



بسته خدمتی
مراقبت از نوزاد سالم
در بیمارستان

اداره سلامت نوزادان
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس



عنوان کتاب: بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در کشور
پدیدآورنده: حاجیه جعفری پردستی، دکتر محمد حیدرزاده و همکاران
ویراستار: دکتر عباس حبیب الهی
ناشر: شرکت ایده پردازان فن و هنر
صفحه آرای: شرکت ایده پردازان فن و هنر
شمارگان: ۵۰۰۰ نسخه
تاریخ انتشار: پاییز ۱۳۹۰
بها:
طرح جلد: شرکت ایده پردازان فن و هنر
شابک:

تهیه کنندگان مجموعه

◀ مسئول طراحی و اجرا:

- بصیر دکتر مهتا فاطمه؛ فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- جعفری پردستی حاجیه؛ کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- حبیب الهی دکتر عباس؛ متخصص کودکان، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- حیدرزاده دکتر محمد؛ فوق تخصص نوزادان، رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

◀ اعضای گروه طراحی و اجرا:

- مطلق دکتر محمد اسماعیل؛ مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- صنیعی دکتر فرحناز؛ متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- گودرزی فاطمه؛ کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- بسکابادی دکتر حسن؛ فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- زرکش دکتر محمدرضا؛ دستیار فوق تخصصی نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- رشیدی جزنی نسرین؛ کارشناس مامایی، اداره نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- وکیلان روشنگر؛ کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اکرمی فروزان؛ کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

◀ گروهی از همکاران گرانقدر دانشگاه‌های علوم پزشکی، ستاد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، مؤسسه سلامت پژوهان نیکان، انجمن‌های علمی و فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، با ارائه نظرات و پیشنهادهای ارشادی خود در بحث‌های گروهی متمرکز و نظر سنجی‌های کتبی بر غنای مجموعه بسته خدمتی نوزاد سالم افزوده‌اند که از بزرگواری ایشان تقدیر می‌گردد (به ترتیب حروف الفبا):

- ابراهیم زهرا، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- آرامش دکتر محمدرضا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
- آژ نضال، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- افجه دکتر سید ابوالفضل، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

- احمدیان زهرا، کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- بابایی فرح، کارشناس ارشد مامایی، دفتر مامایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- بهاء صدری دکترشهره، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- پارسا دکترپریسا، دکترای بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی همدان
- پودینه پروین، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- پوراحمدی گیتی افروز، کارشناس مامایی، بیمارستان نفت تهران
- پورتنی سربه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- جمشیدی فرنگیس، کارشناس مامایی، بیمارستان مدائن تهران
- جمشیدی منش منصوره، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- جوانمردی زهرا، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- حاجی مرادی پروانه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- حسینی دکتر سید جلیل، متخصص ارولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- خزائی دکتر سهیلا، فوق تخصص عفونی کودکان، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دستفان فاطمه، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- دلاور دکتر بهرام، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- رحیمی قصبه سوسن، کارشناس ارشد مامایی، اداره مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- رئوفی مهتاب، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- زارع زاده لاله، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- سجادیان اکرم السادات، کارشناس ارشد مشاوره، جهاد دانشگاه تهران
- سعدوندیان سوسن، کارشناس ارشد تغذیه، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سلطانی سیه رود زهرا، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- شاه حسینی دکتر پیمان، متخصص کودکان، کارشناس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت
- شتی دکتر محسن، اپیدمیولوژیست، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عزالدین دکترناهد، متخصص کودکان، انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر
- غفاری فر، دکتر سعیده، پزشک عمومی، کارشناس ارشد آموزش دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- فخرایی دکتر سید حسین، فوق تخصص نوزادان، انجمن پزشکان نوزادان ایران

- فرسار دکتر احمد رضا، متخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- فرو دنیا شهره، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- فریور دکتر سید خلیل، متخصص کودکان، انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر
- قاسمی دکتر مریم، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کاشانیان دکتر مریم، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کدیور دکتر ملیحه، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- گیوری اعظم، کارشناس ارشد پرستاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- لرنژاد دکتر حمید رضا، متخصص کودکان، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- مجیدی منیژه، کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان
- محقق دکتر پرینا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- محمدی مختار، کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مرزبان دکتر اصغر، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
- مرنودی دکتر علی رضا، فوق تخصص نوزادان، فرهنگستان علوم پزشکی ایران
- موحدی دکتر شهره، فوق تخصص زنان و زایمان و ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مؤید محسنی دکتر سکینه، متخصص زنان و زایمان، دانشگاه شاهد
- میثاقی ثریا، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- نریمان دکتر شاهین، فوق تخصص نوزادان، انجمن پزشکان نوزادان ایران
- نیری دکتر فاطمه، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- والا فر شهره، کارشناس مامایی، اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- وسکویی اشکوری خورشید، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- هاشمی، حمیده، کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید فیاض بخش
- یمانی سید تقی، پزشک عمومی، MPH، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فهرست مطالب

پیشگفتار

مقدمه

بخش اول: راهنمای علمی فرایندها

تعاریف

فصل اول: مراقبت‌های پیش از تولد

مراقبت‌های دوره بارداری

آمادگی برای تولد نوزاد:

- پیشگیری از عفونت
- آماده‌سازی اتاق زایمان / اتاق عمل
- تمیز کردن، گرما، روشنایی، حریم خصوص مادر

فصل دوم: مراقبت‌های هنگام تولد

هنگام تولد:

- پیشگیری از هیپوترمی
- بستن بند ناف
- احیاء نوزاد
- اندازه‌گیری و ثبت نمره آپگار
- اولین ارزیابی نوزاد
- اولین تماس مادر و نوزاد و آغاز شیردهی
- تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد
- مراقبت‌های بعدی برپایه ارزیابی عوامل خطر در نوزاد:
- نوزاد سالم
- نوزاد سالم در معرض خطر

- نوزاد بیمار

فصل سوم: مراقبت‌های معمول بعد از تولد

مقدمه

۳-۱ ارزیابی نوزاد طی دوره گذر:

۳-۱-۱ ارزیابی معمول وضعیت نوزاد

۳-۱-۲ روش ارزیابی:

- وزن

- قد

- دورسر

- سنجش دمای بدن

- شمارش ضربان قلب

- شمارش تنفس

- ارزیابی پرفوزیون محیطی

۳-۱-۳ تحمل تغذیه و دفع مدفوع و ادرار

۳-۱-۴ دوره گذر طبیعی

۳-۱-۵ گذر غیر طبیعی

۳-۲ ایمن سازی:

- هپاتیت ب

- ب ث ژ

- قطره فلج اطفال

۳-۳ تزریق ویتامین K

۳-۴ مراقبت از بندناف

۳-۵ مراقبت از پوست نوزاد

۳-۶ مراقبت از چشم‌ها

۳-۷ برقراری ارتباط عاطفی نوزاد و والدین

۳-۸ آموزش شیردهی در ساعات اول زندگی نوزاد

۳-۹ پوشاک نوزاد

فصل چهارم: دیگر مراقبت‌های لازم در طول دوران بستری

۴-۱- ارزیابی کامل نوزاد:

۴-۱-۱- معاینه نوزاد

- ارزیابی سن حاملگی
- خصوصیات ظاهری
- روش امتیازدهی بالارد

۴-۱-۲- غربالگری برای ردیابی مشکلات و اختلالات شایع:

- اندازه‌گیری هموگلوبین و هماتوکریت
- اندازه‌گیری قند خون
- گروه خون و ارهاش و کومبس مستقیم
- غربالگری عفونت باکتریال
- موارد دیگر

۴-۱-۳- علائم بیماری شدید

۴-۲- دیگر مراقبت‌های هنگام اقامت در بیمارستان تا زمان ترخیص

۴-۲-۱- مراقبت از نوزاد

۴-۳- آموزش مادر

۴-۴- مراقبت ویژه نوزاد به ظاهر سالم در بخش همراه مادر

۴-۵- ترخیص مادر و نوزاد:

۴-۵-۱- شرایط مناسب مادر

۴-۵-۲- شرایط مناسب نوزاد

۴-۵-۳- مشکلات ناشی از ترخیص زودرس

۴-۵-۴- اولین ارزیابی بعد از ترخیص

بخش ۲: فرایندها

فصل اول: فرایندهای اتاق زایمان

اول: ارزیابی مادر و جنین پیش از تولد

دوم: آماده سازی برای مراقبت از نوزاد.

سوم: پیشگیری از هیپوترمی

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

پنجم: قطع بندناف از مادر و کلامپ بندناف نوزاد

ششم: ارزیابی نوزاد در اتاق زایمان

هفتم: تماس پوست به پوست مادر و نوزاد

هشتم: خون گیری از بندناف

نهم: معاینه جفت و بندناف

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

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

دوازدهم: تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد

سیزدهم: برقراری ارتباط بین کارکنان مامایی و مراقبین نوزاد

چهاردهم: طبقه بندی نوزاد برحسب میزان خطر و انتقال نوزاد

فصل دوم: مراقبت های اتاق پس از زایمان

پانزدهم: اندازه گیری معیارهای رشد نوزاد (قد، وزن، دورسر)

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

هفدهم: ارزیابی نوزاد طی دوره گذر

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

نوزدهم: ایمن سازی نوزاد

بیستم: تزریق ویتامن K1

بیست و یکم: لباس پوشاندن به نوزاد

فصل سوم: مراقبت‌های بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد

- بیست و دوم: ملاقات نوزاد توسط خواهر و برادر نوزاد
- بیست و سوم: مشاوره و آموزش شیردهی در بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد
- بیست و چهارم: استحمام نوزاد
- بیست و پنجم: مراقبت از بندناف
- بیست و ششم: ارزیابی نوزاد در مدت اقامت در بیمارستان
- بیست و هفتم: معاینه کامل نوزاد
- بیست و هشتم: غربالگری شنوایی
- بیست و نهم: آموزش مراقبت‌های نوزاد به مادر در زمان حضور در بیمارستان
- سی‌ام: آموزش مادر قبل از ترخیص
- سی و یکم: ترخیص نوزاد
- سی و دوم: پیگیری بعد از ترخیص
- سی و سوم: ختنه
- سی و چهارم: مراقبت از نوزاد کم‌وزن سالم

بخش سوم: فرایندهای پشتیبان

- پشتیبانی مالی
- پشتیبانی وسایل و تجهیزات
- پشتیبانی فضاها و تاسیسات مورد استفاده
- پشتیبانی نیروی انسانی
- فرایندهای مستندسازی

بخش چهارم: مراحل تدوین برنامه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم

- اهداف آموزش
- محتوای آموزش
- راهبردهای آموزشی

- روش ارائه و ارتقای برنامه آموزشی
- فضای آموزش
- مدیریت برنامه آموزشی
- آموزش کاربران
- جدول کارگاه آموزشی
- آموزش مادران
- جدول برنامه آموزشی
- فضاهای فیزیکی و تجهیزات

۱. مشخصات فیزیکی و تجهیزات اتاق زایمان

۲. مشخصات فیزیکی و تجهیزات اتاق پس از زایمان

۳. مشخصات فیزیکی و تجهیزات بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد

۴. امکان انتقال مادر و نوزاد

نیروی انسانی

بخش پنجم: ضمائم، فرم‌ها و دستورالعمل‌ها

ضمیمه ۱: امکانات و تجهیزات

ضمیمه ۲: راهنمای بالینی معاینه جفت و بند ناف

ضمیمه ۳: راهنمای کشوری ختنه

ضمیمه ۴: راهنمای بالینی مراقبت سلامت روان مادر در دوران پس از زایمان

ضمیمه ۵: پیچیدن نوزاد جهت جابجایی

فرم اطلاعات نوزاد در بخش زایمان و اتاق عمل

فرم مراقبت از نوزاد سالم در بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد

فرم ثبت زایمان

فرم معاینه نوزاد

پیشگفتار:

از نوزادان مان صحیح، استاندارد و اصولی مراقبت نماییم.

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

از طرف دیگر ارائه مراقبت مطلوب به نوزاد، سبب داشتن جامعه سالم، کاهش هزینه‌های مراقبتی و درمانی در تمام سنین کودکی و حتی سایر دوران‌های سنی گردیده، در نتیجه سرمایه‌های اجتماعی را افزون‌تر خواهد نمود.

بدین لحاظ مجموعه‌ای با عنوان «راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد سالم» که حاوی مستندات علمی طبق استانداردهای جهانی ارائه شده در کشورهای توسعه یافته می‌باشد تهیه نموده تا با ارائه راهکارهای مناسب و استاندارد مراقبت‌های این دوران را در سراسر کشور مطلوب و یکسان نماید.

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

دکتر محمد اسماعیل مطلق

مدیر کل دفتر جمعیت، خانواده و مدارس

مقدمه:

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

بررسی اولیه منابع و متون علمی در کشورهای توسعه یافته برای ما آشکار نمود که کمیت و کیفیت خدمات ارایه شده به نوزاد سالم در کشور با استاندارد مورد نظر تفاوت‌های قابل توجهی دارد. از طرف دیگر بررسی اطلاعات حاصل از نظام مراقبت مرگ نوزاد، نشان دهنده یکسان نبودن خدمات ارایه شده در مناطق مختلف کشور بود. با توجه به این اطلاعات لزوم اتخاذ سیاست‌ها و راهکارهایی که منجر به تحول در کیفیت و کمیت خدمات مراقبت از نوزاد در بیمارستان‌های کشور گردد، منطقی به نظر می‌رسید. برای رسیدن به این هدف سعی نمودیم با استفاده از جدیدترین، در دسترس‌ترین و نزدیک‌ترین متون علمی به فرهنگ اسلامی و ایرانی کشورمان، مراقبت‌های لازم و معمول ویژه نوزادان را استاندارد نماییم و پس از ارزشیابی نهایی و اجرای آزمایشی آن به مرحله اجرا درآوریم. مجموعه تهیه شده توسط جمعی از اساتید هیئت علمی دانشگاه‌های کشور و گروهی از همکاران بهداشتی و درمانی صاحب نظر به صورت بحث گروهی مورد بررسی و تأیید نهایی قرار گرفت.

نتایج حاصل از فعالیت‌های صورت گرفته به صورت کتاب «راهنمای علمی ارائه خدمات استاندارد مراقبت از نوزاد سالم» توسط همکاران ارجمند سرکار خانم دکتر مهتا فاطمه بصیر عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سرکار خانم دکتر فرحناز صنیعی متخصص کودکان از دانشگاه علوم پزشکی تهران، سرکار خانم فاطمه گودرزی کارشناس مامایی از دانشگاه علوم پزشکی شاهد، جناب آقای دکتر عباس حبیب الهی متخصص کودکان و سرکار خانم حاجیه جعفری پردستی کارشناس اداره سلامت نوزادان و سایر کارشناسان محترم اداره سلامت نوزادان تهیه گردیده است. این کتاب با هدف بهبود کیفیت مراقبت‌های ویژه نوزاد سالم، کاهش هزینه‌ها و توجه به حقوق نوزاد منتشر می‌گردد تا همه کسانی که خدمت رسانی به مادر و نوزاد را برعهده دارند، بتوانند با استفاده از این راهنما بالینی تمامی خدمات مراقبتی از نوزاد سالم را به صورت استاندارد انجام دهند. لازم به ذکر است بخش علمی کتاب توسط سرکار خانم دکتر مهتا فاطمه بصیر تهیه و تنظیم گردیده است.

از تمامی استادان و همکاران خود در اداره سلامت نوزادان که در تهیه این بسته ما را یاری نموده‌اند بسیار سپاسگزاریم.

دکتر محمد حیدرزاده

رییس اداره سلامت نوزادان



بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ راهنمای علمی فرایندها



تعاریف

تعریف گروه هدف خدمات:

مراقبت سطح یک نوزادی شامل مراقبت از نوزاد سالم و به ظاهر سالم است:

✳ نوزاد سالم:

نوزاد سالم برطبق تعریف نوزادی است که:

- ✧ در معاینه دارای علائم حیاتی، فعالیت، ظاهر، رنگ و تغذیه طبیعی باشد. (دامنه طبیعی تغییرات: تعداد تنفس ۳۰ تا ۶۰ بار در دقیقه، ضربان قلب ۱۶۰-۱۲۰ bpm، دمای آگزیلاری $37.4^{\circ}\text{C} - 37.5^{\circ}\text{C}$)
- ✧ در سوابق مادری بیماری مرتبط با بارداری و جنین وجود نداشته باشد.
- ✧ سوابق بارداری و زایمان بدون عارضه باشند.
- ✧ شرح حال پس از تولد طبیعی داشته باشد.
- ✧ رسیده (ترم) متولد بین آغاز ۳۷ هفته (و صفر روز) و پایان ۴۱ هفته ۶ روز سن جنینی، با اندازه‌هایی متناسب با سن بارداری (AGA) است.

این گروه از نوزادان نیاز به مراقبت معمول (روتین) و شناسایی علائم یک بیماری احتمالی را

دارند.

✳ نوزاد به ظاهر سالم و "در معرض خطر"

یک نوزاد به ظاهر سالم "در خطر" نوزادی است با:

- ✧ علائم حیاتی، فعالیت و رنگ طبیعی دارد
- ✧ ممکن است تغذیه‌ای مناسب داشته باشد، ولی یک یا چند مورد از موارد زیر را داشته باشد:
- ✧ سوابق غیر طبیعی در شرح حال، از جمله:
 - سوابق غیر طبیعی مادری مانند سقط
 - شرح حال بارداری و زایمان غیرطبیعی مانند خونریزی، بیماری یا درمان دارویی مادر
- ✧ شرح حال تولد غیر طبیعی مانند ضریب آپگار پایین‌تر از ۷ در دقیقه اول عمر که به سرعت به احیا پاسخ داده باشد یا مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم



◀ احتمال عفونت حوالی زایمان

لکه تولد نزدیک به ترم، طبق تعریف برای این راهنما و تعریف سطح یک خدمات مادر و نوزاد: از آغاز ۳۵ هفته تا ۳۶ هفته و ۶ روز

سن جنینی) از گروه (late preterm infants)

لکه به ظاهر سالم ولی کم وزن با وزن تولد ۲۰۰۰ - ۲۵۰۰ گرم

لکه بر طبق تعریف مراقبت نوزاد سالم در سطح یک خدمات مادر و نوزاد برای نوزادان سالم با وزن تولد بالای ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم انجام می‌شود. اما در شرایط فعلی کشور ما که امکان بستری کردن همزمان مادر با نوزادش در همه جا مهیا نیست و در بسیاری از موارد بستری کردن نوزاد منجر به جدایی مادر از نوزاد می‌شود. لذا با تأمین امکانات مراقبت خوب و مناسب با وضعیت و نیاز نوزاد در خطر، از نوزاد به ظاهر سالم با وزن تولد ۱۸۰۰ - ۲۵۰۰ گرم تا زمانی که علامت بالینی یا فرابالینی (پاراکلینیک) غیرطبیعی ندارد، ممکن است در بخش همراه مادر (رومینگ-این) در کنار مادر نگهداری شود.

این گروه از نوزادان نیاز به توجه بیشتر و شناسایی علایم (بالینی / فرابالینی) بیماری احتمالی

دارند.

توضیحات برای تخمین سن جنینی

* تخمین سن جنینی:

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

* نوزاد نارس: متولد پیش از پایان ۳۶ هفته ۶ روز بارداری، یا پیش از ۲۵۹ روز پس از اولین روز آخرین قاعدگی

* نوزاد نارس نزدیک به ترم (Late preterm infants): متولد در سن جنینی بین ۳۴ (صفر روز) - ۳۶ هفته و ۶ روز / برابر با ۲۳۹

تا ۲۵۹ روز پس از اولین روز آخرین سیکل LMP. خطر مرگ در این گروه از نوزادان ۳ تا ۵ برابر نوزاد رسیده است.

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

* نوزاد پست ترم: متولد پس از آغاز هفته ۴۲ یا ۲۹۴ روز پس از اولین روز آخرین سیکل LMP



بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ مراقبت‌های پیش از تولد



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

۱) مراقبت‌های دوره بارداری

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

- ۱,۱- آماده کردن مادر برای زایمان و مراقبت از نوزاد
- ۱,۲- آماده‌سازی مادر برای شیردهی: مدیریت موفق آموزش شیردهی با شروع آموزش در دوران بارداری امکان‌پذیر می‌شود. در این دوران لازم است ضمن کسب اطلاعات در مورد سوابق بیماری و جراحی پستان و سوابق شیردهی در بارداری پیشین، مادر را در مورد مراقبت از پستان‌ها، برنامه‌ریزی تغذیه انحصاری با شیر مادر و اولین تماس و شیردهی وی در بدو تولد نوزاد مطلع و تشویق نمود. **شروع شیردهی در ساعت اول عمر** علاوه بر اینکه از میزان تنش نوزاد می‌کاهد و دلبستگی و وابستگی مادر و نوزاد را افزایش می‌دهد، نقشی مهم در تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد. لازم است مادر در مورد وقوع و اهمیت آن از پیش آگاه شده باشد.
- ۱,۳- جمع‌آوری اطلاعات در زمینه بارداری‌های پیشین و سوابق این بارداری، ایمن‌سازی، مصرف دارو و آزمایش‌های انجام شده
- ۱,۴- تکمیل فرم اطلاعاتی سوابق مادر، بارداری و زایمان

جمع‌آوری و انتقال اطلاعات درباره سوابق مادر، بارداری و زایمان برای مراقبت صحیح از نوزاد ضروری است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراقبت‌های پیش از زایمان به پروتکل اداره مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه فرمائید.

۲) آمادگی برای تولد نوزاد

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

۲,۱- پیشگیری از عفونت:

بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی علت فوت ۳۲٪ نوزادان، ابتلا به عفونت است. علاوه بر عفونت‌های انتقال یافته پیش از تولد، عدم رعایت اصول بهداشت سبب می‌شود که باکتری‌ها از راه پوست، بند ناف، دهان و بینی به بدن نوزاد نفوذ کنند. از طرف دیگر با رعایت اصول بهداشتی از انتقال بیماری‌هایی نظیر هپاتیت، ایدز به نوزاد و کارکنان بهداشتی پیشگیری می‌شود.

- همه افراد را ناقل احتمالی عوامل عفونی بپندارید.

- آماده شدن برای زایمان: عامل زایمان پیش از شروع زایمان دست‌های خود را به روش استاندارد بشوید. شستشوی مکرر دست‌ها ساده‌ترین و بهترین راه پیشگیری از انتقال عفونت است.
- برای ضدعفونی کردن وسائل و تجهیزات طبق راهنمای بالینی کشوری اقدام کنید.
- برای لمس هر ماده خیس یا مرطوب از دستکش استفاده کنید: پوست زخمی، مخاطات، خون، مایع آمنیوتیک و بدن نوزاد،
- با پوشیدن گان، عینک، ماسک و غیره خود را از خطر آلوده شدن بر اثر جهش مایع آمنیوتیک یا خون آلوده حفظ کنید.
- ظرفی ایمن برای دور انداختن جفت، سر سوزن و اشیاء برنده در نظر بگیرید.

۲،۱- آماده‌سازی اتاق زایمان/ اتاق عمل

- تمیز کردن اتاق زایمان و وسائل مورد نیاز
- گرما: دمای توصیه شده برای اتاق زایمان ۲۵ - ۲۸ درجه سانتی‌گراد است. یک دماسنج دیواری برای کنترل درجه حرارت محیط به دیوار اتاق نصب باشد. هنگام تولد نوزاد درها و پنجره‌ها را بسته و پنکه، کولر یا دستگاه تهویه هوا خاموش شود تا از جریان هوا، که سبب هیپوترمی نوزاد می‌شود، پیشگیری کنید.
- اگر از منبع تولید گرمای تابشی (گرم‌کننده تابشی) استفاده می‌کنید:
- تشک و سطح میز احیا باید پاک و گرم در ارتفاع مناسب برای احیا کننده قرار گرفته باشد. سطح تشک را با یک پوشش نخی بپوشانید. منبع تولید گرما باید حداقل در فاصله ۵۰ تا ۶۰ سانتیمتری بالای تخت احیا قرار گرفته باشد.
- دستگاه را به برق وصل کنید و سپس روشن کنید.
- اگر دستگاه سریع گرم می‌کند، کافیت چند دقیقه پیش روشن شود تا تشک و سطح میز احیا را گرم کند. میزان گرمای ایمن و مناسب را تعیین و تنظیم کنید. در صورت وجود گرم‌کننده تابشی با حرارت قابل کنترل مخصوص نوزاد حرارت آن را بروی روش «خود کنترل شده (servo-control)» گذاشته و حرارت مطلوب را برای دمای پوست به روی ۳۶ درجه تنظیم کنید. پروب سنجش دمای پوست را بروی شکم نوزاد بچسبانید. تیغه‌های شیشه‌ای اطراف میز را بالا بکشید تا از هدر رفتن دما به روش همرفت پیشگیری شود.
- در صورت فوریت و عدم دسترسی به دستگاه گرم‌کننده مخصوص نوزاد، می‌توان از دمای یک لامپ ۱۰۰ وات (یک چراغ پایه دار) نیز بهره برد. اتصال محافظ و میزان فاصله کافی لامپ از نوزاد برای پیشگیری از سوختگی تصادفی نوزاد رعایت شود.
- برای پیشگیری از خطر هیپوترمی و هیپرترمی (و سوختگی) تصادفی، دمای بدن نوزادی که در زیر یک منبع تولید گرما (به جز گرم‌کننده تابشی با حرارت کنترل شده servo-control) قرار داده می‌شود باید هر ده دقیقه یک بار حداقل با لمس ارزیابی شود. برای پیشگیری از هیپرترمی، نوزادی که در زیر گرم‌کننده تابشی روشن قرار دارد بهتر است عریان باشد. توجه داشته باشید که



برخی از منسوجات از مواد صناعی قابل اشتعال درست شده‌اند و ممکن است در دمای بالا مشتعل شوند.

- **روشنایی:** باید روشنایی اتاق برای ارزیابی رنگ و تنفس نوزاد کافی باشد. اگر نور ناکافی است، چراغ‌های اضافی را آماده کنید. روشنایی توصیه شده برای میز احیای نوزاد foot-candles ۱۰۰ است.



• حفظ حریم خصوصی مادر

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



بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در کشور

♦ مراقبت‌های هنگام تولد

مراقبت‌های هنگام تولد

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



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

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

اقدام دوم: تنفس و تون و وضعیت کلی نوزاد را ارزیابی نمایید.

اقدام سوم: برای نیاز نوزاد به احیا تصمیم‌گیری کنید.

معمولاً اقدامات اول تا سوم بطورهم زمان اجرا می‌شود.

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

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

اقدام پنجم: بند ناف را کلامپ و قطع کنید

اقدام ششم: کمک کنید تا شیر دهی آغاز شود.

اقدام هفتم: پیش از ترک محل زایمان، شرح مراحل مراقبت هنگام تولد، ثبت و اقدامات ضروری برای تشخیص هویت نوزاد انجام و فرم‌های مربوط تکمیل شود.

پیشگیری از هیپوترمی

نوزاد بلافاصله پس از تولد با یک حوله استریل از پیش گرم شده خشک می‌شود و در یک محیط گرم، در تماس پوست با پوست با مادر و یا - در صورت وجود مورد منع پزشکی - در زیر یک گرم‌کننده تابشی که از پیش روشن شده قرار می‌گیرد.

اغلب موارد هیپوترمی در دقایق اول عمر روی می‌دهد. دمای بدن نوزاد رسیده طی ۱۰ تا ۲۰

دقیقه اول عمر ممکن است $^{\circ}\text{C}$ ۴-۲ کاهش یابد.

• بلافاصله نوزاد را در یک حوله تمیز و گرم بپیچید و خشک کنید. حین خشک کردن نوزاد، با مالش وی را تحریک حسی

کنید. قفسه سینه پشت و پای او را مالش دهید. حوله خیس را کنار گذارده نوزاد را در حوله‌ای پاکیزه، خشک و گرم بپیچید.

• **ضمن خشک کردن، نوزاد را از نظر نیاز به احیاء ارزیابی کنید.** این عمل با پاسخ به پرسش‌های زیر انجام می‌شود:

۱. آیا نوزاد گریه می‌کند و تنفس دارد؟

۲. آیا تون عضلانی خوب است؟

۳. آیا نوزاد ترم (رسیده) است؟

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

• در صورت نیاز، ترشحات داخل دهان نوزاد را به وسیله یک پوار یا یک پارچه استریل از ترشحات تخلیه کنید. معمولاً نوزادانی که با زایمان طبیعی متولد می‌شوند ترشحات کمتری دارند.

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

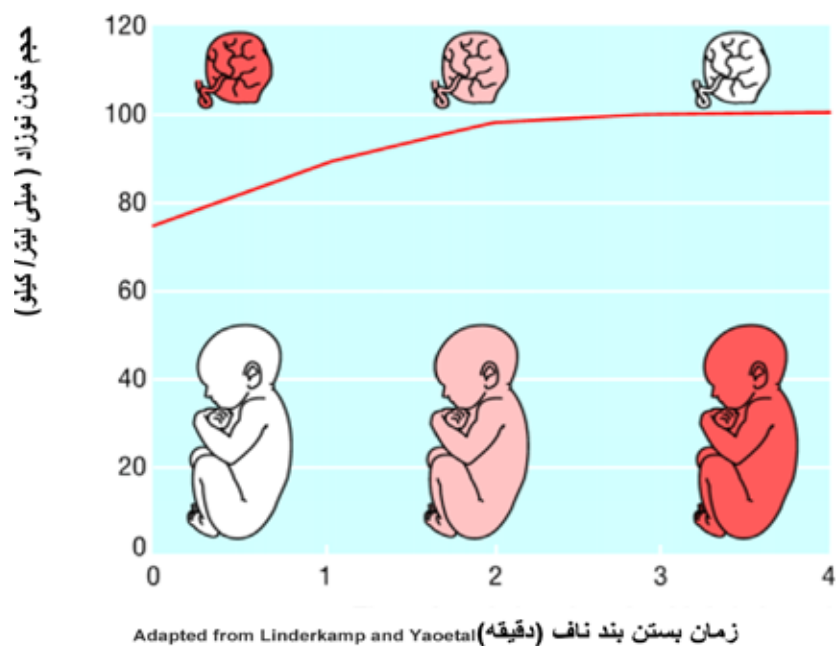
بستن بند ناف

زمان مناسب برای بستن بند ناف بین ثانیه ۳۰ تا ۱۲۰ پس از تولد است: مطالعات اخیر نشان داده است که یک تأخیر ۳۰ - ۱۲۰ ثانیه برای بستن بند ناف نوزادانی که نیاز به احیاء فوری ندارند، احتمال خونریزی پس از زایمان و نیاز به تزریق خون را کاهش داده و ذخیره آهن نوزاد را افزایش می‌دهد. این امر به خصوص برای نوزادانی که در کشورهای در حال توسعه متولد می‌شوند پر اهمیت است.

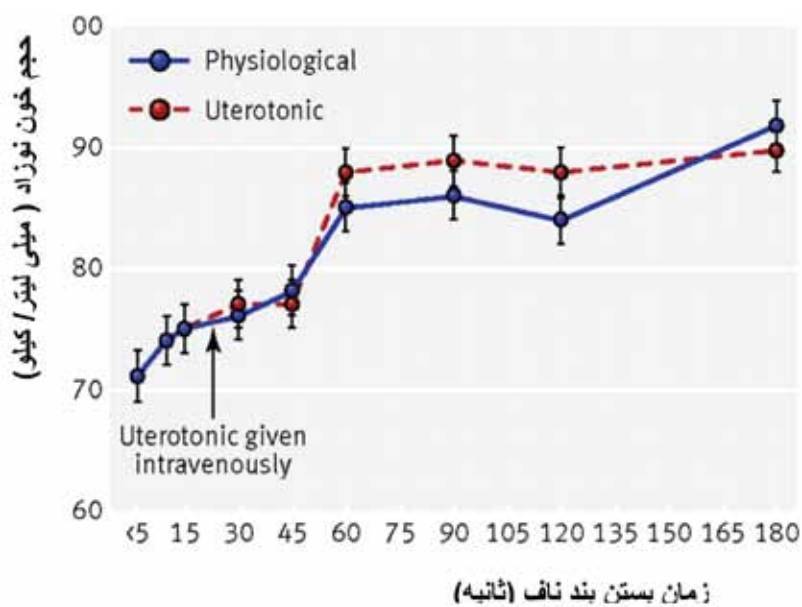
تأخیر طولانی در بستن بند ناف با افزایش میزان شیوع زردی نوزادی و نیاز به فتوتراپی همراه است.

بدیهی است که در صورت عدم تنفس و بدحالی نوزاد و نیاز به احیاء، بند ناف باید هرچه سریع‌تر قطع و عملیات احیاء آغاز شود.





شکل ۲) نسبت زمان بستن بند ناف و حجم خون انتقال یافته به نوزاد



شکل ۳) نسبت زمان تأخیر در بستن بند ناف و حجم خون انتقال یافته به نوزاد

با یا بدون استفاده از داروی القای زایمان

احیای نوزاد

اکسیژن و وسایل مورد نیاز، قابل استفاده و استریل احیا باید همیشه در دسترس باشد.

در صورتی که نوزاد نیاز به اکسیژن درمانی دارد، برای پیشگیری از کاهش دمای بدن نوزاد، بهتر است اکسیژن با جریان/ فشار کم (حدود ۵ L/min) استفاده شود. جریان مستقیم اکسیژن، اگر گرم و مرطوب نباشد و به خصوص اگر با جریان بالا، مثلاً برابر یا بیشتر از ۱۰ L/min تجویز شود، از راه مکانیسم همرفت، سبب ایجاد هیپوترمی در نوزاد می شود. طی اکسیژن درمانی و احیا، دمای بدن نوزاد را به طور مکرر کنترل کنید.

در مورد روش احیای نوزاد به برنامه کشوری احیای نوزاد مراجعه شود.

تخلیه ترشحات و پاک کردن مجاری تنفسی

• وقتی مایع آغشته به مکنونیوم نیست

تحقیقات سال‌های اخیر تأکید بر آن دارند که «ساکشن» و استفاده از پوار فقط در صورتی انجام گیرد که ترشحات سبب انسداد راه‌های تنفسی شده باشند؛ زیرا انجام «ساکشن» حتی با پوار، ممکن است منجر به بروز برادی کاردی نوزاد شود. در صورتی که نوزاد نیازمند به احیا نیست و گریه و تنفس خوبی دارد می توان نوزاد را بر روی پهلوی بخوابانید و ترشحات را با گاز یا پارچه تمیزی پاک کنید.

• در صورتی که مایع آغشته به مکنونیوم است

میزان شیوع مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم بین ۷٪ تا ۲۰٪ در تولد زنده می باشد. اگر این اختلالات همراه با اسیدوز جنینی و/ یا ضربان غیر طبیعی قلب جنین باشد، مطرح کننده هیپوکسی جنینی است و نوزاد در ساعات بعدی نیاز به توجه بیشتر دارد. اگر مکنونیوم دفع شده پیش یا حین تولد، توسط جنین آسپیره گردد، ذرات حاوی در آن سبب انسداد راه‌های هوایی تحتانی و در نتیجه منجر به هیپوکسی شدید، التهاب، عفونت و عوارض تنفسی می گردد. به این وضعیت سندرم آسپیراسیون مکنونیوم (MAS) می گویند. براساس راهنمای احیای نوزاد:

• اگر مایع آغشته به مکنونیوم ولی نوزاد سر حال است یعنی ضربان قلب بیش از ۱۰۰ bpm بار در دقیقه، تون عضلات طبیعی

و تنفس طبیعی دارد، نیاز به احیا و لوله گذاری داخل نای وجود ندارد؛ هر چند بهتر است که در جوار مادر، تحت مراقبت و ارزیابی بیشتر تنفس، تحمل تغذیه و حال عمومی باشد.

• اگر مایع آغشته به مکنونیوم است و نوزاد در بدو تولد تنفس خوب ندارد، ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ bpm یا بی

حال و کبود است نیاز به احیا و لوله گذاری سریع داخل نای برای تخلیه ترشحات وجود دارد.



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

اندازه‌گیری و ثبت نمره آپگار

برای کلیه نوزادان نمره آپگار در دقیقه اول و پنجم پس از تولد، با توجه به وضعیت بالینی نوزاد محاسبه و ثبت می‌گردد. هیچ‌گاه نباید شروع عملیات احیا را تا زمان اندازه‌گیری نمره آپگار دقیقه اول به تعویق انداخت. اگر در دقیقه پنجم زندگی، جمع امتیاز هم‌چنان پایین‌تر از ۷ بماند، باید اندازه‌گیری نمره آپگار را هر ۵ دقیقه (حد اکثر دقیقه ۲۰ عمر) و/یا تا زمان دسترسی به نمره آپگار بالاتر از ۷ تکرار کرد.

اندازه‌گیری نمره آپگار یکی از ساده‌ترین راه‌های تعیین وضعیت بالینی نوزاد بوده، پاسخ به فرایند احیا را تعیین می‌کند.

نمره آپگار می‌بایست در تمام نوزادان در پایان دقیقه اول و پایان دقیقه پنجم عمر اندازه‌گیری و ثبت شود، زمان شروع احیا را نباید تا پایان دقیقه اول عمر به تأخیر انداخت.

عواملی سبب کاهش نمره آپگار می‌گردند عبارتند از:

- دیسترس جنینی به دلیل هیپوکسی پیش و/یا حین زایمان
- بیهوشی عمومی یا درمان دارویی مادر برای کاهش درد طی ۴ ساعت اخیر
- وزن کم تولد و نارسایی نوزاد (وزن زیر ۱۵۰۰ گرم)
- زایمان سخت یا تروماتیک
- ساکشن شدید و مکرر حلق پس از زایمان (سبب بروز اختلال در شروع تنفس نوزاد می‌شود)
- دیسترس تنفسی شدید



سن حاملگی _____ هفته

جدول درجه بندی آپگار

نشانه	۰	۱	۲	دقیقه ۱	دقیقه ۵	دقیقه ۱۰	دقیقه ۱۵	دقیقه ۲۰
رنگ								
ضربان قلب	ندارد	کمتر از ۱۰۰ در دقیقه	بیشتر از ۱۰۰ در دقیقه					
واکنش به تحریک	پاسخ نمی دهد	تغییر چهره	گریه و واکنش					
تون عضلانی	قل	فلکسیون مختصر						
تنفس	وجود ندارد	گریه ضعیف، تنفس کم	خوب گریه می کند					
جمع								
توضیحات	احیاء							
	دقیقه							
	۲۰							
	۱۵							
	۱۰							
	۵							
	۱							
	اکسیژن							
	PPWN-CPAP							
	لوله گذاری داخل تراشه							
	فشردن قفسه سینه							
	ای بی نفرین							

شکل ۴) جدول محاسبه ضریب آپگار

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

اولین ارزیابی نوزاد

هدف از این ارزیابی اولیه در اتاق زایمان و پس از تولد بررسی کلی وضعیت نوزاد است. این ارزیابی به منظور تصمیم گیری برای نیاز به بستری کردن / ارجاع فوری نوزاد انجام می شود. طی این ارزیابی که در ساعت اول عمر انجام می شود، ضمن در نظر گرفتن

نمره آپگار و سوابق بارداری و زایمان، وجود ناهنجاری یا بیماری مهلک، حال عمومی و علائم ظاهری نوزاد بررسی می‌شود و سن جنینی (و وزن) نوزاد تخمین زده می‌شود. (به بخش شماره ۲: ارزیابی عوامل خطر در نوزاد مراجعه کنید)

اولین تماس مادر و نوزاد و آغاز شیردهی

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

پیش از این که نوزاد سالم را در آغوش مادر بگذارید، ضمن خشک کردن، خون، مکنونیوم و موکوس را از پوست نوزاد، پاک کنید. اولین تماس باید در حضور یک همراه آگاه و مطلع یا در حضور کارکنان اتاق زایمان/ اتاق عمل صورت گیرد.

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

تماس نزدیک و طولانی مدت مادر و نوزاد به برقراری زودرس روابط متقابل - دلبستگی و وابستگی - کمک می‌کند. این رفتار، تغذیه در ساعت اول عمر را بهتر، امکان‌پذیر می‌کند.

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

اگر امکان تماس پوست به پوست نوزاد و مادر در بدو تولد وجود ندارد، نوزاد را خشک کرده در حوله گرم بپوشانید، سرش را با کلاه پوشانده در کنار مادر قرار دهید و مادر را به شیردهی در ساعت اول عمر تشویق نمایید.

اگر زایمان با سزارین و با بیهوشی موضعی انجام می‌شود تماس اولیه مادر و نوزاد و شیر دهی در اولین زمان و پیش از خروج نوزاد از اتاق عمل، انجام شود. هیپوترمی و مشکلات شیردهی در نوزادانی که در اتاق عمل متولد می‌شوند، شایع‌تر است و نیاز به دقت بیشتر برای پیشگیری و شناسایی آن است.

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



وزن کردن و نیز در اکثر موارد انجام تزریقات را می‌توان ۱ تا ۲ ساعت به تأخیر انداخت. از حمام کردن نوزاد حداقل در شش ساعت اول عمر و تا تثبیت کامل وضعیت وی پرهیز کنید. مناسب‌ترین زمان برای اولین حمام کامل نوزاد پس از ساعت ۲۴ عمر است.

تعیین هویت و تأمین امنیت نوزاد

برای تأمین امنیت نوزاد رعایت راه‌کارهای پیشنهادی زیر ضروری است:

- مشخصات نوزاد بایستی بلافاصله پس از زایمان و در هر صورت، پیش از جدا کردن مادر و نوزاد برای انجام تزریقات روتین یا ارجاع، ثبت شود.
- برگه‌ای برای ثبت اطلاعات برای قرار دادن داخل نوارهای پلاستیکی میچ‌بند (که بر میچ دست یا میچ پای نوزاد بسته می‌شود) نوزاد آماده کنید. برای هر نوزاد حداقل یک نوار ثبت اطلاعات (میچ‌بند نوزاد) در نظر گرفته شود.
- نوارهای ثبت اطلاعات (میچ‌بند نوزاد) بهتر است سه نوار در نظر گرفته شود، نوار اول جهت نوزاد، نوار دوم جهت مادر و نوار سوم جهت پدر یا فردی که توسط مادر معرفی شده است.
- برای تکمیل نوار میچ‌بند نوزاد حداقل مشخصات زیر ذکر شود:

(۱) جنسیت نوزاد

(۲) نام و نام خانوادگی مادر

(۳) تاریخ و ساعت دقیق تولد

(۴) شماره‌ی نوار شناسایی نوزاد (که در پرونده مادر ثبت شده) یا شماره پرونده مادر

(۵) موارد دیگر برحسب سیاست‌های زایشگاه: نام پزشک معالج/عامل زایمان، گروه خون مادر، نام خانوادگی پدر

مراقبت‌های بعدی بر پایه ارزیابی عوامل خطر در نوزاد

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

۱. نوزاد سالم

- نوزاد «سالم» که بیش از ۸۰٪ کل نوزادان را در بر می‌گیرد، مشخصات زیر را دارد:
- سیر بارداری، درد و زایمان طبیعی بوده است.
- مادر سابقه بیماری اثرگذار بر جنین را ندارد.



* نوزاد رسیده (ترم) متولد بین آغاز ۳۷ هفته (و صفر روز) و پایان ۴۱ هفته ۶ روز سن جنینی، با اندازه‌هایی متناسب با سن بارداری (AGA)

- ◀ امتیاز آپگار دقیقه اول برابر یا بالای ۷ بوده و نوزاد احیا نشده است
- ◀ وزن تولد بین ۲۵۰۰ گرم (صدک ۱۰) و ۴۰۰۰ گرم (صدک ۹۰) است
- ◀ نوزاد صدمات زایمانی نداشته است
- ◀ در معاینه بالینی اولیه نوزاد سالم به نظر می‌رسد و ناهنجاری یا اختلالات تکاملی قابل تشخیص وجود ندارد
- ◀ نوزاد خوب شیر می‌خورد
- ◀ از لحظه تولد تا این لحظه سیر طبیعی داشته و اختلالی بروز نکرده است

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

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

کسب اطلاعات دقیق درباره سوابق و پس از آن به وسیله پایش نوزاد ثابت شود.

۲. نوزاد سالم در معرض خطر

یک «نوزاد سالم در معرض خطر»، به ظاهر سالم است و نیاز به درمان سریع برای حل مشکلات را ندارد. نوزاد به ظاهر سالم نوزادی است که یک یا چند مورد از موارد زیر را دارا می‌باشد:

- سن جنینی ۳۵ هفته و صفر روز تا ۳۶ هفته و ۶ روز
- وزن تولد بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم. در صورت وجود امکان مراقبت مناسب در بخش زنان، نوزاد به ظاهر سالم با وزن ۱۸۰۰ تا ۲۰۰۰ گرم ممکن است در کنار مادر مراقبت شود.
- نوزاد با وزن تولد بالای ۴۰۰۰ گرم
- سابقه بعضی بیماری‌های مادر: بیماری پیش از بارداری یا حین بارداری، احتمال عفونت
- نمره آپگار دقیقه اول پایین‌تر از ۷ که به سرعت بهبود یافته است
- ناهنجاری‌های کوچک (مینور).





- زایمان مشکل با صدمات زایمانی خفیف، مانند سفال هماتوم
- ناسازگاری گروه خونی / Rh مادر و نوزاد
- مصرف دارو توسط مادر
- مشکلات گذرا و کوتاه مدت تغذیه (یکی دو ساعته)
- مسائل اجتماعی و مراقبت ناکافی حین بارداری

یک «نوزاد سالم در معرض خطر»، به ظاهر سالم است و نیاز به درمان سریع برای حل مشکلات ندارد. پیش آگهی وی بستگی به اقدامات پیشگیری و تداوم و تکرار ارزیابی وضعیتش دارد. باید به دفعات و به طور دقیق علایم حیاتی وی ارزیابی کرد. زیرا علایم حیاتی مختل، اولین هشدار برای بروز مشکلات احتمالی ای است که می تواند به مرور آشکار شوند. با این روش درمان سریع بیماری خطیر نوزاد به موقع میسر می گردد.

۳. نوزاد بیمار

یک نوزاد بیمار، نوزادی است که دارای علایم حیاتی، فعالیت، رنگ و یا روند غیرطبیعی تغذیه باشد. نوزادان مبتلا به ناهنجاری های مهم و نوزادان نارس کمتر از ۳۵ هفته یا کم وزن (کمتر از ۲۰۰۰ گرم) در این گروه قرار می گیرند. نوزادی که پیش از این سالم به نظر می رسیده و یا یک نوزاد سالم در معرض خطر ممکن است در ارزیابی های بعدی جزو این گروه قرار گیرد که با علایم حیاتی، رنگ و فعالیت و روند غیرطبیعی تغذیه مشخص می گردد.

یک نوزاد بیمار که علایم غیر طبیعی در او ظاهر می شود نیاز به درمان و اقدام فوری دارد. اقدامات تشخیصی و درمانی (درمان نگه دارنده) باید به سرعت آغاز و بر حسب امکانات برای ارجاع یا بستری کردن نوزاد اقدام شود.

در صورتی که علایم حیاتی نوزاد بیمار طبیعی شوند، از آن به بعد نوزاد از نظر مراقبت، یک «نوزاد در معرض خطر» (گروه دوم) به حساب می آید. پیگیری نتایج اقدامات تشخیصی انجام شده، ضمن پایش نوزاد باید هم چنان ادامه یابد.



بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در کشور

♦ مراقبت‌های معمول پس از تولد (۶ تا ۱۲ ساعت اول عمر)

مقدمه

گذر از دوره جنینی به دوره نوزادی یکی از پر مخاطره‌ترین مراحل است که انسان در طول عمر می‌گذراند. مراحل گذر بطور معمول ۶ تا ۱۲ ساعت طول می‌کشد. طی این دوره تحولات بزرگی در سیستم قلبی تنفسی، متابولیکی، کلیوی و گوارشی نوزاد روی می‌دهد. بسیاری از ناهنجاری‌ها و بیماری‌های نوزاد طی این دوره قابل تشخیص می‌شوند. از این رو ترخیص ایمن نوزاد پیش از ۱۲ ساعت اول عمر امکان‌پذیر نیست.

از طرف دیگر ساعات اول عمر برای برقراری رابطه عاطفی نوزاد با والدین بسیار اثرگذار و با اهمیت است. بهتر است که نوزادان سالم این دوره را در کنار مادر و در حضور خانواده (پدر، خواهر و برادر) یا همراهی که از پیش تعیین شده سپری کنند. مراقبت در این دوره بر اساس سه اصل ارزیابی، پایش و حمایت روابط عاطفی مادر و نوزاد استوار است.

اجزای مراقبت معمول پس از تولد به شرح زیر است:

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

۳,۱-ارزیابی نوزاد طی دوره گذر:

۳,۱,۱-ارزیابی معمول وضعیت نوزاد

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

دمای محیطی که نوزاد در آنجا مراقبت می‌شود، باید حداقل 25°C درجه سانتیگراد باشد و در معرض جریان هوا قرار نگیرد.



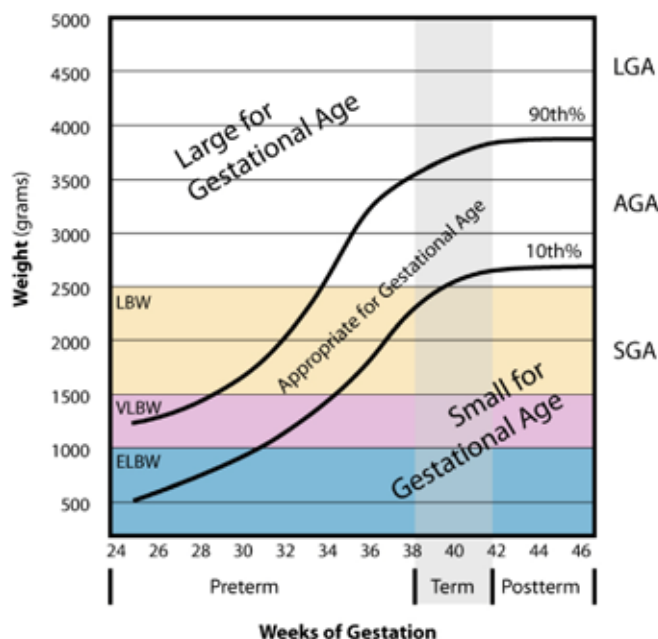
۳،۱،۲- روش ارزیابی

اندازه گیری وزن، قد و دور سر

هر نوزاد باید در ساعات اول عمر وزن شود. وزن کردن نوزاد باید در شرایط مناسب با رعایت اصول بهداشت - شستن دست ها، تمیز بودن ترازو - تعویض کاغذ بر روی صفحه ترازو پیش از هر بار استفاده - و حفظ دمای بدن نوزاد صورت گیرد.

* وزن

۱. ترازو را در روی میز و در محل مطمئن قرار دهید.
۲. از گرم بودن محیط نوزاد در تمام زمان اندازه گیری مطمئن شوید.
۳. کاغذ یک بار مصرف یا پارچه نازک و استریل را در ترازو قرار دهید. (می توانید از شان استفاده کنید)
۴. ترازو را هر بار پس از قرار دادن پارچه خشک تنظیم کنید.
۵. نوزاد را بدون هیچ پوششی با احتیاط روی ترازو قرار دهید.
۶. وزن نوزاد را بخوانید.



۷. عدد خوانده شده برای وزن را در فرم ثبت کنید.

* قد

۱. روی سطح قدسنج، کاغذ یکبار مصرف یا پارچه نازک و استریل قرار دهید. (می توانید از شان استفاده کنید)

۲. نوزاد را روی قد سنج قرار دهید.

۳. سر نوزاد را به قسمت بالایی قدسنج بچسبانید.

۴. گردن نوزاد را راست نگه دارید و دقت کنید محور بدن نوزاد مستقیم بماند.

۵. به آرامی پاهای نوزاد را در امتداد بدنش قرار داده و قد نوزاد را اندازه‌گیری کنید.

۶. عدد خوانده شده را در فرم ثبت کنید.

* دور سر

۱. نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.

۲. متر را دور سر نوزاد به طور صحیح قرار دهید.

۳. دور سر نوزاد را از بر جسته‌ترین نقطه پشت سر تا بر جسته‌ترین نقطه روی پیشانی اندازه بگیرید. (متر نواری در قسمت جلو،

روی برآمدگی ابروها تقریباً یک سانتی متر بالای پل بینی قرار گیرد، به گونه‌ای که از استخوان اکسیپیتال و پاریتال و فرونتال رد شود).

۴. اندازه به دست آمده را بخوانید و یادداشت نمایید.



شکل ۶- روش صحیح اندازه‌گیری دور سر

در صورتی که اقامت نوزاد در بیمارستان طولانی‌تر از یک روز باشد نوزاد نیاز به ارزیابی و

توزین روزانه، در شرایط یکسان دارد.

* سنجش دمای بدن:

➤ روش سنجش

۱. دماسنج جیوه‌ای: پس از پایین آوردن جیوه تا حد ۳۵ درجه، در حفره زیر بغل قرار داده، بازو را به پهلوی وی با فشار ملایم ثابت نگه داشته و سپس بعد ۵ دقیقه خوانده شود.
۲. دماسنج دیجیتال: به مدت ۵ دقیقه (یا برحسب توصیه سازنده دماسنج) در حفره زیر بغل قرار داده، بازو را به پهلوی وی با فشار ملایم ثابت نگه داشته و سپس خوانده شود. دماسنج دیجیتال ایمنی بیشتری دارد دما را با دقت مناسب نشان می‌دهد و برای تشخیص هیپوترمی مناسب‌تر است.
۳. دماسنج الکتریکی: در صورت قرار دادن نوزاد به طور مداوم در زیر گرم‌کننده تابشی، محل مناسب پروب در قسمت تحتانی و چپ شکم در صورت وضعیت خوابیده به پشت) و پائین پشت در صورت قرار گرفتن در وضعیت بروی شکم است. پروب، برای انتقال صحیح دما، باید بروی استخوان یا نسج کبد یا اندام‌ها قرار داده نشود. دماسنج الکتریکی امکان پایش مداوم دمای بدن را می‌دهد و برای نوزاد بیمار یا در معرض خطر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

- ◀ سنجش روتین دمای بدن نوزاد از طریق مقعد توصیه نمی‌شود. ولی در صورت شک به هیپوترمی و در زمانی که هیپوترمی را درمان می‌کنیم، سنجش دما باید از راه مقعد انجام گیرد. در این صورت نوک دماسنج تا ارتفاع حدود ۲ سانتیمتر در مقعد نوزاد فرو برده ۳ دقیقه نگه داشته شود.
- ◀ دمای بدن نوزاد سالم با وزن بالای ۲۰۰۰ گرم، حداقل یک بار با دماسنج اندازه‌گیری شود. در صورت طبیعی بودن، در دفعات بعدی، کنترل دمای بدن با لمس دست‌ها و پاها قابل انجام است.

لمس گرمای پوست بدن	لمس گرمای پوست انتهایها	تفسیر
گرمای مناسب	گرمای مناسب	دمای طبیعی
گرمای مناسب	سرد	هیپوترمی خفیف / استرس سرما
سرد	سرد	هیپوترمی

- ◀ در صورت شک به هیپوترمی دمای بدن نوزاد باید از طریق مقعد مجدداً اندازه‌گیری شود. ضمن درمان هیپوترمی استفاده از دماسنجی که درجات زیر ۳۵ درجه سانتی‌گراد را اندازه‌گیری کند، ارجح است.
- ◀ ضمن دوباره گرم کردن یک نوزاد هیپوترم، سنجش دما تا رسیدن به دمای طبیعی، از طریق مقعد انجام پذیر است، زیرا در حین درمان دمای پوست از دمای مرکزی بالاتر است. (به راهنمای بالینی درمان هیپوترمی بر اساس برنامه ACORN مراجعه گردد).
- ◀ شمارش ضربان قلب / نبض: حداقل یک بار در ۶۰ ثانیه کامل، سپس در صورت ریتم منظم، شمارش ضربان قلب یا نبض

طی ۶ ثانیه ($10 \times$) اندازه‌گیری می‌شود.

◀ **شمارش تنفس:** شمارش تعداد تنفس طی یک دقیقه کامل با مشاهده حرکات تنفسی نوزاد یا قرار دادن دست بروی شکم وی انجام می‌شود.

◀ **ارزیابی پرفوزیون محیطی:** کاهش پرفوزیون محیطی با موتلینگ (شبکه‌ای شدن پوست) انتهای سرد و رنگ پریدگی مشخص می‌شود. برای نوزادان در معرض خطر زمان دوباره پر شدن مویرگی که به وسیله فشاری بر روی پوست پشت دست یا پای نوزاد به منظور تخلیه موضعی موقت خون انجام می‌شود صورت می‌گیرد. زمان طبیعی دوباره پر شدن مویرگ‌ها کمتر از سه ثانیه است.

۳-۱-۳- تحمل تغذیه و دفع مدفوع و ادرار

◀ **تغذیه**

- دفعات و مدت تغذیه با شیر مادر گزارش شود.
- وضعیت مادر و نوزاد هنگام شیردهی، نشانه‌های وضعیت درست شیرخوردن نوزاد طی اقامت در بیمارستان حداقل روزی دو بار طی بستری بررسی و گزارش شود. (به ضمایم - بخش شیردهی - مراجعه شود.)
- ◀ اولین دفع مدفوع در اغلب نوزادان سالم در طی ۲۴ ساعت اول عمر است. عدم دفع مدفوع طی ۴۸ ساعت اول عمر، احتمال انسداد دستگاه گوارشی تحتانی را مطرح می‌کند.
- ◀ اولین دفع ادرار در اغلب نوزادان سالم در طی ۱۲ ساعت اول عمر است. عدم دفع مدفوع طی ۲۴ ساعت اول عمر احتمال بیماری یا انسداد مجاری ادراری را مطرح می‌کند.

۴-۱-۳- دوره گذر طبیعی

نوزاد سه مرحله را طی می‌کند:

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



۵-۱-۳- دوره گذر غیر طبیعی

علائم متعددی دارد از جمله:

- تاکی پنه < 60 پس از ساعت ۶ عمر
- برادی پنه > 30 در دقیقه
- ناله زنش پره‌های بینی یا رترکشن پس از ساعت دوم عمر
- سیانوز مرکزی پس از چند دقیقه اول عمر
- بی‌اشتهایی، بی‌حالی و ناتوانی در مکیدن
- خواب آلودگی غیر طبیعی
- هیپوتونی یا هیپر تونی شدید
- لرزش شدید و مکرر انتهاها (Jitteriness)
- استفراغ مکرر و مقاوم، اتساع شکم

علل غیر طبیعی بودن دوره انتقال را باید جستجو کرد. عوارض نارسایی و کم‌وزنی، بیماری‌های نوزاد، عفونت، هیپوترمی، اختلالات متابولیکی شایع مانند: هیپوگلیسمی یا اسیدوز، آسفیکسی و صدمات زایمانی، انسداد گوارشی و مصرف داروهای تسکین‌دهنده حین زایمان شایع است.

اقدامات فوری:

- اگر نوزاد کبود است: اکسیژن درمانی بر حسب مورد با اکسی هود با ۵ تا ۷ لیتر / دقیقه اکسیژن - یا دستگاه‌های ارائه‌دهنده تهویه با فشار مثبت در صورت تنفس نا مؤثر یا هیپوکسی حاد - **معاینه اورژانس پزشک**
- اگر تنفس نوزاد برابر یا تندتر 60 در دقیقه و یا رترکشن یا ناله دارد: اکسیژن درمانی با هود - ۵ تا ۷ لیتر در دقیقه و **معاینه اورژانس پزشک**

اورژانس پزشک

- اگر تنفس کندتر از ۳۰ در دقیقه است: اکسیژن درمانی یا تهویه با فشار مثبت (تهویه کمکی) و **معاینه اورژانس پزشک**
- اگر بند ناف خونریزی دارد: یک گیره اضافه شود. در صورت عدم امکان کنترل خونریزی طی حداکثر ۵ دقیقه از زمان مشاهده و اقدام، در صورت خونریزی شدید ناف و یا در صورت بروز علائم بالینی مانند تاکی پنه و تاکی کاردی ناشی از خونریزی، **معاینه اورژانس پزشک ضروری است.**
- اگر نوزاد بی‌حال است یا قادر به مکیدن نیست، **معاینه اورژانس پزشک ضروری است.**



- کاهش پرفوزیون محیطی و اندام‌های سرد همراه با تاکی پنه و تاکی کاردی، احتمال شوک را مطرح کرده و معاینه اورژانس پزشکی ضروری است.

- کاهش پرفوزیون محیطی و اندام‌های سرد، احتمال هیپوترمی را مطرح می‌کند. سنجش دمای نوزاد انجام شود در صورتی که دما کمتر از ۳۶ درجه سانتی‌گراد (هیپوترمی متوسط یا شدید) باشد. ضمن شروع درمان هیپوترمی، درخواست معاینه اورژانس پزشکی نمایید.

گرم کردن نوزاد در صورت هیپوترمی متوسط یا شدید باید به طور تدریجی، ۰/۵ درجه سانتی‌گراد در ساعت با کنترل دما از راه مقعد صورت گیرد.

گرم کردن سریع، استفاده از کیسه آب گرم و قرار دادن زیر حرارت کنترل نشده گرم‌کننده تابشی سبب تجمع خون در زیر بافت پوست شده و منجر به شوک و بد حال تر شدن نوزاد می‌شود.

ضمن دوباره گرم کردن نوزاد خطر هیپوگلیسمی، شوک و هیپوکسی وجود دارد و اسیدوز متابولیک نوزاد ممکن است نیاز به درمان داشته باشد. به دلیل خطر هیپوگلیسمی در صورت عدم امکان درمان وریدی، نوزاد ترجیحاً از طریق گاوآژ تغذیه شود.

در صورت بروز هیپوترمی در نوزاد بدون علت واضح، باید بیماری‌های زمینه‌ای به خصوص احتمال ابتلا وی به عفونت باکتریایی را در نظر داشت.

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

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

۳،۲- ایمن سازی

هپاتیت B (Hepatitis B):

- ۰/۵ میلی لیتر عضلانی در ساعات اول عمر تزریق می‌شود.



- واکسن هپاتیت B برای نوزادان نارس با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم، چنانچه به موقع مراجعه کرده باشند در ۴ نوبت انجام می شود. (بدو تولد - یک ماهگی - دو ماهگی و شش ماهگی).
- در صورتی که مادر HBs Ag مثبت باشد، نوزاد باید به طور همزمان ۰/۵ میلی لیتر ایمنو گلوبولین اختصاصی هپاتیت B در عضله ران دیگر نسبت به محل تزریق واکسن، دریافت کند. درمان بهتر است در اسرع وقت، ترجیحا ظرف ۱۲ ساعت پس از تولد انجام شود. در صورت عدم دسترسی به سرم اختصاصی، تزریق واکسن در ساعات اول عمر حدود ۷۰ تا ۸۰٪ ایمنی ایجاد می کند.
- اگر بعد از تولد و پس از تزریق واکسن هپاتیت B مشخص شود که مادر HBs Ag مثبت بوده، حداکثر زمان در یافت سرم اختصاصی یک هفته بعد تولد می باشد.
- کلیه نوزادانی که از مادر HBs Ag مثبت متولد می شوند، و علاوه بر دریافت واکسن، ایمونوگلوبولین نیز دریافت کرده اند باید در سنین ۹-۱۵ ماهگی از نظر HBs Ag و HBs Ab کنترل شوند.

◀ واکسن ب ث ژ (BCG):

- ۰/۰۵ میلی لیتر داخل جلدی در حد فاصل یک سوم بالایی و دو سوم تحتانی بازو در ساعات اول عمر تزریق می شود.
- حدود ۹۰-۹۵٪ افراد پس از دریافت واکسن ب ث ژ عوارض خفیف موضعی از قبیل ورم، التهاب و درد خفیف دارند
- کسانی که به دنبال تزریق واکسن ب ث ژ اسکار پوستی نداشته اند نیاز به تزریق مجدد آن ندارند.

◀ قطره فلج کودکان (OPV):

- باید هنگام ترک زایشگاه داده شود.
- تغذیه با هر نوع شیر، از جمله شیر مادر با خوراندن قطره فلج کودکان منافاتی ندارد و لازم نیست که شیر دادن را پیش یا بعد خوراندن قطره شیر قطع کنند.
- اگر تجویز واکسن در زمان ترک زایشگاه مقدور نشود، در هر فرصت تا روز سی ام تولد قابل تجویز است. ولی بعد آن تجویز این دوز پولیو ضرورتی ندارد و ایمن سازی بعدی مطابق معمول قابل انجام است.
- در صورت استفراغ در کمتر از ده دقیقه بعد خوراندن قطره، باید تجویز یک بار دیگر تکرار شود.
- در نوزادانی که مبتلا به آترزی مری بوده و گاستروستومی شده اند، بهتر است به جای واکسن خوراکی از واکسن تزریقی استفاده شود.

◀ ملاحظات:

- شروع ایمن سازی نوزادان نارس با وزن بالای ۲۰۰۰ گرم مطابق جدول معمول ایمن سازی کشوری است.
- ایمن سازی شیرخوارانی که در نوزادی تعویض خون شده اند یا فرآورده های خونی دریافت کرده اند، مطابق جدول معمول ایمن



سازی کشوری است.

- ایمن سازی نوزادانی که در نوزادی، به هر علت دچار زردی شده‌اند، مطابق جدول معمول ایمن سازی کشوری است.

۳-۳- تزریق ویتامین K (K1)

- کلیه نوزادان باید طی ساعات اول عمر برای پیشگیری از کمبود ویتامین K و عوارض ناشی از آن ۰/۵ تا ۱ میلی گرم ویتامین K1 (فیتانادیون) به صورت تزریق عضلانی در سطح قدامی - جنبی (anterolateral) ران دریافت کنند.
- به دلیل شیوع کمبود آنزیم G6PD فقط تجویز فیتونادیون (ویتامین K1) توصیه می‌شود.
- در صورتی که مادر تحت درمان با فنوباربیتال، فنی توئین، ایزونیاژید یا سالیسیلات باشد احتمال کمبود ویتامین K بیشتر مطرح است و تزریق عضلانی فوری حداقل یک میلی گرم ویتامین K توصیه شده است.

۳-۴- مراقبت از بند ناف

- در اتاق زایمان / عمل، پس از پوشیدن یک دستکش استریل، بند ناف نوزاد در فاصله ۲ تا ۳ سانتیمتری از سطح پوست شکم با تیغه بیستوری استریل قطع شود. اگر به طور تصادفی بند ناف خوب بسته نشده باشد، احتمال خونریزی وجود دارد. لازم است که در ساعات اول عمر، در هر ارزیابی علایم حیاتی، به وضعیت ناف هم توجه شود.
- بند ناف کلامپ شده خودبخود از خون تهی شده و طی مدت کوتاهی سخت، خشک و سیاه می‌شود. بافت مرده می‌تواند محیط مناسبی برای رشد باکتری‌ها باشد. کولونیزاسیون بند ناف توسط باکتری‌های موجود در محیط انجام می‌شود. مهم‌ترین و شایع‌ترین راه انتقال عفونت به ناف نوزاد، دست‌های آلوده مراقبین است. شایع‌ترین دوره خطر انتقال عفونت دو تا سه روز اول عمر است.
- پس از افتادن بند ناف، تا زمان بسته شدن محل جراحی و بهبود کامل ناف، ممکن است ترشحات موضعی بدون بو مشاهده شود. این ترشحات عفونی نیست ولی در این زمان نیز ناف نوزاد مستعد عفونت است.
- زمان طبیعی افتادن بند ناف بین ۵ تا ۱۵ روز است. امفالیات و عفونت سبب تأخیر در افتادن بند ناف می‌شود. اگر بند ناف تا ۴ هفته پس از تولد نیفتاد، باید شیرخوار از نظر وجود اختلالات سیستم ایمنی بررسی گردد.
- در صورت آغشته شدن محل به مواد آلوده، باید ناف را با آب ولرم و صابون ملایم شست.
- طی تحقیقات انجام شده، تجویز روتین داروی آنتی سبتیک مانند الکل نه تنها نقشی در پیشگیری از عفونت ندارد، بلکه افتادن بند ناف را ممکن است به تأخیر اندازد.
- بر طبق تحقیقات انجام شده، استفاده روتین و مکرر از بتادین بروی پوست نوزاد، به دلیل توانایی بالای جذب پوست نوزاد و



وجود ید در بتادین، خطر ابتلا به کم کاری گذرای تیروئید را ایجاد می کند.

بهترین روش پیشگیری از عفونت ناف به شرح زیر است:

- دست ها پیش از مراقبت شسته شوند.
- از تماس مواد آلوده، ادرار و مدفوع با ناف پیشگیری شود.
- از ناف بند یا پانسمان استفاده نشود.
- پوشک و کهنه نوزاد باید زیر ناف بسته شود.
- بند ناف باید تمیز و خشک نگه داری شود.
- به والدین آموخته شود که از هیچ گونه مواد گیاهی یا خانگی برای ناف نوزاد خود استفاده نکنند.



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

۵-۳- مراقبت از پوست نوزاد

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

۶-۳- مراقبت از چشم ها

- طبق راهنمای بالینی کشوری، در حال حاضر تجویز رایج (روتین) قطره یا پماد چشمی برای پیشگیری از عفونت چشم های نوزاد، توصیه نمی شود.
- در صورت ابتلا ی مادر به عفونت گونوکوکی (یا کلامیدیا)، حتی اگر نوزاد از طریق سزارین متولد شده باشد، استفاده از یک

دوز پماد یا قطره چشمی مناسب توصیه می‌گردد. علاوه بر این، بسیاری از منابع پزشکی نوزادان تزریق عضلانی یک دوز آنتی

بیوتیک را به نوزاد، در صورت ابتلای مادر توصیه کرده‌اند.

- در صورت بروز علائم چشمی دال بر عفونت، نوزاد باید درمان شود.

۷-۳- برقراری روابط عاطفی نوزاد و والدین

اتخاذ بعضی تدابیر بیمارستانی به برقراری روابط عاطفی که تأمین سعادت آینده نوزاد است و نیز رضایتمندی بیشتر والدین و نزدیکان مادر نقش مؤثر دارد:

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



توجه کنید که به هیچ وجه توصیه نمی‌شود که از مادر پیش از ایجاد تماس پوست به پوست،

ضمن آگاهی دادن و تشویق وی به مراقبت از نوزاد به محض امکان پس از زایمان، در مورد

احساسش در این رابطه سوال شود. فقط وی را از روش روتین مراقبت بدو تولد و اهمیت آن

مطلع کنید.

- ایجاد تسهیلات برای حضور مداوم یک فرد به انتخاب مادر به عنوان همراه در تمام طول بستری. در شرایط خاص که همراهی معرفی نشود (همراهی نداشته باشد)، ضروری است که طی اقامت در بیمارستان، مادر مورد پشتیبانی بیشتر کارکنان بیمارستانی قرار گیرد.

- ایجاد زمینه مناسب برای برقراری تماس پوست به پوست در بدو تولد و یا هر چه سریع‌تر برای موارد خاص که در دقایق اول عمر امکان پذیر نبوده است.

- هم‌اتاقی مادر و نوزاد برای تداوم مراقبت مادر از نوزاد طی اقامت در بیمارستان - به کمک کارکنان و همراه.

- ایجاد تسهیلات برای اینکه ملاقات با همسر، فرزندان دیگر و والدین وی هر زمان امکان پذیر باشد.

- تعیین کارکنان مسئول آموزش مادر حین بستری به نحوی که آگاهی و فرصت لازم برای پشتیبانی از مادر را بر حسب درخواست و نیاز داشته باشد.

- در صورت نیاز به ادامه بستری مادر یا نوزاد، حتی الامکان مادر و نوزاد با هم انتقال داده شده و باهم در بیمارستان بمانند.

- در صورت نیاز به انتقال مادر و یا نوزاد به تنهایی، حتی الامکان پیش از ترک زایشگاه ضمن بیان توضیحات در مورد محل انتقال، نوزاد به مادر نشان داده شود.

۸-۳ - آموزش شیردهی در ساعات اول زندگی نوزاد

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



اقدام	علت
مراقبت معمول از نوزاد سالم باید در کنار مادر انجام گیرد ▪ شروع تغذیه به محض امکان طی ساعت اول عمر ▪ جدا نکردن مادر و نوزاد در طی ساعت اول برای انجام مراقبت‌های معمول	• ایجاد رابطه دلبستگی، گذر از دوره تثبیت وضعیت اولیه نوزاد، در کنار مادر بهتر و آسان‌تر انجام می‌شود. • در صورت جدا کردن نوزاد از مادر احتمال تغذیه با شیر خشک افزایش می‌یابد. • مراقب همراه مادر و نوزاد امکان آموزش بهتر مادر را در رابطه با نوزاد فراهم می‌کند.

اقدام	علت
به مادر و اطرافیان باید آموخته شود که استراحت برای باز یافت نیرو و سلامت وی ضروری است. • نقش مراقب تأمین حمایت لازم برای سلامت مادر و نوزاد است. • حمایت و آموزش مادر در تمام مدت بستری توسط کارکنان یا اعضای گروه حمایتی که روش شیردهی، چگونه نشستن، چگونه نگه داشتن نوزاد، روش پیشگیری از زخم شدن نوک پستان یا احتقان پستان و نکات لازم دیگر را مکرراً توضیح داده شود.	• نیاز هر مادر پس از زایمان و برای شروع شیردهی استراحت کامل برای تجدید قواست: • ساعات ملاقات عموم در بیمارستان بر حسب آن تنظیم شوند. • ملاقات پدر و خواهران و برادران نوزاد در هر زمان امکان پذیر باشد.

اقدام	علت
هوشیاری بیشتر و شیر خوردن مکرر شبانه را به عنوان رفتار سالم دوره نوزادی توضیح دهید. • حتی اگر علی رغم توصیه‌های داده شده امکان مراقبت از نوزاد در کنار مادر میسر نیست، در صورت سلامت مادر، نوزاد هر وقت که گرسنه شد، حداقل هر سه ساعت یک بار، به خصوص در شب باید به اتاق مادر آورده شود. مادر باید در مورد خطر احتقان پستان آگاه شود.	معمولاً مادران این باور غلط را دارند که وظیفه دارند طبق برنامه زمان‌بندی شده شیر دهند، و به خصوص وعده‌های شب را حذف کنند، • در طی شب، ترشح پرولاکتین به بالاترین حد خود می‌رسد. • یکی از اهداف هم‌اتاقی مادر و نوزاد ایجاد امکان تطبیق به شرایط زندگی پس از ترخیص و شناخت بهتر رفتار نوزاد در شرایط ایمن بیمارستانی است.

اقدام	علت
مراحل آموزش شیردهی باید در پرونده و چارت مادر و نوزاد کتبا ثبت شود: در صورت مخالفت والدین به شیردهی و قبول نوزاد در اتاق خود از هر دوی والدین در خواست کتبی با امضاء گرفته به پرونده ضمیمه شود. اگر مادر هوشیاری کافی ندارد و یا سلامت مادر امکان تغذیه نوزاد را ندهد، ضروری است که مراقبین نوزاد وی را با استفاده از فنجان و قاشق با شیر دوشیده شده مادر تغذیه کنند تا به شیردهی در آینده خدشه‌ای وارد نشود.	به مادر باید آگاهی کافی در مورد خطرات ناشی از عوارض ناشی از تغذیه با سرشیشه و نیز شیرخشک در روزهای اول عمر و عدم دریافت کولستروم داده شود. با توجه به عوارض ممکن برای مادر و نوزاد، ضروری است که فرم مربوط «تصمیم آگاهانه» امتناع از شیردهی توسط والدین تکمیل و امضا شود. وظیفه بیمارستان و کارکنان پزشک و ماما / پرستار است که در صورت عدم قبول مادر به شیردهی و مراقبت از نوزاد، امن‌ترین محل و مناسب‌ترین مراقبت را به نوزاد ارائه دهد. حمایت افزوده برای: • مادرانی که نارکوتیک و بیهوشی عمومی شده‌اند، زیرا کودک ممکن است در ابتدا خوب پستان نگیرد و مادر در ابتدا قادر به مراقبت از نوزاد خود نباشد. • برای مادرانی که سزارین شده‌اند زیرا به راحتی قادر به نشستن و گرفتن وضعیت مناسب نیستند. • تماس اول با نوزاد با تأخیر انجام می‌شود. • مراقبت افزوده پرستاری برای مادران بدون همراه به خصوص آنانی که در اتاق عمومی اقامت دارند در ساعات ملاقات (به دلیل مسئله به خطر افتادن امنیت نوزاد در صورت خواب آلودگی مادر)

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

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

۹-۳- پوشاک نوزاد

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



بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ دیگر مراقبت‌های لازم در طول دوران بستری

۴-۱- ارزیابی کامل نوزاد

۴-۱-۱- معاینه نوزاد

- نوزاد باید یکبار پیش از پایان ۲۴ ساعت اول عمر توسط پزشک معاینه کامل شود. بهتر است نوزاد در ۶ ساعت اول عمر معاینه شوند. اولین معاینه در حضور والدین صورت گیرد تا والدین از سلامت وی اطمینان حاصل کرده با ویژگی‌ها و توانمندی‌های نوزاد خود آشنا شوند و نیز بعضی مطالب مربوط به مراقبت از نوزاد آموخته شود.
 - معاینه کامل با تأکید به نکات زیر و با در نظر گرفتن شرح حال نوزاد و سوابق خانوادگی، بارداری و زایمان انجام می‌شود.
 - معاینه باید سن جنینی را ارزیابی کند و قادر به ردیابی اولین علائم بیماری‌ها مثلاً زردی، رنگ پریدگی، شبکه‌ای شدن نمای پوست (موتلینگ) باشد.
 - معاینه باید با توجه به اختلالات ساختاری و تکاملی - ناهنجاری‌ها انجام شود: حدود ۱۵ تا ۲۰٪ دارای حداقل یک ناهنجاری مینور هستند؛ حدود ۳٪ از این گروه احتمال دارا بودن یک ناهنجاری مهلک را دارند:
- ◀ برای مثال همراهی آنومالی اندام‌ها - انگشتان - با ناهنجاری‌های قلبی
- ◀ در معاینه بند ناف به تعداد شریان‌ها توجه شود (دو شریان و یک و رید طبیعی است) وجود یک شریان و یک ورید در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد با ناهنجاری‌های ارثی و بیماری‌های کروموزومی ناهنجاری‌های کلیوی و قلبی - عروقی همراه است.
- ◀ ناهنجاری‌های صورت - کام و لاله گوش - ممکن است با اختلالات شنوایی همراه باشد.

معاینه کامل نوزاد

۱. سر و گردن
 - اندازه دور سر
 - شکل جمجمه
 - ملاحظ‌ها و سوچورها
 - توده، ضایعه پوستی یا ورم
۲. چشم‌ها
 - اندازه و شکل مردمک
 - تقارن پلک‌ها - حدقه‌ها
 - حرکات طبیعی چشم
۳. گوش‌ها
 - محل اتصال لاله گوش‌ها و شکل آن‌ها
 - زائده اضافی tag یا فرورفتگی pits
۴. بینی
 - باز بودن مجرا، تقارن، شکل
 - زنش پره‌های بینی

معاینه کامل نوزاد

۵. دهان
 - کام (لمس شود) و زبان
 - زخم یا ضایعات مخاطی
۶. پوست:
 - رنگ
 - دما
 - توده، آنژیوم، لکه، هماتوم و زخم
۷. قفسه سینه
 - تعداد تنفس
 - تقارن حرکات تنفسی
 - رترکسیون عضلات تنفسی
۸. ریتین
 - تقارن و طبیعی بودن صداهای تنفسی
۹. قلب و عروق
 - تعداد ضربان و ریتم قلب
 - سوفل و صدای اضافی
 - نبض‌ها به خصوص نبض فمورال
۱۰. شکم
 - تعداد عروق بند ناف
 - توده شکمی - طحال و کبد
 - باز بودن مقعد
۱۱. ژنیتالیا
 - فتق کشاله ران
 - وضعیت بیضه‌ها و هیپوسپادیا/ابهام جنسی • هیپر تر و فی کلیتوریس یا ظاهر غیر طبیعی ژنیتالیا
۱۲. اندام‌ها
 - تقارن حرکات مفاصل
 - شکل و وضعیت انگشتان
 - معاینه لگن
۱۳. ستون مهره‌ها
۱۴. معاینه عصبی
 - تون عضلانی فعال و غیر فعال - حرکات خود بخودی
 - رفلکس‌های اولیه - مکیدن - مورو - گراسپ
 - هوشیاری و واکنش به محیط



✓ نوزاد بستری در بخش همراه مادر نیاز به معاینه روزانه دارد.

ارزیابی سن حاملگی

➤ ارزیابی سن حاملگی توسط یک مشاهده ساده

علائم ظاهری قابل مشاهده ساده‌ای وجود دارد که در تصمیم‌گیری ترم یا نارس بودن نوزاد به شما کمک می‌کند:

علائم ظاهری	ترم	پره ترم
مکیدن خوب	بله	خیر
فلکسیون اندام‌ها	بله	خیر
عروق قابل مشاهده زیر پوست	خیر	بله
نوک سینه بطور واضح دیده می‌شود	بله	خیر
جوانه سینه قابل لمس	بله	خیر
بیضه نزول کرده	بله	خیر
لابیامینور پوشیده شده	بله	خیر

نوزادان پست ترم را می‌توان بوسیله ناخن بلند تشخیص داد. افراد با تجربه می‌توانند بیشتر نوزادان پره ترم را به وسیله ظاهر آنها در مشاهده بالینی مشخص کنند.

➤ امتیاز بندی سن حاملگی

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



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

تصویر ۱-۴

۱. وضعیت کلی نوزاد (Posture):

تون عضلانی پاسیو در وضعیت استراحت بر طبق شکل، بین صفر تا ۴ امتیاز دهی می شود.

۲. قابلیت فلکسیون مچ دست (Square Window):

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

۳. برگشت بازو (Arm Recoil): بازو را به طور کامل و در ناحیه آرنج خم کنید، تا جایی که دست نوزاد به شانه برسد و ۵ ثانیه

ثابت نگهدارید، سپس بازو را با کشش روی انگشتان کاملاً باز کنید. به محض این که بازو کاملاً باز شد دست را رها کنید و درجه خمیدگی را (Flexion) در آرنج بررسی کنید. برگشت بازو در بیشتر نوزادان بالغ بهتر است. توجه داشته باشید که امتیاز ۱- وجود

ندارد.

- امتیاز ۰ در صورتی که اصلاً بازگشت بازو نباشد.
- امتیاز ۱ در صورت زاویه ۱۴۰-۱۸۰ درجه.
- امتیاز ۲ در صورتی که کمی (۱۱۰-۱۴۰ درجه) بازگشت بازو وجود داشته باشد.
- امتیاز ۳ در صورتی که بازگشت بازو خوب بوده و بازو تا نیم راه برگشت به شانه (۹۰-۱۱۰ درجه) خم شده باشد.
- امتیاز ۴ در صورتی که بازگشت سریع بازو وجود داشته و بازو در نزدیکی شانه قرار گیرد. > ۹۰ درجه

۴. زاویه زانو (Popliteal Angle)

با یک دست خود زانوی نوزاد را مقابل شکم نگه دارید. با انگشت نشانه دست دیگر به آرامی پشت پاشنه نوزاد را فشار دهید تا پا را به طرف صورت نیاورید. زاویه‌ای که پشت زانو بین قسمت بالایی و تحتانی پا به وجود می‌آید را اندازه‌گیری کنید. در بیشتر نوزادان بالغ زانو به میزان کمتری باز می‌شود.

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

۵. علامت دستمال گردن (Scarf)

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

- امتیاز ۱- چنان چه هیچ محدودیتی نباشد.
- امتیاز ۰ اگر محدودیت حرکتی خفیفی حس شود.
- امتیاز ۱ چنان چه آرنج بخوبی از مقابل قفسه سینه عبور کند اما به طور کامل دور گردن قرار نگیرد.
- امتیاز ۲ چنان چه آرنج بر طرف دیگر قفسه سینه برسد اما بالای قفسه سینه کشیده نشود.



- امتیاز ۳ چنانچه آرنج فقط به خط میانی قفسه سینه نرسد.
- امتیاز ۴ چنانچه آرنج به تا نوک پستان همان طرف قابل حرکت است.
- امتیاز ۵ وجود ندارد.

۶. پاشنه یا گوش:

انگشتان پای نوزاد را نگه دارید و به آرامی پا را به طرف گوش بکشید، اجازه دهید زانو در کنار شکم پائین برود. برخلاف آنچه در تصویر (۱-۴) دیده می‌شود، اجازه دهید لگن نوزاد روی تخت بلند شود. چگونگی قرار گرفتن پاشنه را در نزدیکی گوش مشاهده کنید. بیشتر نوزادان بالغ فلکسیون کمتری در لگن دارند در نتیجه نمی‌توانید پاشنه را به سمت گوش ببرید.

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

خصوصیات ظاهری

خصوصیت ظاهری بررسی می‌شوند، برای بررسی میزان لانگو نوزاد باید چرخانده شود. چنانچه نوزاد بد حال باشد، میزان لانگو امتیاز داده نمی‌شود.

۱. پوست:

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

- امتیاز ۱- چنانچه چسبنده، شکننده و شفاف باشد.
- امتیاز ۰ چنانچه پوست خیلی نازک قرمز و شفاف و ژلاتینی باشد.
- امتیاز ۱ چنانچه پوست صورتی و نرم باشد و وریدها کوچک به میزان زیاد قابل مشاهده شود.
- امتیاز ۲ چنانچه پوست ضخیم‌تر و تنها تعدادی ورید دیده شود. اغلب پوسته ریز ظریف در اطراف پاشنه دیده می‌شود.
- امتیاز ۳ چنانچه خشن و کمی خشک باشد با پوسته ریزی واضح و تعداد کم ورید قابل رویت
- امتیاز ۴ چنانچه پوست خشک و ترک خورده باشد و عروقی دیده نشود.
- امتیاز ۵ چنانچه پوست ضخیم با پوسته ریزی زیاد و چروک باشد.



۲. لانگو LANUGO

موهای ظریف و کمرنگی که در پشت نوزادان کوچک دیده می‌شود. در نوزادان خیلی نارس که فاقد لانگو می‌باشند، میزان لانگو با بلوغ کاهش می‌یابد.

- امتیاز ۱- لانگو ندارد.
- امتیاز ۰ چنانچه لانگو کمی دیده شود.
- امتیاز ۱ چنانچه لانگو ضخیم و فراوان باشد و در تمام قسمت دیده شود.
- امتیاز ۲ چنانچه لانگو نسبتاً نازک به خصوص در قسمت تحتانی باشد.
- امتیاز ۳ چنانچه نواحی فاقد لانگو وجود داشته باشد.
- امتیاز ۴ چنانچه میزان بسیار کمی لانگو دیده شود. (این نوزادان همیشه بزرگتر می‌باشند).

۳. چین‌های کف پا plantar creases

به وسیله شصت به دست کف پای نوزاد را بکشید چین‌هایی که به صورت چروک ظریف می‌باشند و با کشیدن پوست از بین می‌روند فاقد اهمیت می‌باشند. نوزادان بالغ دارای چین‌های بیشتری می‌باشند.

- امتیاز ۲- پاشنه پا کمتر از ۴۰ میلیمتر.
- امتیاز ۱- پاشنه پا ۴۰-۵۰ میلی متر.
- امتیاز ۰ چنانچه چین مقعد و قرمز دیده شود.
- امتیاز ۱ چنانچه چین افقی در قسمت قدامی دیده شود.
- امتیاز ۲ چنانچه چین‌های عمیق در یک سوم قدامی دیده شود.
- امتیاز ۳ چنانچه چین‌های عمیق در دو سوم قدامی پا دیده شود.
- امتیاز ۴ چنانچه تمام کف پا از شیارها پوشیده شده باشد.

۴. پستان Breast

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

- امتیاز ۱- غیر قابل لمس است.
- امتیاز ۰ آرئول (پوست صورتی اطراف نوک سینه) بسیار کوچک است و به سختی دیده می‌شود.



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

۵. لاله گوش / پلک ها:

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

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

دستگاه تناسلی خارجی

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

مذکر:

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



- امتیاز ۳ بیضه آویزان بوده و چروک‌های عمیق وجود دارد.

مؤنث:

- امتیاز ۱- اگر کلیتوریس برجسته و لایبیا صاف است.
- امتیاز ۰ اگر لایبیا ماژور شکل نگرفته و لایبیا مینور کوچک و کلیتوریس کاملاً مشخص است.
- امتیاز ۱ اگر کلیتوریس برجسته و لایبیا مینورا بزرگتر.
- امتیاز ۲ اگر اندازه لایبیا ماژور و لایبیا مینور یکسان است.
- امتیاز ۳ اگر لایبیا ماژور بزرگتر از لایبیا مینور باشد.
- امتیاز ۴ اگر لایبیا ماژورا و کلیتوریس، لامینا مینور را پوشانده باشد.

روش امتیاز دهی بالارد (Ballard):

هر معیار (criteria) پس از معاینه نوزاد امتیاز دهی می‌شود. سپس امتیازات جمع شده و با امتیاز نهایی سن حاملگی به وسیله جدول مشخص می‌شود.

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

۲-۱-۴- غربالگری برای ردیابی مشکلات و اختلالات شایع

۱. اندازه‌گیری هماتوکریت - هموگلوبین

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

۲. اندازه گیری قند خون

- ضرورت های (اندیکاسیون) شایع: نارسى، IUGR SGA، زایمان دو یا چند قلو، نوزاد مادر دیابتیک، آسفیکسى، پرخونى، عدم تمایل به شیر، هیپوترمى، نوزاد بدحال

۳. گروه خون و Rh و تست کومبس مستقیم اگر:

- مادر Rh منفی باشد.
- اگر گروه خون مادر O باشد.
- اگر گروه خون / Rh مادر ناشناخته باشد.

۴. غربالگری عفونت باکتریایی: CBC-diff platelets count –CRP– ESR B/C

- در صورت شک به عفونت باکتریایی نوزاد مانند: پارگی زود رس پرده های آمنیونیک طولانی تر از ۱۸ ساعت برای نوزاد ترم یا نزدیک به ترم سالم، حتی بدون علامت عفونت نزد مادر، تب و عفونت مادر در روزهای پیش یا حین زایمان، نوزاد بیمار (مشکلات تغذیه، بی حالی، تشنج، علائم، حیاتی غیر طبیعی مانند تعداد تنفس بالاتر از ۶۰ در دقیقه، تب یا هیپوترمى).
 - عفونت باکتریایی یکی از علل مهم مرگ و میر در ایام نوزادی به خصوص در کشورهای در حال توسعه است. عامل عفونت زودرس باکتریایی در ایام حوالی زایمان (پیش تولد - حین زایمان - بعد تولد) به نوزاد منتقل می شود و نوزاد در بدو تولد ممکن است به ظاهر سالم باشد و یا علائم غیر اختصاصی داشته باشد. علائم عفونت زودرس طی دو یا سه روز اول عمر ظاهر می شوند. در صورت عدم شروع درمان با آنتی بیوتیک، بهتر است که نوزاد به ظاهر سالم ولی مشکوک به عفونت، طی این مدت، از نظر علائم حیاتی، مشکلات تغذیه، هیپوتونی، خواب آلودگی، تشنج و زردی مورد بررسی قرار گیرد.
۵. موارد دیگر:

- در صورت ابتلای مادر به عفونت در دوره بارداری مانند ایدز، سفلیس، سل، هرپس و سیتومگالوویروس به دلیل احتمال عفونت داخل رحمی شناخته شده نیاز مبرم به بررسی تخصصی دارد.
- در صورت احتمال اعتیاد مادر به مواد تزریقی، بهتر است نوزاد برای بیماری هپاتیت B و HIV ارزیابی شود.

۳-۱-۴- علائم بیماری شدید

- مشاهده هر یک از علائم زیر احتمال بیماری شدید را مطرح می کند و بر حسب امکانات، نیاز به اقدام تشخیصی - درمانی و بستری در بخش نوزادان / مراقبت ویژه یا ارجاع فوری دارد:
- تنفس سریع (< 60 در دقیقه) طولانی تر از ۶ ساعت اول عمر
 - تنفس کند (> 30 تنفس در دقیقه)

- تو کشیده شدن شدید قفسه سینه
- ناله پس از دو ساعت اول عمر
- سیانوز مرکزی (زبان، مخاط دهان) پس از چند دقیقه اول زندگی
- تشنج
- اختلالات هوشیاری
- هیپوتونی شدید و مقاوم
- لرزش مقاوم انتهاها
- هیپوتونی و بی حالی
- تب برابر یا بالای ۳۸ درجه (پایدار ۳۰ دقیقه پس از کاهش حرارت محیط)
- هیپوترمی شدید زیر ۳۵ درجه
- هیپوترمی مقاوم پس از ۲ ساعت درمان
- رنگ پریدگی شدید
- زردی روز اول عمر
- خونریزی، خونریزی شدید ناف
- ناهنجاری‌های مهم که نیاز به اقدام جراحی یا بررسی فوری دارند نظیر:
 - گاستروشرزیس
 - امفالوسل
 - آترزی مقعد
 - منگوسل / میلو مننگوسل
 - هیدروسفالی
 - اختلالات گوارشی - استفراغ مقاوم
 - اسهال
 - عفونت ناف با قرمزی با ضخامت بیش از ۱ سانتی متر
 - عفونت پوست با بیشتر از ۱۰ جوش چرکی
 - عفونت شدید چشم



۲-۴- دیگر مراقبت‌های هنگام اقامت در بیمارستان تا زمان ترخیص

۱-۲-۴- مراقبت از نوزاد:

تا زمان ترخیص نوزاد از این جداول استفاده کنید.	
مراقبت و پایش	نحوه برخورد با یافته‌های غیر طبیعی
- از گرم بودن اتاق مطمئن شوید (۲۵-۲۸ درجه سانتی گراد) - نوزاد را همیشه در اتاق مادر و در کنار او قرار دهید - در صورت مراقبت کانگرویی، مادر نیمه خوابیده و نوزاد در آغوش او قرار گیرد. مادر و نوزاد را زیر یک روانداز بپوشانید. توجه کنید سر نوزاد بیرون بماند.	- اگر نوزاد در کات است، از پوشیده بودن بدن وی با لباس و پتو مناسب مطمئن شوید. - سر نوزاد با یک کلاه نخی پوشیده باشد. - نوزاد را تا حداقل شش ساعت بعد تولد و تثبیت کامل وضعیت حمام ندهید.
- تغذیه انحصاری با شیر مادر بنا به میل و تقاضای شیرخوار در تمام مدت شب و روز را تشویق کنید. - از مادر بخواهید که هر گونه مسئله و مشکل در مورد شیردهی را به شما اطلاع دهد. - پیش از ترخیص، نوزاد از بیمارستان، نحوه شیردهی را ارزیابی کنید. ✓ تا زمانی که نوزاد خوب شیر نمی خورد، او را ترخیص نکنید.	در صورت بروز مشکل، شیردهی را ارزیابی کنید، نحوه پستان گرفتن را کنترل کنید، و به مادر آموزش‌های لازم را بدهید.
✓ نحوه مراقبت از نوزاد را به مادر آموزش دهید: - حفظ حرارت مناسب برای کودک با پیشگیری از هیپوترمی و هیپوترمی - مراقبت از بند ناف، با تأکید از عدم استفاده از «ناف بند» - اصول بهداشت و سلامت نوزاد، از جمله: - نوزاد در معرض نور مستقیم خورشید قرار نگیرد. - دست‌ها پیش و پس از تماس با نوزاد شسته شود.	✓ در صورتی که مادر قادر به مراقبت از نوزاد خود نیست، روش مراقبت از نوزاد را به همراه وی آموزش دهید.
• پرهیز از استفاده از آب آلوده	
علائم هشدار را به مادر بیاموزید، و این که در صورت بروز علائم هشدار باید مراجعه کند، از جمله: سردی دست‌ها و پاها، خونریزی، یا تنفس مشکل، تاکی پنه، تو کشیده شدن قفسه صدري، ناله بازدمی، زردی، هیپوترمی، خونریزی از ناف یا محل ختنه، دفعات دفع مدفوع و ادرار	- تماس پوست به پوست در آغوش مادر برای درمان هیپوترمی خفیف، بررسی مجدد ۱ ساعت بعد - خونریزی بند ناف: در صورت مشکل دار بودن کلامپ، یک کلامپ دیگر اضافه کنید. - در صورت خونریزی از محل دیگر یا مشکل تنفسی و دیگر مشکلات: ارزیابی فوری
- اگر بستری طولانی‌تر از یک روز است پیش از ترخیص حتما نوزاد را دوباره معاینه کنید. - هرگز نوزاد را پیش ۱۲ ساعت عمر ترخیص نکنید. حداقل دوره بستری برای نوزاد سالم ۲۴ ساعت است.	



۳-۴- آموزش مادر

در زمینه:

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

به: راهنمای آموزش مادران، اداره سلامت مادران / اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مراجعه شود.

۴-۴- مراقبت ویژه نوزاد به ظاهر سالم در بخش همراه مادر

بر طبق منابع برای نوزادان به ظاهر سالم در خطر، مدت اقامت مناسب در زایشگاه حداقل ۴۸ ساعت است.

- در اکثر موارد هیپوگلیسمی زودرس (مثلاً برای نوزادان کم وزن، نارس، مادر دیابتیک، و LGA) مسئله هیپوگلیسمی طی ۴۸ ساعت اول عمر مطرح است. بنابراین این گروه از نوزادان فقط در صورتی امکان ترک زایشگاه را دارند که تغذیه با شیرمادریه طور کامل برقرار شده و مادر آگاهی کامل از مسئله را یافته و آموزش‌های ضروری ارائه شده باشد؛ و قند خون هر ۶-۸ ساعت یک بار آن‌هم طی ۲۴ ساعت اول عمر کاملاً طبیعی گزارش شده باشد. نوزادان SGA و نوزاد مادر دیابتیک بیشتر در خطر هیپوگلیسمی هستند.
- اگر احتمال عفونت باکتریایی زودرس مطرح باشد، اغلب اولین علایم آن طی ۴۸ ساعت اول عمر ظاهر می‌شود.

* مراقبت ویژه نوزادان کم وزن / نزدیک به ترم

نوزادان نزدیک به ترم (late-preterm infants) میزان بیماری و مرگ و میر بیشتری از نوزادان ترم دارند و این میزان نسبت مستقیم با وزن و سن جنینی آنها دارد، و در اغلب موارد قابل پیشگیری است. در کشور ما، درمورد این گروه نوزادان هنوز آمار دقیقی در دست نیست ولی بر طبق منابع بیش از ۱۱٪ نوزادان زنده متولد شده را در کشورهای در حال توسعه در برگیرد. «نیاز به جدا نکردن» نوزاد از مادر از نظر تداوم شیردهی و عاطفی و کمبود امکانات برای بستری همزمان مادر و نوزاد در بخش نوزادان از یک سو و لزوم ارائه خدمات کافی و مناسب برای کاهش بیماری و مرگ و میر نوزاد از سوی دیگر سبب می‌شود که در کشور ما تحت شرایط مناسب، امکان مراقبت از این گروه نوزادان در بخش همراه مادر داده شود. لذا فصلی خاص را به این گروه از نوزادان در صورتی



که همانند نوزاد سالم در بخش همراه مادر مراقبت شوند، اختصاص می دهیم.

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

*** برای مراقبت از نوزادان به ظاهر سالم بین ۱۸۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم در بخش همراه مادر رعایت نکات زیر الزامی است:**

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

۲. نوزاد در معاینه کاملاً سالم باشد و تغذیه از راه دهان به خوبی امکان پذیر باشد.

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

۴. امکان مراقبت مناسب از نوزاد در بخش همراه مادر وجود داشته باشد. این مراقبت شامل:

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

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

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

• امکان پذیر بودن بررسی آزمایشگاهی قند، کلسیم، CBC-diff، platelets count، گروه خون، بیلی روبین و ارزیابی عفونت باکتریایی

• دسترسی دائم و معاینه روزانه پزشک

۵. آموزش مادر، مراقبت و پیگیری ویژه پس از ترخیص به خوبی قابل انجام باشد: اولین مراجعه ۲۴ ساعت پس از ترخیص (به بخش ترخیص مراجعه شود). پیش از ترخیص باید از طبیعی بودن علائم حیاتی به خصوص تنفس و دما، طبیعی بودن آزمایش ها انجام شده (به خصوص بیلی روبین، قند خون یا غربالگری عفونت) و انجام تغذیه به نحو مطلوب و دفع ادرار و مدفوع اطمینان حاصل کرد. بهتر است نوزاد با وزن تولد زیر ۲۰۰۰ گرم را پیش از ۲۴ ساعت ترخیص نکنید.

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

*** پیشگیری از عفونت:**

• دست ها را پیش از هر تماس با نوزاد بشوید.

• تغذیه نوزاد: شایع ترین علت بستری پس از ترخیص این گروه از نوزادان مرتبط با مشکلات تغذیه است.



- از پستانک استفاده نشود و دفعات تغذیه بر حسب درخواست نوزاد تنظیم شود.
- حداقل ۸ بار ۲۰ دقیقه در ۲۴ ساعت تغذیه شود.
- اگر نوزاد تا ۳ ساعت بیدار نشد، خود او را بیدار کند.
- اگر نوزاد خواب آلود است و مکیدن ضعیف دارد بهتر است از شیر دوشیده شده با قاشق / کاپ استفاده کند.
- دوشیدن شیر و تغذیه نوزاد با قاشق یا کاپ را به خوبی فرا گرفته باشد.
- حین شیر دادن به نوزاد، پستان را مالش داده و بفشارد تا نوزاد شیر بیشتری دریافت کند.
- برای کسب اطمینان از دریافت کافی شیر، پس از هر بار به سینه گذاشتن اگر کوتاه‌تر از ۲۰ دقیقه است یا اگر ضعیف می‌مکد، شیر دوشیده شده را، با کاپ یا قاشق به وی بدهد. پس از هر تغذیه نوزاد شیر خود را دوشیده (ده دقیقه با دست، ۲۰ دقیقه با پمپ) و به نوزاد داده یا برای تغذیه بعدی در یخچال نگه داری کند. دست‌ها پیش از دوشیدن شیر شسته شود. پمپ با آب و صابون پس از هر استفاده شسته شود.
- با توجه به احتمال بالاتر ریفلاکس گوارشی و برگشت شیر و خطر آسپیراسیون، نوزاد را اگر مراقبت کانگرویی نمی‌شود، به طور مداوم در وضعیت شیب دار (سربالا) مراقبت کند. به روی شکم ن خواباند و کهنه نوزاد را به سرعت پس از شیردهی تعویض نکند.
- اگر نوزاد فقط با شیر دوشیده شده تغذیه شود. باید حدود ۸ وعده ۶۰ سی سی یا ۴۲۰ تا ۵۰۰ سی سی شیر در ۲۴ ساعت دریافت نماید.
- با تعویض کهنه، حداقل هر سه ساعت یکبار دفع مدفوع / ادرار را کنترل کند.
- زردی نوزاد
- ◀ روش ارزیابی زردی با فشار خفیف پوست نوزاد آموزش داده شود.
- دما
- نوزاد نارس / کم وزن بیشتر از نوزاد ترم در خطر هیپوترمی است. در صورت سردی انتهایها، نوزاد را در حالت مراقبت کانگرویی در تماس پوست با پوست قرار دهد. نوزاد کلاه و جوراب داشته باشد. در غیر این صورت او را بپوشاند.
- از هیپوترمی و زیاد پوشانیدن نوزاد نیز اجتناب کند. نوزاد را کنار منبع تولید گرما یا در زیر آفتاب قرار ندهد.

* مراجعه به پزشک / مرکز درمانی اگر

- ◀ نوزاد کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می‌خورد و بی حال یا خواب آلود است.
- ◀ اگر نوزاد، پس از روز چهارم کمتر از ۶ کهنه خیس در روز دارد.



- ◀ اگر نوزاد، پس از روز چهارم عمر کمتر از ۴ دفع مدفوع دارد.
- ◀ اگر نوزاد زردی دارد.
- ◀ اگر نوزاد کبود می‌شود یا اختلال هوشیاری دارد.
- ◀ و در هفته‌های بعدی اگر وزن گیری ناکافی (کمتر از ۲۰۰ گرم در هفته) دارد.
- * ایمن سازی و غربالگری بیماری‌های متابولیکی بر طبق برنامه کشوری نوزاد نارس.
- * ویتامین یاری از ۱۵ روزگی.
- * بعضی منابع توصیه کرده‌اند که برای نوزادان با وزن تولد ۲۰۰۰-۲۵۰۰ گرم آهن یاری به مقدار روزانه دو میلی گرم/کیلو از ۶ هفتگی آغاز شود.

۵-۴- ترخیص مادر و نوزاد

در صورت بارداری و زایمان بدون عارضه و وجود شرایط مناسب مادر و نوزاد، ترخیص، ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی و ۴۸ ساعت پس از سزارین، امکان‌پذیر است. رعایت شرایط زیر برای پیشگیری از مشکلات ناشی از ترخیص «زودرس» ضروری است:

۱-۵-۴- شرایط مناسب مادر:

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

۲-۵-۴- شرایط مناسب نوزاد:

- عدم وجود مشکلات جنین و نوزاد ناشی از بیماری و عوارض بارداری و زایمان
- در صورت وجود عوامل خطری برای سلامت نوزاد، تأخیر ترخیص نوزاد تا زمان رفع یا چاره یابی آن
- ترم با وزن برابر یا بالای ۲۵۰۰ گرم



- ضریب آپگار دقیقه ۵، بالاتر از ۷ امتیاز
- یک یا دو قلو
- عدم نیاز به اکسیژن، ثبات علائم حیاتی حداقل ۱۲ ساعت پیش از ترخیص: در دمای عادی اتاق (۲۵°)، حرارت (زیر بغل) ۳۶/۵-۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد، ضربان قلب ۱۶۰-۱۰۰ در دقیقه و تنفس زیر ۶۰ در دقیقه
- دفع ادرار و مدفوع
- در صورتی که ختنه انجام شده، خونریزی موضعی طی حداقل دو ساعت، وجود نداشته باشد و نوزاد حداقل یک بار ادرار کرده باشد.
- تغذیه نوزاد، حداقل طی دو وعده پیاپی، بدون مشکل انجام شده باشد. وضعیت شیردهی، پستان گرفتن نوزاد (latch-on) مکیدن و بلعیدن شیر صحیح انجام شود.
- عدم وجود زردی طی ۲۴ ساعت اول عمر
- انجام آزمایش‌ها تعیین گروه، Rh و کومبس مادر و نوزاد و رد ناسازگاری گروه‌های خونی
- انجام ایمن‌سازی علیه هپاتیت B، سل و فلج کودکان و در صورت لزوم، تزریق سرم اختصاصی هپاتیت B
- امکان دسترسی مداوم به پزشک، در صورت بروز عوارض یا بیماری
- مادر در مورد مسائل زیر آموزش کافی دیده باشد:
 ۱. مراقبت از بند ناف و دستگاه تناسلی، نحوه استحمام نوزاد
 ۲. انتخاب پوشاک و نحوه نگهداری نوزاد در حرارت مناسب
 ۳. آشنائی با علائم هشدار دهنده برای بیماری‌های رایج نظیر هیپوترمی و زردی نوزاد
- در صورت نیاز به بستری نوزاد یا مادر، طی هفته‌های اول عمر، ایجاد شرایط مناسب ارتباط و تداوم شیردهی

۳-۵-۴- مشکلات ناشی از ترخیص زودرس به شرح زیر است:

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



۴-۵-۴- اولین ارزیابی پس از ترخیص

- در صورتی که ترخیص نوزاد سالم پیش از پایان ۴۸ ساعت اول عمر انجام شود، نوزاد، طی ۴۸ ساعت پس از ترخیص باید دوباره معاینه و بررسی شود.
- نوزادان گروه به ظاهر سالم «در خطر» (مثلاً در خطر عفونت) و نوزادان با وزن تولد زیر ۲۵۰۰ و سن جنینی زیر ۳۷ هفته نیاز به پیگیری با فواصل زمانی کمتری را دارند. اولین مراجعه ۲۴ ساعت بعد ترخیص و سپس معاینه بعدی بر طبق نظر پزشک معالج برنامه ریزی شود.
- طی این بررسی (در مراجعه اول) به نکات زیر توجه شود:
 ۱. مناسب بودن وضعیت تغذیه، کاهش وزن، دفع ادرار و مدفوع نوزاد
 ۲. مشاهده شیردهی و در صورت نیاز تکمیل آموزش شیردهی و حمایت از مادر
 ۳. ارزیابی رابطه مادر نوزاد و ردیابی علایم اولیه افسردگی بعد زایمان
 ۴. کنترل ایمن سازی انجام شده برای نوزاد
 ۵. تشخیص زردی نوزاد
 ۶. هوشیاری، تون عضلانی، توانایی مکیدن
 ۷. دمای بدن نوزاد برای رد هیپوترمی و هیپرترمی
 ۸. پیگیری و کنترل نتایج آزمایش ها که پیش از ترخیص انجام شده است.
 ۹. ارزیابی نوزاد برای شناسایی بیماری های قلبی متابولیکی ارثی، و غیره
 ۱۰. تکمیل آموزش مادر و برنامه ریزی مراقبت های بعدی: بر طبق مسائل مطرح شده (کاهش وزن، مشکلات شیردهی، زردی، نا آگاهی مادر....)، غربالگری روتین ۳ تا ۵ روزگی.
 ۱۱. برای نوزادان به ظاهر سالم زیر ۲۵۰۰ گرم / ۳۷ هفته وضعیت تنفس و حال عمومی، وضعیت تغذیه و علایم هیپوگلیسمی و کم آبی (دهیدرشن، کاهش زیاد وزن)، ارزیابی دمای بدن و زردی نیاز به توجه ویژه و پیگیری بعدی در زمان نزدیک تر از معمول دارد.





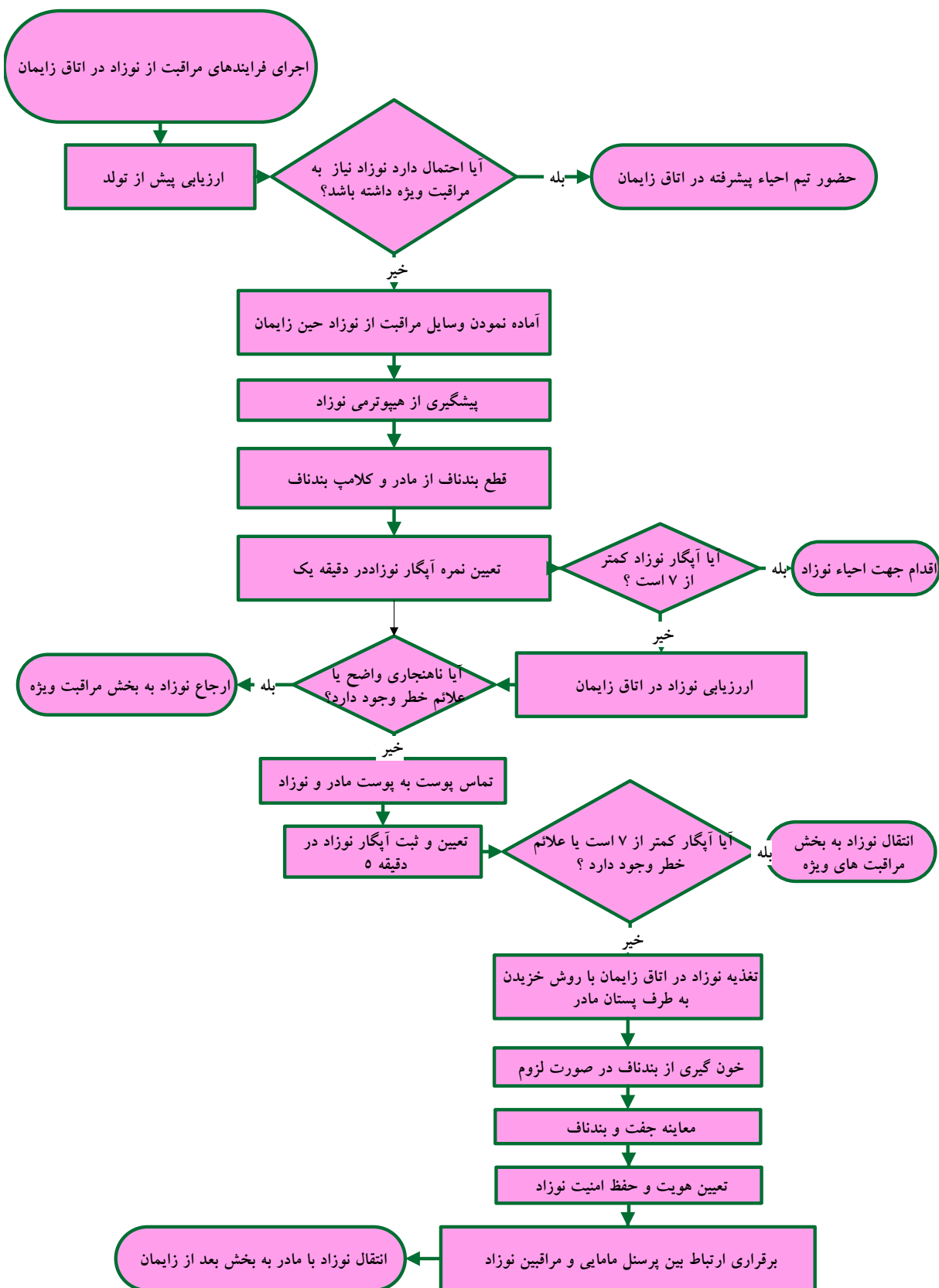
بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ فرایندها



بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ فرایندهای اتاق زایمان



این فرایندها در بلوک زایمان در صورت زایمان طبیعی و اتاق عمل و ریکاوری در صورت سزارین انجام می‌گیرد.

نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۱. ارزیابی جنین قبل از تولد	عامل زایمان	قبل از تولد	• بررسی سن بارداری از روی ارتفاع رحم؛ سونوگرافی و LMP • بررسی بیماری مادر که تهدید کننده سلامت نوزاد است، از طریق گرفتن شرح حال دقیق و بررسی پرونده مادر • بررسی ناهنجاری جنین، حجم مایع آمنیوتیک، وضعیت جفت و تخمین وزن جنین از طریق سونوگرافی • بررسی وضعیت سلامت جنین بر اساس الگوی ضربان قلب، بیوفیزیکال پروفایل	مشخص شدن احتمال نیاز نوزاد به مراقبت ویژه. در صورت غیر طبیعی بودن هر مورد، نوزاد وارد بسته خدمتی احیاء نوزاد می‌گردد.
۲. آماده سازی برای مراقبت از نوزاد	عامل زایمان عامل مراقبت از نوزاد	قبل از تولد	آماده نمودن وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت زایمان • ست زایمان • وسایل خون گیری نوزاد • تامین نور و دمای محل تولد • تجهیزات و داروهای مورد نیاز احیاء مادر • لباس و حوله نوزاد • وسایل تعیین هویت نوزاد • تجهیزات و داروهای احیاء نوزاد بر اساس بسته خدمتی احیاء نوزاد	اطمینان از آماده بودن وسایل و شرایط جهت تولد نوزاد
۳. پیشگیری از هیپوترمی	عامل زایمان	قبل و بلافاصله بعد از زایمان	• شستن دستها قبل از پوشیدن دستکش • زایمان طبیعی: • آماده کردن سه حوله گرم و خشک و تمیز • قرار دادن یک حوله روی شکم مادر در زایمان طبیعی • قرار دادن نوزاد روی شکم مادر • خشک کردن نوزاد با حوله دوم زیر گرم کننده تابشی • پیچاندن نوزاد در حوله سوم • سزارین: • قرار دادن یک حوله روی سطح گرم کننده • تابشی در زایمان به روش سزارین • خشک کردن نوزاد با حوله دوم • پیچاندن نوزاد در حوله سوم	پیشگیری از هیپوترمی نوزاد



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۴. ارزیابی نیاز نوزاد به احیاء و تعیین آپگار دقیقه اول	عامل زایمان	بدو تولد	بررسی: • سن حاملگی • مایع آمنیوتیک • تون عضلانی • تنفس نوزاد • تعیین آپگار دقیقه اول	تعیین نیاز نوزاد به احیاء و تعیین آپگار دقیقه اول • تعیین نیاز نوزاد به احیاء و تعیین آپگار دقیقه اول
۵. کلامپ و قطع بندناف	عامل زایمان	* ۲۰ تا ۳۰ ثانیه بعد از تولد * بعد از قطع بندناف از مادر	مراحل: • کلامپ بندناف با پنس استریل در سمت جفت • کلامپ بندناف با پنس استریل در سمت نوزاد • قطع بندناف بین دو پنس استریل • کلامپ بندناف در فاصله ۲ تا ۳ سانتی متری شکم نوزاد • قرار دادن کلامپ دوم در فاصله ۲ تا ۳ سانتی متری از کلامپ اول • قطع بندناف در فاصله ۲ سانتی متری از کلامپ دوم • بررسی بندناف از نظر خونریزی و تعداد عروق خونی	بندناف نوزاد به روش استریل قطع می شود
۶. معاینه نوزاد در اتاق زایمان	عامل مراقبت از نوزاد	قبل یا پس از پایان تغذیه نوزاد در اتاق زایمان	• محاسبه ضریب آپگار همزمان با سایر اقدامات ضروری نوزاد • قرار دادن نوزاد در سطح گرم و تمیز • شناسایی ناهنجاری های واضح یا بیماری های مهلک در نوزاد • بررسی حال عمومی، علائم ظاهری و جنسیت نوزاد • بررسی صدمات احتمالی زایمان، میزان نارس و تخمین وزن نوزاد • پس از معاینه نوزاد، تکمیل فرم اطلاعات نوزاد و ثبت نتایج در پرونده نوزاد.	• تعیین وجود ناهنجاری های واضح و علایم خطر در صورت غیر طبیعی بودن هر کدام از معاینات • اقدامات فوری و ضروری انجام شود و نوزاد از بسته خدمتی نوزاد سالم خارج می شود
۷. تماس پوست به پوست مادر و نوزاد	* زایمان طبیعی: عامل زایمان * سزارین: عامل مراقبت از نوزاد	پس از قطع بندناف	• برقراری تماس چشمی • برقراری تماس گونه به گونه • تشویق مادر به بوسیدن نوزاد و نجوا کردن در گوش وی • قرار دادن نوزاد روی شکم و سینه مادر در زایمان طبیعی و به صورت مورب روی سینه مادر در سزارین برای تماس پوست به پوست • گرم نگه داشتن مادر و نوزاد با پوشش گرم	• برقراری ارتباط عاطفی مادر و کودک • کمک به آغاز تغذیه با شیر مادر • حفظ حرارت نوزاد



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۸. خون گیری از بندناف	عامل زایمان	بعد از بریدن بندناف و قبل از خروج کامل جفت	• باز کردن گیره بندناف در قسمت متصل به جفت • دوشیدن ۲ تا ۵ سی سی خون در شیشه سیترا ته • رعایت خونگیری ایمن • ثبت مشخصات روی نمونه آزمایش • ارسال نمونه به آزمایشگاه	نمونه گیری از بندناف به روش صحیح و استریل انجام می شود.
۹. معاینه جفت و بندناف	عامل زایمان	بعد از تولد نوزاد و خروج جفت	• اطمینان از خروج کامل جفت • بررسی اندازه، وزن، شکل، هم نواختی و کامل بودن جفت • بررسی پرده های جفتی (وجود عروق بزرگ) • ثبت هرگونه ناهنجاری جفت و بندناف • بررسی طول، محل و نحوه اتصال بندناف • بررسی عروق بندناف (دوشریان و یک ورید) • ثبت یافته ها	جفت بررسی شده و وجود ناهنجاری در آن تعیین و ثبت می شود.
۱۰. تعیین و ثبت ضریب آپگار در دقیقه ۵	عامل زایمان	۵ دقیقه بعد از تولد	• تا ۵ دقیقه پس از تولد نوزاد را تحت نظر داشته و بررسی کنید. جدول آپگار را تکمیل کنید. • رنگ پوست، ضربان قلب نوزاد، تحریک پذیری، تون عضلانی و تنفس نوزاد را بررسی و نمره دهید. • آپگار دقیقه اول و پنجم را در فرم پرونده زایمان ثبت کنید. • در صورت نیاز به احیاء فرم احیاء را تکمیل کنید.	تعیین و ثبت ضریب آپگار
۱۱. تغذیه نوزاد در اتاق زایمان با روش خزیدن به طرف پستان مادر	عامل مراقبت از نوزاد	* در زایمان طبیعی و سزارین به روش اسپاینال پس از تماس پوستی * در سزارین با بیهوشی عمومی، پس از به هوش آمدن مادر	• بررسی عوامل خطر مادری و نوزادی برای شروع شیردهی • آموزش مادر برای شروع شیردهی با روش خزیدن به سمت پستان مادر • قرار دادن نوزاد در وضعیت خوابیده بر شکم بر روی شکم مادر در زایمان طبیعی و بصورت مورب از سمت بالای سر مادر بین پستان های مادر در زایمان به روش سزارین • قرار دادن یک حوله خشک روی بدن نوزاد برای جلوگیری از اتلاف حرارت نوزاد • به نوزاد برای خزیدن و تغذیه حداقل یک ساعت فرصت دهید.	آغاز تغذیه با شیر مادر



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۱۲. تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	* پس از تغذیه نوزاد در ساعت اول تولد * در سزارین با بیهوشی عمومی پیش از انتقال مادر و نوزاد به ریکاوری	- اطمینان از تعیین جنسیت نوزاد - تکمیل فرم ثبت هویت موجود در پرونده مادر - تعیین اثر کف پای نوزاد و اثر انگشت مادر طبق سیاست‌های زایشگاه - ثبت مشخصات: جنس نوزاد، نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ و ساعت تولد، شماره شناسایی نوزاد یا شماره پرونده مادر بر روی میچ بند نوزاد - میچ بند نوزاد را به دست یا پای وی ببندید - چسباندن برچسب کد شناسایی روی پرونده مادر	هویت نوزاد تعیین و پیش زمینه حفظ امنیت نوزاد می‌گردد
۱۳. برقراری ارتباط بین پرسنل مامایی و مراقبین نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد / عامل زایمان	پس از انجام معاینه و پیش از انتقال به اتاق پس از زایمان	- توضیح دادن وضعیت فعلی نوزاد و اطلاعات مهم زایمان و ثبت در پرونده - بررسی ثبت کامل اطلاعات پرونده مادر - مشخص نمودن محل انجام و ادامه سایر مراقبت‌های نوزاد، بر اساس وضعیت نوزاد	برقراری ارتباط و تبادل اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد
۱۴. طبقه بندی نوزاد بر حسب میزان خطر و انتقال نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	پس از پایان مراقبت‌های اتاق زایمان و تکمیل اطلاعات	- بررسی عوامل خطر جهت تعیین نوزاد سالم - بررسی وضعیت هوشیاری مادر جهت قرار دادن مادر روی صندلی یا تخت حمل بیمار - قرار دادن نوزاد در آغوش مادر (بسته به وضعیت مادر) یا انکوباتور - اطمینان از حفظ دمای بدن نوزاد (پوشاندن نوزاد با یک حوله نخی یا پتوی تمیز و پوشاندن سر نوزاد با کلاه) - تحويل پرونده مادر و نوزاد و امضاء فرم مخصوص در پرونده - کنترل میچ بندهای مادر و نوزاد و جنسیت نوزاد - انتقال مادر و نوزاد با آرامش و دقت - دادن فرم تحويل نوزاد به مسئول بخش	بدون اتلاف حرارت بدن نوزاد و با حفظ امنیت مادر و نوزاد به اتاق پس از زایمان انتقال می‌یابند.



فرآیند ۱: ارزیابی مادر و جنین پیش از تولد

با گرفتن شرح حال، معاینه مادر و بررسی وضعیت جنین با ابزارهای موجود پیش از تولد، می‌توان از عوامل خطر تهدید کننده سلامت جنین، اطلاع پیدا کرد و تمهیدات لازم برای جلوگیری از هرگونه آسیب را به کار برد.

فعالیت‌ها:

- پرونده مادر، سونوگرافی همراه و سن بارداری را در نظر بگیرید.
 - براساس اطلاعات بالا، سن بارداری را تخمین بزنید.
 - براساس شرح حال مادر، بیماری‌های مادر، که سلامت جنین را تهدید می‌کند مشخص نمایید.
 - براساس سونوگرافی، بررسی الگوی ضربان قلب، بیوفیزیکال پروفایل و معاینه مادر، شواهد وجود زجر جنینی و ناهنجاری‌های جنین را مشخص کنید.
 - مایع آمنیوتیک را از نظر بالینی (آغشتگی به مکنونیوم، وجود خون یا علایم عفونت) بررسی کنید.
 - وزن جنین را بر اساس اندازه‌گیری ارتفاع رحم و سونوگرافی تخمین بزنید.
- در صورت غیرطبیعی بودن هر کدام از موارد بالا (نارسی، وجود بیماری مؤثر بر جنین در مادر، زجر جنینی، وزن غیرطبیعی و وجود ناهنجاری) نوزاد ممکن است نیاز به مراقبت‌های خاصی داشته باشد و از بسته نوزاد سالم خارج می‌گردد.
- ※ توجه:
- برای ارایه مراقبت نوزادان نیازمند مراقبت‌های خاص، به بسته خدمتی احیای نوزاد مراجعه شود. در بسته خدمتی ذکر شده علاوه بر اقدامات نوزاد سالم، شرایط و اقدامات دیگری نیز در ارایه و تواتر خدمات در نظر گرفته می‌شود. در صورتی که نتیجه بررسی‌های بالا، طبیعی است، طبق بسته خدمتی نوزاد سالم ادامه دهید.

فرآیند ۲: آماده سازی برای مراقبت از نوزاد

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

فعالیت‌ها:

- تجهیزات و وسایل مورد نیاز مراقبت از مادر و نوزاد را چک کنید. (به بسته خدمتی احیا نوزاد مراجعه نمایید).



◀ عامل زایمان:

- ست زایمان (دو عدد پنس جفت، یک عدد قیچی سرگرد، دو عدد کلامپ بند ناف، گلیپات، چهار عدد شان استریل، پوار، گاز و پنبه استریل)
- تأمین تجهیزات مربوط به نور و دمای مناسب برای اتاق زایمان و اتاق عمل
- تجهیزات و داروهای مورد نیاز احیا مادر
- استامپ و وسایل تهیه اثر کف پای نوزاد و انگشت مادر (بر حسب سیاست‌های دانشگاه و مرکز درمانی)
- لوله سیتراته نمونه‌گیری خون بند ناف (بر حسب سیاست‌های دانشگاه و مرکز درمانی)

◀ عامل مراقبت از نوزاد:

- اکسیژن، ساکشن و پوار، وسیله گرم کننده نوزاد، تجهیزات و داروهای مورد نیاز احیای نوزاد، سه عدد حوله نخی استریل، گاز استریل، حوله کلاه دار و کلاه نوزاد، مچ بند شناسایی نوزاد.
- فرم اطلاعات نوزاد موجود در پرونده نوزاد (فرم را در ضمیمه پایان کتاب ببینید).
- اطمینان از دمای مناسب ($37^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) اتاق زایمان/اتاق عمل

فرایند ۳: پیشگیری از هیپوترمی

نوزاد بلافاصله پس از تولد با یک حوله استریل از پیش گرم شده، خشک می‌شود و در یک محیط گرم در تماس پوست به پوست با مادر یا در صورت لزوم در زیر یک منبع تابشی گرما که از پیش روشن شده قرار می‌گیرد.

فعالیت‌ها:

- پیش از به دنیا آمدن نوزاد و پوشیدن دستکش استریل، دست خود را با آب و صابون بشوید و خشک کنید.
- در زایمان طبیعی، یک حوله گرم و خشک نخی استریل روی شکم مادر و دو حوله گرم و خشک نخی استریل زیر گرم کننده تابشی قرار دهید. بلافاصله پس از تولد، نوزاد را روی شکم مادر که با یک حوله گرم پوشانده شده است، قرار دهید. نوزاد را در حالی که روی شکم مادر قرار دارد با حوله گرم و خشکی که زیر او قرار دارد بپوشانید، با حوله دوم نوزاد را با حرکات گذاشتن و برداشتن خشک نمایید (از مالش حوله بر پوست نوزاد خودداری نمایید). ابتدا سر و صورت و سپس بقیه بدن نوزاد را با ملایمت خشک کنید. خون و مکنونیوم را از روی بدن نوزاد پاک کنید. سپس حوله‌های خیس شده را کنار بگذارید و نوزاد را در حوله گرم، خشک و تمیز سوم بپوشانید.
- در زایمان به روش سزارین، دو حوله گرم و خشک نخی استریل را زیر گرم کننده تابشی قرار دهید، نوزاد را بلافاصله پس از تولد روی گرم کننده تابشی قرار دهید و وی را با حوله به صورت حرکات گذاشتن و برداشتن خشک و خون و مکنونیوم



را از روی بدن او پاک کنید، سپس حوله‌های خیس را کنار گذاشته نوزاد را در حوله گرم و خشک سوم بپیچید و روی سینه مادر (در صورت اجازه متخصص بیهوشی و زنان) قرار دهید.

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

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

فعالیت‌ها:

- وضعیت نوزاد را از نظر ترم بودن، مشخص کنید.
- وضعیت نوزاد از نظر آغشته بودن به مکنونیوم، سرد بودن، تنفس و تون عضلانی بررسی کنید.
- بر اساس بررسی‌های انجام شده در مورد نیاز به احیا تصمیم‌گیری نمایید.
- در صورت نیاز به احیا بند ناف را به سرعت کلامپ و قطع نمایید و عملیات احیا را آغاز و برای گرفتن کمک اقدام کنید (بسته خدمتی احیای نوزاد).
- در صورت عدم نیاز به احیا، طبق بسته خدمتی نوزاد سالم ادامه دهید.
- آپگار نوزاد را از راه بررسی وضعیت رنگ پوست، ضربان قلب، تحریک پذیری، تون عضلانی و تنفس نوزاد در دقیقه ۱ و ۵ ارزیابی و تعیین کنید. (جدول آپگار را در ضمیمه کتاب مشاهده نمایید)

فرایند ۵: قطع بند ناف از مادر و کلامپ بند ناف نوزاد

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

فعالیت‌ها:

- نوزاد متولد شده در حوله قرار داده شده روی سطح گرم (فرایند سوم) گذاشته شود.
- به وسیله پنس استریل اول و دوم بند ناف را کلامپ و با قیچی در فاصله بین دو پنس قطع نمایید.
- با گیره پلاستیکی و استریل بند ناف را در فاصله ۲ تا ۳ سانتی متری از شکم نوزاد کلامپ نمایید.
- در صورت لزوم گیره بند ناف استریل دیگری را در فاصله ۲ تا ۳ سانتی متری از کلامپ اول قرار دهید.
- بند ناف را با یک قیچی سرگرد استریل جراحی در فاصله ۲ سانتی متری از کلامپ بند ناف قطع نمایید.
- بند ناف را از نظر نشست خون و تعداد شریان‌ها بررسی کنید. در صورت نشست خون یک کلامپ، پیش از کلامپ اول اضافه



کنید.

- بهتر است برای پیشگیری از ریزش خون در محل قطع بند ناف بر روی شکم نوزاد از گاز استریل استفاده نمایید. (توجه داشته باشید برای قطع کردن بند ناف نیاز به تمیز کردن محل برش یا استفاده از محلول‌های ضدعفونی کننده نمی‌باشد)

فرایند ۶: معاینه نوزاد در اتاق زایمان

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

فعالیت‌ها:

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



فرآیند ۷: تماس پوست به پوست مادر و نوزاد

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

فعالیت‌ها:

- حریم خصوصی بیمار را حفظ نمایید.
- دمای محیط استاندارد باشد و مراقب حفظ دمای بدن نوزاد باشید.
- در حالی که نوزاد را در حوله‌ای پیچیده اید، نوزاد را به طرف مادر ببرید.
- بالشی زیر سر مادر بگذارید تا سرش بقدری بالا بیاید که بتواند نوزاد خود را بهتر ببیند.
- نوزاد را در معرض دید مادر قرار دهید (برقراری تماس چشمی).
- گونه نوزاد را در کنار گونه مادر قرار دهید (برقراری تماس گونه به گونه).
- مادر را تشویق کنید که نوزاد را ببوسد.
- مادر را تشویق کنید در گوش نوزادش به صورت نجوا صحبت کند یا پیام مذهبی بگوید.
- نوزاد را برای شروع شیردهی بر روی سینه و شکم مادر (در سزارین بین دو پستان مادر به صورت مورب) قرار دهید (برای مطالعه بیشتر به کتاب خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر مراجعه کنید).
- بدن مادر و نوزاد را با پتو بپوشانید.



فرآیند شماره ۸: خون‌گیری از بند ناف

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

فعالیت‌ها:

- گیره پلاستیکی بند ناف را در قسمت متصل به جفت باز کنید.
 - مقدار ۲-۵ mL خون به روش دوشیدن بند ناف در شیشه سیترا ته بریزید.
 - مراحل خون‌گیری ایمن را رعایت کنید.
 - مشخصات را روی نمونه ثبت کنید.
- نکته:** توصیه می‌شود در صورت گروه خونی O یا Rh منفی مادر و عدم خون‌گیری از بند ناف در بدو تولد یا ایجاد مشکل در نمونه خون گرفته شده از بند ناف، در طول مدت حضور نوزاد در بیمارستان، برای داشتن گروه خونی و Rh نمونه خون از نوزاد گرفته شود.

فرآیند ۹: معاینه جفت و بند ناف

معاینه جفت و بند ناف برای تأمین سلامت مادر و نوزاد با اهمیت است و می‌تواند نشان دهنده احتمال ناهنجاری در نوزاد باشد. یافته‌های معاینه جفت در اتاق زایمان باید ثبت شود.

فعالیت‌ها:

- از خروج کامل جفت مطمئن شوید.
- اندازه، شکل، یک نواختی و کامل بودن جفت را بررسی کنید.
- پرده‌های جفتی (وجود عروق بزرگ در پرده‌ها) را با دقت بررسی کنید.
- هرگونه ناهنجاری (لوب فرعی، خونریزی، تومور و توده) را ثبت کنید.
- طول، محل و نحوه اتصال بند ناف را چک کنید.
- عروق بند ناف را با دقت نگاه کنید.
- از وجود دو شریان و یک ورید مطمئن شوید.
- یافته‌های خود را ثبت کنید.



فرآیند ۱۰: تعیین و ثبت ضریب آپگار در دقیقه ۵

آپگار نوزاد در دقیقه پنجم نیز باید بررسی شود. آپگار دقیقه پنجم تا حد زیادی با تعیین آپگار دقیقه پنجم، نتایج باید در پرونده نوزاد ثبت شود. اگر در دقیقه پنجم ز بماند باید شمارش نمره را هر ۵ دقیقه (حد اکثر دقیقه ۲۰ عمر و/ یا تا زمان دسترس

فعالیت‌ها:

- تا ۵ دقیقه پس از تولد نوزاد را زیر نظر داشته باشید و جدول آپگار را تکمیل کنید.
 - وضعیت رنگ پوست، ضریان قلب، تحریک پذیری، تون عضلانی و تنفس نوزاد را بررسی نمایید و طبق جدول آپگار نمره دهید.
 - مجموع نمره آپگار دقیقه اول و پنجم را در برگه ثبت آپگار ثبت نمایید.
 - در صورت نیاز به انجام احیا، قسمت‌های تکمیلی فرم آپگار را تکمیل نمایید.
- توجه: اگر آپگار نوزاد در دقیقه پنجم کمتر از ۷ بود، ارزیابی و ثبت آپگار را در دقیقه‌های ۱۰، ۱۵ و ۲۰ نیز انجام دهید. (عامل مراقبت نوزاد)

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

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

فعالیت ها:

توجه: انتظار می رود مادر در آموزش های آمادگی زایمان با روش خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر آشنا شده باشد.

عوامل خطر مربوط به مادر و نوزاد در ارتباط با مشکلات شروع شیردهی را بررسی کنید.

- روش انجام کار و مزایای آن را به طور مختصر به مادر توضیح دهید.
- به مادر اطمینان دهید که این روش مؤثر خواهد بود.
- در صورت هرگونه مشکل (زایمان سخت، درد و ناراحتی) می توانید پدیده خزیدن را تا رفع مشکل (برای آماده شدن مادر) به تأخیر بیندازید.
- نوزادی را که بدنش خشک شده، پوشک نموده سپس روی شکم مادر (در وضعیت خوابیده بر روی شکم) قرار دهید.
- در موارد سزارین نوزاد را به صورت مورب از سمت بالای سر مادر (به گونه ای که پاهای نوزاد بالا باشد) بین پستان های مادر قرار دهید.
- برای جلوگیری از اتلاف گرمای بدن، یک حوله خشک روی نوزاد بگذارید. (می توان با گذاشتن کلاه از اتلاف گرما پیشگیری کرد).
- حداکثر یک ساعت به نوزاد فرصت دهید تا به سمت پستان مادر خزیده با یافتن نوک پستان تغذیه خود را شروع نماید. (معمولاً نوزاد در ۱۵ دقیقه اول غیر فعال می باشد و در نیم ساعت بعد، شروع به جستجوی نوک پستان می کند و پس از آن شروع به تغذیه می نماید)



- در صورت عدم موفقیت نوزاد پس از یک ساعت با قرار دادن نوزاد روی پستان به تغذیه اولیه کمک کنید و در صورت عدم موفقیت با قرار دادن پستان در دهان نوزاد به شروع اولین تغذیه کمک نمایید.

توجه: لزومی به شستن پستان مادر نیست

- محیط اطراف مادر باید آرام و دارای دمای مناسب (28°C – 25°C) باشد.
- در صورت امکان پدر یا یک همراه منتخب مادر در کنار مادر باشد.

فرایند ۱۲: تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد

یکی از اصول مراقبت‌های نوزادی تعیین هویت نوزاد است. تعیین هویت نوزاد با روش‌های مطمئن در بدو تولد و سپس جدا نکردن مادر و نوزاد در طول اقامت در بیمارستان، از روش‌های مؤثر پیشگیری از هر خطای هویتی می‌باشد.

فعالیت‌ها:

- در بدو پذیرش مادر در بیمارستان، شماره پرونده مادر به صورت کد شناسایی بر روی دو مچ بند یکی مخصوص مادر و دیگری مخصوص نوزاد ثبت و نصب پرونده می‌گردد. هنگام تولد نوزاد، مشخصات نوزاد شامل: نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ و ساعت تولد، جنس نوزاد در کنار کد شناسایی نوزاد که روی مچ بند نصب روی پرونده می‌باشد، نوشته می‌شود. مچ بند را می‌توان روی مچ دست یا پای نوزاد در محلی که ایجاد حساسیت نکند و به راحتی نیز باز نشود می‌بندیم.
- مچ بند استاندارد نوزاد را ترجیحاً روی مچ پای نوزاد نصب کنید. (زیرا وقتی به دست نوزاد بسته می‌شود تماس دست بند با دهان نوزاد بیشتر خواهد بود).
- از تعیین جنسیت نوزاد اطمینان حاصل کنید و جنسیت نوزاد را به مادر نشان دهید.
- در صورت لزوم اثر کف پای راست نوزاد و اثر انگشت دست راست مادر را تهیه کرده در محل مخصوص در پرونده مادر قرار دهید.
- فرم ثبت هویت موجود در پرونده مادر را پر کنید.
- مچ بند مادر را نیز که هنگام پذیرش در بیمارستان نصب پرونده بود تکمیل (جنس نوزاد، تاریخ و ساعت تولد نوزاد) و آن را روی مچ دست مادر نصب کنید.
- توصیه می‌شود در صورت نیاز پس از تولد یک عکس از چهره نوزاد گرفته در پرونده نوزاد نگهداری شود.

فرایند ۱۳: برقراری ارتباط بین کارکنان مامایی و مراقبین نوزادان

با توجه به اهمیت تاثیر بیماری‌های مادر، مسائل حین بارداری و فرایند زایمان بر روی سلامت نوزاد، ضروری است برای حفظ سلامت نوزاد و تداوم ارائه مراقبت مناسب به نوزاد، کارکنان مامایی و عامل زایمان کلیه اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان را به عامل مراقبت نوزاد در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد به صورت کتبی (با تکمیل فرم) انتقال دهند. بنابراین لازم است مسئول مراقبت



نوزاد و عامل زایمان با برقراری ارتباطی مؤثر، اطلاعات بالا را به صورت کتبی و شفاهی انتقال داده، مرور و تکمیل نمایند.

فعالیت‌ها:

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

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

پس از تکمیل فرایندهای اتاق زایمان، باید براساس وضعیت سلامت نوزاد، نوزاد را برای ادامه سایر مراقبت‌ها و خدمات مورد نیاز طبقه بندی کرد: نوزاد سالم، نوزاد در خطر و نوزاد بیمار، که به بخش نوزادان یا مراقبت‌های ویژه انتقال می‌یابد بنابر این بررسی علایم خطر ضروری می‌باشد. (به بخش ۱ راهنمای علمی ارزیابی عوامل خطر مراجعه نمایید).

در ضمن در زمان انتقال نوزاد از هر قسمت به قسمت دیگر می‌بایست به حفظ و تأمین گرمای نوزاد، تأمین ایمنی نوزاد و پیشگیری از عفونت توجه نمود. اصل اساسی هم آغوشی مادر و نوزاد برای کمک به حفظ گرمای نوزاد و تأمین ایمنی وی تا حدامکان باید رعایت شود. بنابراین هر جا شرایط مادر اجازه می‌دهد، نوزاد در آغوش مادر انتقال می‌یابد. در سایر موارد باید سعی شود انتقال به صورت هم زمان و با استفاده از کات مناسب (شفاف و قابل شستشو) صورت گیرد. در این موارد، انکوباتور سیار ارجح است. پوشاندن نوزاد شامل کلاه و پتوی مناسب باید مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این تکمیل فرم تحویل نوزاد، کنترل مچ بندهای مادر و نوزاد و جنسیت در هر نوبت انتقال، توسط ارایه دهندگان خدمت الزامی است.

فعالیت‌ها:

- عوامل خطر برای تعیین نوزاد سالم را بررسی کنید.
- از هوشیار بودن مادر مطمئن شوید.
- بسته به وضعیت مادر، وی را روی صندلی چرخدار یا تخت انتقال بیمار قرار دهید.
- نوزاد را توسط پارچه یا پتوی تمیز و سر وی را با کلاه بپوشانید.
- نوزاد را در آغوش مادر قرار دهید. حتی الامکان مادر و نوزاد هرگز از هم جدا نشوند.



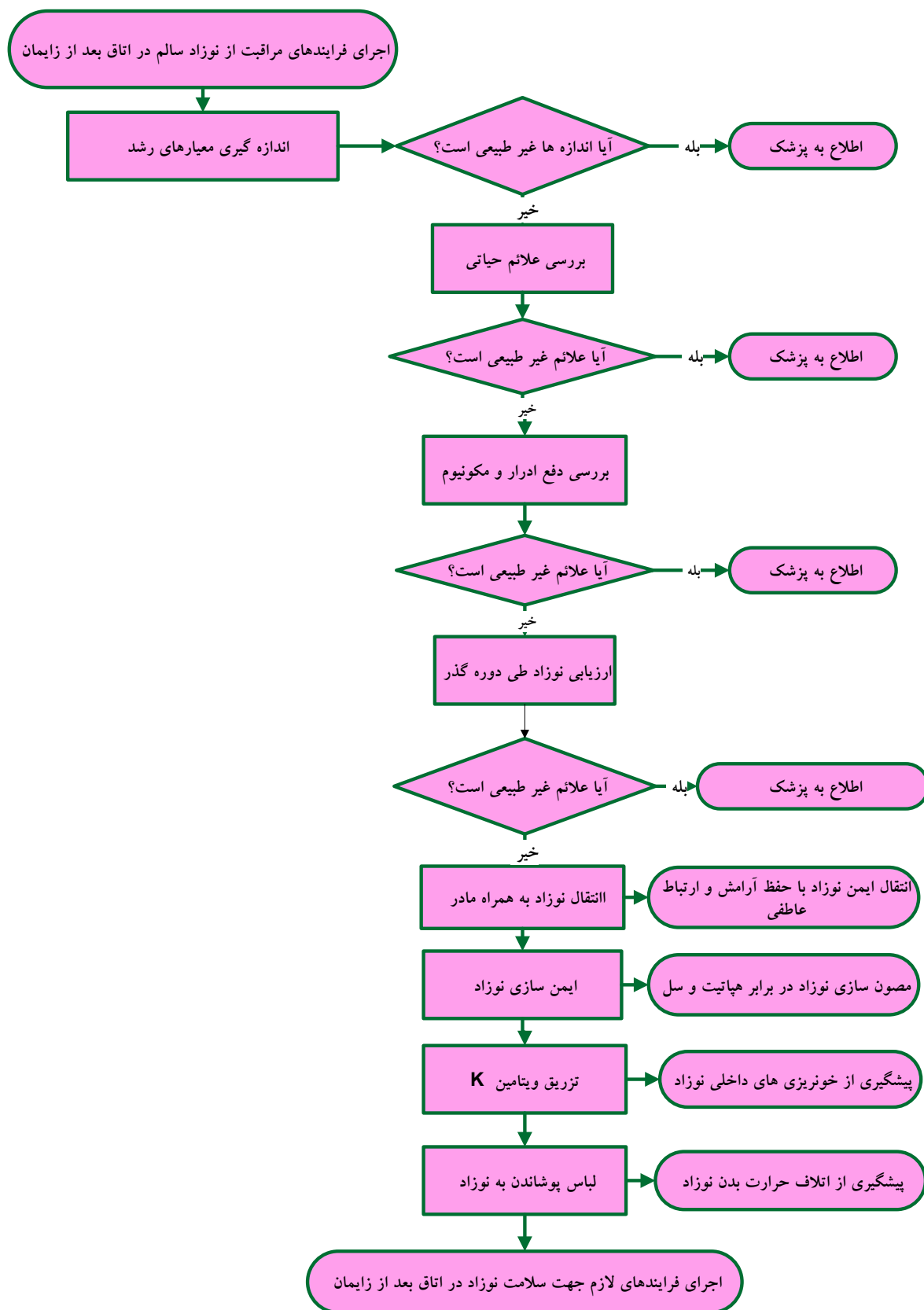
- از پوشیده بودن و حفظ دمای نوزاد اطمینان حاصل کنید.
 - پرونده مادر و نوزاد را تحویل گرفته فرم تحویل نوزاد را امضا کنید.
 - مچ بندهای مادر و نوزاد و جنسیت نوزاد را پیش از انتقال کنترل کنید.
 - با دقت و آرامش در مسیر انتقال از نوزاد و مادر مراقبت نمایید.
 - فرم تحویل مادر و نوزاد را به مسئول بخش مامایی داده از وی امضا بگیرید.
- در صورت عدم توانایی انتقال نوزاد در آغوش مادر:
- نوزاد را در کات مناسب یا انکوباتور سیار قرار دهید.
 - نوزاد و مادر را به همراه هم به بخش منتقل کنید.
 - سایر نکات تحویل دادن و گرفتن نوزاد و مادر را مثل بالا انجام دهید.





بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ مراقبت‌های اتاق پس از زایمان



این فرآیندها در صورت انجام زایمان در بخش‌های LDRP در همان محل و در غیر اینصورت در اتاق پس از زایمان انجام می‌شود.

نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۱۵. اندازه‌گیری معیارهای رشد نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	بعد از تزریق ویتامین K	اندازه‌گیری وزن: • شستن دست‌ها • اطمینان از دقیق بودن ترازو • حفظ دمای بدن نوزاد • اندازه‌گیری وزن به روش استاندارد (طبق راهنمای بالینی) اندازه‌گیری قد: • قرار دادن نوزاد روی قد سنج نوزادی • اندازه‌گیری قد به روش استاندارد (طبق راهنمای علمی) اندازه‌گیری دور سر: • دور سر کودک را به روش استاندارد اندازه بگیرید (طبق راهنمای علمی) ثبت وزن، قد و دور سر نوزاد	اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر نوزاد



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۱۶. فرآیند بررسی علایم حیاتی نوزاد و بررسی دفع ادرار و مکونیوم	عامل مراقبت از نوزاد	در دو ساعت اول بعد از تولد هر نیم ساعت	ضربان قلب: • شمارش ضربان قلب یا نبض به مدت ۱ دقیقه حداقل یک بار و در صورت ریتم منظم شمارش به صورت ۶ ثانیه $\times ۱۰$ و سپس ثبت ضربان قلب تنفس: • قراردادن نوزاد در وضعیتی که قفسه سینه قابل مشاهده باشد. شمارش تنفس با مشاهده قفسه سینه یا سمع در ۱ دقیقه، سپس ثبت تعداد تنفس دمای بدن: • تمیز کردن دماسنج با آب و صابون. اولین بررسی دمای بدن نوزاد از طریق زیر بغل به مدت ۴ تا پنج دقیقه از طریق زیر بغل سنجیده می شود، سپس ثبت دمای بدن نوزاد. پرفوزیون محیطی نوزاد • ارزیابی پرفوزیون محیطی تحمل تغذیه: • دفعات و مدت تغذیه با شیر مادر گزارش شود، وضعیت مادر و نوزاد هنگام شیردهی و نشانه های وضعیت درست شیر خوردن نوزاد روزی دو بار بررسی شود. دفع مدفوع و ادرار: • در طی ۲۴ ساعت اول عمر، اولین دفع مدفوع بررسی شود. • در طی ۱۲ ساعت اول عمر، اولین دفع ادرار بررسی شود.	تعیین وضعیت نوزاد از نظر ثبات و عدم نیاز به خدمات خاص (در صورت غیر طبیعی بودن به پزشک اطلاع دهید.)
۱۷. ارزیابی نوزاد طی دوره گذر	عامل مراقبت از نوزاد	بعد از انجام فرایندهای اتاق زایمان	• ارزیابی تنفس، قلب، رنگ، پرفوزیون محیطی، دما، فعالیت، هوشیاری، تن عضلانی و تغذیه • دفعات ارزیابی هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه یک بار تا طبیعی شدن علائم طی ۲ ساعت (معمولا در مجموع ۶ ساعت) و بعد از آن هر ۸ ساعت یک بار • نتایج ارزیابی در پرونده یا چارت نوزاد ثبت شود. • دمای محیطی که نوزاد در آنجا اقامت دارد ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی گراد باشد و در معرض جریان هوا نباشد. • تحویل مادر و نوزاد به پست پارتوم و امضاء فرم مخصوص توسط عامل مراقبت از نوزاد و مامای تحویل گیرنده	انتقال نوزاد به بخش پست پارتوم با حفظ ایمنی وی



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۱۸. انتقال نوزاد از اتاق پس از زایمان به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	بعد از انجام فرآیندهای اتاق پس از زایمان	• بررسی فرآیندهای انجام شده در اتاق پس از زایمان (تجویز ویتامین K، اندازه‌گیری معیارهای رشد نوزاد و ایمن‌سازی) • ثبت و امضاء محل انجام و بررسی فرآیندها • قرار دادن مادر روی برانکارد و یا صندلی چرخ دار • در صورت پایدار بودن وضعیت مادر، قرار دادن نوزاد در آغوش مادر • انتقال هم‌زمان مادر و نوزاد در آرامش و دقت کامل • تحویل مادر و نوزاد به بخش و امضاء فرم مخصوص توسط عامل مراقبت از نوزاد و مامای بخش	انتقال نوزاد و مادر با حفظ ایمنی به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد
۱۹. ایمن‌سازی: • هپاتیت B • B.C.G • قطره فلج اطفال	عامل مراقبت از نوزاد عامل مراقبت از نوزاد یا ایمن‌سازی عامل ایمن‌سازی	در ساعت اول بعد از زایمان قبل از ترخیص	• شستن دست‌ها • اطمینان از سلامت زنجیره سرد • بررسی ویال واکسن از نظر تاریخ و انقضای واکسن • آماده کردن سرنگ انسولین برای تزریق • آماده کردن نوزاد • هپاتیت B: تزریق عضلانی ۰/۵ میلی لیتر واکسن در یک سوم میانی قدامی خارجی ران راست • B.C.G: تزریق داخل جلدی ۰/۰۵ میلی لیتر واکسن در محل داخل جلدی بازوی راست • قطره فلج اطفال: تجویز واکسن از طریق روی زبانی به مقدار ۲ قطره	تجویز واکسن‌های مورد نیاز نوزاد به روش صحیح و استریل
۲۰. تزریق ویتامین K ₁	عامل مراقبت از نوزاد	دو ساعت اول پس از زایمان و پس از اولین تغذیه نوزاد	• شستن دست‌ها. • بررسی ویال ویتامین K₁ از نظر مقدار، رنگ و تاریخ انقضا. • آماده کردن سرنگ انسولین جهت تزریق • هواگیری سرنگ. • تزریق ویتامین K₁ به صورت داخل عضلانی در یک سوم میانی قدامی خارجی عضله ران چپ.	تزریق ویتامین K ₁ به روش صحیح و استریل
۲۱. لباس پوشاندن به نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	پس از توزین نوزاد	• شستن دست‌ها. • پوشاندن سر نوزاد با کلاه. • برای پوشاندن بالاتنه یقه را با دست گشاد کنید. • به آرامی یقه را وارد سر نوزاد کنید. • آستین را به دست خود بکشید. • آستین‌ها را به نوبت داخل دست‌های نوزاد کنید. • نوزاد را پوشک کنید. • پاچه‌های شلوار را به دست خود کنید. • پاچه‌ها را به نوبت داخل پای‌های نوزاد کنید.	لباس پوشاندن نوزاد برای پیشگیری از، از دست دادن دما



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

اولین ارزیابی نوزاد در بخش به محض ورود، حداکثر در ۲ ساعت اول عمر انجام می‌شود. وزن نوزاد سالم، بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ gr، قد آنها بین ۵۴-۴۶ cm و دور سر ۳۷-۳۳ cm می‌باشد. در ابتدای تولد اندازه‌گیری وزن، قد و دورسر نوزاد ضروری است.

فعالیت‌ها:

- دست‌ها را بشویید.

- از گرم بودن محیط نوزاد در تمام زمان اندازه‌گیری مطمئن شوید.

◀ وزن کردن:

- ترازو را در محل ایمنی قرار دهید (مراقب خطر سقوط نوزاد باشید).

- کاغذ یک بار مصرف یا پارچه نازک و تمیزی روی ترازو قرار دهید (در صورت استفاده از حوله یا شان وزن آن را از کل وزن اندازه‌گیری شده کسر نمایید).

- ترازو را پس از قرار دادن پارچه خشک تنظیم کنید و از دقیق بودن آن مطمئن شوید (بهتر است از ترازوی دیجیتال استفاده شود).

- نوزاد را بدون هیچ پوششی با احتیاط روی ترازو قرار دهید، وزن نوزاد را بخوانید و عدد خوانده شده را ثبت کنید.

◀ اندازه‌گیری قد:

- روی سطح قدسنج کاغذ یک بار مصرف یا پارچه نازک و تمیزی قرار دهید.

- نوزاد را روی قد سنج قرار دهید (برای این کار از فرد دیگری کمک بگیرید).

- سر نوزاد را به قسمت بالایی قدسنج بچسبانید.

- گردن نوزاد را راست نگه دارید و دقت کنید محور بدن نوزاد مستقیم بماند.

- به آرامی پاهای نوزاد را در امتداد بدنش قرار دهید و قد نوزاد را اندازه‌گیری و عدد خوانده شده را ثبت کنید.

◀ اندازه‌گیری دور سر:

- برای اندازه‌گیری دورسر نوزاد به طور صحیح، نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.

- متر را دور سر نوزاد به روش صحیح قرار دهید.

- دور سر نوزاد را از بر جسته‌ترین نقطه پشت سر تا بر جسته‌ترین نقطه روی پیشانی اندازه بگیرید. (متر نواری در قسمت

جلو روی برآمدگی ابروها تقریباً یک سانتی متر بالای پل بینی قرار گیرد به گونه‌ای که از استخوان اکسیپیتال و پاریتال و فرونتال رد شود).



- اندازه بدست آمده را بخوانید و یادداشت نمایید.



فرآیند ۱۶: بررسی علایم حیاتی نوزاد و بررسی تغذیه، دفع ادرار و مکونیوم

علایم حیاتی در نوزادان سالم نیز حائز اهمیت است. این علایم حیاتی در نوزادان سالم شامل ضربان قلب، تعداد تنفس و دمای بدن نوزاد می‌باشد. ارزیابی این علایم به دلیل ناپایداری وضعیت نوزاد در ۲ ساعت اول تولد، هر نیم ساعت یک بار خواهد بود. (توصیه می‌شود در صورت امکان از پالس اکسی متر سیار بر بالین نوزاد استفاده شود) و در اتاق زایمان برای اولین بار این علایم بررسی می‌شود.

فعالیت‌ها:

- دستان‌تان را با آب و صابون بشویید.
- ساعت ثانیه شمار را آماده نمایید.
- رگ براکیال نوزاد را لمس کنید یا با استفاده از گوشی به ضربان قلب گوش دهید.
- ساعت ثانیه شمارتان را در مقابل خود قرار دهید.
- شمارش ضربان قلب/ نبض: حداقل یک بار در ۶۰ ثانیه کامل سپس در صورت ریتم منظم، شمارش ضربان قلب یا نبض طی ۶ ثانیه ($10 \times$) بشمارید.
- تعداد ضربان را در فرم ثبت علایم درج کنید.
- نوزاد را در وضعیتی قرار دهید که حرکات قفسه سینه قابل مشاهده باشد.
- با مشاهده قفسه سینه، یا گذاشتن یک دست بر روی شکم نوزاد، تعداد تنفس نوزاد را در یک دقیقه کامل بشمارید.

- تعداد تنفس را در فرم ثبت علایم درج کنید.
 - دماسنج را با آب و صابون تمیز کنید.
۱. دماسنج جیوه‌ای: پس از پایین آوردن جیوه تا حد ۳۵ درجه، در حفره زیر بغل قرار داده، بازو را به پهلوی وی با فشار ملایم ثابت نگه داشته و سپس بعد ۵ دقیقه خوانده شود.
۲. دماسنج دیجیتالی: به مدت ۵ دقیقه (یا برحسب توصیه سازنده دماسنج) در حفره زیر بغل قرار داده، بازو را به پهلوی وی با فشار ملایم ثابت نگه داشته و سپس خوانده شود. **دماسنج دیجیتالی ایمنی بیشتری دارد دما را با دقت مناسب نشان می‌دهد و برای تشخیص هیپوترمی مناسب‌تر است.**
۳. دماسنج الکتریکی: در صورت قرار دادن نوزاد به طور مداوم در زیر گرم‌کننده تابشی، پروب محل مناسب در قسمت تحتانی و چپ شکم در صورت وضعیت خوابیده به پشت) یا پائین پشت در صورت قرار گرفتن در وضعیت بروی شکم است. پروب، برای انتقال صحیح دما، باید بروی استخوان یا نسج کبد یا اندام‌ها قرار داده نشود. دماسنج الکتریکی امکان **پایش مداوم دمای بدن را می‌دهد و برای نوزاد بیمار یا در معرض خطر مورد استفاده است.**
- ✓ سنجش روتین دمای بدن نوزاد از طریق مقعد توصیه نمی‌شود. ولی در صورت شک به هیپوترمی و در زمانی هیپوترمی را درمان می‌کنیم، سنجش دما باید از راه مقعد انجام گیرد. در این صورت نوک دماسنج تا ارتفاع حدود ۲ سانتیمتر در مقعد نوزاد فرو برده ۳ دقیقه نگه داشته شود.
- ✓ **دمای بدن نوزاد سالم با وزن بالای ۲۰۰۰ گرم، حداقل یک بار با دماسنج اندازه‌گیری شود.** در صورت طبیعی بودن در دفعات بعدی کنترل دمای بدن با لمس دست‌ها و پاها قابل انجام است.
- مقدار دمای بدن را ثبت کنید.
 - علایم اندازه‌گیری شده را در چارت علایم حیاتی نیز ثبت نمایید.
 - در صورت غیرطبیعی بودن علایم (آپنه، هیپوترمی، بی‌حالی، استفراغ، ...) به پزشک اطلاع دهید.
 - دفعات و مدت تغذیه با شیر مادر را ثبت نمایید.
 - وضعیت مادر و نوزاد را هنگام شیردهی و نشانه‌های وضعیت درست شیر خوردن نوزاد را روزی دو بار بررسی و گزارش کنید.
 - اولین دفع مدفوع در اغلب نوزادان سالم در طی ۲۴ ساعت اول عمر است. عدم دفع مدفوع طی ۴۸ ساعت اول عمر احتمال انسداد دستگاه گوارشی تحتانی را مطرح می‌کند.
 - اولین دفع ادرار در اغلب نوزادان سالم در طی ۱۲ ساعت اول عمر است. عدم دفع مدفوع طی ۲۴ ساعت در صورت دفع ادرار و مدفوع در دو ساعت اول، در پرونده نوزاد ثبت نمایید.



فرایند ۱۷: ارزیابی نوزاد طی دوره گذار

در طول دوره انتقال، نوزاد نیاز به ارزیابی معمول شامل ارزیابی تنفس، ضربان قلب، رنگ، پرفوزیون محیطی، دما، فعالیت، هوشیاری و تون عضلانی و تغذیه دارد. نوزاد با سن بارداری ۳۶ < هفته یا ۴۱ > هفته، نوزاد با وزن ۴۰۰۰ gr > یا ۲۰۰۰ gr < یا نوزادی که سابقه بارداری یا زایمان پرخطر داشته است (طبق جدول احیا نوزاد) نیاز به کنترل علائم حیاتی دارد.

فعالیت‌ها:

- علائم حیاتی، میزان هوشیاری، وضعیت تغذیه، فعالیت و تون عضلانی نوزاد را بررسی کنید.
- علائم حیات نوزاد را در ۲ ساعت اول هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و در صورت طبیعی بودن آن هر ۸ ساعت یک بار بررسی نمایید.
- نتایج ارزیابی را در پرونده یا چارت نوزاد ثبت نمایید.
- دمای محیط نوزاد را بین ۲۵-۲۸ °C نگهدارید.
- فرم مراقبت از نوزاد هنگام انتقال نوزاد به بخش پس از زایمان را تکمیل کنید. نوزاد در بخش به محض ورود به بخش همراه مادر، حداکثر در ۲ ساعت اول عمر انجام می‌شود.



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

یکی از وظایف مهم و اساسی مدیریت بیمارستان، تأمین امکانات به منظور حفظ امنیت نوزاد و مادر حین انتقال آنان به بخش می‌باشد. اکثر مادران نگران جدایی از نوزادشان می‌باشند و لذا هم زمانی انتقال آنان سبب کاهش بروز مشکلات امنیتی و نگرانی مادر می‌شود. لازم به ذکر است در صورتی که زایمان‌ها در بخش زایمان به صورت (LDRP) Labor, Delivery, Recovery, Post-Partum انجام می‌شود (بخش LDRP بخش‌هایی هستند که دارای تخت‌های ۸ وضعیتی می‌باشند و مادر از ابتدای بستری بر روی یک تخت پذیرش می‌شود و با توجه به قابلیت وضعیت دادن به این تخت‌ها، مادر مراحل لیبر را روی این تخت طی نموده به دنبال آن زایمان روی همین تخت انجام می‌شود و دوره ریکاوری و پست پارتوم او روی یک تخت خواهد بود و از روی همین تخت ترخیص می‌گردد.) این فرایندهای انتقال حذف و نیازی به اجرا ندارند.

مسئول مراقبت از مادر و نوزاد در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد، وظیفه تحویل نوزاد از اتاق پس از زایمان را بر عهده دارد.

فعالیت‌ها:

- از تجویز ویتامین K₁، اندازه‌گیری معیارهای رشدی، ایمن سازی، تغذیه اولیه نوزاد، تعیین هویت و دفع ادرار و مدفوع

نوزاد مطمئن شوید (عامل مراقبت از نوزاد به پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد).

- محل مخصوص بررسی موارد بالا را در فرم مخصوص پرونده امضاء کنید (عامل مراقبت از نوزاد / پرستار تحویل گیرنده مادر و نوزاد).
- بسته به وضعیت مادر، مادر را روی صندلی چرخدار یا تخت انتقال بیمار قرار دهید.
- نوزاد را در آغوش مادر قرار دهید (پرستار/ ماما تحویل گیرنده مادر و نوزاد).
- در صورت عدم توانایی انتقال نوزاد در آغوش مادر، نوزاد را در کات مناسب و ترجیحاً انکوباتور سیار قرار داده، نوزاد و مادر را به همراه هم و هم زمان به بخش منتقل کنید (پرستار/ ماما تحویل گیرنده مادر و نوزاد).
- از پوشیده بودن مادر و حفظ دمای نوزاد اطمینان حاصل کنید (پرستار/ ماما تحویل گیرنده مادر و نوزاد).
- با دقت و آرامش در مسیر انتقال از نوزاد و مادر مراقبت نمایید (پرستار/ ماما تحویل گیرنده مادر و نوزاد).

فرآیند ۱۹: ایمن سازی نوزاد

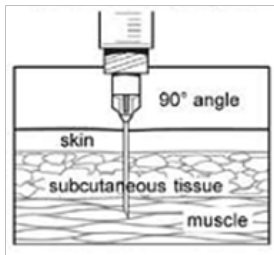
در طی حضور نوزاد در بیمارستان و ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول عمر، تزریق واکسن هپاتیت و تلقیح واکسن ب.ث. ژ انجام می شود و خوراندن قطره فلج کودکان (پولیو) در هنگام ترخیص از بیمارستان صورت می گیرد. موارد خاص و منع مصرف محدودی برای تجویز واکسن ها وجود دارد که در این موارد باید مطابق برنامه ایمن سازی کشوری اقدام لازم صورت گیرد. در صورتی که مادر، نوزاد مبتلا به هپاتیت B، C، هرپس یا HIV/AIDS می باشد و یا نوزاد به شدت به مکنونیم آغشته است، ایمن سازی پس از استحمام انجام شود.

تزریق واکسن هپاتیت B

فعالیت ها:



- دستانتان را با آب و صابون بشویید.
- از سلامت زنجیره سرد مطمئن شوید.
- ویال هپاتیت B را قبل از تزریق از نظر وجود ذرات و یا تغییر رنگ بررسی نمایید.
- تاریخ انقضای واکسن را بررسی کنید.
- با یک سرنگ انسولین، مقدار ۰/۵ mL محلول را بکشید.



- سرنگ را هواگیری کنید.
- نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- عضله ران سمت راست را بین انگشت شست و سایر انگشتان دست نگه دارید. موضع را با پنبه الکل تمیز کنید.
- با زاویه ۹۰ درجه سر سوزن را وارد عضله کنید.
- آسپیره کنید و تزریق را انجام دهید.
- توجه: در صورتی که مادر از نظر HBs Ag مثبت باشد، نوزاد بهتر است ۰/۵ mL ایمنوگلوبولین اختصاصی هپاتیت ب (HBIG) به صورت هم زمان در عضله ران دیگر دریافت کند. درمان بهتر است در اسرع وقت در مدت ۱۲ ساعت بدو تولد انجام شود.

تزریق واکسن ب ث ژ



فعالیت‌ها:

- دستانتان را با آب و صابون بشوید.
- از سلامت زنجیره سرد مطمئن شوید.
- ویال واکسن ب ث ژ قبل از تزریق از نظر وجود ذرات و یا تغییر رنگ بررسی نمایید.
- تاریخ انقضای واکسن را بررسی کنید.
- با یک سرنگ انسولین مقدار ۰/۰۵ mL محلول را بکشید.
- سرنگ را هواگیری کنید.
- نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- موضع مورد نظر جهت تزریق را با پنبه الکل تمیز کنید.
- عضله بازو را با انگشت شست و انگشتان دست بگیرید.
- سوزن را مماس بر پوست به صورت داخل جلدی وارد کنید.
- محلول را وارد جلد کنید.



تجویز واکسن فلج کودکان

واکسن فلج کودکان باید موقع ترخیص نوزاد از بیمارستان به نوزاد خورانده شود.

فعالیت‌ها:

- دستان‌تان را با آب و صابون بشوید.
- از سلامت زنجیره سرد مطمئن شوید.
- ویال واکسن قطره فلج کودکان را از نظر وجود ذرات یا تغییر رنگ و تاریخ انقضای آنرا بررسی کنید.
- نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- دهان نوزاد را باز کنید و ۲ قطره واکسن پولیو روی زبان نوزاد بچکانید.

نکته:

الف) اگر تجویز واکسن در زمان ترک زایشگاه مقدور نشود، در هر فرصت تا روز سی ام تولد قابل تجویز است. ولی پس از آن

تجویز واکسن پولیوی نوبت صفر ضرورتی ندارد.

ب) در صورت استفراغ در کمتر از ده دقیقه بعد خوراندن قطره، باید تجویز یک بار دیگر بصورت پیش تکرار شود.

تمام موارد بالا مطابق برنامه ایمن سازی کشوری انجام می‌شود.



فرآیند ۲۰: تزریق ویتامین K_۱

ویتامین K نقش بسیار مهمی در پیشگیری از خونریزی دارد. در نوزادان تازه متولد سطح ویتامین K_۱ پایین است. به همین دلیل برای

پیشگیری از خونریزی در نوزاد، یک میلی گرم آمپول ویتامین K_۱ در دو ساعت اول تولد به صورت عضلانی تزریق می‌شود. به دلیل

شیوع کمبود آنزیم G6PD فقط تجویز ویتامین K_۱ (فیتو نادیون) توصیه می‌شود.

فعالیت‌ها:

- دستان‌تان را با آب و صابون بشویید.
- آمپول ویتامین k_1 یک میلی گرمی را از نظر مشخصات و تاریخ انقضای کنترل کنید.
- با استفاده از یک سرنگ انسولین استریل، با توجه به ترم یا نارس بودن نوزاد مقدار نیم تا یک میلی گرم ویتامین k_1 را به داخل سرنگ بکشید.
- هوای داخل سرنگ را خارج و به رنگ آن توجه کنید.
- ران چپ نوزاد را ثابت کرده عضله ران چپ را بین انگشت شست و انگشتان دست بگیرید.
- موضع تزریق را با پنبه الکلی تمیز کنید و سوزن سرنگ را عمود وارد عضله نمایید.
- تزریق را انجام دهید.

فرآیند ۲۱: لباس پوشاندن به نوزاد

حفظ دمای بدن نوزاد از اهمیت خاصی برخوردار است. با پوشاندن نوزاد، از خطرات بعدی که بر اثر کاهش دمای بدن ممکن است رخ دهد پیشگیری می‌شود. لباس نوزاد بهتر است از جنس نخ و شامل زیرپوش، بلوز، پوشک، شلوار، کلاه و پتو باشد. برای نوزاد از پوشش مناسب فصل استفاده نمایید.

فعالیت‌ها:

- دست‌های‌تان را بشویید.
- لباس نوزاد شامل یک پوشش ساده نخی یا یک گان تمیز، یک پوشک یا کهنه نرم؛ محلفه تمیز، پتوی قابل شستشو و کلاه ساده نخی می‌باشد.
- برای پوشاندن بالا تنه، با دست یقه بلوز یا زیرپوش را کمی گشاد کنید.
- به آرامی یقه را وارد سر نوزاد کنید.
- با یک دست ابتدا آستین را به دست خود کنید.
- سپس دست نوزاد را به همان دست خود بدهید.
- لباس را داخل دست‌های نوزاد کنید.
- مشمع را پهن کنید. (در صورت موجود بودن پوشک در وسایل نوزاد از آنها استفاده کنید)
- پوشک را روی مشمع بچه باز کنید. (می‌توانید از پوشک یک بار مصرف یا پارچه‌های تمیز قابل شستشو استفاده کنید)



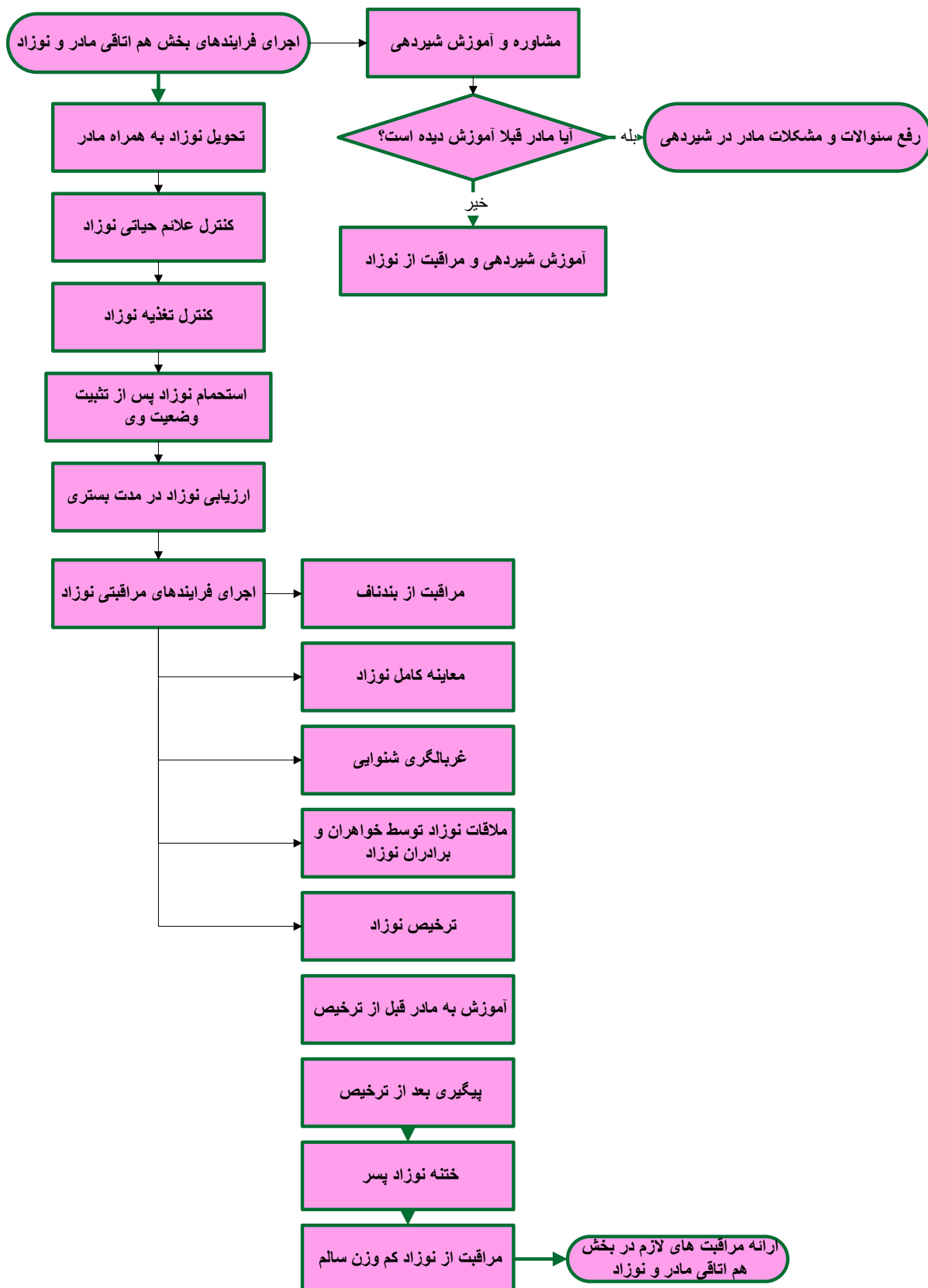
- پاهای نوزاد را بالا آورید.
- پوشک را در زیر نوزاد قرار دهید.
- قسمت پشت پوشک را در سطح شکم نوزاد محکم کنید.
- قسمت جلوی پوشک را بین ران‌های نوزاد تا سطح شکم بالا بیاورید به گونه‌ای که بند ناف خارج از پوشک قرار گیرد.
- دو طرف مشمع را در دو طرف پای نوزاد گره بزنید. در صورت استفاده از پوشک‌های چسبی نوارهای آن را بچسبانید (مواظب باشید چسب به پوست نوزاد نچسبد).
- در صورت استفاده از پوشک پارچه‌ای، پارچه چهارگوش را به صورت سه گوش در آورده قاعده مثلث را زیر کمر نوزاد و راس مثلث را از وسط کشاله ران نوزاد بالا بیاورید تا به سطح شکم زیر بند ناف برسد. دو راس طرفی مثلث را روی شکم آورده و با یک گیره سرپلاستیکی یا بند آن را محکم کنید.





بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در کشور

♦ مراقبت‌های بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد



فرآیندهای بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد

نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۲۲. مشاوره و آموزش شیردهی	• عامل مراقبت از نوزاد • مسئول آموزش شیر مادر	در اولین فرصت در بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد	- آگاه کردن مادر از مزایای شیر مادر و روش‌های موفق شیردهی - قرار دادن مادر در وضعیت مناسب و راحت - قرار دادن نوزاد در آغوش مادر - اطمینان از درستی روش شیردهی و تکمیل فرم مشاهده شیردهی - مشاوره، آموزش پیوست از اداره کودکان و کمک به شیردهی	- ترویج تغذیه با شیرمادر - برقراری ارتباط عاطفی، رفع سؤالات و مشکلات مادر در مورد نحوه شیردهی
۲۳. استحمام نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	بعد از انتقال به بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد و بعد از تطبیق و تثبیت وضعیت نوزاد	- بررسی درجه حرارت اتاق و دمای آب (دمای آب حمام کنترل شود) - آماده کردن وسایل استحمام و خارج کردن تمام جواهرات و لوازمی که به نوزاد آسیب می‌رساند. - لخت کردن و پوشاندن نوزاد درون حوله کلاه دار - شستشوی سر و صورت نوزاد - شستشوی بدن نوزاد - پیچاندن نوزاد در حوله کلاه دار دیگر - خشک کردن کامل نوزاد و حفظ درجه حرارت بدن نوزاد	استحمام نوزاد به روش صحیح با حفظ حرارت بدن نوزاد
۲۴. مراقبت از بندناف	عامل مراقبت از نوزاد	در مدت هم‌اتاقی مادر و نوزاد	- شستن دست‌ها - مشاهده ظاهر بندناف - بررسی علائم ظاهری بندناف - آموزش مراقبت از بندناف و علائم خطر به مادر	بررسی و مراقبت از بندناف نوزاد در طول مدت حضور در بیمارستان و ارائه آموزش‌های لازم به مادر
۲۵. ارزیابی نوزاد در مدت اقامت در بیمارستان	عامل مراقبت از نوزاد	پس از پایدار شدن هر ۸ ساعت تا زمان ترخیص	- ضربان قلب: - شمارش ضربان قلب یا نبض به مدت ۱ دقیقه حداقل یک بار و در صورت ریتم منظم شمارش ضربان قلب یا نبض به صورت ۶ ثانیه $\times ۱۰$، سپس ثبت تعداد ضربان قلب - تنفس: - قرار دادن نوزاد در وضعیتی که تقارن قفسه سینه قابل مشاهده باشد، شمارش تعداد تنفس با مشاهده قفسه سینه یا سمع در ۱ دقیقه، سپس ثبت تعداد تنفس	ارزیابی نوزاد از نظر علائم حیاتی نوزاد، رنگ پوست، کنترل تغذیه و دفع ادرار و مدفوع در طول مدت حضور در بیمارستان بررسی می‌شود (در صورت غیرطبیعی بودن به پزشک اطلاع دهید.)



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
			۳. دمای بدن نوزاد: • تمیز کردن دماسنج با آب و صابون، اولین بررسی دمای بدن نوزاد از طریق زیر بغل ۴ تا ۵ دقیقه، سپس ثبت دمای بدن نوزاد ۴. ارزیابی پرفوزیون محیطی ۵. بررسی رنگ پوست نوزاد در نور مناسب ۶. کنترل وضعیت نوزاد از نظر تغذیه با شیر مادر ۷. کنترل دفع ادرار و مکونیوم	
۲۶. معاینه کامل نوزاد	- فوق تخصص نوزادان - دستیار فوق تخصصی نوزادان - متخصص کودکان - دستیار تخصصی اطفال - پزشک عمومی	در ۲۴ ساعت اول تولد (ترجیحا ۶ ساعت اول عمر)	۱. شستن دست‌ها و حفظ درجه حرارت بدن نوزاد ۲. در نظر گرفتن شرح حال نوزاد و سوابق خانوادگی، بارداری و زایمان ۳. ارزیابی سن جنین از طریق معاینه ۴. ردیابی اولین علائم بیماری‌ها مانند زردی، رنگ پریدگی، شبکه‌ای شدن نمای پوست ۵. توجه به اختلالات ساختاری و تکاملی و ناهنجاری‌ها ۶. سرو گردن (اندازه دور سر، شکل جمجمه، ملاحظ‌ها و سوچورها، توده، ضایعه پوستی یا ورم) ۷. صورت: ○ چشم‌ها: اندازه و شکل مردمک، تقارن پلک‌ها، حدقه‌ها، حرکات طبیعی چشم و Red reflex ○ گوش‌ها: محل اتصال لاله گوش و شکل آن، زائده اضافی یا فرورفتگی	بررسی وضعیت شنوایی نوزاد و شناسایی سریع اختلالات شنوایی
۲۷. غربالگری شنوایی	کارشناس شنوایی سنجی	در طول مدت حضور نوزاد در بیمارستان و ترجیحا بعد از ۲۴ ساعت	۱. اطلاع اهمیت و نحوه انجام غربالگری شنوایی به مادر ۲. هماهنگی با بخش شنوایی سنجی ۳. انجام آزمون غربالگری شنوایی ۴. پیگیری نتیجه غربالگری ۵. ثبت نتایج در پرونده ۶. مشاهده نتایج و تصمیم‌گیری در مورد آن	



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۲۸. آموزش مراقبت‌های نوزاد به مادر در زمان حضور در بیمارستان	- عامل مراقبت از نوزاد - مسئول آموزش شیر مادر	در طول مدت حضور در بیمارستان	۱. آموزش تغذیه نوزاد (مزایای شیرمادر، وضعیت‌های مختلف شیردهی، معیارهای سنجش کفایت شیر و ایجاد رابطه عاطفی مادر و نوزاد) ۲. آموزش نحوه استحمام، اهمیت حفظ درجه حرارت بدن نوزاد و مراقبت از بندناف. ۳. آموزش مراقبت عمومی نوزاد ۴. معرفی کتاب‌های مورد تأیید وزارت بهداشت در زمینه مراقبت از نوزاد سالم مانند کتاب قدم نورسیده مبارک یا ماساژ یا مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین	ارائه کلیه آموزش‌های لازم نوزاد به مادر در طول مدت حضور در بیمارستان
۲۹. آموزش مادر قبل از ترخیص	ماما/ پرستار بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد/ پزشک	قبل از ترخیص	۱. آموزش پیگیری‌های بعدی (مراجعات بعدی، ویتامین‌های تکمیلی و آزمایشات غربالگری) ۲. آموزش علائم خطر و نحوه خوابیدن و مراقبت از نوزاد برای جلوگیری از مرگ ناگهانی	آموزش‌های لازم برای مادر در زمان ترخیص تکمیل می‌گردد.
۳۰. ترخیص نوزاد	- پزشک - عامل ترخیص (ماما/ پرستار ترخیص)	بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از زایمان	۱. بررسی فرآیندهای انجام شده ۲. بررسی وجود مشکلات جنین و نوزاد ناشی از بیماری و عوارض بارداری و زایمان ۳. بررسی آزمایشات انجام شده ۴. انجام معاینات کامل نوزاد ۵. ارائه آموزش‌های لازم در هنگام ترخیص ۶. کنترل هویت و اطمینان از امنیت ۷. بررسی علائم حیاتی ۸. اطمینان از دفع ادرار و مکونیوم ۹. بررسی تغذیه حداقل در دو وعده با استفاده از فرم مشاهده شیردهی ۱۰. بررسی انجام آزمایشات لازم ۱۱. بررسی انجام ایمن‌سازی ۱۲. ارائه آموزش‌های لازم ۱۳. انجام ختنه نوزاد پسر قبل از ترخیص ۱۴. راهنمایی والدین جهت غربالگری هیپوتیروئید در روز ۳ تا ۵ بعد از تولد ۱۵. راهنمایی والدین برای دریافت گواهی ولادت	نوزاد و مادر بعد از ارائه تمامی فرآیندها و بررسی‌های لازم از بیمارستان ترخیص می‌گردد.



نام فرایند	شخص مسئول	زمان انجام	نحوه انجام	نتیجه فرایند
۳۱. پیگیری بعد از ترخیص	مشاور شیردهی - پرستار یا مامای ترخیص - فوق تخصص نوزادان - دستیار فوق تخصصی نوزادان - متخصص کودکان - دستیار تخصصی اطفال - پزشک عمومی	A- ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص (پزشک، ماما، پرستار) B- بسته به وضعیت نوزاد حداکثر ۱۰ تا ۱۵ روز بعد از تولد (پزشک) C- در روز ۲۸ بعد از تولد (پزشک)	۱. پیگیری در مورد تغذیه نوزاد ۲. پیگیری برای وجود علائم خطر ۳. یادآوری مراجعات و آزمایشات بعدی ۴. ارزیابی رابطه عاطفی مادر و نوزاد ۵. پیگیری آزمایشات غربالگری ۶. بررسی ایمن سازی و مکمل های نوزاد ۷. یادآوری مراجعه بعدی ۸. معاینه نوزاد و آموزش تغذیه	پیگیری های لازم جهت نوزاد در زمان های مناسب خود انجام می گردد.
۳۲. ختنه نوزاد پسر	پزشک (دوره دیده)	حداقل ۶ ساعت بعد از تولد و پس از معاینه اول نوزاد تا قبل از ترخیص از بیمارستان حداکثر تا پایان دوره نوزادی	۱. آمادگی والدین برای ختنه، اطلاع از مزایا، روش های ختنه و مدت زمان انجام ختنه ۲. بررسی واجد شرایط بودن نوزاد جهت ختنه توسط پزشک شامل: سلامت نوزاد، وزن بالای ۲۵۰۰ گرم، کنتراستیکاسیون های ختنه ۳. آموزش والدین در مورد علائم خطر و مراقبت از آلت ختنه شده	نوزادان پسر بعد از ویزیت پزشک با روش مناسب ختنه می گردند.
۳۳. مراقبت از نوزاد کم وزن سالم	عامل مراقبت از نوزاد	از زمان تولد تا پایان ۲۸ روزگی	۱. ارزیابی از نظر عفونت، زردی، قندخون ۲. معاینه روزانه یعنی ویزیت روزانه پزشک ۳. اندازه گیری وزن روزانه ۴. ختنه ۵. حفظ ایمنی و امنیت نوزاد مانند وضعیت مناسب هنگام خواب و اقدامات امنیتی ۶. تزریق ویتامین K ۷. تغذیه با شیر مادر ۸. ایمن سازی بر اساس دستورالعمل های کشوری نوزاد کم وزن ۹. انجام تست های غربالگری ۱۰. رعایت شرایط ترخیص و آموزش های قبل از ترخیص ۱۱. پیگیری بعد از ترخیص	معاینه کامل نوزاد جهت بررسی بیماری ها و ناهنجاری های احتمالی در نوزاد



فرایند ۲۲: ملاقات نوزاد توسط خواهر و برادر نوزاد

ملاقات نوزاد به همراه مادر در بیمارستان توسط خواهران و برادران نوزاد موجب می‌شود که آنها برای پذیرش عضو جدید خانواده آمادگی بهتری پیدا کنند.

براساس سیاست‌های بیمارستان، ممکن است امکاناتی برای حضور خواهر و برادران نوزاد در بخش لیبر، زایمان، پست پارتوم و بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد مهیا گردد. در این ملاقات باید افراد بزرگتر آنها را همراهی نموده و برای درک بهتر ورود فرد جدید به زندگیشان آماده‌گی لازم را به آنها بدهند. در طی این ملاقات باید قوانین ملاقات با نوزاد رعایت گردد، به طور مثال در این ملاقات اگر تماس فیزیکی بین نوزاد و کودکان بزرگتر خانواده رخ دهد، امکان دارد بیماری‌های عفونی ویروسی توسط آنها به نوزاد منتقل شود. ممکن است ملاقات در اتاق خصوصی یا اتاق عمومی بخش و یا سالن مخصوص ملاقات صورت گیرد. بچه‌ها باید بدانند قبل از برقراری تماس فیزیکی با نوزاد می‌باید دست‌های خود را بشویند. بچه‌هایی که دچار بیماری عفونی هستند، نباید با نوزاد تماس مستقیم داشته باشند.

فعالیت‌ها:

بیمارستان‌هایی که اجازه ملاقات سایر خواهران و برادران را با نوزاد می‌دهند، می‌بایست دستورالعمل ملاقات با نوزاد را با در نظر گرفتن تمام شرایط ایمنی و بهداشتی به صورت کتبی، جهت دید عموم در مکان مناسبی نصب نمایند. در این دستورالعمل باید رعایت اصول زیر را بیان نمایند:

- ۱- خواهران و برادران بزرگتر باید در زمینه سلامت و بیماری نوزاد، آموزش‌های لازم را ببینند.
- ۲- قبل از ملاقات، یکی از پرسنل بهداشتی آموزش دیده به منظور اطمینان از سلامت بودن خواهران و برادران نوزاد در حال حاضر، باید سلامتی فعلی آنان را بررسی نماید.
- ۳- کودکان تب دار و یا دارای علائم حاد بیماری، اجازه ملاقات با نوزاد را ندارند. کودکانی که دچار بیماری‌های واگیر نظیر آبله مرغان هستند نیز، اجازه ملاقات با نوزاد را ندارند.
- ۴- کودکان آمادگی ملاقات را داشته باشند.
- ۵- ملاقات کنندگان باید فقط خواهران و برادران نوزاد باشند.

- ۶- کودکان باید بهداشت دست را رعایت کنند و قبل از ملاقات، دست‌های خود را طبق دستورالعمل بهداشت دست شستشو نمایند.
- ۷- پرستار مسئول و یا افراد بزرگتر باید فعالیت‌های کودکان ملاقات کننده را در طول مدت ملاقات تحت نظر داشته و کنترل نمایند. به علت کم بودن اطلاعات ما در زمینه منافع یا مضرات این ملاقات، تا انجام تحقیقات بیشتر در زمینه اثرات روانی و انتشار بیماری‌های عفونی در طی این ملاقات، توصیه می‌شود نوزادان بستری در بخش ویژه به علت پیشگیری از بیماری‌های مسری مانند



آبله مرغان ملاقات نشوند به هر حال برای دستورعمل کردن این فرایند نیاز به بررسی بیشتر بوده و در حال حاضر در حد توصیه می باشد.

فرآیند ۲۳: مشاوره و آموزش شیردهی در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد

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

فعالیت ها:

- برای اولین تغذیه نوزاد، پس از انتقال به بخش، در کنار مادر و نوزاد باشید.
- رفتارهای مثبت شیرخوار نظیر هوشیاری و رفلکس جستجو را به مادر توضیح دهید.
- به مادر کمک کنید در وضعیت مناسب و راحت قرار گیرد.
- در مادر اعتماد به نفس ایجاد کنید.
- از باز بودن بینی نوزاد اطمینان حاصل کنید.
- به مادر کمک کنید نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهد (تا آن جا که ممکن است اجازه دهید مادر خودش این اقدام را انجام دهد).
- کمک کنید نوک پستان و مقداری از هاله پستان تا حد ممکن در دهان نوزاد قرار گیرد. به شکل و اندازه نوک پستان بدون ایجاد نگرانی در مادر توجه کرده و در صورت لزوم وی را راهنمایی کنید.
- راهنمایی های لازم را طبق راهنمای بالینی کشوری شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی و کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک برای مادر بیان کنید (با مادر در خصوص وضعیت قرارگیری صحیح نوزاد، حمایت نوزاد در زمان شیردهی، تغذیه مکرر و بر حسب تقاضای نوزاد صحبت کنید).
- شیردهی مادر را مشاهده کنید و فرم مشاهده شیردهی را تکمیل نمایید.
- در صورت وجود مشکل در شیردهی، مطابق راهنمای بالینی کشوری شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی و کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک اقدام نمایید.
- مادر را برای ادامه شیردهی تشویق کنید.



- نوزاد را از نظر تغذیه، حداقل بر طبق برنامه کنترل علائم حیاتی و هوشیاری (مکرر در فاصله تطبیق و پس از آن) کنترل کنید.

فرآیند ۲۴: استحمام نوزاد

تبخیر مایع سطح بدن نوزاد سبب دفع گرمای بدن نوزاد می‌شود، بنابراین در بیست و چهار ساعت اول عمر با توجه به خطر هیپوترمی نوزاد، باید استحمام با دقت کامل انجام شود. دمای اتاقی که نوزاد در آن شسته می‌شود باید بالای 25°C و در صورت امکان منبع گرما (گرم کننده تابشی) در دسترس باشد. استحمام می‌تواند به وسیله پنبه تمیز و آب گرم صورت گیرد، می‌توان نوزاد را با یک صابون یا شامپوی مخصوص بچه شستشو کرد ولی حتماً پس از استحمام باید نوزاد، خوب خشک کرد (به خصوص سر نوزاد) و حوله خیس را کنار گذاشت. برای نوزادان آغشته به مکنونیوم شدید و نوزادانی که مادران آنها مبتلا به هیپاتیت، هرپس و ایدز هستند، شستشوی نوزادان هر چه زودتر انجام گیرد ولی در سایر موارد توصیه به عدم استحمام نوزاد حداقل در دوره تطبیق پس از تولد (معمولاً ۶-۱۲ ساعت برای نوزاد سالم) می‌شود.

فعالیت‌ها:



- دمای اتاق را $25 - 28^{\circ}\text{C}$ نگهدارید. (درها و پنجره‌ها بسته باشد)
- دمای آب را با آرنج امتحان کنید ($37-38^{\circ}\text{C}$)
- وسایل حمام دادن (لگن شستشوی نوزاد، پارچه مرطوب، پنبه‌های گلوله شده، شامپو یا صابون مخصوص بچه) را آماده کنید.
- برای پیشگیری از تماس مستقیم با ترشحات نوزاد (آغشته به خون و مکنونیوم)، دستکش بپوشید.
- کودک را برهنه کنید و درون حوله کلاه دار بپیچید.
- از حوله کلاه دار برای گرم نگهداشتن قسمت‌هایی از بدن نوزاد که در مراحل اولیه شسته نمی‌شود استفاده نمایید.
- شستشوی بدن نوزاد را از سر و صورت شروع نمایید و سپس دست‌ها و پاها، شکم و پشت وی را بشویید.
- تمام چین‌های بدن نوزاد مانند زیر بغل، زیر گردن، لاله گوش و دستگاه تناسلی را با پارچه مرطوب پاک و آب کشی نمایید.
- پس از استحمام وی را داخل حوله کلاه دار دیگری بپیچید و نگه دارید تا خشک شود، سپس حوله خیس را کناری گذاشته به نوزاد لباس بپوشانید.

نکات:

- توجه داشته باشید که زیور آلات و ناخن بلند عامل مراقبت از نوزاد، ممکن است سبب آسیب به نوزاد در طی استحمام شود.
- برای شستشوی نوزاد در هفته اول و دوم از اسفنج مخصوص حمام می‌توان استفاده نمود. این روش تا زمانی که بند ناف نوزاد نیفتاده بیش از سایر روش‌ها توصیه می‌شود.

فرآیند ۲۵: مراقبت از بند ناف

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

فعالیت‌ها:

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

نکات:

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

فرآیند شماره ۲۶: ارزیابی نوزاد در مدت اقامت در بیمارستان

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



فعالیت‌ها:

- دستان‌تان را با آب و صابون بشویید.
- یک رگ قابل لمس مانند براکیال را پیدا کنید. (یا با استفاده از گوشی به ضربان قلب گوش دهید)
- ساعت ثانیه شمارتان را در مقابل خود قرار دهید و ضربان قلب را به مدت ۱ دقیقه بشمارید و تعداد آن را در برگ علائم حیاتی نوزاد ثبت کنید.
- نوزاد را در وضعیتی قرار دهید که حرکات قفسه سینه قابل مشاهده باشد.
- بامشاهده قفسه سینه، تعداد تنفس نوزاد را در یک دقیقه بشمارید و نتیجه را ثبت نمایید.
- دماسنج را با آب و صابون تمیز کنید.
- با روش زیر بغلی (در مدت ۵ دقیقه) دمای بدن نوزاد را ارزیابی و نتیجه را ثبت کنید.
- علایم اندازه‌گیری شده را در چارت علایم حیاتی نیز ثبت و رسم نمایید.
- در یک محیط با نور مناسب، رنگ پوست نوزاد را بررسی کنید و در صورت مشاهده رنگ غیر طبیعی (سیانوز، رنگ پریدگی و زردی) به پزشک اطلاع دهید.
- نوزاد باید از نظر زردی در ۲۴ ساعت اول تولد دقیق بررسی شود و بیلی روبین وی طبق راهنمای علمی زردی نوزاد بررسی گردد.
- نوزاد را از نظر دفع ادرار و مکونیوم کنترل کنید.
- الگوی دفع ادرار - ۲ تا ۳ کهنه خیس - و الگوی دفع مدفوع - یک بار دفع مکونیوم - در روز دوم را در نظر داشته باشید.
- نوزاد را از نظر دفعات و نحوه تغذیه با شیر مادر کنترل کنید.
- در صورت غیرطبیعی بودن علایم به پزشک اطلاع دهید.

فرآیند ۲۷: معاینه کامل نوزاد

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

فعالیت‌ها:

- هنگام معاینه، مراقب خطر هیپوترمی باشید. دقت کنید، دمای اتاق مناسب باشد (در معرض جریان هوا نباشد). دست‌ها و



- وسایل معاینه را پیش از تماس با نوزاد گرم کنید.
- گوشی و وسایل معاینه را با الکل ۷۰ درجه تمیز نمائید.
- دستان‌تان را با آب و صابون در ابتدا و بین معاینه نوزادان دیگر بشویید و خشک کنید.
- معاینه نوزاد را درکنار والدین انجام دهید.
- شرح حال نوزاد و سوابق خانوادگی، بارداری و زایمان را بررسی کنید.
- سن جنین را با معاینه بالینی و به روش بالارد (که در بخش راهنمای علمی آورده شده) تعیین نمایید.
- وضعیت عمومی نوزاد را از نظر شیر خوردن، هوشیاری و فعالیت بررسی کنید.
- اولین علائم بیماری‌ها: مانند زردی، رنگ پریدگی و شبکه‌ای شدن نمای پوست را ردیابی کنید.
- به اختلالات ساختاری و تکاملی و ناهنجاری‌های ظاهری توجه نمایید.
- سر و گردن نوزاد را از نظر اندازه دور سر، شکل جمجمه، ملاح‌ها و سوچورها، توده، ضایعه پوستی یا ورم و صدمات زایمانی بررسی کنید.
- صورت را به تفکیک اجزاء آن بررسی نمایید:
- چشم (اندازه و شکل مردمک، تقارن پلک‌ها، حدقه‌ها، حرکات طبیعی چشم و رفلکس قرمز چشم)
- گوش‌ها (محل اتصال لاله گوش و شکل آن، زائده اضافی یا فرو رفتگی)
- بینی (باز بودن مجرا، تقارن، شکل، زنش پره‌های بینی)
- دهان (کام، زبان، زخم یا ضایعات مخاطی)
- در پوست نوزاد به رنگ، دما، توده، آنژیوم، لکه، هماتوم و زخم توجه کنید.
- فکسه سینه را از لحاظ ظاهری (نوک پستان‌ها) و سیستم تنفسی (تعداد تنفس) و تقارن حرکات تنفسی و رترکسیون عضلات تنفسی بررسی کنید و سمع ریه‌ها را از نظر (تقارن و طبیعی بودن صداهای تنفسی) انجام دهید.
- سیستم قلب و عروق را (تعداد ضربان و ریتم قلب، سوفل و صدای اضافی، نبض‌ها به ویژه نبض فمورال) ارزیابی کنید.
- لمس شکم را دقیق انجام دهید و تعداد عروق بند ناف، وجود توده شکمی، اندازه و قوام طحال و کبد و باز بودن مقعد را بررسی کنید.
- دستگاه تناسلی را از نظر جنسیت مبهم، فتق کشاله ران، وضعیت بیضه‌ها و هیپوسپادیاس، هیپرتروفی کلیتورس یا ظاهر غیر طبیعی ژنیتالیا معاینه کنید.
- در معاینه اندام‌ها به تقارن حرکات مفاصل، شکل و وضعیت انگشتان و معاینه لگن توجه کنید.
- ستون مهره‌ها را از نظر ناهنجاری‌ها و نشانه‌های ظاهری اسپاینا بیفیدا و کلافه‌های مویی ناحیه کمری بررسی کنید.



- سیستم عصبی را از نظرتون عضلانی، حرکات خودبخودی، رفلکس‌های اولیه مکیدن، مورو و چنگ زدن، هوشیاری و واکنش به محیط) بررسی کنید.
- دفعات، مدت و تحمل تغذیه و دفعات دفع ادرار و مدفوع را بررسی کنید.



فرایند ۲۸: غربالگری شنوایی

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

فعالیت‌ها:

- مادر را در جریان انجام آزمون غربالگری شنوایی قرار دهید.
- توصیه به انجام آزمون غربالگری شنوایی پیش و پس از ترخیص (توسط متخصص کودکان) در پرونده ثبت شود.



- آزمون غربالگری در بخش هم اتاقي مادر و نوزاد انجام گیرد. (کارشناس شنوایی سنجی)
- نتیجه انجام غربالگری شنوایی را به بخش تحویل و به مادر اطلاع دهید. (کارشناس شنوایی سنجی)
- نتیجه را در پرونده ثبت کنید. (پرستار بخش)
- نتیجه غربالگری را مشاهده کنید. به منظور پیگیری، نتایج براساس توصیه کارشناس شنوایی سنج، توسط متخصص کودکان با والدین گفتگو شود.



فرآیند ۲۹: آموزش مراقبت‌های نوزاد به مادر در زمان حضور در بیمارستان:

در طول مدت حضور مادر در بیمارستان، دادن آموزش‌های ضروری به وی لازم می‌باشد. این آموزش‌ها (چهره به چهره و آموزش گروهی) در بعضی موارد می‌تواند به صورت عملی و یا توصیه و یادآوری باشد. این آموزش‌ها در ۲ تا ۳ نوبت نیم ساعته در مدت بستری مادر تنظیم می‌گردد و شامل موارد زیر می‌باشد:

- تغذیه نوزاد
- استحمام، حفظ دمای بدن نوزاد
- مراقبت از بندناف
- مراقبت‌های عمومی نوزاد
- پیگیری بعدی نوزاد، علایم هشدار و خطر نوزادی و زمان و محل مراجعه در صورت نیاز



فعالیت‌ها:

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

تغذیه نوزاد:

- مزایای شیر مادر برای نوزاد و مادر و مضرات شیر مصنوعی و استفاده از بطری و گول زنک را توضیح دهید.
 - چگونگی تغذیه انحصاری با شیر مادر و مزایای آن را توضیح دهید.
 - وضعیت‌های مختلف شیردهی، روش صحیح پستان گرفتن، نشانه‌های گرسنگی و سیری نوزاد و شیر دادن از هر دو پستان را به مادر آموزش دهید.
 - معیارهای سنجش کفایت شیر را توضیح دهید.
 - مشکلات شایع شیردهی (احتقان و زخم) را بیان کنید و موارد ضرورت دوشیدن شیر با دست را توضیح و چگونگی انجام آن را به مادر نشان دهید.
 - به ایجاد رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد تأکید شود، به ویژه به مراقبت آغوشی اشاره و کتاب مربوط معرفی گردد.
 - با طرح پرسش‌هایی میزان توجه و درک مادر را نسبت به آموزش‌های داده شده بسنجید.
- برای توضیح بیشتر به کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های دوستدار کودک مراجعه کنید.

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

- روش صحیح استحمام را به مادر آموزش دهید.
 - مادر را از اهمیت حفظ حرارت بدن نوزاد آگاه کنید.
 - چگونگی مراقبت از بند ناف را برای مادر توضیح دهید.
 - علائم عفونت بند ناف را به مادر آموزش دهید.
 - چگونگی تعویض پوشک به مادر را آموزش دهید.
- به کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین یا قدم نورسیده مبارک مراجعه شود.

آموزش مراقبت عمومی نوزاد:

- پوشش نوزاد، دمای اتاق، دفعات و مدت تغذیه، شستن نوزاد پس از دفع ادرار و مدفوع، خواب نوزاد و علائم خطر را آموزش دهید.
- اقدامات لازم در هنگام استفراغ نمودن نوزاد را به مادر آموزش دهید. (کتاب قدم نورسیده مبارک)
- چگونگی آروغ گرفتن نوزاد را توضیح دهید.



- چگونگی برقراری و بهبود رابطه عاطفی والدین و نوزاد را آموزش دهید.
- اهمیت ماساژ دادن نوزاد را توضیح دهید (چگونگی ماساژ دادن را در کتاب ماساژ نوزاد مطالعه فرمایید).
- به مادر آموزش دهید که از دادن هر گونه مواد خوراکی (ترنجبین، شیرخشت، گلاب و غیره) به نوزاد بدون مشورت با پزشک خودداری کند.

فرآیند ۳۰: آموزش مادر پیش از ترخیص:

فعالیت‌ها:

◀ پیگیری بعدی نوزاد:

- زمان اولین مراجعه ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از ترخیص را یادآوری کنید.
- مادر را از زمان دریافت واکسن‌های بعدی و ویتامین‌های تکمیلی آگاه کنید.
- لزوم، زمان و مکان انجام آزمایش‌های غربالگری را به مادر آموزش دهید.

◀ علایم خطر:

- علایم خطر (خوب شیر نخوردن، راه هوایی تنفسی، جریان خون، کما یا تشنج تنفس تند، زنش پره‌های بینی، زردی نوزادی، تب، بی حالی، حرکات غیر طبیعی اندام‌ها، بی قراری مداوم و سیانوز) را به مادر و همراه او آموزش دهید.
- چگونگی خواباندن و مراقبت از نوزاد برای پیشگیری از سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (Sudden infant death Syndrome) در خواب را به مادر آموزش دهید. (راهنما در فصل آموزشی می‌باشد).

فرآیند ۳۱: ترخیص نوزاد

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

فعالیت‌ها:

◀ پزشک:

- از انجام فرآیندها مطمئن شوید.
- وجود مشکلات نوزاد را سؤال کنید.
- نوزاد را کامل معاینه کنید.
- نتایج آزمایش‌های نوزاد را بررسی کنید.



- آموزش‌های لازم را در مورد بیماری‌های شایع (مانند زردی) به مادر بدهید.

◀ عامل ترخیص:

- هویت و جنسیت نوزاد را کنترل کنید.
- علایم حیاتی نوزاد را کنترل کنید.
- از دفع ادرار و مکونیوم نوزاد مطمئن شوید.
- تغذیه بدون مشکل نوزاد را در دو وعده اخیر با استفاده از فرم مشاهده شیردهی بررسی کنید.
- انجام آزمایش‌های لازم نوزاد و مادر را بررسی نمایید.
- از ایمن‌سازی نوزاد مطمئن شوید.
- از آموزش‌های لازم در طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت بستری اطمینان حاصل کنید (ارائه رسانه آموزشی).
- والدین را برای گرفتن گواهی ولادت راهنمایی کنید.
- شماره تلفن‌های بیمارستان را به مادر ارائه کنید تا در صورت بروز مشکل با بیمارستان تماس بگیرند.
- زمان مراجعه بعدی را در پشت کارت مشخصات نوزاد ثبت کنید و به والدین تحویل دهید.
- آزمایش مثبت ادرار مادر یا نوزاد را از نظر مواد مخدر بررسی نمایید.
- سابقه کودک آزاری یا غفلت؛ عدم حمایت اجتماعی؛ سابقه اعمال خشونت در زمان بارداری را پرسش نمایید.
- امتناع از پیگیری‌های لازم را به علت بعد مسافت یا نداشتن تلفن پرسش نمایید.

فرآیند ۳۲: پیگیری پس از ترخیص

پس از ترخیص انجام بعضی از مراقبت‌ها در منزل الزامی می‌باشد، این مراقبت‌ها شامل موارد زیر است:

- مناسب بودن وضعیت تغذیه
- وزن‌گیری طبیعی نوزاد
- دفع ادرار و مدفوع نوزاد
- مشاهده شیردهی و در صورت نیاز تکمیل آموزش شیردهی و حمایت از مادر
- ارزیابی رابطه مادر و نوزاد و ردیابی علایم اولیه افسردگی پس‌زایمان
- کنترل ایمن‌سازی انجام شده برای نوزاد
- تشخیص زردی نوزاد، هوشیاری، تون عضلانی، توانایی مکیدن و دمای بدن نوزاد
- پیگیری و کنترل نتایج آزمایش‌های انجام شده پیش از ترخیص



- ارزیابی نوزاد برای شناسایی بیماری‌های قلبی، متابولیکی ارثی و غیره

فعالیت‌ها:

◀ پرستار ترخیص (۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از ترخیص با شماره تلفن والدین تماس بگیرد):

- در رابطه با تغذیه نوزاد و تعداد دفعات آن سوال کنید و فرم غربالگری زودرس تغذیه با شیرمادر را تکمیل نمایید.
- از بی اشتهایی، اسهال و استفراغ نوزاد سوال کنید.
- چگونگی تنفس نوزاد (تنفس مشکل، تورفتگی قفسه سینه، ناله و تنفس تند) را سوال کنید.
- در مورد تب یا سردی انتهاها بپرسید.
- از وجود یا عدم تشنج و وجود بی‌قراری و ترشح یا قرمزی بند ناف سوال کنید.
- لزوم حضور برای انجام آزمایش‌ها غربالگری را یادآوری کنید.
- در صورتی که نوزاد پسر ختنه شده، از مراقبت محل ختنه سوال شود.
- در مورد داشتن کارت مشخصات، پیگیری و شماره تلفن‌های ضروری سوال کنید.
- در صورت امکان و تمایل والدین و موارد خاص برای انجام مشاوره با پزشک پیشنهاد بدهید.

◀ پزشک: روز ۳ تا ۵ پس از تولد (همزمان با غربالگری)، روز پانزدهم و یک ماهگی

- انجام معاینه کامل نوزاد
- اندازه‌گیری وزن، قد و دورسر نوزاد
- ارزیابی مناسب بودن وضعیت تغذیه، کاهش وزن، دفع ادرار و مدفوع نوزاد
- ارزیابی رابطه مادر و نوزاد و ردیابی علایم اولیه افسردگی بعد زایمان
- کنترل نتایج آزمایش‌های انجام شده پیش از ترخیص و ارزیابی نوزاد برای شناسایی بیماری‌های متابولیکی ارثی، قلبی و غیره
- آموزش و یادآوری مصرف قطره ویتامین برای نوزاد و مصرف قرص آهن و مولتی ویتامین و نیز مشاوره درباره روش مناسب پیشگیری از بارداری برای مادر
- کنترل ایمن‌سازی انجام شده برای نوزاد
- مشخص کردن تاریخ مراجعه بعدی
- گفتگو با مادر در مورد چگونگی کسب حمایت مورد نیاز



فرآیند ۳۳: ختنه (اختیاری)

بهترین زمان ختنه در ده روز اول تولد (ترجیحاً ۴۸ ساعت اول تولد) می‌باشد. در بعضی از موارد، پزشک ممکن است این اقدام را به دلایل پزشکی به تأخیر بیندازد.

فعالیت‌ها:

- والدین نوزاد را در صورت تمایل به انجام ختنه، توجیه کنید.
- فرد انجام دهنده ختنه باید پزشک دوره دیده باشد.
- بر اساس منبع ذکر شده متخصصین نوزادان زمان مناسب ختنه از حداقل ۶ ساعت پس از تولد و پس از معاینه اول نوزاد تا پیش از ترخیص از بیمارستان حداکثر تا پایان دوره نوزادی (۲۸ روز اول زندگی) می‌باشد، مشروط به این که نوزاد سالم و وزن بالای ۲۵۰۰ گرم داشته باشد و کتتراندیکاسیون‌های ختنه از قبیل ناهنجاری‌های مجرا (مانند هیپوسپادیاس و اپی سپادیاس و دو گانه بودن مجرا و انحراف محور آن) و سایر بیماری‌های خونریزی دهنده در خانواده وجود نداشته باشد. (بهتر است نوزاد ختنه شده همراه مادر از بیمارستان ترخیص شود).
- ◀ طبق راهنمای بالینی مدیریت شده ختنه که در ضمیمه آورده شده است:
- ۱. مزایای ختنه؛ مدت انواع روش‌های ختنه، مدت زمان انجام ختنه، علائم خطر و پیگیری‌های بعدی را برای والدین توضیح دهید.
- ۲. روش توصیه شده برای ختنه در دوره نوزادی و تا سن ۶ ماهگی روش Plastibell (حلقه پلاستیکی) می‌باشد.
- ◀ تبصره: روش جراحی در صورتی که توسط فرد ماهر انجام شود نیز امکان‌پذیر است.
- ناهنجاری‌های آلت تناسلی توسط پزشک بررسی شود.
- در صورت انجام ختنه به روش جراحی به نکات زیر توجه فرمائید:
- ۱. حداقل ۲ ساعت پس از انجام ختنه زیر نظر باشد.
- ۲. دور محل ختنه از آلودگی و مدفوع در چند روز اول دور نگه داشته شود و در صورت آلودگی با مدفوع با آب و صابون شستشو انجام شود.
- ۳. روزی ۳ بار یا بیشتر روی حلقه و آلت از پماد تتراسیکلین یا وازلین طبی استفاده شود.
- ۴. حداکثر ۷ روز پس از ختنه توسط پزشک معاینه و ویزیت شود.
- ۵. در صورت بی‌قراری قطره استامینوفن (۲ قطره به ازاء هر کیلو گرم وزن بدن نوزاد) استفاده شود.
- ۶. پوشک نوزاد تا حد امکان باز باشد و در صورت بستن سفت بسته نشود.



◀ علایم خطر برای مراجعه فوری به والدین آموزش داده شود:

۱. خونریزی یا تغییر رنگ و تیره شدن نوک آلت و خون مردگی وسیع آلت و بیضه
۲. تورم شدید آلت و بیضه
۳. ادرار نکردن نوزاد حداکثر ۲۴ ساعت پس از ختنه
۴. افتادن حلقه در کمتر از ۳ روز یا نیافتادن حلقه تا ۱۰ روز پس از ختنه
۵. عفونت محل ختنه (قرمزی موضعی و ترشح چرکی).
۶. سایر موارد غیر طبیعی به نظر والدین

فرایند ۳۴: مراقبت از نوزاد کم وزن سالم:

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

فعالیت ها:

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

ارزیابی از نظر عفونت و زردی، بررسی قند خون، معاینه روزانه پزیشک، اندازه گیری روزانه وزن، ختنه انجام پذیرد. درمقایسه با نوزاد سالم با وزن طبیعی، باید در مورد وضعیت مناسب هنگام خواب نوزاد توجه بیشتری نمود. در تغذیه نوزاد با شیر مادر می بایست به نکات زیر توجه نمود:

- مشاهده شیردهی و وضعیت مناسب پستان گرفتن
- علایم گرسنگی
- تغذیه براساس درخواست نوزاد یا حداقل هر سه ساعت
- وضعیت مناسب شیردهی
- تماس پوست با پوست
- دفعات دفع ادرار و مدفوع
- نحوه استفاده از شیردوش



- دوشیدن با دست و ذخیره شیر
- مشاهده شیردهی
- توصیه و آموزشهای لازم هنگام ترخیص
- تحمل تغذیه و ثبت دفعات تغذیه

رعایت ایمنی سازی بر اساس راهنمای کشوری ایمن سازی نوزاد کم وزن شود.

- تجویز واکسن هپاتیت برای نوزادان با وزن کم تر از ۲۰۰۰ گرم، ۴ نوبت می‌باشد

تست‌های غربالگری انجام شود:

- علاوه بر غربالگری معمول کشوری، غربالگری شنوایی نیز توصیه می‌شود.
- بهتر است در نوزادان نارس آزمایش‌های غربالگری تیروئید مطابق راهنمای غربالگری تیروئید انجام شود.

به شرایط ترخیص نوزاد توجه شود:

- کلیه آزمایش‌ها و معاینه‌های بالینی طبیعی باشد.
- پایش دما طی مدت بستری طبیعی باشد.
- حداقل دو بار شیردهی موفق داشته باشد.
- کاهش وزن روزانه کمتر از ۲٪ کل وزن باشد.
- حداقل دو معاینه بالینی توسط پزشک (معاینه اول پیش از ترخیص) انجام شده باشد.
- تمام شرایط ترخیص نوزاد ترم را دارا باشد.

آموزش‌های پیش از ترخیص داده شود:

- آموزش در رابطه با مراجعات بعدی برای معاینه توسط پزشک (اولین مراجعه ۲۴ ساعت پس از ترخیص و مراجعه بعدی ۵ تا ۱۰ روز پس از تولد و سپس مراجعات بعدی بسته به نظر پزشک دارد).
- آموزش برای تعداد دفعات ادرار و مدفوع
- آموزش در رابطه با علائم خطر (بی حالی، زردی، تشنج، سیانوز، رنگ پریدگی؛ زردی روز اول عمر، خونریزی، تب، استفراغ، عفونت ناف، عفونت چشم، ...)
- آموزش شیردهی
- آموزش چگونگی حمام کردن نوزاد
- آموزش زمان ختنه و احتیاط‌های لازم

- معاینه پزشک شامل: معاینه کامل نوزاد، پاسخ به پرسش‌ها و مشکلات مادر، علائم زردی، وزن گیری، علائم حیاتی، رنگ،



تغذیه، تون و فعالیت.

- پیگیری‌های پس از ترخیص را مانند نوزاد با سالم با وزن طبیعی انجام دهید.





بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ فرایندهای پشتیبان

مقدمه:

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

تدوین آیین‌نامه‌ها در رابطه با امنیت نوزاد:

- ثبت اطلاعات هویتی نوزاد
- تعیین افراد مسئول نوزاد در طی فرایندهای تولد- تحویل اتاق زایمان- انتقال به بخش
- ورود و خروج افراد از بخش نوزادان
- برخورد با شرایط خاص (چندقلویی- قل ۱ و قل ۲... روی میچ بند هر یک از قل‌ها)
- از نوشتن هویت نوزاد بر روی پوست بدن وی خودداری شود و میچ بند مخصوص نوزاد نارس که توسط شرکت‌های مربوط تولید شده برای نوزاد نارس استفاده گردد و از الصاق برگه هویت بر روی کلاه یا انکوباتور یا کات نوزاد پرهیز گردد.
- حمل و نقل نوزاد توسط کارکنان با دلیل و همراهی کارت شناسایی (ID) نوزاد باشد.
- حضور بستگان (همراه هم جنس یا غیر هم جنس همسر بیمار)
- تهیه کارت شناسایی عکس دار که دارای نام و عکس کاملاً مشخص و واضح باشد، برای کارکنان و نصب آن در قسمت جلوی سینه به نحوی که قابل رویت باشد.
- هر واحد با کارت مخصوص و رنگ اختصاصی مشخص گردد.

فرایندهای پشتیبانی:

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

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



- فرآیندهای مستندسازی

فرایند پشتیبانی مالی:

- بازبینی نظام پرداخت طرح گلوبال (تشکیل پرونده برای نوزاد به عنوان فردی جدا از مادر برای تعیین نرخ تعرفه‌ها، تعداد دفعات معاینه پزشکان، تعرفه پیگیری تلفنی مادران)
- تعیین نرخ تعرفه و روزآمد کردن آن برای انجام آموزش‌های مادر در بخش
- تعیین بودجه برای خرید تجهیزات لازم بیمارستان
- مسئول پیگیری و اجرای برنامه‌های بالا اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت خواهد بود.

فرایند پشتیبانی وسایل و تجهیزات:

- تهیه چک لیست وسایل، تجهیزات و داروهای مورد نیاز
- ارزیابی دوره‌ای وضعیت موجود وسایل و تجهیزات
- تعیین کمبودها
- تأمین نیازهای دارویی
- تأمین نیازهای تجهیزاتی
- وجود برنامه پایش، تعمیر و نگهداری مناسب تجهیزات
- وجود برنامه تهیه داروها و مدیریت تأمین دارو
- وجود برنامه تهیه وسایل مورد نیاز
- وجود برنامه برای در دسترس بودن وسایل و تجهیزات



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

فرایند پشتیبانی فضاها و تأسیسات مورد استفاده:

- وجود برنامه نظافت و استریلیزاسیون براساس استانداردهای فضاها و کنترل عفونت
- وجود برنامه دفع مواد زائد



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

استانداردهای فضاها در فصل فضاها و فیزیکی و نیروی انسانی آمده است. و در صورت عدم وجود موارد اختصاصی نوزادان (ساختار فیزیکی و تجهیزات)، تابع راهنمای بالینی های بیمارستانی باشد.

فرآیندهای نیروی انسانی:

تأمین نیروی انسانی:

- پزشک (فوق تخصص نوزادان یا متخصص کودکان، پزشک عمومی): توصیه می شود در بیمارستان ها مسئول معاینه نوزادان سالم در بالین بیمار؛ متخصص کودکان باشد. در معاینه بالینی نوزاد سالم، فوق تخصص نوزادان ارجحیتی بر متخصص کودکان ندارد. در صورت نبودن متخصص کودکان و فوق تخصص نوزادان می توان مسئولیت معاینه نوزاد سالم را به پزشک عمومی سپرد.
 - ماما (عامل مراقبت از نوزاد، عامل زایمان)، پرستار (عامل مراقبت از نوزاد): باید دارای مدرک کارشناسی مامایی برای ماماها و مدرک کارشناسی پرستاری برای پرستاران و حداقل گواهی دوره های زیر باشند:
 - گواهی احیا نوزاد
 - گواهی کارگاه معاینه بالینی نوزاد و بسته خدمتی نوزاد سالم.
 - گواهی تثبیت نوزاد
- دوره کارگاه ها و نیازهای آموزشی در فصل آموزش آمده است.

فرآیندهای مستندسازی:

تهیه و تنظیم فرم های زیر

- فرم احیا نوزاد به علاوه آپگار و راهنمای علمی تکمیل آن.
 - فرم زایمان و راهنمای تکمیل آن
 - فرم اطلاعات نوزاد
 - فرم معاینه بالینی پزشک
 - فرم مراقبت از نوزاد در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد
- توجه: کلیه فرم ها در ضمیمه کتاب آورده شده است.





بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در کشور

♦ مراحل تدوین برنامه آموزشی بسته خدمتی نوزاد سالم

۱. اهداف آموزشی اصلی و اختصاصی

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

کاربران بسته خدمتی نوزاد سالم، پزشکان، ماماها و پرستاران که مسئولیت مراقبت از نوزاد سالم را به عهده دارند می‌باشند.

هدف اصلی:

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

هدف اختصاصی:

- ◀ آشنایی با مراقبت‌های بدو تولد
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های اتاق زایمان و پس از زایمان
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های ترخیص نوزاد سالم
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های پیگیری نوزاد سالم
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های استاندارد پری ناتال در دوران بارداری
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های استاندارد هنگام پذیرش در بیمارستان
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های استاندارد اتاق زایمان و پس از زایمان
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های استاندارد هم اتاقی مادر و نوزاد
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های استاندارد ترخیص نوزاد سالم
- ◀ آشنایی با مراقبت‌های استاندارد پیگیری نوزاد سالم

۲. محتوای آموزشی

محتوای آموزشی برای مربیان و کارکنان مبتنی بر؛ مستندات و راهنماهای بالینی سازمان جهانی بهداشت، راهنمای‌های بالینی کشوری، پیشنهاد‌های کمیته کشوری برای مادران مبتنی بر کتاب‌های «مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت از نوزاد سالم، قدم نورسیده مبارک، ماساژ نوزاد و مراقبت مادرانه آغوشی»، بوکلت آموزش نوزاد سالم، مراقبت تکاملی و فیلم‌های آموزشی مرتبط با آنها، دفتر سلامت خانواده و جمعیت و راهنماهای بالینی کشوری و پیشنهاد‌های کمیته کشوری خواهد بود.

۳. ساختار و زمان‌بندی ارائه محتوای آموزشی

(شامل آموزش گیرندگان، آموزش دهندگان، عرصه آموزش و زمان‌بندی)



آموزش دهندگان، مربیان آموزش دیده در سطح کشور، سطح دانشگاه، بیمارستان و واحدهای ارائه دهنده مراقبت نوزاد سالم خواهد بود و آموزش گیرندگان، ارایه دهندگان خدمت در سطوح بالا و مادران خواهند بود. زمان بندی آموزش بر اساس سطوح بالا از یک روز تا دو روز متغیر می باشد.

* آموزش دهندگان به چند دسته تقسیم خواهند شد:

سطوح انتقال آموزش های مورد نظر به ارائه دهندگان خدمت در سه سطح تعریف می شود.

◀ هسته آموزشی کشوری:

هسته آموزشی کشوری افرادی هستند که توسط اداره نوزادان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و از بین پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان و اعضای هیات علمی دانشگاه ها انتخاب خواهند شد. این افراد مورد تأیید وزارت بهداشت هستند و یا دارای مدرک بین المللی در این زمینه بوده یا سابقه شرکت یا تدریس در کارگاه های بین المللی را دارا می باشند. این افراد وظیفه تربیت مربیان دانشگاهی را خواهند داشت. پیشنهاد می شود این آموزش در کارگاه دو روزه برای مربیان دانشگاهی برنامه ریزی شود.

◀ مربیان دانشگاهی:

این گروه از بین پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان و زایمان و ماماها و پرستاران شاغل در حیطه آموزشی و درمانی در دانشگاه که در کارگاه های کشوری شرکت کرده اند و دارای مدرک مربی گری دانشگاهی هستند انتخاب می شوند. برای این گروه نیز برگزاری کارگاه آموزشی دو روزه در ابتدای طرح و برگزاری برنامه آموزشی یک روزه، سالانه پیشنهاد می شود. این دوره ها در سطح دانشگاه انجام خواهد شد.

◀ مربیان بیمارستانی:

این گروه نیز از بین پزشکان فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، متخصص زنان و زایمان و ماماها و پرستاران دوره دیده در کارگاه دانشگاهی انتخاب می شوند. این مربیان علاوه بر مدیریت اجرای طرح در بیمارستان، برگزاری کارگاه های مقدماتی در سطح بیمارستان را برعهده دارند. این افراد علاوه بر شرکت در کارگاه آموزشی فراگیران، دوره مربیگری را نیز گذرانده اند. بهتر است کلیه آموزش دهندگان، کارگاه ترویج تغذیه با شیرمادر را گذرانده باشند.

◀ فراگیران آموزش:

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

- ارائه دهندگان خدمت: که در این بسته عوامل مراقبت از نوزاد سالم می باشند. و شامل پزشک فوق تخصص نوزادان، متخصص کودکان، زنان و زایمان و بیهوشی و نیز ماماها، پرستاران و کاردانان بیهوشی و اتاق عمل می شود.
- والدین و خانواده نوزاد: در این بخش اگرچه عمده تمرکز بر روی مادر می باشد، اما آموزش پدر نیز باید همزمان مورد توجه



قرار گیرد.

۴. راهبردهای آموزشی:

برگزاری کارگاه‌های آموزشی، به شکل نظام‌مند و بر اساس برنامه از پیش تعیین شده، خواهد بود. برای مادران آموزش چهره به چهره مد نظر قرار می‌گیرد.

۵. روش‌های ارائه برنامه آموزشی نظری و عملی:

برای کسب اطلاعات پایه، در کلیه سطوح استفاده از کتاب‌های آموزشی و ابزارهای چند رسانه‌ای، توصیه می‌شود. سپس شکل ارائه برنامه در قالب کارگاه‌های آموزشی خواهد بود. برای مادران آموزش چهره به چهره و گروهی و استفاده از بروشور، پمفلت، کتاب و پوستر و فیلم مدنظر است.

۶. روش‌های ارزیابی آموزشی:

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

۷. روش‌های انتقال اجزای برنامه آموزشی:

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

۸. روش ایجاد و ارتقای محیط مطلوب آموزشی:

محیط آموزشی در کارگاه‌های آموزشی در بیمارستان‌ها یا مراکز آموزش مهارت‌های بالینی دانشگاهی خواهد بود. این محیط‌ها باید دارای حداقل امکانات لازم برای سطوح آموزشی مقدماتی و پیشرفته باشند.

۹. فضای آموزشی مورد نیاز:

فضای آموزشی در بیمارستان‌ها یا مراکز آموزش مهارت‌های بالینی دانشگاه می‌باشد که دارای حداقل لوازم زیر است؛

- مانکن مادر و نوزاد در حال زایمان، جفت و بند ناف
- گرم کننده تابشی
- وسایل و تجهیزات مورد نیاز احیای نوزاد
- سه عدد حوله و دو عدد کلامپ بند ناف

۱۰. تعیین روش‌های مدیریت برنامه آموزشی:

مدیریت آموزشی در سطح کشوری به عهده اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت با همکاری کمیته علمی کشوری خواهد بود.

آموزش مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان‌ها برای کاربران

گروه هدف: ارائه دهندگان خدمت شامل، پزشکان و عاملان مراقبت از نوزاد در بخش‌های نوزادان (هم اتاقی مادر و نوزاد)، زایمان و پس از زایمان را به عهده دارند، می‌باشند.

آموزش دهنده: مربیان دانشگاهی که کارگاه‌های آموزشی کشوری را گذرانده‌اند و مدرک مربی‌گری دارند.

نظارت: کارشناس مسئول برنامه نوزاد سالم در معاونت درمان دانشگاه، بر برگزاری درست و به موقع کارگاه‌های آموزشی نظارت می‌کند.

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

پیش نیاز: افراد شرکت کننده در این دوره باید دارای حداقل مدرک کارشناسی مامایی یا پرستاری باشند. گذراندن دوره‌های احیای نوزاد و ترویج تغذیه با شیرمادر، مکمل این دوره می‌باشد، بنابراین گذراندن آن‌ها پیش یا پس از این دوره ضروری است. **روش آموزش:** این دوره به صورت کارگاهی برگزار می‌شود و مدرس برای انتقال مطالب در طول دوره از سخنرانی کوتاه، بحث‌های گروهی، نقش بازی کردن (Role playing) و به کار بردن مانکن استفاده می‌نماید.

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

◀ **لوازم مورد نیاز:** مانکن مادر در حین زایمان و مانکن نوزاد دارای بند ناف و جفت، حوله نخی، ست بند ناف، لوازم تزریق ویتامین K، گرم کننده تابشی و مچ بند شناسایی، فرم‌های مراقبت نوزاد سالم، متر نواری و ترازوی نوزادی می‌باشد.

◀ **تعداد افراد شرکت کننده در هر دوره:** حداکثر ۳۰ نفر می‌باشد.

◀ محل برگزاری: یک اتاق با مساحت حدود ۲۰ مترمربع و در محلی دور از سر و صدا و دارای امکانات کارگاهی می‌باشند.

◀ اهداف پایان دوره

پس از پایان این دوره از شرکت کنندگان انتظار می‌رود:

- نیازهای اساسی همه نوزادان در زمان تولد، را بیان کنند.
- مشخصات نوزاد سالم را لیست نمایند.
- فرایندهای مراقبت نوزاد در اتاق زایمان را نام ببرند.
- بتوانند وسایل و تجهیزات لازم اتاق زایمان را بررسی نمایند.
- بتوانند نوزاد نیازمند به احیا را مشخص کنند.
- معاینه اولیه نوزاد را به درستی انجام دهند.
- فعالیت‌ها و فرایندهای مؤثر در حفظ دمای نوزاد را بیان کنند.
- مادر را برای شروع شیردهی و تداوم آن کمک نمایند.
- نحوه تغذیه نوزاد به روش خزیدن نوزاد به سمت پستان مادر را بیان کنند.
- اهمیت هم آغوشی مادر و نوزاد را شرح دهند.
- نوزاد متولد شده را به روش صحیح خشک نمایند.
- بتوانند آپگار نوزاد را تعیین نمایند.
- بتوانند اطلاعات فرم‌های مراقبت از نوزاد را به صورت صحیح تکمیل کنند.
- اهمیت تعیین هویت نوزاد را شرح دهند.
- نکات ایمنی لازم برای امنیت نوزاد را بیان کنند.
- روش صحیح مراقبت و تجویز آنتی بیوتیک چشمی را نشان دهند.
- تزریق ویتامین K را به صورت صحیح انجام دهند.
- پس از معاینه، سن بارداری نوزاد را مشخص نمایند.
- ایمن سازی نوزاد در اتاق پس از زایمان را مطابق بسته خدمتی نوزاد سالم انجام دهند.
- بتوانند آموزش‌های ضروری در طول مدت حضور مادر و نوزاد را ارائه دهند.
- نحوه انجام غربالگری و پیگیری‌ها را شرح دهند.



برنامه پیشنهادی

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

۱. آموزش فرآیندهای بسته خدمتی نوزاد سالم: یک کارگاه آموزشی دو روزه برای آموزش فرآیندهای بسته خدمتی شامل مراقبت‌های بدو تولد، مراقبت‌های اتاق زایمان، پس از زایمان، مراقبت‌های بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد و مراقبت‌های ترخیص و پیگیری برای کارشناسان مامایی و پرستاران شاغل در بیمارستان در نظر گرفته شده است.

۲. آموزش نکات مورد نظر برای انتقال این آموزش‌ها به والدین: یک کارگاه یک روزه برای نحوه ارائه آموزش مراقبت‌ها به والدین از زمان ورود به بیمارستان تا هنگام ترخیص مادر و نوزاد برای کارشناسان مامایی و پرستاران شاغل در بیمارستان در نظر گرفته شده است.

* یک کارگاه دو روزه برای آموزش کلیات فرآیندهای مراقبت از نوزاد سالم و معاینات کامل نوزاد برای پزشکان شامل متخصصان کودکان و متخصصان زنان و زایمان، پزشکان عمومی در نظر گرفته شده است. (جدول آموزش پزشکان)

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

جلسه	موضوع	زمان / دقیقه	روش آموزش	مواد آموزشی مورد نیاز
خوش آمد گویی و معرفی حضار		۵	-	-
ارزیابی پیش از کارگاه	پیش آزمون	۱۵	پرسشنامه	کاغذ
بسته خدمتی نوزاد سالم /	مقدمه و کلیات بسته خدمتی نوزاد سالم	۱۰	سخنرانی	اسلاید
مراقبت‌های بدو تولد نوزاد سالم	مراقبت‌های اتاق زایمان	۳۰	سخنرانی، بحث، مشاهده فیلم	اسلاید و ویدئو
کار عملی	مراقبت‌های اتاق زایمان	۴۵	کار عملی	سناریو
مراقبت‌های اتاق پس از زایمان	مراقبت‌های پس از زایمان	۳۰	سخنرانی، بحث، مشاهده فیلم	اسلاید و ویدئو
کار عملی	مراقبت‌های پس از زایمان	۴۵	اجرای نقش	سناریو
استراحت	نهار و نماز	۶۰	-	-
مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد	مشاوره تغذیه با شیر مادر مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد	۳۰	سخنرانی، بحث نمایش فیلم	اسلاید و ویدئو
کار عملی	مراقبت‌های هم اتاقی مادر و نوزاد و تغذیه با شیر مادر	۴۵	کار عملی	سناریو
مراقبت‌های پس از ترخیص	آموزش‌های پس از ترخیص	۳۰	سخنرانی، بحث، نمایش فیلم	اسلاید و ویدئو
کار عملی	آموزش و مشاوره پس از ترخیص	۳۰	کار عملی	سناریو



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

جلسه	موضوع	زمان / دقیقه	روش آموزش	مواد آموزشی مورد نیاز
معاینه کامل نوزاد (جلسه اول)	بررسی و تخمین سن بارداری	۴۵	سخنرانی و نمایش فیلم	اسلاید و ویدئو
معاینه کامل نوزاد (جلسه دوم)	معاینه سر و گردن	۴۵	سخنرانی و نمایش فیلم	اسلاید و ویدئو
معاینه کامل نوزاد (جلسه سوم)	معاینه قفسه سینه و شکم	۴۵	سخنرانی و نمایش فیلم	اسلاید و ویدئو
معاینه کامل نوزاد (جلسه چهارم)	معاینه اندام‌ها و دستگاه تناسلی	۳۰	سخنرانی و نمایش فیلم	اسلاید و ویدئو
استراحت	نهار و نماز	۶۰	-	-
معاینه کامل نوزاد (جلسه پنجم)	معاینه سیستم عصبی (رفلکس‌ها / گریه نوزاد / حرکات و تون نوزاد)	۴۵	سخنرانی و نمایش فیلم	اسلاید و ویدئو
کار عملی	معاینه کامل نوزاد	۶۰	کار عملی	سناریو
پرسش و پاسخ	پرسش فراگیران	۲۰	پاسخ گویی	-
آزمون پایان دوره	محتوای دوروز کارگاه	۳۰	پرسشنامه	کاغذ و خودکار

آموزش مادران در مورد مراقبت نوزاد سالم در بیمارستان

- ◀ گروه هدف: والدین نوزاد به خصوص مادران (در هنگام پذیرش، طول مدت بستری و هنگام ترخیص).
- ◀ آموزش دهنده: عامل مراقبت از نوزاد(ماما / پرستار) بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد
- ◀ نظارت: کارشناس برنامه مراقبت از نوزاد سالم معاونت درمان دانشگاه
- ◀ روش آموزش: به صورت آموزش شفاهی (چهره به چهره) و عملی در مدت بستری در بیمارستان و ارائه پوستر و پمفلت‌های حاوی نکات آموزشی در بیمارستان (در هنگام پذیرش، طول مدت بستری و هنگام ترخیص) و معرفی کتاب‌هایی نظیر قدم نو رسیده مبارک، ماساژ نوزاد، مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین، مراقبت مادرانه آغوشی و...
- ◀ محل برگزاری: در بیمارستان‌ها (اتاق‌های پس از زایمان و بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد در طول مدت بستری) انتظار می‌رود مادران در طول مدت بارداری در آموزش‌های پره‌ناتال با موارد زیر آشنا شده باشند:
- اهمیت گرم نگه داشتن و خشک کردن نوزاد را بیان کند.
- مزایای تماس پوستی و تغذیه اولیه (آغوز) و روش تلفیق این دو مسئله را توضیح دهد.
- مزایای تجویز ویتامین k و واکسن‌ها را بیان کند.
- اهمیت چگونگی حفظ امنیت و تعیین هویت نوزاد را توضیح دهد.
- اهمیت اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر نوزاد را بیان کند.
- اطلاعاتی در مورد خون‌گیری از بند ناف و بانک خون را بند ناف بیان کند.
- بانک خون بند ناف: خون بند ناف محتوی غلظت‌های بالایی از سلول‌های اولیه مغز استخوان است که این سلول‌ها، انواع سلول‌های قرمز، سفید و پلاکت خون را می‌سازند. این سلول‌ها گاه منبع بسیار مناسبی برای استفاده در پیوند مغز استخوان می‌باشد. بنابراین در صورتی که نوزاد در آینده به دلیلی نیاز به پیوند مغز استخوان داشته باشد، می‌توان از این بانک خون بند ناف او که در زمان تولد تهیه شده استفاده نمود.



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

عنوان	آموزش گیرنده	زمان ارائه آموزش	مکان ارائه آموزش	آموزش دهنده	منابع آموزشی
آموزش دوران بارداری	والدین	در طول مدت بارداری	بیمارستان	مامای درمانگاه پره ناتال	کتاب و فیلم آموزشی مادران و قدم نورسیده مبارک
آموزش‌های هنگام پذیرش	مادران	در مدت انتظار برای پذیرش و انتقال به زایشگاه	اتاق پذیرش و زایشگاه	مامای پذیرش دهنده	منابع آموزشی بیمارستان
آموزش در طول مدت بستری در بیمارستان	مادر و همراه معرفی شده از طرف والدین	در طول مدت بستری	اتاق پس از زایمان و بخش هم اتاقی مادر و نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب و فیلم آموزشی مادران و قدم نورسیده مبارک
آموزش‌های هنگام ترخیص	مادر و همراه معرفی شده از طرف والدین	پیش از ترخیص	در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب مراقبت از نوزاد سالم و ماساژ نوزاد
آشنایی با فضاها و سیر مراحل زایمانی برای مادر و نوزاد در بیمارستان	مادر و همراه معرفی شده از طرف والدین	۵ دقیقه در مدت انتظار برای پذیرش و انتقال به زایشگاه	اتاق پذیرش و زایشگاه	مامای پذیرش دهنده	منابع آموزشی بیمارستان
آموزش اهمیت تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد	والدین	۵ دقیقه در مدت انتظار برای پذیرش و انتقال به زایشگاه	اتاق پذیرش و زایشگاه	مامای پذیرش دهنده	کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین



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

- پس از زایمان در صورت سلامت، مادر و نوزاد به طور هم زمان و با هم به اتاق پس از زایمان انتقال می یابند.
- مادر و نوزاد در اتاق پس از زایمان، ۲ ساعت می مانند و پس از تغذیه اولیه و تجویز ویتامین K، ایمن سازی، تجویز آنتی بیوتیک چشمی و اندازه گیری وزن، قد، دورسر و پوشاندن لباس به نوزاد به بخش هم اتاقی نوزاد و مادر انتقال می یابند.
- در صورت عدم وجود هرگونه مشکلی برای نوزاد و مادر، آن ها بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت در بیمارستان می مانند.
- مادر و نوزاد پس از ارزیابی کامل در هنگام ترخیص، بیمارستان را ترک می کنند.

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

از آنجاکه بیشتر بچه دزدی ها در اتاق مادر رخ می دهد، لذا آموزش والدین از اهمیت خاصی برخوردار است. در آموزش والدین، نکات زیر می بایست مطرح گردد:

- اطلاع از چگونگی ثبت هویت نوزاد
 - شناساندن چرخه پذیرش- انتقال و تحویل نوزاد
 - شناساندن وسایل به کارگیری برای ثبت هویت نوزاد
- هم چنین باید به مادر، همراهان آشنا و پدر نوزاد تأکید گردد مسایل امنیتی زیر را رعایت کنند:
- نوزاد را فقط به کارکنان دارای کارت شناسایی عکس دار تحویل دهند.
 - برای جابجایی نوزاد از اتاق مادر توسط هر فردی، وی را همراهی کنند.
 - هرگز نوزاد را بدون توجه ترک نکنند.
 - نوزاد در دید مستقیم مادر یا کارکنان پرستاری نگهداری شود.
 - به هیچ فردی اجازه ندهند که نوزادشان را از کنارش بردارد و در زمان استراحت، چرت زدن و حمام کردن، نوزاد را به همراه و در صورت نداشتن همراه به کارکنان بسپارد.
 - نوزاد را دور از در خروجی اتاق نگه دارند.
 - از هر غریبه ای که وارد اتاق شان می شود، هویتش را بپرسند.
 - برای تأیید و صحت اطلاعات هر شخصی که خود را کارمند بیمارستان معرفی می کند ولی کارت شناسایی ندارد و یا هر غریبه ای که وارد اتاق می شود، فوری سرپرستار را صدا کند.
 - مشخصات ظاهری نوزاد مانند علایم فردی نوزاد، لکه های ماه گرفتگی، حالت موی سر، خال ها و غیره را به خاطر بسپارند زیرا برای شناسایی بعدی (در صورت لزوم) بسیار کمک کننده است.



آموزش‌های مدت بستری در بیمارستان تا هنگام ترخیص:

گروه هدف: مادران و همراه معرفی شده از طرف مادر

عنوان	آموزش گیرنده	مدت زمان ارائه آموزش	مکان ارائه آموزش	آموزش دهنده	منابع آموزشی
مشاوره و آموزش تغذیه با شیر مادر	والدین	در دو مدت زمان ۱۵ دقیقه‌ای در طول مدت بستری	در اتاق پس از زایمان و بخش هم اتاقی مادر و نوزاد	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین، کتاب فیلم قدم نورسیده مبارک
اهمیت اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر نوزاد	والدین	۵ دقیقه در طول مدت بستری	در اتاق پس از زایمان و بخش	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین، کتاب فیلم قدم نورسیده مبارک
آموزش حمام کردن نوزاد و کوتاه کردن ناخن	والدین	۵ دقیقه در طول مدت بستری	در اتاق پس از زایمان و بخش	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین، کتاب فیلم قدم نورسیده مبارک
آموزش خواباندن نوزاد	والدین	۵ دقیقه در طول مدت بستری	در اتاق پس از زایمان و بخش	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین، کتاب فیلم قدم نورسیده مبارک
آموزش لباس پوشیدن و شستن	والدین	۱۰ دقیقه در طول مدت بستری	در اتاق پس از زایمان و بخش	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین، کتاب فیلم قدم نورسیده مبارک
آموزش ایمن سازی	والدین	۵ دقیقه در طول مدت بستری	در اتاق پس از زایمان و بخش	عامل مراقبت از نوزاد	کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه والدین، کتاب فیلم قدم نورسیده مبارک

* نکات مهم در مشاوره و آموزش شیردهی

آگاهی دادن به والدین در زمینه تغذیه نوزاد با شیر مادر، مزایا برای نوزاد و مادر، وضعیت‌های صحیح شیردهی و سایر نکات مهم بر اساس دستورالعمل تغذیه با شیرمادر بهترین تغذیه برای نوزاد شیر مادر می‌باشد.

* نکات قابل ذکر در آموزش اندازه‌گیری وزن و قد و دور سر

- معیارهای رشد نوزاد قد، وزن و دور سر و سینه او می‌باشد، که اولین بار در اتاق زایمان پس از تولد اندازه‌گیری می‌شود.
- ◀ **قد نوزاد:** به طور طبیعی در نوزاد کامل و رسیده که ۴۰ هفته بارداری او تمام شده، ۴۶ تا ۵۴ سانتیمتر می‌باشد.
- ◀ **وزن نوزاد:** به طور طبیعی ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم می‌باشد نوزادان طی ۱۰ روز اول تولد مقداری وزن از دست می‌دهند و در ده روزگی به وزن زمان تولد می‌رسند و در ۵ ماهگی وزن آنها ۲ برابر زمان تولد و در یک سالگی ۳ برابر می‌شود.
- ◀ **وزن گرفتن نوزاد:** نوزاد سالم در ماه اول تولد هر هفته ۲۵۰ گرم و هر ۱۰ روز حدود ۳۵۰ گرم و مجموعاً در ماه اول حدود ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ گرم وزن اضافه می‌کند که این نشانگر سلامت و تغذیه خوب نوزاد و کفایت شیر مادر می‌باشد.
- ◀ **دور سر نوزاد:** به طور طبیعی ۳۳ تا ۳۷ سانتیمتر است.

* نکات قابل ذکر در مورد ناخن نوزاد:

- ◀ کوتاه نگه داشتن ناخن‌ها برای سلامتی نوزاد مهم است زیرا نوزادان در هنگام ابراز شادمانی و تکان دادن دست‌ها و پاهای شان می‌توانند به پوست شان آسیب برسانند و آن را زخمی کنند.
- ◀ سرعت رشد ناخن زیاد است به طوری که ناخن‌های پا را باید ۱ تا ۲ بار در ماه و ناخن‌های دست را ۱ تا ۲ بار در هفته کوتاه نمود.
- ◀ بهترین زمان کوتاه کردن ناخن نوزاد هنگام خواب است.
- ◀ هنگامی که نوزاد خواب است با یک دست، دست او را بگیرید و با صاف نگه داشتن دست‌ها با دست دیگر ناخن‌ها را کوتاه کنید.
- ◀ برای گرفتن ناخن نوزاد حتماً از یک قیچی مخصوص که سر آن گرد است استفاده نمایید.

* نکات مورد نظر در آموزش ایمن سازی:

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



* نکاتی در رابطه با آموزش لباس پوشاندن و شستن لباس:

پوشاندن لباس:

- ◀ جنس لباس نوزاد باید از پنبه یا نخ باشد.
- ◀ برای نوزاد پوشش مناسب فصل استفاده نمایید و موقعیت آب و هوایی را در نظر بگیرید (در فصل گرم پوشیدن یک تی شرت، پوشک و یک پتو روی نوزاد بدون کلاه کافی است. در فصل سرد یک لباس ضخیم تر اضافه کنید دو تا پتو روی نوزاد ببندازید و کلاه حتماً پوشانده شود).
- ◀ برای خروج از محیط اتاق در سرما استفاده از پتو و/یا اضافه کردن یک لباس نازک ضروری است.
- ◀ از لباس های دکمه دار استفاده کنید (لباس زیپ دار توصیه نمی شود).
- ◀ جهت نحوه پوشاندن لباس به کتاب مراقبت از نوزاد سالم ویژه آموزش والدین مراجعه نمایند.

شستن لباس:

- ◀ برای شستشوی لباس نوزاد، جز در نوزادان دارای آلرژی و حساسیت پوستی، نیاز نیست که حتماً از شوینده های مخصوص استفاده نمود.
- ◀ لازم است پوشک پارچه ای از سایر لباس ها جداگانه شسته شود زیرا پوشک های پارچه ای را باید با شوینده های ملایم شست تا موجب حساسیت و ناراحتی در دستگاه تناسلی و ران ها نشود.
- ◀ از نرم کننده لباس استفاده نشود.
- ◀ برای آب کشی از آب داغ استفاده شود.
- ◀ پاک کننده های مایع بهترین مواد برای تمیز کردن انواع لباس ها هستند.
- ◀ در صورت تصمیم به تعویض شوینده لباس نوزاد، ابتدا باید یک قطعه لباس نوزاد را با آن شستشو داد و اگر تحریکی ایجاد نشد برای همه لباس ها استفاده کرد.
- ◀ اگر حساسیت پوستی در نوزاد ایجاد شد باید از شوینده بدون رنگ و عطر استفاده کرد و اگر باز دچار حساسیت شود باید از شوینده مخصوص نوزاد به مدت طولانی استفاده شود.
- ◀ در حد امکان لباس های نوزاد را در معرض نور آفتاب خشک نمائید.

* آموزش مادر درباره خوابیدن در کنار نوزاد

- ◀ بالش مادر طوری قرار گرفته باشد که از نوزاد دور باشد.
- ◀ مادر از پیش با مزایای تماس پوست به پوست آگاه شده باشد. این تماس سبب آرامش بیشتر و تثبیت دمای بدن نوزاد



شده زمینه شیردهی موفق را ایجاد می‌کند. بدن نوزاد حین برقراری تماس پوستی نباید پوشیده باشد (پوشک، جوراب و کلاه کافیس).

- طرز پستان گرفتن صحیح به مادر نشان داده شود.
- محیط طوری مهیا شود که خطر سقوط تصادفی یا پوشیده شدن سر و صورت نوزاد با پتو یا ملحفه وجود نداشته باشد.
- در صورت فوریت و نیاز به کمک، دسترسی آسان به کارکنان مهیا باشد. توضیح داده شود که چگونه اقدام کند.
- به مادر آموزش داده شود که پس از ترخیص، در منزل:
- نوزاد را با کودکان دیگر در رختخواب مشترک ن خواباند.
- از مصرف دخانیات و مواد مخدر و مواد سمی در محل خواب نوزاد اجتناب ورزد.
- اگر بسیار خسته است و یا بیمار است نوزاد را در رختخواب خود ن خواباند.
- فضای مناسب برای اجتناب از سقوط نوزاد را در اطراف وی در نظر بگیرد.
- در صورتی که نوزاد بروی سینه مادر نیست، روش خوابانیدن مناسب نشان داده شود.



- برای ایمنی بیشتر نوزاد، اگر نوزاد با شیر مادر تغذیه نمی‌شود، هنگام خواب رفتن مادر، در بستر مادر خوابانیده نشود.

* آموزش‌های زمان ترخیص:

گروه هدف: مادران و همراه معرفی شده از طرف مادر

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

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

معاینه زمان ترخیص و معاینه‌های پس از ترخیص زمان‌های مناسبی برای پاسخ گویی به پرسش‌های مادر و خانواده می‌باشد، تا برای عامل مراقبت نوزاد سئوالات خود را مطرح نموده و در مورد آنها توصیه‌های لازم را دریافت نماید. عامل مراقبت نوزاد نیز با پرسش در مورد نحوه تغذیه، دفعات ادرار و مدفوع، بررسی رشد و معاینه کامل نوزاد، سلامت نوزاد را مورد بررسی قرار می‌دهد. اولین معاینه پس از ترخیص نوزاد با توجه به اینکه چند ساعت پس از تولد از بیمارستان ترخیص شده است تعیین می‌گردد:

- اگر ترخیص نوزاد سالم پیش از پایان ۴۸ ساعت اول عمر انجام شود، نوزاد طی ۴۸ ساعت پس از ترخیص باید دوباره معاینه

و بررسی شود.

- نوزادان گروه به ظاهر سالم «در خطر» (مثلاً در خطر عفونت) و نوزادان با وزن تولد زیر ۲۵۰۰ گرم و سن جنینی زیر ۳۷ هفته نیاز به پیگیری با فواصل زمانی کمتری را دارند. اولین مراجعه ۲۴ ساعت پس از ترخیص و سپس معاینه بعدی طبق نظر پزشک معالج برنامه ریزی شود.
- اگر نوزاد کمتر از ۲۴ ساعت پس از تولد، بیمارستان را ترک کرده باشد، ۲۴ ساعت پس از ترخیص اولین معاینه دوباره وی می باشد
- اگر نوزاد پس از ۲۴ ساعت پس از تولد مرخص شده باشد، در ۳ تا ۵ روزگی برای معاینه معاینه مراجعه نماید.
- کلیه نوزادان صرف نظر از مدت حضورشان در بیمارستان در سن ۱۴ و ۲۸ روزگی باید دوباره مورد معاینه قرار بگیرند.

* نکاتی در آموزش برای دادن مکمل های ویتامینی:

- ویتامین ها در صورت نیاز با دستور پزشک برای نوزاد تجویز شود.
- ویتامین های تجویز شده شامل ویتامین A+D یا مولتی ویتامین می باشد.
- مقدار لازم توصیه شده ۱۵۰۰ IU ویتامین A و ۴۰۰ IU ویتامین D است.
- ویتامین ها معمولاً از روز ۱۵ پس از تولد تجویز می شود.
- ارجح دادن ۲۵ قطره در یک وعده در شبانه روز به نوزاد است.
- تجویز این ویتامین ها (مگر در موارد خاص و با دستور پزشک) تا یک سالگی ادامه می یابد.

* نکاتی در مورد آموزش مراقبت از بند ناف:

- بین ۵ تا ۱۰ روز پس از تولد بند ناف سیاه و خشک شده و می افتد. در صورتی که پس از چهار هفته بند ناف نیفتد لازم است مراجعه شود.
- تا زمانی که بند ناف نیفتاده نباید نوزاد را در آب غوطه ور کرد.
- لازم نیست برای تمیز کردن بند ناف از ماده ضد عفونی کننده مانند الکل استفاده نمود زیرا مواد ضد عفونی کننده مانند الکل به علت کشتن باکتری های مفید پوست نوزاد، افتادن بند ناف را به تأخیر می اندازد.
- برای خشک نگهداشتن بند ناف، پوشک و مشمع بچه را زیر ناف ببندید تا بند ناف در جریان هوا قرار بگیرد و سریع تر خشک شود.
- در صورت بروز علائمی نظیر بوی بد، ترشحات زرد رنگ فراوان، قرمزی و تورم در پوست اطراف ناف، فوری به پزشک



مراجعه نماید.

- زمانی که بند ناف می افتد ممکن است خونریزی خفیفی از ناحیه ناف رخ دهد که جای نگرانی نیست و خود به خود قطع می گردد.
- اجازه دهید بند ناف خودش به طور طبیعی بیفتد و حتی اگر اتصال بسیار کوچکی باقی مانده باشد نباید با زور اقدام به کندن بند ناف نمود زیرا در این صورت ممکن است خونریزی فعال رخ دهد. در صورت خونریزی فعال (یعنی هر زمان که شما یک قطره خون را پاک کنید قطره دیگری ظاهر گردد) فوری به پزشک مراجعه نمایید.

* نکاتی در مورد آموزش های غربالگری:

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

* نکاتی در مراقبت از آلت ختنه شده:

- چه نوزاد ختنه شود و یا نشود، بسیار مهم است که آلت نوزاد همیشه تمیز نگهداشته شود.
- یک تا ۲ روز پس از ختنه، با تجویز پزشک ژل روغنی، مثلاً وازلین طبی یا پماد ویتامین آ بر روی بانداژ ختنه بگذارید و پس از نرم شدن آن، بانداژ را باز و در صورت نیاز تعویض نمایید. در صورت عدم نیاز به بانداژ، با مالیدن ژل روغنی به سر آلت از مالش آلت به پوشک پیشگیری نمایید.
- معمولاً بین ۷ تا ۱۰ روز زمان بهبود آلت است و در طی این مدت ممکن است نوک آلت زرد رنگ به نظر برسد که طبیعی است.
- بنفش بودن سر آلت پس از ختنه نوزاد، ناشی از تحریک و پرخونی سر آلت است و کاملاً طبیعی می باشد.
- در صورت بروز مشکلات زیر، فوری با پزشک و یا نزدیک ترین مرکز درمانی تماس بگیرید:
- خونریزی مداوم محل ختنه
- بدتر شدن قرمزی اطراف نوک آلت پس از سه روز
- تب نوزاد
- ترشح چرکی سر آلت
- ادرار نکردن نوزاد ۶ تا ۸ ساعت پس از ختنه



* نکاتی در مورد آموزش علائم خطر:

- در صورت بروز هر یک از علائم زیر لازم است فوری با پزشک و یا نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی مشورت شود:
- مشکلاتی در امر تغذیه، مانند این که نوزاد برای تغذیه بیدار نمی‌شود، بی‌اشتها است یا خوب شیر نمی‌خورد، به خصوص در نوزادی که پیش از این پستان مادر را بخوبی می‌گرفته است.
 - استفراغ مکرر و مداوم یعنی با هر بار تغذیه استفراغ می‌کند.
 - تنفس مشکل، فرورفتگی قفسه سینه و ناله کردن
 - تنفس خیلی سریع یا خیلی آهسته یا قطع تنفس به مدت طولانی
 - سردی بدن و/یا دست‌ها و پاهای نوزاد یا تب
 - رنگ پریده بودن دایمی نوزاد
 - تشنج
 - اسهال
 - زردی پوست
 - بی‌قراری شدید یا بی‌حالی
 - مشکلات بند ناف مانند ترشحات چرکی بند ناف و یا قرمزی اطراف بند ناف

* توانایی‌های لازم مراکز ارایه مراقبت از نوزاد سالم:

- حداقل توانایی‌های واحدهای مراقبت نوزاد سالم که به نوزادان دارای خطر کم، خدمات ارایه می‌دهند باید موارد زیر را شامل گردد.
- برای این منظور فضاها، تجهیزات، نیروی انسانی، برنامه و روش‌های اجرایی، آموزش و نظام ثبت داده‌ها و ارزشیابی مورد نیاز است.
- توانایی پیاده سازی و انجام نظام مراقبت (Sarveillance) و ارائه خدمات به تمام بیماران بستری شده در بخش زایمان با یک سیستم تریاژ برای تعیین بیماران پرخطر برای انتقال به مراکز مجهزتر
 - توانایی شناسایی به موقع مشکلات مادر و نوزاد که مورد انتظار نبوده است و انجام اقدامات اولیه در این موارد
 - توانایی انجام آغاز سزارین اورژانس برای تولد نوزاد در ظرف مدت ۳۰ دقیقه از تصمیم‌گیری به انجام آن
 - توانایی در دسترس قرار دادن سرویس‌های مناسب بیهوشی، رادیولوژی، سونوگرافی، آزمایشگاه و بانک خون در تمام ۲۴ ساعت
 - توانایی مراقبت و ارزیابی شرایط پس از زایمان
 - توانایی احیا و تثبیت همه نوزادان متولد شده در بیمارستان



- توانایی ارزیابی و تداوم مراقبت نوزاد سالم در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد یا به همراه مادر تا زمان ترخیص
- توانایی فراهم کردن تسهیلات و حمایت کافی برای تثبیت نوزادان در صورت بروز شرایط اورژانس، پیش از انتقال به مراکز تخصصی و فوق تخصصی
- توانایی فراهم کردن الزامات مشاوره و انتقال (در صورت نیاز نوزاد به خدمات تخصصی سطوح بالاتر و سایر تخصص ها، بیمارستان بایستی قادر باشد امکان استفاده از این خدمات در همان مرکز یا سایر مراکز و در صورت لزوم امکانات انتقال را فراهم آورد).
- توانایی برقراری سیاست ها و الزامات لازم برای امکان پذیر ساختن همراهی خانواده (شامل دیگر فرزندان) پس از تولد یک نوزاد
- توانایی جمع آوری داده ها، ذخیره و بازیابی آنها
- توانایی اجرای برنامه های بهبود کیفیت شامل تلاش برای بالابردن امنیت بیماران

فضاهای فیزیکی و تجهیزات

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

در بخش زایمان وجود فضاهایی برای تثبیت و آماده سازی مادر باردار، بررسی شروع زایمان، بررسی های نوزادی و اتاق پیش از زایمان (Labor) نیز لازم است ولی آنچه در اینجا بحث می شود بیشتر در ارتباط با بسته خدمتی نوزاد سالم است و بنابراین در مورد مشخصات این فضاها توضیح داده نمی شود.

باید توجه داشت اجرای این شرایط باید با شرایط محلی و وضعیت هر بیمارستان سنجیده شده و در مورد نحوه چیدمان تصمیم گیری شود.

* کلیات فضاهای فیزیکی

برای حصول به این نیازها لازم است فضاهای در نظر گرفته شده در منطقه کم تردد قرار گیرد تا رفت و آمدهای غیر ضروری در



آن صورت نگیرد.

وجود تسهیلات زیر در تمامی بخش‌های پیش از زایمان و پس از زایمان مورد نیاز است ولی می‌توان با طراحی مناسب آنها را به صورت مشارکتی مورد استفاده قرار داد:

- دفتر سرپرستاری و مدیریت
- ایستگاه پرستاری
- محل نگهداری پرونده‌های پزشکی
- اتاق کنفرانس
- محل آموزش بیماران
- فضای مناسب برای تعویض لباس کارکنان، کمد‌های کارکنان و اتاق‌های استراحت کارکنان آنکال
- اتاق معاینه و درمان
- فضای مناسب برای نگهداری داروها
- فضای مناسب برای تمیز کردن وسایل
- فضای مناسب قرار دادن تجهیزات
- تجهیزات Sitz bath
- آشپزخانه
- فضای انبار و اتاق کار
- فضای ملاقات بستگان

* مشخصات فیزیکی و تجهیزات اتاق زایمان:

• مشخصات فیزیکی اتاق زایمان: زایمان طبیعی می‌تواند در اتاق زایمان، اتاق LDR یا LDP در فضای مناسب و تجهیز شده

انجام شود. با این وجود اتاق زایمان مرسوم و سزارین از نظر طراحی شبیه اتاق عمل هستند. بهتر است اتاق پیش از زایمان (Labor)، اتاق انتظار خانواده‌ها و سرویس‌های بهداشتی نزدیک اتاق زایمان باشد.

• مساحت اتاق: اتاق زایمان مرسوم حدود 33 m^2 برای هر تخت و اتاق سزارین مساحت حدود 37 m^2

و اندازه مناسب برای فضای احیای نوزاد اگر در داخل اتاق زایمان یا اتاق عمل در نظر گرفته شده

$3/7 \text{ m}^2$ و اگر به صورت اتاق جداگانه باشد باید 14 m^2 باشد.

• ارتفاع تا سقف اتاق: حدود ۲۷۵ Cm باشد.



- نور اتاق: اتاق باید کاملاً روشن باشد (حداقل ۱۰۰ شمع بر فوت مربع در نظر گرفته می شود).
- دمای اتاق: باید به گونه ای باشد که از سرما و لرز مادر و نوزاد پیشگیری کند. دمای اتاق باید حداقل 25°C یا بالاتر باشد.
- رطوبت اتاق: میزان رطوبت حدود ۶۰ درصد (برای اتاق سزارین) پیشنهاد شده است.
- تهویه اتاق: گردش کامل هوای اتاق ۱۰ تا ۱۲ بار در هر ساعت باشد.
- تا حد امکان در اتاق زایمان و اتاق عمل پنجره نباشد.
- اتاق ها قابل شستشو باشند.
- نکته: استانداردهای بازنگری شده وزارت بهداشت (مرکز نظارت و اعتبار بخشی) موارد بالا استفاده شده است.
- * تجهیزات مورد نیاز اتاق زایمان: هر اتاق زایمان باید به عنوان یک واحد مجزای دارای تجهیزات و امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی و درمان عوارض آن در نظر گرفته شود. علاوه بر این امکان انجام زایمان سزارین بایستی در واحد مامایی یا واحد جراحی وجود داشته باشد.
- تخت زایمان (که امکان تغییر وضعیت برای زایمان دارد)
- میز وسایل و Solution basin Stand (پایه سرم)
- تجهیزات و وسایل زایمان واژینال و ترمیم پارگی ها
- تجهیزات لازم برای تجویز مایعات وریدی و محلول های مورد نظر برای تجویز
- تجهیزات برای انجام انواع بیهوشی شامل تجهیزات احیای اورژانس بیمار (بهرتر است اتاقی برای نگهداری و آماده سازی تجهیزات بیهوشی وجود داشته باشد)
- حداقل یک خروجی اکسیژن، هوا و ساکشن مرکزی مجزا برای مادر و نوزاد و وجود اکسیژن و ساکشن پرتابل
- سیستم اعلام اورژانس (تلفن و ...)
- سیستم نوردهی مناسب (حداقل ۱۰۰ شمع بر فوت مربع)
- آینه (برای بیماران تا در صورت تمایل تولد را مشاهده کنند) (اختیاری)
- ساعت دیواری دارای ثانیه شمار
- تجهیزات مانیتورینگ قلب جنینی (FHR)
- واحد احیا و تثبیت نوزاد (با مشخصات ارائه شده در بسته خدمتی احیای نوزادان)
- سینک های اسکراب (موقعیت قرارگیری به صورتی که دیدن بیمار امکان پذیر باشد)
- ترالی های داروها و تجهیزات لازم در درمان اورژانس مادر و نوزاد به صورت مجزا برای هر کدام (باید در اتاق زایمان وجود داشته باشد)



- تجهیزات لازم احیای قلبی ریوی (باید به آسانی در دسترس باشد)
- تجهیزات و اتاقی برای شستن وسایل
- تجهیزات و اتاقی برای استریل کردن وسایل (وسایل بایستی در یک اتاق جداگانه یا در سیستم مرکزی بیمارستان آماده و استریل شوند)

مشخصات فیزیکی و تجهیزات اتاق پس از زایمان:

- مشخصات فیزیکی: اتاق پس از زایمان در مراقبت‌های نوزاد سالم به صورت مجزا در نظر گرفته شده است و فضایی را فراهم می‌آورد که بتوان در ساعات اول پس از زایمان و تولد نوزاد با دقت و امکانات بیشتری مراقبت‌ها را انجام داد و نقشی مشابه اتاق بهبودی پس از جراحی (Recovery) دارد. از نظر وضعیت قرارگیری، این اتاق باید دارای یک ورودی از اتاق زایمان و یک خروجی برای انتقال به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد باشد. با این وجود در صورتی که به علت محدودیت‌ها وجود این اتاق در مرکزی امکان‌پذیر نباشد، لازم است خدمات مربوط به این بخش با زمان بندی مناسب در واحد هم اتاقی مادر و نوزاد به انجام رسد.
- مساحت اتاق: بسته به حجم کاری مرکز در نظر گرفته می‌شود. فضای اختصاص یافته به هر تخت در اتاق پس از زایمان طبیعی و پس از سزارین) حدود $7/5 m^2$ در نظر گرفته می‌شود.
- ارتفاع تا سقف اتاق: حدود ۲۷۵ Cm باشد.
- نور اتاق: اتاق باید کاملاً روشن باشند. (حداقل ۱۰۰ شمع بر فوت مربع در نظر گرفته می‌شود)
- دمای اتاق: باید به گونه‌ای باشد که از سرما و لرز مادر و نوزاد پیشگیری کند. دمای اتاق باید حداقل $25^{\circ}C$ یا بالاتر باشد. تا از هیپوترمی به خصوص در نوزادان کم وزن پیشگیری کند.
- تجهیزات مورد نیاز اتاق پس از زایمان:
 - تجهیزات پایش علائم حیاتی
 - ساکشن و تجهیزات مربوط
 - گرم کننده تابشی نوزاد
 - اکسیژن و تجهیزات تجویز اکسیژن
 - تجهیزات لازم برای انفوزیون وریدی مایعات
 - تجهیزات انجام احیا قلبی ریوی (باید به سرعت در دسترس باشد)
 - وسایل معاینه لگن (در دسترس باشد)

* مشخصات اتاق‌ها در بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد:

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

- سینک دستشویی
- توالت و حمام (بهتر است در هر اتاق وجود داشته باشد. در غیر این صورت و در صورت لزوم استفاده از سرویس عمومی، باید بیماران بتوانند بدون نیاز به عبور از کریدور اصلی به توالت و حمام دسترسی داشته باشند)
- کات یا انکوباتور قابل حمل نوزاد

* امکانات انتقال مادر و نوزاد

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

- آمبولانس
- تجهیزات حمایتی برای انتقال مادر و نوزاد

نیروی انسانی و کارکنان مورد نیاز

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

- نیروها و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت

• **مدیران بخش‌ها:** برنامه‌های مراقبت نوزاد سالم باید با همکاری و هماهنگی رییس بخش‌ها و پرستاری بخش‌های زنان و کودکان صورت گیرد. بنابراین رؤسای بخش کودکان (معمولاً متخصص یا فوق تخصص در رشته کودکان)، زنان و زایمان (معمولاً یک متخصص یا فوق تخصص در رشته زنان و زایمان)، پرستاری (ماما مسئول و سرپرستار) و مامایی (یک پرستار یا مامای با تجربه مدیریتی برنامه‌ریزی و فراهم آوردن امکانات) نظارت بر اجرای مراقبت‌ها را به عهده دارند.

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



- **متخصص کودکان و نوزادان:** در تمام مدت ۲۴ ساعت شبانه روز یک متخصص کودکان و نوزادان آنکال که بتواند در مدت حداکثر ۳۰ دقیقه از زمان اعلام نیاز بر بالین حاضر شود، باید وجود داشته باشد.
- **متخصص بیهوشی:** در تمام مدت ۲۴ ساعت شبانه روز یک متخصص بیهوشی، باید برای انجام سزارین اورژانسی یا موارد احتمالی دیگر وجود داشته باشد.
- **نکته:** در مناطقی که این امکانات فراهم نمی باشد، متخصص آنکال که حداکثر طی ۳۰ دقیقه در بیمارستان حاضر باشد، کفایت می کند.
- **عامل زایمان:** در تمامی زایمان ها حضور یک پزشک یا مامای ورزیده با مهارت در انجام زایمان و مدیریت عوارض زایمان و عوارض نوزادی که از آن به عنوان عامل زایمان نام برده می شود، لازم است.
- **عامل مراقبت نوزاد:** در تمامی زایمان ها حضور یک پرستار مامای دارای توانایی انجام مراقبت های نوزاد سالم و در صورت نیاز آغاز عملیات احیا که از آن به عنوان عامل مراقبت نوزاد نام برده می شود، الزامی است.
- **توجه:** وجود یک تیم همکار با قابلیت های چند گانه در هنگام زایمان می تواند وضعیت مناسبی از نظر نیروی انسانی برای انجام زایمان فراهم آورد. جدول زیر تعداد عوامل زایمان و مراقبت نوزاد، لازم برای انجام مراقبت های نوزاد سالم را نشان می دهد. کارکنان مورد نیاز برای انجام زایمان و یا در صورت وجود وضعیت هایی که نیاز به مراقبت بیشتر دارند (زایمان و یا نوزاد دچار مشکلات می باشند) در اینجا ذکر نشده است.

نوع مراقبت	تعداد مورد نیاز
مراقبت روتین نوزاد	۱ نفر (پرستار/ماما) برای هر ۶ تا ۸ نوزاد
مراقبت هر دو مادر و نوزاد و شیر دهی	۱ نفر (پرستار/ماما) برای هر ۳ تا ۴ مورد
مراقبت نوزادان بدون عارضه	۱ نفر (پرستار/ماما) برای هر ۴ نوزاد
مراقبت زایمان بدون عارضه	۱ نفر (پرستار/ماما) به ازای ۶ نفر
مراقبت های پس از سزارین بدون عارضه (ریکاوری)	۱ نفر (پرستار/ماما) برای هر ۲ نفر



۲. نیروها و کارکنان بخش‌های پاراکلینیک

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

۳. نیروها و کارکنان اداری و پشتیبانی

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



بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در کشور

♦ ضمیمه ها، فرم ها و دستور عمل ها

ضمیمه ۱- امکانات و تجهیزات

* انواع مختلف فضای فیزیکی برای زایمان وجود دارد:

۱. بخش LDRP: در این گونه بخش‌ها بیمار مراحل لیبر (L) زایمان (D) ریکاوری (R) و پست پارتوم (P) را روی یک تخت یا یک اتاق می‌گذرانند. در این بخش تا حد امکان می‌بایست اتاق‌ها به صورت خصوصی باشد و یا به طور کامل حریم بیماران در این بخش رعایت گردد.
۲. بخش LDR+P: در این گونه بخش‌ها سه مرحله اول در روی یک تخت یا در یک اتاق طی می‌شود و مرحله پست پارتوم در اتاق دیگری که در همان بخش قرار دارد انجام می‌شود.
۳. بخش L+DR+P: در این گونه بخش‌ها مراحل بستری بیمار در سه اتاق لیبر + زایمان + ریکاوری + پست پارتوم طی می‌شود. در حال حاضر اکثر بخش‌های زایمان بیمارستان‌ها به صورت L+DR+P می‌باشد. که به شرح زیر است:

۱) اتاق زایمان / اتاق عمل (Delivery Room)

- ◀ اتاق انتظار برای افراد خانواده و همراهان در کنار اتاق زایمان باشد.
- ◀ سرویس بهداشتی با فاصله مناسب از اتاق انتظار و لیبر (انتظار زایمان) در همان طبقه قرار گرفته باشد.
- ◀ مساحت توصیه شده اتاق زایمان ۳۲/۵ متر مربع، ارتفاع ۲/۷۵ متر باشد.
- ◀ مساحت توصیه شده اتاق سزارین حداقل ۳۷ متر مربع باشد.

۲) فضا یا اتاق احیا و تثبیت وضعیت نوزاد:

- ◀ فضای احیا و تثبیت نوزاد در داخل اتاق لیبر (انتظار زایمان) یا مجاور آن قرار داشته باشد.
- ◀ فضای در نظر گرفته شده برای احیا و تثبیت نوزاد باید به اندازه کافی وسیع باشد تا حضور تیم احیای نوزاد (در صورت نیاز به احیاء) مانع کار افرادی که به مراقبت مادر اشتغال دارند نشوند.
- ◀ اندازه مناسب برای فضای احیای نوزاد اگر در داخل اتاق زایمان (یا اتاق عمل) در نظر گرفته شده است، ۳/۷ متر مربع و اگر به صورت اتاق جداگانه است ۱۴ متر مربع توصیه شده است.
- ◀ مکان در نظر گرفته شده برای احیا، مجهز به یک دستگاه ساکشن یا یک خروجی مکند مرکزی، یک مخزن اکسیژن یا یک خروجی اکسیژن مرکزی و حداقل ۶ خروجی برق باشد. در بیمارستان‌های سطح دو و سه علاوه بر ساکشن، می‌بایست اکسیژن مجهز به خروجی هوای فشرده نیز وجود داشته باشد.

◀ حداقل روشنایی لازم ۱۰۰ foot-candles است.

۳) حداقل وسایل لازم برای اتاق احیا و تثبیت وضعیت نوزاد:

- ◀ منبع تولید گرما، به طور ارجح تخت احیا یا گرم کننده تابشی (overhead radiant warmer)
- ◀ تخت احیای نوزاد (طوری قرار گیرد که دسترسی به نوزاد از سه طرف امکان پذیر باشد).
- ◀ تخت احیا مجهز به تشک مناسب و قابل شستشو باشد.
- ◀ ساعت دیواری دارای ثانیه شمار در اتاق نصب شده باشد.
- ◀ میز یا سطح صافی برای نگارش و ثبت گزارشات وجود داشته باشد.
- ◀ وسایل احیا شامل مکنده (پوار)، لارنگوسکوپ تیغه صاف شماره ۰۰، ۰ و ۱ به همراه باطری اضافی، بگ و ماسک بالشتک دار به اندازه های ۵ تا ۵، اسپیراتور مکونیوم، قیچی، پالس اکسی متر نیز یک وسیله ضروری مراقبت از نوزاد در اتاق زایمان می باشد. در بیمارستان های سطح دو و سه نیز باید دستگاه بلندر، اکسیژن و دستگاه تی پیس احیا نوزاد نیز در دسترس باشند.
- ◀ وسایل معاینه نوزاد شامل گوشی، فشارسنج، دماسنج وجود داشته باشد.
- ◀ ست زایمان به تعداد کافی وجود داشته باشد.
- ◀ وسایل مصرفی شامل کلامپ بند ناف، نخ بخیه، فورسپس، لوله ساکشن شماره ۵، ۶ و ۸، لوله تراشه به اندازه های ۲، ۳، ۳، ۵ و ۴ بدون کاف، لوله معدی ۸، نوار چسب، سرنگ ۲، ۵، ۱۰ و ۲۰ سر سوزن داروها، کاتتر نافی F 3.5 و F 5 نالوکسان، نرمال سالین رینگر لاکتات، سرم قندی، فیزیولوژیک و بیکربنات مهیا باشد.
- ◀ وسایل «حمایتی» برای پیشگیری از آلودگی به وسیله ترشحات و خون شامل عینک، گان، دستکش، ماسک و گاز استریل مهیا باشد.
- ◀ وسایل آغشته به خون و ترشحات باید در محلی دور از فضای مراقبت نوزاد جمع آوری شوند.
- ◀ در محلی که احیای نوزاد انجام می شود، دمای اتاق باید بالاتر از دمای معمول برای مراقبت از بزرگسال، برابر ۲۵-۲۸ درجه سانتیگراد باشد.
- ◀ پس از تثبیت وضعیت اولیه، نوزاد را می توان در آغوش مادر گذاشت، در این صورت باید امکان گرم نگه داشتن نوزاد و ایمنی او در کنار مادر فراهم باشد.
- ◀ نوزادان سالم در معرض خطر باید در ابتدا در کنار مادر قرار گیرند. در این صورت باید امکانات لازم برای مراقبت و پایش مداوم از آنها مهیا باشد تا در صورت بروز عوارض آسفیکسی یا بیماری، نظیر آپنه، هیپوگلیسمی، هیپوترمی، اختلالات همودینامیک، یا دیسترس تنفسی سریعاً تشخیص داده شود.

ترازو جهت وزن نمودن نوزاد مهیا باشد.

۴) بخش زنان و هم‌اتاقی مادر و نوزاد (Rooming-In)

برای تامین رفاه مادر و امنیت نوزاد بهتر است پس از زایمان، اتاق مادر یک نفره باشد. در این صورت پذیرش خانواده نوزاد نیز در هر زمان میسر است.

در صورت مشترک بودن اتاق چند مادر و نوزاد، ضروری است که فضای کافی برای مراقبت هر یک از مادران و نوزادان در نظر گرفته شود. طبق استاندارد توصیه شده است در صورت چند تخته بودن اتاق، در هر اتاق حداکثر ۴ تخت مادر قرار داده شود.

هر اتاق باید مجهز به یک سینک دستشویی باشد، بهتر است در هر اتاق سرویس بهداشتی و دوش نیز باشد.

برای هر ۶ تا ۸ تخت نوزاد یک ماما یا پرستار در نظر گرفته شود.

۵) اتاق نوزاد تحت نظر (Observation area, Transition area, Admission)

به طور معمول باید از جدا کردن مادر و نوزاد اجتناب و از نوزاد در ریکاوری و در پست پارتوم در کنار مادرش مراقبت شود. در صورت نیاز به مراقبت پیشرفته، استفاده از فضای مجزا برای مراقبت ویژه از نوزاد تحت نظر در ساعات اول عمر یا در انتظار ارجاع، فضای لازم به ازای هر نوزاد ۳ متر مربع است.

ضروری است گرما و روشنایی و تهویه کافی برای مراقبت از نوزاد تامین شود.

وسایل احیا مشابه آنچه برای قسمت مراقبت نوزاد در اتاق زایمان ذکر شد، در نظر گرفته شود.

ساعت دیواری

خروجی اکسیژن (یا مخزن اکسیژن) مکنده مرکزی (یا دستگاه ساکشن)

ایجاد امکان تغذیه با شیر مادر

ترازو و قدسنج

یخچال برای نگهداری داروها و واکسن‌ها

سینک حمام نوزاد (نوزاد در سینک دستشویی شسته نشود)

دستشویی

۶ فضای مخصوص پرستاران:

- ◀ در مرکز بخش، فضایی مخصوص سرپرستار با امکان دسترسی به تلفن
- ◀ محل استراحت و صرف غذای پرستاران در خارج از بخش
- ◀ محل تعویض لباس با قفسه مجزا برای هر پرستار

۷ کلاس / سالن کنفرانس و گرد همایی

دفتر (امور اداری): محل ذخیره برگ‌های آماده استفاده پرونده و برگ‌های مورد استفاده در بخش و مقر استقرار منشی و اولین محل کنترل ورود و خروج بخش است. باید دارای یک خط تلفن مستقیم و یک خط تلفن داخلی با امکان تماس مداوم با بخش و ایستگاه پرستاری باشد.

ضمیمه شماره ۲- راهنمای بالینی معاینه جفت و بند ناف

* معاینه جفت: لازم است جفت پس از تولد به دقت معاینه شود. باید به سائز، رنگ، بو، تعداد پرده‌های توجه شود. با معاینه جفت اطلاعات با ارزشی در مورد سلامت نوزاد به دست می‌آوریم.

◀ شکل: شکل جفت در اکثر مواقع بیضی شکل است ولی شکل آن اهمیت ندارد.

◀ وزن: تعیین وزن جفت و ثبت آن (جفت، پردها، بند ناف).

• با پیشرفت حاملگی وزن جفت افزایش می‌یابد.

• جفت طبیعی یک شیر خوار سه کیلوگرمی در حدود ۶۰۰ گرم (۷۵۰ g - ۴۵۰) وزن دارد.

• بنابراین در شیر خوار ترم سالم، وزن جفت در حدود ۷/۱-۶/۱ وزن جنین است.

• در عفونت‌های مزمن داخل رحمی (مانند سفیلیس)، دیابت کنترل نشده، هیدروپس فیتالیس وزن جفت بیش از حد معمول است.

◀ جفت دارای ۳ پرده است:

۱. آمنیون: لایه داخلی، صاف و روشن، کامل، تمیز و شفاف؛ در صورت کدورت لایه آمنیون امکان کوریوآمینیونیت.

۲. کوریون

۳. دسیدوا در سطح داخلی جفت «amnion nodosum» دانه‌های سفید رنگ ناشی از تجمع ورنیکس و سلول‌های جنین

وجود دارد که در صورت الیگوهایدرامنیوس بیشتر دیده می‌شود.



◀ توجه کنید کلیه پرده‌ها سالم باشد. خصوصاً در حاملگی‌های چند قلو و اولیگوهایدرآمنیوس رنگ:

- آلودگی پرده‌ها به خون و مکونیوم مورد توجه قرار گیرد.
 - رنگ پریدگی یا پلتوریک بودن، نشانه حجم خون ناکافی یا پر خونی و وضعیت هموگلوبین جنین است.
 - ندول amnion nodosum روی آمنیون نشانه اولیگوهایدرآمنیوس و هیپوپلازی ریه است.
 - وجود لخته می‌تواند نشانه‌ای از دکولمان باشد.
- ◀ جفت معمولاً به جز بوی خون تازه هیچ بویی ندارد. بوی جفت نشانه عفونت است و بایستی به طور حتم مورد توجه پزشک قرار گیرد.

ذکر این که فقط گفته شود «جفت سالم نیست» کمکی نمی‌کند و بایستی حتماً مشخصات

کامل ذکر گردد.

*** معاینه بند ناف:**

- ◀ به طور طبیعی رویه بند ناف ضخیم و دارای ۲ شریان و یک ورید.
- ◀ طول بند ناف بین ۳۰-۱۰۵ سانتی متر است.
- ◀ بند ناف هر چه کشیده شود، بیشتر رشد می‌کند و بند ناف کوتاه، نشانه حرکات کم جنین است.
- ◀ معمولاً بند ناف در مرکز جفت قرار دارد.
- ◀ بند ناف که آغشته با مایع آمنیوتیک سبز است، نشانه آلودگی با مکونیوم طی چند ساعت است.



◀ شریان واحد بند ناف، نشانه همراهی ناهنجاری‌های دستگاه ادراری و تریزومی ۱۳-۲۱ است.

◀ گره‌ها:

• false knots: گره کاذب بند ناف



• True knots: گره حقیقی ممکن است موجب صدمه جدی به جنین و حتی موجب مرگ جنین شود.



ضمیمه شماره ۷: ختنه نوزادی

آخرین راهنمای بالینی کشوری در کتاب اول «مراقبت‌های مدیریت شده» که توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۳ منتشر شده تحت شماره ۱۰ درج شده است.

دکتر حمید ارشدی

مرکز تحقیقات اورولوژی کودکان

مقدمه

ختنه در تمدن مصر و بخش‌هایی از خاورمیانه مرسوم بوده است. صرف نظر از انجام این عمل جراحی به عنوان یک دستور مذهبی در کشورهای اسلامی و پیروان حضرت موسی، در ایالات متحده آمریکا نیز این روش شایع‌ترین عمل جراحی است و اکثراً هم در سن نوزادی انجام می‌شود، به طوری که امروزه تا ۸۵٪ نوزادان و مردان آمریکایی ختنه شده‌اند (۱) ختنه در اروپا کمتر از آمریکا رواج دارد.

مزایا

براساس گزارش آکادمی کودکان آمریکا (AAP) ختنه نوزادان از فیموزیس و پارافیموزیس و بالانیت پیشگیری می‌کند و احتمال سرطان آلت تناسلی را تقریباً از بین می‌برد. (۲) جالب توجه این که بعضی از گزارشات حاکی از این است که این اثر چنانچه ختنه در سنین بالاتری انجام شود دیده نمی‌شود. (۳)

همچنین سرطان دهانه رحم در همسران مردان ختنه نشده بیشتر است. مقالات متعددی نیز از افزایش احتمال انتقال عفونت‌های مقاربتی (STD) منجمله AIDS در مردان ختنه نشده (۴) و کاهش میزان UTI در نوزادان ختنه شده تا میزان یکدهم (۵) خبر می‌دهند.

زمان عمل

ختنه بهتر است هرچه زودتر پیش از ترک زایشگاه، ترجیحاً پیش از یک ماهگی انجام شود.

اندیکاسیون‌ها

غیر از توصیه مذهبی در مسلمانان و قوم یهود ختنه در کودکان مبتلا به فیموزیس و پارافیموزیس و بالانیت و بعضی ناهنجاری‌های مادرزادی که احتمال عفونت ادراری را می‌افزاید مثل ریفلاکس، دریچه پیشابراه خلفی، مثانه‌های عصبی و.. توصیه می‌شود.

موارد منع

ختنه در نوزادان با وزن کمتر ۳۰۰۰ گرم، ناهنجاری‌های ارثی آلت تناسلی مثل هیپوسپاد و اپی سپاد و کوردی و آلت تناسلی مخفی شده در نوزادان چاق و یا مبتلا به هیدروسل و فتق‌های بزرگ و کودکانی که اختلالات انعقادی دارند تا اصلاح و درمان این موارد

نباید انجام شود.

عوارض

۱- خونریزی گرچه عارضه نادری است (حدود ۱٪) ولی شایع‌ترین عارضه است و با دقت و تجربه کافی و استفاده از کوتر Bipolar در صورت لزوم می‌توان از آن جلوگیری کرد. موارد شناخته شده از بیماری‌های خونریزی دهنده در فامیل نیز باید از قبل شناسایی و درمان شوند. در مواردی که خونریزی با اقدامات اولیه کنترل نمی‌شود باید تست‌های انعقادی انجام و درمان مقتضی صورت گیرد. به علت نادر بودن این عارضه انجام PT، PPT و شمارش پلاکت غیر از مواردی که سابقه بیماری‌های انعقادی در فامیل وجود دارد اجباری نیست، گرچه اطمینان بخش است.

۲- برداشتن ناکافی یا اضافی پرپوس عارضه دیگری است که بیشتر در روش کلامپ Gomco یا حلقه Plastibell اتفاق می‌افتد و در روش جراحی معمولاً دیده نمی‌شود.

۳- عوارض نادر دیگر عبارتند از: عفونت، تورسیون آلت، آسیب مجرای ادرار و نکروز آلت در اثر استفاده از کوتر. توصیه می‌شود از کوتر مونوپولار در انجام ختنه استفاده نشود. همچنین وقتی از کلامپ فلزی Gomco استفاده می‌شود به کار بردن کوتر توصیه نمی‌شود.

۴- تنگی نوک مجرای ادرار پس از ختنه نوزادی ممکن است دیده شود و علایم آن معمولاً وقتی کودک اختیار ادرار را به دست می‌آورد به صورت جریان ادرار ضعیف و طولانی و دیده می‌شود و درمان آن با بی‌حسی موضعی به راحتی قابل انجام است.

روش‌های جراحی:

پیش از انجام عمل چسبندگی‌های پرپوس از آلت تناسلی باید کاملاً آزاد شوند، در غیر این صورت احتمال اشکال در نتیجه عمل مخصوصاً از نظر ظاهری زیاد می‌شود.

با پیشرفت روش‌های بیهوشی کودکان انجام ختنه با بیهوشی نیز قابل انجام بوده و طرفدارانی دارد، گرچه در سن نوزادی از بی‌حسی موضعی با استفاده از پماد Emla و یا Dorsal Penile Block و یا Ring Block نیز می‌توان سود برد.

در نوزادان ختنه را می‌توان با کلامپ Gomco یا حلقه Plastibell انجام داد. نویسنده روش جراحی Sleeve یا روش جراحی با استفاده از سه کلامپ را ترجیح می‌دهد. ولی در واقع مهارت و سلیقه جراح در استفاده از هر کدام از این روش‌ها تعیین کننده است. در روش Sleeve برش‌های مخاط و پوست به طور جداگانه با چاقوی جراحی داده می‌شود. در صورتی که در روش ۳ کلامپ پس از یک برش در سطح پشتی (Dorsal slit) پوست و مخاط با هم بریده می‌شوند.

پس از یک بار کنترل خونریزی حدود ۳۰ دقیقه پس از عمل و یک دفع ادرار کودک قابل ترخیص است.

پانسمان با استفاده از گاز وازلینه با موارد مشابه ارجح است. در صورت امکان بهتر است این پانسمان حدود ۴۸ ساعت حفظ شود و پس از آن شستشوی کودک بلامانع است.

تجویز آنتی بیوتیک لزومی ندارد و برای تسکین درد از قطره یا شیاف استامینوفن کودکان با دوز مناسب وزن می توان استفاده کرد. لازم است که در صورت خونریزی و یا هرگونه مشکلی در کیفیت ادرار نوزاد معاینه ی مجدد انجام شود.

ضمیمه شماره ۳: راهنمای بالینی های مراقبت های مدیریت شده (۱۰) راهنمای انجام ختنه نوزادان پسر

ریاست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام،
مورخ ۱۳۸/۸/۲۵ شماره ۸۳۲۷۸/س

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقاء خدمات سلامتی و رعایت حقوق بیماران و در راستای ایجاد وحدت رویه در ارائه خط مشی های درمانی با بهره گیری از نظرات کارشناسی انجمن های علمی تخصصی راهنمای بالینی انجام ختنه نوزادان پسر را برای بهره وری به دانشگاه های علوم پزشکی اعلام می دارد:

۱- در خصوص زمان انجام ختنه نظرات متعددی وجود دارد، بر اساس منبع ذکر شده متخصصین نوزادان زمان مناسب ختنه از حداقل ۶ ساعت پس از تولد و پس از معاینه اول نوزاد تا پیش از ترخیص از بیمارستان حداکثر تا پایان دوره نوزادی (۲۸ روز اول زندگی) می باشد، مشروط به این که نوزاد سالم باشد و وزن بالای ۲۵۰۰ گرم داشته باشد و کتراندیکاسیون های ختنه از قبیل ناهنجاری های مجرا (مانند هیپوسپادیاس و اپی سپادیاس و دو گانه بودن مجرا و انحراف محور آن) و سایر بیماری های خونریزی دهنده در فامیل وجود نداشته باشد. (ترجیحا نوزاد ختنه شده همراه مادر از بیمارستان ترخیص شود).

۲- فرد انجام دهنده ختنه پزشک دوره دیده باید باشد. بدیهی است ایجاد زمینه آموزش ختنه نوزادان در دوره کارورزی، دستیاری و دستیاری فوق تخصصی (رشته های مربوطه) الزامی است و برای پزشکان فارغ التحصیل که مایلند مهارت را کسب نمایند دوره های علمی برگزار گردد.

تبصره: انجام دخالت در امور ختنه توسط کارکنان غیر پزشک به هیچ وجه مجاز نمی باشد و ناظرین درمان موظفند در این گونه موارد برخورد قانونی نمایند.

۳- روش توصیه شده برای ختنه در دوره نوزادی و تا سن ۶ ماهگی روش Plastibell (حلقه پلاستیکی) می باشد.

تبصره: روش جراحی در صورتی که توسط فرد ماهر انجام شود نیز امکانپذیر است.

۴- روش بی حسی برای ختنه بر اساس پروتکل مراکز آموزشی متفاوت است. از آنجایی که استفاده از بی حسی مناسب برای انجام ختنه مورد اهمیت می باشد، سه روش زیر پیشنهاد می شود:

استفاده از کرم Dorsal penile Nerve DPNB EMLA Block و Subcutaneous Ring Block. (نوع دارو و میزان آن بر اساس پروتکل مراکز آموزشی خواهد بود.)

۵- مراقبت های پس از انجام ختنه:

الف - حداقل ۲ ساعت پس از انجام ختنه تحت نظر باشد.

ضمیمه شماره ۴: راهنمای بالینی مراقبت سلامت روان مادر در دوران پس از زایمان

افسردگی مادر در دوران بارداری و پس از زایمان به سلامت مادر و نوزاد صدمه جدی می‌زند. شناسایی آن باید توسط مراقبین مادر و نوزاد، اعم از ماما، پرستار یا پزشک امکان‌پذیر باشد. ردیابی پیگیری و یا ارجاع مشکلات روانپزشکی مادر در ضمن معاینات روتین نوزاد به بهبود سلامت مادر و نوزاد کمک می‌کند.

افسردگی در دوران بارداری:

اوج شیوع افسردگی بین ۲۵ تا ۴۴ سالگی است. افسردگی در دوره بارداری به ویژه در زنان با سابقه افسردگی شایع است. از نظر آماری افسردگی در هفته‌های آخر بارداری شاید از دوران پست پارتوم نیز شایع‌تر باشد. با توجه به شباهت نشانه‌های افسردگی با شکایات جسمانی دوران بارداری تشخیص افسردگی در این دوره دشوارتر است. استفاده از مقیاس ادینبورگ که شامل ده پرسش است به صورت قابل اطمینانی می‌تواند افسردگی در زنان در طی بارداری و دوره پس از زایمان را مشخص کند. این مقیاس و راهنمای آن در انتهای بحث ارائه شده است.

اندوه پس از زایمان (Baby Blues)

حداقل ۶۰ تا ۸۰ درصد مادران پس از زایمان دچار اندوه پس از زایمان «Baby Blues» می‌شوند که نوعی افسردگی خفیف است. شروع علائم معمولاً پس از روز سوم رخ زایمان رخ می‌دهد. علائم در روز پنجم به اوج خود رسیده و تا روز دهم بهبود می‌یابد. مادرانی که دچار این ناراحتی می‌شوند ممکن است زیاد گریه کنند و مضطرب و بی‌قرار به نظر برسند و یا حتی قادر به خوابیدن نباشند. اکثراً پس از کمی استراحت و هنگامی که اطرافیان آنها را در نگهداری از نوزاد یاری دهند و یا حتی پس از یک گریه طولانی متعاقب استرس و هیجان زایمان، احساس بهتری خواهند داشت. آموزش روانشناختی، بها دادن به تجربیات و نگرانی‌های مادرو ارزیابی دقیق وی از نظر بدتر شدن یا طولانی شدن علائم ضروری است. در ۷۵٪ زنانی که این علائم را تجربه می‌کنند نشانه‌ها سیر خود محدود شونده دارد. اما ۲۰-۲۵٪ آنها ممکن است سپس افسردگی اساسی پس از زایمان را تجربه کنند.

افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان ممکن است در هر زمانی پس از زایمان شروع شود. این وضعیت یک نوع اختلال خلقی است که خیلی جدی‌تر و شدیدتر از اندوه پس از زایمان می‌باشد. در صورتی که علائم افسردگی شدید بوده یا اگر ناراحتی و تنگی خلق پس از حدود ۲ هفته بر طرف نشود ممکن است علت آن افسردگی پس از زایمان باشد. ۱۰ تا ۱۵ درصد از مادران پس از زایمان دچار

تابلوی کامل بالینی افسردگی می‌شوند که ممکن است از ۲ هفته تا یک سال به طول بیانجامد. در رابطه با علت این اختلال هنوز کارشناسان به یک نظریه قطعی نرسیده‌اند اما جملگی بر این امر که مجموعه‌ای عوامل هورمونی، بیوشیمیایی، محیطی، روانشناسی و ژنتیک در ایجاد آن دخالت دارد متفق‌القول هستند. اُفت سطح هورمون‌ها بلافاصله پس از زایمان نیز ممکن است تا حدی بر این امر مؤثر باشد. عوامل خطرزا برای بروز این اختلال عبارتند از:

۱- سابقه شخصی یا خانوادگی افسردگی

۲- سابقه شخصی افسردگی پس از زایمان یا تنگ خلقی در دوره پیش از شروع قاعدگی

۳- وجود عوامل استرس آور، روانی اجتماعی

بنابراین ارزیابی و پیگیری دقیق نشانه‌های افسردگی در دوره پس از زایمان برای شناسایی و درمان به موقع این اختلال ضروری است. افسردگی مادر در صورت عدم درمان مناسب، افزون بر ایجاد ناتوانی و رنج مادر می‌تواند اثرات نامطلوب جدی برای رشد و تکامل نوزاد در ابعاد مختلف داشته باشد. راهنمای پیگیری نشانه‌های افسردگی در مادر در صفحه ۴ آمده است.

ابزار غربالگری افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Edinburgh)

استفاده از مقیاس ادینبورگ که شامل ده پرسش است به صورت قابل اطمینانی می‌تواند افسردگی در زنان در طی بارداری و دوره پس از زایمان را مشخص کند.

۱) شرایط لازم پیش از اجرای آزمون ادینبورگ:

مادر بایستی بنا به شرایط روحی هفته‌ی گذشته‌ی خود (۷روز گذشته)، گزینه‌ی مناسب را انتخاب نماید.

پرسش‌نامه زمانی کامل و معتبر است که به تمام موارد، پاسخ داده شود. پاسخ‌دهی به تمام سؤالات، به منظور تکمیل آزمون، الزامی است.

در طول پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه، مادر بایستی تنها و بدون کمک آشنایان و اطرافیان به سؤالات پاسخ دهد.

در صورت عدم توانایی مادر در خواندن سؤالات (بی‌سوادی)، می‌تواند از فرد دیگری برای خواندن و درج پاسخ‌ها استفاده نماید.

مقیاس افسردگی پس از زایمان «ادینبورگ» را می‌توان در مدت بروز نشانه‌های افسردگی، تا ۶ هفته مورد استفاده قرارداد. در صورتی‌که مادر در منزل وضع حمل نموده باشد (متناسب با شرایط کشورهای دیگر) و توان برخاستن و خروج از منزل را نداشته باشد، باز می‌تواند از این پرسشنامه استفاده نماید.

– این آزمون را می‌توان در شرایطی که علائم بارز نیست و حتی بدون علائم افسردگی نیز مورد استفاده قرار داد. در چنین شرایطی، علائم افسردگی، در کم‌ترین میزان نیز قابل ردیابی است.



پرسشنامه‌ی تشخیصی افسردگی پس از زایمان «ادینبورگ»

نام، نام خانوادگی.. سن.. شغل.. سن نوزاد...

شما به تازگی مادر شده‌اید و ما تصمیم داریم روحیات شما را بیش‌تر بشناسیم؛ به این دلیل، از شما درخواست داریم شرایط روحی خود را طی ۷ روز گذشته، با دقت و بدون شتاب، از بین پاسخ‌های ارائه‌شده انتخاب نمایید. پاسخ‌های انتخابی شما، نمایان‌گر شرایط روحی‌تان در طول مدت پس از زایمان است.

۱- من هم‌چنان تجربه‌ی خندیدن و شاد بودن را دارم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات (ب) گاهی اوقات (ج) نه‌چندان زیاد (د) به هیچ‌وجه

۲- من از زندگی لذت می‌برم.

الف) بله، مانند همیشه (ب) گاهی اوقات (ج) نه‌چندان زیاد (د) به هیچ‌وجه

۳- هر اتفاقی که بیفتد، من بدون دلیل، خودم را مقصر می‌دانم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات (ب) گاهی اوقات (ج) نه‌چندان زیاد (د) به هیچ‌وجه

۴- من بدون دلیل دچار تشویش و هیجان می‌گردم.

الف) به هیچ‌وجه (ب) نه‌چندان زیاد (ج) گاهی اوقات (د) بله، در بیش‌تر اوقات

۵- من بدون دلیل ترسیده و به هراس می‌افتم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات (ب) گاهی اوقات (ج) نه‌چندان زیاد (د) به هیچ‌وجه

۶- از دست من هیچ‌کاری برنمی‌آید.

الف) بله، بیش‌تر اوقات حس می‌کنم که هیچ نمی‌دانم و بی‌مصرفم.

ب) بله، گاهی اوقات از عهده‌ی انجام کارهای خودم برنمی‌آیم.

ج) خیر، بیش‌تر اوقات در صورت نیاز، از عهده‌ی کارهای خودم برمی‌آیم.

د) خیر، من از عهده‌ی کارهای خودم برمی‌آیم.

۷- من خودم را غمگین و افسرده احساس می‌کنم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات (ب) گاهی اوقات (ج) نه‌چندان زیاد (د) به هیچ‌وجه

۸ - من خودم را به‌حدی افسرده احساس می‌کنم که حتی نمی‌توانم به خواب بروم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات (ب) گاهی اوقات (ج) نه‌چندان زیاد (د) به هیچ‌وجه

۹- احساس افسردگی، من را وادار به گریه می‌کند.

الف) بله، بیش‌تر اوقات (ب) گاهی اوقات (ج) نه‌چندان زیاد (د) به هیچ‌وجه

۱۰- به فکر آسیب‌رساندن به خودم هستم.

الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه‌چندان زیاد د) به هیچ‌وجه

کلید آزمون:

به تمام پاسخ‌های «الف»، «ب»، «ج»، «د»، صفر امتیاز بدهید. حال امتیازات به دست آمده را با هم جمع کنید تا رقم کلی آزمون به دست آید.

نتیجه‌گیری:

برای تعیین مرز افسردگی، لازم است حدودی را مشخص نمایید. به عنوان مثال، مرز افسردگی در مادران پس از زایمان در جمعیت عمومی و برای مقاصد غربالگری می‌تواند ارقام ۱۲ و ۱۳ را شامل گردد، در حالی که مرز ورود به افسردگی شدید، ارقام ۱۴ و ۱۵ می‌باشد.

راهنمای تکمیل فرم ثبت زایمان

جمع آوری آمار و اطلاعات دقیق از وضعیت زایمان‌ها در کل کشور از اهداف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، لذا در این راستا اقدام به تهیه فرم ثبت زایمان نموده است. که راهنمای پیوست در جهت تکمیل این فرم به طور صحیح و دقیق کمک کننده خواهد بود.

۱- ستون شماره ۱: این ستون مربوط به شماره زایمان می باشد، که در هر ماه با عدد یک شروع و به آخرین شماره زایمان در پایان همان ماه ختم می گردد.

۲- ستون شماره ۲: این ستون مربوط به نام و نام خانوادگی مادر می باشد.

۳- ستون شماره ۳: این ستون مربوط به شماره پرونده مادر می باشد. با توجه به این که در برنامه نرم افزاری این فرم، استفاده از علائمی مانند خط تیره، حرف و یا ممیز ایجاد اختلال می نماید لذا در این ستون از استفاده از علائم مذکور خودداری فرمایید.

۴- ستون شماره ۴: این ستون مربوط به نام و نام خانوادگی همسر (پدر نوزاد) می باشد.

۵- ستون شماره ۵: این ستون مربوط به سن مادر می باشد. سن مادر را بر اساس سال بنویسید. به طور مثال مادری که ۳۱ سال و ۶ ماه سن دارد ۳۱ ساله در نظر گرفته شود.

۶- ستون شماره ۶: این ستون مربوط به GRAVIDITY (تعداد بارداری) مادر می باشد.

۷- ستون شماره ۷: این ستون مربوط به PARITY (تعداد زایمان) مادر پیش از این بارداری می باشد.

۸- ستون شماره ۸: این ستون مربوط به Abortion (تعداد سقط) مادر پیش از این بارداری می باشد.

۹- ستون شماره ۹: این ستون مربوط به عوامل خطر ساز مانند بیماری‌ها، فوریت‌های مامایی، ... می باشد. در صورت وجود یا عدم وجود این عوامل از کدهای تعریف شده که در انتهای فرم ثبت شده است استفاده نمایید:

۰ : عوامل خطر ساز وجود ندارد

۱ : فشارخون

۲ : دیابت

۳ : قلبی

۴ : سایر عوامل خطر ساز

۱۰- ستون شماره ۱۰: این ستون مربوط به تاریخ زایمان می باشد. تاریخ زایمان را به صورت روز/ ماه / سال ثبت نمایید. به طور مثال : ۹۰/۲/۱

۱۱- ستون شماره ۱۱: این ستون مربوط به ساعت زایمان می باشد. ساعت زایمان را به صورت ۲۴ ساعت وارد نمایید و از نوشتن علائمی مانند AM .PM و غیره خودداری نمایید. به طور مثال به جای ساعت ۷:۳۰ PM بنویسید ۱۹:۳۰

۱۲- ستون شماره ۱۲: این ستون مربوط به روش زایمان است. شامل زایمان واژینال، سزارین و واژینال بعد از سزارین، که می‌بایست از واژه‌های اختصاری آنان (VD-C/S-VBAC) استفاده گردد.

۱۳- ستون شماره ۱۳: این ستون مربوط به علت سزارین می‌باشد. در صورت وجود علت سزارین از کدهای تعریف شده که در انتهای فرم ثبت شده است استفاده نمایید. در غیر این صورت از عدد صفر استفاده گردد:

۰: سزارین نشده (زایمان به روش واژینال بوده است)

۱: سزارین قبلی و سابقه میومکتومی

۲: عدم پیشرفت (لیبر غیر طبیعی)

۳: زجر جنین

۴: پرزانتاسیون غیر طبیعی

۵: مشکلات جفت و بندناف

۶: عدم تناسب سر با لگن

۷: فشارخون بالای مادر

۸: سزارین به درخواست مادر

۹: سایر علت‌های تعریف نشده

۱۴- ستون شماره ۱۴: این ستون مربوط به عوارض زایمان می‌باشد و باید به صورت کد نوشته شود:

۰: عوارض زایمان ندارد

۱: اپی زیاتومی

۲: پارگی درجه ۱ و ۲

۳: پارگی درجه ۳ و ۴

۴: دریافت خون و فرآورده‌های آن

۵: سایر عوارض زایمان

۱۵- ستون شماره ۱۵: این ستون مربوط به مداخلات حین زایمان بوده و باید به صورت کد نوشته شود:

۰: مداخله صورت نگرفته

۱: القای زایمان

۲: تقویت دردهای زایمان

۳: زایمان با وسیله (واکیوم، فورسپس)

۴ : سایر مداخلات انجام شده

۱۶- ستون شماره ۱۶: این ستون مربوط به سن بارداری می باشد. سن بارداری باید بر اساس LMP و یا سونوگرافی سه ماهه اول بارداری (به صورت هفته) نوشته شود. در صورت نامشخص بودن LMP و یا در دسترس نبودن سونوگرافی سه ماهه اول بارداری از سایر سونوگرافی های انجام شده در طی بارداری جهت محاسبه سن بارداری استفاده گردد. در ضمن از درج روز در سن بارداری خود داری ننمایید. به طور مثال ۳۸ هفته ۶ روز را ۳۸ هفته در نظر بگیرید.

۱۷- ستون شماره ۱۷: این ستون مربوط به وزن نوزاد بوده که باید بر اساس گرم ثبت گردد. به طور مثال: ۳ کیلوگرم و ۷۸۰ گرم را به صورت ۳۸۷۰ درج نمایید.

۱۸- ستون شماره ۱۸: این ستون مربوط به جنس نوزاد است که از واژه های؛ دختر، پسر یا مبهم استفاده ننمایید.

۱۹- ستون شماره ۱۹: این ستون مربوط به تعداد قل های متولد شده در زایمان کنونی یک مادر می باشد. بنابراین در ردیف همتراز نام و نام خانوادگی مادر تعداد قل ثبت و در ردیف های بعدی از عدد صفر استفاده ننمایید.

۲۰- ستون شماره ۲۰: این ستون مربوط به عملیات احیا بوده، و به ۴ ستون تقسیم شده است که با کد تکمیل می گردد، به این صورت که اگر نیازی به احیا نداشته است، در هر ۴ ستون عدد ۰ بگذارید، اگر احیا در حد گام های نخستین احیا بوده در ستون اول از چپ عدد ۱ و سه ستون بعدی را صفر بگذارید و به همین ترتیب هر ۴ ستون تکمیل گردد: هر چهار ستون صفر: نیاز به احیا نداشته است.

ستون اول ۱ سه ستون بعدی صفر: فقط گام های نخستین احیا

ستون اول ۱ ستون دوم ۲ و دو ستون بعدی صفر: CPAP / تهویه با فشار مثبت

ستون اول ۱ ستون دوم ۲ و ستون سوم ۳ و ستون چهارم صفر: فشردن فقسه سینه

ستون اول ۱ ستون دوم ۲ ستون سوم ۳ و ستون چهارم ۴: تجویز دارو

۲۱- ستون شماره ۲۱: نمره آپگار دقیقه اول را به صورت عدد از ۰ تا ۱۰ بنویسید.

۲۲- ستون شماره ۲۲: نمره آپگار دقیقه پنجم نیز، به صورت عدد از ۰ تا ۱۰ نوشته شود.

۲۳- ستون شماره ۲۳: این ستون مربوط به ناهنجاری های بدو تولد می باشد، که باید به صورت کد نوشته شود، در صورت نداشتن ناهنجاری کد صفر و در صورت داشتن یک ناهنجاری کد مربوط در ستون یک و دومین و سومین ناهنجاری در ستون دو و سه، به صورت کد گذاشته می شود و بیشتر از سه ناهنجاری ثبت نمی گردد، کدهای تعریف شده عبارتند از: (در صورت داشتن بیش از سه ناهنجاری مهم ترین یا خطرترین ناهنجاری ها ثبت شود).

۱ : (NTD) ناهنجاری لوله عصبی

۰ : ناهنجاری ندارد

۳ : دستگاه تناسلی، ادراری، کلیه

۲ : سایر ناهنجاری های دستگاه عصبی

- ۴ : دست ها و پاها
- ۵ : سندرمداون یا تریزومی ۲۱
- ۶ : سایر ناهنجاری های کروموزومی
- ۷ : لب شکری و کام شکری
- ۸ : قلبی و عروقی
- ۹ : عضلانی و اسکلتی
- ۱۰ : گوارشی
- ۱۱ : گوش و چشم
- ۱۲ : گردن و صورت
- ۱۳ : سایر ناهنجاری های تعریف نشده (تنفسی،...)
- ۲۴- ستون شماره ۲۴: این ستون مربوط به سرانجام زایمانی نوزاد می باشد که باید از کد استفاده شده و تکمیل گردد:
- ۱: انتقال نوزاد به بخش همراه مادر
- ۲: انتقال نوزاد به بخش بستری نوزادان
- ۳: انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه
- ۲۵- ستون شماره ۲۶: این ستون مربوط به سرانجام مادری زایمان می باشد که باید از کد استفاده شده و تکمیل گردد:
- ۱: انتقال به بخش بعد از زایمان
- ۲: انتقال به اتاق عمل
- ۳: انتقال به بخش مراقبت ویژه
- ۳: مرگ در اتاق زایمان
- ۲۶- ستون شماره ۲۵: این ستون مربوط به پزشک مسئول زایمان می باشد که نام و نام خانوادگی پزشک دقیقاً ثبت می گردد.
- ۲۷- ستون شماره ۲۶: این ستون مربوط به عامل زایمان که نوزاد را از کانال زایمان و یا برش سزارین خارج کرده می باشد. این نام یک فرد بیشتر نخواهد بود که باید به صورت نام و نام خانوادگی نوشته شود، در صورت انجام زایمان توسط دانشجو نام و نام خانوادگی مربی ثبت می گردد کلمه دیگری حتی تحت عنوان + دانشجو ثبت نگردد.
- ۲۸- ستون شماره ۲۷: این ستون مربوط به شماره گواهی ولادت می باشد که به صورت عدد نوشته می شود و از علایمی مانند خط تیره یا / یا ش و غیره استفاده نشود.

فرم اطلاعات نوزاد
بخش زایمان، اتاق عمل

فرم اطلاعات نوزاد		شماره پرونده مادر:	
بخش زایمان، اتاق عمل و بخش بعد از زایمان		نام و نام خانوادگی مادر:	
سن		نام و نام خانوادگی پدر:	
نژاد		اطلاعات نوزاد	
سن حاملگی		وزن:	
موعد زایمان		کد شناسایی:	
ترم		☐ مذکر چند قلو:	
نارس		☐ مونث رتبه قل:	
سقط		☐ مهب دور سر:	
زنده		آلرژی	
HIV		HBSAg	
VDRL		GC	
گروه خونی		آپکار	
مشکلات دوران بارداری ☐ بدون مشکل ☐ بدون مراقبت دوران بارداری ☐ عفونت ☐ بیماری ☐ بیماری های ناشی از بارداری ☐ آزمایشات غیرطبیعی ☐ آنومالی جنین ☐ موارد دیگر		☐ رنگ ☐ ضریان قلب ☐ واکنش به تحریک ☐ تون عضلانی ☐ تلاش تنفسی ☐ جمع	
		دقیقه ۱	
		دقیقه ۵	
آپکار در دقیقه ۱۰:		معاینه اولیه:	
تجویز داروی دوران بارداری:		☐ بدن تانجاری قابل مشاهده ☐ ترومای زایمانی	
☐ غیر ☐ بله		☐ کانتز نافی لوله گذاری: توسط لوله شماره به دفعات علت لوله گذاری ☐ ساکنش تراشه ☐ تهویه	
پاره شدن مامران: تاریخ		☐ نیاز به عملیات احیاء ☐ ساکنش توسط پوار یا کانتز ☐ تجویز اکسیژن ☐ بگ و ماسک ☐ دستگاه تنبیس احیاء نوزاد (NCPAP) ☐ فشردن قفسه سینه ☐	
مکان ☐ اتاق زایمان ☐ تسهیلات زایمانی ☐ حضور پدر ☐ حضور پدر ☐ حضور پدر		نوع زایمان ☐ واژینال ☐ واکيوم ☐ فورسپس ☐ سزارین ☐ موارد دیگر	
نمایش ☐ سفالیک ☐ بریج ☐ عرضی ☐ صورت ☐ موارد دیگر:		تجویز دارو یا گرفتن آزمایش دارو و دوز/ آن ☐ ویتامین کا ۱ mg ☐ اریثروماسین پماد ☐ نالوکسان ☐ ☐ ☐ ☐ نتیجه آزمایش قند خون:	
اپیزیوتومی ☐ خیر ☐ مدیوم ☐ مدیولاترال		توضیحات پارگی ☐ خیر ☐ ۳۵ ☐ ۴۵	
تجویز داروهای بیهوشی / ضد درد ☐ خیر ☐ اسپینال ☐ موضعی ☐ پرودنال ☐ اپیدورال		زنده مانده و انتقال به: ☐ بخش هم اتاقی مادر و نوزاد ☐ بخش نوزادان بیمار ☐ بخش مراقبت ویژه نوزادان ☐ جدایی مادر از نوزاد علت:	
تجویز دارو در طی زایمان دارو دوز روش زمان اعضاء		مرگ جنین / نوزاد: ☐ مرگ داخل رحمی حین بارداری ☐ مرگ داخل رحمی حین زایمان ☐ مرگ نوزاد در اتاق زایمان: تاریخ: ساعت:	
متخصّص زنان و مامایی ماما متخصّص اطفال فوق تخصص نوزادان پرستار NICU متخصّص بیهوشی		نمونه جفت ☐ اسپینال ☐ پاتولوژی ☐ خانواده زمان: ☐ خود به خودی ☐ دمشی ☐ کورتاژ	

پیچیدن نوزاد جهت جابجایی:

هدف: به منظور آرامش نوزاد در حین خواب پس از هفته اول تا ۳ ماهگی می توان نوزاد را در حین خواب شبانه پتو پیچ نمود.

وسایل و تجهیزات لازم: پارچه نخی یا پتوی نازک مربع شکل با اندازه مناسب

مراحل اجرای فرایند: (مطابق شکل ها)

۱- یک پارچه نخی مربع شکل را روی سطح یک میز پهن کنید.

۲- گوشه بالای پارچه را در حد یک چهارم تا کنید.

۳- نوزاد را در مرکز پارچه قرار دهید.

۴- ابتدا گوشه سمت راست بچه را از پشت شانه نوزاد روی دست راست نوزاد بیاورید، به طوری که کاملاً تمام دست و انگشتان نوزاد را بپوشاند.

۵- پس از پوشاندن دست راست، از همان گوشه پارچه پوشاننده دست راست را به صورت مورب از روی قفسه سینه به سمت چپ بیاورید، طوری که دست روی سینه قرار گیرد و از زیر کمر وی رد نموده به سمت پای چپ نوزاد آورده و فیکس نمایید.

۶- در دست چپ نوزاد نیز به همین ترتیب عمل نمایید و گوشه را پس از پیچیدن دور کمر نوزاد در سمت پای طرف مخالف وی ثابت نمایید.

۷- نوزاد را به صورت یک طرفه بخوابانید.













بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم
در کشور

♦ منابع

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice, The Apgar Score, PEDIATRICS Volume 117, Number 4, April 2006.
2. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 17: 1/2005. Newborn Care Manual: Contents
3. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 16: 1/2005. Newborn Care Manual: Contents
4. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 19: 1/2005. Newborn Care Manual: Contents
5. ASSESSING AN INFANT'S GESTATIONAL AGE AT BIRTH, Newborn Care: Unit 29: 1/2005. Newborn Care Manual: Contents
6. Charles J. Lockwood, MD, FACOG, James A. Lemons, MD, FAAP, guidelines for PERINATAL CARE Sixth Edition, October 2007 by the American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists.
7. Guidelines for Perinatal Care, Second and Fourth Editions, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, 1988, 1992, and 1997.
8. Richard J. Martin, Avroy A. Fanaroff, Michel C. Walsh, Fanaroff and Martin's neonatal medicine: 8th edition, 2008.
9. Robert Kliegman, Waldo E. Nelson, Nelson textbook of pediatrics, 18th, 2007.
10. B. Anthony Armson, MD, FRCSC, Halifax NS, Umbilical Cord Blood Banking: Implications for Perinatal Care Providers, No 156, March 2005.
11. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding, 2005 Jun. National Guideline Clearinghouse 28 p. [258 references].
12. Donna A. Wong, Whaley & Wong, Nursing care of infants and children, sixth edition, 1999.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence, Routine postnatal care of women and their babies, July 2006.
14. Nils Bergman, MD, Skin-to-skin Contact and Perinatal Neuroscience, International Lactation Consultant Association, December 1, 2008.
16. UNICEF UK Baby Friendly Initiative Information Sheet, Audit tools to monitor breastfeeding support.
17. UNICEF UK Baby Friendly Initiative Information Sheet, Breastfeeding Your Baby. EVERY NEWBORN'S HEALTH ILLUSTRATIONS Tim Hinton DESIGN KINETIK © Save the Children US, 2004.
18. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Injury and Poison Prevention Safe Transportation of Newborns at Hospital Discharge, PEDIATRICS Vol. 104 No. 4 October 1999.
19. Vincent Iannelli, M.D, Swaddling a Baby, 2009.

1. Guideline for perinatal care, sixth ed., AAP-ACOG -2008
2. Neonatal-Perinatal Medicine, Fanaroff A. 2006
3. Perinatal Continuing Education Program (PCEP) — (4-Book Set) AAP-2007
4. Nelson textbook of pediatrics, 2008
5. Neonatal resuscitation , AAP, 2006
6. Robertson's textbook of neonatology, Rennie JM, Elsevier, 2005/2008
7. Primary care of the newborn, Siedel HM (Johns Hopkins US of medicine), saunders ,2006
8. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, WHO, 2006
9. Care of the Newborn Reference Manual, Thinker A, Bell R et al. Save the children Federation, 2004
10. Thermal protection of the newborn , WHO, 1997

O مقالات و منابع اینترنتی

1. Eichenbaum-Pikser G, Zasloff JS. Delayed clamping of the umbilical cord: a review with implications for practice. J Midwifery Womens Health. 2009 Jul-Aug;54(4):321-6.
2. Coggins M, Mercer J. Delayed cord clamping: advantages for infants. Nurs Womens Health. 2009 Apr;13(2):132-9.
3. Chaparro CM. Setting the stage for child health and development: prevention of iron deficiency in early infancy. J Nutr. 2008 Dec; 138(12):2529-33.
4. Stoltzfus RJ. Research needed to strengthen science and programs for the control of iron deficiency and its consequences in young children. J Nutr. 2008 Dec; 138(12):2542-6. Review. PubMed PMID: 19022987.
5. Scherjon SA, Smit Y. [Delayed cord clamping in the interest of the newborn child]. Ned Tijdschr Geneesk. 2008 Jun 21;152(25):1409-12. abstract
6. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. A systematic review and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. Neonatology. 2008; 93(2):138-44. Epub 2007 Sep 21.
7. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. J Midwifery Womens Health. 2007 May-Jun; 52(3):262-72.
8. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA. 2007 Mar 21;297(11):1241-52.
9. Van Rhee PF, Gruschke S, Brabin BJ. Delayed umbilical cord clamping for reducing anaemia in low birth-weight infants: implications for developing countries. Ann Trop Paediatr. 2006 Sep;26(3):157-67.
10. Levy T, Blickstein I. Timing of cord clamping revisited. J Perinat Med. 2006;34(4):293-7.
11. Singhal N, Niermeyer S. Neonatal resuscitation where resources are limited. Clin Perinatol. 2006 Mar;33(1):219-28, x-xi.
12. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. Co-

- chrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD003248.
13. van Rheenen P, Brabin BJ. Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialized countries: a systematic review. *Ann Trop Paediatr*. 2004 Mar;24(1):3-16.
14. Mercer JS, Skovgaard RL. Neonatal transitional physiology: a new paradigm. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2002 Mar;15(4):56-75.
15. Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health*. 2001 Nov-Dec;46(6):402-14.
16. Van Winckel M, De Bruyne R, Van De Velde S, Van Biervliet S. Vitamin K, an update for the paediatrician. *Eur J Pediatr*. 2009 Feb;168(2):127-34. Epub 2008 Nov 4.
17. Shearer MJ. Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. *Blood Rev*. 2009 Mar;23(2):49-59. Epub 2008 Sep 19.
18. Pichler E, Pichler L. The neonatal coagulation system and the vitamin K deficiency bleeding - a mini review. *Wien Med Wochenschr*. 2008;158(13-14):385-95.
19. Yamasmit W, Chaithongwongwatthana S, Tolosa JE. Prenatal vitamin K1 administration in epileptic women to prevent neonatal hemorrhage: is it effective? *J Reprod Med*. 2006 Jun;51(6):463-6.
20. Rezvani M, Koren G. Does vitamin K prophylaxis prevent bleeding in neonates exposed to enzyme-inducing antiepileptic drugs in utero? *Can Fam Physician*. 2006 Jun;52:721-2.
21. Chalmers EA. Neonatal coagulation problems. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004 Nov;89(6):F475-8.
22. Isarangkura P, Mahasandana C, Chuansumrit A, Angchaisuksiri P. Acquired bleeding disorders: the impact of health problems in the developing world. *Haemophilia*. 2004 Oct;10 Suppl 4:188-95.
23. Sutor AH. New aspects of vitamin K prophylaxis. *Semin Thromb Hemost*. 2003 Aug;29(4):373-6.
24. Hey E. Vitamin K--what, why, and when. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003 Mar;88(2):F80-3.
25. Medves JM. Three infant care interventions: reconsidering the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 Sep-Oct;31(5):563-9.
26. Suzuki S, Iwata G, Sutor AH. Vitamin K deficiency during the perinatal and infantile period. *Semin Thromb Hemost*. 2001;27(2):93-8.
27. Academy of Breastfeeding Medicine: www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx
28. Newborn Care manual - Routine care of normal infants: www.gfmer.ch/PEP/Unit_18.htm
29. Routine Newborn Baby Care Procedures: www.givingbirthnaturally.com/newborn-baby-care.html
30. Routine newborn care: UpToDate Inc.
31. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. KJ Kerber, JE de Graft-Johnson, ZA Bhutta, P Okong, *Lancet*. 2007 Oct 13; 370(9595):1358-69
32. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. A. Baqui, S. El-Arifeen, G. Darmstadt, S. Ahmed, E. Williams, H. Seraji, I. Mannan, S. Rahman, R. Shah, S. Saha, *The Lancet*, 2008 Volume 371, Issue 9628, Pages 1936-1944
33. Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. A Bergström, P Okong, A-B Ransjö-Arvidson, *Acta Paediatrica*: 2007, Volume 96 Issue 5, Pages 655 – 658

34. Reduction of Health Care–Associated Infection Risk in Neonates by Successful Hand Hygiene Promotion. Carmem Lucia Pessoa-Silva, Stéphane Hugonnet et al. *Pediatrics*, Jul 2007; doi:10.1542/peds.2006-3712
35. Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease: A Scientific Statement from the AHA and AAP et al. *Pediatrics*, 2009, 124: 823-836
36. Delayed Pediatric Office Follow-up of Newborns After Birth Hospitalization Jochen Profit, Alva J. Cambric-Hargrove, Kay O. Tittle, Kenneth Pietz, and Ann R. Stark, *Pediatrics* 2009 ,124: 548-554.
37. Baumer JH. Routine postnatal care given to all babies.
38. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2007 Apr;92(2):ep61-4.
39. Van Rhee PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. *BMJ*. 2006 Nov 4;333(7575):954-8.
40. Cornette L, Miall L. Development of regional guidelines: the way forward for neonatal networks? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006 Sep;91(5):F318-9.
41. American Heart Association; American Academy of Pediatrics. 2005 American Heart Association (AHA) guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) of pediatric and neonatal patients: neonatal resuscitation guidelines. *Pediatrics*. 2006 May;117(5):e1029-38.
42. Langan RC. Discharge procedures for healthy newborns.
43. *Am Fam Physician*. 2006 Mar 1;73(5):849-52.
44. Manning D. American Academy of Pediatrics guidelines for detecting neonatal hyperbilirubinaemia and preventing kernicterus. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2005 Nov;90(6):F450-1.
45. Kaplan M, Hammerman C. American Academy of Pediatrics guidelines for detecting neonatal hyperbilirubinaemia and preventing kernicterus.
46. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2005 Nov;90(6):F448-9.
47. Hall KL, Zalman B. Evaluation and management of apparent life-threatening events in children. *Am Fam Physician*. 2005 Jun 15;71(12):2301-8.
48. Burdge DR, Money DM, Forbes JC, Walmsley SL, Smaill FM, Boucher M, Samson LM, Steben M; Canadian HIV Trials Network Working Group on Vertical HIV Transmission. Canadian consensus guidelines for the management of pregnancy, labour and delivery and for postpartum care in HIV-positive pregnant women and their offspring (summary of 2002 guidelines). *CMAJ*. 2003 Jun 24; 168(13):1671-4.
49. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Advanced practice in neonatal nursing. *Pediatrics*. 2003 Jun; 111(6 Pt 1):1453-4.
50. Dehan M, Gold F, Grassin M, Janaud JC, Morisot C, Ropert JC, Simeoni U; Commission Ethique de la Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes. [Withholding and withdrawing treatment in the perinatal period: importance of a coherent attitude between gynecologists and pediatricians] *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001 Apr;30(2):133-8.
51. Committee on Genetics. *Pediatrics*. Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia. American Academy of Pediatrics. 2000 Jul; 106(1 Pt 1):138-42.
52. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2000 Apr;105(4 Pt 1):896-905.

53. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Health Financing. Guiding principles for managed care arrangements for the health care of newborns, infants, children, adolescents, and young adults. *Pediatrics*. 2000 Jan;105(1 Pt 1):132-5.
54. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guidelines and evidence review for postnatal care: routine postnatal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2006.
55. UK National Screening Committee. Child Health Screening Subgroup. Available at http://www.nsc.nhs.uk/ch_screen/child_ind.htm.
56. Department of Health. Reduce the risk of cot death: an easy guide. London: Department of Health, 2005, Available at <http://www.dh.gov.uk>.
57. National Institute for Health and Clinical Excellence. Division of ankyloglossia (tongue-tie) for breastfeeding. NICE interventional procedure guidance no 149. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005, Available at <http://www.nice.org.uk/IPG149>.
58. National Screening Committee. Dysplasia of the hip. Child Health Subgroup Report, September 2004. Available at <http://www.library.nhs.uk/screening/viewResource.aspx?catID=8730&dg=107&resID=61021>.
59. Standard Medical Advisory Committee and the Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee. Screening for the detection of congenital dislocation of the hip. London: Department of Health and Social Security, 1986.
60. Special report. Screening for the detection of congenital dislocation of the hip. *Arch Dis Child* 1986;61:921-6.
61. Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. *Arch Dis Child* 2001;85:318-20.
62. Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3.
63. Fleming P, Blair P, McKenna J. Infant death. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child* 2006;91:799-801.
64. National Institute for Health and Clinical Excellence. Routine post-natal care of women and their babies. Clinical Guideline 37. 2006. Available at <http://www.nice.org.uk/CG037> (accessed 11 October 2007).
65. Dezateux C, Brown J, Arthur R, et al. Performance, treatment pathways and effects of alternative policy options for screening for developmental dysplasia of the hip in the United Kingdom. *Arch Dis Child* 2003; 88: 753-9.
66. Habel A, Eihadi N, Sommerlad B, et al. Delayed detection of cleft palate: an audit of newborn examination. *Arch Dis Child* 2006; 91: 238-40.
67. Knowles R, Griebisch I, Dezateux C, et al. Newborn screening for congenital heart defects: a systematic review and cost effective analysis. *Health Technol Assess* 2005; 9: 1-168.
68. Ainsworth S, Wyllie J, Wren C. Prevalence and clinical significance of cardiac murmurs in neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999; 80: F43-5.
69. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365: 1845.
70. Baumer JH. Routine postnatal care given to all babies. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2007; 92: ep61-4.
71. Aniansson G, Alm B, Andersson B, et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatric Infect Dis J* 1994; 13: 183-8.

72. Burr M, Miskelly F, Butland B, et al. Environmental factors and symptoms in infants at high risk of allergy. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 125–32.
73. Mayer-Davis EJ, Rifas-Shiman SL, Zhou L, et al. Breast-feeding and risk for childhood obesity. Does maternal diabetes or obesity status matter? *Diabetes Care* 2006; 29: 2231–7.[
74. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. for the PROBIT Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285: 413–20.
75. Broadfoot M, Britten J, Tappin D, et al. Baby friendly hospital initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005; 90: F114–6.
76. American Academy of Pediatrics. Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics* 2003; 1: 191–2.
77. Hey E. Vitamin K - what, why and when? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003; 88: F80–3.
78. Department of Health. Vitamin K for newborn babies. 1998: PL/CMO/98/3. Available at <http://www.dh.gov.uk/en/AdvanceSearchResult/index.htm?searchTerms=Vitamin+K> (accessed 11 October 2007).
79. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics* 1999; 103: 6–14.
80. American Academy of Pediatrics Subcommittee in Hyperbilirubinaemia. Management of hyperbilirubinaemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114: 297–316.
81. Shroff R, Hignett R, Pierce C, et al. Life-threatening hypernatraemic dehydration in breast-fed babies *Arch Dis Child* 2006; 91: 1025–6.
82. American Academy of Pediatrics. Breast feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100;6: 1035–9.
83. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112: 607–19.
84. Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breastfeeding: a population study. *Arch Dis Child* 2001; 85: 318–20.
85. Harding D, Moxham J, Cairns P. Weighing alone will not prevent hypernatraemic dehydration. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003; 88: F349.
86. MacDonald PD. Postnatal weight monitoring should be routine. *Arch Dis Child* Available at <http://adc.bmj.com/cgi/eletters/91/12/1025#2052> (accessed 11 october 2007).
87. McKie A, Young D, MacDonald PD. Does monitoring newborn weight discourage breast feeding? *Arch Dis Child* 2006; 91: 41–6.
88. Townsend J, Wolke D, Hayes J, et al. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Technol Assess* 2004; 8: 14. abstract.
89. Ward-Platt MP, Brown K, on behalf of the Ashington Evaluation Group. Evaluation of advanced neonatal nurse practitioners: confidential enquiry into the management of sentinel cases *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: F241.
90. Gagnon J, Dougherty G, Jimenez V, et al. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics* 2002; 109: 1074–80.
91. Petrou S, Boulvain M, Simon J, et al. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital based care

- postpartum: an economic evaluation. BJOG 2004; 111: 800–6.
92. Academy of Breastfeeding Medicine: Co-sleeping and Breastfeeding Protocol
 93. Solano County Health and Social Services: “Your Baby Matters» “Sharing a Bed with Your Baby” from UNICEF in the UK
 94. Anderson, G. (1989). Risk in mother-infant separation postbirth. Image: Journal of Nursing Scholarship, 21(4), 196-199.
 95. Keefe, M. (1988). The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 17(2), 122-126. (Abstract)
 96. Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2005). Breastfeeding: A guide for the medical professional (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby (pp. 275, 299, 76).
 97. Marasco, L. (1998). Cue vs scheduled feeding: Revisiting the controversy. Mother Baby Journal, 3(4), 39-42.
 98. McKenna, J. J., Mosko, S. S., & Richard, C. A. (1997). Bedsharing promotes breastfeeding. Pediatrics, 100(2, Pt. 1), 214-219. (Abstract)
 99. Mosko, S., Richard, C., & McKenna, J. (1997). Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. Pediatrics, 100(5), 841-849
 100. Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists (NAACOG) OGN Nursing Practice Resource. (March 1989). Mother-Baby Care.
 101. Rapley, G. (2002). Keeping mothers and babies together—breastfeeding and bonding. Royal College of Midwives, 5(10), 332-224. (Abstract)
 102. Svensson, K., Mattiesen, A. S., Widström, A. M. (2005). Night rooming-in: Who decides? An example of staff influence on mother’s attitude. Birth, 32(2), 99-106. (Abstract)
 103. Title 22 Licensing and Certification of Health Facilities and Referral Agencies. Article 70547, Section (k), p. 789.
 104. Winikoff, B., Myers, D., Laukaran, V. H., & Stone, R. (1987). Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned. Pediatrics, 80(3), 423-433.
 105. Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. Acta Paediatrica Scandinavica, 79 (11): 1017-1022.
 106. Arora S, McJunkin C, Wehrer J & Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother’s Perception of Father’s Attitude and Milk Supply Pediatrics 2000;106;67
 107. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. BMJ. 1999;319:1457–1462 [Abstract] (PDF)
 108. Bruschweiler-Stern N. Early Emotional Care for Mothers and Infants. Pediatrics 1998; 102: 1278
 109. Carfoot, S Williamson, P Dickson, R (2005) A Randomized Controlled Trial in the North of England Examining the Effects of Skin-to-Skin Care on Breastfeeding, Midwifery 21(1), March 2005 [Abstract]
 110. Cloherty M, Alexander J, Holloway I. Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress. Midwifery. 2004 Jun;20(2):194-204.
 111. Edmond K.M. Zandoh C. Amengo-Etego S. Kirkwood B R. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics Vol 117 No. 3 March 2006 ppe380-e386]
 112. Epstein K. (1993). The interactions between breastfeeding mothers and their babies during the breastfeeding

- session. Early Child Development and Care.87:93-104.
113. Epstein-Gilboa K.(2000).The psychological reality of breastfeeding. IMPrint. 28:18-21.
114. Erlandsson K, Fagerberg I. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. Midwifery. 2005 Jun; 21(2):131-8. Epub 2005 Mar 28. [Abstract]
115. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L. & Weller A.Outcomes and Preterm Infant Development: Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Pediatrics 2002;110;16-26
116. Alfred W. Brann, Robert C. Cefalo: Care of the Newborn in the Delivery Room, Pediatrics 1979; 64; 970.
117. American Academy of Pediatrics, Policy Statement—Hospital Stay for Healthy Term. Newborns Pediatrics 2010;125:405–409
118. Special Report_Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science, Pediatrics published online Oct 18, 2010.
119. Special Report_Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Pediatrics published online Oct 18, 2010;
۱۵. راهنمای بالینی کشوری « شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی» اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیرمادر، فروردین ۱۳۸۷.
۱۱. کتاب راهنمای مراقبت ادغام یافته ناختوشی های کودکان- مانا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۷
- از کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک (دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای کارکنان بیمارستانها) از انتشارات سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۶
- ویرایش و تنظیم: سوسن سعدوندیان مترجمین: دکترخلیل فریور- سوسن سعدوندیان- مریم فریور منتشره ۱۳۷۸ وزارت بهداشت
- صفحات: ۱۳۸-۱۰۹

Healthy Newborn Care Service Package

**Hajieh Jafari Pardasti,
Mohammad Heydarzadeh**

MD, Pediatrician,

Neonatal Health Department

MOHME, IR IRAN

Dec. ۲۰۱۱