

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**بسته خدمتی
مراقبت آغوشی مادر و نوزاد**

**Kangaroo Mother Care
(KMC)**

اداره سلامت نوزادان

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زمستان ۱۳۹۰

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



تهیه کننده گان به ترتیب حروف الفبا :

- ارشاد منش، ماشاء الله، پزشک عمومی، سازمان تأمین اجتماعی تبریز
- افجه ای، سیدابوالفضل، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی
- اکرمی، فروزان، کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- جعفری پردستی، حاجیه، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- حبیب الهی، عباس، متخصص کودکان، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- حیدرزاده، محمد، فوق تخصص نوزادان، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- خزائی، سهیلا، فوق تخصص عفونی کودکان، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- راوری، محمود، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اراک
- رشیدی جزنی، نسرین، کارشناس مامایی، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- زرکش، محمدرضا، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- شاه حسینی، پیمان، متخصص کودکان، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- مطلق، محمد اسماعیل، متخصص کودکان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- وکیلان، روشنگر، کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برنامه اجرای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد توسط جمعی از اساتید محترم عضو هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و کارشناسان واحدهای بهداشتی و درمانی دانشگاه‌های کشور به روش بحث گروهی متمرکز و نظر سنجی کتبی، نهایی و مورد تأیید قرار گرفت. اسامی به ترتیب حروف الفبا:

آرامش، محمد رضا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

اقتصاد، مهدی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

استیفایی، سهیلا، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

بابایی، فرح، کارشناس ارشد مامایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسکابادی، حسن، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

براهینی، نسرين، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

برکاتی، حامد، متخصص کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بهمنش، شیوا، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

پارسا، پریسا، دکترای بهداشت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان

پروینی، زهرا بی بی، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

پودینه، پروین، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

تیمی پور، سعیده، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

تیشه زن، فریبا، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

جوانمردی، زهرا، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حبیبی، مبینا، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

حق پرست، مهران، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

خنفری، نادیا، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دلاور، بهرام، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دستفان، فاطمه، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دهدشتیان، مسعود، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

ذوالقدری، افسانه، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان

رئیزی فرد، بهجت، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

رئیسیان، شاهرخ، جراح فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

رحیمی، رویا، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

رضوان، گوهر، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سعدوندیان، سوسن، کارشناس ارشد تغذیه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
صابری، مریم، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
شاهی زاده، صحیفه، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
صیدی، معصومه، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
ضیایی، طاهره، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
عبدلی، اقدس، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
عطایان، رقیه، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
علایی، شهناز، پزشک عمومی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
عامری، زهرا، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
عبا باف، صغری، کارشناس ارشد بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
عبا باف، مهران، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
عبدشاهی، مریم، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
عسگرآوی، زهرا، کارشناس بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
فرج زاده، صدیقه، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
فرخی پور، پرینا، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
فرود نیا، شهره، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
فطوریچی، مژگان، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
کاشفی مهر، سیامک، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
کاظمی، سکینه بیگم، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
کنعانی، ناهید، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
کیانی، داوود، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
کیانی، مژگان، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
گودرزی، فاطمه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد
گیوری، اعظم، کارشناس ارشد پرستاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مجیدی، منیژه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان
محمدپور، بهجت، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

محمودیان، نسرین، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
مخدوم، فرخنده، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
مرادی، نرگس، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
مرتضوی، مازیار، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
مرزبان، اصغر، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
مرعشی، اورانوس، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
مقدم، ندا، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
ممبینی، لیدا، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
موسایی، سهیلا، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
میرزا پور، پگاه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
مومنی فراهانی، فاطمه، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
والافر، شهرزاد، کارشناس مامایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
وثوقی نیری، ژاله، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
هادی پورجهرمی، لیلا، کارشناس ارشد مامایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هرمزی، فرحناز، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
همتی، افسانه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فهرست

صفحه

.....	مقدمه:
.....	فصل ۱: راهنمای بالینی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.....
.....	فصل ۲: فضای فیزیکی، تجهیزات و امکانات رفاهی.....
.....	فصل ۳: برنامه آموزش مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.....
.....	فصل ۴: سازو کار اجرایی.....
.....	فصل ۵: پایش و ارزشیابی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.....
.....	منابع:
.....	ضمائم:

مقدمه:

همه ساله حدود ۲۰ میلیون نوزاد با وزن پایین (LBW)، متولد می‌شوند که اکثر آنها (۹۶/۵٪) مربوط به کشورهای در حال توسعه است. LBW و تولد نوزاد نارس به میزان قابل توجهی با مرگ و میر نوزادان ارتباط دارد.

مراقبت از چنین نوزادانی، باری سنگین بر سیستم‌های اجتماعی و بهداشتی جامعه است و از آنجا که دلایل و عوامل تولد نوزاد نارس عمدتاً ناشناخته‌اند، مداخله‌های مؤثر در این زمینه محدود می‌باشد. بعلاوه فن آوری پیشرفته در این زمینه (به عنوان مثال انکوباتور)، یا در دسترس نیست و یا به دلیل کمبود کارکنان ماهر از آن استفاده درست نمی‌شود. ضمن اینکه انکوباتورها غالباً به طور غیرضروری، نوزادان را از مادرشان جدا و آنها را از تماس پوست به پوست محروم می‌کنند، لذا مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (KMC) که در آن نوزاد در تماس پوستی با مادر مراقبت می‌شود به عنوان جایگزینی مناسب برای مراقبت انکوباتوری از نوزادان نارس که بر مشکلات اولیه فائق آمده‌اند، معرفی شد. پس از آن با مطالعات بیشتر، کاربرد KMC فراتر از یک جایگزین و به عنوان روش مؤثری برای برآوردن نیازهای نوزاد به گرما، تغذیه با شیر مادر، محافظت از عفونت، بالا رفتن انگیزه مراقبت، ایمنی بیشتر، رابطه انسانی مناسب‌تر، عطوفت و آرامش بیشتر بیان گردید. شواهد و سوابق موجود در مطالعات، شاخص‌های اثربخشی KMC را، کاهش مرگ و میر، بیماری، عوارض و تقویت تغذیه با شیر مادر، رشد و حفظ حرارت نوزاد و بهبود سایر پارامترهای فیزیولوژیک معرفی می‌کنند. براساس مطالعات انجام شده به نظر می‌رسد KMC و تماس پوستی برای تغذیه با شیر مادر سودمند باشد. در مورد رشد نوزاد نیز، تحقیقات حاکی از آن هستند که یا نوزادان تحت KMC از رشد بهتری برخوردار بوده‌اند یا تفاوت قابل توجهی با گروه کنترل نداشته‌اند. در مورد کنترل حرارت نیز، مطالعات نشان دادند که نوزادان تحت KMC از کنترل مؤثرتری برخوردار بودند و KMC با کاهش خطر هیپوترمی همراه بوده است. ضمن اینکه وضعیت متابولیسم از جمله ضربان قلبی و تنفسی، مصرف اکسیژن، گلوکز خون، الگوهای خواب و رفتارهای مشاهده شده در نوزادان LBW که به روش KMC نگه داشته شده بودند، وضعیتی مشابه یا بهتر از وضعیت نوزادان جدا شده از مادرشان را نشان دادند.

گزارش‌ها نشان می‌دهند در روش KMC، فشار روحی، استرس و عذاب وجدان مادران

کمتر از روش مرسوم بوده و مادران تماس پوستی را ترجیح می دهند. در کشورهای پردرآمد، مادران احساس اعتماد به نفس بیشتر، عزت نفس بالاتر و احساس رضایت مندی و توانمندی خود را از اینکه می توانند کار مثبتی برای نوزاد نارس شان انجام دهند، ابراز کرده اند. به علاوه کودکانی که در دوره نوزادی از مراقبت آغوشی بهره می گیرند از روند تکاملی و شخصیتی مناسب تری در آینده برخوردار می شوند و به دلیل رابطه عاطفی خوبی که بین مادر و نوزاد برقرار می شود، بسیاری از مشکلات خلقی و رفتاری در این اشخاص کمتر خواهد بود.

تجربه اجرای این طرح در تعدادی از بیمارستان های دانشگاهی کشور وجود دارد. نتایج طرح آزمایشی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در بیمارستان مهدیه تهران نشان داد: مادران و کارکنان به طور کلی از اجرای این طرح رضایت داشتند. اجرا و پیگیری KMC به عملکرد صحیح و حمایت مادران، پزشکان و کارکنان درگیر بستگی دارد. اهمیت و ضرورت انجام آموزش های مدون و فراهم کردن امکانات مورد نیاز در این راستا امری لازم است.

هدف از تدوین این مجموعه تعیین چارچوب های کاری و ارایه راه کارهای اجرایی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد به همراه منابع، مستندات، سیاست ها و پیشنهادهایی است که در سطح دانشگاه برای اجرای موفق مراقبت آغوشی مورد نیاز می باشند.

اجرای این برنامه در سطح کشوری، با بالا رفتن کیفیت مراقبت از نوزادان در بیمارستان ها، همراه خواهد بود. توجه به سلامت روان نوزادان، در بهبود جسمانی آنان، تأثیرات شگرفی دارد. امید است، مدیران و کارشناسان ستاد معاونت درمان دانشگاه ها و بیمارستان ها، با اراده و عزمی راسخ و بهره گیری از علم و تجارب خویش در استقرار بینه این برنامه تلاش نمایند.

دکتر محمد اسماعیل مطلق
مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

تولد نوزاد نارس یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت در دنیا و ایران می‌باشد. مشکلات ناشی از مراقبت نوزادان نارس و عوارض مختلفی که بر روند تکاملی این نوزادان گذاشته می‌شود، تأثیرگذار بر شخصیت افراد، خانواده‌ها و اجتماع می‌باشد.

مطالعات جدید حاکی از آن است که برقراری تماس پوست با پوست از ساعت اول تولد در بخش زایمان و تداوم و تقویت آن در بخش‌های نوزادان به خصوص بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، در بهبود جسمی و عاطفی نوزادان تأثیرات چشمگیری دارد. در همین راستا اداره سلامت نوزادان بر آن شد که مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (Kangaroo Mother Care) را که از ۳۰ سال پیش در کشورهای مختلف دنیا اجرا می‌گردد، در سطح ملی نهادینه نماید. امید است اجرای این مراقبت بتواند در ارتقاء روند بهبود و تکامل نوزادان به ویژه نوزادان نارس نقش مهمی ایفاء نماید. این مجموعه شامل ۵ فصل است:

فصل اول: راهنمای بالینی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد: در این فصل اقدامات بالینی لازم برای اجرای این نوع مراقبت به صورت استاندارد و علمی توضیح داده می‌شود.

فصل دوم: فضای فیزیکی، تجهیزات و امکانات رفاهی: در این فصل در مورد استانداردهای فضای فیزیکی، وسایل مورد نیاز و امکانات رفاهی برای مادر و خانواده او بحث می‌شود.

فصل سوم: برنامه آموزشی: در این فصل در مورد محتوای آموزشی و برنامه آموزشی پزشکان و کارکنان مرتبط با مراقبت نوزاد (منابع پشتیبان) بحث می‌شود و بر حمایت از پژوهش‌های مرتبط با برنامه مراقبت آغوشی در سطح دانشگاه‌ها تأکید می‌گردد.

فصل ۴: ساز و کار اجرایی: در این فصل در مورد فعالیتهای پشتیبان مورد نیاز دانشگاه‌ها در راستای استقرار صحیح برنامه بحث می‌شود.

فصل ۵: پایش و ارزشیابی: این فصل به منظور اجرای صحیح فعالیت‌ها و صیانت از استانداردهای برنامه و جلوگیری از انحرافات اجرایی و تجزیه و تحلیل اطلاعات به نگارش در آمده است.

ضمائم: شامل مطالبی در مورد کمیته‌های مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، دستورالعمل کشوری شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی و اطلاعاتی در مورد انتقال نوزاد زیر ونتیلاتور در مراقبت آغوشی می‌باشد.

امید است خوانندگان محترم با استفاده از این بسته خدمتی بتوانند اطلاعاتی مناسب در مورد استقرار صحیح این نوع مراقبت از نوزادان نارس را کسب نمایند و زمینه‌ای برای ارتقاء کیفی مراقبت از نوزادان فراهم نمایند. اداره سلامت نوزادان آماده پذیرش هرگونه پیشنهاد و نظر در مورد اصلاح محتوای این مجموعه در آینده خواهد بود.

دکتر محمد حیدرزاده

رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسته خدمتی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد دو هدف اساسی را پیش رو دارد:

۱- ایجاد یک برنامه آموزشی مناسب برای افزایش دانش و مهارت همه ارایه دهندگان مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، به طوری که در همه بیمارستان‌های دارای بخش‌های مراقبت از نوزادان، اعم از دولتی، خصوصی و مراکز وابسته به سازمان تأمین اجتماعی و سایر نهادها و ارگان‌ها با توجه به محتوای آموزشی مندرج در بسته خدمتی در سطح ملی به مرحله اجرا در آید.

اهداف برنامه آموزشی در سطح کشوری:

الف: استقرار یک برنامه آموزشی مدون و مداوم به منظور افزایش دانش و مهارت‌های مربوط به مراقبت آغوشی مادر و نوزاد برای فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان و زایمان، پرستاران و ماماها‌ی شاغل در بخش‌های مرتبط با نوزادان به خصوص بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان به منظور اجرای مناسب در سطح بیمارستان‌های کشور می‌باشد.

ب: فراهم نمودن یک برنامه آموزشی مناسب و دقیق برای مادران (ترجیحاً پدر و مادر یا در صورت عدم امکان، بستگان نزدیک و اعضای دیگر خانواده) به شکل تئوری و عملی و اطمینان از ایجاد دانش و مهارت لازم برای انجام این نوع مراقبت و استمرار آن تا زمان مورد نیاز.

ج: فراهم نمودن امکانات آموزشی، رفاهی و تجهیزاتی مورد نیاز برای اجرای این نوع مراقبت با توجه به موارد مطرحه در بسته خدمتی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

د: ایجاد یک برنامه پی گیری بالینی نوزاد (برای نوزادان نارس) براساس برنامه مندرج در محتوای بسته خدمتی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد و اطلاع از روند تکاملی نوزادان نارس در آینده.

هـ: برقرار نمودن سیستم ثبت دقیق، مستند سازی و جمع آوری اطلاعات و آمار از اجرای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در سطح بیمارستان و دانشگاه به منظور پایش و ارزشیابی برنامه و فراهم نمودن بستر پژوهش و تحقیق در این نوع مراقبت.

۲- اجرا و استقرار مراقبت آغوشی مادر و نوزاد به شکل یک مراقبت علمی و روتین با دستورالعمل‌های شفاف در همه مراکز و بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و مراکز وابسته به سازمان تأمین اجتماعی و سایر نهادها و ارگان‌های کشور که دارای بخش‌های مراقبت از نوزادان می‌باشند.

اهداف مراقبت آغوشی مادر و نوزاد:

- افزایش سطح سلامت جسمانی نوزادان به ویژه نوزادان نارس
- بهبود روند رشد و تکامل شیرخواران بستری شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان
- کاهش میزان استرس، افسردگی، عذاب وجدان و افزایش اعتماد به نفس و توانمندی والدین در مراقبت از نوزاد نارستان
- بهبود روش مراقبت از نوزادان نارس در بیمارستان و منزل

- افزایش میزان ارتباط عاطفی و دلبستگی بین نوزاد و والدین
- کاهش طول مدت بستری نوزاد در بیمارستان
- استفاده بهینه از منابع انسانی و فناوری در بخش مراقبت از نوزاد نارس
- کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی و مرگ و میر در مراکز بیمارستانی
- ایجاد کلینیک پیگیری نوزاد پر خطر و اجرای برنامه‌هایی در راستای کنترل وضعیت سلامت، رشد و تکامل نوزادان نارس و ایجاد مراقبت مؤثر و به موقع
- افزایش توانمندی والدین نوزاد ناتوان برای درگیری عمیق آنها به عنوان مراقبین سلامت نوزاد شان
- ارتقاء تغذیه با شیر مادر برای نوزادان نارس و آشنایی با روش‌های مختلف شیردهی
- کنترل دقیق‌تر رشد نوزاد نارس و انجام مداخلات لازم به منظور پرکردن خلاء زمانی ناشی از تولد زودتر از موعد نوزادان نارس
- ایجاد یک تیم مراقبتی با حضور والدین به منظور مراقبت خانواده محور و مؤثرتر
- انسانی کردن تکنولوژی با مراقبت آغوشی زود هنگام در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان
- ایجاد فرصت برای بقاء و کیفیت بهتر زندگی نوزادان نارس

مراقبت آغوشی چیست و چرا اهمیت دارد؟

- **تعریف:** یک روش طبیعی می‌باشد که نوزاد به طور برهنه و عمودی بر روی سینه مادر و در تماس مستقیم پوست به پوست قرار می‌گیرد. گرچه مطالعات فراوان در سال‌های اخیر اثرات مفید آن را در نوزادان ترم نشان داده ولی این روش به ویژه در مراقبت از نوزادان کم وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) بسیار مفید است. دو شیوه برای اجرای آن وجود دارد شامل:
 - ♦ **مراقبت آغوشی مداوم:** نوعی از مراقبت آغوشی است که نوزاد به صورت ۲۴ ساعته بر روی سینه مادر مراقبت می‌شود. (به استثنای موارد خاص مانند حمام کردن مادر و مواردی موقت و کوتاه مدت که می‌تواند به فرد جایگزین تحویل می‌شود). نوع ۲۴ ساعته را می‌توان برای هفته‌های متوالی ادامه داد.
 - ♦ **مراقبت آغوشی متناوب:** نوعی از مراقبت است که نوزاد به صورت متناوب بر روی سینه مادر و داخل انکوباتور مراقبت می‌شود. (انجام مراقبت آغوشی به صورت چند بار در روز و هر بار حداقل یک ساعت)
 - ♦ گاهی می‌توان ترکیبی از هر دو نوع را اجرا نمود. (با توجه به شرایط مادر و نوزاد)

- **اجزای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (KMC) شامل موارد زیر است:**
 - ♦ **تماس پوست به پوست:** این قسمت شامل تماس مستقیم و طولانی مدت پوست مادر با پوست نوزاد است که در صورت امکان هرچه زودتر پس از تولد (در ابتدا حدود یک ساعت) و سپس در دوره‌های زمانی طولانی‌تر انجام گیرد.
 - ♦ **حمایت فیزیکی، عاطفی و آموزشی:** مادر، پدر و خانواده می‌بایست توسط پزشک، پرستار، ماما و کادر درمان مورد حمایت قرار گیرند. از طرف دیگر حمایت اجتماع، خانواده و همسر نیز حائز اهمیت و مورد نیاز است.
 - ♦ **تغذیه انحصاری با شیر مادر:** شامل حمایت و تشویق به تغذیه انحصاری با شیر مادر چه به صورت تغذیه مستقیم از پستان و یا استفاده از شیر دوشیده شده مادر و استفاده از ابزارهای کمکی نظیر لوله معده، سرنگ، فنجان، قاشق و ... می‌باشد. اکثر نوزادان با وزن بیش از ۱۵۰۰ گرم با تغذیه انحصاری از شیر مادر وزن‌گیری مناسبی دارند.
 - ♦ **ترخیص زود هنگام و پیگیری‌های پس از ترخیص:** مراقبت آغوشی در بیمارستان شروع می‌شود و سبب ترخیص زودتر نوزاد نارس از بیمارستان خواهد شد. این مراقبت می‌تواند در خانه نیز ادامه پیدا کند. بعد از ترخیص به منظور اطمینان از وضعیت نوزاد، والدین باید نوزاد خود را بر اساس برنامه پی‌گیری به بیمارستان ببرند.

- **مزایای مراقبت آغوشی:**

- ♦ **تغذیه با شیر مادر:** مطالعات نشان داده است که روش مراقبت آغوشی نه تنها در مدت بستری در بیمارستان بلکه بعد از ترخیص نیز موجب افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر و افزایش تولید شیر مادر می‌گردد. از طرفی مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که تماس پوست به پوست حتی با تأخیر و در مدت زمان کمتر، باز هم تأثیرات مثبت روی تغذیه از پستان مادر داشته است.
- ♦ **کنترل حرارت و متابولیسم (سوخت و ساز):** تحقیقات نشان می‌دهد که مراقبت آغوشی در مقایسه با انکوباتور سبب حفظ بیشتر دمای طبیعی بدن نوزاد، پیشگیری از هیپوترمی و گرم شدن بهتر و طبیعی‌تر در نوزاد هیپوترم می‌شود.
- ♦ **کاهش مشکلات نوزاد:** مراقبت آغوشی باعث کاهش استفراغ، مشکلات تنفسی، عفونت، گریه نوزاد و ... می‌شود.
- ♦ **تأثیر مثبت بر حواس پنجگانه:** مراقبت آغوشی پنج حس اصلی در نوزاد را تقویت می‌کند. نوزاد حرارت

بدن مادرش را از طریق تماس پوست به پوست حس می کند (لامسه)، به صدای مادر و تپش قلب او گوش می دهد (شنوایی)، پستان مادرش را می مکد (چشایی)، با مادر تماس چشمی دارد (بینایی)، و بوی مادر را حس می کند (بوایی).

- ♦ **بهبود رشد:** نوزاد در روش مراقبت آغوشی، از وزن گیری بهتری برخوردار است.
- ♦ **تأثیر روحی روانی:** مراقبت آغوشی نه تنها به نوزاد بلکه به والدین نیز کمک می کند. تحقیقات نشان می دهد مادران در طی مراقبت آغوشی استرس کمتری نسبت به مراقبت نوزاد با انکوباتور دارند. مادران تماس پوست به پوست را به مراقبت متداول ترجیح داده و آن را سبب افزایش آرامش، اعتماد به نفس و احساس توانایی و رضایت از خود می دانند و از این که می توانند برای نوزاد نارس شان کاری انجام دهند، احساس خوشایندی دارند. به طور معمول، پدران نیز به هنگام انجام مراقبت آغوشی احساس آرامش، راحتی و دل بستگی بیشتری می کنند. به علاوه این نوزادان، در آینده به افرادی با شخصیت های اجتماعی مثبت تر تبدیل خواهند شد.
- ♦ **کاهش حجم کاری کارکنان:** عدم نیاز به کارکنان اضافی و ایجاد بخشی خانواده محور (family center) که سرشار از ارتباطات علمی و انسانی است، از دیگر مزایای مراقبت آغوشی می باشد.
- ♦ **کاهش مرگ و میر نوزادان:** تحقیقات متعدد نشان داده است، انجام مراقبت آغوشی، مرگ و میر نوزادان نارس را کاهش می دهد.

این بسته خدمتی برای چه کسانی تدوین شده است؟

- این راهنما برای همه کارکنان بهداشتی و درمانی (پزشکان، ماماها، پرستاران) که در ارتباط با مادران، نوزادان به ویژه نوزادان نارس هستند، قابل استفاده می باشند.

چگونه از این بسته خدمتی استفاده شود؟

- این بسته برای آموزش، اجرا، سازماندهی و گسترش مراقبت آغوشی، در سطح کشور تدوین شده و حاوی دستورالعمل هایی برای کارشناسان مرتبط با سلامت مادر و نوزاد معاونت درمان دانشگاه ها و واحدهای درمانی ارائه دهنده خدمت به مادر و نوزاد است، محتوای بسته خدمتی شامل موارد زیر است:
 - ♦ استانداردهای فرایند مراقبت آغوشی
 - ♦ استانداردهای امکانات، تسهیلات، تجهیزات و فضای فیزیکی بخش که آماده اجرای برنامه می شود.
 - ♦ استانداردهای فرایند آموزش ارائه دهندگان خدمت و والدین
 - ♦ پشتیبانی مالی و اداری برنامه

♦ برنامه پایش و ارزشیابی مراقبت آغوشی در کشور

برنامه باید با شرایط خاص و امکانات موجود، وضعیت بومی و محلی منطقه در سطوح دانشگاهی وفق داده شود. این مطالب منابع کاملی برای آموزش مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، تغذیه با شیر مادر و تغذیه نوزاد نیست و به تنهایی نمی‌تواند برای اهداف آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. امید است مسئولین دانشگاهی با استفاده از این مجموعه بتوانند این نوع مراقبت را در بخش‌های بهداشتی، درمانی آموزش دهند و در مراکز واجد شرایط اجرا نمایند.

- **بخش مراقبت از نوزادان:** با توجه به تفاوت ساختار بیمارستان‌ها در کشور، منظور از بخش‌های مراقبت نوزادان در این بسته، بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و سایر بخش‌هایی است که در آن نوزادان نارس (کمتر از ۳۷ هفته و یا وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم) مراقبت تخصصی می‌شوند.

- **آموزش مراقبت آغوشی:** برای ایجاد دانش و آگاهی، تغییر نگرش و در نهایت تغییر به رفتار مطلوب در کارکنان بهداشتی، درمانی و والدین و خانواده در این نوع مراقبت، نیاز است که آموزش اصول اولیه مراقبت از نوزاد و اهمیت تماس پوست به پوست و ارتباط عاطفی مادر و نوزاد از اوایل دوران حاملگی شروع و متعاقب تولد نوزاد در بخش زایمان تقویت و در بخش مراقبت نوزادان ادامه یابد. بعد از ترخیص از بیمارستان برای تداوم کار، باید از مادر و خانواده وی حمایت گردد که این امر منوط به آموزش و همکاری مناسب همه پزشکان و پرسنل بالینی پشتیبان و فرهنگ‌سازی مناسب در خانواده‌ها و جامعه می‌باشد. آموزش مراقبت آغوشی باید به همه پزشکان (فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان شاغل در بخش نوزادان، متخصص زنان و زایمان) و کارکنان بالینی مانند پرستاران و ماماها شاغل در بخش‌های نوزادان، مراقبت ویژه نوزادان، زایمان، بعد از زایمان، حاملگی‌های پرخطر و آموزش‌های پری‌ناتال در بیمارستان اجرا کننده، داده شده ولی اجرای آن در بیمارستان‌های دارای NICU که از نوزادان نارس مراقبت می‌شود، نهادینه گردد.

فصل اول

راهنمای بالینی مراقبت آغوشی



چه نوزادی را می‌توان مراقبت آغوشی نمود؟

همه نوزادان می‌توانند مراقبت آغوشی شوند، گرچه نوزادان خیلی نارس نیازمند مراقبت ویژه، گاهی لازم است ابتدا زیر یک گرم‌کننده تابشی و انکوباتور مراقبت شوند. مراقبت آغوشی را می‌توان بعد از تثبیت وضعیت نوزاد انجام داد. بر اساس وزن هنگام تولد نوزاد می‌توان انجام مراقبت آغوشی را توصیه نمود:

- **وزن تولد ۱۸۰۰ گرم یا بیشتر:** اگر وضعیت نوزاد تثبیت شده است، مراقبت آغوشی را بلافاصله بعد از تولد می‌توان انجام داد.

- **وزن تولد بین ۱۸۰۰-۱۲۰۰ گرم:** در چنین مواردی زایمان باید در یک محیط مجهز و دارای امکانات مراقبت از نوزاد انجام گیرد. اگر زایمان در جای دیگری انجام شده، بعد از تولد باید هرچه سریع‌تر نوزاد را به همراه مادرش به NICU برای مراقبت پیشرفته و همچنین انجام مراقبت آغوشی انتقال داد. یکی از بهترین روش‌های انتقال نوزادان حمل آنها در تماس پوست به پوست با مادرشان می‌باشد. گاهی یک تا دو روز تا پایدار شدن وضعیت بالینی و شروع مراقبت آغوشی نوزاد بیمار طول می‌کشد. نوزادان این گروه با مشکلاتی روبه‌رو هستند، این موضوع به خصوص علاوه بر نارس بودن وزن برای سن حاملگی بستگی دارد و معمولاً مرگ و عوارض در این موارد بیشتر از گروه قبلی می‌باشد. اگر در بررسی، حال عمومی نوزادان کاملاً مناسب بود، می‌توان مراقبت آغوشی نوزاد را اجرا و ادامه داد. با وجود مشکلات تنفسی و تغذیه‌ای، مدرکی وجود ندارد که مراقبت آغوشی به تنهایی بتواند کمک‌کننده باشد و در صورت امکان باید نوزاد نارس را به سطح بالاتر با کارکنان ماهرتر و تجهیزات بهتر اعزام کرد. اگر به دلایل هزینه مسافت، دوری راه، مخالفت والدین و عدم تضمین برای ارجاع به سطوح بالاتر، انتقال انجام نگرفت این نوزاد مشکل‌دار می‌تواند در بیمارستان یا مرکز درمانی سطح اول، مراقبت آغوشی گردد.

- **وزن تولد مساوی ۱۲۰۰ گرم یا کمتر:** این نوزادان باید قبل از تولد به یک بیمارستان دارای امکانات پیشرفته مراقبت از نوزاد، انتقال یابند. و شاید روزها و هفته‌ها طول بکشد تا شرایط نوزاد اجازه انجام مراقبت آغوشی را به ما بدهد. مرگ و میر و عوارض در این گروه بسیار بالاست. این نوزادان در صورت امکان باید به مرکز سطح ۳ برای دریافت مراقبت‌های ویژه منتقل شوند.

- وقتی که نوزاد نیاز به ادامه مراقبت پزشکی (تغذیه وریدی، دریافت غلظت پایین اکسیژن) دارد، جلسات کوتاه مراقبت آغوشی می‌تواند شروع شود. به هر حال جهت ادامه مراقبت آغوشی باید شرایط نوزاد تثبیت شده باشد. نوزاد باید خود به خود و بدون نیاز به اکسیژن اضافی تنفس کند. توانایی برای خوردن (هماهنگی مکیدن، بلعیدن و تنفس) لازمه انجام مراقبت آغوشی نیست. مراقبت آغوشی می‌تواند در حین تغذیه از طریق لوله شروع شود.

- نوزاد باید در ۲۴ ساعت گذشته دمای بدن پایدار و در محدوده طبیعی داشته و حملات آپنه و برادیکاردی را تجربه

نکرده باشد.

- در شرایط زیر شروع مراقبت آغوشی و ادامه آن نیاز به دستور کتبی پزشک دارد:
 - وزن هنگام مراقبت کمتر از ۱۲۵۰ گرم
 - ناپایداری دمای بدن نوزاد
 - ناپایداری سطح اشباع اکسیژن شریانی
 - نوزاد زیر تهویه مکانیکی (NCPAP یا IMV)

اقدامات لازم در مورد مراقبت آغوشی

- مشاوره و آموزش مراقبت آغوشی و اصول کلی مراقبت نوزاد باید از دوران حاملگی شروع شود و اهمیت تماس پوست با پوست و ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد در بخش زایمان و نوزادان به مادران آموزش داده شود و فرایندهای آن اجرا گردد.
- تمام افراد درگیر با مراقبت آغوشی (پزشک، پرستار، ماما و...) موظف به انجام مشاوره در موارد مورد نیاز هستند.
- باید برنامه هماهنگ و منسجمی برای آموزش والدین در زمان و مکان معین طراحی گردد.
- وقتی نوزاد برای انجام مراقبت آغوشی آماده است، با مادرهماهنگی گردد. جلسه اول بسیار مهم است و نیازمند زمان و توجه کامل می باشد.
- قبل از شروع مراقبت، میزان نور محیط ارزیابی شود و اگر لامپ پر نوری در نزدیکی وجود دارد حذف شود. نور زیاد باعث اختلال در تکامل بینایی و عصبی نوزادان نارس می شود. هم چنین سر و صدای بلند در بخش برای نوزادان نارس آزار دهنده می باشد. درجه حرارت محیط ارزیابی گردد به طوری که محل انجام مراقبت دور از کوران هوای سرد یا گرمای غیر قابل تحمل باشد. محیط، تهویه مناسبی داشته باشد و به تنظیم نور روز- شب در حین مراقبت آغوشی نوزاد توجه شود (در فاصله ساعت ۱۱ شب تا ۶ صبح سرو صدا کم، نور محیط کاهش و نوزاد آماده برای خواب شود. برای این کار می توان از سایه بان پارچه ای استفاده نمود).
- از مادرخواسته شود که لباس سبک و گشاد بپوشد. مکانی گرم و مناسب برای او آماده شود. به حریم خصوصی او احترام گذاشته شود و به آوردن نزدیکان و یا شوهرش (اگر بخواهد) تشویق گردد. چون این کار به حمایت و اطمینان مادر می افزاید.
- با افراد کلیدی خانواده به خصوص وابستگان نزدیک صحبت شود. تا زمانی که آنان راضی نشوند، ادامه مراقبت آغوشی در خانه مشکل خواهد بود.
- مادر و نوزاد باید شرایط تثبیت شده ای داشته باشند و تمایل پدر و مادر برای شروع کار لازم است.

- وقتی مادر در دسترس نیست، اعضای دیگر خانواده مثل مادر بزرگ، پدر یا سایر بستگان پس از آموزش می توانند مراقبت آغوشی را انجام بدهند.
- مادر باید آمادگی جسمانی و روانی لازم را برای انجام مراقبت آغوشی داشته باشد.
- مادر تشویق شود تا در هنگام نگرانی و به وجود آوردن مشکل از پرسنل بخش کمک بخواهد. کارکنان بخش باید آماده جوابگویی به سؤالات و نگرانی‌های مادر باشند و بدانند که پدر و مادر در حال تجربه پرتنش‌ترین حادثه زندگی خود بوده و در معرض هجوم افکار و نگرانی‌های زیادی قرار دارند. بنابراین باید تا حد امکان به آنها نزدیک شده و در مورد نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و تأثیر مثبت این مراقبت در کیفیت زندگی اعضای خانواده و فرزندش صحبت کنند. در صورت وجود اختلالات شدید عاطفی ناشی از تولد نوزاد نارس، برای بررسی بیشتر، پدر یا مادر به روان‌شناس بالینی معرفی شوند.

نکات قابل توجه برای مراقبت آغوشی:

- داشتن شرایط مناسب برای مراقبت آغوشی بستگی به عوامل متعددی دارد. در اکثر موارد وزن بدو تولد به تنهایی می تواند پیش‌بینی کند که کدام نوزاد برای این روش مراقبتی مناسب است.
- به طور کلی وزن بیشتر از ۱۲۰۰ گرم وزن مناسبی برای مراقبت آغوشی است به شرطی که این عامل با سایر عوامل زیر همراه باشد:
- ۱- سن داخل رحمی نوزاد حداقل بر اساس LMP ۳۰ هفته و براساس زمان لقاح، ۲۸ هفته باشد.
- ۲- نوزاد از نظر تنظیم‌های دستگاه تهویه مکانیکی، وضعیت ثابتی داشته باشد. (در صورتی که زیر دستگاه تهویه مکانیکی می باشد)
- ۳- نوزاد درون انکوباتور یا کات نگهداری شود.
- ۴- اگر نوزاد زیر دستگاه گرم کننده تابشی قرار دارد، ممکن است آماده مراقبت آغوشی نباشد. استفاده از دستگاه گرم کننده نشان می دهد که او هنوز وضعیت کاملاً پایداری ندارد و نیاز به توجه و مداخله‌هایی برای تثبیت وضعیت بالینی می باشد.

در شرایط زیر نوزاد می تواند از انکوباتور به کات منتقل گردد.

- دمای بدن خود را حفظ کند.
 - به طور مداوم تغذیه شود و وزن بگیرد (حداقل ۱۵ تا ۲۰ گرم در روز)
 - نیازی به اکسیژن کمکی نداشته باشد
- به طور کلی، انجام مراقبت آغوشی برای نوزادان کم سن، کوچک و بیمارتر با رعایت اصول زیر انجام می شود:

- ۱- باید در زمان تولد آپگار دقیقه پنجم، ۵ یا بیشتر باشد.
- ۲- سن داخل رحمی نوزاد، حداقل ۲۸ هفته داشته باشد.
- ۳- نوزاد روی دستگاه کمک تنفسی، وضعیت ثابتی داشته باشد و در عرض ۱۲ ساعت گذشته پزشک و پرستار وی جهت تنظیم تغییرات حال عمومی نوزاد، نیازی به تغییر تنظیم دستگاه نداشتند.
- ۴- کاتتر شریان نافی یا لوله قفسه سینه نوزاد خارج شده باشد، چون زمانی که نوزاد مراقبت آغوشی می‌شود، به کاتتر فشار می‌آید و سبب انسداد آن می‌شود. در ضمن محل مسیرهای مربوطه، در ناحیه قفسه سینه بسیار حساس است و احتمال دارد هنگام مراقبت آغوشی جابجا شوند.
- ۵- نوزاد ممکن است تغذیه کمکی وریدی بگیرد. اگر محل ورود کاتتر وریدی در محل خم بازو باشد مشکلی نیست، اما اگر این کاتتر در ناحیه شانه باشد احتمال جابجایی زیاد است و مراقبت آغوشی نباید انجام گیرد.
- ۶- داشتن مسیر وریدی در نوزاد ممانعتی برای مراقبت آغوشی نیست ولی باید توجه کرد که محل ورود آنژیوکت آن ثابت و محکم باشد و قبل و در حین مراقبت از نظر اطمینان مجدداً کنترل گردد.
- ۷- نوزادی که داروی متسع کننده عروق (برای تنظیم فشار خون) دریافت می‌کند نباید مراقبت آغوشی شود. وضعیت عمودی ممکن است فشار خون نوزاد را تغییر داده در نتیجه نیازهای دارویی وی را تغییر دهد.
- ۸- نوزاد ممکن است در حین مراقبت آغوشی، اکسیژن را از طریق لوله تنفسی، ماسک یا از بینی بگیرد ولی باید مقدار اکسیژن مورد نیاز تقریباً ثابت باشد.
- ۹- نوزاد ممکن است براساس سونوگرافی، خونریزی داخل بطنی، درجه ۱ یا ۲ داشته باشد. ولی اگر خونریزی داخل بطنی درجه ۳ یا ۴ باشد، انجام مراقبت آغوشی ممنوع است.

بهترین زمان برای انجام مراقبت آغوشی:

اگر شروع مراقبت آغوشی در زمان مناسب انجام گیرد، مؤثرترین روش برای مراقبت از نوزادان نارس محسوب می‌شود. عوامل متعددی باید در نظر گرفته شود که عبارتند از:

- ۱- **فواصل تغذیه نوزاد:** زمان جلسه‌های مراقبت آغوشی بستگی به آن دارد که نوزاد از راه لوله داخل معده تغذیه می‌شود یا مستقیم از پستان مادر شیر می‌خورد. بسیاری از والدین بهترین زمان برای مراقبت آغوشی را بلافاصله بعد از تغذیه نوزاد خود می‌دانند، چون نوزاد به جای خوابیدن در انکوباتور، در وضعیت عمودی قرار می‌گیرد. در این هنگام مختصری شیب دادن به وضعیت نوزاد، سبب تسهیل هضم شیر می‌شود. از آنجا که دستگاه گوارشی نوزاد هنوز تا حدی نارس است، اثر جاذبه به نگهداشتن شیر در بخش‌های پایین روده کمک می‌کند. نوزاد می‌تواند همان‌طور که در وضعیت مراقبت آغوشی قرار گرفته از طریق لوله معده تغذیه شود. آرام بودن نوزاد در این حالت اجازه می‌دهد که وی در زمان

کمتری تغذیه شود. اگر نوزاد مجاز به مکیدن پستان مادر است، می توان مراقبت آغوشی را یک تا دو ساعت پیش از آن، شروع کرد. این کار باعث می شود نوزاد به قدر کافی استراحت کند تا بتواند قدرت کافی برای مکیدن مناسب را دوباره پیدا کند. اگر خواب نوزاد به حدی عمیق باشد که در هنگام تغذیه باید او را بیدار کرد، از یکی از دو روش زیر برای بیدار کردن او استفاده گردد:

- مادر برای چند لحظه نوزاد را از زیر پستان خود بلند کند تا مقدار کمی هوا بین سینه مادر و او جریان پیدا کند. هوای نسبتاً خنک معمولاً نوزاد را بیدار می کند.
- نوزاد در وضعیتی گرفته شود که سرش در یک دست و پشت او توسط دست دیگر حمایت شود به نحوی که بتوان صورت او را دید. به آرامی او را بالا و پایین برده تا زمانی که چشم هایش را باز کند. سپس آرام او را صدا زده تا چشم های او کاملاً باز شود. گاهی بیدار نمودن وی ۵ دقیقه یا بیشتر زمان می برد.

۲- اقدامات برنامه ریزی شده برای آن روز: اگر قرار است نوزاد تصویربرداری و یا معاینه چشم شود، بهتر است به محض پایان این نوع اقدامات، مراقبت آغوشی شروع شود. یا اگر قرار است از نوزاد رگ گیری شود بهتر است هنگامی که نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی قرار دارد این کار صورت گیرد، چون مراقبت آغوشی سبب آرامش نوزاد می شود.

۳- آهنگ تغییرات روزانه نوزاد: یکی از اهداف مراقبت تکاملی نوزاد، کمک به تأمین گردش شب و روز است، یعنی در ساعات روز او بیشتر بیدار و هوشیار باشد و در ساعات شب بتواند بخوابد. این روند نه تنها به او کمک می کند که به زیر و بم فعالیت های مادر عادت کند بلکه به مادر کمک می کند که در ماه های اولیه عمر نوزاد خود، بتواند نیاز خواب خود را تأمین نماید.

مراقبت آغوشی در ساعات اولیه شب به نوزاد کمک می کند در طول شب برای مدت های طولانی تر بخوابد و به گردش مناسب روز- شب برسد. پیدا کردن زمان بیشتر برای شرکت در مراقبت آغوشی بستگی به برنامه های مادر و نیازهای نوزاد دارد.

آمادگی قبلی مادر: قبل از شروع مراقبت آغوشی نوزاد نارس، بهتر است مادر برای این کار آماده شود. قبل از ورود به بخش، مثانه خود را تخلیه کند و خوب غذا بخورد. در ضمن باید از سلامت روحی و جسمی مادر و تمایل والدین، مطمئن بود.

کنترل محیط بخش:

حرارت اتاق:

درجه حرارت اتاقی که نوزاد در آنجا مراقبت آغوشی می شود، باید بین ۲۱ تا ۲۴ درجه سانتی گراد باشد و از نشستن نزدیک پنجره ای که دمای هوا در اثر خورشید بعد از ظهر تابستانی بسیار داغ می شود یا برعکس در مقابل کوران باد سرد

قرار دارد پرهیز شود. معمولاً زمانی که نوزاد از بیمارستان به خانه فرستاده می‌شود بدن او با حرارت طبیعی ۱۶ تا ۲۰ درجه محیط خانه تطابق دارد.

نوع جریان هوا:

نوزاد در حین مراقبت آغوشی باید دور از تغییرات شدید یا ناگهانی جریان هوا قرار گیرد. درب‌هایی که ناگهان باز می‌شوند می‌توانند سبب ورود حجم زیادی از هوای گرم یا سرد شوند.

لباس راحت و مناسب برای مادر:

برای انجام مراقبت آغوشی لباسی در نظر گرفته شود که استفاده از آن راحت باشد و مادر بتواند گان مخصوص بیمارستان را بپوشد.

صندلی مناسب:

در هنگام مراقبت آغوشی می‌توان از یک صندلی مناسب استفاده شود. صندلی باید یک تکیه‌گاه داشته، در ناحیه پشت و نشیمنگاه کاملاً نرم و راحت باشد. همچنین صندلی باید به حد کافی بزرگ و عریض و پهن باشد. اگر صندلی به حد کافی راحت نیست، می‌توان از یک یا چند بالش در ناحیه کمر استفاده شود. استفاده از زیر پای الزامی است. در دوران پس از زایمان، بهتر است پاهای مادر آویزان نباشند. نشستن به مدت طولانی جریان خون پاها را مختل کرده و می‌تواند سبب تشکیل لخته شود. می‌توان از یک جعبه یا چهار پایه کوچک برای این منظور استفاده نمود.

لباس نوزاد:

نوزاد کاملاً لخت نمی‌باشد (به دلیل وجود پوشک، گاهی کلاه و جوراب)

قبل از شروع مراقبت در صورت نیاز پوشک نوزاد تعویض شود و مطمئن گردد که لبه آن کاملاً تا زده شده تا امکان تماس بیشتر پوست نوزاد از شکم به بالا وجود داشته باشد. همچنین در نوزادان خیلی نارس (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) از یک کلاه نرم (در صورت امکان کلاه بافتنی یا پشمی آستردار) برای پوشاندن سر نوزاد و جوراب برای گرم نگه داشتن پاهای او استفاده شود. نوزادان نارس بزرگتر به نظر می‌رسد که حتی بدون کلاه هم حرارت مناسب بدن خود را در وضعیت مراقبت آغوشی حفظ می‌کنند.

پتو (روانداز) نوزاد:

یک روانداز یا پتوی نوزاد برای مراقبت آغوشی مورد نیاز است که توصیه می‌شود در صورت سردی هوا چهار لا گردد و در صورت گرمای هوای محیط لایه‌های پتو باز گردد. در مناطقی که آب و هوای گرم وجود دارد، استفاده از یک گان بیمارستانی یا ملافه تمیز کفایت می‌کند (توصیه می‌شود روانداز نوزاد نارس به طور روزانه شسته شود)

احساس حریم خصوصی:

شاید بعضی مادران از اینکه در زمان قرار دادن نوزادشان سینه برهنه‌ای داشته باشند، احساس ناراحتی کنند. استفاده از

پاراوان برای جلسه اول تا زمانی که به این مراقبت عادت نمایند، پیشنهاد می‌گردد.

نوزادان کوچک یا بیمار:

نوزادان شل، با قدرت عضلانی کم و ضعیف نمی‌توانند در طول مراقبت آغوشی، قفسه سینه خود را باز کنند. برای این نوزادان نارس، حفظ سر در وضعیت عمودی مشکل است و در این وضعیت دچار مشکل تنفسی می‌شوند که به آن وقفه تنفسی (آپنه) انسدادی می‌گویند.

اگر نوزاد نارس زیر ۳۲ هفته و یا وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم دارد و یا اگر خیلی بیمار می‌باشد، بهتر است او را در وضعیت شیب‌دارتری (نسبت به حالت عمودی) قرار داد. به نحوی باید به نوزاد زاویه داد که او روی یک پستان مادر قرار گیرد. اگر نوزاد زمانی که به خواب رفت، سرش به جلو افتاد، مجدداً سرش به موقعیت قبل باز گردانده شود تا از باز ماندن راه‌های هوایی او اطمینان حاصل شود. در طی نیم ساعت اول بعد از شیر دادن دقیقاً مراقبت شود تا مانع برگشت محتویات معده به مری (ریفلاکس) گردد.

نوزادان بسیار نارس با قدرت عضلانی غیر کامل معده و مری، معمولاً این حالت را در ۴۵ دقیقه بعد از شیر خوردن تجربه می‌کنند. بنابراین مهم است اگر نوزاد این مشکل را دارد، مادر حداقل تا ۴۵ دقیقه پس از تغذیه نوزاد، در وضعیت تقریباً قائم بماند. اگر مادر می‌خواهد در حین مراقبت آغوشی به نوزادش شیر دهد، در حین شیر خوردن او را در وضعیت خوابیده به یک طرف نگه دارد و پس از پایان شیر خوردن او را روی سینه خود در وضعیت عمودی قرار دهد. زمانی که نوزاد در وضعیت عمودی قرار گرفت، چانه نوزاد را مختصری به بالا کشیده شود. این کار سبب می‌شود که مری تقریباً در حالت مستقیم حفظ شود که اعتقاد بر آن است این کار احتمال ریفلاکس را کم می‌کند.

نوزادان بزرگ‌تر:

هرچه نوزاد بزرگ‌تر و رسیده‌تر باشد، مادر می‌تواند مدت طولانی‌تری با او به حالت عمودی بنشیند. در هفته ۳۴ جنینی مادر می‌تواند کاملاً عمود بنشیند و نوزاد در وضعیت مناسبی خواهد بود.

کمک به نوزاد در تنظیم حرارت بدن:

نوزاد ممکن است در حین مراقبت آغوشی دست و پای خود را از زیر پتو یا لباس خارج کند. این رفتارها معمولاً هدف‌دار می‌باشد و به او کمک می‌کند که یک اندام خود را خنک کند تا بیش از حد گرم نشود. با دیدن چنین رفتاری دقت گردد که آیا نوزاد در حال لولیدن و تعریق (معمولاً در ابتدا روی پیشانی) است؟ اگر این گونه نبود، دست و پای وی، مجدداً زیر پتو یا بلوز برگردانده شود.

اگر نوزاد در حال تعریق باشد، نشانه مشخصی می‌باشد که او بیش از حد گرم شده است. در این حالت، ساق یا دست او را هر کجا گذاشته، در همان جا رها گردد و دمای شکم یا زیر بازوی نوزاد اندازه‌گیری شود. اگر این دما به $37/4$ درجه سانتی‌گراد رسیده بود، کلاه او را برداشته و بعد از ۱۵ دقیقه مجدداً حرارت بدن او اندازه‌گیری شود. اگر بدن نوزاد هنوز

گرم است، جوراب پای او خارج و یا رو انداز او نازک تر گردد.

کنترل علائم حیاتی نوزاد:

- ۱- همه ارزیابی های قلبی، تنفسی نوزاد در حین مراقبت آغوشی ادامه یابد.
- ۲- در صورتی که نوزاد دستور پالس اکسی متری دارد، ادامه داده شود.
- ۳- درجه حرارت نوزاد، قبل، بعد و در طی مراقبت آغوشی مطابق با پروتکل NICU و برحسب نیاز، اندازه گیری شود.
- ۴- ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به نوزاد اجازه داده شود تا بعد از انتقال، علائم حیاتی آن تثبیت شود. (در صورت انتقال نوزاد)
- ۵- هرگونه دیسترس در نوزاد کنترل و ثبت گردد.

حال عمومی مادر:

در طی مراقبت آغوشی مادر باید به وضعیت جسمانی و روحی، خستگی پاها، نشیمنگاه و تشنگی خود توجه کند.

وضعیت قرارگیری در مراقبت آغوشی

- مادر هنگام مراقبت آغوشی بلوز و سینه بند خود را در آورده، لباس مخصوص مراقبت آغوشی بر تن کند. نوزاد باید برهنه و عمودی بین پستان های مادر قرار داده شود به طوری که قفسه سینه و سر نوزاد روی قفسه سینه مادر باشد و سطح شکمی او در تماس با سطح شکمی مادر قرار گیرد، سر کمی به یک طرف برگردانده شود تا به راحتی نفس بکشد. صاف بودن گردن نوزاد باعث باز ماندن راه هوایی می شود و امکان تماس چشمی را با مادر فراهم می کند. سعی شود از خم شدن و افتادن سر به جلو خوداری شود. ران ها بهتر است خم و از بدن دور شوند و شکلی مانند پاهای قورباغه بگیرند. آرنج ها هم بهتر است خم شوند و قسمت تحتانی شکم نوزاد باید تقریباً هم سطح با اپی گاستر (قسمت تحتانی قفسه سینه) مادر قرار گیرد.
- روی نوزاد را می توان با یک پتو، ملافه یا چادر نرم و نخی پوشانید (با توجه به شرایط آب و هوا و وضعیت نوزاد) تا هم سینه برهنه مادر را بپوشاند و هم نوزاد را گرم تر نگه دارد. البته استفاده از لباس های مناسب محلی و لباس دیگری که مادر در آن راحت است و ایمنی و راحتی نوزاد حفظ می گردد، اشکالی ندارد.
- نزدیکی به مادر باید به گونه ای باشد که نوزاد جای کافی برای تنفس داشته باشد. تنفس مادر، نوزاد را تحریک کرده و از بروز آپنه (وقفه تنفسی) پیشگیری کند.
- مادر می تواند در حالت نشسته و یا تکیه داده به تخت خواب یا صندلی، مراقبت آغوشی را انجام دهد. او می تواند خود را اندکی به عقب خم و با دست خود بدن و گردن نوزاد را بگیرد.
- در نوزادان بسیار نارس وضعیت قرارگیری سر و گردن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زیرا خطر انسداد راه های هوایی همواره وجود دارد. بنابراین بهتر است سر نوزاد را به یک طرف برگردانده و به طور مختصر چانه نوزاد را

بالا بیاورید (به عقب راندن سر).

باید مواظب بود که گردن نوزاد به جلو خم نشده و بیش از حد به عقب رانده نشود. بهتر است کناره‌های ملافه (لباس مخصوص) درست در زیر گوش‌های نوزاد قرار گیرد. در نوزادان نارس تر باید مانع لغزیدن به یک طرف و خارج شدن از خط وسط سینه مادر شد.

زمان شروع:

- به طور کلی مراقبت آغوشی را می‌توان بلافاصله بعد از تثبیت وضعیت نوزاد و تمایل مادر پس از آموزش‌ها و تشویق‌های لازم آغاز نمود. نوزادان با بیماری‌های شدید (حاد) یا نیازمند درمان خاص باید تا کسب بهبودی نسبی منتظر انجام مراقبت آغوشی بمانند. در طی این مدت با نوزادان مطابق دستورالعمل‌های بالینی و مقررات بخش نوزادان رفتار می‌شود. مراقبت آغوشی کوتاه مدت را می‌توان طی دوره بهبودی با ادامه درمان طبی همراه با IV Line (سرم) و اکسیژن درمانی انجام داد.
- مراقبت آغوشی را نیز می‌توان در حالی که نوزاد از طریق لوله دهانی معدی تغذیه می‌شود یا زیر تهویه مصنوعی بوده، انجام داد.

انجام قدم به قدم مراقبت آغوشی:

- (۱) مادر قبل از شروع، آمادگی‌های شخصی مانند تخلیه مثانه را انجام دهد.
 - (۲) دمای بدن مادر اندازه‌گیری شود.
 - (۳) دمای محیط مناسب (حدود ۲۱ تا ۲۴ درجه) در نظر گرفته شود.
 - (۴) دمای زیر بغل نوزاد را بگیریید. در صورتی که در محدوده نرمال و قابل قبول است مراقبت آغوشی را شروع کنید.
 - (۵) وسایل مورد نیاز را فراهم کنید.
- ملافه گرم و نرم چهارلا (به خاطر اینکه در صورت گرم شدن، ضخامت آن را با کم کردن تعداد لایه‌ها کم کرد)
 - صندلی راحتی
 - پالس اکسی متر (اختیاری)
 - زیر پایی
 - بالش کوچک به تعداد نیاز برای راحتی مادر
 - دماسنج
 - لباس مناسب مراقبت آغوشی (متناسب با شرایط فرهنگی و بومی، راحتی مادر و ایمنی نوزاد)
 - کلاه (برای نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم الزامی است)، جوراب، پوشک و یا لباس جلو باز در صورت دمای

محیط کمتر از ۲۲ درجه.

○ آینه (انتخابی) برای دیدن نوزاد

روش شروع:

- (۱) لباس مراقبت آغوشی را زیر لباس یا بلوز راحتی بپوشد.
- (۲) کنار تخت نوزاد بایستد.
- (۳) تمام لباس‌های نوزاد را خارج کند. به جز کلاه و جوراب در نوزادان با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم.
- (۴) نوزاد را برداشته و بر روی سینه خود قرار دهد. سیم‌ها و مسیره‌های تغذیه وریدی/دهانی نوزاد را به شکلی مطمئن گرفته و با احتیاط بر روی صندلی راحتی بنشیند و نوزاد را به آرامی حرکت دهد که کم‌ترین استرس به وی وارد شود.
- (۵) در صورت نیاز، نوزاد را با ملافه گرم و نرم بپوشاند، سپس لباس خود را از رو ببندد.

بهتر است موارد زیر توسط فرد مسؤل کنترل شود:

- ❖ سیم‌ها و مسیره‌های تغذیه وریدی/دهانی را به لباس مادر محکم کنید. (با چسب)
- ❖ بعد از اطمینان از راحت بودن نوزاد و مادر از مادر بخواهید در صندلی راحتی لم دهد و راحت باشد.
- ❖ به مادر آموزش دهید که نوزاد را با احتیاط در آغوش نگهدارد. (البته بدون ایجاد فشار و مزاحمت).
- ❖ در صورت تمایل مادر، آینه ای را در مقابل او قرار دهید تا صورت نوزاد خود را نگاه کند.
- ❖ در طی مراقبت آغوشی هیپوترمی، آپنه، برادیکاردی و اشباع اکسیژن شریانی را کنترل کنید. البته نوزادانی که در انکوباتور یا کات وضعیت پایداری دارند، لازم نیست مانیتور شوند. در صورتی که نوزاد نیاز به مانیتور با پالس اکسیمتری دارد در حین مراقبت آغوشی باید ادامه یابد.
- ❖ در صورتی که نوزاد زیر ونتیلاتور نبوده، نیاز به اکسیژن نداشته، در حال دریافت تغذیه وریدی نیست و مانیتور با پالس اکسیمتر برای او الزامی نیست، مادر را تشویق به قدم زدن درحین مراقبت آغوشی کنید. نشستن به مدت طولانی جریان خون پاها را مختل کرده و می‌تواند سبب تشکیل لخته‌های خون گردد به همین منظور توصیه می‌شود از نشستن‌های طولانی مدت مادر جلوگیری گردد.
- ❖ بعد از ۲۰ تا ۳۰ دقیقه دمای زیر بغل نوزاد را اندازه بگیرید. در صورت مناسب بودن به مراقبت ادامه دهد. البته در نوزادانی که در انکوباتور یا کات دمای بدن پایداری دارند، نیازی به این کار نیست.
- ❖ بعد از پایان مراقبت آغوشی به مادر کمک کنید تا نوزاد را در انکوباتور/تخت مراقبتی باز/کات قرار دهد.
- ❖ در حین مراقبت، گزارش اقدامات انجام شده را در پرونده نوزاد و فرم مخصوص مراقبت آغوشی ثبت کنید.

❖ با مادر وقت مشخص دیگری را برای انجام مراقبت آغوشی تنظیم کنید.

✓ لازم به ذکر است که مادر باید قبل از انجام مراقبت، همه آموزش‌های تئوری و عملی را

فراگرفته و مهارت‌های لازم را کسب نموده باشد.

مادر بر حسب شرایط می‌تواند مراقبت آغوشی را بر روی صندلی یا تخت به شکل مداوم یا منقطع یا

ترکیبی از هر دو، انجام دهد.

طول مدت انجام مراقبت آغوشی (در هر نوبت مراقبت آغوشی و در نوع متناوب)

- تماس پوست به پوست را باید به تدریج شروع کرد، با تغییری ملایم از مراقبت متناوب به سوی مراقبت آغوشی مداوم به جلو رفت. بهتر است اولین مراقبت حداقل ۶۰-۳۰ دقیقه طول کشیده و یک بار در روز باشد. به تدریج طول مدت آن را به حداقل ۱ الی ۳ ساعت و دفعات آن را حداقل به ۳ بار در روز افزایش دهید.
- در جلسات اول حضور پرستار/مامای آموزش دیده جهت نظارت بر مراقبت آغوشی الزامی است.
- از آنجا که برداشتن و گذاشتن مکرر برای نوزاد خیلی استرس‌آور است، ترجیحاً از انجام مراقبت آغوشی کمتر از نیم تا یک ساعت خودداری گردد.
- طول مدت تماس پوست به پوست باید به تدریج اضافه و تا حد ممکن طولانی شود، مخصوصاً در جائی که سایر وسایل کنترل حرارت در دسترس نباشد.
- وقتی مادر می‌خواهد از نوزاد جدا شود، سایر اعضای خانواده (پدر، مادربزرگ و غیره) هم می‌توانند کمک کنند و تماس پوست به پوست مراقبت آغوشی را انجام دهند. (البته پس از آموزش‌های لازم)
- در اوایل شاید انجام مراقبت آغوشی طولانی مدت برای مادر مقدور نباشد. مادر را به افزایش دفعات و طولانی‌تر کردن آن و تبدیل به نوع مداوم مراقبت آغوشی، تشویق نمایید.
- هدف باید انجام هر چه زودتر و طولانی‌تر مدت مراقبت آغوشی باشد.

روش جابجا کردن نوزاد در حین مراقبت آغوشی:

- نوزاد را در حالی که یک دستتان در پشت گردن و شانه او قرار دارد، نگه دارید.
- فک تحتانی نوزاد را به آرامی با انگشت شست و انگشتان دیگر محافظت کنید تا از سر خوردن سر نوزاد به پایین و بسته شدن راه هوایی در وضعیت عمودی جلوگیری شود.
- دست دیگر را زیر باسن نوزاد قرار دهید.
- اندام نوزاد را برای جابجایی نکشید.

- همه حرکات بر روی نوزاد به نرمی و آرامی انجام شود.

تغذیه

- باید به مادر آموزش داده شود، در صورت امکان در وضعیت مراقبت آغوشی به نوزاد شیر بدهد. در واقع مراقبت آغوشی شیر دادن از پستان را آسان تر می کند. علاوه بر آن نگه داشتن نوزاد نزدیک پستان، تولید شیر را تحریک می کند. ممکن است در ابتدا به خاطر عدم توانایی و هماهنگی در مکیدن نوزاد نارس، شیر مادر با روش های دیگری مانند فنجان، سرنگ، قاشق، قطره چکان و ... داده شود ولی هدف نهایی توانایی مکیدن و شیر خوردن نوزاد از سینه مادرش می باشد. قرارگیری در وضعیت مراقبت آغوشی، نوزاد نارس را با محیط پستان مادر و شیردهی آشنا و مأنوس می کند.

خواب و استراحت مادر در حین مراقبت آغوشی:

- مادر می تواند در وضعیت آغوشی به صورت تکیه دادن یا نیمه نشسته با زاویه ۳۰ درجه نسبت به سطح افقی با نوزاد خود بخوابد و پس از تغذیه بهتر است نوزاد زاویه ۶۰ درجه را بگیرد. این کار با استفاده از یک تختخواب قابل تنظیم و استفاده از بالش روی تختخواب معمولی انجام می شود. نشان داده شده است که این وضعیت خطر بروز آپنه را در نوزادان کمتر می کند.
- اگر مادر در حالت نیمه نشسته راحت نباشد به او اجازه دهید هر طور که راحت است بخوابد و مراقبت آغوشی را تا جایی که امکان دارد ادامه بدهد. استفاده از یک صندلی راحتی با تکیه گاه قابل تنظیم برای استراحت روزانه مفید است.
- توصیه می شود گاهی اوقات مادر در حین مراقبت آغوشی پاهایش را تکان دهد یا در بخش قدم بزند.

اندازه گیری دمای زیر بغل نوزاد

- لازم است پرسنل بالینی دمای بدن نوزاد را کنترل و ثبت نماید.
- توصیه می شود مادر در اندازه گیری دمای بدن نوزاد مشارکت داده شود.
- چگونگی اندازه گیری دمای زیر بغل نوزاد به مادر آموزش داده شود تا مادر در این امر توانمند گردد.
- با توجه به شرایط نوزاد و دستور پزشک درجه حرارت بدن نوزاد اندازه گیری شود.
- ضمناً وزن کردن روزانه تا زمان رسیدن به وزن گیری مناسب نوزاد (۱۰-۱۵ گرم روزانه) انجام شود.

۱- مراقبت از نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی مداوم:

نوزادانی که مراقبت آغوشی مداوم می‌شوند بیشتر مراقبت‌های ضروری، مانند تغذیه با شیر مادر را دریافت می‌کنند. آنها فقط موقع انجام کارهای زیر از تماس پوست به پوست با مادر محروم می‌شوند: تعویض پوشک، مراقبت بند ناف. بهداشت فردی مانند حمام، دستشویی، معاینه بالینی و دیگر موارد ضروری. در نوع مداوم، مراقبت آغوشی به طور ۲۴ ساعته و مداوم صورت می‌گیرد و گاهی ممکن است به مدت چند هفته ادامه یابد.

۲- مراقبت از نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی متناوب:

در این روش مادران چند بار در روز به مدت حداقل ۱ ساعت نوزاد خود را مراقبت می‌کنند.

۳- مراقبت از نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی ترکیبی:

با توجه به شرایط، مادر می‌تواند ترکیبی از ۲ روش فوق را، اجرا نماید.

موارد منع مراقبت آغوشی:

- نوزادانی که از نظر بالینی ناپایدار بوده، و ناپایداری اشباع اکسیژن خون شریانی دارند.
- نوزادانی که کاتتر شریان یا چست تیوب دارند.
- نوزادانی که مستعد خونریزی داخل بطنی (IVH) هستند.
- نوزادانی که داروهای وازوپرسور و اینوتروپ می‌گیرند.
- نوزادانی که کاتتر ورید مرکزی در ناحیه شانه دارند.
- نوزادانی که ناپایداری تنفسی زیر تهویه مکانیکی دارند.
- نوزادانی که در عرض ۲۴ ساعت گذشته، به طور ناگهانی بدحال شده‌اند.
- نوزادانی که آپنه برادی کاردی پایدار نیازمند تحریک تنفسی دارند.
- والدینی که دچار ضایعات پوستی یا زخم‌های پوستی یا بیماری‌های حاد هستند، تا بهبودی کامل باید مراقبت را به تأخیر بیندازند.

مراقبت آغوشی در نوزاد متصل به ونتیلاتور

آماده شدن برای مراقبت:

- تنظیمات ونتیلاتور، دمای بدن نوزاد (زیر بغل)، نبض و تنفس نوزاد را قبل از انجام مراقبت آغوشی در پرونده ثبت کنید. برای بررسی واکنش نوزاد، باید موارد مذکور را در حین مراقبت آغوشی ارزیابی نمایید.
- به کمک پرستار دیگری نوزاد را در وضعیت خوابیده به پشت قرار داده، به تغییرات وضعیت نوزاد و پارامترهای ونتیلاتور توجه کنید.
- ریه نوزاد را سمع کنید و در صورت نیاز، راه‌های هوایی وی را ساکشن کنید. اگر در مسیر لوله‌های تنفسی ونتیلاتور آب جمع شده است، آن را تخلیه نمایید.
- نوزاد را برای مدت ۱۵ دقیقه تحت نظر داشته باشید. نوزادی آماده مراقبت آغوشی زیر ونتیلاتور است که بعد از تغییر وضعیت در مدت ۱۵ دقیقه به سازگاری فیزیولوژیک برسد. تعریف سازگاری فیزیولوژیک این است که علائم حیاتی نوزاد در عرض ۳ دقیقه به وضعیت پایه برگردد. در صورتی که نوزاد به سازگاری فیزیولوژیک نرسد، نباید وی را مراقبت آغوشی کرد.
- یک حوله یا پارچه را چهار لا کرده و زیر نوزاد قرار دهید به گونه‌ای که مادر بتواند به راحتی نوزاد و ملافه زیر وی را بلند و جابجا کند.
- صندلی راحتی مادر را طوری آماده کنید که مادر در بهترین وضعیت نسبت به تخت و نوزاد برای انجام مراقبت آغوشی باشد.

انتقال نوزاد از انکوباتور یا تخت مراقبتی باز (گرم کننده) به سینه مادر:

- در ابتدا باید توضیحات لازم به مادر در مورد نحوه انجام کار داده شود.
- در این انتقال حضور پزشک لازم است. باید حداقل ۲ نفر از پرسنل آموزش دیده بخش حضور داشته باشند تا این انتقال بدون مشکل انجام شود.
- یک پرستار باید همه لوله‌ها و رابط‌های نوزاد و دستگاه‌های بخش را در یک طرف نوزاد نگه داشته و از مادر بخواهد در کنار تخت نوزاد بایستد.
- فرد دوم مسئول جابه‌جا کردن نوزاد و محکم کردن رابط‌های ونتیلاتور است.
- نفر سوم ممکن است برای کمک کردن به مادر مورد نیاز باشد.
- نوزاد را از ونتیلاتور جدا کرده، از مادر بخواهید که با یک حرکت آرام نوزاد را از محل خود برداشته، در وضعیت

- خوابیده به شکم بر روی سینه خود قرار دهد.
- ونتیلاتور را مجدداً به نوزاد متصل کرده و از مادر بخواهید ملافه را با دقت بر روی تمام بدن نوزاد قرار دهد. بعد از چند نوبت تهویه مصنوعی و پایدار شدن نوزاد در وضعیت ایستاده مادر، نوزاد را از ونتیلاتور جدا کرده و از مادر بخواهید بر روی صندلی راحتی بنشیند و وضعیت مناسب و راحتی به خود و نوزادش بدهد و سپس ونتیلاتور را مجدداً به نوزاد متصل کنید.
- زیر پایی مادر را جابه جا کرده و مطمئن شوید که نوزاد در جایی مناسب و راحت قرار گرفته و مشکلی ندارد.
- لوله‌های رابط ونتیلاتور را به شانه مادر محکم کنید.
- تنظیم انکوباتور یا تخت مراقبتی باز را بر روی کنترل هوا قرار داده و دمای آن را به ۳۳ درجه سانتیگراد تغییر دهید.
- وضعیت نوزاد را هر ۱۰ دقیقه بررسی کنید. در صورتی که نوزاد در شرایط پایداری قرار دارد، مراقبت آغوشی را برای یک ساعت تمام ادامه دهید.

برگرداندن نوزاد از وضعیت مراقبت آغوشی به انکوباتور:

برای این کار به سه پرسنل درمانی آموزش دیده نیاز است:

- پرستار اول به مادر کمک می‌کند تا از روی صندلی بلند شده و در کنار تخت نوزاد بایستد.
 - نفر دوم مسئول کنترل لوله‌های رابط ونتیلاتور و دیگر ضمام مراقبت از نوزاد است.
 - نفر سوم مسئول جدا کردن ونتیلاتور و اتصال مجدد آن است.
- ابتدا نوزاد از ونتیلاتور جدا می‌شود، بلافاصله از مادر خواسته می‌شود که با کمک پرستار بلند شده و در کنار تخت نوزاد قرار گیرد.
- ونتیلاتور به نوزاد متصل شده و بعد از مدت کمی تهویه مصنوعی و پایداری مناسب وی مجدداً نوزاد از ونتیلاتور جدا شده و با احتیاط نوزاد از سینه مادر جدا و بر روی تخت مراقبتی باز و یا داخل انکوباتور قرار گرفته و مجدداً به ونتیلاتور وصل می‌شود.

در شرایط زیر مراقبت آغوشی را متوقف کرده و نوزاد را به انکوباتور برگردانید:

- ۱- افزایش نیاز به اکسیژن به میزان ۲۰-۱۰٪
- ۲- نوزادان دچار علائم خطر از جمله آپنه، برادی کاردی، افت اشباع خون شریانی، تغییر رنگ علی‌رغم تحریک تنفسی.
- ۳- کاهش دمای بدن نوزاد.
- ۴- نوزادان در وضعیت عدم ثبات بالینی.

تغذیه با شیر مادر در طی مراقبت آغوشی

دوشیدن شیر مادر:

شیر مادر بهترین غذا برای نوزاد انسان است، اعم از آن که نوزاد سالم و ترم به دنیا آمده و یا تولد وی زودتر از زمان مقرر و همراه با مشکلاتی باشد. شیر مادر حاوی مواد غذایی برتری بوده، باعث محافظت در مقابل بیماری‌ها و تکامل بهتر شیرخوار می‌شود. تولد نوزاد نارس ممکن است سبب چالش در تغذیه با شیر مادر شود اما مصرف شیر مادر برای این نوزادان حیاتی می‌باشد. نحوه تأثیر تغذیه با شیر مادر به عوامل مختلف چون سن، شرایط نوزاد، سلامت مادر، میزان حمایت، آموزش، مشاوره و منابع آموزشی که در دسترس مادر است و بسیاری از عوامل دیگر بستگی دارد. برخی نوزادان که تنها چند هفته زودتر به دنیا می‌آیند، ممکن است به فاصله کوتاهی پس از تولد با شیر مادر تغذیه شوند و مشکلات کمی داشته باشند. امکان دارد بعضی از مادران مجبور شوند چندین هفته، گاه تا چندین ماه، با کمک پمپ شیر دوشی، جریان شیر پستان خود را برقرار کنند تا بتوانند به نوزادشان شیر بدهند حتی برای این مادران و نوزادان آن‌ها نیز تغذیه با شیر مادر ممکن و مهم است.

- بهتر است همه مادران در ۶ ساعت اول بعد از زایمان در مورد نحوه دوشیدن شیر، ذخیره کردن و انتقال آن آموزش ببینند (ضمیمه) در صورت جدایی مادر از نوزاد یا در صورتی که نوزاد نتواند از شیر مادر تغذیه نماید بایستی دوشیدن شیر در اولین فرصت با دست یا شیر دوش‌های دستی یا برقی انجام شود.
- بخش‌های زایمان، بعد از زایمان (Rooming-In)، نوزادان، مراقبت ویژه نوزادان باید دارای وسائل کمک آموزشی شیر مادر و دوشیدن شیر مادر باشند.
- توصیه می‌شود مادرانی که نوزادشان در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شده‌اند در اتاقی جداگانه مراقبت شوند. هدف از این کار ایجاد شرایط مراقبت خاص از آنها و کاهش استرس و ناراحتی ناشی از مشاهده نوزادان سالم مادران دیگر است.

انتخاب روش تغذیه بر اساس سن حاملگی:

- نوزادان با سن حاملگی کمتر از ۳۰ هفته (وزن هنگام تولد کمتر از ۱۲۰۰ گرم):
تغذیه مستقیم از شیر مادر فقط توانایی مکیدن و بلع نیست بلکه نیاز به هماهنگی بین اعمال مکیدن، بلع و تنفس می‌باشد که معمولاً از هفته ۳۲ حاملگی در نوزاد ایجاد می‌شود.
- شیر دوشیده شده مادر از طریق لوله دهانی معدی تجویز می‌شود.
- وقتی که نوزاد در حال تغذیه از طریق لوله است مادر همزمان می‌تواند به نوزادش اجازه دهد سینه‌های خالی و انگشت تمیز وی را بمکد (تقویت مکیدن و ارتباط پوستی و چشمی بیشتر) و دوشیدن مستقیم شیر به دهان

شیرخوار هر ساعت انجام شود.

- **نوزادان بین ۳۰ و ۳۲ هفته (وزن هنگام تولد بین ۱۲۰۰ گرم تا ۱۵۰۰ گرم):**
 - این نوزادان می‌توانند با یک فنجان کوچک و یا قاشق تغذیه شوند. در حالی که بخش عمده شیردهی نوزاد هنوز از طریق لوله بینی معده است، تغذیه با فنجان می‌تواند یک یا دو بار در روز انجام شود.
 - در تغذیه با فنجان نوزاد را از وضعیت مراقبت آغوشی خارج کنید و او را در یک پتوی گرم بپیچید و بعد از تغذیه دوباره به وضعیت مراقبت آغوشی برگردانید.
- روش دیگر تغذیه در این مرحله دوشیدن قطره قطره شیر پستان هر ۲-۱ ساعت مستقیماً به داخل دهان نوزاد است در این روش نیازی به خارج کردن نوزاد از مراقبت آغوشی نیست.
- **نوزادان حدود ۳۲ هفته حاملگی یا بیشتر (وزن هنگام تولد بیشتر از ۱۵۰۰ گرم):**
 - این نوزادان قادرند سینه مادر را بمکند. ولیکن به زمان و مکث‌های طولانی نیاز دارند.
 - هنگامی که نوزادی به طور مؤثر شروع به مکیدن می‌کند، ممکن است در طول شیر خوردن ضمن مکیدن طولانی‌تر برای دوره‌های طولانی‌تر نیز مکث کند به طوری که ممکن است در ابتدا با ۴ تا ۵ بار مکیدن، ۴ تا ۵ دقیقه مکث نماید، در این حالت، اجتناب از جدا کردن سریع او از پستان بسیار حائز اهمیت است. باید او را به حال خود در وضعیت شیردهی رها کنید تا زمانی که دوباره مکیدن را از سر گیرد. در صورت نیاز، وی می‌تواند برای بیشتر از یک ساعت به این کار ادامه دهد.
 - تغذیه فنجانی بعد از شیر خوردن زیر پستان مادر، پیشنهاد می‌شود.
- **نوزادان حدود ۳۶-۳۴ هفته حاملگی (وزن هنگام تولد بیشتر از ۱۸۰۰ گرم):**
 - اغلب می‌توانند همه نیاز تغذیه‌ای خود را به طور مستقیم از پستان دریافت کنند.
 - گه‌گاه تغذیه تکمیلی با فنجان شیر لازم است.
 - نوزادان بیشتر از ۳۲ هفته می‌توانند بنا به میل خود از سینه مادر به طور مستقیم تغذیه نمایند.
- **نوزادان بیشتر از ۳۶ هفته حاملگی:**
 - می‌توانند کاملاً و به طور مستقیم و بر حسب میل و خواست خود از پستان مادر تغذیه شوند.

تغذیه از پستان مادر در طی مراقبت آغوشی

- بهترین وضعیت نوزاد برای تغذیه از پستان مادر در طی مراقبت آغوشی وضعیت «فوتبال» و «گهواره‌ای» متقابل است.
- نحوه نگه داشتن نوزاد و چگونگی گرفتن پستان را به او نشان دهید:
 - سر (گوش‌ها) و بدن (باسن) نوزاد را در امتداد همدیگر، به صورت مستقیم نگه دارد.
 - صورت نوزاد رو به روی پستان قرار گیرد.
 - بینی نوزاد مقابل نوک پستان باشد.
 - تمامی بدن نوزاد حمایت شود. (نه فقط گردن و شانه‌هایش)
 - بدن نوزاد را نزدیک بدن خودش نگه دارد.
 - چندبار لب‌های نوزاد را با نوک پستان خود تماس دهد.
 - تا زمانی که دهان نوزاد به اندازه کافی باز شود، منتظر باشد.
 - بعد از باز نمودن دهان، نوزاد را سریع و با ملایمت به طرف پستانش حرکت دهد به طوری که لب پایینی به خوبی زیر نوک پستان قرار گیرد.
- **علائم گرفتن صحیح پستان را به مادر نشان دهید:**
 - چانه نوزاد در تماس با پستان باشد.
 - لب‌ها به خصوص لب پایینی نوزاد به طرف بیرون برگشته باشد.
 - دهان نوزاد کاملاً باز باشد.
 - بهتر است که قسمت بیشتری از هاله پستان در بالای دهان نوزاد نسبت به زیر نمایان باشد.
 - بعد از برقراری شیردهی و گذشتن زمان لازم و کسب مهارت، نوزاد باید مکش‌های آرام و عمیق، همراه با وقفه‌های کوتاه مدت داشته باشد.
 - صدای بلع شیر شنیده شود، به جز چند روز اول که حجم شیر مادر نسبت به روزهای بعدی کمتر است.
- به مادر آموزش دهید که چگونه نوزاد خود را تشویق به تغذیه از پستان خود در هنگام مراقبت آغوشی کند:
 - به گونه‌ای نوزاد خود را در آغوش بگیرد که دهان وی روی هاله پستان قرار بگیرد.
 - قبل از گرفتن پستان، چند قطره از شیر خود را بر روی نوک پستان بدوشد.
 - در صورتی که نوزاد پستان مادر را به شکل مناسب نمی‌گیرد، مادر پستان خود را در دهان نوزاد قرار دهد.
 - بهتر است در تمام مدت مراقبت آغوشی، مادر این کار را تکرار کند. حتی اگر نوزاد فقط چند لحظه پستان مادر را بمکد.

حمایت ویژه از مادرانی که دوقلوهای خود را تغذیه می‌کنند لازم است

- مادر را مطمئن سازید که او شیر کافی برای هر دو نوزاد دارد.
- به مادر توضیح دهید دوقلوها (نظر به اینکه اغلب نارس و با وزن پایین متولد می‌شوند) ممکن است برای سازگاری با تغذیه از شیر مادر به زمان بیشتری نیاز داشته باشند.
- تغذیه هر یک از نوزادان در زمان جداگانه، تا زمانی که نوزاد مهارت لازم جهت گرفتن سینه مادر را کسب نماید، انجام شود.
- اگر یکی از نوزادان ضعیف‌تر است، مادر را تشویق کنید که از هر دو پستان شیر دهد تا این که از رسیدن شیر کافی به او اطمینان حاصل کند. اگر لازم باشد، مادر می‌تواند بعد از شیردهی از پستان، شیر را با دست دوشیده و با فنجان به نوزاد بدهد.
- عوض کردن روزانه وضعیت نوزاد از نظر شیردهی با هر یک از پستان‌ها برای دوقلوها توصیه می‌شود.
- در صورتی که دوقلوها وضعیت خوبی داشته باشند ممکن است در وضعیت فوتبال هر دو به صورت همزمان زیر پستان مادر بروند.

تغذیه نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی (روش دوشیدن مستقیم شیرمادر به دهان نوزاد) و نکاتی که باید به مادر آموزش داد:

- نوزاد را در تماس پوست به پوست قرار دهید. دهانش را به نوک پستان نزدیک کنید.
- منتظر شوید نوزاد هوشیار شود و دهان و چشمانش را باز کند. (نوزادان خیلی نارس ممکن است تحریک ملایمی برای بیدار ماندن و هوشیاری، لازم داشته باشند).
- چند قطره شیر را بدوشید.
- بگذارید نوزاد بو بکشد و نوک سینه را لیس بزند و دهانش را باز کند.
- مستقیماً چند قطره شیر را در دهان باز شده نوزاد بدوشید.
- منتظر باشید تا او شیر را بلعد.
- این کار را تا زمانی تکرار کنید که نوزاد دهانش را ببندد و حتی با وجود تحریک هم شیر نخورد.
- تغذیه را ادامه دهید، اما کافی بودن میزان مایع دریافتی نوزاد را با اندازه‌گیری روزانه وزن بسنجید.

تغذیه نوزاد نارس با فنجان و روش‌های دیگر:

- تمامی کارکنان بخش مراقبت نوزادان باید روش تغذیه با فنجان را فراگرفته، زمان لازم برای انجام آن را داشته باشند

و روش تغذیه با فنجان را به مادر آموزش دهند.

- میزان دریافت شیر در ۲۴ ساعت محاسبه شود و وعده‌های شیر باید انعطاف پذیر باشد. طولانی شدن تغذیه با فنجان بدون تحریک مناسب مکیدن می‌تواند تغذیه با پستان مادر را به تأخیر بیندازد. بهتر است مراقبت آغوشی مادر هرچه سریعتر شروع شود و نوزاد به طور مستقیم از سینه مادر تغذیه نماید.
- وقتی شیر پسین (پر چرب) به نوزاد نارس داده می‌شود بهتر است از قطره چکان به جای فنجان استفاده شود، چون مادران تسلط بهتری دارند و شیر کمتر به هدر می‌رود.

آموزش روش اجرا:

- نوزاد را به طور عمودی و در وضعیت نیمه نشسته در آغوش قرار دهید.
 - فنجان را طوری نگه دارید که فقط با لب پایین نوزاد تماس پیدا کند.
 - بگذارید که لبه فنجان با قسمت خارجی لب بالای نوزاد در تماس باشد.
 - صبر کنید که نوزاد کاملاً هوشیار شود و دهانش و چشم‌هایش را باز کند.
 - اجازه دهید تا نوزاد با لیس زدن توسط زبانش، شیر را به داخل دهانش ببرد. (شیر را در دهان نوزاد نریزید)
 - بگذارید تا کمی از شیر را در دهانش برای بلعیدن، نگه دارد.
 - نوزاد را مشاهده کنید: وقتی نوزاد شیر کافی دریافت کرد، دهانش را می‌بندد و دیگر تمایلی به ادامه شیر خوردن ندارد.
 - نوزادان خواب‌آلود نباید با فنجان یا سرنگ شیردهی شوند.
- * لازم به ذکر است برای دستیابی اطلاعات بیشتر درباره شیردهی نوزادان نارس به جزوه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به ترویج تغذیه با شیر مادر مراجعه شود.

انجام تحریکات مثبت در طی مراقبت آغوشی

آموزش ماساژ نوزاد

- تمامی والدین باید ماساژ نوزاد را از طریق کتاب، فیلم آموزشی، کلاس و کارگاه ماساژ آموزش ببینند.
- دستورالعمل ماساژ نوزاد باید در بخش مراقبت ویژه نوزادان و بخش نوزادان تحت نظر در اختیار تمامی مادران قرار گیرد و بر اساس آن کارکنان درمانی بخش، ماساژ را به مادر و پدر آموزش بدهند.

ماساژ نوزاد بر اساس شرایط بالینی:

- نوزاد زیر تهویه مکانیکی با شرایط بالینی ناپایدار:

- مادر دستان خود را با روغن آفتابگردان، بادام، زیتون، یا نرم کننده‌های ملایم آغشته کرده، بر روی بدن نوزاد به آرامی و بدون فشار زیاد قرار دهد.
- مادر می‌تواند اندام نوزاد خود را به آرامی نوازش کند، به گونه‌ای که حالت نوزاد و رنگ پوست آن تغییری نکند.
- **نوزاد زیر تهویه مکانیکی با شرایط بالینی پایدار:**
 - مادر دستان خود را با روغن آفتابگردان، بادام، زیتون، یا نرم کننده‌های ملایم آغشته کرده، از بالا به پایین، سر، دست‌ها اندام فوقانی، سینه، شکم و سپس پاها را به آرامی ماساژ دهد.
 - میزان فشار باید به گونه‌ای باشد که در وضعیت نوزاد تغییری به وجود نیامده، بر روی پوست نوزاد تغییر رنگ ناشی از فشار انگشتان مشاهده نشود.
- **نوزاد با شرایط بالینی پایدار که زیر تهویه مکانیکی نیست:**
 - مادر می‌تواند تمامی مراحل سه گانه ماساژ را برای نوزاد خود انجام دهد:
 - **مرحله اول:** ماساژ و نوازش کل بدن از بالا به پایین به مدت ۵ دقیقه.
 - **مرحله دوم:** ضربه زدن ملایم با یک انگشت بر روی اندام‌ها و تنه نوزاد از بالا به پایین به مدت ۵ دقیقه.
 - **مرحله سوم:** نرمش دادن به اندام‌ها و تغییر وضعیت نوزاد به مدت ۵ دقیقه
 - نوزاد در مدت ماساژ باید متصل به مانیتور بوده و شرایط آن تحت کنترل دقیق گروه پرستاری باشد.
 - در صورت تغییر در وضعیت بالینی نوزاد یا کاهش سطح اشباع اکسیژن خون شریانی باید بلافاصله ماساژ قطع شود.
 - در طی مراقبت آغوشی مادر می‌تواند سطح پشتی بدن نوزاد خود را ماساژ دهد. با توجه به اینکه قسمت شکمی بدن نوزاد در تماس با پوست مادر است، این می‌تواند جایگزین مناسبی برای ماساژ نوزاد باشد.

آماده کردن نوزاد برای ترخیص در طی مراقبت آغوشی

معیارهای کلی ترخیص:

- شرایط استاندارد برای ترخیص نوزادان با مراقبت آغوشی وجود دارد که به طور کلی در اکثر مراکز درمانی قابل قبول است:
- تغذیه خوب باشد و به صورت انحصاری یا غالب شیر مادر بخورد.
- وزن گیری به میزان حداقل (۱۵-۲۰) گرم در روز برای حداقل ۳ روز متوالی داشته باشد.
- دمای بدن نوزاد حداقل برای ۳ روز متوالی در دمای اتاق، مناسب باشد.

- مادر و اعضای خانواده، اعتماد به نفس، توانایی و مهارت لازم برای ادامه مراقبت در منزل را داشته باشند و از عهده معاینه‌های پس از ترخیص برآیند.

ترخیص نوزاد با وزن حداقل ۱۵۰۰ گرم یا حتی بدون در نظر گرفتن وزن و سن حاملگی اگر:

- حال عمومی نوزاد خوب باشد و هیچ‌گونه مشکلی مانند عفونت نداشته باشد.
- نوزاد به خوبی تغذیه نماید.
- هماهنگی مناسب بین مکیدن، بلع، و تنفس نوزاد وجود داشته باشد.
- مشاوری‌های جداگانه برای مادران خاص مانند چند قلوایی و... انجام گرفته باشد.
- تغذیه انحصاری یا غالب با شیر مادر وجود داشته باشد.
- وزن‌گیری مناسب نوزاد در وضعیت آغوشی وجود داشته باشد.
- تغذیه نوزاد خوب باشد و به طور مستقیم شیر از پستان مادر یا شیر دوشیده شده مادر بخورد.
- مادر تمایل به ادامه مراقبت آغوشی داشته باشد و آموزش‌های لازم برای والدین صورت گرفته باشد.
- دمای مناسب و تنظیم شده‌ای در وضعیت مراقبت آغوشی ثبت گردد.
- مادر و اعضای خانواده برای ادامه این مراقبت در منزل توانایی، مهارت و اعتماد به نفس لازم را داشته باشند.
- انجام معاینه منظم بعد از ترخیص برای والدین امکان‌پذیر باشد. (در صورت دوری راه و عدم امکان رفت و آمد روزانه، مادر می‌تواند در مکانی خارج از بخش نوزادان و NICU که زیر نظارت بخش باشد مقیم گردد)
- شرایط خانه نیز برای ادامه مراقبت آغوشی موفق، بسیار اهمیت دارد. مادر باید به خانه گرم و سرشار از حمایت خود بازگردد. باید او را در انجام کارهای خانه، شیردهی به نوزاد، مراقبت آغوشی یاری و حمایت کرد.

● مطمئن شوید مادر می‌داند و قادر است که:

- چگونه تماس پوست با پوست را برقرار کند.
- وقتی نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی نیست، برای گرم نگه داشتن، او را چگونه بپوشاند.
- چگونه نوزاد را حمام کند و او را پس از حمام گرم نگهدارد.
- چگونه پاسخگویی نیازهای نوزاد باشد مثلاً: اگر دست‌ها و پاهای نوزاد سرد است یا دمای بدنش پایین است طول مدت تماس پوست به پوست را افزایش دهد.
- چگونه در طول شبانه‌روز به نوزاد طبق توصیه‌ها شیر بدهد: (توانایی در دوشیدن پستان و دادن شیر با روش‌های مختلف از قبیل: فنجان، قاشق، سرنگ، قطره چکان و پرهیز از به کار بردن بطری و استفاده از روش‌های مطمئن تا زمان شیردهی کامل از پستان مادر طبق دستورالعمل ترویج تغذیه با شیر مادر)

- چه زمانی و کجا برای پیگیری نوزاد و معاینه‌ها مراجعه کند (اولین معاینه زمان‌بندی و مستند شود و درباره موضوعات مذکور به مادر دستورالعمل‌های تصویری و مکتوب داده شود).
 - به طور کلی نوزاد هر هفته یا ۲ هفته یک بار تا ۴۰-۳۷ هفتگی سن حاملگی معاینه گردد و نوزادان کوچک‌تر در زمان ترخیص، ممکن است نیاز به معاینه‌های بیشتری داشته باشند و بعد از آن هر ۴-۲ هفته یک بار تا ۳ ماهگی و سپس با فاصله ۲-۱ ماه در طی سال اول زندگی معاینه می‌شوند.
 - بهبتر است معاینه‌ها براساس سن اصلاحی برای نوزادان نارس در نظر گرفته شوند.
 - سن واقعی (Chronological age): سن از هنگام تولد محاسبه می‌شود.
 - سن اصلاحی (Corrected age): اختلاف (تفاضل سن حاملگی از ۴۰ هفتگی) با سن تولد
- مثال: یک نوزاد با سن ۶ هفته که در سن حاملگی ۳۵ هفتگی متولد شده است سن اصلاح شده آن عبارتند از:
- $$۱ = ۶ - ۵ = ۶ - (۴۰ - ۳۵)$$

برنامه استاندارد پی‌گیری نوزادان نارس با مراقبت آغوشی:

- نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم هر دو روز یک نوبت
 - نوزادان با وزن بین ۱۵۰۰ تا ۱۸۰۰ گرم هر هفته یک نوبت
 - نوزادان با وزن بین ۱۸۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم هر ۲ هفته یک نوبت
 - نوزادان با وزن بالاتر از ۲۵۰۰ گرم
- ۲ هفته یک بار تا ۳ ماهگی
 - ۱ ماه یک بار تا ۶ ماهگی
 - دو ماه یک بار تا ۱ سالگی
 - هر ۲ ماه تا دو سالگی
 - هر ۶ ماه از ۲ تا ۳ سالگی
 - هر سال بعد از ۳ سالگی

مادر باید موارد زیر را بداند:

- چگونه علائم خطر نوزاد را تشخیص دهد.
- در صورت بروز علائم خطر چگونه موارد ضروری را تشخیص و اقدامات لازم را انجام دهد.
- مادر چه زمانی مراقبت آغوشی را خاتمه دهد.

کارکنان بیمارستان باید به مادر تأکید نمایند که در صورت بروز موارد زیر سریع با بیمارستان تماس گرفته و نوزاد را به بیمارستان بیاورد:

- به خوبی شیر نمی‌خورد یا استفراغ می‌کند.
- بی‌قرار و حساس شده، بی‌حال یا بیهوش است.
- با وجود دمای مناسب اتاق و پوشش مناسب نوزاد دمای بدن بالاتر از (C ۳۷/۵) است.
- با وجود گرم کردن اتاق و پوشش مناسب، دمای بدن کمتر از C ۳۶/۵ است.
- تشنج دارد.
- مشکل تنفسی دارد.
- اسهال دارد یا علائم نگران‌کننده دیگری را نشان دهد.
- رنگ غیر طبیعی مانند رنگ پریدگی، سیانوز، زردی و ... دارد.

مراقبت آغوشی در منزل

- نوزادان بعد از رفتن به خانه عاشق تماس پوست به پوست با مادرشان هستند. این کار را می‌توان تا هنگامی که نوزاد آن را پس نزده است، ادامه داد. سایر اعضای خانواده هم می‌توانند در انجام آن مشارکت داشته باشند.
- مادر برای ادامه مراقبت آغوشی در منزل باید به طور مناسب استراحت نماید، خواب خود را با خواب نوزادش هماهنگ نماید و برای تقویت روحیه خود به منظور مراقبت نوزاد از روش‌های مختلف آرام‌سازی استفاده نماید.
- مادر می‌تواند بسیاری از کارهای منزل را هم‌زمان با مراقبت آغوشی، انجام دهد. به عنوان مثال: بعضی از کارهای خانه، رفتن به منزل دوستان، مراجعه به درمانگاه جهت پیگیری بالینی و یا رفتن به خارج از منزل جهت خرید و ...

انجام مراقبت آغوشی در منزل:

در صورت توانمندی والدین و اطمینان از مهارت و آگاهی کامل، مادر می‌تواند در منزل، حداقل یک ساعت در شبانه روز نوزاد خود را مراقبت آغوشی نماید.

در هنگام مراقبت آغوشی در منزل به موارد زیر توجه گردد:

- ۱- برای نوزاد ترم دمای اتاق بین ۲۱-۲۲ درجه و برای نوزاد نارس بین ۲۴-۲۲ درجه سانتیگراد باشد.
- ۲- انجام مراقبت آغوشی در منزل ساده است ولی نیاز به مهارت و آگاهی کافی دارد.

- ۳- مادر می تواند همزمان کارهای روزمره خود را انجام دهد.
- ۴- مادر در منزل به دلیل کسب آرامش، تشویق به انجام حرکات ورزشی و آرام سازی ذهن شود.
- ۵- مادر باید با روش های مختلف شیردهی نوزاد نارس آشنا باشد و مهارت های لازم را در بیمارستان کسب کرده باشد.
- ۶- مادر در حالت نیمه نشسته و نیمه خوابیده می تواند مراقبت آغوشی را انجام دهد. (با استفاده از تخت یا صندلی)

نوزادان با مراقبت آغوشی در منزل:

- ۱- خواب طولانی تر و عمیق تری دارند.
 - ۲- صداها و فعالیت های سایر افراد خانواده را بهتر تحمل می کنند.
 - ۳- در آینده کودکان آرام تر و مهربان تر می شوند و شخصیت متعادل تری خواهند داشت.
 - ۴- تغذیه انحصاری با شیر مادر، بهتر و طولانی تر می شود.
 - ۵- ریفلاکس (برگشت شیر از معده به مری) کمتری خواهند داشت.
- معمولاً زمان خاتمه مراقبت آغوشی در منزل را، خود نوزاد تعیین می کند که حدوداً رسیدن به وزن ۲۵۰۰ گرم و بالاتر است. این علائم حرکتی مانند تکان خوردن، بی قراری و تلاش نوزاد برای خارج کردن اندام های خود می باشد.
- در منزل افراد آموزش دیده می توانند به مادر کمک نمایند: قبل آن دوش بگیرند و لباس مناسب بپوشند و اصول مراقبت آغوشی و چگونگی انجام مراقبت را بدانند.
- به فرزندان دیگر خانواده هم اجازه داده شود تا هم با مادر و هم با نوزاد تازه متولد شده، ارتباط برقرار نمایند.
- به همسر یادآوری شود که مادر درگیر نوزاد نارس است و باید توجه ویژه به فرزندان دیگر، داشته باشد.
- در صورت وجود رفتارهای پرخاشگرانه فرزند دیگر، او را سرزنش نکنند و احساس خشم آنها را با محبت جایگزین نمایند.

مراجعات بالینی نوزاد پس از ترخیص از بیمارستان:

- در مراجعات بالینی نوزاد، نکات زیر ارزیابی و ثبت گردد:
- ۱- وزن نوزاد.
 - ۲- قد نوزاد.
 - ۳- اندازه دور سر نوزاد.
 - ۴- ادامه مراقبت آغوشی توسط مادر

- ۵- دلیل عدم ادامه مراقبت آغوشی
- ۶- وضعیت شیر دهی نوزاد از پستان مادر
- ۷- حمایت همسر و اعضای خانواده
- ۸- ارزیابی نوزاد از نظر حال عمومی یا وجود علائم خطر
- ۹- بررسی از نظر دریافت قطره مولتی ویتامین و آهن
- ۱۰- ارزیابی، نوزاد نارس از نظر رشد جسمانی، بینایی، شنوایی، روانی - حرکتی و مراقبت تکاملی.
- ۱۱- پرسش در مورد واکسیناسیون نوزاد.
- ۱۲- صحبت با مادر در مورد مشکلات و نگرانی‌های وی
- ۱۳- یادآوری زمان مراجعه بعدی به مادر

فصل دوم

فضای فیزیکی، تجهیزات و امکانات رفاهی



فضای فیزیکی، تجهیزات و امکانات رفاهی

تسهیلات مورد نیاز برای اقامت مادر در بیمارستان:

- بیمارستان موظف است مکانی مناسب (بخش مراقبت آغوشی) را برای اقامت ۲۴ ساعته مادر فراهم کند، این مکان باید حائز شرایط زیر باشد:
 - یک تا ۴ اتاق ویژه برای انجام مراقبت آغوشی، که داخل هر اتاق تعداد مناسبی تخت استراحت، با تعداد بالش کافی وجود داشته باشد.
 - کمد، پاراوان و صندلی‌های راحت در اختیار مادران باشد.
 - یک اتاق ویژه غذا خوردن و اجتماع مادران، دارای میز غذاخوری ساده جهت گذراندن ساعاتی بدون استرس با تجهیزات و امکانات کمک آموزشی، نوشیدنی و غذای مناسب و امکانات رفاهی مانند یخچال، تلویزیون، تلفن و... باید در اختیار مادران باشد.
 - دستشویی، حمام و توالت ویژه مادران در بخش وجود داشته باشد.
 - امکانات آموزشی مانند دستگاه ویدئو CD، کتاب، فیلم، جزوه‌های آموزشی، در اختیار یا دسترس باشد.
 - دما و تهویه مناسب در محیط وجود داشته باشد.
- در بخش به ازای هر انکوباتور یا تخت نوزاد باید یک صندلی راحتی و یک زیر پایی مناسب و راحت وجود داشته باشد به گونه‌ای که مادر بتواند به حالت نیمه نشسته در آمده و یا به راحتی در وضعیت مراقبت آغوشی در بخش استراحت کند.
- توصیه می‌شود، بیمارستان لباس مراقبت آغوشی، آشیانه نوزاد، انواع روغن مخصوص ماساژ، کتاب‌های آموزشی مورد نیاز والدین و لباس‌های نوزاد (کلاه، جوراب و ...) را برای خریدن در دسترس والدین قرار دهد.
- توصیه می‌شود بیمارستان تسهیلات ضروری برای بهداشت فردی و جمعی مادران را در طی اقامت در بیمارستان فراهم کند.
- توصیه می‌شود بیمارستان برای تمامی مداخلات قابل انجام توسط والدین دستورالعمل واضح و شفاف داشته باشد، مانند:
 - شست و شوی دست‌ها
 - استحمام نوزاد
 - ماساژ نوزاد

- تغذیه نوزاد و شیردهی مادر (دهانی - معدی، تغذیه با فنجان، سرنگ، قاشق و قطره چکان ...)
- تجویز اکسیژن (در بیمارستان و در منزل)
- پیگیری بالینی نوزاد (مراجعه به متخصص نوزادان یا تکامل، کودکان، مشاور شیر مادر، تغذیه، روان‌شناس بالینی...)
- فوتوراپی در بیمارستان و منزل
- انتقال نوزاد توسط مادر یا بستگان (در هنگام انتقال نوزاد به سایر بخش‌ها یا حتی خارج از بیمارستان تا حد امکان نوزاد از مادر جدا نشود و مادر یا بستگان می‌توانند در وضعیت مراقبت آغوشی بدون استفاده از کات یا انکوباتور نوزاد واجد شرایط را با حفظ اصول ایمنی منتقل نمایند).
- برنامه ملاقات والدین:
 - والدین در هر زمانی از شبانه روز می‌توانند نوزاد خود را در بخش مراقبت نوزادان ملاقات کنند و بستگان نزدیک هم می‌توانند در ساعات تعیین شده از طرف بخش، حضور یابند.
 - در ملاقات‌های اولیه و یا شروع مراقبت آغوشی، بهتر است پدر، مادر شوهر، مادرزن و یا بستگان نزدیک که مادر با آن احساس راحتی می‌کند حضور داشته باشند تا آموزش‌های لازم را دریافت نمایند. این حضور سبب می‌شود حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی برای والدین نوزاد نارس فراهم آید. برای حمایت روحی بیشتر مادر و ارتباط بهتر اعضای خانواده، برادران و خواهران نوزاد، می‌توانند برای ملاقات مادر و نوزاد متولد شده خود در بخش حضور پیدا کنند. این امر در تقویت انگیزه مادر و مشارکت خانواده در ادامه مراقبت آغوشی بسیار مؤثر باشد.
 - در شرایط ناپایدار بخش و یا زمان انجام مداخله‌های حساس بر روی نوزاد، مسئول بخش می‌تواند مادر و یا پدر را به مدت کوتاه از ملاقات نوزاد منع نماید.
 - پزشک فوق تخصص نوزادان، دستیار فوق تخصصی نوزادان، متخصص کودکان، دستیاران تخصصی کودکان و پزشکان مؤظفند به پرسش‌های والدین پاسخ داده در صورت امکان روزانه ساعتی را به ملاقات با خانواده و گزارش روند درمان و وضعیت کنونی نوزاد اختصاص دهند.
- در صورتی که حاملگی چندقلویی بوده یا به هر علت مادر ناتوان از مراقبت از نوزاد خود باشد یا به علت بیماری قادر به اقامت در بیمارستان نباشد یکی از بستگان نزدیک می‌تواند همراه و یا به جای وی در بیمارستان مقیم شود. نکاتی در مورد شخص جایگزین (به جز پدر یا مادر):
 - باید نام و نام خانوادگی وی در پرونده بیمار درج شود.
 - شناسنامه و یا هر مدرک قابل اعتماد دیگر در اختیار بیمارستان قرار داده شود.
 - رضایت‌نامه کتبی پدر و یا ولی بیمار گرفته شود.

○ مراتب به سوپروایزر بالینی شیفت اعلام گردد.

منابع اطلاعاتی و مستندسازی

- دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های کشوری در مورد نوزادان و مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- وجود سیستم دقیق ثبت اطلاعات و آمار برای نوزادان با مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- مجلات، کتاب‌ها و ابزارهای کمک آموزشی مانند فیلم، لوح‌های فشرده چند رسانه‌ای و ... در ارتباط با مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- پوستره‌های مربوط به مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- برنامه‌های آموزشی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد برای والدین، پزشکان و کارشناسان (طبق کوریکولوم آموزشی)
- ثبت اطلاعات لازم در مورد تاریخچه حاملگی، زایمان، و فعالیت‌های مربوط به مراقبت آغوشی مادر و نوزاد
- مستندها و کپی گواهی‌های مربوط به آموزش مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در مورد پزشکان فوق تخصص‌های نوزادان، متخصصین کودکان، متخصصین زنان، پرستاران و ماماها
- مستندهای مربوط به تشکیل جلسات در مورد رفع مشکلات و ارتقاء کیفی اجرای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد و نتیجه آن‌ها.

منابع مالی و تجهیزات فیزیکی:

منظور از فرایندهای پشتیبان منابع مالی و تجهیزات فیزیکی، اقداماتی است که در راستای تأمین بودجه و نیز امکانات و تجهیزات لازم برای اجرای صحیح و استاندارد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد فراهم می‌گردد. این اقدامات در دو بخش پشتیبانی مالی و تجهیزات تقسیم می‌شوند.

پشتیبانی از ارایه دهندگان خدمت:

پشتیبانی از ارایه دهندگان خدمت، مجموعه اقداماتی است که سبب می‌شود استانداردهای لازم برای «ارایه دهنده مناسب»، به دست آمده و حفظ گردد. مهم‌ترین این اقدامات آموزش و حمایت مالی برای اجرای استاندارد مراقبت است.

فصل سوم

برنامه آموزشی مراقبت آغوشی



برنامه آموزشی مراقبت آغوشی

برنامه آموزشی مراقبت آغوشی شامل چندین قسمت است:

۱. برنامه آموزشی مربیان کشوری مراقبت آغوشی
۲. برنامه آموزشی مربیان دانشگاهی
۳. برنامه آموزشی ویژه پزشکان و کارشناسان بیمارستان‌ها
۴. برنامه آموزشی ویژه والدین

* برنامه آموزشی مربیان کشوری مراقبت آغوشی

• مربیان کشوری مراقبت آغوشی:

- گروهی از صاحب نظران، فعالان مراقبت آغوشی که حداقل به مدت ۲ سال در سطح کشور در راستای گسترش و تبیین نظری و عملی برنامه مراقبت آغوشی کوشیده‌اند.
- این گروه توسط کمیته کشوری مراقبت آغوشی، انجمن پزشکان نوزادان ایران، انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر انتخاب و به اداره سلامت نوزادان معرفی می‌شوند.
- حداقل تعداد آن ۵ نفر و حداکثر آن ۱۱ نفر است.

• آموزش توسط مربی‌های کشوری مراقبت آغوشی:

- وزارت بهداشت موظف است کارگاه‌هایی را با حضور مربی‌ها و اساتید صاحب‌نظر مراقبت آغوشی برگزار کرده و افرادی را به عنوان مربی‌های دانشگاهی از هر دانشگاه آموزش دهد.

* اساتید و مربیان در چهار قطب دانشگاهی مشهد، اصفهان، تبریز و شهید بهشتی، مربیان و اساتید دانشگاهی را آموزش می‌دهند.

۲) برنامه آموزشی هسته آموزشی مراقبت آغوشی در دانشگاه:

فراگیران:

- ۱) رئیس بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان منتخب (پزشک فوق تخصص نوزادان یا کودکان)
- ۲) رئیس بخش نوزادان بیمارستان منتخب (پزشک فوق تخصص نوزادان یا متخصص کودکان)
- ۳) یک نفر متخصص زنان و مامایی (ترجیحاً پریناتولوژیست)
- ۴) سوپر وایزر آموزشی بیمارستان منتخب

- ۵) سرپرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان منتخب
- ۶) سرپرستار بخش نوزادان بیمارستان منتخب
- ۷) ماما مسئول بخش زایمان بیمارستان منتخب
- ۸) کارشناس برنامه نوزادان معاونت درمان دانشگاه
- ۹) کارشناس برنامه مادران معاونت درمان دانشگاه
- ۱۰) کارشناس برنامه مادران معاونت بهداشتی دانشگاه

• اهداف آموزشی فراگیران پس از گذراندن دوره آموزشی مراقبت آغوشی کسب آگاهی به شرح زیر می باشد:

۱. مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (تاریخچه، تعریف، اهداف، انواع، مزایای مراقبت آغوشی برای نوزادان، مادران و سیستم بهداشتی، درمانی، جامعه) را توضیح دهد.
۲. اهمیت تماس پوست به پوست و ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد، در بخش زایمان را شرح دهد.
۳. نوزادان واجد شرایط مراقبت آغوشی را توضیح دهد.
۴. تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را لیست کند.
۵. اصول آماده کردن مادر و نوزاد، برای انجام مراقبت آغوشی را توضیح دهد.
۶. نکات آموزشی مانند ماساژ نوزاد و ... مورد نیاز برای والدین را توضیح و ارائه دهد.
۷. نحوه انجام مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را (به طور عملی با ایفای نقش) نشان دهد.
۸. اصول مراقبت آغوشی در موارد ویژه مانند دو قلویی و چند قلویی را شرح دهد.
۹. اصول مراقبت آغوشی نوزاد زیر تهویه مکانیکی را بیان کند.
۱۰. موارد منع انجام مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را شرح دهد.
۱۱. کلیات، روش ها و تکنیک های مختلف تغذیه نوزاد نارس با شیر مادر در مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را توضیح دهد.
۱۲. علائم خطر نوزاد، حین مراقبت آغوشی را توضیح دهد.
۱۳. امکانات رفاهی، توجه به وضعیت عمومی و نیازهای روحی و جسمی مادر را شرح دهد.
۱۴. معیارهای ترخیص نوزاد با مراقبت آغوشی را بیان کند.
۱۵. اصول ادامه مراقبت آغوشی در منزل و زمان خاتمه آن را توضیح دهد.
۱۶. برنامه پیگیری های نوزاد پس از ترخیص از بیمارستان را شرح دهد.

۱۷. انتقال نوزاد (درون بیمارستان و خارج بیمارستان) در حین مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را شرح دهد.

۱۸. در مورد ثبت دقیق اطلاعات و فرم مربوط به مراقبت آغوشی توضیح دهد.

لیست انتظارات پس از گذراندن کارگاه آموزشی:

- گروه آموزش دیده دانشگاهی باید با حمایت و هماهنگی‌های لازم، بتواند دانش و مهارت‌های مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را با برنامه‌ریزی مدون و مستمر در کلیه بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، تأمین اجتماعی و سایر مراکز وابسته به نهادها و ارگان‌ها که دارای بخش‌های مراقبت نوزادان (مراقبت از نوزادان نارس) هستند، با هماهنگی و حمایت رئیس محترم دانشگاه و معاونین مربوطه، آموزش دهند. پس از فراهم نمودن تجهیزات و امکانات رفاهی، باید به عنوان یک مراقبت علمی به مرحله اجرا در آید و اقدامات لازم در راستای حل مشکلات و ارتقاء کیفی این نوع مراقبت صورت پذیرد.

* برنامه آموزشی ویژه پزشکان و کارشناسان بیمارستان‌ها

باید همه پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان، ماماها و پرستاران شاغل در بخش‌های مرتبط با نوزادان به ویژه بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌ها به عنوان منابع انسانی پشتیبان توسط هسته آموزشی دانشگاه، آموزش داده شوند. در پایش برنامه، آموزش همه افراد به تفکیک در بیمارستان‌های اجرا کننده، مدنظر قرار خواهد گرفت. این آموزش باید بر اساس برنامه و محتوای مندرج در بسته خدمتی، داده شود.

۴) برنامه آموزشی ویژه والدین:

مسئولین بیمارستان‌های واجد شرایط موظف هستند مطابق با محتوای آموزشی، همه مادران (والدین) واجد شرایط را آموزش تئوری و عملی دهند تا دانش و مهارت‌های لازم جهت شروع و ادامه مراقبت آغوشی را کسب نمایند. آموزش‌های مادران باید منطبق با استانداردهای علمی و هماهنگ با فرهنگ بومی حاکم بر منطقه داده شود.

گروه هدف: نمایندگان (مربیان) دانشگاهی روز اول: کوریکولوم پیشنهادی جهت آموزش دو روزه مراقبت آغوشی	
موضوع	محتوا
پیش آزمون مراقبت آغوشی	پیش آزمون
مراقبت آغوشی چیست؟	<ul style="list-style-type: none"> تاریخچه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد تعریف مراقبت آغوشی مادر و نوزاد انواع مراقبت آغوشی مادر و نوزاد اهداف مراقبت آغوشی مادر و نوزاد مزایای مراقبت آغوشی برای نوزاد، والدین، سیستم بهداشتی، درمانی و جامعه
اهمیت تماس پوست با پوست بلافاصله بعد از تولد	<ul style="list-style-type: none"> اهمیت تماس پوست با پوست و ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد در بخش زایمان و اتاق عمل
چرا نوزادانی مراقبت آغوشی شوند؟	نوزادان واجد شرایط مراقبت آغوشی
تجهیزات مورد نیاز، آمادگی های قبیل از مراقبت آغوشی و نکات آموزشی مورد نیاز والدین	تجهیزات مورد نیاز، آمادگی های قبیل از مراقبت آغوشی و نکات آموزشی مورد نیاز والدین
نحوه انجام مراقبت آغوشی	یادگیری نحوه انجام مراقبت آغوشی
مراقبت آغوشی با تهویه مکانیکی	مراقبت آغوشی با تهویه مکانیکی و چگونگی انتقال نوزاد زیر تهویه مکانیکی به آغوش مادر و برعکس
اصول مراقبت در دولقویی و جنبد قلوبی و موارد منع مراقبت آغوشی	مراقبت در دو قلوبی و چند قلوبی و موارد منع مراقبت آغوشی
ابزار و روش آموزش / فعالیت	پیامد
تکمیل فرم پیش آزمون	ارزیابی دانسته های شرکت کنندگان قبل از آموزش
<ul style="list-style-type: none"> سخنرانی و اسلاید بحث در مورد آموزش های داده شده 	شناخت در مورد مراقبت آغوشی
<ul style="list-style-type: none"> سخنرانی و اسلاید بحث در مورد آموزش های داده شده 	اهمیت تماس پوست با پوست و ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد در بخش زایمان و اتاق عمل
<ul style="list-style-type: none"> سخنرانی و اسلاید بحث در مورد آموزش های داده شده 	شناخت نوزاد واجد شرایط مراقبت آغوشی
<ul style="list-style-type: none"> سخنرانی و اسلاید بحث در مورد آموزش های داده شده 	شناخت تجهیزات مورد نیاز و آمادگی های قبیل از مراقبت آغوشی، نکات آموزشی موارد نیاز والدین (ماساژ نوزاد و...)
<ul style="list-style-type: none"> سخنرانی و اسلاید بحث در مورد آموزش های داده شده ایفای نقش 	یادگیری و انجام مراقبت آغوشی
<ul style="list-style-type: none"> سخنرانی و اسلاید بحث در مورد آموزش های داده شده 	شناخت مراقبت آغوشی با تهویه مکانیکی و ...
<ul style="list-style-type: none"> سخنرانی و اسلاید بحث در مورد آموزش های داده شده 	شناخت مراقبت در دو قلوبی و چند قلوبی و موارد منع مراقبت آغوشی

روز دوم: کوریکولوم پیشنهادی جهت آموزش دو روزه مراقبت آغوشی		
ابزار و روش آموزش	بیرون داد	آن چه شرکت کنندگان باید با آن آشنا شوند
<ul style="list-style-type: none"> ■ اسلاید ■ بحث ■ اجرای نقش ■ سخنرانی 	<p>شناخت اهداف و فواید تغذیه با شیر مادر،</p> <p>زمان شیردهی، روش های مختلف شیر دهی،</p> <p>دوشیدن ششیر، گرفتن صحیح نوزاد، مشکلات شیر دهی</p>	<p>اهداف و فواید تغذیه با شیر مادر برای نوزادان به ویژه نوزادان نارس در مراقبت آغوشی مادر و نوزاد</p> <p>زمان شیردهی</p> <p>روش های مختلف دوشیدن شیر مادر و ذخیره آن</p> <p>روش های مختلف گرفتن صحیح نوزاد برای شیردهی</p> <p>روش های مختلف شیردهی (از طریق لوله دهانی - معده، فنجان، سرنگ ...)</p> <p>مشکلات شیر دهی</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ بحث ■ سخنرانی 	<ul style="list-style-type: none"> ■ شناخت علائم خطر نوزاد ■ آشنایی با امکانات رفاهی و توجه به وضعیت و نیازهای روحی و جسمی مادران 	<p>علائم خطر در نوزاد</p> <p>امکانات رفاهی و توجه به وضعیت و نیاز های روحی و جسمی مادر</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ اسلاید ■ بحث ■ سخنرانی 	<p>آشنایی با معیارهای ترخیص، اصول مراقبت در منزل، برنامه پی گیری های بعد از ترخیص، انتقال نوزاد، آمار و ثبت اطلاعات نوزادان،</p>	<p>معیارهای ترخیص</p> <p>اصول ادامه مراقبت در منزل و زمان خاتمه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد</p> <p>طراحی برنامه پیگیری نوزاد نارس بعد از ترخیص</p> <p>آمار و ثبت اطلاعات نوزادان با مراقبت آغوشی</p> <p>انتقال درون بیمارستانی و خارج بیمارستانی با مراقبت آغوشی</p>
تکمیل فرم پس آزمون	ارزیابی دانسته های شرکت کنندگان پس از آموزش	پس آزمون مقایسه نتایج پیش آزمون و پس آزمون به عنوان قسمتی از ارزیابی آموزش

اهداف و عناوین برنامه آموزشی ویژه پزشکان و پرسنل درمانی:

- همه پزشکان و کارکنان درمانی بخش‌های مراقبت از نوزادان (منابع انسانی پشتیبان) موظف به گذراندن کارگاه آموزشی مجوزدار مراقبت آغوشی می‌باشند.
- مدرسان این گروه همان گروه مربیان دانشگاهی (افراد آموزش دیده) می‌باشند. هر تیم دانشگاهی با توجه به نظر و سیاست‌های خویش می‌تواند علاوه بر افراد آموزش دیده، از روانشناسان بالینی، روانپزشکان، فوق تخصص اطفال و دیگر اساتید و صاحب نظران که آشنا به مباحث تماس پوست با پوست و ارتباط عاطفی مادر و نوزاد هستند، به منظور آگاهی و تأثیرگذاری بیشتر استفاده نمایند.

موضوعات آموزشی ویژه مادران (والدین):

- تعریف مراقبت آغوشی
- مزایای مراقبت آغوشی برای نوزاد، مادر و خانواده (به کتاب فیلم مراقبت آغوشی مراجعه شود)
- اهمیت و فواید تماس پوست به پوست و ارتباط عاطفی مادر و نوزاد بلافاصله بعد از زایمان
- آمادگی قبل از شروع مراقبت آغوشی
- نحوه انجام مراقبت آغوشی (تئوری و عملی) در بخش‌های مراقبت نوزادان
- مراقبت آغوشی در موارد دو قلویی و چند قلویی
- تغذیه، تکنیک‌ها و روش‌های مختلف شیردهی در مراقبت آغوشی و فواید شیردهی از سینه مادر، چگونگی دوشیدن شیر، ذخیره و انتقال آن و ...
- روش‌های مختلف تن‌آسایی و کسب آرامش در مادر
- ماساژ نوزاد (به کتاب ماساژ نوزادان و شیر خواران مراجعه شود)
- علائم خطر نوزاد و اقدامات لازم
- نحوه مراقبت پس از ترخیص و ادامه آن در منزل و توانمندسازی والدین در مراقبت از نوزاد نارس
- برنامه‌های پی‌گیری پس از ترخیص
- انتقال نوزاد با روش مراقبت آغوشی (داخل بیمارستانی و خارج بیمارستانی)

فصل چهارم

ساز و کار اجرایی



عملیات اجرایی برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

به طور کلی عملیات اجرایی برنامه مراقبت آغوشی شامل مراحل زیر است:

اقدامات در مرحله قبل از اجرای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

۱. تشکیل جلسات دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (اقدامات ستادی)
۲. آموزش همه پزشکان و کارکنان بالینی بیمارستان های واجد شرایط دانشگاه
۳. هماهنگی بین بخشی، در سطوح دانشگاه و بیمارستان ها
۴. آماده سازی محیط فیزیکی، وسایل و تجهیزات لازم و امکانات رفاهی مورد نیاز

بازاریابی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد:

۱. شناسایی نوزادان واجد شرایط مراقبت آغوشی.
۲. آموزش مراقبت آغوشی به مادران و در صورت امکان به اعضای خانواده آنها.
۳. حساس سازی و جلب رضایت مادر و خانواده او، تلاش در بالا بردن انگیزه آن ها، تشویق و حمایت مادران برای انجام و ادامه این نوع مراقبت.
۴. فرهنگ سازی مناسب در سطح جامعه با توجه به شرایط بومی حاکم بر منطقه.

اقدامات در مرحله اجرای برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

۱. به اجرا در آوردن مراقبت در بیمارستان های واجد شرایط.
۲. پایش (به منظور تضمین دست یابی به اهداف برنامه و یا شناسایی علت دست نیافتن براساس لیستی از استانداردهای کلیدی) و ارزشیابی برنامه
۳. بیان نتایج پایش در قالب شاخص
۴. تدوین مداخلات لازم در راستای اصلاح و نزدیک شدن به استانداردهای برنامه
۵. پایش مجدد تا رسیدن به اهداف برنامه و صیانت از استانداردها براساس برنامه عملیاتی دانشگاه
۶. ارزشیابی نهایی برنامه
۷. انجام مداخلات لازم در راستای ارتقاء کیفی برنامه

دستورالعمل اقدامات ستادی دانشگاه در راستای اجرای برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

۱- عنوان فعالیت: تشکیل کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد که این کمیته زیر مجموعه‌ای از کمیته دانشگاهی ارتقاء سلامت مادر و نوزاد می‌باشد.

نحوه اجرای فعالیت:

- الف- انتصاب اعضا و برگزاری کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی زیر مجموعه‌ای از کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد دانشگاه است.
- ب- ابلاغ اعضای کمیته توسط رئیس دانشگاه، امضاء می‌شود.
- ج- فعالیت‌هایی در زمینه تدوین برنامه عملیاتی دانشگاه، برگزاری جلسات و مستندسازی اقدامات.

نتیجه فعالیت‌ها:

- الف- انتصاب افراد برای برگزاری کمیته دانشگاهی.
- ب- تدوین برنامه عملیاتی مراقبت آغوشی دانشگاه برای آموزش و اجرای برنامه در همه بیمارستان‌های واجد شرایط تحت پوشش دانشگاه.
- ج- ابلاغ اجرای برنامه به بیمارستان‌ها در قالب ارسال نامه و هماهنگی‌های بین ریاست و معاونین دانشگاه، رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها.
- د- برگزاری کمیته‌های دانشگاهی برای آموزش، اجرا، پایش و ارزشیابی، رفع نیازها و مشکلات بیمارستان‌ها و ارتقاء کیفی مراقبت آغوشی در سطح دانشگاه.
- ه- مستندسازی جلسات و اقدامات صورت گرفته، پی‌گیری مصوبات و تهیه گزارش‌های مورد نیاز.

مجری فعالیت‌ها:

معاونت درمان و اعضای کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد دانشگاه می‌باشند.

۲- عنوان فعالیت: آموزش پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان، پرستاران، ماماها (شاغل در بخش های مرتبط با نوزادان) در همه بیمارستان های واجد شرایط تحت پوشش.

نحوه اجرای فعالیت:

الف- برای تدوین برنامه آموزشی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، ابتدا کارشناس مسئول برنامه در معاونت درمان اقدام به شناسایی تعداد بیمارستان های واجد شرایط (بیمارستان های دارای بخش های مراقبت ویژه نوزادان)، به تفکیک شهرستان های تحت پوشش دانشگاه نماید. سپس تعداد پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان، پرستاران و ماماها شاغل در بخش های مرتبط با نوزاد را در هر بیمارستان برآورد نماید و با توجه به مجموع افراد، برنامه ریزی برای تشکیل دوره های آموزشی مجوز دار و مطابق با عناوین آموزشی مطروحه در بسته خدمتی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، انجام دهد.

ب: معاونت درمان دانشگاه با هماهنگی اعضا هیئت علمی، صاحب نظران و کارشناسان دوره دیده دانشگاهی، هسته آموزشی دانشگاهی را تشکیل دهد. انتقال دانش و تجارب علمی می تواند به روش آشنایی انجام گیرد. هسته آموزشی دانشگاهی می تواند هسته آموزشی بیمارستانی را آموزش دهند و این هسته آموزشی بیمارستانی با هماهنگی و حمایت روسا، مدیران و معاونت درمان دانشگاه، موظف به برگزاری دوره های آموزشی مجوزدار و مطابق با عناوین آموزشی مطروحه در بسته خدمتی، برای پزشکان و کارکنان بیمارستان می باشند.

نکات قابل توجه:

- ۱- هسته آموزشی بیمارستان ها می تواند از پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان، سرپرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان، ماما مسئول بخش زایمان و سوپروایزر آموزشی دوره دیده بیمارستان ها تشکیل گردد.
- ۲- همه دوره ها و کارگاه های آموزشی با کسب امتیاز و اخذ مجوز برای پزشکان و کارکنان مرتبط باشند.
- ۳- در برگزاری کارگاه ها، عناوین آموزشی مطروحه در بسته خدمتی، رعایت گردد.
- ۴- در برگزاری کارگاه ها، اساتید با استفاده از مانکن نوزاد، به آموزش عملی توجه ویژه نمایند.
- ۵- تلاش گردد که کیفیت برگزاری کارگاه ها طوری باشد که تا حد امکان، فراگیران دانش، مهارت و انگیزه لازم، برای اجرای کار در بیمارستان ها را کسب نمایند.
- ۶- دانشگاه هایی با تعداد بیمارستان کم و پرسنل کمتر، می توانند با برگزاری مستقیم یک یا چند کارگاه آموزشی به اهداف آموزشی، دست یابند.

نتیجه فعالیت آموزشی:

- ۱- دسترسی به پزشکان و پرسنل آموزش دیده در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ۲- مستندسازی و گزارش دهی کتبی برگزاری کارگاه‌های آموزشی به تفکیک شهرستان‌ها به اداره نوزادان.
- ۳- انعکاس کتبی پیشنهادها و مشکلات در زمینه آموزش مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

مجری فعالیت:

معاونت درمان و اعضای هسته آموزش دانشگاهی و بیمارستانی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد دانشگاه می‌باشند.

۳- عنوان فعالیت: آماده‌سازی محیط فیزیکی، تجهیزات، امکانات رفاهی مادران و آموزش مادران (والدین)

نحوه اجرای فعالیت: قبل از اجرای مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها، محیط فیزیکی، تجهیزات، امکانات رفاهی، برنامه آموزشی والدین ارزیابی و تا حد امکان استانداردسازی گردد. ستاد معاونت درمان، موظف به ایجاد هماهنگی و حمایت‌های لازم برای آماده‌سازی بیمارستان‌ها در راستای اجرای مراقبت آغوشی می‌باشد.

نتیجه فعالیت:

- ۱- دسترسی به محیط فیزیکی، تجهیزات و امکانات رفاهی مناسب برای اجرای مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها.
- ۲- دسترسی به فضای و برنامه آموزشی مناسب والدین در راستای توانمند کردن والدین به منظور اجرای مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها.
- ۳- ایجاد هماهنگی و آمادگی‌های لازم به منظور اجرا در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه.

مجری فعالیت:

معاونت درمان با همکاری روسا و مدیران بیمارستان‌ها و با حمایت رئیس دانشگاه موظف به ایجاد هماهنگی‌های لازم می‌باشد.

۴- عنوان فعالیت: نهادینه کردن برنامه مراقبت آغوشی در همه بیمارستان‌های تحت پوشش

نحوه انجام فعالیت:

پس از آموزش مربیان بیمارستانی و انتقال دانش و مهارت به پزشکان و پرسنل بیمارستان و آماده‌سازی‌های لازم و هماهنگی با روسا و مدیران بیمارستان‌ها، اجرای برنامه در بیمارستان‌ها شروع گردد و انجام این نوع مراقبت لازم الاجرا می‌باشد.

نتیجه فعالیت: مراقبت آغوشی مادر و نوزاد به عنوان یک روش علمی، مفید و معمول در بیمارستان‌ها، اجرا می‌شود.

مجری فعالیت:

معاونت درمان، روسا و مدیران بیمارستان‌ها.

۵- عنوان فعالیت: ایجاد یک نظام ثبت اطلاعات دانشگاهی مراقبت آغوشی از همه بیمارستان‌های تحت پوشش

نحوه فعالیت:

معاونت درمان دانشگاه موظف است اطلاعات کلیدی و مهم برنامه آغوشی مادر و نوزاد را از بیمارستان‌های اجرا کننده تحت پوشش خود، جمع‌آوری نماید و مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد تا در راستای برنامه‌ریزی و ارتقاء مراقبت، حل مشکلات اطلاعات اساسی وجود داشته باشد و در صورت نیاز آمار دقیق به اداره نوزادان وزارت بهداشت ارسال گردد.

نتیجه فعالیت:

ایجاد یک نظام ثبت اطلاعات دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در راستای ارتقای کیفی و ارسال اطلاعات جمع‌بندی شده از بیمارستان‌ها به اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

مجری فعالیت:

مسئول برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در معاونت درمان دانشگاه، با همکاری ریاست و مدیران بیمارستان‌ها و حمایت معاون درمان و رئیس دانشگاه علوم پزشکی. اطلاعات جمع‌آوری شده از بیمارستان‌ها باید، جمع‌بندی و مورد تجزیه و تحلیل گیرد، سپس در قالب شاخص به اداره سلامت نوزادان، گزارش گردد.

۶- نوع فعالیت: پایش برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد:

نحوه انجام فعالیت:

کارشناس مسئول برنامه مراقبت آغوشی موظف است همراه گروه پایش، طبق برنامه زمان‌بندی، هر ۳ ماه یک بار در سال اول بعد از اجرا و بعد از ۱ سال هر ۶ ماه یکبار برنامه، را پایش نماید.

پایش برنامه با استفاده از چک لیست‌های استاندارد انجام گردد.

تبصره: پایش برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در طی ۳ سال، توسط کارشناسان اداره سلامت نوزادان به منظور ارزیابی

فعالیت دانشگاه ها و ارتقا کیفی برنامه انجام می گیرد.

نتیجه فعالیت:

- ۱- کسب اطلاعات موردنیاز از پایش برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ۲- بررسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از پایش.
- ۳- بیان نتایج پایش در قالب شاخص ها.
- ۴- مستند سازی و ارسال نتایج پایش به اداره سلامت نوزادان.
- ۵- اقدامات لازم برای صیانت از استاندارد ها و اصلاح مشکلات برنامه
- ۶- ارزشیابی برنامه

دستورالعمل اقدامات بیمارستان ها در راستای اجرای برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

نوع فعالیت:

- ۱- برگزاری کمیته بیمارستانی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد: مطابق با بسته خدمتی اعضای کمیته مشخص می شوند و پس از ابلاغ اعضا، جلساتی در راستای آموزش، هماهنگی، اجرا، پایش، بررسی مشکلات، پیشنهادها و اتخاذ سیاست هایی برای ارتقاء کیفی مراقبت در بیمارستان انجام گیرد.
- ۲- تدوین برنامه آموزشی بیمارستانی: در راستای آموزش تئوری و عملی پزشکان و پرسنل بالینی، پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان، پرستاران و ماماها شاغل در بخش های مرتبط با نوزادان، مانند: بخش های مراقبت ویژه نوزادان، نوزادان، زایمان، بعد از زایمان، حاملگی های پر خطر، درمانگاه، مراقبت های پری ناتال و ... باید با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه و مربیان بیمارستانی، آموزش ببینند.
- ۳- آماده سازی بخش های بیمارستان: از نظر محیط فیزیکی، تجهیزات و امکانات رفاهی مناسب برای اجرای مراقبت آغوشی در بخش های مراقبت نوزادان (بخش های که نوزادان نارس در آن مراقبت می شوند) و هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی لازم جهت آمادگی قبلی و جلب مشارکت پزشکان، پرسنل در راستای شفاف سازی اهداف، جزئیات برنامه، توافقات و گرفتن نظرات و پیشنهادات و در صورت صلاحدید، به کارگیری آنها با توجه به استانداردهای موجود در بسته خدمتی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، انجام گیرد.
- ۴- استقرار و نهادینه کردن برنامه در بخش های مراقبت نوزادان: پس از آموزش تئوری و عملی پزشکان و پرسنل بیمارستان و اطمینان از مهارت بالینی آنها در این زمینه و هماهنگی و آمادگی های لازم بخش و ایجاد فضا و برنامه آموزشی

مناسب برای مادران (والدین)، مراقبت آغوشی در بخش‌ها شروع شود.

۵- ایجاد یک نظام ثبت اطلاعات و مستندسازی در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد: علاوه بر نیاز به داشتن اطلاعات دقیق در زمینه آموزش پزشکان، پرسنل، والدین، لازم است اطلاعات بالینی مربوط به مادران و نوزادان تحت مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها جمع‌آوری و مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد. هر بیمارستان موظف است اطلاعات جمع‌بندی شده خود را به ستاد معاونت درمان دانشگاه، ارسال نماید.

۶- پایش مراقبت آغوشی مادر و نوزاد: پس از شروع مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، به منظور نظارت مداوم، صیانت استانداردها و جلوگیری از انحرافات کاری، فعالیت‌ها، پایش می‌شوند. این مرحله با همکاری و حمایت ستاد معاونت درمان انجام می‌شود. و اعضای کمیته بیمارستانی موظف هستند، اطلاعات جمع‌آوری شده از بخش‌ها را بررسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند و در صورت لزوم، مداخلات لازم صورت گیرد.

اقدامات مربوط به بخش‌های بیمارستان‌ها

۱- آموزش اصول اولیه مراقبت از نوزاد، مزایای شیردهی از سینه مادر و اهمیت ارتباط پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد و در بخش مراقبت نوزاد، در مراجعات مراقبت‌های حاملگی توسط متخصص زنان/ماما به مادران حامله (والدین)، داده شود.

نتیجه فعالیت: آشنایی همه مادران حامله با اصول اولیه مراقبت از نوزاد، مزایای شیردهی از پستان مادر و اهمیت ارتباط پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد و در بخش مراقبت نوزاد، از دوران حاملگی شروع می‌شود.

۲- در بخش زایمان و اتاق عمل تلاش گردد که تماس پوستی بین مادر و نوزاد حتی به شکل حداقل تماس چند دقیقه‌ای بر روی شکم مادر یا ارتباط گونه به گونه و نوازش و صحبت کردن مادر (در صورت ثبات وضعیت نوزاد و توجه به هیپوترمی نوزاد)، برقرار گردد.

نتیجه فعالیت: برقراری ارتباط پوست با پوست مادر و نوزاد در ساعات اولیه تولد ایجاد می‌شود.

اقدامات در بخش‌های مراقبت نوزادان:

۱- نوع فعالیت: در صورت پذیرش نوزاد نارس واجد شرایط، در بخش مراقبت از نوزادان، باید مادر (والدین) به منظور اجرای مراقبت آغوشی توجیه شود.

پرسنل بالینی بخش مراقبت از نوزادان، در طی حداقل یک جلسه آموزشی مادر (والدین) و در صورت لزوم سایر اعضا خانواده را با مزایای مراقبت آغوشی آشنا کرده و از روش‌های انگیزشی و تشویقی برای جلب مشارکت مادر (والدین) استفاده می‌شود. مشخصات مادران و سایر اعضا خانواده، زمان، مکان و مشخصات فرد توجیه‌کننده در فرمی ثبت گردد،

به نحوی که امکان گزارش‌گیری دقیق روزانه میسر باشد. در این میان اسامی مادرانی را که تمایل به انجام مراقبت آغوشی ندارند، نیز ثبت گردد و مورد ارزیابی قرار گیرند و با برطرف کردن سوالات و تردیدهای احتمالی آن‌ها و هم‌چنین در صورت نیاز به مشاوره مجدد با پدر و مادر، تشویق و تلاش بیشتر جهت جلب رضایت شان انجام گردد و در نهایت مشخصات و علت عدم تمایل افراد باقیمانده، ثبت شده و خلاصه‌ای از تلاش‌های انجام پذیرفته برای جلب رضایت مادران ثبت گردد. دو فاکتور مهم برای شروع مراقبت، تمایل مادر و ثبات بالینی نوزاد می‌باشد.

نتیجه فعالیت:

- ۱- برگزاری جلسات توجیهی برای والدین نوزادان نارس که واجد شرایط انجام مراقبت آغوشی هستند.
- ۲- تکمیل لیست مشخصات مادرانی که تمایل به انجام مراقبت آغوشی هستند.
- ۳- تکمیل لیست مشخصات مادرانی که تمایل ورود به برنامه را ندارند (برای بررسی، تشویق و حمایت بیشتر)

۲- نوع فعالیت: آموزش تئوری و عملی مادران (والدین): مادرانی که تمایل خود را برای انجام مراقبت آغوشی اعلام نمودند، برای آموزش تئوری و کسب مهارت‌های لازم برای انجام مراقبت آغوشی نوزاد نارس خود با استفاده از برنامه آموزشی از پیش طراحی شده، تحت آموزش‌های لازم قرار می‌گیرند. آموزش مادران بر اساس مباحث مندرج در بسته خدمتی و با توجه به شرایط فرهنگی حاکم بر منطقه انجام گیرد. آموزش می‌تواند به اشکال فردی یا گروهی انجام پذیرد. آموزش‌های گروهی به دلیل امکان به اشتراک گذاشتن تجربیات مادران و امکان صحبت و همدلی بیشتر مادران ترجیح داده می‌شود. باید آموزش‌های تئوری و عملی با استفاده از روش‌های مختلف از جمله ایفای نقش و ... داده شود و اطمینان از کسب مهارت‌های لازم در مادران، حاصل گردد. در ضمن به مادران جزوه، کتاب فیلم، پمفلت، سی دی آموزشی و ... داده شود. آموزش تئوری به صورت چهره به چهره و به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه توسط فرد آموزش دیده داده شود. در این جلسه مادر با مزایای مراقبت آغوشی، آمادگی‌های قبل از انجام، نحوه قرارگیری نوزاد، مدت زمان انجام، نحوه تغذیه و شیردهی نوزاد نارس، علائم خطر و نحوه در خواست کمک از بخش، نحوه مشارکت در مراقبت از نوزاد و مباحث آموزشی مادران که از قبل طراحی شده، آشنا شود.

آموزش دهنده باید با حوصله و دقت کافی مطالب را برای مادر شرح داده و با استفاده از مانکن یا عروسک، به طور عملی آموزش دهد و برای اطمینان از مادر بخواهد ایفای نقش نماید و زمان کافی برای پاسخگویی به سوالات مادر اختصاص دهد. در پایان شرایط و قوانین حاکم بر بیمارستان و بخش را برای حضور مادر و پدر، توضیح دهد. نمایش فیلم آموزشی برای مادران و در صورت امکان سایر اعضای خانواده گذاشته شود. آموزش عملی مادر در بخش با حضور فرد آموزش دیده انجام می‌شود و نکات مهم گوشزد می‌شود. گزارش مختصری از آموزش تئوری، عملی و نحوه آن در پرونده بالینی

نوزاد، ثبت می‌گردد. لازم به ذکر است در بخش‌های مراقبت نوزادان باید تا حد امکان سیاست درهای باز (Open door policy) را برای پدر و مادر نوزاد رعایت نمایند و پدر و مادر نوزاد را جز تیم پزشکی نوزاد محسوب نمایند به طوری که در هر ساعت از شبانه‌روز بتوانند در کنار نوزاد خود بمانند. پرسنل بخش می‌توانند دستورالعمل‌ها و قوانین جاری را به صورت پمفلت در اختیار والدین قرار دهد. نقش فرد آموزش دهنده، توانمند کردن و مشارکت مادران در مراقبت از نوزاد نارسشان می‌باشد.

نتیجه فعالیت: ۱- آموزش تئوری و عملی مادران ۲- اطمینان از کسب مهارت و توانایی مادران و ثبت اقدامات. ۳- نوع فعالیت: ایجاد آمادگی‌های مادر و شرایط محیطی مناسب بخش: پس از آموزش، مادران باید از نظر روحی و جسمی آمادگی‌های لازم را داشته باشند. ضمناً محیط بخش نوزادان هم از نظر شرایط محیطی مناسب برای شروع و ادامه مراقبت باشد.

نتیجه فعالیت: ایجاد آمادگی‌های لازم مادر و شرایط محیطی مناسب در بخش‌های مراقبت نوزادان. ۴- نوع فعالیت: شروع مراقبت آغوشی:

پس از جلب مشارکت مادر و اعضای خانواده و انجام آموزش‌های لازم و ایجاد آمادگی‌های مادر و محیط، حداقل یکبار در روز و هر بار حداقل یک ساعت، نوزاد خود را مراقبت آغوشی نماید. سه جلسه اول مراقبت آغوشی بسیار مهم است و مستلزم توجه و نظارت بیشتری از سوی فرد مسئول می‌باشد. جلسات می‌تواند از نوع مداوم و ۲۴ ساعته تا منقطع و به شکل چند بار در روز باشد. هدف نهایی تشویق مادر به هرچه طولانی‌تر بودن مدت مراقبت آغوشی در شبانه روز است. در مراکز پیشرفته به منظور کاهش حجم کاری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، بخشی جدا و تحت نظارت ایجاد می‌کنند تا مادران در بخشی جداگانه با امکانات رفاهی مناسب، نوزادان نارس تثبیت شده خود را، مراقبت آغوشی نمایند. لازم است اقدامات صورت گرفته، ثبت گردد.

نتیجه فعالیت: ۱- شروع و انجام مراقبت آغوشی با هدف هرچه طولانی‌تر بودن زمان مراقبت است. ۲- ثبت اطلاعات بالینی و عوارض پیش آمده: پرستار مسئول مراقبت آغوشی نوزاد موظف است همه اطلاعات مهم و عوارض پیش آمده در حین مراقبت آغوشی را با ذکر جزئیات در فرم مخصوص مراقبت آغوشی (ضمیمه پرونده بالینی نوزاد) ثبت نماید.

۵- نوع فعالیت: جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز:

اطلاعات ثبت شده در فرم‌های مخصوص مراقبت آغوشی، ماهیانه توسط فرد مسئول، جمع‌آوری و جمع‌بندی می‌شود و توسط مسئول بخش مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. اطلاعات در کمیته بیمارستانی بررسی و در صورت نیاز مداخلات اصلاحی انجام می‌گیرد توجه به مستندسازی اطلاعات مراقبت آغوشی، برای انجام تحقیقات متعدد و

برنامه‌ریزی در راستای ارتقاء کیفی برنامه مورد نیاز است. تحقیقات و نظرسنجی‌های مختلف از مادران (والدین)، اعضاء خانواده، پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان می‌تواند در ارتقاء کیفی مراقبت، نقش مهمی را ایفاء نماید. نتیجه فعالیت: مستندسازی و ایجاد نظام اطلاعاتی دقیق در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در بخش‌های مراقبت نوزادان و بیمارستان.

۶- نوع فعالیت: پایش فرایندها: رئیس بخش و سرپرستار بخش مراقبت نوزادان، به منظور استانداردسازی مراقبت آغوشی، موظف هستند فرایندهای مختلف را از نظر انطباق با استانداردها کنترل نماید و در صورت هرگونه انحراف از روند صحیح، بررسی و با حمایت مدیران، اصلاح نمایند. در جلسات درون بخشی با پزشکان و کارکنان بخش، مشکلات بررسی و در راستای حل آنان، اقدامات لازم انجام شود.

نتیجه فعالیت: پایش فرایندهای انجام شده بخش به منظور استانداردسازی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد است.

فصل پنجم

پایش و ارزشیابی



پایش و ارزشیابی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

پس از افزودن یک برنامه‌ی تندرستی به مجموعه برنامه‌های جاری در نظام ارایه خدمات، مهم‌ترین وظیفه‌ی مجریان، صیانت از استانداردهای برنامه است. پایش (Monitoring) به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که با هدف صیانت از استانداردهای منابع و روش انجام فعالیت‌های برنامه انجام می‌پذیرد. با توجه به این تعریف نظارت سطوح ستادی بر سطوح محیطی تنها یکی از شیوه‌های پایش است و نمی‌توان پایش را مترادف نظارت (Supervision) قلمداد کرد. خودارزیابی (Self-assessment)، مرور فعالیت‌ها توسط همکاران، (Review Peer) و پایش مشارکتی (participative monitoring) سایر شیوه‌های پایش را تشکیل می‌دهند. تمرکز پایش بر فرایندهای پشتیبانی، بازاریابی و ارایه خدمت است. بازاریابی خوب منجر به تأمین پوشش برنامه و اجرای مناسب فرایند خدمت منجر به ایجاد تغییرات مورد نظر در افراد تحت پوشش می‌شود. از آنجا که عملکرد صحیح فرایندهای پشتیبان منجر به تحقق منابع استاندارد در واحدهای ارایه خدمت و انجام صحیح فرایندهای بازاریابی و خدمت می‌شود، فاصله گرفتن این فعالیت‌ها را از استانداردهای وضع شده برای آن‌ها باید به عملکرد نامناسب فرایندهای پشتیبان نسبت داد. این بدان معناست که مدیران اجرایی باید از طریق پایش مداوم فعالیت‌های اصلی (بازاریابی و خدمت)، عملکرد فرایندهای پشتیبان را مورد ارزیابی و اصلاح قرار دهند. پایش از مصدر پاییدن به معنای مراقبت مداوم است. پایش به منزله نگاه دقیقی است که بدون وقفه در حال مرور تمامی فعالیت‌ها در سازمان است. در یک برنامه جاری فعالیت‌ها به صورت روزمره و مداوم انجام می‌گیرد و لذا پایش آن‌ها نیز باید روزمره و مداوم باشد. به کمک پایش اولاً باید از انحراف استانداردها ممانعت به عمل آورد و ثانیاً در کوتاه‌ترین زمان ممکن انحرافات به وقوع پیوسته را اصلاح کرد.

پس از اجرای برنامه بر اساس استانداردهای آن، سؤال طراحان و مجریان برنامه آن است که برنامه چه دستاوردی داشته است و تا چه اندازه اهداف مورد نظر از اجرای آن حاصل شده است. برای یافتن پاسخ این سؤال باید اقدام به ارزشیابی برنامه کرد. ارزشیابی فعالیت‌هایی را در بر می‌گیرد که با هدف تعیین دستاوردهای برنامه انجام می‌شود. در قیاس با پایش که اقدامی ناظر به فعالیت‌هاست؛ ارزشیابی به نتایج چشم می‌دوزد. بدیهی است که بدون روشن کردن تغییرات یا نتایج مورد انتظار از اجرای برنامه، اندازه‌گیری آن‌ها امکان‌پذیر نیست.

پس از تعیین دستاوردها سؤال طراحان برنامه آن است که آیا با توجه به منابع قابل تدارک بهترین دستاورد ممکن حاصل شده است یا نه؟ این سؤال را به این صورت نیز می‌توان بیان کرد که آیا استانداردهای جاری مناسب‌ترین استانداردهای ممکن هستند و اینکه کدامیک از استانداردها را باید و/یا می‌توان به منظور ارتقای عملکرد برنامه تغییر داد؟ تحلیل به اقداماتی اطلاق می‌شود که به دنبال یافتن پاسخ این سؤالات است. با توجه به مفاهیم ذکر شده، تحلیل کلید قرار دادن برنامه در مسیر بهبود مستمر است. در کنار هم قرار دادن نتایج پایش و ارزشیابی انجام گرفته در مقاطع مختلف زمانی در

یک جمعیت یا در یک مقطع زمانی در جمعیت‌های مختلف شیوه اصلی اقدام به تحلیل است. پایش مشارکتی به مرور فعالیت‌های واحد محیطی در قالب یک کار تیمی اطلاق می‌شود که افراد سطوح بالاتر نیز بعنوان عضوی از تیم در آن مشارکت دارند. مزیت اصلی این شیوه پایش آن است که افراد سطوح بالاتر از آن جهت که عضو تیم محسوب می‌شوند هم اطلاعات دقیق تری از واحد محیطی دریافت می‌کنند و هم آموزش‌ها و مداخلاتشان از تأثیر بیشتری برخوردار خواهد بود.

اطلاعات حاصل از پایش و ارزشیابی برنامه‌ها در قالب شاخص‌ها بیان می‌شوند.

روش‌های جمع‌آوری داده‌ها:

برای محاسبه شاخص‌ها به داده‌های خام نیازمندیم. شاخص‌ها از کنار هم قرار گرفتن داده‌های حاصل از انجام فعالیت‌ها و سنجش نتایج آن‌ها در دفعات مختلف وقوع بدست می‌آیند.

فعالیت‌ها (فرایندهای پشتیبان، بازاریابی، و آرایه‌ی خدمت): صورت کلی شاخص‌ها برای تمامی فعالیت‌ها یکسان است. در مورد فعالیت‌ها اولاً باید از وجود استاندارد برای آن‌ها سؤال کنیم و در صورت وجود استاندارد باید از فراوانی تحقق آن سوال کرد که کار ساده‌ای نیست و معمولاً توصیه نمی‌شود.

فراهمی: قاعدتاً در جریان طراحی برنامه باید روشن شده باشد که برای بهره‌مند کردن یک جمعیت مشخص از خدمات برنامه به چه مقدار منابع و با چه توزیعی نیازمندیم. نسبت منابع موجود به منابعی که باید برای بهره‌مند کردن یک جمعیت از خدمات برنامه فراهم شود، روشی برای تعریف شاخص‌های فراهمی است، برای مثال تعداد صندلی راحتی به ازای جمعیت مورد مطالعه، یکی از مثال‌های شاخص‌های فراهمی در تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد است.

پوشش: پوشش به معنای درصد افراد نیازمندی است که از خدمات برنامه بهره‌مند شده‌اند. صورت این کسر را به راحتی می‌توان به کمک داده‌های ثبت شده محاسبه کرد و مخرج آن را باید بر اساس اطلاعات جمعیتی و فراوانی نیاز در جمعیت می‌توان به دست آورد. به عنوان مثال پوشش آموزش مراقبت آغوشی مادر و نوزاد پزشکان شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان X را می‌توان: صورت کسر را تعداد پزشکان آموزش دیده و مخرج کسر را کل پزشکان شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان X در نظر گرفت. عددی که به دست می‌آید پوشش آموزش پزشکان شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان X را نشان می‌دهد.

برونداد: فرد بهره‌مند از خدمت، برونداد فرایند خدمت است. متناسب با نوع خدمت آرایه شده و استانداردهای در نظر گرفته شده برای برونداد فرایند خدمت می‌توان شاخص‌های مناسبی را برای این عنصر تعریف کرد. صورت کلی این گروه از شاخص‌ها «فراوانی تحقق استانداردهای مورد نظر در گیرندگان خدمت بلافاصله پس از دریافت خدمت» است. «درصد مادرانی که هنگام ترک بیمارستان، مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را به درستی توضیح می‌دهند» مثالی از شاخص برونداد

است و یا درصد مادرانی که از فرایند مراقبت آغوشی مادر و نوزاد راضی بوده اند، نیز شاخص مهمی است که کیفیت خدمت را از دید گیرنده خدمت نشان می‌دهد.

اثر واسط: پس از وقوع تغییرات مقدماتی در برونداد فرایند خدمت تا تحقق آثار نهایی، ممکن است آثار بینابینی نیز قابل تمیز و اندازه‌گیری باشند. آثار بینابینی معمولاً در قالب تغییر رفتار بیان و شاخص‌های مربوط به آن‌ها به صورت فراوانی وقوع رفتارهای مورد انتظار تعریف می‌شوند.

اثر نهایی: آثار نهایی معمولاً ماهیت بیولوژیک دارند. این آثار متناسب با نوع برنامه از استعداد ابتلا به بیماری می‌کاهند، از بروز پی‌آمدهای غیر کشنده بیماری جلوگیری می‌کنند، شدت پی‌آمدها را تخفیف می‌دهند، و یا مرگ ناشی از بیماری را کاهش می‌دهند.

انجام پایش وظیفه‌ی کیست؟

انجام پایش اولاً وظیفه‌ی کسی است که یک فعالیت را انجام می‌دهد و بعد از او بعهده‌ی ناظری است که به دلیل تجربه و مهارت بیشتر وظیفه‌ی نظارت بر انجام فعالیت‌ها و هدایت انجام دهنده‌ی آن‌ها را بر عهده گرفته است. انجام پایش توسط یک ناظر خارجی با توجه به نکات زیر دارای اهمیت است.

انجام دهنده فعالیت ممکن است از نقاط ضعف خود آگاه نباشد و به بیان دیگر نداند که نمی‌داند و لذا وجود یک ناظر خارجی برای یافتن نقاط ضعف او الزامی است.

آموزش مداوم شرط لازم برای حفظ و اعتلای مهارت کارکنان است. مؤثرترین آموزش در محل و حین انجام وظیفه می‌تواند رخ دهد. لذا انجام پایش و آموزش کارکنان اولاً در حین پایش و ثانیاً براساس جمع‌بندی نتایج آن توسط یک ناظر خارجی ضروری است.

نظام اطلاعات و مدیریت اطلاعات:

جمع‌آوری داده‌ها به منظور محاسبه‌ی شاخص‌های پایش و ارزشیابی مستلزم طراحی فرم‌های جمع‌آوری داده و گردش کار مناسب است. این داده‌ها در جریان فعالیت‌های جاری یا از طریق پایش، بررسی‌های مقطعی و سرشماری تولید می‌شوند. داده‌ها معمولاً پس از جمع‌آوری به واحدی که مسئولیت پردازش آن‌ها و محاسبه‌ی شاخص‌ها را بر عهده دارد منتقل می‌شود. شاخص‌های محاسبه شده باید بین افراد ذیربط توزیع شود تا بر اساس آن تحلیل، تصمیم‌گیری، و برنامه‌ریزی به عمل آید. این فرایندها در مجموع نظام اطلاعات را تشکیل می‌دهند. مدیریت اطلاعات به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که با هدف طراحی، اجرا، پایش، ارزشیابی و بهبود مستمر فرایندهای تشکیل دهنده یک نظام اطلاعاتی به اجرا در می‌آید. در واقع نظام اطلاعات که به منظور بهبود مستمر برنامه‌های تندرستی ایجاد شده است؛ خود نیز نیازمند پایش، ارزشیابی، و بهبود مستمر است.

ب- استانداردهایی که باید توسط ناظر خارجی پایش شود

ناظر خارجی باید تمامی فعالیت‌هایی را که باید توسط انجام دهنده فعالیت انجام گیرد مورد پایش قرار دهد. این فعالیت‌ها پایش‌هایی را هم که باید توسط انجام دهنده فعالیت انجام شود در بر می‌گیرد. به منظور انجام منظم و سیستماتیک پایش ناظر خارجی ضرورتاً باید از چک لیست استفاده کند. با توجه به حجم فعالیت‌ها، چک لیست‌ها معمولاً از حجم بالایی برخوردارند. این بدان معنا نیست که در هر بار پایش باید تمامی فعالیت‌ها را مورد بررسی قرار داد بلکه باید حجم متناسبی از آن را، که نه در کار روزمره انجام دهنده فعالیت اختلال ایجاد کند و نه فرسودگی طرفین را به دنبال داشته باشد، برای پایش انتخاب کرد. انجام مستمر پایش همراه با برنامه و استفاده از چک لیست تدریجاً تمام فعالیت‌ها را پوشش خواهد داد.

بررسی گیرنده خدمت: این بررسی معمولاً از طریق انجام مصاحبه و پس از خروج گیرنده خدمت از واحد ارایه خدمت انجام می‌شود و لذا به مصاحبه هنگام خروج نیز معروف است

کنترل اسناد: با توجه به آنکه تمامی فعالیت‌های انجام گرفته در واحد ارایه کننده خدمت باید رد پای مکتوبی از خود بر جای گذاشته باشند، ارزیابی اسناد به خوبی می‌تواند میزان رعایت استانداردها را نشان دهد.

مشاهده ارایه کننده خدمت در حین ارایه خدمت: عملکرد ارایه کننده خدمت در حضور ناظر خارجی همیشه از آن متأثر است. در چنین شرایطی ارایه کننده خدمت تلاش می‌کند که فعالیت خود را در کامل‌ترین شکل ممکن به انجام رساند و لذا به کمک مشاهده می‌توان دریافت که او از چه توانایی‌هایی برخوردار است ولی نمی‌توان به قضاوت دقیقی در خصوص عملکرد وی در غیاب ناظر خارجی دست یافت.

پرسش و پاسخ و ایفای نقش: با توجه به آنکه امکان مشاهده ارایه کننده خدمت در حین ارایه تمامی خدمات وجود ندارد، دانش و مهارت او را می‌توان از طریق پرسش و پاسخ و ایفای نقش مورد ارزیابی قرار داد. مقصود از ایفای نقش آن است که ناظر خارجی با قرار گرفتن در موضع گیرنده خدمت به ارزیابی عملکرد ارایه کننده می‌پردازد. پرسش و پاسخ و ایفای نقش هم به ناظر خارجی می‌گوید که ارایه کننده خدمت چه می‌تواند و نه اینکه در فعالیت روزمره خود چه می‌کند.

کنترل منابع: در این مرحله باید منابع موجود در واحد ارایه کننده خدمت را از نظر انطباق با استانداردهای تعیین شده برای آن‌ها بررسی کرد.

چگونه می‌توان نتایج پایش را در قالب شاخص بیان کرد؟

بیان نتایج پایش در قالب شاخص از دو دیدگاه دارای اهمیت است:

۱) بررسی روند تغییر نتایج پایش در واحدهای ارایه کننده خدمت و مقایسه این واحدها با یکدیگر

۲) بکارگیری شاخص‌های پایش در مدل‌های تحلیل کمی

فقط هنگامی می‌توان نتایج پایش را در قالب شاخص بیان کرد که این فعالیت به صورت سیستماتیک و مداوم انجام گرفته باشد.

چگونگی ارائه گزارش نتایج پایش:

۱- محاسبه درصد مواد رعایت نکردن یک استاندارد

برای مثال در یک دانشگاه با ۶ بخش مراقبت ویژه نوزادان، اگر در مجموع ۱۲۵ مادر واجد شرایط برای مراقبت آغوشی، ۳۰ نفر آموزش ندیده باشند. می توان در مجموع نتایج پایش یک سال را به صورت درصد موارد عدم آموزش مادران، که در این مثال درصد است بیان نمود. با این شاخص در سال های مختلف، می توان درباره بهتر شدن یا نشدن عملکرد فرایند آموزش مادران در زمینه مراقبت آغوشی قضاوت کرد.

۲- امتیاز دهی

با توجه به اینکه پایش بر اساس مجموعه ای از استانداردهای کلیدی انجام می شود، می توان با در نظر گرفتن امتیاز برای هر استاندارد، متناسب با اهمیت آن، در مجموع برای پایش در هر نوبت یا هر زمینه ی خاص یک امتیاز کلی محاسبه کرد. به این ترتیب که در چک لیست پایش این برنامه در کنار هر سوال امتیاز آن مشخص و در پایان پایش از جمع امتیازهای سوالاتی که پاسخ مثبت دریافت کرده اند، کل امتیاز محاسبه شده است - میانگین امتیازات، می تواند شاخصی از استاندارد بودن برنامه مراقبت آغوشی در سطح بخش های مراقبت ویژه نوزادان باشد.

خلاصه ای از سطوح پایش و ارزشیابی و شاخص های آن

سطح	مشخصات	محتویات شاخص
درونداد	تجهیزات مورد نیاز و آموزش منابع انسانی برای اجرای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد	وجود تجهیزات مورد نیاز و آموزش منابع انسانی در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد
فرایند	اجزای فرایندها و روند اجرای آنها	وجود استانداردهای مربوط به فرایندها و روند اجرای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، (ارائه اسناد و مدارک)
برونداد	افراد بهره‌مند از خدمات برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد	پوشش نوزادان مراقبت آغوشی شده، پوشش آموزش کارکنان ارائه دهنده خدمت به نوزاد، پوشش آموزش پزشکان ارائه دهنده خدمت به نوزاد، پوشش آموزش والدین گیرنده خدمت، بررسی رضایت مادران
اثر	اثرات قابل مشاهده و قابل تعیین بر گروه‌های هدف در نتیجه فعالیت‌های برنامه مراقبت آغوشی در بخش‌های مراقبت نوزادان	تغییر رفتار و نوع مراقبت، استاندارد بودن تجهیزات مورد استفاده، خدمات ارائه شده صحیح.
پیامد	اندازه‌گیری شاخص‌هایی با ماهیت بیولوژیک یا عوامل موثر بر سلامت نوزاد	مرگ نوزادان نارس و نوزادان کم وزن، مدت بستری در بخش مراقبت نوزادان، روند وزن‌گیری نوزادان نارس، نوع و مدت شیردهی نوزاد در زمان ترخیص، عوارض نوزاد نارس

فرم اطلاعاتی مربوط به کارشناس مسئول برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در ستاد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی...

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	شماره تلفن تماس
۱-			
۲-			

فرم اطلاعاتی مربوط به بیمارستان‌های اجرا کننده مراقبت آغوشی، تحت پوشش دانشگاه

نام دانشگاه	نام بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت ویژه و تخصصی نوزادان دانشگاه		اجرای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد	
			بلی	خیر
	۱-			
	۲-			
	۳-			
	۴-			
	۵-			
	۶-			
	۷-			
	۸-			
	۹-			
	۱۰-			
	۱۱-			
	۱۲-			
	۱۳-			
	۱۴-			
	۱۵-			

در صورت موجود بودن امتیاز ۱ و در صورت موجود نبودن امتیاز ۰ در نظر گرفته شود

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
سؤالات مربوط به کارشناس مسئول مراقبت آغوشی در ستاد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی...				
۱	آیا مستندات برنامه آموزشی پزشکان و پرسنل واجد شرایط در بیمارستان‌های دانشگاه وجود دارد؟ (به تفکیک شهرستان‌ها و گروه‌ها)			
۲	آیا آموزش‌ها مطابق با محتوای آموزشی بوده است؟			
۳	آیا کارگاه‌ها از کیفیت مناسبی برخوردار بوده است؟ (بررسی پیش‌آزمون و پس‌آزمون)			
۴	آیا برای ارتقاء کیفی کارگاه‌ها (آموزش تئوری و عملی) مراقبت آغوشی اقدامی صورت گرفته است؟ (مستندات)			
۵	آیا تعداد و درصد آموزش پزشکان (فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان شاغل در بخش‌های مرتبط با نوزاد) به تفکیک شهرستان و بیمارستان‌ها در دانشگاه مشخص است؟ فوق تخصص نوزادان:..... متخصص زنان:.....متخصص کودکان:.....			
۶	آیا تعداد و درصد آموزش (پرستاران و ماماها شاغل) در بخش‌های مرتبط با نوزادان به تفکیک شهرستان‌ها و بیمارستان‌ها مشخص است؟ پرستاران:..... ماماها:.....			
۷	آیا منابع مالی مشخصی برای آموزش مراقبت آغوشی به تفکیک شهرستان‌ها و بیمارستان‌ها اختصاص یافته است؟ (مستندات)			
۸	آیا برنامه عملیاتی مراقبت آغوشی در دانشگاه تدوین شده است؟			
۹	آیا برنامه آموزشی والدین در زمینه مراقبت آغوشی به تفکیک شهرستان‌ها و بیمارستان‌ها تدوین شده است؟ (مستندات)			
۱۰	آیا فضا و تجهیزات مناسب برای آموزش و مشاوره والدین در مورد مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها وجود دارد؟ (ذکر گردد) فضای آموزشی مناسب: کتاب فیلم: پوستر: پمفلت: جزوه آموزشی (ذکر گردد)			
۱۱	آیا اقداماتی برای افزایش کیفیت آموزش والدین در سطح دانشگاه انجام گرفته است؟ (ذکر شود)			
۱۲	آیا در کمیته دانشگاهی نیازهای آموزشی پرسنل و والدین مطرح و پیگیری می‌شود؟			
۱۳	آیا فرم عملکرد هزینه آموزشی و کارگاه‌ها به اداره سلامت نوزادان ارسال می‌گردد؟			

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
سؤالات مربوط به کارشناس مسئول مراقبت آغوشی در ستاد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی...				
۱۴	آیا بیمارستان‌ها تجهیزات مورد نیاز برای اجرای مراقبت آغوشی را دارند؟			
۱۵	آیا بیمارستان‌ها امکانات رفاهی مورد نیاز مادران را دارند؟ (ذکر نمایید)			
۱۶	آیا فضای فیزیکی مناسب برای اجرای مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها وجود دارد؟			
۱۷	آیا بسته خدمتی مراقبت آغوشی و کتاب‌ها و پمفلت‌های ارسالی مراقبت آغوشی از طرف اداره نوزادان وزارت بهداشت، به طور مناسب در همه بخش‌های مراقبت نوزادان بیمارستان‌ها توزیع شده است؟			
۱۸	آیا دستورالعمل‌های شفاف در مورد فرایندهای مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها وجود دارد؟			
۱۹	آیا نیازسنجی در زمینه کمبودهای تجهیزاتی، رفاهی و فضای آموزشی مراقبت آغوشی در بیمارستان‌ها انجام گرفته است؟ (ارایه مستندات)			
۲۰	آیا کمیته مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در دانشگاه تشکیل می‌شود؟			
۲۱	آیا در کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد عضویت دارید؟			
۲۲	آخرین تاریخی که کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی مادرو نوزاد تشکیل شده است را ذکر نمایید.			
۲۳	آیا طبق بسته خدمتی ابلاغ اعضا صادر شده است؟			
۲۴	آیا مشکلات، درخواست‌ها و پیشنهادهای بیمارستان‌ها در کمیته دانشگاهی مطرح و اقدامات مقتضی صورت می‌گیرد؟			
۲۵	آیا مشکلاتی که در سطوح دانشگاهی قابل حل نمی‌باشد به اداره سلامت نوزادان ارسال می‌گردد؟			
۲۶	ایا برای جلب مشارکت خانواده‌ها و فرهنگ‌سازی برای مردم منطقه اقداماتی صورت گرفته است؟			
۲۷	آیا آمار و اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد مراقبت آغوشی از بیمارستان‌ها، طبقه‌بندی و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد؟			
۲۸	آیا اطلاعات و آمار جمع‌بندی شده به اداره نوزادان وزارت بهداشت و درمان ارسال می‌گردد؟			

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
سؤالات مربوط به کارشناس مسئول مراقبت آغوشی در ستاد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی...				
۲۹	آیا برنامه بازدید برای نظارت و پایش برنامه بر اساس چک لیست مشخص در بیمارستان‌ها وجود دارد؟ (ارائه مستندات)			
۳۰	آیا تاریخ آخرین باری که برای نظارت و پایش برنامه مراقبت آغوشی به بیمارستان‌ها مراجعه نمودید مشخص است؟ (ارایه مستندات و نتایج بازدید)			
۳۱	لطفا مشکلات و پیشنهادهای خود را ذکر نمایید:			

پایش برنامه سوپر وایزر آموزشی (آموزش پزشکان و پرسنل).....شهرستان.....بیمارستان.....

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا برنامه آموزش و بازآموزی در خصوص مراقبت آغوشی مادر و نوزاد برای پزشکان و پرسنل واجد شرایط بیمارستان تدوین و اجرا شده است؟			
۲	آیا تعداد و درصد آموزش پزشکان شاغل در بخش‌های مرتبط با نوزاد به تفکیک در بیمارستان مشخص است؟ فوق تخصص نوزادان:..... متخصص کودکان:..... متخصص زنان:.....			
۳	آیا تعداد و درصد آموزش (پرستاران و ماماها شاغل) در بخش‌های مرتبط با نوزاد در بیمارستان مشخص است؟ پرستاران:..... ماماها:.....			
۴	آیا برنامه برای ارزیابی آموزشی دستیاران، دانشجویان رشته پزشکی، مامایی، پرستاری در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد وجود دارد؟			
۵	آیا اقداماتی برای ارزیابی کیفیت آموزش برای پزشکان و پرسنل بالینی بیمارستان وجود دارد؟			
۶	آیا منابع آموزشی مناسب در مورد مراقبت آغوشی در دسترس است؟ (بخش‌های مراقبت نوزادان، اتاق زایمان، بخش بعد از زایمان، بخش مادران پرخطر، کتابخانه و...)			
۷	آیا گواهی‌های مراقبت آغوشی با اخذ مجوز و دارای امتیاز است؟			
۸	آیا محتوای آموزشی کارگاه‌ها مطابق با بسته اجرایی می‌باشد؟			
۹	آیا سوپر وایزر آموزشی در کمیته بیمارستانی عضویت دارد؟			
۱۰	آیا حمایت و هماهنگی لازم از تحقیق و پژوهش‌های مختلف دانشجویان در زمینه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد انجام می‌شود؟			
۱۱	لطفا مشکلات و پیشنهادات خود را در مورد آموزش مراقبت آغوشی را ذکر نمایید:			

سوپر وایزر آموزشی بیمارستان (والدین).....شهرستان.....

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا برنامه آموزش مادر (والدین) در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد تدوین شده است؟			
۲	آیا فضای مناسب برای آموزش والدین وجود دارد؟			
۳	آیا محتوای آموزشی والدین متناسب با محتوای بسته خدمتی می باشد؟			
۴	آیا اقداماتی برای ارزیابی کیفیت آموزش مراقبت آغوشی برای مادران (والدین) وجود دارد؟			
۵	چگونگی آموزش به والدین : <input type="checkbox"/> کارگاه آموزشی <input type="checkbox"/> کلاس آموزشی <input type="checkbox"/> چهره به چهره <input type="checkbox"/> خود آموز <input type="checkbox"/> فیلم آموزشی			
۶	آیا پدر نوزاد در جلسات آموزشی شرکت می کند؟			
۷	آیا آموزش مادران به شکل گروهی انجام میشود؟			
۸	لطفا مشکلات، پیشنهادات، و نیازهای آموزشی در مورد آموزش مراقبت آغوشی را بنویسید.			

مسئول بخش:	نام بخش:	نام بیمارستان:	شهرستان:	ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
				۱	آیا مراقبت آغوشی مادر و نوزاد به طور معمول در بخش های مراقبت ویژه نوزادان اجرا می شود؟			
				۲	نوع مراقبت آغوشی در بخش: (ذکر شود) مداوم (۲۴ ساعته) منقطع (چند بار در روز) ترکیبی از هر دو:			
				۳	آیا والدین در هر ساعتی از شبانه روز می توانند در بخش حضور یابند؟			
				۴	آیا تجهیزات زیر برای هر تخت نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان وجود دارد؟ (ذکر شود) صندلی یا مبل راحت: لباس مناسب: کلاه نوزاد: زیر پایی برای مادر: بالش: روانداز نرم و گرم وسایل شیر دهی: فنجان، قطره چکان، قاشق...			
				۵	آیا فضای مناسب برای اقامت ۲۴ ساعته مادر وجود دارد؟			
				۶	آیا امکانات رفاهی برای مادران در محل اقامت وجود دارد؟ (ذکر شود) یخچال: تلویزیون: تلفن: منابع آموزشی: میز و صندلی:			
				۷	آیا اجازه مراقبت آغوشی در نوزادان زیر تهویه مکانیکی داده می شود؟			
				۸	آیا انتقال نوزاد (درون و بیرون بخشی) با روش مراقبت آغوشی انجام می شود؟			
				۹	آیا مادر می تواند نوزاد خویش را ماساژ دهد؟			
				۱۰	آیا مادر مهارت و توانمندی های لازم در مورد مراقبت از نوزاد نارس را در بخش فرا می گیرد؟			
				۱۱	آیا تاریخ مراجعه بعدی نوزاد به طور مکتوب به والدین داده می شود؟			
				۱۲	آیا اطلاعات مربوط به مراقبت آغوشی در پرونده بالینی (فرم مخصوص) نوزاد ثبت می گردد؟			
				۱۳	آیا اطلاعات جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد؟			
				۱۴	آیا براساس نتایج پایش مداخلات اصلاحی برای صیانت از استانداردها انجام می شود؟			
				۱۵	آیا اطلاعات جمع بندی شده به معاونت درمان دانشگاه ارسال می شود؟			
				۱۶	آیا حمایت سطوح بالاتر مدیریتی در مورد اجرای برنامه وجود دارد؟			
				۱۷	آیا مادر حمایت های عاطفی و تشویقی لازم را برای ادامه مراقبت دریافت می کند؟			

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
۱۸	آیا رضایت‌مندی والدین بررسی می‌شود؟ (نظر سنجی)			
۱۹	آیا رضایت‌مندی پزشکان و پرسنل بررسی می‌شود؟ (نظر سنجی)			
۲۰	آیا آمار تعداد نوزادان نارس پذیرش شده در هر ماه وجود دارد؟ (ارائه)			
۲۱	آیا آمار تعداد نوزادان نارس مراقبت آغوشی شده در هر ماه وجود دارد؟ (ارائه)			
۲۲	آیا عوارضی که برای نوزاد در حین مراقبت آغوشی به وجود می‌آید ثبت و بررسی می‌گردد؟ (ارائه)			
۲۳	آیا همه پزشکان و پرسنل بالینی شاغل در بخش، آموزش مراقبت آغوشی را دیده‌اند؟ (درصد آموزش به تفکیک گروه‌ها)			
۲۴	آیا فضای آموزشی مناسبی در بخش وجود دارد؟			
۲۵	آیا کمبودهای آموزشی والدین به مقامات مافوق ارسال و پی‌گیری می‌شود؟ (ارایه مستندات)			
۲۶	آیا کمبودهای رفاهی والدین به مقامات مافوق ارسال و پی‌گیری می‌شود؟ (ارایه مستندات)			
۲۷	آیا برنامه مدونی برای آموزش تئوری و عملی مادر (والدین) در بخش وجود دارد؟ (ارایه مستندات)			
۲۸	آیا از آموزش‌های گروهی برای آموزش مادر در بخش استفاده می‌شود؟			
۲۹	از چه روش‌هایی برای آموزش مادران استفاده می‌شود؟ ذکر شود سخنرانی: ایفای نقش: چهره به چهره: موارد دیگر ذکر شود:			
۳۰	آیا از وسایل کمک آموزشی استفاده می‌شود؟ ذکر شود			
۳۱	آیا پدر در جلسات آموزشی همراه مادر حضور دارد؟			
۳۲	آیا آموزش والدین بر اساس محتوای بسته خدمتی می‌باشد؟ ذکر گردد.			
۳۳	آیا کمیته مراقبت آغوشی بیمارستانی تشکیل می‌گردد؟ تاریخ آخرین جلسه			
۳۴	آیا در کمیته مراقبت آغوشی بیمارستان عضویت دارید؟			
۳۵	آیا کمبودها و نیازها به مقامات بالاتر ارسال و پی‌گیری می‌شود؟ (ارایه مستندات)			
۳۶	مشکلات و پیشنهادات را ذکر نمایید.			

سوال از مادران (حداقل ۳ نفر)

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا بعد از تولد نوزاد نارس تان آموزش های زیر را کسب نمودید؟ آموزش در مورد مزایای مراقبت آغوشی برای مادر و نوزاد <input type="checkbox"/> آموزش در مورد نحوه دوشیدن شیر با دست یا دستگاه <input type="checkbox"/> آموزش در مورد مزایای شیردهی از پستان و آشنایی با انواع روش ها و تکنیک های تغذیه <input type="checkbox"/> آموزش در مورد آشنایی با علائم خطر در راستای مراقبت از نوزاد نارس <input type="checkbox"/> آموزش در مورد چگونگی انجام مراقبت آغوشی مادر و نوزاد <input type="checkbox"/> آموزش در مورد استفاده از تکنیک های آرام سازی برای مادران <input type="checkbox"/> آموزش در مورد پیگیری های بعد از ترخیص نوزاد نارس <input type="checkbox"/> آموزش در مورد ماساژ نوزاد <input type="checkbox"/>			
۲	آیا پدر نوزاد آموزش مراقبت آغوشی را گرفته است؟			
۳	آیا شما به تنهایی قادر به برداشتن و گذاشتن نوزاد بر روی سینه خود می باشید؟ آیا نحوه قرارگیری صحیح نوزادتان را می دانید؟ آیا روش های صحیح شیردهی به نوزاد نارس را بلدید؟ آیا مهارت استفاده از تکنیک های مختلف شیردهی را برای نوزاد نارس را بلدید؟ آیا شما در مراقبت از نوزاد نارس خود در بخش مشارکت می کنید؟ آیا علائم خطر نوزاد نارس را می دانید؟ آیا نوزاد خود را در بیمارستان ماساژ داده اید؟ آیا زمان خاتمه مراقبت آغوشی را می دانید؟			
۴	آیا صندلی یا مبل شما راحت و مناسب بود؟			
۵	آیا دسترسی به لباس مراقبت آغوشی آسان بود؟			
۶	آیا تجهیزات شیر دهی نوزاد نارس مانند فنجان، سرنگ و ... در دسترس است؟			
۷	آیا امکان رفت و آمد شما برای ملاقات نوزادتان در شبانه روز وجود دارد؟			
۸	آیا فضای مناسب برای اقامت ۲۴ ساعته شما در بیمارستان وجود دارد؟			
۹	آیا شما تاریخ مراجعه بعدی نوزادتان را می دانید؟			
۱۰	آیا نوزاد نارس شما شیر خودتان را می خورد؟			
۱۱	به طور میانگین مجموع ساعاتی که در روز نوزادتان را مراقبت آغوشی انجام می دهید چقدر است؟ (ذکر کنید)			

توضیحات	خیر	بلی	عنوان	ردیف
			شما به عنوان مادر انجام دهنده مراقبت آغوشی کمبود، مشکلات و پیشنهادات خود را ذکر نمایید؟	۱۲

منابع



منابع ترجمه شده برای مطالعه:

- حیدرزاده و همکاران، مراقبت آغوشی، انتشارات پژواک آرمان، چاپ دوم، ۱۳۸۹
- حیدرزاده و همکاران، ماساژ نوزادان و شیر خواران، انتشارات پژواک آرمان، چاپ دوم، ۱۳۸۹
- لودینگتن، هو، گلانت، سوزان، مراقبت کانگورویی، نشر ویستا، چاپ اول ترجمه: کدیور، ملیحه، نوربخش، شادی ۱۳۸۶
- حیدرزاده و همکاران، مراقبت آغوشی، شرکت ایده پردازان فن و هنر، نوبت چاپ اول، چاپ زرین نگار، ۱۳۸۷
- گواش، گوان، تغذیه نوزاد نارس با شیر مادر، ترجمه: کدیور، ملیحه، نوربخش، شادی، چاپ اول، ۱۳۸۵
- جزوه آموزشی، دکتر فرید ابوالحسنی، دانشجویان MPH

References :

1. Essential newborn care. Report of a Technical Working Group (Trieste 25-29 April 1994). Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.13).
2. Ashworth A. Effects of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children. European Journal of Clinical Nutrition, 1998, 52(Suppl.1):S34-S41 discussion: S41-42.
3. Rey ES, Martinez HG. Manejo racional del niño prematuro. In: Universidad Nacional, Curso de Medicina Fetal, Bogotá, Universidad Nacional, 1983.
4. Thermal control of the newborn: A practical guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/FHE/MSM/93.2).
5. Shiau SH, Anderson GC. Randomized controlled trial of kangaroo care with fullterm infants: effects on maternal anxiety, breastmilk maturation, breast engorgement, and breast-feeding status. Paper presented at the International Breastfeeding Conference, Australia's Breastfeeding Association, Sydney, October 23-25, 1997.
6. Cattaneo A, et al. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birth-weight infants. Acta Paediatrica, 1998, 87:440-445.
7. Cattaneo A, et al. Kangaroo mother care in low-income countries. Journal of Tropical Pediatrics, 1998, 44:279-282.
8. Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. Journal of Perinatology, 1991, 11:216-226.
9. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de Calume Z. Current knowledge of kangaroo mother intervention. Current Opinion in Pediatrics, 1996, 8:108-112.
10. Ludington-Hoe SM, Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1996, 25:691-703.
11. Bergman NJ, Jürisoo LA. The "kangaroo-method" for treating low birth weight babies in a developing country. Tropical Doctor, 1994, 24:57-60.

12. Lincetto O, Nazir AI, Cattaneo A. Kangaroo Mother Care with limited resources. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2000, 46:293-295.
13. Charpak N, et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤ 2000 g: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 1997, 100:682-688.
14. Cattaneo A, et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomised controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica*, 1998, 87:976-985.
15. Charpak N, et al. Kangaroo-mother programme: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two-cohort study. *Pediatrics*, 1994, 94:804-810.
16. Schmidt E, Wittreich G. Care of the abnormal newborn: a random controlled trial study of the “kangaroo method” of care of low birth weight newborns. In: Consensus Conference on Appropriate Technology Following Birth, Trieste, 7-11 October 1986. WHO Regional Office for Europe.
17. Hurst NM, et al. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology*, 1997, 17:213-217.
18. Kambarami RA, Chidede O, Kowo DT. Kangaroo care versus incubator care in the management of well preterm infants: a pilot study. *Annals of Tropical Paediatrics*, 1998, 18:81-86.
19. Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1989, 78: 189-193.
20. de Leeuw R, et al. Physiologic effects of kangaroo care in very small preterm infants. *Biology of the Neonate*, 1991, 59:149-155.
21. Fischer C, et al. Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care. *Early Human Development*, 1998, 52:145-153.
22. Affonso D, Wahlberg V, Persson B. Exploration of mother’s reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network*, 1989, 7:43-51.43
23. Affonso D, et al. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network*, 1993,12:25-32.
24. Legault M, Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1995, 24:501-506.
25. Bell EH, Geyer J, Jones L. A structured intervention improves breast-feeding success for ill or preterm infants. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 1995, 20:309-314.
26. Susan M. lundington, Kathy morgan, a clinical guideline For implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks post menstrual Age. P:518-519

ضمائم



کمیته های مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

کمیته کشوری مراقبت آغوشی مادر و نوزاد:

کمیته کشوری مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، مرکب از افرادی است که به منظور تدوین دستور العمل‌ها، اجرا، استاندارد سازی، ارائه پیشنهادات و حل مشکلات اجرایی مراقبت آغوشی در نقاط مختلف کشور، تدوین منابع علمی و ارتقاء کیفی مراقبت و به روز کردن برنامه براساس استانداردهای ملی و فراملی، ارتقاء علمی و اجرایی مراکز دانشگاهی در این مراقبت، حمایت از تحقیقات کشوری در زمینه مراقبت آغوشی، تدوین برنامه‌هایی برای ارتقا برنامه در سطوح مختلف بهداشتی، درمانی و آموزشی و به روز کردن اطلاعات و استفاده از تجربیات مراکز مطرح در سطح بین‌المللی، و انجام پژوهش‌هایی در زمینه مراقبت آغوشی، جلساتی را برگزار می‌نمایند.

اعضای کمیته کشوری مراقبت مادر آغوشی و نوزاد:

- ♦ شامل: مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، رئیس اداره نوزادان وزارت بهداشت، ۳ نفر از اعضای انجمن پزشکان نوزادان کشور، رئیس اداره مادران وزارت بهداشت، رئیس اداره کودکان وزارت بهداشت، ۳ نفر از صاحب نظران مراقبت آغوشی، ۲ نفر از کارشناسان مسئول مراقبت آغوشی ستاد معاونت‌های درمان کشور، یک نفر کارشناس از اداره نظارت و اعتبار بخشی وزارت بهداشت (برحسب ضرورت)، یک نفر کارشناس از اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند.
- ♦ افراد فوق با حکم معاون بهداشت به سمت خود منصوب می‌شوند.
- ♦ افراد یاد شده به مدت ۳ سال عهده‌دار وظایف خود می‌باشند.
- ♦ یک نفر به انتخاب افراد گروه به عنوان دبیر می‌باشد که وظایف هماهنگی امور را به عهده دارد.
- ♦ کمیته کشوری مراقبت آغوشی حداقل هر ۶ ماه، یک جلسه برگزار می‌کنند. بنا به تشخیص دبیر کمیته، تعداد و مدت زمان جلسات قابل تغییر است.
- ♦ ساعات حضور در جلسات کمیته مراقبت آغوشی جز ساعات کاری محسوب می‌شود و کسر کردن از مرخصی شخص غیر مجاز است.

وظایف کمیته کشوری مراقبت آغوشی:

- ♦ تدوین دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های کشوری مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ♦ بررسی مشکلات مطرح شده از طرف کمیته‌های دانشگاهی، تصمیم‌گیری و پاسخ به مشکلات دانشگاه‌ها.

- ♦ برنامه‌ریزی برای ارتقاء برنامه مراقبت آغوشی بر مبنای آخرین دستاوردهای علمی و به روز دنیا.
- ♦ ابلاغ دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های کشوری مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ♦ تدوین و بازبینی کوریکولوم آموزشی مورد نیاز برای پزشکان و کارکنان بالینی مراکز بهداشتی، درمانی.
- ♦ بررسی نیازهای آموزشی، تجهیزات، امکانات رفاهی و فضای فیزیکی مناسب برای مراقبت آغوشی در بیمارستان‌های کشور.
- ♦ بازنگری شاخص‌ها و ارزیابی اطلاعات و آمار ارسالی از طرف دانشگاه‌ها.
- ♦ انجام و نظارت بر پایش برنامه مراقبت آغوشی در سطح کشور.
- ♦ انجام یا سفارش طرح‌های تحقیقاتی در مورد مراقبت آغوشی بر حسب نیازها و اولویت‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی.
- ♦ برگزاری همایش‌های کشوری مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ♦ حمایت مالی و علمی از طرح‌های تحقیقاتی منتخب در زمینه‌های مختلف مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ♦ بررسی گزارش کار و فعالیت‌های دانشگاه‌ها در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ♦ بررسی فعالیت کمیته‌های دانشگاهی و نتایج اطلاعات و آمار به دست آمده در قالب شاخص‌ها.
- ♦ تهیه گزارش سالانه از روند اجرای برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.
- ♦ برآورد اعتبارات مالی و توزیع مناسب بودجه برای تأمین تجهیزات، آموزش، امکانات رفاهی و تحقیقات مورد نیاز کشور.
- ♦ تصمیم‌گیری و ارائه راه حل مناسب برای مشکلات برنامه مراقبت آغوشی لاینحل در کمیته‌های دانشگاهی کشور.

کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد:

- ♦ کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی زیر مجموعه کمیته ارتقاء سلامت مادر و نوزاد دانشگاه می‌باشد.
- ♦ این کمیته زیر نظر رئیس / معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی برگزار می‌گردد.
- ♦ نکته: معاونین بهداشت، آموزشی، پژوهشی و پشتیبانی هر دانشگاه موظف به همکاری در آموزش و استقرار برنامه مراقبت آغوشی در همه بیمارستان‌های واجد شرایط می‌باشند.

اعضاء کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد:

- ♦ هر کمیته شامل دبیر، منشی و کارشناسان می‌باشد.
- ♦ دبیر کمیته یک نفر فوق تخصص نوزادان یا متخصص کودکان شاغل در بخش مراقبت نوزادان می‌باشد که به

پیشنهاد مدیر گروه کودکان/نوزادان دانشگاه و با تأیید معاون درمان، توسط رئیس دانشگاه منصوب می شود.

اعضای کمیته عبارتند از:

♦ یک نفر فوق تخصص نوزادان، یک نفر متخصص کودکان شاغل در بخش مراقبت نوزادان (به جز دبیر)، یک نفر متخصص زنان (ترجیحاً پریناتولوژیست)، معاون درمان، کارشناس مسئول مراقبت آغوشی در ستاد معاونت درمان، معاون بهداشت دانشگاه یا نماینده ایشان. (ترجیحاً مدیر گروه بهداشت خانواده) یک نفر از معاونت پشتیبانی دانشگاه، یک نفر سر پرستار (NICU) آموزش دیده از بیمارستان، یک نفر ماما مسئول بخش زایمان آموزش دیده از بیمارستان، یک نفر سوپروایزر آموزشی از بیمارستان و یک نفر کارشناس مادر و نوزاد از بیمارستان.

افراد فوق به پیشنهاد مدیر گروه زنان، کودکان/نوزادان، معاونین دانشگاه، توسط رئیس دانشگاه منصوب می شوند. مدت زمان انتصاب اعضا دو ساله است. لازم به ذکر است در مجموع ۲ نفر فوق تخصص نوزادان و در صورت نداشتن فوق تخصص، ۲ نفر متخصص کودکان شاغل در NICU در کمیته حضور داشته باشند. ساعات کاری:

ساعات کاری جز ساعات موظفی محسوب می شود و کسر مرخصی غیر مجاز است.

وظایف کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی:

ابلاغ دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌های مربوط به مراقبت آغوشی به کلیه بیمارستان‌های واجد شرایط. تدوین برنامه عملیاتی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد برای همه بیمارستان‌های واجد شرایط و تحت پوشش. برنامه‌ریزی و اجرای کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های باز آموزی برای منابع انسانی پشتیبان (فوق تخصص نوزادان، متخصصین کودکان شاغل در بخش‌های مراقبت نوزادان، متخصصین زنان (ترجیحاً پریناتولوژیست‌ها)، پرستاران شاغل در همه بخش‌های مراقبت نوزادان، ماماها شاغل در بخش‌های زایمان، بخش بعد از زایمان، بخش مراقبت‌های پریناتال و حاملگی‌های پرخطر که به نحوی با نوزادان نارس مرتبط هستند. اجرای برنامه‌های مناسب آموزشی، تصمیم‌گیری برای کمبودها، تسهیلات رفاهی و نیازهای والدین. برنامه‌ریزی، اجرا و تصمیم‌گیری برای مشکلات مالی، تجهیزاتی، فضای فیزیکی، آموزشی، پژوهشی بیمارستان‌ها. تعیین نیازهای مختلف بیمارستان‌های تابعه، ارزیابی نتایج پایش بیمارستان‌ها و مقایسه وضعیت موجود برنامه با استانداردها. تدوین راهکارهای مناسب برای ارتقاء کیفی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد. بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌های ارسالی از طرف بیمارستان‌ها و ارزیابی شاخص‌های برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

تعیین میزان و نظارت بر نحوه تخصیص، توزیع مناسب و صرف اعتبارات مراقبت آغوشی همه بیمارستان‌های واجد شرایط تحت پوشش دانشگاه.

انجام نیازسنجی‌ها در ابعاد مختلف برنامه بر حسب ضرورت، اعلام مشکلات لاینحل از سوی کمیته دانشگاهی به اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت

* استفاده از روش‌های انگیزشی و تشویقی برای تیم پزشکان و کارکنان فعال گروه‌های مختلف در زمینه مراقبت آغوشی در بیمارستان‌های تحت پوشش

مستند سازی

در مورد فعالیت‌های کمیته دانشگاهی مراقبت آغوشی.

در مورد اقدامات انجام شده بیمارستان‌های تابعه در زمینه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

کمیته بیمارستانی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد:

کمیته بیمارستانی مجموعه‌ای از افراد بیمارستان می‌باشد که به منظور آموزش و اجرای صحیح برنامه مراقبت آغوشی تشکیل می‌گردد.

این کمیته در هر بیمارستان که دارای بخش زایمان، اتاق عمل و بخش مراقبت نوزادان است تشکیل می‌شود.

(منظور از بخش‌های مراقبت نوزادان: بخش‌هایی است که نوزاد نارس در آن مراقبت می‌گردد.) (مانند NICU)

رئیس و مدیر بیمارستان، پزشکان، پرسنل و همه مسئولین و دست‌اندرکاران موظف به همکاری در راستای آموزش، اجرا و ارتقاء برنامه مراقبت آغوشی مادر و نوزاد هستند.

اعضاء کمیته متشکل از دبیر و کارشناسان می‌باشد.

دبیر کمیته یک نفر فوق تخصص نوزادان یا متخصص کودکان شاغل در بخش مراقبت نوزادان می‌باشد.

دبیر کمیته علاوه بر مشارکت در وظایف تعریف شده برای کمیته، مسئول تقسیم وظایف، هماهنگی و پاسخگویی به کمیته دانشگاهی می‌باشد.

اعضاء کمیته مراقبت آغوشی بیمارستانی:

علاوه بر دبیر، رئیس یا مدیر بیمارستان، یک نفر متخصص زنان (ترجیحاً پریناتولوژیست)، یک نفر فوق تخصص نوزادان یا کودکان شاغل در بخش مراقبت نوزادان، مترون، سوپر وایزر آموزشی، سرپرستار یا کارشناس پرستاری از بخش مراقبت نوزادان، ماما مسئول یا کارشناس مامایی از بخش زایمان، کارشناس مادر و نوزاد و کارشناس ترویج تغذیه با شیر مادر (در صورت امکان)، که همگی دوره آموزشی مراقبت آغوشی را گذرانده باشند. به علاوه یک نماینده از بخش مالی حضور داشته باشد.

اعضای کمیته همگی با حکم رئیس بیمارستان منصوب می‌شوند.

دوره مسئولیت کمیته یک ساله می باشد.

ساعت کاری:

دبیر و کارشناسان کمیته در زمان مشخصی و به طور منظم موظف به رسیدگی به امور مربوط به کمیته هستند. در زمان‌های مقرر برای انجام امور کمیته مراقبت آغوشی، دبیر و کارشناسان از انجام وظایف بیمارستانی معاف می‌باشند. ساعات‌های مذکور جز ساعات کاری فرد محسوب شده و کسر کردن از مرخصی یا زمان‌های غیر موظف فرد مجاز نمی‌باشد.

کمیته بیمارستانی موظف به برگزاری یک جلسه در ماه می‌باشد (در سال اول بعد از اجرا). بعد از یک سال اجرای مراقبت، می‌توان برای هماهنگی و سهولت بیشتر هم‌زمان با کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر تشکیل گردد ولی فعالیت‌های آن به طور مستقل پی‌گیری و مکتوب گردد.

جلسات باید از کارایی لازم در راستای حل مشکلات والدین و ارتقاء کیفیت مراقبت آغوشی مادر و نوزاد باشد. وظایف:

اجرای دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های کشوری و دانشگاهی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

پایش و ارزشیابی اجرای برنامه مراقبت آغوشی و فرایندهای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در بیمارستان.

تنظیم دستورالعمل‌های اجرایی شفاف در بیمارستان.

شناسایی و تهیه لیست افراد آموزش دیده (پزشکان، کارکنان و والدین)

برنامه‌ریزی و حمایت برای شرکت کارکنان و پزشکان در دوره‌های آموزشی و بازآموزی مراقبت آغوشی.

برگزاری کارگاه‌های آموزشی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد برای پزشکان و کارکنان واجد شرایط با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه.

برنامه‌ریزی در زمینه توانمندسازی والدین در مراقبت از نوزاد نارشان در بیمارستان و بعد از ترخیص.

بررسی و نظرسنجی از والدین در راستای ارتقاء کیفی مراقبت آغوشی در بیمارستان.

نظارت بر حسن اجرای برنامه بر اساس استانداردهای مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

استفاده از روش‌های تشویقی مناسب برای پزشکان، کارکنان گروه‌های مختلف و والدین فعال درگیر در برنامه مراقبت آغوشی.

نظارت بر اجرای دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های دانشگاهی و کشوری.

دریافت اعتبارات لازم از ریاست بیمارستان، معاونت درمان و در صورت لزوم از رئیس دانشگاه.

جمع‌آوری اطلاعات و آمار مربوط به مراقبت آغوشی مادر و نوزاد در بیمارستان.

جمع‌بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات و تهیه گزارش رسمی و ارسال آن به معاونت درمان هر ۳ ماه یکبار در سال اول و

بعد هر ۶ ماه یک بار

مقایسه شاخص‌های برنامه با استانداردها و انجام مداخلات اصلاحی.

حمایت از طرح‌های تحقیقاتی پزشکان، کارکنان و دانشجویان رشته‌های مختلف در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

تدوین برنامه آموزشی و بازآموزی مراقبت آغوشی مادر و نوزاد برای منابع انسانی پشتیبان.

برآورد نیازهای آموزشی پزشکان، کارکنان بالینی در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد.

برآورد نیازهای آموزشی والدین، برنامه‌ریزی و اجرا در مورد رفع نیازها.

ایجاد فضای آموزشی و اجرایی مناسب برای مادران (والدین).

استقرار برنامه مراقبت آغوشی در بخش‌های مراقبت نوزادان (بخش‌های مراقبت از نوزاد نارس)

ارائه پیشنهادهای اصلاحی برنامه یا گزارش مشکلات ساختاری برنامه به کمیته دانشگاهی.

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 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 هم‌چنین 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) لازم اندیشیده شود؛ تا پس از تثبیت شدن، هر چه سریع‌تر تماس پوست به پوست و تلاقی نگاه با والدین برقرار شده و تغذیه با شیر مادر و هم‌اتاقی 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 شیر مادر در ساعت اول زندگی به مادر آموزش داده شود
- ۱,۲ دستورالعمل «شروع تغذیه با شیر مادر 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 شیر مادر 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 جلب کننده نوزاد به طرف پستان است، از شستشوی پستان در اتاق 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 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 شیر مادر 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 براساس آخرین دستورالعمل‌ها از آزادی عمل کافی جهت برخورداری از امکان تحرک، خوردن، آشامیدن، حفظ حریمیت و داشتن همراه آموزش دیده بهره‌مند باشد.
- ۲,۱,۲ دمای اتاق زایمان ۲۵-۲۸ درجه سانتیگراد و بدون کوران باشد.
- ۲,۱,۳ محیط اطراف مادر آرام بوده، پر سر و 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 توانائی‌های او باشد. لازم به ذکر است که فاصله کانونی دید نوزاد ۱۹ سانتی متر است و لذا با قرار گرفتن در این فاصله، قادر به مشاهده صورت مادر می‌باشد.
- ۲,۱,۶ حتی‌الامکان از اقدامات تهاجمی چون اپیزیاتومی، به کار بردن فورسپس و واکيوم خودداری شود. در صورت انجام اپیزیاتومی 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 شیر مادر اطمینان حاصل شود.
- ۲,۱,۷ در شرایط طبیعی که نوزاد به خوبی گریه کرده و نفس می‌کشد معمولاً به طور 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 یا سینه مادر قرار گرفته، خشک کردن ادامه یابد و در غیر این صورت جهت اجرای عملیات احیاء نوزاد زیر دستگاه وارمر (گرم‌زای 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 اندام‌ها به استثنای دست‌ها (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 چند ثانیه پس از آهسته شدن ضربان آن طبق دستورالعمل‌ها، 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 محبت‌آمیز و مقدس مادر در گوش نوزاد فراهم شود.
- ۲،۱،۱۵ نوزاد عریان باشد به نحوی که بر روی سینه مادر و بین پستان‌های او قرار گرفته و چشمان نوزاد در سطح نوک پستان‌های 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 اثر کف پا، توزین و سایر اقدامات غیر فوری تا یک ساعت خودداری شود.
- ۲،۱،۱۸ استحمام نوزاد در ۶ ساعت و ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول زندگی انجام نشود.
- ۲،۱،۱۹ چنانچه علیرغم تماس یک ساعته نوزاد نتواند پستان را یافته 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 مؤنث 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 تبصره‌های شماره ۱ و ۲ مراجعه شود).
- ۲،۱،۲۳ از اقدامات و عملیاتی که روند شیر خوردن نوزاد را مختل می‌کند، باید پرهیز نمود (تبصره ۳).
- ۲،۲. در شرایطی که اندیکاسیون سزارین وجود دارد:
- ۲،۲،۱. در صورتی که بی‌حسی ناحیه‌ای انجام شده باشد (استفاده از بی‌حسی ناحیه‌ای 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 ناحیه‌ای (اسپینال یا اپی‌دورال) استفاده می‌شود 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 صورتی که بیهوشی عمومی انجام شده باشد:
- ۲,۲,۲,۱ وقتی که مادر در محل (RECOVERY)، توانایی پاسخ‌گویی را پیدا می‌کند، 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 مؤنث 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 می‌گردد، 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 می‌شود، 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 می‌کند.
 - 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 متعاقباً ارسال خواهد شد).

تبصره ۵: دستورالعمل تمهیدات لازم برای نوزادانی که بدو تولد (به دلیل بیماری و ...) از مادر جدا شده‌اند متعاقباً ارسال خواهد شد.

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

❖ لازم به ذکر است این بخشنامه در تاریخ ۱۳۸۷/۲/۲۹ به شماره ۲/۱۱۲۵۹ ب / س از طرف معاون سلامت وزارت بهداشت جناب آقای دکتر علویان به روسای دانشگاه‌ها ابلاغ گردیده است و رعایت موارد آن در بخش‌های زایمانی لازم‌الاجرا می‌باشد.

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 شیر مادر 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 اعتماد به نفس، 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، بنشیند. 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، به طوری 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 پستان‌هایش را تحریک کند. او به آرامی می‌تواند نوک پستان‌هایش را به خارج یا به طور دورانی به بیرون بکشد.

- پستان‌هایش را ماساژ دهد و یا به آرامی ضربه بزند. برخی زنان لمس ملایم پستان‌ها را با نوک انگشتان یا شانه مفید می‌دانند. برخی دیگر با غلتاندن ملایم مشت بسته خود روی پستان موفق شده‌اند.

- از کسی که به مادر کمک می‌کند، بخواهید که پشت او را ماساژ دهد.

ماساژ دادن پشت مادر به روش زیر، رفلکس اکسی توسین را تحریک می‌کند. 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 پستان‌هایش شل و آویزان می‌شوند. شخص کمک کننده باید در حالی که دستش را مشت کرده با انگشتانش پشت مادر (اطراف ستون فقرات) را به طرف پایین و با حرکات ملایم و چرخشی ماساژ دهد. به طوری که هر دو طرف ستون فقرات را از گردن ۲ دقیقه مالش دهد. - بطرف شانه‌ها به مدت ۳ دوشیدن شیر با دست مفیدترین طریق دوشیدن شیر برای مادر، دوشیدن با دست است که نیاز به هیچ وسیله‌ای ندارد و مادر می‌تواند در هر جا و در هر زمانی که نیاز دارد، این کار را انجام دهد. اگر نحوه دوشیدن را به مادر نشان می‌دهید در صورت امکان روی پستان‌های خود این کار را انجام دهید تا مادر نیز از شما یاد بگیرد. اگر برای نشان دادن محل فشار روی پستان‌های 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 دهان‌گشادی را انتخاب کنید.
- آن‌ها را با آب و صابون بشویید. می‌توان این کار را روز قبل انجام داد.
- قبل از دوشیدن، آب در حال جوش را داخل ظرف ریخته و چند دقیقه صبر کنید، آب در حال جوش اکثر میکروب‌ها را از بین می‌برد.
- وقتی که برای دوشیدن آمادگی 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:

دست‌هایش 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، عقب‌تر از نوک و آرئول قرار دهد و با بقیه انگشتانش پستانش را نگهدارد. در این حالت انگشت شست و اشاره را به طرف قفسه سینه فشار دهد.

او نباید زیاد فشار بیاورد، ممکن است مجاری شیر مسدود شوند. قسمت عقب نوک پستان و آرنول را بین انگشت شست و انگشت دیگر فشار بدهد. او باید روی مجاری بزرگ شیر که در زیر آرنول قرار دارند، فشار بیاورد. گاهی اوقات در پستان‌های پر شیر ممکن است، این مجاری به صورت برجستگی‌هایی حس شوند. اگر مادر آنها را احساس کرد، می‌تواند 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 نمی‌شود، ولی بعد از چند بار تکرار کردن، شیر قطره قطره شروع به بیرون آمدن می‌کند. اگر رفلکس اکسی توسین (بازتاب جهش فعال باشد)، شیر فواره می‌زند.

باید این عمل در جهات مختلف آرنول تکرار شود تا تمام قسمت‌های پستان دوشیده شود. نباید نوک پستان را فشار داد. چون با فشار دادن نوک پستان یا کشیدن آن، شیر خارج نمی‌شود. مانند این است که کودک فقط نوک پستان را بمکد. حرکت انگشتان باید بیشتر به صورت غلتاندن باشد (rolling). باید ۳ دقیقه، تا زمانی که جریان شیر کند شود، دوشید. سپس پستان طرف دیگر - هر یک از پستان‌ها باید به مدت ۵ دوشیده شود. این کار را می‌توان 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 پستان‌ها را به قدر کافی و به مدت ۲۰-۳۰ دقیقه، به ویژه در چند روز اول که مقدار کمی شیر ترشح می‌شود، 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 به طرف داخل قفسه سینه فشار بدهید.
- ب) پشت نوک پستان و آرنول را بین انگشت شست و سایر انگشتان فشار بدهید.
- پ) برای تخلیه همه قسمت‌های پستان را در جهات مختلف فشار بدهید.

چند وقت یک بار شیر مادر باید دوشیده شود؟

پاسخ این سؤال بستگی دارد به اینکه شیر به چه منظوری دوشیده می‌شود. اغلب به دفعاتی که شیرخوار شیر می‌خورد، 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 کلوستروم را بدوشد اما این کار به شروع تولید شیر در پستان‌ها کمک می‌کند درست به همان طریقی که مکیدن زود هنگام پستان توسط شیرخوار بعد از

زایمان، به شروع تولید شیر کمک می‌کند.

به دفعاتی که شیرخوار باید در روز شیر بخورد، مادر هم باید هر چقدر می‌تواند، 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 به نظر می‌آید که بعد از چند هفته تولید شیرش کم شده است:

چند روز به دفعات مکرر هر دو ساعت یا هر یک ساعت یکبار و شب‌ها نیز حداقل هر ۳ ساعت یکبار مادر باید شیرش را بدوشد.

برای تأمین 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 پستان‌ها و نشت شیر از آن‌ها در محل کار:

مادر فقط در حد لزوم و تسکین و تخفیف پستان‌ها شیرش را بدوشد.

زمان دوشیدن چنانچه شیرخوار قادر به مکیدن نباشد مادر باید بعد از زایمان به محض امکان و ترجیحاً 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 می‌دوشند ممکن است ۱۰-۵ دقیقه وقت نیاز باشد تا یک قاشق مرباخوری آغوز به دست آید. توجه داشته باشید که معده نوزاد خیلی کوچک است و هر ۲-۱ ساعت دوشیدن آغوز به مقدار کم تمام نیازهای او را برطرف می‌کند.

- اگر دوشیدن برای افزایش تولید شیر است 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 می‌خواهد 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 می‌دوشد تا وقتی در محل کار می‌باشد 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 می‌کنند.

- مادر می‌تواند 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 می‌دوشد نباید هدر بدهد.

ممکن است با دوشیدن فقط چند قطره آغوز به دست آید. این قطرات برای شیرخوار ضروری و حیاتی است. مادر می‌تواند آنرا در یک قاشق، فنجان کوچک یا مستقیماً داخل دهان شیرخوار بدوشد. بنابراین هیچ قطره‌ای از آغوز هدر نمی‌رود. یک راه مفید این است که وقتی مادر آغوز را می‌دوشد فرد دیگری آنرا با سرنگ بکشد. یک سی سی شیر در یک سرنگ کوچک زیاد به نظر می‌رسد.

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 دوشیدن‌های ابتدایی شیر نیاید یا کم بیاید مادر نباید نگران شود. با تمرین عملی شیر بیشتری به دست خواهد آمد. به مادر شرح دهید نوک پستانش را ندوشد. فشردن یا کشیدن نوک پستان به خروج شیر منجر نخواهد شد. به علاوه این عمل دردناک است و به نوک پستان صدمه می‌رساند. مادر نباید موقع دوشیدن و فشار دادن پستان، برای خارج کردن شیر دستش را روی پستان بلغزاند یا آنرا مالش دهد. چون پستان صدمه می‌بیند. با تمرین عملی ممکن است مادر این مهارت را به دست آورد که هر دو پستان را هم بدوشد چنانچه مادر هم می‌دوشد و هم شیرخوار بزرگتر خود را شیر می‌دهد مثلاً وقتی مادر شاغل است توصیه کنید اول بدوشد و بعد شیر بدهد. شیرخوار قادر است شیر چرب انتهایی را از عمق پستان خارج نماید و مؤثرتر از دوشیدن عمل می‌کند. دوشیدن نباید منجر به صدمه پستان شود. چنانچه مادر صدمه دید تکنیک‌های فوق را چک کنید و دوشیدن او را مشاهده نمایید.

نحوه تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده شده

اگر شیرخوار نتواند از پستان بمکد می‌توان او را به طرق زیر تغذیه کرد:

- لوله بینی معده یا دهانی معده‌ای
- 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 ۵ سی سی در هر بار را 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، اگر در مرکز دهانشان قرار گیرد مثل سرشیشه می کنند. 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 با قاشق 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.

درتمام روش های بالا فرد شیر دهنده 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 با سن داخل رحمی ۳۳-۳۰ هفته را می توان با فنجان تغذیه کرد.

تغذیه فنجانی منافی دارد که برتر از روش های دیگر است:

- برای شیرخوار خوشایند است چون خشونت و تهاجم (مثل لوله گذاری) ندارد.

- به شیرخوار اجازه می دهد از زبانش برای یادگیری طعم ها استفاده کند.

- هضم شیرخوار را تحریک می کند.

- هماهنگی تنفس / مکیدن / بلعیدن را تشویق می کند.

- باید شیرخوار را بغل کرد و لذا امکان تماس چشمی به وجود می آید.

- به شیرخوار اجازه می دهد 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 صدا زدن 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. به خصوص اگر شیرخوار علائم گرسنگی نشان دهد. مصرف شیر ۲۴ ساعته را یادداشت کنید و به وعده‌ها نگاه نکنید. چنانچه شیرخوار به دلیل 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 ناودان‌دار 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 تکاملی‌اش 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 یکپارچه کمک می‌کند 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 به طوری که لبه‌های آن با قسمت خارج لب بالا تماس یابد.
- فنجان را کج کنید تا شیر با لب شیرخوار تماس پیدا کند. شیرخوار هشیار می‌شود و دهان و چشمش را باز می‌کند. شیرخوار نارس با زبان شیر را به دهان می‌برد.
- شیرخوار رسیده، می‌مکد و مقداری را هم می‌ریزد.

- شیر را درون دهان او نریزید و با نگهداشتن فنجان شیر در تماس بالب 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 شیر و از طرف دیگر 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. به خصوص که شیرخوار بیمار یا نارس باشد و برای شیرخوار بزرگ تر 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 به کار اندازید، دوشیدن مفیدتر خواهد بود. راحت نشستن، داشتن تکیه گاه و حمایت برای پشت مادر و دستی که شیردوش را نگه داشته، ریلاکس 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 مکش‌های اولیه کوتاه و سریع و سپس دوشیدن‌هایش طولانی‌تر و آهسته‌تر شود. اگر شیردوش نوع سیلندری دستی است دسته را بکشید و مکش ایجاد کنید که ناراحت‌کننده 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 به دست می‌آید، 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 می‌تواند دستگاه را استریل کند.

از شیردوش دستی که ته آن بادکنک لاستیکی دارد استفاده نکنید. چون اولاً نوک پستان را صدمه می‌زند، ثانیاً تمیز کردن آن مشکل است و ثالثاً نمی‌توان شیر آنرا برای تغذیه شیرخوار به کار برد.

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 می‌دوشد مستقیماً آنرا در ظرف جمع‌آوری بدوشد.

اگر مادر شیرش را در چندین ظرف ذخیره می‌کند، باید روی هر ظرف تاریخ را بنویسد و ابتدا شیرهای قدیمی‌تر 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. می‌توان 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 می‌تواند دهان شیرخوار را نیز بسوزاند.

مدت ذخیره کردن شیردوشیده شده:

۱- ذخیره کردن شیر برای شیرخوار سالم در خانه:

شیر تازه:

- در درجه حرارت اتاق ۴۸ ساعت
- در درجه حرارت ۳۷-۲۵ درجه سانتی‌گراد، ۴ ساعت
- در درجه حرارت ۲۵-۱۵ درجه سانتی‌گراد، ۸ ساعت
- در دمای زیر ۱۵ درجه تا ۲۴ ساعت
- در دمای بالای ۳۷ درجه ذخیره نشود

- در درجه حرارت ۴-۲ درجه سانتی گراد تا ۴۸ ساعت ظرف شیر را در سردترین قسمت یخچال یا فریزر قرار دهید. بسیاری از یخچال ها درجه حرارت پایدار ندارند. بهتر است شیر در عرض ۵-۳ روز استفاده شود و اگر قرار نیست طی ۵ روز آینده مصرف شود آنرا منجمد کنند.

شیر منجمد شده:

- 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 با قراردادن ظرف در آب گرم که شیر سریع ذوب شود. شیر را دوباره منجمد نکنید.

۲- ذخیره کردن شیر برای شیرخوار در بیمارستان:

شیر تازه:

- در درجه حرارت اتاق تا ۲۵ درجه، تا ۴ ساعت
 - در درجه حرارت ۴-۲ درجه یخچال، تا ۴۸ ساعت
- شیر منجمد شده:
- در جایخی یخچال، ۲ هفته
 - در قسمت فریزر یخچال فریزر و همچنین در فریزرهای مستقل با انجماد عمیق ۲۰- درجه سانتی گراد، تا ۳ ماه
 - شیر ذوب شده در یخچال: ۱۱-۱۲ ساعت، دوباره منجمد نکنید.

انتقال نوزاد زیر تهویه مکانیکی:

انتقال ایستاده نوزاد (مادر، نوزاد را موقعی که کنار انکوباتور ایستاده است می گیرد)
انتقال نشسته (مادر، نوزاد را موقعی که در صندلی نشسته است می گیرد)
نوع انتقال به راحتی و توانایی مادر برای گرفتن و دادن نوزاد، بستگی دارد.

مراحل انتقال نوزاد زیر ونتیلاتور:

قبل از انتقال:

- 1- IMV / SIMV / فشار مثبت انتهای بازدمی (PEEP) / حداکثر فشار دمی (PIP) / درصد اکسیژن دمی / تعداد ضربان قلب، اشباع اکسیژن شریانی، درجه حرارت زیر بغلی نوزاد ثبت گردد.
 - 2- نوزاد را به پشت قرار داده، به تحمل نوزاد در برابر تغییر وضعیت توجه شود.
 - 3- قفسه سینه نوزاد سمع گردد، لوله تراشه ساکش شود (اگر لازم است)، ثبات لوله تراشه کنترل گردد، ترشحات اضافی در مسیر ونتیلاتور تخلیه شود.
 - 4- پوشک نوزاد تعویض گردد، کلاه نوزاد گذاشته شود و پتوی تا شده زیر نوزاد قرار داده شود.
 - 5- تا برگشتن پارامترهای فیزیولوژیک نوزاد به وضعیت پایه قبل از انتقال نوزاد، صبر شود.
 - 6- صندلی مراقبت آغوشی به کنار تخت یا انکوباتور نوزاد نزدیک شود.
 - 7- برای انتقال از انکوباتور به وضعیت مراقبت آغوشی به پرسنل آموزش دیده اضافی، نیاز است.
- توجه: اگر مادر راحت است از روش انتقال ایستاده استفاده شود و اگر مادر احساس ناراحتی می کند، انتقال نشسته لازم است.

انتقال ایستاده:

- 1- مادر نزدیک انکوباتور می ایستد.
- 2- همه لوله ها و سیم ها به وسیله در انکوباتور، جمع می گردد.
- 3- پرستار آموزش دیده دیگر، ونتیلاتور را از نوزاد جدا می کند.
- 4- مادر دست هایش را زیر پتو قرار داده، وبه طرف بالا می برد و نوزاد را روی سینه اش قرار می دهد.
- 5- مادر به طرف صندلی به عقب می رود و روی صندلی می نشیند.
- 6- ونتیلاتور مجدداً به نوزاد وصل می شود. لوله ها و سیم ها به آهستگی و آرام روی شانه مادر چسب زده می شود، به طوری که سر نوزاد بدون خطر خروج لوله تراشه، حرکت نماید.

- ۷- روانداز طوری انداخته شود که نوزاد در قسمت شکمی، تماس پوستی کامل با مادر داشته باشد و پشت آن پوشیده شود.
- ۸- اندام‌های نوزاد باید به خوبی در وضعیت خمیده قرار گیرد.
- ۹- گردن و سر نوزاد باید مختصری در وضعیت بو کشیدن (Sniffing)، برای باز ماندن راه‌های هوایی قرار گیرد.
- ۱۰- صداهای تنفسی سمع گردد، لباس مخصوص یا گان مادر بسته شود.
- ۱۱- به منظور پیشگیری از ترومبوفلیت، برای ایجاد یک وضعیت راحت در پاها کمک شود.
- ۱۲- علائم حیاتی و پارامترهای ونتیلاتور هر ۱۰ تا ۱۵ دقیقه یک بار کنترل و ثبت گردد.
- ۱۳- مادر تشویق شود، تا برای سازمان دهی خواب نوزاد و بهبود تکامل مغزی نوزاد، حداقل یک ساعت مراقبت آغوشی نماید.
- ۱۴- انکوباتور برای کنترل هوا در محیط مناسب دمای خنثی (NTE)، تنظیم شود.

انتقال نشسته:

- ۱- مادر بر روی صندلی نزدیک در انکوباتور بنشیند.
- ۲- همه لوله‌ها و مسیرها به وسیله در انکوباتور جمع گردد.
- ۳- پرستار آموزش دیده دیگری ونتیلاتور را از نوزاد جدا کند.
- ۴- پرستار لبه‌های پتو را به طرف قفسه سینه نوزاد نزدیک کند (به منظور گرفتن نوزاد و به حداقل رساندن تغییرات فیزیولوژیک در حین انتقال)
- ۵- فرد آموزش دیده دستانش را زیر پتو قرار می‌دهد، بلند می‌کند و نوزاد را روی قفسه سینه مادر قرار می‌دهد.
- ۶- ونتیلاتور مجدداً وصل می‌شود و سیم‌ها و لوله‌ها به آرامی بر روی شانه مادر نصب می‌شود.
- ۷- پتو طوری روی نوزاد انداخته می‌شود که قسمت شکمی نوزاد، تماس کامل با پوست مادر و قسمت پشت نوزاد پوشانده شود.
- ۸- اندام‌های نوزاد به خوبی خم شود.
- ۹- سر و گردن نوزاد به منظور باز ماندن راه‌های هوایی در وضعیت مختصری بو کشیدن (Sniffing) قرار گیرد.
- ۱۰- صداهای تنفسی سمع گردد، لباس مخصوص یا گان مادر بسته شود.
- ۱۱- به منظور پیشگیری از ترومبوفلیت، برای ایجاد یک وضعیت راحت در پاها کمک شود.
- ۱۲- علائم حیاتی و پارامترهای ونتیلاتور هر ۱۰ تا ۱۵ دقیقه یک بار کنترل و ثبت گردد.
- ۱۳- مادر تشویق شود، برای سازمان‌دهی خواب نوزاد و بهبود تکامل مغزی نوزاد، حداقل یک ساعت مراقبت آغوشی نماید.

۱۴- انکوباتور برای کنترل هوا در محیط مناسب دمای خنثی (NTE)، تنظیم شود.

انتقال برگشتی از وضعیت مراقبت آغوشی زیر ونتیلاتور به انکوباتور:
مراحل آن برعکس می شود.

انتقال ایستاده:

- ۱- به مادر کمک شود تا با راه رفتن به طرف جلوی صندلی برود.
- ۲- لوله های ونتیلاتور جدا شود.
- ۳- به مادر کمک شود تا همراه نوزادش بایستد. (از حفظ لوله ها مطمئن باشد).
- ۴- بعد از ایستادن، پرستار به مادر کمک کند تا نوزاد را در وضعیت رو به پشت در انکوباتور قرار دهد، در حالی که پرستار لوله داخل تراشه و سایرسیم ها را تثبیت می کند.
- ۵- مجدداً لوله های ونتیلاتور نصب گردد و وضعیت نوزاد در انکوباتور بررسی شود.
- ۶- صداهای تنفسی نوزاد برای اطمینان از محل لوله داخل تراشه، ارزیابی گردد.
- ۷- علائم حیاتی نوزاد تا برگشت به وضعیت قبل از مراقبت آغوشی ارزیابی گردد.

انتقال نشسته:

- ۱- صندلی را در وضعیت مستقیم قرار داده یا چهار پایه را از جلوی صندلی خارج نماید.
- ۲- لوله های ونتیلاتور جدا گردد.
- ۳- فرد آموزش دیده، نوزاد و لوله ها را بلند کرده و پتو را دور نوزاد می بندد.
- ۴- فرد آموزش دیده، نوزاد را در وضعیت رو به پشت، در انکوباتور می گذارد.
- ۵- مجدداً لوله ها را وصل می کند.
- ۶- صداهای تنفسی را برای اطمینان از محل لوله تراشه، سمع می کند.
- ۷- مجدداً انکوباتور را برای کنترل بیمار، تنظیم می کند.
- ۸- علائم حیاتی نوزاد را تا برگشت به وضعیت پایه ونتیلاتور قبل از مراقبت آغوشی کنترل می نماید.

کنترل علائم حیاتی نوزاد:

- ۱- همه ارزیابی های قلبی، تنفسی نوزاد در حین مراقبت آغوشی ادامه یابد.

- ۲- در صورتی که نوزاد دستور پالس اکسی متری دارد، ادامه داده شود.
- ۳- درجه حرارت نوزاد، قبل، بعد و در طی مراقبت آغوشی مطابق با پروتکل NICU و برحسب نیاز، اندازه‌گیری شود.
- ۴- ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به نوزاد اجازه داده شود تا بعد از انتقال، علائم حیاتی آن تثبیت شود.
- ۵- هر گونه دیسترس در نوزاد کنترل و ثبت گردد.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی..... مرکز آموزشی، درمانی.....
 برگه ثبت مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (KMC) در بیمارستان

نام و نام خانوادگی مادر:	نام پدر:	شماره پرونده:	تاریخ بستری:	وزن تولد:	سن هنگام تولد:	عوارض و تغییرات پیش آمده برای نوزاد در حین مراقبت آغوشی (ذکر گردد)		آیا نوزاد آنتی بیوتیک یا داروی خاصی می گیرد؟	علائم حیاتی نوزاد در مراقبت آغوشی		نحوه مراقبت نوزاد در بخش	نام مادر: چه مقدار (سی سی) مادر با چه وسیله ای؟ چه مقدار (سی سی)	نام نوزاد:	نام و نام خانوادگی مادر:	تاریخ بستری:	شماره پرونده:	تاریخ بستری:	وزن تولد:	سن هنگام تولد:	
						کات	انکوباتور		تحت تهویه مکانیکی	درجه حرارت زیر بغل:										تعداد تنفس در دقیقه:

عکس‌ها





تغذیه با شیر مادر طی مراقبت آغوشی
بیمارستان الزهرا تبریز



مادر در حین مراقبت آغوشی
بیمارستان الزهرا تبریز



بخش مراقبت نوزادان
بیمارستان الزهرا تبریز



پزشک فوق تخصص نوزادان در حال مشاوره گروهی به پدران
بیمارستان الزهرا تبریز



آموزش گروهی پزشک فوق تخصص نوزادان به مادران و پدران



پزشک متخصص کودکان در حال مشاوره با مادر در حین مراقبت آغوشی
بیمارستان مدرس ساوه



پدران در حال مراقبت آغوشی
بیمارستان الزهرا تبریز



مراقبت آغوشی توسط پدران
بیمارستان الزهرا تبریز



مراقبت آغوشی نوزاد



مراقبت آغوشی، مادران را شادتر و توانمندتر می‌نماید



مراقبت آغوشی نوزاد توسط مادر آسیایی



نوزاد نارس در آغوش مادر



مراقبت آغوشی با لباس محلی مادر



آموزش و توانمند کردن والدین در مراقبت از نوزاد، از وظایف کارکنان بهداشتی و درمانی است



انجام مراقبت آغوشی به طور گروهی



ارتباط عاطفی والدین در بهبود جسمانی نوزاد نارس، نقش شگرفی دارد



مراقبت آغوشی چهار قلوها در NICU توسط پدر و مادر



مراقبت آغوشی توسط پدر اروپایی



مراقبت آغوشی توسط مادر در یکی از بیمارستان‌های اندونزی



آموزش گروهی مراقبت آغوشی مادران



مراقبت از نوزاد در آغوش مادر



توانمند کردن مادر برای شیردهی نوزاد زیر تهویه مکانیکی در NICU



نوزاد زیر تهویه مکانیکی با مراقبت آغوشی در NICU



نوازش و تماس پوستی والدین از محرک‌های مهم در مراقبت تکاملی نوزاد است



نوزاد نارس بهره‌مند از تماس پوستی



نوزاد در تماس پوستی با پدرش



تماس پوستی و گرمای بدن مادر، محرک های خوبی برای رشد نوزاد است



گرمای محبت و پوست پدر در بهبود نوزاد تاثیر دارد