

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در کشور

اداره سلامت نوزادان

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

معاونت سلامت



اداره سلامت نوزادان
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



تهیه کنندگان مجموعه

اسامی به ترتیب حروف الفبا می باشد:

مسئول طراحی و اجرا:

- بصیر، دکتر مهتا فاطمه، فوق تخصص نوزادان، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- جعفری پردستی، حاجیه، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران (بهارلو)
- حیدرزاده، دکتر محمد، فوق تخصص نوزادان، رئیس اداره نوزادان وزارت بهداشت

اعضاء گروه طراحی و اجرا:

- حبیب الهی، دکتر عباس، متخصص کودکان، اداره نوزادان وزارت بهداشت
- زمان، دکتر مهیار، پزشک عمومی، سلامت پژوهان نیکان
- صنیعی، دکتر فرحناز، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- کبیر، دکتر کوروش، متخصص پزشکی اجتماعی، سلامت پژوهان نیکان
- گودرزی، فاطمه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- مطلق، محمد اسماعیل، مدیرکل دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس
- وکیلان، روشنگر، کارشناس ارشد مامایی، اداره نوزادان وزارت بهداشت

جمعیتی از اساتید محترم هیئت علمی و همکاران واحدهای بهداشتی و درمانی دانشگاه‌های کشور به روش بحث گروهی متمرکز و نظرسنجی کتبی بسته خدمتی نوزاد سالم را با ارائه نظرات ارشادی خود نهایی نموده مورد تأیید قرار دادند:

- آرامش، دکتر محمدرضا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
- آژ، نضال، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- ابراهیم، زهرا، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- افجه‌ای، دکتر سید ابوالفضل، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- اکرمی، فروزان، کارشناس ارشد مامایی، اداره نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- بابایی، فرح، کارشناس ارشد مامایی، دفتر مامایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- بسکابادی، دکترحسن، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- بهاء صدری، دکترشهره، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- پارسا، دکترپریسا، دکترای بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی همدان
- پودینه، پروین، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- پوراحمدی، گیتی افروز، کارشناس مامایی، بیمارستان نفت
- پورتقی، سریه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- جمشیدی، فرنگیس، کارشناس مامایی، بیمارستان مدائن
- جمشیدی منش، منصوره، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- جوانمردی، زهرا، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- حاجی مرادی، پروانه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- حسینی، دکتر سید جلیل، متخصص ارولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- خزائی، دکتر سهیلا، فوق تخصص عفونی کودکان، اداره کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

- دستفان، فاطمه، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- دلاور، دکتربهرام، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- رحیمی قصبه، سوسن، کارشناس ارشد مامایی، اداره مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- رشیدی جزینی، نسرين، کارشناس مامایی، اداره نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- رئوفی، مهتاب، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- زارع زاده، لاله، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- سعدوندیان، سوسن، کارشناس ارشد پرستاری، اداره کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سلطانی سیه رود، زهرا، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- شتی، دکتر محسن، اپیدمیولوژیست، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عزالدین، دکترناهید، متخصص اطفال، انجمن پزشکان نوزادان ایران
- فخرایی، دکتر سید حسین، فوق تخصص نوزادان انجمن پزشکان نوزادان ایران
- فرسار، دکتر احمدرضا، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- فرودنیا، شهره، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- فریور، دکتر سید خلیل، متخصص کودکان، انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر
- قاسمی، دکتر مریم، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کاشانیان، دکتر مریم، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کدیور، دکتر ملیحه، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- گیوری، اعظم، کارشناس ارشد پرستاری، پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- لرنژاد، دکتر حمیدرضا، متخصص کودکان، اداره کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- مجیدی، منیژه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان
- محقق، دکتر پرینسا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- محمدی، مختار، کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مرزبان، دکتر اصغر، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
- مرنندی، دکتر علیرضا، فوق تخصص نوزادان، انجمن پزشکان نوزادان ایران
- موحدی، دکتر شهره، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- موید محسنی، دکتر سکینه، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه شاهد
- میثاقی، ثریا، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- نریمان، دکتر شاهین، فوق تخصص نوزادان انجمن پزشکان نوزادان ایران
- نیری، دکتر فاطمه، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- والا فر، شهره، کارشناس مامایی، اداره مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- وسکوئی اشکوری، خورشید، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- یمانی، سید تقی، پزشک عمومی (MPH) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فهرست مطالب

مقدمه

پیشگفتار

مقدمه رئیس اداره نوزادان

مقدمه مسئول علمی راهنمای بالینی

بخش اول: راهنمای علمی دستورالعمل‌ها

تعاریف

فصل اول : مراقبت‌های قبل از تولد

مراقبت‌های مرتبط در دوره بارداری

آمادگی برای تولد نوزاد:

۱- پیشگیری از عفونت

۲- آماده‌سازی اتاق زایمان

فصل دوم: مراقبت‌های هنگام تولد

هنگام تولد: پیشگیری از هیپوترمی - احیاء نوزاد - اولین ارزیابی نوزاد - اولین تماس مادر و نوزاد و آغاز

شیردهی - تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد

ارزیابی عوامل خطر در نوزاد:

۱- نوزاد سالم

۲- نوزاد در معرض خطر

۳- نوزاد بیمار

فصل ۳: مراقبت‌های معمول بعد از تولد

مقدمه

۳-۱ ارزیابی نوزاد طی دوره گذر:

۱- ارزیابی روتین وضعیت نوزاد

۲- روش ارزیابی: وزن - قد - دورسر - سنجش دمای بدن - شمارش ضربان قلب - شمارش تنفس -

ارزیابی پرفوزیون محیطی

۳- تحمل تغذیه و دفع مدفوع و ادرار - دوره گذر طبیعی

- ۴- گذر غیر طبیعی
- ۳-۲ ایمن سازی:
- ۱- هپاتیت ب
 - ۲- ب ت ژ
 - ۳- قطره فلج اطفال
 - ۳-۳ تزریق ویتامین کا
 - ۳-۴ مراقبت از بندناف
 - ۳-۵ مراقبت از پوست نوزاد
 - ۳-۶ مراقبت از چشم‌ها
 - ۳-۷ برقراری ارتباط عاطفی نوزاد و والدین
 - ۳-۸ آموزش شیردهی در ساعات اول زندگی نوزاد
 - ۳-۹ پوشاک نوزاد
- فصل چهارم: دیگر مراقبت‌های لازم در طول دوران بستری
- ۴-۱ ارزیابی کامل نوزاد:
- ۱- معاینه نوزاد
 - ۲- غربالگری برای ردیابی مشکلات و اختلالات شایع: ۱- اندازه‌گیری هموگلوبین و هماتوکریت ۲- اندازه‌گیری قند خون ۳- گروه خون و اره‌اش و کومبس مستقیم ۴- غربالگری عفونت باکتریال ۵- موارد دیگر
 - ۳- علائم بیماری شدید
 - ۴-۲ دیگر مراقبت‌های هنگام اقامت در بیمارستان تا زمان ترخیص
 - ۴-۳ آموزش مادر
 - ۴-۴ مراقبت ویژه نوزاد بظاهر سالم کم وزن در رومینگ این
 - ۴-۵ ترخیص مادر و نوزاد:
 - ۱- شرایط مناسب نوزاد ۲- شرایط مناسب مادر ۳- مشکلات ناشی از ترخیص زودرس ۴- اولین ارزیابی بعد از ترخیص

بخش ۲: فرایندها

فصل اول: فرایندهای اتاق زایمان

فرایند اول: ارزیابی قبل از تولد

فرایند دوم: آماده‌سازی برای مراقبت از نوزاد.

فرایند سوم: پیشگیری از هیپوترمی

فرایند چهارم: ارزیابی نیاز نوزاد به احیا و تعیین آپگار دقیقه اول

فرایند پنجم: قطع بندناف از مادر و کلامپ بندناف نوزاد

فرایند ششم: ارزیابی نوزاد در اتاق زایمان

فرایند هفتم: تماس پوست به پوست مادر و نوزاد

فرایند هشتم: خون‌گیری از بندناف

فرایند نهم: معاینه جفت و بندناف

فرایند دهم: تعیین و ثبت آپگار نوزاد در دقیقه اول و پنجم.

فرایند یازدهم: تغذیه نوزاد در اتاق زایمان با روش خزیدن به طرف پستان مادر

فرایند دوازدهم: تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد

فرایند سیزدهم: برقراری ارتباط بین پرسنل مامایی و مراقبین نوزاد

فرایند چهاردهم: طبقه‌بندی نوزاد برحسب میزان خطر و انتقال نوزاد

منابع فصل اول

فصل دوم: مراقبت‌های اتاق پس از زایمان

فرایند پانزدهم: اندازه‌گیری معیارهای رشد نوزاد (قد، وزن، دورسر)

فرایند شانزدهم: بررسی علائم حیاتی نوزاد و بررسی دفع ادرار و مکونیوم

فرایند هفدهم: ارزیابی نوزاد طی دوره گذر

فرایند هجدهم: انتقال نوزاد از اتاق پس از زایمان به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

فرایند نوزدهم: ایمن سازی نوزاد

فرایند بیستم: تزریق ویتامین K1

فرایند بیست و یکم: لباس پوشاندن به نوزاد

منابع فصل دوم

فصل سوم: مراقبت های بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

فرایند بیست و دوم: مشاوره و آموزش شیردهی در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

فرایند بیست و سوم: استحمام نوزاد

فرایند بیست و چهارم: مراقبت از بندناف

فرایند بیست و پنجم: ارزیابی نوزاد در مدت اقامت در بیمارستان

فرایند بیست و ششم: معاینه کامل نوزاد

فرایند بیست و هفتم: غربالگری شنوایی

فرایند بیست و هشتم: آموزش مراقبت های نوزاد به مادر در زمان حضور در بیمارستان

فرایند بیست و نهم: آموزش مادر قبل از ترخیص

فرایند سی ام: ترخیص نوزاد

فرایند سی و یکم: پیگیری بعد از ترخیص

فرایند سی و دوم: ختنه

فرایند سی و سوم: مراقبت از نوزاد کم وزن سالم

منابع فصل سوم

بخش سوم: فرایندهای پشتیبان

پشتیبانی مالی

پشتیبانی وسایل و تجهیزات

پشتیبانی فضاها و تاسیسات مورد استفاده

پشتیبانی نیروی انسانی

مستندسازی

بخش چهارم: مراحل تدوین کوریکولوم آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم

آموزش پرسنل

آموزش مادران

فضاهای فیزیکی و تجهیزات

نیروی انسانی

بخش پنجم: ضمایم، فرم ها و دستورالعمل ها

- فرم اطلاعات نوزاد در بخش زایمان و اتاق عمل
- فرم مراقبت از نوزاد سالم
- فرم غربالگری زودرس تغذیه با شیر مادر
- دستورالعمل تغذیه در ساعت اول تولد
- دستورالعمل ماساژ
- دستورالعمل پیچیدن نوزاد جهت جابجایی
- دستورالعمل ختنه
- الگوی دفع ادرار و مدفوع نوزاد
- فرم ثبت آپگار نوزاد

پیشگفتار :

از نوزادانمان صحیح، استاندارد و اصولی مراقبت نماییم

با ارائه مراقبت صحیح و استاندارد در دوران نوزادی، فرصت رشد و تکامل مطلوب نوزاد که حق طبیعی اوست فراهم می‌گردد. مهم‌ترین زمان شکل‌گیری شخصیت افراد، برقراری ارتباطات عاطفی صحیح و حفظ سلامت جسم و روان کودک، دوران نوزادی بویژه بدو تولد است. این زمان نقش قابل ملاحظه‌ای بر سلامت انسان، در تمامی ابعاد از جمله ذهن، جسم، روان و ایمنی انسان دارد، در نتیجه شروع مراقبت صحیح و اصولی از نوزاد از بدو تولد بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

از طرف دیگر ارائه مراقبت مطلوب به نوزاد، سبب داشتن جامعه سالم، کاهش هزینه‌های مراقبتی و درمانی در تمام سنین کودکی و حتی سایر دورانهای سنی گردیده و در نتیجه سرمایه‌های اجتماعی را افزونتر خواهد نمود. معاونت سلامت وزارت بهداشت، مصمم است، هر ساله وضعیت مراقبت‌های ارائه شده به مردم را بر اساس جنس و سطوح سنی مختلف بازنگری، استاندارد و منتشر نماید. بدین لحاظ مجموعه‌ای تحت عنوان "دستورالعمل مراقبت از نوزاد سالم" که حاوی دستورالعمل‌های استاندارد، طبق استانداردهای جهانی ارائه شده در کشورهای توسعه یافته می‌باشد تهیه نموده؛ تا با ارائه راهکارهای مناسب و استاندارد مراقبت‌های این دوران را در سراسر کشور مطلوب و یکسان نماید.

این مجموعه حاصل تلاش همکاران شما در اداره نوزادان می‌باشد که با توجه به آخرین منابع علمی و کتابهای مرجع تهیه شده و مورد تأیید کمیته‌های علمی کشور از جمله انجمن علمی پزشکان نوزادان ایران و کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر و جمعی از اساتید محترم هیئت علمی و کارکنان درمانی قرار گرفته است. بدینوسیله از کلیه همکارانم در اداره نوزادان و سایر دست‌اندرکاران تشکر می‌نمایم به امید اینکه با تهیه این مجموعه گامی هدفمند در تأمین سلامت نوزادان کشور برداشته و رضای حق تعالی را جلب کرده باشیم.

دکتر محمد اسماعیل مطلق

مدیر کل دفتر جمعیت، خانواده و مدارس

مقدمه :

اداره نوزادان از سال ۱۳۸۵ در راستای اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد که سرلوحه آن کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج سال تا سال ۲۰۱۵ به میزان دو سوم می باشد، سعی نموده به منظور اعتلای سلامت نوزاد و کاهش مرگ و میر وی، بهبود کیفیت ارائه خدمات مراقبتی به نوزادرا در اولویت کارهای خود قرار دهد.

بررسی اولیه منابع و متون علمی در کشورهای توسعه یافته برای ما آشکار نمود که کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به نوزاد سالم در کشور با استاندارد مورد نظر تفاوت های قابل توجهی دارد. از طرف دیگر بررسی اطلاعات حاصل از نظام مراقبت مرگ نوزاد نشان دهنده یکسان نبودن خدمات ارائه شده در مناطق مختلف کشور بود. با توجه به این اطلاعات لزوم اتخاذ سیاست ها و راهکارهایی که منجر به تحول در کیفیت و کمیت خدمات مراقبت از نوزاد در بیمارستانهای کشور گردد منطقی به نظر می رسيد.

در جهت رسیدن به این هدف سعی نمودیم با استفاده از جدیدترین، در دسترس ترین و نزدیک ترین متون علمی به فرهنگ اسلامی و ایرانی کشورمان مراقبت های لازم و معمول، ویژه نوزادان را استاندارد نموده و پس از ارزشیابی نهایی و اجرای آزمایشی آن به مرحله اجرا درآوریم. مجموعه تهیه شده از آبان ماه ۱۳۸۸ تا تیر ماه ۱۳۸۹ توسط جمعی از اساتید هیئت علمی دانشگاه های کشور و گروهی از پرسنل بهداشتی و درمانی صاحب نظر به صورت بحث گروهی، و توسط اعضاء محترم انجمن علمی پزشکان نوزادان ایران و کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر مورد بررسی و تأیید نهایی قرار گرفت.

نتایج حاصل از فعالیت های صورت گرفته به صورت کتابچه ای تحت عنوان " دستورالعمل های ارائه خدمات استاندارد مراقبت از نوزاد سالم " تهیه گردید. کتاب راهنمای مراقبت از نوزاد با هدف بهبود کیفیت مراقبت های ویژه نوزاد سالم، کاهش هزینه ها و توجه به حقوق نوزاد از نیمه دوم سال ۱۳۸۹ در مراکز خدمات رسانی به مادر و کودک توزیع می گردد تا پرسنل بهداشتی و درمانی که خدمت رسانی به مادر و نوزاد را برعهده دارند، بتوانند با استفاده از این دستورالعملها تمامی خدمات مراقبتی از نوزاد سالم را به صورت استاندارد انجام دهند. امید است بتوان از مجموع نظرهایی که دریافت می شود در بازنگری سالهای آتی کتاب استفاده شود تا آن را با شیوه مناسب تر و کاربردی تر منتشر نماییم.

حرکت مهم فرهنگی و آموزشی دیگر، تالیف همزمان مطالب علمی بسیار ارزشمندی است که توسط همکار ارجمند سرکار خانم دکتر مهتا فاطمه بصیر عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سرکار خانم دکتر صنیعی متخصص کودکان از دانشگاه علوم پزشکی ایران، سرکار خانم فاطمه گودرزی کارشناس مامایی از دانشگاه علوم پزشکی شاهد، سرکار خانم حاجیه جعفری پردستی کارشناس اداره نوزادان و سایر کارشناسان

محترم اداره نوزادان تهیه گردیده و بعنوان راهنمای علمی دستورالعمل مراقبت از نوزاد سالم در این مجموعه قرار گرفته است تا اطلاعات کافی را جهت اجرای فرایندهای لازم در اختیار ارائه دهندگان خدمت قرار دهد .
از تمامی اساتید و همکاران خود در اداره نوزادان که در تهیه این بسته ما را یاری نموده اند بسیار سپاسگزارم

دکتر محمد حیدرزاده

رئیس اداره نوزادان معاونت سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

بخش ۱

راهنمای علمی دستورالعمل‌ها

تعاریف

تعریف گروه هدف خدمات:

مراقبت سطح یک نوزادی شامل مراقبت از نوزاد سالم و بظاهر سالم است :

۱. نوزاد سالم (well baby)

نوزاد سالم برطبق تعریف^۱ نوزادی است که :

☞ در معاینه دارای علائم حیاتی، فعالیت، ظاهر، رنگ و تغذیه طبیعی باشد.

(دامنه طبیعی تغییرات: تنفس ۳۰-۶۰، قلب ۱۲۰-۱۶۰، حرارت زیربغل ۳۶,۵ - ۳۷,۴ درجه سانتیگراد) ۱۱۶,

(AAP) ()

☞ در سوابق مادری بیماری مرتبط با بارداری و جنین وجود نداشته باشد

☞ سوابق بارداری و زایمان بدون عارضه باشند

☞ شرح حال بعد از تولد طبیعی داشته باشد

☞ نوزادی است رسیده (ترم) متولد بین آغاز ۳۷ هفته (و صفر روز) و پایان ۴۱ هفته ۶ روز سن جنینی،

با اندازه هایی متناسب با سن حاملگی (AGA)

این گروه از نوزادان نیاز به مراقبت معمول (روتین) و شناسایی علایم یک بیماری

احتمالی را دارند.

۲. نوزاد بظاهر سالم و "در معرض خطر"

یک نوزاد بظاهر سالم «در خطر» نوزادی است با :

- علائم حیاتی، فعالیت و رنگ طبیعی دارد

- ممکن است تغذیه ای مناسب داشته باشد

ولی یک یا چند مورد از موارد زیر را داشته باشد:

☞ سوابق غیر طبیعی در شرح حال، از جمله :

• سوابق غیر طبیعی مادری مانند سقط

۱ ناشر: انجمن متخصصین اطفال امریکا-۲۰۰۷ - Perinatal Continuing Education Program (PCEP)

- شرح حال بارداری و زایمان غیر طبیعی مانند خونریزی، بیماری یا درمان دارویی مادر
- شرح حال تولد غیر طبیعی مانند ضریب آپگار پائین تر از ۷ در دقیقه اول عمر که سریعاً به احیاء پاسخ داده باشد یا مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیم
- احتمال عفونت حوالی زایمان
- 👉 تولد قبل از موعد، طبق تعریف برای این راهنما و تعریف سطح یک خدمات مادر و نوزاد: از آغاز ۳۵ هفته تا ۳۶ هفته و ۶ روز سن جنینی (از گروه late preterm infants)
- 👉 بظاهر سالم ولی کم وزن با وزن تولد ۲۰۰۰ - ۲۵۰۰ گرم
- 👉 بر طبق تعریف^۱ مراقبت نوزاد سالم در سطح یک خدمات مادر و نوزاد برای نوزادان سالم با وزن تولد بالای ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم انجام می‌شود. اما در شرایط فعلی کشور ما که امکان بستری کردن همزمان مادر با نوزادش در همه جا مهیا نیست و در بسیاری از موارد بستری کردن نوزاد منجر به جدایی مادر از نوزاد می‌شود. لذا با تامین امکانات مراقبت خوب و مناسب با وضعیت و نیاز نوزاد در خطر، از نوزاد بظاهر سالم با وزن تولد ۱۸۰۰ - ۲۵۰۰ گرم تا زمانی که علامت بالینی یا فرابالینی (پاراکلینیک) غیر طبیعی ندارد، ممکن است در بخش زنان (رومینگ-این) در کنار مادر نگه داری شود.

این گروه از نوزادان نیاز به توجه پیشتر و شناسایی علایم (پالینی / فرابالینی) بیماری احتمالی دارند.

توضیحات برای تخمین سن جنینی

- * تخمین سن جنینی:
- دقیق ترین روش تخمین بر طبق سونوگرافی سه ماه اول بارداری است.
- اگر سونوگرافی در سه ماهه اول انجام نشده بود بر طبق LMP محاسبه شود.
- تخمین سن جنینی توسط ارزیابی بالینی در ۱۲ ساعت اول عمر کمک کننده است (خطای \pm دو هفته)

نوزاد نارس متولد قبل از پایان ۳۶ هفته ۶ روز بارداری، یا قبل از ۲۵۹ روز بعد از اولین روز آخرین سیکل LMP

1 American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists; Guidelines for Perinatal Care, 6th Ed, American Academy of Pediatrics, 2008

نوزاد نارس نزدیک به ترم (Late preterm infants)^۱

متولد در سن جنینی بین ۳۴ (صفر روز) - ۳۶ هفته و ۶ روز/ برابر با ۲۳۹ تا ۲۵۹ روز

بعد از اولین روز آخرین سیکل LMP. خطر مرگ در این گروه از نوزادان ۳ تا ۵ برابر نوزاد رسیده است.

نوزاد رسیده (ترم) متولد بین ۳۷ هفته (و صفر روز) و ۴۱ هفته و ۶ روز بارداری

نوزاد پست ترم متولد بعد از آغاز هفته ۴۲ یا ۲۹۴ روز بعد از اولین روز آخرین سیکل LMP

1 AAP, ACOG, and NCHS

فصل ۱

مراقبت های قبل از تولد

تداوم مراقبت از قبل از بارداری حین و قبل از زایمان، اساس سلامت نوزاد شناخته می‌شود. رئوس مطالب مهم در رابطه با سلامت نوزاد شامل موارد زیر است :

(۲) مراقبت‌های مرتبط در دوره بارداری

رئوس مطالب مهم در رابطه با سلامت نوزاد شامل مطالب زیر می‌شود.

۱,۱- آماده کردن مادر برای زایمان و مراقبت از نوزاد

۱,۲- آماده سازی مادر برای شیر دهی: مدیریت موفق آموزش شیردهی با شروع آموزش در دوران بارداری امکان پذیر می‌شود. در این دوران لازم است ضمن کسب اطلاعات در مورد سوابق بیماری و جراحی پستان و سوابق شیردهی در حاملگی قبلی، مادر را در مورد مراقبت از پستان ها، برنامه ریزی تغذیه انحصاری با شیر مادر و اولین تماس و شیردهی وی در بدو تولد نوزاد مطلع و تشویق نمود .

شروع شیردهی در ساعت اول عمر علاوه بر اینکه از میزان تنش نوزاد می‌کاهد و دل‌بستگی و وابستگی مادر- نوزاد را افزایش می‌دهد، نقشی مهم در تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد. لازم است مادر در مورد وقوع و اهمیت آن قبلا آگاه شده باشد.

۱,۳- جمع آوری اطلاعات در زمینه حاملگی های قبلی و سوابق این بارداری، واکسیناسیون، مصرف دارو و غیره

۱,۴- تکمیل فرم اطلاعاتی سوابق مادر، بارداری و زایمان

جمع آوری و انتقال اطلاعات در باره سوابق مادر، بارداری و زایمان برای مراقبت صحیح از نوزاد ضروریست. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراقبت های قبل زایمان به پروتکل اداره مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه فرمائید.

(۳) آمادگی برای تولد نوزاد

لازم است قبل از تولد نوزاد، محیط را مناسب و تجهیزات لازم را آماده کنید.

۲,۱- پیشگیری از عفونت:

بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی علت فوت ۳۲٪ نوزادان، ابتلا به عفونت است. علاوه بر عفونت های انتقال یافته قبل از تولد، عدم رعایت اصول بهداشت باعث می‌شود که باکتری ها از راه پوست، بند ناف، دهان و بینی به بدن نوزاد نفوذ کنند. از طرف دیگر با رعایت اصول بهداشتی از انتقال بیماری هایی نظیر هپاتیت، ایدز به نوزاد و پرسنل بهداشتی پیشگیری می‌شود.:

- دست‌ها به روش استاندارد شسته شوند. شستشوی مکرر دست‌ها ساده‌ترین و بهترین راه پیشگیری از انتقال عفونت است.
- برای ضد عفونی کردن وسایل و تجهیزات طبق دستورالعمل کشوری اقدام کنید.
- برای لمس هر ماده خیس یا مرطوب از دستکش استفاده کنید: پوست زخمی، مخاطات، خون، مایع آمنوتیک و بدن نوزاد.
- با پوشیدن گان، عینک، ماسک و غیره خود را از خطر آلوده شدن بر اثر جهش مایع آمنوتیک یا خون آلوده حفظ کنید.
- ظرفی ایمن برای دور انداختن جفت، سر سوزن و اشیاء برنده در نظر بگیرید.

۲،۱- آماده سازی اتاق زایمان / اتاق عمل

- تمیز کردن اتاق زایمان و وسایل مورد نیاز
- گرما: دمای توصیه شده برای اتاق زایمان ۲۵ - ۲۸ درجه سانتی‌گراد است.^۱ یک دماسنج دیواری برای کنترل درجه حرارت محیط به دیوار اتاق نصب باشد. هنگام تولد نوزاد درها و پنجره‌ها را بسته و پنکه، کولر یا دستگاه تهویه هوا خاموش شود تا از جریان هوا، که باعث هیپو ترمی نوزاد می‌شود، پیشگیری کنید.

اگر از منبع تولید گرمای تابشی (وارمر) استفاده می‌کنید:

- تشک و سطح میز احیا باید پاک و گرم در ارتفاع مناسب برای احیا کننده قرار گرفته باشد. سطح تشک را با یک پوشش نخی بپوشانید. منبع تولید گرما باید حداقل در فاصله ۵۰ تا ۶۰ سانتیمتری بالای تخت احیاء قرار گرفته باشد.
- دستگاه را به برق وصل کنید و سپس روشن کنید.
- اگر دستگاه سریع گرم می‌کند، کفایت چند دقیقه قبل روشن شود تا تشک و سطح میز احیا گرم کند. میزان گرمای ایمن و مناسب را تعیین و تنظیم کنید. در صورت وجود وارمر با حرارت قابل کنترل مخصوص نوزاد حرارت آنرا بروی روش « کنترل شده (servo - control) » گذاشته و حرارت مطلوب را برای دمای پوست به روی ۳۶ درجه تنظیم کنید. پروب سنجش دمای پوست را بروی شکم نوزاد بچسبانید. تیغه‌های شیشه‌ای اطراف

1 WHO 1997

- میز را بالا بکشید تا از هدر رفتن دما به روش همرفت پیشگیری شود .
- در صورت فوریت و عدم دسترسی به دستگاه گرم کننده مخصوص نوزاد، می توان از دمای یک لامپ ۱۰۰ وات (یک چراغ پایه دار) نیز بهره برد. اتصال محافظ و میزان فاصله کافی لامپ از نوزاد برای پیشگیری از سوختگی تصادفی نوزاد رعایت شود.
 - برای پیشگیری از خطر هیپوترمی و هیپرترمی (و سوختگی) تصادفی ، دمای بدن نوزادی که در زیر یک منبع تولید گرما (بجز وارمر با حرارت کنترل شده servo-control) قرار داده می شود باید هر ده دقیقه یک بار حداقل با لمس ارزیابی شود. برای پیشگیری از هیپرترمی، نوزادی که در زیر وارمر روشن قرار دارد بهتر است عریان باشد. توجه داشته باشید که برخی از منسوجات از مواد صناعی قابل اشتعال درست شده اند و ممکن است در دمای بالا مشتعل شوند.
 - **روشنایی:** باید روشنایی اتاق برای ارزیابی رنگ و تنفس نوزاد کافی باشد. اگر نور ناکافی است چراغ های اضافی را آماده کنید. روشنایی توصیه شده برای میز احیای نوزاد foot-candles ۱۰۰ است.

• حفظ حریم خصوصی مادر

اتاق زایمان ایدال یک تختی است. در اتاق های دو یا چند تخته از پرده و پاراوان برای جدا سازی و حفظ حریم خصوصی مادر استفاده کنید. بهتر است حین یک زایمان طبیعی، مادر فردی را به انتخاب خود به عنوان همراه داشته باشد.

در مورد استاندارد تجهیزات و امکانات در اتاق زایمان به ضمیمه شماره ۵ رجوع کنید.

فصل ۲

مراقبت های هنگام تولد

۱) مراقبت های موقع تولد

اهداف مراقبت از نوزاد در این مرحله، تامین گرما، تثبیت وضعیت نوزاد، در صورت لزوم احیاء نوزاد، شناسایی اولین علائم یک بیماری مهلک، تعیین هویت، تامین امنیت و ارتباط مادر- نوزاد است.

مراحل مراقبت موقع تولد نوزاد ترم و نزدیک به ترم سالم:

اقدام اول: پاک کردن راه تنفسی (در صورت نیاز)، خشک کردن و تحریک نوزاد

اقدام دوم: ارزیابی تنفس و تون و وضعیت کلی نوزاد

اقدام سوم: تصمیم بگیرید آیا نوزاد نیاز به احیاء دارد. معمولاً اقدامات اول تا سوم بطورهمزمان اجرا می شود.

(توجه: ضریب آپگار در پایان دقیقه یک عمر محاسبه می شود)

اقدام چهارم: نوزاد را در تماس پوست با پوست با مادر قرار دهید و پشت نوزاد را با حوله استریل، خشک و گرم بپوشانید.

اقدام پنجم: بند ناف را کلمپ و قطع کنید

اقدام ششم: کمک کنید تا شیر دهی آغاز شود.

اقدام هفتم قبل از ترک محل زایمان، شرح مراحل مراقبت هنگام تولد، ثبت و اقدامات ضروری برای تشخیص هویت نوزاد انجام و فرم های مربوطه تکمیل شود.

۱،۱- پیشگیری از هیپوترمی

نوزاد بلافاصله بعد از تولد با یک حوله استریل که از پیش گرم شده خشک می شود و در یک محیط گرم؛ در تماس پوست با پوست با مادر و یا در صورت وجود مورد منع پزشکی، در زیر یک منبع تابشی حرارت که از قبل روشن شده قرار می گیرد.

اغلب موارد هیپوترمی در دقایق اول عمر روی می دهد. حرارت بدن نوزاد رسیده طی ده تا بیست دقیقه

اول عمر ممکن است ۲ تا ۴ درجه سانتیگراد کاهش یابد.

- بلافاصله نوزاد را در یک حوله تمیز و گرم پیچیده و خشک کنید. حین خشک کردن نوزاد با مالش، نوزاد را تحریک حسی کنید. قفسه سینه پشت و پای او را مالش دهید. حوله خیس را کنار گذارده نوزاد را در حوله ای پاکیزه، خشک و گرم بپیچید.

- ضمن خشک کردن، نوزاد را از نظر نیاز به احیاء ارزیابی کنید. این عمل با پاسخ به سؤالات زیر انجام می شود:

(۱) آیا نوزاد گریه میکند و تنفس دارد؟

(۲) آیا تون عضلانی خوب است؟

(۳) آیا نوزاد ترم (رسیده) است؟

اگر پاسخ به همه این سؤالات مثبت است، نوزاد تنها به مراقبت های معمول (روتین) نیازمند است. حدود ۹۰ درصد نوزادان در این شرایط قرار دارند. آنهایی که نیازه احیاء ندارند، بهتر است از مادر جدا نشوند.

- در صورت نیاز، ترشحات داخل دهان نوزاد را بوسیله یک پوار یا یک پارچه استریل از ترشحات تخلیه کنید. معمولاً نوزادانی که با زایمان طبیعی متولد می شوند ترشحات کمتری دارند.

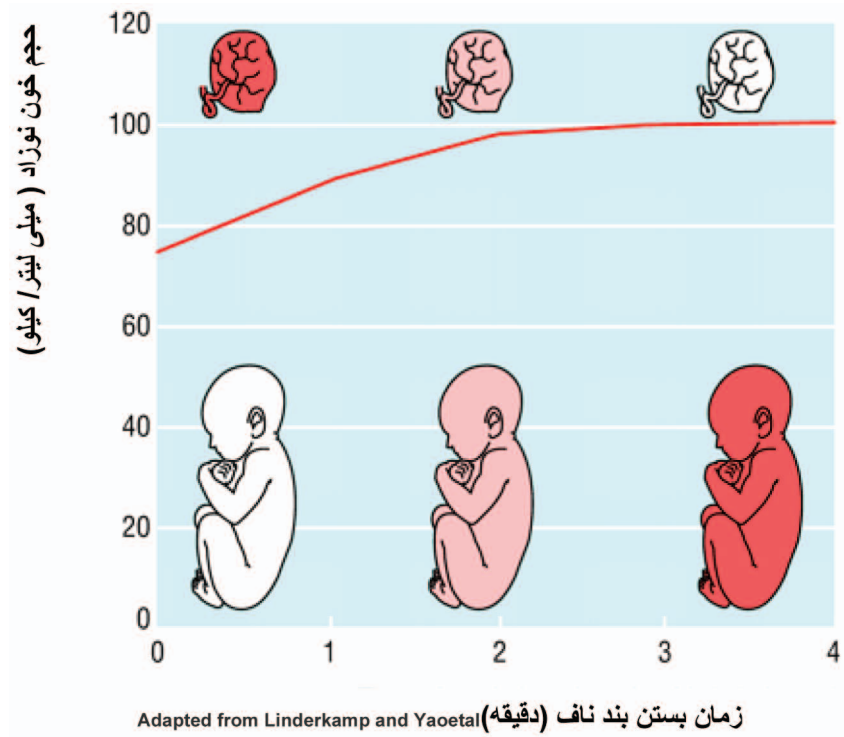
- در صورت هوشیاری و آمادگی مادر، و عدم نیاز به احیاء، حوله خیس را کنار گذاشته، نوزاد را به شکل نشان داده شده در زیر، در تماس پوست به پوست بروی سینه مادر قرار دهید. پشت نوزاد را با یک حوله گرم بپوشانید و دقت کنید که حوله سر و صورت وی را نپوشاند. با استفاده از کلاه برای پوشش سر نوزاد از اتلاف حرارت به نحو قابل توجهی پیشگیری کنید.



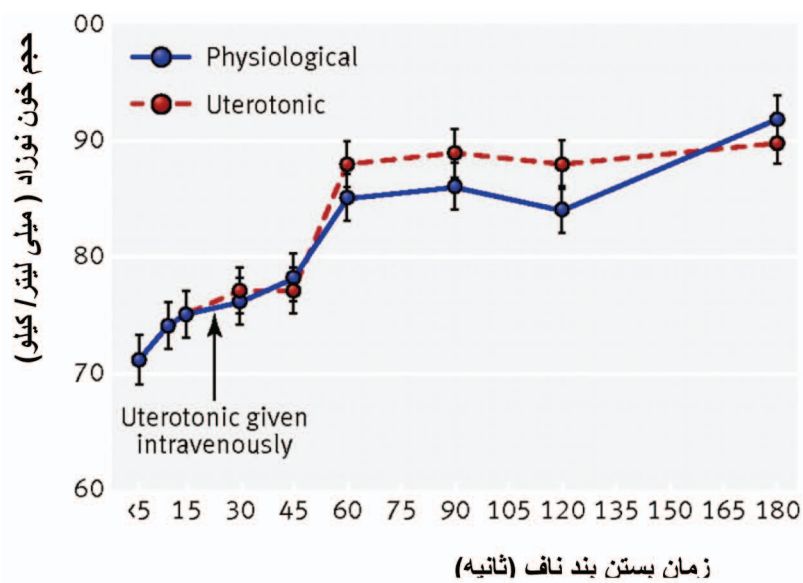
شکل ۱- وضعیت مطلوب مادر و نوزاد برای تماس پوست با پوست

۱،۲- بستن بند ناف

- زمان مناسب برای بستن بند ناف بین ثانیه ۳۰ تا ۱۲۰ بعد تولد است:
- مطالعات اخیر نشان داده است که یک تاخیر ۳۰-۱۲۰ ثانیه برای بستن بند ناف نوزادانی که نیاز به احیای فوری ندارند، احتمال خونریزی بعد زایمان را کاهش داده، نیاز به تزریق خون را کاهش داده و ذخیره آهن نوزاد را افزایش می دهد. این امر مخصوصا برای نوزادانی که در کشور های در حال توسعه متولد می شوند پر اهمیت است.
- تاخیر طولانی در بستن بند ناف با افزایش میزان شیوع زردی نوزادی و نیاز به فتوتراپی همراه است.
- بدیهی است که در صورت عدم تنفس و بدحالی نوزاد و نیاز به احیاء، بند ناف باید هرچه سریع تر قطع و عملیات احیاء آغاز شود.



شکل ۲- نسبت زمان بستن بن ناف و حجم خون انتال یافته به نوزاد



شکل ۳- نسبت زمان تاخیر در بستن بند ناف و حجم خون انتقال یافته به نوزاد

با یا بدون استفاده از داروی القای زایمان

۱,۳- احیای نوزاد

- اکسیژن و وسائل مورد نیاز، قابل استفاده و استریل احیاء باید همیشه در دسترس باشد.
- در صورتی که نوزاد نیاز به اکسیژن درمانی دارد، برای پیشگیری از کاهش دمای بدن نوزاد، بهتر است اکسیژن با جریان/ فشار کم (حدود ۵ لیتر در دقیقه) استفاده شود. جریان مستقیم اکسیژن، اگر گرم و مرطوب نباشد و مخصوصا اگر با جریان بالا، مثلا برابر یا بیشتر از ۱۰ لیتر در دقیقه تجویز شود، از طریق مکانیسم همرفت، باعث ایجاد هیپوترمی در نوزاد می شود. طی اکسیژن درمانی و احیاء دمای بدن نوزاد بطور مکرر کنترل کنید.
- در مورد روش احیای نوزاد به برنامه کشوری احیای نوزاد مراجعه شود.

۱,۳,۱- تخلیه ترشحات و پاک کردن مجاری تنفسی

■ وقتی مایع آغشته به مکونیم نیست

تحقیقات سال های اخیر تاکید بر آن دارند که «ساکشن» و استفاده از پوار فقط در صورتی انجام گیرد که ترشحات باعث انسداد راه های تنفسی شده باشند؛ زیرا انجام «ساکشن» حتی با پوار، ممکن است منجر به بروز برادی کاردی نزد نوزاد شود. در صورتی که نوزاد نیازمند به احیاء نیست و گریه تنفس خوبی دارد می توان نوزاد را بروی پهلو بخوابانید و ترشحات را با گاز یا پارچه تمیزی پاک کرد.

■ در صورتیکه مایع آغشته به مکونیم است

میزان شیوع مایع آمیوتیک آغشته به مکونیم بین ۷٪ تا ۲۰٪ در تولد زنده می باشد. اگر این اختلالات همراه با اسیدوز جنینی، ضربان غیر طبیعی قلب جنین باشد، مطرح کننده هیپوکسی جنینی است و نوزاد در ساعات بعدی نیاز به توجه بیشتر دارد.

اگر مکونیم دفع شده قبل یا حین تولد توسط جنین آسپیره گردد، ذرات حاوی در آن باعث انسداد راه های هوایی تحتانی و در نتیجه منجر به هیپوکسی شدید، التهاب، عفونت و عوارض تنفسی می گردد. به این وضعیت سندرم آسپیراسیون مکونیم (MAS) می گویند. بر طبق راهنمای احیای نوزاد:

■ اگر مایع آغشته به مکونیم است ولی نوزاد سر حال است یعنی ضربان قلب بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه، تون عضلات طبیعی و تنفس طبیعی دارد، نیاز به احیاء و لوله گذاری داخل نای وجود ندارد؛ هر چند بهتر است که در جوار مادر، تحت مراقبت و ارزیابی بیشتر تنفس، تحمل تغذیه و حال عمومی باشد.

- اگر مایع آغشته به مکونیم است و نوزاد در بدو تولد تنفس خوب ندارد، ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ بار در دقیقه یا بی حال و کبود است نیاز به احیاء و لوله گذاری سریع داخل نای برای تخلیه ترشحات وجود دارد.

(به برنامه احیای نوزاد مراجعه شود)

اگر مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم است و نوزاد «سرحال» به نظر نمی رسد، باید نوزاد به محض تولد بر روی تخت احیاء قرار گیرد تا ضمن گرم نگه داشته شدن، ساکشن و لوله گذاری داخل نای صورت گیرد. چنین نوزادی در ساعات بعدی نیاز به توجه بیشتری دارد.

۱،۳،۲- شمارش ضریب آپگار

برای کلیه نوزادان ضریب آپگار در دقیقه اول و پنجم بعد از تولد، با توجه به وضعیت بالینی نوزاد محاسبه و ثبت می گردد. هیچگاه نباید شروع عملیات احیاء را تا زمان شمارش ضریب آپگار دقیقه اول به تعویق انداخت. اگر در دقیقه ۵ زندگی جمع امتیاز همچنان پائین تر از ۷ بماند باید شمارش ضریب را هر ۵ دقیقه (حد اکثر دقیقه ۲۰ عمر و یا)، تا زمان دسترسی به ضریب آپگار بالاتر از ۷ تکرار کرد. نمره دهی ضریب آپگار یکی از ساده ترین راه های تعیین وضعیت بالینی نوزاد بوده پاسخ به فرایند احیاء را تعیین می کند.

ضریب آپگار می پایست در تمام نوزادان در پایان دقیقه اول و پایان دقیقه پنجم عمر محاسبه و ثبت شود، زمان شروع احیاء را نباید پایان دقیقه اول عمر به تأخیر انداخت.

جدول درجه بندی آپگار

سن حاملگی ----- هفته

| نشانه | ۰ | ۱ | ۲ | دقیقه ۱ | دقیقه ۲ | دقیقه ۱۰ | دقیقه ۱۵ | دقیقه ۲۰ |
|----------------|--|----------------------|---------------------|---------|---------|----------|----------|----------|
| رنگ | کرم یا زرد ورمه | سبوز آهسته | کاملاً صورتی | | | | | |
| ضربان قلب | نداره | کمان از ۱۰۰ در دقیقه | بیش از ۱۰۰ در دقیقه | | | | | |
| واکنش به تحریک | پاسخ نسبی ندارد | تشنج چهارم | گریه و واکنش فعال | | | | | |
| تون عضلات | شل | فکتوسون مختصر | حرکت فعال | | | | | |
| تنفس | وجود ندارد | گریه ضعیف، تنفس کم | هورت، گریه مرتب | | | | | |
| توجهات: | <p>احیاء</p> <p>دقیقه</p> <p>۱</p> <p>۵</p> <p>۱۰</p> <p>۱۵</p> <p>۲۰</p> <p>اکسیژن</p> <p>PPV/N-CPAP</p> <p>لوله گذاری داخل تراشه</p> <p>نشردن قلب سهیبه</p> <p>این آخرین</p> | | | | | | | |

شکل ۴- جدول محاسبه ضریب آپگار

عواملی سبب کاهش امتیاز در ضریب آپگار می گردند عبارتند از:

- ۱- دیسترس جنینی که به دلیل هیپوکسی قبل و/ یا حین زایمان ایجاد شده است
- ۲- بیهوشی عمومی یا در مان دارویی که مادر برای کاهش درد طی ۴ ساعت اخیر در یافت کرده باشد
- ۳- وزن کم تولد و نارسی نوزاد (وزن زیر ۱۵۰۰ گرم)
- ۴- زایمان سخت یا تروماتیک
- ۵- ساکشن شدید و مکرر حلق بعد از زایمان (باعث بروز اختلال در شروع تنفس نوزاد می شود)
- ۶- دیسترس تنفسی شدید

وقتی ضریب آپگار در دقیقه اول عمر کمتر از ۷ است، لازم است که در ساعات بعدی نوزاد دقیقتر مراقبت شود. این مراقبت بسته به علت و شرایط نوزاد ممکن است در کنار مادر انجام شود. ضریب آپگار کمتر از ۷ در دقیقه پنجم عمر احتمال آسفیکسی حوالی زایمان را مطرح می کند. چنین نوزادی در گروه « نوزاد بیمار» جای دارد.

۱،۴- اولین ارزیابی نوزاد

هدف از این ارزیابی اولیه در اتاق زایمان و پس از تولد بررسی کلی وضعیت نوزاد است. این ارزیابی به منظور تصمیم‌گیری برای نیاز به بستری کردن / ارجاع فوری نوزاد انجام می‌شود. طی این ارزیابی که در ساعت اول عمر انجام می‌شود، ضمن در نظر گرفتن ضریب آپگار و سوابق بارداری و زایمان، وجود ناهنجاری یا بیماری مهلک، حال عمومی و علائم ظاهری نوزاد بررسی می‌شود و سن جنینی (و وزن) نوزاد تخمین زده می‌شود. (به بخش شماره ۲: ارزیابی عوامل خطر در نوزاد مراجعه کنید)

۱،۵- اولین تماس مادر و نوزاد و آغاز شیردهی

مادر باید در طی بارداری آموزش‌های لازم را برای مراقبت از نوزاد در بدو تولد، و در ساعات و روزهای اول عمر را در یافت کرده باشد و آمادگی لازم برای مراقبت از نوزاد خود را داشته باشد.

قبل از اینکه نوزاد سالم را در آغوش مادر بگذارید، ضمن خشک کردن، خون، مکونیوم و موکوس را از پوست نوزاد، پاک کنید. اولین تماس باید در حضور یک همراه آگاه و مطلع یا در حضور پرسنل اتاق زایمان / عمل صورت گیرد.

- با قرار دادن نوزاد بروی قفسه سینه مادر و ایجاد تماس پوست با پوست، گرمای بدن مادر به سادگی به نوزاد منتقل شده، این امر به تثبیت وضعیت و دمای بدن نوزاد کمک می‌کند. با ارزیابی رفلکس روتینگ تمایل به مکیدن نوزاد آشکار می‌شود. صبر کنید تا نوزاد آماده برای شیرخوردن شود. مناسب‌ترین شرایط این است تا اجازه دهید، نوزاد خود به طرف پستان مادر بخزد (breast crawl). زمان تداوم این تماس نقش مهمی در فرایند ارتباط مادر و نوزاد دارد. (ضمیمه شماره یک)

- تماس نزدیک و طولانی مدت مادر و نوزاد به برقراری زودرس روابط متقابل - دلبستگی و وابستگی - کمک می‌کند.

- این رفتار، تغذیه در ساعت اول عمر را بهتر امکان‌پذیر می‌کند. تحقیقات نشان داده‌اند که اغلب نوزادان سالم که در آغوش مادر گذاشته شده‌اند آماده‌اند که بین دقیقه ۱۵ تا ۵۵ عمر اولین تغذیه خود را دریافت کنند. شروع زودرس تغذیه از بروز هیپو گلیسمی پیشگیری کرده و مکیدن پستان در ساعت اول و تماس یک ساعته پوست با پوست موفقیت در تغذیه انحصاری با شیر مادر را فراهم می‌کند و میزان شیوع عفونت در نوزاد و خونریزی مادر را کاهش می‌دهد.

- اگر امکان تماس پوست به پوست نوزاد و مادر در بدو تولد را وجود ندارد، نوزاد را خشک کرده و در حوله گرم بپوشانید، با سرش را با کلاه پوشانده در کنار مادر قرار دهید و مادر را به شیردهی در ساعت اول عمر تشویق نمایید.
- اگر زایمان با سزارین و با بیهوشی موضعی انجام می‌شود تماس اولیه مادر و نوزاد و شیر دهی به محض امکان قبل از خروج نوزاد از اتاق عمل، انجام شود. هیپوترمی و مشکلات شیردهی در نوزادانی که در اتاق عمل متولد می‌شوند شایع تر است و نیاز به دقت بیشتر برای پیشگیری و شناسایی آن است.

اگر در ساعات اول عمر وضعیت مادر و نوزاد طبیعی است هرگز نوزاد را از مادر جدا نکنید؛

- وزن کردن و نیز در اکثر موارد انجام تزریقات را می‌توان ۱ تا ۲ ساعت به تاخیر انداخت.
- از حمام دادن نوزاد حد اقل در شش ساعت اول عمر و یا تا تثبیت کامل وضعیت وی اجتناب کنید. مناسب ترین زمان برای اولین حمام کامل نوزاد بعد از ساعت ۲۴ عمر است.

۱،۶- تعیین هویت و تامین امنیت نوزاد

جهت تامین امنیت نوزاد رعایت راهکارهای پیشنهادی زیر ضروری است :

- ✓ مشخصات نوزاد بایستی بلافاصله پس از زایمان و در هر صورت، قبل از جدا کردن مادر و نوزاد برای انجام تزریقات روتین یا ارجاع ثبت شود.
- ۱. برگه ای جهت ثبت اطلاعات برای قرار دادن داخل نوارهای پلاستیکی مچ بند (که بر مچ دست یا مچ پای نوزاد بسته میشود) نوزاد آماده کنید. برای هر نوزاد حد اقل یک نوار ثبت اطلاعات (مچ بند نوزاد) در نظر گرفته شود!

۲. جهت تکمیل نوار مچ بند نوزاد حداقل مشخصات زیر ذکر شود:

- (۱) جنسیت نوزاد
- (۲) نام- نام خانوادگی مادر
- (۳) تاریخ و ساعت دقیق تولد

۱. تدبیر بهتر در نظر گرفتن دو نوار برای یک نوزاد است، یک نوار بزرگسال برای مادر و یک نوار برای نوزاد است. محتوای هر دو نوار عینا مشابه باشد.

- ۴) شماره‌ی شناسایی نوزاد (که در پرونده مادر ثبت شود) یا شماره پرونده مادر
- ۵) موارد دیگر بر حسب سیاست‌های زایشگاه: نام پزشک معالج / عامل زایمان - گروه خون مادر - نام خانوادگی پدر

برای شرح دیگر اقدامات در رابطه با حفظ امنیت و تعیین هویت نوزاد به بخش ضمیمه شماره سه مراجعه فرمائید.

۲) مراقبت‌های بعدی بر پایه ارزیابی عوامل خطر در نوزاد^۱

این ارزیابی در ساعت اول عمر در اتاق زایمان / عمل انجام و در بدو ورود به بخش تکرار می‌شود. ضروریست که از ابتدا، بر حسب سوابق و اطلاعات مندرج در پرونده مادر نوزاد و همچنین بر حسب شرایط زایمان، نوزاد را طبقه بندی کنید:

- ۱) نوزاد «سالم» که بیش از ۸۰٪ کل نوزادان را در بر می‌گیرد، مشخصات زیر را دارد:
 ۱. سیر حاملگی درد و زایمان طبیعی بوده است
 ۲. مادر سابقه بیماری اثرگذار بر جنین را ندارد
- ✓ نوزاد رسیده (ترم) متولد بین آغاز ۳۷ هفته (و صفر روز) و پایان ۴۱ هفته ۶ روز سن جنینی، با اندازه‌هایی متناسب با سن حاملگی (AGA)
۳. امتیاز آپگار دقیقه اول برابر یا بالای ۷ بوده و نوزاد احیاء نشده است
۴. وزن تولد بین ۲۵۰۰ گرم (صدک ۱۰) و ۴۰۰۰ گرم (صدک ۹۰) است
۵. نوزاد صدمات زایمانی نداشته است
۶. در معاینه بالینی اولیه نوزاد سالم بنظر می‌رسد و ناهنجاری یا اختلالات تکاملی قابل تشخیص وجود ندارد
۷. نوزاد خوب شیر می‌خورد
۸. از لحظه تولد تا این لحظه سیر طبیعی داشته و اختلالی بروز نکرده است

یک نوزاد سالم نیاز به مراقبت روتین دارد. بعد از دوران تثبیت وضعیت (در آغوش یا کنار مادر) پایش آن حداقل هر ۶۰ دقیقه یکبار بررسی و ثبت می‌شود. بعد از طی این دوره، علائم حیاتی، تحمل تغذیه، رنگ، دفع ادرار و مدفوع، فعالیت و هوشیاری او به طور روتین (هر ۶-۸ ساعت) ارزیابی و ثبت شود.

شما نمی‌توانید از پیش فرض کنید که یک نوزاد سالم است، بلکه سلامت نوزاد باید

جلد دوم - ناشر: انجمن متخصصین اطفال آمریکا-۲۰۰۷ (PCEP) Perinatal Continuing Education Program

پوسيله كسب اطلاعات دقيق در باره سوابق و بعد از ان پوسيله پايش نوزاد ثابت شود.

(۲) نوزاد سالم در معرض خطر

يك «نوزاد سالم در معرض خطر»، بظاهر سالم است و نياز به درمان سريع براي حل مشكلات را ندارد. نوزاد به ظاهر سالم نوزادی است که یک یا چند مورد از موارد زیر را دارا می باشد:

۱. سن جنینی ۳۵ هفته و صفر روز تا ۳۶ هفته و ۶ روز
۲. وزن تولد بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم. در صورت وجود امکان مراقبت مناسب در بخش زنان، نوزاد بظاهر سالم^۱ با وزن ۱۸۰۰-۲۰۰۰ گرم ممکن است در کنار مادر مراقبت شود.
۳. نوزاد با وزن تولد بالای ۴۰۰۰ گرم
۴. سابقه بعضی بیماری های مادر: بیماری قبل از بارداری یا حین حاملگی، احتمال عفونت
۵. ضریب آپگار دقیقه اول پایین تر از هفت که سریعاً بهبود یافته است
۶. ناهنجاری های کوچک (مینور)
۷. زایمان مشکل - با صدمات زایمانی خفیف، مانند سفال هماتوم
۸. ناسازگاری گروه خونی / ارهاس مادر و نوزاد
۹. مصرف دارو توسط مادر
۱۰. مشکل تغذیه گذرا و کوتاه مدت (یکی دو ساعته)
۱۱. مسائل اجتماعی و مراقبت حین بارداری ناکافی

یک «نوزاد سالم در معرض خطر»، بظاهر سالم است و نياز به درمان سريع پراي حل مشكلات را ندارد. پيش آگهي وي پستيكي به اقدامات پيشگيري و تداوم و تکرار ارزیابی وضعیتش دارد. باید به دفعات و بطور دقیق علائم حیاتی وی ارزیابی کرد. زیرا علائم حیاتی مختل، اولین هشدار پراي بروز مشكلات احتمالی ای است که می تواند به مرور آشکار شوند. با این روش درمان سریع بیماری خطیر نوزاد به موقع میسر می گردد.

۱ منظور از «بظاهر سالم» نوزادی است که به غیر از وزن علائم بالینی (و فرابالینی) طبیعی داشته باشد

۳ نوزاد بیمار

- یک نوزاد بیمار، نوزادی است که دارای علائم حیاتی، فعالیت، رنگ و یا روند غیرطبیعی تغذیه باشد..
- نوزادان مبتلا به ناهنجاری مهم و نوزادان نارس کمتر از ۳۵ هفته یا کم وزن (کمتر از ۲۰۰۰ گرم^۱) در این گروه قرار می‌گیرند.

■ نوزادی که قبلاً سالم به نظر می‌رسیده و یا یک نوزاد سالم در معرض خطر ممکن است در ارزیابی‌های بعدی جزو این گروه قرار گیرد که با علائم حیاتی، رنگ و فعالیت و روند غیرطبیعی تغذیه مشخص می‌گردد.

یک نوزاد بیمار که علائم غیر طبیعی در او ظاهر می‌شود نیاز به درمان و اقدام فوری دارد. اقدامات تشخیصی و درمانی (درمان نگه‌دارنده) باید سریعاً آغاز شده و بر حسب امکانات برای ارجاع یا بستری کردن نوزاد اقدام شود.

در صورتیکه علائم حیاتی نوزاد بیمار طبیعی شوند، از آن به بعد نوزاد از نظر مراقبت، یک «نوزاد در معرض خطر» (گروه دوم) به حساب می‌آید پیگیری نتایج اقدامات تشخیصی انجام شده، ضمن پایش نوزاد باید همچنان ادامه می‌یابد.

۱ نوزاد با وزن تولد ۱۸۰۰- تا ۲۰۰۰ گرم بظاهر سالم در شرایطی که امکانات مراقبت مناسب در بخش زنان (رومینگ-این) فراهم باشد ممکن است از مادر جدا نشوند

فصل ۳

مراقبت های معمول بعد از تولد

(۶ تا ۱۲ ساعت اول عمر)

مقدمه

گذر از دوره جنینی به دوره نوزادی یکی از پر مخاطره ترین مراحل است که انسان در طول عمر میگذراند. مراحل گذر بطور معمول ۶ تا ۱۲ ساعت طول می کشد. طی این دوره تحولات بزرگی در سیستم قلبی تنفسی، متابولیسم و کلیوی و گوارشی نوزاد روی می دهد. بسیاری از ناهنجاری ها و بیماری های نوزاد طی این دوره قابل تشخیص می شوند. از این رو ترخیص ایمن نوزاد قبل از ۱۲ ساعت عمر امکان پذیر نیست.

از طرف دیگر ساعات اول عمر برای برقراری رابطه عاطفی نوزاد با والدین بسیار اثر گذار و با اهمیت است. بهتر است که نوزادان سالم این دوره را در کنار مادر و در حضور خانواده (پدر-خواهر و برادر) یا همراهی که از قبل تعیین شده سپری کنند.

مراقبت در این دوره بر اساس سه اصل ارزیابی، پایش و حمایت روابط عاطفی مادر و نوزاد استوار است.

اجزای مراقبت روتین بعد از تولد به شرح زیر است :

- ارزیابی مکرر نوزاد در دوره گذر - بدو تولد تا تثبیت وضعیت و علایم حیاتی-
- واکسیناسیون
- تزریق عضلانی ویتامین کا (فیتونادیون)
- مراقبت از ناف، پوست و چشم ها
- برقراری روابط عاطفی نوزاد - والدین
- ادامه آموزش شیردهی

۳,۱- ارزیابی نوزاد طی دوره گذر :

۳,۱,۱- ارزیابی روتین وضعیت نوزاد

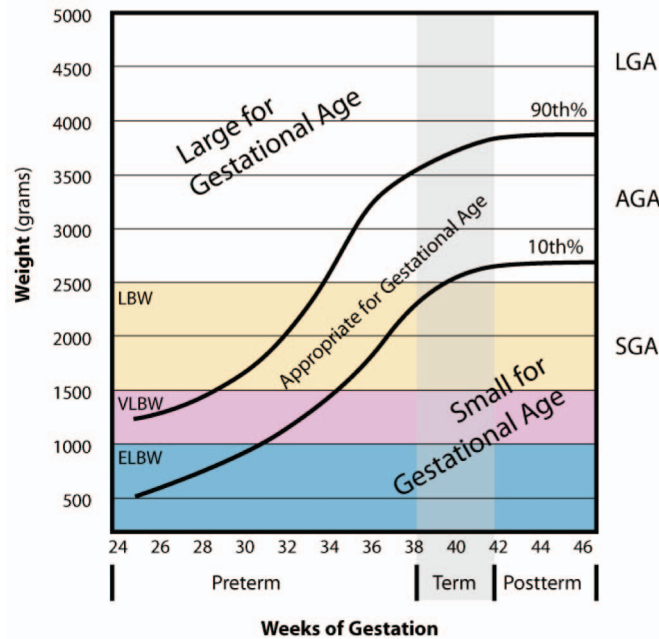
- اولین ارزیابی نوزاد در بخش به محض ورود، حداکثر در ۲ ساعت اول عمر انجام میشود.
- در طول دوره گذر شامل ارزیابی تنفس- ضربان قلب- رنگ- پرفوزیون محیطی- دما- فعالیت، هوشیاری و تون عضلانی تحمل تغذیه و دفع مدفوع و ادرار می شود. دفعات ارزیابی حداقل هر ۶۰ دقیقه یکبار تا طبیعی ماندن علائم طی ۲ ساعت (معمولاً در مجموع ۶ ساعت) و بعد از آن ارزیابی هر ۸ ساعت یک بار است. نتایج ارزیابی باید در پرونده یا چارت نوزاد ثبت شود.
- در صورت مراقبت از نوزادان در خطر، ارزیابی قبل و بعد از ۶ ساعت عمر، باید بر حسب مورد خطر

و بر حسب درخواست پزشک، در دفعات بیشتر انجام شود.
 - دمای محیطی که نوزاد در آنجا مراقبت می‌شود، باید حداقل ۲۵ درجه سانتیگراد باشد و در معرض جریان هوا قرار نگیرد.

۳,۱,۲- روش ارزیابی

۰ اندازه‌گیری وزن-قد و دور سر
 هر نوزاد باید در ساعات اول عمر وزن شود. وزن کردن نوزاد باید در شرایط مناسب با رعایت اصول بهداشت-شستن دست‌ها، تمیز بودن ترازو- تعویض کاغذ بروی صفحه ترازو قبل از هر بار استفاده- و حفظ دمای بدن نوزاد صورت گیرد.

- وزن
- ۱. ترازو در روی میز و محل مطمئنی قرار دهید.
- ۲. از گرم بودن محیط و نوزاد در تمام زمان اندازه‌گیری مطمئن شوید.
- ۳. کاغذ یکبار مصرف یا پارچه نازک و استریل را در ترازو قرار دهید. (می‌توانید از شان استفاده کنید)
- ۴. ترازو را هربار پس از قرار دادن پارچه خشک تنظیم کنید.
- ۵. نوزاد را بدون هیچ پوششی با احتیاط روی ترازو قرار دهید.
- ۶. وزن نوزاد را بخوانید.
- ۷. عدد خوانده شده برای وزن را در فرم ثبت کنید.



شکل ۵- منحنی رشد وزن جنین

– قد

۱. روی سطح قدسنج کاغذ یکبار مصرف یا پارچه نازک و استریل قرار دهید. (می‌توانید از شان استفاده کنید)
۲. نوزاد را روی قد سنج قرار دهید.
۳. سر نوزاد را به قسمت بالایی قدسنج بچسبانید.
۴. گردن نوزاد را راست نگه دارید و دقت کنید محور بدن نوزاد مستقیم بماند.
۵. به آرامی پاهای نوزاد را در امتداد بدنش قرار داده و قد نوزاد را اندازه گیری کنید.
۶. عدد خوانده شده را در فرم ثبت کنید.

– دور سر

۱. نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
۲. متر را دور سر نوزاد بطور صحیح قرار دهید
۳. دور سر نوزاد را از بر جسته ترین نقطه پشت سر تا بر جسته ترین نقطه روی پیشانی اندازه بگیرید. (متر نواری در قسمت جلو روی برآمدگی ابرو‌ها تقریباً یک سانتی متر بالای پل بینی قرار گیرد به گونه ای که از استخوان اکسیپیتال و پاریتال و فرونتال رد شود).

۴. اندازه بدست آمده را بخوانید و یادداشت نمایید.



شکل ۶- روش صحیح اندازه گیری دور سر

در صورتیکه اقامت نوزاد در بیمارستان طولانی تر از یک روز باشد نوزاد نیاز به ارزیابی و توزین روزانه، در شرایط یکسان دارد.

۰ سنجش دمای بدن:

✓ روش سنجش

۱. دماسنج جیوه ای : بعد از پائین آوردن جیوه تا حد ۳۵ درجه، در حفره زیر بغل قرار داده، بازو را به پهلوئی وی با فشار ملایم ثابت نگه داشته و سپس بعد ۵ دقیقه خوانده شود.
۲. دماسنج دیجیتال : بمدت ۵ دقیقه (یا برحسب توصیه سازنده دماسنج) در حفره زیر بغل قرار داده، بازو را به پهلوئی وی با فشار ملایم ثابت نگه داشته و سپس خوانده شود. دما سنج دیجیتال ایمنی بیشتری دارد دما را با دقت مناسب نشان می دهد و برای تشخیص هیپوترمی مناسب تر است.
۳. دماسنج الکتریکی : در صورت قرار دادن نوزاد بطور مداوم در زیر وارمر، پروب محل مناسب در قسمت تحتانی و چپ شکم در صورت وضعیت خوابیده به پشت) یا پائین پشت در صورت قرار گرفتن در وضعیت بروی شکم است^۱. پروب، برای انتقال صحیح دما، باید بروی استخوان یا نسج کبد یا اندامها قرار داده نشود. دما سنج الکتریکی امکان پایش مداوم دمای بدن را می دهد و برای نوزاد بیمار یا در معرض

۱ به دلیل دشوار تر شدن کار تنفس و احتمال خفگی، توصیه می شود از خوابانیدن نوزاد در کات یا زیر وارمر در حالت بروی شکم بدون پایش مداوم وضعیت تنفس وی، اجتناب شود. اگر احتمال استفراغ وجود دارد تشک نوزاد به حالت مورب و سر بالا قرار داده شود تا از ایمنی بیشتری در حالت خوابیده به پشت بهره مند شود

خطر مورد استفاده است.

✓ سنجش روتین دمای بدن نوزاد از طریق مقعد توصیه نمی شود. ولی در صورت شک به هیپوترمی و در زمانی هیپوترمی را درمان می کنیم، سنجش دما باید از راه مقعد انجام گیرد. در این صورت نوک دما سنج تا ارتفاع حدود ۲ سانتیمتر در مقعد نوزاد فرو برده ۳ دقیقه نگه داشته شود.

✓ دمای بدن نوزاد سالم با وزن بالای ۲۰۰۰ گرم، حد اقل یکبار با دماسنج اندازه گیری شود. در صورت طبیعی بودن در دفعات بعدی کنترل دمای بدن با لمس دست ها و پاها^۱ قابل انجام است.

| لمس گرمای پوست بدن | لمس گرمای پوست انتهاها | تفسیر |
|--------------------|------------------------|----------------------------|
| گرمای مناسب | گرمای مناسب | دمای طبیعی |
| گرمای مناسب | سرد | هیپوترمی خفیف / استرس سرما |
| سرد | سرد | هیپوترمی |

✓ در صورت شک به هیپوترمی دمای بدن نوزاد باید از طریق مقعد مجدداً اندازه گیری شود. ضمن درمان هیپوترمی استفاده از دماسنجی که درجات زیر ۳۵ درجه سانتی گراد را اندازه گیری کند ارجح است.

✓ ضمن دوباره گرم کردن یک نوزاد هیپوترم، سنجش دما تا رسیدن به دمای طبیعی، از طریق مقعد انجام پذیر است، زیرا در حین درمان دمای پوست از دمای مرکزی بالاتر است.

○ شمارش ضربان قلب / نبض : حد اقل یک بار در ۶۰ ثانیه کامل سپس در صورت ریتم منظم، شمارش ضربان قلب یا نبض طی ۶ ثانیه (۱۰ x) اندازه گیری می شود.

○ شمارش تنفس : شمارش تعداد تنفس طی یک دقیقه کامل با مشاهده حرکات تنفسی نوزاد یا قرار دادن دست بروی شکم وی انجام می شود.

○ ارزیابی پرفوزیون محیطی : کاهش پرفوزیون محیطی با موتلینگ (شبکه ای شدن پوست) انتهای سرد و رنگپریدگی مشخص می شود. برای نوزادان در معرض خطر زمان دوباره پر شدن مویرگی که بوسیله فشاری بروی پوست پشت دست یا پای نوزاد به منظور تخلیه موضعی موقت خون انجام می شود انجام می شود. زمزن طبیعی دو باره پر شدن مویرگ ها کمتر سه ثانیه است.

1 kappa 0.81-0.65; sensitivity %74; specificity %96.7; positive predictive value 22; negative predictive value 0.26

۰ تحمل تغذیه و دفع مدفوع و ادرار

■ تغذیه

- دفعات و مدت تغذیه با شیرمادر گزارش شود
- وضعیت مادر و نوزاد هنگام شیردهی، نشانه‌های وضعیت درست شیرخوردن نوزاد طی اقامت در بیمارستان حد اقل روزی دو بار طی بستری بررسی و گزارش شود. (به ضمایم - بخش شیردهی - مراجعه شود.)

■ اولین دفع مدفوع در اغلب نوزادان سالم در طی ۲۴ ساعت اول عمر است. عدم دفع مدفوع طی ۴۸ ساعت اول عمر احتمال انسداد دستگاه گوارشی تحتانی را مطرح می‌کند.

■ اولین دفع ادرار در اغلب نوزادان سالم در طی ۱۲ ساعت اول عمر است. عدم دفع مدفوع طی ۲۴ ساعت اول عمر احتمال بیماری یا انسداد مجاری ادراری را مطرح می‌کند.

- دوره گذر طبیعی

نوزاد سه مرحله را طی می‌کند:

- ۱۵ دقیقه اول عمر نوزاد هوشیار است، حرکات و فعالیت فیزیکی زیاد دارد. حرکات پرشی و اکنشی (startle reaction) لرزش (ترمور) و گریه در این زمان شایع است و طبیعی در نظر گرفته می‌شود. این دوره مناسب‌ترین زمان برای قرار دادن نوزاد در آغوش مادر و برقراری اولین تماس است.
- مرحله دوم: ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد. نوزاد معمولاً خواب آلود است و فعالیتش کاهش می‌یابد
- مرحله سوم: ۲ تا ۶ ساعت بعد از تولد دومین دوره هوشیاری نوزاد است.

۳،۱،۴- دوره گذر غیر طبیعی علایم متعددی دارد از جمله^۱:

- تاکی پنه < ۶۰ بعد از ساعت ۶ عمر
- برادی پنه > ۳۰ در دقیقه
- ناله زنش پره‌های بینی یا رترکشن بعد از ساعت دوم عمر
- سیانوز مرکزی بعد از چند دقیقه اول عمر
- بی‌اشتهایی، بی‌حالی و ناتوانی در مکیدن
- خواب آلودگی غیر طبیعی

1 Primary Care of the Newborn - H. Seidel2006-, Sauders

- هیپوتونی یا هیپر تونی شدید
- لرزش شدید و مکرر انتهاها (جیترینس)
- استفراغ مکرر و مقاوم، اتساع شکم

علل غیر طبیعی بودن دوره انتقال را باید جستجو کرد. عوارض نارسى و کم وزنى، بیماری های نوزاد، عفونت، هیپوترمی، اختلالات متابولیکی شایع مانند هیپوگلیسمی یا اسیدوز، اسفیکسی و صدمات زایمانی، انسداد گوارشی و مصرف دارو های تسکین دهنده حین لیبر شایع آن است.

اقدامات فوری:

- اگر نوزاد کبود است : اکسیژن درمانی بر حسب مورد با اکسی هود با ۵ تا ۷ لیتر / دقیقه اکسیژن - یا آمبو باگ در صورت تنفس نا موثر یا هیپوکسی حاد- ویزیت اورژانس پزشکی
- اگر تنفس نوزاد برابر یا تند تر ۶۰ در دقیقه و یا رترکشن یا ناله دارد : اکسیژن درمانی با هود - ۵ تا ۷ لیتر در دقیقه و ویزیت اورژانس پزشکی
- اگر تنفس کند تر از ۳۰ در دقیقه است: : اکسیژن درمانی یا آمبو باگ- (تهویه کمکی) و ویزیت اورژانس پزشکی
- اگر بند ناف خونریزی دارد: یک گیره اضافه شود = در صورت عدم امکان کنترل خونریزی طی حداکثر ۵ دقیقه از زمان مشاهده و اقدام، در صورت خونریزی شدید ناف و یا در صورت بروز علائم بالینی مانند تاکی پنه و تاکی کاردی ناشی از خونریزی : ویزیت اورژانس پزشکی
- اگر نوزاد بی حال است یا قادر به مکیدن نیست : ویزیت اورژانس پزشکی
- کاهش پرفوزیون محیطی و اندام های سرد همراه با تاکی پنه و تاکی کاردی : احتمال شوک، ویزیت اورژانس پزشکی

اورژانس پزشکی

- کاهش پرفوزیون محیطی و اندام های سرد، احتمال هیپوترمی : سنجش دمای نوزاد : دمای کمتر از ۳۶ درجه (هیپوترمی متوسط یا شدید) درخواست ویزیت اورژانس پزشکی ضمن درمان هیپوترمی. گرم کردن نوزاد در صورت هیپوترمی متوسط یا شدید باید بطور تدریجی، ۰/۵ درجه سانتیگراد در ساعت با کنترل دما از راه مقعد صورت گیرد. گرم کردن سریع، استفاده از کیسه آب گرم و قرار دادن زیر حرارت کنترل نشده وارمر باعث تجمع خون در زیر بافت پوست شده و منجر به شوک و بد حال تر شدن نوزاد می شود. ضمن دوباره گرم کردن

نوزاد خطر هیپوگلیسمی، شوک و هیپوکسی وجود دارد و اسیدوز متابولیک نوزاد ممکن است نیاز به درمان داشته باشد. به دلیل خطر هیپوگلیسمی در صورت عدم امکان درمان وریدی نوزاد از ترجیحا طریق گاوآژ تغذیه شود. در صورت بروز هیپوترمی در نوزاد بدون علت واضح، باید بیماری‌های زمینه‌ای مخصوصا احتمال ابتلا وی به عفونت باکتریال را مطرح کرد.

- در صورت هیپوترمی خفیف (دمای مقعد بین ۳۶ و ۳۶,۵ درجه) برای گرم کردن نوزاد می‌توان وی را در آغوش مادر در حالت پوست به پوست (ترجیحا) و یا در زیر وارمر یا داخل انکوباتور گرم قرار داد. برای پیشگیری از هیپوگلیسمی نوزاد تغذیه شود. در این صورت دمای نوزاد باید ظرف ۳۰ دقیقه مجددا کنترل شود. در صورت عدم بهبود، نوزاد باید (به علت احتمال وجود بیماری همراه) توسط پزشک مجددا ارزیابی شود.

- در صورت هیپوترمی نوزاد (دمای برابر یا بالاتر از ۳۸ درجه^۱) علت سریعا بررسی شود: علت شایع آن قرار گرفتن در زیر گرمای کنترل نشده (شدید / طولانی مدت) و امر و یا زیاد پوشانیدن نوزاد است. تب حین زایمان مادر و عفونت نوزاد از دیگر علل ممکن است. هیپوترمی منجر به آپنه، کم آبی، هیپرناترمی و افزایش نیاز متابولیک نوزاد می‌شود: در صورت عدم کاهش دما ۳۰ دقیقه بعد از کاهش دمای محیط، ویزیت اورژانس پزشک.

۳,۲- ایمن سازی

- ✓ هپاتیت بی atitis Hep B : ۰/۵ میلی لیتر عضلانی در ساعات اول عمر تزریق می‌شود.
- واکسن هپاتیت بی برای نوزادان نارس با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم، چنانچه به موقع مراجعه کرده باشند در ۴ نوبت انجام می‌شود. (بدو تولد- یک ماهگی- دو ماهگی و شش ماهگی).
- در صورتیکه مادر HBS A g + باشد، نوزاد باید بطور همزمان ۰/۵ میلی لیتر ایمن گلوبولین اختصاصی هپاتیت بی در عضله ران دیگر نسبت به محل تزریق واکسن، دریافت کند. درمان بهتر است در اسرع وقت، ترجیحا ظرف ۱۲ ساعت بعد از تولد تزریق شود. در صورت عدم دسترسی به سرم اختصاصی، تزریق واکسن در ساعات اول عمر حدود ۷۰ تا ۸۰٪ ایمنی ایجاد می‌کند.
- اگر بعد تولد و پس از تزریق واکسن هپاتیت بی مشخص شود که مادر HBS A g + بوده، حد اکثر زمان در یافت سرم اختصاصی یک هفته بعد تولد می‌باشد.

۱ برای تعریف هیپوترمی در منابع متفق النظر نبوده ۳۵,۵ تا ۳۸ ذکر می‌شود. ولی همه منابع مداخله از دمای برابر یا بالای ۳۸ را توصیه می‌کنند

- کلیه نوزادانی که از مادر HBS A g + متولد می‌شوند، و علاوه بر دریافت واکسن، ایمونوگلوبولین نیز دریافت کرده‌اند باید در سنین ۹-۱۵ ماهگی از نظر HBS آنتی ژن و HBS آنتی بادی کنترل شوند.
- ✓ - واکسن سل ب ث ژ BCG : ۰/۰۵ میلی لیتر داخل جلدی در حد فاصل یک سوم فوقانی-دو سوم تحتانی بازو در ساعات اول عمر تزریق می‌شود.
- حدود ۹۰-۹۵٪ افراد بعد از دریافت واکسن ب ث ژ عوارض خفیف موضعی از قبیل ورم، التهاب و درد خفیف دارند
- کسانی که به دنبال تزریق ب ث ژ اسکار پوستی نداشته‌اند نیاز به تزریق مجدد آن ندارند.
- ✓ - قطره فلج اطفال OPV : باید هنگام ترک زایشگاه داده شود.
- تغذیه با هر نوع شیر، از جمله شیر مادر با خوراندن قطره فلج اطفال منافاتی ندارد و لازم نیست که شیر دادن را قبل یا بعد خوراندن قطره شیر قطع کنند.
- اگر تجویز واکسن در زمان ترک زایشگاه مقدور نشود، در هر فرصت تا روز سی ام تولد قابل تجویز است. ولی بعد آن تجویز این دوز پولیو ضرورتی ندارد و واکسیناسیون بعدی مطابق معمول قابل انجام است.
- در صورت استفراغ در کمتر از ده دقیقه بعد خوراندن قطره، باید تجویز یک بار دیگر تکرار شود.
- در نوزادانی که مبتلا به آترزی مری بوده و گاستروستومی شده‌اند، بهتر است بجای واکسن خوراکی از واکسن تزریقی استفاده شود.
- ✓ - ملاحظات :
- o شروع ایمن سازی نوزادان نارس با وزن بالای ۲۰۰۰ گرم مطابق جدول معمول ایمن سازی کشوری است.
- o واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی تعویض خون شده‌اند یا فراورده‌های خونی دریافت کرده‌اند مطابق جدول معمول ایمن سازی کشوری است.
- o واکسیناسیون نوزادانی که در نوزادی، به هر علت دچار زردی شده‌اند مطابق جدول معمول ایمن سازی کشوری است.

۳،۳- تزریق ویتامین کا (K1)

- کلیه نوزادان باید طی ساعات اول عمر برای پیشگیری از کمبود ویتامین کا و عوارض ناشی از آن ۰/۵ تا ۱ میلی گرم ویتامین K1 (فیتانادیون) بصورت تزریق عضلانی در سطح قدامی-جنبی (anterolateral) ران دریافت کنند.
- بدلیل شیوع کمبود آنزیم G6PD فقط تجویز فیتونادیون (ویتامین K1) توصیه می‌شود.

- در صورتیکه مادر تحت درمان با فنوباریتال، فنی توئین، ایزونیاژید یا سالیسیلات باشد احتمال کمبود ویتامین کا بیشتر مطرح است و تزریق عضلانی فوری حد اقل یک میلیگرم ویتامین کا توصیه شده است.

۳،۴-مراقبت از بند ناف

✓ در اتاق زایمان / عمل، بعد از پوشیدن یک دستکش استریل، بند ناف نوزاد در فاصله ۲ تا ۳ سانتیمتری از سطح پوست شکم با تیغه بیستوری استریل قطع شود. اگر بطور تصادفی بند ناف خوب بسته نشده باشد، احتمال خونریزی وجود دارد. لازم است که در ساعات اول عمر، در هر ارزیابی علائم حیاتی، به وضعیت ناف هم توجه شود.

✓ بند ناف کلامپ شده خودبخود از خون تهی شده و طی مدت کوتاهی سخت، خشک و سیاه می شود. بافت مرده می تواند محیط مناسبی برای رشد باکتری ها باشد. کولونیزاسیون بند ناف توسط باکتری های موجود در محیط انجام میشود. مهمترین و شایع ترین راه انتقال عفونت به ناف نوزاد، دستهای آلوده مراقبین است. شایع ترین دوره خطر انتقال عفونت دو تا سه روز اول عمر است.

✓ بعد از افتادن بند ناف، تا زمان بسته شدن محل جراحی و بهبود کامل ناف، ممکن است ترشحات موضعی بدون بو مشاهده شود. این ترشحات عفونی نیست ولی در این زمان نیز ناف نوزاد مستعد عفونت است.

✓ زمان طبیعی افتادن بند ناف بین ۵ تا ۱۵ روز است. امفالییت و عفونت باعث تاخیر در افتادن بند ناف می شود. اگر بند ناف تا ۴ هفته بعد از تولد نیفتاد، باید شیرخوار از نظر وجود اختلالات سیستم ایمنی بررسی گردد.

✓ در صورت آغشته شدن محل به مواد آلوده باید ناف را با آب ولرم و صابون ملایم شست.

✓ طی تحقیقات انجام شده، تجویز روتین داروی آنتی سپتیک مانند الکل نه تنها نقشی در پیشگیری از عفونت ندارد بلکه افتادن بند ناف را ممکن است به تاخیر اندازد..

✓ بر طبق تحقیقات انجام شده، استفاده روتین و مکرر از بتادین بروی پوست نوزاد، به دلیل توانایی بالای جذب پوست نوزاد و وجود ید در بتادین، خطر ابتلا به کم کاری گذرای تیروئید را ایجاد می کند.

بهترین روش پیشگیری از عفونت ناف به شرح زیر است:

- دستها قبل از مراقبت شسته شوند
- از تماس مواد آلوده، ادرار و مدفوع با ناف پیشگیری شود

- از ناف بند یا پانسمان استفاده نشود
- پوشک و کهنه نوزاد باید زیر ناف بسته شود.
- بند ناف باید تمیز و خشک نگه داری شود
- به والدین آموخته شود که از هیچگونه مواد گیاهی یا خانگی برای ناف نوزاد خود استفاده نکنند.

مراقبت از ناف نوزاد نیاز به تجویز هیچ دارویی به منظور پیشگیری از بروز عفونت ندارد.

۳,۵- مراقبت از پوست نوزاد

- نباید نوزاد را قبل از پایان دوره گذر و تثبیت وضعیت پس از تولد حمام داد.
- برای پیشگیری از انتقال عفونت، ضروریست که خون و ترشحات و مکونیوم بعد از تولد با استفاده از پنبه مرطوب به آب ولرم، از بدن نوزاد زدوده شوند. سپس نوزاد مجدداً خشک شود
- حمام نوزاد، بعد از تثبیت وضعیت وی، با صابون ملایم و آب گرم امکان پذیر است. بعد از استحمام باید نوزاد را کاملاً خشک کرد و حوله خیس را کنار گذاشت.
- برای ضد عفونی زخم های سطحی، کلرهگزیدین (Chlorhexidine gluconate) بی خطر و مفید است.

۳,۶- مراقبت از چشم ها

- طبق دستورالعمل کشوری، در حال حاضر تجویز رایج (روتین) قطره یا پماد چشمی برای پیشگیری از عفونت چشم های نوزاد، توصیه نمی شود.
- در صورت ابتلای مادر به عفونت گونوکوکی (یا کلامیدیا)، حتی اگر نوزاد از طریق سزارین متولد شده باشد، استفاده از یک دوز پماد^۱ یا قطره چشمی مناسب را توصیه می شود. علاوه بر این بسیاری از منابع پزشکی نوزادان تزریق عضلانی یک دوز آنتی بیوتیک^۲ را به نوزاد در صورت ابتلای مادر توصیه کرده اند .
- در صورت بروز علائم چشمی دال بر عفونت، نوزاد باید درمان شود.

۳,۷- برقراری روابط عاطفی نوزاد - والدین

اتخاذ بعضی تدابیر بیمارستانی به برقراری روابط عاطفی که تامین سعادت آینده نوزاد است و نیز رضایتمندی

- ۱ پماد چشمی 0.05% Erythromycine / پماد چشمی تتراسایکلین یا قطره نیترات نقره ۱%
- ۲ یک دوز تزریقی سفتریاکسون ۲۵ تا ۵۰ میلیگرم/ کیلو / دوز حد اکثر ۱۲۵ میلی گرم.

بیشتر والدین و نزدیکان مادر نقش موثر دارد:

- به مادر در مورد چگونگی برنامه مراقبت از نوزاد پس از تولد و تماس زود هنگام و مداوم آگاهی داده شود.
- نگرانی‌ها و دلواپسی‌های مادر از زایمان ممکن است طوری باشد که وی نیاز به ترغیب برای این امر داشته باشد.

توجه کنید که به هیچ وجه توصیه نمی‌شود که از مادر قبیل از ایجاد تماس پوست به پوست، ضمن آگاهی دادن و تشویق وی به مراقبت از نوزاد به محض امکان پس از زایمان، در مورد احساسش در این رابطه سوال شود. فقط وی را از روش روئین مراقبت پدو تولد و اهمیت آن مطلع کنید!

- ایجاد تسهیلات برای حضور مداوم یک فرد به انتخاب مادر به عنوان همراه در تمام طول بستری. در شرایط خاص که همراهی معرفی نشود (همراهی نداشته باشد)، ضروریست که طی اقامت در بیمارستان، مادر مورد پشتیبانی بیشتر پرسنل بیمارستانی قرار گیرد.
- ایجاد زمینه مناسب برای برقراری تماس پوست به پوست در بدو تولد و یا هر چه سریع تر برای موارد خاص که در دقایق اول عمر امکان پذیر نبوده است
- هم اتاقی مادر و نوزاد برای تداوم مراقبت مادر از نوزاد طی اقامت در بیمارستان - به کمک پرسنل و همراه
- ایجاد تسهیلات برای اینکه ملاقات با همسر، فرزندان دیگر و والدین وی هر زمان امکان پذیر باشد
- تعیین پرسنل مسئول آموزش مادر حین بستری به نحوی که آگاهی و فرصت لازم برای پشتیبانی از مادر را بر حسب درخواست و نیاز داشته باشد.
- در صورت نیاز به ادامه بستری مادر یا نوزاد، حتی الامکان مادر و نوزاد با هم انتقال داده شده و باهم در بیمارستان بمانند.
- در صورت نیاز به انتقال مادر و یا نوزاد به تنهایی، حتی الامکان قبل از ترک زایشگاه ضمن ادای توضیحات در مورد محل انتقال، نوزاد به مادر نشان داده شود..

۱ مبتی بر شواهد Grade A بر طبق منابع

۳,۸ - آموزش شیردهی در ساعات اول زندگی نوزاد

- اصول زیر برای شروع موفق شیردهی ضروری است.
- در صورت نیاز به بستری نوزاد حتی الامکان تماس نزدیک پدر، مادر و نوزاد حفظ شود و روش دوشیدن شیر برای شروع، حفظ و تداوم ترشح شیر به مادر آموزش داده شود.

| منابع | علت | اقدام |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Academy of Breastfeeding Medicine: Co-sleeping and Breastfeeding Protocol • Solano County Health and Social Services: «Your Baby Matters» • «Sharing a Bed with Your Baby» from UNICEF in the UK 1. Anderson, G. (1989). Risk in mother-infant separation postbirth. Image: Journal of Nursing Scholarship, (4)21 199-196. 2. Keefe, M. (1988). The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 126-122 ,(2)17. (Abstract) | <ul style="list-style-type: none"> • ایجاد رابطه دلبستگی، گذر از دوره تثبیت وضعیت اولیه نوزاد، در کنار مادر بهتر و آسان تر روی انجام می شود. • در صورت جدا کردن نوزاد از مادر احتمال تغذیه با شیر خشک افزایش می یابد. • مراقبت همراه مادر و نوزاد امکان آموزش بهتر مادر را در رابطه با نوزاد فراهم می کند. | <p>مراقبت روتین از نوزاد سالم باید در کنار مادر انجام گیرد</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ شروع تغذیه به محض امکان طی ساعت اول عمر ▪ جدا نکردن مادر و نوزاد در طی ساعت اول برای انجام مراقبت های روتین |

| منابع | علت | اقدام |
|-------|-----|-------|
|-------|-----|-------|

| | | |
|---|--|---|
| <p>3. Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2005). <i>Breastfeeding: A guide for the medical professional</i> (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby (pp. 76 ,299 ,275).</p> <p>4. Marasco, L. (1998). Cue vs scheduled feeding: Revisiting the controversy. <i>Mother Baby Journal</i>, 42-39 ,(4)3.</p> <p>5. McKenna, J. J., Mosko, S. S., & Richard, C. A. (1997). Bedsharing promotes breastfeeding. <i>Pediatrics</i>, 2)100, Pt. 219-214 ,(1. (Abstract)</p> <p>6. Mosko, S., Richard, C., & McKenna, J. (1997). Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. <i>Pediatrics</i>, 849-841 ,(5)100</p> <p>7. Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists (NAACOG) OGN Nursing Practice Resource. (March 1989). <i>Mother-Baby Care</i>.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • نیاز هر مادر بعد از زایمان و برای شروع شیردهی استراحت کامل برای تجدید قواست: • ساعات ملاقات عموم در بیمارستان بر حسب آن تنظیم شوند. • ملاقات پدر و دیگر فرزندان هر زمان امکان پذیر باشد. | <p>به مادر و اطرافیان باید آموخته شود که استراحت برای باز یافت نیرو و سلامت وی ضروریست.</p> <ul style="list-style-type: none"> • نقش مراقب و پرستار تامین حمایت لازم برای سلامت مادر و نوزاد است ▪ حمایت و آموزش مادر در تمام مدت بستری توسط پرسنل یا اعضای گروه حمایتی که روش شیردهی، چگونه نشستن، چگونه نگه داشتن نوزاد، روش پیشگیری از زخم شدن نوک پستان یا احتقان پستان و نکات لازم دیگر را مکررا توضیح دهند. |
|---|--|---|

| منابع | علت | اقدام |
|---|---|--|
| <p>8. Rapley, G. (2002). Keeping mothers and babies together—breastfeeding and bonding. Royal College of Midwives, 224-332 ,(10)5. (Abstract)</p> <p>9. Svensson, K., Mattiesen, A. S., Widström, A. M. (2005). Night rooming-in: Who decides? An example of staff influence on mother's attitude. Birth, 106-99 ,(2)32. (Abstract)</p> <p>10. Title 22 Licensing and Certification of Health Facilities and Referral Agencies. Article 70547, Section (k), p. 789.</p> <p>11. Winikoff, B., Myers, D., Laukaran, V. H., & Stone, R. (1987). Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned. Pediatrics, ,(3)80 433-423.</p> <p>12. Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. Acta Paediatrica Scandinavica, -1017 :(11) 79 1022.</p> <p>Arora S, McJunkin C, Wehrer J & Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mothers's Perception of Father's Attitude and Milk Supply Pediatrics 67;106;2000</p> | <p>معمولا مادران این باور غلط را دارند که وظیفه دارند طبق برنامه زمانبندی شده شیردهند، و مخصوصا وعده های شب را حذف کنند،</p> <p>• در طی شب، ترشح پرولاکتین به بالاترین حد خود می رسد.</p> <p>• یکی از اهداف رومینگ این ایجاد امکان تطبیق به شرایط زندگی بعد از ترخیص و شناخت بهتر رفتار نوزاد در شرایط ایمن بیمارستانی است.</p> | <p>هوشیاری بیشتر و شیر خوردن مکرر شبانه را به عنوان رفتار سالم دوره نوزادی توضیح دهید.</p> <p>• حتی اگر علی رقم توصیه های داده شده امکان مراقبت از نوزاد در کنار مادر میسر نیست، در صورت سلامت مادر، نوزاد هر وقت که گرسنه شد، حد اقل هر سه ساعت یکبار، مخصوصا در شب باید به اتاق مادر آورده شود. مادر باید در مورد خطر احتقان پستان آگاه شود.</p> |

| منابع | علت | اقدام |
|--|--|--|
| <p>Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. <i>BMJ</i>. 1462-319:1457;1999 [Abstract] (PDF)</p> <p>Bruschweiler-Stern N. Early Emotional Care for Mothers and Infants. <i>Pediatrics</i> ;1998 1278 :102.</p> <p>Carfoot, S Williamson, P Dickson, R (2005) A Randomized Controlled Trial in the North of England Examining the Effects of Skin-to-Skin Care on Breastfeeding, <i>Midwifery</i> 1(21), March 2005 [Abstract]</p> <p>Cloherly M, Alexander J, Holloway I. Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress. <i>Midwifery</i>. 2004 Jun;204-194:(2)20.</p> <p>Edmond K.M. Zandoh C. Amengo-Etego S. Kirkwood B R. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. <i>Pediatrics</i> Vol 117 No. 3 March 2006 ppe-380e386]</p> <p>Epstein K. (1993). The interactions between breastfeeding mothers and their babies during the breastfeeding session. <i>Early Child Development and Care</i>.104-87:93.</p> | <p>به مادر باید آگاهی کافی در مورد خطرات ناشی از عوارض ناشی از تغذیه با سرشیشه و نیز شیرخشک در روزهای اول عمر و عدم دریافت کولستروم داده شود.</p> <p>با توجه به عوارض ممکن برای مادر و نوزاد، ضروریست که فرم مربوط «تصمیم آگاهانه» امتناع از شیردهی توسط والدین تکمیل و امضا شود.</p> <p>وظیفه بیمارستان و پرسنل پزشکی و پرستار است که در صورت عدم قبول مادر به شیردهی و مراقبت از نوزاد، امن ترین محل و مناسب ترین مراقبت را به نوزاد ارائه دهد.</p> <p>حمایت افزوده برای :</p> <ul style="list-style-type: none"> • مادرانی که نارکوتیک و بیهوشی عمومی شده اند، زیرا کودک ممکن است در ابتدا خوب پستان نگیرد و مادر در ابتدا قادر به مراقبت از نوزاد خود نباشد • برای مادرانی که سزارین شده اند زیرا به راحتی قادر به نشستن و گرفتن وضعیت مناسب نیستند. | <p>مراحل آموزش شیردهی باید در پرونده و چارت مادر و نوزاد کتبا ثبت شود:</p> <p>در صورت مخالفت والدین به شیردهی و قبول نوزاد در اتاق خود از هر دوی والدین در خواست کتبی با امضاء گرفته به پرونده ضمیمه شود.</p> <p>اگر مادر هوشیاری کافی ندارد و یا سلامت مادر امکان تغذیه نوزاد را ندهد، ضروریست که مراقبین نوزاد وی را با استفاده (از شیر دوشیده شده مادر باشد) فنجان و قاشق تغذیه کنند تا به شیر دهی در آینده خدشه ای وارد نشود..</p> |

| منابع | علت | اقدام |
|---|--|--|
| Epstein-Gilboa K.(2000). The psychological reality of breastfeeding. IMPrint. 21-28:18. Erlandsson K, Fagerberg I. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby.. Midwifery. 2005 Jun; 8-131:(2)21. Epub 2005 Mar 28. [Abstract] Feldman R, Eidelman AI, Sirota L. & Weller A.Outcomes and Preterm Infant Development: Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Pediatrics 26-16;110;2002 | <ul style="list-style-type: none"> • تماس اول با نوزاد با تاخیر انجام می شود • مراقبت افزوده پرستاری برای مادران بدون همراه مخصوصا آنانی که در اتاق عمومی اقامت دارند در ساعات ملاقات (به دلیل مسئله به خطر افتادن امنیت نوزاد در صورت خواب آلودگی مادر) | <p>مراحل آموزش شیردهی باید در پرونده و چارت مادر و نوزاد کتبا ثبت شود:</p> <p>در صورت مخالفت والدین به شیردهی و قبول نوزاد در اتاق خود از هر دوی والدین در خواست کتبی با امضاء گرفته به پرونده ضمیمه شود.</p> <p>اگر مادر هوشیاری کافی ندارد و یا سلامت مادر امکان تغذیه نوزاد را ندهد، ضروریست که مراقبین نوزاد وی را با استفاده (از شیر دوشیده شده مادر باشد) فنجان و قاشق تغذیه کنند تا به شیر دهی در آینده خدشه ای وارد نشود..</p> |

برای آشنایی کامل با آموزش شیردهی به منبع زیر مراجعه کنید:

مجموعه آموزشی ترویج تغذیه با شیر مادر- اجمن ترویج تغذیه با شیر مادر- ناشر یونیسف- ۱۳۸۸

۳,۹ - پوشاک نوزاد

در دوران بستری و بعد از تثبیت دمای بدن اغلب نوزادان فقط به یک پوشش ساده نخی به رنگ روشن یا یک گان تمیز، یک پوشک (یا کهنه نرم نخی) نیاز دارند. ملحفه- پارچه نخی تمیز - تخت نوزاد و یک پتوی کوچک و سبک قابل شستشو بدون پرز و پاکیزه باید در کنار تخت مادر در دسترس باشد. استفاده از یک کلاه نخی ساده کمک می کند تا از شدت دفع حرارت بدن نوزاد کاسته شود. به مادر آموزش داده شود که از قنداق کردن نوزاد اجتناب ورزد.

فصل ۴

دیگر مراقبت های لازم در طول
دوران بستری

فصل چهارم : دیگر مراقبت های لازم در طول دوران بستری

۴,۱- ارزیابی کامل نوزاد

۴,۱,۱ معاینه نوزاد

- نوزاد باید یکبار قبل از پایان ۲۴ ساعت اول عمر توسط پزشک معاینه کامل شود. بهتر است نوزاد در ۶ ساعت اول عمر معاینه شوند. اولین معاینه در حضور والدین صورت گیرد تا والدین از سلامت وی اطمینان حاصل کرده با ویژگی ها و توانمندی های نوزاد خود آشنا شوند و نیز بعضی مطالب مربوط به مراقبت از نوزاد آموخته شود.
- معاینه کامل با تاکید به نکات زیر و با در نظر گرفتن شرح حال نوزاد و سوابق خانوادگی، بارداری و زایمان انجام می شود.
- معاینه باید سن جنینی را ارزیابی کند و قادر به رد یابی اولین علایم بیماری ها مثلا زردی، رنگ پریدگی، شبکه ای شدن نمای پوست (موتلینگ) باشد.
- معاینه باید با توجه به اختلالات ساختاری و تکاملی - ناهنجاری ها انجام شود : حدود ۱۵ تا ۲۰٪ دارای حد اقل یک ناهنجاری مینور هستند؛ حدود ۳٪ از این گروه احتمال دارا بودن یک ناهنجاری مهلک را دارند:
 - برای مثال همراهی آنومالی اندام ها -انگشتان - با ناهنجاری های قلبی
 - در معاینه بند ناف به تعداد شریان ها توجه شود (دو شریان و یک و رید طبیعی است) وجود یک شریان و یک ورید در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد با ناهنجاری های مادر زادی و بیماری های کروموزومی ناهنجاری های کلیوی و قلبی-عروقی همراه است.
 - ناهنجاری های صورت- کام و لاله گوش- ممکن است با اختلالات شنوایی همراه باشد.

معاینه کامل نوزاد

۱. سر و گردن
 - اندازه دور سر
 - شکل جمجمه
 - ملاحظ‌ها و سوچور‌ها
 - توده، ضایعه پوستی یا ورم
۲. چشم‌ها
 - اندازه و شکل مردمک
 - تقارن پلک‌ها- حدقه‌ها
 - حرکات طبیعی چشم
۳. گوش‌ها
 - محل اتصال لاله گوش‌ها و شکل آن‌ها
 - زائده اضافی tag یا فرورفتگی pits
۴. بینی
 - باز بودن مجرا، تقارن، شکل
 - زنش پره‌های بینی
۵. دهان
 - کام (لمس شود) و زبان
 - زخم یا ضایعات مخاطی
۶. پوست :
 - رنگ
 - دما
 - توده، آنژیوم، لکه، هماتوم و زخم
۷. قفسه سینه
 - تعداد تنفس
 - تقارن حرکات تنفسی

معاینه کامل نوزاد

| |
|---|
| • رترکسیون عضلات تنفسی |
| ۸. ریتین |
| • تقارن و طبیعی بودن صدا های تنفسی |
| ۹. قلب و عروق |
| • تعداد ضربان و ریتم قلب |
| • سوفل و صدای اضافی |
| • نبض ها مخصوصا نبض فمورال |
| ۱۰. شکم |
| • تعداد عروق بند ناف |
| • توده شکمی - طحال و کبد |
| • باز بودن مقعد |
| ۱۱. ژنیتالیا |
| • فتق کشاله ران |
| • وضعیت بیضه ها و هیپو سپادیاس / ابهام جنسیتی |
| • هیپرتروفی کلیتوریس یا ظاهر غیر طبیعی ژنیتالیا |
| ۱۲. اندام ها |
| • تقارن حرکات مفاصل |
| • شکل و وضعیت انگشتان |
| • معاینه لگن |
| ۱۳- ستون مهره ها |
| ۱۴- معاینه عصبی |
| • تون عضلانی فعال و غیر فعال - حرکات خود بخودی |
| • رفلکس های اولیه - مکیدن - مورو - گراسپ |
| • هوشیاری و واکنش به محیط |

✓ نوزاد بستری در رومینگ - این نیاز به ویزیت روزانه دارد.

ارزیابی سن حاملگی

ا. ارزیابی سن حاملگی توسط یک مشاهده ساده

علائم ظاهری قابل مشاهده ساده ای وجود دارد که در تصمیم گیری ترم یا پره ترم بودن نوزاد به شما کمک می کند:

| | | |
|---------|-----|--------------------------------|
| پره ترم | ترم | |
| خیر | بله | مکیدن خوب |
| خیر | بله | فلکسیون اندامها |
| بله | خیر | عروق قابل مشاهده زیر پوست |
| خیر | بله | نوک سینه بطور واضح دیده می شود |
| خیر | بله | جوانه سینه قابل لمس |
| خیر | بله | بیضه نزول کرده |
| خیر | بله | لابیامینور پوشیده شده |

نوزادان پست ترم را می توان بوسیله ناخن بلند تشخیص داد. افراد با تجربه می توانند بیشتر نوزادان پره ترم را بوسیله ظاهر آنها در مشاهده بالینی مشخص کنند.

ب. امتیاز بندی سن حاملگی

برای بدست آوردن دقیق سن حاملگی، می توان از سیستم امتیاز دهی بالا زد استفاده کرد. دقت این روش به تجربه معاینه کننده بستگی دارد. با تمرین و توجه کامل ه جزئیات سن حاملگی واقعی نوزاد با دقت حدود ۲ هفته تخمین زده می شود. چنانچه سن بدست آمده در حدود دو هفته با سن حاملگی پیشنهادی مادر اختلاف داشته باشد. در این صورت سن حاملگی مادر صحیح است. با این وجود چنانچه سن بدست آمده بیش از دو هفته بیشتر یا کمتر با سن مادر اختلاف داشته باشد، تاریخ مادر اشتباه بوده و باید از سن بدست آمده استفاده شود.

| Sign | Score | | | | | | | Sign score |
|---------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|------------|
| | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Posture | | | | | | | | |
| Square window | | | | | | | | |
| Arm recoil | | | | | | | | |
| Popliteal angle | | | | | | | | |
| Scarf sign | | | | | | | | |
| Heel to ear | | | | | | | | |
| Total neuromuscular score | | | | | | | | |

۱- وضعیت کلی نوزاد (Posture) : تون عضلانی پاسیو در وضعیت استراحت بر طبق شکل، بین صفر تا ۴ امتیاز دهی می شود

۲- قابلیت فلکسیون مچ دست (Square Window) :

- امتیاز ۱- چنانچه زاویه $< 90^\circ$ درجه باشد.
- امتیاز ۰ چنانچه زاویه تا 90° درجه باشد.
- امتیاز ۱ چنانچه زاویه 60° درجه باشد.
- امتیاز ۲ چنانچه تا 45° درجه تا شود
- امتیاز ۳ چنانچه تا 30° درجه بسته شود
- امتیاز ۴ در صورتیکه مچ دست بتواند کاملاً تا شود و زاویه صفر درجه بوجود آید

۳- برگشت بازو (Arm Recoil) : بازو را بطور کامل و در ناحیه آرنج خم کنید، تا جائیکه دست نوزاد به شانه برسد و ۵ ثانیه ثابت نگهدارید سپس بازو را با کشش روی انگشتان کاملاً باز کنید. به محض اینکه بازو کاملاً باز شد دست را رها کنید و درجه خمیدگی را (Flexion) در آرنج بررسی کنید. برگشت بازو در بیشتر نوزادان بالغ بهتر است. توجه داشته باشید امتیاز ۱- وجود ندارد.

- امتیاز ۰ در صورتیکه اصلاً بازگشت بازو نباشد.
- امتیاز ۱ در صورت زاویه $140^\circ - 180^\circ$ درجه

- امتیاز ۲ در صورتیکه کمی (۱۱۰- ۱۴۰ درجه) بازگشت بازو وجود داشته باشد.
- امتیاز ۳ در صورتیکه بازگشت بازو خوب بوده و بازو تا نیم راه برگشت به شانه (۱۱۰- ۹۰ درجه) خم شده باشد.

- امتیاز ۴ در صورتیکه بازگشت سریع بازو وجود داشته و بازو در نزدیکی شانه قرار گیرد. > ۹۰ درجه

۴-زاویه زانو (Popliteal Angle)

با یک دست خود زانوی نوزاد را مقابل شکم نگه دارید. با انگشت نشانه دست دیگر به آرامی پشت پاشنه نوزاد را فشار دهید تا پا را به طرف صورت نیاورید. زاویه ای ه پشت زانو بین قسمت فوقانی و تحتانی پا بوجود می آید را اندازه گیری کنید. در بیشتر نوزادان بالغ زانو به میزان کمتری باز می شود.

- امتیاز ۱- در صورتیکه پا بتواند کاملاً باز شود و زاویه ۱۸۰ درجه بوجود آید
- امتیاز ۰ چنانچه زاویه ۱۶۰ درجه باشد.
- امتیاز ۱ چنانچه در باز شدن کامل پا تا محدودیت ۱۴۰ درجه باشد.
- امتیاز ۲ چنانچه زانو تا ۱۲۰ درجه باز شود.
- امتیاز ۳ چنانچه زانو تا ۱۰۰ درجه باز شود .
- امتیاز ۴ چنانچه زانو تا ۹۰ درجه باز شود.
- امتیاز ۵ چنانچه زانو کمتر از ۹۰ درجه باز شود.

۵-علامت دستمال گردن (Scarf)

دست نوزاد را بگیرید و به آرامی بازو را از مقابل قفسه سینه به دور گردن مانند دستمال گردن بکشید. با دست دیگر خود به آرامی روی آرنج نوزاد فشار دهید تا به قرار گرفتن بازو و دور گردن م کنید. در بیشتر نوزادان بالغ بازو درو گردن قرار نمی گیرد.

- امتیاز ۱- چنانچه هیچ محدودیتی نباشد
- امتیاز ۰ اگر محدودیت حرکتی خفیفی حس شود.
- امتیاز ۱ چنانچه آرنج بخوبی از مقابل قفسه سینه عبور کند اما بطور کامل دور گردن قرار نگیرد
- امتیاز ۲ چنانچه آرنج بر طرف دیگر قفسه سینه برسد اما بالای قفسه سینه کشیده نشود
- امتیاز ۳ چنانچه آرنج فقط به خط میانی قفسه سینه نرسد
- امتیاز ۴ چنانچه آرنج به تا نوک پستان همان طرف قابل حرکت است
- امتیاز ۵ وجود ندارد

۶- **پاشنه یا گوش** : انگشتان پای نوزاد را نگه دارید و به آرامی پا را به طرف گوش بکشید اجازه دهید زانو در کنار شکم پائین برود. برخلاف آنچه در تصویر دیده می شود اجازه دهید لگن نوزاد روی تخت بلند شود. چگونگی قرار گرفتن پاشنه را در نزدیکی گوش مشاهده کنید. بیشتر نوزادان بالغ فلکسیون کمتری در لگن دارند در نتیجه نمی توانید پاشنه را به سمت گوش ببرید.

- امتیاز ۰ چنانچه پاشنه به راحتی به سمت گوش کشیده شود
- امتیاز ۱ چنانچه پاشنه نزدیک گوش قرار گیرد
- امتیاز ۲ چنانچه پاشنه تا بیشتر مسیر کشیده شود
- امتیاز ۳ چنانچه پاشنه در بند مسیر (راه) قرار گیرد
- امتیاز ۴ چنانچه پاشنه در کمتر از نیمه مسیر (راه) قرار گیرد

خصوصیات ظاهری

خصوصیت ظاهری بررسی می شوند برای بررسی میزان لانگو نوزاد باید چرخانده شود. چنانچه نوزاد بد حال باشد میزان لانگو امتیاز داده نمی شود.

پوست. پوست در روی قفسه سینه و شکم و همچنین اندامها معاینه می شود. بیشتر نوزادان بالغ پوست ضخیمی دارند.

امتیاز ۱- چنانچه چسلنده، شکننده و شفاف باشد

امتیاز ۰ چنانچه پوست خیلی نازک قرمز و شفاف و ژلاتینی باشد.

امتیاز ۱ چنانچه پوست صورتی و نرم باشد و وریدها کوچک به میزان زیاد قابل مشاهده شود.

امتیاز ۲ چنانچه پوست ضخیم تر و تنها تعدادی ورید دیده شود. اغلب پوسته ریز ظریف در اطراف پاشنه دیده می شود.

امتیاز ۳ چنانچه خشن و کمی خشک باشد با پوسته ریزی واضح و تعداد کم ورید قابل رویت

امتیاز ۴ چنانچه پوست خشک و ترک خورده باشد و عروقی دیده نشود .

امتیاز ۵ چنانچه پوست ضخیم با پوسته ریزی زیاد و چروک باشد.

لانگو LANUGO موهای ظریف و کم رنگی ه در پشت نوزاد ان کوچک دیده می شود. ؟ در نوزادان خیلی نارس ه فاقد لانگو می باشند میزان لانگو با بلوغ کاهش می یابد.

• امتیاز ۱- لانگو ندارد

• امتیاز ۰ چنانچه لانگو کمی دیده شود.

- امتیاز ۱ چنانچه لانگو ضخیم و فراوان باشد و در تمام قسمت دیده شود.
- امتیاز ۲ چنانچه لانگو نسبتاً نازک بخصوص در قسمت تحتانی باشد
- امتیاز ۳ چنانچه نواحی فاقد لانگو وجود داشته باشد .
- امتیاز ۴ چنانچه میزان بسیار کمی لانگو دیده شود. (این نوزادان همیشه بزرگتر می باشند)

چین های کف پا plantar creases

بوسیله شصت بدست کف پای نوزاد را بکشید چین هایی ه بصورت چروک ظریف می باشند و با کشیدن پوست از بین می روند فاقد اهمیت می باشند. نوزادان بالغ دارای چین های بیشتری می باشند .

- امتیاز ۲- پاشنه پا کمتر از ۴۰ میلیمتر
- امتیاز ۱- پاشنه پا ۴۰-۵۰ میلی متر
- امتیاز ۰ چنانچه چین معدمد و فرمز دیده شود
- امتیاز ۱ چنانچه چین افقی در قسمت قدامی دیده شود
- امتیاز ۲ چنانچه چین های عمیق در یک سوم قدامی دیده شود
- امتیاز ۳ چنانچه چینهای عمیق در دو سوم قدامی پا دیده شود
- امتیاز ۴ چنانچه تمام کف پا از شیار ها پوشیده شده باشد

پستان Breast هم ظاهر و هم اندازه جوانه سینه Breast Bud در نظر گرفته می شود. جوانه سینه را بوسیله انگشت نشانه و شصت در زیر نوک سینه به آرامی لمس کنید. نوزادان بالغ آرئول و جوانه سینه بزرگتر دارند.

- امتیاز ۱- غیر قابل لمس است
- امتیاز ۰ آرئول (پوست صورتی اطراف نوک سینه) بسیار کوچک است و به سختی دیده می شود
- امتیاز ۱ آرئول کوچک و صاف است و جوانه سینه لمس می شود
- امتیاز ۲ چنانچه جوانه سینه را می توان لمس کرد و حدود آرئول مشخص است. (برآمدگی ظریف ۱ تا ۲ میلی متری دارد)
- امتیاز ۳ چنانچه آرئول نسبت به پوست اطراف آن برجسته تر است و جوانه به راحتی لمس می شود (۳ تا ۴ میلی متر)
- امتیاز ۴ چنانچه آرئول برآمده است و جوانه سینه به اندازه نخود ۱ تا ۵ میلی متر است

لاله گوش / پلک ها : هم شکل و هم ضخامت گوش خارجی در نظر گرفته می شود. با افزایش بلوغ حاشیه گوش به سمت داخل می چرخد. علاوه بر این غضروف گوش ضخیم است و بعد خم کردن به سمت سر و به حالت طبیعی بر می گردد.

- امتیاز ۲- پلک ها سخت چسبیده اند
- امتیاز ۱- پلکها شل چسبیده اند
- امتیاز ۰ چنانچه پلک ها باز و گوش نرم و صاف باشد و تا شده باقی بماند
- امتیاز ۱ چنانچه گوش به آرامی به حالت طبیعی بر گردد و حدود فوقانی گوش به شروع چرخش به سمت داخل کرده است.
- امتیاز ۲ چنانچه حاشیه فوقانی گوش کامل به سمت داخل چرخیده است و گوش به سرعت به حالت طبیعی بر می گردد.
- امتیاز ۳ چنانچه غضروف در تمام گوش دارای قوام باشد و هر بار با سرعت به حالت طبیعی بر می گردد.
- امتیاز ۴ چنانچه غضروف گوش سفت شده باشد و تمام حاشیه گوش به طور کامل به داخل چرخیده باشد .

دستگاه تناسلی خارجی

امتیاز ژنتیالیا در مذکر و مؤنث تفاوت دارد. در نوزاد مذکر با بلوغ، بیضه نزول می کند. و اسکروتوم دارای چین و چروک می شود. در نوزاد مؤنث با بلوغ، اندازه لایبیا مازور افزایش می یابد .

مذکر :

- ۱- اسکروتوم صاف و نرم است
- ۰ اسکروتوم بسیار کوچک است و نرم است و بیضه قابل لمس نمی باشد
- ۱ مقدار خیلی کمی چروک در اسکروتوم وجود دارد و دو بیضه در کشاله لمس می شود
- ۲ بیضه ها در اسکروتوم می باشند و پوست اسکروتوم چروکیده است.
- ۳ بیضه آویزان بوده و چروک های عمیق وجود دارد

مؤنث:

- ۱- اگر کلیتوریس برجسته و لایبیا صاف است
- ۰ اگر لایبیا مازور شکل نگرفته و لایبیا مینور کوچک و کلیتوریس کاملاً مشخص است.
- ۱ اگر کلیتوریس برجسته و لایبیا مینورا بزرگتر

- ۲- اگر اندازه لایا ماژور و لایا مینور یکسان است.
- ۳- اگر لایا ماژور بزرگتر از لایا مینور باشد.
- ۴- اگر لایا ماژورا و کلیتوریس، لامینا مینور را پوشانده باشد

روش امتیاز دهی بالارد (Ballard) :

هر معیار (criteria) بعد از معاینه نوزاد امتیاز دهی می شود. سپس امتیازات جمع شده و با امتیاز نهایی سن حاملگی بوسیله جدول مشخص می شود.

| سن جنینی به هفته | امتیاز |
|------------------|--------|
| ۲۰ | - ۱۰ |
| ۲۲ | - ۵ |
| ۲۴ | ۰ |
| ۲۶ | ۵ |
| ۲۸ | ۱۰ |
| ۳۰ | ۱۵ |
| ۳۲ | ۲۰ |
| ۳۴ | ۲۵ |
| ۳۶ | ۳۰ |
| ۳۸ | ۳۵ |
| ۴۰ | ۴۰ |
| ۴۲ | ۴۵ |
| ۴۴ | ۵۰ |

۴,۱,۲ - غربالگری برای رد یابی مشکلات و اختلالات شایع

۱- اندازه گیری هماتوکریت - هموگلوبین

- ضرورت های (اندیکاسیون) شایع: علائم تنفسی غیر طبیعی، نارسی، SGAI/IUGR، نوزاد مادر دیابتیک، رنگ پریدگی، پرخونی، زایمان دو یا چند قلو و زایمان کنترل نشده (سریع).

۲- اندازه گیری قند خون

- ضرورت های (اندیکاسیون) شایع: نارسی، IUGR SGA/، زایمان دو یا چند قلو، نوزاد مادر دیابتیک، آسفیکسی، پرخونی، عدم تمایل به شیر، هیپوترمی، نوزاد بدحال

۳- گروه خون و ار هاش و تست کومبس مستقیم اگر:

- مادر ار هاش منفی باشد.

- اگر گروه خون مادر O باشد.

- اگر گروه خون / ار هاش مادر ناشناخته باشد.

۴- غربالگری عفونت باکتریال : CBC-diff platelets count -CRP- ESR B/C

در صورت شک به عفونت باکتریال نوزاد مانند: پارگی زود رس پرده های امینیونیک طولانی تر از ۱۸ ساعت برای نوزاد ترم یا نزدیک به ترم سالم، حتی بدون علامت عفونت نزد مادر، تب و عفونت مادر در روزهای قبل یا حین زایمان، نوزاد بیمار (مشکلات تغذیه، بی حالی، تشنج، علائم حیاتی غیر طبیعی مانند تعداد تنفس بالا تر از ۶۰ در دقیقه، تب یا هیپوترمی).

عفونت باکتریال یکی از علل مهم مرگ و میر در ایام نوزادی مخصوصا در کشور های در حال توسعه است. عامل عفونت زود رس باکتریال در ایام حوالی زایمان (قبل تولد- حین زایمان - بعد تولد) به نوزاد منتقل می شود و نوزاد در بدو تولد ممکن است بظاهر سالم باشد و یا علائم غیر اختصاصی داشته باشد. علائم عفونت زودرس طی دو -سه روز اول عمر ظاهر می شوند. در صورت عدم شروع درمان با آنتی بیوتیک، بهتر است که نوزاد بظاهر سالم ولی مشکوک به عفونت، طی این مدت، از نظر علائم حیاتی، مشکلات تغذیه، هیپوتونی، خواب آلودگی، تشنج و زردی مورد بررسی قرار گیرد.

۵- موارد دیگر :

در صورت ابتلای مادر به عفونت در دوره بارداری مانند ایدز، سفلیس، سل، هرپس سیتومگالوویروس به دلیل احتمال عفونت داخل رحمی شناخته شده نیاز مبرم به بررسی تخصصی دارد.

در صورت احتمال اعتیاد مادر به مواد تزریقی، بهتر است نوزاد برای بیماری هپاتیت بی و HIV پارزیابی شود.

- ۴,۱,۳ مشاهده هر یک از علائم زیر احتمال بیماری شدید را مطرح می‌کند و بر حسب امکانات، نیاز به اقدام تشخیصی-درمانی و بستری در بخش نوزادان / مراقبت ویژه یا ارجاع فوری دارد:
- تنفس سریع (< ۶۰ در دقیقه) طولانی تر از ۶ ساعت اول عمر
 - تنفس کند (> ۳۰ تنفس در دقیقه)
 - تو کشیده شدن شدید قفسه سینه
 - ناله بعد از دو ساعت اول عمر
 - سیانوز مرکزی (زبان، مخاط دهان) بعد از چند دقیقه اول زندگی
 - تشنج
 - اختلالات هوشیاری
 - هیپرتونی شدید و مقاوم
 - لرزش مقاوم انتهاها
 - هیپوتونی و بیحالی
 - تب برابر یا بالای ۳۸ درجه (پایدار ۳۰ دقیقه بعد از کاهش حرارت محیط)
 - هیپوترمی شدید زیر ۳۵ درجه
 - هیپوترمی مقاوم بعد از ۲ ساعت درمان
 - رنگپریدگی شدید
 - زردی روز اول عمر
 - خونریزی، خونریزی شدید ناف
 - ناهنجاری های مهم که نیاز به اقدام جراحی یا بررسی فوری دارند نظیر:
 - o گاستروشنزیس
 - o امفالوسل
 - o آترزی مقعد
 - o منگوسل / میلومننگوسل
 - o هیدروسفالی
 - اختلالات گوارشی - استفراغ مقاوم
 - اسهال

- عفونت ناف با قرمزی با ضخامت بیش از ۱ سانتی متر
- عفونت پوست با بیشتر از ۱۰ جوش چرکی
- عفونت شدید چشم

۴,۲- دیگر مراقبت های هنگام اقامت در بیمارستان تا زمان ترخیص

۴,۲,۱- مراقبت از نوزاد:

| مراقبت و پایش | نحوه برخورد با یافته های غیر طبیعی |
|--|---|
| <p>تا زمان ترخیص نوزاد از این جداول استفاده کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • از گرم بودن اتاق مطمئن شوید (۲۵-۲۸ درجه سانتی گراد) • نوزاد را همیشه در اتاق مادر و در کنار او قرار دهید • در صورت مراقبت کانگرویی، مادر نیمه خوابیده و نوزاد در آغوش او قرار گیرد. مادر و نوزاد را زیر یک روانداز بپوشانید. توجه کنید سر نوزاد بیرون بماند. | <p>اگر نوزاد در کات است، از پوشیده بودن بدن وی با لباس و پتو مناسب مطمئن شوید.</p> <p>سر نوزاد با یک کلاه نخی پوشیده باشد.</p> <p>نوزاد را تا حداقل شش ساعت بعد تولد و تثبیت کامل وضعیت حمام ندهید.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • تغذیه انحصاری با شیر مادر بنا به میل و تقاضای شیرخوار در تمام مدت شب و روز را تشویق کنید. • از مادر بخواهید که هر گونه مسئله و مشکل در مورد شیردهی را به شما اطلاع دهد. • قبل از ترخیص، نوزاد از بیمارستان، نحوه شیردهی را ارزیابی کنید. <p>✓ تا زمانی که نوزاد خوب شیر نمی خورد، او را ترخیص نکنید.</p> | <p>در صورت بروز مشکل، شیردهی را ارزیابی کنید، نحوه پستان گرفتن را کنترل کنید، و به مادر آموزش های لازم را بدهید.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>❖ در صورتیکه مادر قادر به مراقبت از نوزاد خود نیست، روش مراقبت از نوزاد را به همراه وی آموزش دهید.</p> | <p>❖ نحوه مراقبت از نوزاد را به مادر آموزش دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ حفظ حرارت مناسب برای کودک با پیشگیری از هیپوترمی و هیپرترمی ○ مراقبت از بند ناف، با تاکید از عدم استفاده از «ناف بند» ○ اصول بهداشت و سلامت نوزاد، از جمله: <ul style="list-style-type: none"> • نوزاد در معرض نور مستقیم خورشید قرار نگیرد. • دستها قبل و بعد از تماس با نوزاد شسته شود. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • پرهیز از استفاده از آب آلوده |
| <ul style="list-style-type: none"> • تماس پوست به پوست در آغوش مادر برای درمان هیپوترمی خفیف، بررسی مجدد ۱ ساعت بعد خونریزی بند ناف: مشکل کلامپ؟ یک کلامپ دیگر اضافه کنید. • در صورت خونریزی از محل دیگر یا مشکل تنفسی و دیگر مشکلات: ارزیابی فوری | <ul style="list-style-type: none"> • علائم هشدار را به مادر بیاموزید، و اینکه در صورت بروز علائم هشدار باید مراجعه کند، از جمله: سردی دست‌ها و پاها، خونریزی، یا تنفس مشکل، تاکی پنه، تو کشیده شدن قفسه صدری، ناله بازدمی، زردی، هیپرترمی، خونریزی از ناف یا محل ختنه، دفعات دفع مدفوع و ادرار |
| | <ul style="list-style-type: none"> • اگر بستری طولانی تر از یک روز است قبل ترخیص حتما نوزاد را مجددا ویزیت شود. • هرگز نوزاد را قبل ۱۲ ساعت عمر ترخیص نکنید. هرگز حد اقل دوره بستری برای نوزاد سالم ۲۴ ساعت است. |

۴,۳- آموزش مادر

در زمینه:

- اصول بهداشت
- علایم هشدار و اینکه در صورت نیاز به کجا مراجعه کند
- دمای بدن نوزاد
- پوشاک نوزاد
- حمام نوزاد
- تغذیه نوزاد
- مراقبت از سینه مادر

به: راهنمای های آموزش مادر ان- اداره سلامت مادران / اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مراجعه شود.

۴,۴- مراقبت ویژه نوزاد بظاهر سالم در رومینگ این

- بر طبق منابع برای نوزادان بظاهر سالم در خطر، مدت اقامت مناسب در زایشگاه حداقل ۴۸ ساعت است.
- در اکثر موارد هیپوگلیسمی زودرس (مثلا برای نوزادان کم وزن، نارس، مادر دیابتیک، و LGA) مسئله هیپوگلیسمی طی ۴۸ ساعت اول عمر مطرح است^۱. بنابراین این گروه از نوزادان فقط در صورتی امکان ترک زایشگاه را دارند که تغذیه با شیرمادر کاملا برقرار شده و مادر آگاهی کامل از مسئله را یافته و آموزش های ضروری ارائه شده باشد؛ و قند خون هر ۶-۸ ساعت یکبار آنها طی ۲۴ ساعت اول عمر کاملا طبیعی گزارش شده باشد. نوزادان SGA و نوزاد مادر دیابتیک بیشتر در خطر هیپوگلیسمی هستند.
 - اگر احتمال عفونت باکتریال زود رس مطرح باشد، اغلب اولین علایم آن طی ۴۸ ساعت اول عمر ظاهر می شود.

• مراقبت ویژه نوزادان کم وزن / نزدیک به ترم

نوزادان نزدیک به ترم (late-preterm infants) میزان بیماری و مرگ و میر بیشتری از نوزادان ترم دارند و این میزان نسبت مستقیم با وزن و سن جنینی آنها دارد، و در اغلب موارد قابل پیشگیری است.. در کشور ما، درمورد این گروه نوزادان هنوز آمار دقیقی در دست نیست ولی بر طبق منابع بیش از ۱۱٪ نوزادان زنده متولد شده را در کشور های در حال توسعه در برگیرد. «نیاز به جدا نکردن» نوزاد از مادر از نظر تداوم شیر دهی و عاطفی و کمبود

1 -1997WHO- Hypoglycaemia of the newborn

امکانات برای بستری همزمان مادر و نوزاد در بخش نوزادان از یک سو و لزوم ارائه خدمات کافی و مناسب برای کاهش بیماری و مرگ میر نوزاد از سوی دیگر باعث می شود که در کشور ما تحت شرایط مناسب، امکان مراقبت از این گروه نوزادان در رومینگ-این داده شود. لذا فصلی خاص را به این گروه از نوزادان در صورتیکه همانند نوزاد سالم در رومینگ-این مراقبت شوند اختصاص می دهیم.

شایع ترین عوارض نارسایی که در این سنین جنینی گزارش شده اند عبارتند از دیسترس تنفسی (بیماری غشای هیالین، هیپرتانسون ماندگار شریان ریوی و تاکی پنه گذرا)، اختلالات حفظ دمای بدن، مشکلات تغذیه - مکیدن حجم ناکافی شیر، هیپو گلیسمی و دهیدرشن- و زردی با احتمال بالاتر کرن ایکترس و عفونت .

برای مراقبت از نوزادان بظاهر سالم بین ۱۸۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم در رومینگ رعایت نکات زیر الزامیست :

۱. در شرح حال و سابقه بارداری نوزاد هیچ نکته ای (مانند کوریو امینوتیت یا آسفیکسی پری ناتال) که نیاز به بستری و درمان نوزاد را مطرح کند وجود نداشته باشد.

۲. نوزاد در معاینه کاملا سالم باشد و تغذیه از راه دهان بخوبی امکان پذیر باشد.

۳. دسترسی به پزشک به محض نیاز امکان پذیر باشد. (ترجیحا پزشک مقیم اطفال، دستیار تخصصی اطفال)

۴. امکان مراقبت مناسب از نوزاد در رومینگ این وجود داشته باشد. این مراقبت شامل :

- ارزیابی دوره گذر اول عمر مطابق با نوزاد رسیده ۶ تا ۱۲ ساعت اول عمر (صفحه ۱۷) برای نوزاد با سن جنینی ۳۵-۳۷ هفته/ برای نوزادان بظاهر سالم زیر ۳۵ هفته ۲۰۰۰-۱۸۰۰ گرم هر ۴-۶ ساعت ادامه یابد. در صورت علائم غیر طبیعی اقدامات لازم جهت بستری نوزاد انجام شود.

- بررسی وضعیت تغذیه، پستان گرفتن مدت و دفعات شیردهی هر ۶-۸ ساعت

- بررسی اولین قند خون بین ساعت یک تا سه عمر و در صورت طبیعی بودن هر ۶-۸ ساعت قبل از تغذیه

- امکان پذیر بودن بررسی آزمایشگاهی قند، کلسیم، CBC-diff ، platlets count ، گروه خون، بیلروبین و

ارزیابی عفونت باکتریال

- دسترسی دائم و ویزیت روزانه پزشک

۵. آموزش مادر، مراقبت و پیگیری ویژه بعد از ترخیص بخوبی قابل انجام باشد : اولین مراجعه ۲۴ ساعت

بعد از ترخیص (به بخش ترخیص مراجعه شود). قبل از ترخیص باید از طبیعی بودن علائم حیاتی مخصوصا

تنفس و دما، طبیعی بودن آزمایشات انجام شده (مخصوصا بیلی روبین، قند خون یا غربالگری عفونت) و انجام

تغذیه به نحو مطلوب و دفع ادرار و مدفوع اطمینان حاصل کرد. بهتر است نوزاد با وزن تولد زیر ۲۰۰۰ گرم را

قبل از ۲۴ ساعت ترخیص نکنید.

۶. به مادر آموخته شود که تا رسیدن به وزن ۲۵۰۰ گرم و تاریخ زایمان قبلا پیشبینی شده (ترم) رفتار زیر را داشته باشد :

- پیشگیری از عفونت :

- دستها را قبل از هر تماس با نوزاد بشوید
- تغذیه نوزاد : شایع ترین علت بستری بعد از ترخیص این گروه از نوزادان مرتبط با مشکلات تغذیه است.

○ از پستانک استفاده نشود و دفعات تغذیه بر حسب درخواست نوزاد تنظیم شود

○ حد اقل ۸ بار ۲۰ دقیقه در ۲۴ ساعت تغذیه شود.

○ اگر نوزاد تا ۳ ساعت بیدار نشد، خود او را بیدار کند.

○ اگر نوزاد خواب آلود است و مکیدن ضعیف دارد بهتر است از شیر دوشیده شده با قاشق / کاپ استفاده کند .

○ دوشیدن شیر و تغذیه نوزاد با قاشق یا کاپ را بخوبی فرا گرفته باشد.

○ حین شیر دادن به نوزاد پستان را مالش داده و بفشارد تا نوزاد شیر بیشتری دریافت کند.

○ برای کسب اطمینان از دریافت کافی شیر، بعد از هر بار به سینه گذاشتن اگر کوتاه تر از ۲۰ دقیقه است یا اگر ضعیف می مکد، شیر دوشیده شده علاوه، با کاپ یا قاشق به وی دهد. بعد از هر تغذیه نوزاد شیر خود را دوشیده (ده دقیقه با دست، ۲۰ دقیقه با پمپ) و به نوزاد داده یا برای تغذیه بعدی در یخچال نگه داری کند. دستها قبل از دوشیدن شیر شسته شود. پمپ با آب و صابون بعد از هر استفاده شسته شود.

• با توجه به احتمال بالا تر ریفلاکس گوارشی و برگشت شیر و خطر آسپیراسیون، نوزاد را اگر مراقبت کانگروبی نمی شود بطور مداوم در وضعیت شیب دار (سربالا) مراقبت کند بروی شکم ن خواباند و کهنه نوزاد را سریعا بعد از شیردهی تعویض نکند.

• اگر نوزاد فقط با شیر دوشیده شده تغذیه شود با حدود ۸ وعده ۶۰ سی سی یا ۴۲۰ تا ۵۰۰ سی سی شیر در ۲۴ ساعت دریافت نماید.

• با تعویض کهنه، حداقل هر سه ساعت یکبار دفع مدفوع / ادرار را کنترل کند .

• زردی نوزاد

۰ روش ارزیابی زردی با فشار خفیف پوست نوزاد آموزش داده شود

• دما

- نوزاد نارس / کم وزن بیشتر از نوزاد ترم در خطر هیپوترمی است. در صورت سردی انتهاها، نوزاد را در حالت مراقبت کانگرویی در تماس پوست با پوست قرار دهد. نوزاد کلاه و جوراب داشته باشد. در غیر این صورت او را بپوشاند.
- از هیپر ترمی و زیاد پوشانیدن نوزاد نیز اجتناب کند. نوزاد را کنار منبع تولید گرما یا در زیر آفتاب قرار ندهد.

- مراجعه به پزشک / مرکز درمانی اگر

- ۰ نوزاد کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می خورد و بی حال یا خواب آلود است
- ۰ اگر نوزاد، بعد از روز چهارم کمتر از ۶ کهنه خیس در روز دارد
- ۰ اگر نوزاد، بعد از روز چهارم عمر کمتر از ۴ دفع مدفوع دارد
- ۰ اگر نوزاد زردی دارد
- ۰ اگر نوزاد کبود می شود یا اختلال هوشیاری دارد.
- ۰ و در هفته های بعدی اگر وزن گیری ناکافی (کمتر از ۲۰۰ گرم در هفته) دارد
- ایمن سازی و غربالگری بیماری های متابولیگی بر طبق برنامه کشوری نوزاد نارس
- ویتامین یاری از ۱۵ روزگی.
- بعضی منابع توصیه کرده اند که برای نوزادان با وزن تولد ۲۰۰۰-۲۵۰۰ گرم آهن یاری به مقدار روزانه دو میلی گرم / کیلو از ۶ هفتگی آغاز شود^۱.

۴,۵- ترخیص مادر و نوزاد

در صورت حاملگی و زایمان بدون عارضه و وجود شرایط مناسب مادر و نوزاد، ترخیص، ۲۴ ساعت بعد از زایمان طبیعی و ۴۸ ساعت بعد از سزارین، امکان پذیر است. رعایت شرایط زیر برای پیشگیری از مشکلات ناشی از ترخیص «زودرس» ضروریست:

1 Iron Supplements Reduce the Risk of Iron Deficiency Anemia in Marginally Low Birth Weight Infants - pediatrics2010 سال doi:10.1542/peds.3624-2009

۱- شرایط مناسب مادر :

- ۱- عدم وجود عوارض قبل، حین و بعد از زایمان نظیر خونریزی بیش از معمول، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد حین یا بعد زایمان
 - ۲- در صورت لزوم، تمهیدات لازم برای تزریق به موقع «روگام» به مادر
 - ۳- توانائی فعالیت کافی برای مراقبت از خود و نوزاد خود، میزان درد قابل کنترل
 - ۴- دفع ادرار و مدفوع بطور طبیعی
 - ۵- امکان دسترسی دائم به پزشک و ماما در صورت بروز عوارض یا بیماری
 - ۶- آگاهی کافی از شیر دهی و توانائی تغذیه نوزاد
 - ۷- مشخص نمودن کتبی زمان و محل مراجعه بعدی برای ادامه مراقبت های پس از زایمان
- #### ۲- شرایط مناسب نوزاد :

۱. عدم وجود مشکلات جنین و نوزاد ناشی از بیماری و عوارض بارداری و زایمان در صورت وجود عوامل خطری برای سلامت نوزاد، تاخیر ترخیص نوزاد باید تا زمان رفع یا چاره یابی آن
۲. ترم با وزن برابر یا بالای ۲۵۰۰ گرم^۱
۳. ضریب آپگار دقیقه ۵، بالا تر از ۷ امتیاز
۴. یک یا دو قلو
۵. عدم نیاز به اکسیژن، ثبات علائم حیاتی حد اقل ۱۲ ساعت قبل از ترخیص: در دمای عادی اتاق (۲۵°)، حرارت (زیر بغل) ۳۶,۵-۳۷,۵ درجه، ضربان قلب ۱۶۰-۱۰۰ در دقیقه و تنفس زیر ۶۰ در دقیقه
۶. دفع ادرار و مدفوع
۷. در صورتی که ختنه انجام شده، خونریزی موضعی طی حداقل دو ساعت، وجود نداشته باشد و نوزاد حد اقل یکبار ادرار کرده باشد.
۸. تغذیه نوزاد، حد اقل طی دو وعده پیاپی، بدون مشکل انجام شده باشد. وضعیت شیردهی، پستان گرفتن نوزاد (latch-on) مکیدن و بلعیدن شیر صحیح انجام شود.
۹. عدم وجود زردی طی ۲۴ ساعت اول عمر
۱۰. انجام آزمایشات تعیین گروه و اره‌اش و کومبس مادر و نوزاد و رد ناسازگاری گروه های خونی^۲

۱ برای نوزادان سالم نزدیک ترم و کم وزن، با وزن تولد بین ۱۸۰۰ و ۲۵۰۰ گرم که از بدو تولد بخوبی از سینه مادر تغذیه شده اند، در صورتیکه نتایج معاینات و آزمایشات اولیه طبیعی گزارش شده، آموزش و آگاهی والدین مناسب باشد و امکان مراجعه سریع و پیگیری بعد ترخیص وجود داشته باشد، ترخیص، تحت شرایط فوق، امکان پذیر است .

۲ اگر گروه مادر O باشد تعیین گروه خون نوزاد با نمونه گیری خون از بند ناف انجام شود. اگر گروه نوزاد A یا B و کومبس

۱۱. انجام واکسیناسیون علیه هپاتیت بی، سل و فلج اطفال و در صورت لزوم، تزریق سرم اختصاصی هپاتیت بی
۱۲. امکان دسترسی مداوم به پزشک، در صورت بروز عوارض یا بیماری
۱۳. مادر در مورد مسائل زیر آموزش کافی دیده باشد:
- مراقبت از بند ناف و دستگاه تناسلی، نحوه استحمام نوزاد
 - انتخاب پوشاک و نحوه نگهداری نوزاد در حرارت مناسب
 - آشنائی با علائم هشدار دهنده برای بیماری های رایج نظیر هیپوترمی و زردی نوزاد
۱۴. در صورت نیاز به بستری نوزاد یا مادر، طی هفته های اول عمر، ایجاد شرایط مناسب ارتباط و تداوم شیردهی

۳- مشکلات ناشی از ترخیص زودرس به شرح زیر است:

- ✓ عدم کفایت زمان برای آموزش مراقبت های بعد زایمان و دریافت آموزش شیردهی موفق
- ✓ افزایش خطر کم آبی همراه با هایپر ناترمی نوزاد
- ✓ افزایش خطر بروز هیپوگلیسمی زودرس، در نوزاد کم وزن و نارس
- ✓ کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر
- ✓ تأخیر در تشخیص بیماری های نوزاد نظیر عفونت (سپسیس) و زردی
- ✓ تأخیر در تشخیص عوارض بعد از زایمان مادر نظیر عفونت و خونریزی

۴- اولین ارزیابی بعد از ترخیص

- در صورتیکه ترخیص نوزاد سالم قبل از پایان ۴۸ ساعت اول عمر انجام شود، نوزاد، طی ۴۸ ساعت بعد از ترخیص باید مجدداً معاینه و بررسی شوند!
- نوزادان گروه بظاهر سالم «در خطر» (مثلاً در خطر عفونت) و نوزادان با وزن تولد زیر ۲۵۰۰ و سن جنینی زیر ۳۷ هفته نیاز به پیگیری با فواصل زمانی کمتری را دارند: اولین مراجعه ۲۴ ساعت بعد ترخیص و سپس ویزیت بعدی بر طبق نظر پزشک معالج برنامه ریزی شود.
- طی این بررسی (در مراجعه اول) به نکات زیر توجه شود:

منفی باشد، نوزاد قابل ترخیص است، ولی باید ظرف ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص، از نظر زردی مجدداً ارزیابی شود.

انجمن طب اطفال آمریکا- بازنگری فوری POLICY STATEMENT Hospital Stay for Healthy Term Newborns 1

۲۰۱۰

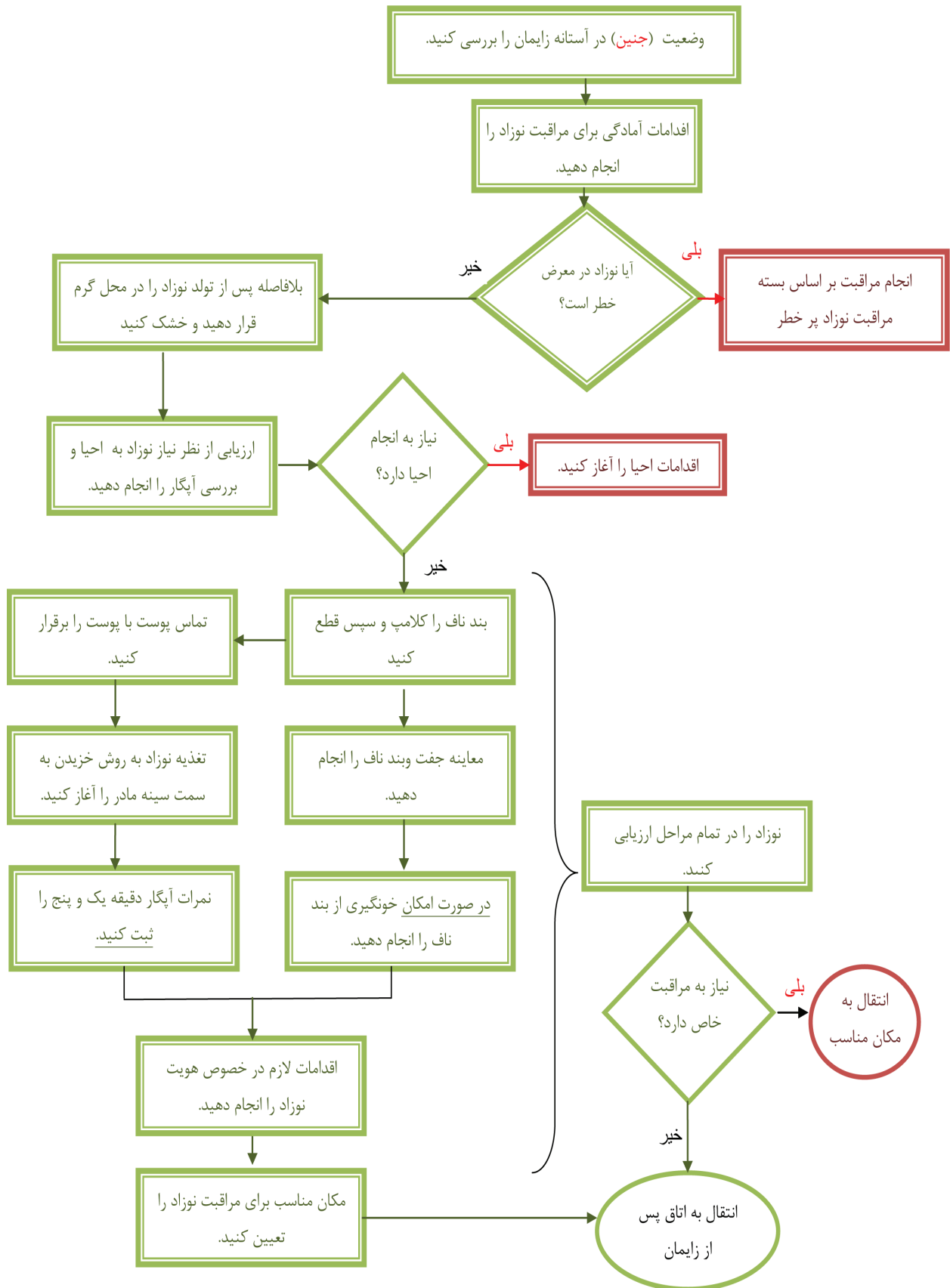
۱. مناسب بودن وضعیت تغذیه، کاهش وزن، دفع ادرار و مدفوع نوزاد
۲. مشاهده شیردهی - و در صورت نیاز تکمیل آموزش شیردهی و حمایت از مادر
۳. ارزیابی رابطه مادر نوزاد و رد یابی علائم اولیه افسردگی بعد زایمان
۴. کنترل واکسیناسیون انجام شده برای نوزاد
۵. تشخیص زردی نوزاد
۶. هوشیاری، تون عضلانی، توانایی مکیدن
۷. دمای بدن نوزاد برای رد هیپوترمی و هیپرترمی
۸. پیگیری و کنترل نتایج آزمایشات که قبل از ترخیص انجام شده است.
۹. ارزیابی نوزاد جهت شناسایی بیماری های قلبی متابولیکی ارثی، و غیره
۱۰. تکمیل آموزش مادر و برنامه ریزی مراقبت های بعدی: بر طبق مسائل مطرح شده (کاهش وزن، مشکلات شیردهی، زردی، نا آگاهی مادر) - غربالگری روتین ۳ تا ۵ روزگی -
۱۱. برای نوزادان بظاهر سالم زیر ۲۵۰۰ گرم / ۳۷ هفته وضعیت تنفس و حال عمومی، وضعیت تغذیه و علائم هیپوگلیسمی و کم آبی (دهیدرشن، کاهش زیاد وزن)، ارزیابی دمای بدن و زردی نیاز به توجه ویژه و پیگیری بعدی در زمان نزدیک تر از معمول دارد.

بخش ۲

فرایندها

فصل ۱

فرایندهای اتاق زایمان



تداوم مراقبت از قبل از بارداری حین و قبل از زایمان، اساس سلامت نوزاد شناخته می شود. رئوس مطالب مهم در رابطه با سلامت نوزاد شامل مطالب زیر می گردد:

۱) مراقبت های مرتبط در دوره بارداری

رئوس مطالب مهم در رابطه با سلامت نوزاد شامل مطالب زیر می شود.

۱,۱- آماده کردن مادر برای زایمان و مراقبت از نوزاد

۱,۲- آماده سازی مادر برای شیر دهی: مدیریت موفق آموزش شیردهی با شروع آموزش در دوران بارداری امکان پذیر می شود. در این دوران لازم است ضمن کسب اطلاعات در مورد سوابق بیماری جراحی پستان و سوابق شیردهی در حاملگی قبلی، مادر را در مورد مراقبت از پستان ها، برنامه ریزی تغذیه انحصاری با شیر مادر و اولین تماس و شیردهی وی در بدو تولد نوزاد مطلع و تشویق نمود.

شروع شیردهی در ساعت اول عمر علاوه بر اینکه از میزان تنش نوزاد می کاهد و دلبستگی و وابستگی مادر- نوزاد را افزایش می دهد، نقشی مهم در تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد. لازم است مادر در مورد وقوع و اهمیت آن قبلا آگاه شده باشد.

۱,۳- جمع آوری اطلاعات در زمینه حاملگی های قبلی و سوابق این بارداری، واکسیناسیون، مصرف دارو و غیره

۱,۴- تکمیل فرم اطلاعاتی سوابق مادر، بارداری و زایمان

جمع آوری و انتقال اطلاعات در باره سوابق مادر، بارداری و زایمان برای مراقبت صحیح از نوزاد ضروریست. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراقبت های قبل زایمان به پروتکل اداره مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه فرمائید.

فرآیند ۱: ارزیابی قبل از تولد

با اخذ شرح حال، معاینه مادر و بررسی وضعیت جنین با ابزارهای موجود قبل از تولد، می توان از ریسک فاکتورهای تهدید کننده سلامت جنین اطلاع پیدا کرد و تمهیدات لازم جهت جلوگیری از هرگونه آسیب را بکار برد.

| فرآیند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | مراحل و ابزار انجام | نتیجه فرآیند |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|------------------|---|--|
| ارزیابی جنین قبل از تولد | عامل زایمان | قبل از تولد | بلوک زایمان | بررسی سن بارداری | گرفتن شرح حال از مادر و بررسی LMP | در صورت غیر طبیعی بودن هر مورد، نوزاد پر خطر قلمداد شده و وارد بسته مراقبت از نوزاد پر خطر می شود که با نظر عامل زایمان / عامل مراقبت نوزاد درمان یا ارجاع می شود. |
| | | | | | بررسی سونوگرافی مادر | |
| | | | | | بررسی بیماری های مادر | |
| | | | | | کننده سلامت نوزاد | |
| | | | | | براساس بیماری های مادر | |
| | | | | | ناهنجاری های جنین | |
| | | | | | بررسی الگوی ضربان قلب و بررسی بیوفیزیکیال پروفایل با سونی کیت، گوشی مامایی و یا سونوگرافی | |
| | | | | | بررسی مایع آمنیوتیک و وضعیت کیسه آب سونوگرافی | |
| تخمین وزن جنین | اندازه گیری ارتفاع رحم یا سونوگرافی | | | | | |

فعالیت‌ها:

- ۱- پرونده مادر، سونوگرافی همراه و سن حاملگی را در نظر بگیرید.
- ۲- بر اساس اطلاعات فوق، سن بارداری را تخمین بزنید.
- ۳- ترم بودن (maturity) نوزاد در آستانه تولد را تعیین کنید.
- ۴- بیماری‌هایی مادر که سلامت جنین را تهدید می‌کند، از پرونده و گفتگو با مادر تعیین کنید.
- ۵- ناهنجاری‌های جنین را بررسی کنید (سونوگرافی یا سایر بررسی‌های انجام شده در دوران بارداری).
- ۶- شواهد وجود زجر جنینی را بررسی کنید (بررسی الگوی ضربان قلب و بیوفیزیکال پروفایل کمتر از ۶ از ۸).
- ۷- مایع آمنیوتیک را از نظر بالینی بررسی کنید. (از نظر آغشتگی به مکونیوم، وجودخون یا علایم عفونت)
- ۸- وزن جنین را بر اساس اندازه‌گیری ارتفاع رحم و سونوگرافی تخمین بزنید.
- ۹- در صورت غیر طبیعی بودن هر کدام از موارد فوق (نارس، وجود بیماری موثر بر جنین در مادر، زجر جنینی، وزن غیر طبیعی و وجود ناهنجاری) نوزاد ممکن است نیاز به مراقبت‌های خاصی داشته باشد و از بسته نوزاد سالم خارج می‌گردد.

توجه:

- برای ارایه مراقبت نوزادان نیازمند مراقبت‌های خاص از بسته نوزاد پر خطر یا نوزاد دارای ناخوشی (در آینده تدوین خواهد شد) استفاده کنید. در بسته‌های خدمتی ذکر شده علاوه بر اقدامات نوزاد سالم، شرایط و اقدامات دیگری نیز در ارایه و تواتر خدمات در نظر گرفته می‌شود.
- در صورتی که نتیجه بررسی‌های فوق، طبیعی است، طبق بسته خدمتی نوزاد سالم ادامه دهید

فرآیند ۲: آماده سازی برای مراقبت از نوزاد

برای اطمینان از وجود آمادگی‌های لازم برای مراقبت از نوزاد، قبل از تولد نوزاد وسایل و تجهیزات مورد نیاز ارایه مراقبت نوزاد سالم باید بررسی شود و در صورت وجود نقص بر طرف گردد. با توجه به اینکه مراقبت نوزاد سالم در اتاق زایمان توسط هر دو نفر (عامل زایمان و عامل مراقبت نوزاد) صورت می‌گیرد، بنابراین هر یک مسئول انجام بررسی وسایل مرتبط با فعالیتشان هستند. در نهایت لازم است تیم احیا نیز در جریان زمان تقریبی وقوع زایمان قرار گیرد.

| فرآیند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | مراحل انجام | نتیجه فرایند |
|---|----------------------|-------------|-------------|-----------------------------------|--|--------------|
| اطمینان از آماده بودن شرایط برای زایمان | عامل زایمان | قبل از تولد | اتاق زایمان | وسایل و تجهیزات مورد نیاز | ست زایمان (دو عدد پنس جفت، دو عدد کلامپ پلاستیکی بندناف، چهار عدد شان استریل، پوار، یک عدد گاز استریل) | نتیجه فرایند |
| | | | | | لوله آزمایش سیتراته برای نمونه گیری خون بند ناف | |
| | | | | | تجهیزات لازم برای تامین نور و دمای مناسب در اتاق زایمان / اتاق عمل | |
| | | | | | تجهیزات و داروهای مورد نیاز احیا مادر | |
| | عامل مراقبت از نوزاد | قبل از تولد | اتاق زایمان | وسایل نوزاد و تجهیزات احیای نوزاد | دو عدد حوله های نخی به ابعاد ۵۰*۵۰ سانتی متر استریل و یک عدد گاز استریل | |
| | | | | | حوله کلاه دار و کلاه نوزاد | |
| | | | | | مچ بند شناسایی نوزاد | |
| | | | | | استامپ و وسایل تهیه اثر کف پای نوزاد و انگشت مادر | |
| | | | | | اکسیژن | |
| | | | | | ساکشن و پوار | |
| | | | | | وسیله گرم کننده نوزاد (مانند وارمر) | |
| | | | | | تجهیزات احیا نوزاد | |

فعالیت‌ها:

۱. تجهیزات و وسایل مورد نیاز مراقبت از نوزاد را چک کنید.

a. عامل زایمان:

I. ست زایمان (دو عدد پنس جفت ، دو عدد کلامپ پلاستیکی بندناف ، چهار عدد شان استریل ، پوار ، یک عدد گاز استریل)

II. تامین تجهیزات مربوط به نور و دمای مناسب برای اتاق زایمان و اتاق عمل

III. تجهیزات و داروهای مورد نیاز احیاء مادر

IV. استامپ و وسایل تهیه اثر کف پا نوزاد و انگشت مادر (بر حسب سیاست های دانشگاه و مرکز درمانی)

V. لوله سیتراته نمونه گیری خون بند ناف (بر حسب سیاستهای دانشگاه و مرکز درمانی)

b. عامل مراقبت نوزاد:

I. اکسیژن

II. ساکشن و پوآر

III. وسیله گرم کننده نوزاد

IV. تجهیزات و داروهای مورد نیاز احیا نوزاد

V. حوله های نخی استریل و گاز استریل

VI. حوله کلاه دار و کلاه نوزاد

VII. مچ بند شناسایی نوزاد

۲. فرم های موجود در پرونده نوزاد را بررسی کنید. (فرم ها را در ضمیمه ببینید)

۳. از دمای مناسب (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد) اتاق زایمان اطمینان حاصل نمایید.

۴. تیم احیا را از زمان تقریبی وقوع زایمان مطلع سازید (عامل زایمان). در صورت وجود زایمان پرخطر تیم احیا را قبل از زایمان فرا بخوانید.

فرایند ۳: پیشگیری از هیپوترمی :

نوزاد بلافاصله بعد از تولد با یک حوله استریل که از قبل گرم شده خشک می شود و در یک محیط گرم در تماس پوست به پوست با مادر و یا در صورت لزوم در زیر یک منبع تابشی حرارت که از قبل روشن شده است قرار می گیرد .

| فرایند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرایند |
|-------------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|---|-----------------------------|
| فرایند پیشگیری از هیپوترمی نوزاد | عامل زایمان | قبل و بلافاصله پس از زایمان | اتاق زایمان | شستن دست‌ها (قبل از پوشیدن دستکش) | قرار دادن نوزاد در محیط گرم |
| | | | | آماده کردن ۳ حوله گرم، خشک و تمیز | |
| | | | | قرار دادن یک حوله روی شکم مادر در زایمان طبیعی | |
| | | | | قرار دادن دو حوله زیر یک سطح گرم مانند گرم کننده تابشی | |
| | | | | پیچیدن نوزاد را در یکی از حوله های گرم بلافاصله پس از تولد | |
| | | | | قرار دادن نوزاد را روی سطح گرم و پوشانده شده با حوله | |
| | | | | خشک کردن نوزاد بصورت حرکات گذاشتن و برداشتن حوله روی پوست نوزاد | |
| | | | | کنار گذاشتن حوله خیس | |
| | | | | قرار دادن مجدد نوزاد را روی سطح گرم | |

فعالیت‌ها:

۱. قبل از به دنیا آمدن نوزاد و پوشیدن دستکش استریل، دست خود را با آب و صابون بشویید. و خشک کنید
۲. سه حوله (حداقل) گرم و خشک نخ‌ی استریل آماده شده را. یک حوله روی شکم مادر و دو حوله زیر گرم کننده تابشی قرار دهید.
۳. در زایمان طبیعی قبل از تولد یک حوله تمیز و گرم روی شکم یا آغوش مادر قرار دهید.
۴. قبل از تولد یک سطح گرم و مناسب (گرم‌کننده تابشی) را با حوله فراهم کنید.
۵. با حوله گرم خشک کنید.
۶. بلافاصله پس از تولد، نوزاد را روی شکم مادر که با یک حوله گرم پوشانده شده است، قرار دهید.
۷. نوزاد را در حالیکه روی شکم مادر قرار دارد با حوله گرم و خشکی که زیر او قرار دارد بپوشانید، با حوله دوم نوزاد را با حرکات گذاشتن و برداشتن خشک نمایید (از مالش حوله بر پوست نوزاد خودداری نمایید). ابتدا سر و صورت و سپس بقیه بدن نوزاد را با ملایمت خشک کنید خون و مکونیوم را از روی بدن نوزاد پاک کنید.
۸. حوله های خیس شده را کنار بگذارید.
۹. نوزاد را در حوله گرم، خشک و تمیز سوم بپوشانید.

فرایند ۴: ارزیابی نیاز نوزاد به احیا و تعیین آپگار دقیقه اول

این مرحله در ۶۰ ثانیه اول عمر صورت می گیرد و در صورت نیاز به احیا، مراقبت نوزاد بر اساس بسته خدمتی احیای نوزادان انجام می گیرد. در صورت عدم نیاز به احیا مراقبت بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم ادامه می یابد. تعیین آپگار دقیقه اول نوزاد پس از ارزیابی قابل انجام است.

| فرایند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرایند |
|--|-------------|------------|-------------|-----------------------|---|
| بررسی نیاز به احیا و تعیین آپگار دقیقه اول | عامل زایمان | بدو تولد | اتاق زایمان | بررسی سن حاملگی | تعیین نیاز نوزاد به احیا و آپگار دقیقه اول در صورت غیر طبیعی بودن، نوزاد وارد بسته احیاء می گردد. |
| | | | | بررسی مایع آمنیوتیک | |
| | | | | بررسی تون عضلانی | |
| | | | | بررسی تنفس نوزاد | |
| | | | | تعیین آپگار دقیقه اول | |

فعالیت‌ها:

۱. وضعیت نوزاد را از نظر ترم بودن مشخص کنید.
۲. وضعیت مایع آمنیوتیک را از نظر آلودگی به مکونیوم بررسی کنید.
۳. وضعیت نوزاد را از نظر تنفس و گریه بررسی نمایید.
۴. تون عضلانی نوزاد را بررسی کنید.
۵. بر اساس بررسی های انجام شده در مورد نیاز به احیا تصمیم گیری نمایید.
۶. در صورت نیاز به احیا بند ناف را سریعاً کلامپ و قطع نمایید و عملیات احیا را آغاز و برای گرفتن کمک اقدام کنید (بسته خدمتی احیای نوزاد).
۷. در صورت عدم نیاز به احیا طبق بسته خدمتی نوزاد سالم ادامه دهید.
۸. آپگار نوزاد را از طریق بررسی وضعیت رنگ پوست، ضربان قلب، تحریک پذیری، تون عضلانی و تنفس نوزاد ارزیابی و تعیین کنید. (جدول آپگار را در ضمیمه کتاب مشاهده نمایید)

فرآیند ۵: قطع بندناف از مادر و کلامپ بندناف نوزاد

در مورد زمان قطع بند ناف توصیه می شود که بین ۳۰ الی ۱۲۰ ثانیه اول تولد با روش استریل انجام شود.

| نتیجه فرایند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | شخص مسئول | فرایند |
|---|---|--|-----------------------------|-------------|--------------------|
| بند ناف نوزاد به روش استریل قطع می شود | ۱- کلامپ کردن بندناف با پنس استریل اول در فاصله جفت و نوزاد | اتاق زایمان | ۳۰ تا ۱۲۰ ثانیه بعد از تولد | عامل زایمان | قطع بندناف از مادر |
| | ۲- قرار دادن پنس استریل دوم در فاصله مناسب از پنس اول | | | | |
| | ۳- بریدن بندناف در فاصله بین دو پنس استریل | | بعد از قطع بندناف از مادر | | کلامپ بندناف نوزاد |
| | ۱- کلامپ بند ناف در فاصله ۲ تا ۳ سانتی متری متری شکم نوزاد | | | | |
| ۲- در صورت لزوم قرار دادن گیره بند ناف استریل دیگر در فاصله ۲ تا ۳ سانتی متری کلامپ اول | قطع بند ناف با یک قیچی سرگرد استریل جراحی در فاصله دو سانتی متری از کلامپ بندناف | بررسی بند ناف از نظر نشت خون و تعداد عروق خونی | | | |
| ۳- بررسی بند ناف از نظر نشت خون و تعداد عروق خونی | | | | | |

فعالیت‌ها:

۱. نوزاد متولد شده در حوله قرار داده شده روی سطح گرم (فرایند سوم) گذاشته شود.
۲. به وسیله پنس استریل اول و دوم بندناف را کلامپ کرده و با قیچی در فاصله بین دو پنس قطع نمایید.
۳. با گیره پلاستیکی و استریل بندناف را در فاصله ۳ تا ۲ سانتی متری از شکم نوزاد کلامپ نمایید.
۴. در صورت لزوم گیره بندناف استریل دیگری را در فاصله ۳ تا ۲ سانتی متری از کلامپ اول قرار دهید.
۵. بند ناف را با یک قیچی سرگرد استریل جراحی در فاصله دو سانتی متری از کلامپ بناناف قطع نمایید.
۶. بند ناف را از نظر نشت خون بررسی کنید. در صورت نشت خون یک کلامپ، قبل از کلامپ اول اضافه کنید.
۷. بهتر است برای ممانعت از ریزش خون در محل قطع بند ناف بر روی شکم نوزاد از گاز استریل استفاده نمایید. (توجه داشته باشید جهت قطع کردن بندناف نیاز به تمیز کردن محل برش و یا استفاده از محلولهای ضد عفونی کننده نمی باشد)

فرایند ۶: ارزیابی نوزاد در اتاق زایمان:

هدف از این ارزیابی اولیه در اتاق زایمان و پس از تولد بررسی کلی وضعیت نوزاد است. این ارزیابی به منظور تصمیم گیری برای نیاز به عملیات احیاء، امکان قرار دادن نوزاد در آغوش مادر و یا نیاز به بستری کردن و ارجاع فوری نوزاد انجام می شود. طی این ارزیابی که در لحظات اول عمر انجام می شود، ضمن محاسبه ضریب آپگار، وجود ناهنجاری یا بیماری مهلک، حال عمومی و علائم ظاهری نوزاد بررسی می شود و میزان نارسایی و وزن نوزاد تخمین زده می شود.

| فرایند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرایند |
|------------------------------|-------------------------------------|---|-------------|--|--|
| ارزیابی نوزاد در اتاق زایمان | عامل مراقبت از نوزاد یا عامل زایمان | قبل یا پس از پایان تغذیه نوزاد در اتاق زایمان | اتاق زایمان | همزمان با سایر اقدامات ضروری نوزاد ضریب آپگار را محاسبه نمایید نوزاد را در سطحی مناسب پوشیده با حوله گرم و تمیز قرار دهید. وجود ناهنجاری واضح یا بیماری مهلک و بیماریهایی که تداخل با حیات دارند یا ممکن است با ادامه اقدامات برای نوزاد ایجاد مشکل نمایند، را شناسایی کنید. حال عمومی و علائم ظاهری نوزاد را بررسی کنید، جنسیت نوزاد را بررسی نمایید صدمات احتمالی زایمان را بررسی کنید. میزان نارسایی و وزن نوزاد را تخمین بزنید پس از ارزیابی فرم اطلاعات نوزاد را تکمیل نمایید کلیه نتایج را در پرونده نوزاد ثبت نمایید. | تعیین وجود آنومالیهای واضح و علایم خطر در صورت غیر طبیعی بودن هر کدام از معاینات، اقدامات فوری و ضروری انجام شود و نوزاد از بسته نوزاد سالم خارج می شود. |

فعالیت‌ها:

۱. نوزاد را در سطحی مناسب پوشیده با حوله گرم و تمیز قرار دهید.
۲. وجود ناهنجاری واضح یا بیماری مهلک و بیماریهایی که تداخل با حیات دارند یا ممکن است با ادامه اقدامات برای نوزاد ایجاد مشکل نمایند، را شناسایی کنید.
۳. حال عمومی و علائم ظاهری نوزاد را بررسی کنید. جنسیت نوزاد را بررسی نمایید.
۴. صدمات احتمالی زایمان را بررسی کنید.
۵. میزان نارسی و وزن نوزاد را تخمین بزنید
۶. پس از ارزیابی فرم اطلاعات نوزاد را تکمیل نمایید و کلیه نتایج را در پرونده نوزاد ثبت نمایید.



فرآیند ۷: تماس پوست به پوست مادر و نوزاد

یکی از اقدامات موثر در برقراری شیردهی و تداوم آن و نیز برقراری ارتباط عاطفی مادر و نوزاد تماس پوست به پوست مادر و نوزاد است. در زایمان سزارین با بیحسی موضعی، مادر هوشیار است و برقراری تماس پوستی امکان پذیر است. در سزارین با بیهوشی عمومی این مراحل تا به هوش آمدن مادر در اتاق مراقبت پس از سزارین (ریکاوری) به تاخیر انداخته می شود. این مرحله با انجام شیردهی اولیه به روش خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر تکمیل میشود.

| نتیجه فرایند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | شخص مسئول | فرایند |
|--|--|----------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| برقراری ارتباط عاطفی مادر و کودک کمک به آغاز تغذیه با شیر مادر حفظ حرارت نوزاد | برقراری تماس چشمی | اتاق زایمان | پس از قطع بندناف | عامل زایمان | زایمان طبیعی |
| | تماس گونه به گونه | | | | |
| | تشویق مادر برای بوسیدن نوزاد | | | | |
| | نجاکردن مادر در گوش نوزاد | | | | |
| | قرار دادن نوزاد روی شکم مادر برای تماس پوست به پوست و پوشاندن نوزاد و مادر با پوشش گرم | | | | |
| | تماس گونه به گونه | اتاق سزارین یا اتاق بهبودی | پس از قطع بندناف | عامل زایمان | سزارین با بیحسی موضعی |
| | قرار دادن نوزاد بین دو پستان مادر به صورت مورب برای تماس پوست به پوست نوزاد و مادرو پوشاندن بدن مادر و نوزاد | اتاق بهبودی | پس از به هوش آمدن مادر | عامل مراقبت از نوزاد | سزارین با بیهوشی عمومی |
| | تماس گونه به گونه | | | | |
| | قرار دادن نوزاد بین دو پستان مادر به صورت مورب برای تماس پوست به پوست نوزاد و مادرو پوشاندن بدن مادر و نوزاد | | | | |

فعالیت‌ها:

۱. مراقب حفظ حرارت بدن نوزاد باشید.
۲. در حالیکه نوزاد در حوله ای پیچیده، نوزاد را به طرف مادر ببرید.
۳. نوزاد را در معرض دید مادر قرار دهید (برقراری تماس چشمی).
۴. گونه نوزاد را در کنار گونه مادر قرار دهید.
۵. مادر را تشویق کنید که نوزاد را بیوسد.
۶. مادر را تشویق کنید در گوش نوزادش به صورت نجوا صحبت کند.
۷. نوزاد را برای شروع شیردهی درروی شکم مادر (در سزارین بین دو پستان مادر به صورت مورب) قرار دهید. بدن مادر و نوزاد را با پتو بپوشانید .

فرآیند شماره ۸: خون‌گیری از بند ناف :

در مادران دارای گروه خونی O یا گروه خونی منفی، تعیین گروه خونی نوزاد (blood group & RH) در بدو تولد امری ضروری است. در صورت احتمال هیپوکسی جنین، انجام خون‌گیری از بندناف جهت ارزیابی گازهای خونی نوزاد توصیه می‌گردد.

| فرآیند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرآیند |
|---------------------|-------------|---|-------------|---|--|
| خون‌گیری از بند ناف | عامل زایمان | بعد از بریدن بند ناف و قبل از خروج کامل جفت | اتاق زایمان | باز کردن گیره بند ناف در قسمت متصل به جفت | نمونه‌گیری از بند ناف به روش صحیح و استریل |
| | | | | دوشیدن ۲ تا ۵ سی سی خون در شیشه سیتراته | |
| | | | | رعایت خون‌گیری ایمن | |
| | | | | ثبت مشخصات روی نمونه آزمایش | |
| | | | | ارسال نمونه به آزمایشگاه | |

فعالیت‌ها:

- ۱- گیره پلاستیکی بند ناف در قسمت متصل به جفت را باز کنید.
 - ۲- مقدار ۲ تا ۵ سی سی خون به روش دوشیدن بند ناف در شیشه سیتراته بریزید.
 - ۳- مراحل خون‌گیری ایمن را رعایت کنید.
 - ۴- مشخصات را روی نمونه ثبت کنید.
 - ۵- درخواست آزمایشات را تکمیل کنید.
 - ۶- برای ارسال نمونه به آزمایشگاه اقدام کنید.
- نکته: توصیه می‌شود در صورت گروه خون O یا اره‌اش منفی مادر و عدم خون‌گیری از بند ناف در بدو تولد و یا ایجاد مشکل در نمونه خون گرفته شده از بند ناف، نیاز است که در طول مدت حضور نوزاد در بیمارستان، برای داشتن گروه خونی و RH نمونه خون از نوزاد گرفته شود.

فرآیند ۹: معاینه جفت و بند ناف

معاینه جفت و بند ناف برای تامین سلامت مادر و نوزاد با اهمیت است و می تواند نشان دهنده احتمال ناهنجاری در نوزاد باشد. یافته های معاینه جفت در اتاق زایمان باید ثبت شود.

| فرایند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرایند |
|----------------------|-------------|-------------------------------|-------------|---|---|
| معاینه جفت و بند ناف | عامل زایمان | بعد از تولد نوزاد، و خروج جفت | اتاق زایمان | اطمینان از خروج کامل جفت | جفت بررسی شده و وجود ناهنجاری در آن تعیین و ثبت میشود |
| | | | | بررسی اندازه، وزن، شکل، همناختی و کامل بودن جفت | |
| | | | | بررسی پرده های جفتی (وجود عروق بزرگ) | |
| | | | | ثبت هرگونه ناهنجاری جفت و بندناف | |
| | | | | بررسی طول، محل و نحوه اتصال بندناف | |
| | | | | بررسی عروق بندناف (دو شریان و یک ورید) | |
| | | | | ثبت یافته های بدست آمده | |

فعالیت ها:

- ۱- از خروج کامل جفت مطمئن شوید.
- ۲- اندازه، شکل، همناختی و کامل بودن جفت را بررسی کنید.
- ۳- پرده های جفتی (وجود عروق بزرگ در پرده ها) را با دقت بررسی کنید.
- ۴- هرگونه ناهنجاری (لوب فرعی، خونریزی، تومور و توده) را ثبت کنید.
- ۵- طول، محل و نحوه اتصال بند ناف را چک کنید.
- ۶- عروق بند ناف را با دقت نگاه کنید.
- ۷- از وجود دو شریان و یک ورید مطمئن شوید.
- ۸- یافته های خود را ثبت کنید.



فرایند ۱۰: تعیین و ثبت ضریب آپگار در دقیقه ۵

آپگار نوزاد در دقیقه ۵ نیز باید بررسی شود. آپگار دقیقه پنجم تا حد زیادی با پیش آگهی نوزاد ارتباط دارد. پس از بررسی و تعیین آپگار دقیقه ۵، نتایج باید در پرونده نوزاد ثبت شود. اگر در دقیقه ۵ زندگی جمع امتیاز همچنان برابر یا پائین تر از ۷ بماند باید شمارش ضریب را هر ۵ دقیقه (حد اکثر دقیقه ۲۰ عمر و یا)، تا زمان دسترسی به ضریب آپگار بالاتر از ۷ تکرار کرد.

| فرایند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرایند |
|------------------------|-------------|---------------------|-------------|---|------------------------|
| تعیین و ثبت ضریب آپگار | عامل زایمان | ۵ دقیقه بعد از تولد | اتاق زایمان | ۱. تا ۵ دقیقه پس از تولد نوزاد تحت نظر داشته و بررسی کنید. جدول آپگار را تکمیل کنید | تعیین و ثبت ضریب آپگار |
| | | | | بررسی رنگ پوست نوزاد | |
| | | | | ثبت ضربان قلب نوزاد | |
| | | | | نمره‌دهی وضعیت تحریک پذیری نوزاد | |
| | | | | نمره‌دهی وضعیت تون عضلانی نوزاد | |
| | | | | نمره‌دهی وضعیت تحریک پذیری نوزاد | |
| | | | | ثبت آپگار دقیقه اول و پنجم در فرم پرونده زایمان | |
| | | | | در صورت نیاز به احیاء تکمیل فرم احیاء | |

فعالیت‌ها:

۲. تا ۵ دقیقه پس از تولد نوزاد تحت نظر داشته و بررسی کنید. جدول آپگار را تکمیل کنید
 ۳. وضعیت رنگ پوست نوزاد را بررسی و نمره دهید.
 ۴. در دقیقه پنجم ضربان قلب نوزاد را بررسی و نمره دهید.
 ۵. وضعیت تحریک پذیری نوزاد را بررسی و نمره دهید.
 ۶. وضعیت تون عضلانی نوزاد را بررسی و نمره دهید.
 ۷. وضعیت تنفس نوزاد را بررسی و نمره دهید.
 ۸. مجموع نمره آپگار دقیقه اول و پنجم را در برگ ثبت آپگار ثبت نمایید.
 ۹. در صورت نیاز به انجام احیا قسمت‌های تکمیلی فرم آپگار را تکمیل نمایید.
- توجه: اگر آپگار نوزاد در دقیقه ۵ کمتر از ۷ بود، ارزیابی و ثبت آپگار را در دقیقه های ۱۰، ۱۵ و ۲۰ نیز انجام دهید. (عامل مراقبت نوزاد)

فرایند ۱۱: تغذیه نوزاد در اتاق زایمان با روش خزیدن به طرف پستان مادر

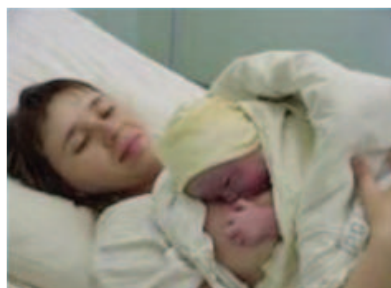
شیر مادر غذایی ایده ال و کامل برای نوزاد سالم می باشد این تغذیه مواد لازم جهت رشد و تکامل برای نوزاد را مهیا میکند با توجه به فواید شیر مادر، اولین تغذیه باید بلافاصله بعد از تولد و در اولین زمان ممکن انجام شود (بجز موارد خاص). پدیده (Breast crawl (BC که موجب شیر خوردن مستقل و بدون هیچ گونه راهنمایی نوزاد می گردد شروع زودرس شیردهی را ممکن می سازد و تداوم آن را تضمین می نماید و بدنبال آن نوزاد احساس امنیت و آرامش بیشتری می کند. این پدیده برقراری رابطه عاطفی مادر و نوزاد در بدو تولد را عمیق تر می سازد. ضمناً با تغذیه مناسب از میزان مرگ و میر ناشی از سوء تغذیه نوزاد نیز کاسته می شود.

| نتیجه فرایند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | شخص مسئول | فرایند |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------|
| آغاز تغذیه نوزاد با شیر مادر | بررسی عوامل خطر مادری و نوزادی برای شروع شیردهی | اتاق زایمان | پس از تماس پوستی | عامل مراقبت از نوزاد | زایمان طبیعی |
| | آموزش مادر برای شروع شیردهی با روش خزیدن به سمت پستان مادر | | | | |
| | قرار دادن نوزاد در وضعیت خوابیده بر شکم بر روی شکم مادر | | | | |
| | قرار دادن یک حوله خشک روی بدن نوزاد برای جلوگیری از اتلاف حرارت نوزاد | | | | |
| | به نوزاد برای خزیدن و تغذیه حداقل یک ساعت فرصت دهید. | | | | |
| | آموزش مادر برای شروع شیردهی با روش خزیدن به سمت پستان مادر | اتاق عمل یا ریکاوری | پس از تماس پوستی | عامل مراقبت از نوزاد | با روش اسپینال سزارین |
| | قرار دادن نوزاد بصورت مورب از سمت بالای سر مادر بین پستان های مادر | | | | |
| | قرار دادن یک حوله خشک روی نوزاد برای جلوگیری از اتلاف حرارت نوزاد | | | | |
| | به نوزاد برای خزیدن و تغذیه حداقل یک ساعت فرصت دهید. | | | | |
| | آموزش مادر برای شروع شیردهی به روش خزیدن به سمت پستان مادر | اتاق پس از سزارین (ریکاوری) | اولین فرصت پس از به هوش آمدن مادر | عامل مراقبت از نوزاد | با بیهوشی عمومی سزارین |
| | قرار دادن نوزاد بصورت مورب از سمت بالای سر مادر بین پستان های مادر | | | | |
| | قرار دادن یک حوله خشک روی نوزاد برای جلوگیری از اتلاف حرارت نوزاد | | | | |
| به نوزاد برای خزیدن و تغذیه حداقل یک ساعت فرصت دهید. | | | | | |

تغذیه نوزاد در اتاق زایمان با روش خزیدن به سمت پستان مادر

فعالیت‌ها:

- توجه: انتظار می‌رود مادر در آموزش‌های آمادگی زایمان با روش خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر آشنا شده باشد.
- ۱- عوامل خطر مربوط به مادر و نوزاد در ارتباط با مشکلات شروع شیردهی را بررسی کنید.
 - ۲- روش انجام کار و مزایای آن را مختصراً به مادر توضیح دهید.
 - ۳- به مادر اطمینان دهید که این روش موثر خواهد بود.
 - ۴- در صورت هرگونه مشکل (زایمان سخت، درد و ناراحتی) می‌توانید پدیده خزیدن را تا رفع مشکل (برای آماده شدن مادر) به تأخیر بیندازید.
 - ۵- نوزادی که بدنش خشک شده، روی شکم مادر (در وضعیت خوابیده بر روی شکم) قرار دهید.
 - ۶- در موارد سزارین نوزاد را بصورت مورب از سمت بالای سر مادر (به گونه‌ای که پاهای نوزاد بالا باشد) بین پستان‌های مادر قرار دهید.
 - ۷- برای جلوگیری از اتلاف حرارت بدن یک حوله خشک روی نوزاد بگذارید نیز (می‌توان با گذاشتن کلاه از اتلاف حرارت جلوگیری کرد).
 - ۸- مدت حداکثر یکساعت به نوزاد فرصت دهید تا به سمت پستان مادر خزیده و با یافتن نوک پستان تغذیه خود را شروع نماید. (معمولاً نوزاد در ۱۵ دقیقه اول غیر فعال می‌باشد و در نیم ساعت بعد، شروع به جستجوی نوک پستان میکند و بعد از آن شروع به تغذیه می‌نماید.)
 - ۹- در صورت عدم موفقیت نوزاد پس از یکساعت با قرار دادن نوزاد روی پستان کنار نوک پستان به تغذیه اولیه کمک کنید و در صورت عدم موفقیت با قرار دادن پستان در دهان نوزاد به شروع اولین تغذیه کمک نمایید.
- توجه: - لزومی به شستن پستان مادر نیست.



- از دستورالعمل کشوری "شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی" برای اطلاعات فوق استفاده شده است.
- محیط اطراف مادر باید آرام و دارای دمای مناسب (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد) باشد.
- در صورت امکان پدر و یا یک همراه منتخب مادر در کنار مادر باشد.

فرایند ۱۲: تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد

یکی از اصول مراقبتهای نوزادی تعیین هویت نوزاد است. تعیین هویت نوزاد با روشهای مطمئن از بدو تولد و سپس جدا نکردن مادر و نوزاد از روشهای موثر پیشگیری از هر خطای هویتی می باشد

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|--|--|-------------------------------|---|----------------------|------------------------|
| هویت نوزاد تعیین و زمینه حفظ امنیت نوزاد می گردد | اطمینان از تعیین جنسیت | اتاق زایمان | پس از تغذیه نوزاد در ساعت اول تولد | عامل مراقبت از نوزاد | زایمان طبیعی |
| | تکمیل فرم ثبت هویت موجود در پرونده مادر | | | | |
| | تعیین اثر کف پای نوزاد و اثر انگشت مادر بر طبق سیاستهای زایشگاه | | | | |
| | ثبت مشخصات: جنس نوزاد- نام و نام خانوادگی مادر - تاریخ و ساعت تولد - شماره شناسایی نوزاد یا شماره پرونده مادر را روی هر مچ بند مناسب (مادر و نوزاد) و بستن آن به مچ دست یا پای نوزاد | اتاق زایمان سزارین (اتاق عمل) | پس از تغذیه ساعت اول نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | سزارین با روش اسپینال |
| | چسباندن برچسب روی پرونده مادر | اتاق زایمان سزارین (اتاق عمل) | پیش از انتقال مادر و نوزاد از اتاق عمل به ریکاوری | عامل مراقبت از نوزاد | سزارین با بیهوشی عمومی |

فعالیت‌ها:

- ۱- مشخصات: نام و نام خانوادگی مادر - تاریخ و ساعت تولد - جنس نوزاد - شماره شناسایی نوزاد (شماره پرونده و یا کد مچ بند) را روی مچ بند مناسب (ایجاد حساسیت نکند و به راحتی باز نشود) نوزاد ثبت کنید.
- ۲- مچ بند استاندارد نوزاد را ترجیحا روی مچ پای نوزاد نصب کنید. از تعیین جنسیت نوزاد اطمینان حاصل کنید و جنسیت نوزاد را به مادر نشان دهید.
- ۳- در صورت لزوم بر طبق اثر کف پای راست نوزاد و اثر انگشت دست راست مادر را تهیه کرده و در محل مخصوص در پرونده مادر قرار دهید.
- ۴- برچسب مخصوص پرونده مادر را بر روی صفحه اول پرونده بچسبانید.
- ۵- فرم ثبت هویت موجود در پرونده مادر را پر کنید. مچ بند را روی مچ دست مادر نصب کنید.
- ۶- توصیه می شود در صورت نیاز بعد از تولد یک عکس از چهره نوزاد گرفته و در پرونده نوزاد ثبت شود. (هویت و امنیت نوزاد).

فرایند ۱۳: برقراری ارتباط بین پرسنل مامایی و مراقبین نوزادان:

با توجه به اهمیت بیماریهای مادر و مسائل حین بارداری و زایمان بر روی سلامت نوزاد ضروریست که جهت حفظ تداوم اراده خدمت و دریافت مراقبت مناسب نوزاد پرسنل مامایی و عامل زایمان کلیه اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان را به عامل مراقبت نوزاد در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد کتبا (با تکمیل فرم) انتقال دهند. بنابراین لازم است مسئول مراقبت نوزاد و عامل زایمان با برقراری ارتباطی موثر اطلاعات فوق را به صورت کتبی و شفاهی انتقال داده ، مرور و تکمیل نمایند.

| فرایند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرآیند |
|---|-------------------------------------|---|-------------|---|--|
| برقراری ارتباط بین پرسنل مامایی و مراقبین نوزاد | زایمان عامل مراقبت از نوزاد/عامل | پس از انجام معاینه و پیش از انتقال به اتاق پس از زایمان | اتاق زایمان | توضیح دادن وضعیت فعلی نوزاد و اطلاعات مهم زایمان و ثبت در پرونده بررسی ثبت کامل اطلاعات پرونده مادر مشخص نمودن محل انجام و ادامه سایر مراقبت های نوزاد، بر اساس وضعیت نوزاد | برقراری ارتباط و تبادل اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد |

فعالیت‌ها:

۱. وضعیت فعلی نوزاد را با عامل زایمان در میان بگذارید (عامل مراقبت نوزاد).
۲. اطلاعات مهم زایمان نوزاد را با عامل مراقبت در میان بگذارید (عامل مراقبت زایمان).
۳. از تکمیل بودن اطلاعات ثبت شده اطمینان حاصل کنید (عامل مراقبت نوزاد و عامل زایمان).
۴. در مورد محل انجام و ادامه سایر مراقبت‌ها برای نوزاد تصمیم بگیرید (عامل مراقبت نوزاد و عامل زایمان). در حالت عادی نوزاد سالم و بدون مشکل به اتاق پس از زایمان منتقل میگردد.

فرآیند ۱۴: طبقه بندی نوزاد بر حسب میزان خطر و انتقال نوزاد

پس از تکمیل فرایندهای اتاق زایمان، باید ز براساس وضعیت سلامت نوزاد، نوزاد را جهت ادامه سایر مراقبت ها و خدمات مورد نیاز طبقه بندی کرد: نوزاد سالم، نوزاد در خطر و نوزاد بیمار، که به بخش نوزادان یا مراقبت های ویژه انتقال می یابد بنابر این بررسی علائم خطر ضروری می باشد. (به کتاب راهنمای علمی مراقبت های هنگام زایمان قسمت دوم ارزیابی عوامل خطر مراجعه نمایید).

درضمن در زمان انتقال نوزاد از هر قسمت به قسمت دیگر می بایست به حفظ و تامین حرارت نوزاد، تامین ایمنی نوزاد و پیشگیری از عفونت توجه نمود. اصل اساسی هم آغوشی مادر و نوزاد برای کمک به حفظ حرارت نوزاد و تامین ایمنی نوزاد تا آنجا که امکان دارد باید رعایت شود. بنابراین هر جا شرایط مادر اجازه می دهد نوزاد در آغوش مادر انتقال می یابد. در سایر موارد باید سعی شود انتقال به صورت همزمان و با استفاده از کات مناسب (شفاف و قابل شستشو) صورت گیرد، اگر انکوباتور سیار موجود باشد ارجح است. پوشاندن مناسب نوزاد شامل کلاه و پتوی مناسب باید مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این تکمیل فرم تحویل نوزاد، کنترل مچ بند های مادر و نوزاد و جنسیت در هر نوبت انتقال توسط ارایه دهندگان خدمت الزامی است.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند | |
|---|--|---------------------------------------|---|----------------------|---------------------------|--|
| بدون اتلاف حرارت بدن نوزاد و باحفظ امنیت مادر و نوزاد به اتاق پس از زایمان انتقال می یابد | بررسی عوامل خطر جهت تعیین نوزاد سالم | اتاق | پس از پایان مراقبتهای اتاق زایمان و تکمیل اطلاعات | عامل مراقبت از نوزاد | زایمان طبیعی | |
| | بررسی وضعیت هوشیاری مادر جهت قرار دادن مادر روی صندلی یا تخت حمل بیمار | | | | | |
| | قرار دادن نوزاد در آغوش مادر (بسته به وضعیت مادر) یا انکوباتور | | | | | |
| | اطمینان از حفظ دمای بدن نوزاد (پوشاندن نوزاد با یک پارچه نخی یا پتوی تمیز و پوشاندن سر وی با کلاه) | اتاق سزارین (اتاق عمل) - اتاق ریکاوری | پس از پایان مراقبتهای اتاق عمل و تکمیل اطلاعات | عامل مراقبت از نوزاد | سزارین با روش اسپاینال | |
| | تحويل پرونده مادر و نوزاد و امضاء فرم مخصوص در پرونده | اتاق عمل (اتاق عمل) - اتاق | پس از پایان مراقبتهای اتاق عمل و تکمیل اطلاعات | عامل مراقبت از نوزاد | سزارین با بیهوشی عمومی | |
| | کنترل مچ بندهای مادر و نوزاد و جنسیت نوزاد | اتاق عمل (اتاق عمل) - اتاق بهبودی) | پس از پایان مراقبتهای اتاق عمل و تکمیل اطلاعات | عامل مراقبت از نوزاد | | |
| | انتقال مادر و نوزاد با آرامش و دقت | | | | | |
| | دادن فرم تحويل نوزاد به مسئول بخش | | | | | |
| | طبقه بندی نوزاد بر حسب میزان خطر و انتقال نوزاد | | | | | |

فعالیت‌ها:

۱. بررسی عوامل خطر جهت تعیین نوزاد سالم
 ۲. از هوشیار بودن مادر مطمئن شوید.
 ۳. مادر را روی صندلی چرخدار یا تخت انتقال بیمار قرار دهید (بسته به وضعیت مادر).
 ۴. توصیه شده است نوزاد را توسط پارچه یا پتوی تمیز و سر وی را با کلاه بپوشانید.
 ۵. نوزاد را در آغوش مادر قرار دهید. حتی الامکان مادر و نوزاد هرگز از هم جدا نشوند
 ۶. از پوشیده بودن و حفظ حرارت نوزاد اطمینان حاصل کنید.
 ۷. پرونده مادر و نوزاد را تحویل گرفته و فرم تحویل نوزاد را امضا کنید.
 ۸. مچ بندهای مادر و نوزاد و جنسیت نوزاد را قبل از انتقال کنترل کنید
 ۹. با دقت و آرامش در مسیر انتقال از نوزاد و مادر مراقبت نمایید.
 ۱۰. فرم تحویل مادر و نوزاد را به مسئول بخش مامایی داده و از وی امضا بگیرید.
- در صورت عدم توانایی انتقال نوزاد در آغوش مادر:
۱. نوزاد را در کات مناسب یا انکوباتور سیار قرار دهید.
 ۲. نوزاد و مادر را به همراه هم به بخش منتقل کنید.
 ۳. سایر نکات تحویل دادن و گرفتن نوزاد و مادر را مثل بالا انجام دهید.

منابع:

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice, The Apgar Score, PEDIATRICS Volume 117, Number 4, April 2006.
2. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 2005/1 :17. Newborn Care Manual: Contents
3. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 2005/1 :16. Newborn Care Manual: Contents
4. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 2005/1 :19. Newborn Care Manual: Contents
5. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 2005/1 :29. Newborn Care Manual: Contents
6. Charles J. Lockwood, MD, FACOG, James A. Lemons, MD, FAAP, guidelines for PERINATAL CARE Sixth Edition, October 2007 by the American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists.
7. Guidelines for Perinatal Care, Second and Fourth Editions, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992, 1988, and 1997.
8. Richard J. Martin, Avroy A. Fanaroff, Michel C. Walsh, fanaroff and martin, neonatal medicine: 8th edition, 2008.
9. Robert Kliegman, Waldo E. Nelson, Nelson textbook of pediatrics, 18th, 2007.
10. B. Anthony Armson, MD, FRCSC, Halifax NS, Umbilical Cord Blood Banking: Implications for Perinatal Care Providers, No 156, March 2005.
11. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding, 2005 Jun. National Guideline Clearinghouse 28 p. [258 references].
12. Donna A. Wong, Whaly & Wong, s. Nursing care of infants and children, sixth edition, 1999.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence, Routine postnatal care of women and their babies, July 2006.
14. Nils Bergman, MD, Skin-to-skin Contact and Perinatal Neuroscience, International Lactation Consultant Association, December 2008, 1.
15. دستورالعمل کشوری "شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی" اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیرمادر، فروردین 1387
16. UNICEF UK Baby Friendly Initiative Information Sheet, Audit tools to monitor breastfeeding support.
17. UNICEF UK Baby Friendly Initiative Information Sheet, Breastfeeding Your Baby. EVERY NEWBORN'S HEALTH ILLUSTRATIONS Tim Hinton DESIGN KINETIK

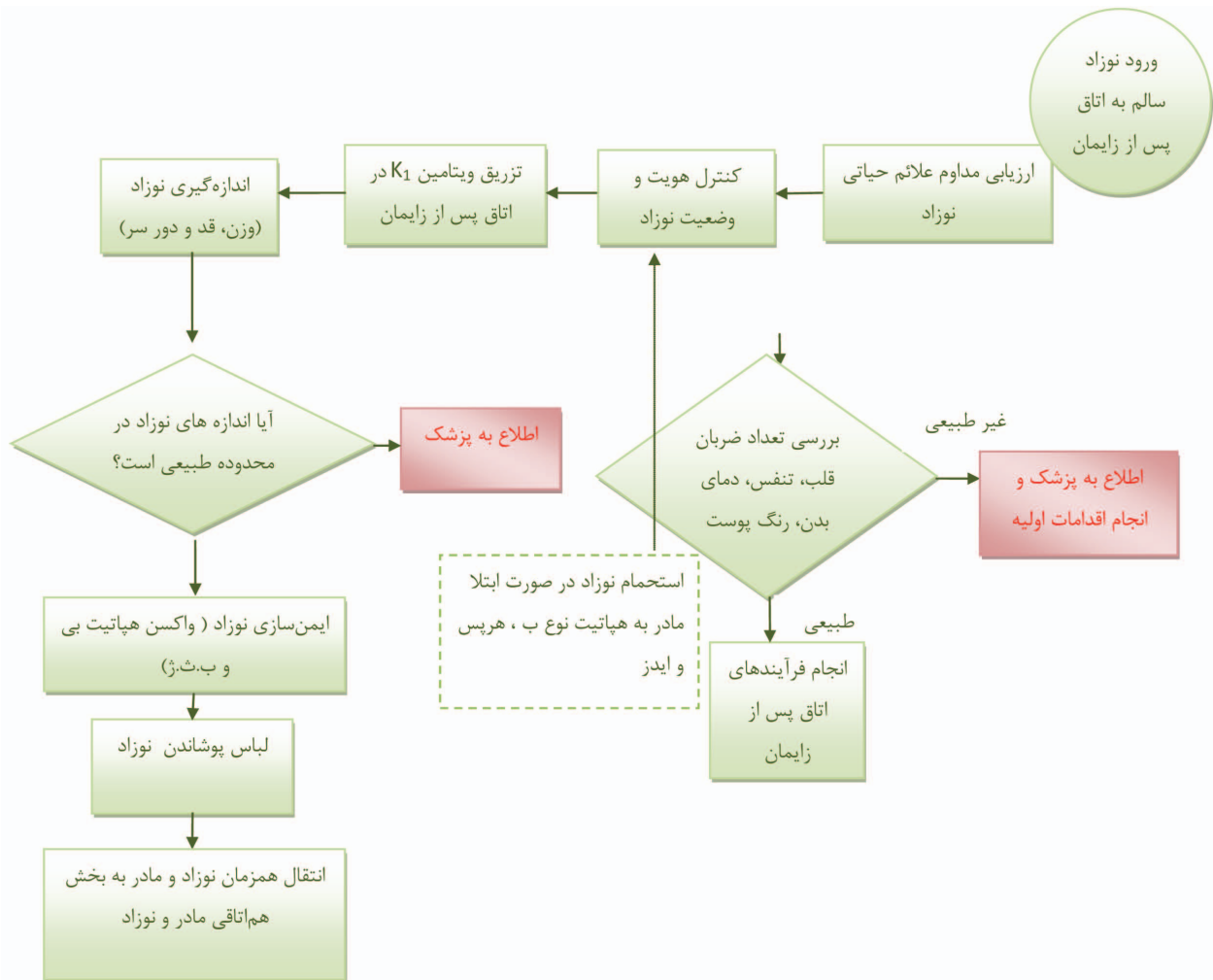
© Save the Children US, 2004.

18. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Injury and Poison Prevention Safe Transportation of Newborns at Hospital Discharge, PEDIATRICS Vol. 104 No. 4 October 1999.

19. Vincent Iannelli, M.D, Swaddling a Baby, 2009.

فصل ۲

مراقبت های اتاق پس از زایمان



فرآیند ۱۵: اندازه‌گیری معیارهای رشد نوزاد (وزن، قد و دورسر)

اولین ارزیابی نوزاد در بخش به محض ورود، حداکثر در ۲ ساعت اول عمر انجام میشود. وزن نوزاد سالم، بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم، قد آنها بین ۴۶ تا ۵۴ سانتی متر و دور سر ۳۳ تا ۳۷ سانتی متر می باشد. در ابتدای تولد اندازه‌گیری وزن، قد و دورسر نوزاد ضروری است.

| فرآیند | عامل انجام دهنده | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | فعالیت‌ها | نتیجه فرآیند | | | |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|---|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| اندازه‌گیری معیارهای رشد نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | بعد از تزریق ویتامین k1 | اتاق پس از زایمان | اندازه‌گیری وزن | شستن دست‌ها | اندازه‌گیری وزن و قد و دورسر نوزاد | | | |
| | | | | | اطمینان از دقیق بودن ترازو | | | | |
| | | | | | حفظ دمای بدن نوزاد | | | | |
| | | | | | اندازه‌گیری وزن به روش استاندارد (طبق راهنمای بالینی) | | | | |
| | | | | اندازه‌گیری قد | قرار دادن نوزاد روی قدسنج نوزادی | اندازه‌گیری قد به روش استاندارد (طبق راهنمای بالینی) | اندازه‌گیری وزن و قد و دورسر نوزاد | اندازه‌گیری وزن و قد و دورسر نوزاد | ثابت وزن، قد و دورسر نوزاد |
| | | | | | | | | | |

فعالیت‌ها:

۱. ترازو را در محل ایمنی قرار دهید (مراقب خطر سقوط نوزاد باشید).
۲. از گرم بودن محیط و نوزاد در تمام زمان اندازه گیری مطمئن شوید.
۳. کاغذ یکبار مصرف یا پارچه نازک و تمیز روی ترازو قرار دهید. (در صورت استفاده از حوله یا شان وزن آن را از کل وزن اندازه گیری شده کسر نمایید)
۴. ترازو را پس از قرار دادن پارچه خشک تنظیم کرده و از دقیق بودن آن مطمئن شوید (بهتر است از ترازوی دیجیتال استفاده شود).
۵. نوزاد را بدون هیچ پوششی با احتیاط روی ترازو قرار دهید.
۶. وزن نوزاد را بخوانید و عدد خوانده شده را ثبت کنید.
۷. روی سطح قدسنج کاغذ یکبار مصرف یا پارچه نازک و تمیز قرار دهید.
۸. نوزاد را روی قدسنج قرار دهید (برای این کار از فرد دیگری کمک بگیرید).
۹. سر نوزاد را به قسمت بالایی قدسنج بچسبانید.
۱۰. گردن نوزاد را راست نگه دارید و دقت کنید محور بدن نوزاد مستقیم بماند.
۱۱. به آرامی پاهای نوزاد را در امتداد بدنش قرار داده و قد نوزاد را اندازه گیری کنید و عدد خوانده شده را ثبت کنید.
۱۲. برای اندازه گیری دورسر نوزاد به طور صحیح، نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
۱۳. دور سر نوزاد را طبق راهنمای بالینی اندازه بگیرید.
۱۴. اندازه بدست آمده را بخوانید و یادداشت نمایید.



فرآیند شماره ۱۶: بررسی علائم حیاتی نوزاد و بررسی دفع ادرار و مکونیوم

علائم حیاتی در نوزادان سالم نیز حائز اهمیت است. این علائم حیاتی در نوزادان سالم شامل ضربان قلب، تعداد تنفس و درجه حرارت بدن نوزاد می باشد و ارزیابی این علائم بعلت عدم پایداری وضعیت نوزاد در دو ساعت اول تولد، هر نیم ساعت یکبار خواهد بود. و در اتاق زایمان برای اولین بار این علائم بررسی می شود.

| فرآیند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | مراحل انجام | نتیجه فرآیند | |
|--|--|--|----------------------------------|------------------------|---|--|--|
| فرآیند بررسی علائم حیاتی نوزاد بررسی دفع ادرار و مکونیوم | عامل مراقبت از نوزاد | در دو ساعت اول بعد از تولد هر ۰/۵ ساعت | اتاق زایمان و اتاق بعد از زایمان | بررسی ضربان قلب با نبض | شستن دستها | تعیین وضعیت نوزاد از نظر ثبات و عدم نیاز به خدمات خاص در صورت غیر طبیعی بودن به پزشک اطلاع دهید. | |
| | | | | | آماده کردن ساعت ثانیه شمار | | |
| | | | | | شمارش ضربان قلب یا نبض به مدت ۱ دقیقه حداقل یک بادر و در صورت ریتم منظم شمارش ضربان قلب یا نبض به صورت ۶ ثانیه $\times ۱۰$ (طبق راهنمای بالینی) | | |
| | | | | | ثبت تعداد ضربان قلب یا نبض | | |
| | | | | | بررسی تعداد تنفس | | قرار دادن نوزاد در وضعیتی که قفسه سینه قابل مشاهده باشد |
| | | | | | | | شمارش تعداد تنفس با مشاهده قفسه سینه یا سمع در ۱ دقیقه (طبق راهنمای بالینی) |
| | | | | | | | ثبت تعداد تنفس نوزاد |
| | | | | | بررسی دمای بدن نوزاد | | تمیز کردن دماسنج با آب و صابون |
| | | | | | | | اولین بررسی دمای بدن نوزاد از طریق زیر بغل (۴ تا ۵ دقیقه) طبق راهنمای بالینی (در دفعات بعدی دمای بدن از طریق لمس دست و پا بررسی می گردد) |
| | | | | | | | ثبت دمای بدن نوزاد |
| | | | | | تحمّل تغذیه | | ارزیابی پرفوزیون محیطی (طبق راهنمایی بالینی) |
| | | | | | | | دفعات و مدت تغذیه با شیر مادر گزارش شود وضعیت مادر و نوزاد هنگام شیردهی و نشانه‌های وضعیت درست شیر خوردن نوزاد روزی دو بار بررسی شود |
| بررسی دفع مدفوع | | | | | | | |
| بررسی دفع مدفوع و دفع ادرار | در طی ۲۴ ساعت اول عمر، اولین دفع مدفوع بررسی شود | | | | | | |
| | در طی ۱۲ ساعت اول عمر، اولین دفع ادرار بررسی شود | | | | | | |

فعالیت‌ها :

۱. دستانتان را با آب و صابون بشویید.
 ۲. ساعت ثانیه شمار آماده نمایید .
 ۳. رگ براکیال نوزاد را لمس کنید. (یا با استفاده از گوشی به ضربان قلب گوش دهید)
 ۴. ساعت ثانیه شمارتان را در مقابل خود قرار دهید.
 ۵. ضربان قلب یا نبض را به مدت ۱ دقیقه حداقل یک بار و در صورت ریتم منظم ، ضربان قلب یا نبض را به صورت ۶ ثانیه $\times ۱۰$ بشمارید (طبق راهنمای بالینی)
 ۶. تعداد ضربان را در فرم ثبت علائم درج کنید.
 ۷. نوزاد را در وضعیتی قرار دهید که حرکات قفسه سینه قابل مشاهده باشد.
 ۸. بامشاهده قفسه سینه تنفس نوزاد را بررسی کنید.
 ۹. تعداد تنفس نوزاد را در یک دقیقه بشمارید.
 ۱۰. تعداد تنفس را در فرم ثبت علائم درج کنید.
 ۱۱. دماسنج را با آب و صابون تمیز کنید.
 ۱۲. با روش زیر بغلی (درمدت ۴ تا ۵ دقیقه) درجه حرارت بدن نوزاد را بررسی کنید (در دفعات بعدی دمای بدن را از طریق لمس دست و پا بررسی کنید).
 ۱۳. مقدار دمای بدن را ثبت کنید.
 ۱۴. علائم اندازه گیری شده را در چارت علائم حیاتی نیز ثبت نمایید.
 ۱۵. در صورت غیرطبیعی بودن علائم (آپنه ، هیپوترمی ، بی حالی ، استفراغ ، ...) به پزشک اطلاع دهید.
 ۱۶. دفعات و مدت تغذیه با شیر مادر را گزارش نمایید.
۱. وضعیت مادر و نوزاد هنگام شیردهی و نشانه های وضعیت درست شیر خوردن نوزاد را روزی دو بار بررسی کنید .
 ۲. در صورت دفع ادرار و مدفوع در دو ساعت اول ، در پرونده نوزاد ثبت نمایید.
 ۳. الگوی دفع ادرار یک کهنه خیس در ۱۲ ساعت اول تولد و الگوی دفع مدفوع یک بار دفع مکنونیوم در ۲۴ ساعت اول تولد را در نظر بگیرید.

فرآیند ۱۷: ارزیابی نوزاد طی دوره گذر

در طول دوره انتقال، نوزاد نیاز به ارزیابی روتین دارد که شامل ارزیابی تنفس، ضربان قلب، رنگ، پرفوزیون محیطی، دما، فعالیت، هوشیاری و تون عضلانی و تغذیه می باشد. نوزاد زیر ۳۶ یا بالای ۴۱ هفته نوزاد با وزن بالای ۴ یا زیر ۲ کیلو نیاز به کنترل درجه حرارت طبق راهنمای بالینی دارد.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند | |
|--|---|--|------------------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| انتقال نوزاد به بخش پست پارتوم با حفظ ایمنی وی | ارزیابی تنفس - ضربان قلب - رنگ - پرفوزیون محیطی - دما - فعالیت - هوشیاری - تن عضلانی و تغذیه | انتقال نوزاد از اتاق زایمان به اتاق پس از زایمان | بعد از انجام فرآیندهای اتاق زایمان | عامل مراقبت نوزاد | ارزیابی روتین وضعیت نوزاد | ارزیابی نوزاد طی دوره گذر |
| | دفعات ارزیابی هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه یکبار تا طبیعی شدن علائم طی ۲ ساعت (معمولا در مجموع ۶ ساعت) و بعد از آن هر ۸ ساعت یکبار | | | | | |
| | نتایج ارزیابی در پرونده یا چارت نوزاد ثبت شود | | | | | |
| | دمای محیطی که نوزاد در آنجا اقامت دارد ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد باشد و در معرض جریان هوا نباشد | | | | | |
| | تحویل مادر و نوزاد به پست پارتوم و امضاء فرم مخصوص توسط عامل مراقبت از نوزاد و مامای تحویل گیرنده | | | | | |

فعالیت ها :

- ۱- علائم حیاتی، میزان هوشیاری، وضعیت تغذیه، فعالیت و تن عضلانی نوزاد را بررسی کنید.
- ۲- علائم حیات نوزاد را طبق راهنمای بالینی در دو ساعت اول هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و در صورت طبیعی بودن آن هر ۸ ساعت یکبار بررسی نمایید.
- ۳- نتایج ارزیابی را در پرونده یا چارت نوزاد ثبت نمایید
- ۴- دمای محیط نوزاد را بین ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد نگهدارید.
- ۵- تکمیل فرم مخصوص انتقال هنگام انتقال نوزاد به بخش بعد از زایمان.

فرآیند ۱۸: انتقال نوزاد از اتاق پس از زایمان به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

یکی از وظایف مهم و اساسی مدیریت بیمارستان تامین امکانات بمنظور حفظ امنیت نوزاد و مادر حین انتقال آنان به بخش می باشد اکثر مادران نگران جدایی از نوزادشان می باشند و لذا همزمانی انتقال آنان باعث کاهش بروز مشکلات امنیتی و نگرانی مادر می شود.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|--|---|---|--|-----------------------------|-------------------|
| انتقال نوزاد و مادر باحفظ ایمنی به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | بررسی فرآیندهای انجام شده در اتاق پس از زایمان (تجویز ویتامین k ₁ ، اندازه گیری معیار های رشد نوزاد و واکسیناسیون) | از اتاق پس از زایمان به اتاق مادر و نوزاد | بعد از انجام فرآیندهای اتاق پس از زایمان | عامل مراقبت نوزاد | زایمان طبیعی |
| | ثبت و امضاء محل انجام و بررسی فرآیندها | از ریکاوری به اتاق مادر و نوزاد | بعد از انجام فرآیندهای اتاق پس از زایمان | عامل مراقبت نوزاد | |
| | قرار دادن مادر روی تخت و یا صندلی چرخدار | | پس از زایمان | عامل مراقبت نوزاد | |
| | قرار دادن نوزاد در آغوش مادر در صورت پایدار بودن وضعیت مادر | | از ریکاوری به اتاق مادر و نوزاد | بعد از انجام فرآیندهای اتاق | عامل مراقبت نوزاد |
| | انتقال هم‌زمان مادر و نوزاد در آرامش و دقت کامل | از ریکاوری به اتاق مادر و نوزاد | پس از زایمان | عامل مراقبت نوزاد | |
| | تحویل مادر و نوزاد به بخش و امضاء فرم مخصوص توسط عامل مراقبت از نوزاد و پرستار بخش | | | | |

* پرستار مسئول مادر و نوزاد از بخش هم اتاقی مادر و نوزاد وظیفه تحویل مادر و نوزاد را از اتاق پس از زایمان بر عهده دارد.

فعالیت ها:

- ۱- از تجویز ویتامین K1، اندازه گیری معیار های رشدی، واکسیناسیون، تغذیه اولیه نوزاد، هویت و دفع ادرار و مدفوع نوزاد مطمئن شوید. (عامل مراقبت از نوزاد به پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد)
- ۲- محل مخصوص بررسی موارد فوق را در فرم مخصوص پرونده امضاء کنید. (عامل مراقبت از نوزاد / پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد)
- ۳- مادر را روی صندلی چرخدار یا تخت انتقال بیمار قرار دهید. (بسته به وضعیت مادر)
- ۴- نوزاد را در آغوش مادر قرار دهید. (پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد)
- ۵- در صورت عدم توانایی انتقال نوزاد در آغوش مادر، نوزاد را در کات مناسب قرار داده و نوزاد و مادر را به همراه هم (همزمان) به بخش منتقل کنید. (پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد)
- ۶- از پوشیده بودن مادر و حفظ حرارت نوزاد اطمینان حاصل کنید. (پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد)
- ۷- با دقت و آرامش در مسیر انتقال از نوزاد و مادر مراقبت نمایید. (پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد)

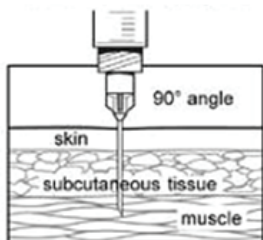
فرآیند ۱۹: ایمن سازی نوزاد

در طی حضور نوزاد در بیمارستان و ترجیحا در ۲۴ ساعت اول عمر تزریق واکسن هپاتیت و تلقیح واکسن ب.ث.ژ انجام می شود و خوراندن قطره فلج اطفال (پولیو) در هنگام ترخیص از بیمارستان صورت می گیرد. موارد خاص و منع مصرف محدودی برای تجویز واکسنها وجود دارد که در این موارد باید مطابق دستورالعمل کشوری اقدام لازم صورت گیرد.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|--|--|--|---------------------------|-------------------------------------|----------------|
| تجویز واکسن هپاتیت، ب.ث.ژ و پولیو به روش صحیح و استریل | شستن دستها | اتاق پس از زایمان | در ساعت اول بعد از زایمان | عامل مراقبت از نوزاد | هپاتیت ب |
| | اطمینان از سلامت زنجیره سرد | | | | |
| | بررسی ویال واکسن هپاتیت ب از نظر تاریخ انقضاء | | | | |
| | آماده کردن سرنگ انسولین | | | | |
| | تزریق عضلانی نیم میلی لیتر واکسن در ۱/۳ میانی قدامی خارجی ران راست در ساعات اول عمر طبق راهنمای بالینی | | | | |
| | بررسی و آماده سازی ویال واکسن ب.ث.ژ، از نظر تاریخ انقضاء | اتاق پس از زایمان/ بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | ترجیحا در ساعات اول عمر | عامل مراقبت از نوزاد یا واکسیناسیون | ب.ث.ژ |
| | آماده کردن سرنگ انسولین | بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | قبل از ترخیص | عامل واکسیناسیون | قطره فلج اطفال |
| | تزریق داخل جلدی ۰/۰۵ میلی لیتر واکسن در محل داخل جلدی بازوی راست | | | | |
| | شستن دستها | | | | |
| | اطمینان از سلامت زنجیره سرد | | | | |
| بررسی ویال واکسن پولیو | | | | | |
| آماده کردن نوزاد | تجویز واکسن از طریق روی زبانی به مقدار ۲ قطره | | | | |

الف: تزریق واکسن هپاتیت ب

فعالیت ها:



- ۱- دستانتان را با آب و صابون بشو
 - ۲- از سلامت زنجیره سرد مطمئن
 - ۳- ویال هپاتیت ب را چک کنید.
 - ۴- تاریخ انقضاء واکسن را بررسی کنید.
 - ۵- با یک سرنگ انسولین، مقدار ۰/۵ میلی لیتر محلول را بکشید.
 - ۶- سرنگ را هواگیری کنید.
 - ۷- نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
 - ۸- عضله ران سمت راست را بین انگشت شست و انگشتان دست ننگه دارید.
 - ۹- با زاویه ۹۰ درجه سر سوزن را وارد عضله کنید.
 - ۱۰- آسپیره کنید (در صورت آسپیره شدن خون تزریق را در محلی دیگر انجام دهید). و تزریق را انجام دهید.
- توجه: در صورتی که مادر از نظر HBS Ag مثبت باشد، نوزاد بهتر است ۰/۵ میلی لیتر ایمنوگلوبولین به صورت همزمان در عضله ران دیگر دریافت کند. درمان بهتر است در اسرع وقت در مدت ۱۲ ساعت انجام شود.

ب: تزریق واکسن ب ث ژ

فعالیت ها:



- ۱- دستانتان را با آب و صابون بشوید.
- ۲- از سلامت زنجیره سرد مطمئن شوید. (به برنامه واکسیناسیون کشوری مراجعه شود)
- ۳- ویال واکسن ب ث ژ را چک کنید
- ۴- تاریخ انقضاء واکسن را بررسی کنید.
- ۵- با یک سرنگ انسولین (سر سوزن با قطر ۲۵ guage و طول ۱/۶ سانتی متر) مقدار ۰/۰۵ میلی لیتر، محلول را بکشید.
- ۶- سرنگ را هواگیری کنید.
- ۷- نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- ۸- عضله بازو را با انگشت شست و انگشتان دست قرار دهید.



- ۱۰- سوزن را مماس بر پوست بصورت داخل جلدی وارد کنید.
- ۱۱- محلول را وارد جلد کنید.

ج) تجویز واکسن فلج اطفال

فعالیت‌ها:

- ۱- دستانتان را با آب و صابون بشویید.
- ۲- از سلامت زنجیره سرد مطمئن شوید.
- ۳- ویال واکسن قطره فلج اطفال و تاریخ انقضاء آنرا چک کنید.
- ۴- نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- ۵- دهان نوزاد را باز کنید و دو قطره پولیو روی زبان نوزاد بچکانید.

نکته: الف) اگر تجویز واکسن در زمان ترک زایشگاه مقدور نشود، در هر فرصت تا روز سی ام تولد قابل تجویز است. ولی بعد آن تجویز پولیو نوبت صفر ضرورتی ندارد.

ب) در صورت استفراغ در کمتر از ده دقیقه بعد خوراندن قطره، باید تجویز یک بار دیگر بصورت قبل تکرار شود.
* تمام موارد فوق مطابق برنامه واکسیناسیون کشوری انجام می شود.



فرآیند ۲۰: تزریق ویتامین K1

ویتامین کا نقش بسیار مهمی در پیشگیری از خونریزی دارد. در نوزادان تازه متولد سطح ویتامین k1 پائین است. به همین دلیل جهت جلوگیری از خونریزی در نوزاد یک میلی گرم آمپول ویتامین k1 در دو ساعات عمر بصورت عضلانی تزریق می شود. بدلیل شیوع کمبود آنزیم G6PD فقط تجویز ویتامین k1 (فیتو نادیون) توصیه می شود.

| فرآیند | عامل انجام دهنده | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرآیند |
|---------------------------------------|----------------------|---|-------------------|---|---------------------------------------|
| تزریق ویتامین K1 به روش صحیح و استریل | عامل مراقبت از نوزاد | پس از اولین تغذیه نوزاد در دو ساعت اول پس از زایمان و | اتاق پس از زایمان | شستن دست‌ها | تزریق ویتامین K1 به روش صحیح و استریل |
| | | | | بررسی ویال ویتامین k1 از نظر مقدار، رنگ و تاریخ انقضاء | |
| | | | | آماده کردن سرنگ انسولین برای تزریق | |
| | | | | هواگیری سرنگ | |
| | | | | تزریق ویتامین k1 به صورت داخل عضلانی در ۱/۳ میانی قدامی خارجی عضله ران چپ | |

فعالیت‌ها:

- دستانتان را با آب و صابون بشویید.
- آمپول ویتامین k1 یک میلی گرمی را از نظر مشخصات و تاریخ انقضاء کنترل کنید.
- با استفاده از یک سرنگ انسولین استریل، مقدار نیم تا یک میلی گرم ویتامین K1 را به داخل سرنگ بکشید.
- هوای داخل سرنگ را خارج و به رنگ آن توجه کنید.
- ران چپ نوزاد را ثابت نگه دارید. عضله ران چپ را بین انگشت شست و انگشتان دست بگیرید.
- سوزن سرنگ را عمود وارد عضله نمائید.
- تزریق را انجام دهید.

فرآیند ۲۱: لباس پوشاندن به نوزاد

حفظ حرارت بدن نوزاد از اهمیت خاصی برخوردار است و با پوشاندن نوزاد از خطرات بعدی که بر اثر کاهش

دمای بدنش ممکن است رخ دهد ممانعت می شود. لباس نوزاد بهتر است از جنس نخ باشد شامل زیرپوش، بلوز، پوشک، شلوار، کلاه و پتو برای نوزاد پوشش مناسب فصل استفاده نمایید.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|--|--|-------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| لباس پوشاندن نوزاد جهت جلوگیری از اتلاف حرارت | شستن دست‌ها | اتاق پس از زایمان | بعد از توزین نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | لباس پوشاندن به نوزاد |
| | پوشاندن کلاه برای نوزاد | | | | |
| | برای پوشاندن بالاتنه یقه را با دست گشاد کنید | | | | |
| | به آرامی یقه را وارد سر نوزاد کنید | | | | |
| | آستین را به دست خود بکشید | | | | |
| | لباس را داخل دستهای نوزاد کنید | | | | |
| | پوشک کردن نوزاد | | | | |

فعالیت‌ها:

۱. دست‌هایتان را بشویید.
 ۲. لباس نوزاد شامل یک پوشش ساده نخ‌ی یا یک گان تمیز، یک پوشک یا کهنه نرم؛ محلفه تمیز، پتوی قابل شستشو و کلاه ساده نخ‌ی می باشد.
 ۳. برای پوشاندن بالا تنه، با دست یقه بلوز یا زیرپوش را کمی گشاد کنید.
 ۴. به آرامی یقه را وارد سر نوزاد کنید.
 ۵. با یک دست ابتدا آستین را به دست خود کنید.
 ۶. سپس دست نوزاد را به همان دست خود بدهید.
 ۷. لباس را داخل دستهای نوزاد کنید.
 ۸. مشمع را پهن کنید. (در صورت موجود بودن پوشک در وسایل نوزاد از آنها استفاده کنید)
 ۹. پوشک را روی مشمع بچه باز کنید. (می توانید از پوشک یکبار مصرف یا پارچه های تمیز قابل شستشو استفاده کنید)
 ۱۰. پاهای نوزاد را بالا آورید.
 ۱۱. پوشک را در زیر نوزاد قرار دهید.
 ۱۲. قسمت پشت پوشک را در سطح شکم نوزاد محکم کنید.
 ۱۳. قسمت جلوی پوشک را بین ران‌های نوزاد تا سطح شکم بالا بیاورید به نحوی که بند ناف خارج از پوشک قرار گیرد.
 ۱۴. دو طرف مشمع را در دو طرف پای نوزاد گره بزنید و در صورت استفاده از پوشک های چسبی نوارهای آن را بچسبانید. (مواظب باشید چسب به پوست نوزاد نچسبد).
- در صورت استفاده از پوشک پارچه ای، پارچه چهارگوش را به صورت سه گوش در آورده قاعده مثلث را زیر کمر نوزاد و راس مثلث را از وسط کشاله ران نوزاد بالا بیاورید تا به سطح شکم زیر بندناف برسد. دو راس طرفی مثلث را روی شکم آورده و با یک گیره سرپلاستیکی یا بند آن را محکم کنید.

منابع:

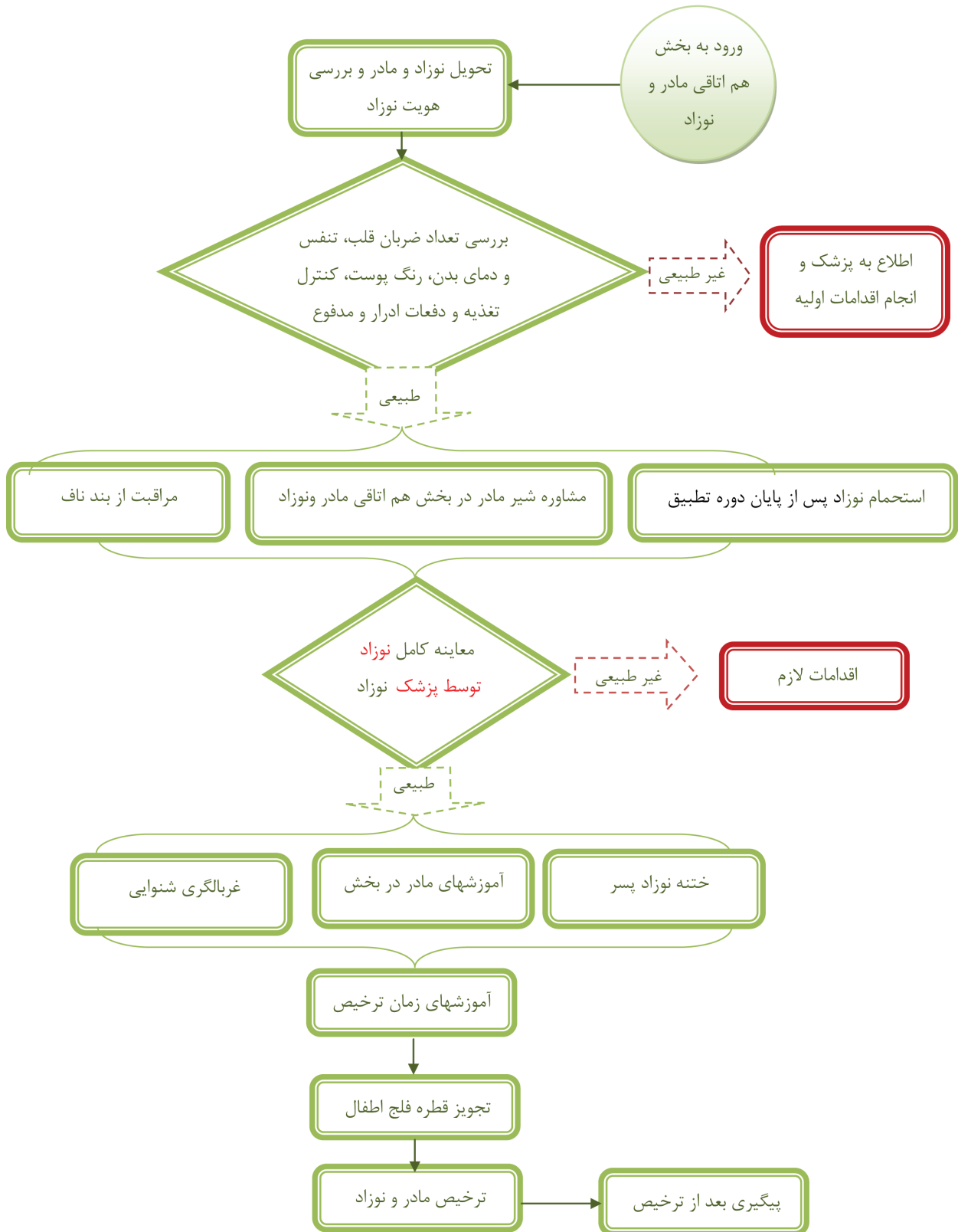
۱. دستورالعمل کشوری واکسیناسیون.

۲. دستورالعمل خونگیری، تزریقات ایمن و زنجیره سرد

1. PREVENTION OF VITAMIN K DEFICIENCY BLEEDING IN NEWBORNS q 1999 Blackwell Science Ltd, British Journal of Haematology 437-430 :104.
2. 30 Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care:A guide for essential practice, World Health Organization Geneva 2006
3. Richard J. Martin, Avroy A. Fanaroff, Michel C. Walsh, fanaroff and martin, s neonatal medicine: 8th edition , 2008.
4. Robert Kliegman, Waldo E. Nelson, Nelson textbook of pediatrics, 18th , 2007.
5. Diana Beck, Sandra Tebben Buffington, Jeanne McDermott and Karen Berney, HEALTHY MOTHER AND HEALTHY NEWBORN CARE, American College of Nurse Midwives, 1998.
6. 70 Giving safe injections: using auto- disable syringes for immunization, September 2001.
7. 8. Manila, Philippines Operational Field Guidelines for Delivery of the Birth Dose Hepatitis B Vaccine, World Health Organization 2006.
8. Scott Wittet, Auto-Disable Syringes and Safety Boxes, A Training for Clinic Managers and Immunization Providers Training Resource Series, May 2002.
9. Siri Wood, Heidi Lasher, and Scott Wittet, Children's Vaccine Program at PATH, A Training Module for Clinic Managers and Immunization Providers Training Resource Series, May 2002.
10. John P. Gloherty, uo, Eric G. Eichenwald, nao, Ann R. Stark, nao, manual of neonatal care, sixth edition. 2008.
11. 13. Lisa Stellwagen, MD, Eyla Boies, MD, Care of the Well Newborn, Pediatrics in Review Vol.27 No.3 March 2006.
12. The National Collaborating Centre for Primary Care, Routine postnatal care of women and their babies July 2006.
13. Best practice statement, April 2004, e Routine Examination of the Newborn..
14. 17. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Injury and Poison Prevention Safe Transportation of Newborns at Hospital Discharge, PEDIATRICS Vol. 104 No. 4 October 1999.

فصل ۳

مراقبت های بخش هم اتاقی مادر
و نوزاد



فرآیند ۲۲: مشاوره و آموزش شیردهی در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

بهترین تغذیه شیرخوران در دو سال اول عمر، شیر مادر می باشد. مکیدن منظم نوزاد در حین خوردن شیر مادر، الگوی تنفسی و ضربان قلب او را تنظیم کرده و اکسیژن رسانی خون را بهتر می کند. مراقبت آغوشی (KC) به عنوان روش موثری برای برآوردن نیازهای نوزاد به گرما، تغذیه با شیر مادر، محافظت از عفونت، انگیزش، ایمنی و عطفوت بیان گردیده است. شروع سریع شیردهی و تداوم آن برای نوزاد و مادر کاملاً مفید می باشد و موفقیت در شیردهی اولیه در بیمارستان برای آنها کمک کننده است.



| فرآیند | عامل انجام دهنده | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرآیند |
|--|------------------|---|---------------------------|---|---|
| مشاوره و آموزش شیردهی در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | مادر | در اولین فرصت در در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | آگاه کردن مادر از مزایای شیر مادر و روش های موفق شیردهی | ترویج تغذیه با شیر مادر و برقراری ارتباط عاطفی و رفع سوالات و مشکلات مادر در مورد نحوه شیردهی |
| | | | | قرار دادن مادر در وضعیت مناسب و راحت | |
| | | | | قرار دادن نوزاد در آغوش مادر | |
| | | | | اطمینان از درستی روش شیردهی و تکمیل فرم مشاهده شیردهی | |
| | | | | مشاوره، آموزش پیوست از اداره کودکان و کمک به شیردهی | |

فعاليت‌ها:

۱. برای اولین تغذیه نوزاد پس از انتقال به بخش در کنار مادر و نوزاد باشید.
۲. رفتارهای مثبت شیرخوار نظیر هوشیاری و رفلکس جستجو را به مادر توضیح دهید.
۳. به مادر کمک کنید در وضعیت مناسب و راحت قرار گیرد.
۴. در مادر اعتماد به نفس ایجاد کنید و از باز بودن بینی نوزاد اطمینان حاصل کنید.
۵. به مادر کمک کنید نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهد (تا آنجا که ممکن است اجازه دهید مادر خودش این اقدام را انجام دهد).
- کمک کنید نوک پستان و مقداری از هاله پستان تا حد ممکن در دهان نوزاد قرار گیرد. به شکل و اندازه نوک پستان بدون ایجاد نگرانی در مادر توجه کرده و در صورت لزوم وی را راهنمایی کنید.
۶. راهنمایی‌های لازم را طبق دستورالعمل کشوری شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی و کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های دوستدار کودک برای مادر بیان کنید (با مادر در خصوص وضعیت قرارگیری صحیح نوزاد، حمایت نوزاد در زمان شیردهی، تغذیه مکرر و بر حسب تقاضای نوزاد صحبت کنید).
۷. شیردهی مادر را مشاهده کنید و فرم مشاهده شیردهی را تکمیل نمایید.
۸. در صورت وجود مشکل در شیردهی مطابق دستورالعمل کشوری شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی و کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های دوستدار کودک اقدام نمایید.
۹. مادر را برای ادامه شیردهی تشویق کنید.
۱۰. نوزاد را از نظر تغذیه حداقل بر طبق برنامه کنترل علائم حیاتی و هوشیاری (مکرر در فاصله تطبیق و بعد از آن) کنترل کنید.

نکات:

- در صورت بروز احتقان و یا زخم پستان اقدامات لازم برای کمک به مادر را انجام دهید.
- به دستورالعمل کشوری "شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی" که در ضمیمه این بسته خدمتی آمده است، توجه داشته باشید.

فرآیند ۲۳: استحمام نوزاد

تبخیر مایع سطح بدن نوزاد سبب دفع حرارت بدن نوزاد می شود بنابراین در صورت انجام استحمام در بیست و چهار ساعت اول عمر باید با توجه به خطر هیپوترمی نوزاد استحمام با دقت کامل انجام شود. دمای اتاقی که نوزاد در آن شسته می شود باید بالای ۲۵ درجه سانتی گراد باشد و در صورت امکان منبع گرما (وارمر) در دسترس باشد. استحمام میتواند بوسیله پنبه تمیز و آب گرم صورت گیرد، می توان نوزاد را با یک صابون یا شامپوی مخصوص بچه شستشو کرد ولی حتما بعد از استحمام باید نوزاد خوب خشک کرد (بخصوص سر نوزاد) و حوله خیس را کنار گذاشت. برای نوزادان، مادران مبتلا به هیپاتیت، هرپس و ایدز شستشوی نوزادان هر چه زودتر انجام گیرد ولی در سایر موارد توصیه به عدم استحمام نوزاد حداقل در دوره تطبیق بعد از تولد (معمولا ۶-۱۲ ساعت برای نوزاد سالم) می شود.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|--|---|---------------------------|---|----------------------|---------------|
| استحمام نوزاد به روش صحیح و با حفظ حرارت بدن نوزاد | <p>بررسی درجه حرارت اتاق و دمای آب (دمای آب حمام کنترل شود)</p> <p>آماده کردن وسایل استحمام و خارج کردن تمام جواهرات و لوازمی که به نوزاد آسیب می رساند</p> <p>لخت کردن و پوشاندن نوزاد درون حوله کلاه دار</p> <p>شستشوی سر و صورت</p> <p>شستشوی بدن نوزاد</p> <p>پیچاندن نوزاد در حوله کلاه دار دیگر</p> <p>خشک کردن کامل نوزاد و حفظ درجه حرارت بدن نوزاد</p> | بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | بعد از انتقال به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد و بعد از دوره تطبیق و تثبیت وضعیت نوزاد (طبق راهنمای بالینی) | عامل مراقبت از نوزاد | استحمام نوزاد |

فعاليت‌ها:



- ۱- درجه حرارت اتاق را ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد نگهدارید. (درها و پنجره ها بسته باشد)
- ۲- دمای آب را با آرنج امتحان کنید (۳۷ تا ۳۸ درجه سانتی گراد)
- ۳- وسایل حمام دادن را آماده کنید (لگن شستشوی نوزاد، پارچه مرطوب، پنبه های گلوله شده؛ شامپو یا صابون مخصوص بچه).
- ۴- برای جلوگیری از تماس مستقیم با ترشحات نوزاد (آغشته به خون و مکونیوم)، دستکش بپوشید.
- ۵- بچه را لخت کرده و درون حوله کلاه دار بپیچید.
- ۶- از حوله کلاه دار برای گرم نگهداشتن قسمتهایی از بدن نوزاد که در مراحل اولیه شسته نمی شود استفاده نمایید.
- ۷- شستشوی بدن نوزاد را از سرو صورت شروع نمائید و سپس دست ها و پاها، شکم و پشت وی را بشوید.
- ۸- تمام چین‌های بدن نوزاد مانند زیر بغل، زیر گردن، لاله گوش، دستگاه تناسلی را با پارچه مرطوب پاک کرده و آب کشی نمایید.
- ۹- بعد از استحمام وی را داخل حوله کلاه‌دار دیگری بپیچید و نگه دارید تا خشک شود، حوله خیس کنار گذاشته شده و به نوزاد لباس بپوشانید .

نکات :

- * توجه داشته باشید که زیور آلات و ناخن بلند عامل مراقبت از نوزاد ممکن است باعث آسیب به نوزاد در طی استحمام شود.
- * استحمام با اسفنج: برای شستشوی نوزاد در هفته اول و دوم از اسفنج مخصوص حمام می توان استفاده نمود و این روش تا زمانی که بند ناف نوزاد نیفتاده است بیشتر از سایر روشها توصیه می شود .

فرآیند ۲۴: مراقبت از بند ناف

بعد از تولد، بند ناف نوزاد نرم و مرطوب بوده و مکان مناسبی برای رشد باکتری‌ها می‌باشد. مراقبت از بند ناف بسیار مهم می‌باشد. در مدت حضور نوزاد در بیمارستان بند ناف باید روزانه از نظر خونریزی و احتمال عفونت مشاهده شود و حتما آموزش‌های بعد از ترخیص به مادر داده شود.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|---|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------|
| بررسی و مراقبت از بند ناف نوزاد در طول مدت حضور در بیمارستان و ارائه آموزش‌های لازم به مادر | شستن دست‌ها | اتاق مادر و نوزاد و زایمان | در مدت هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | مراقبت از بند ناف |
| | مشاهده ظاهر بند ناف | | | | |
| | بررسی علائم ظاهری بند ناف | | | | |
| | آموزش مراقبت از بند ناف و علائم خطر به مادر | | | | |

فعالیت‌ها:

- ۱- قبل از هر تماس با نوزاد دستانتان را با آب و صابون بشویید.
- ۲- ظاهر بند ناف را نگاه کنید.
- ۳- وجود علائم ظاهری و بوی غیر طبیعی را بررسی نمایید. در صورت مشاهده قرمزی، التهاب، ترشح چرکی و نشت خون به پزشک اطلاع دهید.
- ۴- برای مراقبت از ناف و علائم خطر، مادر را آموزش دهید.

نکات:

- بند ناف باید خشک و تمیز نگه داشته شود.
- بند ناف باید همیشه خارج از پوشک قرار گیرد.
- از بانداژ و ناف بند استفاده نشود.
- از استعمال هر گونه مواد ضد عفونی کننده پیشگیری شود.

فرآیند شماره ۲۵: ارزیابی نوزاد در مدت اقامت در بیمارستان

ارزیابی علائم حیاتی نوزاد به فاصله هر ۶۰ دقیقه تا زمان طبیعی شدن علائم طی دو ساعت (معمولاً در جمع ۶ ساعت) و بعد از آن هر ۸ ساعت یکبار تا زمان ترخیص ادامه خواهد داشت.

| فرآیند | شخص مسئول | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | مراحل انجام | نتیجه فرآیند |
|---|----------------------|--|---------------------------|----------------------|---|---|
| ارزیابی نوزاد از نظر علائم حیاتی نوزاد، رنگ پوست، کنترل تغذیه و دفع ادرار و مدفوع در طول مدت حضور در بیمارستان بررسی می شود (در صورت غیر طبیعی بودن به پزشک اطلاع دهید) | عامل مراقبت از نوزاد | پس از پدیدار شدن هر ۸ ساعت تا زمان ترخیص | بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | بررسی ضربان قلب | شستن دستها | ارزیابی نوزاد از نظر علائم حیاتی نوزاد، رنگ پوست، کنترل تغذیه و دفع ادرار و مدفوع در طول مدت حضور در بیمارستان بررسی می شود (در صورت غیر طبیعی بودن به پزشک اطلاع دهید) |
| | | | | | آماده کردن ساعت ثانیه شمار | |
| | | | | | شمارش ضربان قلب یا نبض به مدت ۱ دقیقه حداقل یک بادر و در صورت ریتم منظم شمارش ضربان قلب یا نبض به صورت ۶ ثانیه $\times ۱۰$ (طبق راهنمای بالینی) | |
| | | | | | ثبت تعداد ضربان قلب یا نبض | |
| | | | | | قرار دادن نوزاد در وضعیتی که قفسه سینه قابل مشاهده باشد | |
| | | | | | شمارش تعداد تنفس با مشاهده قفسه سینه یا سمع در یک دقیقه (طبق راهنمای بالینی) | |
| | | | | بررسی تعداد تنفس | ثبت تعداد تنفس نوزاد | |
| | | | | | تمیز کردن دماسنج با آب و صابون | |
| | | | | | اولین بررسی دمای بدن نوزاد از طریق زیر بغل (۴ تا ۵ دقیقه) طبق راهنمای بالینی (در دفعات بعدی دمای بدن از طریق لمس دست و پا بررسی می گردد) | |
| | | | | بررسی دمای بدن نوزاد | ثبت دمای بدن نوزاد | |
| | | | | | ارزیابی پرفوزیون محیطی (طبق راهنمای بالینی) | |
| | | | | | بررسی رنگ پوست نوزاد در نور مناسب | |
| | | | | | کنترل وضعیت نوزاد از نظر تغذیه با شیر مادر | |
| | | روزانه | | | کنترل دفع ادرار و مکونیوم | |

فعالیت‌ها:

- ۱- دستاتان را با آب و صابون بشویید.
- ۲- یک رگ قابل لمس مانند براکیال را پیدا کنید. (یا با استفاده از گوشی به ضربان قلب گوش دهید)
- ۳- ساعت ثانیه شمارتان را در مقابل خود قرار داده و ضربان قلب را به مدت ۱ دقیقه (یا ۶ ثانیه $\times ۱۰$) شمرده و تعداد آن را در فرم ثبت کنید.
- ۴- نوزاد را در وضعیتی قرار دهید که حرکات قفسه سینه قابل مشاهده باشد.
- ۵- بامشاهده قفسه سینه، تعداد تنفس نوزاد را در یک دقیقه بشمارید و نتیجه را ثبت نمایید.
- ۶- دماسنج را با آب و صابون تمیز کنید.
- ۷- با روش زیر بغلی (درمدت ۴ تا ۵ دقیقه) درجه حرارت بدن نوزاد را ارزیابی نتیجه را ثبت کنید.
- ۸- علائم اندازه گیری شده را در چارت علائم حیاتی نیز ثبت نمایید.
- ۹- در یک محیط با نور مناسب، رنگ پوست نوزاد را بررسی کنید و در صورت مشاهده رنگ غیر طبیعی (سیانوز، رنگ پریدگی و زردی) به پزشک اطلاع دهید.
- ۱۰- نوزاد را از نظر دفع ادرار و مکونیوم کنترل کنید.
- ۱۱- الگوی دفع ادرار ۲ تا ۳ کهنه خیس و الگوی دفع مدفوع یک بار دفع مکونیوم در روز دوم را در نظر داشته باشید.
- ۱۲- نوزاد را از نظر دفعات و نحوه تغذیه با شیر مادر کنترل کنید.
- ۱۳- در صورت غیرطبیعی بودن علائم به پزشک اطلاع دهید (شکل شماره ۶).

فرآیند ۲۷: معاینه کامل نوزاد

در اولین معاینه در اتاق زایمان ، نوزاد بصورت کلی بررسی می شود. ولی لازم است در طول ۲۴ ساعت اول بستری نوزاد، معاینه کامل نوزاد توسط فوق تخصص نوزادان ، دستیار فوق تخصصی نوزادان ، متخصص کودکان و یا دستیار تخصصی اطفال، پزشک عمومی انجام گیرد. تا در صورت وجود هرگونه مشکل اقدامات تشخیصی - درمانی سریعتر انجام شود.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|---|---|--|--|--|-------------------|
| معاینه کامل نوزاد جهت بررسی بیماری‌ها و آنومالی‌های احتمالی در نوزاد | در نظر گرفتن شرح حال نوزاد و سوابق خانوادگی، بارداری و زایمان | بخش هم اتاقی مادر و نوزاد در حضور والدین | در ۲۴ ساعت اول بعد از تولد (ترجیحا ۶ ساعت اول عمر) | فوق تخصص نوزادان ، دستیار فوق تخصصی نوزادان ، متخصص کودکان و یا دستیار تخصصی اطفال و پزشکی عمومی | معاینه کامل نوزاد |
| | ارزیابی سن جنین از طریق معاینه | | | | |
| | شستن دست‌ها و حفظ درجه حرارت بدن نوزاد | | | | |
| | ردیابی اولین علائم بیماریها مانند زردی، رنگ پریدگی، شبکه‌ای شدن نمای پوست | | | | |
| | توجه به اختلالات ساختاری و تکاملی و ناهنجاری‌ها | | | | |
| | سرو گردن (اندازه دور سر ، شکل جمجمه ، ملاح‌ها و سوچورها ، توده ، ضایعه پوستی یا ورم) | | | | |
| | صورت: چشم (اندازه و شکل مردمک، تقارن پلک‌ها، حدقه‌ها، حرکات طبیعی چشم) | | | | |
| | گوش‌ها (محل اتصال لاله گوش و شکل آن، زاید اضافی یا فرو رفتگی) | | | | |
| | بینی (باز بودن مجرا ، تقارن ، شکل ، زنش پره‌های بینی) | | | | |
| | دهان (کام ، زبان ، زخم یا ضایعات مخاطی) | | | | |
| | پوست (رنگ ، دما ، توده ، آنژیوم ، لکه ، هماتوم و زخم) | | | | |
| | قفسه سینه (تعداد تنفس، تقارن حرکات تنفسی، رترکسیون عضلات تنفسی) | | | | |
| | ریتین (تقارن و طبیعی بودن صداها تنفسی) | | | | |
| | قلب و عروق (تعداد ضربان و ریتم قلب، سوفل و صدای اضافی، نبض‌ها بویژه نبض فمورال) | | | | |
| | شکم (تعداد عروق بندناف، توده شکمی، طحال و کبد، باز بودن مقعد) | | | | |
| | دستگاه تناسلی (جنسیت مبهم ، فتق کشاله ران ، وضعیت بیضه‌ها و هیپوسپادیاس ، هیپرتروفی کلیتوریس یا ظاهر غیر طبیعی ژنیتالیا) | | | | |
| اندامها (تقارن حرکات مفاصل، شکل و وضعیت انگشتان، معاینه لگن) | | | | | |
| ستون مهره‌ها | | | | | |
| معاینه عصبی (تون عضلانی فعال و غیر فعال، حرکات خودبخودی، رفلکس‌های اولیه مکیدن ف مورو، گراسپینگ، هوشیاری و واکنش به محیط) | | | | | |

فعالیت‌ها:

۱. هنگام معاینه، مراقب خطر هیپوترمی باشید. دمای اتاق مناسب باشد (در معرض جریان هوا نباشد). دستها و وسایل معاینه را قبل از تماس با نوزاد گرم کنید.
۲. گوش‌ی و وسایل معاینه را با الکل ۷۰ درجه تمیز نمائید
۳. دستانتان را با آب و صابون در ابتدا و در فاصله هر بیمار بشویید و خشک کنید.
۴. معاینه نوزاد را در کنار والدین انجام دهید.
۵. شرح حال نوزاد و سوابق خانوادگی، بارداری و زایمان را بررسی کنید
۶. سن جنین را از طریق معاینه بالینی تعیین نمایید.
۷. وضعیت عمومی نوزاد را از نظر شیر خوردن، هوشیاری، فعالیت بررسی کنید.
۸. اولین علائم بیماریها مانند زردی، رنگ پریدگی، شبکه ای شدن نمای پوست را ردیابی کنید.
۹. به اختلالات ساختاری و تکاملی و ناهنجاری‌ها ظاهری توجه نمایید.
۱۰. سروگردن نوزاد را از نظر (اندازه دور سر، شکل جمجمه، ملاحظ‌ها و سوچورها، توده، ضایعه پوستی یا ورم و صدمات زایمانی) بررسی کنید.
۱۱. صورت را به تفکیک اجزاء آن بررسی نمایید:
چشم (اندازه و شکل مردمک، تقارن پلک‌ها، حدقه‌ها، حرکات طبیعی چشم)
گوش‌ها (محل اتصال لاله گوش و شکل آن، زایده اضافی یا فرو رفتگی)
بینی (باز بودن مجرا، تقارن، شکل، زنش پره‌های بینی)
دهان (کام، زبان، زخم یا ضایعات مخاطی)
۱۲. در پوست نوزاد به (رنگ، دما، توده، آنژیوم، لکه، هماتوم و زخم) توجه کنید.
۱۳. فقسه سینه را از لحاظ ظاهری (نوک پستانها) و سیستم تنفسی (تعداد تنفس) و تقارن حرکات تنفسی، رترکسیون عضلات تنفسی بررسی کنید و سمع ریتین را از نظر (تقارن و طبیعی بودن صداهای تنفسی) انجام دهید.
۱۴. سیستم قلب و عروق را (تعداد ضربان و ریتم قلب، سوفل و صدای اضافی، نبض‌ها بویژه نبض فمورال) ارزیابی کنید.
۱۵. لمس شکم را دقیق انجام دهید و نکات زیر را (تعداد عروق بندناف، توده شکمی، طحال و کبد، باز بودن مقعد) بررسی کنید.

۱۶. دستگاه تناسلی (جنسیت مبهم ، فتق کشاله ران ، وضعیت بیضه ها و هیپوسپادیا ، هیپرتروفی کلیتوریس یا ظاهر غیر طبیعی ژنیتالیا) را معاینه کنید
۱۷. در معاینه اندامها به (تقارن حرکات مفاصل ، شکل و وضعیت انگشتان ، معاینه لگن) توجه کنید
۱۸. ستون مهره ها را از نظر ناهنجاری ها و نشانه های ظاهری اسپاینا بیفیدا و کلافه های مویی ناحیه کمری بررسی کنید.
۱۹. سیستم عصبی را از نظر (تون عضلانی فعال و غیر فعال ، حرکات خودبخودی ، رفلکس های اولیه مکیدن ف مورو ، گراسپینگ ، هوشیاری و واکنش به محیط) بررسی کنید.
۲۰. دفعات ، مدت و تحمل تغذیه و دفعات دفع ادرار و مدفوع را بررسی کنید
- * در توضیح وجود مشکلات در معاینه نوزاد برای مادر، ملاحظات اخلاقی پزشکی رعایت گردد.



فرآیند ۲۷: غربالگری شنوایی

شیوع کاهش شنوایی در نوزادان ۱ تا ۲ در هر هزار تولد زنده می‌باشد. در تمامی بیمارستان‌هایی که بخش‌های زایمان دارند توصیه می‌شود، برنامه غربالگری شنوایی داشته باشند. غربالگری شنوایی با تشخیص زود هنگام، امکان مداخله و پیگیری در زمان مناسب سبب کاهش اختلالات تکاملی در شیرخواران می‌گردد. غربالگری شنوایی با انجام آزمون Oto Acoustic Emission (OAE) انجام می‌شود. غربالگری باید قبل از ترخیص از بیمارستان انجام شود. و در صورت عدم امکان به والدین توصیه شود در اولین فرصت غربالگری نوزادشان را انجام دهند.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|---|--|---------------------------|---|---------------------|-----------------|
| بررسی وضعیت شنوایی نوزاد و شناسایی سریع اختلالات شنوایی | اطلاع اهمیت و نحوه انجام غربالگری شنوایی به مادر | بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | در طول مدت حضور نوزاد در بیمارستان و ترجیحاً بعد از ۲۴ ساعت از تولد نوزاد | کارشناس شنوایی سنجی | غربالگری شنوایی |
| | هماهنگی با بخش شنوایی سنجی | | | | |
| | انجام آزمون غربالگری شنوایی | | | | |
| | پیگیری نتیجه غربالگری | | | | |
| | ثبت نتایج در پرونده | | | | |
| | مشاهده نتایج و تصمیم‌گیری در مورد آن | | | | |

فعالیت‌ها:

۱. مادر را در جریان انجام آزمون غربالگری شنوایی قرار دهید.
۲. توصیه به انجام آزمون غربالگری شنوایی قبل و بعد از ترخیص (توسط متخصص اطفال) در پرونده ثبت شود.
۳. آزمون غربالگری در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد انجام گیرد. (کارشناس شنوایی سنجی)
۴. نتیجه انجام غربالگری شنوایی را به بخش تحویل داده و به مادر اطلاع دهید. (کارشناس شنوایی سنجی)
۵. نتیجه را در پرونده ثبت کنید. (پرستار بخش)
۶. نتیجه غربالگری را مشاهده کنید. به منظور پیگیری، نتایج بر اساس توصیه کارشناس شنوایی سنجی، توسط متخصص اطفال با والدین گفتگو شود.



فرآیند ۲۸: آموزش مراقبت های نوزاد به مادر در زمان حضور در بیمارستان:

- در طول مدت حضور مادر در بیمارستان، دادن آموزش های ضروری به وی لازم می باشد. این آموزش ها (چهره به چهره و آموزش گروهی) در بعضی موارد می تواند بصورت عملی و یا توصیه و یادآوری باشد. این آموزش ها در ۳ نوبت نیم ساعته در مدت بستری مادر تنظیم میگردد و شامل:
 - اصول بهداشت
 - علایم هشدار و اینکه در صورت نیاز به کجا مراجعه کند
 - دمای بدن نوزاد
 - پوشاک نوزاد
 - حمام نوزاد
 - تغذیه نوزاد
 - مراقبت از پستان مادر

| فرآیند | عامل انجام دهنده | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرآیند |
|---|--|-----------------|---------------------------|---|--|
| آموزش مراقبت از نوزاد به مادر در زمان حضور در بیمارستان | عامل مراقبت از نوزاد/ مسئول آموزش شیر مادر | در طول مدت حضور | بخش هم اتاقی مادر و نوزاد | آموزش تغذیه نوزاد (مزایای شیر مادر، وضعیت های مختلف شیردهی، معیارهای سنجش کفایت شیر و ایجاد رابطه عاطفی مادر و نوزاد) آموزش نحوه استحمام، اهمیت حفظ درجه حرارت بدن نوزاد و مراقبت از بند ناف آموزش مراقبت عمومی نوزاد | ارائه کلیه آموزش های لازم نوزاد به مادر در طول مدت حضور در بیمارستان |

فعالیت‌ها:

- وضعیت مادر را از نظر مشکلات بعد از زایمان (درد، ضعف، سردرد و غیره) بررسی کنید.
- در صورتیکه وضعیت مادر خوب ارزیابی شد، آموزش‌ها را با تغذیه با شیر مادر شروع کنید.

تغذیه نوزاد:

- ۱- مزایای شیر مادر برای نوزاد و مادر و مضرات شیر مصنوعی و استفاده از شیشه و گول زنک را توضیح دهید.
 - ۲- نحوه تغذیه انحصاری با شیر مادر و مزایای آن را توضیح دهید.
 - ۳- وضعیت‌های مختلف شیردهی، روش صحیح پستان گرفتن، نشانه‌های گرسنگی و سیری نوزاد و شیر دادن از هر دو پستان را به مادر آموزش دهید.
 - ۴- معیارهای سنجش کفایت شیر را توضیح دهید
 - ۵- مشکلات شایع شیردهی (احتقان و زخم) را بیان کنید و موارد ضرورت دوشیدن شیر با دست را توضیح داده و نحوه آن را به مادر نشان دهید.
 - ۶- به ایجاد رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد تاکید شود.
 - ۷- با طرح سوالاتی میزان توجه و درک مادر را نسبت به آموزش‌های داده شده بسنجید .
- توجه: برای توضیح بیشتر به کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های دوستدار کودک مراجعه کنید.

استحمام، حفظ حرارت بدن نوزاد و مراقبت از بند ناف:

- ۱- روش صحیح استحمام را به مادر آموزش دهید.
- ۲- مادر را از اهمیت حفظ حرارت بدن نوزاد آگاه کنید.
- ۳- نحوه مراقبت از بند ناف را برای مادر توضیح دهید.
- ۴- علائم عفونت بند ناف را به مادر آموزش دهید.
- ۵- نحوه تعویض پوشک به مادر را آموزش دهید.
- به کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین مراجعه شود

آموزش مراقبت عمومی نوزاد :

- ۱- پوشش نوزاد ، درجه حرارت اتاق ، دفعات و مدت تغذیه ، شستن نوزاد بعد از دفع ادرار و مدفوع ،

- خواب نوزاد ، علائم خطر را آموزش دهید .
- ۲- بالا آوردن‌های غیر طبیعی را آموزش دهید.
- ۳- آروغ گرفتن نوزاد را توضیح دهید.
- ۴- رابطه عاطفی والدین و نوزاد را آموزش دهید.
- ۵- اهمیت ماساژ دادن نوزاد را توضیح دهید (نحوه ماساژ دادن در ضمایم این بسته خدمتی آمده است).
- ۶- به مادر آموزش دهید که از دادن هر گونه مواد خوراکی (ترنجبین، شیرخشت ، گلاب و غیره) به نوزاد بدون مشورت با پزشک خودداری کند.

فرآیند ۲۹: آموزش مادر قبل از ترخیص:

| فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|--|--|---------------------------|--------------|--|--------------------------------------|
| آموزش های لازم برای مادر در زمان ترخیص تکمیل می گردد | آموزش پیگیری های بعدی (مراجعات بعدی، واکسیناسیون ، ویتامین های تکمیلی و آزمایشات غربالگری) آموزش علائم خطر و نحوه خوابیدن و مراقبت از نوزاد برای جلوگیری از مرگ ناگهانی | بخش هم اتافی مادر و نوزاد | قبل از ترخیص | پرستار بخش هم اتافی مادر و نوزاد/ پزشک | آموزش مادر قبل از ترخیص در بیمارستان |

فعالیت ها:

- پیگیری بعدی نوزاد :
- ۱- اولین مراجعه ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص را یادآوری کنید.
- ۲- مادر را از زمان دریافت واکسن های بعدی و ویتامین های تکمیلی آگاه کنید.
- ۳- لزوم، زمان و مکان انجام آزمایشات غربالگری را به مادر آموزش دهید.
- علائم خطر:
- ۱- علائم خطر (خوب شیر نخوردن، زردی نوزادی، تب، بی حالی، حرکات غیر طبیعی اندام ها، بیقراری مداوم و سیانوز) را به مادر و همراه او آموزش دهید.
- ۲- نحوه خواب و مراقبت از نوزاد برای جلوگیری از مرگ ناگهانی (Sudden death infant) در خواب را به مادر آموزش دهید.



فرآیند ۳۰: ترخیص نوزاد

در صورت حاملگی و زایمان بدون عارضه و وجود شرایط مناسب مادر و نوزاد، ترخیص، ۲۴ ساعت بعد از زایمان طبیعی و ۴۸ ساعت بعد از سزارین، امکان پذیر است.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|---|--|-------------------|---------------------------------|------------------|-------------|
| نوزاد و مادر بعد از ارائه تمامی فرآیندها و بررسی های لازم از بیمارستان ترخیص می گردد. | بررسی فرآیندهای انجام شده | اتاق مادر و نوزاد | بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از زایمان | پزشک | ترخیص نوزاد |
| | بررسی وجود مشکلات جنین و نوزاد ناشی از بیماری و عوارض بارداری و زایمان | | | | |
| | بررسی آزمایشات انجام شده | | | | |
| | انجام معاینات کامل نوزاد | | | | |
| | ارائه آموزش های لازم در هنگام ترخیص | | | | |
| | کنترل هویت و اطمینان از امنیت | | | | |
| | بررسی علائم حیاتی | | | | |
| | اطمینان از دفع ادرار و مکونیوم | | | | |
| | بررسی تغذیه حداقل در دو وعده با استفاده از فرم مشاهده شیردهی | | | | |
| | بررسی انجام آزمایشات لازم | | | | |
| | بررسی انجام واکسیناسیون | | | | |
| | ارائه آموزش های لازم | | | | |
| | انجام ختنه نوزاد پسر قبل از ترخیص | | | | |
| | راهنمایی والدین جهت غربالگری هیپو تیروئید در روز ۳ تا ۵ بعد از تولد | | | | |
| | راهنمایی والدین برای دریافت گواهی ولادت | | | | |

فعاليت‌ها:

- پزشک:
- ۱- از انجام فرآيندها مطمئن شويد.
- ۲- وجود مشکلات نوزاد را سؤال کنيد.
- ۳- انجام معاينه کامل نوزاد
- ۴- نتايج آزمايشات نوزاد را بررسي کنيد.
- ۵- آموزش‌هاي لازم در مورد بيماري‌هاي شايع (زردی) را به مادر بدهيد.
- عامل ترخيص:
- ۱- کنترل هويت و جنسيت نوزاد انجام شود.
- ۲- علائم حياتي نوزاد چک شود.
- ۳- از دفع ادرار و مکونيوم نوزاد مطمئن شويد.
- ۴- تغذيه بدون مشکل نوزاد در دو وعده اخير را با استفاده از فرم مشاهده شيردهی بررسي شود.
- ۵- انجام آزمايشات لازم نوزاد و مادر بررسي شود.
- ۶- انجام ايمن سازي نوزاد بررسي گردد.
- ۷- از آموزش‌هاي لازم در طی ۲۴ - ۴۸ ساعت بستري اطمينان حاصل کنيد (ارائه رسانه آموزشی).
- ۸- والدين را برای گرفتن گواهی ولادت راهنمايي کنيد.
- ۹- شماره تلفن‌هاي مورد نیاز بيمارستان را به مادر ارائه کنيد تا در صورت مشکل با بيمارستان تماس بگيرند. (مراجعه بعدي را در پشت کارت مشخصات نوزاد ثبت و به والدين تحويل دهيد.
- توجه: ريسک فاکتورهاي اجتماعي - محيطی و خانوادگی را بررسي کنيد.
- ☞ آزمايش ادرار مادر يانوزاد از نظر مواد مخدر مثبت باشد
- ☞ سابقه کودک آزارى يا غفلت
- ☞ بيمارى متال در والدينى که در منزل هستند
- ☞ عدم حمايت اجتماعي
- ☞ سابقه اعمال خشونت در زمان بارداری
- ☞ امتناع از پيگيرى‌هاي لازم (بعد مسافت - نداشتن تلفن)

فرآیند ۳۱: پیگیری بعد از ترخیص

بعد از ترخیص انجام بعضی از مراقبت‌ها در منزل الزامی می‌باشد. شامل:

مناسب بودن وضعیت تغذیه، کاهش وزن، دفع ادرار و مدفوع نوزاد، مشاهده شیردهی - و در صورت نیاز تکمیل آموزش شیردهی و حمایت از مادر، ارزیابی رابطه مادر نوزاد و رد یابی علائم اولیه افسردگی بعد زایمان، کنترل واکسیناسیون انجام شده برای نوزاد، تشخیص زردی نوزاد، هوشیاری، تون عضلانی، توانایی مکیدن، دمای بدن نوزاد برای رد هیپوترمی و هیپرترمی، پیگیری و کنترل نتایج آزمایشات که قبل از ترخیص انجام شده است، ارزیابی نوزاد جهت شناسایی بیماری‌های قلبی متابولیکی ارثی، و غیره.

| فرآیند | عامل انجام دهنده | زمان انجام | محل انجام | نحوه انجام | نتیجه فرآیند |
|----------------------------|--|-------------------------------|--|------------------------------------|--|
| پیگیری بعد از ترخیص | مشاور شیردهی / پرستار | ترخیص ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از | بیمارستان به منزل مادر و نوزاد (از طریق تلفن) | پیگیری در مورد تغذیه نوزاد | پیگیری های لازم جهت نوزاد در زمان های مناسب خود انجام می گردد. |
| | | | | پیگیری برای وجود علائم خطر | |
| | | | | یادآوری مراجعات و آزمایشات بعدی | |
| | فوق تخصص نوزادان - دستیار تخصصی اطفال - پزشک عمومی | بعد از ترخیص ۲۴ تا ۴۸ ساعت | مطب درمانگاه یا | ارزیابی رابطه عاطفی مادر و نوزاد | پیگیری های لازم جهت نوزاد در زمان های مناسب خود انجام می گردد. |
| | | | | درمانگاه یا مطب | |
| | | | | پیگیری آزمایشات غربالگری | |
| | | | | بررسی واکسیناسیون و مکمل‌های نوزاد | |
| | مطب درمانگاه یا | در روز تولد بعد از تولد | درمانگاه یا مطب | یادآوری مراجعه بعدی | پیگیری های لازم جهت نوزاد در زمان های مناسب خود انجام می گردد. |
| معاینه نوزاد و آموزش تغذیه | | | | | |

فعاليت‌ها:

- پرستار ترخيص (۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از ترخيص با شماره تلفن والدين تماس بگيرد):
- ۱- در رابطه با تغذيه نوزاد و تعداد دفعات سوال كنيد و فرم غربالگري زودرس تغذيه با شيرمادر را تكميل نماييد.
- ۲- از بي اشتهايي، اسهال و استفراغ نوزاد سوال كنيد.
- ۳- چگونگي تنفس نوزاد (تنفس مشكل، فرورفتگي قفسه سينه، ناله كردن و تنفس سريع) را سوال كنيد.
- ۴- در مورد تب و يا سردی انتهاها پيرسيد.
- ۵- از وجود و يا عدم تشنج و وجود بيقراری و بندناف سوال كنيد.
- ۶- حضور برای انجام آزمایشات غربالگري را يادآوری كنيد.
- ۷- در صورتی كه نوزاد پسر ختنه شده، از مراقبت محل ختنه سوال شود.
- ۸- در مورد داشتن كارت مشخصات - پيگيري و شماره تلفن های ضروری را سوال كنيد.
- ۹- در صورت امکان و تمايل والدين و مواردخاص برای انجام مشاوره با پزشك پيشنهاد بدهيد
- پزشك: روز ۳ تا ۵ بعد از تولد (همزمان با غربالگري) روز پانزدهم و يك ماهگي
- ۱- انجام معاينه كامل نوزاد
- ۲- اندازه گيري وزن، قد و دورسر نوزاد
- ۳- ارزيابی مناسب بودن وضعيت تغذيه ، کاهش وزن، دفع ادرار و مدفوع نوزاد
- ۴- ارزيابی رابطه مادر نوزاد و رديابی علائم اوليه افسردگي بعد زايمان را انجام دهيد (مطابق پروتكل دوستار مادر).
- ۵- كنترل نتايج آزمایشاتی كه قبل ترخيص انجام شده و ارزيابی نوزاد جهت شناسايی بيماری های متابوليکی ارثی ، قلبی و غيره را انجام دهيد.
- ۶- برای مصرف قطره ویتامين برای نوزاد و مصرف قرص آهن و مولتی ویتامين (مطابق پروتكل دوستار مادر) و نیز مشاوره درباره روش مناسب پيشگيري از بارداری برای مادر تاكيد كنيد.
- ۷- واكسيناسيون انجام شده برای نوزاد كنترل كنيد.
- ۸- تاريخ مراجعه بعدی را دقيقاً مشخص كنيد.
- ۹- درمورد چگونگي كسب حمايت مورد نیاز، با مادر گفتگو كنيد.

فرآیند ۳۲: ختنه (اختیاری):

بهترین زمان ختنه در ده روز اول تولد ترجیحا ۴۸ ساعت اول تولد می باشد. در بعضی از موارد، پزشک ممکن است این اقدام را به دلایل پزشکی به تاخیر بیندازد.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|---|--|-----------|---|------------------|----------------|
| نوزادان پسر بعد از ویزیت پزشک با روش مناسب ختنه می گردند. | <p>آمادگی والدین برای ختنه، اطلاع از مزایا، روش های ختنه و مدت زمان انجام ختنه</p> <p>بررسی واجد شرایط بودن نوزاد جهت ختنه توسط پزشک شامل: سلامت نوزاد، وزن بالای ۲۵۰۰ گرم، کتتراندیکاسیون های ختنه</p> <p>آموزش والدین در مورد علائم خطر و مراقبت از آلت ختنه شده</p> | اتاق عمل | از حداقل ۶ ساعت بعد از تولد و پس از معاینه اول نوزاد تا قبل از ترخیص از بیمارستان حداکثر تا پایان دوره نوزادی | پزشک (دوره دیده) | ختنه نوزاد پسر |

مراقبت های بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

فصل ۳

فعالیت‌ها:

- ۱- والدین نوزاد را در صورت تمایل به انجام ختنه، توجیه کنید.
- ۲- فرد انجام دهنده ختنه باید پزشک دوره دیده باشد. بدیهی است ایجاد زمینه آموزش ختنه نوزادان در دوره کارورزی، دستیاری و دستیاری فوق تخصصی (رشته های مربوطه) الزامی است و برای پزشکان فارغ التحصیل که مایلند مهارت را کسب نمایند دوره های علمی برگزار گردد
- ۳- در خصوص زمان انجام ختنه نظرات متعددی وجود دارد، بر اساس منبع ذکر شده متخصصین نوزادان زمان مناسب ختنه از حداقل ۶ ساعت بعد از تولد و پس از معاینه اول نوزاد تا قبل از ترخیص از بیمارستان حداکثر تا پایان دوره نوزادی (۲۸ روز اول زندگی) می باشد، مشروط به این که نوزاد سالم باشد و وزن بالای ۲۵۰۰ گرم داشته باشد و کنتراندیکاسیون های ختنه از قبیل ناهنجاری های مجرا (مانند هیپوسپادیاس و اپی اسپادیاس و دو گانه بودن مجرا و انحراف محور آن) و سایر بیماری های خونریزی دهنده در فامیل وجود نداشته باشد. (ترجیحا نوزاد ختنه شده همراه مادر از بیمارستان ترخیص شود).
- ۴- مزایای ختنه را (طبق دستورالعمل مدیریت شده ختنه) برای والدین ذکر کنید.
- ۵- انواع روش های ختنه را (طبق دستورالعمل مدیریت شده ختنه) برای والدین توضیح دهید. روش توصیه شده برای ختنه در دوره نوزادی و تا سن ۶ ماهگی روش Plastibell (حلقه پلاستیکی) می باشد. تبصره: روش جراحی در صورتی که توسط فرد ماهر انجام شود نیز امکانپذیر است.
- ۶- مدت زمان انجام ختنه را (طبق دستورالعمل مدیریت شده ختنه) برای والدین توضیح دهید.
- ۷- آنومالی های آلت توسط پزشک بررسی شود.
- ۸- علائم خطر و پیگیری بعدی را (طبق دستورالعمل مدیریت شده ختنه) برای والدین توضیح دهید:
الف - حداقل ۲ ساعت پس از انجام ختنه تحت نظر باشد.
ب- دور محل ختنه از آلودگی و مدفوع در چند روز اول دور نگه داشته شود و در صورت آلودگی با مدفوع با آب و صابون تمیز شستشو انجام شود.
پ - استفاده از پماد تتراسیکلین یا وازلین طبی روی حلقه و آلت روزی ۳ بار یا بیشتر.
ت - حداکثر ۷ روز پس از ختنه توسط پزشک دیده شود.
ث - در صورت بی قراری تجویز قطره استامینوفن (۲ قطره به ازاء هر کیلو گرم).
ج - پوشک نوزاد حتی المقدور باز باشد و در صورت بستن سفت بسته نشود.
۹- علائم خطر برای مراجعه فوری به والدین آموزش داده شود:

الف - خونریزی یا تغییر رنگ و تیره شدن نوک آلت و خونمردگی وسیع آلت و بیضه

ب - تورم شدید آلت و بیضه

پ - نوزاد بایستی حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از ختنه ادرار نماید در غیر اینصورت نیاز به مراجعه به پزشک می باشد .

ت - افتادن حلقه در کمتر از ۳ روز و یا نیافتادن حلقه تا ۱۰ روز بعد از ختنه

ث - عفونت محل ختنه (قرمزی موضعی و ترشح چرکی).

ج - سایر مواردی که به نظر والدین غیر طبیعی می باشد .

فرآیند ۳۳: مراقبت از نوزاد کم وزن سالم:

بر طبق تعریف^۱ مراقبت نوزاد سالم در سطح یک خدمات مادر و نوزاد، برای نوزادان سالم با وزن تولد بالای ۲۰۰۰ گرم انجام می شود. اما در حال حاضر در کشور امکان بستری کردن همزمان مادر با نوزادش در همه جا مهیا نیست و در بسیاری از موارد بستری کردن نوزاد منجر به جدایی مادر از نوزاد می شود. در شرایط فعلی کشور ما و با تامین امکانات مراقبت خوب در بخش زنان (رومینگ- این)، نوزاد بظاهر سالم ولی با وزن تولد ۱۸۰۰ - ۲۵۰۰ گرم تا زمانی که علامت بالینی یا پاراکلینیک غیر طبیعی ندارد، ممکن است در کنار مادر نگه داری شود. این گروه از نوزادان نیاز به مراقبت بیشتر و شناسایی علایم بیماری احتمالی دارند.

| نتیجه فرآیند | نحوه انجام | محل انجام | زمان انجام | عامل انجام دهنده | فرآیند |
|--|---|--|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| معاینه کامل نوزاد جهت بررسی بیماری ها و آنومالی های احتمالی در نوزاد | ارزیابی از نظر عفونت | در هر مکانی که نوزاد وجود دارد (اتاق زایمان، اتاق عمل، پست پارتم، بخش هم اتاقی مادر و نوزاد، ترخیص از بیمارستان، منزل) | از زمان تولد تا پایان ۲۸ روزگی | عامل مراقبت از نوزاد | مراقبت از نوزاد کم وزن سالم |
| | ارزیابی از نظر زردی | | | | |
| | بررسی قند خون | | | | |
| | معاینه روزانه یعنی ویزیت روزانه پزشک | | | | |
| | اندازه گیری وزن روزانه | | | | |
| | ختنه | | | | |
| | حفظ ایمنی و امنیت نوزاد | | | | |
| | ۱- پوزیشن مناسب هنگام خواب | | | | |
| | ۲- اقدامات امنیتی | | | | |
| | تورپق ویتامین کا | | | | |
| | تغذیه با شیر مادر | | | | |
| | ایمنی سازی براساس پروتوکلهای کشوری نوزاد کم وزن | | | | |
| | انجام تست های غربالگری | | | | |
| رعایت شرایط ترخیص | | | | | |
| آموزشهای قبل از ترخیص | | | | | |
| پیگیری بعد از ترخیص | | | | | |

1 American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists; Guidelines for Perinatal Care, 6th Ed, American Academy of Pediatrics, 2008

فعالیت‌ها:

در تمامی مراحل ارتباط با نوزاد کم وزن مانند نوزاد با وزن طبیعی عمل نمایید :

۱- ارزیابی از نظر عفونت و زردی، بررسی قند خون، معاینه روزانه یعنی ویزیت روزانه پزشک، اندازه گیری وزن روزانه، ختنه

۲- در مقایسه با نوزاد سالم با وزن طبیعی باید در مورد پوزیشن مناسب هنگام خواب نوزاد توجه بیشتری نمود

۳- در تغذیه نوزاد با شیر مادر می بایست به نکات زیر توجه نمود :

۱- مشاهده شیردهی و وضعیت مناسب پستان گرفتن

۲- علائم گرسنگی

۳- تغذیه براساس درخواست نوزاد یا حداقل هر سه ساعت

۴- وضعیت مناسب شیردهی

۵- تماس پوست با پوست

۶- دفعات دفع ادرار و مدفوع

۷- نحوه استفاده از شیردوش

۸- دوشیدن با دست و ذخیره شیر

۹- مشاهده شیردهی

۱۰- توصیه و آموزشهای لازم هنگام ترخیص

۱۱- تحمل تغذیه و ثبت دفعات تغذیه

۴- رعایت ایمنی سازی بر اساس پروتوکلهای کشوری نوزاد کم وزن

۱- واکسن هپاتیت جهت نوزادان زیر دو کیلو ۴ نوبت می باشد

۵- انجام تست های غربالگری

۱- علاوه بر غربالگری روتین کشوری غربالگری شنوایی سنجی توصیه می شود

۲- بهتر است در نوزادان نارس آزمایشات غربالگری تیروئید مطابق دستورالعمل واکسیناسیون

کشوری انجام شود

۶- توجه به شرایط ترخیص نوزاد

۳- کلیه آزمایشات و معاینات بالینی طبیعی باشد

- ۴- پایش درجه حرارتا طی مدت بستری نرمال باشد حداقل د و بار شیردهی موفق داشته باشد
 - ۵- کاهش وزن روزانه کمتر از ۲% کل وزن باشد
 - ۶- حداقل دو ویزیت بالینی توسط پزشک (ویزیت اول قبل از ترخیص باشد)
 - ۷- تمام شرایط ترخیص نوزاد ترم را دارا باشد
- ۷- آموزشهای قبل از ترخیص
- ۱- آموزش در رابطه با مراجعات بعدی جهت ویزیت پزشک اولین مراجعه ۲۴ ساعت بعد از ترخیص و مراجعه بعدی ۵ تا ۱۰ روز بعد از تولد و سپس هر دو هفته یکبار (حداقل این را داشته و بعد بسته به نظر پزشک دارد)
 - ۲- آموزش جهت تعداد دفعات ادرار و مدفوع
 - ۳- آموزش در رابطه با علائم خطر (بی حالی، زردی، تشنج، سیانوز، رنگ پریدگی)
 - ۴- آموزش شیردهی
 - ۵- آموزش نحوه استحمام در رابطه
 - ۶- آموزش زمان ختنه و احتیاطات لازم
- ویزیت پزشک شامل: معاینه کامل نوزاد، پاسخ به سوالات و مشکلات مادر، علائم زردی، وزن گیری علائم حیاتی رنگ و تون و تغذیه فعالیت
- ۷- پیگیری های پس از ترخیص را مانند نوزاد با سالم با وزن طبیعی انجام دهید

منابع:

۱. دستورالعمل کشوری " شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی " اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیرمادر، فروردین ۱۳۸۷
۲. کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک.
۳. دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۱۰ راهنمای انجام ختنه نوزادان پسر مورخ ۱۳۸۱/۸/۲۵
به شماره ۸۳۲۷۸/س

1. Richard J. Martin, Avroy A. Fanaroff, Michel C. Walsh, fanaroff and martin,s neonatal medicine: 8th edition , 2008.
2. Robert Kliegman, Waldo E. Nelson, Nelson textbook of pediatrics, 18th , 2007.
3. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding, 2005 Jun. National Guideline Clearinghouse 28 p. [258 references].
4. Nils Bergman, MD, Skin-to-skin Contact and Perinatal Neuroscience, International Lactation Consultant Association, December 2008 ,1.
5. UNICEF UK Baby Friendly Initiative Information Sheet, Breastfeeding Your Baby.
6. EVERY NEWBORN'S HEALTH ILLUSTRATIONS Tim Hinton DESIGN KINETIK the Children US, 2004.
7. Guidelines for Perinatal Care, Second and Fourth Editions, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992 ,1988and 1997.
8. Giving safe injections: using auto- disable syringesfor immunization, September 2001.
9. Scott Wittet, Auto-Disable Syringes and Safety Boxes, A Training Module for Clinic Managers and Immunization Providers Training Resource Series, May 2002.
10. MAMTA FULORIA, M.D., and SHELLEY KREITER, M.D., The Newborn Examination: Part I.Emergencies and Common Abnormalities Involving the Skin, Head,Neck, Chest, and Respiratory and Cardiovascular Systems, AMERICAN FAMILY PHYSICIAN JANUARY 2002 ,1 / VOLUME 65, NUMBER 1.
11. Best practice statement, April 2004, e Routine Examination of the Newborn.
12. Zulfiqar A. Bhutta, Gary L. Darmstadt, Babar S. Hasan and Rachel A. Haws, Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A Review of the Evidence, Pediatrics 617-519;115;2005.
13. Deborah Armbruster, Diana Beck, Susan Goldman, Phyllis Long, CARE OF THE NEWBORN TRAINING GUIDE, © Save the Children Federation 2005.
14. Lewis A. Leavitt, Mothers' Sensitivity to Infant Signals, Pediatrics 1247;102;1998.
15. Andrea Guala, Roberta Guarino, Mauro Zaffaroni, Claudio Martano, Claudio Fabris, Guido Pastore, Gianni Bona and the Neonatal Piedmont Group, The impact of national and international guidelines on newborn care in the nurseries of Piedmont and Aosta Valley, Italy, BMC Pediatrics 5:45 ,2005.

16. Department of Pediatrics WHO Collaborating Centre for Training and Research in Newborn Care All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Essential Newborn Nursing for Small Hospitals, Facilitator's Guide/ May 2004.

بخش ۳

فرایندهای پشتیبان

مقدمه:

سیاست‌های بیمارستانی: کاهش میزان مرگ و میر نوزادان از شاخص‌های توسعه‌یافتگی کشورها است. تصویب آیین‌نامه‌ها بر اساس سیاست داخلی بیمارستانی بر اساس سیاست‌های کشوری جهت اجرای دقیق فرآیندها در راستای بسته خدمتی نوزاد سالم از اهمیت بالایی برخوردار است. در این میان داشتن سیاستهایی در رابطه با حفظ هویت و امنیت نوزاد از ملزومات است.

تدوین آیین‌نامه‌ها در رابطه با امنیت نوزاد:

- ثبت اطلاعات هویتی نوزاد
- تعیین افراد مسئول نوزاد در طی فرایندهای تولد- تحویل اتاق زایمان- انتقال به بخش، ورود و خروج افراد از بخش نوزادان
- برخورد با شرایط خاص (چندقلویی - قل ۱ و قل ۲ روی مچ بند هر یک از قل‌ها)
- در مواردی که امکان استفاده از مچ بند به دلایلی مانند نارسایی و شدت بیماری بر روی مچ نوزاد موجود نمی‌باشد، باید مچ بند حاوی اطلاعات هویتی نوزاد و بر روی انکوباتور، وارمر و پرونده نوزاد و کلاه نصب شود.
- حمل و نقل نوزاد توسط پرسنل با دلیل و همراهی کارت شناسایی (ID) نوزاد باشد
- حضور بستگان (همراه هم جنس یا غیر همجنس همسر بیمار)
- تهیه کارت شناسایی عکس دار که دارای نام و عکس کاملاً مشخص و واضح باشد، برای پرسنل و نصب آن در قسمت جلوی سینه بنحوی که قابل رویت باشد.
- هر واحد با کارت مخصوص و رنگ اختصاصی مشخص گردد.

فرآیندهای پشتیبانی:

برای اجرا و استقرار فرآیندهای بسته خدمتی نوزاد سالم، باید اقدامات پشتیبانی در سطوح محیطی و ستادی صورت بگیرد که این اقدامات و فرآیندهای پشتیبان خود به عنوان یک فرآیند مستقل با ذکر ویژگی‌های عامل انجام دهنده، فضای فیزیکی و منابع و امکانات مورد نیاز برای اجرا می‌باشند.

- فرآیند پشتیبانی مالی
- فرآیند پشتیبانی وسایل و تجهیزات
- فرآیند پشتیبانی فضاهای مورد استفاده
- فرآیند پشتیبانی نیروی انسانی

فرآیند پشتیبانی مالی:

- ۱- بازبینی نظام پرداخت طرح گلوبال (تشکیل پرونده برای نوزاد به عنوان فردی جدا از مادر جهت تعیین نرخ تعرفه ها، تعداد دفعات ویزیت پزشکان، تعرفه پیگیری مادران از طریق مشاوره تلفنی)
- ۲- تعیین نرخ تعرفه برای انجام آموزش های مادر در بخش
- ۳- به روز کردن نرخ تعرفه های آموزشی
- ۴- تعیین بودجه برای خرید تجهیزات لازم بیمارستان

| مسئول آماده سازی و نظارت در هر زایمان | مسئول تامین فرآیند | فرآیندهای فرعی | فرآیندهای پشتیبانی |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| | وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی | بازبینی نظام پرداخت طرح گلوبال | مالی |
| ----- | وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی | تعرفه آموزشی | |
| ----- | وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی | تعیین بودجه برای خرید تجهیزات | |

فرایند پشتیبانی وسایل و تجهیزات:

- ۱- تهیه چک لیست وسایل، تجهیزات و داروهای مورد نیاز
- ۲- ارزیابی دوره ای وضعیت موجود وسایل و تجهیزات
- ۳- تعیین کمبودها
- ۴- تامین نیازهای دارویی
- ۵- تامین نیازهای تجهیزاتی
- ۶- وجود برنامه بازرسی، تعمیر و نگهداری مناسب تجهیزات
- ۷- وجود برنامه تهیه داروها و مدیریت تامین دارو
- ۸- وجود برنامه تهیه وسایل مورد نیاز
- ۹- وجود برنامه برای در دسترس بودن وسایل و تجهیزات

| مسئول آماده سازی و نظارت در هر زایمان | مسئول تامین فرآیند | فرآیندهای فرعی | فرآیندهای پشتیبانی |
|---------------------------------------|---|--|------------------------|
| | وزارت بهداشت و درمان | تهیه چک لیست | وسایل و تجهیزات داروها |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان / روسای بخش ها / سرپرستار بخش های مرتبط و ماما مسئول | ارزیابی وضعیت موجود | |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان / روسای بخش ها / سرپرستار بخش های مرتبط و ماما مسئول | تعیین کمبودها | |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان | تامین نیازهای تجهیزاتی بر اساس چک لیست | |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان | بازرسی و تعمیر | |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان | تهیه دارو بر اساس چک لیست | |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان | تهیه وسایل بر اساس چک لیست | |
| مسئول شیفت اتاق عمل / زایشگاه | مدیریت بیمارستان / روسای بخش ها / سرپرستار بخش های مرتبط و ماما مسئول | در دسترس بودن از نظر زمانی و مکانی | |

فرآیند پشتیبانی فضاها و تاسیسات مورد استفاده:

- ۱- وجود برنامه نظافت و استریلیزاسیون بر اساس استاندارد های فضاها و کنترل عفونت
- ۲- وجود برنامه دفع مواد زائد

| مسئول آماده سازی و نظارت در هر زایمان | مسئول تامین فرآیند | فرآیندهای فرعی | فرآیندهای پشتیبانی |
|---------------------------------------|--------------------|----------------|---|
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان | نظافت | فضاهای مورد استفاده: اتاق زایمان، اتاق عمل، ریکاوری، پس از زایمان، بخش هم اتاقی مادر و نوزاد، اتاق ترخیص و مشاوره و اتاق آموزش شیردهی |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان | استریلیزاسیون | |
| مسئول بخش ها | مدیریت بیمارستان | دفع زباله | |

★ استاندارد های فضاها در فصل فضاهای فیزیکی و نیروی انسانی آمده است. و در صورت عدم وجود موارد اختصاصی نوزادان (ساختار فیزیکی و تجهیزات) ، تابع دستورالعمل های بیمارستانی باشد.

فرآیندهای نیروی انسانی:

- ۱- تامین نیروی انسانی:
 - پزشک (فوق تخصص نوزادان یا متخصص اطفال، زنان و بیهوشی - پزشک عمومی)، ماما (عامل مراقبت از نوزاد، عامل زایمان)، پرستار (عامل مراقبت از نوزاد)، پرستار ترخیص، کاردان بیهوشی و اتاق عمل، نیروهای کمکی (بیماربر، نظافت و غیره)
- ۲- وجود برنامه حضور نیروهای مورد نظر
- ۳- آموزش نیروی انسانی
 - تعیین دوره‌های آموزشی مورد نیاز در مراقبت نوزادان
 - ارائه برنامه‌های آموزشی مورد نیاز در مراقبت نوزادان
 - شرکت در دوره‌های آموزشی و کسب گواهی‌های لازم
 - شرکت در دوره‌های بازآموزی و کسب گواهی‌های لازم
 - برگزاری کلاسهای آموزشی داخل بیمارستانی

| فرآیندهای پشتیبانی | فرآیندهای فرعی | مسئول تامین فرآیند | مسئول آماده سازی و نظارت در هر زایمان |
|--------------------|-------------------------|--|---------------------------------------|
| نیروی انسانی | تامین نیروی انسانی | معاونت توسعه پشتیبانی دانشگاه | مدیریت بیمارستان |
| | وجود برنامه حضور نیروها | معاونت درمان دانشگاه / روسای بیمارستان ها | مسئول شیفت اتاق عمل / زایشگاه |
| | آموزش نیروی انسانی | معاونت آموزشی دانشگاه / روسای بیمارستان / دفتر پرستاری بیمارستان | -- |

★ دوره کارگاه ها و نیازهای آموزشی در فصل آموزش و کوریکولوم آموزشی آمده است.

فرآیندهای مستندسازی:

- ۱- تهیه و تنظیم فرم‌ها
- ۲- تکثیر و توزیع فرم‌ها (در دسترس قرار گرفتن)
- ۳- تدوین آئین‌نامه‌های لازم برای تکمیل فرم‌ها
- ۴- پایش تکمیل فرم‌ها
- ۵- بازبینی فرم‌ها

| مسئول آماده سازی و نظارت در هر زایمان | مسئول تامین فرآیند | فرآیندهای فرعی | فرآیندهای پشتیبانی |
|--|--|--------------------|--------------------|
| مسئول شیفت اتاق عمل / زایشگاه (اتاق زایمان، پس از زایمان و بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد) | وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی | تهیه فرم | مستندسازی |
| مسئول اتاق عمل / مسئول زایشگاه | دفتر امور پرستاری شبکه / مدیریت بیمارستان | چاپ فرم | |
| ----- | وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی / بخش آمار معاونت پژوهشی وزارت خانه | پایش و بازبینی فرم | |

منابع:

۱. داودی فرنوش, ناصربخت مرتضی, احمدزاد اصل مسعود, داودی امیر, بسته خدمتی احیای نوزادان.

۱۳۸۷

بخش ۴

مراحل تدوین کوریکولوم
آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم

۱. تعیین نیازهای آموزشی

کلیات شامل حاملگی طبیعی، زایمان و آموزش‌های پری ناتال مادران می‌باشد.

ورودی

- تعریف نوزاد سالم
- استانداردهای فضاها و فیزیکی
- استانداردهای تجهیزات
- مراقبت‌های بدو تولد
- مراقبت‌های اتاق زایمان و پس از زایمان
- مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد
- مراقبت‌های ترخیص نوزاد سالم
- مراقبت‌های پیگیری نوزاد سالم

۲. تعیین اهداف آموزشی اصلی و اختصاصی

انجام این مرحله برای تعیین محتوی کوریکولوم و شیوه‌های یادگیری و نیز متمرکز کردن فراگیران ضروری است. در این مرحله دانش، نگرش و عملکرد قابل اندازه‌گیری اختصاصی نوشته می‌شود.

اهداف اصلی:

- ارتقاء آگاهی و توانمندسازی مادران
- ارتقاء آگاهی و توانمندسازی عامل مراقبت از نوزاد و عامل زایمان

اهداف اختصاصی:

کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم:

- آموزش مراقبت‌های بدو تولد جهت کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم، پزشکان و عاملین مراقبت از نوزاد
- آموزش مراقبت‌های اتاق زایمان و پس از زایمان جهت کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم، پزشکان و عاملین مراقبت از نوزاد
- آموزش مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد جهت کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم، پزشکان و عاملین مراقبت از نوزاد

- آموزش مراقبت‌های ترخیص نوزاد سالم جهت کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم، پزشکان و عاملین مراقبت از نوزاد

- آموزش مراقبت‌های پیگیری نوزاد سالم جهت کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم، پزشکان و عاملین مراقبت از نوزاد

والدین نوزادان:

- آموزش‌های پری ناتال در دوران بارداری

- آموزش‌های هنگام پذیرش در بیمارستان

- آموزش مراقبت‌های اتاق زایمان و پس از زایمان

- آموزش مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد

- آموزش مراقبت‌های ترخیص نوزاد سالم

- آموزش مراقبت‌های پیگیری نوزاد سالم

۳. تعیین محتوی آموزشی

محتوی آموزشی جهت مربیان و پرسنل مبتنی بر مستندات و دستورالعمل‌های WHO، دستورالعمل‌های کشوری، پیشنهادات کمیته کشوری، جهت مادران مبتنی بر کتاب مراقبت از نوزاد سالم و ویژه والدین اداره سلامت نوزادان و اداره ترویج تغذیه با شیر مادر، دفتر سلامت خانواده و جمعیت و دستورالعمل‌های کشوری و پیشنهادات کمیته کشوری خواهد بود.

۴. تعیین ساختار و زمان‌بندی ارائه محتوی آموزشی (شامل آموزش گیرندگان، آموزش دهندگان، عرصه آموزش و زمان‌بندی)

آموزش دهندگان مربیان آموزش دیده در سطح کشور، سطح دانشگاه، بیمارستان و واحدهای ارائه دهنده مراقبت نوزاد سالم خواهد بود و آموزش گیرندگان مربیان نیازمند آموزش در سطوح فوق و مادران خواهند بود. زمان‌بندی آموزش بر اساس سطوح فوق از یک روز تا دو روز متغیر می‌باشد.

آموزش دهندگان به چند دسته تقسیم خواهند شد:

سطوح انتقال آموزش‌های مورد نظر به ارائه دهندگان خدمت در سه سطح تعریف می‌شود

آموزش دهندگان در سطح کشوری:

افرادی هستند که توسط اداره نوزادان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و از بین فوق تخصص نوزادان/

متخصصین اطفال و اساتید دانشگاه‌ها (هیات علمی دانشگاه) انتخاب خواهند شد. این افراد مورد تایید وزارت بهداشت هستند و یا دارای مدرک بین‌المللی در این زمینه بوده یا سابقه شرکت یا تدریس در کارگاه‌های بین‌المللی را دارا می‌باشند. این افراد وظیفه تربیت مربیان دانشگاهی را خواهند داشت. پیشنهاد می‌شود این آموزش در کارگاه دو روزه برای مربیان دانشگاهی برنامه‌ریزی شود.

مربیان دانشگاهی:

فوق تخصص نوزادان، متخصصین اطفال متخصصین زنان و ماما و پرستاران (موجود در فیلد درمانی) در دانشگاه که در کارگاه‌های کشوری شرکت کرده‌اند و دارای مدرک مربیگری دانشگاهی هستند. جهت این گروه نیز برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه در ابتدای طرح و برگزاری برنامه آموزشی یک روزه سالانه پیشنهاد می‌شود. این دوره‌ها در سطح دانشگاه انجام خواهد شد.

مربیان بیمارستانی:

فوق تخصص نوزادان، متخصصین اطفال متخصصین زنان و ماما و پرستاران دوره دیده در کارگاه دانشگاهی هستند این مربیان علاوه بر مدیریت اجرای طرح در بیمارستان، برگزاری کارگاه‌های مقدماتی در سطح بیمارستان را برعهده دارند. این افراد علاوه بر گواهی کارگاه، دوره مربیگری را نیز گذرانده باشند. بهتر است کلیه آموزش دهندگان باید کارگاه تغذیه با شیرمادر را گذرانده باشند.

آموزش گیرندگان:

در بخش آموزشی فرآیندهای پشتیبان دو گروه از افراد به عنوان جمعیت هدف در نظر گرفته می‌شوند:

- ارائه دهندگان خدمت که در این بسته عوامل مراقبت از نوزاد سالم می‌باشند. و شامل فوق تخصص نوزادان، متخصصین اطفال، زنان، بیهوشی بیمارستان‌ها، ماماها، پرستاران و کاردانان بیهوشی و اتاق عمل می‌باشد.
- والدین و خانواده نوزاد که در این بخش عمده تمرکز بر روی مادر می‌باشد معذالک آموزش پدر نیز باید همزمان مورد توجه باشد (تمرکز روی آموزش مادر است).

۵. تعیین راهبردهای آموزشی:

برگزاری کارگاه‌ها به شکل سیستماتیک و بر اساس برنامه از پیش تعیین شده خواهد بود. جهت مادران آموزش چهره به چهره مد نظر قرار می‌گیرد.

۶. روش‌های ارائه برنامه آموزشی نظری و عملی:

جهت آموزش دهندگان در کلیه سطوح از کتاب‌های آموزشی و مولتی مدیا برای به دست آوردن اطلاعات پایه‌ای توصیه می‌شود. سپس شکل ارایه برنامه آموزشی در قالب کارگاه‌های آموزشی خواهد بود. جهت مادران آموزش

چهره به چهره و گروهی و استفاده از بروشور، پمفلت، کتاب و پوستر مدنظر است.

۷. تعیین روش‌های ارزیابی آموزش:

در فراگیران (غیر از مادران) روش ارزیابی بصورت پیش آزمون و پس آزمون در کارگاه‌ها خواهد بود که مواد این آزمون بر اساس محتویات آموزشی کارگاه خواهد بود. در پایان کارگاه، مهارت عملی نیز ارزیابی خواهد شد. در مادران به صورت پیش آزمون و پس آزمون شفاهی خواهد بود.

۸. تعیین روش‌های انتقال اجزای برنامه آموزشی:

روش انتقال مواد آموزشی از طریق برنامه آموزشی به شکل مشاهده فراگیر بوده و در کارگاه‌های آموزشی از طریق سخنرانی، کارگروهی و عملی، استفاده از اسلاید و فیلم و همچنین مشاهده مهارت‌های عملی استاد و تجربه خود فرد طی مشارکت در فرایند آموزش خواهد بود.

۹. تعیین روش ایجاد و ارتقای محیط مطلوب آموزشی:

محیط آموزشی در کارگاه‌های آموزشی که در محیط‌های بیمارستانی و یا مراکز مهارت‌های بالینی دانشگاهی خواهد بود. این محیط‌ها باید دارای حداقل امکانات لازم برای سطوح آموزشی مقدماتی و پیشرفته را داشته باشند.

۱۰. فضای آموزشی مورد نیاز:

استانداردهای آموزشی فضای آموزشی توسط صاحب‌نظران تعیین و ابلاغ خواهد شد.

۱۱. تعیین روش‌های مدیریت برنامه آموزشی:

مدیریت آموزشی در سطح کشوری بر عهده اداره نوزادان و کمیته علمی کشوری خواهد بود.

آموزش مراقبت نوزاد سالم در بیمارستانها و مراکز دارای تسهیلات زایمانی جهت کاربران

گروه هدف: ارائه دهندگان خدمت شامل متخصصین اطفال و عاملین مراقبت نوزاد در بخش های نوزادان (هم اتاقی مادر و نوزاد)، زایمان و پس از زایمان

آموزش دهنده: مربیان دانشگاهی که کارگاه های کشوری را گذرانده باشند و مدرک مربی گری دارند.
نظارت: دانشگاه های علوم پزشکی (استان)

هدف: پس از پایان آموزش این دوره از شرکت کنندگان انتظار می رود فرآیندهای مراقبت نوزاد سالم را شناخته و بتوانند مراقبت های نوزاد سالم را به صورت صحیح انجام دهند.

پیش نیاز: افراد شرکت کننده در این دوره باید حداقل دارای مدرک کارشناسی پرستاری یا مامایی باشند. گذراندن دوره های احیای نوزاد و تغذیه با شیرمادر مکمل این دوره میباشد، بنابراین گذراندن آن قبل یا بعد از این دوره ضروری است.

روش آموزش: این دوره به صورت کارگاهی برگزار میشود و مدرس در طول دوره از سخنرانی کوتاه، بحث های گروهی، نقش بازی کردن (Role playing) و به کار بردن مولاژ برای انتقال مطالب استفاده می نماید.

طول مدت دوره: این دوره در سه بخش ارائه میگردد. بخش اول مراقبتهای بدو تولد، اتاق زایمان و پس از زایمان را شامل میشود، بخش دوم به مراقبت های نوزاد در بخش در زمان هم اتاقی مادر و نوزاد می پردازد و در بخش سوم به مطالب مرتبط با ترخیص نوزاد و مراقبت های لازم تا پایان دوره نوزادی اختصاص می یابد.

لوازم مورد نیاز: ۲ رنگ ماژیک، تخته سفید، پاک کن، کاغذ A4، خودکار، مولاژ نوزاد، حوله نخی، ست بند ناف، لوازم تزریق ویتامین K، وارمر و مچ بند شناسایی، فرم های مراقبت نوزاد سالم، متر نواری و ترازوی نوزادی
تعداد افراد شرکت کننده در هر دوره: ۱۲ تا ۱۵ نفر

محل برگزاری: یک اتاق با مساحت حدود ۲۰ متر و در محلی دور از سر و صدا

بخش اول: مراقبت های بدو تولد، اتاق زایمان و پس از زایمان

پس از پایان این دوره از شرکت کنندگان انتظار می رود:

۱. نیاز های اساسی همه نوزادان در زمان تولد را بدانند.
۲. بتواند نوزاد سالم را تعریف نماید.
۳. فرایندهای مراقبت نوزاد در اتاق زایمان را نام ببرد.
۴. بتواند وسایل و تجهیزات لازم اتاق زایمان را بررسی نماید.
۵. بتواند نوزادی که نیاز به احیا دارد را مشخص کند.

۶. معاینه اولیه نوزاد را به درستی بیان کند.
۷. فعالیت‌ها و فرایندهایی که در حفظ حرارت نوزاد موثر است، بیان کند.
۸. مادر را برای شروع شیردهی و تداوم آن کمک نماید.
۹. روش تغذیه نوزاد به روش خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر را بیان کند.
۱۰. اهمیت هم آغوشی مادر و نوزاد را شرح دهد.
۱۱. نوزاد متولد شده را با روش صحیح خشک نماید.
۱۲. بتواند آپگار نوزاد را تعیین نماید.
۱۳. بتواند اطلاعات فرم‌های مراقبت نوزاد به صورت صحیح تکمیل کند.
۱۴. اهمیت تعیین هویت نوزاد را بداند.
۱۵. نکات ایمنی لازم برای امنیت نوزاد را بیان کند.
۱۶. نحوه صحیح مراقبت و تجویز آنتی بیوتیک چشمی را نشان دهد.
۱۷. تزریق ویتامین K را به صورت صحیح انجام دهد.
۱۸. پس از معاینه، سن حاملگی نوزاد را مشخص نماید.
۱۹. بتواند واکسیناسیون نوزاد در اتاق پس از زایمان را مطابق بسته خدمتی نوزاد سالم انجام دهد.
۲۰. بتواند آموزش‌های ضروری در طول مدت حضور مادر و نوزاد را ارائه دهد.
۲۱. نحوه انجام غربالگری و پیگیری‌ها را بیان کند.

نکات قابل توجه در این دسته از آموزش‌ها:

مقدمه: ساعات اول پس از تولد نوزاد در بقا و سلامت نوزاد بسیار اهمیت دارد. نقش مراقبت‌های کارکنان بخش‌های زایمان و نوزادان در این دوران بسیار حیاتی است و باعث بقای نوزادان و پیشگیری از عوارض می‌گردد. نشان داده شده است که شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد از ۲۲٪ مرگ و میر نوزادان پیشگیری می‌کند. مراقبت‌های اساسی نوزاد سالم: سلامت تمامی نوزادان بستگی به رعایت ۴ اصل اساسی دارد.

۱. گرم نگه داشتن نوزاد
۲. برقراری تنفس طبیعی
۳. تغذیه با شیر مادر
۴. پیشگیری از بروز عفونت

در حدود هشتاد درصد از نوزادان متولد شده بدون وجود هیچگونه مشکل و بدون نیاز به مراقبت ویژه و بارعایت

اصول فوق به صورت طبیعی دوران پس از زایمان را طی می کنند. این نوزادان که نوزاد سالم در نظر گرفته می شوند معمولاً وزنی بالای ۲۵۰۰ گرم دارند، تنفس منظم و طبیعی دارند، بدن و اندامهایشان گرم است، رنگ آنها صورتی است (سیانوز مرکزی ندارند)، دست و پایشان را خودبخود حرکت میدهند و به خوبی سینه را می مکند که گروه هدف بسته خدمتی نوزاد سالم میباشند و در این بسته به صورت زیر تعریف و مشخص شده است.

نوزاد سالم: نوزادی است که دوران داخل رحمی، زایمان و تولد بدون مخاطره را پشت سر گذاشته است و از نظر سن حاملگی، (نوزاد ترم: بین ۳۷ تا ۴۱ هفته و ۶ روز)، وزن تولد (وزن تولد: بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم) و وزن برای سن حاملگی (وزن برای سن حاملگی: بین صدک دهم تا نودم) طبیعی است. همچنین در معاینه سالم به نظر میرسد، آپگار دقیقه اول برابر یا بالاتر از ۷ است و نقایص بافت نرم، آنومالی های مادرزادی واضح و علائم کلینیکی بیماری را ندارد، به خوبی تغذیه میکند و از زمان تولد دچار مشکل خاصی نشده است.

در بسته مراقبت نوزاد سالم به نوزادی که دارای مشخصات زیر است نوزاد سالم اطلاق میشود:

- دارای علائم حیاتی، فعالیت، رنگ و تغذیه طبیعی باشد.
- سوابق مادری طبیعی داشته باشد.
- سوابق بارداری و زایمان طبیعی باشد.
- شرح حال بعد از تولد طبیعی داشته باشد.
- یک نوزاد خوب و سالم نوزادی است رسیده (ترم)، با اندازه هایی متناسب با سن حاملگی (AGA) یکسری خدمات و اقدامات وجود دارند که انجام آنها در تامین بقا و سلامت تمامی نوزادان موثر است با این وجود در نوزادان دارای ناخوشی اقدامات بیشتری علاوه بر این مراقبتها لازم است. این اقدامات در بسته خدمتی مراقبت نوزاد سالم به صورت فرآیند آورده شده است و استاندارد انجام هر یک از این فرآیندها با بیان فعالیتها، روش انجام، شخص انجام دهنده (مسئول)، زمان و مکان انجام آن مشخص شده است.

در این بسته مراقبت نوزاد سالم به صورت زیر تعریف شده است:

مراقبت نوزاد سالم: شامل مراقبتها و اقداماتی است که باید برای تمامی نوزادان انجام گیرد مگر اینکه توسط پزشک مسئول نوزاد انجام یکی یا تمام این اقدامات منع شده باشد. این مراقبتها در مورد نوزاد سالم مطابق استاندارد (زمان، مکان، شخص و روش) مشخص شده در بسته خدمتی انجام میگردد. در مورد نوزاد دارای وضعیت غیر طبیعی (نوزادی که در تعریف نوزاد سالم قرار نگیرد) این مراقبتها لازم الاجرا بوده ولی استاندارد انجام آن بسته به وضعیت نوزاد تغییر میکند. حدود ۹۰ درصد نوزادان در تعریف نوزاد سالم قرار می گیرند و احتمال بروز مشکلات در آنها پایین است و تنها لازم است مراقبتهای اولیه (مراقبتهای نوزاد سالم) برای آنها

انجام شود.

برای گروهی از نوزادان که با اینکه در تعریف نوزاد سالم قرار نمی‌گیرند، ناخوشی خاصی ندارند ولی شرایط خاصی نظیر وزن کم تولد دارند یا از مادر مبتلا به بیماری ایدز به دنیا آمده‌اند، تواتر انجام فعالیت‌ها یا نیاز به اقدامات خاص وجود دارد. برای این نوزادان بسته خدمتی "مراقبت‌های تکمیلی در نوزاد دارای شرایط خاص" مورد نیاز است که زیر نظر اداره نوزادان در آینده تهیه خواهد شد.

برای مراقبت از یک نوزاد سالم بلافاصله پس از زایمان انجام مراحل زیر در بسته خدمتی نوزاد سالم پیش بینی شده است.

برنامه پیشنهادی

برای آموزش کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم در سطوح مختلف کارگاه‌هایی پیش‌بینی شده است. در کاربران بسته خدمتی شامل عاملین مراقبت از نوزاد (کارشناسان مامایی و پرستاری) دو دوره کارگاه در نظر گرفته شده است:

- آموزش فرآیندهای بسته خدمتی نوزاد سالم

- آموزش نکات مورد نظر برای انتقال این آموزش‌ها به والدین

یک کارگاه آموزشی دو روزه برای آموزش فرآیندهای بسته خدمتی شامل مراقبت‌های بدو تولد، مراقبت‌های اتاق زایمان، پس از زایمان، مراقبت‌های بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد و مراقبت‌های ترخیص و پیگیری برای کارشناسان مامایی و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دارای تسهیلات زایمانی در نظر گرفته شده است (جداول صورتی رنگ).

یک کارگاه یک روزه برای نحوه ارائه آموزش مراقبت‌ها به والدین از زمان ورود به بیمارستان تا هنگام ترخیص مادر و نوزاد جهت کارشناسان مامایی و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دارای تسهیلات زایمانی در نظر گرفته شده است (جداول آبی رنگ).

یک کارگاه دو روزه برای آموزش کلیات فرآیندهای مراقبت از نوزاد سالم و معاینات کامل نوزاد برای پزشکان شامل متخصصین اطفال زایمانی در نظر گرفته شده است (جداول سبز رنگ).

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم ویژه کاربران ماماها و پرستاران (برنامه صبح روز اول)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|--------------------------------|---|--------------|-------------------------------------|-----------------------|
| خوش آمد گویی | | ۵ | | |
| ارزیابی قبل از کارگاه | آزمون پره تست | ۱۵ | پرسشنامه | کاغذ |
| تشخیص نوزاد سالم / | اهمیت اجرای بسته خدمتی نوزاد سالم | ۳۰ | سخنرانی | اسلاید |
| مراقبت‌های بدو تولد نوزاد سالم | ارزیابی قبل از تولد/ آماده سازی اتاق زایمان/ گرم نگه داشتن نوزاد/ ارزیابی نیاز به احیا / کلامپ و بریدن بند ناف / خشک کردن نوزاد/ معاینه جفت و بند ناف/ خونگیری از بند ناف | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم مراحل ذکر شده | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| کار عملی | احیا نوزاد/ کلامپ و بریدن بند ناف/ خشک کردن نوزاد/ معاینه جفت و بند ناف/ خونگیری از بند ناف | ۴۵ | ماکت و مولاژ مورد نظر | عملی |
| ادامه مراقبت‌های اتاق زایمان | تماس پوست با پوست/ تغذیه اولیه به روش خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت و نهار | | ۶۰ | | |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم ویژه کاربران - ماماها و پرستاران- (برنامه عصر روز اول)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|------------------------------|---|--------------|-----------------------|-----------------------|
| مراقبت‌های اتاق زایمان | بررسی علائم حیاتی / ارزیابی اولیه نوزاد | ۶۰ | نمایش فیلم | ویدئو |
| هویت و امنیت نوزاد | تعیین هویت نوزاد / حفظ امنیت نوزاد در مدت حضور در بیمارستان و زمان انتقال مادر و نوزاد در بخش‌های مختلف | ۴۵ | سخنرانی / نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| مراقبت‌های اتاق پس از زایمان | تجویز ویتامین کا/ اندازه‌گیری نوزاد/ ایمن سازی/ آنتی بیوتیک چشمی / لباس پوشیدن نوزاد | ۶۰ | سخنرانی / نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| کار عملی | تجویز ویتامین کا/ اندازه‌گیری نوزاد/ ایمن سازی/ آنتی بیوتیک چشمی / لباس پوشیدن نوزاد | ۶۰ | ماکت و مولاژ مورد نظر | عملی |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم (برنامه صبح روز دوم)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|----------------------------------|--|--------------|----------------------|-----------------------|
| مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد | مشاوره تغذیه با شیر مادر / روش KC / استحمام نوزاد/ مراقبت از بند ناف | ۶۰ | سخنرانی و نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| مراقبت‌های زمان ترخیص | آموزش‌های مادر / غربالگری شنوایی / ختنه | ۶۰ | سخنرانی و نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| مراقبت‌های پیگیری نوزاد سالم | انجام آزمایشات غربالگری / مراجعات بعدی | ۶۰ | سخنرانی و نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| کار عملی | مشاوره شیر مادر | ۴۵ | | |
| استراحت و نهار | | ۶۰ | | |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم (برنامه عصر روز دوم)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|------------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|-----------------------|
| معاینه کامل نوزاد (جلسه اول) | بررسی و تخمین سن حاملگی | ۴۰ | سخنرانی و نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| معاینه کامل نوزاد (جلسه دوم) | معاینه سر و گردن | ۶۰ | سخنرانی و نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| معاینه کامل نوزاد (جلسه سوم) | معاینه قفسه سینه و شکم | ۶۵ | سخنرانی و نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| کار عملی | معاینه کامل نوزاد | ۴۰ | | |
| ارزیابی بعد از کارگاه | آزمون پست تست | ۲۰ | پرسشنامه | کاغذ |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم ویژه کاربران - نحوه آموزش مراقبت‌های نوزاد سالم -

| جلسه | موضوع | زمان/ دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|---|---|-------------|---|-----------------------|
| خوش آمد گویی | | ۱۵ | | |
| آموزش مراقبت‌های بدو تولد | برقراری ارتباط با والدین / دقت در باورهای سنتی والدین در مراقبت‌های نوزاد سالم | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| آموزش مراقبت‌های هنگام پذیرش | آشنایی با فضاها و سیر مراحل برای مادر و نوزاد در بیمارستان / آموزش اهمیت تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| آموزش مراقبت‌های اتاق زایمان و پس از زایمان | مشاوره شیردهی / روش BC و KC / اهمیت تجویز ویتامین کا و واکسیناسیون | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| آموزش مراقبت‌های اتاق زایمان | آموزش نحوه استحمام نوزاد/ خوابیدن نوزاد/ لباس پوشیدن و لباس شستن /مراقبت از بند ناف | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| آموزش مراقبت‌های زمان ترخیص و پیگیری | آموزش علائم خطر/ مراجعات بعدی/ آزمایشات غربالگری/ تجویز مکمل‌ها | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| ارزیابی والدین | | ۲۵ | پرسیدن مطالب مهم و درخواست کار عملی از والدین | |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم ویژه کاربران - فوق تخصص نوزادان، متخصصین اطفال و زنان - (برنامه صبح روز اول)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|---|--|--------------|-------------------------------------|-----------------------|
| خوش آمد گویی | | ۵ | | |
| ارزیابی قبل از کارگاه | آزمون پره تست | ۱۵ | پرسشنامه | کاغذ |
| مراقبت‌های بدو تولد نوزاد سالم | ارزیابی قبل از تولد / آماده سازی اتاق زایمان / گرم نگه داشتن نوزاد / ارزیابی نیاز به احیا / کلامپ و بریدن بند ناف / خشک کردن نوزاد / معاینه جفت و بند ناف / خونگیری از بند ناف | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم مراحل ذکر شده | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| ادامه مراقبت‌های اتاق زایمان | تماس پوست با پوست / تغذیه اولیه به روش خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر / مشاوره تغذیه با شیر مادر / روش KC / اهمیت هویت نوزاد | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| مراقبت‌های اتاق پس از زایمان | تجویز ویتامین کا / اندازه‌گیری نوزاد / ایمن سازی / آنتی بیوتیک چشمی / لباس پوشیدن نوزاد | ۶۰ | سخنرانی / نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| مراقبت‌های زمان ترخیص و پیگیری نوزاد سالم | آموزش‌های مادر / غربالگری شنوایی / ختنه / انجام آزمایشات غربالگری / مراجعات بعدی | ۶۰ | سخنرانی و نمایش فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت و نهار | | ۶۰ | | |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم ویژه کاربران - فوق تخصص نوزادان، متخصصین اطفال و زنان - (برنامه عصر روز اول)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|------------------------------------|---|--------------|-----------------------|-----------------------|
| معاینه کامل نوزاد توسط متخصص اطفال | برقراری ارتباط با والدین / شرح حال گیری / بررسی سن حاملگی و ارزیابی نوزاد قبل از تولد | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| | معاینه سر و صورت | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| | معاینه قفسه سینه | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| کارگروهی | معاینات | ۶۰ | | |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم ویژه کاربران - فوق تخصص نوزادان، متخصصین اطفال و زنان - (برنامه صبح روز دوم)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|------------------------------------|--|--------------|-----------------------|-----------------------|
| معاینه کامل نوزاد توسط متخصص اطفال | معاینه سر و صورت | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| | معاینه قفسه سینه | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| | معاینه شکم / مفصل هیپ و ستون فقرات / معاینه آنوس | ۴۵ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| کار عملی | معاینات | ۶۰ | | |

برنامه کارگاه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم ویژه کاربران - فوق تخصص نوزادان، متخصصین اطفال و زنان - (برنامه عصر روز دوم)

| جلسه | موضوع | زمان / دقیقه | روش آموزش | مواد آموزشی مورد نیاز |
|------------------------------------|---|--------------|-----------------------|-----------------------|
| معاینه کامل نوزاد توسط متخصص اطفال | معاینه اندام‌ها و دستگاه تناسلی | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| | معاینه سیستم عصبی (رفلکس‌ها / گریه نوزاد / حرکات و تون نوزاد) | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| استراحت | | ۱۵ | | |
| | بیماری‌های شایع نوزادی | ۶۰ | سخنرانی و مشاهده فیلم | اسلاید و ویدئو |
| کار عملی | | ۶۰ | | |

آموزش مراقبت نوزاد سالم در بیمارستانها و مراکز دارای تسهیلات زایمانی جهت مربیان

گروه هدف: ارائه دهندگان آموزش در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها شامل پزشکان فوق تخصص نوزادان و متخصصین اطفال

آموزش دهنده: مربیان کشوری که مورد تایید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - اداره نوزادان - هستند. نظارت: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

هدف: پس از پایان آموزش این دوره از شرکت کنندگان انتظار می‌رود فرآیندهای مراقبت نوزاد سالم را شناخته و بتوانند مراقبت‌های نوزاد سالم را به صورت صحیح انجام دهند و انجام صحیح را به کاربران آموزش دهند.

روش آموزش: این دوره به صورت کارگاهی برگزار می‌شود و مدرس در طول دوره از سخنرانی کوتاه، بحث‌های گروهی، نقش بازی کردن (Role playing) و به کار بردن مولاژ برای انتقال مطالب استفاده می‌نماید.

طول مدت دوره: این دوره در سه بخش ارائه می‌گردد. بخش اول مراقبت‌های بدو تولد، اتاق زایمان و پس از زایمان را شامل می‌شود، بخش دوم به مراقبت‌های نوزاد در بخش در زمان هم‌اتاقی مادر و نوزاد می‌پردازد و در بخش سوم به مطالب مرتبط با ترخیص نوزاد و مراقبت‌های لازم تا پایان دوره نوزادی اختصاص می‌یابد.

لوازم مورد نیاز: ۲ رنگ ماژیک، تخته سفید، پاک‌کن، کاغذ A4، خودکار، مولاژ نوزاد، حوله نخی، ست بند ناف، لوازم تزریق ویتامین K، وارمر و مچ بند شناسایی، فرم‌های مراقبت نوزاد سالم، متر نواری و ترازوی نوزادی

تعداد افراد شرکت کننده در هر دوره: ۸ تا ۱۰ نفر

برنامه پیشنهادی:

کارگاه دو روزه مربیان آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (جداول سبز رنگ)

آموزش مادران در مورد مراقبت نوزاد سالم در بیمارستان

گروه هدف: والدین نوزاد بخصوص مادران (درهنگام پذیرش، طول مدت بستری و هنگام ترخیص)
آموزش دهنده: عامل مراقبت از نوزاد و پرستاران بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد

نظارت: دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در هر استان

روش آموزش: بصورت آموزش شفاهی (چهره به چهره) و عملی در مدت بستری در بیمارستان و ارائه پوستر و پمفلت‌های حاوی نکات آموزشی در مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان (درهنگام پذیرش، طول مدت بستری و هنگام ترخیص)

محل برگزاری: در بیمارستان‌ها و مراکز دارای تسهیلات زایمانی (اتاق‌های پس از زایمان و بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد در طول مدت بستری)

انتظار می‌رود مادران در طول مدت بارداری در آموزش‌های پری‌ناتال با موارد زیر آشنایی داشته باشند:

- ۱- اهمیت گرم نگه داشتن و خشک کردن نوزاد را بیان کند.
- ۲- مزایای تماس پوستی و تغذیه اولیه (آغوز) و روش تلفیق این دو مسئله را توضیح دهد.
- ۳- مزایای تجویز ویتامین K₁ و واکسنها را بیان کند.
- ۴- از اهمیت چگونگی حفظ امنیت و تعیین هویت نوزاد مطلع باشد.
- ۵- از اهمیت اندازه‌گیری نوزاد آگاه باشند.
- ۶- اطلاعاتی در مورد خون‌گیری از بند ناف و بانک خون بند ناف بیان کند. (**بانک خون بندناف**: خون بندناف محتوی غلظت‌های بالایی از سلولهای اولیه مغز استخوان است که این سلولها، انواع سلولهای قرمز، سفید و پلاکت خون را می‌سازند. این سلولها بعضی اوقات منبع بسیار مناسبی برای استفاده در پیوند مغز استخوان می‌باشد. بنابراین در صورتی که نوزاد در آینده به علت بیماریهای خونی، نیاز به پیوند مغز استخوان داشته باشد می‌توان از این بانک خون بندناف او که در زمان تولد تهیه شده استفاده نمود). - آدرس مرکز بانک خون در ایران فعلا موسسه رویان می‌باشد. -

آموزش‌های لازم برای والدین در مراحل زمانی مختلف به آنان ارائه می‌گردد:

| عنوان | آموزش گیرنده | زمان ارائه آموزش | مکان ارائه آموزش | آموزش دهنده | منابع آموزشی |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| آموزش دوران بارداری | مادران | در طول مدت بارداری | مراکز بهداشتی درمانی | کاردان و یا کارشناس بهداشت خانواده | منابع موجود در مراکز بهداشتی |
| آموزش‌های هنگام پذیرش | والدین | در مدت انتظار برای پذیرش و انتقال به زایشگاه | اتاق پذیرش و زایشگاه | مامای پذیرش دهنده | منابع موجود |
| آموزش در طول مدت بستری در بیمارستان | مادر و همراه معرفی شده از طرف والدین | در طول مدت بستری | اتاق پس از زایمان و بخش | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش‌های هنگام ترخیص | مادر و همراه معرفی شده از طرف والدین | قبل از ترخیص | در بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |

آموزش‌های هنگام پذیرش:

گروه هدف: مادر، پدر و همراه معرفی شده از طرف والدین

| عنوان | آموزش گیرنده | مدت زمان ارائه آموزش | مکان ارائه آموزش | آموزش دهنده | منابع آموزشی |
|--|--------------|--|----------------------|-------------------|---------------------------------------|
| آشنایی با فضاها و سیر مراحل زایمانی برای مادر و نوزاد در بیمارستان | والدین | ۵ دقیقه در مدت انتظار برای پذیرش و انتقال به زایشگاه | اتاق پذیرش و زایشگاه | مامای پذیرش دهنده | منابع موجود |
| آموزش اهمیت تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد | والدین | ۵ دقیقه در مدت انتظار برای پذیرش و انتقال به زایشگاه | اتاق پذیرش و زایشگاه | مامای پذیرش دهنده | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |

نکات مهم موارد آموزشی در مورد آشنایی با فضاها و سیر مراحل زایمانی برای مادر و نوزاد در بیمارستان:

- بعد از زایمان در صورت سلامت مادر و نوزاد، بطور همزمان به اتاق پس از زایمان انتقال می یابند.
- در اتاق پس از زایمان ۲ ساعت می مانند و بعد از تغذیه اولیه و تجویز ویتامین کا، واکسیناسیون، آنتی بیوتیک چشمی و اندازه گیری وزن، قد، دورسر و پوشاندن لباس به نوزاد به بخش هم اتاقی نوزاد و مادر انتقال می یابند.
- در صورت عدم هرگونه مشکلی برای نوزاد و مادر بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت در بیمارستان می مانند.
- بعد از ارزیابی کامل در هنگام ترخیص، بیمارستان را ترک می کنند.

نکات مهم در مورد آموزش اهمیت تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد

از آنجا که ۵۵٪ بچه دزدی ها در اتاق مادر رخ میدهد لذا آموزش والدین از اهمیت خاصی برخوردار است. این آموزش ها بطور کتبی توسط تهیه کتابچه های آموزشی و کلاس های شفاهی در همه مراحل صورت گیرد:

آموزش والدین:

- ✓ اطلاع از چگونگی ثبت هویت نوزاد
- ✓ شناساندن چرخه پذیرش - انتقال و تحویل نوزاد
- ✓ شناساندن وسایل به کارگیری جهت ثبت هویت نوزاد
- ✓ بچه را فقط به پرسنل دارای کارت شناسایی عکس دار تحویل دهند.
- ✓ جهت جابجایی نوزاد از اتاق مادر توسط هر فردی، وی را همراهی کنند.
- ✓ هرگز نوزاد را بدون توجه ترک نکنند.
- ✓ نوزاد در دید مستقیم مادر یا پرسنل پرستاری نگهداری شود.
- ✓ به هر مادری آموزش دهید که به هیچ فردی اجازه ندهند که نوزادشان را از کنارش بردارد و در زمان استراحت، چرت زدن و حمام کردن نوزاد به همراه و در صورت نداشتن همراه به پرسنل بسپارد.
- ✓ نوزاد را دور از در خروجی اتاق نگه دارند.
- ✓ از هر غریبه ای که وارد اتاقشان می شود، هویتش را بپرسند.
- ✓ جهت تایید و صحت اطلاعات هر شخصی که تحت عنوان کارمند بیمارستان معرفی شده ولی کارت شناسایی ندارد و یا هر غریبه ای که وارد اتاق می شود، فوراً سرپرستار را صدا کند.
- ✓ مشخصات فیزیکی نوزاد مثل، علائم فردی نوزاد لکه های مغولی، حالت موی سر، خالها و غیره را بخاطر

بسیارند زیرا برای شناسایی بعدی بسیار کمک کننده است.

آموزش‌های مدت بستری در بیمارستان تا هنگام ترخیص:

گروه هدف: مادران و همراه معرفی شده از طرف مادر

| عنوان | آموزش گیرنده | مدت زمان ارائه آموزش | مکان ارائه آموزش | آموزش دهنده | منابع آموزشی |
|---------------------------------------|--------------|--|----------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| مشاوره و آموزش تغذیه با شیر مادر | والدین | در دو مدت زمان ۱۵ دقیقه‌ای در طول مدت بستری | در اتاق پس از زایمان و بخش | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| اندازه‌گیری نوزاد | والدین | ۵ دقیقه در طول مدت بستری | در اتاق پس از زایمان و بخش | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش استحمام نوزاد و کوتاه کردن ناخن | والدین | ۵ دقیقه در طول مدت بستری | در اتاق پس از زایمان و بخش | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش خوابیدن نوزاد | والدین | ۵ دقیقه در طول مدت بستری | در اتاق پس از زایمان و بخش | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش لباس پوشیدن و شستن | والدین | ۱۰ دقیقه در طول مدت بستری | در اتاق پس از زایمان و بخش | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش واکسیناسیون | والدین | ۵ دقیقه در طول مدت بستری | در اتاق پس از زایمان و بخش | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |

نکات مهم در مشاوره و آموزش شیردهی

- آگاهی دادن به والدین که:
 - ۱- بهترین تغذیه برای نوزاد شیر مادر می باشد.
 - ۲- شیر مادر غذایی ایده ال برای نوزاد است و این تغذیه مواد لازم برای رشد و تکامل را برای نوزاد مهیا میکند.
 - ۳- شیر مادر راحت هضم و جذب میشود.
 - ۴- شیر مادر تمیز و گرم است و نیازی به استریل و گرم کردن ندارد.
 - ۵- شیر مادر خطر رقیق و یا غلیظ بودن فرمولا را ندارد.
 - ۶- شیر مادر حاوی مواد ضد عفونت می باشد و خطر عفونت ها به خصوص بیماری های اسهالی و مرگ و میر ناشی از آن را کاهش می دهد.
 - ۷- شیر مادر خطر حساسیت بخصوص در افراد با سابقه حساسیت فامیلی را کاهش می دهد.
 - ۸- مزایای تماس پوستی و تغذیه اولیه به روش خزیدن بطرف پستان و تداوم شیردهی به روش هم آغوشی.
 - ۹- آموزش روش صحیح شیردهی (بصورت مکرر و بدون محدودیت در دفعات و مدت شیردهی هر وعده، ترکیب شیر و ضرورت تغذیه شیر پسین که چرب است، عدم استفاده از پستانک).
 - ۱۰- آموزش نحوه بغل کردن نوزاد و وضعیت های مختلف.
 - ۱۱- آموزش دوشیدن شیر و ذخیره کردن آن و تغذیه با فنجان
- فواید آن برای مادر
 - ۱- ارزان است.
 - ۲- در هر زمان قابل دسترس است.
 - ۳- شیر مادر از نظر ایجاد روابط عاطفی باعث خشنودی مادر میشود و روابط مادر و نوزاد قوی تر می گردد.
 - ۴- شیردهی باعث تسریع بازگشت رحم به فرم اولیه و کاهش خونریزی بعد از زایمان می شود (در صورت شیرندادن هم این بازگشت انجام می شود اما شیردهی آن را تسریع می کند).
 - ۵- شیر دهی باعث کاهش وزن مادر به زمان قبل از حاملگی می شود.
 - ۶- شروع مجدد قاعدگی را به تاخیر می اندازد و از سرطان پستان پیشگیری می کند.

نکات قابل ذکر در آموزش اندازه گیری وزن و قد و دور سر

- معیارهای رشد نوزاد قد، وزن و دور سر و سینه او می باشد، که اولین بار در اتاق زایمان بعد از تولد اندازه گیری میشود.
- قد نوزاد بطور طبیعی در نوزاد کامل و رسیده که ۴۰ هفته حاملگی او تمام شده باشد ۴۶ تا ۵۴ سانت می باشد.
- وزن نوزاد بطور طبیعی ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم می باشد نوزادان طی ۱۰ روز اول تولد مقداری وزن از دست می دهند و در ده روزگی به وزن زمان تولد می رسند و در ۵ ماهگی وزن آنها ۲ برابر زمان تولد و در یکسالگی ۳ برابر میشود.
- دور سر نوزاد بطور طبیعی ۳۳ تا ۳۷ سانت است .
- وزن گرفتن نوزاد: نوزاد سالم در ماه اول تولد هر هفته ۲۵۰ گرم و هر ۱۰ روز حدود ۳۵۰ گرم و مجموعاً در ماه اول حدود ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ گرم وزن اضافه می کند که این نشانگر سلامت و تغذیه خوب نوزاد و کفایت شیر مادر می باشد.

نکات قابل ذکر در مورد ناخن نوزاد :

- کوتاه نگه داشتن ناخنها برای سلامتی نوزاد مهم است. زیرا نوزادان در هنگام ابراز شادمانی و تکان دادن دست ها و پاهایشان می توانند به پوستشان آسیب برسانند و آن را زخمی کنند .
- سرعت رشد ناخن زیاد است به طوری که ناخن های پا را باید ۱ تا ۲ بار در ماه و ناخن های دست را ۱ تا ۲ بار در هفته کوتاه نمود
- بهترین زمان کوتاه کردن ناخن نوزاد هنگام خواب است
- هنگامی که نوزاد خواب است با یک دست دست او را بگیرید و با صاف نگه داشتن دست ها با دست دیگر ناخن ها را کوتاه کنید .
- برای گرفتن ناخن نوزاد حتما از یک قیچی مخصوص که سر آن گرد است استفاده نمایید .

نکات مورد نظر در آموزش واکسیناسیون:

- آگاهی دادن به مادر برای زمان مراجعه به مراکز بهداشتی برای تجویز واکسن
- آموزش مادر برای بروز عوارض واکسن مانند تب
- آموزش نحوه مراقبت از محل تزریق واکسن به مادر

نکاتی در رابطه با آموزش لباس پوشیدن و شستن:

✓ لباس پوشیدن:

- ۱- جنس لباس نوزاد حتما از پنبه یا نخ باشد.
- ۲- برای نوزاد پوشش مناسب فصل استفاده نمایید و موقعیت آب و هوایی را در نظر بگیرید (در فصل گرم پوشیدن یک تی شرت، پوشک و یک پتو روی نوزاد بدون کلاه کافی است. در فصل سرد یک لباس ضخیم تر اضافه کنید دوتا پتو روی نوزاد بیندازید و کلاه حتما پوشانده شود).
- ۳- برای خروج از محیط اتاق در سرما از پتو و در غیر اینصورت اضافه کردن یک لباس نازک ضروری است.
- ۴- از لباسهای دکمه دار استفاده کنید (لباسهای زیپ دار توصیه نمی شود).

✓ لباس شستن:

- ۱- برای شستشوی لباس نوزاد نیاز نیست که حتما از شوینده های مخصوص استفاده نمود مگر نوزادان دارای آلرژی و حساسیت پوستی
 - ۲- لازم است پوشک پارچه ای از سایر لباسها جداگانه شسته شود زیرا پوشکهای پارچه ای را باید با شوینده های ملایم شست تا موجب حساسیت و ناراحتی در دستگاه تناسلی و رانها نشود.
 - ۳- از نرم کننده استفاده نشود.
 - ۴- برای آب کشی از آب داغ استفاده شود.
 - ۵- پاک کننده های مایع بهترین مواد برای تمیز کردن انواع لباسها هستند.
 - ۶- در صورت تصمیم به تعویض شوینده لباس نوزاد، ابتدا باید یک قطعه لباس نوزاد را با آن شستشو داد و اگر تحریکی ایجاد نشد برای همه لباسها استفاده کرد.
- اگر حساسیت پوستی در نوزاد ایجاد شد باید از شوینده بدون رنگ و عطر استفاده کرد و اگر باز دچار حساسیت شود باید از شوینده مخصوص نوزاد به مدت طولانی استفاده شود.

آموزش‌های زمان ترخیص:

گروه هدف: مادران و همراه معرفی شده از طرف مادر

| عنوان | آموزش گیرنده | مدت زمان ارائه آموزش | مکان ارائه آموزش | آموزش دهنده | منابع آموزشی |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| آموزش اهمیت و زمان مراجعات بعدی | والدین | ۵ دقیقه در زمان ترخیص | بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش برای دادن ویتامینهای تکمیلی | والدین | ۵ دقیقه در زمان ترخیص | بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش مراقبت از بند ناف | والدین | ۵ دقیقه در زمان ترخیص | بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش‌های غربالگری | والدین | ۵ دقیقه در زمان ترخیص | بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| مراقبت از آلت ختنه شده | والدین | ۵ دقیقه در زمان ترخیص | بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |
| آموزش علائم خطر | والدین | ۵ دقیقه در زمان ترخیص | بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد | عامل مراقبت از نوزاد | کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین |

نکات مهم در رابطه با آموزش اهمیت و زمان مراجعات بعدی:

ویزیت زمان ترخیص و ویزیت های پس از ترخیص زمان های مناسبی جهت پاسخ گویی به سئوالات مادر می باشد. تا جهت عامل مراقبت نوزاد سئوالات خود را مطرح نموده و در مورد آنها توصیه های لازم را دریافت نماید.

عامل مراقبت نوزاد نیز با پرسیدن سئوالاتی در مورد نحوه تغذیه، دفعات ادرار و مدفوع، بررسی رشد، معاینه کامل نوزاد، سلامت نوزاد را مورد بررسی قرار می دهد.

اولین معاینه پس از ترخیص نوزاد با توجه به اینکه چند ساعت پس از تولد از بیمارستان ترخیص شده است تعیین می گردد:

- در صورتیکه ترخیص نوزاد سالم قبل از پایان ۴۸ ساعت اول عمر انجام شود، نوزاد، طی ۴۸ ساعت بعد از ترخیص باید مجدداً معاینه و بررسی شوند.
- نوزادان گروه بظاهر سالم "در خطر" (مثلاً در خطر عفونت) و نوزادان با وزن تولد زیر ۲۵۰۰ و سن جنینی زیر ۳۷ هفته نیاز به پیگیری با فواصل زمانی کمتری را دارند: اولین مراجعه ۲۴ ساعت بعد ترخیص و سپس ویزیت بعدی بر طبق نظر پزشک معالج برنامه ریزی شود.
- اگر نوزاد کمتر از ۲۴ ساعت بعد از تولد، بیمارستان را ترک کرده باشد، ۲۴ ساعت بعد از ترخیص اولین ویزیت مجدد وی می باشد
- اگر نوزاد پس از ۲۴ ساعت بعد از تولد مرخص شده باشد، در ۳ تا ۵ روزگی برای ویزیت ویزیت مراجعه نماید.
- کلیه نوزادان صرفنظر از مدت حضورشان در بیمارستان در سن ۱۴ و ۲۸ روزگی باید مجدداً مورد معاینه قرار بگیرند.

نکاتی در آموزش برای دادن ویتامینهای تکمیلی:

- ویتامینها در صورت نیاز با صلاحدید پزشک برای نوزاد تجویز شود.
 - ویتامینهای تجویز شده شامل ویتامین A+D و یا مولتی ویتامین می باشد.
 - ویتامینها معمولاً از روز ۱۵ بعد از تولد تجویز می شود.
 - ۲۵ قطره ترجیحاً در یک وعده در شبانه روز به نوزاد داده شود.
 - تجویز این ویتامینها تا یکسالگی ادامه می یابد (مگر در موارد خاص و با دستور پزشک).
- نکاتی در مورد آموزش مراقبت از بند ناف:
- حدوداً بین ۵ تا ۱۰ روز پس از تولد بندناف سیاه و خشک می شود و می افتد. در صورتیکه پس از چهار هفته بند ناف نیافتد لازم است مراجعه شود.
 - تا زمانی که بندناف نیفتاده نباید نوزاد را در آب غوطه ور کرد.

1 POLICY STATEMENT Hospital Stay for Healthy Term Newborns فوریه بازنگری آمریکا- بندناف نیافتن نوزادان سالم
۲۰۱۰

- لازم نیست برای تمیز کردن بندناف از ماده ضدعفونی کننده مانند الکل استفاده نمود زیرا مواد ضدعفونی کننده مانند الکل به علت کشتن باکتریهای مفید پوست نوزاد که به افتادن بند ناف کمک می کند، موجب می شود افتادن بندناف به تاخیر بیفتد.
- برای خشک نگهداشتن بندناف پوشک و مشمع بچه را زیرناف ببندید تا بندناف در جریان هوا قرار بگیرد و سریعتر خشک شود.
- در صورت بروز علائمی نظیر بوی بد، ترشحات زردرنگ فراوان، قرمزی و تورم در پوست اطراف ناف به پزشک مراجعه نماید.
- زمانی که بندناف می افتد ممکن است خونریزی خفیفی از ناحیه ناف رخ دهد که جای نگرانی نیست و خود قطع می گردد.
- اجازه دهید بندناف خودش بطور طبیعی بیفتد و حتی اگر اتصال بسیار کوچکی باقی مانده باشد نباید با زور اقدام به کندن بند ناف نمود زیرا در این صورت ممکن است خونریزی فعال رخ دهد در صورت خونریزی فعال (خونریزی فعال یعنی هر زمان که شما یک قطره خون را پاک کنید قطره دیگری ظاهر گردد) سریعاً به پزشک مراجعه نمایید.

نکاتی در مورد آموزشهای غربالگری:

- آموزش اهمیت غربالگری برای تشخیص و درمان سریع بیماریهای احتمالی
- آموزش مکان و زمان انجام غربالگری

نکاتی در مراقبت از آلت ختنه شده:

- چه نوزاد ختنه شود و یا نشود ، بسیار مهم است که آلت نوزاد همیشه تمیز نگهداشته شود.
- ۱ تا ۲ روز بعد از ختنه به تجویز پزشک با گذاشتن ژل روغنی مثلاً وازلین طبی و یا پماد ویتامین آ در روی باندازختنه و نرم شدن آن بانداز را باز کرده و در صورت نیاز تعویض می نمایید و یا در صورت عدم نیاز به بانداز مجدد با مالیدن ژل روغنی به سر آلت از مالش آلت به پوشک جلوگیری می نمایید.
- برای حمام کردن نوزاد چند روز باید صبر کرد و سپس نوزاد را حمام داد.
- معمولاً بین ۷ تا ۱۰ روز زمان است تا آلت بهبود یابد و در طی این مدت ممکن است نوک آلت زرد رنگ بنظر برسد که طبیعی است.
- بنفش بودن سر آلت پس از ختنه نوزاد ناشی از تحریک و پرخونی سر آلت است و کاملاً طبیعی می باشد.

- در صورت بروز مشکلات زیر با پزشک و یا نزدیکترین مرکز درمانی تماس بگیرید:
- ۱- خونریزی مداوم محل ختنه
- ۲- قرمزی اطراف نوک آلت بعد از سه روز بدتر شود
- ۳- تب نوزاد
- ۴- ترشح چرکی سر آلت
- ۵- اگر نوزاد ۶ تا ۸ ساعت بعد از ختنه ادرار نکند.

نکاتی در مورد آموزش علائم خطر:

در صورت بروز هر یک از علائم زیر لازم است با پزشک و یا نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مشورت شود:

- ۱- مشکلاتی در امر تغذیه مانند اینکه نوزاد برای تغذیه بیدار نمی شود، بی اشتها است یا خوب شیر نمی خورد خصوصا در نوزادی که قبلا سینه مادر را بخوبی می گرفته است.
- ۲- استفراغ مکرر و مداوم یعنی با هر بار تغذیه استفراغ می کند.
- ۳- تنفس مشکل، فرورفتگی قفسه سینه و ناله کردن
- ۴- تنفس خیلی سریع یا خیلی آهسته یا قطع تنفس بمدت طولانی
- ۵- علیرغم گرم کردن نوزاد، بدن و خصوصا دست و پای نوزاد سرد باشد و یا تب داشته باشد.
- ۶- رنگ پریده بودن دائم نوزاد
- ۷- تشنج نوزاد
- ۸- اسهال
- ۹- زردی پوست
- ۱۰- بیقراری شدید یا بی حالی
- ۱۱- مشکلات بندناف مانند ترشحات چرکی بندناف و یا قرمزی اطراف بندناف

توانایی های لازم مراکز ارایه مراقبت از نوزاد سالم :

حداقل توانایی های واحد های مراقبت نوزاد سالم که به نوزادان دارای خطر کم خدمات را ارایه می دهند باید موارد زیر را شامل گردد. برای این منظور فضاها، تجهیزات، نیروی انسانی، برنامه و روشهای اجرایی، آموزش و نظام ثبت داده ها و ارزشیابی مورد نیاز است.

- توانایی پیاده سازی و انجام نظام مراقبت (سرویلانس) و ارائه خدمات به تمام بیماران بستری شده در بخش زایمان با یک سیستم تریاژ برای تعیین بیماران پرخطر جهت انتقال به مراکز مجهزتر
- توانایی شناسایی به موقع مشکلات مادر و نوزاد که مورد انتظار نبوده است و انجام اقدامات اولیه در این موارد

- توانایی انجام آغاز سزارین اورژانس برای تولد نوزاد در ظرف مدت ۳۰ دقیقه از تصمیم گیری به انجام آن (در مراکز تسهیلات زایمانی، امکان انتقال مادر وجود داشته باشد).

- توانایی در دسترس قرار دادن سرویس های مناسب بیهوشی، رادیولوژی، سونوگرافی، آزمایشگاه و بانک خون در تمام ۲۴ ساعت (شبانه روز)

- توانایی مراقبت و ارزیابی شرایط پس از زایمان

- توانایی احیاء و تثبیت همه نوزادان متولد شده در بیمارستان

- توانایی ارزیابی و تداوم مراقبت نوزاد سالم در بخش هم اتافی مادر و نوزاد یا به همراه مادر تا زمان ترخیص

- توانایی فراهم کردن تسهیلات و حمایت کافی برای تثبیت نوزادان در صورت بروز شرایط اورژانس، قبل از انتقال به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

- توانایی فراهم کردن الزامات مشاوره و انتقال (در صورت نیاز نوزاد به خدمات تخصصی سطوح بالاتر و سایر تخصص ها بیمارستان بایستی قادر باشد امکان استفاده از این خدمات در همان مرکز یا سایر مراکز و در صورت لزوم امکانات انتقال را فراهم آورد).

- توانایی برقراری سیاست ها و الزامات لازم برای امکانپذیر ساختن همراهی خانواده (شامل دیگر فرزندان) پس از تولد یک نوزاد

- توانایی جمع آوری داده ها، ذخیره و بازیابی آنها

- توانایی اجرای برنامه های بهبود کیفیت شامل تلاش برای بالابردن امنیت بیماران

فضاهای فیزیکی

فضای فیزیکی مراقبت مادر و نوزاد بایستی بتواند نیازهای فیزیولوژیک و سایکولوژیک والدین، نوزادان و خانواده ها را برآورده سازد. اتاق پیش از زایمان، زایمان و تسهیلات مراقبت نوزاد بایستی در نزدیک یکدیگر واقع شده باشد و در صورتی که این فضاها به هم نزدیک نباشد بایستی شرایط مناسب انتقال به سایر نقاط تدارک دیده شود. در صورت امکان میتوان بخشهای پیش از زایمان، زایمان، پس از زایمان را در یک محل به صورت مجموعه ترکیبی عملکردی (LDP: Labor, Delivery, Postpartum) قرار داد تا بتوان از فضا و کارکنان به بهترین وجه بهره برد و انعطاف بیشتری برای ارائه خدمات ایجاد کرد. بعضی مراکز نیز تمام امکانات را در یک فضا در نظر گرفته اند به نحوی که مراقبتهای قبل از زایمان، زایمان و پس از تولد مادر و نوزاد در یک محل (LDRP: Labor, Delivery, Recovery, Postpartum) انجام میشود.

در بخش زایمان وجود فضاهایی برای تثبیت و آماده سازی بیمار، بررسی شروع زایمان، بررسی های نوزادی و اتاق پیش از زایمان (Labor) نیز لازم است ولی آنچه در اینجا بحث میشود بیشتر در ارتباط با بسته خدمتی نوزاد سالم بوده و بنابراین در مورد مشخصات این فضاها توضیح داده نمی شود. باید توجه داشت اجرای این شرایط باید با شرایط محلی و وضعیت هر بیمارستان سنجیده شده و در مورد نحوه چیدمان تصمیم گیری شود.

کلیات فضاهای فیزیکی

۱. برای حصول به این نیازها لازم است فضاهای در نظر گرفته شده در منطقه کم تردد قرار گیرد تا از رفت و آمدهای غیر ضروری افراد در آن جلوگیری شود.
۲. وجود تسهیلات زیر در تمامی بخش های قبل از زایمان و پس از زایمان مورد نیاز است ولی میتوان با طراحی مناسب آنها را به صورت مشارکتی مورد استفاده قرار داد :

- دفتر سرپرستاری و مدیریت
- ایستگاه پرستاری
- محل نگهداری پرونده های پزشکی
- اتاق کنفرانس
- محل آموزش بیماران
- فضای مناسب برای تعویض لباس کارکنان، کمدهای کارکنان و اتاقهای استراحت پرسنل آنکال
- اتاق معاینه و درمان

- فضای مناسب برای نگهداری داروها
- فضای مناسب برای تمیز کردن وسایل
- فضای مناسب قرار دادن تجهیزات
- تجهیزات Sitz bath
- آشپزخانه
- فضای انبار و اتاق کار
- فضای ملاقات بستگان

مشخصات فیزیکی و تجهیزات اتاق زایمان:

۱. مشخصات فیزیکی اتاق زایمان: زایمان طبیعی می تواند در اتاق زایمان، اتاق LDR یا LDP در فضای مناسب و تجهیز شده انجام شود با این وجود اتاق زایمان مرسوم و سزارین از نظر طراحی شبیه اتاق عمل هستند. بهتر است اتاق پیش از زایمان (Labor)، اتاق انتظار خانواده ها و سرویس های بهداشتی نزدیک اتاق زایمان باشد.
 - مساحت اتاق: اتاق زایمان مرسوم حدود ۳۳ متر مربع برابر هر تخت و اتاق سزارین مساحت حدود ۳۷ متر مربع و اندازه مناسب برای فضای احیای نوزاد اگر در داخل اتاق زایمان یا اتاق عمل در نظر گرفته شده ۳/۷ متر مربع و اگر بصورت اتاق جداگانه باشد باید ۱۴ متر مربع باشد.
 - ارتفاع تا سقف اتاق: حدود ۲۷۵ سانتیمتر
 - نور اتاق: اتاق باید کاملا روشن باشند (حداقل ۱۰۰ شمع بر فوت مربع در نظر گرفته میشود).
 - حرارت اتاق: باید به گونه ای باشد که از سرما و لرز مادر و نوزاد جلوگیری کند. حرارت اتاق باید (طبق نظر سازمان بهداشت جهانی) حداقل 25°C یا بالاتر باشد
 - رطوبت اتاق: میزان رطوبت حدود ۶۰ درصد (برای اتاق سزارین پیشنهاد شده است)
 - تهویه اتاق: گردش کامل هوای اتاق ۱۰ تا ۱۲ بار در هر ساعت
 - حدالمقدور در اتاق زایمان و اتاق عمل پنجره نباشد.
 - اتاق ها قابل شستشو باشند.
- نکته: استانداردهای بازنگری شده وزارت بهداشت (مرکز نظارت و اعتبار بخشی) که در حال تدوین است، جهت تکمیل موارد فوق استفاده خواهد شد.

۲. **تجهیزات مورد نیاز اتاق زایمان:** هر اتاق زایمان بایستی به عنوان یک واحد مجزا که دارای تجهیزات و امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی و درمان عوارض آن است باشد. علاوه بر این امکان انجام زایمان سزارین

بایستی در واحد مامایی یا واحد جراحی وجود داشته باشد.

- تخت زایمان (که امکان تغییر وضعیت برای زایمان دارد)
- میز وسایل و Solution basin Stand (پایه سرم)
- تجهیزات و وسایل زایمان واژینال و ترمیم پارگیها
- تجهیزات لازم برای تجویز مایعات وریدی و محلولهای مورد نظر برای تجویز
- تجهیزات برای انجام انواع بیهوشی شامل تجهیزات احیا اورژانس بیمار (بهتر است اتاقی برای نگهداری و آماده سازی تجهیزات بیهوشی وجود داشته باشد)
- حداقل یک خروجی اکسیژن، هوا و ساکشن مرکزی مجرا برای مادر و نوزاد و وجود اکسیژن و ساکشن پروتابل
- سیستم اعلام اورژانس (تلفن و ...)
- سیستم نوردهی مناسب (حداقل ۱۰۰ شمع)
- آئینه (برای بیماران تا در صورت تمایل تولد را مشاهده کنند)-اختیاری
- ساعت دیواری دارای ثانیه شمار
- تجهیزات مانیتورینگ قلب جنینی (FHR)
- واحد احیا و تثبیت نوزاد (با مشخصات ارائه شده در بسته خدمتی احیای نوزادان)
- سینک های اسکراب (موقعیت قرار گیری به صورتی که دیدن بیمار امکانپذیر باشد)
- ترالی های شامل داروها و تجهیزات لازم در درمان اورژانس مادر و نوزاد بصورت مجزا برای هر کدام (باید در اتاق زایمان وجود داشته باشد)
- تجهیزات لازم احیا قلبی ریوی (باید به آسانی در دسترس باشد)
- تجهیزات و اتاقی برای شستن وسایل
- تجهیزات و اتاقی برای استریل کردن وسایل (وسایل بایستی در یک اتاق جداگانه و یا در سیستم مرکزی بیمارستان آماده و استریل شوند)

مشخصات فیزیکی و تجهیزات اتاق پس از زایمان:

۱. مشخصات فیزیکی اتاق پس از زایمان: اتاق پس از زایمان در مراقبت‌های نوزاد سالم به صورت مجزا در نظر گرفته شده است و فضایی را فراهم می‌آورد که بتوان در ساعات اول پس از زایمان و تولد نوزاد با دقت

و امکانات بیشتری مراقبت‌ها را انجام داد و نقشی مشابه اتاق بهبودی پس از جراحی (Recovery) دارد. از نظر وضعیت قرار گیری این اتاق باید دارای یک ورودی از اتاق زایمان و یک خروجی برای انتقال به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد باشد. با این وجود در صورتی که به علت محدودیت‌ها وجود این اتاق در مرکزی امکانپذیر نباشد لازم است خدمات مربوط به این بخش با زمانبندی مناسب در واحد هم اتاقی مادر و نوزاد به انجام رسد.

- مساحت اتاق: بسته به حجم کاری مرکز در نظر گرفته میشود. فضای اختصاص یافته به هر تخت در اتاق پس از زایمان طبیعی - پس از سزارین) حدود ۷/۵ متر مربع در نظر گرفته میشود.

- ارتفاع تا سقف اتاق: حدود ۲۷۵ سانتیمتر

- نور اتاق: اتاق باید کاملا روشن باشند. (حداقل ۱۰۰ شمع بر فوت مربع در نظر گرفته میشود)

- حرارت اتاق: باید به گونه ای باشد که از سرما و لرز مادر و نوزاد جلوگیری کند. حرارت اتاق باید (طبق نظر سازمان بهداشت جهانی) حداقل 25°C یا بالاتر باشد تا از هیپوترمی بخصوص در LBW جلوگیری کند.

۲. تجهیزات مورد نیاز اتاق پس از زایمان:

- تجهیزات پایش علائم حیاتی

- ساکشن و تجهیزات مربوطه

- تجهیزات وارمر و گرم کننده نوزاد

- اکسیژن و تجهیزات تجویز اکسیژن

- تجهیزات لازم برای انفوزیون وریدی مایعات

- تجهیزات انجام احیا قلبی ریوی (باید به سرعت در دسترس باشد)

- وسایل معاینه لگن (در دسترس باشد)

مشخصات اتاقها در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد:

اتاق‌های این بخش باید برای هر مادر و نوزاد به صورت اختصاصی مورد استفاده قرار گیرد و به نحوی طراحی شود که مراقبت‌های نوزاد در آن به سهولت امکانپذیر بوده و مادر و نوزاد با هم در آن پذیرش شوند و لازم است حداقل تسهیلات زیر برای آن در نظر گرفته شود.

- سینک دستشویی

- توالت و حمام (بهتر است در هر اتاق وجود داشته باشد. در غیر اینصورت و لزوم استفاده از سرویس

عمومی باید بیماران بتوانند بدون نیاز به عبور از کریدور اصلی به توالت و حمام دسترسی داشته باشند)

- کات نوزاد قابل حمل

امکانات نقل و انتقال

در تمامی مراکز باید امکانات مناسب برای انتقال مادر و نوزاد به مراکز مجهزتر و تخصصی تر وجود داشته باشد تا در صورت بروز مشکلات پس از تثبیت بیمار مراحل اعزام بدون از دست رفتن وقت انجام شود. نقل و انتقال نوزاد باید طبق برنامه سطح بندی خدمات کشوری توسط بیمارستان های سطح ۳ با امکانات لازم انجام گیرد.

- آمبولانس
- تجهیزات حمایتی برای انتقال مادر و نوزاد

نیروی انسانی و کارکنان مورد نیاز

نیروهای مورد نیاز در مراقبتهای نوزاد سالم به ۳ دسته تقسیم میشوند:

۱. نیروها و کارکنان ارایه دهنده خدمات سلامت

▪ مدیران بخشها: برنامه های مراقبت نوزاد سالم باید با همکاری و هماهنگی رییس بخش ها و پرستاری بخشهای زنان و کودکان صورت گیرد. بنابراین روسای بخش اطفال (معمولا متخصص یا فوق تخصص در رشته کودکان)، زنان و زایمان (معمولا یک متخصص یا فوق تخصص در رشته زنان و زایمان)، پرستاری (ماما مسئول و سرپرستار) و مامایی (یک پرستار یا مامای با تجربه مدیریتی برنامه ریزی و فراهم آوردن امکانات) نظارت بر اجرای مراقبتها را به عهده دارند.

▪ متخصص زنان و زایمان: در تمام مدت ۲۴ ساعت شبانه روز یک متخصص زنان و زایمان، باید برای انجام سزارین اورژانسی یا مدیریت عوارض و مشکلات زایمان وجود داشته باشد.

▪ متخصص کودکان و نوزادان: در تمام مدت ۲۴ ساعت شبانه روز یک متخصص کودکان و نوزادان آنکال که بتواند در مدت حداکثر ۳۰ دقیقه از زمان اعلام نیاز بر بالین حاضر شود، باید وجود داشته باشد.

▪ متخصص بیهوشی: در تمام مدت ۲۴ ساعت شبانه روز یک متخصص بیهوشی، باید برای انجام سزارین اورژانسی یا موارد احتمالی دیگر وجود داشته باشد.

▪ نکته: در مناطقی که این امکانات فراهم نمی باشد، متخصص آنکال که حداکثر طی ۳۰ دقیقه در بیمارستان حاضر باشد، کفایت می کند.

▪ عامل زایمان: در تمامی زایمانها حضور یک پزشک یا مامای ورزیده با مهارت در انجام زایمان و مدیریت عوارض زایمان و عوارض نوزادی که از آن به عنوان عامل زایمان نام برده می شود، لازم است.

▪ عامل مراقبت نوزاد: در تمامی زایمانها حضور یک پرستار یا مامای دارای توانایی انجام

مراقبت‌های نوزاد سالم و در صورت نیاز آغاز عملیات احیا که از آن به عنوان عامل مراقبت نوزاد نام برده میشود، الزامی است.

توجه: وجود یک تیم همکار با قابلیت های چند گانه در هنگام زایمان می تواند وضعیت مناسبی از نظر نیروی انسانی برای انجام زایمان فراهم آورد. جدول زیر تعداد عوامل زایمان و مراقبت نوزاد لازم برای انجام مراقبت‌های نوزاد سالم را نشان میدهد. پرسنل مورد نیاز برای انجام زایمان و یا در صورت وجود وضعیت هایی که نیاز به مراقبت بیشتر دارند (زایمان و یا نوزاد دچار مشکلات می باشند) در اینجا ذکر نشده است.

| نوع مراقبت | تعداد مورد نیاز |
|---|---|
| مراقبت روتین نوزاد | انفر (پرستار/ماما) برای هر ۶ تا ۸ نوزاد |
| مراقبت هر دو مادر و نوزاد و شیر دهی | انفر (پرستار/ماما) برای هر ۳ تا ۴ مورد |
| مراقبت نوزادان بدون عارضه | انفر (پرستار/ماما) برای هر ۴ نوزاد |
| مراقبت زایمان بدون عارضه | انفر (پرستار/ماما) به ازای ۶ نفر |
| مراقبت‌های پس از سزارین بدون عارضه(ریکاوری) | انفر (پرستار/ماما) برای هر ۲ نفر |

۲. نیروها و کارکنان بخشهای پاراکلینیک

- در تمام ۲۴ ساعت باید پرسنل دارای توانایی تعیین گروه خون و کراس ماچ خون و آزمایش آنتی بادی در دسترس باشند.
- در تمام ۲۴ ساعت باید تکنسین رادیولوژی برای انجام رادیولوژی پرتابل در دسترس باشند.

۳. نیروها و کارکنان اداری و پشتیبانی

- وجود نیروی انسانی اضافی برای فعالیت های غیر مستقیم مراقبت بیمار لازم است. این گروه‌ها نیروهای خدماتی بخش‌ها، نیروهای اداری، دفتری و غیر از آن را شامل میشود. تعداد نیروهای مورد نیاز در این گروه بستگی به حجم کار و شرایط در هر مرکز متفاوت است.

بخش ۵

ضمانت، فرم‌ها و دستورالعمل‌ها

بخش های ضمیمه

۱. روش تماس پوست به پوست در ساعت اول عمر
بسمه تعالی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر

فروردین ۸۷

مقدمه:

آنچه در ساعت اول زندگی میگذرد بر بقاء و رشد کودک و رابطه آینده والدین با فرزند بسیار اثرگذار است. برای ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و هم چنین ایجاد و تحکیم دلبستگی مادرانه در نوزادان با وضعیت تثبیت شده؛ برقراری تماس پوست به پوست و تلاقی نگاه به محض تولد و فراهم کردن امکان شروع تغذیه با شیر مادر طی یک ساعت اول عمر، بسیار مؤثر است. این اقدام نه تنها در تسریع روند رشد جسمی و تکاملی نوزاد، بلکه در بقیه سنین نیز نقش بسزایی دارد. از طرفی تغذیه با شیر مادر طی ساعت اول زندگی سبب پیشگیری از ۲۲٪ موارد مرگ و میر نوزادان میگردد.

معمولاً «پیوند عاطفی (BONDING) نسبت به نوزاد، برای والدین از دوره بارداری آغاز شده و بعد از چند ماه انتظار با اولین تلاقی نگاه و تماس مستقیم با نوزاد؛ قویتر میشود. پیوند عاطفی ممکن است در بدو تولد و با دیدن نوزاد ظاهر شده و یا به مرور زمان و بعد از انس بیشتر با شیرخوار ایجاد شود. هرچه پیوند عاطفی با نوزاد زودتر

و قویتر شکل بگیرد، مراقبت از نوزاد دل‌پذیرتر و مطلوب‌تر می‌شود. به علاوه شیردهی و مادری کردن و تربیت فرزند با موفقیت بیشتری توأم می‌گردد و احتمال سوء رفتار با کودک کاهش می‌یابد. نهایتاً اقدامات فوق، روند ارتقاء تکامل کودک را تسریع نموده و استعدادهای بالقوه او را شکوفا می‌کند.

یکی از مهمترین عوامل در ایجاد این پیوند عاطفی مشاهده و شناخت واکنشهای نوزاد است. در جهت تحکیم هرچه سریعتر این پیوند عاطفی در معدود نوزادان بیماری که الزاماً از بدو تولد از مادر خود جدا شده‌اند نیز بایستی تمهیدات (تبصره ۵) لازم‌اندیشیده شود؛ تا پس از تثبیت شدن، هرچه سریعتر تماس پوست به پوست و تلاقی نگاه با والدین برقرار شده و تغذیه با شیر مادر وهم‌اتاقی مادر و نوزاد نیز شروع شود.

۱. اقداماتی که باید قبل از مرحله زایمان انجام گیرد:

- ۱,۱. در دوران بارداری، اهمیت و چگونگی شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی به مادرآموزش داده شود.
- ۱,۲. دستورالعمل «شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی» به پرسنل اتاق عمل و اتاق زایمان، قبل و حین خدمت آموزش داده شود.
- ۱,۳. جهت تسهیل در امر تغذیه با شیرمادر در ساعت اول عمر، مادر در هنگام زایمان، از لباس جلو باز استفاده نماید.
- ۱,۴. جهت حفظ بوی ترشحات غدد اطراف نوک پستان که جلب‌کننده نوزاد بطرف پستان است، از شستشوی پستان در اطاق زایمان و قبل از اولین تغذیه پستانی اجتناب شود.
- ۱,۵. بهترین و سالم‌ترین روش زایمان که به حفظ سلامت مادر و نوزاد و تغذیه از پستان و توان مراقبتی مادر کمک کند انتخاب شده و به مادرآموزش داده شود.
- ۱,۶. در صورت نیاز به استفاده از مسکن یا بیهوشی از کم‌عارضه و کم‌خطرترین آنها از نظر سلامت مادر و نوزاد و نیز از نظر تداخل با تغذیه با شیرمادر و مراقبت مادر از نوزاد استفاده شود. (تبصره شماره ۴)

۲. بایدها و نبایدهای حین و بعد از تولد نوزاد:

- ۲,۱. در شرایطی که زایمان طبیعی انجام می‌شود:
- ۲,۱,۱. مادر در اطاق زایمان بر اساس آخرین دستورالعمل‌ها از آزادی عمل کافی جهت برخورداری از امکان تحرک، خوردن، آشامیدن، حفظ محرمانگی و داشتن همراه آموزش دیده بهره‌مند باشد.

- ۲,۱,۲ دمای اتاق زایمان ۲۸-۲۵ درجه سانتیگراد و بدون کوران باشد .
- ۲,۱,۳ محیط اطراف مادر آرام بوده ، پرسرو صدا و شلوغ نباشد .
- ۲,۱,۴ نور اتاق ملایم باشد و هیچ نوری مانع تماس چشم با چشم مادر و نوزاد نشود .
- ۲,۱,۵ مادر در وضعیتی راحت قرار گرفته و از آرامش برخوردار باشد و در صورت امکان زیر سر مادر بالش قرار گیرد تا مادر بتواند با نوزاد تماس چشمی برقرار کرده ، ناظر حرکات نوزاد و تواناییهای او باشد. لازم بذکر است که فاصله کانونی دید نوزاد ۱۹ سانتی متر است و لذا با قرار گرفتن در این فاصله ، قادر به مشاهده صورت مادر می باشد .
- ۲,۱,۶ حتی الامکان از اقدامات تهاجمی چون اپیزیاتومی، به کار بردن فورسپس و واکيوم خودداری شود. در صورت انجام اپی زیاتومی و نیاز به ترمیم پرینه، همزمان با ترمیم آن از برقراری تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و تلاقی نگاه آن دو و تغذیه با شیرمادر اطمینان حاصل شود.
- ۲,۱,۷ در شرایط طبیعی که نوزاد بخوبی گریه کرده و نفس می کشد معمولاً بطور روتین نیازی به ساکشن دهان و بینی وجود ندارد .
- ۲,۱,۸ بلافاصله پس از خروج نوزاد از رحم، ضمن خشک کردن نوزاد ، سلامت وی سریعاً ارزیابی شده و نیاز به احیاء بررسی گردد و چنانچه سالم است (آلوده نبودن به مایع مکنونیوم، خوب گریه کردن، حرکت خودبخود، نارس نبودن) روی شکم یاسینه مادر قرار گرفته، خشک کردن ادامه یابد و در غیر این صورت جهت اجرای عملیات احیاء نوزاد زیر دستگاه وارمر (گرمای تابشی) قرار گیرد .
- ۲,۱,۹ خشک کردن نوزاد با پارچه گرم و خشک ، بلافاصله بعد از تولد شروع شده و از سر به طرف تنه و اندام ها به استثنای دست ها (از مچ به پائین) و بدون صدمه به ورنیکس انجام شود .
- ۲,۱,۱۰ از عبور دادن لوله از دهان و بینی نوزاد به منظور تخلیه محتویات معده ، بدون اندیکاسیون علمی اجتناب شود .
- ۲,۱,۱۱ برای حفظ گرمای بدن مادر و نوزاد و ادامه تماس پوستی آنان ، مادر و نوزاد با پوششی گرم و تمیز پوشانیده شوند.
- ۲,۱,۱۲ بند ناف ۳۰ تا ۱۲۰ ثانیه پس از تولد، با رعایت استریلیته قطع شود.
- ۲,۱,۱۳ در تمام طول مدت تماس ، به سلامت نوزاد ، دمای بدنش و اطمینان از عدم سقوط وی توجه نموده ، علائم حیاتی مادر هر ۱۵ دقیقه یکبار کنترل شود.
- ۲,۱,۱۴ امکان برقراری تماس چشمی مادر و نوزاد و تماس گونه به گونه، و بوسیدن نوزاد توسط مادر و زمزمه

و نجوای محبت آمیز و مقدس مادر در گوش نوزاد فراهم شود .

۲,۱,۱۵ نوزاد عریان باشد به نحوی که بر روی سینه مادر و بین پستان های او قرار گرفته و چشمان نوزاد در سطح نوک پستان های مادر قرار داشته باشد .

۲,۱,۱۶ در صورت لزوم به نوزاد کمک شود تا پستان را یافته و با استفاده از رفلکس جستجو، نوک پستان را همراه با هاله به دهان ببرد و اولین تغذیه بدون هیچ اجباری انجام شود .

۲,۱,۱۷ برای شروع مطلوب زندگی ، اولین تغذیه از پستان مادر ، برقراری روابط نوزاد و مادر و تداوم تماس آنان از اقداماتی چون تزریق ویتامین K و واکسن ، گرفتن اثرکف پا، توزین و سایر اقدامات غیر فوری تا یک ساعت خودداری شود .

۲,۱,۱۸ استحمام نوزاد در ۶ ساعت و ترجیحا» در ۲۴ ساعت اول زندگی انجام نشود .

۲,۱,۱۹ چنانچه علیرغم تماس یک ساعته نوزاد نتواند پستان رایافته و بگیرد، به او کمک شود تا پستان را گرفته و به دهان ببرد .

۲,۱,۲۰ تا زمانی که اولین تغذیه از پستان مادر صورت نگرفته است ، مادر از لیبر خارج نشود .

۲,۱,۲۱ در صورت امکان ، پدر نوزاد یا بستگان مونث درجه یک او در این مراقبت عاطفی شرکت داده شوند.

۲,۱,۲۲ اقدامات لازم جهت حفظ تعادل ذخائر آب و انرژی نوزاد انجام گردد (به تبصره های شماره ۲۰۱ مراجعه شود) .

۲,۱,۲۳ از اقدامات و عملیاتی که روند شیر خوردن نوزاد را مختل میکند، باید پرهیز نمود (تبصره ۳).

۲,۲ درشرایطی که اندیکاسیون سزارین وجود دارد:

۲,۲,۱. در صورتی که بی حسی ناحیه ای انجام شده باشد (استفاده از بی حسی ناحیه ای ارجح است)

۲,۲,۱,۱ در جهت عملی نمودن این دستورالعمل ، حضور پرسنل آموزش دیده و آگاه (ماما) ضروری است.

۲,۲,۱,۲ چنانچه از بیحسی ناحیه ای (اسپینال یا اپی دورال) استفاده می شود برای حفظ سلامت مادر و نوزاد و برقراری روابط عاطفی آنان، اقداماتی مشابه آنچه در مورد زایمان طبیعی ذکر شد، صورت گیرد .

۲,۲,۱,۳ چنانچه مادر و نوزاد از وضعیت پایداری برخوردارند ، پس از قطع بندناف ، نوزاد به مادر نشان داده شده ، تماس گونه به گونه و چشم در چشم مادر و نوزاد فراهم شود .

۲,۲,۱,۴ نوزاد از طرف سر مادر یعنی از سمت متخصص هوشبری و ضمن ادامه عمل جراحی ، در تماس پوست به پوست با مادر به نحوی نگه داشته و کمک شود که بتواند از پستان مادر تغذیه کند.

۲,۲,۲. در صورتیکه بیهوشی عمومی انجام شده باشد:

۲,۲,۲,۱ وقتی که مادر در محل (RECOVERY)، توانایی پاسخ گویی را پیدا می کند، اگرچه خواب آلود باشد؛ اولین تماس نوزاد با مادر توسط پرسنل آگاه حاصل شود.

۲,۲,۲,۲ تا زمانی که تماس پوست با پوست مادر و نوزاد برقرار نشده، نوزاد به بخش نوزادان منتقل نشود و در این مدت در شرایط مناسب از وی مراقبت شود.

۲,۲,۲,۳ تا زمانی که مادر از اتاق عمل خارج نشده، نوزاد با پارچه گرم، نرم و خشکی پیچیده شود تا به محض ورود مادر به بخش، تماس پوست به پوست مجدد با وی برقرار شده و در صورت آمادگی مادر و نوزاد ظرف مدت یک ساعت، تغذیه مستقیم از پستان مادر شروع شود.

۲,۲,۲,۴ چنانچه تماس پوست با پوست مادر و نوزاد امکان پذیر نباشد؛ تا زمانی که مادر از اتاق عمل خارج شود، پدر یا یکی از بستگان مونث درجه یک جهت گرم نگهداشتن نوزاد و آرامش بخشیدن به وی، زیر نظر پرسنل بخش، او را در آغوش بگیرند.

تبصره ۱: از شرایط و اقداماتی که منجر به کاهش آب بدن نوزاد می گردد، باید اجتناب شود:

ا. تهویه با هوا یا اکسیژن بدون رطوبت

ب. اقداماتی که منجر به گریه مکرر یا طولانی شود.

ج. قرار گرفتن مداوم زیر گرمای تابشی

د. ساکشن غیر ضروری دهان و معده

ه. اقداماتی که منجر به استفراغ شود

و. اقداماتی که منجر به تعریق شود

ز. افزایش تبخیر ناشی از حمام کردن

تبصره ۲: از شرایط و اقداماتی که منجر به مصرف ذخیره غذایی و انرژی نوزاد می شود، باید اجتناب شود:

- ا. هر آن چه منجر به گریه مکرر یا طولانی نوزاد شود .
- ب. هر آن چه که زمینه هیپوترمی یا هیپرترمی را ایجاد می کند .
- ج. اعمال دردناک و اقداماتی که منجر به گریه زیاد ، بلع هوا ، استفراغ ، تاکیکاردی و تاکی پنه گردد .
- د. هر آن چه کاتابولیسم طولانی را به همراه داشته باشد.
- ه. اقداماتی که افزایش ترشح طولانی مدت هورمونهای مربوط به تنش را به همراه دارد .
- و. انجام مکرر رفلکس مورو
- ز. تغذیه زمان بندی شده

تبصره ۳: از فراهم کردن شرایط و اقداماتی که ممکن است روند شیر خوردن را مختل کند، باید اجتناب نمود:

- ا. جدا شدن مادر و نوزاد به خصوص ، بلافاصله پس از تولد و یا روزهای اول
- ب. جا به جا کردن غیر ضروری نوزاد بلافاصله بعد از تولد، به منظور اندازه گرفتن وزن و قد و گرفتن اثر کف پا
- ج. استفاده از آنتی بیوتیک چشمی قبل از اولین تغذیه با شیر مادر
- د. ساکشن غیر ضروری
- ه. استفاده از گول زنک و سر شیشه
- و. زمان بندی کردن تغذیه
- ز. تعدد افراد مراقبت کننده
- ح. زیادی نور و سر و صدا
- ط. اقدامات دردناک
- ی. شیوه نادرست شیردهی
- ک. وضعیت نامناسب موقع شیر دادن

تبصره ۴: تسکین درد و بیهوشی (دستورالعمل متعاقبا) ارسال خواهد شد) .
تبصره ۵: دستورالعمل تمهیدات لازم برای نوزادانی که بدو تولد(بدلیل بیماری و...)از مادر جدا شده اند متعاقبا ارسال خواهد شد.

❖ **این دستورالعمل در جلسات متعدد کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر مورد بحث و بررسی قرار گرفته، و تأیید نهایی گردیده است.**

❖ **در تهیه این دستورالعمل از منابع زیر استفاده شده است:**

- ۱) شیر مادر /نوشته ریچارد ج. اسکنلر ؛ ترجمه دکتر پدram نیک نفس)
- 2) BREAST CRAWL: INITIATION OF BREASTFEEDING BY BREAST CRAWL
- 3) BABY – FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: JAN 2006
- 4) THERMAL PROTECTION OF NEWBORN – WHO 1997-
- 5) ABM CLINICAL PROTOCOL*15 ANALGESIA AND ANESTHESIA FOR THE BREASTFEEDING MOTHER - 2006
- 6) STRATEGIC GUIDANCE NOTE ON THE NEWBORN – UNICEF AND SAVE THE CHILDREN 2006
- 7) BASIC MATERNAL AND NEWBORN CARE – 2004
- 8) CARE OF THE NEWBORN - 2005

ضمیمه ۲ – هم اتاقی مادر و نوزاد یا رومینگ – این ۲,۱ تعاریف

در هم اتاقی مادر و نوزاد (rooming-in) مادر در زمان بیداری و هوشیاری از نوزاد خود بروی در رختخواب خود مراقبت می کند (bed-sharing). این اقدام با شیردهی موفق تر و طولانی تر و خواب با کیفیت بهتر نوزاد همراه است.

همتختی مادر و نوزاد (co-sleeping) مادر و نوزاد ممکن است در یک رختخواب بخوابند. این فرایند امر شیر دهی را تسهیل می کند.

۲,۲ منافع و مشکلات هم اتاقی مادر و نوزاد (رومینگ – این) :

- کمک به مادر برای شناخت بهتر رفتار و نیاز های نوزادش قبل از ترک بیمارستان، استحکام روابط عاطفی مادر- نوزاد با تداوم تماس مادر- نوزاد که از بدو تولد آغاز شده است.
 - امکان شیردهی بر حسب درخواست و نیاز کودک
 - افزایش مدت و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تامین اقامت ایمن برای مادر و نوزاد (با توجه به جدا نکردن آنها از یکدیگر و نیز کاهش تعداد افراد مداخله گر) و کاهش خطر عفونت بیمارستانی امکان آموزش مادر در شرایط معمول برای فراگیری مراقبت صحیح از نوزاد
 - مسائل و مشکلاتی که تا کنون برای این فرایند مهم گزارش شده است عمدتاً در باره امنیت و سلامت نوزاد بوده و در شرایط همتختی (co-sleeping) مادر و نوزاد و یا در شرایطی بوده که مادر بیمار است یا اختلالات هوشیاری دارد.
 - مشکلات سلامت نوزاد ناشی از گرمای بیش از اندازه محیط، پوشانیده شدن سر و صورت نوزاد و نوزاد در وضعیت خواب بروی شکم و صورت بوده است .
- در مجموع مسائل گزارش شده با سیاستگذاری صحیح بیمارستانی و با توجه و مراقبت افزوده به مادران نیازمند، قابل پیشگیری است (منبع: راهنمای هم اتاقی مادر- نوزاد یونیسف ۲۰۰۹).

۲,۳ سیاست های بیمارستانی برای تامین امنیت نوزاد در رومینگ-این ۲,۳,۱- گروه هدف:

- هر نوزاد سالم با سن جنینی برابر ۳۵ هفته صفر روز تا ۴۱ هفته و ۶ روز که با وزن تولد برابر یا بالای

- ۲۰۰۰ گرم متولد می شود. (بر طبق تعریف سطح یک خدمات مادر و نوزاد)
- نوزادان سالم با سن جنینی ۳۵ هفته یا بیشتر و با وزن بالاتر از ۱۸۰۰ گرم، در شرایط وجود امکان مراقبت مناسب از نوزاد ممکن است در رومینگ-این مراقبت شوند.

۲,۳,۲- پرسنل و امکانات توصیه شده :

- ویزیت روزانه پزشک
- یک پرستار برای ۶-۸ تخت نوزاد یا یک پرستار برای هر ۴ تخت مادر- نوزاد برای مراقبت و آموزش مادر
- حد اکثر ۴ تخت در هر اتاق

۲,۳,۴- در شرایط زیر مادر و نوزاد نیاز به مراقبت افزوده - همراه و پرستار - دارند:

- مادری که تحت بیهوشی عمومی بوده است
- مادری که به دلیل بیهوشی اسپینال قادر به حرکت نیست
- مادری که به دلیل دریافت درمان آرام بخش خواب آلوده است
- مادری که به دلیل بیماری - مانند فشار خون بالا، افت فشار خون به دلیل خونریزی شدید یا تشنج قادر به مراقبت ایمن از نوزاد خود نیست.
- چاقی مفرط مادر
- در صورت مصرف دارو های آرامبخش و اعتیاد مادر شرایط « هم تختی » توصیه نمی شود.

۲,۳,۵ موارد منع بستری نوزاد در بخش (رومینگ-این) ، بجز موارد که استثناء به دلیل قطعی عدم امکان ارجاع باشد:

- نارسى کمتر از ۳۵ هفته - بجز در شرایط مراقبت مادرانه آغوشی
- نوزاد بیمار
- بیماری همراه با ضعف / اختلالات هوشیاری مادر

۲,۳,۶ میزان مراقبت بر حسب وضعیت مادر، طبق دستور پزشک

- مداوم- هر ۱۰-۱۵ دقیقه یکبار طی مدت مشخص

- هر ساعت طی مدت مشخص

- چند ساعت یکبار

۲,۴ آموزش مادر در باره خوابیدن در کنار نوزاد

- بالش مادر طوری قرار گرفته باشد که از نوزاد دور باشد.
- مادر از قبل با مزایای تماس پوست به پوست آگاه شده باشد. این تماس باعث آرامش بیشتر و تثبیت دمای بدن نوزاد شده زمینه شیردهی موفق را ایجاد می کند. بدن نوزاد حین برقراری تماس پوستی نباید پوشیده باشد (پوشک = جوراب = کلاه کافست).
- طرز پستان گرفتن صحیح به مادر نشان داده شود.
- محیط طوری مهیا شود که خطر سقوط تصادفی یا پوشیده شدن سر و صورت نوزاد با پتو یا ملحفه وجود نداشته باشد.
- در صورت فوریت و نیاز به کمک، دسترسی آسان به پرسنل مهیا باشد. توضیح داده شود که چگونه اقدام کند.
- به مادر آموزش داده شود که بعد از ترخیص، در منزل:
- نوزاد ترجیحا با کودکان دیگر در رختخواب مشترک نخواباند.
- از مصرف دخانیات و مواد مخدر و مواد سمی در محل خواب نوزاد اجتناب ورزد
- اگر بسیار خسته است و یا بیمار است نوزاد را در رختخواب خود نخواباند.
- فضای مناسب برای اجتناب از سقوط نوزاد را در اطراف وی در نظر بگیرد.
- در صورتیکه نوزاد بروی سینه مادر نیست، روش خوابیدن مناسب را نشان داده شود.



- برای ایمنی بیشتر نوزاد، اگر نوزاد با شیر مادر تغذیه نمی شود، هنگام خواب رفتن مادر، در بستر مادر

خوابانیده نشود.

ضمیمه ۳- تامین امنیت و تعیین هویت نوزاد

کلیه بخش های نوزادان، رومینگ-این و بخش مراقبت ویژه نوزادان بایستی به گونه ای طراحی و اداره شوند تا خطر ربودن یا جابجایی نوزاد به حداقل برسد.

در هر مرکز تدوین یک برنامه عملی توسط مدیران جهت حفظ امنیت نوزاد و کنترل رعایت اصول امنیتی او ضروری است. این برنامه باید نکات زیر را در نظر بگیرد:

۱. کنترل رفت و آمد هایی که در بخش صورت می گیرد با تاکید بر کنترل ورود و خروج
۲. حفظ حریم خصوصی و اسرار خانواده
۳. حضور یک همراه آگاه هنگام زایمان و حتی الامکان در طول مدت اقامت
۴. کنترل از نظر عفونت، آلام دود، کنترل درجه حرارت، کپسول اتفا حریق، مددکاری در مورد نوزادان در معرض خطرات اجتماعی (والدین معتاد، تک والدی و دیگر مسائل اجتماعی.) و نحوه پشتیبانی از آنها
۵. برنامه مستند برای ثبت هویت نوزاد بروی میچ بند، دفاتر و چلرت های مربوطه و مطلع کردن والدین از روش تعیین هویت

۳,۱ هویت نوزاد

مشخصات نوزاد بایستی بلافاصله پس از زایمان و در هر صورت ، قبل از جدا کردن مادر و نوزاد برای انجام تزریقات روتین یا ارجاع ثبت شود:

۲. برگه ای جهت ثبت اطلاعات برای قرار دادن داخل نوار های پلاستیکی میچ بند (که بر میچ دست یا میچ پای نوزاد بسته میشود) نوزاد آماده کنید.
۳. برای هر نوزاد حد اقل یک نوار ثبت اطلاعات (میچ بند نوزاد) در نظر گرفته شود!
۳. حد اقل اطلاعات زیر حتما بر نوار میچ بند نوزاد درج شود:

۱. جنسیت نوزاد
 ۲. نام و نام خانوادگی مادر
 ۳. تاریخ و ساعت دقیق تولد
 ۴. شماره ی شناسایی نوزاد (که در پرونده مادر ثبت شود) یا شماره پرونده مادر
۱. تدبیر بهتر در نظر گرفتن دو نوار برای یک نوزاد است ، یک نوار بزرگسال برای مادر و یک نوار برای نوزاد برای نوزاد است. محتوای هر دو نوار عینا مشابه باشد.

۵. موارد دیگر بر حسب سیاست های زایشگاه : نام پزشک معالج / عامل زایمان - گروه خون مادر - نام خانوادگی پدر

۴. بایستی شماره شناسایی نوار اطلاعات مچ بند بر روی چارت مادر، نوزاد و دفتر اطاق زایمان ثبت شود. به کلیه پرسنل اطاق زایمان و بخش نرسری جهت تکمیل و نصب مچ بند نوزاد بایستی آموزش های لازم داده شود. جهت کاهش احتمال گم شدن مچ بند و یا جابجایی مچ بند ها بایستی از انواع مناسب و ایمن مچ بند های موجود انتخاب و خریداری کرد. مچ بند هایی که از پلاستیک نرم جهت بستن روی مچ دست یا مچ پای نوزاد ساخته شده اند باید به مسایل ایمنی توجه خاص شده است مثلا:

- قابل تطبیق به مچ نوزادان نارس هم باشد
- گیره آن براحتی باز نشود تا احتمال گم شدن آن کم شود
- نوشته های متن در داخل پوشش پلاستیکی قرار بگیرد تا از گزند رطوبت به آن صدمه نزنند.
- از آنجایی که طی یک الی دو روز بعد از تولد به علت کاهش ادم، اندازه ی مچ دست یا پا کوچکتر می شود ، مچ بند نوعی طراحی شده که سایز آن ها کوچکتر شده و کاملا محکم شوند تا احتمال گم شدن آن ها کمتر شود.
- از طرفی برای شناسایی نوزادان بد حال که به بخش مراقبت های ویژه منتقل می شوند و یا نوزادان پرترم که مچ دستشان بسیار کوچک است، بایستی در ثبت اطلاعات فوق و بستن مچ بند ها دقت لازم بعمل آید. پرستاران در هنگام پذیرش و ترخیص و هنگام هر انتقال یا خروج نوزاد از بخش جهت مشاوره بایستی نوار های ثبت اطلاعات را چک کنند .

۵.. شماره شناسایی و شماره پرونده مادر مندرج در مچ بند نوزاد باید در برگ چارت شیرخوار و پرونده شیرخوار در صورت بستری و انتقال نیز ثبت و در زمان ترخیص مادر و نوزاد با آن مقایسه و کنترل شود.

۶. در صورت مفقود شدن نوار مچ بند: پرستار مسئول نرسری یا رومینک - این و نرس یا مامای اطاق زایمان جهت کنترل اطلاعات، مسئولیت دارند که در صورت گم شدن نوار مچ بند ، نوار دیگری، مطابق با شماره ی قبلی مندرج در پرونده، صادر نمایند. این روند همیشه توسط دو پرستار یا ماما اجرا می شود. در صورت گم شدن نوار، روند صدور مجدد آن در برگه سیر بیماری توسط دو فرد پرستار / ماما توضیح داده شده در گزارش پرستاری ثبت شود و به دفتر پرستاری کتبا گزارش شود.

۷. برای نوزادان بدحال یا زمانی که بستن مچ بند به مچ دست یا پای نوزاد ممکن نیست ، مثلا در مورد نوزادان

بسیار کم وزن، بایستی نوار ثبت اطلاعات را به وارمر یا داخل انکوباتور نوزاد نصب شود.

۸. در صورت زایمان چند قلوبی به نکات زیر توجه شود:

۱. استفاده از کلامپ های متعدد به هر دو طرف بند ناف (طرف نوزاد و طرف جفت) در بدو تولد (قل ۲ یک کلامپ اضافه ، قل ۳ دو کلامپ اضافه ...)
۲. تهیه مچ بند ها که با هویت و ترتیب زایمان نوزادان مطابقت داشته باشد توسط مامای یا پرستار در اتاق عمل / زایمان
۳. کنترل تطبیق برچسب های نمونه های خون بند ناف با شماره های مربوط به هر قل

۹. زمان کوتاهی پس از تولد و قبل از جدا کردن مادر از نوزاد برای انجام مراقبت های معمول، برحسب سیاست های دانشگاه و مرکز :

۹,۱ اثر کف پای نوزاد (FOOT PRINT'S) ها ثبت شود

۹,۲ اثر انگشت سبابه راست یا چپ مادر بروی همان برگ ثبت شود

۱۰. در صورتی که وضعیت نوزاد اجازه می دهد و از نظر علائم بالینی مشکلی ندارد باید اجازه داد تا والدین نوزاد را در آغوش بگیرند و از او جدا نشوند.

۱۱. بهتر است هنگام اولین معاینه نوزاد که توسط ماما یا پزشک در بدو تولد و قبل از جدا کردن نوزاد از مادر انجام می شود، به علایم خاص (آنژیوم، خال ، و دیگر ویژگی های ظاهری نوزاد) توجه، و در صورت وجود، این علایم به والدین نشان داده شود و در برگ معاینه نوزاد نیز ذکر شوند. این ویژگی ها در صورت لزوم، کمک به شناسایی بعدی نوزاد می کند.

۱۲. قبل از ترک نوزاد از اتاق زایمان، نوار ثبت اطلاعات و گزارش زمان تولد حتما مقایسه گردد. ماما/ پرستار اتاق زایمان و پرستار رومینگ -این یا نرسری در زمان تحویل نوزاد به یکدیگر بایستی مشخصات، جنسیت و علائم نوزاد را در حضور هم دیگر کنترل کنند.

۱۳. در هر مورد انتقال نوزاد به بخش یا مرکز دیگر پرستار تحویل دهنده همراه با پرستار تحویل گیرنده موظف هستند اطلاعات مندرج بر مچ بند نوزاد را کنترل و گزارش کنند.

۳,۲ - برنامه ریزی جهت حفظ امنیت نوزاد

هر چندکه میزان کودک ربایی یا جابجایی غیر ارادی نوزاد زیاد شایع نیست ولی این امر مهم است ، می تواند پیامد های بسیار بدی را به همراه داشته باشد و پیگرد قانونی دارد، برای هر بیمارستان و زایشگاه تدوین خط مشی

عملی در این زمینه ضروریست :

۱. سیاستگزاری واحد های مربوطه جهت حمایت خانواده ها
۲. جهت برقراری امنیت فیزیکی محیط
۳. جهت آموزش والدین و همه پرسنل مربوطه

الف – سیاست های داخل بیمارستانی :

۱. هر واحد نگهداری نوزاد یا زایشگاه بایستی در جهت حفظ امنیت محیط و کاهش خطر ربهوده شدن نوزادان سیاست هایی تدوین کند. این سیاست ها شامل موارد زیر است:

۱. ثبت مشخصات نوزاد
 ۲. تعیین تدابیر امنیتی هنگام انتقال نوزاد به بخش یا مرکزی دیگر
 ۳. تعیین تدابیر امنیتی هنگام پذیرش نوزاد
 ۴. امنیت سیستم های الکترونیکی ثبت هویت نوزاد
 ۵. آموزش پرسنل
 ۶. آموزش والدین
۲. خط مشی و روش عملکرد و مسئولیت هر فرد برای مواجه شدن با فوریت ها در موارد زیر دقیقاً مشخص شوند و به اطلاع تمام پرسنل ذی ربط برسد:
- أ. در صورت کسب اطلاع از مفقود شدن یک نوزاد در بیمارستان یا زایشگاه
 - ب. در صورت یافتن نوزادی رها شده در محوطه بیمارستان
 - ج. برای مواجهه با بلایا و حوادث ناگهانی که نیاز به تخلیه فوری بخش یا ساختمان باشد، امنیت نوزاد چگونه حفظ شود و هر فرد مسئولیت چه کاری را بعهده بگیرد
 - د. در صورت عدم قبول والدین از پذیرش و نگه داری نوزادی که متولد شده است
 - ه. هنگام جدا کردن نوزاد از مادر جهت هر اقدام مراقبتی چگونه رفتار شود
 - و. برای آموزش و آگاهی والدین و پرسنل ذی ربط
۳. محلی که از نوزادان نگه داری می شود از پلکان و آسانسور عمومی بیمارستان دور باشد

۴. ساعات ملاقات محدود شود و ملاقات طولانی تر فقط برای والدین ، پدر و خواهر و برادر نوزاد امکان پذیر باشد. مشخص شود که چگونه پرسنل پرستاری توجه خاص خود را، مخصوصا در ساعات ملاقات عمومی به مادران بدون همراهی که امکان مراقبت از نوزاد خویش را ندارند، داشته باشد.
۵. حتی الامکان هر مادری که برای زایمان جهت بستری مراجعه می کند درطول بستری همراه (بالغ و مونث) داشته باشد که در صورت عدم امکان مادر، بطور مداوم از نوزاد مراقبت کند.
۶. جهت پرسنل واحد های نوزادان :
 ۱. کارت های شناسایی عکس دار استاندارد تهیه و در قسمت بالای بدن/سینه نصب گردد تا به خوبی برای مادر که در وضعیت خوابیده قرار دارد قابل رویت باشد
 ۲. نام ، نام خانوادگی و سمت پرسنل کاملا خوانا و واضح بر روی کارت چاپ شده باشد
 ۳. حتی الامکان کارت هر واحدی با کارت مخصوص و رنگ اختصاصی مشخص گردد و این مشخصات به والدین و پرسنل شناسانده شود

ب آموزش پرسنل و والدین

آموزش پرسنل، آموزش والدین و کنترل ورودی بخش ، سه عامل کلیدی پیشگیری از کودک ربایی شناخته شده اند.

۱. کلیه پرسنل در شروع به کار باید آموزش های لازم جهت حفظ امنیت نوزاد را بیاموزند و هر ساله آموزش ها تکرار و به روز آورده شود
۲. کلیه پرسنل و پزشکان بخش و اتاق زایمان باید دارای کارت شناسایی باشند و این کارت بروی سینه آنها نصب قابل رویت باشد.
۳. بسیاری از ربایندگان از جنس مونث و متاهل هستند، ولی هر سنی را ممکن است داشته باشند. (سنین مشاهده شده: ۱۴ تا ۶۰ ساله). ممکن است از اقوام بیماران یا پرسنل بیمارستان (بدون شک و آگاهی پرسنل از قصد این فرد برای کودک ربایی) باشند و یا اینکه حضور خود را برای انجام امور خیریه توضیح دهند. اغلب آنها قبل از اقدام به کودک ربایی چند بار به آن مرکز مراجعه کرده و اغلب با پرسنل قبلا صحبت کرده اند. طراحی کودک ربایی معمولا با قصد قبلی و پس از برنامه ریزی کلی قبلی و شناخت محل صورت می گیرد.

۳،۳ آموزش والدین :

بیش از نیمی از کودک ربایی ها در اطاق مادر رخ می دهد ، لذا آموزش و آگاهی والدین مهم است . این آموزش

ها بهتر است بطور نوشتاری بصورت پمفلت های آموزشی و نیز بطور شفاهی طی کلاس های آمادگی زایمان و سپس در همه مراحل انجام پذیرد:

- ا. اطلاع رسانی حین برگزاری کلاس های پری ناتال
- ب. آگاهی والدین قبل از پذیرش در غالب تکمیل فرم های مربوطه از والدین سوال شود که:
 - چه کسی مادر را طی بستری همراهی میکند
 - در صورت نیاز، به چه کسی اجازه همراهی نوزاد را (در شرایطی که مادر امکان آن را ندارد) داده شود.
- ج. اطلاع رسانی در زمان پذیرش در بخش
- د. تهیه پوستر های مربوط به اطلاعات امنیتی نوزاد و نصب آن در مراکز مراقبت مادر و نوزاد

۳,۳,۱ حین بستری والدین بایستی توجه نمایند که :

۱. نوزاد را تنها به پرسنل پرستار و بهیار دارای کارت شناسایی تحویل دهند
۲. هنگام جابجایی نوزاد از اطاق مادر توسط هر فردی حتی الامکان وی را همراهی کنند
۳. هرگز نوزاد را (مثلا برای رفتن به دستشویی یا قدم زدن) تنها رها نکنند
۴. نوزاد باید در دید مستقیم مادر یا پرسنل بخش نگهداری شود
۵. به هر مادری آموزش داده شود که به هیچ فرد حتی ملاقات کنندگان تخت های مجاور اجازه ندهد که نوزادش را از کنارش بردارد. در زمان استراحت، چرت زدن یا حمام کردن نوزاد را به پرسنل یا همراه خود بسپارد.
۶. تخت نوزاد را دور از در خروجی اطاق و خروجی بخش بگذارد.
۷. اجازه تماس با نوزاد خود را به هر شخصی که تحت عنوان کارمند بیمارستان معرفی شده ولی کارت شناسایی ندارد و یا هر غریبه ای که وارد اطاق می شود، بدون ضمانت پرستار مسئول بخش ندهد.
۸. مشخصات فیزیکی نوزاد را مثل علائم فردی نوزاد مانند حالت لکه های مغولی حالت موی سر، خال ها و غیره را به خاطر بسپارد، زیرا جهت شناسایی بعدی بسیار کمک کننده است.

۳,۳,۲ پس از ترخیص :

برای پس از ترخیص، به والدین بیاموزید :

۱. کودک خود را هرگز تنها و بدون همراه رها نکنند
۲. هرگز کودک خود را به افراد غریبه نسپارند
۳. حتما افرادی را که تحت عنوان پرسنل بهداشتی حین مراقبت های سرپایی قصد مراقبت از نوزاد را دارند دقیقاً شناسایی کنند

1. Application of infant I.D. Bracelet in the event of loss of original I.D. Bracelet
2. Boston Medical Center (policy and procedure manual)
3. Assessing the needs of your facility (Sandra K. Cesario, RNG, PhD)
4. guide of perinatal care “fifth Edition” -197 page 50
5. Exempla : Lutheran MEDICAL CENTER
6. United States Patent, Goodin et al.
7. United States Patent Mc Dermott

ضمیمه ۴ - دوشیدن شیر / وضعیت مادر برای شیردهی و مراقبت از پستان

تنظیم : سوسن سعدوندیان

اداره کودکان , وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دوشیدن شیر مادر

در اقدام پنجم از ده اقدام دوستدار کودک، آموزش چگونگی حفظ تداوم شیردهی به مادر ذکر شده است تا حتی هنگام جدایی مادر و شیرخوار، تولید شیرمادر حفظ شود. آموختن دوشیدن دستی شیر برای مادر در بسیاری موارد مفید است. از جمله :

- هنگام جدایی مادر و شیرخوار مثل بیماری هر یک از آنان و یا اشتغال به کار مادر خارج از منزل
- عدم توانایی نوزاد کم وزن برای تغذیه مستقیم از پستان مادر
- برای تغذیه نوزاد بیماری که نمی تواند خوب بمکد.
- پیشگیری از نشت شیر از پستان، هنگام دور بودن مادر و شیرخوار
- کمک به شیرخوار که پستان پر را بگیرد.
- کمک به وضعیت سلامت پستان مثل احتقان
- تسهیل مرحله انتقال به سایر روش های تغذیه و یا شیر مادر دوشیده شده و گرم شده

تحریک کردن رفلکس اکسی توسین

مادر قبل از دوشیدن شیر باید به جاری شدن شیرش با تحریک رفلکس اکسی توسین کمک کند. هنگام مکیدن شیرخوار رفلکس اکسی توسین تحریک می شود. اما زمانی که مادر شیرش را می دوشد، این رفلکس مثل موقعی که کودک پستان را می مکد، عمل نمی کند. بنابراین مادر نیاز دارد بداند چگونه به تحریک رفلکس اکسی توسین خود کمک نماید، یا ممکن است برای دوشیدن شیرش مشکل داشته باشد.

- از لحاظ روانی به طرق زیر به مادر کمک کنید : ایجاد اعتمادبنفس، کاهش درد و اضطراب مادر و کمک به او که فکر و احساس خوبی نسبت به کودکش داشته باشد .

- به مادر کمک عملی کنید. از جمله:

- توصیه و کمک کنید تا در جای خلوت و آرام و یا در محلی که توسط نزدیکانش حمایت می شود،

بنشینند. بعضی از مادران در بین گروهی از مادران شیرده که شیرشان را می دوشند، بهتر قادر به انجام این امر هستند

- اگر امکان دارد شیرخوار را بغل کند، بطوری که تماس پوست با پوست با او داشته باشد. او می تواند طفل را روی دامن خود بگذارد و شیرش را بدوشد. اگر این کار ممکن نیست می تواند به او نگاه کند. حتی گاهی اوقات نگاه کردن به عکس کودک نیز کمک کننده است
- پستان هایش را گرم کند. مثلاً از کمپرس گرم، یا آبگرم و یا دوش آبگرم استفاده کند و برای پیشگیری از سوختگی بهتر است ابتدا دمای آب را کنترل نماید .
- نوک پستان هایش را تحریک کند. او به آرامی می تواند نوک پستان هایش را به خارج یا بطور دورانی به بیرون بکشد.
- پستان هایش را ماساژ دهد و یا به آرامی ضربه بزند. برخی زنان لمس ملایم پستان ها را با نوک انگشتان یا شانه مفید می دانند. برخی دیگر با غلتاندن ملایم مشت بسته خود روی پستان موفق شده اند.
- از کسی که به مادر کمک می کند، بخواهید که پشت او را ماساژ دهد.

ماساژ دادن پشت مادر به روش زیر، رفلکس اکسی توسین را تحریک می کند.



به این ترتیب که مادر بنشیند و به جلو خم شود و بازوان خود را روی میز بگذارد و سرش را روی بازوی خود قرار دهد، در این حالت پستان هایش شل و آویزان می شوند. شخص کمک کننده باید در حالی که دستش را مشت کرده با انگشتانش پشت مادر (اطراف ستون فقرات) را بطرف پایین و با حرکات ملایم و چرخشی ماساژ دهد. بطوری که هر دو طرف ستون فقرات را از گردن بطرف شانهها به مدت ۲-۳ دقیقه مالش دهد.

دوشیدن شیر با دست

مفیدترین طریق دوشیدن شیر برای مادر، دوشیدن با دست است که نیاز به هیچ وسیله ای ندارد و مادر می تواند در هر جا و در هر زمانی که نیاز دارد، این کار را انجام دهد. اگر نحوه دوشیدن را به مادر نشان می دهید در صورت امکان روی پستان های خود این کار را انجام دهید تا مادر نیز از شما یاد بگیرد. اگر برای نشان دادن محل فشار روی پستان های مادر ناچار هستید آنها را لمس کنید خیلی با ملایمت این کار را انجام دهید.

نحوه آماده کردن ظرف برای دوشیدن شیر

- لیوان، فنجان، پارچ و یا شیشه دهان گشادی را انتخاب کنید.
- آن ها را با آب و صابون بشویید. (می توان این کار را روز قبل انجام داد)
- قبل از دوشیدن، آب درحال جوش را داخل ظرف ریخته و چند دقیقه صبر کنید، آب درحال جوش اکثر میکروب ها را از بین می برد.
- وقتی که برای دوشیدن آماده گی پیدا کردید، آب فنجان را خالی کنید .

چگونگی دوشیدن شیر با دست

- به مادر یاد بدهید که خودش این کار را انجام دهد. شما شیرش را ندوشید. فقط برای نشان دادن روش دوشیدن، پستان او را لمس کنید. ملایم رفتار کنید.
به او یاد بدهید که:
- دست هایش را تمیز بشوید.
- راحت بنشیند و یا بایستد و ظرف را نزدیک پستانش قرار دهد.
- انگشت شست را روی پستان و بالاتر از آرئول و نوک پستان و انگشت اشاره را در زیر پستان، عقب تر از نوک و آرئول قرار دهد و با بقیه انگشتانش پستانش را نگهدارد.
- در این حالت انگشت شست و اشاره را بطرف قفسه سینه فشار دهد. او نباید زیاد فشار بیاورد، ممکن است مجاری شیر مسدود شوند.
- قسمت عقب نوک پستان و آرئول را بین انگشت شست و انگشت دیگر فشار بدهد. او باید روی مجاری بزرگ شیر که در زیر آرئول قرار دارند، فشار بیاورد. گاهی اوقات در پستان های پر شیر ممکن است، این مجاری بصورت برجستگی هایی حس شوند. اگر مادر آنها را احساس کرد، می تواند آنها را بدوشد.
- پستان را فشار بدهد و رها کند و این عمل را تکرار کند.
- این عمل نباید دردناک باشد. اگر مادر احساس درد کرد، تکنیک غلط است. در مرحله اول شیر خارج نمی شود، ولی بعد از چند بار تکرار کردن، شیر قطره قطره شروع به بیرون آمدن می کند. اگر رفلکس اکسی توسین (بازتاب جهش) فعال باشد، شیرفواره می زند.
- باید این عمل در جهات مختلف آرئول تکرار شود تا تمام قسمت های پستان دوشیده شود.
- نباید نوک پستان را فشار داد. چون با فشار دادن نوک پستان یا کشیدن آن، شیر خارج نمی شود. مانند این است که کودک فقط نوک پستان را بمکد. حرکت انگشتان باید بیشتر بصورت غلتاندن (rolling) باشد.
- هر یک از پستان ها را باید به مدت ۳-۵ دقیقه، تا زمانی که جریان شیر کند شود، دوشید. سپس پستان طرف دیگر دوشیده شود. این کار را می توان با دست دیگر انجام داد. اگر مادر خسته شد دستش را عوض کرده و با دست دیگر این کار را تکرار نماید.
- توضیح دهید برای آنکه عمل دوشیدن پستان صحیح و کامل انجام شود، لازم است پستان ها را به قدر کافی و به مدت ۲۰-۳۰ دقیقه، بویژه در چند روز اول که مقدار کمی شیر ترشح می شود. بدوشد. مدت دوشیدن در سایر موارد بستگی به علت دوشیدن شیر دارد.

تصویر: چگونگی دوشیدن شیر با دست

- الف) انگشت شست و سایر انگشتان را دو طرف آرنول قرار بدهید و بطرف داخل قفسه سینه فشار بدهید .
ب) پشت نوک پستان و آرنول را بین انگشت شست و سایر انگشتان فشار بدهید .
پ) برای تخلیه همه قسمت های پستان در جهات مختلف فشار بدهید .



(ب) پ)

(الف)

چند وقت یکبار شیر مادر باید دوشیده شود
پاسخ این سؤال بستگی دارد به اینکه شیر به چه منظوری دوشیده می شود. اغلب به دفعاتی که شیرخوار شیر می خورد باید شیر دوشیده شود:

- برای برقراری شیردهی به منظور تغذیه شیرخوار کم وزن یا بیمار:

مادر باید در صورت امکان در روز اول و در اولین فرصت ممکن پس از زایمان ، شیرش را بدوشد. در ابتدا ممکن است فقط چند قطره کلستروم را بدوشد اما این کار به شروع تولید شیر در پستان ها کمک می کند درست به همان طریقی که مکیدن زود هنگام پستان توسط شیرخوار بعد از زایمان ، به شروع تولید شیر کمک می کند.

به دفعاتی که شیرخوار باید در روز شیر بخورد ، مادر هم باید هر چقدر می تواند، شیرش را بدوشد. این کار باید حداقل ۳ ساعت یکبار و در تمام طول شبانه روز انجام شود. اگر مادر شیرش را به دفعات کم بدوشد و یا فواصل زمانی میان دوشیدن شیرش زیاد شود، قادر نخواهد بود شیر کافی تولید کند .

- برای حفظ تولید شیر به منظور تغذیه شیرخوار بیمار :
مادر باید حداقل هر ۳ ساعت یکبار شیرش را بدوشد .
- برای برقراری تولید شیر ، اگر بنظر می آید که بعد از چند هفته تولید شیرش کم شده است :
چند روز به دفعات مکرر (هر دو ساعت یا هر یک ساعت یکبار) و شب ها نیز حداقل هر ۳ ساعت یکبار مادر باید شیرش را بدوشد .
- برای تامین شیر به منظور تغذیه شیرخوار ، هنگامی که مادر سر کار است :
مادر تا حد امکان قبل از اینکه سر کار برود باید شیرش را بدوشد و برای شیرخوار کنار بگذارد. دوشیدن شیر ، هنگام حضور مادر در محل کار نیز برای کمک به حفظ تولید شیر بسیار اهمیت دارد.
- برای تسکین و تخفیف علائمی نظیر پری و احتقان پستان ها و نشت شیر از آن ها در محل کار :
مادر فقط در حد لزوم و تسکین و تخفیف پستان ها شیرش را بدوشد .

زمان دوشیدن

- چنانچه شیرخوار قادر به مکیدن نباشد مادر باید بعد از زایمان به محض امکان و ترجیحا» در ۶ ساعت اول دوشیدن را شروع نماید.

مدت دوشیدن

- طول مدت دوشیدن به علت دوشیدن بستگی دارد:
- اگر آغوز را برای نوزادی که قادر به مکیدن نیست می دوشند ممکن است ۱۰-۵ دقیقه دوشیدن لازم باشد تا یک قاشق مرباخوری آغوز به دست آید. توجه داشته باشید که معده نوزاد خیلی کوچک است و هر ۲-۱ ساعت آغوز به مقدار کم تمام نیازهای او را برطرف می کند.
- اگر دوشیدن برای افزایش تولید شیراست ۲۰ دقیقه حداقل ۶ بار یا بیشتر در ۲۴ ساعت بدوشند که حداقل یکبار آن در شب باشد. بنابراین کل مدت دوشیدن در شبانه روز حداقل ۱۰۰ دقیقه خواهد بود.
- چنانچه مادر می خواهد آرئول را نرم کند که شیرخوار آنرا بگیرد ممکن است نیاز به ۳ یا ۴ بار فشردن داشته باشد.
- چنانچه مادر در حال بازکردن یک مجرای مسدود است فشردن و ماساژ باید تا برطرف شدن توده انجام شود.

- چنانچه بعد از دوره نوزادی است و مادر شیرش را می دوشد تا وقتی در محل کار می باشد آنرا به شیرخوار بدهند، طول مدت دوشیدن به جریان شیر و مقدار شیر مورد نیاز شیرخوار بستگی دارد. بعضی از مادران ۱۵ دقیقه و بعضی ۳۰ دقیقه وقت برای دوشیدن صرف می کنند.

- مادر می تواند یک پستان را بدوشد و از پستان دیگر شیرخوار را تغذیه کند.

- شیرخواران نارس و بعضی از شیرخواران بیمار ممکن است در ابتدا فقط مقدار کمی شیر برداشت کنند. آنها را تشویق کنید که مکرر و کم کم آغوز را دریافت نمایند. حتی مقدار کم شیر نیز مفید خواهد بود و همان مقدار کم را که مادر می دوشد نباید هدر بدهد.
- ممکن است با دوشیدن فقط چند قطره آغوز بدست آید. این قطرات برای شیرخوار ضروری و حیاتی است. مادر می تواند آنرا در یک قاشق، فنجان کوچک یا مستقیماً داخل دهان شیرخوار بدوشد. بنابراین هیچ قطره ای از آغوز هدر نمی رود. یک راه مفید این است که وقتی مادر آغوز را می دوشد فرد دیگری آنرا با سرنگ بکشد. یک سی سی شیردر یک سرنگ کوچک زیاد بنظر می رسد.

نکات قابل توجه:

- موقع آموزش شیردهی به مادر لازم نیست که کارکنان بهداشتی درمانی پستان مادر را لمس کنند.
- ممکن است قبل از اینکه مقدار زیادی شیر خارج شود چند بار دوشیدن لازم باشد لذا اگر در دوشیدن های ابتدایی شیرنیاید یا کم بیاید مادر نباید نگران شود. با تمرین عملی شیر بیشتری بدست خواهد آمد.
- به مادر شرح دهید نوک پستانش را ندوشد. فشردن یا کشیدن نوک پستان به خروج شیر منجر نخواهد شد. بعلاوه این عمل دردناک است و به نوک پستان صدمه می رساند.
- مادر نباید موقع دوشیدن و فشار دادن پستان، برای خارج کردن شیردستش را روی پستان بلغزاند یا آنرا مالش دهد. چون پستان صدمه می بیند.
- با تمرین عملی ممکن است مادر این مهارت را بدست آورد که هر دو پستان را هم زمان بدوشد.
- چنانچه مادر هم می دوشد و هم شیرخوار بزرگتر خود را شیر می دهد (مثلاً وقتی مادر شاغل است) توصیه کنید اول بدوشد و بعد شیر بدهد. شیرخوار قادر است شیرچرب انتهایی را از عمق پستان خارج نماید و مؤثرتر از دوشیدن عمل می کند.
- دوشیدن نباید منجر به صدمه پستان شود. چنانچه مادر صدمه دید تکنیک های فوق را چک کنید و دوشیدن او را مشاهده نمایید.

نحوه تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده شده

- اگر شیرخوار نتواند از پستان بمکد می توان او را به طرق زیر تغذیه کرد:

- لوله بینی معده یا دهانی معده ای

- سرنگ یا قطره چکان

- قاشق

- دوشیدن مستقیم در دهان

- فنجان

باید براساس شرایط هر مادر و شیرخوار تصمیم گرفت که چطور شیرخوار تغذیه شود:

- تغذیه با لوله معده برای شیرخواری که نتواند بمکد و بلعد استفاده می شود.

- سرنگ یا قطره چکان برای دادن مقادیر خیلی کم شیر (مثلاً آغوز) استفاده می شوند. مقدار خیلی کمی

شیر (کمتر از ۰/۵ سی سی در هر بار) در داخل گونه شیرخوار وارد کنید و اجازه دهید قبل از آنکه مقدار بیشتری

بدهید آنرا بلعد. (چنانچه سرنگ در وسط زبان شیرخوار گذاشته شود و شیرخوار آمادگی بلع نداشته باشد خطر

ریختن ناگهانی شیر در ته حلق شیرخوار را دارد. بعضی از شیرخواران سرنگ را نیز مثل سرشیشه می مکند، اگر

در مرکز دهانشان قرار گیرد. اما به این طریق ممکن است بیشتر از توان بلعیدن شیرخوار شیر به دهانش وارد شود

و برای او از آموختن مکیدن پستان مشکل تر باشد.)

- تغذیه با قاشق شبیه تغذیه با سرنگ است که شیر به مقدار خیلی کم به شیرخوار داده می شود. شیرخوار

نمی تواند جریان شیر را کنترل کند. بنابراین اگر سریع داده شود خطر آسپیراسیون وجود دارد. دادن مقادیر زیاد شیر

باقاشق نیز وقت زیادی می گیرد و ممکن است شیرخوار یا تغذیه کننده او قبل از اتمام شیر خسته شوند. چنانچه

از قاشق بزرگ استفاده شود مشابه تغذیه با فنجان است.

- دوشیدن مستقیم در دهان شیرخوار ممکن است شیرخوار را تشویق به مکیدن کند. بعضی از مادران قادرند

با این روش شیرخوار دارای شکاف کام را تغذیه کنند.

- در تمام روش های بالا فرد شیردهنده تصمیم می گیرد که شیرخوار چه مقدار و با چه سرعتی شیر را می

بلعد.

تغذیه فنجانی

- اگر شیرخوار نتواند پستان را بمکد یا کاملاً خود را سیر کند ولی توان بلع داشته باشد از تغذیه فنجانی

استفاده می شود. ممکن است شیرخوار نتواند پستان را خوب بگیرد و کمی بمکد ولی زود خسته شود. یک

- شیرخوار باسن داخل رحمی ۳۳-۳۰ هفته را می‌توان با فنجان تغذیه کرد.
- تغذیه فنجانی منافعی دارد که برتر از روش‌های دیگر است:
 - برای شیرخوار خوشایند است چون خشونت و تهاجم مثل لوله گذاری ندارد.
 - به شیرخوار اجازه می‌دهد از زبانش برای یادگیری طعم‌ها استفاده کند.
 - هضم شیرخوار را تحریک می‌کند.
 - هماهنگی تنفس / مکیدن / بلعیدن را تشویق می‌کند.
 - باید شیرخوار را بغل کرد و لذا امکان تماس چشمی بوجود می‌آید.
 - به شیرخوار اجازه می‌دهد که سرعت و مقدار شیر را کنترل کند.
 - تمیز نگه داشتن فنجان راحت تر از شیشه و سرشیشه است.
 - می‌تواند روش واسطه‌ای یا انتقالی برای تغذیه پستانی باشد نه آنکه شکست در شیردهی تلقی شود.
- ممکن است تغذیه فنجانی مضراتی نیز داشته باشد:
 - اگر شیرخوار شیر را به خوبی نخورد، شیر به هدر می‌رود.
 - اگر شیرخوار رسیده مرتباً به پستان گذاشته نشود ممکن است فنجان را ترجیح دهد.
 - ممکن است به جای پستان از تغذیه فنجانی استفاده شود چون آسانتر است. برای مثال ممکن است پرستار بخش مراقبت ویژه به جای صدازدن مادر و کمک به او که نوزاد کم وزن را از پستان شیر دهد، از تغذیه فنجانی استفاده کند.
- مقدار شیری که شیرخوار استفاده می‌کند از وعده‌ای به وعده دیگر فرق می‌کند که البته با هر روش تغذیه‌ای چنین است. چنانچه شیرخوار در یک وعده کمتر شیر خورده، دفعه بعد زودتر او را شیر بدهید. بخصوص اگر شیرخوار علائم گرسنگی نشان دهد. مصرف شیر ۲۴ ساعته را یادداشت کنید و به وعده‌ها نگاه نکنید. چنانچه شیرخوار بدلیل ضعف نتواند همه نیازش را از فنجان بنوشد از لوله معده هم استفاده کنید.
- چنانچه مادر به تغذیه فنجانی آشنا نیست می‌توان اطلاعات لازم را به او داد. لازم است مادر نحوه تغذیه فرزندش با فنجان را مشاهده کند. او باید اعتماد به نفس پیدا کند که خودش آنرا انجام دهد.
- فنجان مثل شیشه و سرشیشه نیاز به استریل کردن ندارد. روی آن باز است. درونش صاف و مسطح است و با شستن با آب داغ و صابون تمیز می‌شود. از مصرف لیوان‌های ناودان دار سفت که ممکن است باکتری‌ها به آنها بچسبند و سبب رشد میکروب‌ها شوند، اجتناب کنید.
- شیرخواری که با لوله معده تغذیه می‌شود می‌تواند پیشرفت کند و به تغذیه با فنجان و سپس به تغذیه کامل

پستانی انتقال یابد. لزومی ندارد در سیر تکاملی اش یاد بگیرد که با شیشه و سرشیشه تغذیه شود.

نحوه تغذیه شیرخوار با فنجان

شیرخوار را در حالت نشسته یا نیمه نشسته در بغل خود داشته باشید. پشت، سر و گردن او را به خود تکیه دهید. پیچیدن او در یک پارچه کمک می کند که پشت او حمایت شود اما دستهایش باید بیرون باشد.

- فنجان کوچک شیر را در تماس با لب او قرار دهید.

- فنجان را به آرامی روی لب تحتانی او قرار دهید بطوری که لبه های آن با قسمت خارج لب بالا تماس یابد.

- فنجان را کج کنید تا شیر با لب شیرخوار تماس پیدا کند. شیرخوار هشیار می شود و دهان و چشمش را باز

می کند. شیرخوار نارس با زبان شیر را بدهان می برد.

- شیرخوار رسیده ، می مکد و مقداری را هم می ریزد.

- شیر را درون دهان او نریزید و با نگهداشتن فنجان شیر در تماس با لب او اجازه دهید خودش آنرا مصرف کند. وقتی به اندازه کافی مصرف کرد دهانش را می بندد و بیشتر نمی خورد.

چنانچه مقدار محاسبه شده را مصرف نکند ممکن است وعده بعد مصرف کند یا باید دفعات بیشتری او را تغذیه کنید. به مقدار مصرف یک وعده نگاه نکنید بلکه مقدار ۲۴ ساعته را محاسبه کنید.

سیستم مکمل رسان یا کمک پستان

- این وسیله برای اطمینان از اینکه شیرخوار شیر کافی دریافت می کند مفید است در حالی که به مکیدن پستان به مدت طولانی تر تشویق می شود یا اگر شیرخوار مکیدن ضعیف دارد، استفاده از این وسیله کمک کننده است. برای استفاده از این سیستم باید شیرخوار قادر به گرفتن پستان و مکیدن باشد.
- این وسیله اجازه می دهد در حالی که شیرخوار به پستان گذاشته شده است ، شیر اضافی را هم دریافت کند. بنابراین پستان برای تولید شیر تحریک می شود. شیرخوار به مکیدن تشویق می شود و تماس و نزدیکی مادر و شیرخوار را ممکن می سازد.

- می توان این وسیله را خرید یا در منزل درست کرد.
- در نوع خانگی شیر را درون فنجان ریخته، لوله ظرفی از یک طرف در شيرواز طرف ديگر روی پستان قرار گرفته و به دهان شیرخوار هدایت می شود. همچنان که شیرخوار پستان را می مکد شیر کمکی را نیز از لوله دریافت می کند.
- بلافاصله بعد از هر بار استفاده لوله را با آب خوب بشوئید و استریل کنید. بخصوص که شیرخوار بیمار یا نارس باشد و برای شیرخوار بزرگتر و سالم آنرا با آب تمیز کرده و سپس با آب خیلی داغ و صابون شستشو دهید که البته برای مادر و کارکنان بیمارستان کار اضافه ایجاد می کند.

شیردوش ها

- شیردوش ها همیشه عملی، قابل دسترس یا قابل استفاده نیستند و بنابراین آموزش دوشیدن دستی ترجیح داده می شود. اگر شیردوش در منطقه وجود دارد و مادر می خواهد استفاده کند کمک کنید شیردوش مؤثری را انتخاب نماید و طبق دستور کارخانه سازنده نحوه استفاده از آنرا آموزش دهید.
- اگر قبل از دوشیدن شیر رفلکس اکسی توسین را بکاراندازید، دوشیدن مفیدتر خواهد بود. راحت نشستن، داشتن تکیه گاه و حمایت برای پشت مادر و دستی که شیردوش را نگه داشته، ریلکس بودن، ماساژ و تکنیک های دیگر برای دوشیدن دستی مهم است.
- شیردوش های برقی بزرگ قادرند هر دو پستان را هم زمان بدوشند. با این نوع شیردوش های دوبله سطح پرولاکتین بالا می رود. این نوع شیردوش ها برای زمانی که شیر زیاد مورد نیاز است یا مادر کمبود وقت دارد، مفید است.
- از هر نوع شیردوشی که استفاده می کنید باید میزان مکش مناسبی داشته باشد. مکش زیاد نمی تواند شیر بیشتری خارج کند و ممکن است پستان را صدمه بزند. شیردوش باید مثل مکیدن شیرخوار عمل کند یعنی مکش های اولیه کوتاه و سریع و سپس دوشیدن هایش طولانی تر و آهسته تر شود. اگر شیردوش نوع سیلندری دستی است دسته را بکشید و مکش ایجاد کنید که ناراحت کننده نباشد و نگهدارید تا شیر به آهستگی جاری شود. اگر شیر جریان دارد لازم نیست پمپ کردن را ادامه دهید.
- اگر با شیردوش مقدار ناچیزی شیر بدست می آید، شیردوش را کنترل کنید. روش دوشیدن را هم کنترل کنید و اگر لازم است رفلکس اکسی توسین را تحریک کنید و به مادر نگوئید که او شیر ندارد.
- مطمئن شوید که مادر می تواند دستگاه را استریل کند.
- از شیردوش دستی که ته آن بادکنک لاستیکی دارد استفاده نکنید. چون اولاً «نوک پستان را صدمه می

زند، ثانیاً تمیز کردن آن مشکل است و ثالثاً نمی توان شیر آنرا برای تغذیه شیرخوار به کاربرد.

ذخیره کردن شیردوشیده شده

- از ظرف مناسبی از جنس شیشه یا پلاستیک که بتوانید درب آنرا بپوشانید استفاده کنید. با آب داغ و صابون آنرا تمیز کنید و با آب داغ آب بکشید. اگر مادر با دست شیرش را می دوشد مستقیماً آنرا در ظرف جمع آوری بدوشد.
- اگر مادر شیرش را در چندین ظرف ذخیره می کند، باید روی هر ظرف تاریخ را بنویسد و ابتدا شیرهای قدیمی تر را استفاده نماید.
- شیردوشیده شده باید هرچه زودتر مصرف شود و شیر تازه بهتر از شیر منجمد شده است.
- شیر منجمد شده را در یخچال بگذارید تا به آرامی ذوب شود و طی ۲۴ ساعت استفاده کنید. می توان آنرا با قرار دادن در یک ظرف آب گرم ذوب کرد و طی یک ساعت همچنان که گرم است مصرف کرد. شیر را نجوشانید و در ماکروویو گرم نکنید چون بعضی از عناصر آن نابوده شده و می تواند دهان شیرخوار را نیز بسوزاند.

مدت ذخیره کردن شیردوشیده شده

۱- ذخیره کردن شیر برای شیرخوار سالم در خانه:

شیر تازه:

- در درجه حرارت ۲۵-۳۷ درجه سانتی گراد ۴ ساعت
 - در درجه حرارت ۱۵-۲۵ درجه سانتی گراد ۸ ساعت
 - دمای زیر ۱۵ درجه تا ۲۴ ساعت
 - در دمای بالای ۳۷ درجه ذخیره نشود.
 - در یخچال ۲-۴ درجه سانتیگراد تا ۸ روز:
- ظرف شیر را در سردترین قسمت یخچال یا فریزر قرار دهید. بسیاری از یخچال ها درجه حرارت پایدار ندارند. بنابراین بهتر است شیر طی ۳-۵ روز استفاده شود یا اگر قرار نیست طی ۵ روز آینده مصرف شود آنرا منجمد کنند.

شیر منجمد شده:

- اگر فریزر درون یخچال است (جایخی یخچال): ۲ هفته

- در قسمت فریزر یخچال فریزر: ۳ ماه
- در فریزر مستقل با انجماد عمیق: ۶ ماه
- شیر منجمد ذوب شده در یخچال: تا ۲۴ ساعت یا قراردادن ظرف در آب گرم که شیر سریع ذوب شود. شیر را دوباره منجمد نکنید.

۲- شیرخوار بیمار در بیمارستان:

شیر تازه:

- در حرارت اتاق (تا ۲۵ درجه): ۴ ساعت
- در یخچال (۲-۴ درجه): ۴۸ ساعت

شیر منجمد:

- در جایخی یخچال: ۲ هفته
- در قسمت فریزر یخچال فریزر و همچنین در فریزرهای مستقل با انجماد عمیق (۲۰- درجه سانتی گراد): ۳ ماه
- شیر ذوب شده در یخچال: ۱۲ ساعت (دوباره منجمد نکنید)

منابع:

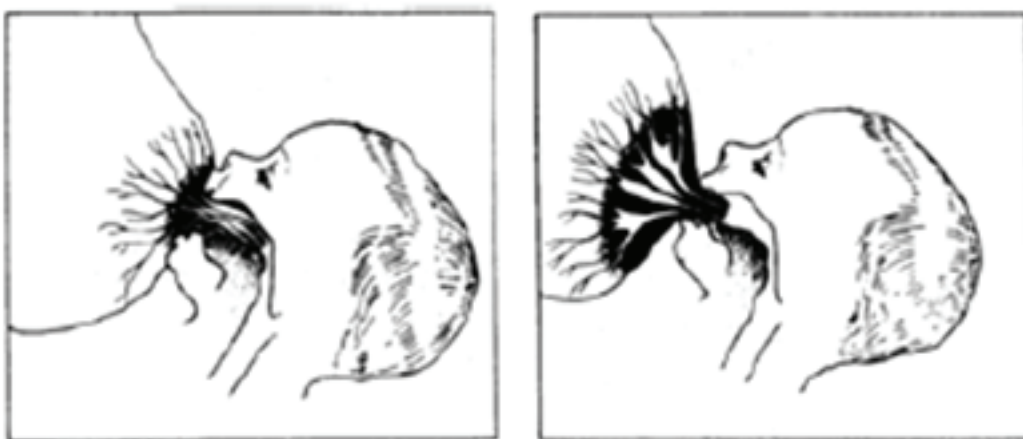
- مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال (دوره آموزشی ادغام یافته) کتاب راهنمای شرکت کنندگان - ویرایش و تنظیم: سوسن سعدوندیان ترجمه: دکتر شهناز علایی - منیرالسادات میرسیدعلیان - دکتر مجذوبه طاهری - مریم فریور - نغمه تشکری
- حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان های دوستدار کودک (دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای کارکنان بیمارستانها) - ویرایش و تنظیم: سوسن سعدوندیان. مترجمین: دکتر خلیل فریور - سوسن سعدوندسان - مریم فریور

وضعیت بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوار

برای تولید شیر به مقدار مورد نیاز شیرخوار باید بطور مکرر و به نحو صحیح پستان را بمکد. چنانچه فقط نوک پستان را بمکد شیر خارج نمی شود.

۱- نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار

- تصاویر زیر خوب و بد گرفتن پستان را نشان می دهد



- در تصویر سمت چپ که شیرخوار پستان را خوب گرفته است علائم زیر دیده می شود:

- نوک پستان و آرئول در دهان شیرخوار کشیده و طویل شده است.
- مجاری بزرگ زیر آرئول در دهان شیرخوار قرار گرفته است.
- زبان شیرخوار آنقدر جلو آمده که روی لثه قرار دارد. بنابراین می تواند شیر را به داخل دهان برده و بدوشد. به این عمل Suckling گفته می شود.
- هنگامی که شیرخوار به این صورت پستان را بداخل دهان ببرد، پستان را خوب گرفته است و می تواند به راحتی شیر بخورد.

- در تصویر سمت راست که شیرخوار پستان را خوب نگرفته است، علائم زیر دیده می شود:
 - نوک پستان و آرئول کشیده و طویل نشده است.

- مجاری شیر درون دهان او قرار ندارند.
- زبان شیرخوار عقب دهان قرار دارد و نمی تواند شیر را خارج کند.
- این شیرخوار پستان را خوب نگرفته و تنها نوک آن را می مکد که می تواند برای مادر دردناک باشد و شیرخوار نمی تواند مؤثر بمکد و یا نمی تواند شیر را به راحتی خارج کند.

چطور بفهمیم که شیرخوار پستان را خوب یا بد گرفته است:

- شما می توانید با نگاه تشخیص دهید که شیرخوار پستان را خوب و یا بد گرفته است. دو تصویر زیر نشان می دهد که چه می بینید:



۱۲

در تصویر ۱ شیرخوار پستان را خوب گرفته است و ملاحظه می کنید بطوریکه:

- دهان شیرخوار کاملاً باز است.
- لب تحتانی به بیرون چرخیده است.
- چانه به پستان چسبیده یا تقریباً نزدیک آن است.
- آرنول بیشتر در بالای دهان دیده می شود تا زیر آن

- دیدن مقدار کم یا زیاد آرنول یک علامت معتبر خوب پستان گرفتن نیست. بعضی از خانمها آرنول بزرگ و عده ای آرنول کوچک دارند. علامت معتبرتر، دیدن مقدار بیشتری آرنول در بالا در مقایسه با آرنول قابل مشاهده در پایین دهان شیرخوار است (اگر دیده شود)

- اینها علائم خوب گرفتن پستان توسط شیرخوار است. اگر همه این علائم دیده شود شیرخوار پستان را خوب گرفته است. هنگامی که شیرخوار پستان را خوب گرفته باشد، مادر احساس راحتی کرده و دردی حس نمی کند و شیرخوار می تواند مؤثر بمکد.

- در تصویر ۲ که شیرخوار پستان را خوب نگرفته است، علائم زیر را می بینید:

- دهان خوب باز نیست.

- لب تحتانی متمایل به جلو است و به بیرون برنگشته و یا ممکن است به داخل چرخیده باشد.

- چانه دور از پستان است.

- آرئول بیشتر در زیر دهان دیده می شود (یا ممکن است مقدار آرئول قابل مشاهده در بالا و پائین یکسان باشد). اینها علائم خوب نگرفتن پستان است. اگر شما هریک از این علائم را ببینید شیرخوار پستان را خوب نگرفته است.

شیرخواری که بدلیل استفاده از داروهای مسکن برای مادر در مرحله درد زایمان خواب آلود شده و یا نوزاد نارس یا بیمار ممکن است برای درست و مؤثر گرفتن پستان نیاز به کمک داشته باشد .

علائمی که نشان می دهد شیرخوار بطور مؤثر پستان را می مکد

- چنانچه شیرخوار پستان را خوب گرفته باشد احتمالاً «خوب می مکد و شیرکافی برداشت می نماید.

علائمی که نشان می دهد شیرخوار به راحتی شیر را برداشت می کند عبارتند از:

- شیرخوار مکیدن های آهسته و عمیق دارد و گاه مکث می کند.

- شما می توانید بلع او را ببینید یا صدای آنرا بشنوید.

- گونه های شیرخوار پر است و درطول تغذیه توکشیده نمی شوند

- شیرخوار تغذیه را به اتمام می رساند و پستان را خودش رها می کند و راضی به نظر می رسد.

این علائم می گوید که شیرخوار شیر را نوشیده و مکیدن او مؤثر بوده است.

علائمی که نشان می دهد شیرخوار مکیدن مؤثر ندارد

چنانچه شیرخوار:

- مکیدن های سریع دارد،
 - صدای ملچ ملوچ یا تیک تاک در می آورد،
 - گونه هایش به داخل کشیده می شود،
 - در موقع پستان گرفتن آرام نگرفته و پستان را رها کرده و گریه می کند،
 - مکرر می خورد (بیشتر از هر یک ساعت یکبار، همه روزه)
 - اگر طولانی می مکد (برای بیش از یکساعت و در هر تغذیه) مگر اینکه کم وزن باشد،
 - در پایان شیرخوردن راضی و قانع به نظر نمی رسد.
- این علائم حاکی از آن است که مکیدن مؤثر نبوده و شیرخوار شیر را راحت دریافت نمی کند. حتی وجود یکی از این علائم نشان می دهد که مشکلی وجود دارد.

مشکلات ناشی از سرشیشه ها یا نوک های مصنوعی

- مکیدن نوک مصنوعی، مکیدن پستان را برای شیرخوار مشکل می نماید.
- پس از مکیدن نوک مصنوعی چون عمل مکیدن پستان با مکیدن نوک های مصنوعی متفاوت است، شیرخوار ممکن است نوک مصنوعی را ترجیح داده و پستان گرفتن برایش مشکل شود.
- استفاده از گول زنگ ممکن است مدت مکیدن پستان را کاهش داده، تحریک لازم برای تولید شیر و برداشت شیر از پستان را کاهش دهد.

- به مادران بیاموزید که چطور مقدار زیادی شیر تولید کنند:
- به نوزاد کمک کنید تا پس از تولد هرچه زودتر پستان را بگیرد.
- اطمینان پیدا کنید که نوزاد پستان را خوب در دهان گرفته است و از گول زنگ و سرشیشه استفاده نمی کند زیرا منجر به گیجی و شبهه در مکیدن می شود یا مکیدن پستان و تحریک تولید شیر را کاهش می دهد.
- شیرخوار را بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه کنید.
- شیرخوار را مکرراً و براساس نیاز که معمولاً هر ۲-۱ ساعت است و به مدت دلخواه او تغذیه کنید:

شب‌ها هم به او شیرتان را بدهید چون مقدار پرولاکتین که در شب ترشح می‌شود زیاد است.

مراقبت از پستان

به مادر بیاموزید که چطور از پستان‌هایش مراقبت کند:

- پستان را فقط با آب بشوئید و از صابون، لوسیون، روغن و وازلین که جلای طبیعی پوست را بهم می‌زند، استفاده نکنید.

- چنانچه روزانه یکبار استحمام می‌کنید همان شستن یکبار در روز کافی است. لزومی ندارد که قبل از تغذیه پستان‌ها را بطور مستقیم بشوئید. چون با این کار چربی محافظ پوست از بین رفته رایحه‌ای که شیرخوار با آن پستان مادرش را می‌شناسد محومی شود.

- سینه بند لازم نیست ولی اگر مادر تمایل دارد سینه بند استفاده کند باید نوعی باشد که پستان را تحت فشار قرار ندهد.

ممکن است بعضی از مادران شیرندهند، آنها برای مراقبت از پستان‌هایشان در روزهای اول زایمان چه کار می‌توانند بکنند؟

- مادری که شیر نمی‌دهد نیز باید از پستان‌های خود مراقبت کند. چنانچه پستان او مکیده نشود، تولید شیرش قطع و خشک می‌شود. ولی این امر یک هفته یا بیشتر طول می‌کشد. در این مدت لازم است فقط مقدار کمی شیر بدوشد که پستان‌هایش راحت شوند. این شیر را می‌توان به شیرخوار داد. اگر مادر HIV مثبت است می‌تواند شیردوشیده شده خود را حرارت داده و به شیرخوارش بدهد.

چند نکته مهم

- اندازه و شکل پستان ارتباطی به توان شیردهی ندارد.
- پرولاکتین به تولید شیر کمک می‌کند و منجر به احساس ریلاکس شدن مادر می‌گردد.

- اکسی توسین به خروج شیراز پستان کمک می کند تا شیرخوار بتواند با مکیدن آنرا برداشت نماید. ریلاکس و راحت بودن، دیدن، لمس کردن، شنیدن و فکر کردن به شیرخوار می تواند به درست عمل کردن رفلکس اکسی توسین کمک کند. درد، شک و تردید، پریشانی و برآشفستگی، نیکوتین یا الکل می توانند موقتا اکسی توسین را مهار کنند.
- چنانچه پستان خیلی پر باشد عکس العمل مهاری شیردهی تولید شیر را کاهش می دهد. تولید شیر در صورتی ادامه می یابد که پستان تخلیه شود. هرچه شیر بیشتری از پستان برداشته شود به همان میزان تولید بیشتر می شود.
- زود شروع کردن و مکرر شیردادن به شروع تولید شیر کمک می نماید.

۲- نحوه درآغوش گرفتن برای شیردادن:

وضعیت های مادر:

- وضعیت های مختلفی برای شیردهی وجود دارد. مثلاً «مادر روی زمین (کف اتاق) یا روی صندلی می نشیند یا دراز می کشد یا می ایستد یا راه می رود و شیر می دهد. چنانچه مادر نشسته یا خوابیده شیر می دهد باید:

- راحت باشد و تکیه داده باشد.
- چنانچه روی صندلی نشسته است زیرپایی داشته باشد تا پاهای او آویزان یا ناراحت نباشند.
- چنانچه لازم است پستان تکیه گاه داشته باشد.

وضعیت شیرخوار:

- شیرخوار می تواند روی دست مادر، زیر بغل یا پهلو او قرار گیرد. در هر وضعیتی باید ۴ نکته کلیدی موجود باشد تا راحت شیر بخورد:
- * گوش، شانه و باسن شیرخوار در امتداد یک خط مستقیم قرار گیرد، بطوریکه گردن او نچرخیده یا متمایل به جلو یا عقب نشود.
- * بدن شیرخوار نزدیک به بدن مادر باشد و بیشتر او بطرف پستان آورده شود تا اینکه مادر به طرف او کشیده شود.

* سر و شانه شیرخوار (و چنانچه نوزاد است تمام بدنش) حمایت شود.
* وقتی که شیرخوار به طرف پستان آورده می شود، بینی او مقابل نوک پستان قرار گیرد.

وضعیت شیرخوار:

سروتنه شیرخوار در امتداد یک خط نیستند و سر او خیلی به عقب منحرف است.
شیرخوار به مادر نزدیک نیست.
مادر او را خوب نگه نداشته اند.
شیرخوار رو در روی مادر است.

وضعیت های شیردهی

خوابیدن به پهلو و شیردادن



به مادر کمک کنید تا استراحت نماید.

بعد از سزارین راحت باشد.

مراقب باشید که سطح بینی شیرخوار مقابل نوک پستان مادر قرار گیرد و نیاز نباشد که گردنش را برای گرفتن پستان خم کند.

وضعیت گهواره ای (معمولی یا سنتی)

دست زیرین شیرخوار دور بدن مادر است و بین قفسه سینه شیرخوار و مادر نیست و درپهلوی مادر قرار می گیرد. مراقب باشید که سرشیرخوار خیلی دور در زاویه آرنج مادر فرو نرفته باشد که پستان به یک طرف کشیده شود و نتواند آنرا درست بگیرد.



وضعیت روی ساعد مادر

این وضعیت برای نوزاد نارس یا بیمار مفید است. مادر، سروتنه شیرخوار را کنترل می کند، بنابراین ممکن است برای یادگیری تغذیه از پستان مفید باشد. مراقب باشید سر شیرخوار طوری قرار نگیرد که مانع حرکت او بشود.



وضعیت زیربغلی

برای دو قلوها یا کمک به تخلیه تمامی قسمتهای پستان مفید است. به مادر دید جدیدی از نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار می دهد. مراقب باشید که شیرخوار گردنش را خم نکرده باشد و چانه اش به پائین پستان و قفسه سینه مادر فرو نرود.



منبع:

از کتاب حمایت و ترویج تغذیه باشیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک (دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای کارکنان بیمارستانها) از انتشارات سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۶ ویرایش و تنظیم: سوسن سعدوندیان مترجمین: دکترخلیل فریور- سوسن سعدوندیان- مریم فریور منتشره ۱۳۷۸ وزارت بهداشت - صفحات: ۱۰۹-۱۳۸

ضمیمه ۵- امکانات و تجهیزات

(۱) اتاق زایمان / اتاق عمل (Delivery Room)

- ۱- اتاق انتظار برای افراد خانواده و همراهان در کنار اتاق زایمان باشد.
- ۲- سرویس بهداشتی با فاصله مناسب از اتاق انتظار و لیبر (انتظار زایمان) در همان طبقه قرار گرفته باشد.
- ۳- مساحت توصیه شده اتاق زایمان ۳۲/۵ متر مربع، ارتفاع ۲/۷۵ متر باشد.
- ۴- مساحت توصیه شده اتاق سزارین حداقل ۳۷ متر مربع باشد.

(۲) فضا یا اتاق احیا و تثبیت وضعیت نوزاد:

- ۱- فضای احیا و تثبیت نوزاد در داخل لیبر (انتظار زایمان) یا مجاور آن قرار داشته باشد.
- ۲- فضای در نظر گرفته شده برای احیا و تثبیت نوزاد باید به اندازه کافی وسیع باشد تا حضور تیم احیای نوزاد (در صورت نیاز به احیاء) مانع کار افرادی که به مراقبت مادر اشتغال دارند نشوند.
- ۳- اندازه مناسب برای فضای احیای نوزاد اگر در داخل اتاق زایمان (یا اتاق عمل) در نظر گرفته شده است، ۳/۷ متر مربع و اگر به صورت اتاق جداگانه است ۱۴ متر مربع توصیه شده است.
- ۴- مکان در نظر گرفته شده برای احیا مجهز به یک دستگاه ساکشن یا یک خروجی مکنده مرکزی، یک مخزن اکسیژن یا یک خروجی اکسیژن مرکزی و حداقل ۶ خروجی برق باشد.
- ۵- حداقل روشنایی لازم ۱۰۰ foot-candles است.

(۴) حداقل وسایل لازم برای اتاق احیا و تثبیت وضعیت نوزاد:

۱. منبع تولید گرما، ترجیحاً «تخت احیا یا وارمر (overhead radiant warmer)
۲. تخت احیای نوزاد (طوی قرارگیرد که دسترسی به نوزاد از سه طرف امکان پذیر باشد).
۳. تخت احیا مجهز به تشک مناسب و قابل شستشو
۴. ساعت دیواری دارای ثانیه شمار در اتاق
۵. میز یا سطح صافی برای نگارش و ثبت گزارشات
۶. وسایل احیا شامل مکنده (پوار)، لارنگوسکوپ تیغه صاف شماره ۰، ۰۰، ۱ و به همراه باطری اضافی، بگ و ماسک بالشتک دار به اندازه های ۱ تا ۵، اسپیراتور مکنونیم، قیچی

۷. وجود وسایل معاینه نوزاد شامل گوشی، فشارسنج، دماسنج
۸. ست زایمان^۱
۹. وسایل مصرفی شامل کلامپ بند ناف، نخ بخیه، فورسپس، لوله ساکشن شماره ۵، ۶ و ۸، لوله تراشه به اندازه های ۲،۵، ۳، ۳،۵ و ۴ بدون کاف، لوله معدی ۸، نوار چسب، سرنگ ۲، ۵، ۱۰ و ۲۰ سر سوزن داروها، کاتتر نافی F 3.5 و F 5 نالوکسان، نرمال سالین رینگر لاکتات، سرم قندی، فیزیولوژیک و بیکربنات
۱۰. وسایل «حمایتی» برای پیشگیری از آلودگی به وسیله ترشحات و خون شامل عینک، گان، دستکش، ماسک و گاز استریل
۱۱. وسایل آغشته به خون و ترشحات باید در محلی دور از فضای مراقبت نوزاد جمع آوری شوند.
۱۲. در محلی که احیای نوزاد انجام می شود، دمای اتاق باید بالاتر از دمای معمول برای مراقبت از بزرگسال، برابر ۲۵-۲۸ درجه سانتیگراد باشد.
۱۳. بعد از تثبیت وضعیت اولیه، نوزاد را می توان در آغوش مادر گذاشت، در این صورت باید امکان گرم نگه داشتن نوزاد و ایمنی او در کنار مادر فراهم باشد.
۱۴. نوزادان سالم^۲ در معرض خطر باید در ابتدا در کنار مادر قرار گیرند. در این صورت باید امکانات لازم برای مراقبت و پایش مداوم از آنها مهیا باشد تا در صورت بروز عوارض آسفیکسی یا بیماری، نظیر آپنه، هیپوگلیسمی، هیپوترمی، اختلالات همودینامیک، یا دیسترس تنفسی سریعاً تشخیص داده شود.

۵) بخش زنان - رومینگ این (Post partum)

- ۱) برای تامین رفاه مادر و امنیت نوزاد بهتر است بعد از زایمان، اتاق مادر یک نفره باشد. در اینصورت پذیرش خانواده نوزاد نیز در هر زمان میسر است.
- ۲) در صورت مشترک بودن اتاق چند مادر و نوزاد، ضروریست که فضای کافی برای مراقبت هریک از مادران و نوزادان در نظر گرفته شود. توصیه شده است در هر اتاق حداکثر ۴ تخت مادر قرار داده شود.
- ۳) هر اتاق باید مجهز به یک سینک دستشویی باشد، بهتر است در هر اتاق سرویس بهداشتی و دوش نیز باشد.
- ۴) برای هر ۶ تا ۸ تخت نوزاد یک پرستار در نظر گرفته شود.

۱ برای شناخت محتوای ست، به راهنمای اداره سلامت مادران مراجعه شود.
 ۲ منظور از نوزاد سالم نوزاد ترم یا نزدیک به ترم در وضعیت تثبیت شده است

۶) اتاق نوزاد تحت نظر (Observation area , Transition area, Admission)

- ۱) به طور معمول باید از جدا کردن مادر و نوزاد اجتناب و از نوزاد در ریکآوری و در پست پارتوم در کنار مادرش مراقبت شود.
- ۲) در صورت نیاز به مراقبت پیشرفته استفاده از فضای مجزا برای مراقبت ویژه از نوزاد تحت نظر در ساعات اول عمر یا در انتظار ارجاع ، فضای لازم به ازای هر نوزاد ۳ متر مربع است..
- ۳) ضروری است گرما و روشنایی و تهویه کافی برای مراقبت از نوزاد تامین شود.
- ۴) وسایل احیا مشابه آنچه برای قسمت مراقبت نوزاد در اتاق زایمان ذکر شد در نظر گرفته شود.
- ۵) ساعت دیواری
- ۶) خروجی اکسیژن (یا مخزن اکسیژن) مکنده مرکزی (یا دستگاه ساکشن)
- ۷) ایجاد امکان تغذیه با شیرمادر
- ۸) ترازو و قدسنج
- ۹) یخچال برای نگهداری داروها و واکسن ها
- ۱۰) سینک حمام نوزاد (نوزاد در سینک دستشویی شسته نشود)
- ۱۱) دستشویی

۷) بخش مراقبت از نوزاد

۱. موارد مراقبت:

- الف: نوزاد بیمار قابل درمان که نیاز به ارجاع ندارد
- ب: نوزادی که مادرش بد حال است یا نوزاد تحت نظری که باید از مادر جدا شود
- ج: مراقبت های خاص نوزاد در معرض خطر که در رومینگ- این، قابل انجام نیست
۲. محل بخش در مجاورت بخش پست پارتوم (بعد از زایمان) قرار داشته باشد.
۳. برای هر تخت نوزاد ۲/۸ متر مربع فضا و بین هر دو تخت ۹۰ سانتی متر فاصله در نظر گرفته شود.
۴. فضای مناسب برای ثبت و نگهداری گزارشات و چارت مراقبت وجود داشته باشد.
- ۵- وسایل و تجهیزات:
- ۵,۱-دماسنج دیواری
- ۵,۲-ساعت دیواری

- ۵,۳. وسایل احیا مانند وسایل احیا در اتاق زایمان
- ۵,۴. حداقل دو خروجی برق برای هر تخت
- ۵,۵- برای هر ۴ تخت یک خروجی اکسیژن، هوای فشرده و مکنده مرکزی وجود داشته باشد.
- ۵,۶- یک خروجی برق قوی برای دستگاه رادیولوژی پرتابل وجود داشته باشد.
- ۵,۷- تشک قابل شستشو
- ۵,۸- انکوباتور یا وارمر
- ۵,۹- فتوترایی
- ۵,۱۰- پالس اکسی متری
- ۵,۱۱- تسهیلات لازم برای شیردهی (تغذیه با شیرمادر)
- ۵,۱۲- برای هر تخت: یک قفسه برای نگهداری وسایل شخصی (پوشاک و البسه)
- ۶- پرسنل : یک پرستار برای هر ۶ تا ۸ تخت نوزاد در هر شیفت در نظر گرفته شود.

۸) فضای مخصوص پرستاران :

۱. در مرکز بخش فضایی مخصوص سرپرستار با امکان دسترسی به تلفن
 ۲. محل استراحت و صرف غذای پرستاران در خارج از بخش
 ۳. محل تعویض لباس با قفسه مجزا برای هر پرستار
- ۹) کلاس / سالن کنفرانس و گرد همایی لازم است محلی برای آموزش پرسنل و والدین در نظر گرفته شود
- ۹) دفتر (امور اداری): محل ذخیره برگ های آماده استفاده پرونده و برگ های مورد استفاده در بخش و مقر استقرار منشی و اولین محل کنترل ورود و خروج بخش است. باید دارای یک خط تلفن مستقیم - و یک خط تلفن داخلی با امکان تماس مداوم با بخش و ایستگاه پرستاری باشد.

ضمیمه شماره ۶- معاینه جفت و بند ناف

ارزیابی جفت با اهمیت است: لازم است جفت بعد از تولد به دقت معاینه شود. باید به سایز، رنگ، بو، تعداد پرده های توجه شود. با معاینه جفت اطلاعات با ارزشی در مورد سلامت نوزاد بدست می آوریم.

✓ وزن: تعیین وزن جفت و ثبت آن (جفت، پردها، بند ناف)

- با پیشرفت حاملگی وزن جفت افزایش می یابد.

- جفت طبیعی یک شیر خوار سه کیلوگرمی در حدود ۶۰۰ گرم (۷۵۰g - ۴۵۰) وزن دارد.

- بنابر این در شیر خوار ترم سالم، وزن جفت در حدود ۷/۱-۶/۱ وزن جنین است.

- در عفونت های مزمن داخل رحمی (مانند سفیلیس)، دیابت کنترل نشده، هیدروپس فیتالیس وزن جفت بیش از حد معمول است.

✓ جفت دارای ۳ پرده است:

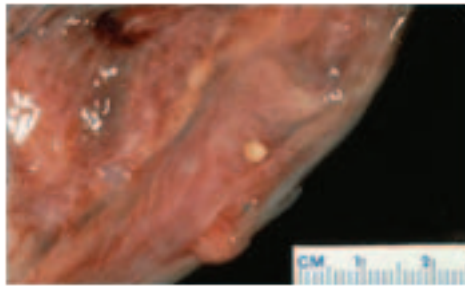
۱- آمنیون: لایه داخلی، صاف و روشن، کامل، تمیز و شفاف؛ در صورت کدورت لایه آمنیون امکان

کوریوآمینیوت

۲- کوریون

۳- دسیدوا در سطح داخلی جفت «amniotic nodosum» دانه های سفید رنگ ناشی از تجمع ورنیکس و

سلول های جنین. در صورت الیگوهدیدرامنیوس بیشتر دیده می شود.



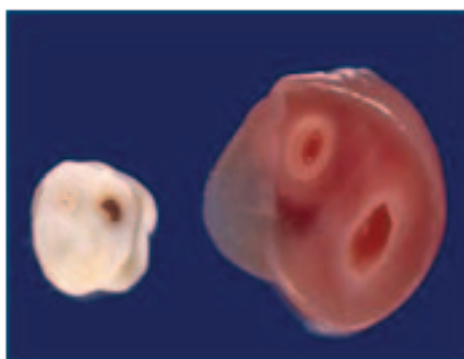
توجه کنید کلیه پرده ها سالم باشد. خصوصاً در

• حاملگی های چندقلویی

• اوگیلو هیدرآمنیوس

✓ بند ناف: بطور طبیعی رویه ضخیم و ۲ شریان با دیواره نازک است. طول بند ناف بین ۳۰-۱۰۵ سانتی

متر است.

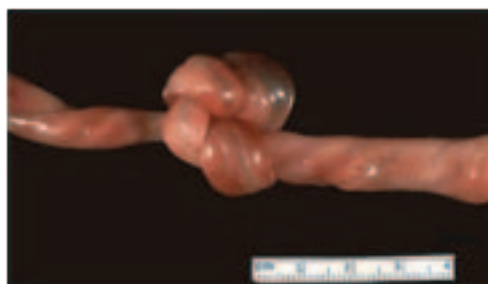
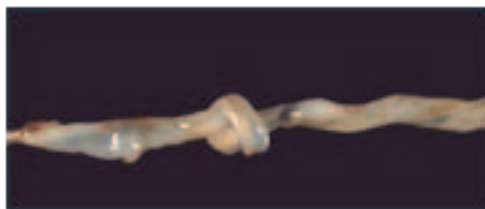


- بند ناف هر چه کشیده شود بیشتر رشد میکند و بند ناف کوتاه نشانه حرکات کم جنین است.
- بند ناف که آغشته با مایع آمنیو تیک سبز است نشانه آلودگی با مکونیوم طی چند ساعت است.
- شریان واحد بند ناف --- همراهی ناهنجاری های دستگاه ادراری و تریزومی ۱۸-۱۳-۲۱.
- گره ها:

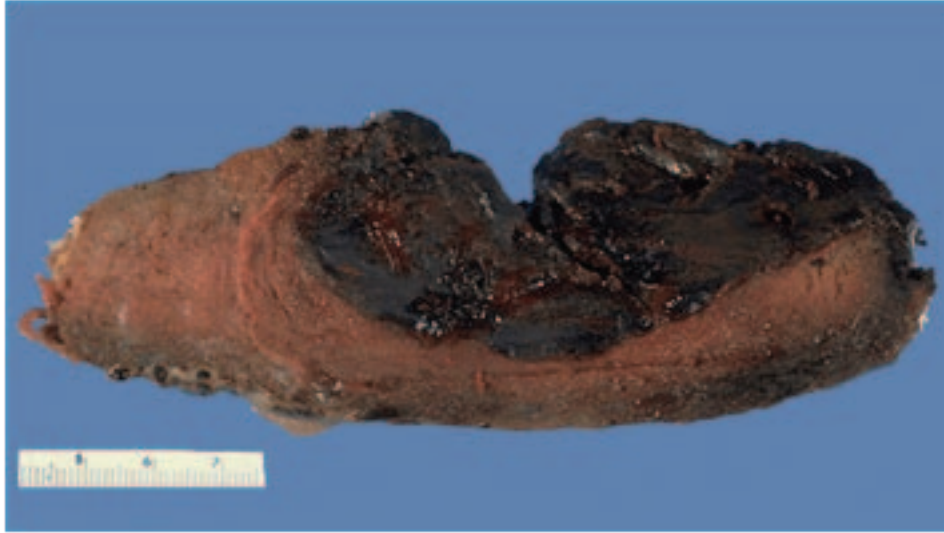
- false knots: گره کاذب بند ناف



- True knots موجب مرگ می شود. (گره حقیقی)



- ✓ شکل جفت اهمیت ندارد. اکثراً بیضی شکل است
- معمولاً بند ناف در مرکز جفت قرار دارد



✓ رنگ:

- به بررسی سن حاملگی کمک می کند: در post date :نقاط کلسیفیه
- آلودگی پرده ها به خون و مکونیوم مورد توجه قرار گیرد .
- رنگ پریدگی یا پلتوریک بودن نشانه حجم خون ناکافی یا پر خونی و وضعیت هموگلوبین جنین است

- ندول : amnion nodosum روی آمنیون نشانه اولیگو هیدار امنیوس و هیپوپلازی ریه است.
- وجود لخته می تواند نشانه ای از دکولمان باشد .

✓ جفت معمولاً بجز بوی خون تازه هیچ بویی ندارد: بوی نشانه عفونت است و بایستی حتماً مورد توجه پزشک قرار گیرد.

ذکر اینکه فقط گفته شود «جفت سالم نیست» کمکی نمی کند و بایستی حتماً مشخصات

کامل ذکر گردد.

ضمیمه شماره ۷: ختنه نوزادی

i. آخرین دستورالعمل کشوری در کتاب اول «مراقبت های مدیریت شده» که توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۳ منتشر شده تحت شماره ۱۰ درج شده است.

ii. ختنه نوزادی

دکتر حمید ارشدی

مرکز تحقیقات اورولوژی اطفال

مقدمه

ختنه در تمدن مصر و بخش‌هایی از خاورمیانه مرسوم بوده است. صرف نظر از انجام این عمل جراحی به عنوان یک دستور مذهبی در کشورهای اسلامی و پیروان حضرت موسی، در ایالات متحده آمریکا نیز این روش شایعترین عمل جراحی است و اکثراً هم در سن نوزادی انجام می‌شود، به طوری که امروزه تا ۸۵٪ نوزادان و مردان آمریکایی ختنه شده اند (۱) ختنه در اروپا کمتر از آمریکا رواج دارد.

مزایا

بر اساس گزارش آکادمی اطفال آمریکا (AAP) ختنه نوزادان از فیموزیس و پارافیموزیس و بالانیت پیشگیری می‌کند و احتمال سرطان آلت تناسلی را تقریباً از بین می‌برد. (۲) جالب توجه این که بعضی از گزارشات حاکی از این است که این اثر چنانچه در سنین بالاتری انجام شود دیده نمی‌شود. (۳) همچنین سرطان دهانه رحم در همسران مردان ختنه نشده بیشتر است. مقالات متعددی نیز از افزایش احتمال انتقال عفونت‌های مقاربتی (STD) منجمله AIDS در مردان ختنه نشده (۴) و کاهش میزان UTI در نوزادان ختنه شده تا میزان یکدهم () خبر می‌دهند. (۵)

زمان عمل

ختنه بهتر است هرچه زودتر قبل از ترک زایشگاه، ترجیحاً قبل از یک ماهگی انجام شود.

اندیکاسیون‌ها

غیر از توصیه مذهبی در مسلمانان و قوم یهود ختنه در کودکان مبتلا به فیموزیس و پارافیموزیس و بالانیت و

بعضی ناهنجاری های مادرزادی که احتمال عفونت ادراری را می افزاید مثل ریفلاکس، دریچه پیشابراه خلفی، مثانه های عصبی و ... توصیه می شود..

موارد منع

ختنه در نوزادان با وزن کمتر ۳۰۰۰ گرم، ناهنجاری های مادرزادی آلت تناسلی مثل هیپوسپاد و اپی سپاد و کوردی و آلت تناسلی مخفی شده در نوزادان چاق و یا مبتلا به هیدروسسل و هرنی های بزرگ و کودکانی که اختلالات انعقادی دارند تا اصلاح و درمان این موارد نباید انجام شود.

عوارض

- ۱- خونریزی گر چه عارضه نادری است (حدود ۱٪) ولی شایعترین عارضه است و با دقت و تجربه کافی و استفاده از کوتر Bipolar در صورت لزوم می توان از آن جلوگیری کرد. موارد شناخته شده از بیماری های خونریزی دهنده در فامیل نیز باید قبلاً شناسایی و درمان شوند. در مواردی که خونریزی با اقدامات اولیه کنترل نمی شود باید تست های انعقادی انجام و درمان مقتضی صورت گیرد.
- به علت نادر بودن این عارضه انجام PT، PPT و شمارش پلاکت غیر از مواردی که سابقه بیماری های انعقادی در فامیل وجود دارد اجباری نیست، گر چه اطمینان بخش است.
- ۲- برداشتن ناکافی یا اضافی پرپوس عارضه دیگری است که بیشتر در روش کلامپ Gomco یا حلقه Plastibell اتفاق می افتد و در روش جراحی معمولاً دیده نمی شود.
- ۳- عوارض نادر دیگر عبارتند از: عفونت، تورسیون آلت، آسیب مجرای ادرار و نکروز آلت در اثر استفاده از کوتر. توصیه می شود از کوتر مونوپولار در انجام ختنه استفاده نشود. همچنین وقتی از کلامپ فلزی Gomco استفاده می شود به کار بردن کوتر توصیه نمی شود.
- ۴- تنگی نوک مجرای ادرار پس از ختنه نوزادی ممکن است دیده شود و علایم آن معمولاً وقتی کودک اختیار ادرار را به دست می آورد به صورت جریان ادرار ضعیف و طولانی و .. دیده می شود و درمان آن با بی حسی موضعی به راحتی قابل انجام است.

روش های جراحی:

قبل از انجام عمل چسبندگی های پرپوس از آلت تناسلی باید کاملاً آزاد شوند، در غیر این صورت احتمال اشکال

در نتیجه عمل مخصوصاً از نظر ظاهری زیاد می‌شود.

با پیشرفت روش های بیهوشی اطفال انجام ختنه با بیهوشی نیز قابل انجام بوده و طرفدارانی دارد، گر چه در سن نوزادی از بی حسی موضعی با استفاده از پماد Emla و یا Dorsal Penile Block و یا Ring Block نیز می توان سود برد.

در نوزادان ختنه را می توان با کلامپ Gomco یا حلقه Plastibell انجام داد. نویسنده روش جراحی Sleeve یا روش جراحی با استفاده از سه کلامپ را ترجیح می‌دهد. ولی در واقع مهارت و سلیقه جراح در استفاده از هر کدام از این روش ها تعیین کننده است.

در روش Sleeve برش های مخاط و پوست به طور جداگانه با چاقوی جراحی داده می‌شود. در صورتی که در روش ۳ کلامپ پس از یک برش در سطح پشتی (Dorsal slit) پوست و مخاط با هم بریده می‌شوند. پس از یک بار کنترل خونریزی حدود ۳۰ دقیقه پس از عمل و یک دفع ادرار کودک قابل ترخیص است. پانسمان با استفاده از گاز وازلینه با موارد مشابه ارجح است. در صورت امکان بهتر است این پانسمان حدود ۴۸ ساعت حفظ شود و پس از آن شستشوی کودک بلامانع است. تجویز آنتی بیوتیک لزومی ندارد و برای تسکین درد از قطره یا شیاف استامینوفن اطفال با دوز مناسب وزن می توان استفاده کرد. لازم است که در صورت خونریزی و یا هرگونه مشکلی در کیفیت ادرار نوزاد معاینه ی مجدد انجام شود.

منابع:

- 1- Elder JS. Circumcision BJU Int. 64-1553(6)99 ;2007
- 2- Report of the task force. Circumcision. Pediatrics 391-388 :84 ;1989
- 3- Bissada NK, Morcos RR, el – Senoussi M. Post – circumcision carcinoma of the penis. I clinical aspects J urol 5-135:283 ;1986
- 4- Van Howe RS. Does circumcision influence sexually transmitted disease? A literature review. BJU Int 83 ;1999(Suppl 62-52 :(1
- 5- Crain EF, Gershel JC. Urinary tract infections in febrile infants younger than & weeks of age. Pediatrics 7-363 :86 ;1990

ضمیمه شماره ۸: بهداشت روان مادر در دوران بعد از زایمان

دکتر عاطفه سلطانی فر

روانپزشک کودکان

افسردگی مادر در دوران بارداری و پس از زایمان به سلامت مادر و نوزاد صدمه جدی می زند. شناسایی آن باید توسط مراقبین مادر و نوزاد، اعم از ماما، پرستار یا پزشک امکان پذیر باشد. رد یابی پیگیری و یا ارجاع مشکلات روانپزشکی مادر در ضمن معاینات روتین نوزاد به بهبود سلامت مادر و نوزاد کمک می کند.

افسردگی در دوران بارداری:

اوج شیوع افسردگی بین ۲۵ تا ۴۴ سالگی است. افسردگی در دوره بارداری به ویژه در زنان با سابقه افسردگی شایع است. از نظر آماری افسردگی در هفته های آخر بارداری شاید از دوران پست پارتوم نیز شایع تر باشد. با توجه به شباهت نشانه های افسردگی با شکایات جسمانی دوران بارداری تشخیص افسردگی در این دوره دشوارتر است. استفاده از مقیاس ادینبورگ که شامل ده پرسش است به صورت قابل اطمینانی می تواند افسردگی در زنان در طی بارداری و دوره پس از زایمان را مشخص کند. این مقیاس و راهنما یان در انتهای بحث ارائه شده است.

اندوه پس از زایمان (Baby Blues)

حداقل ۶۰ تا ۸۰ درصد مادران پس از زایمان دچار اندوه پس از زایمان «Baby Blues» می شوند که نوعی افسردگی خفیف است. شروع علائم معمولاً بعد از روز سوم رخ زایمان رخ می دهد. علائم در روز پنجم به اوج خود رسیده و تا روز دهم بهبود می یابد. مادرانی که دچار این ناراحتی می شوند ممکن است زیاد گریه کنند و مضطرب و بی قرار به نظر برسند و یا حتی قادر به خوابیدن نباشند. اکثراً پس از کمی استراحت و هنگامی که اطرافیان آنها را در نگهداری از نوزاد یاری دهند و یا حتی پس از یک گریه طولانی متعاقب استرس و هیجان زایمان، احساس بهتری خواهند داشت. آموزش روانشناختی، بها دادن به تجربیات و نگرانی های مادر و ارزیابی دقیق وی از نظر بدتر شدن یا طولانی شدن علائم ضروری است. در ۷۵٪ زنانی که این علائم را تجربه می کنند نشانه ها سیر خود محدود شونده دارد. اما ۲۰-۲۵٪ آنها ممکن است سپس افسردگی اساسی پس از زایمان را تجربه کنند

افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان ممکن است در هر زمانی پس از زایمان شروع شود. این وضعیت یک نوع اختلال خلقی است که خیلی جدی تر و شدیدتر از اندوه پس از زایمان می باشد. در صورتی که علائم افسردگی شدید بوده یا اگر ناراحتی و تنگی خلق پس از حدود ۲ هفته بر طرف نشود ممکن است علت آن افسردگی بعد از زایمان باشد. ۱۰ تا ۱۵ درصد از مادران پس از زایمان دچار تابلوی کامل بالینی افسردگی می شوند که ممکن است از ۲ هفته تا یکسال به طول بیانجامد. در رابطه با علت این اختلال هنوز کارشناسان به یک نظریه قطعی نرسیده اند اما جملگی بر این امر که مجموعه ای عوامل هورمونی، بیوشیمیایی، محیطی، روانشناسی و ژنتیک در ایجاد آن دخالت دارد متفق القول هستند. اُفت سطح هورمون ها بلافاصله پس از زایمان نیز ممکن است تا حدی بر این امر مؤثر باشد. عوامل خطرزا برای بروز این اختلال عبارتند از:

- ۱- سابقه شخصی یا خانوادگی افسردگی
- ۲- سابقه شخصی افسردگی پس از زایمان یا تنگ خلقی در دوره قبل از پرینود
- ۳- وجود عوامل استرس زای روانی اجتماعی

بنابر این ارزیابی و پیگیری دقیق نشانه های افسردگی در دوره پس از زایمان برای شناسایی و درمان به موقع این اختلال ضروری است. افسردگی مادر در صورت عدم درمان مناسب، افزون بر ایجاد ناتوانی و رنج مادر می تواند اثرات نامطلوب جدی برای رشد و تکامل نوزاد در ابعاد مختلف داشته باشد. راهنمای پیگیری نشانه های افسردگی در مادر در صفحه ۴ آمده است.

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Edinburgh)

استفاده از مقیاس ادینبورگ که شامل ده پرسش است به صورت قابل اطمینانی می تواند افسردگی در زنان در طی بارداری و دوره پس از زایمان را مشخص کند.

(۱) شرایط لازم پیش از اجرای آزمون ادینبورگ:

- مادر بایستی بنا به شرایط روحی هفته ی گذشته ی خود (۷روز گذشته)، گزینه ی مناسب را انتخاب نماید.
- پرسش نامه زمانی کامل و معتبر است که به تمام موارد، پاسخ داده شود. پاسخی به تمام سؤالات، به منظور تکمیل آزمون، الزامی است.

- در طول پاسخی به پرسش نامه، مادر بایستی تنها و بدون کمک آشنایان و اطرافیان به سؤالات پاسخ دهد.

- در صورت عدم توانایی مادر در خواندن سؤالات (بی‌سوادی)، می‌تواند از فرد دیگری برای خواندن و درج پاسخ‌ها استفاده نماید.

مقیاس افسردگی پس از زایمان «ادینبورگ» را می‌توان در مدت بروز نشانه‌های افسردگی، تا ۶ هفته مورد استفاده قرار داد. در صورتی که مادر در منزل وضع حمل نموده باشد (متناسب با شرایط کشورهای دیگر) و توان برخاستن و خروج از منزل را نداشته باشد، باز می‌تواند از این پرسشنامه استفاده نماید.

- این آزمون را می‌توان در شرایطی که علائم بارز نیست و حتی بدون علائم افسردگی نیز مورد استفاده قرار داد. در چنین شرایطی، علائم افسردگی، در کم‌ترین میزان نیز قابل ردیابی است.

پرسشنامه‌ی تشخیص افسردگی پس از زایمان «ادینبورگ»

نام، نام خانوادگی... سن... شغل... سن نوزاد...

شما به تازگی مادر شده‌اید و ما تصمیم داریم روحیات شما را بیش‌تر بشناسیم؛ به این دلیل، از شما درخواست داریم شرایط روحی خود را طی ۷ روز گذشته، با دقت و بدون شتاب، از بین پاسخ‌های ارائه‌شده انتخاب نمایید. پاسخ‌های انتخابی شما، نمایان‌گر شرایط روحی‌تان در طول مدت پس از زایمان است.

۱- من هم‌چنان تجربه‌ی خندیدن و شاد بودن را دارم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به هیچ‌وجه

۲- من از زندگی لذت می‌برم.

الف) بله، مانند همیشه ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به هیچ‌وجه

۳- هر اتفاقی که بیفتد، من بدون دلیل، خودم را مقصر می‌دانم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به هیچ‌وجه

۴- من بدون دلیل دچار تشویش و هیجان می‌گردم.

الف) به هیچ‌وجه ب) نه‌چندان زیاد ج) گاهی اوقات د) بله، در بیش‌تر اوقات

۵- من بدون دلیل ترسیده و به هراس می‌افتم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به‌هیچ‌وجه

۶- از دست من هیچ‌کاری برنمی‌آید.

الف) بله، بیش‌تر اوقات حس می‌کنم که هیچ‌نمی‌دانم و بی‌مصرفم.

ب) بله، گاهی اوقات از عهده‌ی انجام کارهای خودم برنمی‌آیم.

ج) خیر، بیش‌تر اوقات در صورت نیاز، از عهده‌ی کارهای خودم برمی‌آیم.

د) خیر، من از عهده‌ی کارهای خودم برمی‌آیم.

۷- من خودم را غمگین و افسرده احساس می‌کنم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به‌هیچ‌وجه

۸- من خودم را به‌حدی افسرده احساس می‌کنم که حتی نمی‌توانم به خواب بروم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به‌هیچ‌وجه

۹- احساس افسردگی، من را وادار به گریه می‌کند.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به‌هیچ‌وجه

۱۰- به فکر آسیب‌رساندن به خودم هستم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به‌هیچ‌وجه

کلید آزمون:

به تمام پاسخ‌های «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۱، «ث»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۲، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۳، «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۴، «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۵، «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۶، «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۷، «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۸، «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۹، «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» امتیاز ۱۰.

را با هم جمع کنید تا رقم کلی آزمون به‌دست آید.

نتیجه گیری:

برای تعیین مرز افسردگی، لازم است حدودی را مشخص نمایید. به عنوان مثال، مرز افسردگی در مادران پس از زایمان در جمعیت عمومی و برای مقاصد غربالگری می تواند ارقام ۱۲ و ۱۳ را شامل گردد، در حالی که مرز ورود به افسردگی شدید، ارقام ۱۴ و ۱۵ می باشد.

فرم ثبت زایمان و احیاء نوزاد در بیمارستان

ضمائم، فرم‌ها و دستورالعمل‌ها

بخش ۵

فرم اطلاعات نوزاد
بخش زایمان، اتاق عمل

فرم مراقبت از نوزاد سالم

نام و نام خانوادگی مادر: _____ شماره پرونده مادر: _____

جنسیت نوزاد: پسر دختر تاریخ زایمان: _____

آدرس و شماره تلفن: _____

ارزیابی قبل از تولد

سن بارداری نوزاد: _____ مایع آمنیوتیک: _____

نشانه های زجر تنفسی: _____ تخمین وزن نوزاد: _____

نتایج سونوگرافی: _____

آماده سازی برای مراقبت:

ست زایمان ست نوزادی اکسیژن

ساکشن وارمر تجهیزات احیا

اطلاع زمان زایمان به تیم احیاء حرارت اتاق زایمان: _____ درجه سانتی گراد

قرار دادن نوزاد در محیط گرم:

گرم کردن حوله های مورد استفاده قرار دادن نوزاد روی سطح مناسب خشک کردن نوزاد

بررسی نیاز به احیا:

نارس بودن آلودگی مایع آمنیوتیک تنفس مشکل

کاهش تون عضلانی عملیات احیا نوزاد ناهنجاری آشکار

آپگار دقیقه اول _____ آپگار دقیقه پنجم _____

کلامپ و بریدن بند ناف:

زمان کلامپ بند ناف (ثانیه از تولد) _____ نشت خون از استامپ بند ناف

تماس پوستی و تغذیه نوزاد در اتاق زایمان:

تماس چشمی تماس گونه به گونه نجوا کردن

قرار دادن حوله روی نوزاد روش خزیدن به سوی پستان مادر تغذیه موفق از پستان مادر

محل انجام _____ ساعت آغاز _____ ساعت پایان _____

علایم حیاتی نوزاد:

| علایم حیاتی | بدو تولد | نوبت ۲ | نوبت ۳ | نوبت ۴ | نوبت ۵ | نوبت ۶ | نوبت ۷ | نوبت ۸ | نوبت ۹ | نوبت ۱۰ | نوبت ۱۱ |
|-------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| تنفس | | | | | | | | | | | |
| ضربان قلب | | | | | | | | | | | |
| دما | | | | | | | | | | | |

فرایندهای اتاق پس از زایمان

وزن: گرم قد: سانتیمتر دور سر: سانتی متر

جنس نوزاد: ابهام تناسلی: باز بودن مقعد:

تزریق ویتامین K۱ تزریق واکسن هپاتیت تزریق واکسن ب.ث.ژ

پوشاندن لباس به نوزاد نصب مچ بندهای شناسایی انتقال همزمان نوزاد و مادر

پوشش مناسب نوزاد در زمان انتقال تحویل دهنده: تحویل گیرنده:

فرایندهای بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

مشاوره تغذیه با شیر مادر تکمیل فرم مشاهده شیردهی غربالگری شنوایی

مراقبت بند ناف تجویز واکسن فلج اطفال

معاینه کامل نوزاد

نام و نام خانوادگی پزشک: ساعت و تاریخ معاینه:

سیستم قلبی - عروقی معاینه شکم معاینه چشم جمجمه

سر و صورت پوست گردن قفسه سینه

دستگاه تناسلی آنوس مفصل هیپ ستون فقرات

سیستم عصبی مرکزی معاینه دست ها و پاها

خلاصه نتیجه معاینات:

امضاء

آموزش مادر در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

آموزش شیردهی آموزش مراقبت بند ناف نوزاد آموزش حمام کردن نوزاد

آموزش ایمنی نوزاد آموزش گرم کردن و پوشش نوزاد آموزش پیگیریهای پس از ترخیص

آموزش واکسیناسیون نوزاد آموزش تجویز مکمل آموزش روش خواباندن نوزاد

آموزش علایم خطر نوزادی

ترخیص نوزاد

هویت نوزاد بررسی دفع ادرار و مدفوع بررسی زردی نوزادی

بررسی آزمایشات نوزاد واکسیناسیون تغذیه نوزاد در دو نوبت اخیر

نام عامل ترخیص نام پزشک ترخیص کننده

پیگیری بعد از ترخیص

نام پرستار ترخیص: تاریخ تماس تلفنی:

بررسی تغذیه نوزاد بررسی علائم خطر

یادآوری مراجعه بعد یادآوری آزمایشات غربالگری

فرم غربالگری زودرس تغذیه با شیر مادر (روز سوم تولد به بعد)

| | | |
|-------------------------|----------------------------|--------------|
| نام واحد بهداشتی: | نام تکمیل کننده فرم: | تاریخ: |
| نام کودک: | تاریخ تولد: | |

توجه:

چنانچه پاسخ هر یک از سوالات زیر "خیر" باشد کمک های لازم را به مادر ارائه کنید و به این صورت لزوم مادر را به پزشک یا مشاور شیردهی ارجاع دهید.

- | | | |
|--|---|--|
| <p>۱- آیا احساس می کنید شیردهی نامحال خوب بوده است؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> | <p>۲- آیا شیرخوار هر دو پستان را بدون مشکل می گیرد؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> | <p>۳- آیا جریان شیر برقرار شده است؟ (بین روز ۳ و ۵ پستان سفت و پر شده است؟)</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>۴- آیا شیرخواری می تواند در هر بار شیر خوردن در مجموع لابل به مدت ۱۰ دقیقه مکش منظم همراه با بلع داشته باشد؟ (معمولاً هر پستان را ۱۵-۱۰ دقیقه می مکد)</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> | <p>۵- آیا نوزاد هشیار است و غالباً خودش تقاضای شیر می کند؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> | <p>۶- آیا شیرخوار معمولاً در هر بار از هر دو پستان شیر می خورد؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>۷- آیا تقریباً هر ۲-۳ ساعت بگبار شیر می خورد و فقط بگبار در طول شب و یک خواب حداکثر ۵ ساعته دارد؟ (تعداد دفعات شیرخوردن در شبانه روز کمتر از ۸ بار باشد) (و کمتر از ۱۲-۱۰ بار شیر می خورد)</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> | | |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۸- آیا قبل از شیر دادن در پستانها احساس پری می‌کنید؟</p> |
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۹- آیا پس از شیردادن به شیرخوار احساس می‌کنید پستانها پتان نرم تر شده اند؟</p> |
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۱۰- آیا نوک پستان های شما سالم و بدون درد شدید هستند؟</p> |
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۱۱- آیا نوزاد حداقل ۳ بار در روز اجابت مزاج با حجم کافی (بیش از لکه) دارد؟</p> |
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۱۲- آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و دانه دانه دارد؟</p> |
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۱۳- آیا نوزاد حداقل ۶ بار در شبانهروز ادرار می‌کند؟</p> |
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۱۴- آیا شیرخوار بعد از اکثر دفعات شیر خوردن سیر به نظر می‌رسد؟</p> |
| | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <p>۱۵- آیا زمانی که شیرخوار پستان را می‌مکد صدای مکش منظم و بلع او را می‌شنوید؟</p> |
| ملاحظات : _____ _____ _____ | | |



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

بسمه تعالی

دستورالعمل کشوری

" شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی "

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر

فروردین ۸۷



مقدمه:

آنچه در سلامت اول زندگی میگذرد بر بقا و رشد کودک و رابطه آینده والدین با فرزند بسیار اثرگذار است. برای ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و هم چنین ایجاد و تحکیم وابستگی مادرانه در نوزادان با وضعیت تکلیت شده برقراری تماس پوست به پوست و تلاقی نگاه به محض تولد و فراهم کردن امکان شروع تغذیه با شیر مادر طی یک ساعت اول عمر بسیار مؤثر است. این اقدام نه تنها در تسریع روند رشد جسمی و تکاملی نوزاد بلکه در بقه سنین نیز نقش بسزایی دارد. از طرفی تغذیه با شیر مادر طی ساعت اول زندگی سبب پیشگیری از ۷۷٪ موارد مرگ و میر نوزادان میگردد.

معمولاً پیوند عاطفی (BONDING) نسبت به نوزاد برای والدین از دوره بارداری آغاز شده و بعد از چند ماه انتظار با اولین تلاقی نگاه و تماس مستقیم با نوزاد قویتر میشود. پیوند عاطفی ممکن است در بدو تولد و یا مدین نوزاد ظاهر شده و یا به مرور زمان و بعد از نس بیشتر با شیرخوار ایجاد شود. هرچه پیوند عاطفی با نوزاد زودتر و قویتر شکل بگیرد، مراقبت از نوزاد دل پذیرتر و مطلوب تر میشود. به علاوه شیردهی و مادری کردن و تربیت فرزند با موفقیت بیشتری توأم می گردد و احتمال سوء رفتار با کودک کاهش می یابد. نهایتاً اقدامات فوق - روند ارتقاء تکامل کودک را تسریع نموده و استعدادهای بالقوه او را شکوفا میکند.

یکی از مهمترین عوامل در ایجاد این پیوند عاطفی مشاهده و شناخت واکنشهای نوزاد است. در جهت تحکیم هرچه سریعتر این پیوند عاطفی در محدود نوزادان بیماری که الزاماً از بدو تولد از مادر خود جدا شده اند نیز بایستی تمهیدات (تیمبره) لازم اندیشیده شود. تا پس از تکلیت شدن، هر چه سریعتر تماس پوست به پوست و تلاقی نگاه با والدین برقرار شده و تغذیه با شیر مادر و هم تلاقی مادر و نوزاد نیز شروع شود.



۱. اقداماتی که باید قبل از مرحله زایمان انجام گیرد:

- ۱.۱. در دوران بارداری، اهمیت و چگونگی شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی به مادر آموزش داده شود.
- ۱.۲. دستورالعمل شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی^۱ به پرسنل اتاق عمل و اتاق زایمان، قبل و حین خدمت آموزش داده شود.
- ۱.۳. جهت تسهیل درمان تغذیه با شیرمادر در ساعت اول عمر، مادر در هنگام زایمان، از لباس جلویاز استفاده نماید.
- ۱.۴. جهت حفظ بوی ترشحات غدد اطراف نوک پستان که جلب کننده نوزاد بطرف پستان است، از شستشوی پستان در اتاق زایمان و قبل از اولین تغذیه پستانی اجتناب شود.
- ۱.۵. بهترین و سالم ترین روش زایمان که به حفظ سلامت مادر و نوزاد و تغذیه از پستان و توان مراقبتی مادر کمک کند انتخاب شده و به مادر آموزش داده شود.
- ۱.۶. در صورت نیاز به استفاده از مسکن یا بیهوشی از کم عارضه و کم خطرترین آنها از نظر سلامت مادر و نوزاد و نیز از نظر تداخل با تغذیه با شیرمادر و مراقبت مادر از نوزاد استفاده شود. (تصنیه شماره ۱)



۲. بایدها و نبایدهای حین و بعد از تولد نوزاد:

۲.۱ در شرایطی که زایمان طبیعی انجام می شود:

۲.۱.۱ مادر بلافاصله زایمان براساس آخرین دستورالعمل ها از آزادی عمل کافی جهت برخورداری از امکان تحرک، خوردن، آشامیدن، حفظ حریمیت و داشتن همراه آموزش دیده بهره مند باشد.

۲.۱.۲ دمای لثاق زایمان ۳۸-۳۹ درجه سانتیگراد و بدون کوران باشد.

۲.۱.۳ محیط اطراف مادر آرام بوده، پرسروصدا و شلوغ نباشد.

۲.۱.۴ نور اتاق ملایم باشد و هیچ نوری مانع تماس چشم با چشم مادر و نوزاد نشود.

۲.۱.۵ مادر در وضعیتی راحت قرار گرفته و از آرامش برخوردار باشد و در صورت امکان زیر سر مادر بالش قرار گیرد تا مادر بتواند با نوزاد تماس چشمی برقرار کرده، ناظر حرکات نوزاد و تونل‌های او باشد. لازم بذکر است که فاصله کانونی دید نوزاد ۱۹ سانتی متر است و لذا با قرار گرفتن در این فاصله قادر به مشاهده صورت مادر می باشد.

۲.۱.۶ حتی الامکان از اقدامات تهاجمی چون ایپیژاکتومی، به کار بردن فورسپس و واکيوم خودداری شود. در صورت انجام این زایاتومی و نیاز به ترمیم پرینه همزمان با ترمیم آن از برقراری تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و تلاقی نگاه آن دو و تغذیه با شیرمادر اطمینان حاصل شود.

۲.۱.۷ در شرایط طبیعی که نوزاد بخوبی گریه کرده و نفس می کشد معمولاً بطور روئین نیازی به ساکشن دهان و بینی وجود ندارد.

۲.۱.۸ بلافاصله پس از خروج نوزاد از رحم، ضمن خشک کردن نوزاد - سلامت وی سریعاً ارزیابی شده و نیاز به احیاء بررسی گردد و چنانچه سالم است (آلوده نبودن به مایع مکتوبوم، خوب گریه کردن، حرکت



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

۲.۲.۱.۲ چنانچه مادر و نوزاد از وضعیت پایداری برخوردارند، پس از قطع بندناف، نوزاد به مادر نشان داده شده تماس گونه به گونه و چشم در چشم مادر و نوزاد فراهم شود.

۲.۲.۱.۳ نوزاد از طرف سر مادر یعنی از سمت متخصص هوشیاری و ضمن ادامه عمل جراحی، در تماس پوست به پوست با مادر به نحوی نگه داشته و کمک شود که بتواند از پستان مادر تغذیه کند.

۲.۲.۲ در صورتیکه بیهوشی عمومی انجام شده باشد:

۲.۲.۲.۱ وقتی که مادر در محل (RECOVERY)، توانایی پاسخ گویی را پیدا می کند، اگرچه خواب آلود باشد، اولین تماس نوزاد با مادر توسط پرسنل آگاه حاصل شود.

۲.۲.۲.۲ تا زمانی که تماس پوست به پوست مادر و نوزاد برقرار نشده، نوزاد به بخش نوزادان منتقل نشود و در این مدت در شرایط مناسب از وی مراقبت شود.

۲.۲.۲.۳ تا زمانی که مادر از اتاق عمل خارج نشده، نوزاد با پارچه گرم، نرم و خشکی پیچیده شود تا به محض ورود مادر به بخش، تماس پوست به پوست مجدد با وی برقرار شده و در صورت آمانگی مادر و نوزاد طرف مدت یک ساعت، تغذیه مستقیم از پستان مادر شروع شود.

۲.۲.۲.۴ چنانچه تماس پوست به پوست مادر و نوزاد امکان پذیر نباشد، تا زمانی که مادر از اتاق عمل خارج شود، پدر یا یکی از بستگان مونث درجه یک جهت گرم نگه داشتن نوزاد و آرامش بخشیدن به وی، زیر نظر پرسنل بخش، او را در آغوش بگیرند.



شماره ۱ از شرایط و اقداماتی که منجر به کاهش آب بدن نوزاد می‌گردد، باید اجتناب شود:

- ا. تجویز با هوا یا اکسیژن بدون رطوبت
- ب. اقداماتی که منجر به گریه مکرر یا طولانی شود.
- ج. قرار گرفتن مداوم زیر گرمای تابشی
- د. ساکتن غیر ضروری دهان و معده
- ه. اقداماتی که منجر به استفراغ شود.
- و. اقداماتی که منجر به تعریق شود.
- ز. افزایش تبخیر ناشی از حمام کردن

شماره ۲ از شرایط و اقداماتی که منجر به مصرف نخبیره غذایی و انرژی نوزاد می‌شود، باید اجتناب شود:

- ا. هر آن چه منجر به گریه مکرر یا طولانی نوزاد شود.
- ب. هر آن چه که زمینه هیپرترمی یا هیپوترمی را ایجاد می‌کند.
- ج. اعمال دردناک و اقداماتی که منجر به گریه زیاد، بلع هوا، استفراغ، تاکیکاردی و تنگی پنه گردد.
- د. هر آن چه کاتابولیسم طولانی را به همراه داشته باشد.
- ه. اقداماتی که افزایش ترشح طولانی مدت هورمونهای مربوط به تنش را به همراه دارد.
- و. انجام مکرر رفلکس مورو
- ز. تقلیه زمان پندگی شده



تبصره ۳ از فراهم کردن شرایط و اقداماتی که ممکن است روند شیر خوردن را مختل کند، باید اجتناب نمود

- ا. جدا شدن مادر و نوزاد به خصوص بلافاصله پس از تولد و یا روزهای اول.
- ب. جا به جا کردن غیر ضروری نوزاد بلافاصله بعد از تولد، به منظور اندازه گرفتن وزن و قد و گرفتن اثر کف یا
- ج. استفاده از آنتی بیوتیک چشمی قبل از اولین تغذیه با شیر مادر
- د. ساکشن غیر ضروری
- ه. استفاده از گول رنگ و سر شیشه
- و. زمان بندی کردن تغذیه
- ز. تعدد افراد مراقبت کننده
- ح. زیادای نور و سر و صدا
- ط. اقدامات برهنگد
- ی. شیوه نادرست شیردهی
- ک. وضعیت نامناسب موقع شیر دادن

تبصره ۴، تسکین درد و بیخوشی (دستورالعمل متعاقباً " ارسال خواهد شد).

تبصره ۵ دستورالعمل تمهیدات لازم برای نوزادانی که بدو تولد(بدلیل بیماری و...)از مادر جدا شده اند متعاقباً ارسال خواهد شد.



❖ این دستورالعمل در جلسات متعدد کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر مورد بحث و بررسی قرار گرفته و تأیید نهایی گردیده است.

❖ در تهیه این دستورالعمل از منابع زیر استفاده شده است:

- 1) شیر مادر نوشته ریچارد ج. اسکندر؛ ترجمه دکتر پدram نیک نفس
- 2) BREAST CRAWL: INITIATION OF BREASTFEEDING BY BREAST CRAWL
- 3) BABY - FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: JAN 2006
- 4) THERMAL PROTECTION OF NEWBORN - WHO - 1997
- 5) ABM CLINICAL PROTOCOL*15 ANALGESIA AND ANESTHESIA FOR THE BREASTFEEDING MOTHER - 2006
- 6) STRATEGIC GUIDANCE NOTE ON THE NEWBORN - UNICEF AND SAVE THE CHILDREN 2006
- 7) BASIC MATERNAL AND NEWBORN CARE - 2004
- 8) CARE OF THE NEWBORN - 2005

دستورالعمل ماساژ نوزاد

با ماساژ ارتباط بهتری با نوزاد خود برقرار کنید.

آیا می دانید نوزاد شما به چه فکر می کند یا نگران چیست؟ بهتر است بدانید که اولین ارتباط عاطفی شما با فرزندتان تنها از طریق لمس کردن و نوازش وی ممکن است. با ماساژ دادن در حقیقت با نوزاد خود صحبت می کنید. با ارتباط چشم به چشم، تماس پوست به پوست، تبادل لبخند و محبت بهترین وجه ارتباط عاطفی مادر یا پدر با نوزاد به وجود می آید. همچنین شیوه مشارکت پدر، خواهر یا برادر در مراقبت از نوزاد است.

فواید ماساژ نوزاد

فواید بسیار زیادی در ماساژ نوزاد، از بهبود وضعیت تکامل عصبی تا آموزش آرامش و اطمینان وجود دارد. نوزادانی که تجربه ماساژ مناسب و مداومی را داشته اند از خواب خوبی برخوردار بوده و هنگام بیداری هوشیاری بیشتری دارند. این نوع از ارتباط باعث بهبود تکامل اعتماد به نفس و ارتباطات اجتماعی نیز می شود.

برای نوزاد

- بهبود تکامل عصبی
- بهبود وضعیت ایمنی
- تنظیم سیستم گوارش و تنفس
- کاهش ناراحتی نوزاد از کولیک شکم، گرفتگی بینی و درد ناشی از دندان درآوردن
- کاهش اضطراب و نگرانی در نوزاد و تمرین آرامش و آسودگی
- کاهش تولید هورمون های استرس
- کاهش گریه و لج بازی نوزاد
- خواب نوزاد را عمیق تر و طولانی تر می کند.
- چهره نوزاد را شکوفاتر و زیباتر می کند.
- بهبود ارتباط و القاء علاقه و محبت بیشتر

برای شما

- برای شما زمان مشخص و دلپذیری را برای ارتباط عمیق تر و القاء محبت بیشتر را فراهم می کند.
- بهبود ارتباط والدین و نوزاد یا کودک

- به شما کمک می کند که پیغام های غیر کلامی نوزاد خود را درک کرده و واکنش مناسب نشان بدهید.
- احساس اطمینان و کفایت بیشتر در نحوه مراقبت خود
- توانایی شما را در کنترل اضطراب و ناراحتی نوزاد در مواقع استرس بیشتر می کند.
- استرس شما را هنگام دوری از فرزندتان کم می کند.
- اوقات فرح بخش مملو از لذتی را برای شما و خانواده تان فراهم می کند.

از ماساژ فرزند خود لذت ببرید

روش ماساژ در نوزاد نسبت به ماساژ بالغین تفاوت برجسته ای دارد. شما باید همواره به میزان فشار یا ضربه ای که به نوزاد وارد می کنید دقت کامل داشته باشید. اختصاصاً در چند ماه نخست باید بسیار ملایم و با احتیاط شیرخوار خود را ماساژ داده و بیشتر از روش ماساژ دادن به طرف پایین که از قسمت سر و گردن نوزاد شروع شده و به اندام تحتانی ختم می شود و آرامش و اطمینان بیشتری را برای نوزاد به همراه دارد، استفاده کنید. در غالب موارد نیاز هست که فقط از یک انگشت یا قسمتی از یک دست استفاده شود. از ماساژ دادن به طرف بالا بپرهیزید زیرا فشار بیشتری را به نوزاد وارد کرده و ممکن است باعث ناراحتی و تحریک پذیری نوزاد شود. باید به خاطر داشته باشید که تمام نوزادان در ابتدا ممکن است از ماساژ لذت نبرند. اگر در ابتدای ماساژ شیرخوار شما بیقرار شده و گریه می کند باید سریعاً ماساژ را قطع کرده و در زمان مناسب دیگری دوباره آن را امتحان کنید. ماساژ نوزاد در هر زمانی از روز ممکن است ولی بهتر است موقعی باشد که نوزاد بیدار بوده و خوشحال و سرزنده به نظر می رسد. بسیاری از والدین ترجیح می دهند ماساژ نوزاد را بعد از بیدار شدن از خواب یا حمام کردن انجام بدهند. نکته قابل توجه آن که نوزاد شما به سرعت و به آسانی حالت و احساس شما را فرا می گیرد، شما هنگام ماساژ دادن باید سر حال و آسوده و دور از هرگونه استرس و نگرانی باشید زیرا بیم آن می رود که نوزاد را نیز مانند خود نگران و مضطرب کنید.

بنابراین بهتر است نوزاد خود را هنگامی ماساژ بدهید که:

- خودتان احساس آرامش و آسودگی کنید.
- نیم ساعت از آخرین وعده غذایی وی گذشته و سر حال و خوشحال بنظر برسد.
- بعد از بیدار شدن از خواب یا حمام کردن ممکن است زمان مناسبی باشد.

آمادگی برای ماساژ

سعی کنید همه چیز را به گونه ای فراهم کنید که زمان مشخصی را فقط به ماساژ فرزند خود بپردازید. قبل از آن که کار خود را شروع کنید باید دستهای خود را شسته و جواهراتی که با مانع کار و آزار فرزندتان می شود را خارج کنید.



- **دمای محیط:** نوزادان در تماس با هوای آزاد تمایل دارند به سرعت دمای بدن را از دست بدهند. استفاده از روغن برای ماساژ احتمال از دست دادن دمای بدن را کاهش می دهد. در هر صورت باید شیرخوار خود را در دمای محیطی ۲۹ الی ۳۰ درجه سانتیگراد ماساژ بدهید.



- **زمان:** در ابتدا بهتر است بیشتر از ۱۰ الی ۱۵ دقیقه ماساژ داده نشود. بهتر است تا موقعی ماساژ را ادامه بدهید که نوزاد از آن لذت برده و راحت به نظر می رسد. در ابتدای دوره شیرخواری این مدت ۲ الی ۵ دقیقه و در دو ماهگی به بعد ممکن است این مدت طولانی تر باشد. بهتر است بعد از وعده غذایی ماساژ را یک ساعت به تاخیر بیندازید.



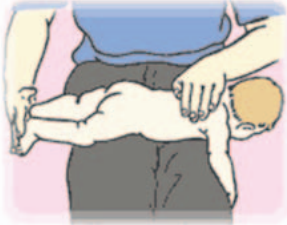
- **انتخاب بهترین وضعیت:** وضعیت خودتان به گونه ای انتخاب کنید که پشت شما صاف بوده و در طی بازی کردن با نوزاد احساس راحتی لذت بخشی داشته باشید. بهتر است شیرخوار را بر روی یک حوله نرم قرار بدهید.

استفاده از روغن: استفاده از روغن (زیتون، بادام، نارگیل و...) باعث می شود که حرکت دست شما بر روی بدن نوزادان ملایم تر و لذت بخش تر باشد. علاوه بر آن جذب روغن طبیعی از طریق پوست ممکن است نیاز های تغذیه ای نوزاد را نیز مرتفع سازد. لازم به تذکر است که قبل از استفاده کردن روغن بهتر است آن را تست حساسیت پوستی کنید. به این صورت که ابتدا مقدار مختصری از آن را بر روی قسمت باز آرنج شیرخوار خود

زده و بعد از ۲۰ دقیقه آن را بررسی کنید. در صورتی که علائم حساسیت بروز کرده باشد بهتر است از نوع روغن دیگری را انتخاب کنید.

ماساژ اندام تحتانی:

۱. ابتدا از یک پا شروع کنید. با یک دست میچ پا را در اختیار گرفته و با دست دیگر از ران به طرف پایین به صورت دوشیدن پوست نوزاد را نوازش دهید. این کار را چندین بار تکرار کنید. سپس پا دیگر را ماساژ دهید. یا با دو دست خود هر دو ران نوزاد را در اختیار گرفته و با حرکات ملایم چرخشی با فشار ملایم تا میچ پا ادامه بدهید.



۲. کف پا را از ناحیه پاشنه به طرف نوک ماساژ دهید. این عمل را چندین بار تکرار کنید.



۳. انگشتان پا را بین انگشت اشاره و شست خود قرار داده و آنها را با فشاری ملایم ماساژ دهید.



اقدامات فوق را چندین بار تکرار کنید.

ماساژ شکم و قفسه سینه:

۱. شکم نوزاد را در جهت عقربه های ساعت و به طرف پایین ماساژ بدهید. ماساژ را از زیر دنده ها شروع کنید. ابتدا با یک دست شروع کرده و با دست دیگر آن را ادامه بدهید.



۲. برای ماساژ قفسه سینه دست های خود را در کنار یکدیگر در وسط قفسه سینه قرار داده و آنها را در جهت دنده ها به طرف پایین و خارج حرکت بدهید. همچنین می توانید دست ها را به موازات همدیگر به پایین و بالا حرکت دهید.



ماساژ دست و بازو

۱. با یک دست یکی از اندام فوقانی فرزندتان را از ناحیه مچ در اختیار گرفته و با دست دیگر از بازو به طرف مچ دست به صورت دوشیدن ماساژ بدهید و این عمل را مکرراً تکرار کنید.
۲. برای ماساژ دست، توسط انگشت شست خود کف دست شیرخوار را با ملایمت باز کرده و انگشتان وی را بین چهار انگشت دیگر خود و انگشت شست ماساژ بدهید. همچنین بهتر است تک تک انگشتان وی را جداگانه ماساژ بدهید.



ماساژ صورت و دست ها:

۱. با ایجاد دایره های کوچک توسط نوک انگشتان خود و در امتداد فک بالا و پایین صورت شیرخوار خود را ماساژ بدهید.
۲. پیشانی را باید از مرکز به محیط ماساژ بدهید. این عمل را می توانید با قرار دادن هر دو شست در کنار همدیگر در وسط پیشانی و جدا کردن آنها از همدیگر انجام بدهید.
۳. بهتر است سر را توسط نوک انگشتان با ایجاد دایره های کوچک، از ناحیه نرم سر (ملاج) به محیط ماساژ بدهید.
۴. ماساژ ابرو و اطراف چشم توسط نوک انگشت شست صورت میگیرد.



پیچیدن نوزاد جهت جا بجایی

هدف: به منظور آرامش نوزاد در حین خواب بعد از هفته اول تا ۳ ماهگی می توان نوزاد را در حین خواب شبانه قنناق پیچ نمود.

وسایل و تجهیزات لازم: پارچه نخی یا پتوی نازک مربع شکل با اندازه مناسب
مراحل اجرای فرایند: (مطابق شکل ها)

- ۱- یک پارچه نخی مربع شکل را روی سطح یک میز پهن کنید
- ۲- گوشه بالای پارچه را در حد یک چهارم تا کنید
- ۳- نوزاد را در مرکز پارچه قرار دهید
- ۴- ابتدا گوشه سمت راست بچه را از پشت شانه نوزاد روی دست راست نوزاد بیاورید بطوری که کاملاً تمام دست و انگشتان نوزاد را بپوشاند.

- ۵- پس از پوشاندن دست راست، از همان گوشه پارچه پوشاننده دست راست را بصورت مورب از روی قفسه سینه به سمت چپ می آوریم طوری که دست روی سینه قرار گیرد و از زیر از زیر کمر وی رد نموده به سمت پای چپ نوزاد آورده و فیکس نمایید
- ۶- در دست چپ نوزاد نیز به همین ترتیب عمل نمایید و گوشه را پس از پیچیدن دور کمر نوزاد در سمت پای طرف مخالف وی فیکس نمایید
- ۷- نوزاد را به صورت یک طرفه بخوابانید



Step-by-step Swaddling Technique



Fold top down and place baby in the center using square or rectangle swaddle - demonstration uses rectangle

Fold top from center (not corner) over shoulder and tuck under arm



Hold with fingers and with other arm pull corner while holding blanket under arm

Slip hand out and pull corner across body



Tuck behind back as far as possible while turning baby



Roll baby back to front and pull bottom corner between legs. For a 10 week old baby and under, include feet and bring bottom corner under chin





Fold top from center (not corner) over other shoulder and tuck under arm

Slip hand out again while pulling blanket firmly across upper body to the back



Hold loose end against back as you lift baby to place in crib



Front view



Crib view with sleep positioner and additional blanket for cold weather

Baby on side



❖ دستورالعمل های مراقبت های مدیریت شده (۱۰) راهنمای انجام ختنه نوزادان پسر

ریاست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
با سلام و احترام ،

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقاء خدمات سلامتی و رعایت حقوق بیماران و در راستای ایجاد وحدت رویه در ارائه خط مشی های درمانی با بهره گیری از نظرات کارشناسی انجمن های علمی تخصصی دستورالعمل انجام ختنه نوزادان پسر را جهت بهره وری به دانشگاههای علوم پزشکی اعلام می دارد :

۱- در خصوص زمان انجام ختنه نظرات متعددی وجود دارد ، بر اساس منبع ذکر شده متخصصین نوزادان زمان مناسب ختنه از حداقل ۶ ساعت بعد از تولد و پس از معاینه اول نوزاد تا قبل از ترخیص از بیمارستان حداکثر تا پایان دوره نوزادی (۲۸ روز اول زندگی) می باشد ، مشروط به این که نوزاد سالم باشد و وزن بالای ۲۵۰۰ گرم داشته باشد و کتراندیکاسیون های ختنه از قبیل ناهنجاری های مجرا (مانند هیپوسپادیاس و اپی اسپادیاس و دو گانه بودن مجرا و انحراف محور آن) و سایر بیماری های خونریزی دهنده در فامیل وجود نداشته باشد .(ترجیحا نوزاد ختنه شده همراه مادر از بیمارستان ترخیص شود).

۲- فرد انجام دهنده ختنه پزشک دوره دیده باید باشد .بدیهی است ایجاد زمینه آموزش ختنه نوزادان در دوره کارورزی ،دستیاری و دستیاری فوق تخصصی (رشته های مربوطه)الزامی است و برای پزشکان فارغ التحصیل که مایلند مهارت را کسب نمایند دوره های علمی برگزار گردد
تبصره :انجام دخالت در امور ختنه توسط پرسنل غیر پزشک به هیچ وجه مجاز نمی باشد و ناظرین درمان موظفند در این گونه موارد برخورد قانونی نمایند .

۳- روش توصیه شده برای ختنه در دوره نوزادی و تا سن ۶ ماهگی روش Plastibell (حلقه پلاستیکی) می باشد .

تبصره : روش جراحی در صورتی که توسط فرد ماهر انجام شود نیز امکانپذیر است .

۴- روش بی حسی برای ختنه بر اساس پروتکل مراکز آموزشی متفاوت است .از آنجایی که استفاده از بی حسی مناسب برای انجام ختنه مورد اهمیت می باشد ،سه روش زیر پیشنهاد می شود :

استفاده از کرم Dorsal penile Nerve DPNB EMLA Block و Subcutaneous Ring Block.(نوع دارو و میزان آن بر اساس پروتکل مراکز آموزشی خواهد بود .)

۵- مراقبت های پس از انجام ختنه :

الف - حداقل ۲ ساعت پس از انجام ختنه تحت نظر باشد.

ب- دور محل ختنه از آلودگی و مدفوع در چند روز اول دور نگه داشته شود و در صورت آلودگی با مدفوع با آب و صابون تمیز شستشو انجام شود .

پ - استفاده از پماد تتراسیکلین یا وازلین طبی روی حلقه و آلت روزی ۳ بار یا بیشتر .

ت - حداکثر ۷ روز پس از ختنه توسط پزشک دیده شود .

ث - در صورت بی قراری تجویز قطره استامینوفن (۲ قطره به ازاء هر کیلو گرم) .

ج - پوشک نوزاد حتی المقدور باز باشد و در صورت بستن سفت بسته نشود .

۶ - علائم خطر برای مراجعه فوری به والدین آموزش داده شود :

الف - خونریزی یا تغییر رنگ و تیره شدن نوک آلت و خونمردگی وسیع آلت و بیضه

ب - تورم شدید آلت و بیضه

پ - نوزاد بایستی حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از ختنه ادرار نماید در غیر اینصورت نیاز به مراجعه به پزشک می باشد .

ت - افتادن حلقه در کمتر از ۳ روز و یا نیافتادن حلقه تا ۱۰ روز بعد از ختنه

ث - عفونت محل ختنه (قرمزی موضعی و ترشح چرکی) .

ج - سایر مواردی که به نظر والدین غیر طبیعی می باشد .

لطفا موضوع را به معاونین محترم درمان ، جهت اطلاع مناسب به کلیه واحدهای درمانی (دولتی ، خیریه و خصوصی) تحت پوشش ، ابلاغ و پیگیری لازم را معمول فرمایید .

منابع :

۱- نظر کارشناسی انجمن پزشکان نوزادان ایران شماره نامه ۷۷/۱۶۹/ن مورخ ۸۱/۴/۲۹

۲- نظر کارشناسی آقای دکتر ناصر سیم فروش (اورولوژیست) شماره نامه ۲۳۷۳/الف/گ/م مورخ ۸۱/۵/۷

۳- نظر کارشناسی آقای دکتر کجباف زاده (اورولوژیست کودکان) مورخ ۸۱/۵/۱۴

الگوی تغییرات وزن

صحیح ترین روش ارزیابی کفایت تغذیه با شیر مادر، اندازه گیری سریال وزن شیرخوار بدون لباس می باشد. تقریباً همه شیرخواران در ۴-۲ روز اول پس از تولد، وزن از دست می دهند. در شیرخوارانی که خوب تغذیه می شوند. کاهش وزن نباید پس از مرحله دوم لاکتوژنز ادامه یابد .

کاهش وزن بیشتر از ۷٪ وزن هنگام تولد ، بیشتر از اندازه می باشد حتی اگر به نظر برسد که لاکتوژنز و انتقال

شیربه صورت مطلوبی پیش می رود. در چنین شرایطی، تولید شیر و انتقال آن باید ارزیابی شود. پس از تکمیل مرحله دوم لاکتوژنز، شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده و به صورت موثری تغذیه می شود باید شیر کافی دریافت کند تا از روز ۴ تا ۵ پس از تولد شروع به افزایش وزن به میزان تقریباً ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز (۱/۲-۱ اونس در روز) نماید. با این میزان افزایش وزن، بیشتر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند تا روز ۱۴-۱۰ وزنی بیشتر از وزن تولد خود خواهند داشت و طی دو ماه اول ۱۵۰ تا ۲۱۰ گرم در هفته (۷-۵ اونس در هفته) افزایش وزن خواهند داشت. نوزادی که با شیر مادر تغذیه می شود و وزن او در ۲ هفتگی، کم تر از وزن زمان تولدش می باشد نیازمند ارزیابی دقیق و مداخله است. برای افزایش متوسط وزن دختران و پسرانی که با شیر مادر تغذیه می شوند به جدول ۲-۸ مراجعه کنید.

◀ الگوی دفع

میزان دفع ادرار معمولاً در سه تا ۴ روز اول پس از تولد، از میزان مایع دریافت شده بیشتر است که یک پاسخ فیزیولوژیک برای کاهش فضای مایع خارج سلولی می باشد. الگوی دفع مدفوع و ادرار پس از چند روز اول، شاخص های خوبی برای بررسی دریافت کافی شیر می باشد (جدول ۷-۷). ثبت روزانه میزان تغذیه و دفع شیرخوار در چند هفته اول توسط مادر می تواند مفید باشد. البته این کار باید در صورتی انجام شود که فواید آن بیشتر از اثرات آن در افزایش استرس مادر باشد.

الگوی دفع در نوزادانی که با شیرمادر تغذیه می شوند - هفته اول

| | | |
|----------------|------------------------------------|---|
| ۲۴ ساعت اول | یک کهنه مرطوب در ۲۴ ساعت | یک بار دفع مکونیوم در ۲۴ ساعت |
| روز دوم | ۲-۳ کهنه مرطوب در ۲۴ ساعت | یک بار دفع مکونیوم در ۲۴ ساعت |
| روز سوم | ۴-۶ کهنه مرطوب در ۲۴ ساعت | رنگ مدفوع تغییر می کند |
| روز چهارم | ادرار زرد روشن، ۶-۴ بار در ۲۴ ساعت | مدفوع بینابینی (Transition) |
| روز پنجم | ادرار بی رنگ، ۸-۶ بار در ۲۴ ساعت | ۳-۴ بار مدفوع زرد رنگ |
| روز ششم به بعد | ادرار بی رنگ، ۸-۶ بار در ۲۴ ساعت | ۴ بار یا بیشتر دفع مدفوع، با استقرار شیردهی ممکن است دفعات مدفوع کاهش یابد. |

۱- دفع ادرار: تا روز پنجم الی هفتم تولد (معمولاً یک تا دو روز پس از این که مرحله دوم لاکتوژنز کامل شد) نوزادی که با شیرمادر تغذیه می شود، باید ۶ بار در روز یا بیشتر ادرار بی رنگ و رقیق دفع نماید.

۲- دفع مدفوع و خصوصیات آن: مدفوع و خصوصیات آن نیز از شاخص های مهم در بررسی میزان دریافت شیرمادر است. مدفوع مکونیومی طبیعی سبز سیاه، باید تا روز ۴ یا ۵ پس از تولد به مدفوع بینابینی سبز، سپس مدفوع نرم، دانه دانه و زرد تبدیل شود. تا روز ۵ الی ۷، شیرخواری که خوب با شیر مادر تغذیه شده باشد حداقل ۴-۳ بار در روز مدفوع زرد با حجم متوسط دفع می نماید. برخی از شیرخواران، پس از اکثر دفعات تغذیه، دفع مدفوع دارند. پس از ماه اول، حجم هر بار مدفوع افزایش یافته و دفعات آن کاهش می یابد. آموزش های مقدماتی و برنامه ریزی شده در این زمینه بسیار مهم است زیرا مدفوع طبیعی شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند کاملاً شل بوده و ممکن است با اسهال اشتباه شود، بخصوص اگر والدین به دیدن مدفوع سفت و قهوه ای خاص شیرخوارانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند، عادت داشته باشند. دریافت ناکافی شیرمادر در شیرخوار بالای ۵ روز، ممکن است به صورت وجود مدفوع مکونیومی، مدفوع بینابینی سبز قهوه ای، تعداد کم دفعات دفع مدفوع (کمتر از ۳ بار در روز) یا مدفوع بسیار اندک تظاهر نماید.

| سن حاملگی بر حسب هفته : | | | | | فرم ثبت آپگار نوزاد | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|----------------------------|------------------|-------------|
| دقیقه | دقیقه | دقیقه | دقیقه | دقیقه | نمره ۲ | نمره ۱ | نمره صفر | علامت |
| ۲۰ | ۱۵ | ۱۰ | ۵ | ۱ | | | | |
| | | | | | کاملاً صورتی | سیانوز انتهاها | آبی یا رنگ پریده | رنگ |
| | | | | | بیش از ۱۰۰ در دقیقه | کمتر از ۱۰۰ در دقیقه | ندارد | ضربان قلب |
| | | | | | گریه یا دور کردن فعال | ناله کردن | بدون پاسخ | تحریک پذیری |
| | | | | | حرکات فعال | فلکسیون نسبی | شل | تون عضلانی |
| | | | | | خوب، در حال گریه | گریه ضعیف، هیپو ونتیلیسیون | ندارد | تنفس |
| | | | | | جمع نمره آپگار | | | |

| توضیحات: | | | | | دقیقه |
|----------|----|----|---|---|-----------------|
| ۲۰ | ۱۵ | ۱۰ | ۵ | ۱ | |
| | | | | | اکسیژن |
| | | | | | PPV/NCPAP |
| | | | | | لوله داخل تراشه |
| | | | | | فشردن قفسه سینه |
| | | | | | اپی نفرین |

- نمره آپگار را طبق برنامه زمانی در جای مناسب ثبت کنید.
- در صورت نیاز به احیا، اقدامات انجام شده را در همان زمانهای ثبت نمره آپگار با زدن علامت در محل مناسب مشخص کنید.
- در محل توضیحات سایر موارد نظیر داروهای مادر و یا پاسخ به اقدامات احیا در فواصل تعیین آپگار را بنویسید.
- PPV: تهویه با فشار مثبت و NCPAP: فشار مثبت مداوم راههای هوایی از طریق بینی

ACTION PLAN Helping Babies Breathe

Prepare for birth*

Birth

If meconium, clear airway
Dry thoroughly
Crying?



Not crying

Clear airway
Stimulate
Breathing?

Not breathing

Cut cord



Ventilate

Not breathing

Call for help



Improve ventilation

Not breathing
Heart rate?



Normal

Slow

Continue ventilation
Advanced care

Not breathing

Monitor with mother

Breathing

Breathing well

Breathing?

Keep warm
Check breathing



Crying



Cut cord



*Prepare for birth



The Golden Minute™

60 sec

1. ناحیه سبز- مراقبت روتین
2. ناحیه زرد- گام های اولیه احیاء
3. ناحیه قرمز- احیای نوزاد

ضمائم، فرمها و دستورالعملها

بخش ۵

How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

⌚ Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



Wet hands with water;



Apply enough soap to cover all hand surfaces;



Rub hands palm to palm;



Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



Palm to palm with fingers interlaced;



Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



Rinse hands with water;



Dry hands thoroughly with a single use towel;



Use towel to turn off faucet;



Your hands are now safe.



World Health Organization

Patient Safety

A WHO initiative to make the world safer

SAVE LIVES

Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material therein remains, in all cases, with the World Health Organization. For further information, please contact the WHO Publications Department at Geneva (2025), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2015

How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

⌚ Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;



Rub hands palm to palm;



Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



Palm to palm with fingers interlaced;



Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



Once dry, your hands are safe.



1. Guideline for perinatal care, sixth ed., AAP-ACOG 2008-
2. Neonatal-Perinatal Medicine, Fanaroff A. 2006
3. Perinatal Continuing Education Program (PCEP) — (-4Book Set) AAP2007-
4. Nelson texttebook of pediatrics,2008
5. Neonatal resuscitation , AAP, 2006
6. Robertson's texttebook of neonatology,Rennie JM, Elsevier, 2008/2005
7. Primary care of the newborn, Siedel HM (Johns Hapkins US of medicine), saunders ,2006
8. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care:A guide for essential practice, WHO, 2006
9. Care of the Newborn Reference Manual, Thinker A, Bell R et al. Save the children Federation, 2004
10. Thermal protection of the newborn , WHO,1997

۱۱. کتاب راهنمای مراقبت ادغام یافته ناخوشی های اطفال - مانا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۷

- 1 Eichenbaum-Pikser G, Zasloff JS. Delayed clamping of the umbilical cord: a review with implications for practice. J Midwifery Womens Health. 2009 Jul-Aug;6-321:(4)54.
- 2 Coggins M, Mercer J. Delayed cord clamping: advantages for infants. Nurs Womens Health. 2009 Apr;9-132:(2)13.
- 3 Chaparro CM. Setting the stage for child health and development: prevention of iron deficiency in early infancy. J Nutr. 2008 Dec; 33-2529:(12)138.
- 4 Stoltzfus RJ. Research needed to strengthen science and programs for the control of iron deficiency and its consequences in young children. J Nutr. 2008 Dec; 6-2542:(12)138. Review. PubMed PMID: 19022987.
- 5 Scherjon SA, Smit Y. [Delayed cord clamping in the interest of the newborn child]. Ned Tijdschr Geneesk. 2008 Jun 12-1409:(25)152;21. abstract
- 6 Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. A systematic review and meta-analysis of a

brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. *Neonatology*. -138:(2)93 ;2008 44. Epub 2007 Sep 21.

-7 Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May-Jun; 72-262:(3)52.

-8 Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007 Mar 52-1241:(11)297;21.

-9 Van Rheezen PF, Gruschke S, Brabin BJ. Delayed umbilical cord clamping for reducing anaemia in low birthweight infants: implications for developing countries. *Ann Trop Paediatr*. 2006 Sep;67-157:(3)26.

-10 Levy T, Blickstein I. Timing of cord clamping revisited. *J Perinat Med*. -293:(4)34;2006 7.

-11 Singhal N, Niermeyer S. Neonatal resuscitation where resources are limited. *Clin Perinatol*. 2006 Mar;28-219:(1)33, x-xi.

-12 Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 4);18):CD003248.

-13 van Rheezen P, Brabin BJ. Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialized countries: a systematic review. *Ann Trop Paediatr*. 2004 Mar;16-3:(1)24.

-14 Mercer JS, Skovgaard RL. Neonatal transitional physiology: a new paradigm. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2002 Mar;75-56:(4)15.

-15 Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health*. 2001 Nov-Dec;14-402:(6)46.

-16 Van Winckel M, De Bruyne R, Van De Velde S, Van Biervliet S. Vitamin K, an update for the paediatrician. *Eur J Pediatr*. 2009 Feb;34-127:(2)168. Epub 2008 Nov 4.

-17 Shearer MJ. Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. *Blood Rev*. 2009 Mar;59-49:(2)23. Epub 2008 Sep 19.

-18 Pichler E, Pichler L. The neonatal coagulation system and the vitamin K deficiency bleeding - a mini review. *Wien Med Wochenschr*. 95-385:(14-13)158;2008.

- 19 Yamasmit W, Chaithongwongwatthana S, Tolosa JE. Prenatal vitamin K1.administration in epileptic women to prevent neonatal hemorrhage: is it effective? J Reprod Med. 2006 Jun;6-463:(6)51.
- 20 Rezvani M, Koren G. Does vitamin K prophylaxis prevent bleeding in neonates exposed to enzyme-inducing antiepileptic drugs in utero? Can Fam Physician. 2006 Jun;2-52:721.
- 21 Chalmers EA. Neonatal coagulation problems. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2004 Nov;6(89):F8-475.
- 22 Isarangkura P, Mahasandana C, Chuansumrit A, Angchaisuksiri P. Acquired bleeding disorders: the impact of health problems in the developing world. Haemophilia. 2004 Oct;10 Suppl 95-4:188.
- 23 Sutor AH. New aspects of vitamin K prophylaxis. Semin Thromb Hemost. 2003 Aug;6-373:(4)29.
- 24 Hey E. Vitamin K--what, why, and when. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Mar;2(88):F3-80
- 25 Medves JM. Three infant care interventions: reconsidering the evidence. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 Sep-Oct;9-563:(5)31.
- 26 Suzuki S, Iwata G, Sutor AH. Vitamin K deficiency during the perinatal and infantile period. Semin Thromb Hemost. 8-93:(2)27;2001.
- 27 Academy of Breastfeeding Medicine : www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx
- 28
- 29 Newborn Care manual - Routine care of normal infants: www.gfmer.ch/PEP/Unit_18.htm
- 30 Routine Newborn Baby Care Procedures: www.givingbirthnaturally.com/newborn-baby-care.html
- 31 Routine newborn care : UpToDate Inc.
- 32 Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service

deliver. KJ Kerber, JE de Graft-Johnson, ZA Bhutta, P Okong, Lancet. 2007 Oct ;13 69-1358:(9595)370

-33 Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. A. Baqui, S. El-Arifeen, G. Darmstadt, S. Ahmed, E. Williams, H. Seraji, I. Mannan, S. Rahman, R. Shah, S. Saha, The Lancet, 2008 Volume 371, Issue 9628, Pages 1944-1936

-34 Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. A Bergström , P Okong , A-B Ransjö-Arvidson, Acta Paediatrica : 2007 ,Volume 96 Issue 5, Pages 658 – 655

-35 Reduction of Health Care–Associated Infection Risk in Neonates by Successful Hand Hygiene Promotion. Carmem Lucia Pessoa-Silva, Střphane Hugonnet et al. Pediatrics, Jul 2007; doi:10.1542/peds.3712-2006

-36 Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease: A Scientific Statement from the AHA and AAP et al. Pediatrics, 836-823 :124 ,2009

-37 Delayed Pediatric Office Follow-up of Newborns After Birth Hospitalization Jochen Profit, Alva J. Cambric-Hargrove, Kay O. Tittle, Kenneth Pietz, and Ann R. Stark, Pediatrics 554-548 :124, 2009.

-38 Baumer JH. Routine postnatal care given to all babies.

-39 Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2007 Apr;2(92):ep4-61.

-40 Van Rheenen PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. BMJ. 2006 Nov 8-954:(7575)333;4.

-41 Cornette L, Miall L. Development of regional guidelines: the way forward for neonatal networks? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2006 Sep;5(91):F9-318.

-42 American Heart Association; American Academy of Pediatrics. 2005 American Heart Association (AHA) guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) of pediatric and neonatal patients: neonatal resuscitation guidelines. Pediatrics. 2006 May;5(117):e38-1029.

-43 Langan RC. Discharge procedures for healthy newborns.

-44 Am Fam Physician. 2006 Mar 52-849:(5)73;1.

- 45 Manning D. American Academy of Pediatrics guidelines for detecting neonatal hyperbilirubinaemia and preventing kernicterus. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005 Nov;6(90):F1-450.
- 46 Kaplan M, Hammerman C. American Academy of Pediatrics guidelines for detecting neonatal hyperbilirubinaemia and preventing kernicterus.
- 47 Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005 Nov;6(90):F9-448.
- 48 Hall KL, Zalman B. Evaluation and management of apparent life-threatening events in children. Am Fam Physician. 2005 Jun 8-2301:(12)71;15.
- 49 Burdge DR, Money DM, Forbes JC, Walmsley SL, Smaill FM, Boucher M, Samson LM, Steben M; Canadian HIV Trials Network Working Group on Vertical HIV Transmission. Canadian consensus guidelines for the management of pregnancy, labour and delivery and for postpartum care in HIV-positive pregnant women and their offspring (summary of 2002 guidelines). CMAJ. 2003 Jun 4-1671:(13)168 ;24.
- 50 American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Advanced practice in neonatal nursing. Pediatrics. 2003 Jun; 6(11) Pt 4-1453:(1).
- 51 Dehan M, Gold F, Grassin M, Janaud JC, Morisot C, Ropert JC, Simeoni U; Commission Ethique de la Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes. [Withholding and withdrawing treatment in the perinatal period: importance of a coherent attitude between gynecologists and pediatricians] J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2001 Apr;8-133:(2)30.
- 52 Committee on Genetics. Pediatrics. Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia. American Academy of Pediatrics. 2000 Jul; 1(106) Pt 42-138:(1).
- 53 Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2000 Apr;4(105) Pt 905-896:(1).
- 54 American Academy of Pediatrics. Committee on Child Health Financing. Guiding principles for managed care arrangements for the health care of newborns, infants, children, adolescents, and young adults. Pediatrics. 2000 Jan;1(105) Pt 5-132:(1).

- 55 National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guidelines and evidence review for postnatal care: routine postnatal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2006.
- 56 UK National Screening Committee. Child Health Screening Subgroup. Available at http://www.nsc.nhs.uk/ch_screen/child_ind.htm.
- 57 Department of Health. Reduce the risk of cot death: an easy guide. London: Department of Health, 2005, Available at <http://www.dh.gov.uk>.
- 58 National Institute for Health and Clinical Excellence. Division of ankyloglossia (tongue-tie) for breastfeeding. NICE interventional procedure guidance no 149. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005, Available at <http://www.nice.org.uk/IPG149>.
- 59 National Screening Committee. Dysplasia of the hip. Child Health Subgroup Report, September 2004. Available at <http://www.library.nhs.uk/screening/viewResource.aspx?catID=8730&dg=107&resID=61021>.
- 60 Standard Medical Advisory Committee and the Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee. Screening for the detection of congenital dislocation of the hip. London: Department of Health and Social Security, 1986.
- 61 Special report. Screening for the detection of congenital dislocation of the hip. Arch Dis Child 6-61:921;1986.
- 62 Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hyponatraemic dehydration and breast feeding: a population study. Arch Dis Child 20-85:318;2001.
- 63 Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth. Cochrane Database Syst Rev 2004:3.
- 64 Fleming P, Blair P, McKenna J. Infant death. New knowledge, new insights, and new recommendations. Arch Dis Child 801-91:799;2006.
- 65 National Institute for Health and Clinical Excellence. Routine post-natal care of women and their babies. Clinical Guideline 2006 .37. Available at <http://www.nice.org.uk/CG037> (accessed 11 October 2007).

- 66 Dezateux C, Brown J, Arthur R, et al. Performance, treatment pathways and effects of alternative policy options for screening for developmental dysplasia of the hip in the United Kingdom. *Arch Dis Child* 9–753 :88 ;2003.
- 67 Habel A, Eihadi N, Sommerlad B, et al. Delayed detection of cleft palate: an audit of newborn examination. *Arch Dis Child* 40–238 :91 ;2006.
- 68 Knowles R, Griebisch I, Dezateux C, et al. Newborn screening for congenital heart defects: a systematic review and cost effective analysis. *Health Technol Assess* 168–1 :9 ;2005.
- 69 Ainsworth S, Wyllie J, Wren C. Prevalence and clinical significance of cardiac murmurs in neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 80 ;1999: F5–43.
- 70 Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 1845 :365 ;2005.
- 71 Baumer JH. Routine postnatal care given to all babies. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 92 ;2007: ep4–61.
- 72 Aniansson G, Alm B, Andersson B, et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatric Infect Dis J* 8–183 :13 ;1994.
- 73 Burr M, Miskelly F, Butland B, et al. Environmental factors and symptoms in infants at high risk of allergy. *J Epidemiol Community Health* 32–125 :43 ;1989.
- 74 Mayer-Davis EJ, Rifas-Shiman SL, Zhou L, et al. Breast-feeding and risk for childhood obesity. Does maternal diabetes or obesity status matter? *Diabetes Care* :29 ;2006 7–2231.[
- 75 Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. for the PROBIT Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 20–413 :285 ;2001.
- 76 Broadfoot M, Britten J, Tappin D, et al. Baby friendly hospital initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 90 ;2005: F6–114.
- 77 American Academy of Pediatrics. Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics* 2–191 :1 ;2003.
- 78 Hey E. Vitamin K - what, why and when? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 88 ;2003:

F3-80.

-79 Department of Health. Vitamin K for newborn babies. 1998: PL/CMO/3/98. Available at <http://www.dh.gov.uk/en/AdvanceSearchResult/index.htm?searchTerms = Vitamin+K> (accessed 11 October 2007).

-80 Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics* 14-6 :103 ;1999.

-81 American Academy of Pediatrics Subcommittee in Hyperbilirubinaemia. Management of hyperbilirubinaemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* ;2004 316-297 :114.

-82 Shroff R, Hignett R, Pierce C, et al. Life-threatening hypernatraemic dehydration in breast-fed babies *Arch Dis Child* 6-1025 :91 ;2006.

-83 American Academy of Pediatrics. Breast feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 9-1035 :6;100.

-84 Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 19-607 :112 ;2003.

-85 Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breastfeeding: a population study. *Arch Dis Child* 20-318 :85 ;2001.

-86 Harding D, Moxham J, Cairns P. Weighing alone will not prevent hypernatraemic dehydration. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 88 ;2003: F349.

-87 MacDonald PD. Postnatal weight monitoring should be routine. *Arch Dis Child* Available at <http://adc.bmj.com/cgi/eletters/2052#1025/12/91> (accessed 11 october 2007).

-88 McKie A, Young D, MacDonald PD. Does monitoring newborn weight discourage breast feeding? *Arch Dis Child* 6-41 :91 ;2006.

-89 Townsend J, Wolke D, Hayes J, et al. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Technol Assess* 14 :8 ;2004. abstract.

- 90 Ward-Platt MP, Brown K, on behalf of the Ashington Evaluation Group. Evaluation of advanced neonatal nurse practitioners: confidential enquiry into the management of sentinel cases Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 89 ;2004: F241.
- 91 Gagnon J, Dougherty G, Jimenez V, et al. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. Pediatrics 80–1074 :109 ;2002.
- 92 Petrou S, Boulvain M, Simon J, et al. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital based care postpartum: an economic evaluation. BJOG 6–800 :111 ;2004.
- 93 Academy of Breastfeeding Medicine: Co-sleeping and Breastfeeding Protocol
- 94 Solano County Health and Social Services: “Your Baby Matters” “Sharing a Bed with Your Baby” from UNICEF in the UK
- 95 Anderson, G. (1989). Risk in mother-infant separation postbirth. Image: Journal of Nursing Scholarship, 199-196 ,(4)21.
- 96 Keefe, M. (1988). The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 126-122 ,(2)17. (Abstract)
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2005). Breastfeeding: A guide for the medical professional (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby (pp. 76 ,299 ,275).
- Marasco, L. (1998). Cue vs scheduled feeding: Revisiting the controversy. Mother Baby Journal, 42-39 ,(4)3.
- 97 McKenna, J. J., Mosko, S. S., & Richard, C. A. (1997). Bedsharing promotes breastfeeding. Pediatrics, 2)100, Pt. 219-214 ,(1. (Abstract)
- 98 Mosko, S., Richard, C., & McKenna, J. (1997). Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. Pediatrics, 849-841 ,(5)100
- 99 Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists (NAACOG) OGN Nursing Practice Resource. (March 1989). Mother-Baby Care.
- 100 Rapley, G. (2002). Keeping mothers and babies together—breastfeeding and bonding. Royal College of Midwives, 224-332 ,(10)5. (Abstract)
- 101 Svensson, K., Mattiesen, A. S., Widström, A. M. (2005). Night rooming-in: Who

decides? An example of staff influence on mother's attitude. *Birth*, 106-99 ,(2)32. (Abstract)

-102 Title 22 Licensing and Certification of Health Facilities and Referral Agencies. Article 70547, Section (k), p. 789.

-103 Winikoff, B., Myers, D., Laukaran, V. H., & Stone, R. (1987). Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned. *Pediatrics*, 433-423 ,(3)80.

-104 Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1022-1017 :(11) 79.

-105 Arora S, McJunkin C, Wehrer J & Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply *Pediatrics* 67;106;2000

-106 Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ*. -319:1457;1999 1462 [Abstract] (PDF)

-107 Bruschweiler-Stern N. Early Emotional Care for Mothers and Infants. *Pediatrics* 1278 :102 ;1998

-108 Carfoot, S Williamson, P Dickson, R (2005) A Randomized Controlled Trial in the North of England Examining the Effects of Skin-to-Skin Care on Breastfeeding, *Midwifery* 1)21), March 2005 [Abstract]

-109 Cloherty M, Alexander J, Holloway I. Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress. *Midwifery*. 2004 Jun;204-194:(2)20.

-110 Edmond K.M. Zandoh C. Amengo-Etego S. Kirkwood B R. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* Vol 117 No. 3 March 2006 ppe-380e386]

-111 Epstein K. (1993). The interactions between breastfeeding mothers and their babies during the breastfeeding session. *Early Child Development and Care*.104-87:93.

-112 Epstein-Gilboa K.(2000).The psychological reality of breastfeeding. *IMPrint*. -28:18 21.

-113 Erlandsson K, Fagerberg I. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after

birth, and their strong desire to be close to their baby.. Midwifery. 2005 Jun; 8-131:(2)21. Epub 2005 Mar 28. [Abstract]

-114 Feldman R, Eidelman AI, Sirota L. & Weller A. Outcomes and Preterm Infant Development: Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Pediatrics 26-16;110;2002

-115 Alfred W. Brann, Robert C. Cefalo: Care of the Newborn in the Delivery Room, Pediatrics 970 ;64 ;1979.

-116 American Academy of Pediatrics, Policy Statement—Hospital Stay for Healthy Term. Newborns Pediatrics 409–125:405;2010

-117 Special Report_Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science, Pediatrics published online Oct 2010 ,18.

-118 Special Report_Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Pediatrics published online Oct 2010 ,18;