادراری، خطر ابتلا افزایش می یابد. در صورت عدم درمان، عفونت ادراری می تواند به پیلونفریت، سپسیس مادری، زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد منجر شود.

درمان عفونت ادراری در دوران بارداری

- بعد از تشخیص قطعی عفونت مثانه آنتی بیوتیک خوراکی به مدت ۷ تا ۱۰ روز شروع می شود.
- بسیاری از آنتی بیوتیک ها را میتوان با اطمینان در دوران بارداری مصرف کرد. با مصرف آنتی بیوتیک در عرض چند روز علائم برطرف خواهند شد ولی به هر حال ادامه یک دوره درمان بطور کامل بسیار ضروری است تا دستگاه ادراری از وجود باکتری پاک شود.
- در صورت بروز عفونت کلیه در دوران بارداری، بیمار بستری و تزریق آنتی بیوتیک وریدی شروع و از نظر علائم زایمان زودرس تحت نظر قرار می گیرد.
- پس از درمان آزمایش ادرار باید مرتباً تکرار شود و برای باقی مانده دوران بارداری بیمار باید با آنتی بیوتیک تحت درمان قرار گیرد.

فعالیت در زمان بستری

در صورتی که بخواهید از تخت خارج شوید ابتدا بنشینید و پاهای خود را از تخت آویزان کنید در صورتی که سرگیجه نداشتید با کمک همراه خود و پرستار بخش از تخت خارج شوید.

در صورتی که تب دارید استراحت کنید.

مراقبت در بستری

- داروها در فواصل مشخص توسط پرستار به شما داده خواهد شد.
- در صورتی که در زمان تزریق آنتی بیوتیک احساس تنگی نفس و خارش داشتید و یا دانه های قرمز پوستی مشاهده کردید پرستار خود را در جریان قرار دهید.
- از دستکاری سرم ها و تنظیم آن خودداری نمایید.
- در صورتی که علائم عفونت ادراری با توجه به شروع درمان بدتر شد پرستار و پزشک خود را در جریان قرار دهید.
- قبل و بعد از دستشویی رفتن دست های خود را با آب و صابون بشویید.
- با تیم درمانی همکاری لازم را داشته باشید.
- از مصرف دارو خوسرانه و بدون تجویز پزشک و خودداری نمایید.

- مرتباً لباس های زیر خود را تعویض نمایید.
- مایعات و آب زیاد مصرف کنید.
- ممکن است نیاز باشد تا پایان بارداری از آنتی بیوتیک استفاده نمایید.
- حتماً قبل از خوابیدن ادرار کنید.
- به منظور تخلیه کامل ادرار از مثانه بهتر است که در هنگام ادرار کردن، به طرف جلو خم شوید

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار عفونت ادراری طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

پیشگیری و مراقبت در منزل

- ✓ پیش از مقاربت جنسی و بعد از آن ادرار کنید و دستگاه تناسلی را با آب و صابون ملایم بشوئید.
- ✓ روزانه حداقل ۸ لیوان با گنجایش ۲۴۰ سی سی آب بنوشید.
- ✓ در زمان احساس دفع ادرار سریع مثانه را تخلیه نمایید.
- ✓ بعد از اجابت مزاج موضع را از جلو به عقب تمیز کنید تا از ورود باکتری های مدفوع به پیشابراه پیشگیری شود.
- ✓ از فرآورده های بهداشتی مخصوص دستگاه تناسلی (اسپری یا پودر) و صابون های قوی خودداری کنید زیرا پیشابراه و دستگاه تناسلی را تحریک می کند و محیط کشت مناسبی برای رشد باکتریها ایجاد میکند.
- ✓ در دوران بارداری از دوش واژینال استفاده نکنید.
- ✓ لباس های زیر خود را از نوع نخی انتخاب کنید و از جوراب شلواری هایی که قسمت بالای آن نخی است استفاده کنید.
- ✓ لباس های زیر را بطور مرتب عوض کنید.
- ✓ به محض سوزش ادرار و تکرر ادرار باید به پزشک مراجعه کنید و آزمایش دهید و در صورتی که عفونت در ادرار دیده شود، باید درمان شوید.
- ✓ مصرف چای، قهوه، آب میوه شیرین، الکل را کاهش دهید.
- ✓ در هنگام وجود عفونت ادراری از رابطه جنسی خودداری کنید.
- ✓ از پوشیدن لباس زیر تنگ و نایلونی که منجر به افزایش رطوبت و گرما در ناحیه تناسلی میشود و زمینه را برای رشد میکروب فراهم میکند اجتناب کنید
- ✓ بیش از ۳۰ دقیقه در حمام یا وان ننماید.
- ✓ بجای استفاده از وان از دوش استفاده کنید.
- ✓ حتماً قبل از خوابیدن ادرار کنید.
- ✓ به منظور تخلیه کامل ادرار از مثانه بهتر است که در هنگام ادرار کردن، به طرف جلو خم شوید.
- ✓ به طور کلی دردهای شکم در دوران بارداری را جدی بگیرید. حتماً باید با مراجعه به پزشک و انجام آزمایشهای الزم دارو مصرف شود. استفاده از آنتی بیوتیک بدون مراجعه به پزشک ممنوع است.
- ✓ داروهای تجویز شده توسط پزشک را بطور منظم و سر وقت مصرف کنید.
- ✓ ممکن است در طی ماههای آخر بارداری بر اثر سرفه و خنده و یا خم شدن به طرف پایین مقدار کمی ادرار خارج شود که با داشتن چنین حالتی به طور مکرر مثانه خود را خالی کنید.
- ✓ از بلند کردن اشیاء سنگین خودداری نمائید.
- ✓ به منظور تقویت عضلات مثانه به طور مکرر ورزش لگن نمایید. از پزشک یا پرستار ورزش های لگن را یاد بگیرید.
- ✓ در صورت وجود تب استراحت کنید و بعد از برطرف شدن تب باز می توانید فعالیت خود را آغاز کنید.

زمان مراجعه بعدی

- ✓ در صورت مشاهده علائم عفونت ادراری
- ✓ در فواصل منظم و مشخص شده توسط پزشک و جهت ادامه درمان

پارگی زودرس کیسه آب

تشخیص پرستاری	اقدامات و مداخلات پرستاری و آموزش	ارزشیابی
خطر عفونت (کوریوآمنیونیت) مرتبط با پارگی پرده‌ها و ورود باکتری به حفره آمنیوتیک	مراقبت: ۱. پایش علائم حیاتی مادر (دما، نبض) هر ۴-۶ ساعت و ثبت در گزارش. ۲. بررسی روزانه ترشحات واژینال از نظر رنگ، بو و مقدار؛ گزارش تغییر رنگ به سبز یا بدبو. ۳. اجتناب از معاینه دیجیتال واژینال مگر در شرایط اضطراری (برای کاهش خطر ورود عفونت). ۴. همکاری در تجویز آنتی‌بیوتیک. آموزش‌ها: ۵. آموزش علائم عفونت (تب، لرز، ترشح بدبو، درد شکم، کاهش حرکت جنین، احساس بیماری شبه آنفلوآنزا) و ضرورت گزارش فوری آن‌ها. ۶. تأکید بر پرهیز از رابطه جنسی، استفاده از تامپون، حمام (به جای دوش) و شنا در طول دوره بستری یا پس از ترخیص.	بیمار بدون علائم عفونت (تب، تاکی کاردی مادر، ترشح بدبو) باقی بماند؛ CRP و WBC در محدوده نرمال؛ زمان تأخیر (Latency) تا زایمان حداکثر شود
خطر اختلال در دیاد مادر-جنین مرتبط با زایمان زودرس و عوارض ناشی از نارسی	مراقبت: ۱. مانیتورینگ روزانه ضربان قلب جنین با CTG در صورت سن بارداری ≤ 26 هفته. ۲. ثبت حرکات جنین توسط مادر و گزارش کاهش حرکات (کمتر از ۱۰ حرکت در ۱۲ ساعت). ۳. همکاری در انجام سونوگرافی اولیه برای بررسی حجم مایع آمنیوتیک (الیگوهایدرآمنیوس)، موقعیت جفت و وزن تخمینی جنین. ۴. تجویز کورتیکواستروئید (بتامتازون ۱۲ میلی گرم عضلانی با فاصله ۲۴ ساعت، دو دوز) برای تکامل ریه جنین (بین ۲۴ تا ۳۴ هفته). آموزش‌ها: ۵. آموزش نحوه ثبت حرکات جنین (شمارش تا ۱۰ حرکت در طول روز) و اهمیت گزارش هرگونه تغییر ناگهانی. ۶. آموزش علائم دیسترس جنینی که نیاز به مراجعه فوری دارند.	ضربان قلب جنین در محدوده نرمال (۱۶۰-۱۱۰ ضربه/دقیقه) و بدون دکسلریشن؛ حرکت جنین کافی؛ علائم دیسترس جنینی مشاهده نشود
اضطراب مرتبط با بستری شدن ناگهانی، ترس از زایمان زودرس و نگرانی از سلامت نوزاد	مراقبت: ۱. اختصاص زمان برای گوش دادن به نگرانی‌های مادر و پاسخ به سؤالات با زبانی ساده و صادقانه. ۲. ارائه توضیح در مورد روند درمان (آنتی‌بیوتیک، استروئید، پایش‌ها) و اینکه هر روز تأخیر در زایمان به رشد بیشتر نوزاد کمک می‌کند.	بیمار سطح اضطراب ≥ 3 از ۱۰ گزارش دهد؛ قادر به بیان نگرانی‌ها و همکاری در برنامه درمانی باشد

	۳. هماهنگی برای ملاقات با تیم نوزادان (نئوناتولوژیست) در صورت امکان برای آشنایی با مراقبت‌های نوزاد نارس . ۴. اجازه حضور همراه در صورت امکان برای حمایت عاطفی. آموزش‌ها: ۵. آموزش تکنیک‌های آرامسازی و تنفس عمیق برای کاهش استرس. ۶. ارائه اطلاعات در مورد گروه‌های حمایت از مادران دارای بارداری پرخطر.	
بیمار و خانواده بتوانند علائم هشدار (عفونت، زایمان زودرس)، برنامه درمانی و مراقبت‌های پیشگیرانه را توضیح دهند.	مراقبت‌ها (آموزش‌ها): ۱. ماهیت بیماری: توضیح دهید پارگی کیسه آب باعث کاهش مایع محافظ جنین شده و خطر عفونت را افزایش می‌دهد. هدف از بستری، "تاخیر در زایمان" تا حد امکان است . ۲. نکات کلیدی مراقبتی: پرهیز از تامپون، مقاربت و حمام؛ استفاده از نواربهداشتی؛ ثبت دما و نبض (در صورت ترخیص) . ۳. علائم هشدار (مراجعه فوری): - درجه حرارت بالای ۳۷.۵ درجه - تغییر رنگ یا بوی بد ترشحات واژینال - خونریزی واژینال - انقباضات منظم یا درد شکم - کاهش حرکت جنین - احساس بیماری یا علائم شبه آنفلوآنزا ۴. برنامه دارویی: توضیح دهید که آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از عفونت و کورتیکواستروئید برای کمک به رشد ریه جنین تجویز می‌شوند . ۵. برنامه پیگیری: برنامه ویزیت‌های سرپایی (معمولاً ۲ بار در هفته) و زمان زایمان برنامه‌ریزی شده (معمولاً هفته ۳۷ یا در صورت بروز علائم عفونت) را توضیح دهید .	کمبود دانش مرتبط با PPRM، مراقبت‌های بستری و آمادگی برای زایمان زودرس

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار PROM طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

پارگی زودرس کیسه آب (PPROM) به پارگی پرده‌های آمنیوتیک قبل از هفته ۳۷ بارداری گفته می‌شود که در حدود ۲ تا ۳ درصد بارداری‌ها رخ داده و عامل ۳۰ تا ۴۰ درصد زایمان‌های زودرس است . مدیریت پرستاری این بیماران نیازمند رویکردی جامع با تمرکز بر پایش عفونت، تاخیر در زایمان (Expectant Management)، و آموزش خودمراقبتی به مادر است.

در صورت نیاز به عمل سزارین آمادگی‌های قبل از عمل آموزش داده می‌شود.

اقدامات و توصیه‌های پس از زایمان

✓ **بیحرکتی پس از عمل می‌تواند باعث رکود خون در پاها و افزایش احتمال عفونت ریه‌ها گردد، لذا ورزشهای تنفسی (تنفس عمیق و سرفه) و چرخش پا را بلافاصله پس از عمل انجام دهید.**

- ✓ تمرینات تنفسی مانند سرفه موثر، تنفس عمیق و ورزشهای تنفسی را به منظور جلوگیری از مشکلات تنفسی در بستر خود انجام دهید.
- ✓ جهت جلوگیری از ترومبوز ورید عمقی حرکات و چرخش پاها را در بستر داشته باشید.
- ✓ جهت به حداقل رساندن عفونتهای بیمارستان در مدت بستری، بهداشت فردی اعم از بهداشت ناحیه ادراری، تناسلی و شستشوی دستها با صابون را رعایت نمایید.

رژیم غذایی در بستری

- ابتدا تغذیه با مایعات آغاز میشود و در صورت توانایی هضم مایعات رژیم غذایی عادی آغاز میشود.
- توصیه میشود برای جلوگیری از یبوست از مواد غذایی فیبردار استفاده کنید.

فعالیت در بستری

- جهت خارج شدن ابتدا لبه تخت نشسته و در صورت نداشتن سرگیجه میتوانید با کمک همراه یا پرستار خود از تخت خارج شوید.
- در بستر پاها را حرکت دهید، تا از لخته شدن خون در پاها پیشگیری شود. بهتر است هر چه زودتر از بستر خارج و راه بروید.

مراقبت در بستری

- در هنگام راه رفتن، سرفه و تنفس عمیق محل بخیه را با دست گرفته یا با بالش ثابت نگه دارید تا از درد در ناحیه عمل جلوگیری نمایید.
- برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمایید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و ... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.
- در صورت داشتن درد، به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.
- بدون هماهنگی با پرستار به تجهیزات متصل به خود دست نزنید.

دارو در بستری

- ✓ داروهای تجویز شده توسط پزشک، توسط پرستار به شما داده میشود.
- ✓ توجه: بسته به نوع زایمان، برای کسب اطلاعات بیشتر به دستورالعمل سزارین یا زایمان طبیعی مراجعه کنید.

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار PROM طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

رژیم غذایی در منزل

- ✓ از یک رژیم غذایی متعادل و سالم سرشار از کلسیم و پروتئین پیروی کرده و از مصرف غذاهای پر کالری و با ارزش غذایی کم خودداری کنید.
- ✓ از مصرف غذاهای نفاخ و دیر هضم اجتناب کنید. جهت جلوگیری از یبوست از رژیم غذایی پرفیبر و مایعات مصرف کنید.
- ✓ مواد غذایی سرشار از ویتامین ث مصرف کنید. مانند: پرتقال، لیمو شیرین، سبزی خوردن، گوجه فرنگی، فلفل دلمهای و نارنگی
- ✓ از یک رژیم غذایی سرشار از سبزیجات و انواع میوهجات استفاده کنید.
- ✓ مصرف آب را افزایش دهید. مصرف ماهی و امگا ۳ را نیز افزایش دهید.

فعالیت در منزل

- ✓ جهت خارج شدن ابتدا لبه تخت نشسته و در صورت نداشتن سرگیجه با کمک همراه خود از تخت خارج شوید.
- ✓ از زور زدن، بلند کردن اجسام سنگین و رانندگی تا زمانی که پزشک توصیه کرده است خودداری کنید.
- ✓ بهتر است ۶ تا ۴ هفته پس از زایمان از انجام مقاربت خودداری کنید.
- ✓ از بلند کردن اشیاء سنگینتر از وزن نوزاد تا ۸ هفته پرهیز نمایید. تا مدتی از انجام کارهای سنگین خودداری کنید.

- ✓ سعی کنید مرتباً راه بروید، چرا که راه رفتن هم از نفخ شما جلوگیری میکند و هم از یبوست.
- ✓ به خاطر داشته باشید استراحت کافی، در فواصل فعالیت، به تسریع بهبودی دوران پس از زایمان کمک میکند.
- ✓ سعی کنید در ساعاتی که نوزاد خواب است شما نیز استراحت نمایید و از دید و بازدیدهای طولانی بستگان حتی الامکان بپرهیزید.
- ✓ پس از بهبودی و با مشورت با پزشک شروع به انجام ورزشهای روزانه کنید.

مراقبت در منزل

- ✓ از نشستن طولانی مدت در صندلی و فشار بر زانوها انداختن پاها روی یکدیگر و بیحرکتی اجتناب نمایید.
- ✓ لباس زیر را روزانه تعویض و از لباسهای زیرنخی استفاده کنید. از پوشیدن لباسهای حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلواریهای تنگ و پالستیکی خودداری کنید.
- ✓ لباس زیر همیشه باید خشک باشد و از مرطوب شدن آن پرهیز کنید.
- ✓ از شکم بند استفاده کنید. روزانه استحمام کنید.
- ✓ کلیه داروها از قبیل آنتی بیوتیک و مسکن را که پزشک تجویز کرده است را به موقع مصرف کنید.
- ✓ چون باید به نوزاد خود شیر بدهید، نمیتوانید رژیم الغری بگیرید ولی میتوانید با کاهش مصرف چربیها، شیرینیها و جایگزینی میوه، سبزی و پروتئین در غذاهای روزانه خود، به کالری و انرژی لازم برای تغذیه فرزند خود دست یابید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

تب و لرز، خونریزی بیش از میزان قاعدگی در هر زمان یا ادامه خونریزی بیشتر از حد لکه بینی بعد از ده روز، درد و ورم ناحیه بخیه ها هر گونه درد، قرمزی و تورم پستانها، لمس توده یا درد و تورم و خروج ترشحات چرکی از محل بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو از مهبل درد زیر دل یا درد ساق پا، بی اختیاری دفع ادرار و مدفوع، درد یا سوزش هنگام ادرار کردن و تکرار ادرار سرگیجه و رنگ پریدگی

کورتاژ
مراقبتها و آمادگیهای قبل از عمل جراحی
رژیم غذایی بعد از عمل
میزان فعالیت بعد از عمل
داروهای مصرفی
بهداشت فردی
پیگیری پاتولوژی بعد از ترخیص
زمان مراجعه بعدی به پزشک بعد از ترخیص
عوارض کورتاژ
علائم هشدار بعد از ترخیص

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری و آموزشها	ارزشیابی
درد حاد مرتبط با گشاد شدن دهانه رحم، دستکاری رحم و انقباضات پس از عمل، همانطور که با گزارش گرفتگی شکمی، بی‌قراری و حالت محافظتی مشخص می‌شود	مراقبت: ارزیابی شدت، محل و کیفیت درد هر ۴ ساعت با مقیاس ۱۰-۰؛ پایش علائم حیاتی (نبض و فشار خون) که نشانه‌های درد هستند . مداخله: تجویز مسکن‌های خوراکی (استامینوفن یا ایبوپروفن) طبق دستور پزشک ؛ تشویق به استفاده از تکنیک‌های آرامسازی مانند تنفس عمیق برای کاهش تنش عضلانی؛ قرار دادن کیسه آب گرم بر روی شکم (با تأیید پزشک) . آموزش: توضیح اینکه گرفتگی خفیف تا متوسط تا ۳-۲ روز پس از عمل طبیعی است و با مصرف مسکن قابل کنترل است ؛ آموزش تفاوت بین درد طبیعی و درد هشداردهنده که نیاز به گزارش دارد.	پس از مداخلات، شدت درد از ۷ به ۳ از ۱۰ کاهش یافته است؛ بیمار قادر به استراحت است و از مسکن‌ها به طور منظم و مؤثر استفاده می‌کند.
خطر خونریزی مرتبط با باقی‌مانده بافت در رحم، آسیب عروقی حین عمل یا اختلالات انعقادی	مراقبت: بررسی منظم مقدار و رنگ خونریزی و وجود لخته‌های بزرگ؛ پایش علائم حیاتی و علائم شوک (رنگ‌پریدگی، تعریق سرد، افت فشار خون) . مداخله: تشویق به استراحت و پرهیز از فعالیت شدید در روز اول؛ در صورت خونریزی شدید، آمادگی برای اقدامات اورژانسی و گزارش به پزشک . آموزش: آموزش اینکه خونریزی خفیف تا متوسط تا ۲ هفته پس از عمل طبیعی است و نباید از نواربهداشتی بیشتر باشد ؛ آموزش علائم هشدار (خونریزی شدید، لخته‌های بزرگ، سرگیجه) که نیاز به مراجعه فوری دارند .	بیمار خونریزی خفیف تا متوسط داشته و هیچ گونه خونریزی شدید یا علائم شوک مشاهده نشده است؛ بیمار علائم هشدار را می‌داند.

در طول دوره بستری و پس از ترخیص، تب یا ترشحات غیرعادی مشاهده نشده است؛ بیمار اصول بهداشتی را به درستی رعایت می‌کند.	مراقبت: پایش درجه حرارت هر ۴ ساعت؛ بررسی ترشحات واژینال از نظر بو، رنگ و مقدار؛ تجویز آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک طبق دستور پزشک . آموزش: تأکید بر عدم استفاده از تامپون و دوش واژینال تا زمان تأیید پزشک ؛ آموزش استفاده از نواربهداشتی و تعویض مکرر آن؛ آموزش شستشوی دست‌ها قبل و بعد از تعویض نواربهداشتی؛ آموزش عدم استحمام در وان، استخر یا دریا به مدت یک هفته ؛ آموزش علائم عفونت (تب، لرز، ترشح بدبو، افزایش درد شکمی) .	خطر عفونت مرتبط با روش تهاجمی و قرار گرفتن در معرض باکتری‌ها
پس از جلسات آموزشی و حمایت روانی، بیمار از کاهش اضطراب گزارش می‌دهد و قادر است با آرامش بیشتری در مورد وضعیت خود صحبت کند.	مراقبت: ایجاد فضایی امن و غیرقضای برای بیان احساسات؛ گوش دادن فعال به نگرانی‌های بیمار بدون ارائه جملات کلیشه‌ای مانند "می‌توانی دوباره باردار شوی"؛ در صورت سقط، پذیرش غم و اندوه بیمار و تأکید بر طبیعی بودن این احساسات . مداخله: اجازه حضور همراه در صورت امکان؛ در صورت نیاز، ارجاع به مشاور یا روانشناس . آموزش: آموزش تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، تجسم هدایت‌شده) برای کاهش استرس؛ آموزش در مورد روند بهبودی فیزیکی و زمان بازگشت به فعالیت‌های عادی؛ ارائه اطلاعات در مورد گروه‌های حمایت از افراد با سابقه سقط یا مشکلات مشابه.	اضطراب مرتبط با ناشناخته بودن نتیجه پاتولوژی (در موارد تشخیصی) یا از دست دادن بارداری، همان‌طور که با گریه، بی‌قراری، سؤالات مکرر و تنش عضلانی مشخص می‌شود
قبل از ترخیص، بیمار و خانواده توانستند حداقل ۳ علامت هشدار، محدودیت‌های فعالیت و زمان ویزیت بعدی را بازگو کنند.	آموزش‌ها (بر اساس دستورالعمل‌های مراقبتی) مراقبت از خونریزی: استفاده از نواربهداشتی (نه تامپون) تا قطع کامل خونریزی ؛ خونریزی خفیف تا ۲ هفته طبیعی است. فعالیت: استراحت تا رفع خستگی؛ بازگشت تدریجی به فعالیت‌های عادی ظرف ۲-۱ روز ؛ پرهیز از بلند کردن اجسام سنگین و ورزش شدید؛ بازگشت به کار از روز بعد بسته به نوع شغل . ممنوعیت‌ها: پرهیز از رابطه جنسی، تامپون، دوش واژینال، حمام (به جای آن دوش بگیرید)، استخر و شنا به مدت حداقل یک هفته یا تا تأیید پزشک . داروها: مصرف کامل آنتی‌بیوتیک‌ها در صورت تجویز؛ استفاده از مسکن‌های OTC برای گرفتگی . علائم هشدار مراجعه فوری: خونریزی شدید (خیس کردن بیش از یک نوار در ساعت)، تب بالای ۳۸ درجه، افزایش درد شکم، ترشح بدبو، سرگیجه و غش . پیگیری: حضور در ویزیت پیگیری معمولاً ۱۰-۶ هفته پس از عمل برای بررسی نتیجه پاتولوژی .	کمبود دانش مرتبط با ماهیت روش، مراقبت‌های پس از عمل، محدودیت‌ها و علائم هشدار

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار کورتاژ طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

کورتاژ (Dilation and Curettage) روشی است که در آن دهانه رحم گشاد شده و محتویات داخل رحم با ابزار مخصوص یا ساکشن خارج می‌شود. این روش اهداف تشخیصی (بررسی خونریزی غیرطبیعی) و درمانی (درمان سقط ناقص، بارداری مولار یا توقف بارداری) دارد و اگرچه جزو جراحی‌های جزئی محسوب می‌شود، اما جنبه‌های حساسیت‌برانگیز و نیازمند مراقبت ویژه پرستاری است. آموزش آمادگی‌های قبل از عمل به بیمار داده می‌شود.

رژیم غذایی و تغذیه در بستری

در صورت هوشیاری کامل و عدم وجود مشکلات گوارشی مانند تهوع و استفراغ، رژیم مایعات را طبق دستور پزشک و با اجازه پرستار شروع کنید و در صورت عدم تحمل (حالت تهوع و استفراغ) به پرستار اطلاع دهید.

فعالیت در بستری

برای خروج از بستر، ابتدا مدتی در لبه تخت نشسته و پاها را آویزان نمایید، در صورت نداشتن سرگیجه، تاری دید و... با کمک تیم مراقبتی راه بروید.

مراقبت در بستری

- ❖ جهت پیشگیری از عوارض بعد از عمل جراحی، تمرینات تنفسی و ورزشهای پا را انجام دهید.
- ❖ جهت جلوگیری از ترومبوز ورید عمقی توصیه میشود که چند ساعت پس از عمل به تدریج از تخت خارج شوید و راه بروید.
- ❖ به مدت یک یا چند روز دردهای انقباضی خفیف شبیه قاعدگی خواهید داشت.
- ❖ اگر خونریزی شما شدید است و احساس ضعف، سرگیجه، یا منگی می‌کنید، به پزشک خود اطلاع دهید.
- ❖ در صورت داشتن تهوع و استفراغ به پزشک خود اطلاع دهید.
- ❖ در صورت بروز درد یا احساس ناراحتی قبل از خروج از تخت به پرستار اطلاع دهید.
- ❖ در صورت داشتن درد، به پرستار اطلاع داده تا طبق تجویز پزشک اقدامات لازم جهت تسکین درد شما را انجام دهد.
- ❖ جهت جبران مایعات از دست رفته مایعات فراوان مصرف نمایید.
- ❖ جهت به حداقل رساندن عفونتهای بیمارستان در مدت بستری، بهداشت فردی اعم از بهداشت ناحیه ادراری، تناسلی و شستشوی دستها با صابون را رعایت نمایید.

داروها در بستری

➤ داروها (آنتی بیوتیک و مسکن) طبق دستور پزشک در فواصل و زمان معین توسط پرستار به شما داده میشود

رژیم غذایی و تغذیه در منزل

- از مصرف غذاهای نفاخ و دیر هضم اجتناب کرده و جهت جلوگیری از یبوست رژیم غذایی پرفیبر و مایعات مصرف کنید.
- از غذاهای سرشار از آهن مانند گوشت قرمز، جگر، تخم مرغ، غلات، سبزیجات سبز، کشمش سبز استفاده ننمائید.

فعالیت

از بلند کردن اجسام سنگین و ایستادن طولانی، تا مدت ۶ هفته بعد از عمل خودداری کنید.

مراقبت

- ❖ به مدت یک یا چند روز دردهای انقباضی خفیف شبیه قاعدگی و ۱ تا ۲ هفته خونریزی خواهید داشت.
- ❖ جهت کاهش اضطراب و بهتر طی کردن فرایند سوگ، احساسات خود را آزادانه بیان کنید.
- ❖ پس از سقط از روش های پیشگیری از بارداری استفاده کنید.
- ❖ با مشورت پزشک و تا زمانی که خونریزی شما بند بیاید از آمیزش زناشویی، شنا کردن و استفاده از داروهای واژنیال به مدت حداقل ۱ تا ۲ هفته خودداری کنید.
- ❖ لباس زیر را روزانه تعویض و از لباس های زیر نخی استفاده کنید و از پوشیدن لباس های حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلواری تنگ و پلاستیکی خودداری کنید.
- ❖ لباس زیر همیشه باید خشک باشد و از مرطوب شدن آن پرهیز کنید.
- ❖ از مصرف هر گونه داروی شیمیایی یا گیاهی بدون دستور پزشک پرهیز نمائید.

دارو

- برای تسکین درد از ایبوپروفن یا استامینوفن طبق دستور پزشک استفاده کنید.
- داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج از جمله قرص های آهن جهت جبران کم خونی را طبق دستور پزشک استفاده نمائید.

علایم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- ۷ روز پس از عمل به پزشک معالج مراجعه نمائید.
- بعد از دریافت جواب پاتولوژی حتماً باید به پزشک معالج مراجعه کنید. موقع مراجعه به پزشک خلاصه پرونده خود را همراه داشته باشید.
- اگر دچار خونریزی شدید، یکی از نشانه های عفونت (تب و لرز) یا احساس درد شدید داشتید، بلافاصله به پزشک معالج و یا مراکز درمانی مراجعه کنید.

نیازهای آموزشی در لاپارتومی
مراقبتها و آمادگیهای قبل از عمل جراحی
رژیم غذایی بعد از عمل
میزان فعالیت بعد از عمل
داروهای مصرفی
بهداشت فردی
زمان مراجعه بعدی به پزشک بعد از ترخیص
علائم هشدار بعد از ترخیص

تشخیص پرستاری	مراقبتهای پرستاری و مداخلات و آموزشها	ارزشیابی اهداف
تبادل گازی ناکارآمد مرتبط با کاهش تهویه ناشی از درد و بی حرکتی پس از جراحی	مراقبت :پایش SpO_2 و صداهای ریوی هر ۸-۴ ساعت ؛ تشویق به استفاده از اسپیرومتری تشویقی هر ساعت در زمان بیداری ؛ کمک به تغییر وضعیت و چرخش در بستر؛ در صورت نیاز، تجویز اکسیژن طبق دستور . آموزش :آموزش تنفس عمیق و سرفه مؤثر قبل از عمل ؛ آموزش اسپلینت کردن برش شکم با بالش هنگام سرفه و چرخش برای کاهش درد و جلوگیری از آتلکتازی .	پس از ۲۴ ساعت، بیمار قادر به تنفس عمیق و سرفه مؤثر بدون درد شدید است؛ SpO_2 بالای ۹۵٪ باقی مانده و صداهای ریوی واضح است.
درد حاد مرتبط با برش جراحی و تحریک بافت های شکمی	مراقبت :ارزیابی شدت، محل و کیفیت درد با مقیاس ۰-۱۰ و پایش علائم حیاتی ؛ تجویز مسکن های تجویز شده و ارزیابی پاسخ به درمان ؛ استفاده از تکنیک های غیردارویی مانند تغییر وضعیت، آرام سازی و اسپلینت کردن شکم آموزش :آموزش استفاده از بالش برای حمایت از برش هنگام سرفه، خنده یا چرخش ؛ آموزش زمان مصرف مسکن ها و اینکه نباید منتظر شدت یافتن درد باشند.	پس از ۲۴-۴۸ ساعت، شدت درد به ≥ 3 از ۱۰ کاهش یافته است؛ بیمار قادر به تنفس عمیق و تحرک با کمک است.
خطر عفونت مرتبط با برش جراحی بزرگ و روش تهاجمی	مراقبت :پایش درجه حرارت هر ۴ ساعت ؛ بررسی روزانه برش از نظر قرمزی، تورم، گرما، ترشح و باز شدن زخم ؛ تعویض پانسمان با رعایت اصول استریل و تجویز آنتی بیوتیک در صورت دستور	در طول دوره بستری، هیچ علامت عفونت مشاهده نشده است؛ برش خشک، تمیز و در حال بهبود است.

	آموزش: آموزش علائم عفونت (تب، قرمزی، تورم، ترشح چرکی، افزایش درد، بوی بد) که نیاز به گزارش فوری دارند؛ آموزش خشک و تمیز نگه داشتن برش و خودداری از استفاده از لوسیون یا کرم روی زخم تا زمان تأیید پزشک.	
اختلال در عملکرد گوارش (خطر ایلتوس) مرتبط با دستکاری روده‌ها، بیهوشی و بی‌حرکتی	مراقبت: سمع صداهای روده هر ۸ ساعت؛ ارزیابی دفع گاز و اولین اجابت مزاج؛ تشویق به تحرک زودهنگام برای تحریک فعالیت روده؛ شروع تدریجی رژیم غذایی (مایعات شفاف، سپس نرم و سپس جامد بر اساس تحمل) آموزش: آموزش اینکه یبوست و نفخ پس از جراحی شایع است اما با تحرک، مایعات کافی و فیبر قابل کنترل است؛ آموزش اینکه اجابت مزاج به برش آسیبی نمی‌رساند؛ آموزش پرهیز از غذاهای نفاخ مانند حبوبات، تخم‌مرغ و لبنیات در روزهای اول.	پس از ۴۸-۲۴ ساعت، صداهای روده شنیده می‌شود؛ بیمار گاز دفع کرده و رژیم مایع را بدون تهوع تحمل می‌کند.
خطر ترومبوز مرتبط با بی‌حرکتی و جراحی بزرگ شکمی	مراقبت: تشویق به تحرک زودهنگام و خارج شدن از تخت با کمک؛ استفاده از جوراب‌های ضد DVT یا دستگاه پنوماتیک در صورت نیاز؛ تمرینات پا و مچ پا در حالت درازکش؛ مانیتورینگ علائم DVT هر شیفت، دریافت مایعات کافی در صورت دستور پزشک، تجویز ضد انعقادهای پروفیلاکتیک (هپارین با دوز پایین، انوکسپارین) آموزش: آموزش اهمیت تحرک زودهنگام برای پیشگیری از لخته شدن خون و تسریع بهبودی؛ آموزش علائم DVT (درد یا تورم ساق، گرما، تغییر رنگ پوست) که نیاز به مراجعه فوری دارند.	در طول بستری، هیچ علائمی از DVT مشاهده نشده است؛ بیمار به طور منظم تحرک دارد و حداقل چند بار در روز با کمک راه می‌رود.
کمبود دانش مرتبط با ماهیت جراحی، مراقبت پس از ترخیص و علائم هشدار	آموزش‌ها (قبل از ترخیص): مراقبت از برش: دوش گرفتن پس از برداشتن پانسمان با خشک کردن با ضربه (پت)؛ گزارش علائم عفونت. فعالیت: تعادل بین فعالیت و استراحت؛ پرهیز از بلند کردن اجسام سنگین (بیش از ۵ کیلوگرم) به مدت ۴-۶ هفته؛ عدم رانندگی به مدت ۴-۶ هفته؛ پرهیز از ورزش شدید تا زمان ویزیت پزشک. رژیم غذایی: تغذیه متعادل با پروتئین و ویتامین C برای ترمیم بافت؛ افزایش مایعات و فیبر برای پیشگیری از یبوست. برنامه پیگیری: ویزیت پزشک حدود ۱ هفته پس از ترخیص. دارو: • آموزش اهمیت مصرف منظم داروهای ضد انعقاد و عدم قطع خودسرانه آنها. علائم هشدار مراجعه فوری: تب ≤ 38 درجه، درد شدید شکم،	قبل از ترخیص، بیمار و خانواده توانستند علائم هشدار، محدودیت‌های فعالیت و زمان ویزیت بعدی را به درستی بازگو کنند. در صورت تجویز ضد انعقاد، برنامه دارویی را آموزش ببیند و عوارض قابل گزارش را بداند.

قرمزی/تورم/ترشح چرکی از زخم، خونریزی شدید واژینال، تنگی نفس، درد یا تورم ساق پا .
--

پرستار یا ماما در زمان بستری بیمار لاپاروتومی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

لاپاراتومی به معنای باز کردن دیواره شکم از طریق یک برش جراحی است که معمولاً برای دسترسی به اندام‌های داخلی و انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی انجام می‌شود. این روش می‌تواند اورژانسی یا برنامه‌ریزی شده باشد و بسته به علت جراحی، برش ممکن است افقی یا عمودی باشد.

امادگی‌های قبل از ما اجرا و آموزش داده می‌شود.

شروع تغذیه بعد از عمل :

- رژیم غذایی بعد از عمل بین ۸ تا ۱۲ ساعت بعد از عمل جراحی جهت بیمار شروع می‌شود با تاکید به استفاده از مایعات سبک در شروع تغذیه
- توصیه به مصرف غذاهای پرفیبر و مایعات فراوان و عدم مصرف غذاهای نفاخ و شیر بعد از عمل جراحی و بدلیل تهوع و استفراغ بدن‌بال عمل جراحی شکم احتمال برگشت محتویات معده به ریه‌ها مطرح می‌باشد لذا حتماً زمان ناشتایی بعد از عمل رعایت گردد.
- در صورت بروز تهوع و استفراغ سر بیمار را به یک طرف برگردانده تا ترشحات وارد ریه نشود

میزان دریافت مسکن و اقدامات جهت تسکین درد:

تسکین درد بیمار بعد از عمل با شکایت بیمار از درد جهت وی شروع شده و با مسکن‌های غیر تزریقی و سپس تزریقی بعد از عمل جراحی جهت وی شروع می‌شود.

محدودیت‌های فعالیتی بعد از عمل:

بعد از عمل جراحی معمولاً بعد از پایان زمان ناشتایی فعالیت و جابجایی بیمار انجام می‌گردد. جهت شروع فعالیت برای جلوگیری از سقوط و افت فشارخون همودینامیک بیمار پاها را از تخت آویزان کرده به مدت بیست دقیقه و سپس با کمک همراهی و با حمایت در شروع حرکت از تخت خارج می‌گردد.

علائم خطر بعد از عمل لاپاروتومی در بستری

شامل:

تب و لرز، خروج ترشحات چرکی و آبکی و تورم و درد و قرمزی در محل انسزیون، احساس ناخوشی، تشدید خونریزی و درد شدید

سوند فولی:

چند ساعت بعد از عمل سوند سوند ادراری معمولاً بعد از عمل ۸ تا ۱۲ ساعت بعد از عمل توسط پرستار خارج می‌گردد.

آموزش علائم احتباس ادراری و نحوه تخلیه مثانه :

علائم احتباس ادراری شامل اتساع مثانه عدم توانایی ادرار کردن و درد شدید ناحیه شکم از علائم احتباس ادراری بوده که به بیمار در خصوص بروز مشکلات فوق بعد از خروج سوند آموزش داده می‌شود. بعد از خروج سوند تاکید به تخلیه ادرار می‌گردد.

جهت تخلیه ادرار توصیه به حفظ حریم خصوصی بیمار می گردد. قرار گرفتن در پوزیشن مناسب خم شدن به سمت جلو و در صورت وضعیت نشسته ادرار کنند. توصیه با انجام مانور والسالوا برای تخلیه کامل ادرار

پرستار یا ماما در زمان ترخیص بیمار لاپار تومی طبق محتوای زیر به بیمار آموزش دهد.

زمان استحمام :

۴۸ ساعت بعد از ترخیص بیمار می تواند با اب گرم حمام نماید.

زمان شروع پریودی:

به علت انجام عمل و تغییرات هورمونی احتمالی ممکن است سیکل های ماهیانه تغییر کنند.

مراقبت از زخم :

بیماران بعد از ترخیص محل بخیه ها را با آب معمولی و شامپو بچه شستشو داده و با سشوار خشک نمایند. محل بخیه ها شک نکه داشته شود.

در خصوص استحمام و زمان کشیدن بخیه ها آموزش داده شود.

استفاده از شکم بند های طبی به ترمیم زخم کمک می کند.

فعالیت مادر در منزل :

از بلند کردن اجسام سنگین خودداری گردد.

تغذیه :

رژیم غذایی معمولی داشته دباشد. جهت نرم شدن روده ها از مایعات سبزیجات و میوه جات استفاده نمایید.

پیگیری ها و زمان مراجعه بعدی:

- جهت کشیدن بخیه ها هفت تا ده روز بعد از عمل طبق دستور به پزشک معالج مراجعه نمایید.
- در صورت بروز هرگونه مشکل سریعا به بیمارستان و تریاژ مراجعه نمایید.
- بیمارانی که شکم بزرگ دارند احتمال اینکه شکم بر روی محل بخیه ها قرار گیرد و باعث عفونت شود، لذا بهتر است از شکم بند طبی مناسب استفاده نمایید به طوریکه بخیه ها حتما خارج از شکم بند باشد.
- پرستار مسئول بیمار آموزش صحیح مصرف داروها در فرم ترخیص بیمار یادداشت کرده و به بیمار موقع ترخیص آموزش های لازم در این خصوص را ارائه می نماید.
- به بیمار در خصوص پیگیری آزمایشات معوقه و زمان آماده شدن جواب آزمایشات آموزش های لازم داده می شود.

علائم خطر بیمار بعد ترخیص

علائم خطر و هشدار مادر شامل تب و لرز شدید خونریزی و درد شدید در محل بخیه ها عدم اجابت مزاج ترشحات چرکی یا خونابه ای از محل انسزیون جراحی

