



دانشگاه باید جهت دار و دیندار و به شدت متمایل به ارزشهای انقلابی و اسلامی باشد.

حضرت آیت الله خامنه‌ای

هدف دار می‌کند و بهترین نوع انگیزه‌های انسانی، انگیزه خدمت به انسانهاست. اما انگیزه کلی‌تر اینست که ما بعنوان فردی مسلمان اعتقاد داریم که خداوند است که بما علم می‌دهد. هرچه رنگ خدایی دارد ماندنی است و آنچه رنگ غیر خدایی دارد رفتنی است.

لذا انگیزه سازی یکی از مسایل مهمی است که هر انسانی باید به آن توجه داشته باشد، در غیر اینصورت فردی نادم، بی ثبات و سرگردان خواهد بود و بی تردید انگیزه کلی در انتخاب رشته پرستاری بعنوان یک رسالت شرط بقا و ثبات در ادامه راه و کیفیت ارائه خدمات ما به مردم خواهد بود. اینجاست که به هدف می‌اندیشیم اهدافی که ما برای بیماران داریم بالاتر از اهدافی است که ما برای خود داریم، ما رسالتی بسیار دشوار بعهده گرفته‌ایم، اما تلاش کافی نکرده‌ایم و این رسالت را بطور کامل انجام نداده‌ایم.

بیاری خداوند متعال در سرمقاله این شماره و شماره‌های آینده با نگاهی کلی و اجمالی به مسئله «بی انگیزگی» می‌پردازیم. باشد که علل و اسباب این معضل حرفه‌ای پرستاران که روز بروز بر هویت و ماهیت کاری آنان تأثیرات منفی می‌گذارد روشن گردد. چرا که علیرغم امتیازات چشمگیری که در ابعاد آموزشی و حرفه‌ای به پرستاران اعطا شده برای مسئولین این سؤال مطرح است که چرا پرستاران انگیزه کافی در انجام وظایف خود ندارند؟!

پزشکی و پرستاری قبل از اینکه شغل محسوب شود یک خدمت خداپسندانه است. یک رسالت است که بر اساس انگیزه و تفکر شخصی انتخاب می‌شود.

این انگیزه اولیه همان انگیزه انسانی است که در زندگی به انسان سمت و جهت می‌دهد. همان چیزی است که او را در زندگی هدفمند می‌کند، اعمال او را

دیدگاه کلی در حاملگی دیررس

ترجمه و گردآوری: عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران

REF:

- 1- Jeffrey P. Phelan; "The Postdate Pregnancy: An Overview". Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol:32, No.2 June 1989;
- 2- Cuning Ham, Mac Danald, Gant; "Williams Obstetries"; 19th Edition, 1993.
- 3- Kathy shaw."Reliability of Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring in The Postterm Fetus with Meconium Passage". Obstet and Gyne col, No. 72; 1988
- 4- Robert L. Goldenberg. "Prematurity, Postdate, and Growth Retardation: The Influence of use of Ultrasonography On Reported Gestational Age"; Amj Obstet Gynecol; No. 160, 1989.
- 5- John P. Elliott, "The use of Breast stimulation to Prevent Postdate Pregnancy"; obstet and Gynecol; No. 149; 1984.
- 6- Robert H. usher; "Assesment of Fetal Risk in Postdate Pregnancies"; Amj obstet Gynecol; No. 158; 1988.
- 7- Martin L. Pernoll. "Current obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment"; 7th Edition; 1991.
- 8- Michael S.Kramer; "The Validity of gestational Age Estimation by Menstrual Dating in Term. Preterm, and Post Term Gestations; "JAMA, Vol. 260; No. 22; Dec 1988.
- 9- Daniele. element; "Acute oligohydrammisin past date Pregnancy"; Amj obstet Gvnecol: No.157: 1987.

«حاملگی دیررس» به حاملگی گویند که بیش از ۴۰ هفته کامل از آخرین روز قاعدگی طبیعی ادامه پیدا کند. اگرچه این امر شاید ۱۰٪ حاملگی ها را تشکیل دهد، ولی شیوع حاملگی های دیررس می تواند بین ۱۴-۳٪ کل حاملگی ها متغیر باشد. زیرا ممکن است تعدادی از آنها به طور واقعی دیررس نبوده و در حقیقت ناشی از اشتباه در تخمین سن حاملگی باشند. بنابراین، هرچه معیارهای دقیق تری برای تعیین سن حاملگی به کار رود، احتمال اشتباه و خطا کمتر بوده، در نتیجه سن حاملگی معتبرتر خواهد بود.

اطمینان از سن حاملگی مستلزم یافته های زیر خواهد بود:

الف - LMP دقیق مادر.

ب- تست حاملگی مثبت در ۶ هفته یا کمتر.

ج- اندازه رحمی موافق با «LMP» در سراسر دوران حاملگی (بویژه سه ماهه دوم).

د- سونوگرافی برای تعیین سن حاملگی قبل از ۲۸ هفته حاملگی.

ه- احساس حرکات جنین (۲) بین

هفته ۱۷ الی ۱۹ حاملگی.

و- شنیدن صدای قلب جنین (FHR) (۳) بافتوسکوپ در هفته ۲۰ حاملگی.

در مواجهه با یک حاملگی دیررس واقعی، شاید این سؤال در ذهن مطرح شود که مگر دیررس بودن چه عیبی دارد؟ و شاید با اطمینان بتوان گفت در امور و مسایل مامایی، هیچ چیز بیش از دیررس بودن برای زن باردار و پزشک نگرانی ایجاد نمی کند.

دلیل روشن این مسئله را باید در شیوع ماکروزومی و صدمات زایمانی ناشی از آن، دفع و آسپیراسیون مکونیوم، زجر جنینی و اولیگو هیدرو آمینوس دانست. زیرا موارد فوق در حاملگی های طولانی و دیررس بیشتر از حاملگی های ترم (۴) گزارش شده است. (جدول ۱)

میزان مرگ و میر و عوارض پری ناتال در یک حاملگی دیررس بیش از یک حاملگی ترم می باشد.

موضوع مهم این است که ماما باید در مورد بهترین نحوه اداره این دسته از حاملگی ها با توجه به شرایط فردی

عارضه	Term (%)	Post date (%)	محققین	سال
زجر جنینی	۱۷	۲۷/۹	آشر و همکاران	۱۹۸۸
آپگار دقیقه اول کمتر از ۷	۶/۷	۱۰/۲	ایدن و همکاران	۱۹۸۷
آپگار دقیقه پنجم کمتر از ۷	۰/۸	۱/۷	"	۱۹۸۷
آسفیکسی/دپرسیون	۳/۷	۸/۸	آشر و همکاران	۱۹۸۸
دفع مکونیوم	۱۷	۳۱/۵	"	۱۹۸۸
آسپیراسیون مکونیوم	۲/۹	۱۷/۶	"	۱۹۸۸
وزن کمتر از ۲۵۰۰g (L.B.W)	۰/۶	۰/۲	ایدن و همکاران	۱۹۸۷
وزن بیشتر از ۴۰۰۰g (ماکروزومی)	۰/۸	۲/۸	"	۱۹۸۷
دیستوشی شانه	۰/۷	۱/۳	"	۱۹۸۷
آنومالیهای مادرزادی	۲	۲/۸	"	۱۹۸۷

جدول ۱: مقایسه عوارض پریناتال در نوزادان Term و Postdate

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2025-03-11]

جدول ۲: مقایسه چند آزمایش ارزیابی سلامت جنین

آزمایش	ارزش	خطر	زمان	میزان مثبت کاذب	میزان منفی کاذب
Fetal Movement Counting	O	O	(O)	۶۰ تا ۳۰٪	< ۵٪
Non Stress Test (NST)	+	O	۳۰-۱۲۰ دقیقه	به مدت آزمایش بستگی دارد	۰/۳-۲/۰٪
Contraction Stress Test (OCT)	+	+	۱-۲ ساعت	۵۰ تا ۲۵٪	۱/۰٪
Biophysical Profile Score (BPS)	+	O	۱-۲ ساعت	< ۳۰٪	۱/۰٪

صورت‌های انتهایی FHR طولانی یا متغیر^(۱۰) و عدم فعالیت جنین^(۱۱) تظاهر می‌کنند.

تذکر این نکته ضروری است که کاهش مایع آمنیوتیک بر حرکت جنین که احتمالاً در معرض خطر قرار گرفته است، مؤثر می‌باشد. برای مثال، به نظر می‌رسد یک ارتباط معکوس بین میزان مایع آمنیوتیک و وجود فعالیت طبیعی جنینی موجود باشد. «آن» و همکارانش^(۱۲) معتقدند که کاهش حرکات جنین، علامت زجر جنینی احتمالی را ارائه می‌دهد و به نظر می‌رسد با وجود الیگوهیدرآمینوس در ارتباط باشد. این یافته‌ها به میزان بیشتری در حاملگی دیررس اهمیت دارد، چون تغییرات مایع آمنیوتیک می‌تواند به سرعت اتفاق افتد. بنابراین، کاهش حرکات جنینی نباید نادیده گرفته شود. زیرا ممکن است این کاهش فعالیت جنین، تنها تظاهر کاهش مایع آمنیوتیک باشد.

الگوهای "FHR" قبل از تولد و در حین زایمان، پیش‌بینی می‌گردد. در مورد این تغییرات پاتوفیزیولوژیکی به طور خلاصه می‌توان گفت که حاملگی دیررس با کاهش فزاینده حجم مایع آمنیوتیک مشخص و توصیف می‌شود. این کاهش حجم مایع آمنیوتیک با افزایش شیوع

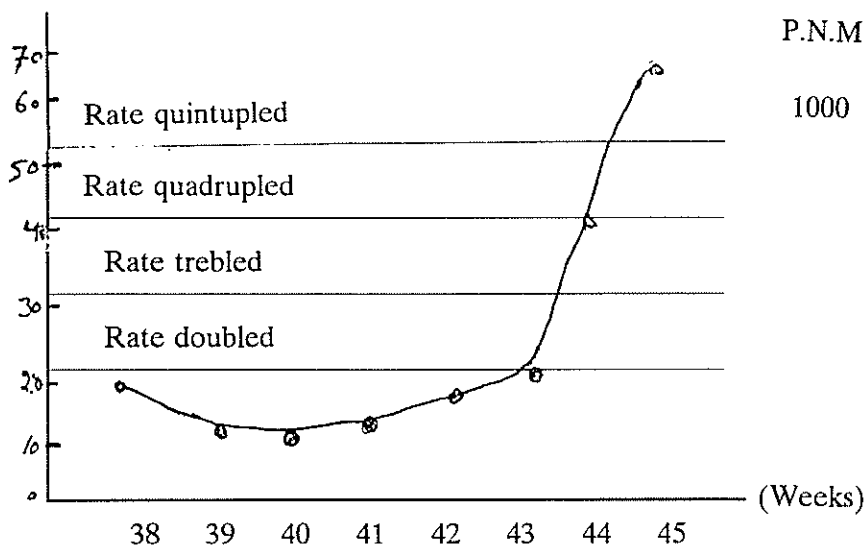
تصمیم بگیرد. در این موارد، اغلب نیاز به سنجش و ارزیابی بین خطرات نسبی اداره انتظاری^(۵) حاملگی، در مقابل انجام زایمان ضروری به نظر می‌رسد. توجهات بالینی، در طی اداره انتظاری حاملگی، اغلب این سؤال را در بر خواهد داشت:

«برای ارزیابی سلامتی جنین در طی حاملگی دیر رس بهترین آزمایشها کدامند؟» این دسته از حاملگی‌ها تقریباً بیش از ۵۰٪ آزمایشات مراقبت جنینی^(۶) را به خود اختصاص می‌دهند. در این آزمایشات تغییرات "FHR" همراه انقباضات رحمی یا حرکات جنینی مورد توجه است. (جدول ۲)

نگرانی‌های اولیه‌ای که همراه با اداره بالینی حاملگی دیررس مورد بحث قرار می‌گیرند، عبارتند از:

- ۱- آمادگی سرویکس برای ایجاد درد یا ایندکشن^(۷)
- ۲- شیوع بیش از ۷-۳ برابر ماکروزومی جنینی نسبت به حاملگی طبیعی.

بنابر این، وقتی بیمار وارد لیبر^(۸) می‌شود، اداره حاملگی، بر اساس تخمین اندازه جنین و اثر تغییرات پاتوفیزیولوژیکی بر روی



جفت‌های درجه III، استریول پایین، فونکسیون بطنی تغییر کرده^(۹) جنینی و الگوهای FHR غیر طبیعی همراه است. الگوهای FHR غیر طبیعی غالباً به

در اینجا سؤال دیگری که مطرح است:

«در اداره این دسته از حاملگی‌ها،

بقیه در صفحه ۶۵



اثر نرمال سالین در تزریق وریدی کودکان بستری در بخش اطفال

عضوهیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

ترجمه: فاطمه فطوره‌چی

کوچک آن مثل اندازه ۲۴ که به کرات در بخش اطفال استفاده می‌شود توجهی نشده است. با نظر به اینکه استفاده از نرمال سالین در بعضی مواقع به نفع بیمار نیست.

این مطالعه اثر تزریق نرمال سالین را در مقابل هپارین $10 \frac{U}{CC}$ در طول استفاده

جستجوهای اخیر در بیماران بزرگسال که برای آنها از آنژیوتکت با اندازه‌های مختلف از ۱۶-۲۲ استفاده شده بود، نشان داده است که استفاده از نرمال سالین و یا هپارین رقیق شده تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. در صورتیکه در این گونه تحقیقات به اندازه‌های

استفاده‌های مکرر از آنژیوتکت جهت تزریقات وریدی به منظور مصرف داروها بر مثل آنتی بیوتیک، مسکن و غیره بسیار متداول می‌باشد. برای پیشگیری از انسداد آنها از محلولهای نرمال سالین و یا هپارین $1000 \frac{U}{CC}$ استفاده می‌شود.

از آنژیوکت در بخش اطفال به طور متناوب نشان داده است. روش تحقیق:

در طی مدت یک ماه تمام کودکانی که دارای آنژیوکت برای تزریق وریدی جهت داروها، کلوتید و یا مایعات دیگری بودند و در بخش اطفال، بخش بستری بودند، در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مدت توجه خاصی به اندازه‌های آنژیوکت، روش تزریق وریدی توسط کارکنان بخش و نوع داروی تزریق شده از طریق آنژیوکت شده است. در تحقیقات بالینی تشخیص داده شد که متغیرهای فوق می‌تواند محدودیتهایی در تجزیه و تحلیل آمار و نتیجه‌گیریها پدید آورند. در هر صورت قرار بر این بود که در جمع‌آوری اطلاعات مقدماتی نیازی به تغییر روش کار در این تحقیق کلینیکی نباشد.

به دلیل نیاز به قطعی شدن اندازه‌های آنژیوکت در این تحقیق، از شماره‌های ۲۲ و ۲۴ در تجزیه و تحلیل آماری استفاده شده است. بعلاوه آن‌گروه از آنژیوکت که به دلایل تراوش مایع یا پارگی کنار گذاشته شده بودند، در تجزیه و تحلیل محاسبه گردید.

در استفاده از روش آماری از ۲ نوع آنژیوکت مورد استفاده به اندازه‌های ۲۲ و ۲۴ که به وسیله نرمال سالیین و یا هیپارین رقیق شده، نگهداری شده بود، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از تست ویلکاکسون^(۳) استفاده گردید که با درجه اطمینان $P < 0.5$ تفاوت معنی‌داری رامشخص نمود.

در نتیجه‌گیری، بطور کلی از ۳۳۲ عدد آنژیوکت مورد استفاده، ۱۶۰ عدد آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ۴۰ عدد از آنها با اندازه ۲۲ و ۱۲۰ عدد دیگر با اندازه ۲۴ بود. کلیه گروه مورد مطالعه

کودکانی بودند که از صفر تا ۱۸ سال و اکثریت قریب به اتفاق ۶۹٪ آنها را کودکان زیر یک سال در بر می‌گرفت. کودکان بالای هشت سال حدود ۲۱/۷٪ و بین سنین یک تا هشت سال ۹/۳٪ بودند و تعدادی از این کاتترها به دلایلی مثل بیرون آمدن از محل تزریق ۱۲ عدد، بعلت تراوش سرم ۱۸ عدد، اندازه‌های بزرگتر (۲۰-۱۸-۱۶) عدد، ۴۲ عدد غیر قابل مصرف، پنج عدد فلیت گزارش گردید و ۲۳ عدد نیز در پایان روز دوم همچنان مورد استفاده بود و بعلاوه نه عدد از این کاتترها برای استفاده دوباره که تا اندازه‌ای نیز غیر عادی به نظر می‌رسید، کنار

نگرید.

در این ۱۲۰ نمونه مورد نظر، ۵۹ عدد آنژیوکت با اندازه ۲۴ با استفاده از هیپارین رقیق شده، بین ۵ تا ۹۱ ساعت دوام یافت و ۴۱ نمونه دیگر از آنها با استفاده از نرمال سالیین به طور متوسط ۲۲ ساعت که بین ۳ تا ۸۳ ساعت نیز دوام آورد و بدین ترتیب کاتترهایی که از محلول نرمال سالیین و هیپارین استفاده شد، طول مدت دوام آنها طولانی‌تر از کاتترهایی بود که از نرمال سالیین استفاده شده بود که با تست ویلکاکسون $P = 0.3$ تایید گردید. نقد و بررسی:

تحقیقات گذشته تفاوت چندانی را

مطالعات زیادی نشان داد که نرمال سالیین به اندازه هیپارین رقیق شده در هیپارین لاک^(۱) می‌تواند مؤثر باشد. این مطالعات توجه چندانی به کاتترهایی با اندازه‌های کوچک مورد استفاده در بخش اطفال، ننموده است. استفاده از محلول نرمال سالیین برای کاتترهای با اندازه ۲۴، کم اثرتر از هیپارین رقیق شده در این تحقیق می‌باشد.

گذاشته شد.

در این مطالعه ۳ نفر مشاهده گر تعداد ۲۴ عدد آنژیوکت را که از هیپارین رقیق شده استفاده شد به مدت بیش از ۱۰۰ ساعت مورد توجه قرار دادند و در این استفاده می‌توانست عوامل دیگری غیر از محلول مورد نظر دخالت داشته باشد.

۴۰ عدد کاتتر شماره ۲۲ در این تحقیق مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و از محلول هیپارین استفاده گردیده و به طور متوسط ۱۸ عدد از آن‌ها تا ۳۳/۵ ساعت دوام آورده که بین ۹ تا ۹۰ ساعت نیز بوده است و ۲۲ عدد از این کاتتر که از محلول نرمال سالیین استفاده شده بود به طور متوسط ۲۴/۵ ساعت برآورد گردید که بین طول زمانی ۴ تا ۸۴ ساعت نیز بوده است که تفاوت آماری قابل توجهی در این مطالعه مشهود

در مورد مقایسه نرمال سالیین و هیپارین رقیق شده جهت استفاده در آنژیوکت نشان نداده بود. این تحقیقات توسط اپرسون^(۴) در سال ۱۹۸۴ و دان^(۵) در سال ۱۹۸۷ انجام گرفت و نمونه‌ها در این تحقیقات بزرگسالانی بودند که از آنژیوکت به اندازه‌های مختلف ۱۸، ۲۰ و ۲۲ جهت تزریقات وریدی استفاده شده بود. هیچکدام از اطلاعات بدست آمده از اندازه‌های کاتتر را مؤثر ندانست. اما با توجه به اینکه در بخش اطفال کاتترهای مورد استفاده بسیار کوچک هستند. این مطالعه، تفاوت چشمگیری در رابطه با استفاده از کاتتر با اندازه ۲۲ که با نرمال سالیین و یا هیپارین رقیق شده، نگهداری شده بود، نشان نداد. تجزیه و تحلیل آماری نمودار را با ۵۰٪ مشخص نمود که حد متوسط کارایی کاتترهای اندازه ۲۲، ۲۴/۵ ساعت با استفاده از نرمال سالیین و



قرارگیرد تا بتواند استفاده از محلول نرمال سالین و هیپارین را با طول زمان متفاوت مشخص نماید.

وجود دارد که از بیماران با سنین مختلف در طول مدت سرم درمانی و تزریق دارو از راه ورید مورد مطالعه

۳۳/۵ ساعت با استفاده از هیپارین می‌باشد. بنابر این، تحقیق دیگری مورد نیاز است که باید از تعداد بیشتری بیمار با استفاده از کاتتر در اندازه‌های ۲۲ انجام پذیرد تا مشخص کننده این واقعیت باشد. ولی اطلاعات آماری نشان دهنده آن است که کاتترهای مورد استفاده با اندازه ۲۴، طول زمان بیشتری را هنگام استفاده از محلول هیپارین در مقایسه با محلول نرمال سالین را نشان داده است.

پیشنهادات تحقیق:

تجدید نظر دوباره در استفاده از نرمال سالین به طور متناوب با هیپارین می‌باشد که نشان دهنده صرفه جویی در وسایل بیمارستانی، هزینه دارو، پرسنل پرستاری و کادر پزشکی خواهد بود. تحقیق مورد نظر هنوز بسیاری از مسایل را روشن نکرده است. بنابر این، نیاز به تحقیق دیگری

REF:

Dane K.G.D; "Pediatric IV Catheters: Efficacy of Saline Flush"; Pediatric Nursing; March-April 1992; Vol. 18; No.2; PP:111-113

- 1-Heparin Lock
- 2-Heparin Lock
- 3-Wilcoxon test
- 4-Epperson
- 5- Dunn