

اصول آموزشی برای مربیان مامایی

مدل های آموزش مامایی - ویرایش دوم

مدل بنیادین

مامایی جامعه نگر



دانشکده پرستاری

مامایی تبریز

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

اصول آموزشی برای مربیان مامایی

مدل های آموزش مامایی – ویرایش دوم

مدل بنیادین

مامایی جامعه نگر

دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

به نام خدا

انتشار توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸

تحت عنوان:

Education material for teachers of midwifery/Midwifery education modules-second edition/foundation module- The midwife in the community

سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۸

انتشارات سازمان جهانی بهداشت حقوق ترجمه و انتشار به زبان فارسی را به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی اعطا نموده است که تنها مسئول برای انتشار فارسی می‌باشد.

اصول آموزشی برای مربیان مامایی / مدل‌های آموزش مامایی - چاپ دوم

مدل بنیادین - مامایی جامعه‌نگر

مترجمین: عزیزه فرشباف خلیلی*، جمیله ملکوتی*، هانیه صالحی پورمهر*، عهدیه ملکی**، زهرا سلطانی***

ویراستاران: عزیزه فرشباف خلیلی، جمیله ملکوتی

با نظارت: عزیزه فرشباف خلیلی

ناشر: دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سال ترجمه و انتشار: ۲۰۱۲

*اعضا گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی

*** دانشجوی کارشناسی مامایی

به نام خدا

قابل توجه خوانندگان گرامی

امروزه ارتقای کیفیت خدمات از مسایل عمده بحث‌های بین‌المللی در زمینه مراقبت‌های مامایی و بهداشت باروری می‌باشد. هدف اصلی از ارتقای کیفیت خدمات، حفاظت از حقوق مادران، ترغیب بیشتر افراد نیازمند جهت مراجعه و دریافت مراقبت و افزایش اثربخشی مراقبت‌های ارایه شده می‌باشد. در راستای اهداف توسعه هزاره به خصوص نیل به هدف پنجم آن و بهبود سلامت مادران نیاز به تدریس مهارت‌های مامایی لازم برای پاسخ به علل عمده‌ی مرگ مادران وجود دارد. مبحث مامایی جامعه‌نگر از مباحث جدید درسی دانشجویان کارشناسی ارشد مامایی است که خدمات مامایی را بر اساس نیازهای واقعی موجود در متن جامعه بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق بازدیدهای جامعه ارایه می‌کند. در این مدل، آموزش دانشجویان پس از بیان اهداف و ارایه درس توسط مجموعه‌ای از روشهای تدریس و ارایه دستورالعمل‌های کار گروهی در جلسات متعدد از طریق بازدیدهای جامعه و بررسی نیازهای واقعی جامعه، نوشتن موارد لازم و بحث و گفتگو و نتیجه‌گیری نهایی انجام می‌گیرد.

اهمیت ارتقا کیفیت آموزشی اینجانب را بر آن داشت تا پس از انتشار online اصل این کتاب پیشنهاد ترجمه گروهی و فراهم‌سازی امکان دسترسی آسان به ترجمه کتاب برای کلیه علاقه‌مندان به ویژه مدرسان، دانشجویان و کارکنان نظام ارایه خدمات سلامتی از طریق انتشار online و چاپی مطرح شود که مورد استقبال همکاران قرار گرفت. پس از اخذ مجوز رسمی از سازمان بهداشت جهانی و انجام هماهنگی‌های لازم با گروه ترجمه و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی تبریز و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کار ترجمه کتاب منتشر شده سال ۲۰۰۸ میلادی شروع و پس از ۴ ماه اتمام یافت. ابتدا هر قسمت از کتاب توسط دو نفر از اعضا ترجمه شد. متون ترجمه شده توسط بنده و سرکار خانم ملکوتی بازبینی و کلمه به کلمه با متن اصلی کتاب مطابقت داده شد. در نهایت هر قسمت از کتاب توسط یکی از مترجمین بازبینی مجدد گردید. از آنجاییکه تنها متن بی‌غلط نامه نانوشتی است، با وجود نهایت توجهی که در ترجمه و ویرایش این کتاب به کار رفته است بی‌شک اشتباهاتی در متن وجود دارد. خواهشمندیم نظرات خود را از طریق آدرس ایمیل: azizeh_farshbafkhalili@yahoo.com با ما در میان گذارده و در جهت اصلاح اشتباهات ما را یاری فرمایید.

عزیزه فرش‌باف خلیلی

تقدیر و تشکر

مدل‌های مامایی به دلیل نیاز به محتوای آموزشی به منظور تسهیل تدریس مهارت‌های مامایی لازم برای پاسخ به علل عمده‌ی مرگ مادران، توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) توسعه داده شده است.

خانم Gaynor Maclean پیش‌نویس اولیه مدل‌ها را توسعه داد و پیش‌آزمون برخی از روش‌های تدریس-یادگیری را در دو کشور آفریقایی انجام داد. خانم Friederike Wittgenstein با حفظ بسیاری از ایده‌ها و روش‌های گنجانده شده در پیش‌نویس اولیه نسخه آزمایشی مدل‌ها را تهیه کرد. خانم Judith O'Heir با هماهنگی فعالیت‌های آزمون-مدل در ۵ کشور آفریقا، آسیا و اقیانوس آرام، پروتکل آزمون-مدل را توسعه داد و مدل‌ها را مطابق آزمون تکمیل کرد. خانم Barbara Kwast و خواهر بعدی او Anne Thompson دو مامای معتبر با شهرت بین‌المللی بعنوان اعضای هیئت WHO مسئول پرورش و توسعه، تولید و در نهایت انتشار و استفاده از مدل‌ها بودند.

WHO بطور رسمی از همکاری افراد و موسسات زیادی تشکر می‌کند، به خصوص کنفدراسیون بین‌المللی ماماها (ICM) و کالج آمریکایی پرستار ماماها (ACNM) که در آماده کردن، انجام پره‌تست، ویرایش، آزمون-مدل و تکمیل مدل‌ها درگیر بوده‌اند. از افراد در کشورهای آزمون‌کننده-مدل به خاطر زمان و تلاشی که برای استفاده نسخه آزمایشی-مدل اختصاص داده‌اند و به خاطر نظرات ارزشمند آنان برای نسخه نهایی تقدیر فراوان بعمل می‌آید.

ویرایش دوم مدل‌های مامایی تحت نظارت تیم "ایمن‌تر کردن بارداری" با مشارکت ارزشمند سایر همکاران گروه بهداشت باروری و پژوهش توسعه یافته است. صفحه‌بندی مدل‌ها توسط خانم Maureen Dunphy انجام شد و اجرای کلی توسط خانم Shamilah Akram انجام شد. این ویرایش دوم بطور مشترک توسط WHO و ICM منتشر شده که مراتب تشکر از افراد زیر بعمل می‌آید: خانم Betty Sweet و خانم Judith O'Heir به خاطر بازبینی و بروزرسانی مدل‌ها، همه اعضا مجمع فنی تقویت مامایی، برگزار شده در ژنو ۲۰۰۱ به خاطر نظرات ارزشمند، همکاری و پیشنهادات مفیدشان برای پیشرفت بهتر در نهایی‌سازی ویرایش دوم و از IPAS به خاطر نظرات و کمک به تهیه مدل جدید مدیریت سقط ناقص و مراقبت بعد از سقط و به خاطر اجازه دادن به استفاده از تصاویر آنان.

در نهایت WHO به طور رسمی از کمک‌های مالی برای حمایت این مورد و فعالیت‌های مرتبط با برنامه سلامت مادران و مادری ایمن و متعاقب آن مقدمات برنامه ایمن‌تر کردن بارداری از دولت‌های استرالیا، ایتالیا، نروژ، سوئد و سوئیس، شرکت کارنگی، بنیاد راکفلر، UNICEF، UNPD و بانک جهانی تشکر می‌کند. حمایت مالی برای تولید اولین نسخه مدل‌ها توسط شرکت کارنگی، دولت‌های ایتالیا، ژاپن و موسسه توسعه همکاری بین‌المللی سوئد فراهم شده بود.

فهرست

۷.....	مقدمه.....
۱۷.....	خلاصه مدل
۱۸.....	شروع کار.....
	جلسه ۱:
۱۹.....	چرا خانم X مرد؟.....
	جلسه ۲:
۳۹.....	آیا خانم X ها در جامعه ما وجود دارند؟.....
	جلسه ۳:
۴۴.....	تعهد به مادری ایمن.....
	جلسه ۴:
۵۱.....	راهی که خانم X می رفت.....
	جلسه ۵:
۵۷.....	موقعیت و ارزش زنان.....
	جلسه ۶:
۶۲.....	پیشبرد مادری ایمن از طریق حقوق بشر.....
	جلسه ۷:
۶۹.....	باورها، سنت‌ها و موانع مذهبی
	جلسه ۸:
۷۶.....	شناسایی، ارجاع و کاهش خطر.....
	جلسه ۹:
۹۱.....	تاخیر به معنی مرگ.....
	جلسه ۱۰:
۹۹.....	اچ آی وی / ایدز و مادری ایمن.....
	جلسه ۱۱:
۱۱۰.....	معرفی پروفایل جامعه.....
	جلسه ۱۲:
۱۴۶.....	ارزیابی مراقبت مادران مبتنی بر جامعه.....
۱۵۴.....	واژه نامه.....
۱۹۴.....	ضمیمه.....

تخمین زده می‌شود که سالانه در سراسر دنیا، بیش از ۵۰۰۰۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند. حداقل ۷ میلیون از زنانی که از زایمان جان سالم به در می‌برند، از مشکلات سلامتی جدی رنج می‌برند و بیش از ۵۰ میلیون زن از پیامدهای سلامتی نامطلوب پس از زایمان رنج می‌برند. اکثریت قریب به اتفاق این مرگ و میرها و عوارض در کشورهای در حال توسعه روی می‌دهد.

به منظور حمایت از ارتقا مهارت‌های مامایی که بر اساس آن کشورها بتوانند با تقویت خدمات سلامت مادر و نوزاد به این وضعیت پاسخ دهند، سازمان بهداشت جهانی مجموعه‌ای از مدل‌های آموزش مامایی را توسعه داد. نیاز به مدل‌ها توسط ماماها و مدرسین مامایی سراسر جهان در کارگاه آموزشی قبل از کنگره مامایی اقدام برای مادری ایمن که در سال ۱۹۹۰ در کوبه ژاپن تحت نظارت مشترک WHO، کنفدراسیون بین‌المللی ماماها (ICM) و صندوق کودکان سازمان ملل (UNICEF) برگزار شده بود، مشخص شد.

مدل‌هایی که در مرحله اول برای برنامه‌های آموزش ضمن خدمت ماماها و پرستار ماماها در نظر گرفته شده بودند، می‌توانند در برنامه‌های مامایی پایه و بعد از پایه نیز مورد استفاده قرار گیرند. علاوه بر این، مدل‌ها می‌توانند برای بروزرسانی مهارت‌های مامایی سایر مشاغل مربوط به مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده گیرند. به هر حال توجه به این نکته مهم است که این مدل‌ها جایگزین کتاب‌های درسی مامایی با آموزش سایر جنبه‌های مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نیست، بلکه به جای آن خدمات پایه‌ای برای فراگیران مامایی و آموزش ماماها یا سایر افرادی است که این مهارت‌های مامایی خاص را کسب می‌کنند تا به علل عمده مرگ و میر مادران از قبیل خونریزی، عوارض سقط جنین، مشکلات زایمانی، عفونت نفاسی و اکلامپسی پاسخ مناسب بدهد. مدل‌ها می‌توانند برای به روزرسانی دانش و مهارت مدرسین مامایی نیز استفاده شوند.

هدف مدل‌ها کمک به ماماها و دیگران جهت توسعه کارکنان ماهری است که قادر به تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری بالینی بر اساس دانش درست و درک این عوارض باشند. با این حال فرض بر این است که ماما و کارآموزان مامایی که با استفاده از مدل‌ها آموزش دیده‌اند، در حال حاضر در بسیاری از مهارت‌های اساسی مانند اندازه‌گیری فشار خون، انجام معاینه واژینال، هدایت زایمان طبیعی و پیشگیری از عفونت، مهارت کسب کرده‌اند. بنابراین موقع استفاده از مدل‌ها برای برنامه‌های مامایی پایه ابتدا باید این مهارت‌ها تدریس شود.

در مدل‌ها، انواع مختلف مهارت‌های دیگر گنجانده شده چرا که آنها اساس عمل مامایی جامع در نظر گرفته شده‌اند. در برخی از کشورها، برخی از این مهارت‌ها ممکن است بخشی از عمل مامایی نباشد و در واقع ممکن است به عنوان مسئولیت پزشک به جای ماما در نظر گرفته شوند. این مدل‌ها براساس باورها توسعه یافته‌اند که علاوه بر مهارت‌های مامایی پایه، ماماها نیاز به طیف وسیعی از مهارت‌های نجات‌دهنده زندگی دارند که آنان را قادر می‌سازد تا سهم چشمگیری در کاهش مرگ و میر مادران و ترویج مادری ایمن داشته باشند.

در مجموعه‌ی اصلی که در سال ۱۹۹۶ منتشر شد ۵ مدل وجود داشت. اخیراً یک مدل دیگر در مورد مدیریت سقط ناقص اضافه شد. مدل‌ها در ۲۰۰۱-۲۰۰۲ در راستای شواهد اخیر و دستورالعمل WHO برای مدیریت عوارض دوران بارداری و زایمان بعنوان راهنمایی برای ماماها و پزشکان بروزرسانی شد. مدل بنیادی با ماماها در جامعه سروکار دارد در حالیکه هر یک از مدل‌های فنی با مشکلات خاص که ممکن است منجر به مرگ مادر شود، را تحت پوشش قرار می‌دهد. تخمین زده می‌شود که مدل بنیادی برای آموزش و یادگیری موثر حداقل به دو هفته زمان نیاز دارد در حالیکه مدل فنی به ۱۰ روز تا دو هفته زمان نیاز دارد. این چارچوب زمانی ممکن است با توجه به عواملی مانند توانایی دانشجویان و منابع در دسترس برای حمایت فرایند تدریس- یادگیری و برنامه‌ریزی برای برنامه تدریس- یادگیری، متفاوت باشد.

هرکدام از مدل‌ها مستقل‌اند و در صورت لزوم می‌توانند مستقل از مدل‌های دیگر تدریس شوند. از آنجایی که آنها یک رویکرد جامعی جهت رویارویی با علل عمده مرگ و میر و عوارض مادران را ارائه می‌دهند، بعنوان مکمل یکدیگر در نظر گرفته شده‌اند. به همین دلیل توصیه می‌شود به نحوی از مدل‌ها استفاده شود که ماماها را به کار کردن با همه آنها توانمند سازد.

برای اینکه ماماها در ارائه خدمات فوری و مناسب به زنانی که عوارض بارداری و زایمان را تجربه می‌کنند موثر باشند، و مطابق با تعریف بین‌المللی از همراه ماهر^۱ برای مراقبت دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، همه مهارت‌های تحت پوشش مدل‌ها لازم است. با این حال ممکن است در برخی از کشورها، ماماها از نظر قانونی مجاز به انجام تمام مهارت‌های مورد نیاز نباشند. در این کشورها مدل‌ها نیاز به سازگاری مطابق با مقررات محلی مربوط به عمل مامایی دارند در حالیکه در همان زمان باید تلاش برای تغییرات قانونگذاری مرسوم صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود که ماماها مجازند این مهارت‌های مورد نیاز را انجام دهند.

ساختار مدل‌ها

تمام مدل‌ها ساختار مشابهی دارند به جز مدل بنیادی که الگوی نسبتاً متفاوتی نسبت به سایر مدل‌ها را دنبال می‌کند. مدل بنیادی با مشکل بالینی خاصی سر و کار ندارد ولی با موضوع کلی مرگ و میر مادران، عوامل مساعد کننده آن و اهمیت کار کردن با جامعه برای کمک به مادری ایمن‌تر سروکار دارد. بنابراین، جلسات در این مدل حول و حوش این موضوعات سازماندهی شده‌اند. مدل‌های فنی با مشکلات بالینی خاصی سر و کار دارند و از چارچوب مشترکی پیروی می‌کنند. هر کدام با مقدمه‌ی مشکل خاص شروع می‌شود که سپس توسط جلسات عوامل قابل اجتناب مرتبط، شناسایی مشکل، مدیریت مشکل و یادگیری مهارت‌های بالینی مورد نیاز دنبال می‌شوند.

جلسات تمام مدل‌ها به صورت زیر ارائه می‌شود:

^۱ - همراه ماهر یک کارکن بهداشتی با مهارت‌های مامایی است مانند ماماها و پزشکان و پرستارانی که برای مهارت مدیریت بارداری زایمان نرمال و دوره پس از زایمان و شناسایی، مدیریت و ارجاع عوارض در زنان و نوزادان آموزش دیده و تحصیل کرده باشند. (بارداری ایمن تر، نقش حیاتی همراه ماهر. بیانیه مشترک توسط ICM، WHO و FIGO. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴)

Aims - هدف جلسه خاص

Objectives - در پایان هر جلسه دانشجو قادر به انجام چه کاری است

طرح درسی - طرح رئوس مطالب جلسه

منابع - دستورالعمل های دانشجویان و کاربرگ ها، پازل ها و کتاب های درسی

دستورالعمل برای مدرس: توضیح گام به گام نحوه ی هدایت جلسه و گاهی اوقات شامل روش های پیشنهادی برای ارزیابی یادگیری است.

مطالب تکمیلی برای مدرس (متن نرمال): جزئیات مطالب آموزشی تئوری و عملی را می دهد.

دستورالعمل دانشجویان (برچسب خورده بعنوان "دستورالعمل دانشجویان" یا "دستورالعمل کار گروهی"): ارائه دستورالعمل برای فعالیت های فردی یا گروهی.

محتوای مدل ها

مامایی جامعه نگر

مدل با داستان خانم X شروع می شود که نشان می دهد چگونه عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاص با تاخیر در رسیدن و اخذ مراقبت های پزشکی، مادر را در معرض خطر عوارضی قرار می دهد که اغلب منجر به مرگ او می شود. سپس مضمون داستان توسط سایر قسمت های مدل تقویت می شود. تاکید خاص به نقش ماماها در ارتقا مادری ایمن در جامعه با کمک کردن به افراد، خانواده ها و دیگر اعضای جامعه جهت درک و مشارکت در مادری ایمن داده می شود.

جلساتی وجود دارد که موضوعات خاصی مانند موقعیت و ارزش زنان در جامعه، پیشبرد مادری ایمن از طریق حقوق بشر، باورهای سنتی، عملکردها و تحریم های موثر بر سلامت زنان در دوران بارداری زایمان، شناسایی و کاهش عوامل خطر، مفهوم تاخیر بعنوان ارتباط آن با مرگ مادر و اچ آی وی/ایدز و مادری ایمن را تحت پوشش قرار می دهند. جلسات اضافی شامل استفاده از پروفایل جامعه برای طرحریزی مراقبت جامعه محور و ارزیابی آن مراقبت می باشد.

مدیریت خونریزی پس از زایمان

به منظور درک کامل دانشجویان از چگونگی روی دادن خونریزی پس از زایمان، این مدل با شرح مختصری از فیزیولوژی و مدیریت مرحله سوم لیبر شروع می شود. سپس دانشجویان یاد می گیرند خونریزی پس از زایمان چیست، چگونه اتفاق می افتد، عوامل مساعد کننده آن چیست، چگونه می تواند تشخیص داده شود، و نقاط بحرانی برای مدیریت چیست.

مهارت های خاص برای پیشگیری و مدیریت خونریزی پس از زایمان عبارتند از: شناسایی عواملی که زنان را در معرض خطر خونریزی پس از زایمان قرار می دهد، مدیریت مرحله سوم لیبر، ماساژ رحم و خروج لخته ها، استفاده از فشردن دودستی رحم، استفاده از فشردن آئورت با دست، بخیه زدن پارگی های پرینه، بخیه اپیزیوتومی، ترمیم سرویکس و پارگی های قسمت فوقانی واژن، خروج دستی جفت. مهارت های عمومی در این مدل عبارتند از: کاتتریزاسیون ادراری، گرفتن و ثبت مشاهدات، گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، نظارت بر ترانسفوزیون خون، اقدامات محافظه کارانه برای پیشگیری از عفونت و حفظ سوابق. برخی از این مهارت های عمومی در مدل های فنی دیگر نیز گنجانده شده است.

مدیریت لیبر متوقف شده و طول کشیده

این مدل با مرور آناتومی و فیزیولوژی مربوط به مدیریت لیبر متوقف شده و طول کشیده شروع می شود. بر این اساس مدل توضیح می دهد که چه چیزی باعث توقف احتمالی لیبر می شود، در لیبر متوقف شده چه اتفاقی می افتد، علایم لیبر متوقف شده چگونه تشخیص داده می شود، و مراحلی که برای مدیریت موثر در نظر گرفته می شود. تاکید خاص بر استفاده از پارتوگراف برای نظارت بر لیبر صورت می گیرد.

مهارت های خاص برای پیشگیری و مدیریت لیبر متوقف شده و طول کشیده عبارتند از: شناسایی عوامل خطر، ارزیابی خروجی لگن، تشخیص پرزانتاسیون و پوزیشن جنین، ارزیابی نزول سر جنین، تشخیص لیبر متوقف شده و خروج با واکيوم. مهارت های عمومی در این مدل عبارتند از: کاتتریزاسیون ادراری، گرفتن و ثبت مشاهدات، گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، تجویز داروهای لازم، حفظ تعادل مایعات، اقدامات محافظه کارانه برای پیشگیری از عفونت و حفظ سوابق.

مدیریت عفونت نفاسی

این مدل با توضیح مشکل عفونت نفاسی شروع می شود. سپس این محتوا، عوامل موثر در عفونت، نحوه تشخیص و افتراق آن از سایر بیماریها، چگونگی پیشگیری از آن، و در صورت وقوع نحوه اداره کردن آن را تحت پوشش قرار می دهد. یک جلسه نیز به HIV و AIDS مربوط به زنان در دوران بارداری اختصاص داده شده است.

مهارت های خاص برای پیشگیری و مدیریت عفونت نفاسی عبارتند از: شناسایی عوامل خطر، شناسایی علایم و نشانه ها، گرفتن نمونه میانی ادرار، گرفتن سواب از قسمت فوقانی واژن، و حفظ بهداشت ولو. مهارت های عمومی در این مدل عبارتند از: گرفتن و ثبت

مشاهدات، گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، حفظ تعادل مایعات، اقدامات محافظه کارانه برای پیشگیری از عفونت و حفظ سوابق.

مدیریت اکلامپسی

این مدل با توضیح شرایط پره اکلامپسی و اکلامپسی شروع می‌شود. سپس محتوا شامل موارد زیر است: عوامل مساعد کننده اکلامپسی، نحوه شناسایی و افتراق آن از سایر وضعیت ها، چگونه می توان از آن پیشگیری کرد و در صورت وقوع ، چگونه می توان آن را مدیریت کرد.

مهارت‌های خاص برای پیشگیری و مدیریت اکلامپسی عبارتند از: شناسایی عوامل خطر ابتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی، مشاهدات مامایی و مراقبت و مشاهده در زمان مناسب. مهارت های عمومی در این مدل عبارتند از گرفتن نمونه خون برای آنالیز، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی، تجویز داروهای لازم، کاتتریزاسیون ادراری، پیشگیری از اختلال ترومبوآمبولی، اقدامات محافظه کارانه برای پیشگیری از عفونت و حفظ سوابق.

مدیریت سقط ناقص

این مدل با توضیح سقط جنین، از جمله انواع سقط جنین، اثر سقط بر روی مرگ و میر مادران و عوارض آن، پیشگیری از حاملگی ناخواسته، قوانین و مقررات مربوط به سقط جنین، دیدگاه های فرهنگی- اجتماعی و مذهبی، و نقش ماماها در مراقبت از سقط، با تاکید خاص بر مراقبت از سقط جنین اورژانسی شروع می‌شود. سپس محتوا شامل عواملی است که به سقط جنین کمک می‌کند و اینکه چگونه می‌توان آن را شناسایی کرد و چگونه می‌توان آن را از شرایط دیگر متمایز ساخت، چگونه می‌توان از آن پیشگیری کرد و در صورت وقوع چگونه می‌توان آن را اداره نمود.

مهارت‌های خاص برای مدیریت سقط ناقص عبارتند از : آسپیراسیون مکشی دستی و مشاوره تنظیم خانواده بعد از سقط و روش های تنظیم خانواده. مهارت‌های زیر ، که در مدل خونریزی پس از زایمان هم هستند شامل سقط ناقص نیز می‌شوند چون ممکن است در زمان مدیریت سقط ناقص هم لازم باشند که عبارتند از: استفاده از فشردن رحم با دو دست، استفاده از فشردن آئورت و ترمیم پارگی های بزرگ دهانه رحم و واژن. مهارت‌های عمومی این مدل عبارتند از : گرفتن و ثبت مشاهدات ؛ گرفتن نمونه خون برای تجزیه و تحلیل، برقراری و نظارت بر انفوزیون داخل وریدی نظارت، تزریق خون، تجویز داروها، کاتتریزاسیون ادراری و جلوگیری از اختلال ترومبوآمبولی، اقدامات محافظه کارانه برای پیشگیری از عفونت و حفظ پرونده‌ها.

مواد و روش تدریس و یادگیری

مدل‌ها طیف وسیعی از روش‌های تدریس و یادگیری طراحی شده را برای به حداکثر رساندن مشارکت دانشجویان در فرایند تدریس و یادگیری، براساس اصول آموزش بزرگسالان پیشنهاد میکنند. در مدل‌ها تاکید بر تبدیل نظریه به عمل وجود دارد و در نتیجه زمان کافی در رشته های بالینی و بازدیدکننده از جامعه می‌باشد که یک بخش اساسی از فرایند تدریس و یادگیری است و توجه دقیق و آماده‌سازی برای این بخش نیز همانند محتوای تئوری مورد نیاز است.

سخنرانی‌های تعدیل شده

سخنرانی‌های تعدیل شده در مدل‌ها برای معرفی اطلاعات جدید و مرور متونی که دانشجویان غالباً با آن آشنا هستند مورد استفاده قرار می‌گیرند. آنها مشتمل بر استراتژی‌هایی مانند طوفان فکری، گروه‌های کوچک آموزشی، جلسات پرسش و پاسخ و بحث که دانشجویان را در یادگیری خود درگیر می‌کند. مدل‌ها عبارتند از انواع مواد بصری برای استفاده معلم به منظور ایجاد جلسات جلب توجه کننده تا حد ممکن. معلم ممکن است تمایل به تقویت محتوای سخنرانی موجود در مدل‌ها با استفاده از اطلاعات منابع دیگر باشد، و یا به سادگی مطالب ارائه شده را دنبال کند. در هر دو مورد پیش از هر جلسه، خواندن مطالب مربوط به محتوا و مواد مرجع، و تضمین در دسترس بودن منابع برای دانشجویان در صورت لزوم مهم خواهد بود.

بحث‌ها

تخصیص زمان برای بحث و بررسی در نقاط مناسب در طول کلاس و یا در زمان نتیجه گیری از جلسات تدریس مهم است. این برای دانشجویان برای پرسش کردن در مورد اطلاعاتی که برای آنها نامشخص است، و همچنین به مشارکت آنها بر اساس دانش و تجربه خود، و به معلم برای ارزیابی دیدگاه‌ها و سطح دانش و درک دانشجویان فرصتی ارائه می‌دهد.

کار گروهی و بازخورد

بسیاری از جلسات مدل کار گروهی را می‌طلبند که معمولاً پس از آن جلسه بوسیله یک بازخورد از هر گروه به کل کلاس دنبال می‌شود. گروه‌ها بایستی تا حد امکان کوچک باشند (ترجیحاً نبایستی بیش از شش نفر دانشجو در گروه نگه داشته شوند) که با هدف ارائه فرصت برای دانشجویان به بررسی موضوع خاص و یا مشکل می‌باشد. این مهم است که از کافی بودن فضای گروه برای ملاقات بدون ایجاد مزاحمت در یکدیگر اطمینان حاصل شود. هر گروه نیاز به تسهیل‌گری که مسئول نگه داشتن ادامه بحث و حصول اطمینان از اینکه که گروه کار خود را کامل می‌کند خواهد داشت. تسهیل‌گر کسی غیر از معلم است، این شخص بایستی همراه با یادداشت‌های خلاصه شده در جلسه تامین شده باشد. علاوه بر این، ضروری است که معلم بین هر گروه بدون برهم زدن بحث بچرخد، برای اطمینان حاصل کردن از این که گروه یادداشت‌های خلاصه شده خود را ادامه می‌دهند و یا برای هر سؤال مشکل یا مسائلی که ممکن است بوجود آید

کمک کند. به علاوه، هر گروه به گزارشگری نیاز خواهد داشت که یادداشت‌ها را برداشت نموده و به کلاس از طرف همه بازخوردی ارائه دهد. دستورالعمل‌های خاص در جلسات که مستلزم کار گروهی است ارائه شده است.

آموزش

یک آموزش یک جلسه آموزش غیر رسمی بین یک معلم و یک دانشجو یا گروه کوچکی از دانشجویان است. آموزش‌ها وقت گیر بوده اما برای بحث در مورد پیشرفت دانشجویان ضروری هستند. آموزش‌ها معمولاً فعالیت‌های یادگیری خاصی را دنبال کرده و به دانشجویان فرصت ابراز نگرانی‌های خود به معلم، و به نوبه خود به معلم فرصتی برای شناخت بهتر دانشجو به ویژه در رابطه با پیشرفت‌های حاصله را می‌دهند. خودآموزهایی در هر یک از مدل‌ها موجود بوده، اما در تمام جلسات نیست.

تمرین‌های عملی

تمرین‌های عملی ارائه فرصت برای دانشجویان برای نشان دادن دانش خود و مهارت‌های مربوط به یک موضوع خاص را می‌دهند. این مهم است که در این شرایط دستورالعمل روشن در مورد نحوه انجام این تمرین‌ها و برای نظارت بر پیشرفت خود و ارائه کمک در صورت نیاز به دانشجویان ارائه شود. بطور بنیادین، خونریزی پس از زایمان، مدیریت زایمان طولانی و مشکل و مدیریت مدل‌های سقط جنین ناقص از جمله تمرینات عملی هستند.

بازدیدهای جامعه

بازدیدهای جامعه به عنوان تجربیات آموزنده و نیز لذت بخش برای دانشجویان در نظر گرفته شده‌اند. مدل پایه مشتمل بر یک سری از بازدیدهای جامعه می‌باشد که هدف آن کمک به دانشجویان در درک نحوه به کارگیری مفاهیم این مدل‌ها در جامعه است. با این حال بازدیدهای جامعه لازم است از قبل برنامه‌ریزی و به خوبی سازمان یافته باشند، از جمله انتخاب یک جامعه مناسب، کسب مجوز از مقامات مربوطه برای دیدار از جامعه، و تماس با یک شخص کلیدی که برای تسهیل و نظارت بر فعالیتهای دانشجویان در جامعه قادر باشد. نکته مهم دیگر در دسترس بودن حمل و نقل برای رساندن دانشجویان به جامعه است.

معلم ممکن است برای بازدیدهای جامعه به طوری سازماندهی کند که بازدید در روزهای متوالی انجام شود نه در فواصلی که پیشنهاد شده است. اگر این تغییر ایجاد شد، مهم است که اطمینان حاصل شود که تداخلی با دستیابی به اهداف یادگیری این مدل وجود ندارد.

آموزش بالینی

تدریس بالینی در مدل‌های تکنیکی بسیار مهم است چون یادگیری مهارت‌های بالینی دانشجویان می‌تواند به معنا و مفهوم تفاوت میان مرگ و زندگی برای زنان در امر مراقبت از خود باشد. تئوری زمینه‌ای برای هر یک از مهارت‌های مدل‌ها باید در کلاس تدریس شده و

در صورت امکان، قبل از اینکه دانشجویان را به منطقه بالینی واقعی ببرند، مهارت های خود را در یک محیط شبیه سازی شده بالینی تدریس کنند. امکاناتی که در آن عملکرد بالینی انجام می گیرد باید بر اساس در دسترس بودن زنان با شرایط مشتمل در مدل انتخاب و پیش بینی شود. با این حال، حتی با بهترین برنامه ریزی هم، این همیشه امکان پذیر نمی شود تا دست های با تجربه را برای هر دانشجو در طیف گسترده ای از مهارت ها تضمین نمود.

بنابراین، برای دانشجویان مهم خواهد بود، تا فرصت دیگری برای یادگیری مهارت های لازم به عنوان مثال توسط مکانیزم شبیه سازی و محلی برای بدست آوردن تجربه بالینی مناسب پس از اتمام دوره در نظر بگیرند.

همه‌هنگی با کارکنان مراکز بهداشتی که در آن آموزش بالینی انجام خواهد گرفت باید از پیش تعیین شود. علاوه بر این، بازدید دانشجویان از این امکانات به منظور کار بالینی نباید مزاحمتی برای مراقبت معمول از مراجعه کننده ایجاد کند. وقتی دانشجویان در حال یادگیری و تمرین مهارت های دستی اند، باید توسط معلم و یا با ارائه دیگر آموزش دیده گان و کارکنان با تجربه نظارت حمایتی بشوند تا شایستگی در مهارت های مربوطه به دست آید.

نمایش و ایفای نقش

نمایش و ایفای نقش جهت تاکید بر نقاط و مسائل ایجاد شده توسط معلم ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. در هر دو مورد از دانشجویان خواسته می شود که تا به وضعیت واقعی یا خیالی عمل کنند. در تئاتر، دانشجویان شخصیت خود و تا حدی داستان خود را به منظور نشان دادن یک نقطه خاص می سازند. در ایفای نقش، دانشجویان خود را به صورت افراد خاص، مانند ماما، رهبر روستا، اقوام پریشان یا مادر نگران ایفای نقش می کنند. این امر به دانشجویان فرصت مشاهده و درک شرایط، مسائل و یا مشکلات از منظر دیگران را می دهد. نمایش و ایفای نقش به عنوان فعالیت های اختیاری در تعدادی از مدل ها گنجانده شده است.

مطالعات موردی

مدل های تکنیکی به دانشجویان فرصتی برای ارائه مطالعات انجام شده موردی به عنوان پایه ای برای ارزیابی اثربخشی مراقبت در شرایط خاص را ارائه می دهند. دانشجویان قادر خواهند بود تا از تجربه خود و نیز از تجربه دیگران یاد بگیرند. قصد از مطالعات موردی انتقاد از عملکرد دیگران نیست؛ در عوض، دانشجویان باید تشویق شوند تا در عملکرد گذشته خود نگاه کنند و ببینند چه درس هایی را می توان برای آینده آموخت. مطالعات موردی باید بر اساس سوابق مراجعه کننده انتخاب شوند تا برای نشان دادن مدیریت شرایط خاص (به عنوان مثال اکلامپسی) پایه ریزی شوند. لازم به ذکر است که اطلاعات مشتری باید در طول ارائه مطالعات موردی محرمانه نگه داشته شوند.

بازی‌ها و پازل‌های آموزشی

بازی‌ها و پازل‌های یادگیری ابزار تعاملی و لذت بخشی را برای دانشجویان جهت به دست آوردن دانش جدید، و برای مرور کردن و تحکیم دانش موجود ارائه می‌دهند. بازی‌ها و پازل‌های یادگیری در مدل‌ها برای معلمانی که از آنها استفاده می‌کنند جدید خواهند بود و بنابراین مهم است که مدرسان از قبل با آنها آشنا شوند. مخصوصاً، مهم است که مدرس قادر به ارائه یک توضیح روشن به دانشجویان استفاده کننده از بازی و پازل باشد و پیشرفت آنها را در طول فعالیت کنترل نماید.

کارگاه‌های آموزشی

یک کارگاه آموزشی یک دوره‌ای از فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده روی یک موضوع خاص است، که اغلب توسط یک یا چند سخنران مهمان ارائه می‌شود. به هنگام توصیه کارگاه‌های آموزشی، محتوا و برنامه‌ها پیشنهاد می‌گردند. کارگاه‌های آموزشی نیاز به برنامه‌ریزی دقیق با توجه به محتوا، جدول زمانی، و امکانات دارند. مدل‌های عفونت نفاسی و اکلامپسی مشتمل بر کارگاه‌های آموزشی در جلسه‌ای از برنامه‌های مراقبتی می‌باشد

انعکاس

یادگیری به عنوان نتیجه‌ای از بازتاب تجربه رخ می‌دهد. بنابراین دانشجویان باید تشویق شوند تا تجربه خود را در عملکرد بالینی منعکس کنند و بازتاب‌های خود را در دفتر خاطرات روزانه و یا نوت بوک ثبت کنند این بازتاب‌ها می‌توانند به عنوان پایه‌ای برای گفتگو با کارکنان آموزش و یا هم‌نوعان استفاده شوند. یک چارچوب برای انعکاس شامل انتخاب تجربه، شناسایی احساسات و افکار خود در مورد آن تجربه، احساسات و افکار دیگران، و سپس ارزیابی چیز خوب و بد در مورد تجربه می‌باشد. در مرحله بعد، دانشجو تشویق می‌شود تا سعی کند با تجزیه و تحلیل بگوید که چرا احساس تجربه‌ای برایش خوب و یا بد بوده و تعیین کند که انجام چه چیز دیگری در آن موقعیت توانست به بهبود نتیجه بیانجامد. در نهایت، برنامه عملکردی برای تمرین در آینده در زمانی با وضعیت مشابه طراحی می‌شود. بحث در مورد تجارب ثبت شده در بازتاب‌های خاطرات روزانه، یا در گروه‌ها یا با معلم به دانشجویان کمک می‌کند تا دیدگاه مختلف خود را در مورد تجربه‌شان بدهند. خلاصه‌ای از چنین بحث باید در دفتر خاطرات ضبط و اضافه بشود تا برای یادآوری در آینده کمک کند.

ارزیابی دانشجویان

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پیش‌آزمون‌ها مفهوم مفیدی از ایجاد دانش نظری پایه برای دانشجویان ارائه می‌دهند. سوالات مشابه مورد استفاده در پیش‌آزمون باید دوباره در پس‌آزمون برای ارزیابی دانش در تکمیل مدل استفاده شوند. معلم نیز ممکن است آرزوی اضافه کردن پرسش‌های اضافی را به

پس آزمون داشته باشد. لازم به ذکر است که در طول فرایند تدریس - یادگیری، گزینه های دیگری به طور خاص، برای تعیین پیشرفت ایجاد شده توسط هر دانشجو طی ادامه دوره برای ارزیابی مورد توجه قرارگیرند. (پایین را ببینید) نمونه هایی از سوال های قبل و بعد از آزمون در هر یک از مدل های تکنیکی گنجانده شده است.

ارزیابی صلاحیت بالینی

ارزیابی صلاحیت بالینی جزء اصلی ارزیابی دانشجو در مدل های تکنیکی را تشکیل می دهد. در سرتاسر جلساتی که دربرگیرنده آموزش مهارت های بالینی در مدل هاست، بخشی تحت عنوان **ارزیابی صلاحیت** وجود دارد. این بخش با ارائه دستورالعمل برای معلمان به ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان، پس از آموزش مهارت بالینی خاص می پردازد. تا حد ممکن معلم باید عملکرد مهارتی را در بالین مشاهده نماید. با این حال، این ممکن است همیشه امکان پذیر نباشد، زیرا مراجعه کنندگان با شرایط خاص موجود در مدل ها ممکن است همیشه در زمان مناسب در دسترس نباشند. در این شرایط، معلمان باید تلاش کنند موقعیت های شبیه سازی شده را ارائه کنند تا به دانشجویان فرصت تمرین و ارزیابی مهارت مربوطه را بدهند. کارکنان آموزش دیده در رشته های بالینی نیز ممکن است در ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان درگیر باشند.

گزینه های دیگر برای ارزیابی

گزینه های دیگر برای ارزیابی در طول کار گروهی، از جمله آموزش، سمینارهای دانشجویی، یادگیری بازی ها و آزمونها، در طول بازدید جامعه در دسترس خواهند بود. این فعالیت ها، فرصت های حیاتی را برای معلم جهت نظارت بر پیشرفت دانشجویان در زمینه دستیابی به اهداف یادگیری از جلسات خاص مدل ها ارائه می دهد.

برنامه ریزی فعالیت های پیگیری

عملکرد مامایی جامع، بر تجربه و همچنین به دانش و مهارت متکی می باشد. تجربه چیزی است که دانشجویان به دست خواهند آورد و قتی که آموخته های خود را در این مدل موقع برگشتن به محل های متبوع کاری خود در عمل پیاده کنند. این دقیقاً زمانی است که آنها دانش و مهارت خود را زمانی که ماماها در شرایطی که احتمالاً سوالاتی برای آنها ایجاد شده باشد، پیاده می کنند. به عنوان مثال، ممکن است مسائل و مشکلاتی باشد که آنها بخواهند به بحث با سرپرستان و پزشکان با تجربه تر، به منظور راهیابی به راه حل و بهبود عملکرد بپردازند. این بویژه برای ماماها و پرستار ماما هایی قابل اجراست که در پایان دوره آموزشی، هنوز نیاز به تجارب بالینی عملی در برخی از مهارت های مشتمل بر مدل ها دارند. بنابراین، جلسه پیگیری شاید شش ماه پس از پایان دوره، برای فعال کردن دانشجویان برای به اشتراک گذاشتن تجربیات، گزارش در مورد موفقیت، بررسی پیشرفت، و بحث در مورد مشکلات مربوط به عملکرد مهم باشد. جلسات پیگیری دیگر نیز ممکن است، شاید پس از یک سال، و حتی دوباره پس از دو سال مناسب باشد.

خلاصه‌ای از مدل

جلسه	مدل‌های آموزشی - یادگیری	چارچوب زمانی (تقریبی)
۱. چرا خانم X مرد؟	تعریف داستان یا ویدئو	۳۰ دقیقه
۲. آیا خانم‌های X در جامعه ما هستند؟	ویزیت جامعه	یک روز
۳. تعهد برای مادری ایمن	کار گروهی ^۱ بازخورد، بحث	۱ ساعت ۱ ساعت
۴. قدم زدن در جایی که خانم X قدم زد	بازی آموزشی، آموزشی	۱ و نیم ساعت برای گروه‌های کوچک دانشجویان
۵. موقعیت و ارزش زنان	بحث کار گروهی	۱ ساعت
۶. ارتقا مادری ایمن از طریق حقوق بشر	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی	۱ ساعت ۱ و نیم ساعت
۷. باورها، سنت‌ها و منع‌ها	خلاصه کردن بازدید جامعه بحث	نیم ساعت ۱ روز ۲ ساعت
۸. ثبت، ارجاع و کاهش خطر	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی بازدید جامعه آموزش	۴۵ دقیقه ۲ ساعت نیم روز ۱ ساعت برای گروه
۹. تاخیر به معنی مرگ	سخنرانی، تعریف داستان و/یا ایفای نقش کار گروهی	۱ ساعت ۱ ساعت
۱۰. HIV/AIDS و مادری ایمن	سخنرانی تعدیل یافته کار گروهی، بازخورد، بحث	۱ و نیم ساعت ۱ و نیم ساعت
۱۱. معرفی پروفایل جامعه	سخنرانی تعدیل یافته، تمرین‌های عملی بحث گروهی آموزش گروه‌های کوچک بازدید جامعه	۱ و نیم ساعت ۱ و نیم ساعت ۱ و نیم ساعت ۲ ساعت چندین روز
۱۲. ارزیابی مراقبت مادری جامعه نگر	کار گروهی، بحث	۲ ساعت

شروع:

قبل از شروع جلسه ۱، شما ممکن است مایل باشید که بدانید چگونه این جلسه ارائه می‌شود.

Aims- هدف جلسه خاص

Objectives- در پایان هر جلسه دانشجو قادر به انجام چه کاری است

طرح درسی - طرح رئوس مطالب برای جلسه

منابع - دستورالعمل‌های دانشجویان و برگه‌های کار، پازل‌ها و کتاب‌های درسی

دستورالعمل‌ها برای مدرس: چگونگی مدیریت جلسه را گام به گام توضیح دهید. و بعضی وقتها روشهای پیشنهادی برای ارزیابی را اضافه نمایید.

ماده تکمیلی برای مدرس: جزئیاتی از محتوای آموزشی را برای هر ۲ روش تئوری و عملی ارائه دهید.

دستورالعمل‌هایی برای دانشجویان (تحت عنوان " دستورالعمل برای دانش آموزان" یا " دستورالعمل برای کارگروهی") :
رهنمایی‌هایی برای فعالیت‌های فردی و گروهی ارائه دهید.

نکات مهم دیگری که باید قبل از شروع جلسه در نظر گرفته شود:

- چارچوب زمانی نشان داده شده در طرح درسی در شروع هر جلسه در مدل میتواند در صورت نیاز توسط مدرس تغییر پیدا کند. بسته به دانش و توانایی‌های دانشجویان، و نیازهای یادگیری آنان، زمان مورد نیاز برای هر فعالیت ممکن است کوتاهتر یا بلندتر از زمان مشخص شده در طرح باشد. تخمین زده می‌شود که این مدل برای تدریس به ۱۰ روز الی ۲ هفته زمان نیاز دارد.
- در شروع هر جلسه مطمئن شوید که همه یادداشت‌هایی که شما می‌خواهید استفاده کنید برای دانشجویان شما آماده و در دسترس هستند
- شما اگر پیش‌آزمون و پس‌آزمون را آماده کرده‌اید، قبل از شروع اولین جلسه در این مدل باید به ضمیمه در پایان مدل مراجعه کنید.
- به یاد داشته باشید که این مدل مانند مدل‌های تکنیکی دیگر می‌باشد ولی به این معنا نیست که به جای کتاب‌های درسی دیگر می‌باشد. حداقل داشتن یک کتاب در دسترس به عنوان منبع ممکن است برای پیشرفت شما در این جلسه و بقیه جلسات مفید باشد.

چرا خانم X مرد؟



جلسه ۱

چرا خانم X مرد؟

اهداف این جلسه

- دانشجویان بتوانند نسبت به عواملی عکس العمل نشان دهند که با احتمال بیشتر باعث مرگ مادران می شوند
- دانشجویان در نظر بگیرند که مراقبتهای سلامتی جامعه نگر موثر چگونه این عوامل را در در موقعیت خودشان کاهش می دهند یا از بین می برند؟

اهداف درسی:

- در اتمام جلسه ۱ دانشجویان قادر خواهند بود تا:
- عوامل مستعد کننده مرگ مادران را شناسایی کنند.
- در باره اهمیت مراقبتهای سلامتی مبتنی بر جامعه در رابطه با مادری ایمن بحث و گفتگو کنند.

طرح درسی:

نمایش دادن فیلم " چرا خانم X مرد؟" و یا گفتن داستان (۳۰ دقیقه)

منابع:

در جلسه ۱، داستان خانم X از فیلم " چرا خانم X مرد؟" اقتباس شده است.
این ویدئو در فروش سازمان جهانی بهداشت است، عرضه و پخش، CH-1211، ژنو ۲۷، سوئیس.

پست الکترونیک: publications@who.int

جلسه را با گفتن داستان " چرا خانم X مرد؟" شروع کنید

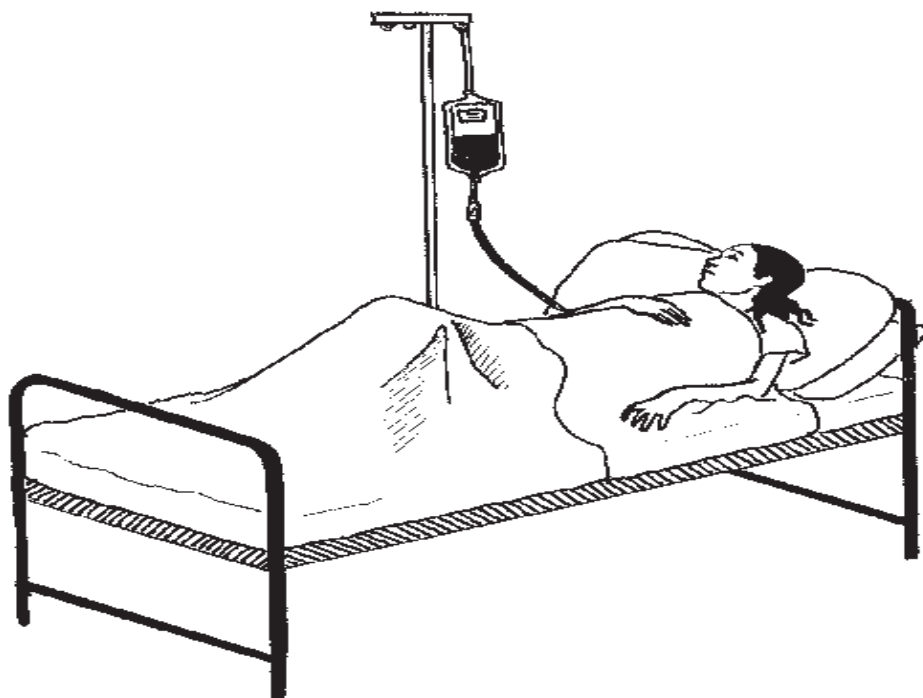
گفتن داستان: چرا خانم X مرد؟



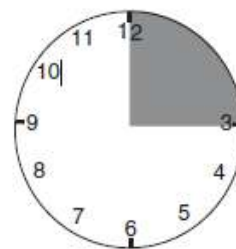
این داستان یک مورد از مرگ مادر هست. جهت رعایت بی‌نامی اجازه بدهید خانم مورد تاسف ما، خانم X بگوییم.

خانم X در حین زایمان در بیمارستان منطقه کوچکی در گذشت. پزشک مسئول تا به حال هیچ شکی نداشت که چرا خانم X در گذشت؟ خونریزی پیش از زایمان به علت جفت سر راهی یک تشخیص بالینی درست بود که جفت سر راهی به این معنی هست که جفت یا چیزی که ما به آن "جفت" می‌گوییم در رحم خیلی پایین قرار گرفته است. یک زن با این وضعیت ناچار به افزایش میزان خونریزی در اواخر حاملگی یا در حین زایمان خواهد شد. پزشک از این تشخیص راضی بود و به کتاب بین المللی بیماری‌های طبقه بندی شده نگاه کرد، شماره کد صحیح این بیماری را وارد کرد و فایل خانم X را بست.

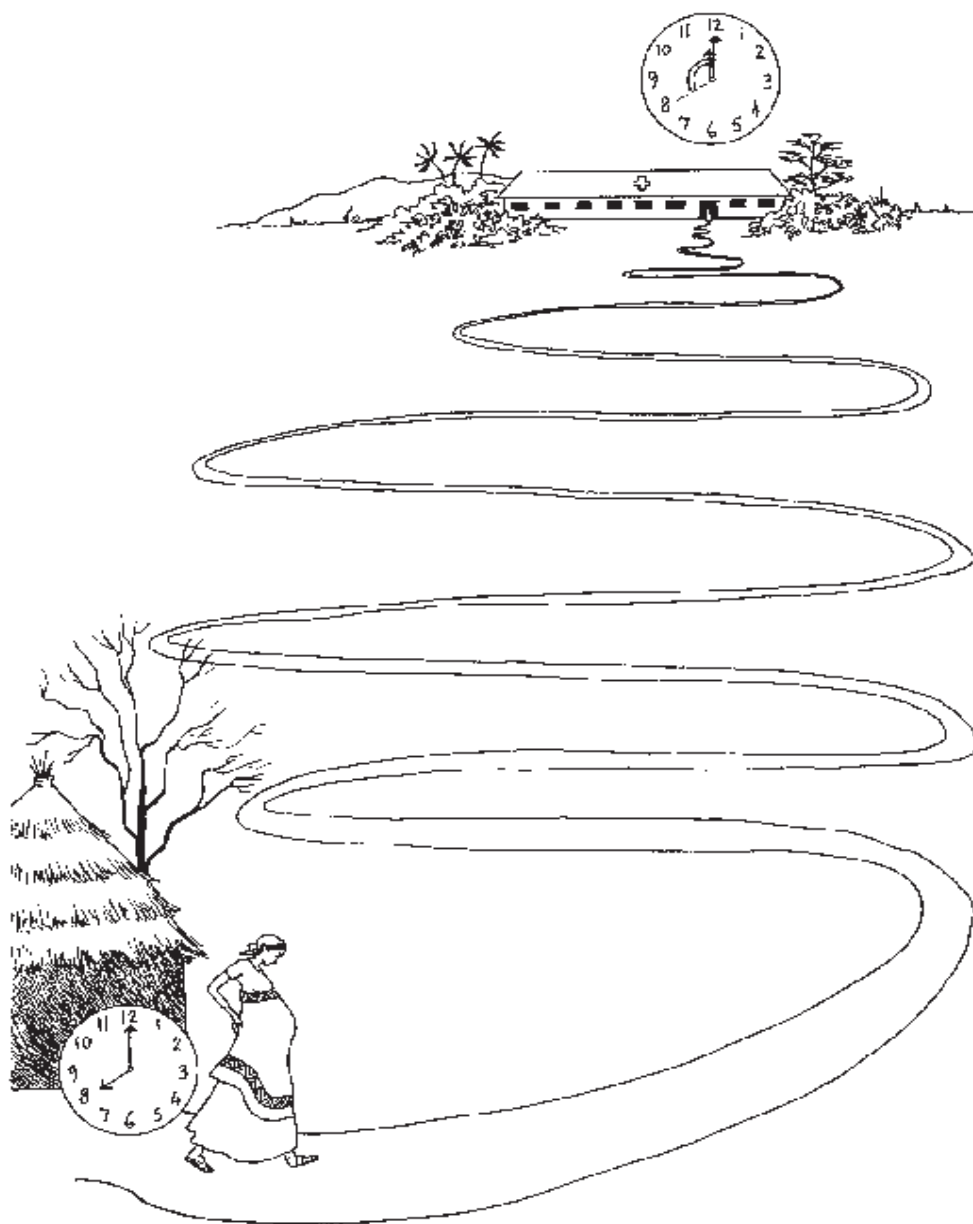
اما این سوال بطور کامل پاسخ داده نشد و هنوز کسان دیگری وجود دارند که جوابهای دیگری را جستجو می کنند. حرفه مامایی یک کمیته دارد که سوالات محرمانه مربوط به علل مرگ و میر مادران را بر طبق به استاندارد هایی که توسط فدراسیون بین المللی متخصصان زنان و مامایی گسترده شده اند را ایجاد میکند. کمیته برگزار شد، تکمیل سابقه بیمارستانی خانم X را خواست و سابقه او را در جزئیات بیشتری بازبینی کرد. فایل خانم X باز گشایی شد.



در خواندن فایل خانم X کمیته متوجه شد که ۲ نکته قابل توجه در سابقه بیمارستانی خانم X موجود بودند. نکته اول این بود که هر چند او به عنوان یک مورد شدید خونریزی و در شرایط شوک در بیمارستان بستری شده بود، تنها ۵۰۰ سی سی یا نیم لیتر خون بوسیله انتقال خون دریافت کرد. این بود همه خونی که بیمارستان در دسترس داشت تا به او بدهد در حالی که این مقدار برای جبران خون شدید از دست رفته او کافی نبود. نکته دوم این بود که خانم X در بیمارستان تحت سزارین قرار گرفته بود تا خونریزی اش متوقف شود. که این عمل ۳ ساعت پس از پذیرش او انجام شده بود. خانم X در حین عمل جراحی مرد.

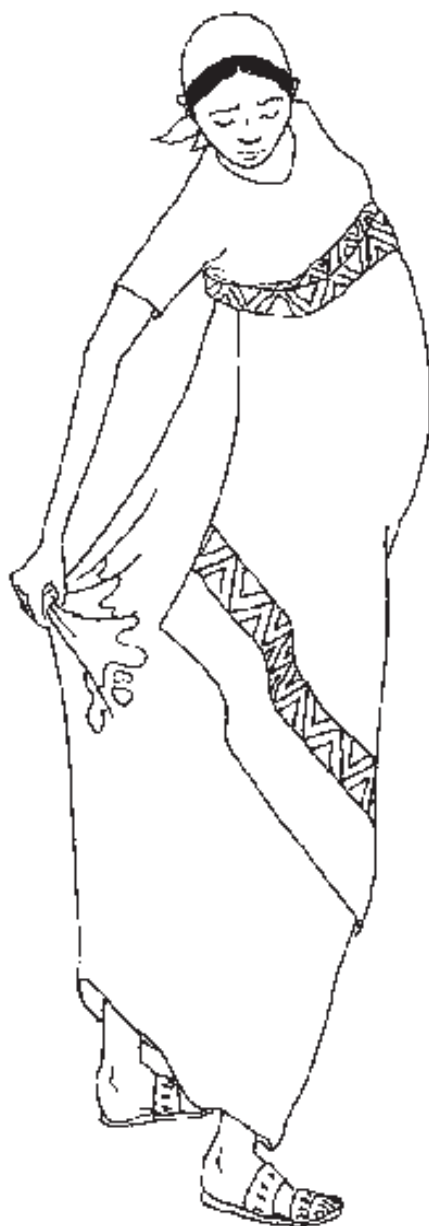


کمیتہ این مورد را کہ گفتہ مرگ خانم X قابل اجتناب بود مورد مطالعہ قرار داد. این کمیتہ در گزارش خود استدلال کرد کہ اگر انتقال خون آسانتر در دسترس بود و اگر خدمات بہتری برای مقابلہ با موارد اورژانسی آمادہ بود ، یک زندگی نجات دادہ شدہ بود.



از زمان شروع خونریزی خانم X تا رسیدن او بہ بیمارستان چہار ساعت طول کشید، بہ دلیل اینکہ حمل و نقل بہ راحتی در دسترس نبود تا او را بہ بیمارستان منتقل کند.

همچنین معلوم گردید که این اولین بار نبوده که آواز خونریزی رنج کشید. در واقع او تا به حال دو قسمت جزئی از خونریزی در طول همان ماه را داشت که بطور خودبخود متوقف شدند. این یک سیگنال بسیار خطرناک در اواخر حاملگی هست. این نشان می دهد که همیشه یک حمله شدید خونریزی قریب الوقوع هست، با این حال خانم X در این باره اصلاً آگاه نبود و هیچ اقدامی نشده بود.





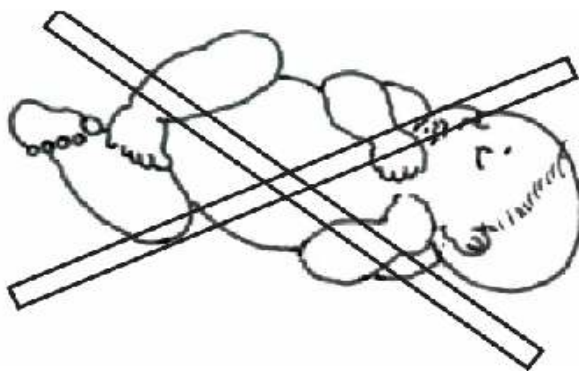
خانم X یک زن خیلی سالم نبود. حتی قبل از بارداری او از کم خونی فقر آهن مزمن ناشی از سوء تغذیه و هجوم انگلی رنج می برد. کم خونی شدید باید کمک کرده باشد به این موضوع که او نتوانست خونریزی شدید را تحمل کند. ذخایر خونی او پیش از این در سطح خیلی پایینی بود.

خانم X دسترسی به هیچ نوع از مراقبت‌های پیش از زایمان در طول بارداری نداشت.

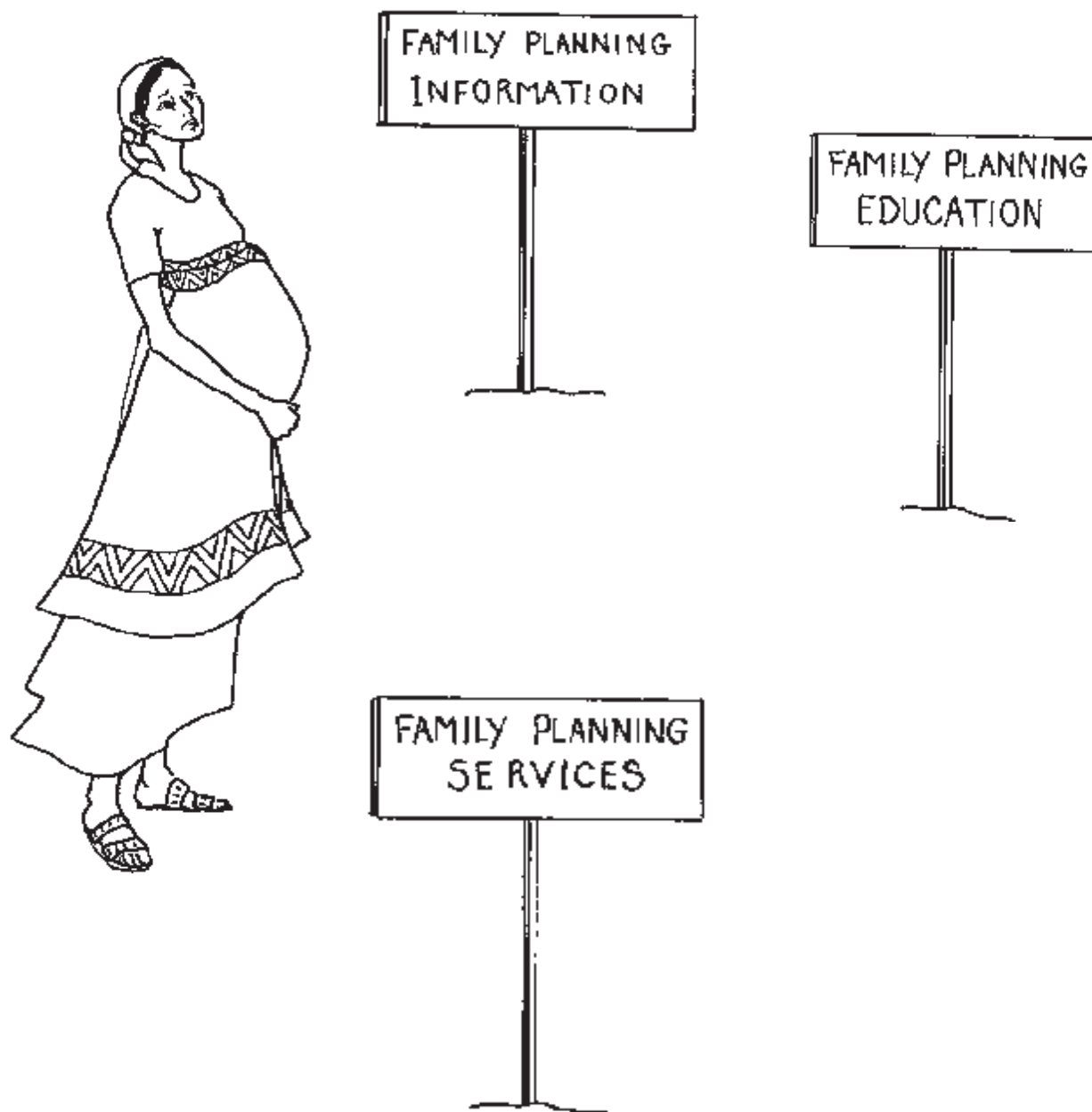
خانم X ۳۹ ساله هست، پنج تن از فرزندان او هنوز زنده هستند، سه نفر از آن ها مذکر هست، و خانم کودک دیگری را نمی خواست.



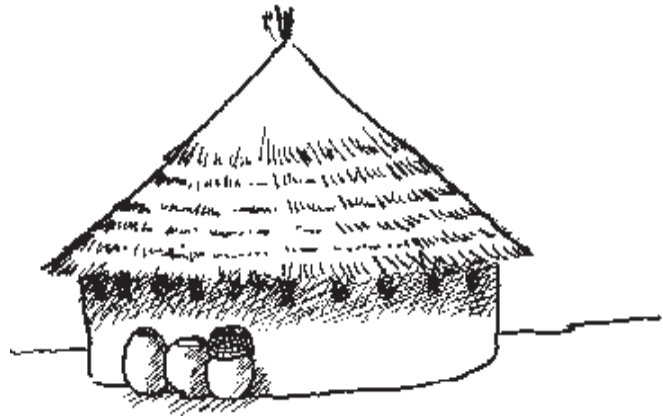
علاوه بر این ، به دلیل سن او و زایمان اش ، بارداری او در خطر بسیار بالاتری در مقایسه با حاملگی های قبلی اش اجرا شد.



خانم X دسترسی به هیچ گونه اطلاعات تنظیم خانواده، تحصیلات و یا خدمات نداشت، و در نتیجه فرصت استفاده از هیچ روشی در تنظیم خانواده را هرگز نداشت.

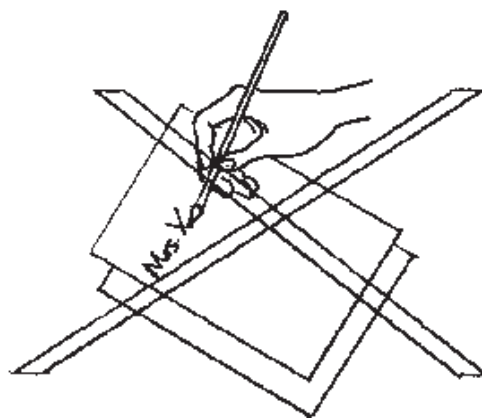
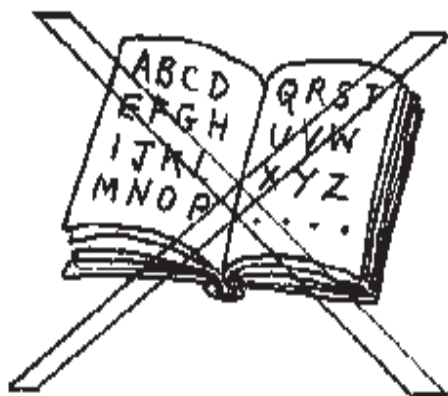


اگر این بارداری ناخواسته خانم X انجام نمی‌گرفت، به خاطر علت مسبب مرگش نمرده بود.



خانم X همچنین یک زن خانه‌دار بود و همسرش یک مرد کارگر کشاورز فقیر بود.





او یک زن بی سواد بود که با شوهرش در یک روستای دور افتاده زندگی می کردند.

یک زن در موقعیت اجتماعی و اقتصادی خانم X در خطر نسبی مرگ و میر مادران قرار دارد:



۵ برابر بیشتر از متوسط کل کشور.

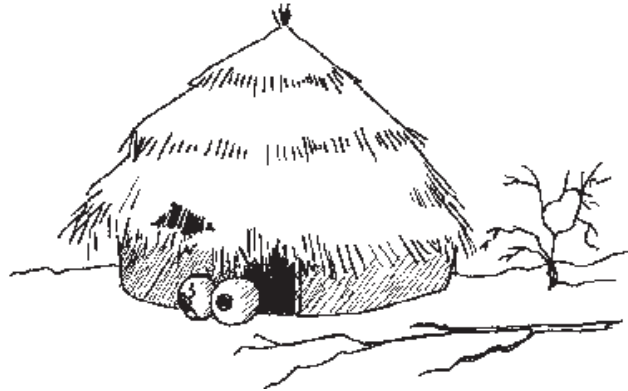


۱۰ برابر بیشتر از یک زنی که در موقعیت اجتماعی و اقتصادی بالاتری در همان کشور زندگی می کند .

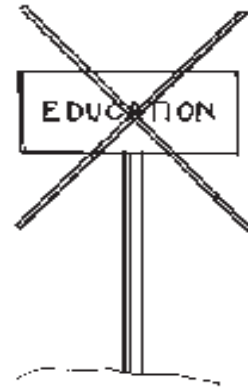


۱۰۰ برابر بیشتر از زنی که در یک کشور توسعه یافته زندگی می کند.

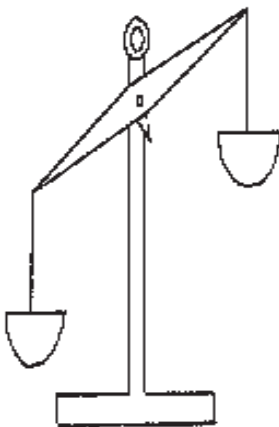
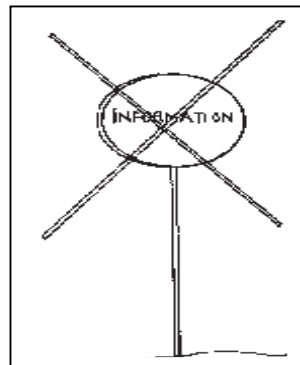
دلیل واقعی اینکه چرا خانم X مرد به خاطر موقعیت اجتماعی و اقتصادی او بود:



خانم X به دلیل فقر در گذشت.



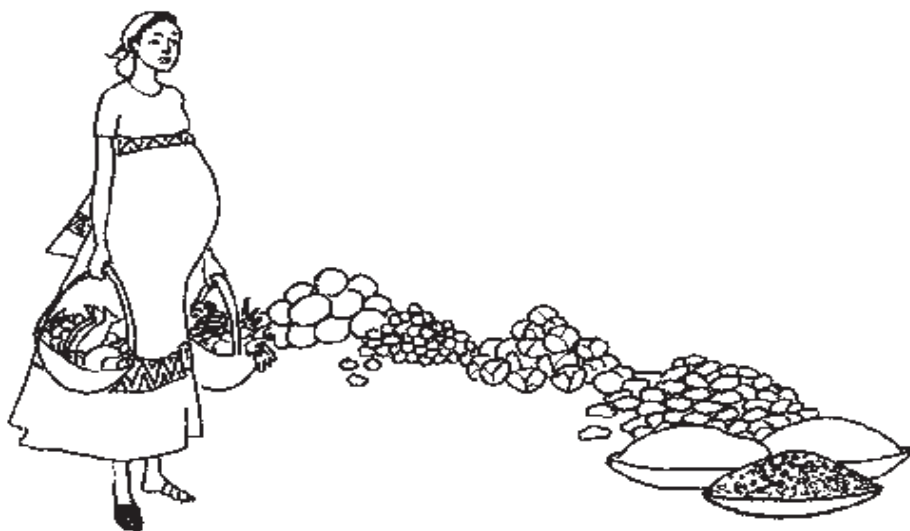
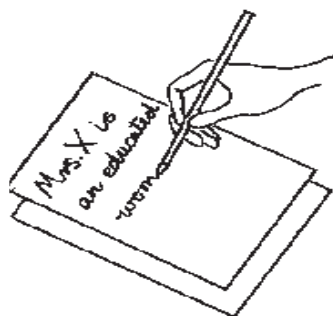
خانم X به دلیل کمبود دانش و
اطلاعات در گذشت.



خانم X از بی عدالتی اجتماعی مرد.

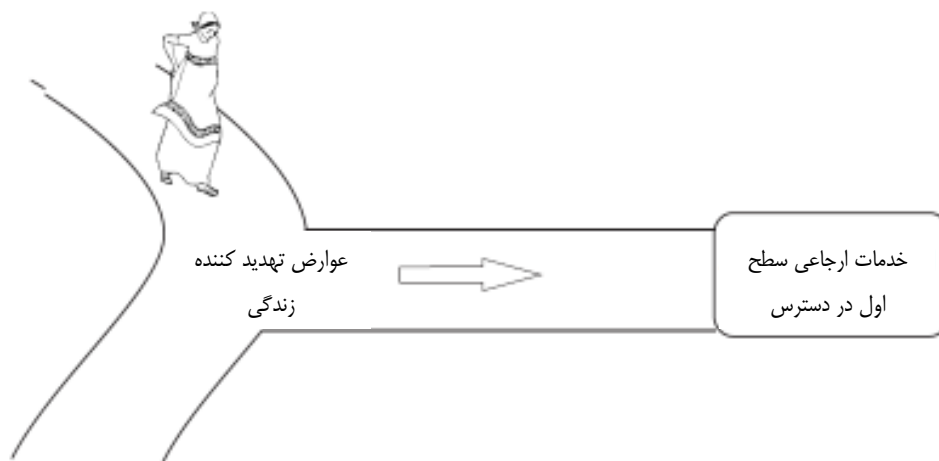
اگر خانم X یک زن تحصیلکرده، دارای شغلی درآمدزا و وضعیت تغذیه‌ای مناسب

در جامعه بوده، خطر مرگ او به مراتب کمتر بوده است.



واضح است که چشم اندازهای مختلف در مسیری که باعث مرگ و میر مادری می‌شود، وجود دارند. برای پاسخ به این سوال که " چرا خانم X و سایر خانمهای X می‌میرند؟" ما نیاز داریم که تمام این چشم اندازها را در نظر بگیریم. عبارت دیگر ما نیاز داریم که داستان خانم X را دوباره بررسی کنیم.

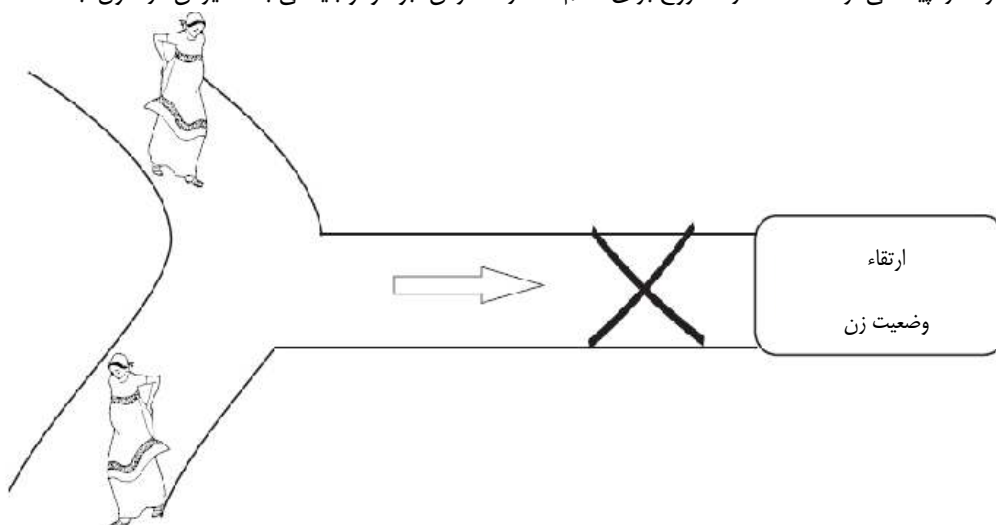
ما نیاز به مرور مراحل طی شده توسط خانم X در مسیری که بعنوان جاده مرگ و میر مادری نامیده می‌شود، داریم.



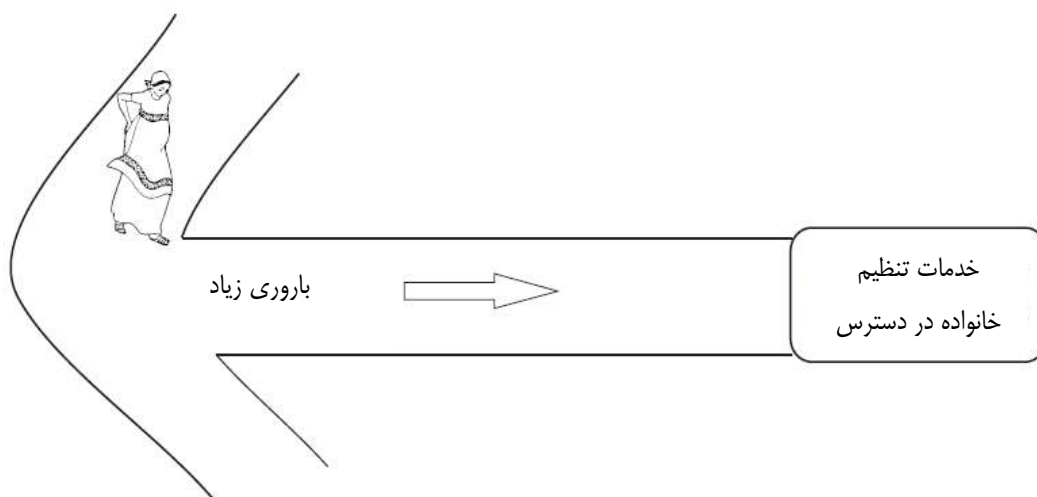
خانم X بطور داوطلبانه وارد جاده منتهی به مرگ نشده بود. اوضاع نامناسب اجتماعی اقتصادی جامعه ای که در آن متولد شده بود و در آن زندگی می‌کرد باعث شروع این جاده شده بود. اما موضوع تنها وضعیت نامناسب اجتماعی اقتصادی نبود. نکته ای که بنظر مهم بود، تقسیم عادلانه سود رشد اجتماعی بین افراد جامعه است. بعنوان یک زن، خانم X سهم عادلانه ای از رشد اجتماعی اقتصادی در جامعه ای که در آن زندگی می‌کرد دریافت نکرد.

در آن مرحله از جاده منتهی به مرگ مادر، راه خروج برای خانم X وجود داشت.

-اگر خانم X شانس برای تحصیلات، بدست آوردن شغل درآمدزا و یا وضعیت تغذیه‌ای مناسب داشت، احتمالاً راه خروج از جاده مرگ را پیدا می‌کرد. متأسفانه راه خروج برای خانم X در دسترس نبود و او بایستی به مسیرش در طول جاده ادامه می‌داد.



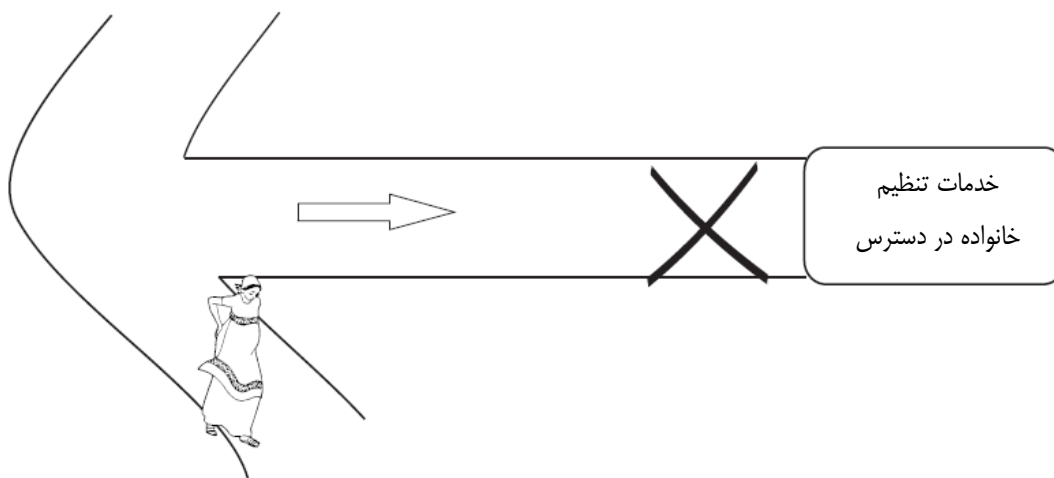
عامل دیگر کشش خانم X در جاده، باروری زیاد او بود.



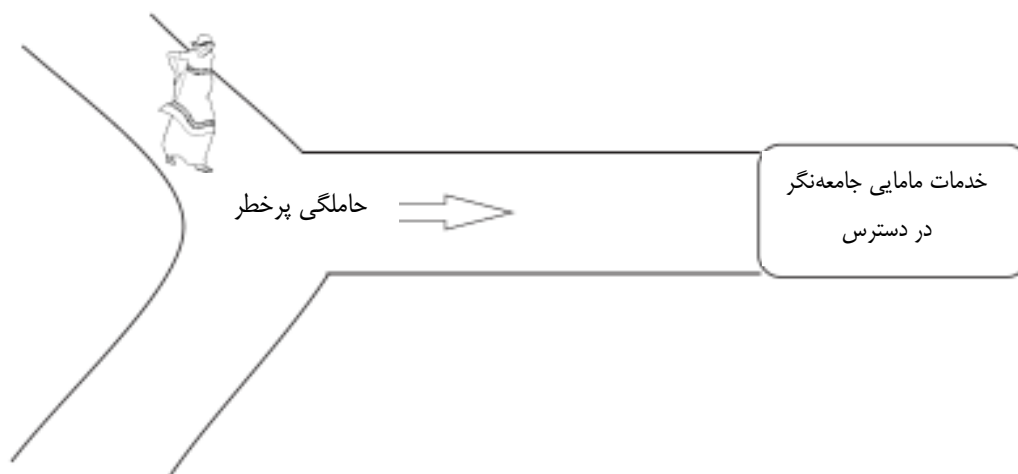
باروری و زایمان تنها دانش او در جامعه ای بود که در آن زندگی می کرد. بچه ها تنها چیزی بودند که او بخوبی می توانست تولید کند و تنها چیزی که می توانست خوب انجام دهد زایمان بود. وضعیت او بعنوان یک زن در جامعه بطور کامل به نقش مادری او بستگی داشت. باروری زیاد نه تنها شانس دور شدن او در مسیر جاده منتهی به مرگ را افزایش می داد، بلکه بعلت افزایش سن و تعداد زایمان، او را در معرض افزایش خطر در طول حاملگی و زایمان قرار می داد.

هنوز هم در این مرحله در جاده منتهی به مرگ امکان خروج از جاده وجود داشت.

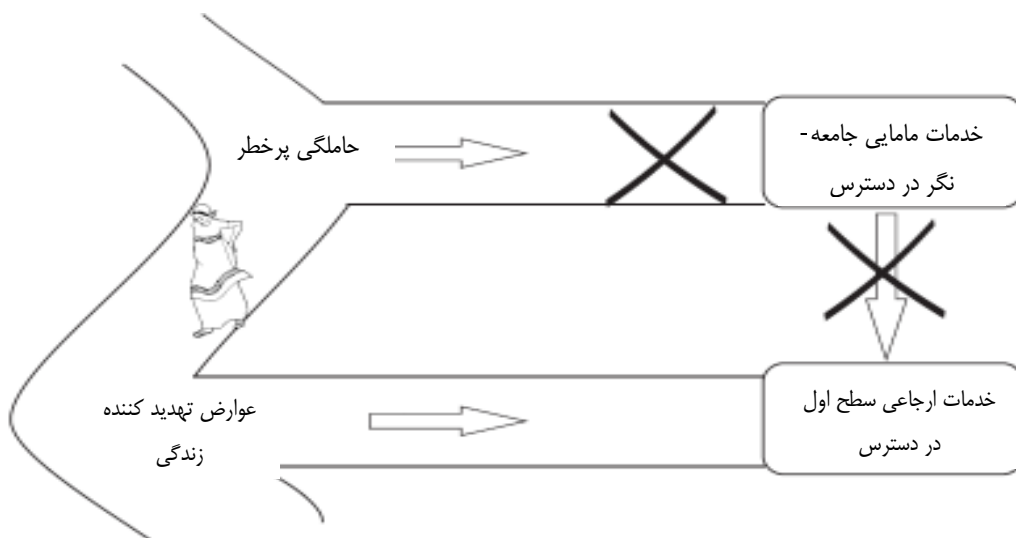
- اگر خانم X امکان دستیابی به اطلاعات و دانش و سرویسهای تنظیم خانواده را داشت، می توانست راه خروج از این جاده خطرناک را پیدا کند. خانم X راه خروج را رد کرد و به راهش در جاده ادامه داد.



حالا او بخاطر پارितه بالا، تغذيه نامناسب و آنمی شديد تحت شرايطی قرار گرفت که ما در اصطلاح مامائی آن را حاملگی پرخطر می ناميم. منظور ما از حاملگی پرخطر شرايطی است که گروه کوچکی از زنان با بيشتريين مشکلات در آن قرار دارند. مرحله ای که خانم X خود را در آن يافت، هنوز هم مرحله ای است که امکان خروج از آن وجود دارد.



اگر سرويسهای مامائی جامعه‌نگر در دسترس بود، گروه پرخطری که در آن قرار داشت با غربالگریهای ساده کشف می‌شد. آنمی او اصلاح می‌شد، علائم خطر مثل دوره‌های خونريزی به خوبی مورد توجه قرار می‌گرفت و به نزدیکترین بیمارستان در زمانی که هنوز هم در شرایط خوبی قرار داشت ارجاع داده می‌شد. راه خروج برای خانم X باز نبود و او بایستی به مسیرش در جاده ادامه می‌داد.

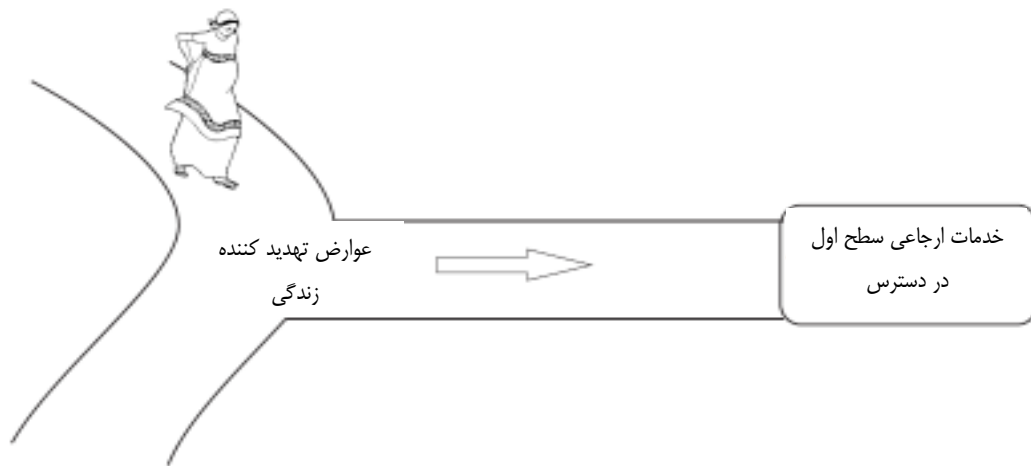


و بحرانی‌ترین مرحله در طول جاده، مرحله‌ای بود که ما آن را مشکلات تهدید کننده زندگی می‌ناميم. که این موقعيتها شامل خونريزی، اکلامپسی، سپسیس، توقف لیبر، سقط مشکل دار و سایر شرایط کمتر شایع ولی جدی بودند.

وضعیت غیر قابل اجتناب اتفاق افتاد. خانم X مشکلات تهدید کننده زندگی را ادامه داد: یعنی خونریزی بعد از زایمان.

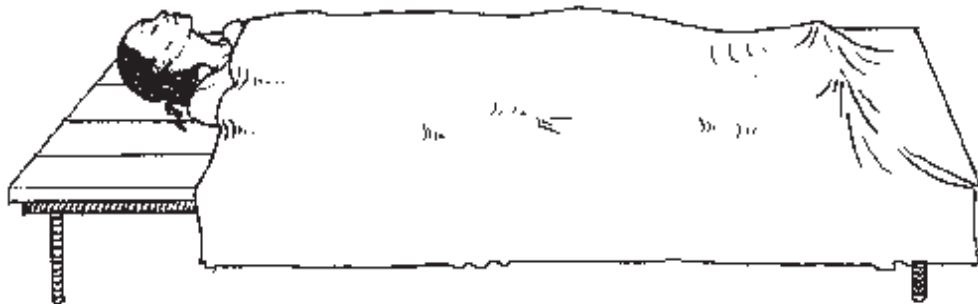
هنوز هم در این مرحله امکان خروج از جاده وجود داشت.

اگر او در زمان مناسب امکان دستیابی به سرویس مناسب سطح اول ارجاع را داشت، وضعیت تهدید کننده جدی زندگی، می توانست به خوبی اداره شود و خانم X زنده بماند. اما این آخرین فرصت بود و خانم X این شانس را از دست داد.

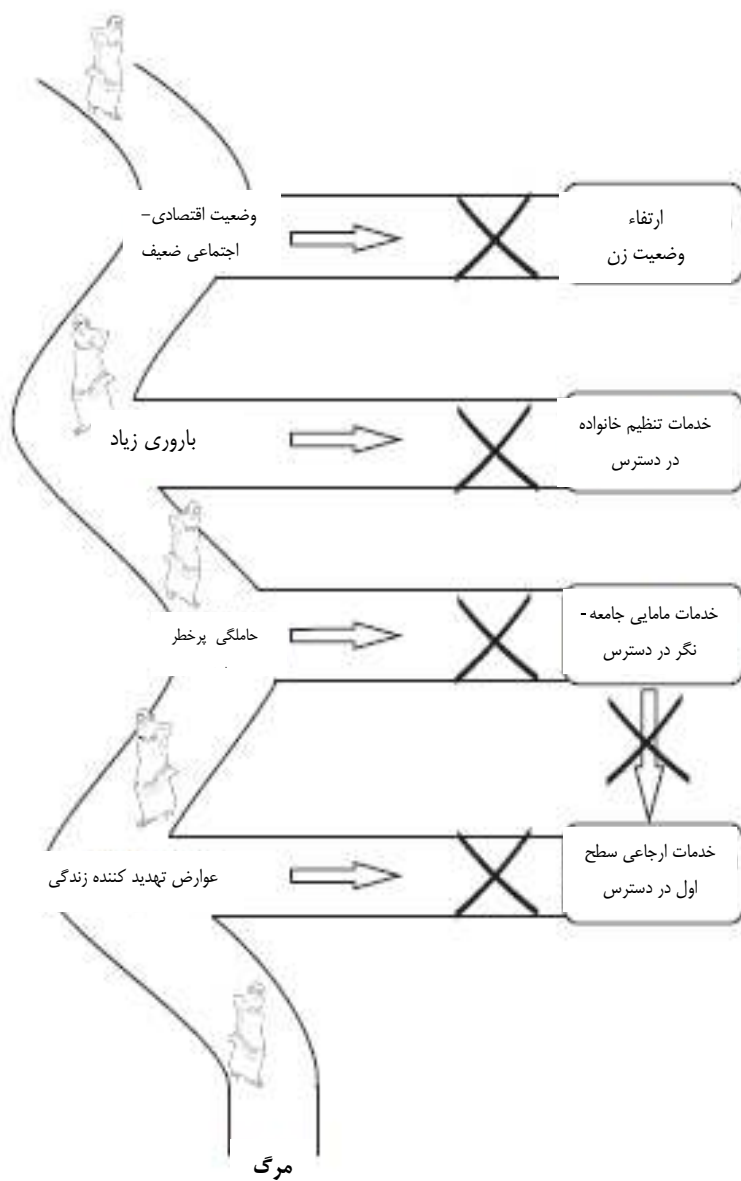


این سفر، یک سفر تأسف بار در طول جاده لغزنده خطرناک منجر به مرگ برای خانم X بود. این سفر به ما بصیرت کافی درباره اینکه یک زن چگونه می میرد و اینکه چگونه می تواند نجات پیدا کند، می دهد. خطر مرگ برای زنان در طول جاده منتهی به مرگ مادری در هر مرحله ای وجود دارد. اگر به زنان کمک شود تا یکی از راههای خروج از جاده را دنبال کنند، می توانند نجات پیدا کنند. ممکن نیست بطور کامل دسترسی به جاده منتهی به مرگ محدود شود. اما بدیهی است که احتمال خروج زنان از جاده از راههای خروجی مختلفی وجود دارد؛ اما هر استراتژی موفقیت آمیز برای بقای مادران برای خروج از جاده منتهی به مرگ باید بطور موثر بکار گرفته شود. اما اگر ما تنها به راههای خروجی زود هنگام از جاده تأکید کنیم، از زنانی که بعداً به این جاده ملحق می شوند و یا به مسیرشان در طول جاده ادامه می دهند غافل خواهیم بود. اما اگر ما تنها به راههای خروجی دیر هنگام از جاده یعنی روشهای دارویی تأکید کنیم و توجهی به راههای خروجی اجتماعی زود هنگام نداشته باشیم، بار تحمیلی بر سرویسهای پزشکی برای مواجهه با مرگ به شدت افزایش خواهد یافت.

خانم X مرده است



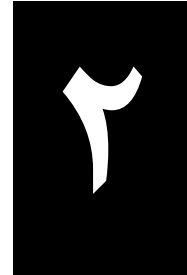
هنوز هم میلیونها خانم X در حال سفر در جاده منتهی به مرگ مادری هستند.



در عرض ۳۰ دقیقه ای که این داستان را بیان کردیم، ۳۰ زن دیگر (هر کدام برای یک دقیقه) به انتهای تاریک جاده رسیدند. این مادران نیاز به زنده ماندن دارند. آنها می توانند و باید زنده بمانند.

اغلب مفید است که بعد از این ماجرا کمی مکث کنیم. دانشجویان می توانند چیزی را که شنیده و دیده اند را منعکس کنند. بخش بعدی به دانشجویان کمک خواهد کرد که خارج از محیط جامعه برای خودشان گشت و گذار کنند. اطمینان پیدا کنید که برنامه ریزیها واضح بوده و مراقبتهای بخوبی سازماندهی شده اند.





آیا خانم‌های X در جامعه ما

وجود دارند؟

جلسه دوم

آیا خانم‌های X در جامعه ما وجود دارند؟

اهداف این جلسه

- ایجاد توانایی در دانشجویان جهت شناسایی طرز تفکر افراد جامعه درباره مادری ایمن
- برقراری یا توسعه بیشتر ارتباط معنی‌دار بین ماماها و جامعه

اهداف درسی

در اتمام جلسه دوم دانشجویان قادر خواهند بود:

- عواملی را (از نظر افراد جامعه و تجارب آنان) شناسایی کنند که زنان را قادر به دستیابی به مادری ایمن می‌کنند.
- عواملی را (از نظر افراد جامعه و تجارب آنان) شناسایی کنند که از دسترسی زنان به مادری ایمن جلوگیری می‌کنند.

طرح درسی

ارایه اطلاعاتی کوتاه به دانشجویان قبل از بازدید جامعه

بازدید جامعه (۱ روز)

در این جلسه، در ابتدا تعدادی از ویزیتهای جامعه همراه با این مدل انجام خواهد شد. جلسات ۷،۸ و ۱۱ نیز شامل بازدیدهای جامعه بوده و دانستن هدف از این بازدیدها قبل از ادامه گامهای لیست شده در ذیل مهم می باشد.

به منظور موفقیت آمیز بودن بازدیدهای جامعه، برنامه ریزی قبلی خوب الزامی است. بسته به ساختار سیستم سلامت در کشور و حدود اختیارات، فرآیند برنامه ریزی ممکن است تا اندازه ای متفاوت باشد اما باید مشتمل بر فعالیتهای زیر باشد.

- ۱- یک یا جوامع بیشتری انتخاب کنید (تعداد جوامع انتخابی بستگی به به تعداد دانشجویان در کلاستان خواهد داشت)
- ۲- توانایی های مناسب در رابطه با هدف بازدیدهای نخست و بعدی را اطلاع دهید، از دانشجویان جهت انجام بازدیدها و درخواست کمک جهت شناسایی یک شخص کلیدی تسهیل کننده انجام فعالیتهایشان موافقت اخذ نمایید.
- ۳- از در دسترس بودن وسایل نقلیه برای رفتن دانشجویان به جامعه برای هر یک از بازدیدهای برنامه ریزی شده اطمینان حاصل کنید.
- ۴- اگر تهیه غذا در جامعه برای دانشجویان امکان پذیر نباشد، به همراه آوردن ناهار را برای آنها یادآوری کنید.
- ۵- اطمینان حاصل کنید که دانشجویان فرصت کافی در جامعه دارند تا کارهای مورد انتظار از آنها در بازدیدهای برنامه ریزی شده را انجام دهند. (این مخصوصا برای جلسه ۱۱ مهم است).
- ۶- دانشجویان را در اولین بازدیدشان و اگر امکان پذیر باشد در بازدیدهای بعدی در جامعه همراهی کنید و با خودتان تعدادی لوازم پزشکی اساسی جهت فراهم نمودن مراقبت در صورت لزوم برای اشخاص/خانواده های مورد مصاحبه بردارید.

انجام بازدید

اطمینان حاصل کنید که دانشجویان قادرند که مفهوم مادری ایمن را توضیح دهند. برای مثال، از جمله اطمینان از اینکه زنان اطلاعات و خدمات جهت برنامه ریزی زمان بارداری، تعداد بارداری و فاصله بین بارداریها دارند؛ دسترسی به مراقبت پیش از بارداری خوب، قابل اعتماد و مناسب دارند، همینطور عوارض تا حد امکان پیشگیری شده و اطمینان از اینکه در صورت وقوع تشخیص سریع داده شده و به طور مناسب درمان می شوند؛ اطمینان از اینکه زنان دسترسی به مراقبت لازم جهت یک زایمان ایمن و تمیز دارند؛ و اطمینان از اینکه مراقبت اساسی، شامل مهارتهای نجات بخش زندگی برای همه زنانی با تجربه عوارض بارداری در دسترس است.

به دانشجویان آموزش مختصر و شفاف ارایه دهید، از قبیل:

- احترام گذاشتن
- گوش فرا دادن
- نشان دادن علاقه و نگرانی

- ارجاع به افراد ذیصلاح در صورت وقوع مسئله‌ای که دانشجو جهت کمک صلاحیت لازم را ندارد.

به دانشجویان توضیح دهید که آنها باید دو سوال مهم را بپرسند:

۱- چه چیزی در این جامعه مادری ایمن را ارتقا می‌دهد؟

۲- چه چیزی در این جامعه از مادری ایمن پیشگیری می‌کند؟

اگر افراد جامعه در فهمیدن سوالات مشکل دارند، به دانشجویان توصیه کنید که این سوالات را چگونه ساده‌تر مطرح نمایند.

دانشجویان باید به پاسخهای ارایه شده توسط افراد جامعه اعم از زنان در سنین باروری، زنان مسن‌تر، مادر شوهرها، عاملین زایمان سنتی، مردان، رهبران مذهبی و روستایی با دقت گوش کنند. نوشتن پاسخهای آنها حین مصاحبه ممکن است مناسب نباشد چونکه ممکن است باعث رعب و ترس برخی از افراد شود. به هر حال، پاسخها باید به محض امکان نوشته شود.

اطمینان حاصل کنید که دانشجویان هدف از ویزیت را درک می‌کنند. به عبارت دیگر:

۱- کشف آنچه که مردم در جامعه درباره مادری ایمن فکر می‌کنند.

۲- شروع یا توسعه بیشتر ارتباط معنی‌دار بین ماماها و جامعه

نباید بیشتر از دو دانشجو یک منزل را ویزیت کنند.

به یاد داشته باشید:

دانشجویان در اوایل تحصیلاتشان به جامعه می‌روند تا اینکه به عنوان ماماها در جامعه کار کنند:

- گوش فرا دادن به افراد در جامعه مهم است

- درک افراد در جامعه مهم است

به خاطر بسپارید که دانشجویان را حین انجام درست کارها تحسین کنید، از قبیل:

- زمانیکه دارای پوشش مناسب هستند

- زمانیکه با روستائیان به طور صحیح سلام و احوالپرسی می‌کنند

- زمانیکه با بزرگترهای روستا با احترام برخورد می‌کنند.

- زمانیکه صحبت در مورد یک موضوع مشکل را با خانواده به آسانی انجام می‌دهند

- زمانیکه درک یا نگرانی برای همه افراد خانواده را از خود نشان می‌دهند

اجازه دهید که دانشجویان آنچه را که شما دوست دارید بدانند، شما می‌توانید بدینگونه شروع کنید:

"من دوست دارم وقتی که شما ..."

به دانشجویان بگویید که درباره بحث‌هایشان فکر کنند و نکات مهم را جهت یادآوری یادداشت نمایند. آنها این اطلاعات را در جلسه آتی نیلز خواهند داشت.

جهت فراهم کردن مراقبت سلامتی به افراد مورد مصاحبه در صورت لزوم آماده باشید.

به خاطر داشته باشید، دانشجویان انتظار کمک از افراد جامعه دارند. آنها باید در عوض برای کمک‌رسانی آماده باشند.

در پایان ویزیت، یک جلسه پرسش و پاسخ با دانشجویان ترتیب دهید و از آنها بخواهید که در یک دفتر ثبت روزانه مطالب آموخته شده را جهت مراجعه بعدی یادداشت نمایند. پرسش و پاسخ یک متد کمکی برای دانشجویان جهت ایجاد حسی از تجارب آنها می‌باشد. یک روش کمکی با این متد پرسیدن تعدادی از سوالات زیر می‌باشد:

- از چه چیزی راجع به امروز/ویزیت بیشتر بهره‌مند شدید؟

- چه چیزی شما را بیشتر متعجب نمود؟

شما می‌توانید سوالات دیگری مثل علت بهره‌مندی از ویزیت را بپرسید. سعی کنید که جلسه را با یک آهنگ مثبت خاتمه دهید. مواظب دانشجویانی باشید که ممکن است تجربه بدی از ویزیت داشته یا احتمالاً بوسیله برخی چیزهای مشاهده یا مواجه شده طی ویزیت برآشفته شده‌اند. به چنین دانشجویان وقت خصوصی جهت بحث در مورد تجارب یا احساسشان در یک محیط امن پیشنهاد کنید، و یا در صورت تمایل آنها می‌توانید قرار ملاقاتی با مشاور دانشجویی محل تحصیل ترتیب دهید.

تعهد به مادری ایمن



جلسه سوم

تعهد به مادری ایمن

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به انعکاس تجربیات خود در جامعه و تعهد به ترویج مادری ایمن از طریق مراقبت جامعه نگر.

اهداف درسی

در پایان جلسه سوم دانشجویان باید قادر باشند:

- فاکتورهایی را توصیف کنند که مردم در جامعه مدنظر قرار می دهند:
 - فراهم کردن مادری ایمن
 - جلوگیری از مادری ایمن
- توضیح دهند که ماما چگونه می تواند این فاکتورها را تحت تاثیر قرار دهند.
- فاکتورهایی را در جامعه تحت بازدید شناسایی نمایند که ممکن است به مرگ مادری کمک کنند.
- مرگ و میر مادری را تعریف کرده و علل عمده مرگ و میر مادری را لیست کنند.
- اهدافی را بنویسند که به منظور ارائه مراقبت مامایی در سطح جامعه پیگیری می کنند تا به دسترسی بیشتر زنان به مادری ایمن کمک کنند.

طرح درسی

کار گروهی (یک ساعت)

بازخورد، بحث (یک ساعت)

منابع

دستورالعمل های کار گروهی

در این جلسه، دانشجویان اطلاعات جمع آوری شده در طول بازدید جامعه را بررسی می کنند.

دانشجویان را در گروهها سازماندهی کنید و به هر گروه دستورالعمل هایی را که در پایان این جلسه آماده شده، برای کار گروهی بدهید. به آنان یک ساعت وقت دهید تا تکالیف را انجام دهند.

اعضای هر گروه پاسخ خود را به سوالات ۱ و ۲ خواهند داشت. مطمئن شوید که همه دانشجویان موارد دریافتی خود را می گویند.

مادری ایمن

عوامل بازدارنده	عوامل توانمند کننده
- عدم وجود مامای آموزش دیده در دسترس جامعه - عاملین زایمان سنتی آموزش ندیده - عدم ایجاد ارتباط کاری با رهبران جامعه - عدم وجود حمل و نقل در دسترس در موارد اورژانسی	- مراقبت پیش از تولد در روستا - سیستم ارجاع مناسب برای زنان در معرض خطر - کمیتته عملیاتی مادری سالم در روستا - اتاق انتظار زایمان در دسترس زنان

... و غیره

در مورد گام های عملی مورد نیاز برای ارائه مراقبت های لازم به منظور دسترسی زنان جامعه بازدید شده به مادری ایمن بحث کنید.

در این مرحله، نظرات را در مورد دلایل فوت خانم X بپرسید- بخصوص عواملی را که دانشجویان در طول بازدید جامعه مشاهده کرده اند.

پاسخ گروهها را لیست کنید.

ابتدا عواملی را لیست کنید که به مرگ خانم X کمک کرده اند، سپس آنهایی را که می توانند در روستای بازدید شده رخ دهند، مشخص کنید و در مورد آنها بحث کنید. دانشجویان را به صداقت تشویق کنید.

عوامل موثر در مرگ خانم X

عوامل موثر در مرگ خانم X را به یاد آورید. به دانشجویان داستان را یادآوری کرده و آنها را تشویق کنید تا عوامل موثر مشابهی را لیست کنند که در طول بازدید جامعه پیدا کرده اند. دانشجویان همچنین می توانند عوامل "موارد فراموش شده" را لیست کنند. زنانی هستند که تقریباً مرده اند.

خانم X در نتیجه خونریزی قبل از زایمان به علت جفت سرراهی فوت کرده است اما عوامل موثر در مرگ او عبارت بودند از:

- ترانسفوزیون خون ناکافی

- تأخیر در توقف خونریزی
- تأخیر در دریافت درمان
- ناتوانی زن و یا خانواده اش در شناسایی عوارض خطرناک دوران بارداری
- کم خونی مزمن ناشی از فقر آهن
- سوء تغذیه
- عفونت انگلی
- سن بالا (۳۹ سال)
- پاریته بالا
- حاملگی ناخواسته
- فقر
- فقدان آموزش و اطلاعات
- بیسوادی
- بی عدالتی اجتماعی

عوامل مشارکتی در جامعه

مشاهده وضعیت واقعی بسیار مهم است نه چیزی که فرد آن را درست می پندارد.

اگر دانشجویان مشکلی دارند سوالات زیر ممکن است کمک کنند:

۱. اعضای جامعه چه گفتند؟
۲. آنان برای ترویج مادری ایمن چه پیشنهادی داشتند؟
۳. ما چگونه به عنوان ماما یا کارکنان بهداشتی می توانیم مادری ایمن را فراهم کنیم/کمک کنیم یا قادر سازیم؟

در مورد موضوعات عملی مهم که بوجود می آیند از جمله این دو سوال بحث کنید:

۴. آیا مشکلاتی وجود دارند که نیاز به بررسی داشته باشند؟ (به عنوان مثال عدم تجویز قرص های آهن، عدم دسترسی یا موجود نبودن در انبار)
۵. چه اقداماتی باید انجام شود تا مادری ایمن در جامعه رواج یابد؟

مرگ و میر مادری

دانشجویان را با تعریف زیر و علت های اصلی آشنا کنید.

مرگ و میر مادری، مرگ زن باردار یا مرگ ۴۲ روز پس از ختم حاملگی، بدون توجه به مدت و محل بارداری، از هر عامل مرتبط یا تشدید شده توسط بارداری یا مدیریت آن است، ولی به دلایل تصادفی و اتفاقی نیست.

پنج علت عمده مرگ و میر مادری یا مرگ مادری عبارتند از:

- سقط غیر ایمن

- اکلامپسی
- لیبر متوقف شده
- خونریزی پس از زایمان
- عفونت نفاسی

بیانیه مورد نظر

از هر گروه بخواهید با خواندن اهدافشان به سوال ۵ صفحه قبل پاسخ دهند. دانشجویان ممکن است بخواهند بحث کنند که چگونه می‌توانند اهدافشان را به صورت یک بیانیه برای کل کلاس ادغام کنند.

عبارات کلیدی که به دانشجویان جهت نوشتن بیانیه ادغام شده کمک خواهد کرد عبارتند از:

- نیازهای جامعه
- مراقبت جامعه نگر
- دسترسی به مراقبت
- سیستم ارجاع
- پرخطر
- مسیر مرگ مادری (با محل ورود و خروج آن)
- مادری ایمن

یک بیانیه مناسب می‌تواند به شرح زیر خوانده شود:

این گروه تاکید دارد که مراقبت‌های مادری در جامعه ضروری است. بنابراین ما قصد داریم اطمینان حاصل کنیم که هر زنی در_____ دسترسی به سیستم مناسب مراقبت مادری دارد که نیازهای او را در سطح جامعه برآورده کرده و شامل یک سیستم ارجاع کارآمد باشد.

ما قصد داریم به رهبران و سایر اعضای جامعه نزدیک شویم و با همکاری آنان با مشکلات فقر، جهل و بی عدالتی اجتماعی مقابله کنیم. "مسیر مرگ و میر مادران" نباید بیشتر از این در جامعه ما ادامه یابد.

این بیانیه باید واقعی باشد (دانشجویان باید آنچه را می‌گویند معنی کنند) و باید رسیدن به آن امکان‌پذیر باشد. دانشجویان را به استفاده از کلمات خودشان تشویق کنید.

زمانی را برای بحث در مورد نحوه دستیابی به آن اختصاص دهید.

دانشجویان باید احساس کنند که آنها با یکدیگر همراه با جامعه در جهت دستیابی به مادری ایمن برای همه زنان جامعه شان فعالیت می‌کنند.

مطمئن شوید هر دانشجو یک کپی از بیانیه گروه دارد و آن را روی تخته سیاه هم بنویسید. در مدل های دیگر دانشجویان برنامه‌های عملیاتی تالیف خواهند کرد تا بیانیه را به مرحله عمل درآورند.

خلاصه

این جلسه را با یادآوری به دانشجویان در مورد چگونگی در نظر گرفتن موارد زیر خلاصه کنید:

- چرا خانم X فوت کرد؟
- چرا زنان در جامعه‌ی خودشان می‌میرند؟
- ماماها چگونه می‌توانند به ترویج مادری ایمن کمک کنند؟
- ماماها باید با چه کسی در جامعه برای ترویج مادری ایمن کار کند؟
- ماماها چگونه می‌توانند زنان را در جامعه حمایت کنند تا در رابطه با بارداری و زایمان تصمیم‌گیری کنند؟

به دانشجویان بگویید که به آنان در استفاده از مهارت‌های خود و توسعه بیشتر مهارت‌ها در طول مطالعه این مدل و سایر مدل‌ها کمک خواهد شد. این مهارت‌ها افراد جامعه را برای رسیدن به مادری ایمن توانمند خواهند کرد.

دستورالعمل برای کار گروهی

از اطلاعاتی که در بازدید خودتان از جامعه جمع‌آوری کرده‌اید:

- ۱- عواملی را لیست کنید که زنان را قادر به دستیابی به مادری ایمن در آن جامعه می‌سازد.
 - ۲- عواملی را لیست کنید که مانع دستیابی به مادری ایمن در آن جامعه می‌شود.
 - ۳- کدام یک از این عوامل می‌تواند برای توانمندسازی تعداد بیشتری از زنان برای دستیابی به مادری ایمن موثر باشد؟
 - ۴- کدام یک از عواملی که به مرگ خانم X کمک کرده می‌تواند به مرگ مادری در جامعه‌ای که شما بازدید کرده‌اید، کمک کند؟
 - ۵- به کمک بازدیدی که از جامعه خود انجام دادید، اهدافی را بنویسید که قصد دارید به منظور ارائه مراقبت‌های مامایی در سطح جامعه جهت توانمند کردن تعداد بیشتری از زنان برای دستیابی به مادری ایمن دنبال کنید
- به عنوان مثال شما می‌توانید مانند این شروع کنید:
- این گروه تاکید دارد که مراقبت‌های مامایی در جامعه ضروری است و بنابراین ما قصد داریم...
- یک رهبر برای گروه و یک شخص به نمایندگی از گروه برای گزارش دهی تعیین کنید.
- شما یک ساعت جهت کار گروهی دارید.

راهی که خانم X می رفت



جلسه ۴

قدم زدن در جایی که خانم X می‌رفت

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به شناخت شرایط دشوار بسیاری از زنان در جامعه و درک بهتر آن شرایط.
- آماده کردن دانشجویان برای ارائه مراقبت همراه با همدلی و ایجاد انگیزه در آنان برای انجام این کار.
- توانمند کردن دانشجویان به انتخاب مسائل مهم جامعه شان و به اشتراک گذاشتن آنها با کل گروه.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۴، دانشجویان قادر خواهند بود:

- یک داستان مشخص یا شرح حال از زنی را بنویسند که مشکلات زیادی را برای دستیابی به مادری ایمن تجربه کرده است.
- در مورد اینکه چه چیزی به ترویج مادری ایمن در جامعه و شناسایی مشکلاتی که می‌تواند از مراقبت های مامایی جامعه نگر جلوگیری کند، بحث کنند.

طرح درسی

بازی آموزشی، آموزش.

تا ۶ بازیکن می‌توانند در یک زمان بازی کنند. بنابراین زمان بازی بستگی به تعداد دانشجویان و تعداد نسخه‌های در دسترس بازی دارد. حدود ۱.۵ ساعت زمان برای هر گروه ۶ نفره دانشجویان بدهید تا بازی کنند.

منابع

بازی آموزشی / رفتن به جایی که خانم X می‌رفت.

دگمه های رنگی (برای هر بازیکن یکعدد)

تهیه مداد/قلم و کاغذ

قواعد بازی و دستورالعمل دانشجویان در صفحه زیر است. اطمینان حاصل کنید که دانشجویان می‌فهمند چگونه بازی کنند و بعد از آن چه کاری انجام دهند.

به هر گروه کمک کنید بازی را شروع کنند و برای سوالات در دسترس باشید.

دانشجویان باید آنچه را که روی کارتهای جمع‌آوری شده در طول بازی ظاهر می‌شود، بنویسند. آنها نیاز به قلم و کاغذ دارند.

دانشجویان بعد از بازی برای نوشتن داستان‌ها یا شرح‌های خود براساس کارتهایی که در طول بازی جمع کرده‌اند نیاز به زمان خواهند داشت و با گفتن داستان، رقص یا نمایش آن را ارائه خواهند داد.

دانشجویان را به گروه‌های آموزشی تقسیم کنید طوری که تعداد آنها بیشتر از ۶ نفر نباشد. گروه‌های آموزشی باید همان گروه‌هایی باشد که با یکدیگر بازی کرده‌اند. دوره‌های مطالعه مجزا برای هر گروه آموزشی ترتیب دهید.

بازی کردن

بازی در پایان این مدل است.

قوانین بازی و دستورالعمل برای فراگیران

هدف این بازی آموزشی عبارتست از:

- کمک به دانشجویان برای شناخت شرایط دشوار بسیاری از زنان در جامعه، درک واقعیت این شرایط، تشویق به بحث در مورد عوامل موثر بر مادری ایمن

این بازی شامل یک تخته و ۷ مجموعه کارت است. آنها عبارتند از:

- فقر و بیسوادی
- گذر ایمنی
- فاکتور X
- مادری ایمن
- حمل و نقل و ارتباطات
- مرگ و میر مادری
- تپه‌های بهداشتی

شما همچنین نیاز خواهید داشت:

- یک میز کوچک برای تخته و چند صندلی برای نشستن بازیکنان (ممکن است بازیکنان ترجیح دهند که روی زمین بنشینند).

▪ تاس بازی. (اگر در دسترس نباشد ۶ قطعه از کارت را در اندازه های مساوی ببرید. اعداد ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ را روی هریک از کارت های مجزا بنویسید. کارتها را داخل کیسه یا پاکت قرار دهید. سپس هر بازیکن می تواند در نوبت خودش یک کارت بکشد. این به آنها می گوید که چگونه در بسیاری از جاها می تواند جایگزین استفاده از تاس باشد.

▪ دکمه های رنگی. برای هر بازیکن یک عدد.

بازی برای ۳ تا ۶ بازیکن مناسب است.

آماده باشید

۱. تخته را در مرکز میز قرار دهید.
۲. ۷ مجموعه کارت را در دسته هایی در مرکز تخته قرار دهید. برای هر مجموعه فضایی است که با تصویری مشابه تصویر کارت مشخص شده است.
۳. هر بازیکن دکمه رنگی متفاوتی را انتخاب می کند که باید آن را روی میز مقابل آنها قرار دهد.

بازی کردن

۱. بازیکنان به نوبت تاس را یکبار پرتاب می کنند. هدف انداختن ۶ است. ممکن است هیچ بازیکنی دکمه ای روی میز قرار ندهد تا زمانی که عدد ۶ را بیاورد که به معنی "بارداری تایید شده" است که در این حالت بازیکن دکمه اش را در گوشه مربع که با START مشخص شده قرار می دهد.
۲. بازیکنی که عدد ۶ آورده حالا پرتاب دیگری دارد. سپس آنان دکمه شان را مطابق با عدد مربع هایی به جلو می برند که پرتاب تاس نشان می دهد.
۳. اگر بازیکن بر روی مربع های مشخص شده زیر قرار بگیرد

تپه های بهداشتی

فقر و بیسودی

حمل و نقل و ارتباطات یا

فاکتور X

آنها باید یک کارت مسابقه را از وسط تخته انتخاب کرده و نگه دارند.

۴. بر روی هر کارت بیانیهای با هر یک از دو علامت "+" یا "-" دارد که نشان دهنده کارت مثبت یا منفی است.

علامت مثبت نشان می دهد که وضعیت خوب است.

علامت منفی نشان می دهد که وضعیت بد یا مضر است.

۵. بازیکنی که ۳ کارت مثبت جمع کرده است می تواند مدعی گذر ایمنی باشد.

۶. هر بازیکنی که ۲ گذر ایمنی جمع کرده باشد می تواند مدعی کارت مادری ایمن باشد.

هدف از این بازی به دست آوردن کارت مادری ایمن است.

۷. اگر بازیکنی ۵ کارت منفی داشته باشد باید آنها را با کارت مرگ مادری عوض کند.

۸. ممکن است برخی از کارت‌های منفی حذف شود که به دو طریق می‌تواند انجام شود:

(الف) با استفاده از کارت‌های مثبت خاص. بعنوان مثال "شما به شدت کم خون هستید" می‌تواند بوسیله "کم خونی شدید اصلاح شده" یا "امکان ترانسفوزیون خون" حذف شود. هر موقعیتی باید توسط همه بازیکنان مورد بحث قرار گیرد که باید موافق باشند امکان حذف کارت منفی که بازیکن بدست آورده وجود دارد.

(ب) با قرارگیری بر روی مربع‌های خاصی بر روی تخته. بعنوان مثال اگر بازیکن روی "اتاق انتظار زایمان" قرارگیرد، ممکن است یک "گذر ایمنی" را بردارد. اگر جایگاه آنها روی "بیمارستان" است می‌توانند یکی از کارت‌های منفی را حذف کنند. به محض اینکه جایگاه آنها روی یکی از این مربع‌ها باشد باید اقدام کنند و امکان انتظار تا بعد و یا تغییر نظرشان در مورد کارت حذفی وجود ندارد.

۹. زمانی که همه بازیکنان هریک از مادری ایمن یا مرگ مادری را به دست بیاورند، آنها باید مطالب نوشته شده روی کارت‌های بدست آمده را کپی کنند. (این شامل کارت‌های حذف شده و دلیل حذف آنها نیز است).

نوشتن داستان

هر بازیکن بعد از بازی داستان یا شرح حال خود را باید مطابق با آنچه در طول بازی رخ داده، بنویسد. داستان‌ها در طول آموزش با بقیه گروه به اشتراک گذاشته می‌شود.

اگر بازیکن مادری ایمن را بدست آورده باشد، داستان باید از طرف زنی که در بازی است نوشته شود.

اگر بازیکن کارت مرگ مادری را بدست آورده باشد، داستان باید از طرف خویشاوند یا دوست نوشته شود.

با استفاده از اطلاعات همه کارت‌هایی که در طول بازی بدست آورده‌اند، هر بازیکن باید یک شرح‌حالی از خانم X را در بازی با دادن یک نام به وی بنویسد.

هر بازیکن باید به شرح زیر شروع کند:

"من/او (نام) در (-----) زندگی می‌کردم/می‌کرد". سپس برای مثال، "من/او همسر یک کارگر کشاورز فقیر بود/بودم. فاصله روستا تا نزدیکترین تسهیلات سلامتی ۸۰ کیلومتر بود. بارداری من/او با کم خونی فقر آهن عارضه دار شده بود و قبلا از عفونت انگلی-مالاریا رنج می‌بردم..."

هر بازیکن باید تمام حقایق روی کارت‌های بدست آمده در پایان بازی را وارد کند. برای کامل کردن داستان، ممکن است اطلاعات دیگری جهت دادن احساس به آن اضافه شود و نباید در تضاد با حقایق روی کارت‌ها باشد. حقایق اگر ایجاد احساس نکنند ممکن است توسط سایر بازیکنان به چالش کشیده شوند. (بعنوان مثال اگر بازیکنی بیان کند که کم خونی خانم بوسیله ترانسفوزیون خون اصلاح شده است ولی او کارت "مرکز تسهیلات سلامتی خون برای ترانسفوزیون ندارد" را داشته باشد که کارت وی قابل حذف شدن نباشد).

آموزش

چگونه منجر به آموزش می شود.

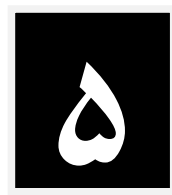
۱. از هر یک از دانشجویان بخواهید به نوبت داستان‌شان را با ارایه شرح حال خود از خانم X بیان کنند. بقیه گروه را به گوش دادن، نشان دادن همدلی و درک تشویق کنید. برخی از دانشجویان ممکن است تجربیات شخصی ناراحت کننده را به یاد بیاورند. جهت حمایت آنها آماده باشید.
 ۲. هر داستان یا شرح حال را محترمانه مورد بحث قرار دهید. سعی کنید به برخی از بخش‌ها که دانشجو خوب انجام داده اعتبار دهید. به یاد داشته باشید که تشویق چقدر مهم است.
 ۳. بحث کنید که چه چیزی می‌تواند به ترویج مادری ایمن در جامعه کمک کند.
- توجه: دانشجویان باید کارتهای بازی آموزشی را برای استفاده در جلسه بعد نگه دارند.

خلاصه و پیگیری

سوالات زیر را بر روی تخته سیاه بنویسید:

۱. کدامیک از مشکلات نشان داده شده در داستان / نمایش می‌تواند توسط مراقبت مامایی جامعه نگر پیشگیری شود؟
 ۲. چه اقداماتی لازم است تا اطمینان حاصل شود که مادری ایمن در جامعه ----- امکان پذیر است؟
- اقدامات بستگی به تصمیم گیری‌ها دارد. برای مثال تصمیم گیری‌ها ممکن است شامل زیر باشد:
- "ما باید با رهبران جامعه در _____ راجع به راه اندازی اتاق انتظار زایمان / تنظیم خانواده / کلینیک‌های پیش از زایمان و غیره صحبت کنیم.
 - "ما باید با زنان مسن در جامعه _____ بحث کنیم که چگونه رژیم غذایی زنان باردار می‌تواند بهبود یابد و چگونه می‌توان آنها را از کار بدنی سنگین در دوران بارداری و پس از زایمان رها کرد."
 - ما باید به مدیریت بیمارستان نزدیک شویم تا بحث کنیم که چگونه می‌توانیم تستهای غربالگری را / مطابق با سیستم ارجاع برای افراد پرخطر جامعه _____ توسعه دهیم و غیره."

جایگاه و ارزش زنان



جلسه ۵

جایگاه و ارزش زنان

اهداف این جلسه

توانمند کردن دانشجویان برای کسب بینش درباره جایگاه و ارزش زنان در جامعه خودشان و حمایت از زنان در مراقبت از آنها

اهداف درسی

در پایان جلسه ۵ دانشجویان قادر خواهند بود:

- شناسایی کنند فاکتورهایی که زنان را نسبت به مردان در خطر بالاتری از مرگ در شرایط یکسان قرار می‌دهد.
- بحث کنند در مورد اینکه چگونه موقعیت اجتماعی ممکن است بطور مستقیم یا غیرمستقیم سلامت زنان و دختران را تحت تاثیر قرار دهد.
- شناسایی کنند افرادی را که می‌توانند تاثیرگذار باشند و تغییرات ضروری در نظر گرفته شده برای ارتقا موقعیت زنان و بهبود سلامتی آنان را شروع کنند.
- بحث کنند در مورد اینکه چگونه ماماها می‌توانند حامیان زنان در مراقبت از آنان باشند.

طرح

تصمیم‌گیری براساس کارتهای بازی یادگیری جلسه قبل (یک ساعت)

منابع

دستورالعمل‌های کار گروهی

LIVES. مقالات این خبرنامه ممکن است اطلاعات زمینه‌ای مفیدی در این جلسه و سایر جلسات مدل ارائه دهد. خبرنامه بطور رایگان در دسترس است از طریق:

The Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health, World Health Organization, 1211 Geneva, Switzerland, website: www.safemotherhood.org, email: lives@safemotherhood.org

مقدمه

این جلسه براساس کارتهای بازی آموزشی "راهی که خانم X می رفت" می باشد.

دانشجویان به منظور بحث در مورد کارتهایی که در طول بازی آموزشی در جلسه ۴ برداشته‌اند، باید با یک شریک کار کنند. به هر زوج یک کپی از دستورالعمل برای دانشجویان بدهید که در پایان این جلسه ارائه شده است.

بحث

بازخورد از هر زوج، اساس بحث کلاسی را درباره موارد زیر تشکیل می‌دهد:

- جایگاه زنان در جامعه
- ارزش زنان در جامعه
- مشکلات موجود
- چگونه اینها می‌توانند مادری ایمن را تحت تاثیر قرار دهند
- به منظور بهبود جایگاه و ارزش زنان در جامعه شان باید چه چیزی اتفاق بیفتد.
- چه کسی می‌تواند وضعیت را تحت تاثیر قرار دهد و تغییر بیاورد.
- ماماها چگونه می‌توانند به خاطر اینکه زنان به آنها نیاز دارند به عنوان حامی زنان عمل کنند.

مطمئن شوید دانشجویان می‌فهمند که چگونه ماماها می‌توانند زنان را حمایت کنند چرا که آنها می‌توانند ارتباط بین زنان و سیستم مراقبت بهداشتی را فراهم کنند.

بحث کنید:

- مفهوم کلمه "midwife" را (ترجمه تحت الفظی انگلیسی ماما "با زن" هست)، و
- مفهوم کلمه ماما برای توصیف ماما در زبان ملی یا محلی شما استفاده می‌شود.

از دانشجویان بپرسید:

"آیا شما تاکنون به عنوان حامی یا سخنگوی یک زن در مراقبت خود اقدام کرده اید؟"

اگر آنها جواب بلی دادند، بپرسید:

- چگونه؟
- چه وقت؟
- کجا؟
- چرا؟

- چگونه زنان از آن بهره بردند؟
- آیا آن تجربه مثبتی برای دانشجویان بود؟

بر روی اقدام لازم برای جلوگیری از مرگ و میر مادری تمرکز کنید.

بحث را خلاصه کنید.

دستورالعمل‌ها برای کار گروهی

به کارتهای بازی "راهی که خانم X می رفت" نگاه کنید و برای هر کارت سوالات زیر را پرسید:

۱. آیا این می تواند زن را در معرض خطر مرگ مادری قرار دهد؟

۲. آیا چون فرد یک زن هست، این شرایط / وضعیت / عامل ایجاد شده یا بدتر شد؟

۳. برای کاهش خطرات برای زنان در این وضعیت چه کاری باید انجام شود؟

مثال

کارت خوانده می شود: "شما از سوء تغذیه رنج می برید."

پاسخ احتمالی:

۱. سوء تغذیه می تواند باعث کم خونی شود که زن را در معرض خطر خونریزی پس از زایمان (PPH) و عفونت قرار خواهد داد.

۲. بله، سوء تغذیه در یک زن در جامعه ما بدتر می شود چون زنان و دختران همیشه دیرتر می خورند. آنها فرصتی مشابه مردان برای خوردن غذاهای مقوی ندارند.

۳. الف. ما نیاز به بحث در مورد این عادت با افراد زیر داریم، به طور مثال:

- رهبران جامعه
- رهبران مذهبی
- زنان مسن تر
- عاملین زایمانی سنتی

ب. ما نیاز داریم به خانواده ها و اعضای جامعه کمک کنیم تا اهمیت مواد غذایی مقوی برای دختران و زنان را بدانند.

ج. ما نیاز داریم اطلاعات و کمک عملی درباره منابع غذایی خوب ارایه کنیم، طوریکه خانواده بتواند از عهده آن برآید.



پیشبرد مادری ایمن از طریق حقوق بشر

جلسه ۶

پیشبرد مادری ایمن از طریق حقوق بشر

هدف این جلسه

توانمند کردن دانشجویان به درک اهمیت حقوق بشر در ارتباط با حفظ، احترام و برآوردن حقوق زنان جهت مادری ایمن.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۶ دانشجویان قادر خواهند بود:

- حقوق بشر مربوط به مادری ایمن را توصیف کنند.
- اقداماتی را توضیح دهند که نیاز است دولت‌ها برای ترویج مادری ایمن به عنوان حقوق بشر انجام دهند.
- توصیف کنند که چگونه ماماها می‌توانند در رویکردهای حقوق بشر به مادری ایمن موثر باشند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل شده (یک ساعت)

کار گروهی، بازخورد، بحث (نیم ساعت)

منابع

Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement.

Geneva, World Health Organization, 1999.

Advancing safe motherhood through human rights. Geneva, World Health Organization, 2001

(WHO/RHR/01.05).

جلسه را با ارائه اطلاعات کلی زیر در مورد حقوق بشر شروع کنید.

در حال حاضر بسیاری از حقوق بشر تایید شده در قانون اساسی ملی و عهدنامه‌های حقوق بشر بین المللی و منطقه‌ای را می‌توان برای مادری ایمن اجرا نمود. این‌ها براساس اعلامیه جهانی حقوق بشر ۱۹۴۸ هستند^۱. اگرچه خود اعلامیه جهانی حقوق بشر به عنوان ابزار قانونی قابل اجرا مطرح نشده بود، با این حال پذیرش قانونی اخذ نموده و می‌تواند به طور قانونی از طریق یکسری مجامع بین المللی حقوق بشر به اجرا درآید. مهم‌ترین معاهده حقوق بشر اخیر در مورد حقوق زنان، عهدنامه حذف تمامی اشکال تبعیض علیه زنان است^۲ که بیانگر ارزش‌های مفهومی اعلامیه جهانی حقوق بشر است.

حقوق بشر مرتبط با مادری ایمن

اطلاعات زیر را به دانشجویان ارائه داده و بحث کنید، ضمن انجام این کار از آنها بخواهید هر یک از ۴ دسته زیر را در زمینه زندگی، جوامع و محل کار خود در نظر بگیرند.

حقوق بشر مربوط به مادری ایمن را می‌توان در چهار دسته اصلی زیر گروه بندی نمود:

۱. **حقوق مربوط به زندگی، آزادی و امنیت فرد** که نیاز است دولت‌ها اطمینان حاصل کنند که زنان به مراقبت‌های سلامتی مناسب در دوران بارداری و زایمان دسترسی دارند و آنان حق دارند تصمیم بگیرند آیا، چه زمانی و چگونه باردار شوند. این بدین معناست که دولت‌ها باید عوامل اقتصادی، قانونی، اجتماعی و سیستم‌های بهداشتی را مشخص کنند که به زنان اجازه این حقوق اساسی را نمی‌دهند.

سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید. اگر پاسخ آنان به سوالات خیر باشد از آنها بپرسید چگونه می‌توان وضعیت را تغییر داد؟

آیا زنان در جوامعی که زندگی و کار می‌کنند دسترسی به مراقبت سلامتی مناسب در دوران بارداری و زایمان دارند؟

آیا زنان حق دارند تصمیم بگیرند که آیا، چه زمانی و چگونه باردار شوند؟

۲. **حقوق بشر مربوط به پایه و اساس خانواده و زندگی خانوادگی** که مستلزم آن است که دولت‌ها دسترسی به خدمات سلامتی و سایر خدماتی را فراهم کنند که زنان برای داشتن یک خانواده و لذت از زندگی خانوادگی نیاز دارند.

سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید. اگر پاسخ آنان به سوالات خیر باشد از آنها بپرسید چگونه می‌توان وضعیت را تغییر داد؟

آیا زنان در جوامعی که زندگی و کار می‌کنند، دسترسی به مراقبت سلامتی و سایر خدمات لازم برای داشتن یک زندگی سالم و لذت از زندگی خانوادگی دارند؟

^۱ Universal Declaration of Human Rights. New York, United Nations, 1948 (United Nations General Assembly Resolution A/RES/217 A (III)).

^۲ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. New York, United Nations, 1979 (United Nations General Assembly Resolution A/RES/4/180).

۳. **حقوق بشر مربوط به مراقبت سلامتی و مزایای پیشرفت علمی از جمله اطلاعات سلامتی و آموزش** که مستلزم آن است که دولت‌ها دسترسی به مراقبت بهداشت باروری و جنسی با کیفیت خوب از جمله سیستم ارجاع مناسب را فراهم کنند. مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌تواند به عنوان وسیله‌ای جهت تضمین مادری ایمن بدون توجه به سطح توسعه اقتصادی یک کشور خاص خدمت کند. هسته اصلی این حقوق، اطلاعات در مورد مسائل بهداشت باروری مختلف از جمله تنظیم خانواده، سقط جنین و آموزش جنسی است.

سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید. اگر پاسخ آنان به سوالات خیر باشد از آنها بپرسید چگونه می‌توان وضعیت را تغییر داد؟ آیا در جوامعی که زنان زندگی و کار می‌کنند، اطلاعات و آموزش در مورد مسائل مختلف بهداشت باروری از جمله تنظیم خانواده، سقط جنین و آموزش جنسی وجود دارد؟

آیا نوجوانان به طور خاص دسترسی به این اطلاعات و آموزش دارند؟

۴. **حقوق مربوط به برابری و عدم تبعیض** که مستلزم آن است که دولت دسترسی به خدماتی همچون آموزش و مراقبت سلامتی را بدون تبعیض مربوط به جنس، وضعیت تاهل، سن و وضعیت اجتماعی و اقتصادی فراهم کند. سیاست‌های تبعیضی عبارتند از: (الف) نیاز زنان به کسب اجازه از شوهرشان برای استفاده از خدمات مراقبت سلامتی خاص، (ب) نیاز به اجازه والدین که در مورد دختران لازم است نه پسران، (ج) وضع قوانینی که مداخلات پزشکی را که فقط زنان به آن نیاز دارند، جرم می‌شناسد. دولت‌ها تعهدات خود را نقض می‌کنند زمانی که (الف) آنها قوانینی را که منافع زنان را حمایت می‌کنند، اجرا نمی‌کنند. (ب) آنها منابع بخش سلامت را جهت تامین نیازهای زنان برای بارداری و زایمان سالم اختصاص نمی‌دهند. در هسته تمامی این حقوق، حق درمان باعزت و احترام در تمام زمان‌ها از جمله طی درمان‌های سلامتی، دریافت مراقبت و برای زنان بخصوص در دوران بارداری و زایمان است.

سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید. اگر پاسخ آنان به سوالات خیر باشد از آنها بپرسید چگونه می‌توان وضعیت را تغییر داد؟ آیا در جوامعی که آنها زندگی و کار می‌کنند، زنانی هستند که به عنوان مثال برای دسترسی به خدمات تنظیم خانواده نیاز به رضایت شوهر خود دارند؟ آیا دختران نوجوان بدون رضایت والدین دسترسی به خدمات تنظیم خانواده دارند؟

ترویج مادری ایمن به عنوان یکی از حقوق بشر

اطلاعات زیر را به دانشجویان ارائه و بحث کنید. قبل از شروع جلسه اطمینان حاصل کنید که پاسخ سوالات زیر را می‌دانید. به عنوان مثال قبل از جلسه جستجو کنید که آیا دولت اقدامی در رابطه با اصلاح قوانین، اجرای قوانین و اعمال حقوق بشر با توجه به ترویج مادری ایمن انجام داده است.

اقداماتی که نیاز است دولت‌ها برای ترویج مادری ایمن بعنوان حقوق بشر انجام دهند، می‌تواند به شرح زیر گروه بندی شود:

- **اصلاح قوانینی** که مانع زنان می‌شود (الف) از رسیدن به بهترین سطوح ممکن سلامت و تغذیه که برای بارداری و زایمان ایمن لازم است و (ب) از دسترسی به خدمات و اطلاعات بهداشت باروری. مثال‌ها عبارتند از قوانینی که زنان را

ملزم می‌کند که در صورت نیاز به مراقبت‌های سلامتی، جهت دسترسی به خدمات سلامتی از شوهرشان یا سایر اعضای خانواده کسب اجازه کنند.

در رابطه با اصلاح قوانین سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید و پاسخ آنان را روی تخته سیاه یا فلیپ چارت بنویسید:

چه قوانینی اصلاح شده‌اند؟

چه قوانینی نیاز به اصلاح دارند؟

▪ **اجرای قوانینی** که از حقوق زنان جهت سلامت و تغذیه خوب حمایت و از منافع سلامتی آنان محافظت می‌کند. مثال- ها عبارتند از قوانینی که مانع ازدواج بچه‌ها، ختنه زنان، تجاوز و سوء استفاده جنسی است. لازم است قوانینی اجرا شود که شروع باروری در یک سن مناسب را تشویق کنند. مثال‌ها عبارتند از قوانینی که از آموزش دختران، تعیین حداقل سن ازدواج و تضمین دسترسی زنان به مراقبت‌های سلامتی مورد نیاز در دوران بارداری و زایمان حمایت می‌کنند.

در رابطه با اجرای قوانین سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید و پاسخ آنان را روی تخته سیاه یا فلیپ چارت بنویسید.

چه قوانینی در راستای حمایت از حقوق زنان جهت تغذیه و سلامت خوب و حمایت از منافع سلامتی آنان اجرا می‌شود؟

آیا قوانینی در راستای ممانعت از ازدواج بچه‌ها، ختنه زنان، تجاوز و سوء استفاده جنسی اجرا شده است؟

آیا قوانینی در راستای حمایت از آموزش دختران، تعیین حداقل سن ازدواج و تضمین دسترسی زنان به مراقبت‌های سلامتی مورد نیاز آنان در دوران بارداری و زایمان اجرا شده است؟

▪ **اعمال حقوق بشر** در قانونگذاری ملی و سیاست پیشبرد مادری ایمن.

سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید و پاسخ آنان را روی تخته سیاه یا فلیپ چارت بنویسید.

آیا حقوق بشر در وضع قوانین ملی و سیاست پیشبرد مادری ایمن اعمال شده است؟

رویکردهای حقوق بشر به سمت مادری ایمن

حالا اطلاعات زیر را ارائه دهید و از دانشجویان بخواهید تا در نظر بگیرند که چگونه ممکن است رویکردهای پیشنهادی را در زندگی شخصی، جوامع و محل کار خود اعمال کنند.

ارائه دهندگان مراقبت سلامتی که از حقوق بشر شخصی خود و بیماران و /مددجویان خود آگاه هستند، می‌توانند به روش‌هایی خدمات را ارائه دهند که این حقوق را حمایت و ترویج دهند. رویکرد حقوق بشر، ارائه دهندگان خدمات سلامتی و همچنین مدیران را قادر می‌سازد به:

▪ **کار کردن احترام آمیز با یکدیگر** با همکاران در رشته خود و سایر رشته‌ها برای تعیین بهترین روش برای پیشبرد مادری ایمن از طریق حقوق بشر

- توسعه درک این مطلب که چگونه قوانین، سیاست‌ها و عملکردها با حقوق مادری ایمن زنان تطبیق می‌یابد
- یافتن اینکه کدام حقوق بشری از نظر پیشبرد مادری ایمن ممکن است آسان‌تر قابل دستیابی باشد.
- ترغیب دولت‌ها به کار توأم با احترام، حمایت و تحقق حقوق بشر مربوط به مادری ایمن

کار گروهی

هدف این فعالیت گروهی ایجاد فرصت بحث و تصمیم‌گیری برای دانشجویان است که آنها چگونه می‌توانند رویکرد حقوق بشری را در زندگی و کار خود قرار دهند.

دانشجویان را به گروه‌های کوچک تقسیم کرده و دستورالعمل کار گروهی موجود در پایان این جلسه را با آنها مرور کنید. اطمینان حاصل کنید که دانشجویان آنچه را که از آنها انتظار می‌رود، دانسته‌اند. به هر گروه یک ساعت وقت بدهید تا فعالیت را تکمیل کنند. برای هر گروه مدتی وقت صرف کنید تا به تسهیل کار کمک کنید. به هر گروه ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان دهید تا بازخوردی در مورد نتیجه فعالیت گروهی ارائه دهند.

بازخورد و بحث

موقع گزارش گروه در نظر بگیرید که ایده‌ها و پیشنهادات آنها واقع بینانه است. در صورت لزوم راهنمایی کنید.

جلسه را خلاصه کنید و به سوالات باقی مانده پاسخ دهید.

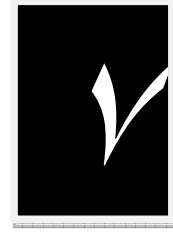
دستورالعمل کار گروهی

این فعالیت طراحی شده تا به شما فرصت بحث و تصمیم‌گیری در مورد نحوه تلفیق رویکرد حقوق بشر در زندگی و کار را فراهم کند.

بحث کنید و تصمیم بگیرید که چگونه شما:

- با احترام به یکدیگر کار خواهید کرد با همکاران در رشته خود و سایر رشته‌ها برای تعیین بهترین روش برای پیشبرد مادری ایمن.
- این درک را توسعه خواهید داد که چگونه قوانین، سیاست‌ها و عملکردها با حقوق مادری ایمن زنان تطبیق می‌یابد.
- شناسایی خواهید کرد کدام حقوق بشری ممکن است از نظر پیشبرد مادری ایمن آسان‌تر قابل دستیابی باشد.
- دولت‌ها را ترغیب خواهید کرد به کار توأم با احترام، حمایت و تحقق حقوق بشر مربوط به مادری ایمن.

باورها، سنتها و منعها



جلسه هفتم

باورها، سنت‌ها و منع‌ها

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به درک چگونگی نقش اجتماعی و وضعیت زنان، تعیین سلامت و تندرستی کلی آنها و نحوه تاثیر باورهای سنتی، عملکردها و منع‌ها بر سلامت زنان طی دوره قبل از تولد، زایمان و پس از تولد

اهداف درسی

در پایان جلسه هفتم، دانشجویان قادر خواهند بود:

- نقش‌ها و مسئولیت‌های زنان را در جامعه شناسایی نموده و یک "توصیف شغلی" در مورد زن بنویسند.
- باورهای سنتی، عملکردها و منع‌های همراه با دوره قبل از تولد، زایمان و پس از تولد را شناسایی کنند.
- باورهای سنتی، عملکردها و منع‌های خاص در رابطه با خونریزی پس از زایمان، عفونت نفاسی، لیبر متوقف شده، اکلامپسی و سقط را شناسایی و توصیف کند.
- چگونگی تاثیر احتمالی باورهای سنتی، عملکردها و منع‌ها را بر مادری ایمن توضیح دهد.
- یک طرح عملی جهت حل مسایل مهم در رابطه با باورهای سنتی، عملکردها و منع‌ها را آماده کنند.

طرح درسی

ارایه خلاصه (نیم ساعت).

بازدید جامعه (یک روز).

بحث (۲ ساعت).

منابع

دستورالعمل برای دانشجویان.

جهت آمادگی برای بازدید جامعه در این جلسه، اطلاعات مربوط به بازدید جامعه در ابتدای مقدمه جلسه دوم را مرور کنید. علاوه بر آن نکات ذیل را در نظر بگیرید.

۱- اطمینان حاصل کنید که دانشجویان درک می‌کنند که هدف از این بازدید هست:

- پی بردن به نقش‌ها و مسئولیت‌های زنان در جامعه
- شناسایی باورهای سنتی، عملکردها و منع‌های مربوط به دوره‌های قبل از تولد، زایمان و پس از تولد در جامعه، به ویژه آنهایی که در رابطه با خونریزی پس از زایمان، عفونت نفاسی، لیبر متوقف شده، اکلامپسی و سقط هستند.
- کشف آنچه که عاملین سنتی زایمان، مادر شوهرها، رهبران جامعه و رهبران مذهبی درباره باورهای سنتی، عملکردها و منع‌های مربوط به دوره قبل از تولد، زایمان و پس از تولد می‌دانند.

۲- طی ارایه خلاصه، دانشجویان را به زوج‌هایی در گروه‌های A و B تقسیم کنید. توضیح دهید که دانشجویان در گروه A با زنان در جامعه مصاحبه خواهند کرد تا در رابطه با نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان و باورهای سنتی، عملکردها و منع‌های مربوط به بارداری و زایمان اطلاعات جمع‌آوری کنند. اغلب زنان مورد مصاحبه باید تجربه شخصی بارداری و زایمان داشته باشند.

زوج‌های دیگر در گروه B با عاملین سنتی زایمان، رهبران گروه‌های مذهبی، گروه‌های زنان و گروه‌های جامعه، آموزگاران مدارس، دختران و پسران نوجوان، و شاغلین حرف سلامت جامعه مصاحبه خواهند کرد تا در رابطه با باورهای سنتی، عملکردها و منع‌های مربوط به بارداری و زایمان اعم از خشونت جنسی و خشونت علیه زنان و تاثیر آن بر حاملگی و زایمان اطلاعات جمع‌آوری کنند.

۳- قبل از بازدید جامعه، به دانشجویان دو سری از دستورالعمل‌های موجود در انتهای این جلسه را بدهید.

۴- بعد از بازدید جامعه، به دانشجویان فرصتی فراهم کنید تا توصیف شغلی زنان یا ارایه در مورد باورها، عملکردها و منع‌ها را آماده کنند.

ارایه و بحث پس از بازدید جامعه

سنت و منع‌ها هر گروه در ارایه خود، باید:

- ۱- اطلاعات کسب شده در جامعه در مورد باورهای سنتی، عملکردها و موانع مذهبی را به اشتراک بگذارد.
 - ۲- بحث کنند که ماماها چگونه می‌توانند به جوامع کمک کنند تا عملکردهای مفید برای مادری ایمن را تقویت کنند.
 - ۳- بحث کنند که ماماها چگونه می‌توانند به جوامع کمک کنند تا عملکردهای مضر برای مادری ایمن را تغییر دهند.
- بحث را با طبقه‌بندی هر یک از عملکردها و موانع مذهبی توصیف شده توسط دانشجویان به ترتیب زیر، شروع کنید:

- مفید

- خنثی (عدم ایجاد تفاوت در ایمنی یا سلامت)

- نامعلوم (با اثرات ناشناخته یا درک نشده)

- مضر

در زیرمثالی از تجزیه و تحلیل عملکردهای سنتی و منعها آورده شده است.

عملکرد	مفید	خنثی	نامعلوم	زیان بخش
اجتناب از خوردن تخم مرغ				+
اجتناب از خوردن غذاهای که بیش از یک روز مانده است	+			
پک کردن واژن با کود گاو				+
چهار زانو نشستن		+		
درمان های گیاهی بری کنترل خونریزی، درمان یا پیشگیری از تب یا سایر مسایل *			+	

- در اینجا بحث باید اطلاعات مربوط به خواص دارویی مربوط به درمان، و فواید و خطرات احتمالی آن را آشکار کند.

نقش زن در جامعه

هر زوج در گروه A باید برخی از جنبه های توصیف شغلی زن را ارایه کند. سپس مدرس یک " نمونه " توصیف شغلی زن را در تخته سیاه با استفاده از اطلاعات وارده دانشجویان می نویسد. بحث را با این پرسش شروع کنید که چگونه ممکن است اجزا توصیف شغلی اثر منفی بر سلامت زن داشته باشد.

طرح عملی

بر اساس اطلاعات کسب شده طی بازدیدهای جامعه، به یک طرح عملی با دانشجویان با هدف پاسخ به سوالات زیر توافق کنید:

- چه چیزی ما می توانیم در کمک به زنان، خانواده ها و سایر اعضا جامعه انجام دهیم که باورهای سنتی، عملکردها و منع های مضر به مادری ایمن را تغییر دهد؟
- چه چیزی ما می توانیم در کمک به زنان، خانواده ها و سایر اعضا جامعه انجام دهیم که باورهای سنتی، عملکردها و منع های مفید برای مادری ایمن را تقویت کند؟

- چه چیزی ما می‌توانیم در کمک به زنان، خانواده‌ها و سایر اعضا جامعه انجام دهیم که وضعیت زنان را بهبود بخشد؟

با دانشجویان شناسایی کنید:

- بهترین رویکرد را جهت تغییر وضعیت در جامعه خاص خودتان
- افراد کلیدی را که به نگرشها و باورهای مردم تاثیرگذار هستند

پرسید که آیا سوالاتی وجود دارد.

خلاصه ارایه کنید.

این تمرین جهت تدریس به دانشجویان درباره تاثیر نگرشهای جامعه و باورهای سنتی بر سلامت زنان طراحی شد. با این وجود، دانشجویان باید طی بازدیدهای آینده، فرصت داشته باشند تا طرح عملی خود را در رابطه با جامعه مورد بازدید دنبال کنند.

دستورالعمل برای دانشجویان در گروه‌های A:

- ۱- بازدید از یک خانم در خانه خودش به عمل آورید. در صورت امکان، بهتر است ملاقات خانم:
 - برای فردی انجام شود که شما قبلاً با او تعهداتی داشته‌اید، و
 - برای کسی که اغلب اوقات خود را با عنوان "خانم خانه‌دار" صرف می‌کند.
- ۲- با خانم راجع به نقش و مسئولیت‌های وی بحث کنید، اطلاعات جمع‌آوری کنید در رابطه با:
 - وظایف و مسئولیت‌ها
 - ساعت‌های کار
 - پرداخت یا پاداش
 - کسی که خانم به وی جوابگو است (اعم از شوهر، مادر شوهر)
 - کسی که به خانم جوابگو است (اعم از فرزندان، شوهر)
 - سطح تحصیلات خانم
 - قرارها برای زمانی که باردار یا شیرده است
 - قرارها برای زمانی که وی بیمار است
 - قرارها برای سن کهنسالی
 - نحوه کسب اعتبار و موقعیت (مثلاً داشتن فرزندان، پسرها)
 - نحوه ارتقا یافتن در خانواده (مثلاً وقتی که پسران همسرانشان را به خانه می‌آورند)
 - هرگونه قوانین و مقرراتی که وی باید اطاعت کند
 - عواقب عدم انجام صحیح وظایفش (شغلی)
 - کسی که خانم می‌تواند از وی در شرایط ناعادلانه درخواست کمک کند (مسن‌ترهای روستا، هیچ‌کس)
 - هرگونه واقعیت دیگری که مهم تلقی می‌شود
- ۳- با خانم درباره باورها و عملکردهای مربوط به بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان بحث کنید. اطمینان حاصل کنید که نکات زیر را تحت پوشش قرار می‌دهید:
 - مصرف غذا طی بارداری
 - فعالیت طی بارداری
 - درمان‌های محلی جهت مشکلات ایجاد شده حین بارداری، نظیر التهاب، خونریزی واژینال، تشنج، تب، درد
 - زایمان چگونه اداره می‌شود (وسایل مورد استفاده، اصول تمیزی/بهداشت، مراقبت از بند ناف، زایمان جفت)
 - چه کسی و در کجا زایمان را اداره می‌کند
 - عوارض چگونه مدیریت می‌شود (لیبر طولانی، خونریزی واژینال بیش از حد، تشنج، تب، پارگی زودرس پرده‌ها، جفت احتباس یافته)
 - اگر عارضه‌ای روی دهد، چه کسی در سطح خانواده تصمیم می‌گیرد که چه وقت و در کجا به دنبال مراقبت باشد
 - مراقبت پس از تولد مادر و بچه (تغذیه خانم، شیردهی، بهداشت، مراقبت از بند ناف، فرد مراقبت کننده از مادر)
 - تنظیم خانواده (توصیه جهت دسترسی و لزوم استفاده به موقع پس از زایمان)
 - چه کسی در سطح خانواده درباره تنظیم خانواده تصمیم می‌گیرد

دستورالعمل برای دانشجویان در گروه B

ملاقاتی با عاملین سنتی زایمان، مادر شوهرها، رهبران جامعه، رهبران مذهبی، رهبران گروه زنان، آموزگاران مدارس، دختران و پسران نوجوان، و کارکنان سیستم سلامت جامعه انجام دهید. سوالاتی در مورد باورهای سنتی، عملکردها و موانع مربوط به دوره بارداری، زایمان و پس از تولد بپرسید.

اطمینان حاصل کنید که نکات زیر را تحت پوشش قرار می‌دهید:

- مصرف غذا طی بارداری
- فعالیت طی بارداری
- خشونت جنسی و خشونت علیه زنان که بر بارداری و زایمان تاثیر دارند
- درمان‌های محلی جهت مشکلات ایجاد شده حین بارداری، نظیر التهاب، خونریزی واژینال، تشنج، تب، درد
- زایمان چگونه اداره می‌شود (وسایل مورد استفاده، اصول تمیزی/بهداشت، مراقبت از بند ناف، زایمان جفت)
- چه کسی و در کجا زایمان را اداره می‌کند
- عوارض چگونه مدیریت می‌شود (لیبر طولانی، خونریزی واژینال بیش از حد، تشنج، تب، پارگی زودرس پرده‌ها، جفت احتباس یافته)
- اگر عارضه‌ای روی دهد، چه کسی در سطح خانواده تصمیم می‌گیرد که چه وقت و در کجا به دنبال مراقبت باشد
- مراقبت پس از تولد مادر و بچه (تغذیه خانم، شیردهی، بهداشت، مراقبت از بند ناف، فرد مراقب کننده از مادر)
- تنظیم خانواده (توصیه جهت دسترسی و لزوم استفاده به موقع پس از زایمان)
- چه کسی در سطح خانواده درباره تنظیم خانواده تصمیم می‌گیرد

تشخیص، ارجاع و کاستن از خطر



جلسه هشتم

تشخیص، ارجاع و کاهش خطر

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به درک اینکه برخی از عوامل که خانم را طی بارداری و زایمان در معرض خطر قرار می‌دهند، اغلب می‌توانند کاهش یابند.
- دانشجویان بتوانند درک کنند که آنها توانایی ترویج مادری ایمن را با تشخیص خطر و به کارگیری مراقبت پیشگیری کننده مناسب دارند.
- دانشجویان بتوانند با خانم‌های در معرض خطر و خانواده آنها همدلی کنند، و آنان را قادر به دریافت مراقبتی کنند که حقشان است.
- دانشجویان برانگیخته شوند تا هر کاری که می‌توانند جهت کاهش خطرات از طریق مراقبت‌های مامایی اثربخش انجام دهند.

اهداف درسی

در اتمام جلسه هشتم، دانشجویان قادر خواهند بود:

- "خطر" و "عامل خطر" را تعریف کنند، مثالی برای هر یک ارائه دهند.
- مشکلاتی را شناسایی کنند که می‌توانند حین ایجاد عوامل خطر بروز کنند، دلایل ارائه کنند.
- اقدام ضروری جهت ترویج مادری ایمن و پیشگیری از مرگ و میر ناشی از عوامل خطر شناسایی شده را توصیف کنند.
- بحث کنند که چطور برخی از خانم‌ها در زندگی مورد بی‌عدالتی قرار می‌گیرند، و ماما چگونه می‌تواند به کاهش خطراتی کمک کند که مادر با آن مواجه است
- عوامل مداخله‌گر با عملکرد موثر سیستم‌های مراقبتی موجود و سیستم‌های ارجاع را شناسایی کنند، و شرح دهند که این عوامل چگونه ممکن است بهبود یابند.

طرح درسی

سخنرانی تعدیل یافته (۴۵ دقیقه).

کار گروهی (۲ ساعت)

بازدید جامعه، مشتمل بر ارزیابی همتا (نصف روز)

آموزش (۱ ساعت هر گروه)

منابع

دستورالعمل برای دانشجویان: تجزیه و تحلیل خطر.

برگ یادداشت

دستورالعمل برای دانشجویان: ارزیابی همتا.

جهت آمادگی برای بازدید جامعه در این جلسه، اطلاعات مربوط به بازدیدهای جامعه در ابتدای مقدمه جلسه دوم را مرور کنید. علاوه بر این، "دستورالعمل‌ها برای دانشجویان" و ورق‌های مثال برای عوامل خطر در پایان جلسه را ملاحظه فرمایید. این جلسه به عوامل خطر اشاره دارد. اجتناب از خطرات همیشه امکان‌پذیر نیست، ولی معمولاً می‌توان آنها را کاهش داد. خطرات ممکن است کاهش یابند با:

۱- ارزیابی مشکلات زن طی بارداری و زایمان

۲- ایجاد یک طرح زایمانی با خانم و خانواده‌اش، مشتمل بر محلی برای زایمان و فرد مراقب زایمان، بر اساس نیازهای شخصی زن و اقداماتی که باید در صورت بروز مشکلات (عوارض) طی بارداری یا زایمان انجام شود.

۳- فراهم نمودن اطلاعات و توصیه‌هایی به خانم و خانواده‌اش درباره علایم خطر طی بارداری و زایمان، و آنچه که در صورت بروز این علایم باید انجام شود.

۴- تشخیص به موقع عوارض و مداخله سریع، شامل مراقبت اورژانسی و ارجاع در صورت لزوم. خانم باید تشویق به برنامه-ریزی شود که در صورت وقوع یک مشکل غیر قابل انتظار چگونه به یک تسهیلات مناسب جهت درمان برود.

۵- برای خانم توصیه و مراقبت مربوط به حفظ سلامت طی بارداری و زایمان را ارایه نمایید.

انعکاس خطر

بحث عمومی مفهوم خطر و عوامل خطر را بحث کنید

(a) خطر چیست؟

از دانشجویان بخواهید که گروه‌های بحث تشکیل دهند تا در مورد یک تعریفی از "خطر" به توافق برسند.

سپس کلاس در مورد یک تعریف به توافق کلی برسند. تعریف را در تخته سیاه، فلپ چارت یا طلق اورهد بنویسید.

تعریف "خطر" موافقت شده توسط دانشجویان را با تعریف زیر مقایسه نمایید:

خطر احتمالاً این است که حادثه‌ای اتفاق خواهد افتاد، مثلاً فرد بیمار خواهد شد یا در یک دوره زمانی معینی خواهد مرد.

(b) عامل خطر چیست؟

دانشجویان همانند فرآیند به کار رفته جهت بحث و تعریف "خطر" کار کنند.

تعریف "عامل خطر" توافق شده توسط دانشجویان را با تعریف زیر مقایسه کنید:

یک عامل خطر عاملی است که وضعیتی را ایجاد می‌کند که به احتمال زیاد اتفاق می‌افتد یا بسیار خطرناک است.

مهم است که دانشجویان موارد ذیل را بفهمند:

"عوامل خطر" نباید برای پیش‌بینی عوارض طی بارداری و زایمان استفاده شود. سیستم طبقه‌بندی خطر، یا "رویکرد خطر" که در گذشته برای خانم‌های باردار مورد استفاده قرار می‌گرفت، مفید نیست. زیرا اکثر زنان طبقه‌بندی شده به عنوان "پر خطر" عارضه‌ای تجربه نمی‌کنند، در حالیکه اغلب زنان طبقه‌بندی شده به عنوان "کم خطر" عارضه تجربه می‌کنند. بنابراین همه خانم‌های باردار باید "در معرض خطر" ایجاد یک عارضه در نظر گرفته شوند.

جزئیات بحث:

دانشجویان را به بحث با جزئیات بیشتر راهنمایی کنید.

به منظور افزایش بحث سوالاتی مطرح کنید.

به دانشجویان کمک کنید تا درباره موقعیت‌های زندگی واقعی فکر کنند که خانم باردار هر روز با آن مواجه است.

سوالات زیر ممکن است به هدایت بحث کمک کند.

۱- س: خانم باردار چه احساسی ممکن است داشته باشد وقتی که زندگی و سلامت وی طی بارداری و زایمان در معرض خطر است؟

ج: ناامیدی، محرومیت، ترس، بی‌کمک ماندن به خاطر اینکه نمی‌تواند موقعیت را تغییر دهد یا در آن نفوذ داشته باشد.

۲- س: خانم باردار چه احساسی ممکن است داشته باشد وقتی که می‌تواند مراقبت سلامتی مورد نیازش را طی بارداری و زایمان دریافت کند؟

پ: آسودگی، تشویق، امنیت، امید

۳- س: آیا برخی افراد نسبت به سایرین با مشکلات بیشتری در زندگی مواجه هستند؟

پ: بله.

۴- س: آیا این به نظر ناعادلانه است؟

پ: بله! زندگی می‌تواند به نظر ناعادلانه باشد. برخی زنان

- در خانواده‌های خیلی فقیر متولد می‌شوند

- برای خوردن غذای کافی ندارند

- به طور مناسب رشد نمی‌کنند

- ایمن‌سازی نمی‌شوند، و

- دسترسی به مراقبت سلامتی ندارند

در واقع، آنها همواره در وضعیت نامساعد هستند.

۵- س: آیا یک خانم کنترلی بر خطرات مواجه شده خود دارد؟

پ: خانم‌ها کنترل کمی بر خطرات مواجه شده خود دارند. بعضی اوقات خطر وجود دارد اما عملاً سبب مرگ خانم یا آسیب وی نمی‌شود. اما این یک موضوع شانس است. درست مانند مار پنهان شده در علف‌ها، ممکن است به ما ضرری نرساند، اما تا وقتی که مار آنجاست ما در خطر بزرگی هستیم و خیلی احمقانه است که آن را نادیده بگیریم.

۶- س: آیا خانم‌ها در مورد مراقبت سلامتی در دسترس خود انتخابی دارند.

پ: نه، در اکثر موارد دسترسی به مراقبت سلامتی در انتخاب زنان نیست.

۷- س: اگر شما به تسهیلاتی سلامتی بروید که عملکرد مناسبی نداشته باشد، چه احساسی

می‌کنید؟

پ: ناامیدی، محرومیت، آزدگی، بی‌کفایتی مانند

۸- س: آیا ما توانایی رفع خطرات و ساختن و اصلاح خدمات/تسهیلات سلامتی را داریم؟

پ: بله، مطمئناً.

ما می‌توانیم:

وضعیت خانم را طی بارداری و زایمان ارزیابی کنیم.

طرح زایمانی مشتمل بر محلی جهت زایمان و فرد مراقب زایمان با خانم و خانواده‌اش بر اساس نیازهای فردی زن ایجاد کنیم.

اطلاعات و توصیه‌هایی به خانم و خانواده‌اش در مورد علائم خطر جهت مواظبت طی بارداری و زایمان فراهم کنید، در صورت وقوع چه باید انجام دهد، کجا برود، و توصیه به مقرر داشتن ترتیب انتقال به یک تسهیلات در صورت وقوع مشکل نمایید. ترتیب انتقال در آخرین لحظات احتمالاً به معنای غیر قابل دسترس بودن آن خواهد بود

عوارض را به موقع تشخیص دهید و به سرعت مداخله نمایید، اعم از مراقبت اورژانسی و ارجاع در صورت لزوم.

توصیه و مراقبت مربوط به حفظ سلامتی طی بارداری و زایمان را فراهم نمایید.

کار گروهی

دانشجویان را به گروه‌های کوچک تقسیم نمایید و به آنها دستورالعمل‌ها برای دانشجویان و کاربرگ برای تجزیه و تحلیل خطر بدهید.

در تخته سیاه عوامل خطر لیست شده در برگ نمونه را بنویسید، و اجازه دهید دانشجویان آنها را یادداشت کنند. جهت صرفه-جویی در زمان عوامل خطر را بین گروه‌ها تقسیم کنید.

هر زوج از دانشجویان را جهت کار روی تجزیه و تحلیل خطر راهنمایی کنید به این ترتیب که در چهار ستون در کاربرگ نوشته شود.

توسط یک مثال با دانشجویان کار کنید.

پس از اینکه دانشجویان کار گروهی را تمام کردند، اجازه بدهید هر گروه کار خود را گزارش کند. از برگ نمونه به عنوان راهنما استفاده کنید.

کاستن از خطرات

پس از تجزیه و تحلیل خطرات، دانشجویان به منظور کمک به کاهش خطرات باید آماده اقدام شوند.

دانشجویان باید به صورت زوج کار کنند. هر زوج باید انتخاب کند:

- ۱- یک عامل خطر.
- ۲- یک جامعه که وجود عامل خطر در آن شناخته شده است.
- ۳- یک فرد یا گروهی از افراد با کسی جهت کار کردن (نظیر نوجوانان، خانم‌های باردار، خانم‌های مسن‌تر، مادر شوهرها، عاملین سنتی زایمان، کارکنان سلامتی، رهبران جامعه).
- ۴- روشی که آنها استفاده خواهند کرد، مانند:

- بحث

- داستان

- آواز

- رقص.

متنابوا، مدرس ممکن است تصمیم به ترتیب دادن همان فعالیت برای همه دانشجویان داشته باشد. برای مثال: آنها می‌توانند:

- نیازهای یک زن را ارزیابی کنند
 - یک طرح زایمانی با وی ایجاد کنند، یا
 - سیستم‌های ارجاع را در چندین جامعه مرور نمایند، یا
 - جلسات اطلاع رسانی را جهت کمک به پیشگیری از یک مشکل خاص سازماندهی کنند.
- از طرف دیگر، ممکن است مدرس تصمیم داشته باشد که به دانشجویان اجازه آزادی عمل کامل در انتخاب خطر و روش نشان دادن آن بدهد.
- سپس، از دانشجویان بخواهید که یک طرح عملی نوشته و آن را ارایه نمایند (با این کار شما می‌توانید راهنمایی و توصیه ارایه کنید).
- ترتیبی برای بازدیدهای جامعه بدهید تا دانشجویان بتوانند طرح‌های خود را به کار برند.
- به دانشجویان آموزش دهید که هنگام کشیدن طرح عملی از ارزیابی هم‌تا استفاده کنند. به دانشجویان دستورالعمل‌هایی در مورد ارزیابی هم‌تا موجود در پایان جلسه را ارایه کنید.
- در نهایت، گروه‌های آموزشی به منظور بحث و ارزیابی تجربه ترتیب دهید. (گروه‌های آموزشی حدود ۸ دانشجو، شامل ۴ زوج، پیشنهاد می‌گردد. رئوس مطالب پیشنهادی برای آموزش در زیر بیان شده است).

تعلیم تشویق به بحث کنید درباره:

- ۱- چرا عوامل خاص، زنان را در معرض خطر قرار می‌دهند.
 - ۲- عوامل خطر چگونه می‌توانند کاسته شوند.
 - ۳- آنها جهت کاستن از عوامل خطر در جامعه چه چیزی انجام دادند.
 - ۴- آنها فکر می‌کنند که چقدر موثر بودند؟
 - ۵- آنها از طریق تجربه چه چیزی یاد گرفته‌اند، و آنها طی ارزیابی همتا از یکدیگر چه چیزی آموخته‌اند.
 - ۶- جهت کاستن بیشتر از خطرات لازم است در آینده چه چیزی انجام شود. برای مثال:
- خانم‌ها در روستای "A" نیاز به رژیم غذایی خوب و مکمل آهن را درک می‌کنند اما اکنون آنها نیاز دارند که یاد بگیرند چگونه با هزینه‌ای که در توان آنها باشد غذای مقوی تهیه کنند، یا
 - مکمل قرص آهن باید جهت توزیع به هر تسهیلات سلامتی باید پخش شود.

برگ نمونه برای عوامل خطر:

عامل خطر	عوارض ایجاد شده برای مادر توسط خطر (**= با خطر خاص به بچه)	علت خطر	اقدام لازم جهت پیشگیری از مرگ و ترویج مادری ایمن
سن کمتر از ۱۸ سال	سقط غیرایمن اکلامپسی** لیبر متوقف شده**	حاملگی ناخواسته علت ناشناخته تحقیق نشان دهنده افزایش انسیدانس است لگن کوچک سن پایین ازدواج	آموزش، مشاوره و خدمات تنظیم خانواده مونیتورینگ دقیق به خانم توصیه کنید که جهت زایمان در یک تسهیلات سلامتی برنامه ریزی کند. اداره مناسب: استفاده از پارتوگراف، عمل سزارین در صورت لزوم. استفاده از اتاق انتظار زایمان در مورد این رسم با خانم‌ها، خانواده‌ها و رهبران جامعه بحث کنید
قد کمتر از ۱۴۵ سانتی‌متر	لیبر متوقف شده**	عدم تناسب سر با لگن	به خانم توصیه کنید که جهت زایمان در یک تسهیلات سلامتی برنامه ریزی کند. اداره مناسب: استفاده از پارتوگراف، عمل سزارین در صورت لزوم. استفاده از اتاق انتظار زایمان
عدم ایمن‌سازی در مقابل کزاز	عفونت نفاسی	عفونت با کلستریدیوم تتانی - عفونت تناسلی منجر به سمیت سیستم عصبی. اعمال سنتی غیربهداشتی	از کامل بودن ایمن‌سازی اطمینان داشته باشید. از لیبر طولانی و متوقف شده، آنمی، مداخله غیر ضروری -مخصوصا تماس با زمین/کود گاو- اجتناب کنید. به عاملین سنتی زایمان تمیز و سالم را آموزش دهید.
مشکلات طبی پیشین یا موجود: 83			

برگ نمونه برای عوامل خطر:

عامل خطر	عوارض ایجاد شده برای مادر توسط خطر (**= خطر خاص به بچه)	علت خطر	اقدام لازم جهت پیشگیری از مرگ و ارتقا مادری ایمن
TB (a)	ناباروری، سقط خودبخودی دیررس، مرگ داخل رحمی جنین (IUFD) با خطر همراه کوآگولوپاتی (نارسایی در ایجاد لخته) به دنبال زایمان جنین ماسره	سلامت عمومی ضعیف مادر غالباً شامل آنمی، نارسایی در ایجاد لخته ناشی از آزاد شدن ترومبوپلاستین از بافت‌های جنین مرده	بیماری موجود را درمان کنید، تغذیه، بهداشت و محرومیت اجتماعی اقتصادی همراه، از قبیل مسکن پرازدحام و وضعیت خواب را بهبود بخشید.
(b) آنمی	سقط خودبخودی، زایمان پیش از موعد،** IUFD، (بالا را ببینید)، PPH، عفونت نفاسی	سلامت عمومی ضعیف مادر	علت را ملاحظه نموده و درمان کنید از قبیل سوء تغذیه، مالاریا، علل زنانه. مسایل اجتماعی اقتصادی را در نظر بگیرید. توصیه کنید، آموزش دهید و کمک نمایید.
(c) مالاریا	آنمی شامل کمبود اسید فولیک، سقط خودبخودی، زایمان پیش از موعد،** IUFD، (بالا را ببینید)، PPH، عفونت نفاسی	تخریب سریع گلبولهای قرمز خونی توسط پارازیت‌ها. تب بالا	از پیشگیری از مالاریا اطمینان حاصل کنید. هرگونه مالاریای موجود و آنمی را درمان کنید.
(d) فشارخون بالا	اکلامپسی**، تشدید فشارخون زمینه‌ای	هیپرتانسیون تشدید شده با حاملگی	فشار خون را قبل از بارداری کنترل کنید، در سرتاسر بارداری، لیبر و دوره پس از زایمان به دقت نظارت و کنترل نمایید.
HIV/AIDS (e)	آنمی، سوء تغذیه، عفونت‌های منتقله مادر به کودک (MTCT)، وزن کم تولد (LBW)، از دست دادن جنین، سقط، زایمان پیش از موعد**	بار ویروسی بالا، خطر MTCT را افزایش می‌دهد، روش زایمان، عملکردهای تغذیه‌ای	غربالگری HIV، مشاوره در مورد درمان خود مراقبتی ضد رتروویروس. توصیه و برنامه‌ریزی جهت زایمان و تغذیه نوزاد

برگ نمونه برای عوامل خطر:

عامل خطر	عوارض ایجاد شده برای مادر توسط خطر (***=خطر خاص به بچه)	علت خطر	اقدام لازم جهت پیشگیری از مرگ و ارتقا مادری ایمن
Rh منفی مادر	ناسازگاری Rh در صورتیکه جنین Rh مثبت هست و خون جنینی و مادری مخلوط شود.*** هیچ خطر خاصی برای مادر، غیر از تحریک زایمان قبل از موعد. ایجاد بیماری همولیتیک در نوزاد که می تواند منجر به آنمی شدید و زردی زایمانی یا IUFD شود.	خود ایمنی منجر به همولیز سلولهای قرمز خونی جنین	ایمونیزاسیون آنتی D برای مادر. اطمینان حاصل کنید که بارداریهای بعدی در یک تسهیلات سلامتی تحت نظارت قرار می گیرد جاییکه نظارت تخصصی در بارداری و مراقبت ویژه نوزادی در دسترس هستند. درمورد خدمات تنظیم خانواده پس از اولین بچه مبتلا توصیه نمایید و استریلیزاسیون را موقع تکمیل خانواده در نظر بگیرید.
جراحی زنانه قبلی روی:			
(a) سرویکس (b) رحم (c) دستگاه تناسلی خارجی: ترومای قبلی شامل پارگی درجه سه یا قطع عضو دستگاه تناسلی زنانه	سقط خودبخودی، زایمان پیش از موعد*** پارگی رحم با شوک و خونریزی*** لیبر طولانی و متوقف شده، *** ترومای بعدی به ولو/ یا پرینه	نارسای سرویکس لیبر متوقف شده یا بافت اسکار ضعیف شده بافت اسکار فیبروزه شده	ارجاع به تسهیلات زایمانی جهت سرکلاژ سرویکس و مراقبت بعدی در بارداری، شامل برداشتن بخیه سرویکس قبل از ترم اگر هیستریکتومی به دنبال پارگی انجام نشده است، از حاملگی تا ۲ سال از ترمیم اجتناب شود (تنظیم خانواده). توصیه به مراقبت در تسهیلات زایمانی سطح بالاتر برای بارداریهای بعدی کنید. بررسی و بحث اعمال سنتی با رهبران جامعه، وضع قانون جهت حفاظت زنان از قطع عضو غیر ضروری. مدیریت ماهرانه لیبر و زایمان (پارتوگراف). اپی زیاتومی، در صورت لزوم.
تاریخچه بیماری یا ضربه به استخوان لگن	لیبر طولانی یا متوقف شده***	عدم تناسب سر با لگن - لگن بدشکل	ارجاع به تسهیلات سلامتی جهت ارزیابی اولیه و تلاش برای لیبر یا عمل سزارین انتخابی

عامل خطر	عوارض ایجاد شده برای مادر توسط خطر (**= خطر خاص به بچه)	علت خطر	اقدام لازم جهت پیشگیری از مرگ و ارتقا مادری ایمن
عادت به: (a) مصرف بیش از حد الکل (b) سیگار	آسیب به تمامی سیستم‌های بدن، اعتیاد، سندرم بچه الکلی بیماری قلبی عروقی و بدخیمی، تاخیر رشد داخل رحمی (IUGR)**	اثرات سمی الکل روی مادر و جنین اثرات سمی تنباکو روی مادر و جنین	آموزش، مشاوره، حمایت مانند فوق
حاملگی پنجم یا بیشتر (پاریتی بالا)	لیبر طولانی یا متوقف شده، PPH، سپسیس (در صورت آنمی)	رحم و عضلات شکمی شل، خطر آنمی	خدمات تنظیم خانواده، درمان آنمی و مونیتور دقیق در حاملگی و لیبر، شامل استفاده از پارتوگراف؛ اداره فعال مرحله سوم. تجهیزات انفوزیون داخل وریدی را آماده کنید.
فاصله کمتر از ۲ سال از آخرین زایمان	پاریتی بالا (بالا را ببینید)، آنمی	زمان ناکافی برای بهبود از حاملگی اخیر و افزایش خطر آنمی	خدمات تنظیم خانواده قابل دسترس و پذیرش. درمان موثر آنمی
لیبر طولانی یا متوقف شده قبلی، زایمان مشکل یا عمل سزارین	امکان تکرار وجود دارد	به همان دلیل مانند عدم تناسب سر با لگن	ارزیابی زود هنگام قبل از تولد و بستری در یک تسهیلات سلامتی سطح بالاتر. تلاش جهت لیبر با استفاده از پارتوگراف یا عمل سزارین انتخابی
PPH قبلی و/یا جفت احتباس یافته	اغلب تکرار می‌شود	رحم شل تمایل به چسبندگی جفت	به خانم توصیه کنید که زایمان در یک تسهیلات سلامتی را برنامه-ریزی کند؛ آنمی را اصلاح کنید؛ از لیبر طولانی اجتناب کنید؛ اداره فعال مرحله سوم، انفوزیون داخل وریدی را آماده کنید، اهدا کننده-های خون در دسترس داشته باشید.
عفونت واژینال	عفونت نفاسی پارگی زودرس پرده‌ها**	ارگانیسم مسبب بیماری	طی بارداری و در دوره پس از زایمان در صورت لزوم درمان کنید.
عفونت مجاری ادراری	لیبر پیش از موعد**	عفونت	نمونه میانی ادرار جهت کشت و حساسیت. آنتی‌بیوتیک مناسب و مایعات دهانی فراوان بدهید

برگ نمونه برای عوامل خطر:

عامل خطر	عوارض ایجاد شده برای مادر توسط خطر (***) = خطر خاص به بچه)	علت خطر	اقدام لازم جهت پیشگیری از مرگ و ارتقا مادری ایمن
سیفلیس	سقط خودبخودی زایمان پیش از موعد، IUGR **، سیفلیس مادرزادی **	عفونت	غربالگری قبل از تولد، درمان در اوایل بارداری با پنی سیلین جهت پیشگیری از اثرات مغایر روی جنین
پرزانتاسیون معیوب به هنگام زایمان	لیبر طولانی یا متوقف شده **	عدم تناسب سر با لگن در صورت نمایش پیشانی، خلفی، صورت یا شانه	هر چه زودتر به تسهیلات سلامتی سطح بالاتر جهت ارزیابی و زایمان با عمل در صورت لزوم ارجاع نمایید
رحم بزرگتر از سن و/ یا حاملگی چندقلویی تشخیص داده شده	لیبر طولانی یا متوقف شده ** PPH	حاملگی چندقلویی، بچه درشت یا پلی هیدر آمینوس، عدم تناسب سر با لگن، عضله رحمی بیش از حد کشیده شده	ارجاع به تسهیلات سلامتی بالاتر جهت ارزیابی و زایمان احتمالا عارضه دار. اداره فعال مرحله سوم جهت کاهش از دست دادن خون
تب بالا	لیبر **	احتمال مالاریا	بررسی و درمان مطابق با آن
فقدان حرکات جنین	جنین در معرض خطر خطر IUGR و IUFD، کوآگولوپاتی در صورتیکه جنین ماسره در رحم برای ۳ یا ۴ روز هفته یا بیشتر بماند. PPH	فقدان اکسیژن در رحم، کوآگولوپاتی	ارجاع فوری به تسهیلات سلامتی بالاتر با مراقبت ویژه نوزاد و تسهیلات برای ارزیابی جنین. در صورت IUGR یا IUFD، اینداکشن لیبر و مراقبت ویژه نوزادان
حاملگی ناخواسته	سقط غیرایمن عفونت نفاسی خونریزی	خانم ناچار به ختم بارداری می شود عفونت	توصیه جهت تنظیم خانواده و در دسترس بودن، قابل حصول و پذیرش بودن خدمات. استفاده از خدمات را ترویج دهید. سیاست های تنظیم خانواده را بررسی کنید. در صورت سقط عفونی، آنتی بیوتیک وریدی بدهید و اورژانسی به تسهیلات سلامتی سطح بالاتر ارجاع نمایید. برای کنترل خونریزی داروهای اکسی توسیک و انفوزیون داخل وریدی بدهید.

دستورالعمل‌ها برای دانشجویان

تجزیه و تحلیل خطر:

- ۱- شما باید یک برگ کار برای تجزیه و تحلیل خطر از مدرس خود دریافت کرده باشید.
- ۲- عوامل خطر را در اولین ستون بنویسید. (آنها را از تخته‌سیاه کپی کنید).
- ۳- در مورد عوارض ایجاد شونده توسط این خطر تصمیم بگیرید. این عوارض ممکن است تهدید کننده زندگی یا سلامتی مادر و/ یا کودک باشد. اینها در ستون دوم نوشته شوند.
- ۴- دلایل یا علل خطر را توضیح دهید. اینها را در ستون سوم بنویسید.
- ۵- اقدامات جهت پیشگیری از مرگ یا بیماری و ترویج مادری ایمن را پیشنهاد کنید. اینها را در ستون ستون چهارم بنویسید.

کاربرگ

عوامل خطر	عوارض ایجاد شده برای مادر توسط خطر (***) خطر خاص به بچه	علت خطر	اقدام لازم جهت پیشگیری از مرگ و ترویج مادری ایمن

دستورالعمل‌ها برای دانشجویان

ارزیابی همتا:

ارزیابی همتا روشی جهت کمک به یکدیگر است. شما احتمالا این نوع ارزیابی را قبلا به روشی غیر رسمی انجام داده‌اید. شما ممکن است با یک دوست مطالعه کنید، و سپس یکدیگر را امتحان کنید تا ببینید چه چیزی یاد گرفته‌اید.

لطفا با دوست همتای خود کار کنید. شما قبلا یک طرح عملی تنظیم کرده‌اید. مدرس به شما کمک خواهد نمود و در صورت لزوم راهنمایی خواهد کرد. اکنون طرح خود را به اجرا بگذارید. در حالیکه دوست همتای شما در حال کار کردن است، پا به پای او بروید. به دوست خود کمک کنید و یادداشتی از روش کار او بردارید.

۱- از چیزهای خوبی که او انجام می‌دهد، لیستی تهیه کنید، نظیر:

- برخورد محبت‌آمیزی دارد
- اطلاعات را به طور شفاف ثبت می‌کند.
- روش به مشارکت گذاشتن اطلاعات وی کمک کننده است.

۲- از مواردی که لازم است وی بهبود دهد، لیستی تهیه کنید، نظیر:

- وی نتوانست وقت کافی برای یک خانم مضطرب بگذارد.
- به نظر رسید که وی در حین صحبت با عاملین سنتی زایمان نگاه پائینی به آنها داشت، به جای اینکه به عنوان افرادی با ارزش برابر توجه کند.
- کمکهای قابل ملاحظه وی به حد کافی زیاد نبودند که توسط نوجوانان در یک کلاس بزرگ دیده شوند.

۳- با هم بحث کنید درباره:

- آنچه که از طریق تجربه یاد گرفته‌اید.
- اقدام بعدی شما چه باید باشد. به خاطر داشته باشید که شما هرگز نباید یک تمرینی را تنها برای یاد گرفتن خودتان انجام دهید! آن همیشه باید به مددجو مفید باشد. خانم‌ها و خانواده آنها باید مطمئن باشند که شما هر قولی که دادید عمل نموده و هر مراقبتی را که شروع کردید، ادامه خواهید داد.
- آنچه که با مدرس خود و سایر دانشجویان در تعلیم به مشارکت خواهید گذاشت.



تاخیر به مفهوم مرگ

جلسه ۹

تاخیر به مفهوم مرگ

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به درک اینکه تاخیر می‌تواند در جاهای خیلی مختلف و به دلایل گوناگون اتفاق افتد:
 - تاخیر می‌تواند سبب مرگ یا منجر به بیماری شود
 - تاخیر می‌تواند پیشگیری شود، و
 - نشان دادن این موضوع در کاهش مرگ و میر مادری و ترویج مادری ایمن کمک کننده خواهد بود

اهداف درسی

- در پایان جلسه ۹، دانشجویان قادر خواهند بود:
- سه فاز تاخیری را توصیف کنند که می‌تواند در جریان جستجوی مراقبت پزشکی / مامایی اتفاق بیافتد
- عوامل موثر بر تاخیر را شناسایی کند
- اقدامات لازم جهت پیشگیری از تاخیر را شناسایی کند

طرح درسی

سخنرانی، گفتن داستان و/ یا ایفای نقش (۱ ساعت)
کار گروهی (۱ ساعت)

منابع

دستورالعمل‌ها برای دانشجویان

برای دانشجویان بسیار حایز اهمیت است که درک کنند در یک خانم و/یا نوزاد وی تاخیر در دریافت مراقبت مناسب در صورت وقوع عارضه طی حاملگی، حین زایمان یا دوره پس از تولد خطرناک است. هر موقع امکان داشته باشد، موضوع را با ارایه مثالهای عملی از تجربه شخصی خودتان بازگو کنید.

تاخیر در دریافت مراقبت مناسب و کافی می‌تواند در زمانهای مختلف و به دلایل گوناگون اتفاق افتد. هر زمان و به هر دلیلی تاخیر وجود داشته باشد، خطرناک است چرا که تاخیر می‌تواند سبب مرگ شود.

ملاحظه کنید که آیا تاخیر می‌تواند در جامعه شما اتفاق افتد. اگر چنین باشد، تصمیم بگیرید که چه چیزی می‌توان در مورد آن انجام داد تا:

- از تاخیر اجتناب شود
- از مرگ پیشگیری شود
- مادری ایمن ترویج یابد

فازهای تاخیر

تاخیر در دریافت مراقبت در سه فاز توصیف شده است (بعضی مواقع سه تاخیر نامیده می‌شود):

- فاز ۱. تصمیم جهت جستجوی مراقبت
- فاز ۲. رسیدن به تسهیلات پزشکی
- فاز ۳. دریافت درمان کافی

فاز ۱. تاخیر در تصمیم جهت جستجوی مراقبت

این تأثیرپذیر است توسط:

- وضعیت اقتصادی
- وضعیت تحصیلات
- وضعیت زنان
- ویژگیهای بیماری.

سوالات پیشنهادی که طی بحث در مورد موضوعات مهم کمک کننده خواهد بود:

- آیا مردم از تسهیلات مراقبت سلامتی آنقدر که باید استفاده می‌کنند؟

- چه کسی اغلب از تسهیلات سلامتی استفاده می‌کند؟ چرا؟
- چه عاملی از استفاده پیشگیری می‌کند؟
- چه کسی جهت جستجوی مراقبت تصمیم‌گیری می‌کند؟
- آیا این بعضی مواقع سبب تاخیر می‌شود؟
- آیا وضعیت زنان در جامعه از تصمیم‌گیری توسط آنان ممانعت می‌کند؟

فاز ۲. تاخیر در رسیدن به تسهیلات پزشکی

این تاثیرپذیر است توسط:

- فاصله
- حمل و نقل
- جاده‌ها
- هزینه.

موارد دلیلی طی بحث در مورد موضوعات مهم در فاز ۲ کمک کننده خواهد بود:

- چه فاصله‌ای را زنان مجبورند جهت جستجوی مراقبت سفر کنند؟
- آنها چگونه به آنجا می‌روند؟
- هزینه چقدر هست؟
- چه کسی پرداخت می‌کند؟

فاز ۳. تاخیر در دریافت درمان کافی

سوالات زیر طی بحث در این فاز کمک کننده خواهد بود:

- چه کیفیتی از مراقبت را خانم‌ها می‌توانند در تسهیلات سلامتی انتظار داشته باشند؟
- آیا همیشه نوع صحیحی از کمک در دسترس می‌باشد؟

نوع صحیح کمک بدین مفهوم است:

- کارکنان ماهر
- داروها
- وسایل استریل، و
- خون جهت تزریق

چه نوع درست دیگر کمک را دانشجویان می‌توانند پیشنهاد کنند؟

چگونگی ترکیب فازهای تاخیری

داستان خانم X را یادآوری کنید.

فازهای تاخیری جهت دریافت درمان وی چه بودند؟

- در جستجوی مراقبت تاخیر وجود داشت، زیرا او درک نکرد که یک شرایط تهدید کننده زندگی دارد (جفت سرراهی).

- در رسیدن به بیمارستان تاخیر وجود داشت (او در روستای دور زندگی می کرد و مسافت ۴ ساعت طول کشید)

- حتی موقع رسیدن به بیمارستان تاخیر وجود داشت (پس از پذیرش تا انجام جراحی ۳ ساعت طول کشید).

از دانشجویان سوال کنید که کدامیک از فاکتورهای زیر بر تاخیر در درمان خانم X موثر بودند:

- وضعیت اقتصادی

- وضعیت تحصیلات

- وضعیت زنان

- ویژگیهای بیماری (او دچار سوء تغذیه، آنمی، بیماریهای انگلی بود)

- فاصله

- حمل و نقل، جاده ها

- هزینه

- کیفیت مراقبت.

همه این عوامل در تاخیر درمان خانم X سهیم بودند.

داستان خانم Y

این داستان واقعی خانم Y را با دانشجویان به مشارکت بگذارید.

دانشجویان ممکن است این داستان را از طریق ایفای نقش یا گفتن داستان ارایه نمایند.

چرا خانم Y مرد؟

خانم Y حین زایمان درگذشت. آن پنجمین زایمان وی بود. او از روستای دوردست نبود بلکه در خود شهر زندگی می کرد. او ترتیب داد که به موقع به بیمارستان برود. اما، ...

... وقتی که آنها وسیله ای جهت رفتن به بیمارستان پیدا کرده بودند،

... وقتی که آنها کوشش کردند تا کارت پذیرش بگیرند،

... وقتی که وی پذیرش شد،

... وقتی که پرونده وی آماده شد،

... وقتی که با ماما تماس گرفته شد،

... وقتیکه ماما غذای خود را تمام کرد،

... وقتیکه ماما آمد،

... وقتیکه همسر خانم رفت و تعدادی دستکش خرید،

... وقتیکه ماما خانم را معاینه کرد،

... وقتیکه خونریزی آغاز شد،

... وقتیکه با دکتر تماس گرفته شد،

... وقتیکه توانستند دکتر را پیدا کنند،

... وقتیکه آمبولانس رفت دکتر را بیاورد،

... وقتیکه دکتر آمد،

... وقتیکه همسر خانم رفت دارو، ست IV، و سرم بخرد،

... وقتیکه همسر خانم جهت جستجوی کیسه خون به همه اطراف شهر رفت،

... وقتیکه همسر یک کیسه خون پیدا کرد،

... وقتیکه همسر از داروساز جهت پایین آوردن قیمت‌ها التماس می‌کرد، چونکه وی قبلاً تمام پولش را جهت خرید پنبه، پانسمان، داروها و مایعات خرج کرده بود،

... وقتیکه با هماتولوژیست تماس گرفته شد،

... وقتیکه هماتولوژیست آمد و از همسر خسته خون گرفت،

... وقتیکه روز و شب پرستاران شیفت را عوض کردند،

... وقتیکه ماما دوباره آمد،

... وقتیکه با دکتر تماس گرفته شد،

... وقتیکه توانستند دکتر را پیدا کنند،

... وقتیکه دکتر آمد،

خانم درگذشت!

کار گروهی

بعد از گفتن داستان و/ یا ایفای نقش، دانشجویان را به گروه‌هایی تقسیم کنید تا موضوعات مشخص شده در قسمت دستورالعمل‌ها برای دانشجویان در پایان جلسه را بحث کنند.

بازخورد

طی بازخورد اطمینان حاصل کنید که موضوعات زیر نشان داده می‌شوند.

۱. عوامل موثر بر تاخیر می‌توانند شامل زیر باشند:

- حمل و نقل
 - بروکراسی که تکمیل درست فرم‌ها و حصول درست پروسیجرها را مهم‌تر از اشخاصی می‌گیرد که به کمک نیاز دارند
 - پروسیجرها/ روتین‌ها (مثل پذیرش) مفید هستند، اما نه زمانی که توجه فوری به مادر ضرورت دارد
 - در دسترسی کارکنان (در صورت شیفت/آنکال بودن، جایی که هستند، و نحوه تماس با آنها/ سریع آمدن آنها)
 - فقدان حس فوریت (ماما/ دکتر/ کارکنان آزمایشگاه)
 - فقدان وسایل/ تجهیزات (همسر مجبور به تهیه شود و نتواند از عهده آنها برآید)
 - خدمات آزمایشگاهی
 - زمان تعویض شیفت.
۲. دانشجویان ممکن است به خوبی نتیجه بگیرند که خانم ۷ می‌توانست در بیمارستان محل آنها نیز به دلایل مشابه بمیرد، و اینکه تاخیر مشکل اصلی بوده است.
۳. ایده‌های عملی و واقعی را تشویق نمایید. از تخته سیاه یا فلیپ چارت استفاده کنید و دو ستون مانند زیر تشکیل دهید، یا به دو گروه کوچک تقسیم نموده و بحث کنید.
- دلایل مرگ و اقداماتی را بنویسید که همه شما بر آن توافق دارید.

علت مرگ:	اقدام جهت پیشگیری از تاخیر:
مثل پروسیجر خیلی طولانی و پیچیده پذیرش	مثل اصلاح پروسیجر برای پذیرش اورژانس
تاخیر اول:	
تاخیر دوم:	
تاخیر سوم:	

دستورالعمل‌ها برای دانشجویان

چرا خانم Y مرد؟

۱. عوامل موثر بر تاخیر در دریافت درمان مورد نیاز خانم Y را شناسایی کنید.
۲. کدامیک از این عوامل می‌توانستند اینجا در بیمارستان / تسهیلات ما اتفاق بیفتند؟
۳. چه اقداماتی جهت پیشگیری از مرگ امثال خانم Y لازم است؟

HIV/ AIDS و مادری ایمن



فصل ۱۰

HIV/AIDS و مادری ایمن

هدف این جلسه

فراهم کردن فرصتی به دانشجویان جهت درک بهتر عفونت HIV و AIDS، ارتباط آن با حاملگی و زایمان و درک نقش و مسولیت ماما در مراقبت از مادران، فرزندان و خانواده‌هایی که مبتلا به HIV/AIDS شده‌اند.

اهداف درسی

در پایان جلسه ۱۰، دانشجویان قادر خواهند بود:

- منابع اصلی عفونت HIV را شرح دهد.
- فاکتورهای اجتماعی و فرهنگی که زنان را در معرض خطر عفونت HIV قرار می‌دهد را شرح دهد.
- رویکرد سه‌گانه جهت پیشگیری از انتقال عفونت HIV از مادر به جنین (MTCT) را شرح دهد.
- خطرات شیردهی و تغذیه جایگزین و توصیه‌های عملی را شرح دهد.
- شرح دهد که عفونت HIV چگونه در محیط کار منتقل می‌شود و چگونه می‌توان یک محیط کاری ایمن ایجاد کرد.

طرح درسی

سخنرانی‌های تعدیل یافته (۱.۵ ساعت)

کار گروهی، بازخورد و بحث (۱.۵ ساعت)

منابع

دستورالعمل‌ها برای کار گروهی.

Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives. Geneva, World Health Organization, 2000.

HIV in pregnancy: a review. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/RHR/99.15, and UNAIDS/00.35E).

Prevention of mother-to-child transmission of HIV: selection and use of nevirapine.

Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/HIV-AIDS/2001.3, and WHO/RHR/01.21).

Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT) Generic training package, Geneva, HHS/CDC WHO, 2004.

Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS, A Framework for Priority Linkages. WHO/UNFPA/IPPF/UNAIDS 2005

HIV-infected women and their families: Psychosocial support and related issues. A literature review. WHO/RHR/03.07 and WHO/HIV/03.07 2003.

Pregnancy, Childbirth and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO 2003.

Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings. Treatment guidelines for a public health approach 2003 revision. WHO 2004.

Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. WHO 2004.

Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-limited settings. Recommendations for a Public Health Approach (2005 revision) WHO.

Antiretroviral drugs for the treatment of HIV infection in infants and children in resource-limited settings. Recommendations for a Public Health Approach (2005 revision) WHO.

جلسه را با ارائه اطلاعات کلی زیر در مورد HIV و AIDS شروع کنید.

پاندمی HIV/AIDS در حال افزایش عوارض هم برای مادران و هم فرزندان مخصوصاً در جنوب صحرای آفریقا است. نزدیک ۳۹ میلیون نفر هم اکنون با HIV زندگی می‌کنند که از این میان ۲۰۲ میلیون نفر زیر ۱۵ سال بوده و ۱۸ میلیون نفر از آنها زن هستند.

در سال ۲۰۰۴، ۴۰۹ میلیون مورد جدید عفونت شامل ۶۴۰۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال وجود داشت. در سال ۲۰۰۴، ۳۰۱ میلیون نفر در اثر AIDS مردند که ۵۱۰۰۰۰ نفر از آنها کودک بودند. بنابراین HIV/AIDS منجر به افزایش چشمگیر مرگ و میر در بسیاری از کشور شده است؛ این عفونت علت اصلی مرگ در میان زنان و کودکان در اغلب کشورهای در معرض عفونت شدید در جنوب صحرای آفریقا است.

در سراسر جهان، سالانه حدود ۲۰۲ میلیون زن با عفونت HIV زایمان می‌کنند. عفونت HIV در بارداری باعث افزایش خطر عوارض ناشی از حاملگی و زایمان می‌شود. زایمان یک مادر دچار عفونت HIV مثبت با افزایش خطر مرگ و میر نسبت به یک مادر بدون عفونت HIV است. عفونت HIV در کودک که تقریباً همیشه بصورت اکتسابی از مادر به فرزند منتقل می‌شود، باعث افزایش میزان مرگ و میر می‌شود بطوریکه حدود ۶۰٪ قبل از ۵ سالگی می‌میرند.

اغلب موارد عفونت HIV، در کشورهای در حال توسعه است. ۸۶٪ از افراد مبتلا به عفونت HIV در جنوب صحرای آفریقا و کشورهای در حال توسعه آسیا زندگی می‌کنند. میزان عفونت در اکثر کشورهای آسیایی، اروپای شرقی و جنوب آفریقا به سرعت در حال افزایش است. شیوع عفونت در برخی از کشورهای آمریکای لاتین به سرعت در حال افزایش است، در حالیکه در سایر کشورهای آمریکای لاتین و بسیاری از کشورهای توسعه یافته میزان عفونت در حال افت بوده و یا ثابت مانده است. این وضعیت در تایلند، اوگاندا، و برخی از کشورهای آفریقایی وجود دارد. به هر حال گرچه این وضعیت در بسیاری از گروهها بهبود یافته، اما هنوز هم هر ساله تعداد زیادی از عفونتهای جدید در این کشورها وجود دارد.

توضیح ساده‌ای در این مورد وجود ندارد که چرا بعضی از کشورها نسبت به کشورهای دیگر بیشتر در معرض عفونت HIV قرار دارند. با وجود این، فقر، بی‌سوادی و رفتارهای پرخطر مسوول اکثر موارد اپیدمی است. اشخاص دچار عفونت HIV اغلب علائم بیماری را برای سالها نشان نمی‌دهند و می‌توانند بدون اطلاع از بیماری خود، عفونت را به سایرین منتقل کنند.

مهم است که ماماها و پرستاران وسعت مشکل را هم در سطح محلی و هم ملی درک کنند.

از سوالات زیر برای انعکاس موضوع و بحث در سطح محلی و ملی استفاده کنید.

چند نفر از افراد جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنید هم اکنون دارای عفونت HIV می‌باشند؟

میزان موارد جدید عفونت در جامعه شما چقدر است؟

عمده‌ترین راه انتقال عفونت HIV در کشور شما چیست؟

چند مورد AIDS در کشور شما گزارش شده است؟

در مواردی که دانشجویان قادر به پاسخ نباشند، جهت پاسخگویی به این سوالات آماده باشید. اگر آمار محلی و ملی در دسترس نبودند، برای صحبت در مورد نحوه جمع‌آوری اطلاعات آماده باشید. بعنوان مثال بازدید از بیمارستانها (برای ارزیابی تعداد بیماران بستری دچار عفونت HIV)، بازدید از سرویسهای STD (بیماریهای منتقل شونده از طریق جنسی)، مراکز انتقال خون و سایر مراکز تسهیلاتی که مردم برای دستیابی به مراقبتهای مربوط به HIV به آنها مراجعه می‌کنند، اطلاعات مهمی در مورد وضعیت HIV/AIDS فراهم می‌کند.

منابع عمده عفونت HIV

چهار منبع اصلی برای عفونت HIV وجود دارد:

انتقال جنسی: شایعترین راه انتقال عفونت HIV، از طریق تماس جنسی یا از طریق تماس با خون آلوده، مایع منی و ترشحات دهانه رحم و واژن فرد آلوده به شریک جنسی وی می‌باشد، که می‌تواند از مرد به زن، مرد به مرد و یا زن به زن باشد؛ اگرچه این مورد اخیر کمتر محتمل است. انتقال عفونت از طریق تماس جنسی می‌تواند از راه واژن، دهان، مقعد و یا رکتوم صورت گیرد. انتقال از مرد به زن، معمولاً از طریق یک پارتنر، هم اکنون شایعترین راه انتقال جنسی عفونت HIV است.

از دانشجویان در مورد نحوه پیشگیری از انتقال جنسی HIV سوال کنید؟
پاسخهای آنها را با اطلاعات زیر مقایسه کنید:

سالمترین راه پیشگیری از HIV، خوشتن‌داری است. با وجود این، در اغلب موارد این روش قابل تحقق یا قابل توافق نیست. موثرترین راه بعدی، استفاده از روشهای سد کننده است که از عبور مایع منی و سایر ترشحات بدن از یک شریک جنسی به دیگری جلوگیری می‌کند. این روش‌ها شامل کاندومهای مردانه و زنانه می‌باشند.

انتقال خون و محصولات خونی، یا بافتهای پیوندی یا اعضای گرفته شده از اهدا کنندگان دچار عفونت HIV:
شانس عفونت با HIV در شخص دریافت کننده خون از یک فرد دچار عفونت HIV، ۹۰-۹۵٪ است. دریافت کنندگان خون در معرض افزایش خطر عفونت HIV قرار دارند. با وجود این خطر انتقال را می‌توان توسط فرآورده خونی سالم و استفاده از ترانسفوزیون مناسب خون بطور واقعی پیشگیری کرد.

از دانشجویان سوال کنید که آنها چه مشکلاتی را در استفاده از یک فرآورده خونی سالم دخیل می‌دانند. پاسخهای آنها را روی تخته سیاه و یا فلیپ چارت یادداشت کنید. اطمینان حاصل کنید که این پاسخها نکات زیر را در بر داشته باشند:

- فقدان سیاست یا طرح ملی در مورد خون
- فقدان یک سرویس سازماندهی شده انتقال خون
- فقدان اهداکنندگان سالم و یا وجود اهداکنندگان ناسالم
- فقدان غربالگری خون و
- استفاده غیر ضروری و نامناسب از محصولات خونی

در بسیاری از کشورها، مقرراتی برای اهداکنندگان خون، غربالگری و انتقال آن وجود دارد، اما اجرا نمی‌شود. بسیار حایز اهمیت است که این مقررات تدوین و اکیدا اجرا شوند.

برای اطمینان از وجود یک فرآورده خونی سالم سه جزء اساسی باید رعایت شود:

۱. یک سرویس ملی انتقال خون با اساس غیرانتفاعی که مسئول پاسخگوئی به وزارت بهداشت باشد.
۲. تا جای ممکن باید سیاستی جهت خارج کردن تمام اهداکنندگان پولی و حرفه‌ای وجود داشته باشد و همزمان اهداکنندگان داوطلب (نه پولی) جهت اهدا به طور مرتب تشویق شوند.
۳. تمام محصولات خونی اهدائی باید از نظر HIV، هپاتیت B و سیفلیس (و در صورت امکان هپاتیت C) غربالگری شوند. علاوه، هم اهداکننده و هم بیمار باید توجیه شوند که ترانسفوزیون خون فقط در صورت لزوم باید انجام شود.

استفاده از ابزار سوراخ کننده پوست یا استفاده از وسایل تزریقی آلوده به HIV : HIV می‌تواند به سرعت در میان استفاده‌کنندگان داروهای تزریقی (IDUs)¹، و از آنها به پارتنرهای جنسی و فرزندانشان گسترش یابد. شایعترین راه انتقال HIV در بین استفاده‌کنندگان داروهای تزریقی (IDUs) مربوط به استفاده از وسایل تزریقی مشترک غیراستریل است. دو استراتژی که اثربخشی آنها به اثبات رسیده است شامل: فروش سرسوزنها و سرنگها با کمترین قیمت از طریق داروخانه‌ها و سایر فروشگاه‌ها، و برنامه‌های تعویض سرنگ و سرسوزن است.

از دانشجویان سوالات زیر را بپرسید:

آیا در جامعه/کشور شما مشکلی در رابطه با استفاده کنندگان داروهای تزریقی (IDUs) وجود دارد؟

در صورت مثبت بودن، چه مداخلاتی برای پیشگیری از عفونت HIV در دسترس است؟

انتقال از مادر به فرزند در طول حاملگی، زایمان یا بدنبال زایمان از طریق شیردهی: انتقال HIV از مادر به فرزند (MTCT)²، مهمترین منبع عفونت HIV در کودکان زیر ۱۰ سال است. ۴ کودک از ۲۰ کودک متولد شده از مادران مبتلا به عفونت HIV، بدون استفاده از داروهای ARV، در طول حاملگی و زایمان مبتلا به عفونت می‌شوند. ۳ کودک یا بیشتر هم در دوران شیردهی مبتلا به عفونت می‌شوند.

به دانشجویان بگویید که در پایان این جلسه در مورد استراتژیهای پیشگیری از انتقال HIV از مادر به فرزند (MTCT) بحث خواهد شد.

زنان، عوامل خطر و عفونت HIV

عواملی که زنان را در معرض عفونت HIV قرار می‌دهد می‌تواند بصورت زیر گروه‌بندی شود:

آسیب‌پذیری بیولوژیکی: تحقیقات نشان می‌دهند که خطر انتقال عفونت HIV در صورت نزدیکی واژینال محافظت نشده در زنان، ۲ تا ۴ برابر بیشتر از مردان است. زنان همچنین به سایر بیماریهای منتقل شونده از طریق جنسی (STIs) آسیب پذیرترند. یک دلیل عمده این است که زنان سطح مخاطی وسیعتری (دیواره نازک واژن و سرویکس) در معرض ترشحات شریک جنسی‌شان در حین رابطه

¹ Injecting drug users

² Mother To Child Transmission

جنسی دارند. به علاوه مایع منی آلوده با عفونت HIV بطور مشخص غلظت بیشتری از ویروس را نسبت به ترشحات جنسی زنان دارد. زنان جوان‌تر حتی در معرض خطر بیشتری قرار دارند زیرا سرویکس نابالغ و ترشحات واژینال ناکافی آنها سد کمی در برابر عفونت HIV فراهم می‌کند و آنها مستعد زخمهای مخاط واژن هستند.

آسیب‌پذیری اجتماعی و اقتصادی: عوامل پیشگیری کننده مثل خویشن‌داری، صداقت (وفاداری به یک پارتنر)، استفاده از کاندوم، برنامه‌های تعویض سرسوزن (برای استفاده کنندگان روشهای تزریقی)، و تشویق و توانمندسازی مردم برای درمان سریع عفونتهای منتقل شونده از طریق جنسی (STIs) همگی به پیشگیری از ابتلا به عفونت HIV کمک می‌کنند. به هر حال برای میلیونها زن، توانایی آنها برای تصمیم‌گیری در مورد عوامل پیشگیری کننده، بعلاوه وضعیت اجتماعی اقتصادی آنها محدود است؛ زیرا آنها کمبود منابع اقتصادی و/یا ترس از ترک یا رفتارهای خشونت‌آمیز شرکای جنسی مرد را دارند. بنابراین بسیاری از زنان کنترل کمی در این مورد دارند که چگونه و چه زمانی رابطه جنسی داشته باشند، و کنترل کم و یا عدم کنترل در مورد خطر عفونت HIV دارند. حتی اگر یک زن مشکوک به عفونت HIV همسرش باشد، احتمالاً قادر به رد تماس جنسی و یا اصرار در مورد استفاده از کاندوم نخواهد بود، اگر به معنای از دست دادن حامی وی باشد.

فقدان تحصیلات: میلیونها دختر جوان با عدم اطلاع و یا آگاهی کم در مورد سیستم تولید مثلی و یا چگونگی انتقال و پیشگیری از HIV و STIs بزرگ می‌شوند.

رسوم و هنجارهای جنسی: معمولاً از زنان انتظار می‌رود که پیشقدم شدن و تصمیم‌گیری در مورد رابطه جنسی را به مردان واگذار نمایند و نیز خشونت جنسی آنها را تحمل کنند. بعلاوه اغلب استاندارد دوگانه‌ای وجود دارد بطوریکه زنان در صورت خیانت (واقعی یا مشکوک) سرزنش شده یا طرد می‌شوند، در حالیکه از مردان انتظار می‌رود و یا اجازه داده می‌شود که چندین پارتنر داشته باشند.

فقدان فرصت‌های اجتماعی: حقوق زنان در مورد فرصت‌های تحصیلی و شغلی برابر رعایت نمی‌شود، که وابستگی زنان را به مردان تقویت می‌کند. این وابستگی ممکن است به یک همسر و یا پارتنرشریک جنسی ثابت، یک "پدر شیرین" (پارتنری که در عوض رابطه جنسی هدیه می‌دهد)، شرکای جنسی تا حدی ثابت مذکر که برای فرزندان زن پدر شده‌اند و یا در مورد روسپی‌ها به یک سری از مشتریها باشد. وابستگی منجر به رفتارهای مطیعانه و احساس ناتوانی و از دست دادن قدرت کنترل زندگی در میان زنان می‌شود.

کار گروهی

آسیب‌پذیری زنان در برابر عفونت HIV از فقدان قدرت و کنترل آنها در مورد فاکتورهای ذکر شده فوق منشأ می‌گیرد. یک راه مهم برای پاسخ به این مورد، ایجاد فرصت برای توانمندسازی زنان می‌باشد.

دانشجویان را به گروههای کوچکی تقسیم بندی کنید و "دستورالعمل کار گروهی" موجود در پایان جلسه را با آنها مرور کنید. اطمینان حاصل کنید که که دانشجویان انتظارات درخواستی از آنها را درک می‌کنند. حدود یک ساعت به گروهها جهت تکمیل فعالیت اجازه دهید و با هر گروه زمانی را برای کمک به تسهیل فعالیت سپری کنید. حدود ۵-۱۰ دقیقه به هر گروه برای آماده سازی پسخوراند درباره نتیجه فعالیت گروهی فرصت دهید.

بازخورد و بحث

موارد زیر مثالهایی از فرصتهای توانمندسازی زنان است که ممکن است برای مقایسه با فرصتهای توصیف شده توسط دانشجویان در طول بازخورد و بحث مفید باشد.

فراهم کردن سرویسهای دوستدار-زنان: تضمین کنید که دختران و زنان دسترسی به سرویسهای مناسب سلامت مشتمل بر پیشگیری و مراقبت HIV/STIs دارند. این سرویسها باید در هر مکان و زمانی به راحتی و قابل پذیرش در دسترس زنان باشند. این سرویسها همچنین باید در تمام زمانها با رعایت احترام و تضمین خلوت به طور اطمینان بخشی در دسترس باشند. علاوه بر سرویسهای مشاوره داوطلبانه و آزمایش (VCT) باید بطور وسیع در دسترس باشد، همانطور که باید کاندومها و اطلاعات و آموزش درباره استفاده از آنها به طور وسیع در دسترس باشد.

مبارزه با جهل و نادانی: آموزش به زنان شامل آموزش درباره بدنشان، HIV، STIs و ایدز و اطمینان به گفتن نه در مورد رابطه جنسی ناخواسته یا غیرایمن را تقویت کنید.

ساختن هنجارهای سالم تر: از گروههای زنان و سازمانهای جامعه در بازخواست از سنتهای رفتاری مثل سوء استفاده از کودکان، تجاوز، تسلط جنسی و ختنه زنان حمایت کنید. به پسران و مردان در مورد احترام گذاری به دختران و زنان و تعهد در مورد رفتارهای جنسی مسئولانه آموزش دهید.

تقویت عدم وابستگی اقتصادی زنان: فرصتهای تحصیلی موجود برای زنان، برنامههای معتبر، طرحهای نجات بخش، و همکاری زنان را تشویق و تقویت کنید و اینها را به فعالیتهای پیشگیری از HIV/AIDS متصل کنید.

کاهش آسیب پذیری زنان از طریق تغییر سیاست: در سطوح جامعه و ملی (و حتی بین المللی) به حقوق و آزادی زنان احترام گذاشته و حمایت کنید. که این کار از طریق اجازه دادن به زنان به مشارکت بیشتر در فعالیتهای سیاسی در سطوح محلی، ملی و بین المللی قابل دستیابی خواهد بود.

پیشگیری از انتقال HIV از مادر به فرزند

جلسه را با ارائه بحثهایی در مورد اطلاعات زیر ادامه دهید:

میزان انتقال عفونت HIV از زنان باردار آلوده به جنینشان در جوامع توسعه یافته به کمتر از ۲٪ کاهش پیدا کرده است. این موضوع به خاطر استفاده از رژیمهای دارویی ضد رتروویروسی بسیار موثر برای پیشگیری از انتقال عمودی یا درمان مادر به علاوه سزارین الکتیو و استفاده از تغذیه جایگزین بعد از تولد است. برخی از کشورهای در حال توسعه مثل تایلند در کاهش تعداد کودکان مبتلا به عفونت HIV موفق بوده اند. دستیابی به نتایج مشابه در سایر جوامع در حال توسعه بخصوص در جوامعی که بخاطر اپیدمی ایدز سخت ترین آسیب را دیده اند نیازمند چالشهای فراوان و حل برخی مشکلات است.

استراتژی سه گانه برای پیشگیری از انتقال مادر به کودک (MTCT) عفونت HIV بوسیله WHO و شرکای آن تعریف شده که در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ در یک ترنس پررسی کپی کرده و از آن در بیان هر ۳ استراتژی استفاده کنید.

فراهم کردن و بهبود سرویسهای مراقبتی و حمایتی برای افراد آلوده به عفونت HIV و خانواده آنها به خصوص مراقبت از مادران آلوده به عفونت HIV، حمایت روانی اجتماعی برای مادر و خانواده وی، و برنامه ریزی برای مراقبت طولانی و حمایت از بچه های آلوده و مبتلا به عفونت HIV در خانواده حایز اهمیت است.

ماماها در اجرای استراتژیهای شرح داده شده فوق، بخصوص در رابطه با آماده سازی اطلاعات، آموزش و مشاوره در مورد پیشگیری از عفونت HIV، مراقبت قبل از تولد، انجام زایمان ایمن و مشاوره و حمایت برای عملکردهای ایمن تر تغذیه نوزادان نقش مهمی بازی می کنند.

خطرات شیردهی و تغذیه جایگزین

شیردهی توسط مادر با افزایش خطر انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند در مقایسه با عدم شیردهی همراه است. این خطر بستگی به فاکتورهای کلینیکی داشته و ممکن است بسته به الگو و طول مدت شیردهی متفاوت باشد. در زنان دچار عفونت HIV درمان نشده که بعد از سال اول به شیردهی خود ادامه می دهند، خطر مطلق انتقال ۱۰-۲۰٪ است.

خطر MTCT عفونت HIV از طریق شیردهی در ماههای اول زندگی در بیشترین حد می باشد ولی با ادامه شیردهی نیز ادامه می یابد.

تغذیه جایگزین با افزایش خطر موربیدیت و مورتالیت مرتبط با سوء تغذیه و سایر بیماریهای عفونی غیر از HIV همراه است که این مسأله بخصوص در شش ماهه اول زندگی ثابت بوده و بعد از آن کاهش می یابد. خطر و امکان پذیری تغذیه جایگزین تحت تأثیر محیط اطراف و وضعیت فردی زنان قرار می گیرد.

جدول ۱: اجزاء برنامه پیشگیری از MTCT و توزیع آن در استراتژی ۳ گانه (سطوح پیشگیری سه گانه)

پیشگیری از انتقال HIV از زنان باردار آلوده به HIV به فرزندانشان	پیشگیری از حاملگی ناخواسته در میان زنان آلوده به HIV	پیشگیری اولیه از عفونت HIV در میان والدین آینده	
✓	✓	✓	اطلاعات، آموزش و مشاوره در مورد پیشگیری و مراقبت از HIV شامل رویکردهای پیشگیری از MTCT
✓	✓	✓	ترویج استفاده از کاندوم
✓	✓	✓	مشاوره داوطلبانه و آزمایش
	✓		خدمات تنظیم خانواده
		✓	درمان عفونتهای منتقله جنسی STIs
✓			مراقبت قبل از تولد
✓			درمان / پیشگیری از انتقال با رژیمهای دارویی آنتی رتروویروسی
✓			عملکردهای زایمانی ایمن
✓			مشاوره و حمایت از عملکردهای ایمن تر تغذیه نوزادان
✓	✓	✓	فعالیت اجتماعی برای کاهش ننگ و تبعض و افزایش حمایت جهت مداخلات پیشگیرانه و مراقبتی از HIV

با احترام به عملکردهای تغذیه‌ای اطفال، نکات زیر به کار گرفته شود:

زمانیکه تغذیه جایگزین قابل پذیرش، امکان‌پذیر، در استطاعت فرد، قابل تحمل و ایمن باشد، اجتناب از شیردهی توسط مادران آلوده به عفونت HIV توصیه می‌شود. در غیر اینصورت، شیردهی انحصاری توسط مادر در طول ماههای اول توصیه می‌شود. برای به حداقل رساندن خطر انتقال عفونت HIV، شیردهی باید در اولین فرصت ممکن با در نظر گرفتن شرایط محلی، وضعیت فردی زن و خطر تغذیه جایگزین (شامل عفونتهایی غیر از HIV و سوء تغذیه) قطع شود. اطلاعات بیشتر در این مورد را می‌توان از سایر اسناد WHO گرفت.^۳

³ HIV and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors, and HIV and Infant feeding: guidelines for decision-makers. Geneva, World Health Organization, 2004.

وقتی مادران آلوده به HIV تصمیم می‌گیرند که از ابتدای تولد شیردهی نداشته باشند و یا آن را بعداً قطع کنند، باید راهنمایی اختصاصی و حمایت حداقل به مدت ۲ سال اول زندگی کودکشان برای تضمین تغذیه جایگزین کافی داشته باشند.

خطر انتقال HIV در محیط کار

عفونت HIV می‌تواند در محیط کاری از طرق زیر منتقل شود:

به بیماران از طریق ابزارهای آلوده‌ای که بدون عفونت زدائی و استریلیزاسیون کافی دوباره استفاده می‌شوند؛ انتقال خون آلوده به HIV، پیوندهای پوستی، پیوندهای اعضا، مایع منی آلوده به به HIV، و تماس با خون و سایر ترشحات بدن کارکنان مراقب سلامتی آلوده به HIV.

به کارکنان مراقبت سلامتی از طریق خراش پوست با سرسوزن یا سایر وسایل نوک تیز آلوده با خون یا سایر ترشحات بدن یک فرد آلوده به HIV؛ در معرض خون و سایر ترشحات بدن فرد آلوده به HIV قرار گرفتن از طریق پوست آسیب دیده و بریدگی‌ها زخمهای باز، و پاشیدن ترشحات آلوده بدن به غشاهای مخاطی (چشم و دهان).

مراقبت از اغلب بیماران با افزایش خطر انتقال عفونت HIV همراه نیست. تماسهای شغلی نادر هستند. به هر حال برای به حداقل رساندن خطر انتقال شغلی عفونت HIV (همانند سایر بیماریهای عفونی) تمام کارکنان بهداشتی باید تدابیر پیشگیری مناسب از عفونت را دریافت کنند که شامل:

- درک و استفاده از احتیاطهای کلی با همه بیماران در هر زمان و مکان بدون توجه به تشخیص بیماری
- کاهش استفاده از ترانسفوزیون غیر ضروری خون، تزریقات، بخیه زدن و اقدامات تهاجمی مثل اپیزیوتومی و سایر روشهای جراحی در صورت عدم نیاز
- تدارکات کافی جهت برآورده ساختن استانداردهای پایه برای کنترل عفونت در دسترس داشته باشید، حتی در شرایط کمبود امکانات
- اتخاط سیاستها و راهنماهای مناسب محلی برای استفاده مناسب از تجهیزات، و برای آموزش و نظارت کارکنان
- ارزیابی و کاهش خطرات طی نظارت مرتب در عرصه‌های مراقبت سلامتی

از سوالات زیر برای انعکاس و بحث در مورد شرایط کاری با دانشجویان استفاده کنید:

- برای تضمین ایمنی برای بیماران و کارکنان چه تدابیری را باید ضروری در نظر بگیرید؟
- چگونه از در دسترسی این تدابیر مطمئن خواهید بود؟
- برای اطمینان از گزارش آسیبهای ناشی از تماس با سرسوزن و سایر شرایط تصادفی که منجر به عفونت HIV می‌شوند، چه کاری انجام می‌دهید؟
- برای ایمن‌تر شدن محیط کاریتان چه اعمالی انجام می‌دهید؟

اجازه دهید دانشجویان بدانند که اطلاعات در مورد احتیاطهای جهانی و جزئیات مرتبط با عملکردهای پیشگیری از عفونت شامل خونریزی بعد از زایمان، لیبر طول کشیده و متوقف شده، سپسیس دوره نفاسی، اکلامپسی و مدلهای سقط ناقص نیز هستند.

خلاصه مختصری از فصل و پاسخ سوالات باقیمانده را بدهید.

دستورالعمل کار گروهی

این فعالیت به شما کمک خواهد کرد که زنان را برای غلبه بر عواملی توانمند کنید که آنها را در معرض خطر عفونت HIV قرار می‌دهد.

چگونه ما می‌توانیم بعنوان ماما فرصتهائی را برای توانمندسازی زنان فراهم کنیم.

با ایده‌های خود خلاقیت ایجاد کنید.

برای کمک به شروع، برخی فاکتورهای خطر ارائه شده در کلاس مثل موارد زیر را مرور کنید:

آسیب پذیری زیستی

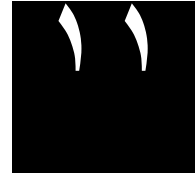
آسیب پذیری اجتماعی و اقتصادی

فقدان تحصیلات

رسوم و هنجارهای جنسی

فقدان فرصتهای اقتصادی

معرفی پروفایل جامعه



فصل ۱۱

معرفی پروفایل جامعه

اهداف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به درک مفهوم پروفایل جامعه و اینکه چگونه پروفایل جامعه می‌تواند جهت برنامه‌ریزی مراقبت جامعه‌نگر مورد استفاده قرار گیرد.
- توانمند کردن دانشجویان به شناسایی و در نظر گرفتن موضوعات مهم حین کار کردن جهت ترویج مادری ایمن در یک جامعه.

اهداف درسی

در پایان فصل ۱۱ دانشجویان قادر خواهند بود:

- پروفایل و پروفایل جامعه را تعریف کنند.
- در مورد اهمیت شناخت جنبه‌های اختصاصی جامعه به منظور فراهم کردن مراقبت سلامتی موثر بحث کنند.
- استفاده از واژه‌های نسبت، میانگین و درصد را توضیح داده و نسبت، میانگین و درصد را محاسبه کنند.
- نسبت و میزان مرگ و میر مادری را تعریف کرده و نسبت‌های مرگ و میر مادری را محاسبه کنند.
- جزئیات مورد نیاز برای جمع‌آوری پروفایل جامعه را با تأکید خاص بر مادری ایمن تهیه کنند.
- اهمیت یافتن نگرانیهای جامعه خود و اولویت‌های مربوط به موضوعات سلامتی را و همکاری با اعضای جامعه را برای ترویج مادری ایمن شرح دهد.
- راههای بحث در مورد موضوعات مهم مرتبط با مادری ایمن با اعضای جامعه با چشم‌اندازی جهت ایجاد ارتباط خوب با جامعه را شناسایی کنند.
- پروفایلی از جامعه شامل اطلاعات در مورد مرگ مادری، موانع مذهبی و عملکردهای سنتی مرتبط با حاملگی و زایمان، تسهیلات و تدابیر سلامتی و تصمیم‌گیری در جامعه را جمع‌آوری کنند.
- یک طرح عملی بر پایه یافته‌های حاصل از پروفایل جامعه بنویسند.

طرح درسی

- سخنرانی‌های تعدیل یافته (۱.۵ ساعت)
- تمرین عملی (۱.۵ ساعت)
- بحث گروهی (۱.۵ ساعت)
- گروههای کوچک آموزشی (۲ ساعت)
- استفاده از ایفای نقش
- بازدید جامعه (حداقل چند روز)
- مطالعه شخصی برای کار روی پروفایل

منابع

- پروفایل جامعه.
- کاربرگ.

جهت آمادگی برای بازدید از جامعه در این جلسه، اطلاعات مربوط به بازدیدهای جامعه موجود در ابتدای مقدمه فصل ۲ را مرور کنید. بعلاوه (الف) دستورالعمل‌های "جمع آوری پروفایل جامعه" و (ب) قسمتهای ۱ و ۲ پروفایل جامعه را مرور کنید.

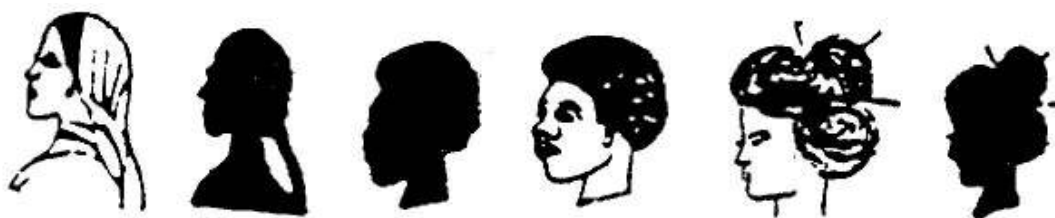
این جلسه مطالب و فعالیتهای زیر را پوشش می‌دهد:

۱. مفهوم پروفایل و برخی تمرینهای عملی به منظور تفهیم آن
۲. مفهوم "پروفایل جامعه" و اطلاعات مورد نیاز برای جمع آوری آن
۳. ریاضیات پایه مورد نیاز برای جمع آوری پروفایل جامعه و تمرینهای عملی
۴. بازدیدهای جامعه که طی آن دانشجویان برای تکمیل پروفایل جامعه اطلاعات را جمع آوری خواهند کرد (رئوس مطالب جهت استفاده در پایان جلسه آورده شده است).

پروفایل

موضوع را با توضیح مفهوم پروفایل شروع می‌کنیم:

"یک نقاشی، نیمرخ سیاه یا نمایش دیگری از نیمرخ صورت انسان" در شکل ۹.۱ نشان داده شده است.



شکل ۹.۱: پروفایل‌ها

مدرس ممکن است بخواهد که مفهوم پروفایل جامعه را با ارائه یکی از تمرینهای زیر تعریف کند.

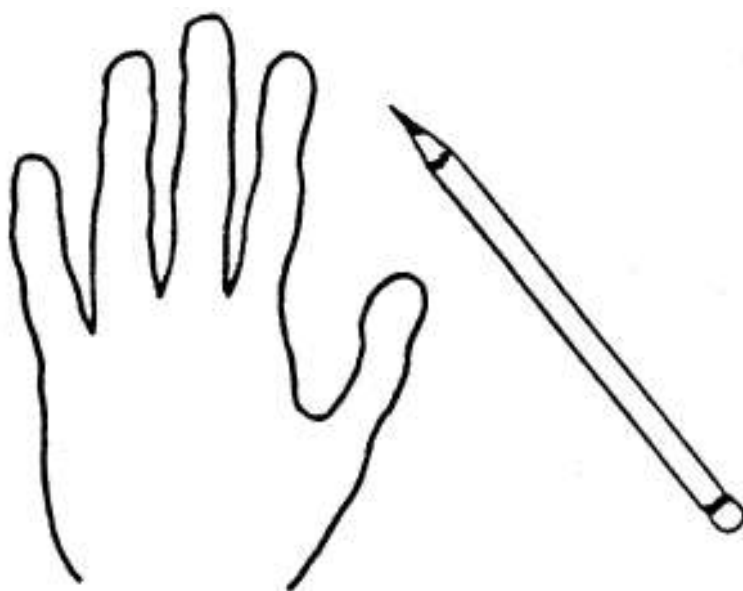
تمرین ۱

از دانشجویان بخواهید دست چپ خود را روی یک صفحه کاغذ گذاشته و با یک مداد دور آن را خط بکشند (شکل ۹.۲).

به این ترتیب هر کدام یک پروفایل منحصر به فرد از دستشان خواهند داشت.

سپس از دانشجویان بخواهید که پروفایل دست خودشان را با بغل دستی خود تعویض کنند.

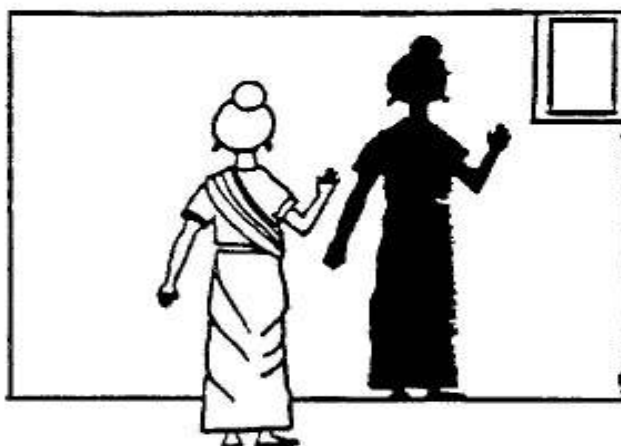
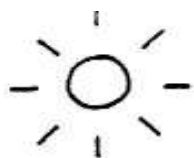
آنها باید تلاش کنند دست خود را بر روی پروفایل شخص دیگر جا دهند.



شکل ۹.۲:

آنها متوجه خواهند شد که این عمل را نمی‌توانند به طور دقیق انجام دهند. تفاوت‌هایی در شکل و اندازه خواهد بود. برخی پروفایلها ممکن است مشابه باشند اما دقیقا مشابه هم نخواهند بود.

یک سایه می‌تواند یک پروفایل ایجاد کند. این را نشان دهید.



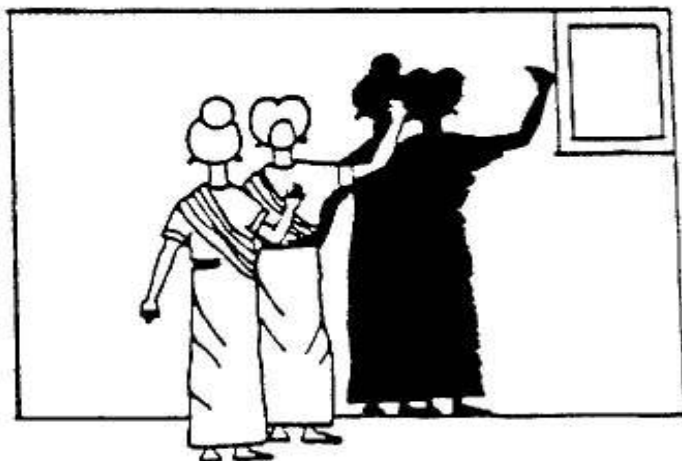
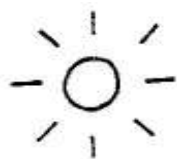
شکل ۹.۳

تمرین ۲

از تعدادی از دانشجویان بخواهید که در نور خورشید در مقابل دیوار بایستند تا این که سایه آنها بر روی دیوار بیفتد (شکل ۹.۳). دوباره شما یک پروفایل منحصر به فرد برای هر دانشجو خواهید داشت.

در وسط روز، سایه خیلی کوتاه خواهد بود، زیرا خورشید در بالای آسمان قرار دارد. تمرین را ابتدا انجام دهید تا ببینید چه زمانی از روز بهترین سایه تشخیصی به عنوان پروفایل شخص گرفته می‌شود.

هنگام انجام این تمرین، نشان دهید که پروفایل هر شخص می تواند تغییر کند (شکل ۹.۴).



شکل ۹.۴

از این مثالها بعداً استفاده کنید برای توضیح دادن به دانشجویان در مورد اینکه چگونه می توانیم به روشهای خودمان در یک جامعه یک پروفایل دقیق ایجاد کنیم. همچنین احتمال دارد که یک پروفایل نادرست از جامعه داشته باشیم:

- اگر ما اطلاعات دقیق کسب نکنیم
- اگر ما اطلاعات کامل کسب نکنیم
- اگر ما بدون ارزیابی صحیح قضاوت کنیم.

همانطور که یک نقاشی یا سایه ویژگی های خاص و منحصر به فرد یک فرد را نشان می دهد، یک پروفایل نیز می تواند با مطالعه جامعه ایجاد شود. پروفایل جامعه شروع اطلاعات را مهیا می کند. جزئیات بیشتر بعداً می تواند حاصل شود.

آماده کردن جزئیات پروفایل جامعه تعهد بزرگی است. برای کمک کردن به دانشجویان برای توجه کردن به مسائل مرتبط با ارتقای مادری ایمن، رویکرد زیر پیشنهاد می شود.

پروفایل جامعه چیست؟

تعریف زیر را در تخته سیاه نوشته، یا از پروژکتور برای نشان دادن آن استفاده کنید.

پروفایل جامعه مسائل زیر را توصیف خواهد کرد:

- ویژگی های منحصر به فرد جامعه
- اندازه و مشخصات یک جمعیت
- فاکتورهای اصلی سلامتی یک جامعه

اطلاعات زیر مورد نیاز است:

- آمار جمعیت، شامل حقایق و اشکال مرگ و میر مادری در جامعه
- اطلاعات در مورد عملکرد جامعه مثل:
 - رهبرها، کنترل و تصمیم گیری آنها
 - شغل‌ها و درآمد
 - حمل و نقل و ارتباطات
 - موانع مذهبی و سنتهای مرتبط با زایمان
 - منابع سلامتی (شامل تسهیلات، کارکنان و هزینه‌ها)
 - سرویسهای سلامت مادران شامل دسترسی و استفاده از سرویس‌ها و سیستم‌های ارجاع
 - بهداشت
 - ذخایر آب
 - ذخایر غذا

یک پروفایل جامعه به طور اساسی به این سوال پاسخ می‌دهد که

"ما الان کجا هستیم؟"

و اطلاعات پایه در مورد وضعیت کنونی فراهم می‌کند. اطلاعات سپس می‌توانند به منظور برنامه‌ریزی استفاده شوند.

ریاضیات پایه

برای جمع‌آوری پروفایل جامعه، درک تعاریف خاص و انجام برخی محاسبات ضروری است.

دانشجویان باید ریاضیات پایه مورد نیاز برای جمع‌آوری پروفایل جامعه را درک کنند.

از آوردن مثال و برخی تمرینات عملی برای درک مطلب کمک بگیرید.

پیشنهاد می‌شود که قبل از شروع پروفایل جامعه روی ریاضیات پایه کار کنید.

تعاریف و محاسبات

(A) Ratios یا نسبت‌ها

نسبت، ارتباط بین دو شکل را توصیف می‌کند. که با تعداد دفعاتی تعیین می‌شود که یک شکل می‌تواند با دیگری جور شود.

تمرین ۱: یک کتاب و دو دانشجو بگیرید.

از دانشجویان بخواهید در جلوی کلاس ایستاده و کتاب را در دست بگیرند.

یک کتاب برای دو دانشجو وجود دارد، بنابراین:

نسبت به این صورت نوشته می‌شود:

کتاب‌ها: دانشجویان = ۲:۱

نتیجه را در تخته سیاه یادداشت کنید.

حالا از دانشجویان بیشتری بخواهید که جلو آمده و از گروه بخواهید که نسبت کتاب به دانشجویان را محاسبه کنند.

زمانیکه شما یک کتاب دارید می‌توانید یک نوعی از نسبت‌ها را نشان دهید، مانند:

کتاب‌ها: دانشجویان

۲:۱

۳:۱

۵:۱

۱۰:۱

۲۴:۱ ... و غیره

دو کتاب وجود دارد. به دانشجویان برای درک این موضوع کمک کنید:

۲ کتاب برای ۴ دانشجو همانند ۱ کتاب برای ۲ دانشجو است.

کاربرد:

از این موضوع می‌توانید برای نشان دادن اینکه آیا کتاب به اندازه کافی برای دانشجویان وجود دارد استفاده کنید. یک نسبت کتاب-

ها: دانشجویان ۱:۲۴ یا حتی ۱:۱۰ نشان می‌دهد که کتاب کمی در اختیار داریم.

خلاصه کنید.

از دانشجویان بخواهید هر سوالی که دارند بپرسند.

نسبت تخت به تعداد جمعیت را نیز برای مفهوم نسبت استفاده کنید.

تخت:جمعیت

تمرین ۲: نسبت تخت:جمعیت را تخمین بزنید.

بر روی ۱۰ تکه کاغذ مانند زیر بنویسید:

۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر
۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر	۱۰۰ نفر

۱. از دانشجویان بخواهید که تصور کنند که یک صندلی بعنوان یک تخت در بیمارستان یا تسهیلات سلامتی است.

۲. به ۱۰ نفر از دانشجویان یک تکه کاغذ به هریک بدهید. به آنها بگوئید که هر کدام از آنها معرف ۱۰۰ نفر از جمعیت هستند.

۳. صندلیها را بصورت دوتائی روبروی هم قرار دهید. سپس از یک دانشجو بخواهید (با در دست داشتن تکه کاغذ) در سرتاسر ۱۰

صندلی دراز بکشد. این دانشجو معرف ۱۰۰ نفر است. هر صندلی معرف ۱ تخت است. حالا از دانشجویان سوال کنید:

اگر تعداد ۱۰ تخت برای هر ۱۰۰ نفر وجود دارد، چند نفر از مردم در هر تخت وجود دارد؟

اینجا توضیح دهید که واژه کوچک "per" در آمار به معنی "برای هر" و "به ازای هر" استفاده می‌شود.
بنابراین ما از دانشجویان می‌خواهیم که به این سوال پاسخ دهند که چند نفر مردم به ازای هر (۱) تخت وجود دارد؟

پاسخ:

اگر ۱۰۰ نفر به ازای هر ۱۰ تخت وجود دارد، ۱۰ نفر به ازای هر تخت وجود دارد.

بنابراین نسبت جمعیت به تخت = ۱۰:۱ می‌باشد.

۴. از دانشجوی دیگری بخواهید که جلو بیاید.

این دانشجو نیز معرف ۱۰۰ نفر خواهد بود. هنوز هم تنها ۱۰ تخت وجود دارد.

الان نسبت جمعیت به تخت = ۲۰۰:۱۰ یا ۲۰:۱ است.

۵. از دانشجویان بیشتری بخواهید که برای نشان دادن نسبت جلو بیایند.

جمعیت به تخت

۳۰۰:۱۰ یا

۳۰:۱

۵۰۰:۱۰ یا

۵۰:۱

۷۰۰:۱۰ یا

۷۰:۱ و ...

۶. از دانشجویان بخواهید:

نسبت مردم (یا جمعیت) به تخت در کل این جامعه چیست (بوسیله ۱۰ دانشجو نشان دهید)؟
به آنها اجازه دهید که حساب کنند که ۱۰۰۰ نفر و ۱۰ تخت وجود دارد.

پاسخ:

برای کل جمعیت جامعه ۱۰۰۰ نفری

نسبت جمعیت به تخت = ۱۰۰۰:۱۰ یا

۱۰۰:۱

کاربرد: از این می‌توان برای بیان این مطلب استفاده کرد که آیا تخت کافی برای یک جمعیت وجود دارد.

(B) میانگین (average)

میانگین از حاصل جمع کل اجزا شکل‌های موجود در یک گروه و تقسیم آن بر کل تعداد شکل‌ها در گروه بدست می‌آید.

میانگین ایده‌ای کلی در مورد اعداد، مقادیر و ارزش‌ها به ما می‌دهد.

واژه "mean" یا میانگین می‌تواند بعنوان (average) استفاده شود. این دو واژه معنی مشابهی دارند.

تمرین ۳: میانگین مراقبت‌ها در یک کلینیک پیش از تولد را محاسبه کنید.

۱. بر روی ۵ تکه کاغذ بزرگ نام ۵ روز هفته را بنویسید.

شنبه	یک‌شنبه	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه
------	---------	--------	---------	----------

۲. این کاغذها را در ۵ قسمت مختلف اتاق بگذارید. وسط اتاق را خالی بگذارید.

۳. از ۲۰ دانشجو بخواهید کمک کنند. به آنها بگوئید که هر کدام معرف یک زن هستند که در کلینیک، مراقبت‌های پیش از تولد دریافت می‌کنند.

۴. آنها را به ۵ قسمت اتاق بفرستید که هر کدام معرف ۵ روز ویزیت کلینیک است، بعنوان مثال:

شنبه ۵

یک‌شنبه ۶

دوشنبه ۳

سه‌شنبه ۲

چهارشنبه ۴

۵. از دانشجویان بخواهید که حساب کنند چند زن در هر روز مراجعه کرده‌اند. آنها لیستی مثل لیست بالا خواهند داشت.

۶. برای محاسبه میانگین مراقبت‌ها، از دانشجویان بخواهید که کلینیک خودشان را ترک کرده و در وسط اتاق بایستند.

۷. حالا از ۲ یا ۳ دانشجوی دیگر (که در کلینیک نیستند) بخواهید که تعداد کل زنان باردار را بشمرند.

پاسخ: ۲۰

سپس تعداد کلینیک‌ها را حساب کنید که هر روز به یکی از آنها مراجعه می‌شود

پاسخ: ۵

تعداد زنان باردار را به تعداد کلینیک‌ها تقسیم کنید، یعنی $20 \div 4 = 5$. این میانگین است.

بنابراین ما می‌توانیم بگوئیم که در این مرکز سلامتی، میانگین شرکت در مراقبت‌های قبل از تولد ۴ زن در هر روز است.

۸. الان از دانشجویان بخواهید که به ۵ کلینیک برگردند اما با تعداد مساوی به هر کدام (آنها متوجه می‌شوند که ۴ نفر باید به هر کلینیک بروند). این میانگین تعداد زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک در هر روز است.

دانشجویان ممکن است این سوال را بپرسند که اگر عددی وجود داشته باشند که به صورت درست به عدد ۵ قابل تقسیم نباشد (باقیمانده بماند) چه اتفاقی خواهد افتاد؟

این سوال خوبی است که نشان می‌دهد دانشجویان در مورد آن فکر می‌کنند. پاسخ این است که در آمار این با یک رقم اعشار بعنوان مثال ۴.۵ نشان داده می‌شود.

البته غیر ممکن است که ۰.۵ یا $1/2$ زنان به کلینیک مراجعه کنند. اگر دانشجویان این سوال را از شما نپرسیدند شما از آنها سوال کنید.

کاربرد:

ما می‌توانیم از میانگین برای دادن یک ایده عمومی درباره چیزهائی مثل مراقبت‌های کلینیکی استفاده کنیم.

مزیت آن این است که یک میانگین ایده بهتری نسبت به نگاه به تمام مراقبت‌های تنها یک روز را می‌دهد.

معایب آن این است که میانگین نشان نمی‌دهد که کدام کلینیک شلوغ و کدامیک ساکت است.

واضح است که هر چقدر تعداد کلینیک‌های شرکت کننده در شمارش بیشتر باشد، ایده بهتری از مراقبت‌های کلینیکی حاصل می‌شود. میانگین زیر ممکن است به دست آید:

کارتها / کاغذها را در طول خطها به ۲۴ تکه ببرید.

۲. از ۲۴ دانشجو بخواهید که به شما کمک کنند.

به ۲۰ نفر از آنها کارت با علامت A، یا H یا با هر دو علامت A و H بدهید.

به آنها بگوئید که هر کدام معرف ۵ زن باردار شرکت کننده در مراقبت‌ها هستند.

هم اکنون شما ۲۰ دانشجو که هر کدام معرف ۵ زن هستند خواهید داشت. یعنی ۱۰۰ زن.

۳. از ۴ دانشجوی دیگر بخواهید که در یک سمت نشسته و به هر کدام یک کارت بدهید که فقط با شماره ۵، و نه با حروف A و

H مشخص شده‌اند. این کار اثبات را آسانتر می‌کند.

۴. هم اکنون از دانشجویان بخواهید:

(a) تمام زنان را بشمارند.

(پاسخ=۱۰۰)

(b) تعداد زنان دارای آنمی (مشخص شده با حرف A) را بشمارند.

(پاسخ=۹۰)

(c) تعداد زنان دارای هیپرتانسیون (مشخص شده با حرف H) را بشمارند.

(پاسخ=۳۰)

۵. به علت وجود ۱۰۰ زن، پاسخ سوالات فوق می‌تواند به درصد (%) بیان شود.

۹۰٪ (۹۰ در ۱۰۰) آنمیک هستند و

۳۰٪ (۳۰ در ۱۰۰) هیپرتانسیو هستند.

به دانشجویان فرمول مورد نیاز برای محاسبه درصد را نشان دهید. مرحله اول آسان است، زیرا تعداد ۱۰۰ نفر است.

از تخته سیاه برای نشان دادن نحوه محاسبه استفاده کنید.

فرمول:

$$100 \times \frac{\text{تعداد افراد نگری شده}}{\text{تعداد کل}}$$

با استفاده از فرمول:

$$\frac{90}{100} \times 100 = 90 \text{ یعنی } \frac{\text{تعداد افراد نگری شده}}{\text{تعداد کل}}$$

۹۰٪، یعنی ۹۰ =

و ۳۰٪، یعنی ۳۰ = $\frac{30}{100} \times 100$

ع / ۴ دانشجوی باقیمانده بخواهید که به شما ملحق شوند. شما هم اکنون ۱۲۰ زن خواهید داشت.
 ۷. حالا از دانشجویان بخواهید که دوباره بشمارند:

(a) تعداد کل زنان را بشمارند (پاسخ=۱۲۰)

(b) تعداد زنان دارای آنمی (مشخص شده با A) را بشمارند (پاسخ=۹۰)

(c) تعداد زنان دارای هیپرتانسیون (مشخص شده با H) را بشمارند (پاسخ=۳۰)

دانشجویان می‌توانند به همان طریق درصدهای زیر را حساب کنند:

$$\frac{90}{120} \times 100 = 75\% \quad \text{۷۵٪ زنان آنمیک هستند.}$$

۹

$$\frac{30}{120} \times 100 = 25\% \quad \text{۲۵٪ زنان هیپرتانسیون دارند.}$$

اطمینان حاصل کنید که دانشجویان نحوه محاسبه آن را فهمیده‌اند.

پاسخ می‌تواند بصورت کسری نیز بیان شود. تقسیم هر دو رقم در کسری به همان تعداد هر دو را بطور دقیقاً یکسان و به همان مقدار بدون باقیمانده کاهش می‌دهد.

در این مورد:

۱. با تقسیم کردن عدد ۹۰ بر ۱۰، عدد ۹ حاصل می‌شود و عدد ۱۲۰ نیز به ۱۲ تبدیل می‌شود. یک راه ساده برای تقسیم بر عدد ۱۰ تنها حذف صفر است.

۹۰ تقسیم بر ۱۰ = ۹

۱۲۰ تقسیم بر ۱۰ = ۱۲

۲. این ارقام را برای کاهش دادن بیشتر به اعداد دیگری نیز تقسیم کنید. از دانشجویان بپرسید: از چه رقمی برای تقسیم کامل (بدون باقیمانده) هر دو اعداد ۹ و ۱۲ می‌توانیم استفاده کنیم؟ (به آنها فرصت دهید که بفهمند که عدد ۳ قابل تقسیم به هر دو عدد ۹ و ۱۲ می‌باشد. در اینصورت کسر ۳/۴ ایجاد می‌شود که دیگر قابل ساده کردن نیست).

دانشجویان را با محاسبات زیر راهنمایی کنید. (شما باید راضی شوید از اینکه آنها مطالب فوق را فهمیده‌اند. شما باید در صورت لزوم مثالهای دیگری را ارایه کنید تا اطمینان حاصل کنید که آنها نحوه انجام محاسبات را فهمیدند).

با نشان دادن موارد زیر به آنها کمک کنید:

$$\frac{90}{120} = \frac{9}{12} = \frac{3}{4}$$

در مقابل کمترین ارقام بنویسید:

$$\frac{3}{4} = \text{سه چهارم}$$

حالا به این کسر نگاه کنید:

$$\frac{30}{120}$$

در مقابل کمترین ارقام بنویسید:

$$\frac{30}{120} = \frac{3}{12} = \frac{1}{4}$$

$$\frac{1}{4} = \text{یک چهارم}$$

مهم

تأکید کنید که درصد همان نسبت کل حجم نمونه را نشان می‌دهد. شما می‌توانید این موضوع را اینطور نشان دهید که ۵۰٪ یا ۱/۲ (نصف) یک خربزه بیشتر از ۵۰٪ یا ۱/۲ (نصف) یک پرتقال است نشان دهید، در حالیکه هر دو ۵۰٪ هستند. زمانیکه دانشجویان این مطلب را فهمید، معنی درصد را درک کرده است. دانشجویان حالا باید بفهمند که کاربرد این دانش آسان است. آنها قبلاً دیده‌اند که چگونه می‌توان درصد زنان دچار آئمی و هیپرتانسیون را محاسبه نمود.

اخطار!

دانشجویان خواهند دید که چگونه ۵۰٪ از یک میوه بزرگ همان نسبت ۵۰٪ یک میوه کوچک است. اما مقدار میوه در هر کدام خیلی متفاوت است. برای تأکید این مطلب به آنها بگوئید که به ۵۰٪ از یک آجیل کوچک نگاه کنند.



ما باید این مطلب را درک کنیم که به منظور دانستن اینکه چه مقدار میوه داریم، باید به سایز کل میوه نگاه کنیم (یا کل).

به همین طریق برای مطالعه جامعه، ما باید حجم کل جمعیت را بدانیم.

اگر ما بگوئیم که ۵۰٪ زنانی که به کلینیکهای تنظیم خانواده مراجعه می‌کنند، به همراه همسرانشان می‌آیند منظورمان چیست؟

اگر ۵۰ زن به کلینیک مراجعه می‌کنند، بنابراین ۲۵ نفر از آنها به همراه همسرانشان می‌آیند، اما...

...اگر تنها ۲ زن به کلینیک مراجعه کنند، تنها ۱ نفر به همراه همسرش مراجعه کرده است.

شما می‌توانید از مثالهای دیگری برای فهماندن این موضوع به دانشجویانتان استفاده کنید. مهم است که آنها بفهمند که:

- درصدها مفید هستند، اما آنها باید به روشنی تعداد کل موارد درگیر را تفسیر کنند

- تنها با استفاده از درصدها ما می‌توانیم یک منطقه بهداشتی را با منطقه دیگر مقایسه کنیم. جمعیت، تعداد زنان حامله، نوزادان و غیره در این دو منطقه یکسان نخواهد بود. خلاصه کنید. از آنها بخواهید که هر سوالی دارند بپرسند.

نسبت و میزان مرگ و میر مادران

ابتدا از دانشجویان بخواهید که تعریف مرگ مادر ارایه شده در ابتدای فصل ۳ را یادآوری کنند، و سپس در مورد تعاریف زیر بحث کنند: نسبت مرگ و میر مادری: تعداد مرگ مادر تقسیم بر تعداد موالید زنده
میزان مرگ و میر مادری: تعداد مرگ مادر تقسیم بر تعداد زنان واقع در سنین باروری
حالا به دانشجویان آموزش دهید که چگونه نسبت مرگ و میر مادری را محاسبه کنند (معمولا بصورت MMR نوشته می‌شود).
نسبت مرگ و میر مادری به ما می‌گوید که چه تعداد موارد مرگ مادر در مقایسه با تعداد ثابت موالید زنده وجود دارد. از لحاظ آماری در جمعیت‌های بزرگ بهتر است که ارقام را با مقایسه با اعداد ثابت بزرگ‌تری از جمعیت بیان کنیم: یعنی ۱۰۰۰، ۱۰۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰۰ به جای ۱۰۰ (یا درصد)

نسبت مرگ و میر مادری بیان می‌کند که به ازای تعداد موالید زنده یک سال چه تعداد زن در اثر بارداری و زایمان در همان سال فوت می‌کنند.
پس از آن می‌توانیم خطر مرگ ناشی از یک بارداری را محاسبه کنیم. ما اکنون نسبت مرگ و میر مادری را به ازای ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده حساب خواهیم کرد.

چگونه نسبت مرگ و میر مادری را حساب کنیم؟

- نسبت مرگ و میر مادری در یک سال بصورت کسری نوشته می‌شود.
- تعداد مرگ‌های مادری در صورت کسر* و تعداد کل تولدهای زنده در مخرج کسر* . ضربدر یک عدد ثابت (یا رقمی که تغییر نمی‌کند) که "K" نامیده می‌شود.
- $K = 1000, 10000, 100000$
به دانشجویان شرح دهید که:
- فرمولی استفاده می‌شود که بصورت کسری نوشته می‌شود
- * صورت کسر رقمی است که در بالای خط کسری نوشته می‌شود
- * مخرج کسر رقمی است که در زیر خط کسری نوشته می‌شود

$$MMR \text{ ratio} = \frac{\text{تعداد مرگ‌های مادری در یک سال در یک منطقه}}{\text{تعداد تولدهای زنده در همان سال در همان منطقه}} \times 100$$

مثال:

تعداد مرگ‌های مادری در سال ۱۹۹۰ = ۱۰

تعداد موالید زنده در سال ۱۹۹۰ = ۱۰۰۰۰

بنابراین:

$$MMR = \frac{10}{10000} \times 100000 = 100$$

یعنی ۱۰۰ به ازای ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده

این بدین معناست که در آن منطقه در سال ۱۹۹۰، یک زن باردار در دوران بارداری و زایمان شانس (یا خطر) مرگ ۱ در ۱۰۰۰ را دارد. (اطمینان حاصل کنید که دانشجویان درک می‌کنند که چگونه این اعداد به دست می‌آید. در تخته سیاه نحوه ساده کردن اعداد را با خارج کردن صفرها از ضربدر بنویسید)

۱۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ می‌شود

۱ در ۱۰۰۰

تمرین ۵:

روی ۹ کارت یا تکه کاغذ، اطلاعات زیر را بنویسید:

۳۸ تولد زنده	۲ تولد زنده	۱۲۰ تولد زنده
۳۵ تولد زنده	۱۲۵ تولد زنده	۳۳ تولد زنده
۹ تولد زنده	۱۰ تولد زنده جفت دوقلوئی	۲۸ تولد زنده

به ۹ دانشجو هر کدام از کارتها را بدهید.

حالا از کلاس بپرسید: چند تولد زنده (کودک) اینجا وجود دارد؟

(پاسخ=۴۰۰)

حالا از دانشجویی که حاوی کارت ۲ تولد زنده است بخواهید نشسته و بیان کند: این مادران مرده‌اند از دانشجویان بخواهید که نسبت مرگ و میر مادری را به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت محاسبه کنند.

پاسخ:

$$\text{تولد زنده } 100000 \times \text{K}_{\text{MMR}} = \frac{2}{400} \times \frac{\text{تعداد مرگهای مادری}}{\text{تعداد تولدهای زنده}}$$

$$500 \text{ به ازای } 100000 \text{ تولد زنده} = \frac{1}{2} \times 1000 = \frac{2}{4} \times 1000$$

حالا از دانشجویان بخواهید تعداد مادران را بشمارند.

پاسخ ۳۹۵ است زیرا ۵ جفت دوقلوئی وجود دارد.

حالا به دانشجویان مفهوم "maternities" را توضیح دهید: "تعداد مادرانی که زایمان کرده‌اند بدون احتساب تعداد بچه‌های متولد شده".

به دانشجویان در درک این مطلب کمک کنید که این موضوع نسبت مرگ و میر مادری را اندکی افزایش می‌دهد.

(این موضوع می‌تواند با قرارگیری عدد ۳۹۵ بجای ۴۰۰ در محاسبه فوق نشان داده شود).

موقعی که به آمار نگاه می‌کنید، نوشته زیر را بخوانید، درباره آن فکر کنید و با دانشجویان و همکاران خود بحث کنید.

توضیح دهید که چگونه از طرح پروفایل جامعه استفاده کنیم.

توجه:

آمار جمع‌آوری شده توسط دانشجویان ممکن است نشان دهد که وضعیت بدتر از انتظار است، که ممکن است ناامید کننده باشد. به هر حال شناسایی و آگاهی در مورد شرایط قبل از بهبود وضعیت ضروری است.

تدوین پروفایل جامعه

با کار کردن توسط مثالهایی در مورد ریاضیات پایه، تمرین بعدی را می‌توان (تدوین پروفایل جامعه) شروع کرد. پروفایل جامعه از دو قسمت تشکیل شده است.

قسمت اول پروفایل جامعه شامل جمع‌آوری اطلاعات از جامعه مورد نظر است. از دانشجویان درخواست می‌شود تا اطلاعاتی در مورد مرگهای مادری در جامعه مورد بازدید، موانع مذهبی و عملکردهای سنتی همراه با زایمان را جمع‌آوری کنند. دانشجویان با این موضوع از جلسه ۶ آشنا خواهند شد. بالاخره دانشجویان وضعیت حمل و نقل و ارتباطات را ارزیابی خواهند کرد.

در **قسمت دوم** از پروفایل جامعه دانشجویان اطلاعاتی در مورد تسهیلات سلامتی و منابع، جنبه‌های مختلف مراقبت سلامتی مادران و اطلاعاتی در مورد تصمیم‌گیرندگان در جامعه مورد بازدید جمع‌آوری خواهند کرد.

بالاخره بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده، دانشجویان باید یک طرح عملی (یک برگ نمونه برای دانشجویان آماده می‌شود) به صورت خلاصه‌ای از طرح مورد نظر و نحوه برنامه‌ریزی جهت انجام آن تنظیم کنند.

معرفی قسمت ۲ بعد از تکمیل قسمت اول صورت خواهد گرفت. ممکن است برای کمک به دانشجویان در قسمت ۲، گروههای کوچک آموزشی ضروری باشد. دانشجویان در زمانهای مختلف آماده خواهند شد.

هر بخش را (قسمت اول، قسمت دوم و طرح عملی) بعد از تکمیل توسط دانشجویان خلاصه کنید و سپس به سوالات پاسخ دهید.

بحث گروهی زیر و/یا ایفای نقش ممکن است به آماده کردن دانشجویان برای ویزیت جامعه کمک کننده باشد.

بحث گروهی

حین بحث، سوالات زیر را از دانشجویان بپرسید:

۱. چرا برای ما مهم است که دریابیم اعضای جامعه چگونه به موضوعات سلامتی در جامعه خودشان نگاه می کنند؟
۲. چگونه می توانیم بفهمیم که اعضای جامعه در مورد فاکتورهای خطر برای مادران مثلاً در مورد لبیر متوقف شده چه می دانند؟
۳. همچنین بدنبال تدوین پروفایل جامعه، ما می خواهیم ارتباط خوبی با جامعه برقرار کنیم. بهترین راه برای انجام این کار چیست؟

سوالات زیر ممکن است در مورد تفکر در موضوعات فوق کمک کننده باشد:

- چه تمهیداتی لازم است انجام شود؟
- با چه مشکلاتی ممکن است مواجه شویم؟
- چگونه می توانیم از این مشکلات پیشگیری کرده و یا بر آنها غلبه کنیم؟

حدود ۴۵ دقیقه به دانشجویان فرصت دهید که بحث کنند و ۴۵ دقیقه اضافی برای بازخورد در نظر بگیرید.

بپرسید که آیا سوالاتی دارند.

خلاصه کنید

ایفای نقش

در کلاس، از طریق ایفای نقش تمرین کنید که چگونه دانشجویان باید بحث خود را در جامعه انجام دهند. افراد مورد مصاحبه در جامعه می توانند زنان، مردان، عاملین سنتی زایمان، رهبران جامعه، معلمان، ماماها، پزشکان، مادرشهران، و غیره باشند. دانشجویان را به چهار گروه تقسیم کنید.

گروه ۱:

بحث و گفتگو با مادر شوهرها و سایر زنان در جامعه.

دریابید که:

– آنها در مورد عوامل موثر بر *ill health* (هم احساس ناخوشی در فرد و هم اثبات بیماری) زنان چه می دانند؟

– آنها چه ایده هایی در مورد کاهش خطرات دارند؟

گروه ۲:

بحث و گفتگو با عاملین سنتی زایمان و ماماها. سوال کنید در مورد سودمندی

- کمیته سلامتی، و / یا
- یک کمیته مادری ایمن

گروه ۳:

بحث و گفتگو با رهبران و سایر اعضای جامعه. موارد زیر را شناسایی کنید:

مشکلات مربوط به حمل و نقل و / یا ارتباطات را که ممکن است بر مادری ایمن اثر بگذارد.

گروه ۴:

بحث و گفتگو با معلمان و زنان دیگر جامعه. موارد زیر را شناسایی کنید:

- شغل اصلی مردم و
- مشکلات اجتماعی و اقتصادی جامعه.

برای گروهها زمان بدهید تا خود را برای ایفای نقش آماده کنند.

در مورد نکات مهم ایفای نقش بحث کنید.

اینها باید نکاتی باشند که موقع تدوین یک پروفایل درحین بازدید از جامعه کمک کننده باشند.

جمع آوری اطلاعات

صفحه‌های زیر حاوی طرحی است که دانشجویان باید برای گردآوری پروفایل جامعه از آن استفاده کنند.

۱. دانشجویان باید در تیم‌های کوچک (تقریباً ۳ نفر در یک تیم) به منظور جمع‌آوری داده‌ها کار کنند.

۲. جایی که آمار از قبل موجود است، دانشجویان را به طور مستقیم به آنها هدایت کنید. منابع اطلاعاتی می‌توانند ثبت موالید و مرگ، پرونده‌های بیمارستان و مرکز بهداشت باشند. اطمینان حاصل کنید که زمان جهت انجام کاری که قبلاً انجام شده هدر نرود.

۳. اطمینان حاصل شود که دانشجویان یک کپی از فرم پروفایل جامعه، دستورالعمل‌ها برای نوشتن یک طرح عملی و کاربرگ موجود در پایان جلسه را دارند. دانشجویان می‌توانند صفحات بیشتری را در صورت لزوم اضافه کنند. پروفایل‌ها باید تا حد امکان صحیح و دقیق باشد.

بخش ۱

- الف. جمعیت و آمار ۱۳۰
- ب. مطالعه مرگ و میر مادران ۱۳۰
- (از آنجاییکه این بخش باید به طور جداگانه برای هر مرگ مادری تکمیل شود، دانشجویان ممکن است به بیش از یک نسخه نیاز داشته باشند).
- ج. منع‌ها و عملکردهای سستی همراه با زایمان ۱۳۳
- د. حمل و نقل و ارتباطات ۱۳۴

بخش ۲

- الف. منابع سلامتی ۱۳۶
- ب. مراقبت‌های سلامتی مادر ۱۳۸
- مراقبت پیش از زایمان ۱۳۸
 - مراقبت در حین زایمان و تولد ۱۴۰
 - مراقبت‌های پس از زایمان ۱۴۱
 - سیستم ارجاع ۱۴۱
 - خدمات تنظیم خانواده ۱۴۲
- ج. ارزیابی خدمات سلامتی داخلی ۱۴۳
- د. رهبران جامعه و اعضای جامعه ۱۴۴
- E. طرح عملی: مثال و دستورالعمل‌ها ۱۴۵

بخش ۱

A. جمعیت و آمار

آمار برای..... سال
(جامعه)

(الف) کل جمعیت تخمینی.....

(ب) تعداد کل موالید (زنده و مرده زایی)

(ج) تعداد موالید زنده.....

(د) متوسط جمعیت زنان با سن ۱۵-۴۹ سال

(ه) تعداد کل مرگ و میر مادران

تعداد ثبت شده رسمی، به علاوه تعداد گزارش شده توسط خانواده‌ها / دیگران

توجه داشته باشید: زنان فوت کرده‌اند. در برخی جوامع، تعداد بسیار کمی از مرگ و میر مادران ثبت می‌شود. سعی کنید تا رقم دقیقی بدست آورید. این کار زمان زیادی خواهد برد، اما بسیار مهم است.

به یاد داشته باشید: مرگ و میر مادران، مرگ یک زن در حین بارداری و یا ظرف ۴۲ روز پس از ختم حاملگی، بدون در نظر گرفتن مدت و محل بارداری، به هر علت مربوط به بارداری و یا تشدید شده در بارداری یا مدیریت آن، اما ناشی از علل اتفاقی و یا تصادفی نیست.

$$\text{MMR} = \frac{\text{تعداد مرگ و میر مادران}}{\text{تعداد موالید زنده}} \times 100000 \quad \text{به یاد داشته باشید: تولد زنده}$$

B. مطالعه مرگ و میر مادران

برای هر مرگ و میر مادری یکی از این فرم‌ها را پر کنید.

۱. تاریخ و زمان مرگ (شامل روز هفته)

۲. سن مادر و طول مدت بارداری در زمان مرگ

۳. مرگ چه موقع رخ داده است: (الف)، (ب)، (ج) و (د):

(الف) قبل از شروع دردهای زایمان

(ب) پس از شروع دردهای زایمان

(ج) در هنگام زایمان

(د) بعد از زایمان

۴. اگر (ج) و یا (د)، یعنی حین و یا بعد از زایمان وی.

مدت زمان بین شروع دردهای زایمان و زایمان نوزاد چقدر بوده است؟

.....
.....

اگر کودک به دنیا آمد، مدت زمان بین زایمان و مرگ مادر چقدر بود؟ (به ساعت یا چند روز)

...../.....

تاریخ زایمان چه وقت بود؟

.....

۵. محل مرگ:

-منزل

- در طول سفر / مسافرت / حمل و نقل

- بیمارستان خصوصی

- تسهیلات بهداشتی (سلامتی)

- سایر

.....(لطفاً بنویسید).....

۶. اگر مرگ در خانه رخ داده، با جزئیات توضیح دهید که به نظر شما (ماما) چرا زن برای درمان به بیمارستان نرفت؟

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

۷. آیا مراقبی از مرکز بهداشتی (سلامتی) سطح اول جهت کمک در شرایط اورژانسی فراخوانده شد؟ بله / خیر

..... اگر بله، چه کسی فرا خوانده شد و بعد از چه مدت، زن مشکلات را تجربه کرد؟

..... آیا فردی آمد؟

..... چه زمانی بین اطلاع داده شدن و رسیدن به خانه زن سپری شد؟

.....

۸. اگر مرگ در بیمارستان رخ داد، وضعیت زن را در زمان ورود او به بیمارستان توصیف کنید.

.....
.....

.....
.....
۹. از چه نوع وسیله حمل و نقلی برای انتقال زن به بیمارستان استفاده شد؟

.....
۱۰. فاصله بین خانه و بیمارستان چقدر بود؟

..... کیلومتر

..... مایل، یا طول سفر به ساعت.....

..... ۱۱. چه کسی زن را تا بیمارستان همراهی کرد ؟

..... ۱۲. آیا کسی به زن یا خانواده‌اش توصیه کرد که او نیاز به رفتن به بیمارستان دارد ؟ بله / خیر

..... اگر بله، چه کسی؟.....

..... ۱۳. زن قبل از مرگش چند روز یا چند ساعت در بیمارستان ماند.....

..... ۱۴. زن قبل از مرگش چه نشانه‌ها / علایمی داشت؟ (در مورد خونریزی، تب، مشکلات تنفسی، سطح هوشیاری، ادم / تورم، بوهای متعفن، و غیره سوال بپرسید).

.....
.....
.....
..... ۱۵. چه درمانی به زن در بیمارستان داده شد، چه کسی او را درمان کرد؟

.....
.....
..... ۱۶. اگر زن در بیمارستان زایمان کرد، روش زایمان او چه بود، و آیا بچه زنده یا مرده بود؟

.....
..... ۱۷. اگر مرگ در خانه رخ داد، چه کسی از زن مراقبت می‌کرد؟

..... - ماماهاى سنتى آموزش ندیده

..... - ماماهاى سنتى آموزش دیده

- فامیل
- همسایه
- پرستار / مامای کمکی
- پرستار آموزش دیده بهداشت مادر و کودک
- مامای ثبت نام کرده
- مامای رسمی
- پزشک دولتی
- پزشک خصوصی
- سایر (لطفا آنها را مشخص کنید).....

۱۸. شما فکر می کنید علل اصلی مرگ چه بودند؟

- سقط خودبه خودی جنین
- سقط عمدی جنین
- خونریزی قبل از زایمان (APH)
- خونریزی بعد از زایمان (PPH)
- جفت احتباس یافته
- زایمان متوقف شده (پاره شدن رحم)
- عفونت / سپسیس
- اکلامپسی
- کزاز
- سایر موارد (لطفا مشخص کنید).....

۱۹. (الف) آیا زن قبل از باردار شدن بیمار بود؟ بله / خیر

اگر بله، جزئیات را بنویسید:

.....

.....

.....

.....

(ب) فکر می کنید چه عواملی منجر به مرگ او شدند، و چگونه می توانستند بر آنها غلبه کنند؟

.....

.....

.....

.....

ج. منع ها، باورها و عملکردهای سنتی همراه با زایمان

۱. چیزهایی را بنویسید که فکر می کنید مربوط به این جامعه اند. این چیزها باید شامل غذا، آداب و رسوم، اعتقادات محلی در مورد سلامت و بیماری مربوط به بارداری و زایمان و درمان مشکلات باشند (به عنوان مثال برای زایمان طول کشیده، تورم / ادم، خونریزی، تب) باشد.

.....

.....

.....

۲. پیام‌ها چگونه می‌توانند ارسال و دریافت شوند، و برای کسب کمک در مواقع اضطراری چه مدت زمانی طول می‌کشد؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

۳. هر گونه اطلاعات دیگری را که در زندگی و سلامت جامعه مهم هستند اضافه کنید. به عنوان مثال آیا ذخایر آب تمیز، بهداشت کافی، فرآورده خوب غذایی، شغل کافی وجود دارد؟ (با جزئیات)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

بخش ۲

الف. منابع سلامت (بهداشت)

پرسنلی که می‌توانند مراقبت‌های مامایی جامعه‌نگر را ارائه دهند.

تعداد ماماها و پرستاران صلاحیت‌دار با مهارت‌های مامایی:

ماماهای رسمی / پرستار-ماماها.....

ماماها.....

ماماهای (سطح ۲) ثبت نام کرده.....

پرستاران آموزش دیده بهداشت مادر و کودک.....

پرستاران / ماماهاى كمكى.....

تعداد عاملین سنتی زایمان:

عاملین زایمان سنتی دوره دیده.....

عاملین زایمان سنتی دوره ندیده.....

تعداد دکترها و سایر پرسنل کلیدی:

پزشک عمومی.....

متخصصان زنان.....

تکنسین‌های آزمایشگاه.....

سایر پرسنل فنی.....

(نوع آن را مشخص کنید).

بازدیدهای منزل:

آیا کارکنان مرکز بهداشتی (سلامت) مراقبت پیش از زایمان و حین زایمان را در خانه خود زن انجام می‌دهند؟ بله / خیر، اگر بله، لطفاً مشخص کنید:

- دلایل اصلی برای بازدیدها.....

- فراوانی بازدیدها.....

- تعداد تولدهای انجام شده در منزل.....

آیا مامای سنتی در طول بازدید در منزل حضور دارد؟ همیشه / عمدتاً / بندرت / هرگز

آیا مامای سنتی از تسهیلات بهداشتی (سلامتی) بازدید می‌کند؟ به طور منظم / بندرت / اصلاً

آیا کارکنان تسهیلات بهداشتی از ماماها یا سنتی بازدید می‌کنند؟ به طور منظم / بندرت / اصلاً

تسهیلات بهداشتی (ایستگاه‌های بهداشتی، پایگاه‌ها، درمانگاه‌ها، و غیره)

تعداد در دسترس برای جامعه.....

چند روز در هفته پرسنل بهداشتی در تسهیلات در دسترس هستند؟.....

چند ساعت در روز کارکنان بهداشتی در تسهیلات در دسترس هستند؟.....

آیا تسهیلات بهداشتی در جایی هست که ۷۵٪ از جمعیت با ۱-۲ ساعت پیاده‌روی به آن برسند؟.....

چند درصد از جمعیت جهت رسیدن به تسهیلات بهداشتی باید بیش از ۴ ساعت قدم بزنند؟.....

مردمی که دور از مرکز درمانی زندگی می‌کنند چگونه به آنجا راه پیدا می‌کنند؟ (به عنوان مثال، اگر بیش از ۴ ساعت پیاده روی لازم باشد)

.....

بیمارستان‌ها:

تعداد کل تخت زایمانی در دسترس.....

"نسبت جمعیت به تخت".....

(به منظور برآورد این نسبت، میزان کل موالید را با تعداد تخت‌های زایمانی در دسترس مقایسه کنید)

مردمی که در فاصله‌ای دور از بیمارستان زندگی می‌کنند چگونه به آنجا می‌روند؟.....

در ارتباط با سفر به بیمارستان چه مشکلات خاصی وجود دارد؟.....

آزمایشگاه:

آیا در این جامعه خدمات آزمایشگاهی برای زنان دریافت کننده مراقبت‌های زایمان در دسترس است؟ بله / خیر

اگر بله، چه خدماتی در دسترس هستند؟ (آنهايي که در دسترس هستند تیک بزنید)

- تست هموگلوبین

- غربالگری سفلیس

- کشت ادرار

- گروه خون و کراس منچ

- غربالگری خون برای ترانسفوزیون (مانند HIV، هپاتیت B، سیفلیس)

- آزمایش مالاریا

غربالگری اچ آی وی (به عنوان بخشی از مشاوره و آزمایش داوطلبانه)

- سایر (لطفا آنها را مشخص کنید)

آیا مشکلاتی مربوط به خدمات آزمایشگاهی وجود دارد؟ (اگر بله، جزئیات آن را بنویسید)

.....
.....
.....
.....

ب. مراقبت بهداشتی مادران

تعداد تخمینی زنان باردار در جامعه در یک دوره یک ماهه.

تعداد کل موالید برای سال =

این عدد را به ۱۲ تقسیم کنید =

مراقبت پیش از تولد:

تعداد زنانی که مراقبت پیش از تولد در طی یک ماه دریافت کرده‌اند

(I) در منزل

(II) در یک مرکز درمانی

کل

(I) + (II) را جمع کنید.

درصد زنانی که مراقبت پیش از تولد دریافت کرده‌اند:

تعداد زنان با اولین ویزیت،

قبل از هفته ۱۶

= %

پس از هفته ۱۶

.....% =

تعداد زنان با عدم ادامه مراقبت،

پس از اولین بازدید

.....% =

آیا برای هر زن مراجعه کننده برای مراقبت پیش از زایمان یک **طرح زایمانی** ایجاد شده است؟ بله / خیر

آیا **مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV** برای مددجویان پیش از تولد در دسترس است؟ بله / خیر

شرایط یا مشکلات شایع پزشکی در جامعه چیست ؟

(موارد شایع را تیک بزنید)

- کم خونی
- سوء تغذیه
- سل
- فشار خون بالا
- بیماریهای منتقله از راه جنسی (از جمله HIV / AIDS)
- خنمی با واکسیناسیون ناقص علیه کزاز
- مالاریا
- سایر موارد (لطفا آنها را مشخص کنید)

چه اقدامی در حال حاضر در صورت وجود مشکلات، برای رسیدگی به آنها در نظر گرفته شده است؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تا چه حد این اقدام مؤثر بوده است؟

.....

.....

برداشت اعضای جامعه در رابطه با اقدامات آینده برای رسیدگی به این مشکلات چه هست؟

.....

.....

شایع ترین عوارض جدی همراه با بارداری و زایمان چه هستند؟

(موارد شایع را تیک بزنید)

- سقط جنین
- خونریزی قبل از زایمان
- پره اکلامپسی و اکلامپسی
- زایمان طول کشیده و متوقف شده
- خون ریزی پس از زایمان
- سپسیس نفاسی

در حال حاضر چه اقدامی، در صورت وجود، برای رسیدگی به مشکلات انجام شده است؟

.....

.....

.....

این اقدام تا چه حد مؤثر عمل بوده است؟

.....

.....

.....

برداشت اعضای جامعه در مورد هرگونه اقدام در آینده برای رسیدگی به این مشکلات چه هست؟

.....

.....

.....

مراقبت در لیبر و زایمان:

تعداد تولد های یک ماه با حضور:

- ماما های رسمی (پرستار - ماما)
- ماما های ثبت نام کرده.....
- پرستاران آموزش دیده بهداشت مادر و کودک.....
- پزشکان
- پرستاران / ماما های کمکی
- کل

تعداد تولدهای یک ماه با حضور:

- عاملین سنتی زایمان آموزش دیده.....
- عاملین سنتی زایمان آموزش ندیده

- بستگان.....
- همسایگان / دوستان
- کل

تعداد زایمان های انجام شده بدون مراقب (زن به تنهایی زایمان کرده):

- کل

درصد زایمان های انجام شده توسط افراد ماهر %

مراقبت پس از زایمان:

برنامه این مراقبت‌ها را ترتیب دهید. چه کسی مراقبت را فراهم می‌کند؟ کجا؟ برای شناسایی و ارجاع عوارض چه ترتیبی داده می‌شود؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

سیستم ارجاع:

برای زنان در دوران بارداری، زایمان یا دوره نفاس:

تعداد ارجاع داده شده از جامعه به مرکز بهداشتی (سلامتی).....

تعداد ارجاع داده شده از مراکز بهداشتی به بیمارستان

تعداد ارجاع داده شده از جامعه به بیمارستان

تعداد ارجاع شده از بیمارستان منطقه به بیمارستان سطح دوم / سوم

دلایل ارجاع را لیست کنید:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

خدمات تنظیم خانواده:

آیا این خدمات در تسهیلات بهداشتی (سلامتی) ارائه میشود؟ بله / خیر

آیا آنها توسط درمانگاه های سیار ارائه میشوند؟ بله / خیر

اگر بله، آیا درمانگاه های سیار اغلب در دسترس هستند؟

آیا آنها در منزل ارائه می شوند؟ بله / خیر

اگر بله، آیا این خدمات اغلب در دسترس هستند؟

آیا نوجوانان به این خدمات دسترسی دارند؟ بله / خیر

اگر نه، چه عللی وجود دارد؟

اگر بله، آیا آنها از این خدمات استفاده می کنند؟

درک:

تعداد تخمینی زوجین استفاده کننده از خدمات تنظیم خانواده = (سال)

یا درصد زوجین شامل زنان ۱۵-۴۵ سال.

(به عنوان مثال اگر ۵۰ زن با سن ۱۵-۴۵ سال وجود دارد و ۱۰ نفر از آنها از خدمات تنظیم خانواده استفاده می کنند جذب ۲۰٪ است [به عبارت دیگر ۱۰/۵۰ و یا ۱/۵].

هزینه ها:

متوسط هزینه پرداختی یک زن و خانواده اش برای مراقبت روتین عادی چقدر است:

هر ویزیت پیش از تولد

لیبر و زایمان

مراقبت پس از زایمان

د. رهبران جامعه و اعضای جامعه

[illegible]

.....

(الف) یک کمیته بهداشتی؟ بله / خیر

.....

.....

.....

(ب) یک کمیته مادری سالم؟ بله / خیر

.....

.....

.....

[illegible]

ح. یک طرح عملی برای جامعه‌ای بنویسید که مطالعه کرده‌اید

بر اساس یافته‌های جامعه مورد مطالعه، یک طرح عملی برای جامعه در کاربرد فراهم شده بنویسید. به خاطر داشته باشید که اقدامات مورد نظر شما باید با مشکلات و نیازهای درک شده توسط اعضای جامعه مطابقت داشته باشند دارند. این مثال را دنبال کنید:

اقدام مورد نظر	قصد داریم این عمل را چگونه انجام دهیم؟	رویکرد ما به چه کسانی خواهد بود؟	مرور اطلاعات
حداقل ۱ بازدید از منزل برای هر زن در دوران بارداری او فراهم کنید	ما این را با خانواده‌ها در منطقه X روستا شروع خواهیم کرد	رهبان جامعه، گروه زنان، عاملین ستی زایمان، کارکنان مرکز بهداشت، مدیر بیمارستان اصلی، دکتر بیمارستان اصلی	۶ ماه تاریخ.....

مرور اطلاعات	رویکرد ما به چه کسانی خواهد بود؟	قصد داریم این عمل را چگونه انجام دهیم؟	اقدام مورد نظر

ارزیابی مراقبت مادری جامعه‌نگر



جلسه ۱۲

ارزیابی مراقبت مادری جامعه‌نگر

هدف این جلسه

- توانمند کردن دانشجویان به ارزیابی پیشرفت حاصل شده در جامعه‌های مورد بازدید در ارتباط با مراقبت-های مادری جامعه‌نگر
- تشویق دانشجویان و جهت دادن در رابطه با برنامه‌های آینده

اهداف درسی

در پایان جلسه ۱۲، دانشجویان قادر خواهند بود:

- نمودار جاده منتهی به مرگ مادر را (جلسه ۱) را یادآوری کنند، چرا خانم X مرد؟ و بحث کنند در مورد راه‌های خروج از جاده در جامعه‌ای که با آن آشنا هستند.
- بیانیه موجود در جلسه ۳ را یادآوری کنند، و مرحله کاربردی آن را ارزیابی کنند.
- یک بیانیه عملی در رابطه با مراقبت مادری جامعه‌نگر صادر کنند.

طرح درسی

کار گروهی، بحث (۲ ساعت)

منابع

دستورالعمل‌ها برای کار گروهی.

نمودار جاده منتهی به مرگ

برگ ارزیابی

ویدیوی "گشودن دروازه‌هایی برای زندگی". این ویدیو در فروش سامان بهداشت جهانی است، عرضه و پخش،

email: publications@who.int. Switzerland. Geneva 27. CH-1211

در آخرین جلسه مدل بنیادین، فرصتی به دانشجویان برای تصمیم گیری درباره خودشان داده خواهد شد که آیا فعالیت‌های آنها در جامعه تفاوتی ایجاد کرده است. اگر هیچ تفاوتی دیده نشود، آنها همچنین قادر به ارزیابی علت عدم تفاوت خواهند شد. با این حال، قبل از اینکه جلسه شروع شده باشد، مدرسان باید از خود سؤالات زیر را بپرسند:

۱. چه توصیه‌هایی از من انتظار می‌رود؟ (معلم ایده خوب در مورد مشکلات مواجه شده حین ارائه مراقبت در جوامع محلی می‌دهد. برای دانشجویان چیزی توصیه نکنید، اما قبلاً جهت هدایت و تشویق آنها فکری بکنید).

۲. من توانایی به کارگیری کدام یک از این توصیه‌ها را دارم؟

۳. جهت کدام یک از توصیه‌های مورد انتظار نیاز است دانشجویان را به فردی با توانایی متفاوت و یا بالاتر ارجاع دهم؟ (در مورد گام‌های اول انجام این کار تصمیم بگیرید).

۴. من چگونه با توصیه‌ها / ایده‌های دانشجویان که به نظرم نامناسب و یا نامعقول است مقابله کنم؟ (در این مورد به موقعیت محلی خود فکر کنید. آیا واقعاً نامناسب است از نظر زمانی اشتباه است، رویکرد اشتباهی است و یا به هر حال خیلی مفید نیست).

این مسائل را با ذهن باز بررسی کنید.

به یاد داشته باشید، یک پیشگام بودن آسان نیست، و اگر شما با مشکلات مواجه شوید طبیعی است!

ارزیابی مراقبت‌های مادری جامعه‌نگر :

از دانشجویان بخواهید تا جهت بررسی این سؤالات گروه‌های بحث و بررسی را تشکیل دهند:

▪ مطالعه ما از این مدل چه تغییری برای مردم جامعه‌های مورد بازدید ما ایجاد کرده است؟

▪ آیا مادری ایمن برای هر کسی در جامعه به دلیل تعهد ما امکان پذیر شده است؟

اگر پاسخ منفی به هر کدام از این پرسش‌ها وجود دارد، بحث کنید که چرا امکان هیچ تغییری در این مورد وجود نداشت. دانشجویان را به بحث و ارائه فرصتی جهت به اشتراک گذاشتن تجارب خود هدایت کنید.

به دانشجویان داستان خانم X را یادآوری کنید. توضیح دهید که آنها اوضاع جامعه/ جوامعی را ارزیابی خواهند کرد که در سراسر این مدل کار کرده‌اند.

دانشجویان را به گروه‌های تقریباً شش نفری تقسیم و به آنها دستورالعمل کار گروهی بدهید. در صورت امکان، آنها باید به گروهی بپیوندند که شامل همکارانی است که با آنها در جامعه کار کردند.

به نمودار "جاده منتهی به مرگ مادران" که مجدداً در پایان جلسه گذاشته شده رجوع کنید. شما ممکن است طرح جاده را انتخاب و آن را بر روی تخته سیاه یا فلیپ چارت بچسبانید تا دانشجویان بتوانند قبل و طی کار گروهی به آن مراجعه کنند.

برای دانشجویان دستورالعمل‌های کار گروهی، نمودار "جاده منتهی به مرگ مادر"، برگه‌ارزیابی و یک کپی از بیانیه هدف از جلسه ۳ را تهیه کنید.

پس از کار گروهی، برای ارائه بازخورد زمان بدهید.

هر یک از موضوعات درخواستی جهت بحث گروه‌ها را عنوان کنید، و آنها را به طور کامل با تمام کلاس در میان بگذارید. در پایان زمان بازخورد و بحث، شما باید روی یک بیانیه عملی توافق کرده باشید.

عاقلانه به نظر می‌رسد که در مورد توصیه‌های دانشجویان در بیانیه عملی با همکاران مدیریت و آموزش بحث بشود.

اطمینان حاصل کنید که بیانیه عملی باید عملی شود، و فقط یک ایده نیست.

به یاد داشته باشید، حل برخی از این مشکلات به مفهوم نجات زندگی برخی از زنان خواهد بود. این ارزش هر تلاشی را دارد.

خلاصه کنید.

شما ممکن است که بخواهید مدل را با نشان دادن ویدئوی "گشودن دروازه‌ها به سوی زندگی" نتیجه‌گیری کنید. این ویدئو توضیح می‌دهد که چگونه "جاده منتهی به مرگ مادر" را می‌توان به "جاده منتهی به زندگی" تبدیل کرد.

دستورالعمل‌ها برای کار گروهی

شما نیاز دارید به:

- نمودار جاده منتهی به مرگ مادر.
- برگه ارزیابی: ارزیابی وضعیت مادری ایمن در جامعه _____
- یک نسخه از بیانیه مورد نظری که شما در اوایل این مدل ساخته‌اید.

۱. جامعه:

شما در مورد جامعه‌ای که در آن کار کرده‌اید فکر کنید. در مورد سوالات زیر بحث کنید:

- آیا شما هم در جامعه خود همان نوع مشکلات خانم X را دارید؟
- اگر چنین است، آیا راه‌های خروجی از جاده منتهی به مرگ مادران برای زنان آن جامعه وجود دارد؟

برگه ارزیابی را تکمیل کنید.

صادق، اما واقع‌بین باشید.

۲. بیانیه اهداف:

(الف) آیا بیانیه‌ای را که شما در جلسه ۳ ساخته‌اید آن را عملی کرده‌اید؟

- تا حدودی؟
- تا حد زیادی؟
- نه اصلاً؟

(ب) آیا در هر صورت نیاز به اصلاح بیانیه خود دارید؟

به یاد داشته باشید که آن باید واقع بینانه باشید. اگر شما نتوانسته‌اید آن را در عمل پیاده کنید یا در حد بسیار کم عملی کرده‌اید، موارد زیر را در نظر بگیرید:

- آیا این واقع بینانه است؟
- آیا مواردی وجود دارد که خارج از کنترل شما هستند (مانند امور مالی، مدیریت، قوانین)؟

اگر پاسخ بلی است، بحث کنید که چه کسی می‌تواند کمک کند و بهترین رویکرد شما چیست (به عنوان مثال مدیران، معلمان، وزارت / وزارت بهداشت، سایر سازمان‌های دولتی یا غیر دولتی)

آیا شما باید نامه‌ای رسمی در مورد پیشنهادات بنویسید؟

۳. بیانیه عملی:

بیانیه‌ای بنویسید که به ترویج مادری ایمن در جامعه‌ای که مسئولیت آن به عهده شماست کمک کند.

به عنوان مثال:

"این گروه تأکید دارد که مراقبت‌های مادری در جامعه برای مادری ایمن ضرورت دارد.

ما می‌خواهیم بیانیه خود را دوباره تأیید کنیم درباره _____
و خود را بیشتر متعهد به عمل زیر بکنیم:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

یک رهبر گروه و فردی را منصوب کنید که از طرف بقیه گروه گزارش بدهد را انتخاب کنید.

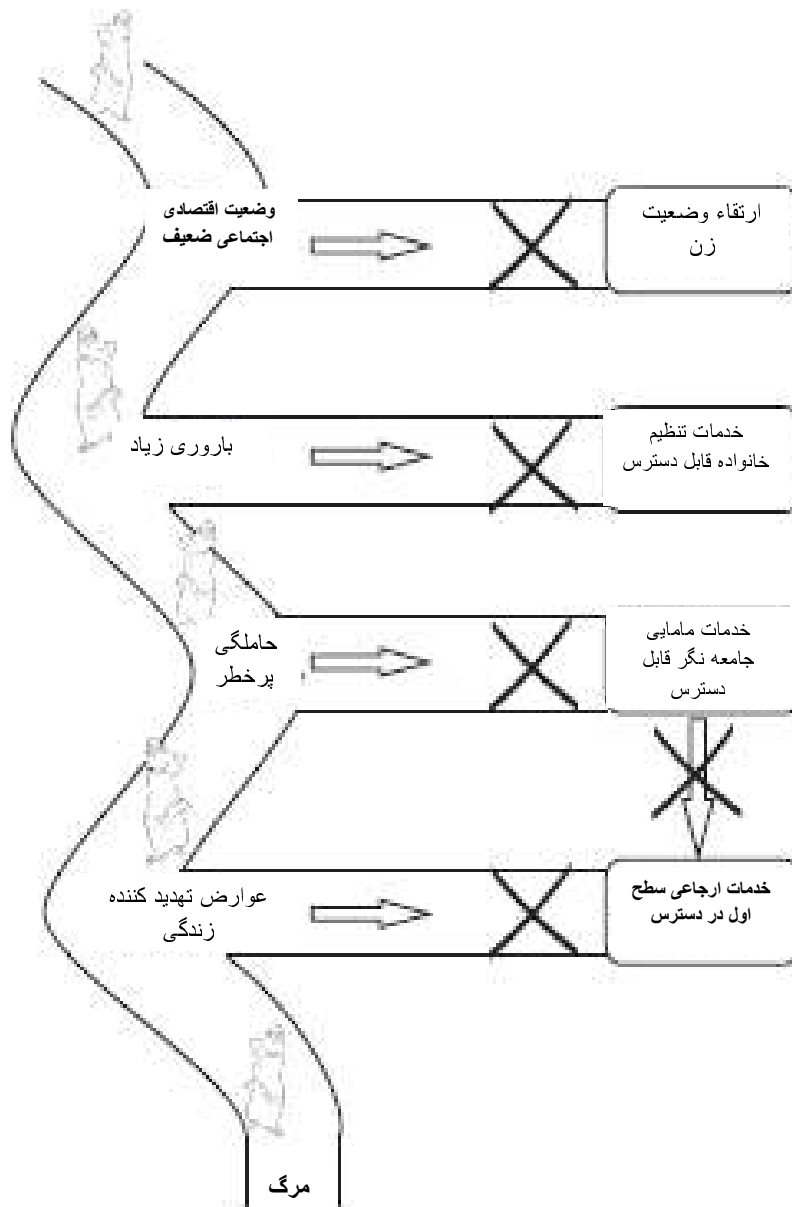
شما یک ساعت در گروه وقت دارید.

ارزیابی وضعیت مادری ایمن در جامعه
(مراجعه به نمودار جاده منتهی به مرگ مادر)

مشکل شناخته شده در "جاده منتهی به مرگ مادر"	• وجود ندارد • خروجی دارد	موجود است ولی شناسایی می شود • توسط سایر کارکنان • اعضای جامعه	نیاز به توجه است
۱. وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین (خروج مورد نیاز = ارتقا موقعیت زنان)			
۲. زاد و ولد بیش از حد (خروج مورد نیاز = خدمات تنظیم خانواده)			
۳. حاملگی پرخطر : (خروج مورد نیاز = خدمات مادری مبتنی بر جامعه در دسترس)			
۴. عوارض تهدید کننده زندگی (خروج مورد نیاز = خدمات ارجاعی سطح اول در دسترس)			

اگر کارکنان دیگری درگیر هستند، بحث کنید که چگونه شما می توانید با آنها همکاری کنید.

جاده منتهی به مرگ مادر



واژه نامه

چونکه این واژه نامه برای ۶ مدل تهیه شده، تمام واژه های زیر در این مدل یافت نمی شوند.

A

Abortion

واژه سقط به ختم حاملگی قبل از اینکه جنین قادر به زندگی خارج رحمی باشد اطلاق می گردد.

Complete abortion

سقط کامل به خروج همه محصولات حاملگی از رحم اطلاق می شود که اغلب قبل از هفته هشتم حاملگی اتفاق می افتد.

Incomplete abortion

سقط ناقص خروج نسبی (تعدادی) از محصولات حاملگی می‌باشد. همه یا قسمتی از جفت ممکن است در رحم باقی بماند که سبب خونریزی وسیع شود. معمولاً در سه ماهه دوم حاملگی اتفاق می‌افتد. خانم‌هایی که سقط عمدی یا خودبه خود داشتند اغلب به عنوان سقط ناکامل تشخیص داده می‌شوند و برای عوارض سقط نیاز به درمان اورژانسی پیدا می‌کنند.

Induced abortion

ختم حاملگی از طریق دخالت عمدی با هدف پایان حاملگی می‌باشد. سقط عمدی ممکن است در مراکز مراقبتی بهداشتی و تحت نظر قانون و دستورات سیاسی بهداشتی اتفاق بیفتد یا ممکن است دور از مراکز مراقبتی بهداشتی و به صورت غیر قانونی اتفاق بیفتد.

Inevitable abortion

سقط اجتناب ناپذیر شامل خونریزی واژینال، درد عضلات شکمی و دیلاتاسیون پیشرونده سرویکس با یا بدون پارگی غشاها می‌باشد. در این وضعیت ادامه حاملگی غیر ممکن است و در نهایت خروج محصولات حاملگی اتفاق خواهد افتاد.

Missed abortion

سقط فراموش شده زمانی اتفاق می‌افتد که جنین بمیرد و در داخل رحم باقی بماند. محصولات حاملگی مرده در نهایت خارج خواهند شد. گرچه ممکن است اختلالات انعقادی خون در مورد سقط‌های از دست رفته‌ای که بیش از ۶-۸ هفته در رحم باقی بمانند اتفاق بیفتد.

Septic abortion

سقطی که در ۲۲ هفته اول حاملگی به وسیله عفونت رحمی یا عفونت گسترش یافته ی مجرای ژنیتال ایجاد می‌شود که سبب تب، لرز، ترشحات بد بوی واژینال، درد لگن و سپتی سمی می‌شود. سقط‌های عفونی اغلب در مکان‌هایی اتفاق می‌افتند که از نظر امکانات و استاندارد ضعیف هستند.

Spontaneous abortion

به ختم حاملگی در افرادی اطلاق می‌شود که هیچ کار عمدی برای پایان دادن به حاملگی در نظر گرفته نشده باشد. سقط خودبخودی که بعنوان miscarriage نیز نامیده می‌شود نزدیک به ۱۰-۱۵٪ کل حاملگی‌های شناخته شده یا مورد انتظار را تشکیل می‌دهد.

Threatened abortion

تهدید به سقط شامل خونریزی واژینال با یا بدون دیلاتاسیون سرویکس می‌باشد. ممکن است علائم رفع شوند و بارداری موجود ادامه یابد. اگر علائم ادامه یابد ممکن است نتیجه بارداری ناچاراً سقط کامل یا ناقص خواهد بود.

Unsafe abortion

سقط غیر ایمن به ختم حاملگی توسط شخصی فاقد مهارت‌های ضروری یا در محیطی بدون حداقل استانداردهای مراقبتی یا هردو مورد باهم اطلاق می‌گردد.

Abscess

تجمع موضعی چرک در هر جایی از بدن که بعلت عفونت می باشد.

AIDS

سندرم نقص ایمنی اکتسابی

Amnion

بخش اعظمی از غشاهایی که جنین را در رحم در بر می گیرد و مایع آمنیون را تولید می کند و هم چنین آن را در بر می گیرد.

Amniotic fluid

این مایع توسط آمنیون تولید شده و در برگرفته شده است. در نیمه دوم حاملگی این مایع همچنین حاوی مایعاتی از کلیه ها و ریه های جنین می باشد. این مایع فضایی را برای رشد جنین فراهم می کند و در اواخر بارداری و زایمان، این مایع فشار ناشی از انقباضات وارده به جنین و دما را تنظیم می کند و همچنین بعضی مواد غذایی را برای جنین فراهم می کند.

Amniotic fluid embolism

این موقعیت نادر اما خطرناک به دلیل ورود مایع آمنیون به گردش خون مادری از طریق سینوسهای جفتی از محل جفت می باشد. احتمالاً در زایمان یا در دوره سریع بعد زایمان بدنبال انقباضات قوی اتفاق می افتد. علائم و نشانه ها شامل سیانوز، درد سینه، تنگی نفس، تغییر رنگ خون، دفع خلط، تشنج و کلاپس می باشد.

Amniotomy

پارگی جراحی غشاهای جنین برای القای زایمان

Anaemia

کاهش تعداد گلبولهای قرمز یا کاهش میزان هموگلوبین حاضر در آنها. آنمی می تواند به دلیل افزایش از دست دادن خون، یا به دلیل نخوردن مقادیر کافی از غذاهای غنی از آهن و اسید فولیک باشد. دلایل دیگر شامل افزایش لیز گلبولهای قرمز (مخصوصاً در مالاریا) یا نارسایی در ساختن آنها می باشد.

Analgesic

دارویی که برای کاهش درد تجویز می شود.

Aneurysm

کیسه ای که به دلیل گشادی شریان ایجاد می شود.

Anoxia

مرحله شروعی کاهش اکسیژن

Antepartum

قبل از زایمان

Antepartum haemorrhage

خونریزی از مجرای ژنیتال در هر زمان از هفته ۲۲ حاملگی تا قبل از تولد نوزاد را خونریزی قبل از زایمان می گویند. ۲ دلیل اصلی برای خونریزی قبل از زایمان وجود دارد که شامل جفت سر راهی و دکولمان جفت می باشد.

Anterior

موقعیتی در جلو یا در طرف مقابل جهت یابی شده است.

Antero posterior

از جلو تا عقب

Antibiotic

داروهایی از میکروارگانیسم های زنده که باکتری های پاتوژن را تخریب میکنند یا رشد آنها را مهار می کنند.

Antibody

پروتئینی که در بدن برای مقابله با میکروارگانیسم ها یا مواد خارجی که ممکن است وارد بدن شوند تهیه شده است. در بارداری آنتی بادی های مادر در موقعیت های ویژه ای از طریق جفت به جنین انتقال می یابند که در چند ماه اول زندگی به جنین در برابر بعضی از بیماریها، ایمنی غیرفعال می دهد.

Anticonvulsant drug

دارویی که تشنج را کنترل می کند.

Antihypertensive

دارویی که برای کاهش فشارخون تجویز می شود.

Antipyretic

دارویی که برای کاهش تب تجویز می شود.

Antiseptic

ماده‌ای که به وسیله کشتن باکتری‌های مخصوص روی پوست یا در بافت‌های بدن از عفونت جلوگیری می‌کند. مواد ضدعفونی شامل اسپری‌های جراحی، کلروهگزیدین و ید می‌باشد.

Annurria

هیچ ادراری در کلیه‌ها تولید نمی‌شود. این موقعیت پرخطر زندگی ممکن است با اورژانسه‌های زایمانی مثل وجود هموراژی، اکلامپسی و شوک سپتیک در ارتباط باشد.

Apex

مرتفع‌ترین موقعیت.

Apnoea

عدم تنفس

Aseptic technique or asepsis

روش‌های ضدعفونی به محافظه‌های امنیتی مخصوصی برمی‌گردد که برای کاهش باکتری‌های موجود در محیط مخصوصا در زایمان و عمل‌های جراحی به کار گرفته می‌شود.

Asphyxia

وضعیتی که در آن اکسیژن خون کاهش می‌یابد و دی‌اکسید کربن خون افزایش می‌یابد. اگر جنین هنگام تولد در تنفس کردن شکست بخورد از آسفکسی رنج می‌برد و نیاز حاد به احیا پیدا می‌کند.

Asymmetrical

شکل یا اندازه نامساوی دو ساختار طبیعی مشابه. لگن ممکن است در زمینه بیماری، آسیب و یا ضایعات مادرزادی به شکل نامتقارن دربیاید.

Atonic

فقدان قدرت انقباضی عضلات.

Atonic postpartum bleeding

خونریزی بعد از زایمان ناشی از آتونمی، به دلیل انقباضات ناکافی رحمی از محل جفت و در نتیجه عدم فشرده شدن رگهای خونی ایجاد شده و خونریزی غیر قابل کنترل می‌شود. هر موقعیتی که با انقباضات رحمی تداخل ایجاد می‌کند مثل باقی ماندن جفت در رحم، رحم را مستعد خونریزی ناشی از آتونمی خواهد کرد.

Augment

افزایش یافتن: در یک زایمان تقویت شده، ممکن است اکسی توسین برای افزایش انقباضات موثر استفاده شود به شرط اینکه پیشرفت آهسته باشد.

Avoidable factors

فاکتورهایی که سبب مرگ مادر در مکان هایی می شوند که به دور از استانداردهای کلی پذیرفته شده مراقبتی هستند یا بر آنها تأثیر می گذارند.

Axilla

زیر بغل

B

Bacteria

از نظر میکروسکوپی ارگانیسم های بدون سلولی هستند که اگر پاتوژن باشند می توانند باعث بیماری شوند. آنها به سرعت تولید مثل می کنند و می توانند به سرعت در بدن افزایش یابند.

Bacteriuria

وجود باکتری در ادرار

Bandl's ring

ناحیه ای بین سگمان فوقانی و تحتانی رحم که در هنگام زایمان انسدادی قابل مشاهده و قابل لمس هست که به دلیل افزایش ضخامت بیش از حد سگمان فوقانی و نازک شدن سگمان تحتانی هست و نشانه ای از پارگی قریب الوقوع رحم هست.

Bartholin's glands

دو غده کوچک تولید کننده موکوس هستند که هر کدام در طرفین سوراخ واژن قرار دارند.

Bimanual compression of uterus

مانوری برای جلوگیری از خونریزی شدید بعد از زایمان، بعد از خروج جفت بدلیل آتونی رحمی انجام می شود. دست راست به شکل یک مشت بسته در فورنیکس قدامی واژن قرار می گیرد. دست چپ بطور عمیق بر روی شکم به منظور فشار در برابر دیواره خلفی رحم فشرده می شود. فشار تا زمانی که خونریزی کنترل شود ادامه می یابد.

Bolus

یک دوز داروئی آماده که همه اش به یکباره تزریق می شود.

Broad ligament

دو چین پریتونئوم که بر روی رحم کشیده شده که به کناره های دیواره لگن کشیده می شود و به نگهداشتن رحم در موقعیتش کمک می کند. این چین ها هم چنین لوله های رحمی و پارامتریوم، رگهای خونی و اعصاب را در بر می گیرد.

C

Capsular decidua

دسیدوای کپسولی که بخشی از دسیدوا هست که بر روی پردهای جنینی در طول ۱۲ هفته اول حاملگی کشیده شده است.

Caput succedaneum

تورم اسکالپ جنین که به خاطر فشار سرویکس می باشد. آماس ممکن است در زایمان انسدادی بزرگ شود.

Cavity

یک مکان فشرده شده یا حفره ای در بدن.

Cephalic presentation

سر جنین (یعنی سفال) در قطب تحتانی رحم قرار می گیرد.

Cephalopelvic disproportion

عدم تناسب بین سر جنین و لگن که قرار است سر جنین از آن رد شود، که ممکن است به دلیل بزرگی سر جنین یا آنومالی هایی در شکل لگن یا بزرگی یا آنومالی جنین باشد.

Cerebral haemorrhage

خونریزی در مغز که به دلیل پارگی رگهای خونی می باشد.

Cerebrospinal fluid

مایعی که داخل طناب مغزی و نخاعی قرار گرفته است.

Cervical os

سوراخ داخلی بین سرویکس و سگمان تحتانی رحم باز می شود و سوراخ خارجی به ناحیه ای بین واژن و سرویکس باز می شود. بعد از افاسمان (نرم شدگی) سرویکس در زایمان فقط یک سوراخ بین واژن و سگمان تحتانی رحم وجود دارد.

Chorioamnionitis

عفونت پرده هایی که جنین را در رحم می پوشانند.

Chorion

بیرونی ترین غشایی که جنین را در رحم می پوشاند .

Chronic

مزمن بودن یا ادامه داشتن

Circulatory overload

افزایش حجم خون در گردش میباشد که این امر ممکن است در موارد زیاد انفوزیون داخل وریدی مایعات رخ دهد و به علت تجمع مایع در ریه ها سبب مشکلات تنفسی و نارسایی قلبی شود.

Coagulation

شکلی از لخته خون

Coagulation failure

اختلال در سیستم انعقادی که به خاطر تشکیل گسترده لخته در مویرگها ایجاد می شود. و در نهایت به خاطر تخلیه تمام فاکتورهای انعقادی، خونریزی رخ می دهد. این حوادث در نتیجه آسیب های ایسکمیک در درون اعضاء بدن ایجاد می شوند و در صورت عدم درمان فوری منجر به مرگ خواهند شد. برخی از شرایط خاص با تولید فاکتورهای ایجاد کننده لخته باعث بدتر شدن شرایط می شوند که از جمله آنها می توان به دکولمان جفت، پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی، باقی ماندن جنین مرده پس از چند هفته، آمبولی مایع آمنیوتیک و برخی از عفونت های بسیار شدید اشاره کرد.

Coccyx

استخوان کوچک در انتهای استخوان خاجی می باشد، که توسط چهار مهره به هم چسبیده تشکیل شده است. مفصل متحرکی با استخوان خاجی تشکیل داده و در طول زایمان واژینال با حرکت به عقب سبب افزایش اندازه خروجی لگن می شود.

Coma

حالتی از بیهوشی که شخص در این حالت نمی تواند تحریک شود و گفته می شود که این فرد در حالت اغما و بی هوشی می باشد.

Contraction (of pelvis)

کاهش اندازه

Cortical necrosis

مرگ در قسمت بیرونی بخشی از یک عضو (به عنوان مثال کلیه).

Crepitations

صدای خشک و خشن

Cross-matching (of blood)

آزمونی که برای اطمینان از سازگاری خون دهنده و گیرنده قبل از انتقال خون انجام می گیرد.

Crowning

لحظه ای در طول تولد که وسیع ترین قطر نمایش داده شده جمجمه جنین، دهانه واژن را متسع می کند و سر در فاصله بین انقباضات به عقب می رود.

Cubital fossa

حفره ای در قسمتی از بازو که در مقابل آرنج است.

Cyanosis

تغییر رنگ پوست و غشاهای مخاطی به آبی به علت نبود اکسیژن در بافت ها.

Cystitis

عفونت مثانه

D

Decidua

نامی که به آندومتر (لایه داخلی) رحم باردار داده می شود. بخشی از دسیدوا که در زیر جفت می باشد دسیدوا بازالیس نام دارد. بخشی که همه جای رحم را در بر میگیرد دسیدوا ورا یا احشایی نام دارد.

Deep vein thrombosis

تشکیل ترومبوز (لخته) در وریدهای عمقی، که اغلب در اندام تحتانی یا لگن ایجاد می شود. این وضعیت باعث درد و تورم هنگام راه رفتن می شود. اگر لخته خود را از دیواره رگ جدا کند ممکن است از طریق جریان خون به قلب یا ریه ها منتقل شده و در اثر عدم احیای فوری و موفق، باعث کلاپسه شدن آن ها و مرگ شود.

Deficiency

کاهش یا کمبود

Deflexed (head)

باز شدن سر در برابر خم شدن سر با چانه و سینه. این حالت درپوزیشن هایی که اکسی پوت خلفی هستند ایجاد می شود و می تواند سبب زایمان طول کشیده شود چون بزرگترین قطر سرجین که نمایش داده شده است باید از لگن عبور کند.

Deformity

بدشکلی در ساختارهای بدن،

Dehydration

حالتی که به خاطر از دست دادن بیش از اندازه مایعات بدن یا ناکافی بودن مایعات دریافتی بدن می باشد. نشانه های دهیدراتاسیون شامل: خشکی دهان، تشنگی، چشمان گود رفته، برگشت آرام پوست و کاهش برونده ادراری است.

Delirium

حالتی از اختلالات ذهنی میباشد که با سخنان بی ربط، توهم و هیجان و معمولاً در اثر تب بالا رخ می دهد.

Diameter

یک خط راستی که از مرکز یک دایره و یا کره عبور می کند. تعداد اقطار لگن و مجسمه جنین و روشهای مناسب اندازه گیری شرح داده شده است.

Differential diagnosis

تصمیم گیری در شرایطی است که بیش از یک علت، مسئول ایجاد علائم و نشانه های بیماری مورد نظر است.

Direct obstetric death

مرگ زنان به علت عوارض بارداری (یعنی بارداری، زایمان و پس از زایمان) ناشی از مداخلات، کم کاری ها، ویا درمان نادرست، و یا زنجیره ای از حوادث که در اثر هر یک از موارد فوق اتفاق می افتد.

Disseminated intravascular Coagulation

اختلال در سیستم انعقادی که بوسیله موقعیت های خاص ایجاد می شود (به عنوان مثال شوک سپتیک یا خونریزی، اکلامپسی) و مشخصه آن خونریزی کلی هست. (به شکست انعقاد نگاه کنید).

Distended

متسع شدن

Distortion

حالتی متفاوت از شکل طبیعی

Diuresis

افزایش حجم ادراری

Diuretic

دارویی که حجم ادرار را افزایش می دهد.

Dorsal position

دراز کشیدن به پشت

Drowsy

نیمه خوابیده، چرت زدن.

Dysentery

عفونت در روده به علت باکتری ها یا انگلها، که سبب درد در شکم و دفع مکرر مدفوع حاوی خون، چرک یا موکوسی می شود.

E

Eclampsia

یک موقعیت عجیب در زن حامله یا تازه زایمان کرده می باشد که با تشنج مشخص می شود و در نهایت منجر به کما می شود. این دسته از خانم ها معمولاً دارای فشار خون بالا و پروتئین اوری هستند. حملات تشنجی ممکن است قبل، حین و یا بعد از زایمان ایجاد شوند.

Emparithy

آگاهی احساسی و عقلانی یا روحی و عقلانی و درک احساسات و تفکر شخص دیگر به خصوص آن احساساتی که مشوش کننده یا ناراحت کننده هستند.

Endocarditis

تورم غشاهایی که داخل حفره قلب قرار گرفته اند.

Endometritis

عفونت اندومتر که داخل حفره رحم قرار گرفته است.

Endometrium

اندومتر داخلی ترین لایه رحم می باشد.

Engorged breasts

احتباس دردناک مواد مترشح از پستان ها که اغلب با التهاب لنفها و استاز وریدها (اختلال در جریان خون وریدی) و ادم همراه است. در ابتدای دوران شیردهی تغذیه متناوب نوزاد از سینه مادر و اطمینان از موقعیت صحیح قرار گیری بچه در سینه (پوزیشن صحیح شیردهی) به کاهش این حالت کمک می کند.

Epigastric

ناحیه وسطی نیمه فوقانی شکم

Episiotomy

برشی در ناحیه پرینه که درست قبل از خروج تاج سر ایجاد می شود تا اینکه زایمان را راحت و آسان تر کند. این عمل نباید بطور روتین مورد استفاده قرار گیرد. بلکه فقط باید برای تسریع زایمانهای دچار دیسترس جنینی، و قبل از زایمانهای واژینال مشکل دار مثل بریچ، دیستوشی شانه و زایمان جنین های پره ترم باید استفاده شود تا فشار بر جمجمه نرم جنین کاهش یابد تا بدین وسیله خطر آسیب های مغزی کاهش یابد.

Essential hypertension

افزایش فشار خون بدون دلیل آشکار و واضح

Expansile

قادر به کش آمدن و دراز شدن؛ متسع شدن

Extend the knee

صاف و دراز کردن ساق پا

Extension (head)

دراز شدن، این حالت برعکس خم شدن (فلکسیون) می باشد که این واژه برای توصیف مکانیسمی که سر جنین بوسیله آن متولد می شود بکار می رود. عبارت دیگر سر بعد از اینکه فلکسیون می یابد اکستانسیون می یابد تا پیشانی و چانه بتوانند خارج شوند.

External

موقعیتی در بیرون یا خارج

F

False labour

انقباضات دردناک رحمی که با دیلاتاسیون (گشادشدگی) و افاسمان (نرم شدگی) رحم همراه نیست. این انقباضات اغلب نامنظم هستند و بطور خودبخود بعد از چند ساعت متوقف می شوند.

Fatal

کشنده مرگبار

Fetal sac

کیسه ای که جنین را در بر می گیرد

Feto-maternal transfusion

عبور خون جنینی از طریق جفت به داخل گردش خون مادر.

Fibroids

تومور خوش خیم میومتر (عضله رحم).

Fistula

عبورگاه و یا ارتباط غیر طبیعی بین دو ارگان ، به عنوان مثال، مثانه و واژن، یعنی فیستول مثانه ای واژنی، یا واژن و مقعد؛ فیستول رکتومی واژنی ایجاد می شود. این یک عارضه جدی ناشی از زایمان متوقف شده است که سبب بی اختیاری ادراری یا مدفوعی میشود و معمولاً نیاز به درمان از طریق جراحی پیدا می کند.

Flexed

خم شده به جلو.

Flexible

انعطاف پذیر، یعنی به راحتی خم شدن.

Flexion (head)

خم شدن سر

Fluctuating

با توجه به محتوای مایع (به عنوان مثال، چرک در آبسه) در هنگام لمس کردن احساسی از حرکت موج مانند می دهد.

Foaming

مجموعه ای از حباب های کوچک در مایع که با تحریک تشکیل کف می دهند. در زمان مناسب با توجه به بزاق و مخاط در دهان حباب تشکیل میشود.

Fontanelle

فضایی غشایی بر سر بچه که در آن دو یا چند سوچور به همدیگر می رسند. که اغلب نقاط نرم نامیده می شوند. فونتائل قدامی ناحیه ای غشایی لوزی شکل در قسمت جلوی سر می باشد که در اثر اتصال ۴ سوچور ایجاد می شود. فونتائل خلفی فضای مثلی کوچکی غشایی هست که بر روی بخشی از پشت سر در محل اتصال ۳ سوچور دیده می شود.

Fundus

قسمت گرد فوقانی رحم، که در بالای محل اتصال لوله های فالوپ قرار گرفته است.

G

Genital mutilation

یک عمل جراحی قدیمی می باشد که همه یابخشی از ژنیتال خارجی خانم بریده می شود. در حادترین موارد ، به نام "infibulation"، دو قسمت ولو با ایجاد یک سوراخ کوچک به هم بخیه زده می شود.

Genital tract

مسیر تشکیل شده توسط اندام های تناسلی از جمله لوله های رحم ، رحم، گردن رحم، مهبل (واژن)، فرج است

“Gishiri” cut

ورزش های سنتی در میان مردم هوسای نیجریه که به منظور تسهیل زایمان هنگامی که متوقف شده است و به موجب آن مهبل (واژن) قطع میشود انجام می شود.

Glycosuria

وجود گلوکوز (قند) در ادرار

Grand mal epilepsy

صرع شدید که به دنبال آن از دست دادن هوشیاری اتفاق می افتد.

Grand multiparity

یک زن است که پنج کودک یا بیشتر بدنیا آورده است.

Groin

منطقه سیناپسی بین شکم و ران

Grouping (of blood)

تعیین گروه خونی (A، B، O، AB).

H

Haematemesis

استفراغ خونی.

Haematocrit

درصد حجم سلولهای قرمز در یک نمونه خون. اندازه گیری هماتوکریت خون توسط سانتریفوژ نمونه خون (چرخش خیلی سریع نمونه خون در دستگاه) اندازه گیری می شود.

Haematoma

احتباس موضعی یک بافت یا ارگان از خون که باعث تراوش خون از رگ خونی در آن ارگان ایجاد می شود.

Haemoglobin

ماده ای در گلبولهای قرمز که اکسیژن را از ریه به بافتها انتقال می دهد.

Haemoglobinopathies

اختلالاتی از خون که به علت شکل های غیر معمول هموگلوبین (مخصوصاً آنمی داسی شکل، تالاسمی) ایجاد می شود. در این وضعیت آنمی شدید ایجاد می شود.

Haemolytic anemia

آنمی که به علت تخریب گلبولهای قرمز مثلاً در مالاریا اتفاق افتاده باشد. بیماری همولیتیک ممکن است در نوزادان تازه متولد شده نیز به علت ناسازگاری های رزوس ایجاد شده باشد ممکن است این نوزادان نیاز به تعویض خون بعد از تولد پیدا کنند.

Haemorrhage

خونریزی شدید از رگ گسسته یا پاره شده که ممکن است در داخل یا خارج بدن اتفاق بیفتد.

Hemiplegia

فلج شدن یک طرف بدن (از کار افتادگی بخشی از بدن)

HIV

ویروس نقص ایمنی انسان

Hollow(of the sacrom)

تورفتگی سطح قدامی ساکروم

Humerus

استخوانی که از شانه تا آرنج گسترش یافته است.

Hydatidiform mole

یک حاملگی غیر معمول که در نتیجه توده ای از خوشه های شبیه انگور ایجاد می شود. در چنین وضعیتی نیاز به ختم حاملگی هست و هم پیگیری های بعدی به خاطر کارسینومای مزمن در حال تکامل ضروری هست.

Hydration

جذب کردن یا ترکیب شدن با آب

Hydrocephalus

موقعیتی که بوسیله احتباس مایع مغزی نخاعی در داخل بطن های مغزی مشخص می شود. بچه ای که هیدروسفالوس دارد سر بزرگ و پیشانی برآمده دارد. در موارد حاد قادر به زندگی نمی باشند اما موارد خفیف توسط جراحی قابل درمان می باشند در جراحی مایع مغزی نخاعی اضافی به داخل جریان خون هدایت می شوند.

Hyperemesis gravidarum

استفراغ بیش از حد در دوران حاملگی سبب دهیدراتاسیون (از دست دادن آب بدن) و کتوز (تجمع مواد کتون در بدن) می شود اگر این خانم سریعاً و بطور مناسب و صحیح درمان نشود حالش بدتر خواهد شد و آسیب های کبدی و کلیوی ممکن است سبب کما و مرگ شود.

Hypertension

افزایش فشار خون

Hypertonic

افزایش بیش از حد تون. انقباضات هایپرتونیک رحم، غیر طبیعی و شدیداً دردناک با فاصله ای کوتاه بین آنها می باشند که معمولاً سبب دیسترس جنینی و در نتیجه پارگی رحم می شود. انقباضات هایپرتون رحمی اغلب با زایمان طول کشیده (بتاخیر افتاده) و زایمان مشکل، یا استفاده بیش از حد از داروهای اکسی توسیک برای تقویت و یا القای زایمان مرتبط می باشد.

Hyponatraemia

کاهش سدیم (نمک) محلول در خون

Hypovolaemia

کاهش غیر طبیعی حجم خون در گردش در بدن که معمولاً به علت از دست دادن حجم زیادی از خون مخصوصاً در هموراژی ایجاد می شود.

Hypoxia

کاهش ذخیره اکسیژن برای بافتهای بدن .



Idiopathic

بدون هیچ علت شناخته شده.

Idiopathic thrombocytopenia purpura

حالتی از علت ناشناخته که بوسیله کاهش تعداد پلاکتهای خون که سبب عدم تشکیل صحیح لخته خونی می شود مشخص می شود.

Imminent

فوری ، سریع ، به زودی اتفاق افتادن.

Incision

یک برش جراحی

Indirect obstetric death

مرگ غیر مستقیم مادری، مرگی هست که به خاطر آن دسته از بیماری های مادر که قبل از بارداری وجود داشتند یا آن دسته از بیماری هایی که در حاملگی پیشرفت کردند و یا هر عاملی که بطور مستقیم به علل زایمانی مرتبط نیست و یا هر عاملی که به خاطر اثرات فیزیولوژیک بارداری بدتر شده است اتفاق افتاده باشد.

Induced labour

زایمانی که بطور مصنوعی توسط استفاده از داروهای اکسی توسیک یا پارگی پردها ایجاد می شود.

Infarct

یک ناحیه نکروزه یا بافت مرده در یک ارگان که بوسیله ایسکمی موضعی (کمبود ذخیره خونی) ایجاد می شود. انفارکتوس جفت ممکن است در موارد هیپرتانسیون حاملگی دیده شود.

Infertility

وجود مشکل یا ناتوانی در باردار شدن ، ناباروری

Infiltration (of local anaesthetic)

روشی از انجام بی حسی موضعی به داخل بافتها می باشد. قبل از انجام اپی زیوتومی انفیلتراسیون پیرینه انجام می شود.

Internal

در سمت داخل

Intrapartum

حین تولد بچه اتفاق افتادن.

Intraperitoneal

داخل حفره پریتون یا صفاق

Intrauterian death

مرگ داخل رحمی جنین

Intrauterine growth retardation (IUGR)

عقب ماندگی رشد جنین در داخل رحم که علت آن همیشه شناخته شده نمی باشد. اما احتمال بیشتری وجود دارد که در موارد سوءتغذیه، آنمی، پره اکلامپسی، مالاریا، توبرکلوزیس (سل)، و هم چنین در خانم های سیگاری دیده شود.

Involution of the uterus

رحم بعد زایمان به اندازه طبیعی برمی گردد پیچش رحم بوسیله اتولیز (ریزش سلولها) و ایسکمی (کاهش ذخایر خونی) و افزایش فیبرها ایجاد می شود. برگشتن رحم به اندازه طبیعی بلافاصله بعد از تولد شروع می شود و تا ۶ هفته بعد کامل می شود.

Ischial spines

۲ برجستگی کوچک لگن که به داخل حفره لگن برجسته شده و در معاینه واژینال می تواند در کنار ه های لگن احساس شود.

Isthmus

یک راه ارتباطی باریک بین تنه و گردن رحم.

K

Ketoacidosis

حالتی از عدم تعادل الکترولیتی که با کتوز و کاهش pH مشخص می شود. اگر خانم در حین زایمان دهیدراته و کتونیک شود ممکن است کتواسیدی شود. خانم دچار کتوز در حین تنفس خودش رایحه شیرین یا میوه استشمام می کند. درمان کتوز، دادن مایعات کافی و کربوهیدرات به خانم می باشد.

Ketonuria

حضور اجسام کتونی در ادرار.

Kyphosis

افزایش غیرطبیعی در تحدب منحنی ستون فقرات در ناحیه سینه که از کنار دیده می شود.



Laparotomy

انسوزیون (برش) از دیواره رحم به داخل حفره صفاقی.

Lateral

طرف کنار

Leukopenia

کاهش غیر طبیعی در تعداد گلبولهای سفید که به خاطر مقابله با عفونتها می باشد.

Liquor

واژه ای دیگر برای مایع آمنیون

Lithotomy poles

دسته‌های لیتوتومی که به کناره‌های تخت زایمان یا میز زایمان وصل هستند و بندهایی دارند که پاهای خانم را در حین انجام پروسه‌های خاصی بر روی ناحیه ژنیتال بعنوان مثال در واکيوم خروجی و بخیه بر روی ناحیه پرینه حمایت می‌کنند.

Lithotomy position

خانم به پشت دراز می‌کشد و پاهایش جدا از هم قرار می‌گیرند و توسط بندهایی که از دسته‌های لیتوتومی آویزان هستند حمایت می‌شوند.

Lochia

ترشحات رحم بعد از تولد بچه می‌باشد. این ترشحات شامل خون، عضله، تکه‌هایی از دسیدوا و سایر مواد زائد رحم می‌باشد. در طول ۲-۳ روز اول بعد از تولد بخش اعظم ترشحات شامل خون می‌باشد سپس ترشحات از رنگ صورتی به قهوه‌ای تبدیل می‌شوند که شامل مایع سروزی می‌باشد این ترشحات ۲-۳ هفته بعد از تولد بچه طول می‌کشد. وجود گلبولهای قرمز و ترشحات بیش از حد ممکن است با باقی ماندن مصولات حاملگی در رحم در ارتباط باشد ترشحات بدبو نیز نشانه عفونت می‌باشد.

Lion

بخشی از پشت بدن که بین سینه و لگن می‌باشد.

Lumber puncture

پروسه ای هست که یک سوزن توخالی به فضای ساب آراکنوئید که در بین مهره های سوم و چهارم کمری می باشند وارد می کنند تا نمونه ای از مایع مغزی نخاعی را برای معاینه و اندازه گیری فشار داخل مایع بدست آورند. هم چنین برای بی حسی نخاعی ممکن است از این پروسه استفاده شود.

M

Malar bones

استخوان های گونه

Malnutrition

تغذیه ناکافی که در نتیجه یک رژیم غذایی فقیر یا به خاطر متابولیسم معیوبی می باشد که از استفاده صحیح بدن از مواد غذایی جلوگیری می کند. ضعف جسمی، کاهش سطح هوشیاری و حالتی از جدایی از واقعیت نشانه هایی از سوء تغذیه هستند.

Marginal

خط کناری، حاشیه ای

Mastitis

عفونت پستان ها می باشد. یک ناحیه از سینه حساس و قرمز و گرم می شود و این خانم عموماً احساس خوبی ندارد. این عفونت با آنتی بیوتیک به خوبی درمان می شود اما اگر در مان نشود ممکن است منجر به آبسه پستان شود.

Mastoiditis

عفونت استخوان پشت گوش می باشد. عفونت ماستوئید می تواند ترکیبی از اوتیت چند جانبه (عفونت گوش میانی) باشد.

Meconium

ماده ای به رنگ سبز تیره که در روده جنین فول ترم موجود می باشد. مکنونیوم شامل رنگ صفر، نمک، موکوس، سلولهای اپی تللیال و مقداری مایع آمینون می باشد و اولین مدفوع دفع شده جنین می باشد و برای یک یا دو روز ادامه می یابد. گاهی اوقات به داخل رحم دفع می شود که ممکن است نشان از دیسترس جنین باشد.

Median

موقعیتی در قسمت داخل بدن یا یک ساختار وریدی که در حفره میانی آرنج قرار گرفته است.

Medical audit

معاینه official از یادداشت های پزشکی

Meningitis

عفونت غشاهایی که مغز را در بر گرفته اند.

Mental retardation

تاخیر تکامل عقلی

Mento vertical diameter

فاصله بین چانه و ورتکس (بالاترین نقطه سر)

Mid-biceps

نیمه پایین عضله دو سر(عضله داخلی در بالای بازو).

Monoplegia

فلج شدن یکی از اندام ها (بازو یا ساق پا)

Moulding(of the fetal head)

روی هم قرار گرفتن لبه های استخوان های جمجمه در سوچورها و فوتانل ها برای تطابق سر جهت رد شدن از لگن. قطر نمایش داده شده کاهش می یابد و قطر در زوایای راست افزایش خواهد یافت. در صورت مولدینگ بیش از حد (مخصوصاً در زایمان های متوقف شده) در جهت یابی اشتباه به خاطر پرزانتاسیون و پوزیشن نامطلوب و مولدینگ خیلی سریع خطر خونریزی داخل مغزی وجود دارد.

Multipara

خانمی که بیش از یک فرزند زنده بدنیا آورده است.

Multiple pregnancies

یک حاملگی که بیش از یک جنین دارد مثل حاملگی های دو قلویی یا چند قلوها.

Myometrium

لایه عضلانی رحم

N

Nape

پشت گردن

Necrosis

مرگ بافتها

Normal sline

محلولی از سدیم کلرید ۹٪ که ممکن است در یک انفوزیون وریدی داده شود.

Nullipara

زنی که هیچ بچه دارای قابلیت حیات را بدنیا نیاورده است.

O

Obesity

چربی اضافی بدن. وزن بدست آمده بیش از میزانی هست که با قد و سن و استخوان بندی متناسب باشد.

زن چاق در حاملگی در معرض خطرهای بیشتری مثل افزایش فشار خون می باشد.

Oblique

اریب، کج، مورب.

Obstructed labour

زایمانی که به خاطر عوامل مکانیکی پیشرفتش متوقف شده است و تولد نوزاد بدون مداخله جراحی غیر ممکن است.

Occipitto frontal diameter

فاصله بین پل بینی و برجستگی اکسی پوتال می باشد (به عبارت دیگر برجستگی که می تواند در پشت سر در استخوان اکسی پوتال لمس شود) هنگامی که سر فلکسیون پیدا نکرده است این قطر نمایش داده می شود و ۱۱.۵ cm اندازه گیری می شود.

Occiput

ناحیه ای از سر که برای اتصال به گردن زیر فونتانل خلفی قرار می گیرد.

Oedema

مایع اضافی در بدن می باشد که سبب افزایش وزن و افزایش فشار در حفره ها می شود. معمولاً در حاملگی بر پاها و مچ پا اثر می گذارد اما ممکن است ژنرالیزه باشد و بر دستها و صورت نیز اثر بگذارد.

از مدت ها قبل ادم نشانه پره اکلامپسی نیست به خاطر اینکه ادم در اکثر حاملگی ها شایع می باشد.

Offensive

استشمام بوی بسیار بد

Oliguria

کاهش دفع ادرار می باشد. ممکن است با نقص عملکرد کلیه در ارتباط باشد که از عوارض جدی هموراژی، پره اکلامپسی، اکلامپسی و شوک سپتیک باشد.

Os

یک دریچه

یک استخوان

Osteomalacia

نرمی استخوان در بالغین می باشد که ممکن است به علت کاهش تراکم ویتامین D می باشد که سبب درد ناک شدن قسمت های نرم استخوان می باشد.

Otitis media

عفونت گوش میانی می باشد که معمولاً از عوارض عفونت مجرای تنفسی فوقانی می باشد. تب و درد گوش از نشانه های آن می باشند.

Oxygen

گازی بی رنگ و بی بو هست که برای زندگی ضروری هست و ۲۱٪ از اتمسفر را تشکیل میدهد و هنگام تنفس به داخل ریه ها کشیده می شود سپس در خون حرکت می کند و به همه بافت های بدن اکسیژن رسانی می کند. کمبود اکسیژن (هیپوکسی) سبب سیانوز و کیودی رنگ غشاهای مخاطی می شود اما نبود اکسیژن (آنوکسی) سبب مرگ می شود که شایع ترین علت مرگ پری ناتال می باشد.

Oxytotic

واژه ای که برای همه داروهای تحریک کننده انقباضات رحمی به منظور القا یا تسریع لیبر و یا برای پیشگیری از خونریزی های پس از زایمان اطلاق می شود.

P

Parametritis

عفونت پارامتریوم

Parametrium

بافت همبند اطراف بخش تحتانی رحم می باشد که فضای بین رحم و ارگان های مربوطه را پر می کند.

Parity

تعداد فرزندان دارای قابلیت حیاتی که یک خانم بدنیا آورده است.

Partograph

ثبت همه مشاهدات بالینی در خانمی که در حین زایمان است، می باشد. مهم ترین ویژگی در ثبت پارتوگراف ارزیابی دیلاتاسیون سرویکس و نزول سر بچه می باشد. پارتوگراف یک خط **هشدار و اقدام** دارد که اگر قطع شود نشان می دهد که زایمان خیلی آرامتر از حد معمول پیشرفت می کند و نیازمند مداخله هست.

Patella

استخوانی که در مقابل زانو قرار گرفته و کاسه زانو را تشکیل می دهد.

Pathogenic

علت یا میکروارگانسمی که سبب بیماری می شود مخصوصاً باکتریه های پاتوژن.

Pelvic brim (or inlet)

ورودی لگن اولین قسمت لگن حقیقی می باشد که توسط جنین طی می شود. بطور کلی اگر سر جنین قادر به عبور از ورودی لگن باشد باید بتواند از بقیه لگن نیز عبور کند.

Pelvic inflammatory disease (PID)

عفونت ارگانه‌های تناسلی (رحم، لوله‌های رحم، تخمدان‌ها، پارامتریوم) می‌باشد. این عفونت ممکن است به دنبال زایمان یا سقط بوجود آید یا ممکن است عفونت ثانویه یا عفونت‌های دیگر مجرای ژنیتال یا شکم باشد یا عفونتی باشد که در خون بوجود آمده است مثل توبرکلوزیس. نشانه‌های عفونت شامل: درد ناحیه پایین شکم، تب و ترشحات واژینال می‌باشد. ممکن است لوله‌های فالوپ مسدود شوند و به ناباروری ثانویه منجر شود مگر اینکه از همان ابتدا با آنتی بیوتیک‌ها بطور موثر درمان شوند. این حالت ممکن است مزمن باشد.

Pelvic outlet

استخوان لوزی شکلی که جنین هنگام تولد از آن عبور می‌کند.

Pericarditis

عفونت کیسه‌ای که قلب را احاطه کرده است (پری کاردیوم).

Perimetrium

خارجی‌ترین لایه رحم می‌باشد که روی رحم را مثل یک صفحه می‌پوشاند و به دیواره‌های کناری لگن به شکل یک لیگامان پهن گسترش می‌یابد.

Perinatal

حول و حوش تولد

Perinneum

ناحیه‌ای که از قوس پوبیس تا کوکسیکس و بافتهای زیرین گسترده شده است. در زایمان جسم پرینه هرم فیبرو ماسکولاری است که بین یک سوم تحتانی واژن در قدام و خارهای ایسکیال در طرفین قرار دارد. که حین تولد بچه نازک و کشیده و در بعضی موارد پاره می‌شود.

Peritoneal cavity

فضایی که در ارتباط با اعضای داخلی شکم می‌باشد.

Peritoneum

غشایی که ارگانه‌های داخل شکمی را می‌پوشاند و شکم و حفره لگن را آستر می‌کند.

Peritoneum parietal

صفاقی که بر روی شکم و حفره لگنی گسترده شده است.

Peritoneum visceral

صفاقی که اعضای شکمی را می‌پوشاند و آنها را در موقعیت شان نگه می‌دارد.

Perritonitis

عفونت پریتونئوم (صفاق)

Persistent occipital posterior

عضو نمایشی جنین اکسی پوت (پشت سر) می‌باشد که به طرف پشت لگن مادر جهت‌یابی شده است. معمولاً سر خم می‌شود و به یک موقعیت قدامی چرخش می‌کند اما نمایش اکسی پوت خلفی موقعیتی هست که مانع چرخش سر بچه می‌شود و بچه به دنیا آمده صورتش بطرف پوبیس است. لیبر در این موارد اغلب خیلی مشکل است. زیرا بزرگترین قطر سر جنین باید از لگن عبور کند. در نتیجه انقباضات کمتر موثر هستند، دیلاتاسیون سرویکس آهسته بوده و نزول سر جنین با تأخیر صورت می‌گیرد و آسیب مادر و جنین شایع است.

Photophobia

ترس از نور وقتی م‌باشد که نور چشم را اذیت کند.

Physical disability

یک مشکل فیزیکی که توانایی شخص را برای مشارکت در یک زندگی نرمال محدود می‌کند.

Pivot

چرخیدن یا محکم کردن در یک نکته مرکزی

Placenta praevia

قرارگیری غیر طبیعی جفت در قسمت تحتانی رحم که سبب می‌شود دهانه رحم بطور کامل یا نسبی توسط جفت پوشیده شود (دهانه رحم بین رحم و سرویکس باز می‌شود). کشیده شدن سگمان تحتانی رحم در سه ماهه سوم سبب جدایی جفت از دیواره رحم می‌شود و سبب خونریزی‌های واژنی که معمولاً بدون درد هستند می‌شود. خطر خونریزی شدید در اواخر حاملگی برای این خانم وجود خواهد داشت.

Placenta abruption

جدایی قبل از موعد جفت از محل لانه‌گزینی نرمال که سگمان فوقانی رحم می‌باشد معمولاً در هفته ۲۲ اتفاق می‌افتد. در این حالت ممکن است درد شکمی همراه با خونریزی وجود داشته باشد. اگر خونریزی نهفته باشد و پشت جفت جمع شده باشد شکم خیلی سفت و دردناک خواهد شد و امکان شوک شدید و دیسترس جنین نیز شایع است.

Pleurisy

عفونت غشاهای پوشاننده ریه‌ها که به دیواره‌های قفسه سینه کشیده شده است.

Polyhydramnios

وضعیتی که با افزایش مایع آمنیون مشخص می‌شود. این وضعیت با حاملگی چند قلوپی، ناهنجاری جنینی، دیابت و هیدروپس جنینی (وضعیت نادری در اثر بیماری همولیتیک جنینی) مرتبط می‌باشد.

Polyuria

افزایش حجم ادرار

Posterior

در پشت یک بافت یا یک ساختار بودن می‌باشد.

Postpartum

بعد از زایمان

Postpartum haemorrhage

از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر خون یا بیشتر از مجرای تناسلی پس از زایمان است. شایع ترین علت آن اتونی (تن ماهیچه ای ضعیف) هست، یا ممکن است در اثر ضربه به دستگاه تناسلی ایجاد شود، به عنوان مثال ترشح از مهبل (واژن)، گردن رحم، یا بخش تحتانی رحم. خونریزی پس از زایمان شایع ترین علت مرگ و میر مادران است.

Potency

قدرت یک عامل دارویی برای ایجاد اثر مورد نظر در تمام جوانب.

Pouch of Douglas

فضایی بن بست مانند بین رکتوم و رحم.

Pre-eclampsia

شرایط خاص بارداری، که پس از هفته ۲۰ حاملگی ایجاد می‌شود توسط فشار خون بالا و پروتئینوری مشخص می‌شود. همچنین ممکن است ادم وجود داشته باشد، اما نشانه اصلی در نظر گرفته نمی‌شود. به دلیل این که در اکثر حاملگی‌ها ادم وجود دارد. در صورت عدم کنترل، پره‌اکلامپسی به اکلامپسی منجر می‌شود که مشخصه آن تشنج و به دنبال آن کما هست و احتمال مرگ و میر بالا می‌رود.

Pre-term baby

جنینی که قبل از هفته ۳۷ بارداری به دنیا آید.

Precipitate labour

زایمانی که خیلی سریع پیشرفت کند.

Primary postpartumhaemorrhage

از دست دادن حدود ۵۰۰ میلی لیتر خون یا بیشتر از مجرای ژنیتال در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان .

Primigravida

خانمی که برای اولین بار باردار شده است.

Primipara

خانمی که هیچ فرزند زنده‌ای را به دنیا نیاورده است.

Prolonged labour

زایمانی که بیش از ۱۲ ساعت طول بکشد.

Prolonged Rupture of Membranes

اگر پارگی غشاها بیش از ۱۸ ساعت طول بکشد بدون در نظر گرفتن اینکه آیا زایمان شروع شده است یا نه.

Prophylactic

یک عامل که به منظور تلاش برای پیشگیری از بیماری استفاده می‌شود.

Prophylactic Antibiotic treatment

تجویز آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت‌ها

Proteinuria

وجود پروتئین در ادرار. علل آن عبارتند از آلودگی به علت ترشحات مهبل، عفونت یا بروز پره اکلامپسی. که همیشه باید مورد بررسی قرار گیرد، زیرا اگر پره اکلامپسی باشد خطرناک و اگر ناشی از عفونت باشد درمان با آنتی بیوتیک لازم است.

Pubic arch

ساختار استخوانی کاسه مانندی که در مقابل لگن قرار دارد.

Puerperal sepsis

عفونت دستگاه تناسلی که در هر زمانی بین شروع پارگی پرده‌ها یا زایمان و ۴۲ روز بعد از زایمان و یا سقط جنین ایجاد شود.

Puerperium

دوره ۴۲ روزه بعد از تولد نوزاد می‌باشد که به عبارت دیگر همان دوره بعد از زایمان است.

Pulmonary embolism

گردش خون ریه‌ها بوسیله یک لخته خونی متوقف می‌شود.

Pulmonary oedema

تجمع مایع در ریه‌ها.

Purpura

خونریزی کوچک در پوست

Pyelonephritis

عفونت کلیه‌ها که به علت باکتری‌هایی که از مثانه به بالا حرکت و وارد پیشابراه می‌شوند ایجاد می‌شود.

R

Rales

صدای سریعی که از ریه‌های دچار بیماری شنیده می‌شود.

Recumbent position

دراز کشیدن

Resistant bacteria

باکتری‌هایی که معمولاً بوسیله داروهایی که یک نوع از باکتری‌ها را می‌کشند، کشته نمی‌شوند.

Resuscitation

برگرداندن کسی که تقریباً مرده بوده به هوشیاری یا زندگی

Retained placenta

توصیف موقعیتی هست که جفت ۳۰ دقیقه بعد از خروج بچه هنوز خارج نشده باشد .

Retracted

کشیدن به پشت

Retro placental

موقعیتی در پشت یا در زیر جفت

Reversal

چرخش یا تغییر در موقعیت متضاد

Rhesus factor

آنتی ژنی که در گلبولهای قرمز اکثر مردم وجود دارد. افرادی که این آنتی ژن را دارند Rh مثبت هستند و افراد فاقد آن Rh منفی هستند. ناسازگاری Rh زمانی اتفاق می‌افتد که مادر Rh مثبت و جنین Rh منفی باشد.

Rickets

نرمی استخوانها به علت کمبود ویتامین D در دوره کودکی می باشد.

Risk faktor

عواملی که باعث اتفاق افتادن موارد خطرناک‌تر با احتمال بیشتر می‌شوند.

Rotation (of fetal head)

حرکت سر جنین هنگام نزول در کانال زایمانی می‌باشد.

Rupture

پارگی یا کنده شدن از یک ساختار بعنوان مثال پارگی رحم به دنبال زایمان انسدادی.

Ruptured uterus

پارگی یا کندگی رحم به خاطر زایمان انسدادی.

S

Sacral promontory

بخشی از مهره اول ساکرال می‌باشد که به داخل حفره لگنی برمی‌گردد.

Sacrum

تحتانی ترین قسمت ستون فقرات که بوسیله ۵ مهره ایجاد شده است.

Sagittal suture

خطی غشایی بین استخوان‌های جمجمه جنین (استخوان های آهیانه) می‌باشد که از فوتتانل خلفی به فوتتانل قدامی کشیده می‌شود.

Sanitation

تثبیت کردن شرایط مطلوب بهداشتی که شامل دفع ایمن مدفوع با استفاده از دستشویی‌های بهداشتی کافی برای پیشگیری از انتقال بیماری هست.

Scoliosis

انحراف ستون فقرات از خط مستقیم به طرفین.

Secondary postpartum haemorrhage

شامل همه دلایل PPH می‌باشد که ۲۴ ساعت بعد از تولد تا ۶ هفته بعد زایمان اتفاق می‌افتد.

Segment

یک بخش یا ناحیه‌ای از یک شیء.

Self-retaining catheter

کاتتری که بطور ثابت در داخل مثانه گذاشته می‌شود.

Semiprone positin

دراز کشیدن به پهلوئی چپ

Semi-recumbent position

دراز کشیدن در حالی که سر و شانه ها بلند شده است.

Septic shock

عفونت شدید جریان خون که سبب تب خیلی زیاد، افت فشار خون، افزایش نبض و تنفس خیلی سریع می‌شود. اگر شوک سپتیک درمان نشود منجر به کما و مرگ می‌شود.

Septicaemia

حضور و تکثیر میکروارگانیسم های مضر درخون که سبب تب خیلی بالا و یا افت دمای بدن شود. اگر سپتی سمی درمان نشود می‌تواند منجر به کما و مرگ شود.

Shok

یک موقعیت پر خطر در زندگی که در اثر ناتوانی سیستم گردش خون برای خونرسانی کافی به ارگان های حیاتی (مخصوصاً مغز و کلیه) مشخص می شود.

Hemorrhage shok

شوکی که در اثر کاهش جریان خون به خاطر از دست دادن بیش از حد خون ایجاد شود.

Septic shok

شوکی سپتیک، شوکی می باشد که به علت عفونت سراسری و در نتیجه فعالیت باکتری های پاتوژن در سیستم عروقی می باشد.

Sinciput

ابرو، پیشانی

Sinusitis

عفونت سینوس ها (حفره های هوایی در استخوان های مغزی، در هر ۲ طرف بینی و بالای چشم)

Sitz bath

ممکن است بعد از زایمان برای کاهش درد اپی زیوتومی یا پارگی پرینه ناحیه ژنیتال در یک تشت آب گرم تمیز قرار داده شود.

Smear

نمونه ای از سلولهای سطحی واژن یا سرویکس که می تواند بصورت میکروسکوپی معاینه شود و اطلاعاتی در باره میزان هورمون ها و بیماری های بدخیم ابتدایی بدهد.

Sodium lactate

محلول سدیم لاکتات، سدیم کلراید، پتاسیم کلراید، کلسیم کلراید که می تواند توسط انفوزیون داخل وریدی داده شود.

Sonar

واژه ای برای مافوق صوت در تشخیص های پزشکی

Spasms

انقباض های سریع، ناگهانی و غیر ارادی عضلات.

Specific gravity

وزن نسبی هر ماده ای (مخصوصاً ادرار). نسبت وزن یک ماده معین نسبت به آب در حجم برابر.

Specimen

نمونه یا بخشی از یک ماده که برای تعیین کردن تمام مواد موجود بعنوان مثال ادرار به کار می‌رود.

Splint

بخشی از یک وسیله غیر قابل حرکت مثل چوب که برای ثابت نگه داشتن بخش متحرک بدن استفاده می‌شود.

Sputum

ماده‌ای که از ریه‌ها، برونش‌ها و نای، از طریق دهان خارج می‌شود.

Stasis (of urine)

در حال حاضر متوقف شدن، بطور تدریجی پیشرفت نمی‌کند.

Stat

یک اختصار پزشکی به معنای فوراً و بلافاصله می‌باشد.

Statistics

جمع‌آوری وقایع آماری

Status

وضعیت اجتماعی، بهبود نسبی شخص.

Stenosis (of vagina)

تنگی واژن در اثر عدم ترمیم جای زخم که بوسیله نقص یا پارگی ژنیتال ایجاد شود.

Stillbirth

بچه‌ای که مرده به دنیا آید (بعد از هفته ۲۲ بارداری).

Stillborn

بچه مرده به دنیا آمده.

Stunted growth

شخصی که معمولاً به علت کمبود مواد غذایی دریافتی در طول دوره کودکی کوتاه قد می‌ماند.

Subarachnoid hemorrhage

خونریزی داخل غشاهای در بر گیرنده مغز که به علت پارگی رگ‌ها می‌باشد.

Sub involution (uterus)

اندازه رحم بعد از زایمان بطور نرمال کاهش نمی‌یابد بعبارت دیگر پسرفت آهسته اندازه رحم می‌باشد.

suboccipitobregmatic diameter (of head)

فاصله بین برآمدگی اکسی پوت تا فونتانل قدامی سر.

Symphiotomy

یک برش جراحی در سمفیز پوبیس برای پهن کردن قطر لگن در مواقعی که عدم تناسب بین سر جنین و لگن مادر وجود داشته باشد. که یک پروسه اورژانسی قابل استفاده در زمانی می‌باشد که امکانات کافی برای جراحی سزارین صحیح در دسترس نباشد.

Symphysis pobis

ناحیه غضروفی که ۲ استخوان پوبیس را در مقابل لگن به هم وصل می‌کند.

T

Talipes

پا چنبری. یک آنومالی مادرزادی در هنگام تکامل یافتن پا در زاویه انگشتان می‌باشد.

Tenderness

احساس درد هنگام لمس کردن.

Term baby

بچه‌ای که بین هفته های ۴۲ تا ۳۷ حاملگی به دنیا آمده است.

Testiclies/testes

دو غده در اسکروتوم که اسپرم‌ها و هورمون‌های جنسی مردانه را تولید می‌کنند.

Tetanus

بیماری که بوسیله میکروارگانیسم‌های موجود در خاک و گرد و غبار و به وسیله مدفوع انسان و حیوانات منتشر می‌شود. میکروارگانیسم از طریق شکافی در پوست وارد بدن می‌شود و سبب اسپاسم عضلات و تشنج می‌شود که در نهایت منجر به مرگ می‌شود، چون سختی فک اولین نشانه هست، به این بیماری قفل شدن فک نیز می‌گویند. می‌توان از این بیماری از طریق ایمنی-زایی با توکسین تتانوس جلوگیری کرد.

Thorax

قفسه سینه

Thrombophlebitis

التهاب وریدهای سطحی همراه با تشکیل لخته که این لخته بندرت از وریدها جدا می‌شود، بنابراین خطر آمبولی اندک است.

Thrombosis

شکلی از لخته خون که در وریدهای عمقی ایجاد می‌شود و اگر این لخته از دیوار رگ‌ها جدا شود، خطر آمبولی غیر قابل اجتناب می‌باشد که در نهایت منجر به مرگ می‌شود.

Tocolytic agent

ماده‌ای که انقباضات رحم را متوقف می‌کند مخصوصاً ریتودرین، هیدروکلراید، سالبوتامول.

Traditional birth attendant (TBA)

به سرپرست سنتی زایمان می‌گویند که خانم‌ها را حین زایمان در جامعه مدیریت می‌کند. این افراد اغلب بی سواد هستند و زایمان را بدون آموزش مدیریت می‌کنند اما برای دادن آموزش برای چند هفته و تشویق کردن آنها برای استفاده کردن از موارد اساسی در به دنیا آوردن بچه تلاش‌هایی شروع شده است. آنها نمی‌توانند به عنوان یک مراقب مهارت یافته زایمان در جامعه به نظر برسند اما می‌توانند یک نقش مهم را در متصل شدن به مراقبین مهارت یافته بازی کنند.

Transient

گذرا، موقت، مدت زیادی بطول نمی‌کشد.

Trauma

زخم، آسیب

Traumatic bleeding

در مامائی خونریزی به خاطر آسیب مجرای ژنیتال ایجاد می‌شود.

Tumor

رشد جدیدی از یک بافت که می‌تواند خوش خیم (بی ضرر) یا سرطانی باشد.

Twitch

عکس العمل، ناگهانی، سریع، گذرا.

U

Ultrasound

صدای فرکانس‌هایی که در محدوده مافوق صوت هست و در زایمان‌ها و شاخه‌هایی از پزشکی در بعضی از تکنیک‌های اولتراسونوگرافی استفاده می‌شود که برای ارزیابی بلوغ و اندازه جنین، محل لانه‌گزینی جفت، تشخیص آنومالی‌های جنین و تومورهای لگن به کار می‌رود.

Umbilical cord

طنابی که باعث اتصال جنین و جفت می‌شود. مواد مغذی و اکسیژن از طریق ورید نافی از جفت به جنین منتقل شده و مواد زائد از طریق شریان نافی از جنین به جفت منتقل می‌شوند.

Uremia

افزایش بیش از حد اوره در خون که نشانه‌ای از تخریب مزمن کلیه می‌باشد.

Utero vesical pouch

فضای بسته‌ای که بین مثانه و رحم قرار دارد.

Uterus inversion

رحم به طرف بیرون برمی‌گردد و فوندوس رحم شروع به فشردن سرویکس می‌کند و به داخل و بیرون واژن پرولاپس می‌کند که از موارد اورژانس مامائی بوده و منجر به ایجاد شوک می‌شود. در صورت امکان رحم باید هر چه سریعتر به محل خودش باز گردد.



Vacuum extraction

پروسه‌ای که در آن یک کلاه آهنی به سر بچه متصل می‌شود و از طرف دیگر به واکيوم وصل می‌شود . کشیدن ملایم زنجیر متصل به کلاه حین انقباض‌ها منجر به نزول سر جنین در مجرای زایمانی می‌شود. قبل از انجام زایمان واکيومی کنترل تناسب سر و لگن مهم هست.

Vaginal fornix

فضایی بین دیواره واژن و بخشی از سرویکس که به داخل واژن پرولاپس می‌کند. واژن ۴ فورنیکس، یک فورنیکس قدامی، یک خلفی و ۲ فورنیکس جانبی دارد.

Varicose veins

وریدهایی که به طور غیرمعمول خمیده و پیچیده شده‌اند. اگر در حاملگی دردناک باشد باید به خانم حامله استفاده از مواد حمایتی مثل جورابه‌ای الاستیک در صبح قبل از بلند شدن از خواب را توصیه کرد و هنگام استراحت باید پاها بلندتر از سطح قلب باشند.

Venepuncture

سوراخ کردن ورید برای به دست آوردن نمونه خون یا شروع انفوزیون داخل وریدی.

Vertex

ناحیه‌ای از سر می‌باشد که بین فونتanel‌های خلفی و قدامی و بین ۲ برجستگی استخوان‌های پاریتال قرار دارد که در هر طرف سر یکی از این برجستگی‌ها قرار دارد. در زایمان طبیعی وقتی سر به خوبی فلکسیون می‌یابد پرزانتاسیون ورتکس می‌باشد.

Virus

عامل عفونی کوچکی که در سلولهای زنده رشد می‌کند. ویروسها ممکن است در حاملگی از جفت عبور کرده و سبب آنورمالی‌های جنین مخصوصاً در سه ماهه اول بشوند.

Vitamins

جزو مواد غذایی ضروری می‌باشند. همه ویتامین های A، B، C، D، E و K برای تغذیه و سلامت ضروری هستند و کمبودشان سبب مشکلات جسمی متنوعی می‌شود.

W

Waddling gait

بالا رفتن بیش از حد مفصل ران هنگام راه رفتن (راه رفتن اردکی شکل).

Water intoxication

حالتی که به علت افزایش بیش از اندازه مایع و کمبود سدیم ایجاد می‌شود که ممکن است به دلیل ترانسفوزیون بیش از حد باشد و می‌تواند منجر به تهوع و استفراغ و در مواردی منجر به کما و تشنج شود.

ضمیمه:

تعاریف و اطلاعات زمینه‌ای برای مربیان و دانشجویان

این ضمیمه شامل تعاریف و اطلاعات زمینه‌ای در موارد زیر است:

- خونریزی بعد زایمان
- زایمان متوقف شده
- عفونت نفاسی
- اکلامپسی و پره‌اکلامپسی
- سقط

این ضمیمه همچنین شامل جداولی می‌باشد که حاوی خلاصه‌ای از اطلاعاتی است که ماما باید در این شرایط برای پیشگیری از مرگ مادران دانسته و آنها را انجام دهد.

Abortion

سقط، مرگ و خروج جنین از رحم قبل از هفته ۲۲ حاملگی چه به صورت خودبخود و چه عمدی می‌باشد. شماره‌گذاری هفته‌های حاملگی با توجه به قانون محلی در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد.

Spontaneous abortion

زایمان یا خروج جنین خودبخودی قبل از اینکه قادر به زندگی باشد مخصوصاً قبل از هفته ۲۲ حاملگی.

Threatened abortion

تهدید به سقط در خانم حامله‌ای که در ۲۲ هفته اول بارداری خونریزی واژینال دارد امکان پذیر است. اگر معاینه سرویکس بعد از توقف خونریزی انجام شود دهانه سرویکس بسته مشاهده می‌شود. ممکن است کمردرد و درد خفیف شکم وجود داشته اما پرده‌ها سالم باشند.

Inevitable abortion

سقط غیرقابل اجتناب به این معناست که ادامه حاملگی غیرممکن است. اغلب خونریزی واژینال از ناحیه‌ای از دیواره رحم می‌باشد که توسط جفت احاطه می‌شود. این خونریزی معمولاً با درد شکمی مشابه الگوی انقباضات رحم در زایمان می‌باشد با این تفاوت که فقط این دردها متناوب نیستند. سرویکس دیلاته شده و همراه با خروج کامل یا بخشی از ساک جنین می‌باشد و معمولاً فقط بخشی از جفت باقی می‌ماند.

Complete abortion

به معنای خروج همه رویان یا جنین و محصولات حاملگی و غشاهای می‌باشد و احتمال زیادی وجود دارد که در ۸ هفته اول حاملگی اتفاق بیفتد.

Incomplete abortion

سقط ناکامل به این معناست که گرچه جنین از رحم خارج شده، اما بخشی از جفت باقی مانده است. گرچه ممکن است درد متوقف بشود اما خونریزی شدیدی وجود داشته و سرویکس نیز نسبتاً بسته خواهد بود. احتمال بیشتری وجود دارد که در سه ماهه دوم حاملگی اتفاق بیفتد.

Induced abortion

سقط عمدی در نتیجه برخی از مداخلات پزشکی و یا جراحی‌ها و یا به علت استفاده از برخی مواد گیاهی یا اعمال سنتی باشد که سبب می‌شود رحم تمام یا بخشی از محصولات حاملگی را خارج کند. سقط عمدی با توجه به قانون هر کشور قانونی یا غیر قانونی می‌باشد.

Legal abortion

سقط قانونی توسط کادر پزشکی و تحت حمایت قانون انجام می شود. کسی که به حاملگی پایان می دهد به علت دلایلی می باشد که قانون به آنها اجازه سقط داده است. ممکن است مقرراتی وجود داشته باشند مثل پروسه ای که از طریق آن سقط انجام شود و یا مکان یا موسساتی که سقط در آنها انجام گیرد.

Illegal abortion

سقط غیرقانونی به هر سقطی اطلاق می شود که توسط شخصی بدون حمایت قانون کشورش یا مثل یک پروسه غیرقانونی انجام شود. در این نوع سقط خطر بالای عفونت یا خونریزی همانند دیگر آسیب ها وجود دارد.

Septic abortion

سقط عفونی ممکن است بدنبال هر نوع سقطی بوجود آید اما بیشتر بدنبال سقط های ناقص و غیر قانونی می باشد. عفونت ابتدا در رحم بوده اما بعداً بسرعت در لوله های فالوپ و سایر اعضای لگن و پریتون گسترش می یابد. اگر این عفونت به سرعت درمان نشود سبب سپتی سمی می شود. در سقط عفونی تب و افزایش نبض، سردرد، درد ناحیه پایین شکم، ترشحات بدبو و غلیظ واژینال وجود دارد که اگر بطور موثر و سریع درمان نشود منجر به شوک سپتیک می شود.

Habitual or recurrent abortion

هنگامی که خانمی سه یا بیش از سه سقط پی در پی داشته باشد، می گوئیم این خانم سقط عادت دارد که ممکن است به علت نارسایی سرویکس و یا بیماری های عمومی لگن یا تروماهای قبلی لگن باشد. اما اغلب دلایل آن ناشناخته می باشد.

Missed abortion

به حاملگی که در آن جنین مرده باشد اما بافت های جنین و جفت در داخل رحم باشند، سقط فراموش شده می گویند. درد شکمی و خونریزی واژینال متوقف شده و نشانه های حاملگی پسرقت خواهند کرد. ممکن است خانم ترشحات واژینال قهوه ای داشته باشد. اگر بافت های مرده بیش از ۸-۶ هفته در رحم باقی بمانند ریسک اختلالات انعقادی به دنبال مشکلات جدی خونریزی بالا هست.

گاهی اوقات سقط فراموش شده به وسیله یک لخته خونی که از دسیدوای کپسولار جنین و جفت احاطه شده و مول خونی ایجاد می شود که معمولاً در سه ماهه اول اتفاق می افتد.

اگر مول خونی برای چندین ماه در رحم باقی بماند، مایع آن جذب و توده گوشتی باقی می ماند که مول گوشتی می گویند. در معاینه هیستولوژیک ممکن است جنین در مرکز این توده یافت شود.

Eclampsia and pre-eclampsia

Eclampsia

یکی از عوارض مهم حاملگی اکلامپسی هست که توسط تشنج و کما مشخص می شود. ممکن است نشانه هایی از پره اکلامپسی وجود داشته باشد یا ممکن است به یکباره و سریع اتفاق بیفتد. حملات اکلامپسی می تواند در حاملگی، زایمان یا مدت اندکی بعد از زایمان ایجاد شود. حملات اکلامپسی مشابه حملات صرع بوده و اکلامپسی با میزان بالای مرگ و میر در ارتباط هست.

Pre-clampcia

پره‌اکلامپسی توسط پروتئین‌اوری و هیپرتانسیون بعد از هفته ۲۰ حاملگی مشخص می‌شود. فشار خون به $140/90$ mm یا بیشتر افزایش می‌یابد. در پره‌اکلامپسی شدید، فشار خون دیاستول معمولاً 110 mm یا بیشتر بوده که معمولاً می‌تواند یک نشانه یا بیشتر مثلاً سردرد شدید، تاری دید، تهوع یا استفراغ، درد شکمی و کاهش برون ده ادراری یا بعبارت دیگر الیگوری به دنبال داشته باشد.

Obstructed labour

زایمان متوقف شده به موقعیتی اطلاق می‌گردد که نزول عضو نمایش یافته در حین زایمان به خاطر موانع غیر قابل برطرف متوقف شده است. این حالت به خاطر انقباضات قوی رحمی ایجاد می‌شود و بدون کمک ادامه پیشرفت غیر ممکن است. معمولاً در ورودی لگن ایجاد می‌شود اما ممکن است در حفره لگنی و یا خروجی لگن اتفاق بیفتد.

زایمان متوقف شده به علت عوامل مکانیکی مورد انتظار مثل عدم تناسب سر و لگن ناشی از بعضی از مشکلات مثل سوء تغذیه، کمبود رشد یا حاملگی در سنین نوجوانی اتفاق می‌افتد. زایمان انسدادی در صورت عدم درمان صحیح و فوری باعث پارگی رحمی شده که با افزایش ریسک بالای مرگ و میر مادری و جنینی همراه است.

Postpartum hemorrhage

خونریزی بعد از زایمان به خونریزی بیش از حد از مجرای زایمان در هر زمانی تا ۶ هفته بعد از زایمان اطلاق می‌شود. خونریزی اولیه در عرض ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان اتفاق می‌افتد، اما خونریزی ثانویه بین ۲۴ ساعت تا ۶ هفته بعد از زایمان اتفاق می‌افتد.

مقدار خون از دست رفته در خونریزی بعد از زایمان با 500 ml یا بیشتر و یا مقادیر کمتر از آن هم می‌تواند باعث بدتر شدن شرایط زنان بشود. باید بیاد داشته باشیم که از دست دادن حتی مقادیر بسیار اندک خون در خانم‌هایی که آنمی دارند تاثیر سوئی خواهد داشت.

خونریزی بعد از زایمان ممکن است به علت آتونی رحم ناشی از انقباض‌های نادرست و عدم فشرده شدن رگهای خونی در مسیرهای صحیح ایجاد می‌شود که می‌تواند باعث کشیده شدن بیش از حد رحم به علت زایمان‌های زیاد قبلی، حاملگی دوقلویی یا پلی هیدرامنیوس باشد. هم چنین با باقی ماندن محصولات حاملگی، زایمان تقویت شده، زایمان سریع، دکولمان جفت، جفت سر راهی و بی‌هوشی عمومی مرتبط می‌باشد. مثانه پر و عدم مدیریت مرحله سوم زایمان سبب خونریزی می‌شود. خانمی که در یک دقیقه 500 ml خون از دست می‌دهد در ۱۰ دقیقه می‌تواند همه خون خودش را از دست بدهد. برای نجات زندگی خانم با خونریزی بعد از زایمان مدیریت فوری و ماهرانه ضروری هست.

خونریزی بعد از زایمان می‌تواند به خاطر ترومای حاصل از آسیب مجرای ژنیتال ایجاد شود که تروماها شامل پارگی رحم، سرویکس، دیواره واژن و یا ژنیتالای خارجی و زخمهای اپی زیوتومی باشد.

Puerperal sepsis

عفونت نفاسی عفونتی که در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان و یا بعد از آن اتفاق می‌افتد. عفونت ممکن است فقط محدود به پرینه، واژن، سرویکس یا رحم باشد یا می‌تواند به سرعت گسترش یافته و سبب پارامتریت، پرتیت و سیتی سمی بشود که در آن

عفونت وارد جریان خون شده است. علاوه بر این، ممکن است اختلالات انعقادی و شوک سپتیک را ایجاد کرده و عوارض خونریزی را افزایش دهد.

ارگانیسم‌های مسبب شامل استریتوکوک، استافیلو کوک، اشرشیاکلی، کلستریدیوم تتانی یاولشی می‌باشد. خانم معمولاً تب دارد (بجز عفونت‌های کلستریدیومی) ممکن است رحم به درد حساس باشد و از واژن ترشحاتی خارج شود، پارگی وجود دارد و یا ترشحاتی از محل بخیه‌ها وجود دارد. خانمی که آنمی و سوء تغذیه یا زایمان طول کشیده داشته، دارای پارگی بیش از حد، بر علیه کزاز ایمنی فعال نداشته و از استاندارد‌های بهداشتی ضعیفی برخوردار بوده و اعمال سنتی برای وی انجام شده است، در معرض ریسک بالای عفونت نفاسی قرار دارد، عفونت نفاسی می‌تواند کشنده باشد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر خونریزی بعد از زایمان

چیزهایی که ماماها باید انجام دهند:	چیزهایی که ماماها باید بدانند:
• تخمین صحیح مقدار خون از دست رفته از مجرای ژنیتال بعد از زایمان. • مدیریت فعالانه مرحله سوم زایمان • خارج کردن دستی جفت در مواقع احتباس جفت • در موارد PPH باید اعمال زیر انجام شود: ماساژ رحمی برای ایجاد انقباضات رحم، استفاده از داروهای اکسی توسیک، شروع انفوزیون داخل وریدی و افزودن اکسی توسین به آن در صورت ادامه خونریزی، خالی کردن مثانه، انجام مانور دو دستی و فشار بر آئورت و ارجاع برای انجام عملیات احیاء و ترانسفوزیون خون. • تشخیص و پیگیری زنانی که در معرض خطر زیاد PPH قرار دارند. • پیشگیری، تشخیص و درمان آنمی. • ایجاد طرح‌های اورژانسی با همکاری مراقبین سنتی زایمان در روستاها/همکاری برای مواجهه با خونریزی بعد از زایمان • آموزش به جامعه در مورد خطرات PPH و نیاز به ارجاع سریع و فاکتورهای خطری که منجر به PPH می شوند. • فراهم کردن خدمات تنظیم خانواده برای خانم هایی که در معرض خطر بالای PPH قرار دارند. • مراقبت کردن از عاملین سنتی زایمان، منع اعمال سنتی که خطر PPH را افزایش می دهند و آموزش دادن به آنها در مورد ضرورت ارجاع سریع در موارد PPH.	• خونریزی بعد از زایمان یکی از مهم ترین دلایل مرگ و میر مادران و مسئول بیشترین میزان مرگ و میر در کشور های در حال توسعه (۲۵٪) می باشد. • خونریزی بعد از زایمان به از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر یا بیش تر خون از مجرای ژنیتال بعد از زایمان اطلاق می شود. • زنان دچار آنمی، زایمان طول کشیده، اکلامپسی، خونریزی قبل زایمان، عفونت حین زایمان به سختی ممکن است از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر خون را تحمل کنند. • PPH اولیه به خونریزی در طی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان اطلاق می شود. • PPH ثانویه شامل خونریزی هایی است که بین ۲۴ ساعت بعد از زایمان تا ۶ هفته بعد از زایمان اتفاق می افتد. • احتباس جفت به وضعیتی که اگر در آن جفت در عرض یک ساعت بعد از زایمان بچه هنوز خارج نشده باشد اطلاق می شود. • شایع ترین دلیل PPH اولیه شامل احتباس جفت (یا باقی ماندن تکه هایی از جفت) و آتونی رحم می باشد که بدنبال پارگی واژن و سرویکس و اپی زیوتومی می باشد. • علل PPH ثانویه شامل تکه های باقیمانده جفت و عفونت می باشند. • عوامل خطر عمده ای که با احتمال بیشتری سبب PPH می شوند شامل: تاریخچه ای از عوارض پیشین مرحله سوم، سابقه جراحی سزارین قبلی، حاملگی چند قلوئی، تعداد زیاد زایمان ها، آنمی، زایمان از طریق جراحی، زایمان طول کشیده متوقف شده ، القای لیبر، زایمان سریع ، جفت سرراهی و دکولمان جفت می باشند. • به علت فاصله کوتاه بین ظاهر شدن PPH و مرگ مادران، دسترسی فوری به تسهیلات بهداشتی برای پیشگیری از مرگ مادری ناشی از PPH حیاتی است. • مرگ و میر مادران به علت PPH در بین زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، به علت عدم وجود خدمات بهداشتی و عدم آگاهی کافی از فاکتورهای خطر مرتبط با PPH می باشد. • عقاید و اعمال سنتی در رابطه با خون از دست رفته، بعد از زایمان و مدیریت مرحله سوم زایمان می تواند بر وقوع PPH اثر بگذارد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر زایمان متوقف شده

چیزهایی که ماماها باید انجام دهند:	چیزهایی که ماماها باید بدانند:
• باید مطمئن باشند خانم‌های در معرض خطر زایمان متوقف شده برای زایمان درموقعیت‌هایی با امکانات پیشرفته برای جراحی و خدمات انتقال خون بصورت حتمی قرار داده شده‌اند. مخصوصاً خانم‌های نوجوان، زنان دارای سابقه بد مامائی، سابقه راشیتیس، استئومالاسی، ساختار خیلی کوچک لگن . • استفاده از پارتوگراف حین زایمان. • شرکت در درمان‌های اورژانسی زنان دچار لیبر طول کشیده • آموزش دادن به جامعه درباره خطرات زایمان طول کشیده و نیاز به ارجاع سریع. • آموزش دادن به خانم‌ها و دیگر اعضای خانواده‌شان که به خاطر زایمان متوقف شده یک جراحی سزارین داشته‌اند درباره دلایل جراحی و نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی در حاملگی-های بعدی. • فراهم کردن طرح تنظیم خانواده برای خانم‌هایی که به خاطر زایمان متوقف شده جراحی سزارین شده‌اند.	• ۸٪ از تمام موارد مرگ مادران به خاطر زایمان متوقف شده می‌باشد. • اطلاعات مربوط به مرگ مادران به علت زایمان انسدادی کامل نیست، زیرا بسیاری از این مرگ‌ها در گروه-های سپسیس یا PPH یا شوک زایمانی یا پارگی رحم دسته بندی می‌شوند. • زایمان متوقف شده در زنانی که نجات یافته‌اند اغلب به موقعیت‌های ناتوان کننده‌ای نظیر ایجاد فیستول مثانه‌ای واژنی و سایر فیستول‌های زایمانی منجر می‌شود. • زایمان متوقف شده ممکن است به خاطر عدم تناسب سر جنین و لگن مادر به علت کاهش اندازه رحم در اثر توقف رشد بعلت سوء تغذیه و عفونت‌های درمان نشده در کودکی و نوجوانی قبل از تکمیل رشد لگن و یا در اثر استئومالاسی و راشیتیس باشد. • زایمان متوقف شده می‌تواند بعلت پرزانتاسیون نامناسب جنین و یا آنومالی جنین باشد. • علل فرهنگی مسبب زایمان متوقف شده شامل زایمان در سنین پایین و اعتقادات و اعمال سنتی مرتبط با زایمان طول کشیده می‌باشند که منجر به تأخیر در درخواست کمک‌های پزشکی می‌گردد. • عواملی از خدمات بهداشتی که بر مرگ و میر مادران ناشی از زایمان متوقف شده تأثیر می‌گذارند، شامل پوشش مراقبت‌های مربوط به مرگ و میر در منطقه، دستیابی به امکانات بهداشتی، استفاده از پارتوگراف توسط کارکنان و دستیابی به خون جهت انجام ترانسفوزیون و اعمال جراحی می‌باشد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر عفونت نفاسی

چیزهایی که ماماها باید بدانند:	چیز هایی که ماماها باید انجام دهند:
• عفونت نفاسی دومین علت شایع مرگ مادران می‌باشد، که تقریباً ۱۵٪ موارد مرگ و میر مادری را در کشورهای در حال توسعه تشکیل می‌دهد. • عفونت نفاسی اغلب همیشه بعلت مداخله در طول لیبر و زایمان می‌باشد. • در برخی مناطق عقاید و رفتارهای سنتی ممکن است زمینه‌ساز عفونت نفاسی باشند. • عوامل خطری که زمینه را برای عفونت نفاسی مهیا می‌کنند عبارتند از: پارگی زودرس پرده‌ها، زایمان طول کشیده انسدادی، آنمی و سوء تغذیه، عدم رعایت بهداشت حین زایمان و بعد زایمان؛ نبود مراقبت های پری ناتال، سن کم مادر (زیر ۱۶ سال)، زایمان در منزل مخصوصاً برای بارداری های پرخطر. • تمام عوامل بجز مورد اول با طبقه اجتماعی اقتصادی پائین ارتباط دارند.	• جلوگیری از مداخله‌های غیرضروری حین زایمان و معاینه واژینال. • اطمینان یافتن از اینکه زایمان امن و تمیز در استانداردهای عالی بهداشت در حین و بعد از زایمان انجام می‌شود. • جلوگیری از زایمان طول کشیده و متوقف شده به وسیله استفاده از پارتوگراف. • پیشگیری، تشخیص و درمان آنمی. • واکسینه کردن خانم‌های باردار در برابر کزاز. • شناسایی نشانه‌های اولیه سپسیس مثل افزایش دما و درد شدید بعد از زایمان • آموزش دادن به خانم‌ها درباره نشانه های عفونت و ترشحات و حین گزارش دادن. • درمان خانم‌ها با آنتی بیوتیک‌های مناسب در موارد پارگی طولانی مدت پرده‌ها، زایمان طول کشیده و با وجود نشانه های ابتدایی عفونت. • نظارت بر مراقبین سنتی زایمان و یا دادن پسخوراند به عاملین سنتی طایمان برای ترویج اعمال آنها. • فراهم کردن طرح تنظیم خانواده برای خانم‌هایی که در ریسک بالای عفونت نفاسی قرار دارد.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر اکلامپسی

چیزهایی که ماماها باید بدانند:	چیزهایی که ماماها باید انجام دهند:
• اکلامپسی و پره اکلامپسی از مهم‌ترین عوامل مرگ مادران در جهان غرب می‌باشند. • در اکثر کشورهای پیشرفته این موقعیت‌ها سومین علت مرگ مادران می‌باشد که حدود ۱۲٪ از همه موارد مرگ مادران را تشکیل می‌دهند. • ماماها باید شیوع آن را در منطقه‌شان بدانند زیرا ممکن است از ناحیه‌ای به ناحیه‌ای دیگر متفاوت باشد. • اکلامپسی ممکن است در دوره قبل از زایمان، در طول زایمان و یا بعد از زایمان اتفاق بیفتد. • مراقبت‌های قبل از زایمان و آموزش درباره نشانه‌ها و علائم خطر پره اکلامپسی شدید برای پیشگیری از مرگ مادری در اکلامپسی مهم هستند. • عوامل خطری که با احتمال بیشتری سبب پره اکلامپسی و اکلامپسی می‌شوند عبارتند از: حاملگی در نوجوانی و یا در سنین بالای ۳۵ سال، حاملگی دوقلویی، دیابت، مول هیداتیفورم، هیپرتانسیون از قبل موجود. • ماماها باید در مورد نقش مهم مراقبت‌های دوران بارداری در شناسایی زود هنگام و درمان پره اکلامپسی که اغلب می‌تواند باعث پیشگیری از اکلامپسی شود آگاهی کافی داشته باشند. • تشخیص‌های افتراقی اکلامپسی شامل: اپی‌لپسی ایدیوپاتیک، مالاریا، مننژیت پنوموکوکی، عفونت‌های شدید و خونریزی‌های ساب آراکنوئید یا مغزی، تومور مغزی، اورمی و سایر علل می‌باشند. • ختم حاملگی تنها راه درمان پره اکلامپسی می‌باشد گرچه در موارد خفیف تا زمانی که جنین قابلیت حیات در محیط بیرون را پیدا کند به وسیله درمان‌های محافظه کارانه می‌توان حاملگی را ادامه داد. • ماماها باید درباره اعتقادات سنتی در مورد ادم و رنگ پریدگی و سر درد و تاثیر درمان کننده‌های سنتی در جامعه آگاه باشند.	• اندازه‌گیری فشارخون (ثبت هرچه زودتر فشار خون برای بدست آوردن مقادیر پایه آن) و چک پروتئینوری در مراقبت اولیه پره ناتال و در مواقع افزایش فشارخون. • اقدام به درمان اورژانسی برای خانمی با پره اکلامپسی شدید و یا اکلامپسی با داروهای ضد تشنج و ضد فشارخون • آموزش به خانواده‌ها و جامعه درباره علایم و نشانه‌های پره اکلامپسی و اکلامپسی. جدی بودن شرایط و نیاز به اندازه‌گیری فشارخون و آزمایش ادرار در دوران بارداری. • فراهم کردن خدمات طرح تنظیم خانواده برای خانم‌هایی که پره اکلامپسی و اکلامپسی داشته‌اند.

پیشگیری از مرگ مادران به خاطر سقط

چیزهایی که ماماها باید انجام بدهند:	چیزهایی که ماماها باید بدانند:
• آموزش به خانم‌ها و خانواده‌ها و جامعه درباره طرح تنظیم خانواده وسقط. • ادغام آموزش‌های فاصله‌دهی بین فرزندان در مراقبت های قبل از بارداری و بعد از زایمان و مراقبت های بعد از سقط. • فراهم کردن طرح تنظیم خانواده برای خانم‌ها یا ارجاع دادن به مراکز مناسب. • انجام یا مشارکت در اعمال نجات دهنده زندگی در سقط های ناکامل یا عفونی. • تماس با مراکز مطمئن پزشکی و پرسش برای فهمیدن شرایطی که مرگ ناشی از سقط روی داده است.	• از خطرات سقط غیر ایمن، مرگ مادران می‌باشد (در برخی کشور های آمریکای لاتین بیش از ۵۰٪ مرگ‌های مادران بعلت سقط غیر قانونی می‌باشد) مشکلات بعد از سقط مثل سپسیس و خونریزی و مشکلات طولانی مدت باروری مثل نازائی می باشد. • ماماها باید بدانند که در منطقه اطرافشان کدام خانم ها احتمال بیشتری برای سقط دارند (مخصوصاً بزرگسالان مجرد، زنان با پاریته بالا، زنان فقیر). • ماماها باید میزان حاملگی ناخواسته در مناطقشان را بدانند. اگر همه خانم‌هایی که داشتن فرزند را متوقف کرده‌اند و گفته‌اند که هیچ یک از بچه‌ها را نمی‌خواستند، تخمین زده شده است که حدود یک سوم از تولدهای آمریکای لاتین و اندکی بیش از یک سوم تولد های آسیایی‌ها و کمتر از یک ششم تولدهای آفریقایی‌ها اتفاق نمی‌افتاد. • پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته بطور چشمگیری مرگ مادران و هزینه مراقبت از مادران و سرویس‌های سقط و درمان سقط‌های ناکامل و عفونی را کاهش خواهد داد.