



مقدمه ای بر نوزاد نارس

و نوزاد LBW

هدف کلی

در پایان جلسه فراگیران قادر خواهند بود، مشکلات نوزاد نارس و نوزاد کم وزن در هنگام تولد را شرح دهند.

اهداف اختصاصی

۱. نوزاد LBW را تعریف کنند.
۲. مشخصات نوزاد LBW را شرح دهند.
۳. میزان موربیدیتی حاصل از زایمان LBW را شرح دهند.
۴. علل شایع LBW را بیان نمایند.
۵. نیازمندی‌ها و مشکلات نوزاد LBW را لیست نمایند.
۶. مراقبت‌های رایج در نوزاد LBW را شرح دهند.

زمان: ۶ ساعت و ۴۵ دقیقه (شامل استراحت و ناهار)

لیست جلسات

- جلسه ۱:۱: ارزیابی اطلاعات اولیه فراگیران پیرامون KMC
- جلسه ۱:۲: تعریف و شناسایی نوزاد LBW
- جلسه ۱:۳: علل بوجود آورنده نوزاد LBW
- جلسه ۱:۴: تشخیص و معاینه فیزیکی نوزاد LBW
- جلسه ۱:۵: احتیاجات و مشکلات نوزاد LBW
- جلسه ۱:۶: مراقبت‌های رایج از نوزاد LBW

وسایل آموزشی

مانکن نوزاد نارس و ترم، تخته سیاه، گچ، فلیپ چارت و نشانگر

نمایش فیلم

- تشخیص نوزادان LBW

روش تدریس

۱- بارش افکار

۲- بحث

۳- ارائه مطلب

۴- نمایش بالینی

جزوات آموزشی

- پرسشنامه KMC قبل از شروع آموزش
- طبقه‌بندی نوزادان LBW
- نسبت موربیدیتی نوزادان LBW به کل نوزادان تازه متولد شده و اطفال
- علل جنینی، مادری و جفتی تولد نوزادان LBW
- ظاهر فیزیکی نوزادان نارس
- ظاهر فیزیکی نوزادان کوچک نسبت به سن حاملگی
- چگونگی ارزیابی رسیده بودن نوزاد LBW
- چک لیست معاینه فیزیکی اولیه نوزادان تازه متولد شده
- احتیاجات و مشکلات نوزاد LBW
- مراقبت‌های رایج از نوزاد LBW (سبک قدیمی، سستی، صحرایی و مادرانه آغوشی)

نگاه کلی به فصل اول : مقدمه‌ای بر شناخت نوزاد نارس و کم وزن در هنگام تولد

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
مرور	۵ دقیقه	مرور مباحث روز	بحث	فیلیپ چارت نشانگر
۱-۱: ارزیابی اطلاعات اولیه فراگیران پیرامون KMC	۳۰ دقیقه	پیش آزمون	پرسشنامه	جزوه جلسه ۱,۱
۱-۲: تعریف نوزادان LBW	۳۰ دقیقه	طبقه‌بندی نوزادان LBW	از فراگیران بخواهید در مورد روش تشخیص نوزاد LBW و پیامدهای دوره نوزادی آنها به روش بارش افکار سخن بگویند.	فیلیپ چارت نشانگر
۱-۳: علل بوجود آورنده نوزاد LBW	۴۵ دقیقه	میزان موربیدیتی و مورتالیتی نوزادان LBW نسبت به کل اطفال و نوزادان تازه متولد شده	از طریق بحث به تعریف درستی دست یابند.	جزوه جلسه ۲,۱
	۱۵ دقیقه	علل LBW	از فراگیران بخواهید از طریق بارش افکار در مورد علل بوجود آورنده نوزاد نارس سؤال کنند.	جزوه جلسه ۳,۱

۴-۱: روش تشخیص و معاینه فیزیکی نوزاد LBW	۱ ساعت ۴۰ دقیقه	مادری	علل LBW را از طریق ارائه مطلب بیان کنید .
	۶۰ دقیقه	جنینی	استراحت
جزوه جلسه ۱، ۴، فیلم معاینه فیزیکی نوزاد LBW			
۵-۱: مشکلات و نیازهای نوزادان LBW	۳۰ دقیقه	جفتی	در مورد اشکال مختلف نوزادان LBW (نوزاد نارس، نوزاد کوچک نسبت به سن حاملگی) بحث نمایید.
۶-۱: مراقبت رایج از نوزادان LBW	۳۰ دقیقه		پروتکل معاینه فیزیکی نوزادان LBW را با استفاده از چک لیست شرح دهید.
مطالعه موردی	۳۰ دقیقه	شکل ظاهری نوزادان نارس	بطریق بالینی معاینه فیزیکی نوزاد LBW را نمایش دهید.
فیلیپ چارت			
خلاصه	۱۵ دقیقه	شکل ظاهری نوزاد کوچک نسبت به سن حاملگی	بطریق بالینی پروتکل معاینه فیزیکی نوزاد LBW را نمایش دهید
نشانگر			

Chorioamnionit: التهاب پرده‌های پوشاننده جنین

Congenital anomalie: ناهنجاری‌های مادرزادی

Foremilk: شیر ابتدایی در شروع شیردهی را گویند.

Hind milk: شیرپستان مادر در پایان شیردهی که نسبت به شیر ابتدایی چربی و کالری بیشتری دارد.

HYPOThermia: درجه حرارت زیر بغل کمتر از $36/5^{\circ}\text{C}$ باشد معادل $(97/7^{\circ}\text{F})$

Interauterine Growth Retardation: تأخیر رشد داخل رحمی به علت اختلالات مادری، رحمی یا جفتی

Lonugo: موهای کرک دار نازک پوشاننده بدن جنین بویژه در نوزاد نارس هم دیده می‌شود.

Placenta Abruption: جدا شدگی زودتر از موعد جفت

Placenta previa: جفتی که در سگمان تحتانی رحم جایگزین شده است.

Pre term infant: نوزادی که قبل از هفته ۳۷ حاملگی دنیا آمده باشد.

Small for gestational Age: نوزادان کوچک برای سن حاملگی که وزن زمان تولد آنان زیر 10°C پرستایل سن حاملگی می‌باشد. نوزاد SGA ممکن است نارس یا کاملاً رسیده باشد.

Twin-to- Transfusion: تبادل خونی بین جنینی (۲قلوها) که محضراً دردوقلوهای مونوکرونیک (مونوزیگوت) اتفاق می‌افتد و سبب ایجاد جریان خون مشترک بین دوقلوها می‌گردد.

Vernix: چربی پنبیری شکل سفید رنگ روی جنین را پوشانده است و از پوست جنین در طول زندگی داخل رحمی محافظت می‌کند

جلسه ۱-۱ ارزیابی اطلاعات اولیه فراگیران در مورد مراقبت مادرانه آغوشی

با آنالیز پرسشنامه‌های تکمیل شده؛ سطح اطلاعات فراگیران را بدست آورده و طبق آن پروتکل آموزشی را تدوین می‌نماییم. همچنین قبل از اجرای پس آزمون سئوالاتی را که بسیار سخت بوده و اعتبار و روایی ندارند حذف می‌نماییم.

منبع اطلاعاتی: سئوالات پیش آزمون

نام : زمان:

دستورالعمل:

- نام و نام خانوادگی خود را وارد نمایید.
- دور بهترین پاسخ یک دایره بکشید.
-

۱- بچه اکبر با وزن ۲۰۰۰ گرم به دنیا آمده بچه اکبر:

a- نوزاد ترم با وزن طبیعی است

b- LBW نوزادان با وزن کم هنگام تولد

c- very LBW نوزاد با وزن بسیار کم در هنگام تولد

d- برای نوزاد پسر؛ وزن بیش از حد طبیعی است.

۲- شانس بقاء نوزاد اکبر چقدر است؟

- a- همانند نوزادان طبیعی است
- b- بیش از حد میانگین نوزادان پسر است
- c- کمتر از نوزادان با وزن ۲۵۰۰ گرم است
- d- تا حدی کمتر از نوزادان با وزن بسیار کم در هنگام تولد است

۳- نوزادان LBW با احتمال بیشتری با مشکلات زیر روبرو هستند :

- a- قند خون پائین
- b- گرما
- c- عفونت
- d- همه موارد فوق

۴- نوزاد LBW غیر معمول بیشترین سود را می برد از:

- a- استحمام بلافاصله بعد از تولد بمنظور پیشگیری از عفونت
- b- تماس پوست به پوست طولانی با مادر
- c- تزریق آنتی بیوتیک
- d- نوشاندن مقدار کمی آب قند در اولین روز زندگی

۵- مراقبت مادرانه آغوشی روشی است که:

- a- فقط در بیمارستان انجام شود
- b- فقط توسط مادر بعد از تولد صورت بگیرد
- c- مورد b و c هر دو صحیح است.
- d- آیا برای مراقبت از نوزاد LBW یک روش طبیعی است؟

۶- فواید kmc در مقایسه با روش سنتی عبارت است از:

- a- زمانی که مادر سرش شلوغ است می تواند توسط پرسنل انجام شود.
- b- هزینه مساوی دارد
- c- مدت شیردهی طولانی دارد.
- d- بیشترین دستیابی به مراقبت تخصصی را در زمان بستری در بیمارستان دارد.

۷- مدت kmc بستگی دارد به همه موارد زیر دارد بحز:

- a- شرایط نوزاد
- b- وزن نوزاد
- c- روش پیشگیری از بارداری مادر.
- d- تحمل نوزاد.

۸- نوزاد سارا در ۳۴ هفتگی به دنیا آمده و آماده kmc می باشد؛ ماما باید کدام لباس نوزاد را سریع بپوشاند تا مطمئن شود که نوزاد گرم می ماند؟

a- جوراب

b- پیراهن بلند

c- کلاه

d- مورد c و a

۹- ماما توضیح می دهد زمانی نوزاد حرارت از دست می دهد که:

a- طولانی شدن مدت kmc

b- تاخیر در استحمام نوزاد بیش از ۲۴ ساعت.

c- نزدیکی نوزاد به اجسام سرد (نه در تماس با آن)

d- استفاده از مواد ضدعفونی کننده بندناف.

۱۰- پدر سارا می خواهد در مراقبت از دخترش کمک کند. او با اطمینان کدامیک از موارد زیر را در حین KMC می تواند انجام دهد:

a- دوش گرفتن

b- شنا کردن در آب کم عمق

c- فوتبال بازی کردن به آرامی

d- چرت زدن به مدت طولانی

۱۱- نوزاد لیلا در خانه به دنیا آمده و اکنون با روش kmc مراقبت می گردد. رفلکس بلع دارد ولی قوی نیست؛ بمنظور اطمینان از تغذیه کافی نوزاد، ماما می تواند توصیه کند:

a- شیر خشک با فنجان بدهد.

b- شیر دوشیده را با شیشه بدهد.

c- بین شیردهی به او آب قند دهد.

d- شیر دوشیده با فنجان بدهد.

۱۲- در مورد شیر دادن با فنجان همه موارد زیر دست است بجز

a- تنفس نوزاد هنگام شیر خوردن با فنجان راحت تر از تغذیه با شیشه است.

b- فک نوزاد جهت تغذیه از پستان مادر قوی تر می گردد.

c- نوزاد نمی تواند مقدار شیر دریافتی را کنترل نماید.

d- نوزاد در تغذیه با فنجان انرژی کمتری نسبت به تغذیه با شیشه مصرف می کند.

۱۳- کمیت و دفعات شیردهی نوزاد در دو هفته اول زندگی بستگی دارد به:

a- وزن زمان تولد

b- سن نوزاد

c- مقدار خواب نوزاد

d- هردو وزن و سن نوزاد

۱۴- در حالی که مادر مشغول دوشیدن پستان می باشد، پزشک متوجه می گردد که ماساژ از سمت

خارج به طرف نوک پستان انجام می شود، پزشک مادر را تشویق می کند به:

a- ماساژ پستان خلاف جهت

b- ماساژهمزمان هر دو پستان

c- ادامه ماساژ به همین روش

d- همه موارد فوق

۱۵- تغذیه نوزاد از طریق سند معده توصیه می گردد جهت تمام نوزادان LBW که:

a- وزن بیش از ۱۵۰۰ گرم داشته باشند

b- قادر به تغذیه با فنجان نباشند

c- قادر به تغذیه از پستان مادر نباشند

d- b و c درست است

۱۶- تغذیه زود هنگام نوزاد LBW با شیر مادر منجر می گردد به:

a- کم آبی و هیپوگلیسمی

b- وزن گیری ایده آل

c- استفراغ و اسهال در نوزادان نارس

d- تخلیه آهسته معده در نوزادان کمتر از ۳۷ هفته

۱۷- علائم خطر در نوزادان LBW عبارت است از :

a- اختلالات وزن نسبت به نوزاد طبیعی

b- در نوزادان با وزن طبیعی این مشکلات شایع نیست.

c- مشکلات جدی در تنفس و تغذیه

d- مشکلات جدی در نوزاد زمانیکه کوچک است وجود ندارد.

۱۸- یکی از مراقبت های اساسی برای تمام نوزادان صرف نظر از وزن آنها عبارت است از :

a- مراقبت و تمیز نگهداشتن بند ناف

b- استحمام فوری نوزاد

c- دادن دارو بمنظور پیشگیری از مالاریا

d- همه موارد فوق صحیح است

۱۹- حال نوزادی که در حال kmc بوده وخیم شده و نیاز به ارجاع پیدا می کند. در طی ارجاع کدامیک از موارد زیر را توصیه می نمائید؟

- a- مادر، نوزاد را در وضعیت تماس پوست به پوست حمل کند.
- b- بمنظور پیشگیری از مشکلات تنفسی، مادر حین انتقال نوزاد از شیردهی خودداری نماید.
- c- برای جلوگیری از انتقال عفونت از مادر به نوزاد بهتر است، مادر، نوزاد را داخل یک پتو قرار دهد.
- d- مادر و مراقب نوزاد اطمینان حاصل نمایند، طی انتقال نوزاد بطور پریودیک اکسیژن دریافت می کند.

۲۰- مادری به مدت ۴ هفته در منزل نوزادش را KMC نموده است. درحال حاضر وزن نوزاد اکنون ۲۵۰۰ گرم می باشد. وی جهت ویزیت نوزاد به پزشک مراجعه نموده است. پزشک چه توصیه ای باید به او بنماید؟

- a- بمنظور وزن گیری بهتر KMC را ادامه دهد
- b- اگر نوزاد خوب است KMC را قطع کند.
- c- دو هفته آینده جهت ویزیت مجدد مراجعه نماید.
- d- هیچکدام از پاسخ های فوق صحیح نیست.

۱-۲: تعریف نوزاد LBW

طبقه بندی نوزادان LBW

- LBW به وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد اطلاق می گردد. سه نوع LBW وجود دارد:
 - ۱- نارس: نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل حاملگی متولد شده باشد*
 - ۲- خیلی نارس: تولد نوزاد قبل از ۳۲ هفته کامل حاملگی باشد
 - ۳- SGA: وزن نوزاد کمتر از وزن متناسب سن حاملگی مورد انتظار (ممکن نوزاد ترم باشد) باشد.
- بعلاوه بعضی از نوزادان LBW ممکن است:
 - خیلی نارس: وزن زمان تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم باشد
 - بیش از حد نارس: وزن زمان تولد کمتر از ۱۰۰۰ گرم باشد

جزوه: جزوه نسبت موربیدیته نوزادان LBW به کل نوزادان تازه متولد شده و اطفال هر سال در حدود ۲۰ میلیون نوزاد (LBW) به دنیا می آیند. وزن زمان تولد تأثیر بسیار مهمی در میزان بقا و چگونگی گذراندن دوره نوزادی دارد. حدود $\frac{1}{4}$ (۴ میلیون) مرگ نوزادان در بین نوزادان نارس و نوزادان LBW اتفاق می افتد. در بعضی از کشورها مرگ نوزادان LBW بیش از ۴۰ تا ۸۰٪ می باشد.

در کشورهای صنعتی نارسی مهمترین علت مرگ نوزادان LBW است
در کشورهای در حال توسعه میزان بالای مرگ نوزادان LBW نارسی و تاخیر رشد داخل رحمی می باشد.

نوزادان LBW در مقایسه با نوزادان با وزن طبیعی در هنگام تولد و شیرخواران (۲۹-۳۶۵ روزگی) بیشتر در معرض خطر مرگ می‌باشند. خطر رشد نامناسب و ناخوشی‌های حاصل از بیماری‌های عفونی طی دوره شیرخوارگی و کودکی در این نوزادان بیشتر می‌باشد. آنها همچنین در معرض بیماری‌هایی نظیر اختلالات شناختی، ادراکی و حرکتی - رفتاری می‌باشند.

نوزاد LBW برای زنده ماندن نیاز به مراقبت‌های ویژه در زمینه حفظ گرما، تغذیه، رعایت بهداشت و تشخیص و درمان سریع عوارض و مشکلات‌شان دارند.

KMC روشی ساده و کم هزینه است که می‌تواند این نیازهای اساسی آنان را در بدو تولد برآورده سازد.

۱-۳: علل تولد نوزاد با وزن کم در هنگام تولد (LBW):

منبع اطلاعاتی: جزوه فاکتورهای منجر به وزن کم در هنگام تولد

عواملی که سبب تولد نوزادان کم وزن در هنگام تولد (LBW) می‌گردد بسیار زیاد و پیچیده می‌باشند. این عوامل به تنهایی و مستقیماً عمل نمی‌نمایند، بلکه مجموعه‌ای از عوامل مادری، جنینی و جفتی در تولد نوزاد کم وزن دخالت دارند.

علل مادری

- سابقه تولد نوزاد LBW در زایمانهای قبلی داشته باشد.
- سن مادر کمتر از ۲۰ یا بیش از ۳۵ سال باشد.
- انجام کارهای سخت و بدون استراحت
- حاملگی با فواصل کم (کمتر از ۳ سال)
- داشتن مشکلات در دوران حاملگی و زایمان از قبیل:
 - سوء تغذیه یا وزن کم در هنگام بارداری
 - کم خونی شدید
 - پره اکلامپسی و اکلامپسی
 - ابتلا به عفونت در طی بارداری (بیماری‌های مقاربتی، HIV مثبت و یا سندرم ایدز، عفونت مثانه و کلیه (UTI) و هیپاتیت)
 - پارگی زودرس پرده‌های جنینی
 - کوریوآمینیوت یا عفونت مایع آمینوتیک
 - مالاریا
 - حاملگی چندقلو
 - هیپرتانسیون
 - بیماری‌های کلیوی
 - بیماری‌های مزمن

- کم خونی داسی شکل
- داروها (الکل، سیگار و مواد ممنوعه)
- استرس زیاد، عدم حمایت اجتماعی، خشونت جسمی و روحی

علل جنینی

- اختلالات کروموزومی و برخی از ناهنجاری‌های مادرزادی
- عفونت‌های جنینی مزمن (سیفلیس و سرخچه مادرزادی و غیره)
- حاملگی چندقلویی

علل جفتی:

- جفت نارسا (به علت رشد نامناسب رحمی)
- جفت سرراهی
- تراوایی نامناسب جفتی به علت انگل‌های مالاریا
- انفارکتوس جفت
- جدا شدگی زودتر از موعد جفت
- انتقال خون بین دوقلوها

۱-۴: تعریف و معاینه بالینی نوزاد با وزن کم در زمان تولد

منبع اطلاعاتی : شاخص‌های بالینی نوزاد نارس

جدول زیر لیست شاخص‌های بالینی نوزاد نارس را نشان می‌دهد

شاخص‌های بالینی	
وزن	◦ وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم ◦ بعضی از نوزادان نارس ممکن است وزن بیش از ۲۵۰۰ گرم داشته باشند.
پوست	◦ به علت نازک بودن چربی زیر پوستی وریدهای سطحی نمایان است. ◦ سطح روی پوست با چربی شیری رنگی بنام ورنیکس پوشانده شده است. ◦ سطح بدن با موهای نرم و نازک به نام لاناگو پوشیده شده است.
سر	◦ سر بزرگتر از تنه است ◦ درزها و ملاح‌ها وسیع هستند. ◦ لاله گوش قبل از هفته ۲۵ زندگی جنینی غضروفی نشده به همین دلیل در صورت تا خوردن سریع به حالت اولیه بر نمی‌گردد.

سینه	<ul style="list-style-type: none"> ° بافت پستانی قبل از ۳۴ هفتگی حاملگی تشکیل نشده است.
رفلکس مکیدن	<ul style="list-style-type: none"> ° مکیدن ممکن است وجود نداشته باشد یا ضعیف باشد.
پاها و بازوها	<ul style="list-style-type: none"> ° ممکن است شل باشند. ° پاها اکثراً در وضعیت کشیده می باشند و بندرت حالت خمیده به خود می گیرند. ° بازوها گاهی اوقات حالت خمیده دارند و بیشتر اوقات حالت کشیده به خود می گیرند.
پاها	<ul style="list-style-type: none"> ° ۱/۳ قدامی کف پا دارای چین و شکن می باشد.
Genitals دستگاه تناسلی	<ul style="list-style-type: none"> ° کوچک ° دخترها: لبهای کوچک توسط لبهای بزرگ پوشانده نمی شوند. ° پسرها: ممکن است بیضه ها به داخل اسکروتوم نزول نکرده باشند. روی کیسه بیضه ها چین و شکن کمی وجود دارد و یا ممکن است وجود نداشته باشد.

منبع اطلاعاتی : جزوه تظاهرات بالینی نوزاد با وزن کم نسبت به سن حاملگی (SGA)

این نوزادان معمولاً ترم یا نزدیک به ترم بدنیا می آیند ولی LBW هستند. (توجه داشته باشید که نوزادان SGA ممکن است نارس هم باشند.) به نوزادان SGA نوزادان (small for dates) نیز گفته می شود.

جدول زیر لیست شاخص های بالینی نوزاد SGA را نشان می دهد.

شاخص های بالینی	
وزن	کمتر از ۲۵۰۰ گرم
پوست	<ul style="list-style-type: none"> ° فقدان چربی زیر پوستی ° خشک و چروکیده
سر	<ul style="list-style-type: none"> ° سر در مقایسه با سایر اعضاء بدن بزرگتر است ° گوش غضروف دارد و زمانی که تا می خورد به حالت اولیه خود بر می گردد ° چشم ها اغلب بزرگ و کاملاً باز هستند.
سینه	بافت پستانی وجود دارد
رفلکس مکیدن	معمولاً قوی هستند و گاهی بیش از اندازه قوی هستند.

ساقا و بازوها	نازک و معمولاً خم شده است.
پاها	کف پا کاملاً با چین و چروک پوشیده است.
فعالیت	فعال، هوشیار و نسبت به اندازه اش بسیار هوشیار می باشد.

چگونگی ارزیابی بلوغ نوزاد (LBW)

ممکن است جهت تخمین سن حاملگی نوزاد از مشاهدات و معاینات بالینی طبق شاخص های زیر استفاده نمود:

ظاهر	بسیار نارس	نارس	ترم
لانگو	ندارد	فراوان	عمدتاً بی مو
چین کف پا	ندارد	خطوط کمی نزدیک انگشتان	خطوط بر روی قسمت داخلی کف پا
دستگاه تناسلی	اسکروتوم صاف است یا بیضه های نزول نکرده	تعدادی چین روی اسکروتوم وجود دارد و بیضه ها در کانال هستند.	روی اسکروتوم چین های زیادی وجود دارد و بیضه ها در اسکروتوم قرار گرفته اند.
پستان ها	لب های کوچک برآمده است	لب های بزرگ و کوچک در یک سطح هستند	لب های بزرگ، لب های کوچک را پوشانده اند
گوش	سطح هاله پستان کم رنگ است	نینپل، با حداقل بافت پستانی وجود دارد	بافت پستانی بیش از ۱۰ میلی متر قطر دارد
پوست روی شکم	نرم وبدون خاصیت ارتجاعی	لاله گوش پهن با خاصیت ارتجاعی	لاله گوش غضروفی با خاصیت ارتجاعی
وضعیت	پوست نازک و عروق وریدی قابل مشاهده است	پوست نازک ولی عروق وریدی کمتر قابل مشاهده است	پوست ضخیم - خشک - چین خورده - با پوست ریزی است
اندامها کشیده است	اندامها کشیده است	وضعیت قورباغه ای دارد	اندامها خمیده هستند



نارس : خطوط در نزدیکی انگشتان پا تشکیل شده است

ترم : خطوط کف پا کاملاً تشکیل شده است

منبع اطلاعاتی: چک لیست معاینه فیزیکی اولیه نوزادان تازه متولد شده

- کیفیت انجام هر کار در هر مرحله مشاهده شده و بر اساس معیارهای زیر سنجیده می‌شود:
 ۱. نیاز به بررسی مجدد دارد : مرحله یا تکلیف بدرستی انجام نکرده است از نمونه‌گیری خارج می‌شود. (اگر... ضروری نباشد)
 ۲. کاملاً مناسب است: مرحله یا تکلیف بدرستی انجام شده و مناسب نمونه‌گیری می‌باشد (اگر..... ضرورت داشته باشد)

معاینه بالینی نوزاد نارس	موارد مشاهده شده				
	۱	۲	۳	۴	۵
آماده کردن وسایل مناسب					
۱) وسایل مورد نیاز سطح تمیز- حرارت سنج درجه بندی شده - ساعت- زمان سنج- لباس تمیز- وزنه					
۲) برای مادر و خانواده نوزاد در مورد کارهای که می‌خواهید انجام دهید توضیح دهید و آنها را به سوال کردن تشویق نمایید.					
۳) دست‌هایتان را به دقت با آب و صابون بشویید.					
۴) دست‌هایتان را با دستمال کاغذی یا دست‌گاہ خشک‌کن خشک کنید					
۵) دستکش پوشید ولی لازم نیست که استریل باشد					
تاریخچه					
۶) با مراجعه به پرونده بالینی نوزاد و یا سؤال کردن از مادر اطلاعات زیر را بدست آورید: ۱) تاریخ مورد انتظار تولد چه زمانی بوده است ۲) مشکلات بالینی مادر که ممکن است روی سلامت نوزاد تاثیر بگذارد مانند:					

(a) سفلیس					
(b) سل					
(c) HIV مثبت / AIDS					
(d) پاره شدن کسبه آب به مدت طولانی (بیش از ۱۸ ساعت)					
(e) تب طی لیبر					
۷) از مادر پرسید چه چیزی از نظر بالینی در نوزاد خود مشاهده کرده است.					
۸) از مادر پرسید آیا نوزاد دفع مکونیوم یا ادرار داشته است					
۹) اگر مادر و خانواده نوزاد نگران نوزادشان هستند با گوش کردن به نگرانی های آنها توجه نمایید					
معاینه نوزاد					
(a) در حین معاینه نوزاد را گرم نگهدارید: به این منظور در طی معاینه نقاط مورد معاینه نیاز به پوشش ندارد اما سرنوزاد را با کلاه بپوشانید .					
(b) به مادر و خانواده نوزاد توضیح دهید که قصد دارید چه کاری انجام دهید و در ضمن معاینه به سوالات آنها پاسخ بدهید					
(c) نوزاد را به آرامی نگهدارید.					
۱۱) اگر نوزاد قبلاً وزن نشده است ، وی را وزن کنید .					
۱۲) به جنب و جوش و فعالیت نوزاد توجه کنید					
۱۳) به رنگ و وضعیت پوست نوزاد توجه کنید (راش، رنگدانه های غیر طبیعی روی پوست مانند لکه های صورتی، آبی، خاکستری یا رنگ پریدگی و یرقان) قرمزی پوست یا پوست ریزی					
۱۴) درجه حرارت بدن نوزاد را چک کنید (با استفاده از درجه حرارت زیر بغلی)					
۱۵) سر ، صورت، گردن و دهان را معاینه کنید.					
(a) جمجمه را معاینه کنید. درزهای جمجمه و فونتانلها را لمس کنید ، سر را از نظر کاپوت و هماتوم بررسی نمایید.					
(b) صورت را از نظر وجود ناهنجاری بویژه حرکات نامتقارن بررسی نمایید .					
(c) چشمها را از نظر طبیعی بودن ظاهر آن و عدم وجود کدورت کنترل نمایید .					
(d) با انگشت اشاره سقف دهان را از نظر وجود شکاف کام بررسی نمایید .					
(e) گردن را از نظر وجود گردنهای پرده دار و شانه را از نظر وجود موارد غیرطبیعی کنترل کنید.					
۱۶) معاینه سینه					
(a) تقارن حرکات تنفسی را کنترل نمایید					
(b) تعداد تنفس را در یک دقیقه بشمارید					

(c) تعداد ضربان قلب و نبض را چک کنید					
(d) به نشانه‌های دیسترس تنفسی (تورفتگی قفسه سینه - ناله - فرورفتگی بین دنده ای - پرش لبه‌های بینی) توجه کنید.					
(e) سیانوز					
۱۷- ناف را از نظر خونریزی چک کنید.					
(a) مطمئن شوید کلامپ بند ناف محکم و صحیح بسته شده باشد					
۱۸- دستگاه تناسلی را از نظر موارد غیر طبیعی بررسی کنید.					
(a) در پسرها: وضعیت باز بودن مجرای ادرار و مقعد را بررسی کنید اسکروتوم را از نظر وجود بیضه‌ها در آن لمس نمایید.					
(b) در دخترها: باز بودن مجرای ادرار، واژن، مقعد و لب‌های کوچک کنترل کنید.					
۱۹- ستون فقرات					
(a) طول طناب نخاعی را از نظر باز بودن کانال نخاعی بررسی نمایید					
(b) ستون فقرات را از نظر وضعیت اندامها (صاف بودن اندامها وضعیت قورباغه‌ای و خمیدگی کامل آنها) کنترل نمایید					
(۲۰) معاینه اندامها:					
(a) بافت نرم و استخوان اندامها را از نظر وجود ناهنجاری بررسی کنید.					
(b) مفصل ران را از نظر در رفتگی مادرزادی مفصل هیپ بررسی کنید					
(c) انگشتان دست و پا را از نظر وجود و پرده کنترل کنید.					
(d) کف دست و پا را از نظر تشکیل خطوط بررسی کنید. (تشکیل نشده - تاحدودی تشکیل شده - کاملا تشکیل شده).					

۵-۱: نیازها و مشکلات نوزاد نارس LBW

اگر چه نوزادان LBW مانند سایر نوزادان تازه متولد شده جهت حفظ بقاء و سلامتی نیاز به یک سری مراقبت‌های اولیه و اساسی دارند مانند: پیشگیری از هیپوترمی، تثبیت و حفظ تنفس منظم، تامین تغذیه مناسب و کافی، حمایت جسمی و عاطفی، محافظت در برابر عفونت و مراقبت از بند ناف در روزهای اول. اجرای مراقبت‌های اولیه از به خطر افتادن زندگی نوزاد یا ایجاد مشکلات جدی پیشگیری می‌نماید.

در جدول زیر مراقبت‌های اولیه، نیازها و مشکلات نوزاد به همراه ارائه راه‌کارهای مناسب حل مشکلات ذکر گردیده است.

نیاز	مشکل	(راه حل)
گرما	هیپوترمی	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبت مادرانه آغوشی • تأخیر در حمام کردن • سر نوزاد را بپوشانید
تنفس	آسفکسی، آپنه، سندرم زجر تنفسی	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک احیاء تنفس • مانیتورینگ مشکلات تنفسی جهت رفع آنها • تامین اکسیژن مورد نیاز
تغذیه	هیپوگلیسمی، سوء تغذیه	<ul style="list-style-type: none"> • شروع تغذیه از پستان مادر در بدو تولد تغذیه با شیر مادر به صورت انحصاری • اجتناب از افزودن غذای کمکی با شیر مادر • اجرای مراقبت مادرانه آغوشی بمنظور تحریک تولید شیر از پستان
پیشگیری از عفونت	عفونت	<ul style="list-style-type: none"> • انجام زایمان بهداشتی و تمیز نگه داشتن بدنناف • رعایت اصول بهداشتی • شروع زودرس تغذیه نوزاد و تغذیه انحصاری با شیر مادر
نحوه مراقبت از عفونت	عفونت	<ul style="list-style-type: none"> • تشخیص و درمان سریع • ارجاع بموقع
حمایت جسمی و عاطفی	اختلال در ایجاد رابطه عاطفی مادر و نوزاد جدایی مادر و نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبت مادر آغوشی • سهیم کردن خانواده در حمایت از مادر و نوزاد

نوزاد LBW مانند سایر نوزادان نیاز به یکسری مراقبت‌های اولیه دارد. نوزادان LBW علاوه بر این نسبت به نوزادان با وزن طبیعی در هنگام تولد نیاز به یکسری مراقبت‌های ویژه نیز دارند.

جدول زیر شامل لیستی از مشکلات احتمالی و مراقبت‌های توصیه شده جهت این نوزادان می‌باشد:

مشکلات	مراقبت‌های توصیه شده
مشکلات تنفسی در زمان تولد یا بعد آن (بوپوزه در نوزادان نارس)	در صورت بروز دیسترس تنفس یا تعداد تنفس کمتر از ۳۰ عملیات احیاء را شروع کنید. با توجه به اینکه ریه‌های این نوزادان تکامل نیافته است و بعلاوه مستعد سرماخوردگی و عفونت ریه می‌باشند. بیشتر در معرض مشکلات تنفسی هستند.
هیپوترمی: به علت کم بودن چربی زیر پوستی در این نوزادان، سیستم تنظیم درجه حرارت بدن آنان نارس می‌باشد.	با اجرای مراقبت مادرانه آغوشی (با توجه به تماس پوست به پوست مادر و نوزاد) می‌توانید به حفظ گرمای بدن نوزاد کمک کنید.
هیپو گلیسمی: ناشی از کمبود ذخایر انرژی در بدن نوزاد LBW است	بلافاصله بعد از تولد تغذیه با شیر مادر (کلستروم) را شروع کنید. شیردهی بصورت مکرر حداقل هر ۲ ساعت یکبار در هفته اول تولد صورت گیرد.
تغذیه: غالباً نوزادان کوچک‌ترند، منابع انرژی کمتری دارند، معده آنها کوچک است و توانایی کافی در مکیدن ندارند.	نوزادان LBW معمولاً با کمک می‌توانند از پستان مادر بخوبی تغذیه کنند. تکرار دفعات شیردهی در این نوزادان باید بیشتر باشد. نوزادان نارس ممکن است به علت عدم توانایی در مکیدن قادر نباشند بمحض تولد از پستان مادر تغذیه نمایند لذا مراقبت مادرانه آغوشی با افزایش تولید شیر از پستان مادر، تغذیه با فنجان در این نوزادان کمک‌کننده خواهد بود.
عفونت: بدلیل عدم تکامل سیستم ایمنی	مراقبت نوزاد با رعایت اصول بهداشتی و شستن دستها قبل از شروع فرایند مراقبت می‌تواند از انتقال عفونت به نوزاد پیشگیری نمایند. در مراکز بهداشتی می‌بایست با جداسازی افراد و نوزادان بیمار از انتقال عفونت به نوزادان نارس جلوگیری نمایید.
یرقان (بیلی روبین بالا): بدلیل عدم تکامل کبد	زردی در نوزادان نارس زودتر شروع شده و نسبت به نوزادان ترم بیشتر طول می‌کشد. اگر زردی در ۲۴ ساعت اول شروع شود، بیشتر از ۲ هفته طول بکشد و یا همراه با علائم خطرناک باشد می‌بایست وی را به سطوح بهداشتی بالاتر ارجاع دهید. در نوزادان LBW مبتلا به زردی دفعات شیردهی باید افزایش یابد (هر دو ساعت) این عمل به دفع سریعتر بیلی روبین از طریق مدفوع کمک می‌کند
مشکلات خونریزی دهنده: بدلیل عدم تکامل سیستم انعقاد خون در بدو تولد	تزریق ویتامین کا در بدو تولد

مراقبت به سبک قدیم / مراقبت در انکوباتور

انکوباتور، جعبه تهویه‌ای است که دارای محیط استریل با درجه حرارت، رطوبت و اکسیژن مناسب می‌باشد. این دستگاه به عنوان یک سیستم حمایتی در نوزادان نارس، LBW و نوزادانی که هنوز وضعیت تثبیت شده‌ای ندارند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در مراقبت انکوباتوری نوزاد را با لباس نازک پوشانده و بمنظور پیشگیری از خفگی سر وی را کمی بالاتر از سطح بدن قرار می‌دهیم. به منظور تشخیص هیپوترمی یا هیپرترمی نوزاد درجه حرارت وی را هر ۴ ساعت کنترل و ثبت می‌نماییم. در انکوباتورهای قدیمی تنظیم درجه حرارت انکوباتور بر اساس وضعیت نوزاد کنترل و تنظیم می‌گردد. برای مثال اگر نوزاد هیپوترم باشد درجه حرارت انکوباتور را افزایش می‌دهیم.

باتوجه به اینکه در بعضی از بیمارستان‌ها انکوباتور وجود دارد، اما ممکن است چند مشکل در استفاده از آنها مطرح باشد. اول اینکه با توجه به گران قیمت بودن آنها تعدادشان کم است و خیلی از بیمارستان‌ها فقط یک انکوباتور دارند و اگر هم تعداد آنها بیشتر باشد نسبت به نوزادان نیازمند به انکوباتور کافی نیست. لذا در اغلب موارد ۲ یا ۳ نوزاد در داخل یک انکوباتور نگهداری می‌کنند و این امر سبب افزایش ریسک ابتلا به عفونت در آنها می‌گردد.

از سوی دیگر نگهداری از انکوباتورها دارای هزینه سنگین و مشکلات بسیار می‌باشد نظیر نداشتن پرسنل آموزش دیده جهت تعمیر آنان، هزینه بالای تعویض قطعات، قطع برق و در نتیجه هیپوترم شدن نوزاد. در ضمن نگهداری نوزاد در انکوباتور برای خانواده گران و پرهزینه است.

وقتی انکوباتور به تعداد کافی در دسترس باشد برای نگهداری و مراقبت صحیح از نوزادان بدحال و خیلی نارس یا ناپایدار می‌تواند مفید باشد. در چنین نوزادانی می‌توان مراقبت انکوباتوری و مراقبت مادرانه آغوشی را به صورت دوره‌ای به کار برد. مراقبت گهواره‌ای (کات)

مراقبت گهواره‌ای یا همان مراقبت درون کات برای نوزادان با وضعیت پایدار یا بیمار ترم استفاده می‌گردد. این نوزادان لباس کاملی به تن دارند و توسط یک پتو گرم نیز پوشیده شده‌اند و در داخل گهواره قرار می‌گیرند. نوزادان با وضعیت پایدار بعد از خروج از مراقبت انکوباتوری برای پیشگیری از هیپوترمی در یک محیط گرم به کات منتقل می‌گردند. جهت تامین گرمای بیشتر اتاق می‌توان از بخاری برقی استفاده نمود.

مراقبت سنتی

این نوع مراقبت زمانی که نوزاد در خانه به دنیا آمده و یا والدین به تسهیلات درمانی دسترسی نداشته باشند به کار می‌رود. دسترسی به تسهیلات درمانی ممکن است محدود باشد یا زمینه انتقال وجود نداشته باشد یا خانواده به پرسنل و مراکز درمانی اعتماد نداشته باشند. زمانی که نوزاد در خانه بدنیا می‌آید مادر بزرگ، عمه یا خاله به او لباس گرم می‌پوشانند و وی را درون پتو می‌پیچند، خانه را با آتش گرم نگه می‌دارند، نوزاد را از اتاق بیرون نمی‌برند و تا زمان افتادن بندناف برای

ملاقات کنندگان محدودیت قائل می‌شوند و در بعضی جاها مادر و نوزاد را برای یک دوره ۴۰ روزه یا ۶ هفته در خانه نگه می‌دارند.

مراقبت کانگورویی / مراقبت پوست به پوست

این روش برای نوزادان LBW که وضعیت پایدار دارند بکار می‌رود. در مراقبت مادرانه آغوشی نوزاد به صورت عمودی بین پستان‌های مادر روی سینه در تماس مداوم با پوست مادر نگه‌داشته می‌شود. برای حفظ درجه حرارت، تحریک تنفس و تغذیه بر اساس تقاضا نوزاد و برقراری دلبستگی مادر و نوزاد، او را در تماس با سینه و زیر لباس مادر قرار می‌دهند.

مطالعه موردی

مورد ۱:

یک نوزاد پسر ۳ روزه با وزن ۱۵۰۰ گرم در وضعیت kmc قرار دارد و به نظر می‌رسد تنفس وی مناسب نیست. شما چه کاری انجام می‌دهید؟ لطفاً به ترتیب اولویت پاسخ‌هایتان را لیست کنید. پاسخ‌ها:

A- به مادر بگویید که باید نوزاد را فوراً معاینه کنید

B- تنفس نوزاد را چک کنید

۱- اگر نوزاد تنفس نمی‌کند، تعداد تنفس زیر ۳۰ در دقیقه است و یا تنفس بریده بریده است فوراً نوزاد را احیاء کنید.

۲- مراحل احیاء را به ترتیب اجرا کنید تا نوزاد بیش از ۳۰ تنفس در دقیقه داشته باشد.

۳- اگر احیاء موفقیت‌آمیز بود، نوزاد را به سینه مادر برای ادامه kmc برگردانید و به مادر در ارزیابی تنفس نوزاد کمک کنید.

C- در صورت وجود مشکلات تنفسی زیر بعد از احیاء، نوزاد را به سطوح بالاتر ارجاع دهید.

۱- در صورت کافی نبودن تعداد تنفس (کمتر از ۳۰ تنفس در دقیقه) یا نفس بریده بریده، تا رسیدن به مرکز ارجاع عملیات احیاء را ادامه دهید.

۲- تنفس بیش از ۶۰ تا در دقیقه، ناله، تو رفتگی عضلات تنفسی، کبودی زبان و لب‌ها و یا آبی رنگ یا رنگ پریدگی تمام بدن

(D) اگر تنفس نوزاد طبیعی

۱- برای مادر توضیح دهید که تنفس نوزاد ممکن در یک دوره زمانی بسیار کوتاه نامنظم باشد (بیش از ۲۰ ثانیه بدون یک تنفس). نوزاد را از نظر داشتن مشکلات تنفسی از نزدیک زیر نظر داشته باشید. جهت ادامه مراقبت مادرانه آغوشی و ادامه سایر مراقبت‌های مورد نیاز نوزاد را به آغوش مادر برگردانید.

چگونگی برخورد با آپنه

الگوی تنفسی نوزاد را به مادر آموزش دهید و تغییرات طبیعی تنفس را برای وی شرح دهید .

- به مادر توضیح دهید که آپنه چیست و چه اثراتی بر روی نوزاد وی دارد .
- تاثیرات آپنه بر روی بدن نوزاد را برای مادر شرح دهید (از مادر بخواهید نفسش را یکبار برای مدت کوتاهی مثلا کمتر از ۲۰ ثانیه و سپس برای یک مدت طولانی ، بیشتر از ۲۰ ثانیه نگهدارد).

- برای مادر توضیح دهید که اگر تنفس بیش از ۲۰ ثانیه متوقف شود، نوزاد کبود (آبی شدن لب و صورت) می گردد که این نشانه ای از یک بیماری جدی است .
به مادر آموزش دهید که در اینگونه مواقع به منظور تحریک نوزاد سریا پشت وی را به آرامی با حرکات رفت و برگشتی ماساژ دهد تا تنفس وی مجددا برقرار گردد و در صورت عدم برقراری تنفس نوزاد فوراً به پرستار اطلاع دهد .

به مادر کمک کنید تا از محکم و نبودن پوشک نوزاد (بویژه نوزادان نارس) اطمینان حاصل کند. نوزادان در ضمن اینکه نیاز به امنیت و آرامش دارند باید در بتوانند آزادانه تحرک و تنفس کنند و تغذیه شوند .

فورا به درخواست کمک مادر پاسخ بدهید .

در صورت طولانی شدن آپنه و عدم برقراری مجدد تنفس با تحریک نوزاد می بایست عملیات احیاء طبق دستورالعمل احیاء در بیمارستان شروع شود .

در صورت بروز آپنه های مکرر نوزاد را معاینه کنید زیرا ممکن است علامت اولیه شروع عفونت باشد، در این صورت نوزاد را طبق دستورالعمل مربوطه درمان نمائید.

۲

فصل

**KMC برای نوزادان LBW
(تئوری)**

هدف کلی

در پایان جلسه فراگیران قادر خواهند بود، نحوه اجرای مراقبت مادرانه آغوشی را بطور عملی شرح دهند.

اهداف اختصاصی

- مراقبت مادرانه آغوشی را تعریف نمایند
- دورنمای مراقبت مادرانه آغوشی را شرح دهند.
- دو نوع مراقبت مادرانه آغوشی را بیان کنند.
- اجزاء مراقبت مادرانه آغوشی را شرح دهند.
- نوزاد واجد شرایط جهت انجام مراقبت مادرانه آغوشی را تشخیص دهند.
- در مورد نحوه انجام مراقبت مادرانه آغوشی بحث کنند.
- تغذیه نوزاد ونحوه کنترل رشد نوزاد در طول مراقبت مادرانه آغوشی را شرح دهند.
- حمایت فیزیکی و عاطفی در طی انجام مراقبت مادرانه آغوشی را شرح دهند.
- روش مراقبت مادرانه آغوشی را با روش مرسوم مراقبت درانکوباتور مقایسه کنند.

زمان: ۷ ساعت و ۲۵ دقیقه (شامل استراحت و نهار)

- مرور مراقبت مادرانه آغوشی
- نحوه انجام مراقبت مادرانه آغوشی
- تغذیه نوزاد ونحوه کنترل رشد نوزاد در حین مراقبت مادرانه آغوشی
- حمایت فیزیکی و عاطفی
- مقایسه روش مراقبت مادرانه آغوشی با مراقبت مرسوم (داخل انکوباتور)

وسایل آموزشی: تخته، گچ، فلیپ چارت، نشانگرها، مولاژ نوزاد، پروژکتور، اورهد

جزوات آموزشی

- تعریف مراقبت آغوشی مادرانه و دورنمای آن
- انواع مراقبت مادرانه آغوشی
- زمان شروع مراقبت مادرانه آغوشی و معیارهای انجام آن
- نحوه انجام مراقبت مادرانه آغوشی
- تکنیکهای تغذیه در طول مراقبت مادرانه آغوشی
- تغذیه نوزاد با وزن کم حین تولد در مادران مبتلا به ایدز
- کنترل رشد نوزاد با وزن کم حین تولد
- حمایت کارکنان بهداشتی و اعضاء خانواده
- فواید مراقبت مادرانه آغوشی
- مشکلات مرتبط با مراقبت مادرانه آغوشی
- فواید و مضرات مراقبت در داخل انکوباتور

فیلم:

مرور روش طبیعی مراقبت از نوزادان تازه متولد شده با استفاده از فیلم دکتر Nils Bergman (۲۰۰۱)

روشهای تدریس:

- بارش افکار
- بحث
- نمایش
- تمرین عملی
-

نگاه کلی به فصل ۲: مراقبت مادرانه آغوشی جهت نوزاد LBW و نوزاد نارس

مباحث	زمان	محتوای درس	روش تدریس	وسایل مورد نیاز
مرور	۵ دقیقه	نگاه کلی بر مباحث روز	بحث	فلیپ چارت و نشانگر
۱-۱: مراقبت مادرانه آغوشی	۲۵ دقیقه	دورنما و تعریف مراقبت مادرانه آغوشی انواع مراقبت مادرانه آغوشی	مدرس از فراگیران می خواهد در مورد تعریف مراقبت مادرانه آغوشی با یکدیگر بحث و گفتگو نمایند تا به تعریف صحیحی دست یابند. بحث در مورد انواع مراقبت مادرانه آغوشی (دو نوع)	فلیپ چارت و نشانگر جزوه مبحث ۲,۱
۲-۲: نحوه انجام مراقبت مادرانه آغوشی	۲ ساعت	معیارهای لازم جهت زمان شروع مراقبت مادرانه آغوشی نحوه انجام مراقبت مادرانه آغوشی: وضعیت مادر و نوزاد در حین مراقبت مادرانه آغوشی مراحل تغییر وضعیت نوزاد برای مراقبت مادرانه آغوشی	مدرس از فراگیران می خواهد در مورد معیارهای لازم مراقبت مادرانه آغوشی فکر کنند. بحث و گفتگو و رسیدن به اطلاعات صحیح. بحث در مورد وضعیت مادر و نوزاد و مراحل تغییر پوزیشن دادن نوزاد جهت مراقبت مادرانه آغوشی نمایش فیلم پوزیشن وضعیت مراقبت مادرانه آغوشی نمایش فیلم و نمایش مجدد آن جهت تمرین فراگیران.	جزوه مبحث ۲,۲ فلیپ چارت و مارکر شرح وضعیت مراقبت مادرانه آغوشی نمایش فیلم پوزیشن وضعیت مراقبت مادرانه آغوشی
	۱۵ دقیقه	استراحت		

وسایل مورد نیاز	روش تدریس	محتوای درس	زمان	مباحث
جزوه مبحث ۲,۳ رضایت مادران از شیردهی فیلم EBM	بارش افکار، بحث و نمایش فیلم نمایش مجدد فیلم جهت تمرین عملی	روش های تغذیه در طول مراقبت مادرانه آغوشی مقدار و دفعات تغذیه نوزادان LBW در مادران مبتلا به HIV مثبت کنترل رشد نوزادان LBW	۶۰ دقیقه	۲-۳: نحوه تغذیه و کنترل رشد توزاد در طول مراقبت مادرانه آغوشی
	نهار		۶۰ دقیقه	
تیم حمایتی KMC جزوه مبحث ۲/۴	بحث و گفتگو جهت کسب اطلاعات صحیح	حمایت از کارکنان بهداشتی و اعضای خانواده نوزاد	۶۰ دقیقه	۲-۴: حمایت عاطفی و فیزیکی
	استراحت		۱۵ دقیقه	
چارت فلیپ و مارکر جزوه مبحث ۲/۵	مدرس از فراگیران می خواهد تا در مورد مراقبت مادرانه آغوشی در مقایسه با مراقبت مرسوم مادر از نوزاد بحث و گفتگو نمایند تا به نتیجه صحیح دست یابند.	شرایط لازم جهت انجام مراقبت مادرانه آغوشی و مراقبت معمول مادر. فواید KMC. مشکلات مرتبط با KMC. فواید و مضرات مراقبت داخل انکوباتور.	۴۵ دقیقه	۵-۲: مقایسه مراقبت مادرانه آغوشی با مراقبت داخل انکوباتور
	بحث و مذاکره		۳۰ دقیقه	مطالعه های موردی
	مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می خواهد خلاصه ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز بخواهد که در بحث مشارکت نمایند پرسش و پاسخ		۱۵ دقیقه	خلاصه

جزوه: نگاه کلی به KMC

KMC روشی آسان و کم‌هزینه جهت مراقبت از نوزادان LBW است. این روش برای اولین بار در سال ۱۹۷۰ توسط دکتر مارتین و ری در بوگوتا و کلمبیا در مواجهه با ازدحام نوزادان در بخش مراقبت ویژه نوزادان و کمبود انکباتور مورد استفاده قرار گرفت. در KMC نوزاد با وزن کم حین تولد در حالیکه فقط پوشک، کلاه و جوراب دارد، در تماس پوست با پوست روی سینه مادر قرار می‌گیرد. نوزاد بصورت عمودی ما بین پستان‌های مادر و درون لباس مادر قرار می‌گیرد و در آنجا بوسیله پارچه‌ای که هر دو مادر و نوزاد را می‌پوشاند نگهداری میشود در KMC مداوم نوزاد باستثناء زمانی که نیاز به حمام و تعویض پوشک بطور دائم در این پوزیشن قرار می‌گیرد. در مواردی که مادر به نیازهای شخصی خود رسیدگی می‌کند. پدر یا سایر اعضای خانواده می‌توانند با مراقبت آغوشی نوزاد را گرم نگهدارند و بدینوسیله به مادر کمک نمایند.

روش مراقبت مادرانه آغوشی تغذیه نوزاد بر حسب تقاضا، ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد و گرم نگهداشتن نوزاد را تسهیل می‌کند. این روش در موسسات پزشکی کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته به عنوان یک روش سالم، موثر و مکمل مراقبت نوزاد LBW داخل انکوباتور معرفی شد. KMC در بسیاری از بیمارستان‌های کشورهای اروپایی و آمریکایی مورد قبول واقع شده است. همچنین این روش در چندین کشور آفریقایی و آسیایی نیز معرفی شده.

امروزه بیشترین مقالاتی که در حمایت از مراقبت مادرانه آغوشی منتشر شده مربوط به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است که دارای شیرخواران با وضعیت تثبیت شده و کارکنانی که در این زمینه مهارت داشته‌اند، بوده است.

مادران سپس این مراقبت را در خانه با نظارت کامل و پی‌گیری‌های منظم مرکز بهداشتی انجام می‌دهند. به هر حال چندین مطالعه برای بررسی اثرات این روش در مراکزی که ارجاعی نبوده و مراقبت‌های تخصصی در آنها محدودیت دارد در حال انجام است.

داستانی در مورد کیسه:

یک نوزاد کانگورو ناتوان تر از نوزاد انسان و به اندازه یک زنبور عسل و در در زمان تولد نابینا است. جنین کانگورو زمانی که یک جنین می‌باشد داخل کیسه امنیون محصور شده است. بلافاصله بعد از تولد وقتی از کیسه امنیون خارج شد در میان خز مادر شناور شده و به کیسه روی شکم مادر می‌رسد. برای پیدا کردن راه، جنین از حس بویدن و گیرنده‌های جاذبه (مستقر در گوش میانی) استفاده می‌کند در این نقطه فقط دو حس فعال وجود دارد. زمانی که جنین کانگورو نوک سینه مادرش را پیدا کرد در آنجا لانه گزیده و بطور فیزیکی ۵-۴ هفته در آنجا باقی می‌ماند. معمولاً نوزاد تازه متولد شده تنهاست و بندرت دوقلویی می‌باشد و زمانی یک نوزاد مورد حمله قرار می‌گیرد که بچه بزرگتر که کیسه را ترک کرده هنوز از شیر گرفته نشده است و برای خوردن شیر از سینه مادر سرش را به داخل کیسه فرو می‌برد و هر یک از فرزندان از نوک پستان مخصوص به خود استفاده می‌کند و هر کدام از دو پستان ترکیبات مختلفی از شیر که متناسب با سن نوزاد است فراهم می‌کند.

تعریف KMC:

مراقبت کانگورویی یک روش مراقبتی زیستی سالم و در دسترس برای مراقبت از نوزاد تازه متولد شده است و عملاً برای مراقبت از نوزادان نارس و LBW بکار می‌رود. این روش بصورت تماس پوست با پوست طولانی و آسان بین مادر و نوزاد با LBW تعریف شده است. از این روش می‌توان در بیمارستان و در خانه برای مراقبت از نوزاد استفاده کرده تا زمانی که نوزاد به وزن ۲ کیلوگرم برسد ادامه داد.

اگر مورد قبول باشد، برنامه‌های مدیریتی می‌توانند مشوقی برای انتخاب دوره‌های مخصوص جهت شرح KMC و عقاید متناسب دیگر باشد. در بعضی از کشورها اصطلاحات جدید توسعه یافته‌اند و در بسیاری از زبان‌ها برای کلمه کانگرو ترجمه وجود ندارد و در بعضی ملل دیگر هنوز آن یک حیوان شناخته شده نمی‌باشد. در بعضی جاها آن به خاطر یکسان پنداشتن عمل انسانی با یک حیوان اهانت برای بشر محسوب می‌شود. در جاهای اندکی از کلماتی نزدیک به عبارت skin-to-skin با چیزهای مشابه جهت شرح KMC برای استفاده انتخاب شده است.

چه کسی می‌تواند KMC انجام دهد؟

هر کسی می‌تواند KMC را انجام دهد به شرط آنکه روش انجام آن را یاد گرفته و تمایل به انجام آن داشته باشد. تمام افرادی که جهت انجام KMC به مادر کمک می‌کنند می‌توانند خود KMC انجام دهند مثل مادر بزرگ - خواهر - عمه - همسر و حتی دوستان.

جزوه: انواع KMC

KMC مداوم در این روش KMC ۲۴ ساعته و هر روز انجام شود. (بجز زمانهای کوتاهی که مادر برای حمام یا رفع سایر نیازهای شخصی خود لازم دارد.) و نیازمند حمایت از طرف سایر اعضای خانواده بویژه همسر می‌باشد. این بهترین KMC برای نوزادان LBW می‌باشد.

KMC متناوب: در این روش KMCC تنها برای دوره‌های معینی از روز انجام می‌شود. مادر در خانه یا در محدوده بیمارستان یوده ولی در زمانهای خاصی جهت انجام KMC به بخش مراقبت ویژه نوزادان مراجعه می‌کند و در زمانهای دیگر نوزاد در داخل انکوباتور گذاشته می‌شود. این نوع KMC اغلب برای نوزادان خیلی کوچک و یا بدحال استفاده می‌شود و یا برای مادرانی که نمی‌خواهند KMC را انجام دهند یا قادر به انجام آن نیستند مانند مادرانی که سزارین شده‌اند.

طول مدت KMC:

هر دو نوع KMC تا حد امکان، در صورت تحمل نوزاد باید طولانی‌تر انجام شود. نوزادانیکه KMC نمی‌شوند، بی‌قرار بوده و معمولاً سعی می‌کنند که خود را از تماس پوست با پوست جدا کنند. زمانی که نوزادان از ادامه مراقبت مادرانه آغوشی مرخص می‌شوند، دستورالعمل‌های محلی KMC ممکن است نسبت به وزن دتغییر کند. ثبت این نکته مهم است، به هر حال نوزاد باید با پستان مادر تغذیه شده و گرم نگه داشته شود حتی زمانی که KMC طولانی انجام نمی‌شود.

جلسه ۲-۲: نحوه انجام KMC

جزوه: زمان شروع KMC و شرایط لازم

زمان شروع KMC

KMC باید زمانی شروع شود که نوزاد نارس کوچک و با نوزاد LBW دارای وضعیت تثبیت شده باشد، در غیر این صورت انجام آن باید به تاخیر بیافتد. زمان دقیق شروع KMC بستگی به شرایط مادر و نوزاد دارد. به هر حال تشویق مادر برای سازگاری جهت انجام هرچه زودتر KMC مهم است.

شرایط لازم برای انجام KMC:

معیارهای زیر باید جهت شروع KMC توسط مادر در نظر گرفته شود.

• رضایت مادر برای انجام KMC

• نوزاد وضعیت تثبیت شده ای داشته باشد مانند :

- عدم وجود بیماری‌های جدی مانند: سپسیس، پنومونی، مننژیت، دیسترس تنفسی و تشنج
 - پس از تثبیت شدن وضعیت نوزادانی که به منظور درمان عفونت، آنتی‌بیوتیک دریافت می‌کنند.
 - از KMC متناوب تا زمانی که نوزاد وضعیت طبیعی و سالم پیدا کند می‌توان استفاده نمود.
 - نوزادان تحت فتو تراپی ممکن است برای دریافت KMC متناوب مورد ارزیابی قرار گیرند.
- نوزادان LBW زیر ۲۰۰۰ گرم را به نزدیکترین مرکز درمانی دارای امکانات KMC یا سطوح مراقبتی بالاتر ارجاع دهید.

جزوه آموزشی: نحوه انجام KMC

وضعیت مادر و نوزاد حین KMC:

نوزاد دارای پوشک و جوراب و کلاه می‌باشد و بصورت عمودی ما بین پستانهای مادر، در حالی که در تماس دائمی پوست با پوست مادر است نگهداری می‌شود. نوزاد در مقابل سینه مادر، زیر لباس باید طوری قرارگیرد که از سر و گردن وی محافظت شود. ضمن این که مادر نوزاد را با لباسش می‌پوشاند از یک پتو یا حوله دیگر نیز برای پوشاندن نوزاد استفاده می‌کند. در زمان استراحت مادر می‌تواند در یک پوزیشن راحت با شیب ملایم ۳۰ درجه قرار گرفته و از یک بالش جهت راحتی بیشتر استفاده کند.

هنگامی که مادر راه می‌رود نوزاد همچنان بوسیله لباس در همان وضعیت قرار دارد. توجه داشته باشید در صورت خیس یا کثیف شدن کهنه نوزاد فوراً تعویض شود. این کار علاوه بر تامین راحتی مادر و نوزاد از اتلاف گرما هم جلوگیری می‌کند.

نگهداری نوزاد در وضعیت KMC دائم برای مادر طاقت فرسا و خسته کننده است. لذا برای کمک به مادر هنگام خستگی یا رفع نیازهای شخصی مانند حمام کردن و یا غیره دیگر اعضای خانواده مثل همسر و مادر بزرگ و یا بچه‌های دیگر می‌توانند فکر کنند که چطور از نوزاد در پوزیشن کانگروبی مراقبت کنند. بنابراین آنها می‌توانند به مادر در زمان نیاز کمک کنند.

مراحل پوزیشن دادن به نوزاد در زمان انجام KMC:

۱. به نوزاد پوشک و جوراب و کلاه بپوشانید.
 ۲. نوزاد را مابین پستانهای مادر قرار دهید.
 ۳. از نوزاد روی سینه مادر با یک لباس محافظت کنید.
 ۴. برای تامین گرمای کافی با یک حوله یا پتو از روی لباس مادر (KMC) آن دو را بپوشانید.
 ۵. به مادربیموزید یک تاپ جلو باز بپوشد: تاپی که از قسمت جلو باز بوده، بطوریکه صورت و سینه و شکم نوزاد را در تماس دائم با پوست سینه و شکم مادر نگهدارد.
 ۶. به مادر آموزش دهید چگونه نوزاد را در وضعیت نشسته و یا درحین راه رفتن بصورت عمودی نگهدارد.
 ۷. به مادرتوصیه نمایید بیشتر از مراقبت مادرانه آغوشی دائم به صورت ۲۴ ساعته و دائم استفاده نماید.
 ۸. به مادربیموزید در موقع خوابیدن در وضعیت نیمه نشسته قرار گرفته و نوزاد را در پوزیشن عمودی نگه دارد.
- جهت حفاظت از نوزاد حین مراقبت مادرانه آغوشی چندین نوع لباس وجود دارد. از هر نوع که بخواهید می‌توانید استفاده کنید فقط توجه نمایید لباس باید طوری باشد که در طی مراقبت آغوشی از نوزاد محافظت کرده و درضمن به وی آزادی حرکت و تنفس مناسب را بدهد. رعایت این نکته در نوزاد نارس بسیار مهم است.
- برای مثال انواع مختلفی از لباس‌ها در زیر لیست شده است:
- بولیویا = بلوز محکم که با یک بند به دور کمر پیچیده می‌شود.
- مالزی = بلوز یا پیراهن محلی که جلو باز بوده و چند منظوره می‌باشد.
- کلمبیا = لباس لیکرا، پوششی از مواد مصنوعی نظیر نایلون و کشدار است استفاده می‌کنیم.
- هند = بلوز جلو باز، ساری
- زیمبابه = لباس یا بلوز جلو باز محلی که نوزاد را می‌پوشاند
- آمریکا = بلوز سفت و چسبان

جلسه ۲-۳: تغذیه و کنترل رشد در طول KMC

جزوات: روش‌های تغذیه در طول KMC

نوزادان LBW باید منحصراً با شیر مادر تغذیه شوند. در صورت مناسب بودن شرایط، تغذیه انحصاری با شیرمادر برای تمامی نوزادان توصیه شده است. تغذیه با شیرمادر تا حد ممکن هرچه زودتر و بلافاصله بعد از تولد شروع کنید. به هر حال تغذیه از پستان برای نوزادان LBW خسته کننده و طولانی است، بنابراین مادر به حمایت تشویق بیشتر جهت تغذیه نوزادش نیاز خواهد داشت.

نوزاد تازه متولد شده باید بر طبق میل و تقاضایش و در نهایت هر ۲-۳ ساعت تغذیه شود. به هر حال مادر ممکن است جهت اطمینان از کافی بودن تغذیه نوزاد، او را بیدار کند. نوزادان LBW و

نارس ممکن است به تغذیه هر ۱/۵ الی ۲ ساعت نیاز داشته باشند.

اگر نوزاد نتواند از پستان مادر تغذیه کند، از سایر روش‌های جهت تغذیه با شیر مادر استفاده خواهد شد. توجه به توانایی نوزاد از نظر مکیدن و بلعیدن و هماهنگی در بلع و تنفس بسیار مهم و ضروری است همان‌طور که در جدول زیر بیان شده است :

معیارها	روشهای تغذیه ای توصیه شده	تذکرات
عدم وجود رفلکس مکیدن عدم توانایی بلعیدن عدم هماهنگی بین بلع و تنفس	دادن شیر دوشیده شده مادر باسند معده	تغذیه با لوله معدی در زمان KMC امکان‌پذیر است.
توانایی نوزاد برای تغذیه از طریق فنجان	دادن شیر دوشیده شده مادر با فنجان یادوشیدن مستقیم شیر پستان به دهان نوزاد یا تغذیه با قطره چکان یا سرنگ	تغییر تدریجی از تغذیه با لوله به تغذیه با فنجان، شروع تغذیه با لوله و فنجان و کاهش تدریجی دفعات تغذیه با لوله زمانیکه نوزاد جهت تغذیه با فنجان از KMC خارج می‌گردد وی را با پتوی گرم بپوشانید.
اگر رفلکس مکیدن مناسب باشد یعنی علائم آمادگی نوزاد برای تغذیه از پستان مادر مثل حرکات زبان و دهان و علاقه به مکیدن وجود داشته باشد.	تغذیه انحصاری از پستان مادر	تغییر تدریجی تغذیه با فنجان به تغذیه از پستان مادر. در ابتدا گاهی اوقات به نوزاد اجازه لیس زدن نوک پستان داده شود. سپس نوزاد در ضمن تغذیه با فنجان گاهی پستان را بمکد وزمانی که مکیدن نوزاد خوب و موثر گردید از پستان مادر به تنهایی تغذیه نماید.

جزوه آموزشی: میزان و تناوب شیر

تناوب شیر دهی بستگی به میزان تحمل شیر در هر وعده تغذیه و نیاز روزانه نوزاد به شیر مادر برحسب وزن وی دارد. طبق دستورالعمل مربوطه میزان هر بار تغذیه در نوزاد نارس کوچک تازه بدنیا آمده افزایش یکنواخت $0/5 \text{ ml}$ روزانه می باشد.

جدول ۱ و ۲ راهنمای خوبی برای محاسبه میزان تغذیه نوزاد هستند.

در صورتیکه رشد نوزاد کافی نباشد، نفخ شکمی یا استفراغ نیز نداشته باشد می توان میزان شیر را افزایش داد و بالاترین میزان شیر بطور نرمال 200 ml/kg روزانه منقسم بر ۸ وعده است. بچه های بسیار کوچک باید هر دو ساعت و بچه های بزرگتر هر سه ساعت تغذیه شوند. در صورت لزوم به مادر بگویید نوزاد را در طی شب و روز از خواب بیدار کند.

یاد آوری: نوزادان نارس ممکن است طبق تقاضای نوزاد تغذیه نشوند. بنابراین ممکن است نیاز به تغذیه طبق جدول زیر داشته باشند.

جدول ۱: میزان شیر (یا مایع) مورد نیاز روزانه /بر حسب سن و وزن نوزاد

وزن تولد	روز ۱	روز ۲	روز ۳	روز ۴	روز ۵	روز ۶-۱۳	روز ۱۴
۲ ساعت یا ۳ ساعت	60 ml/kg	80 ml/kg	90 ml/kg	100 ml/kg	110 ml/kg	$120-180 \text{ ml/kg}$	$180-200 \text{ ml/kg}$

جدول ۲: بالاترین میزان شیر مادر مورد نیاز برای تغذیه /بر حسب وزن و سن

وزن تولد	تعداد تغذیه ها	روز ۱	روز ۲	روز ۳	روز ۴	روز ۵	روز ۶-۱۳	روز ۱۴
1000 g	۱۲	5 ml/kg	7 ml/kg	8 ml/kg	9 ml/kg	10 ml/kg	$11-16 \text{ ml/kg}$	17 ml/kg
1250 g	۱۲	6 ml/kg	8 ml/kg	9 ml/kg	11 ml/kg	12 ml/kg	$14-19 \text{ ml/kg}$	21 ml/kg
1500 g	۸	12 ml/kg	15 ml/kg	17 ml/kg	19 ml/kg	21 ml/kg	$23-33 \text{ ml/kg}$	35 ml/kg

۴۵ ml/kg	۲۶-۴۲ ml/kg	۲۴ ml/kg	۲۲ ml/kg	ml/kg ۲۰	ml/kg ۱۸	ml/kg ۱۴	۸	۱۷۵۰g
۵۰ ml/kg	۳۰-۴۵ ml/kg	۲۸ ml/kg	۲۵ ml/kg	ml/kg ۲۳	ml/kg ۲۰	ml/kg ۱۵	۸	۲۰۰۰g

جدول ۲ او از کتاب راهنمای KMC سال ۲۰۰۳ سازمان بهداشت جهانی (WHO) اقتباس شده است.

مادر را تشویق کنید به محض مشاهده علائم آمادگی نوزاد برای مکیدن، تغذیه از پستان را شروع نماید. در ابتدا نوزاد ممکن است قدرت مکیدن کافی نداشته باشد. اما حتی مکیدن‌های کوتاه نیز تولید شیر را تحریک کرده و به نوزاد در مکیدن موثر کمک می‌کند. به مادر اطمینان داده و به وی در تغذیه نوزاد از پستان مادر کمک کنید. همان‌طور که بچه بزرگتر می‌شود، بتدریج تغذیه طبق تقاضا و میل نوزاد جایگزین تغذیه طبق دستورالعمل تغذیه‌ای می‌گردد. زمانی که نوزاد بطور انحصاری از پستان مادر تغذیه می‌شود، اندازه‌گیری میزان شیر دریافتی غیر ممکن است و وزن تنها راه بررسی کافی بودن میزان تغذیه نوزاد است.

جزوه آموزشی: تغذیه نوزادان LBW زمانیکه مادر HIV+ است.

شیر مادر همیشه بهترین غذا برای یک نوزاد تازه متولد شده است مخصوصاً نوزادان کم وزنی که بیشتر در معرض خطر هستند. یک نوزاد دارای مادر مبتلا به ایدز، ۱۵٪ احتمال دارد که از طریق شیر مادر به عفونت HIV+ مبتلا شود.

خطر ابتلا به HIV کمتر می‌شود اگر:

- تغذیه انحصاری با شیر مادر باشد.
- مادر مبتلا در صورت داشتن شقاق سینه و عفونت پستان بلافاصله درمان شود.
- نوزاد فقط برای چند ماه از پستان مادر تغذیه شود.
- مادر و نوزاد داروهای آنتی رتروویرال را دریافت کنند.
- خطر ابتلا به HIV بیشتر می‌شود اگر:
- نوزاد به مدت طولانی از پستان مادر تغذیه شود.
- مادر در زمان شیر دهی دچار ایدز عفونت گردد.
- مادر شقاق نوک پستان یا ماستیت داشته باشد و یا نوزاد برفک دهان یا عفونت گوارشی داشته باشد.
- مادر علائم ایدز را نشان بدهد.

• نوزاد تغذیه ترکیبی (مانند: شیر مادر و سایر غذا و مایعات) دریافت کند.

پرسنل بهداشتی باید تمام اطلاعات لازم در زمینه خطرات و فواید انواع مختلف تغذیه را در اختیار مادر قرار دهند و سپس از انتخاب آنها جهت تغذیه نوزاد. مطابق آخرین بیانیه خط‌مشی انگلستان در زمینه «HIV و تغذیه نوزادان» (۲۰۰۱) حمایت کنند.

زمانی تغذیه جایگزین قابل قبول، عملی، امکان‌پذیر، بجا و سالم است که به مادر مبتلا تغذیه با شیر مادر توصیه نشده باشد. از طرف دیگر تغذیه انحصاری با شیر مادر در ماه‌های اول زندگی توصیه می‌شود. بمنظور کاهش خطر انتقال HIV، باید تغذیه از پستان مادر به محض مناسب بودن شرایط نوزاد با توجه به وضعیت مادر و خطرات تغذیه جایگزین (شامل عفونت‌هایی به غیر از HIV و سوء تغذیه) قطع شود. زمانی که مادر مبتلا به HIV نخواهد نوزاد را با شیر خود تغذیه نماید یا بعداً تصمیم به قطع شیردهی داشته باشد. باید این مادران در دو سال اول زندگی نوزاد به منظور حصول اطمینان از کفایت تغذیه جایگزین نوزاد راهنمایی شده و مورد حمایت قرار گیرند. برنامه‌ها باید بگونه‌ای تنظیم گردد تا تغذیه جایگزین سالم‌تری را برای مادران مبتلا به HIV و سایر اعضای خانواده وی ایجاد نماید.

اگر تغذیه جایگزین برای بچه کم وزن حین تولد AFASS باشد، نوزاد را با شیرمصنوعی مناسب از طریق فنجان تغذیه نمایید. میزان و دفعات شیردهی مشابه تغذیه نوزادان کوچکی است که با فنجان ولی با شیر مادر تغذیه می‌شوند.

هرگز برای تغذیه جایگزین از شیر غلیظ شده شیرین، شیری که خامه‌اش گرفته شده و رقیق است، ایمیوه، قند آب یا فرنی ابکی استفاده نکنید. این غذاها انرژی کافی و مواد مغذی مورد نیاز را فراهم نمی‌کنند.

اگر حتی یکی از معیارهای AFASS (قابل قبول و عملی و امکان پذیر و بجا و سالم) بدست نیاید، کارکنان بهداشتی باید تغذیه از پستان مادر را با انجام مراقبت‌های زیر، سالمتر سازند:
برقراری هر چه زودتر تغذیه با شیر مادر از طریق فنجان یا پستان مادر که بستگی به توانایی نوزاد در بلعیدن و مکیدن پستان مادر دارد.

- تغذیه فقط با شیر مادر انجام شود و از دادن غذای مکمل، مایعات و حتی آب اجتناب شود.
- تغذیه با شیر مادر طبق تقاضای نوزاد بوده و از توصیه‌های مشابهی که برای سایر نوزادان در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر بکار می‌رود پیروی شود.
- جهت پیشگیری یا درمان سریع موارد غیرطبیعی مانند: هرگونه مشکلات پستان مادر مثل شقاق نوک سینه، احتقان، آبرسه پستان و ماستیت و زخم دهان در نوزادان با LBW توصیه‌های لازم به مادر داده شود.
- اجتناب از بکاربردن تغذیه مکمل جهت شیرخوار قبل از ۶ ماهگی زیرا در اینصورت اکثراً بیمار شده و بیشتر در معرض ابتلا به HIV قرار می‌گیرند.
- روابط جنسی سالمتری داشته باشد.

توضیح معیار AFASS

Acceptable = قابل قبول: عقاید مادر مانعی برای انجام تغذیه جایگزین نیست. موانع ممکن است علل فرهنگی و اجتماعی داشته باشد یا ترس از ننگ و تبعیض باشد. مطابق این مفهوم مادری که

تحت فشار عوامل فرهنگی و اجتماعی نیست، از تغذیه جایگزین استفاده نمی‌کند و توسط خانواده و جامعه برای سازگاری با تغذیه جایگزین حمایت می‌شود یا او قادر خواهد بود که با فشارهای فامیل و دوستان برای تغذیه زیر سینه سازگار شود.

Feasible = مادر و خانواده وی زمان، دانش، مهارت کافی و سایر تدابیر را برای مهیا کردن تغذیه جایگزین دارند و نوزاد خود را ۱۲ بار در روز هر دو ساعت تغذیه می‌کنند. طبق این مفهوم مادر می‌تواند بفهمد و از آموزشها برای تهیه فورمولای مناسب پیروی کند و با حمایت خانواده می‌تواند در طی شب و روز علا رغم تدارک غذای خانواده و انجام سایر کارها، تغذیه جایگزین کافی را بطور صحیح آماده کند.

Affordable = مادر یا خانواده در صورت ضرورت، بتوانند با حمایت جامعه یا سیستم بهداشتی هزینه خرید، تولید، تدارک و استفاده از تغذیه جایگزین را که شامل: تمام ترکیبات غذا، آب تمیز و تجهیزات بهداشتی خانواده را بپردازند. این مفهوم همچنین شامل دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مواقع ضروری مانند اسهال و هزینه سایر مراقبت‌ها نیز می‌باشد.

Sustainable = توانایی داشتن یک سیستم قابل اعتماد تهیه و پخش پیوسته محصولات و ترکیبات مورد نیاز برای تغذیه جایگزین سالم که نوزاد بمدت طولانی (بالتر از یک سال و یا بیشتر) به آن نیاز دارد. مطابق این مفهوم احتمال اینکه فورمولا در دسترس نباشد و یا در زمان غیبت مادر کسی قادر به فراهم کردن تغذیه جایگزین و دادن آن به نوزاد نباشد کم است.

Safe = سالم و ایمن: تغذیه‌های جایگزین بطور صحیح و بهداشتی فراهم شده و ذخیره گردد. تغذیه با مقادیر کافی، با دستا و وسایل تمیز و ترجیحا با فنجان انجام گیرد. طبق این مفهوم مادر یا گیرنده مراقبت باید:

- به آب تمیز و قابل اطمینان (از طریق لوله یا سایر منابع محافظت شده) دسترسی داشته باشند.
- بتوانند غذای جایگزین نوزاد را عاری از عوامل بیماریز (پاتوژن) تهیه کنند.
- قادر به شستن دست‌ها و وسایل تهیه غذای نوزاد با آب و صابون بوده و آنها را برای استریل کردن بجوشانند.
- قادر باشند آب را برای تهیه غذای نوزاد بجوشانند.
- غذاها در برابر حشرات و سایر حیوانات و مواد آلودکننده بطور صحیح و تمیز محافظت شده و ذخیره گردند.

جزوه آموزشی: نحوه کنترل رشد در نوزادان LBW:

نوزادان روزانه وزن شده و میزان افزایش وزن آنان به منظور کنترل شاخص های زیر کنترل می گردد:

- در یافت شیر کافی
- میزان رشد

پیشنهاد جهانی قابل قبولی برای میزان کنترل رشد نوزادان LBW و نوزادان نارس وجود ندارد.

کنترل رشد، بویژه سنجش افزایش وزن روزانه نیاز به ترازی دقیق، صحیح و تکنیک‌های استاندارد

شده برای کنترل وزن دارد. ترازوهای spring دقت کافی برای اندازه‌گیری‌های مکرر وزن نوزادان کم وزن را ندارند و این امر ممکن است سبب تصمیم‌گیری اشتباه گردد. ترازوهای زایشگاهی با ۱۰ گرم احتمال خطا بهترین وزنه‌های اندازه‌گیری می‌باشند. اگر ترازوی دقیق در دسترس نبود، جهت مانیتورینگ رشد نوزادان KMC شده بجای وزن روزانه، هفته‌ای یکبار آنان را وزن کنید. بنابراین از دست دادن وزن بیشتر از ۱۰٪ در ۵ روز اول زندگی به نظر قابل قبول می‌باشد.

نوزادان کوچک در ۵ روز اول زندگی وزن کم می‌کنند. مثل اینکه بدنشان در هنگام انتقال از مایع آمینوتیک به محیط خارج از رحم، آب اضافی را از دست می‌دهد و از دست دادن وزن بیش از ۱۰٪ در این دوره امری طبیعی تلقی می‌گردد، بعد از این دوره کاهش وزن غیرطبیعی و غیر قابل قبول است. در ضمن بعد از این دوره نوزادان شروع به افزایش وزن یکنواخت و معمولی از زمان تولد تا روز ۴۰ زندگی می‌نمایند. بمنظور کنترل میزان افزایش وزن نوزادان باید طوری برنامه‌ریزی نمود که دو روز در هفته وزن آنان سنجش شود تا اینکه نوزاد در سه بررسی متوالی افزایش وزن مطلوب داشته باشد. سپس تازمانی که نوزاد در بیمارستان بستری است وزن وی هفتگی سنجیده می‌شود. WHO افزایش وزن مطلوب را بشرح زیر بیان نموده:

حداقل افزایش وزن روزانه ۱۵ گرم در روز به ازای هر کیلوگرم وزن بدن به مدت بیش از سه روز (بعد از دوره از دست دادن وزن)

بعد از این که وزن نوزاد به وزن زمان تولد رسید، وزن‌گیری در سه ماهه اول بعد از تولد باید به صورت زیر باشد:

• ۱۵۰-۲۰۰ گرم در هفته برای نوزادان کمتر از ۱/۵ KG (۲۰-۳۰ گرم در روز)

• ۲۵۰-۳۰۰ گرم در هفته برای نوزادان با وزن ۱/۵-۲/۵ KG (۳۰-۳۵ گرم در روز)

بعد از دوره کاهش وزن در ۵ روز اول زندگی، افزایش پیوسته و مناسب وزن بعنوان یکی از علائم سلامتی نوزاد در نظر گرفته می‌شود. افزایش وزن کم یا عدم افزایش وزن نشان‌دهنده بروز مشکلی در نوزاد است که باید مورد بررسی قرار گیرد.

اگر به مدت سه روز کاهش وزن و یا افزایش وزن ناچیز وجود داشته باشد. (برای مثال: افزایش وزن کمتر از ۱۵ گرم در روز برای هر کیلوگرم وزن بدن) بنابراین:

• اگر نوزاد با فنجان یا لوله معدی تغذیه می‌شود، حجم تغذیه ۲۴ ساعته از نظر کافی بودن و یا امکان افزایش حجم شیر نوزاد بررسی شود.

• اگر نوزاد از پستان مادر تغذیه می‌کند پستان مادر از نظر احتمال مشکل و یا روش شیر دهی به نوزاد بررسی شود.

• اگر نوزاد از پستان مادر تغذیه می‌کند دفعات و مدت زمان شیر دهی در ۲۴ ساعت قبل بررسی شود.

• اطمینان از اینکه نوزاد خصوصا در شب طبق ساعت تغذیه می‌شود.

• تغذیه نوزاد در طول شب بررسی شود.

• هنگامی که کاهش وزن نوزاد بررسی می‌شود در نظر گرفتن نکات زیر مهم است:

• اطمینان یابید، نوزاد بطور مداوم KMC می‌شود.

- به مادر توصیه نمایید دفعات شیردهی نوزاد را افزایش دهد.
- نوزاد طبق تقاضایش تغذیه شود.
- شناسایی علائم خطر یا شرایط خاصی که می‌تواند سبب کاهش وزن شود. مانند: قدرت مکیدن ضعیف، از دست دادن گرما (مثل: خیس بودن لباس نوزاد به مدت طولانی)، عفونت، ناهنجاری‌های مادر زادی



تصویر = مادر با نوزادش در وضعیت KMC استراحت میکند.

جلسه ۲-۴: حمایت عاطفی و فیزیکی

جزوه آموزشی: حمایت از طرف کارکنان بهداشتی، جامعه و خانواده
تجربیات نشان می‌دهد جهت انجام KMC لازم است مادران از حمایت کافی مسئولین بهداشتی (شامل پرسنل بخش و همراه بیمار) برخوردار باشند. تمام مسئولین باید از روش KMC مطلع بوده، به اثرات آن معتقد باشند و آن را به عنوان یک روش مناسب جهت مراقبت از نوزادان LBW بپذیرند. همچنین کارکنان بهداشتی نیازهایی جهت بررسی مادرانی که نوزادشان را تغذیه انحصاری با شیرمادر می‌کنند، دارند نظیر چگونگی دوشیدن شیر، تغذیه نوزاد کوچک با فنجان یا ذخیره شیر.

پرسنل بهداشتی می‌توانند حمایت لازم را برای انجام KMC با روش‌های زیر انجام دهند:

- فواید KMC شرح دهند.
- اعضاء خانواده (پدر، مادربزرگ، عمه و...) را بر اساس اعتقادات درست فرهنگ جامعه‌اشان متحد کنند.
- به مادران دارای مشکل در ارتباط با وضعیت KMC، تغذیه و مراقبت از نوزاد تازه متولد شده کمک نمایند.
- با مادران در مورد مشکلاتی که ممکن است وجود داشته باشد صحبت کنند و آنها را به ادامه KMC تشویق کنند.
- مادران و اعضاء خانواده وی را به بیان نگرانی‌ها و پرسیدن سوالاتی در زمینه آن تشویق کنید.

- آموزش بهداشت، اطلاع‌رسانی و تغییر رفتار اجتماعی (BCC)، فعالیت‌هایی در زمینه حساس نمودن جامعه در زمینه KMC و ایجاد انگیزه برای انجام آن طبق اصول
- آگاه کردن جامعه در مورد KMC
- قابل قبول کردن KMC در جامعه طوری که مورد تمسخر قرار نگیرد.
- ایجاد حمایت فیزیکی و عاطفی

مادر و اعضاء خانواده باید به اثرات KMC معتقد باشند و مسئول بخش نیز در مقابل اصرار والدین به انجام وظایف بصورت سنتی صبور باشد و در صورت نیاز با والدین و اعضاء خانواده صحبت کند. همیشه در نظر داشته باشید که KMC مداوم برای مادر طاقت فرسا است و در صورت عدم حمایت مادر در اجرای KMC در خانه ممکن است مادر این فرایند را در خانه ادامه ندهد بنابراین مهم است که اعضاء خانواده مانند همسر و مادر بزرگ نوزاد در جلسات مراقبت مادرانه آغوشی حضور داشته باشند و بدانند که حمایت آنان برای تداوم مراقبت مادرانه آغوشی در منزل مهم و ضروری است. کارکنان بهداشتی نیز با استفاده از روش‌های زیر جهت ادامه KMC در خانه می‌توانند از مادر حمایت کنند:

- در مورد تجربیات و مشکلات مادر در رابطه با KMC بحث کنید
- در صورتی که مادر در مورد تغذیه و وضعیت دادن به نوزاد در هنگام KMC مشکل دارد به وی کمک کنید
- وزن و فعالیت نوزاد را بطور مستمر کنترل نمایید .
- از مادر و خانواده وی در هنگام مراجعه به بخش جهت ویزیت، کنترل وضعیت نوزاد و یا بروز مشکل خاص حمایت کنید.
- اعضاء خانواده میتوانند با انجام کارهای زیر در اجرای KMC در خانه و بیمارستان کمک نمایند :
- گاهی اوقات نوزاد را از وضعیت KMC خارج کنند تا مادر بتواند استراحت نماید .
- مادر را به ادامه KMC در خانه تشویق نمایند.
- مادر را از نظر عاطفی و فیزیکی حمایت کنند.

حمایت جامعه

به علت عدم آگاهی بعضی از جوامع در مورد ضرورت تماس پوست به پوست مادر و نوزاد، قرار دادن نوزاد در وضعیت KMC در این جوامع مورد قبول نیست، بنابراین کارکنان بهداشتی باید به اهمیت KMC برای نوزادان کم وزن توجه داشته و با آموزش آن در جامعه، در آنها ایجاد انگیزه کنند.

پس از تعمیم حمایت خانواده و جامعه بطور درست در بسیاری از فرهنگ‌ها، کارکنان بهداشت و پرسنل بایستی اعضاء جامعه و شرط بندهای درگیر را تا حد ممکن نگه دارند. در این روش اعضاء جامعه می‌توانند به یگدیگر در دسترسی به مراقبت بهداشتی و اطلاع‌رسانی در زمانی که لازم است، کمک کنند و کسانی که راکه چنین مراقبتی انجام می‌دهند حمایت کنند.

جوامع برای حمایت از KMC می‌توانند به روش‌های زیر عمل نمایند:

- به کسانی که در مراقبت از نوزاد LBW آگاهی لازم را ندارند آموزش دهند.

- از آموزش بهداشت و فعالیت‌هایی که ایجاد انگیزه در جامعه می‌کند حمایت نمایند.
- در صورت نیاز برای انجام مراقبت‌های نوزاد به مادر کمک نمایند.



«پدر هم می‌تواند نوزاد را مراقبت آغوشی نماید»

جلسه ۵-۲: مقایسه مراقبت KMC با مراقبت به سبک قدیم

جزوه آموزشی: ضروریات انجام KMC و مراقبت به سبک قدیم

روش مرسوم مراقبت (مراقبت مرسوم مادر)	KMC یا مراقبت کانگرویی مادر
<ul style="list-style-type: none"> • برای نوزادان بیمار می‌توان انجام داد • انکباتور برای هر نوزادی که دارای اعضاء نحیف و لاغر است. 	<ul style="list-style-type: none"> • نوزادان LBW که وضعیت تثبیت شده‌ای داشته و خیلی بیمار نباشند. • رضایت مادر یا ولی نوزاد
<ul style="list-style-type: none"> • به کارکنان بهداشتی بیشتری نیاز دارد. 	<ul style="list-style-type: none"> • به پرسنل کمتری نیاز دارد.
<ul style="list-style-type: none"> • در بیمارستان قابل اجرا است 	<ul style="list-style-type: none"> • میتوان در خانه انجام داد.
<ul style="list-style-type: none"> • به مواد ضدعفونی کننده نیاز دارد. 	
<ul style="list-style-type: none"> • به آب مقطر نیاز دارد 	
<ul style="list-style-type: none"> • به نیروی برق برای انکباتور نیاز دارد 	
<ul style="list-style-type: none"> • مدت بستری طولانی‌تر و هزینه مراقبت‌های ویژه بیشتر است. 	<ul style="list-style-type: none"> • مدت بستری کوتاه‌تر و هزینه کمتر است.
<ul style="list-style-type: none"> • نگهداری انکوباتورها مستلزم بار مالی می‌باشد 	
<ul style="list-style-type: none"> • برای نگهداری و تعمیر انکوباتور نیاز به نیروی متخصص می‌باشد. 	

زمانی که انکوباتور مناسب و سالم در دسترس باشد می‌توان از آن برای مراقبت از نوزادان بیمار و نوزادان بسیار کوچک استفاده نمود. در شرایط ایده آل باید در هر انکوباتور یک نوزاد نگهداری شود و مسئول بخش باید بداند چگونه دستگاه را راه‌اندازی و از آن نگهداری نمایند. زمانی که نوزاد LBW سالم باشد می‌توان اکثراً آنان را به روش KMC مراقبت نمود.

جزوه: فواید KMC

- راهی موثر برای نگهداری صحیح درجه حرارت بدن نوزادان تازه متولد شده می‌باشد.
- سبب ترویج شیردهی از پستان مادر شده و سبب هدایت شیردهی به سمت تغذیه‌های مکرر و طولانی مدت می‌گردد.
- ممکن است میزان شیر مادر را برای تغذیه با فنجان یا سند معده، افزایش دهد.
- نوزادان سریعتر وزن می‌گیرند (رشد سریع) علت این حقیقت ناشی از این است که نوزادان تحت مراقبت با KMC به آسانی طبق تقاضای نوزاد از پستان مادر تغذیه می‌شوند و کالری کمتری برای نگهداری درجه حرارت بدن خود نیاز دارند. (میزان متابولیسم پایین)
- مرگ و میر ناشی از حمله‌های آپنه، تنفس نامنظم و هیپو ترمی در نوزادان نارس یا LBW کاهش می‌یابد که علت آن تحریک مرکز کنترل تنفس در مغز نوزاد توسط فعالیت قلب و تنفس و صدای مادر می‌باشد.
- عفونت کمتر: عفونت‌های جدی در نوزاد کمتر مشاهده می‌شود.
- اعتماد به نفس مادر در حمل کردن نوزاد کوچک افزایش می‌یابد و همچنین باندینگ بیشتری را فراهم می‌کند.
- مدت بستری مادر و نوزاد کاهش می‌یابد. (ترخیص زود هنگام)
- هزینه‌ها (کمتر از هزینه مراقبت در انکوباتور است) را برای هردو بیمارستان و مادر / ولی نوزاد کاهش می‌دهد.
- به تجهیزات کمتری نیاز دارد.
- امکان توانایی نگهداری تعداد بیشتری از نوزاد نارس و LBW را افزایش می‌دهد و پرستار کمتری مورد نیاز است.

مشکلات	راه حل
KMC برای مادران طاقت فرسا است.	تشویق اعضای خانواده برای انجام مراقبت آغوشی نوزاد زمانیکه مادر نیاز به استراحت دارد.
عقیده قوی به تکنولوژی پیشرفته ممکن است به علت سادگی اجرای KMC در مادر ایجاد مخالفت کند.	دادن اطلاعات صحیح در مورد KMC به مادر و اعضای خانواده فراهم کردن حمایت اساسی برای KMC و جذاب و دلپذیر ساختن بخش KMC.
موانع فرهنگی: برای مثال مادر بزرگ ها ممکن است مخالف انجام این روش باشند. در بعضی رسوم، نوزادان در هفته های اول زندگی از مادرشان جدا شده و توسط مادر بزرگ مراقبت می شوند. همچنین نوزادان بجای جلوی سینه در پشت حمل می شوند.	آموزش مادران، مادر بزرگ ها و سایر افراد جامعه در مورد اهمیت نگهداری مادر و نوزاد تازه متولد شده در کنار هم. تاسیس و حمایت از بخش KMC در جامعه استفاده از امکانات محلی برای دادن آموزش های عمومی از طریق صحبت در مورد KMC
همسایگان، اقوام یا سایر مردم جامعه ممکن است مادر را در حین انجام KMC مورد تمسخر قرار دهند.	هدایت کردن آگاهانه مخالفت ها و اجرا KMC در محدوده جامعه
عدم موافقت مادران و مسئولین بهداشت جامعه	متقاعد کردن مادران و مسئولین بهداشتی از طریق دادن اطلاعات و آموزش کافی در زمینه فواید KMC و حمایت از اجرای آن. بیان تجربیات موفق حاصل از KMC در جامعه
اگر مادران در حین KMC خواب راحتی نداشته باشند ممکن است، نداشتن خواب کافی سبب نگرانی آنان شود.	به مادران اطمینان دهید که در حال انجام KMC میتوانند در هر وضعیتی که راحت هستند، بخوابند. به او نشان دهید که چگونه می تواند از بالش برای استراحت در وضعیت نیمه نشسته، به پشت و یا به پهلو استفاده کند.
مادران ممکن است از خفگی نوزاد وقتی در حین KMC خواب است نگران باشند.	به مادران اطمینان دهید اگر در هنگام خواب مادر، وضعیت نوزاد حین KMC درست حفظ شود، کاملاً ایمن بوده و خطر خفه شدن وجود ندارد. مشاهده شده انجام KMC در وضعیت تکیه به پشت یا نیمه نشسته میزان خطر آینه نوزاد را کاهش می دهد و خفگی نوزاد نیز رخ نخواهد داد.

جزوه: مزایا و مضرات مراقبت در انکوباتور

مزایا:

- جهت تثبیت وضعیت نوزادان بیمار بکار می‌رود و می‌توان از آن بطور متناوب با KMC استفاده نمود.
- برای نوزادان نارس کوچک که وضعیت تثبیت شده‌ای جهت KMC ندارند، گرمای لازم را فراهم می‌کند.
- برای نوزادانی که مادرشان جهت انجام KMC در کنارشان نیست، استفاده می‌شود.
- اکسیژن درمانی و تجویز مایعات وریدی در صورت نیاز، راحت‌تر است.

مضرات مراقبت در انکوباتور:

- ۱- هیپوترمی یا هایپر ترمی ناشی از :
 - به علت کمبود پرسنل تخصصی، درجه حرارت نوزاد بطور منظم کنترل نمی‌شود.
 - درجه حرارت انکوباتور مطابق وزن و سن و درجه حرارت بدن نوزاد تنظیم نمی‌شود.
 - ممکن است جهت تهیه نیروی برق انکوباتور مشکل ایجاد شود.
 - اگر انکوباتور از کار بیفتد و پرسنل متوجه نشوند، ممکن است نتوانند سریعاً از هیپوترمی نوزاد جلوگیری کنند.
- ۲- عفونت ناشی از :
 - کمبود پرسنل متخصص و کافی نبودن آموزش‌های لازم در زمینه استفاده مناسب از انکوباتور و فرایندهای بهداشتی
 - عدم ضد عفونی انکوباتور بطور کامل در فاصله ترخیص یک نوزاد و پذیرش نوزاد دیگر.
 - به علت ناکافی بودن تعداد انکوباتورها ممکن است چند نوزاد درون یک انکوباتور مراقبت گردند که این امر سبب ایجاد عفونت می‌گردد.
- ۳- مشکلات تعمیر و نگهداری ناشی از :
 - کمبود افراد مجرب برای تعمیر و نگهداری انکوباتورها
 - کمبود وسایل یدکی
 - بالا بودن هزینه‌ها
- ۴- به تاخیر افتادن دل‌بستگی مادر و نوزاد به علت:
 - مادر و نوزاد از هم جدا هستند
 - مادر اغلب از تماس با نوزاد خود در داخل انکوباتور می‌ترسد.
- ۵- تغذیه از پستان مادر مشکل می‌شود.
- ۶- مدت بستری در بیمارستان طولانی می‌گردد:
 - نوزاد برای مدت طولانی در بیمارستان می‌ماند.
 - بیمارستان‌های بیشتری مورد نیاز است.
 - هزینه‌ها برای مادر و خانواده‌اش سنگین است.

مطالعه موردی: مورد ۱:

مریم هفته گذشته نوزاد پسری با وزن بیش از ۱۸۰۰ گرم بدنیا آورد. نوزاد ۱۵۰ گرم وزن کم کرده و ۶ بار در روز از پستان مادر تغذیه می‌شود و از تغذیه جایگزین استفاده نمی‌کند.

۱) چه مشکلاتی ممکن است وجود داشته باشد؟

۲) چه اقداماتی باید انجام دهید؟

مورد ۲:

خانم دال دارای یک نوزاد نارس به نام سارا است. سارا به مدت ۱۰ روز در بخش KMC پذیرش و مراقبت شده است. زیرا وی خیلی ضعیف و با وزن ۱۲۰۰ گرم بود. خانم دال یتیم بود و توسط مادر بزرگش تربیت و بزرگ شده بود. مادر بزرگش در طول بستری در بخش KMC به او کمک نکرد. در زمان ترخیص به خانم دال گفته شده بود که KMC را در خانه ادامه دهد و جهت کنترل KMC به بخش مراجعه کند. خانم دال با خواهر ۳۰ ساله و مادر بزرگش که برای کمک به وی سالخورده و ناتوان بود، زندگی می‌کرد. خانم دال حامی KMC بود، ولی او در بیرون از شهر کار می‌کرد و فقط آخر هفته به خانه می‌آمد. زمانی که خانم دال برای اولین بار جهت پیگیری KMC مراجعه نمود خسته به نظر می‌رسید و نوزادش وزن کم کرده بود. هنگام گرفتن شرح حال، خانم دال معتقد بود از انجام KMC خیلی خسته است و نمی‌خواهد KMC رادر خانه ادامه دهد. او یاد آور شد که مادر بزرگ و نزدیکانش به او پیشنهاد کرده‌اند که نوزادش طبق سنت شان در پشتش حمل کند.

A. بر اساس اطلاعات بدست آمده مشکلات اصلی خانم دال و سارا چیست و چرا؟

B. بر اساس مشکلات مطرح شده چه مراقبتی برای سارا و خانم دال برنامه‌ریزی می‌کنید و چرا؟ دو هفته بعد خانم دال، سارا را جهت فالوآپ ویزیت KMC به بخش مراقبت مادرانه آغوشی آورد. پرسنل بخش سارا را معاینه کردند. او وضعیت خوب و طبیعی داشت و افزایش وزن پیدا کرده بود خانم دال نیز خوشحال بود. او با یک مادری که سال گذشته، نوزادش را KMC کرده بود دوست شده بود.

C. اگر از منطقه‌ای که خانم دال از آنجا آمده است این به عنوان یک مشکل مطرح باشد، چه مداخلاتی برای حل این مشکل در آن منطقه مورد نیاز است؟

مطالعه موردی: مورد ۱:

کلید جواب‌ها

A. چه مشکلاتی ممکن است وجود داشته باشد؟

- وزاد به اندازه کافی شیر مادر را دریافت نمی‌کند.
- حداقل ۸ بار در روز (هر ۲-۳ ساعت)
- نوزاد پستان مادر را بطور مناسب نمی‌گیرد.
- مدت زمان تغذیه کوتاه است.

• نوزاد بدلیل بیماری (عفونت) خوب تغذیه نشده است.

• اگر نوزاد خوب باشد و معاینه‌ها نشان دهنده سلامت وی باشد، از دست دادن وزن می‌تواند

طبیعی باشد (ممکن است بیشتر از ۱۰٪ در هفته‌های اول زندگی وزن کم کند)

B. چه اقداماتی باید انجام دهید؟

- از مادر در مورد هر گونه علائم خطر در زمینه مشکلات تغذیه‌ای سؤال کنید.
- نوزاد را معاینه کنید تا از سلامتی و عدم وجود مشکل در وی اطمینان حاصل کنید.
- نوزاد را در حین تغذیه از پستان مادر برای اطمینان از وضعیت مناسب و نحوه صحیح گرفتن پستان مادر مشاهده و بررسی کنید.
- اهمیت تغذیه کافی در نوزاد را با مریم مرور نمایید:
 - ۱) نوزاد باید حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت، حتی در طول شب تغذیه شود.
 - ۲) نوزاد باید از پستان مادر تغذیه شود تا زمانی که خودش پستان را رها کند.
 - ۳) محدودیت زمانی برای تغذیه قائل نشوید.
 - ۴) نوزاد باید طبق میلش تغذیه شود و برنامه زمان‌بندی شده برای تغذیه وی وجود نداشته باشد.
 - ۵) اگر نوزاد نتواند ۸ بار در روز از پستان مادر تغذیه شود باید مادر شیر خود را دوشیده و با فنجان در میان وعده‌های تغذیه از پستان به نوزادش شیر دهد.
 - ۶) به مریم پیشنهاد دهید در هنگام تشنگی مایعات زیاد بنوشد و تا زمانی که شیر می‌دهد یک وعده غذای اصلی به وعده‌های غذایی روزانه خود اضافه نماید
- کنترل وزن نوزاد را برای بررسی کیفیت و کمیت تغذیه وی ادامه دهید.
 - ۱) نوزاد را تا زمانی که شروع به وزن‌گیری نماید. بطور روزانه وزن کنید.
 - ۲) افزایش وزن روزانه برای نوزادی با سن حاملگی ۳۳-۳۶ هفته تقریباً ۲۵ گرم در روز می‌باشد.
 - ۳) اگر نوزادی بطور نرمال تغذیه شود ولی افزایش وزن نداشته باشد. ممکن است مشکلات دیگری نظیر زخم دهان، مشکلات پستان مادر یا عفونت مطرح باشد. این مشکلات را درمان کنید یا به سطح مراقبتی بالاتر ارجاع دهید.

مورد ۲:

A. بر اساس اطلاعات بدست آمده مشکلات اصلی خانم دال و سارا چیست و چرا؟

- خانم دال خسته بوده و ممکن است جهت انجام KMC در خانه از کسی کمک نگیرد.
 - ۱) مادر بزرگ مسن بوده و از وی حمایت نمی‌کند.
 - ۲) مادر بزرگ مسن بوده و از وی حمایت نمی‌کند.
 - ۳) همسرش بخاطر کار از او دور است و نمی‌تواند در KMC به او کمک کند.
 - ۴) سارا ممکن است هنوز توانایی تغذیه از پستان مادر را نداشته باشد. در نتیجه خانم دال هنوز سارا را با شیر مادر از طریق لوله معده یا فنجان که کاری وقت‌گیر و خسته‌کننده است شیر می‌دهد.
- موانع فرهنگی ممکن است خانم دال را از ادامه KMC باز دارد.
 - ۱) همسایگان و خویشاوندان ممکن است روش KMC را مسخره کنند.
 - ۲) جامعه ممکن است به KMC و فوایدش حساس نباشد.

- سارا ممکن است به اندازه کافی تغذیه نشده و خوب گرم نشده به همین دلیل مستعد عفونت یا سایر مشکلات می‌باشد.
 - B. بر اساس مشکلات شناخته شده چه مراقبتی را برای سارا و خانم دال برنامه‌ریزی می‌کنید و چرا؟
 - سارا را معاینه کنید تا مطمئن شوید علامت خطر یا مشکلی وجود ندارد.
 - ا) اندازه‌گیری وزن سارا و مقایسه آن با وزن زمان تولد
 - ب) گرم کردن سارا در صورت نیاز.
 - بررسی برنامه تغذیه و میزان مناسب تغذیه (بر اساس وزن) در صورتی که تغذیه از پستان مادر صحیح نباشد.
 - اگر تغذیه از پستان مادر درست باشد:
 - ا) مشاهده خانم دال در هنگام شیردهی جهت اطمینان از وضعیت و نحوه صحیح پستان گرفتن نوزاد
 - ب) بحث در مورد اهمیت تغذیه کافی و انحصاری با شیرمادر (حداقل ۸ بار در روز و طبق میل کودک)
 - اگر سارا سالم است و شرایط پایداری دارد و مشکلات اضافی ندارد:
 - ا) با خانم دال در مورد کمک گرفتن از خواهرشوهر یا سایر وابستگان جهت انجام KMC صحبت کنید و در صورت لزوم در مورد آموزش KMC و یا کمک در اجرای آن پیشنهاد دهید.
 - ب) وضعیت KMC و اهمیت گرم نگهداشتن کودک و تغذیه کافی در حین مراقبت آغوشی را با مادر مرور کنید.
 - ب) در مورد راه‌های که مادر می‌تواند اندازه کافی در خانه استراحت کند، صحبت کنید برای مثال: در حالیکه کودک خواب است شما بخوابید، راحت‌ترین وضعیت برای استراحت مادر زمانی است که کودک در وضعیت KMC قرار دارد.
 - ب) علائم خطر و پاسخ‌های مناسب را مرور کنید.
۱. اگر در منطقه‌ای که خانم دال از آنجا آمده است، این به عنوان یک مشکل مطرح باشد، چه مداخلاتی برای حل آن باید انجام شود؟
 If possible, facilitate promotion of KMC in the community and obtain support from community leaders.
2. Have providers from the facility help create awareness about KMC through giving health education talks and share successful KMC experiences.
 3. Facilitate and participate in continuing information, education and support of the KMC method and it's benefits.
 4. Create awareness about LBW and KMC in the community, starting with education of all mothers during the antenatal visit.



**علائم خطر و مشکلات رایج
نوزادان LBW**

هدف کلی

در پایان جلسه فراگیران قادر خواهند بود نوزادان کم وزن با علائم و عوارض طبی را تشخیص و ارجاع دهند.

اهداف اختصاصی

۱. مشکلات شایع در نوزادان LBW را تعریف نماید.
 ۲. اداره مشکلات شایع در نوزادان LBW را توصیف نماید.
 ۳. علائم خطر را در نوزادان LBW تشخیص دهد.
 ۴. پروتوکل ارجاع نوزادان LBW عارضه دار را شرح دهد.
- زمان : ۶ ساعت و ۲۰ دقیقه (شامل استراحت و نهار)
لیست جلسات :

جلسه ۱-۳ بیان مشکلات شایع در نوزادان LBW و نحوه مراقبت از آنها
جلسه ۲-۳ تشخیص علائم خطر در نوزادان LBW
جلسه ۳-۳ ارجاع نوزادان با علائم خطر
مواد آموزشی :

تخته، گچ، فیلپ چارت، نشانگرها، ماکت نوزاد، تجهیزات اختصاصی شامل ترمومتر دیجیتال، آمبوبگ / ماسک، فرم ارجاع و غیره
منابع تدریس:

اداره مشکلات نوزاد (WHO)

درسنامه مراقبت از نوزاد (زنده نگهداشتن نوزاد)

اصول پرستاری نوزاد در بیمارستان‌های کوچک (AIIMS)
جزوات آموزشی:

مراقبت از نوزادان LBW با مشکلات شایع

وسایل آموزشی علائم خطر در نوزادان تازه متولد شده

انواع ارجاع

جزوات آموزشی نقل و انتقالات نوزاد

روش تدریس :

نمایش، مطالعه موردی، بحث، بارش افکار و نمایش بالینی

نگاه کلی به بخش ۳: علائم خطر و مشکلات شایع در نوزادان LBW

جلسات	زمان	محتوی	روش آموزش	مواد مورد نیاز
مرور	۵ دقیقه	مروری بر مباحث روز	بحث	فیلیپ چارت و نشانگرها
۱-۳: مشکلات شایع در نوزادان LBW و اداره آنها	۶۰ دقیقه	اداره مشکلات شایع در نوزادان LBW	- بارش افکار درباره مشکلات شایع در نوزادان LBW - بحث و ایجاد اطلاعات دقیق	فیلیپ چارت و نشانگرها جزوات مربوط به جلسه ۶,۱
	۱۵ دقیقه		استراحت	
۲-۳ شناسایی علایم خطر در نوزاد تازه متولد شده	۱۱۵ دقیقه	علائم خطر در نوزاد تازه متولد شده	نمایش بالینی ایفای نقش	ماکت نوزاد و سایر تجهیزات اختصاصی نظیر درجه حرارت، آمبوبگ/ماسک، فرم ارجاع و غیره
	۶۰ دقیقه	نهار		
۳-۳ ارجاع نوزاد با علائم خطر	۷۰ دقیقه	انواع ارجاع نقل و انتقال نوزاد ارجاع برای اولین بار و ارجاع دفعات بعد	بحث و شرح معیارها و روند اجرا فرایند ارجاع از: خانه مرکز درمانی در مرکز درمانی / بخش مادران	فیلیپ چارت، نشانگرها، چارت ها و جزوات آموزشی مربوط به جلسه ۳-۳
مطالعه موردی	۳۰ دقیقه		بحث	مطالعه موردی در پایان فصل ۳
خلاصه	۱۵ دقیقه		مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می خواهد خلاصه ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز در بحث کمک بگیرد. پرسش و پاسخ	

بخش ۱-۳: نحوه مراقبت از مشکلات شایع در نوزادان LBW

منابع اطلاعاتی: نحوه مراقبت از مشکلات شایع نوزادان LBW

جهت مطالعه بیشتر می‌توانید به کتاب راهنمای (WHO) پزشکان، ماماها و پرستاران که در زمینه ارجاع و خط‌مشی‌های محلی ارجاع و مراقبت از نوزادان مشکل‌دار بحث شده مراجعه نمایید.

مشکل	مراقبت
برفک دهان	<ul style="list-style-type: none"> - استفاده از GV هر ۶ ساعت تا پاک شدن دهان - دادن نیستاتین (۱۰۰۰۰۰ U/ml) هر ۶ ساعت تا تمیز شدن دهان از برفک
جوشهای پوستی **	<ul style="list-style-type: none"> - تمیز و خشک نگهداشتن پوست - استعمال GV ۰/۵٪ روی جوش‌ها هر ۶ ساعت - در صورت بروز علائم گسترش عفونت بر روی جوش‌ها آنتی بیوتیک داده می‌شود. - دادن جنتامایسین ۵ mg /kg عضلانی روزانه برای ۵ روز بعلاوه پنی سیلین بنزویل ۵۰۰۰۰ واحد /کیلوگرم عضلانی یا هر ۱۲ ساعت بصورت وریدی تا ۵ روز. - فلوکسیتین ۱۵ میلی‌گرم /کیلوگرم هر ۸ ساعت
ترشحات چشمی	<ul style="list-style-type: none"> - شستشوی چشم‌ها با آب تمیز و یا نرمال سالین هر ۲ ساعت تا تمیز شدن ترشحات چرکی - درمان با جنتامایسین ۵ میلی‌گرم /کیلوگرم عضلانی روزانه (۷۵ میلی‌گرم /کیلوگرم اگر سن نوزاد بیشتر از هفت روز می‌باشد). - درمان با پنی سیلین بنزویل ۵۰۰۰۰ واحد عضلانی هر ۶ ساعت تا ۵ روز. استفاده از تتراسیکلین یا کلرامفنیکل به صورت پماد یا قطره چشمی در هر دو چشم هر ۸ ساعت تا برطرف شدن علائم که نشانه پاک شدن چشم می‌باشد.
التهاب و قرمزی بندناف **	<ul style="list-style-type: none"> - تمیز کردن با نرمال سالین - روی بندناف را باز بگذارید تا خشک شود - از پزشک اطفال در مورد تجویز آنتی بیوتیک سؤال کنید

** در این وضعیت ممکن است عفونت در خون گسترش یابد و منجر به بروز سپسیس شود. سپسیس عفونتی است که تمام بدن را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این عفونت ممکن است در خون پخش شود که سببی سمیا گفته می‌شود یا در یک یا چند ارگان بدن پخش گردد. ارگان‌هایی که موجب سپسیس می‌شود ممکن است در طی حاملگی؛ لیبر، زایمان و یا بعد از تولد وارد بدن نوزاد گردند. این عفونت ممکن است از طریق پوست، بندناف و یا سایر ارگان‌ها وارد بدن شوند. سپسیس یک بیماری جدی است و می‌تواند بارامی موجب مرگ نوزاد تازه متولد شده گردد. در نتیجه جهت مقابله با بحران بیماری درمان فوری با آنتی بیوتیک ضروری است.

جلسه ۲-۳: شناسایی علائم خطر در نوزاد تازه متولد شده

جزوات آموزشی: علائم خطر در نوزاد تازه متولد شده

علائم خطر نوزاد را در معرض مشکلات جدی قرار می‌دهد. بسیاری از نوزادان در نتیجه ناخوشی‌ها حاصل از این علائم خطر می‌میرند. جهت پیشگیری از چنین مرگ‌هایی لازم است که نحوه شناسایی علائم خطر به مادر و خانواده وی آموزش داده شود، تا قادر به تشخیص علائم خطر و مراقبت از مشکلات حاصل از آن شوند.

بسیاری از مواقع مراقبین نوزاد قادر به تشخیص این علائم نیستند و در نتیجه مراقبت‌های بهداشتی با تاخیر شروع می‌شود. بنابراین مراقبین بهداشتی هم نیاز به اطلاعات و دانش کافی جهت تشخیص به موقع این علائم دارند تا قادر باشند درمان یا ارجاع نوزاد به مراکز مجهزتر را به موقع انجام دهند. داشتن حداقل تاخیر در تشخیص علائم خطر و ارجاع به موقع نوزاد به مرکز مجهز درمانی بسیار اهمیت دارد. تاخیر در تشخیص اغلب هزینه زنده بودن نوزادان معصوم را افزایش می‌دهد. چهار نوع تاخیر در تشخیص علائم خطر وجود دارد که منجر به افزایش مرگ و میر نوزاد می‌گردد:

- تأخیر در تشخیص علائم خطر
 - تأخیر در تصمیم‌گیری مراقبین بهداشتی
 - تأخیر در ارجاع به مراکز درمانی
 - تأخیر در دریافت درمان مناسب پس از رسیدن نوزاد به مراکز درمانی
- پی‌گیری علائم خطر در نوزاد تازه متولد شده
- توجه: صرف‌نظر از وزن نوزاد، علائم خطر در نوزاد یکسان است:
- ضعف در شیرخوردن یا مکیدن نامناسب*
 - هیپوترمی علازغم گرم نگهداشتن نوزاد
 - تب
 - تشنج
 - مشکلات تنفسی: آپنه، رترکشن، خرخر کردن، گراتینگ، سیانوز، فلرینگ
 - لتارژی (خواب بیش از حد، کاهش فعالیت)**
 - زردی***
 - قرمزی، تورم و ترشح چشم‌ها، بندناف و پوست
- ° در نوزاد نارس بویژه نوزاد کمتر از ۳۴ هفته ضعف در مکیدن ممکن است، طبیعی باشد. اما در نوزاد ترم ضعف در شیرخوردن علامت خطر آشکاری است. باید توجه کرد که عدم توجه به سن حاملگی در ارتباط با وضعیت مکیدن نوزاد یک علامت خطر جدی می‌باشد.
- ° نوزادان نارس نسبت به نوزادان ترم بیشتر می‌خوابند و فعالیت کمتری دارند. اما باید توجه داشت که کاهش فعالیت یا افزایش میزان خواب نوزاد نارس نسبت به روزهای قبل وی، یک علامت خطر بسیار بد در به حساب می‌آید.

° دو نوع زردی در نوزادان تازه دنیا آمده وجود دارد: ۱- زردی فیزیولوژیک معمولاً در روز دوم بعد از تولد رخ می‌دهد و در عرض یک هفته از بین می‌رود ۲- زردی پاتولوژیک که در عرض ۲۴ ساعت اول تولد رخ می‌دهد و تا دو هفته پایدار باقی می‌ماند، سطح بیلی روبین سریعاً بالا می‌رود که این حالت نیاز به توجه و مراقبت فوری دارد.

نوزادی که کاهش وزن دارد یا افزایش وزن روزانه وی کمتر از ۱۵ گرم / کیلوگرم در روز به مدت سه روز متوالی باشد باید از نظر وجود مشکلات احتمالی و درمان مناسب مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد. در صورتی که علائم بهبودی در نوزاد مشاهده نشد، نوزاد راجهت درمان تخصصی‌تر توسط متخصص اطفال به مرکز درمانی صلاحیت‌دار ارجاع می‌دهیم.

جلسه ۳-۳: ارجاع نوزاد با علائم خطر

جزوه آموزشی: انواع ارجاع

ارجاع از منزل: هنگامی که با مادر و خانواده وی در مورد علائم خطر مشاوره می‌نمایید، توصیه کنید نوزاد را به نزدیکترین مرکز درمانی (درمانگاه، کلینیک، بیمارستان کودکان) ببرند.

ارجاع از یک مرکز درمانی: یعنی ارجاع نوزادان LBW با علائم خطر به نزدیکترین مرکز درمانی با امکانات سطح بالاتر به مسئولین مرکز درمانی توصیه می‌شود در صورتی که به علت پائین بودن سطح امکانات درمانی نتوانستند علائم خطر را در نوزاد کنترل نمایند نوزاد را به مرکز مجهزتری ارجاع دهند اما قبل از ارجاع وضعیت نوزاد را تثبیت نمایند (مثلاً شروع درمان آنتی بیوتیکی در نوزادی که عفونت نموده است و پیشگیری از هیپوترمی وی) در صورت امکان، تغذیه انحصاری با شیر مادر را قبل از ارجاع شروع کنید.

ارجاع از زایشگاه یا بخش مامایی: ارجاع نوزادان با علائم خطر پیشرفته از بخش مامایی به بخش نوزادان دارای متخصص اطفال بمنظور انجام مراقبت‌های درمانی بهتر، شامل موارد زیر می‌باشد:

- نوزادان تازه متولد شده / LBW / نارس که در زایشگاه متولد می‌شوند
- نوزادان در بخش KMC
- نوزادان در بخش نرسری

جزوه آموزشی: نقل و انتقال

تمام نوزادان نارس / LBW / و بیمار تازه متولد شده باید در وضعیت KMC به بیمارستان منتقل شوند. انتقال نوزاد با حالت آغوشی سبب پیشگیری از هیپوترمی نوزاد می‌گردد. در صورتی که امکان انتقال آغوشی نوزاد وجود نداشته باشد باید از گرم بودن نوزاد در حین انتقال مطمئن گردیم. در صورت امکان در حین انتقال شیردهی از پستان مادر باید ادامه داشته باشد.

ارجاع برای بار اول و دفعات بعد:

در بخش مراقبت مادرانه آغوشی پزشک را از مسائل زیر مطلع نمایید:

- تمام نوزادان با وزن گیری نامناسب کمتر از ۱۵ گرم / کیلوگرم در روز به مدت سه روز متوالی
- تمام نوزادان که کاهش وزن دارند
- تمام نوزادان با علائم خطر (نظیر اسهال، تنفس مشکل، تب، کاهش فعالیت و تغذیه مشکل یا

ضعف در مکیدن)

توجه : نوزادانی که بعد از درمان به علت مشکلات شایع (برفک دهانی، رنیت، تب باکتریال، عفونت) همچنان وزن‌گیری مناسبی ندارند باید جهت درمان پیشرفته به مراکز درمانی سطح بالاتر ارجاع داده شوند.

مطالعه موردی:

مورد ۱: مادری در بخش مراقبت آغوشی متوجه شد دختر ۷ روزه وی دچار انقباضات عضلانی شده است. وزن نوزاد در هنگام تولد ۱۵۰۰ گرم و در حال حاضر ۱۴۵۰ گرم بود. مادر با گریه این وضعیت را به پرستار مراقبت آغوشی گزارش کرد و در مورد احتمال مرگ نوزادش پرسید.

A: چگونه این وضعیت را اداره می‌کنید؟

B: علت احتمالی انقباضات چیست؟

C: درمان چیست؟

مورد ۲: پرستار بخش KMC هنگام کنترل بخش در شیفت عصر متوجه می‌شود صورت نوزادی که در حین مراقبت آغوشی با مادر هر دو بخواب رفته‌اند زرد می‌باشد. او می‌داند که ۵ روز از تولد این نوزاد می‌گذرد و وزن هنگام تولد وی ۱۴۰۰ گرم بوده است. او مادر را بیدار می‌کند و به او می‌گوید که نوزادش نیاز به معاینه دارد. وی در بررسی اولیه متوجه می‌شود که سینه و صورت نوزاد کمی زرد است.

A: علت احتمالی زردی نوزاد با توجه به سن او چیست؟

B: چه مراقبت درمانی برای وی در نظر می‌گیرید؟

C: چگونه با مادر مشاوره می‌کنید؟

مورد ۳: نوزاد دختر ۷ روزه با وزن تولد ۱۸۰۰ گرم، سن حاملگی ۳۲ هفته ۱۵۰ گرم وزن از دست داده است، ۶ بار در روز با شیر مادر تغذیه می‌شود و هیچ تغذیه تکمیلی دریافت نمی‌کند:

A: چه مشکلاتی ممکن است برای نوزاد بوجود آید؟

B: چه روشی را توصیه می‌کنید؟

مطالعات موردی : کلیدجواب‌ها

مورد ۱: A/C: چگونه این وضعیت را اداره می‌کنید؟ و مراقبت درمانی شما چیست؟

۱- مکانی مناسب جهت معاینه نوزاد و صحبت با مادر وی فراهم کنید. به مادر اطمینان دهید هرکاری از دستتان برآید برای بهبودی نوزاد وی انجام می‌دهید و جهت کشف علل احتمالی انقباض عضلانی نوزاد نیاز دارید او به شما اطلاعات بیشتری بدهد. سپس نوزاد وی را معاینه کنید. از مادر در مورد علائم خطری که ممکن است مشاهده کرده باشد سؤال کنید شرح حالی از علائمی که نیاز به توجه فوری دارند بدست آورید. شخصا گرفتگی عضلانی در نوزاد را مشاهده نمایید. سپس تاریخچه‌ای از مشکل حاضر بدست آورید، این تاریخچه باید شامل اطلاعات زیر باشد:

a. تاریخچه انقباض عضلانی: اولین انقباض چه موقع رخ داده، چه مدت طول کشیده، در کدام

قسمت از بدن مشاهده شده و چه زمانی (موقع خواب، بعد از شیرخوردن، غیره ...) اتفاق

افتاده است.

b. یافته‌های وضعیت کنونی نوزاد را بررسی کنید (مثلاً میزان بهبودی، شیر خوردن، لتارژی، تحریک‌پذیری و غیره...) و آیا نوزاد در زمان تولد مشکلاتی داشته یانه؟ آیا نوزاد بطور مداوم KMC می‌شود یا نحوه KMC وی متناوب می‌باشد؟

c. تاریخ، مکان و نوع زایمان (آیا صدمات زایمانی وجود داشته و یا زایمان سخت بوده)

d. کارت مراقبت‌های دوران بارداری مادر را کنترل و از وی در مورد مشکلاتی که طی لیبر یا زایمان داشته سؤال نمائید (بویژه وجود عفونت). همچنین در مورد تزریق واکسن کزاز سؤال کنید.

e. علائم حیاتی نوزاد را کنترل کرده و معاینات فیزیکی نوزاد را تکمیل نمایید. اگر معاینات فیزیکی طبیعی بود، نوزاد تغذیه خوبی داشت، حرارت بدنش طبیعی است و علائمی از مشکلات را ندارد به مادر اطمینان دهید که نوزاد وی خوب است و گاهی اوقات وجود این انقباضات عضلانی بویژه در نوزاد نارس در غیاب سایر مشکلات طبیعی می‌باشد ولی باید همچنان به بروز علائم خطر در نوزادش توجه کند و مراقبت‌های قبلی نوزاد را ادامه دهد.

f. در صورت بروز موارد غیر طبیعی در نوزاد وی را به مراکز درمانی سطح بالاتر طبق دستورالعمل های ارجاع، ارجاع دهید.

B. علل احتمالی انقباضات عضلانی چیست؟

۱- عفونت، سپسیس، تانوس، صدمات زایمانی، انقباضات عضلانی که به طور گهگاه در حین خواب یا در زمان استراحت در نوزاد رخ می‌دهد، که طبیعی می‌باشد.

مورد ۲

A. علل احتمالی زردی در این نوزاد ۷ روزه چیست؟

۱. نارسی

۲. زردی فیزیولوژیک

۳. عفونت یا سایر ناخوشی‌ها

۴. تغذیه نامناسب

B. چه مراقبتی به این نوزاد ارائه می‌دهید؟

۱. مرور شرح حال نوزاد و سئوالاتی که از مادر در مورد مسائل زیر می‌کنید:

a. در مورد دفعات شیر خوردن و میزان فعالیت نوزاد که دفعات تغذیه باید حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت باشد.

b. نوزاد چند بار در روز دفع مدفوع و ادرار دارد. نوزاد باید به طور طبیعی ۶ بار در روز دفع ادرار و مدفوع داشته باشد.

۲. معاینه نوزاد جهت بررسی زردی باید در روشنایی روز انجام شود زیرا در روشنایی ایجاد شده توسط لامپ، زردی نوزاد به سختی قابل بررسی است.

۳. علائم زردی پاتولوژیک را در نوزاد جستجو کنید

a. زردی در دست‌ها و پاها

b. زردی همراه علائم خطر

۴. مطمئن شوید که علائم خطر وجود ندارد

۵. درجه حرارت نوزاد را از طریق زیر بغل کنترل نمایید.

۶. علائم کم آبی در نوزاد را کنترل کنید (خشکی مخاط دهان، فونتanel فرو رفته، چین خوردگی پوست به مدت طولانی) نوزادی که دچار دهیدراتاسیون می‌باشد ممکن است به علت اینکه خوب شیر نخورده قادر نباشد بیلی روبین را از بدنش دفع نماید.

۷. نحوه شیردهی مادر را بررسی کنید تا از درستی وضعیت شیردهی، تماس دهان نوزاد با پستان مادر و کیفیت مکیدن نوزاد مطمئن شوید.

۸. نوزاد را از نظرافزایش و نحوه پخش زردی در بدن، دست‌ها و پاها به طور مدام مورد مشاهده قرار دهید.

c. نحوه مشاوره شما با مادر چگونه خواهد بود؟

۱. درمورد نوزادی که حال عمومی خوبی دارد، علائم خطر و یا عفونت را ندارد:

a. در مورد زردی توضیح دهید که چرا بوجود می‌آید، زردی فیزیولوژیک می‌تواند طبیعی باشد بویژه اگر نوزاد نارس باشد. به مادر اطمینان دهید که رنگ زرد نوزاد در عرض ۲ هفته از بین می‌رود.

b. به مادر اطمینان دهید که زردی نوزاد وی علت پاتولوژیک ندارد.

c. به مادر یادآوری نمایید که نوزاد را گرم نگهدارد.

d. شیردهی مکرر و طولانی مدت را حفظ نمایید زیرا سبب تسریع دفع بیلی روبین از طریق مدفوع می‌گردد.

e. علائم خطر و برخورد مناسب با آنها را به مادر یادآور شوید.

۴

فصل

KMC برای نوزادان LBW

(عملی)

هدف کلی

در پایان جلسه ، فراگیران قادر خواهند بود به طور عملی توانایی‌اشان را در اجرای KMC نمایش دهند.

اهداف اختصاصی

۱. وضعیت نوزاد حین KMC را نشان دهند
۲. نحوه تغذیه نوزاد در حین KMC را شرح دهند
۳. در رابطه با اجرای مراقبت های بالینی در حین KMC استدلال کنند.

زمان: ۵ ساعت و ۵ دقیقه (شامل استراحت و نهار)

لیست جلسات

- جلسه ۱-۴: پذیرش نوزاد LBW در بخش KMC
- جلسه ۲-۴: وضعیت نوزاد در مراقبت آغوشی
- جلسه ۳-۴: شیردهی
- جلسه ۴-۴: دوشیدن شیر پستان
- جلسه ۵-۴: تغذیه نوزاد با فنجان
- جلسه ۶-۴: تغذیه نوزاد از طریق سند معده

وسایل آموزشی

ماکت مادر و کودک یا نوزاد، ماکت پستان و شیردهی، فنجان، NGTube، بسته خدمتی KMC،
ضمیمه ۲: بحث گروهی درمورد KMC

جزوات آموزشی

- چک لیست پذیرش نوزاد LBW در بخش KMC
- چک لیست وضعیت‌های نوزاد در KMC
- فواید و روش‌های شیردهی از پستان
- چک لیست بررسی شیردهی از پستان
- چگ لیست بررسی دوشیدن شیر از پستان
- فواید و چگونگی تغذیه با فنجان
- جزئیات تغذیه با سند معده

روش تدریس:

- بحث و گفتگوی کلاسی
- تمرین عملی با استفاده از چک لیست مهارتی
- بحث
- ایفای نقش

نگاه کلی به فصل ۴ : KMC جهت نوزادان LBW

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
مرور	۵ دقیقه	مرور مباحث روز	بحث	فیلیپ چارت و نشانگرها
۴,۱: پذیرش نوزاد LBW در بخش KMC	۳۰ دقیقه	چک لیست برای پذیرش نوزاد LBW در بخش KMC	بحث نمایش نمایش نقش ... نمایش	جزوه KMC مادر و نوزاد جلسه ۴,۱ بحث گروهی KMC ضمیمه ۲ (برای ایفای نقش)
۴,۲: وضعیت های KMC	۳۰ دقیقه	چک لیست برای وضعیت KMC	اجرای عملی وضعیت نوزاد در حین KMC نمایش	ماکت مادر و نوزاد جهت نمایش و اجرای کار عملی جزوه جلسه ۴,۲
	۱۵ دقیقه		میان وعده	
۴,۳: تغذیه با شیر مادر	۶۰ دقیقه	فواید و روشهای تغذیه با شیر مادر چک لیت برای مشاهده تغذیه با شیر مادر	بحث نمایش	ماکت مادر و نوزاد جهت نمایش و اجرای عملی منبع اطلاعاتی جلسه ۴,۳
۴,۴: دوشیدن شیر پستان	۳۰ دقیقه	چک لیست برای مشاهده دوشیدن شیر	بحث نمایش	ماکت پستان یا ترشح شیر مادر جزوه جلسه ۴,۴
	۶۰ دقیقه		نهار	
۴,۵: تغذیه با فنجان	۶۰ دقیقه	فواید تغذیه با فنجان و چگونگی تغذیه با فنجان	بحث نمایش	ماکت نوزاد برای نمایش و اجرای عملی فنجان جزوه جلسه ۴,۵
۴,۶: تغذیه با سند معده	۳۰ دقیقه	جزئیات تغذیه با شیر مادر	بحث نمایش	ماکت برای نمایش و اجرای عملی سند معده جزوه جلسه ۶,۴
خلاصه	۱۵ دقیقه		مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می خواهد خلاصه ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز در بحث کمک بگیرد. پرسش و پاسخ	

جلسه ۱-۴: پذیرش نوزاد LBW در بخش KMC

منبع اطلاعاتی: چک لیست پذیرش نوزاد LBW در بخش KMC

- کیفیت انجام هرکار در هر مرحله با استفاده از معیارهای زیر سنجیده می‌شود.
- ۱- ناموفق: فرایند یا مرحله‌ای که بدرستی انجام نشده باشد، از نمونه‌گیری خارج می‌شود (اگر ضروری نباشد).
- ۲- موفق: فرایند یا مرحله‌ای که بدرستی انجام شده باشد، مناسب نمونه‌گیری می‌باشد (اگر ضرورت داشته باشد)

معاینه بالینی نوزاد نارس	موارد مشاهده شده				
	۱	۲	۳	۴	۵
۱- به مادر توضیح دهید تصمیم دارید چه کاری انجام دهید و وی را به پرسش کردن تشویق نمایید.					
۲- پوشاندن لباس نخی، کلاه و جوراب					
۳- مرور گزارشات (بخش زایمان یا فرمهای ارجاع)					
۴- ارزیابی سریع نوزاد از لحاظ رنگ و علائم حیاتی <ul style="list-style-type: none"> • درجه حرارت (از طریق زیر بغل باشد نه مقعدی) • تعداد تنفس • تعداد ضربان قلب 					
۵- وزن کردن نوزاد					
۶- انجام معاینات فیزیکی نوزاد					
۷- اطلاع به مادر در مورد یافته‌های حاصل از معاینه فیزیکی					
۸- مشاوره با مادر درباره KMC <ul style="list-style-type: none"> • شروع KMC • تداوم KMC • تغذیه • وضعیت KMC • فواید KMC • علائم خطر • حمایت خانواده 					
۹- پیگیری مستندات: <ul style="list-style-type: none"> • ثبت اطلاعات نوزاد در دفتر نوزادان و پرونده نوزاد • چارت علائم حیاتی 					

توجه: جهت اطلاع بیشتر در زمینه شروع و تداوم KMC به جزوه KMC مراجعه نمایید. (ضمیمه شماره ۲ را ببینید)

جلسه ۲-۴: وضعیت‌های KMC

فصل ۴

جزوه آموزشی: چک لیست وضعیت قرار گرفتن در KMC

- کیفیت انجام هرکار در هر مرحله با استفاده از معیارهای زیر سنجیده می‌شود.
- ۱- ناموفق: فرایند یا مرحله‌ای که بدرستی انجام نشده باشد، از نمونه‌گیری خارج می‌شود (اگر ضروری نباشد).
- ۲- موفق: فرایند یا مرحله‌ای که بدرستی انجام شده باش، مناسب نمونه‌گیری می‌باشد (اگر ضرورت داشته باشد).

معاينه بالینی نوزاد نارس	موارد مشاهده شده				
	۱	۲	۳	۴	۵
۱- خوشامد گویی به مادر و فراهم کردن آسایش و راحتی وی					
۲ به مادر در مورد کارهایی که برای او انجام می‌شود - توضیح دهید و وی را به پرسش نمودن تشویق کنید.					
۳- پوشاندن لباس نخی، کلاه و جوراب					
۴- به مادر برای پوشیدن لباس جلو باز آموزش دهید.					
۵- قرار دادن نوزاد را با وضعیت قورباغه، در تماس پوست به پوست مستقیم بین پستانهای مادر قرار دهید.					
۶- حفظ امنیت نوزاد روی سینه مادر <ul style="list-style-type: none"> • مادر با دستهایش نوزاد را نگه می‌دارد • نوزاد با لباس مادر پوشانیده می‌شود • یقه لباس مادر باید تا زیر گوش نوزاد قرار گیرد • پائین لباس مادر باید تا زیر باسن نوزاد قرار گیرد • مطمئن گردید که قسمت محکم لباس مادر روی پشت نوزاد قرار گرفته باشد • شکم نوزاد نباید تحت فشار باشد • لباس را پشت مادر محکم گره بزنید 					
۷- روی نوزاد را با یک پتو یا پارچه چهار گوش بپوشانید و به مادر بگویید پتو را در جلو یا زیر بازوهایش نگهدارد					
۸- اطمینان حاصل کنید مادر با وضعیت کنونی که نوزادش را در تماس پوست به پوست دارد قادر است کارهایش را انجام دهد					

جلسه ۳-۴: تغذیه با شیر مادر

جزوه آموزشی: فواید و روش‌های تغذیه با شیر مادر

- مادران باید بطور عملی نشان دهند که فرزندشان را چگونه با شیر خود تغذیه می‌کنند. موارد مهمی که شرح آن در زیر آورده شده به مادران آموزش دهید:
- حفظ درجه حرارت نوزاد
- دفعات شیردهی

- شیردهی مناسب و مطلوب
 - حفظ بهداشت در حین شیردهی بویژه شستن دست‌ها
 - درست و اصولی نگهداشتن نوزاد در وضعیت شیردهی
- با توجه به اینکه برای هر نوزاد شیر مادرش بهترین شیر است، وضعیت مادرانه آغوشی این امکان را فراهم می‌سازد تا نوزادان کم وزن با شیر مادر خود تغذیه شوند.

فواید شروع زودرس تغذیه از پستان مادر در نوزادان LBW:

- سبب تقویت سیستم ایمنی نوزاد و در نتیجه محافظت از وی در برابر بیماری‌های عفونی می‌گردد.
- سبب افزایش وزن نوزاد تا بیشترین حد ممکن می‌شود.
- کم آبی نوزاد را کاهش می‌دهد.
- شیوع اسهال و استفراغ را کاهش می‌دهد.
- سبب تخلیه سریعتر معده نوزاد می‌گردد.

روش‌های کمکی تغذیه با شیر مادر در نوزادان نارس

- ۱- قرار دادن چند قطره از شیر مادر بر روی نوک پستان به شروع تغذیه نوزاد کمک می‌کند.
- ۲- در طی تغذیه با شیرمادر به نوزاد استراحت‌های کوتاه مدت داده شود
 - برای نوزاد نارس تغذیه از پستان مادر، کارسختی است
 - سیستم عصبی نوزادان نارس تکامل یافته نیست و می‌تواند در اثر سرو صدا و نور تحریک گردد
- ۳- اگر نوزاد در شروع تغذیه از پستان مادر عطسه یا سرفه نماید و یا بزاق از دهان وی خارج گردد، علت آن است که رفلکس جاری شدن شیر برای نوزاد نارس خیلی سریع می‌باشد. برای حل این وضعیت به مادر آموزش دهید که اقدامات زیر را انجام دهد:
 - a. نوزاد را از پستان جدا کند.
 - b. نوزاد را پشت به سینه خود نگهدارد تا تنفس وی برقرار گردد.
 - c. بعد از اتمام رفلکس جاری شدن شیر نوزاد را زیر پستان مادر قرار دهید.
 - d. در صورتی که نوزاد توان مکیدن پستان مادر را ندارد به مادر بیاموزید به شرح زیر عمل نماید:
 - به مادر آموزش داده شود که شیر خود را بدوشد
 - نوزاد را با شیر دوشیده شده توسط فنجان تغذیه نماید.

جزوه آموزشی: چک لیست مشاهده تغذیه از پستان مادر

توجه: بعضی از نوزادان نارس ممکن است قادر به برقراری دلبستگی و مکیدن پستان مادر به طور همزمان نباشند. این چک لیست جهت نوزادانی استفاده می‌شود که وضعیت با ثباتی داشته و بخوبی شیر می‌خورند.

 - کیفیت انجام هرکار در هر مرحله با استفاده از معیارهای زیر سنجیده می‌شود.

- ۱- نیازمند اصلاح: فرایند یا مرحله ای که بدرستی انجام نشده باشد، از نمونه گیری خارج می شود.
(اگر ضروری نباشد)
- ۲- مناسب و کارآمد: فرایند یا مرحله ای که بدرستی انجام شده باشد، مناسب نمونه گیری می باشد.
(اگر ضرورت داشته باشد)

معاینه بالینی نوزاد نارس	موارد مشاهده شده				
	۱	۲	۳	۴	۵
۱- خوشامد گویی به مادر و فراهم کردن آسایش و راحتی وی					
۲- به مادر در مورد کارهایی که برای او انجام می شود توضیح دهید و وی را به پرسش نمودن تشویق کنید.					
۳- از مادر بخواهید نوزاد را جهت تغذیه به پستان بگذارد و نحوه شیردهی را مشاهده نمایید					
۴- وضعیت قرار گیری نوزاد را نسبت به پستان مادر بررسی نمایید : <ul style="list-style-type: none"> • گوش ، شانه و ران نوزاد باید در یک راستا قرار گیرد. • صورت نوزاد روبروی پستان مادر و بینی مقابل نوک پستان قرار می گیرد • مادر باید بدن نوزاد را نگهدارد • کل بدن نوزاد باید به خوبی حمایت گردد. 					
۵- تماس خوب نوزاد را با پستان مادر کنترل کنید : <ul style="list-style-type: none"> • چانه در تماس با پستان می باشد • دهان کاملا باز است • لب پائین به خارج برگشته است • بیشتر هاله پستان در داخل دهان نوزاد دیده می شود . 					
۶- مکیدن موثر نوزاد را کنترل کنید : <ul style="list-style-type: none"> • مکش ها عمیق و آرام می باشد • گاهها مکث های کوتاهی دارد • مادر اظهار می کند که بعد از تغذیه نوزاد پستانش نرم تر شده است 					
۷- روی نوزاد را با یک پتو یا پارچه چهار گوش بپوشانید و به مادر بگویید پتو را در جلو یا زیر بازوهایش نگهدارد					
۸- مستندات حاصله					



تغذیه نوزاد از پستان مادر به روش صحیح صورت می گیرد.

جلسه ۴-۴: دوشیدن شیر پستان

تمام مادران شیرده باید روش درست، دوشیدن شیر با دست را بیاموزند. (چک لیست زیر را مشاهده نمایید). اغلب مادران به محض اینکه فواید اصلی دوشیدن شیر با دست را می آموزند، روش دوشیدن شیر آنان بهبود می یابند.

جزوه آموزشی: چک لیست مشاهده دوشیدن شیر پستان مادر

• کیفیت انجام هرکار در هر مرحله با استفاده از معیارهای زیر سنجیده می شود.

۱- نیازمند اصلاح: فرایند یا مرحله ای که بدرستی انجام نشده باشد، از نمونه گیری خارج می شود (اگر ضروری نباشد).

۲- مناسب و کارآمد: فرایند یا مرحله ای که بدرستی انجام شده باشد، مناسب نمونه گیری می باشد (اگر ضرورت داشته باشد)

معاينه بالینی نوزاد نارس	موارد مشاهده شده				
	۱	۲	۳	۴	۵
۱- خوشامد گویی به مادر و فراهم کردن آسایش و راحتی وی					
۲- به مادر در مورد کارهایی که برای او انجام می شود توضیح دهید و وی را به پرسش نمودن تشویق کنید.					
۳- به گفته های مادر گوش دهید					
۴- دستهایتان را بشویید و به مادر بگویید دستهایش را قبل از دوشیدن شیر بشوید.					
۵- یک کاسه یا فنجان تمیز تهیه کنید					

۶- دوشیدن شیر را به طور عملی به مادر نشان دهید و سپس از وی بخواهید به طور عملی دوشیدن شیر را به شما نشان دهد.					
(A) در صورت احتقان پستان یک حوله گرم به مدت ۵ دقیقه روی پستان قرار دهید.					
(B) جهت برقراری جریان شیر پستان ها را از قسمت خارجی پستان به سمت نوک پستان ماساژ دهید.					
(C) چهار انگشت زیر و قبل از هاله پستان و شصت را روی آن قرار داده و پستان را در وضعیت شیردادن نگهدارید.					
(D) شیر در ابتدای دوشیدن پرچرب و به مرور کم چرب می شود .					
(E) جهت خروج شیراز پستان، شصت و انگشتان را به طور همزمان به سمت هاله پستان فشار دهید.					
(F) پستان را مانند ریتم مکیدن نوزاد بفشارید تا شیر جاری شود و مجدداً این عمل را تکرار کنید.					
(G) جهت خروج شیر، انگشتان را بر روی تمام نواحی پستان حرکت دهید.					
(H) دوشیدن پستان را تا زمانی که پستان نرم شود ادامه دهید. (معمولاً ۳ تا ۵ دقیقه)					
(I) سپس پستان دیگر را بدوشید و مجدداً دوشیدن را بر روی هر دو پستان تکرار نمایید.					
۷- یافته‌های مستند					

مراحل دوشیدن شیر



ماساژ پستان



دوشیدن شیر در فنجان



جلسه ۴-۵: تغذیه با فنجان

جزوه آموزشی: فواید و چگونگی تغذیه با فنجان
 تغذیه با فنجان عبارت است از استفاده از یک فنجان برای تغذیه نوزاد با شیر مادر و یا سایر شیرها،
 اغلب زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که نوزاد قادر به مکیدن سینه مادر نباشد.

فواید تغذیه با فنجان در مقایسه با تغذیه با بطری		
دلایل	انواع تغذیه	
	فنجان	بطری
برای نوزاد تازه متولد شده آسانتر و سریعتر است		
نوزاد را برای تغذیه از پستان در آینده آماده می کند (اعمال دهان و فک در مکیدن شیر از لبه فنجان مشابه مکیدن پستان مادر می باشد)	*	-
• حرکات پشت زبان هنگام خوردن شیر، مهارتی مهم جهت تغذیه از پستان مادر می باشد.	*	-
• نوزاد را تشویق می کند تا زبان را به سمت سقف دهان بالا بیاورد که این حرکت در وابستگی نوزاد به تغذیه از شیر مادر کمک می کند	*	-
اجازه نمی دهد که نوزاد انرژی از دست بدهد	*	-
این امکان را به نوزاد می دهد که تغذیه اش را کنترل کند مانند چه وقت، چه مقدار و با چه کیفیتی بخورد و چه زمان استراحت نماید .	*	-
تنفس آسانتر است و نوزاد انرژی بیشتری بدست می آورد	*	-
نیاز به تجهیزات اختصاصی ندارد	*	-
آماده و تمیز کردن وسایل آسان است	*	-
سبب مشکلات دندانی نمی شود	*	-
زمانی که می خواهند نوزاد را از شیر مادر بگیرند، تغذیه با فنجان این روند را آسانتر می سازد	*	-

چگونگی تغذیه با فنجان

۱. نوزاد را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته در آغوشتان نگهدارید
 - همانگونه که بدن نوزاد را نگهداشته اید شانه‌ها و گردنش را با دستانتان حمایت کنید
 - نوزاد را سینه به سینه خود نگهدارید و بازوی چپ خود را بدور بدن نوزاد حلقه کرده و او را نگهدارید. دست چپ خود را مانند زیر گلدانی زیر چانه او قرار دهید که شیری که از لبه فنجان می‌ریزد داخل آن ریخته شود
۲. فنجان کوچک، نیمه پر را به لب‌های نوزاد نزدیک کنید.
 - فنجان شیر را در تماس با لب‌های نوزاد قرار دهید.
 - فنجان را به آرامی به لب بالایی نوزاد نزدیک کرده و لبه فنجان را کمی بالاتر بیاورید تا مختصری قسمت خارجی لب نوزاد را لمس نماید.
۳. بچه حالت هوشیار پیدا کرده و دهان و چشم خود را باز می‌کند.
 - نوزاد LBW با زبان خود شروع به نوشیدن شیر خواهد نمود.
 - نوزاد کاملاً رسیده یا دیررس شروع به مکیدن لبه فنجان خواهد کرد تا شیر از آن جاری شود.
۴. شیر را داخل دهان نوزاد نریزید. فنجان را در تماس با لب نوزاد نگهدارید و اجازه دهید خودش

شیر را بمکد.

۵. زمانی که نوزاد سیر شد دهانش را بسته و از دریافت شیر بیشتر خودداری می‌کند:

- نوزادی که سیر نشده ممکن است زمان بیشتری برای تغذیه لازم داشته باشد
- یا ممکن است نیاز به افزایش دفعات شیردهی داشته باشد.

۶. میزان شیر دریافتی توسط نوزاد را هر ۲۴ ساعت و ترجیحاً بعد از هر تغذیه اندازه‌گیری نمایید

۷. پدرها نیز می‌توانند در تغذیه نوزاد با فنجان مشارکت نمایند.

*فنجان شیردهی نوزاد باید کوچک، طبی یا پلاستیکی و ترجیحاً درب‌دار باشد و جهت تغذیه نوزاد از فنجان با سایز بزرگسالان استفاده ننمایید.

توجه: تغذیه با فنجان به همراه قاشق نیز استاندارد بوده و در بعضی مواقع مورد استفاده قرار می‌گیرد. در استفاده از روش تغذیه فنجان به همراه قاشق می‌ایست چند نکته را مورد توجه قرار داد :

(۱) تغذیه فنجانی به همراه قاشق باید آهسته‌تر از روش فنجان به تنهایی انجام شود.

(۲) شیر بیشتری ممکن است به هدر رود.

(۳) قاشق باید بقدری کوچک باشد که نوزاد بتواند آن را بمکد. قاشق‌های بزرگ ممکن است به دهان نوزاد صدمه بزنند

(۴) در حین شیر خوردن با قاشق تنفس کردن برای نوزاد آسانتر است (بویژه در طی شیردهی سریع)



مادر با فنجان نوزادش را تغذیه می‌کند

جلسه ۶-۴: تغذیه نوزاد از طریق سند معده

جزوه آموزشی: جزئیات تغذیه با لوله

تغذیه با سند معده عبارت است از داخل نمودن غذا به معده نوزاد از طریق لوله‌ای که از راه دهان، گلو و مری نوزاد عبور داده شده و وارد معده وی گردیده است. تغذیه با سند معده زمانی بکار می‌رود که نوزاد قادر به بلعیدن نمی‌باشد و یا بین تنفس و بلع وی هماهنگی وجود ندارد، زود خسته می‌شود و نمی‌تواند به اندازه کافی شیر دریافت کند.

شاخص‌های تغذیه با سند معده:

- نوزادان کمتر از ۳۲ هفته قدرت مکیدن بسیار ضعیفی داشته و قادر به تغذیه با فنجان نمی‌باشند.
- نوزادان بی‌نهایت کم وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم
- نوزادانی که مکیدن و یا بلعیدن آنها ضعیف می‌باشد

روش انجام کار

سوند معده را از راه بینی به داخل معده فرستاده و به بینی نوزاد فیکس می‌کنیم. دستکاری سند و یا نوزاد می‌تواند سبب جابجا شدن سند به سمت نای یا حلق نوزاد و در نتیجه آسپیره و خفگی وی در حین تغذیه گردد.

برنامه تغذیه

دفعات تغذیه نوزاد بستگی به میزان تحمل وی در هر بار تغذیه و مقدار مورد نیاز روزانه‌اش دارد. برنامه تغذیه‌ای ایده‌آل نوزاد «۵ میلی‌لیتر در هر وعده با فواصل ۲ ساعته تا ۵ روز می‌باشد و سپس می‌توان این مقدار را به تدریج ۱ تا ۲ میلی‌لیتر در روز افزایش داد و تا ۱۳ روز به این روند ادامه داد. زمانی که وزن نوزاد به ۱۵۰۰ گرم رسید، برنامه تغذیه وی به ۱۵ میلی‌لیتر هر سه ساعت در روز تغییر می‌یابد.

به محض اینکه علائمی مبنی بر آمادگی نوزاد جهت تغذیه از پستان و یا فنجان مشاهده گردید، نوزاد را در فواصل، تغذیه با سند معده (در حالی که عمده تغذیه از طریق سند معده صورت می‌گیرد)، ۱ تا ۲ بار در روز به آرامی از طریق دهانی با پستان و یا فنجان تغذیه نمایید. این فرایند را تا زمانی که نوزاد به قدر کافی رشد کرده و توانایی مکیدن پستان و یا پستانک را داشته باشد ادامه دهید. زیرا تغذیه از راه دهان سبب رشد و تکامل دستگاه گوارش شده و زمینه احساس گرسنگی و سیری را فراهم می‌کند.

۵

فصل

هیپوترمی در نوزاد

هدف کلی در پایان جلسه فراگیران قادر خواهند بود روش مناسب برخورد با هیپوترمی را شرح دهند

اهداف اختصاصی

- ۱- هیپوترمی را تعریف کند
- ۲- راه هایی که نوزاد حرارت از دست می دهد شرح دهد
- ۳- در مورد پیشگیری از هیپوترمی بحث کند
- ۴- در مورد درمان هیپوترمی بحث کند

زمان: ۳ ساعت و ۵۰ دقیقه (شامل استراحت و نهار)

لیست جلسات

- ۱- توصیف هیپوترمی
- ۲- جلوگیری و درمان هیپوترمی

وسایل آموزشی فلیپ چارت و نشانگرها، ماکت نوزاد، لباس مراقبت مادرانه آغوشی، بسته خدمتی KMC

جزوات آموزشی

- بیان علائم هیپوترمی
- علل از دست دادن حرارت در نوزادان و اعمال پیشگیری کننده
- جلوگیری از اتلاف حرارت
- درمان و مراحل گرم کردن مجدد نوزاد

روش تدریس:

- نمایش
- تمرین بالینی
- بحث

نگاه کلی به بخش ۵: هیپوترمی در نوزاد

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
مرور	۵ دقیقه	مرور بحث روز	بحث	فلپ چارت و نشانگر
۵،۱: تعریف هیپوترمی	۱ ساعت، ۱۵ دقیقه	توصیف علائم هیپوترمی راه هایی که نوزاد گرما از دست می دهد. علل کاهش حرارت نوزاد و راههای تصحیح آن	از فراگیران بخواهید از طریق بارش افکار هیپوترمی را تعریف کنند. با بحث تعریف صحیحی ارائه دهند. سخنرانی و بحث در مورد راه های ائتلاف حرارت نوزاد از طریق بارش افکار در مورد علل از دست دادن حرارت در نوزاد بحث نمایند و عملکرد صحیح در مواجهه با آن را شرح دهند. بحث و ارائه پاسخ های صحیح	فلپ چارت و نشانگر جزوه جلسه ۱-۵
	۱۵ دقیقه		استراحت	
۵،۲: پیشگیری و درمان هیپوترمی	۹۰ دقیقه	جلوگیری از ائتلاف حرارت	شرح راههای جلوگیری از هیپوترمی بحث در مورد مدیریت و درمان هیپوترمی و توضیح در مورد دوباره گرم کردن نوزاد جلوگیری از هیپوترمی برگشت به نمایش	مدل نوزاد لباس مراقبت کانگرویی بسته مراقبت کانگرویی نوزاد فلپ چارت و مارکرها جزوه برای جلسه ۵،۲
مطالعه بیمار	۳۰ دقیقه		بحث	مطالعه بیمار در پایان فصل ۵
خلاصه	۱۵ دقیقه		مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می خواهد خلاصه ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز در بحث کمک بگیرد. پرسش و پاسخ	

۵:۱ جلسه: توصیف هیپوترمی

جزوه آموزشی: توصیف هیپوترمی و علائم آن

علت هیپوترمی در اکثر مواقع کمبود دانش است تا کمبود تجهیزات. آموزش پرسنل بهداشتی در زمینه رعایت مراقبت از نوزاد بر اساس حفظ دمای بدن وی بایدامری مهم تلقی گردد. برای اطمینان از حفظ زنجیره گرما در مراقبت از نوزاد، آموزش ضمن خدمت و معاینه بالینی دقیق باید به عنوان قسمتی از مراقبت معمول نوزاد در نظر گرفته شود. خانواده و جامعه باید از خطرات هیپوترمی آگاه گردند.

هیپوترمی زمانی رخ می‌دهد که دمای زیر بغل نوزاد به زیر $36,5^{\circ}\text{C}$ افت کند. اکثراً هیپوترمی نوزاد طی نخستین دقایق بعد از تولد اتفاق می‌افتد. بعد از زایمان ممکن است دمای پوست بدن نوزاد به سرعت افت کند و اگر توجهات لازم در نظر گرفته نشود، منجر به کاهش $2-3^{\circ}\text{C}$ از دمای مرکزی بدن نوزاد در عرض چند دقیقه خواهد شد هر چه نوزاد کوچکتر باشد خطر از دست دادن حرارت بیشتر خواهد شد.

هیپوترمی ممکن است در اثر عفونت سیستمیک شدید ایجاد شود بنابراین نوزادان هیپوترم باید از نظر عفونت بررسی شوند. نوزادان هیپوترم بویژه اگر بد حال، نارسویا نسبت به سن حاملگی کوچک باشند. بیشتر در معرض خطر، مشکلات و مرگ هستند.

نوزادان قادر نیستند همانند بزرگسالان دمای بدن خود را حفظ کنند. آنها به سرعت سرد یا گرم می‌شوند و فقط می‌توانند گستره کوچکی از تغییرات دمایی را تحمل نمایند. دلایل این امر به قرار زیر است:

- سطح بدن نوزاد نسبت به وزن او بیشتر است.
- چربی زیر پوستی نوزاد کم است.
- مراکز مغزی کنترل دمای بدن نوزاد نارس هستند.
- پوست بدن نوزاد لایه نازکی است که در هفته نخست زندگی، اجازه تبخیر و هیپوترمی را می‌دهد.

علائم هیپوترمی: علائم هیپوترمی خفیف: دمای بدن 32 تا 36 درجه سانتیگراد ($89,6$ تا $97,8$ د درجه فارنهایت) به

قرار زیر است:

- تنفس مشکل
- ضربان قلب کمتر از 100 بار در دقیقه
- کم غذا خوردن یا غذا نخوردن
- بی حالی (لتارژی)
- سرد بودن در لمس
-

علائم هیپوترمی شدید: دمای بدن کمتر از 32 درجه سانتیگراد ($89,6$ د درجه فارنهایت) به قرار

زیر است:

- تنفس مشکل

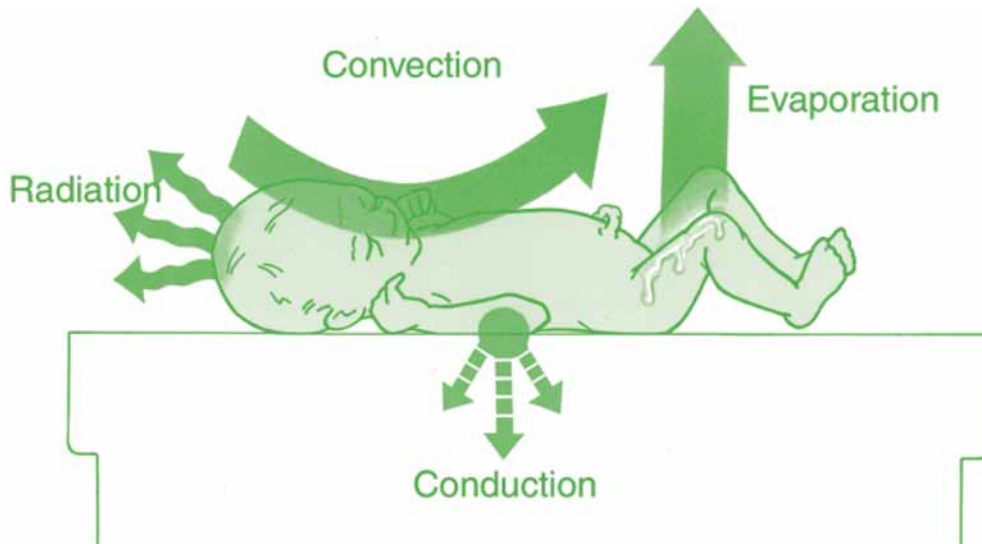
- ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ بار در دقیقه
- کم غذا خوردن یا غذا نخوردن
- بی حالی (لتارژی)
- سرد بودن در لمس
- Hardened skin
- Slow, shallow breathing

نوزادان چطور حرارت از دست می دهند:

نوزاد از راه‌های متعددی حرارت از دست می‌دهد. نوزادان بیشتر حرارت بدنشان را از قسمت سر از دست می‌دهند. نوزادانی که براساس اندازه، سن یا محیط پوشش مناسبی ندارند بیشتر حرارت از دست می‌دهند.

در مجموع یک نوزاد تا ۲۵٪ حرارت بدن خود را از طریق سر از دست می‌دهد، بنابراین پوشاندن سر نوزاد امر مهمی است، حتی در خانه بویژه در آب و هوای سرد. نوزاد در محیط، از چهار طریق حرارت بدن خود را از دست می‌دهد:

- ۱- انتقال، ۲- تبخیر، ۳- تشعشع و ۴- هدایت



منبع:

Geneva 97.2/Thermal Protection of the Newborn. WHO/RHT/MSM:1997 WHO

چارت زیر چهار طریق اصلی از دست دادن حرارت و راه‌های جلوگیری از آنها را شرح می‌دهد: جزوه آموزشی: دلایل از دست دادن حرارت در نوزاد و راه‌های تصحیح آن

راه های از دست دادن حرارت	طریق توقف از دست دادن حرارت
۱. تبخیر: وقتی مایع آمینوتیک یا آب از روی پوست نوزاد تبخیر می شود (در هوا خشک می شود)	<ul style="list-style-type: none"> • بمحض تولد یا بعد از استحمام نوزاد را سریعتر خشک کنید و مطمئن شوید که سر وی کاملاً خشک است. • پارچه خیس که برای خشک کردن استفاده کرده اید کنار بگذارید.
۲. هدایت: وقتی نوزاد لخت است و روی یک سطح سرد قرار می گیرد (مانند یک میز، ترازو و یا تخت سرد)	<ul style="list-style-type: none"> • مطمئن شوید که یک پتوی گرم روی ترازو و میز یا تخت را پوشانیده است. • نوزاد را در تماس پوست با پوست مادر قرار دهید. • سر نوزاد را با کلاه بپوشانید.
۳. تماس: وقتی نوزاد در هوای سرد قرار دارد یا از طریق درهای باز، پنجره و یا بادبزن در معرض کوران قرار گرفته است.	<ul style="list-style-type: none"> • نوزاد را پوشیده نگه دارید. • یک کلاه روی سر نوزاد بگذارید تا سر در معرض هوای سرد نباشد. • از کوران هوا جلوگیری کنید. • مطمئن باشید که اتاق گرم است.
۴. تشعشع: وقتی نوزاد نزدیک اشیاء سرد قرار گرفته اما در تماس مستقیم با آنها نمی باشد (دیوارها- میز یا کابینت)	<ul style="list-style-type: none"> • نوزاد را در تماس با بدن مادر و یا شخص دیگری قرار دهید.

مرجع:

Geneva 97.2/Thermal Protection of newborn/WHO/RHT/MSM:1977 WHO

جلسه ۵-۲: جلوگیری و درمان هیپوترمی

جزوه آموزشی: جلوگیری از اتلاف حرارت

با به کار بردن یک سری مراقبت‌ها می‌توان از هیپوترمی نوزاد در زمان تولد و بعد از آن پیشگیری کرد. این فرایند احتمال هیپوترمی را کاهش داده و زنجیره گرمایی نامیده می‌شود. هیپوترمی کشنده ترین عامل مرگ در نوزادان نارس و LBW می‌باشد. این مراقبت‌ها شامل:

۱- گرم کردن در طول زایمان

- دمای اتاق زایمان باید حداقل ۲۵ درجه سانتیگراد (۷۲°F) باشد.
- هیچ جریان هوایی به سمت داخلی وجود نداشته باشد.
- وسایل گرم کردن نوزاد در طول زایمان را از قبل آماده کنید.

۲- خشک کردن بلافاصله و تماس پوست با پوست

- بلافاصله بعد از تولد در حالی که نوزاد را روی قفسه سینه یا شکم مادر قرار داده‌اید وی را با یک حوله گرم خشک کنید.
- یک کلاه روی سر نوزاد قرار دهید و نوزاد و مادر را با یک پوشش یا پتوی دیگر بپوشانید.

- تماس پوست به پوست مداوم بین مادر و نوزاد برقرار کنید.

۳- تغذیه

- طی ساعت اول تولد شیردهی را شروع کنید.
- هنگامی که نوزاد هیپوترم است، با روشی مناسب وضعیت نوزاد شیردهی را ادامه دهید (پستان مادر، فنجان و یا لوله معده).
- هنگامی که مادر HIV مثبت است توصیه‌های تغذیه با شیر مادر را بکار ببرید.

۴- استحمام نوزاد را به تاخیر بیندازید:

- باید استحمام نوزاد تا ۲۴ ساعت به تأخیر انداخته شود.
- جهت استحمام نوزاد با اسفنج باید این عمل در اتاق گرم با استفاده از آب گرم در مدت زمان کوتاهی انجام شود.
- نوزاد را به سرعت خشک کنید و با کلاه و پوشک و جوراب پوشانده در تماس پوست به پوست با مادر قرار دهید.

۵- گرم کردن هنگام انتقال

- خطر هیپوترمی حین انتقال داخل یا خارج بیمارستانی مانند انتقال از لیبر به نرسری وجود دارد.
- KMC راهی ایمن جهت انتقال نوزاد به حساب می‌آید. بنابراین مهم است به مادر اطمینان دهید که وضعیت در آغوش گرفتن نوزاد خصوصا نوزاد نارس بهترین راه انتقال نوزاد می‌باشد که می‌تواند درحین انتقال نیز براحتی نفس بکشد. در صورتی که مادر برای اولین بار KMC می‌کند، مراقبین بهداشتی باید در گرم ماندن و ایمنی نوزاد به مادر کمک کرده و وی را حمایت کنند.

۶- گرم کردن در طول اجرای پروسیجرها

- به گرم ماندن نوزاد در حین انجام پروسیجرها توجه داشته باشید.
- از قرار گرفتن نوزاد در معرض سرما حین انجام پروسیجرها توجه کنید. فقط نواحی از بدن که جهت اجرای فرایندها لازم است مانند معاینه بالینی، فلبوتومی و یا تزریقات برهنه نمایید.
- در صورت لزوم از یک منبع گرمایی اضافه (تابشی) استفاده نمایید.

جزوه آموزشی: درمان و مراحل گرم کردن دوباره نوزاد:

- هیپوترمی خفیف را با گرم کردن دوباره نوزاد درمان کنید. مراحل گرم کردن دوباره نوزاد شامل:
- اطمینان از گرم بودن اتاق، حداقل ۲۵ درجه سانتیگراد و از جریان هوا در آن خبری نیست.
- لباس‌های سرد و مرطوب را خارج کرده و نوزاد را با کلاه، پوشک و جوراب پوشانید.

- نوزاد را در تماس پوست به پوست با مادر قرار دهید، نوزاد و مادر را با لباس مادر و پتوی تمیز و گرم بپوشانید.
- در صورتی که امکان KMC نبود از انکوباتور و یا گرم‌کننده تابشی استفاده نمایید.
- مادر را به شیردهی از پستان و در صورت عدم توانایی نوزاد در مکیدن پستان به شیردهی با فنجان تشویق نمایید.

دمای بدن نوزاد را هر ساعت تا ۳ ساعت از طریق زیربغل (نه رکتال) کنترل نمایید.

- اگر دمای بدن نوزاد حداقل ۰/۵ درجه در ساعت ۳ تا ۳ ساعت افزایش یابد نشانه این است که به حالت طبیعی بر می‌گردد و فرایند گرم کردن مجدد نوزاد موفقیت‌آمیز بوده است. به کنترل درجه حرارت بدن نوزاد ادامه دهید و ۲ ساعت بعد مجدداً کنترل نمایید.
- اگر دمای بدن نوزاد به میزان طبیعی برگشت تا ۱۲ ساعت هر ۳ ساعت درجه حرارت وی را کنترل نمایید. اگر درجه حرارت بدن نوزاد در حد طبیعی باقی‌ماند دیگر لزومی به کنترل درجه حرارت نیست. در این زمان علائم خطر و نحوه گرم نگه‌داشتن نوزاد را با مادر مرور کنید.
- اگر دما به حد طبیعی برگشت و یا افزایش آن بکندی صورت گرفت (به میزان ۰/۵ درجه هر ساعت) به علائم خطر توجه کنید، بویژه به علائم سپیس (استفراغ/ مکیدن و تغذیه ضعیف/ لتارژی/ اختلال تنفسی) اگر نوزاد دارای علائم فوق باشد، وی را در وضعیت KMC به سطح درمانی بالاتر ارجاع دهید.
- در هیپوترمی شدید نوزاد را در تماس پوست با پوست مادر قرار دهید و او را فوراً ارجاع دهید.

معرفی بیمار :

بیمار I:

مادر بزرگی نگران از اینکه نوزاد سرد است، یکی از نوه‌های دو قلویش را به واحد KMC می‌آورد. شما متوجه می‌شوید که با توجه به اینکه نوزاد در تماس پوست با پوست با مادر بزرگ قرار دارد، سر وی تقریباً بدون پوشش است، زن می‌گوید قل دیگر نزد مادر در خانه است. هر دو نوزاد شیر مادر می‌خورند اما مادر بزرگ می‌گوید دخترش بسیار خسته است، به همین دلیل مراقبت آغوشی یکی از قل‌ها را او انجام می‌دهد. مادر بزرگ می‌گوید «من فقط هنگام پخت و پز یا شستشوی لباس او را از تماس پوستی با خود دور می‌کنم. دو قلوها یک هفته قبل در سن ۳۵ هفتگی بدنیا آمده‌اند و در هنگام تولد در سلامت کامل بوده‌اند.

A: مشکل اصلی و بالقوه در مورد KMC در دو قلوها چیست؟

B: چه اطلاعات اضافی برای ارزیابی وضعیت نوزاد نیاز دارید؟

C: چگونه باید با این مادر مشاوره نمود؟

مطالعه بیمار: کلید جواب

بیمار اول:

A: مشکل اصلی و بالقوه در مورد KMC در دو قلوها چیست؟

۱. به علت نارس بودن دوقلوها تثبیت شیردهی نیاز به زمان بیشتری دارد.
۲. اغلب یک قل کوچکتر است و در مراقبت از وی باید اطمینان حاصل نمود که به اندازه کافی شیر مادر دریافت می‌کند.
۳. مراقبت از دو نوزاد در وضعیت KMC برای مادر بسیار خسته‌کننده است. بنابراین این ممکن است مادر از انجام KMC مدام دلزده شود.

B: چه اطلاعات اضافی برای ارزیابی وضعیت نوزاد نیاز دارید؟

۱. وزن هر نوزاد در حین تولد چقدر بوده است.
۲. وزن کنونی هر نوزاد چقدر است.
۳. اطمینان داشته باشید که هیچ علامت خطری برای نوزاد وجود ندارد.
۴. آیا شیر خوردن از پستان مادر (تغذیه با شیر مادر) تثبیت شده است.

(a) آیا نوزاد با لوله یا فنجان یا EBم تغذیه می‌شود؟

(b) هر نوزاد اکثر مواقع چگونه تغذیه می‌شود؟

(c) آیا نوزادان تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند؟

(d) چند بار در روز دفع مدفوع دارند؟

C: چگونه باید با این خانم مشاوره نمود؟

۱. مادر یک نوزاد را در هر زمان تا تثبیت تغذیه با شیر مادر تغذیه کند.
۲. به مادر بزرگ اطمینان دهید که اولاً ترشح شیر از پستان مادر تثبیت شده است و مادر به اندازه کافی برای هر دو نوزاد شیر دارد.
۳. مادر باید برای شیردهی هر نوزاد از پستان‌های خود بطور متناوب استفاده نماید یعنی هر روز جهت شیردهی نوزادان به هر نوزاد یک پستان را اختصاص دهد.
۴. هر نوزاد باید هر ۲ تا ۳ ساعت یکبار تغذیه شود (حداقل ۸ بار در روز)
- (a) نوزاد کوچکتر یا ضعیفتر ممکن است به شیر بیشتری نیاز داشته باشد. مادر می‌تواند شیرش را بدوشد و بعد از شیردهی از پستان، نوزاد ضعیفتر را با شیر دوشیده شده تغذیه نماید.
۵. به مادر یاد آوری کنید که نوزاد نمی‌تواند مانند بزرگسالان خود را گرم نگهدارد بویژه اگر نوزاد نارس یا کم وزن باشد. نوزادان سرد در معرض مشکلات بیشتری هستند. بعضی از راه‌های پیشگیری از سرد شدن نوزاد در زیر بیان گردیده است:
 - (a) با توجه به اینکه نوزادان تا ۲۵٪ از حرارت را از طریق سر از دست می‌دهند. سر وی را با استفاده از پوششی مانند کلاه همیشه پوشانید.
 - (b) پاهای نوزاد را با جوراب پوشانید.
 - (c) مطمئن شوید که مادر بزرگ درک کرده که نوزاد در وضعیت KMC گرم و ایمن باقی می‌ماند.

۶. به مادر بزرگ آگاهی دهید در صورت امکان دوقلوها را در وضعیت KMC در آغوش مادر جایجا کند (حداقل برای قسمتی از روز) بویژه قل ضعیفتر.
۷. علائم خطر را یادآوری کنید و هر چه زودتر برای دوقلوها ویزیت‌های پیگیری بگذارید.

۶

فصل

مشاوره KMC

هدف کلی

در پایان جلسه فراگیران قادر خواهند بود با مادران در زمینه مراقبت آغوشی مشاوره نمایند.

اهداف اختصاصی

- ۱- مشاوره را تعریف نمایند.
- ۲- اصول ارتباط بین فردی را توصیف نمایند.
- ۳- چگونگی مشاوره در زمینه شروع مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را توضیح دهند.
- ۴- چگونگی مشاوره در زمینه انجام مراقبت آغوشی در داخل بخش مراقبت آغوشی مادر و نوزاد را توضیح دهند.
- ۵- چگونگی مشاوره در زمینه انجام مراقبت آغوشی بعد از ترخیص از بخش مراقبت آغوشی را توضیح دهند.

زمان : ۲ ساعت و ۵۰ دقیقه (شامل نهار و استراحت)

لیست جلسات

- جلسه ۱-۶: تعریف مشاوره و اصول مشاوره
- جلسه ۲-۶: بحث گروهی در زمینه مراقبت آغوشی

وسایل آموزشی

فلیپ چارت، نشانگرها، ضمیمه ۲ در مورد بحث گروهی مراقبت آغوشی

جزوات آموزشی

- عریف مشاوره
- اصول مشاوره و ارتباط بین فردی
- هدف و محتوی مباحث گروهی

روش های تدریس :

- بحث
- نمایش
- ایفای نقش

نگاه کلی به بخش ۶: مشاوره مراقبت آغوشی مادر و نوزاد

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
مرور	۵ دقیقه	مروری بر جلسات روز	بحث	ترانسپرنس فیلیپ چارت و نشانگرها
۶-۱: تعریف و اصول مشاوره	۴۵ دقیقه	تعریف مشاوره اصول مشاوره و ارتباط بین فردی	مدرس از فراگیران می خواهد از طریق بارش افکار در مورد مشاوره مراقبت مادرانه آغوشی با یکدیگر بحث و گفتگو نمایند تا به تعریف صحیحی دست یابند. بارش افکار، بحث و اصول ارتباط بین فردی ایفای نقش	فیلیپ چارت و نشانگرها جزوه جلسه ۶-۱
۶-۲: بحث گروهی مراقبت مادرانه غوشی	۱, ۵ ساعت	هدف و محتوی مباحث گروهی: • زمانی که مادر در بخش KMC پذیرش می شود. • در مدتی که مادر در بخش KMC می ماند • زمانی که مادر از بخش KMC ترخیص می گردد.	مدرس از فراگیران می خواهد از طریق بارش افکار در مورد هدف و محتوی مباحث گروهی. بحث و گفتگو نمایند تابه تعریف صحیحی دست یابند. ایفای نقش	فیلیپ چارت نشانگرها جزوه جلسه ۶,۲ ضمیمه ۲: مباحث گروهی KMC
	۱۵ دقیقه		استراحت	
خلاصه	۱۵ دقیقه	مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می خواهد خلاصه ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز بخواهد که در بحث مشارکت نمایند پرسش و پاسخ		

جلسات ۱-۶ تعریف مشاوره و اصول آن

جزوه آموزشی: تعریف مشاوره

مشاوره دادن اطلاعات مناسب، دقیق و بدون سوءگیری همراه با حمایت روحی در زمینه یک یا چند ویژگی به مشاوره شونده می‌باشد. تا خود فرد تصمیم‌گیری و انتخاب نماید.

مشاوره یک فرایند پیوسته‌ای است که در زمان پذیرش شروع شده در بخش؛ زمان ترخیص؛ در خانه و در جامعه ادامه می‌یابد. مشاوره، دستورالعمل یا پندهای سلامتی را به مادران می‌آموزد و یا مادران را در حل مشکلات مرتبط با سلامت، یاری می‌کند. همچنین می‌تواند به تصمیم‌گیری مادران درباره سلامت خود و فرزندشان کمک نماید. در این جلسه مشاوره و دستورالعمل‌های بالینی در زمینه شروع بالینی KMC به مادران داده می‌شود.

در زمینه مراقبت و KMC نوزادان نارس، مادران نه تنها نیاز به مشاوره گفتاری دارند بلکه اجرای مهارت‌ها به صورت عملی نیز لازم و ضروری است. به دلیل پیوسته بودن فرایند مشاوره، همه کارکنان باید در آموزش KMC و مراقبت از مادران و نوزادان در تمام سطوح همکاری نمایند. کارکنان شامل ماماها، پرستاران، پزشکان، دستیاران و کلیه ارائه‌دهندگان خدمت به جامعه می‌باشند که همه آنها باید آموزش ببینند. این آموزش باید بگونه‌ای استاندارد گردد که تمام مراقبین نوزاد، شاغل در تمام مراکز بهداشتی و درمانی اطلاعات و فرصت لازم برای اجرای مهارت‌ها را داشته باشند.

آموزش می‌تواند به صورت کارگاه، سمینار یا آموزش ضمن خدمت برگزار گردد. آموزش توسط کسی که شرایط مشابه فرایند کنونی دارد بسیار موثر است و توسط مادران با تجربه در زمینه KMC انجام می‌شود. استفاده از فرد هم شرایط به صورت ایجاد یک گروه در داخل مراکز یا جامعه شکل می‌گیرد. هم‌مطرازان می‌توانند سایر مادران و اعضای خانواده را تشویق و حمایت مالی نمایند. به عنوان مثال افرادی که تازه مراقبت آغوشی را شروع کردند یا آنهایی که KMC را در خانه انجام می‌دهند.

جزوه آموزشی: اصول مشاوره و ارتباط بین فردی

ارتباط بین فردی: یک ارتباط چهره به چهره گفتاری و غیر گفتاری است که سبب تبادل اطلاعات یا احساسات بین دو فرد (جمعیت) می‌گردد.

مشاوره یک تبادل بین فرد با فرد است بطوریکه مشاوره دهنده اطلاعات مناسب جهت توانمندی مشاوره شونده به وی ارائه دهد تا او قادر باشد راهی را که برای او بهتر است، انتخاب نماید.

اساس اصول مشاوره:

- **شرایط پذیرش:** مشاوره دهنده باید خوشامدگویی مودبانه داشته باشد و محیط راحتی به وجود آورد. او باید علاقه نشان دهد و توجه به ارتباط گفتاری و غیر گفتاری داشته باشد.
- **تصمیم با اطلاع:** مشاوره دهنده برای فهمیدن باید اطلاعات واضح و مناسب به مراجعه‌کننده بدهد مشاوره دهنده باید بدون تعصب همه فواید، خطرها و سایر عوارض، مزایا و معایب را توضیح دهد.

- **رازداری:** مشاوره‌دهنده حریم خصوصی فرد را با رعایت رازداری اطلاعات، حمایت می‌کند به جز مواردی که با اجازه باشد.
- **بدون تعصب:** عقیده و رفتار فرد به طور مشخص بدون افکار از قبل تعیین شده ارزیابی شود.
- **آزادی گفتار:** به فرد باید اجازه داده شود که افکارش را بیان کند حتی اگر گفتار مشاور را قبول نداشته باشد. فرد باید به پاسخ سوالات و بیان نگرانی‌هایش تشویق شود.
- **ارتباط بدون درگیری روحی:** مشاور باید متعهد و همدل با احساسات فرد بدون درگیری روحی باشد.
- **حریم خصوصی:** مکان مشاوره باید بدون سرو صدا و مزاحمت دیگران باشد. فرد دیگری نباید مشاوره را ببیند یا بشنود.
- **قبول محدودیت‌ها:** وقتی فرد سوالاتی از مشاور می‌پرسد که او نمی‌داند باید با صداقت بگوید.

جلسه ۲-۶: بحث گروهی KMC

جزوه آموزشی: هدف و محتوای بحث گروهی

هدف از بحث گروهی فراهم نمودن اطلاعات برای مادران، مراقبین و اعضای خانواده در زمینه چگونگی مراقبت از نوزادان کوچک تازه متولد شده یا نارس در بخش KMC و بعد از ترخیص در خانه می‌باشد. بحث گروهی باید در زمینه بحث‌های زیر هدایت گردد:

وقتی مادر در بخش KMC پذیرش می‌شود:

- معنای KMC
 - نیازهای اساسی نوزادان نارس
 - مزایا و معایب KMC
 - چگونگی انجام KMC
 - مراقبت از نوزاد
- وقتی مادر در بخش KMC می‌ماند:
- تغذیه
 - حمایت مادر
 - مشکلات نهانی
 - معیارهای ترخیص
 - بهداشت فردی عمومی
 - فعالیتهایی که در بخش KMC اجرا می‌شود.
 - اطلاعاتی در زمینه تنظیم خانواده
- در زمان ترخیص از بخش KMC:
- تجربه در بخش KMC و مفهوم KMC در منزل
 - مراقبت‌های عمومی از نوزاد در منزل

- حمایت مادر برای ادامه KMC در منزل
- طرز برخورد با خانواده و جامعه‌ای که با KMC مخالف است
- پیگیری بعد از ترخیص
- قطع KMC
- خواب باکمک والدین مرد
- برای اطلاعات بیشتر به مباحث گروهی مراقبت آغوشی در ضمیمه ۲ مراجعه کنید.



ترخیص از بخش KMC - پذیرش

مجدد و قطع KMC

هدف کلی

در پایان جلسه، فراگیران قادر خواهند بود معیارهای ترخیص از بخش KMC، پیگیری، پذیرش مجدد و قطع KMC را توضیح دهند.

اهداف اختصاصی

۱. معیارهای ترخیص از بخش KMC را توضیح دهند
 ۲. دستورالعمل‌های پی‌گیری بعد از ترخیص را توضیح دهند
 ۳. معیارهای پذیرش مجدد در بخش KMC را بیان کنند
 ۴. دلایل قطع KMC را شرح دهند
- زمان: ۲ ساعت و ۱۰ دقیقه (شامل استراحت و نهار)

لیست جلسات

- جلسه ۱-۷: معیارهای ترخیص از بخش KMC
 جلسه ۲-۷: دستورالعمل‌های پی‌گیری بعد از ترخیص از بخش KMC
 جلسه ۳-۷: دستورالعمل‌های پذیرش مجدد و قطع KMC

وسایل آموزشی

فیلیپ جارت
 نشانگرها

جزوات آموزشی

- معیار ترخیص
- زمان و محتوای ویزیت‌های پیگیری
- دستورالعمل پذیرش مجدد
- دستورالعمل قطع KMC

روش تدریس:

- ////////////////

- بارش افکار

- بحث

نگاه کلی به بخش ۷: ترخیص از بخش KMC، پیگیری، پذیرش مجدد و قطع KMC

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
نگاه کلی	۵ دقیقه	نگاهی به مباحث روز	بحث و مذاکره	اسلایدها یا نمودارها و نشانگرها
۸/۱: ارزیابی مراقبت پوست به پوست در یک نوزاد LBW	۶۰ دقیقه	چک لیست مهارتی	نمونه‌های ذکر شده در یک لیست را برای شرکت کنندگان بخوانید و از آنها بخواهید تا اطلاعات لازم را در اختیار مادر قرار دهند. نحوه برخورد و استفاده آنها را از چک لیست ارزیابی کنید	مارکرها و فلیپ چارت مادرو کودک
۸/۲: ارزیابی علمی بعد از آموزش KMC	۳۰ دقیقه	پس آزمون	برگزاری پس آزمون بحث در مورد پس آزمون	جزوه جلسه ۸/۱
	۱۵ دقیقه		استراحت	جزوه جلسه ۸/۲
خلاصه و جمع بندی	۱۵ دقیقه		مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می‌خواهد خلاصه‌ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز در بحث کمک بگیرد. پرسش و پاسخ	خلاصه

جلسه ۱-۷ معیار ترخیص از بخش KMC

آموزشی: معیار ترخیص

ترخیص زود هنگام را از بخش KMC در نظر بگیرید اگر:

A: وضعیت مراقبت آغوشی توسط مادر و نوزاد تحمل شود.

B: وضعیت نوزاد پایدار باشد

° علایم حیاتی طبیعی باشد:

• تنفس‌ها طبیعی و بدون مشکل باشد.

• درجه حرارت در وضعیت KMC حداقل سه روز متوالی (زیر بغل) ۳۶/۵-۳۷/۵ یا ۹۹/۵ °F-

۹۷/۷) در طیف طبیعی باشد.

° هیچگونه علامت عفونت، بیماری یا سایر علائم خطر را نداشته باشد.

C - برای سه روز متوالی وزن‌گیری مناسبی داشته باشد (۱۵ گرم به ازای هر کیلوگرم در روز) (بعد از اینکه وزن مجدداً به وزن هنگام تولد رسید).

D- نوزاد خوب غذا بخورد (با هماهنگی مکیدن و بلعیدن) و به طور انحصاری شیر مادر بخورد یا نزدیک به انحصاری شدن شیر باشد.

این معیارها زمانی بدست می‌آید که وزن نوزاد به بیش از ۱۵۰۰ گرم برسد. دستورالعمل‌های محلی را برای نوزادانی که وزن شان پایین است یا منتظر هستند که وزنشان به ۱۵۰۰ گرم برسد پی‌گیری کنید و تا برای ترخیص معیارهایی که قبلاً به آنها اشاره شد داشته باشد. درضمن معیارهایی که برای مادر در نظر می‌گیریم شامل:

ه- مادر قادر به شیر دادن از پستان و دوشیدن شیر باشد.

د- مادر این روش مراقبتی را قبول کند، خواهان ادامه KMC در منزل باشد، توسط خانواده حمایت گردد و تمایل و قدرت مراجعه برای ویزیت‌های پی‌گیری را داشته باشد.

جلسه ۲-۷ دستورالعمل پی‌گیری بعد از ترخیص

جزوه آموزشی: زمان و محتوای ویزیت‌های پی‌گیری

بعد از ترخیص از بخش KMC این مسئله مهم است که مطمئن گردیم مادر و نوزاد در مراکز درمانی نزدیک منزل توسط فردی ماهر پیگیری می‌شوند. هر چه نوزاد در هنگام ترخیص کوچک‌تر باشد، ویزیت‌های پیگیری زودتر و بیشتری مورد نیاز خواهد بود.

با توجه به اینکه شرایط و پروتوکول‌های محلی ممکن است متفاوت باشد، WHO دستورالعمل‌های زیر را جهت ویزیت‌های پیگیری در اکثر شرایط معتبر می‌داند:

- دو ویزیت پی‌گیری هر هفته تا ۳۷ هفتگی سن حاملگی

- یک ویزیت پی‌گیری هر هفته بعد از ۳۷ هفتگی سن حاملگی

با توجه به اینکه بسیاری از نوزادان LBW ممکن است نیاز به پی‌گیری روزانه داشته باشند، اگر این امکان وجود نداشته باشد می‌توان ترخیص را به تاخیر انداخت تا فواصل ویزیت‌ها بیشتر شود. پی‌گیری بر اساس پروتوکول‌های محلی انجام شود. محتوای ویزیت ممکن است با توجه به نیازهای مادر و نوزاد متفاوت باشد. حداقل در هر ویزیت پی‌گیری موارد زیر کنترل می‌گردد:

KMC :

مدت تماس پوست به پوست، وضعیت، لباس پوشیدن، درجه حرارت بدن، حمایت مادر و نوزاد بررسی شود.

آیا نوزاد علائمی از عدم تحمل را نشان می‌دهد؟

آیا زمان قطع KMC فرا رسیده است؟ (معمولاً ۴۰ هفتگی سن حاملگی یا قبل از آن) اگر مادر یا خانواده اوتمایلی به KMC ندارند، آنها را به ادامه KMC تشویق کنید

شیرمادر:

آیا انحصاری است؟ اگر بله، مادر را تمجید و به ادامه‌ی کار تشویق کنید. اگر نه، با مادر در مورد چگونگی افزایش شیردهی و کاهش استفاده از تغذیه تکمیلی و سایر مایعات مشاوره کنید.

در مورد وجود هرگونه مشکل پرسش و پیگیری نمایید و او را حمایت کنید. اگر نوزاد با شیرخشک یا سایر غذاهای تکمیلی تغذیه می‌شود از سلامت و کیفیت آنها مطمئن گردید و نیاز خانواده را به مواد تکمیلی بررسی کنید.

رشد:

در آخر هر دوره وزن نوزاد و نحوه وزن‌گیری وی را چک کنید. اگر وزن‌گیری مناسب است (بطور متوسط حداقل ۱۵ گرم/کیلو/روز). مادر را مورد تشویق و تمجید قرار دهید. اگر نامناسب است در مورد مشکلات و علل مسبب آن پرس و جو کنید و راه‌حل‌ها را بررسی نمایید. این مشکلات معمولاً با تغذیه و بیماری ارتباط دارد. برای کنترل مقدار و کیفیت تغذیه جهت وزن‌گیری مناسب به نمودار صفحه ۴۲ مراجعه کنید.

بیماری:

در مورد هرگونه علائم بیماری که توسط مادر گزارش می‌شود پرس و جو کنید. هر بیماری را مطابق با پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های محلی بررسی کنید. در مواردی که تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود ندارد. به علائم مشکلات تغذیه‌ای و گوارشی با دید خاص و پرسشگرانه برخورد نمایید.

دارو:

اگر برای نوزاد دارویی تجویز شده است، حداقل تا ویزیت بعدی به نوزاد مکمل بدهید.

واکسیناسیون:

واکسیناسیون را طبق جدول زمان‌بندی شده کنترل نمایید.

نگرانی‌های مادر:

در مورد هرگونه مشکلی نظیر مشکلات شخصی، خانه‌داری و اجتماعی از مادر سؤال کنید و به مادر کمک کنید تا بهترین راه حل را برای حل آنها پیدا کند.

ویزیت پی‌گیری بعدی:

همیشه بر روی زمان ویزیت بعدی و تاکید کنید تا فرصت از دست نرود و اگر فرصت داشتید به مادر در مورد علائم خطر که نیاز به مراقبت‌های فوری دارد اطلاعات و آگاهی دهید و مسائل بهداشتی نوزاد را کنترل کرده توصیه‌های لازم را بنمایید.

ویزیت‌های پی‌گیری خاص:

اگر جهت این مشکلات نیاز به بررسی‌های جسمی یا پزشکی بود، مادر را آن مشکلات تشویق کنید و در صورت نیاز به وی کمک نمایید.

مراقبت روتین از نوزاد:

تا موقعی که وزن نوزاد به ۲۵۰۰ گرم یا ۴۰ هفتگی سن حاملگی برسد مادر را به انجام مراقبت‌های روتین از نوزاد تشویق کنید.

از راهنمای KMC (WHO 2004)

توجه: نوزاد ممکن است از وضعیت KMC بی‌قرار شده و به بیرون بخزد در نتیجه از وضعیت KMC امتناع کند. این نوزاد ممکن است در صورتی که وزن و سایر معیارهای او پایدار گردد آماده قطع KMC باشد.

در هنگام ویزیت پی‌گیری:

- ۱- وزن نوزاد را اندازه بگیرید.
- ۲- از مادر شرح حال بگیرید:
 - آیا در خانه KMC می‌کند
 - وضعیت KMC
 - مدت تماس پوست به پوست
 - شیردهی از پستان و دیگر روش‌های تغذیه‌ای مناسب
 - آیا علایم خطر وجود دارد؟
 - آیا نوزاد علایم عدم تحمل را نشان می‌دهد؟
 - آیا نگرانی‌های دیگری برای مادر وجود دارد؟
- ۳- یک ارزیابی فیزیکی از نوزاد انجام شود:
 - اگر امکان‌پذیر است جدول زمان بندی پی‌گیری معاینه‌ی چشم برای نوزادان نارس که در معرض خطر پیشرفت مشکلات چشمی هستند تنظیم کنید.
- ۴- مادر و اعضای خانواده را برای ادامه KMC و انجام مراقبت‌های فوری در صورت بروز علایم خطر تشویق کنید.
- ۵- مادر و خانواده را به مراجعه جهت ویزیت بعدی تشویق کنید.

جزوه آموزشی : فرم ویزیت‌های پی‌گیری KMC KMC: برگه پی‌گیری

نام مادر:

آدرس:

تاریخ تولد: وزن تولد:

زمان پذیرش: وزن هنگام پذیرش (گرم):

تاریخ شروع KMC: وزن هنگام شروع KMC:

تاریخ ترخیص: وزن ترخیص:

تشخیص:

تغذیه بعد از ترخیص: معالجه انجام شده:

هر داروی خاص داده شده:

علائم:

نام پرسنل بهداشتی / درمانی :

توجه: برای هر ویزیت پی‌گیری باید یک برگه پی‌گیری (مانند نمونه داده شده زیر) استفاده شود و پرونده‌ها توسط فرد مسئول و مادر حفظ و نگهداری گردد.

تاریخ بررسی:

وزن (گرم):

وزن‌گیری (گرم):

تغذیه نوزاد چگونه است؟

هر گونه شکایت یا مشکلات مشاهده شده؟

یافته‌های بالینی؟

درمان و برنامه‌های پی‌گیری؟

تاریخ بررسی بعدی؟

جلسه ۳-۷: راهنما برای پذیرش مجدد و قطع KMC

فرم اطلاعاتی - راهنمای پذیرش مجدد

پذیرش مجدد نوزاد در بیمارستان اگر:

- نوزاد کاهش وزن داشته باشد.
- وزن‌گیری نوزاد کمتر از ۱۵ گرم/کیلو / روز در هر ۲ هفته
- نوزاد بیمار باشد.
- مادر KMC را برای نوزادی که زیر ۲۰۰۰ گرم است انجام نمی‌دهد.

جزوه آموزشی: راهنمای قطع KMC

قطع KMC اگر:

- نوزاد به وزن ۲۵۰۰ گرم برسد.
- با توجه به مشاوره اضافی مادر تمایلی به ادامه KMC نوزاد زیر ۲۰۰۰ گرم نداشته باشد.
- مادر برای انجام KMC بیمار و ناتوان باشد.
- نوزاد به خاطر فعالیت و عدم رضایت KMC را تحمل نکند.
- نوزاد بیمار است

توجه: اگر نوزاد نیاز به ارجاع دارد به فصل ۳ نگاه کنید «علائم خطر و مشکلات رایج در نوزادان LBW»

بررسی بیمار

مورد ۱

مادری به بخش KMC مراجعه می‌کند و ۳ روز پیش مرخص شده است. او از خواب زیاد نوزاد ۳ هفته‌ای خود شکایت دارد، به KMC نوزاد در خانه ادامه می‌دهد، شیردهی انحصاری دارد و گاهی با فنجان شیر دوشیده شده خود را به او می‌دهد. با این حال او اطلاع می‌دهد که نوزادش صبح‌ها از خوردن شیر امتناع می‌کند و در راه بیمارستان استفراغ کرده است.

- ۱- تشخیص احتمالی شما برای نوزاد چیست؟
- ۲- چگونه این مورد را مدیریت می‌کنید؟

مورد ۲

نوزاد پسر، ۲ هفته‌ای با وزن ۱۵۵۰ و با وزن‌گیری ۱۰۰ گرم از زمان تولد تاکنون. مادر برای رفتن به خانه نگران است و می‌خواهد بداند آنها چه موقع می‌توانند مرخص شوند؟ او نوزادش در فواصل شیردهی از پستان نوزادش را با شیر دوشیده شده تغذیه می‌کند:

الف: قبل از تصمیم‌گیری به چه اطلاعات اضافی نیاز دارید؟

ب: به این مادر چگونه پاسخ می‌دهید؟

مورد ۳

مینا نوزادی ۳ هفته و نارس {۱۵۰۰ گرم} است. او حدوداً ۷ روز است که در بخش kmc پذیرش شده است و حالا می‌خواهد همراه مادرش از بخش kmc مرخص شود. هنگام ترخیص، مادر مینا نیاز به مشاوره برای آمادگی‌های لازم جهت انجام kmc در منزل دارد:

الف: در هنگام ترخیص از بخش چه اطلاعات مناسبی باید به مادر مینا داده شود.

مادر مینا در اولین ویزیت گفته که به علت دوری روستایش از بخش kmc نمی‌تواند ویزیت‌های بعدی را بیاید. به عنوان پرسنل آموزش دیده‌ی kmc:

ب: وقتی در اولین ویزیت پی‌گیری مینا پیش شما آورده می‌شود چه کاری انجام می‌دهید؟

ج: در طی مراحل بررسی شما متوجه می‌شوید که مینا وزن‌گیری نداشته است. بر اساس این یافته‌ها شما برای مراقبت از مینا چه برنامه‌ای طرح می‌کنید؟

مطالعه موردی، کلید جواب‌ها:

مورد ۱:

الف: تشخیص احتمالی این نوزاد چیست؟

۱- سپسیس

ب- چطور این مشکل را دنبال می‌کنید؟

۱- سپسیس در نوزادان جدی است و به همین خاطر باید فوری اقدام نمود.

۲- حین معاینه نوزاد یک تاریخچه از مادر بگیرید.

a- مدت خواب‌آلودگی

b- تاریخچه تشنج و غش

c- تاریخچه هر مشکل یا علائم خطر مانند زردی، عفونت بند ناف، پوست یا چشم

• تعداد و مدت

• مدت تغذیه ضعیف یا امتناع از تغذیه

• تاریخچه استفراغ

۳- معاینه کامل نوزاد و جست و جوی:

a- مشکل در بیداری نوزاد

b- مشکل یا ضعف در مکیدن

c- هیپوترمی یا تب

d- شلی یا سفتی اندام‌ها

e- اتساع شکم

۴- توجه به تغذیه نوزاد با شیردوشیده شده از طریق فینجان یا لوله

۵- مطمئن شوید که نوزاد گرم است.

۶- برای درمان از پروتکل‌های محلی استفاده کنید یا نوزاد را به سطوح بالاتر مراقبتی ارجاع دهید.

اگر نوزاد در حال ارجاع است اولین دوز آنتی‌بیوتیک را مطابق پروتکل محلی شروع کنید.

مورد ۲

A - به اطلاعات اضافی قبل از تصمیم‌گیری نیاز است؟

۱- مطمئن شود که شرایط زیر برقرار است؟

a- وضعیت کانگورویی توسط مادر و نوزاد خوب تحمل می‌شود؟

b- وضعیت نوزاد پایدار است.

• طبیعی بودن علائم حیاتی

• عدم وجود عفونت. بیماری یا علائم خطر

c- برای ۳ روز متوالی حداقل وزن‌گیری (۱۵ گرم/کیلو/روز) داشته باشد.

d- نوزاد تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشد یا نزدیک انحصاری بودن باشد.

e- مادر تمایل به ادامه KMC در منزل داشته باشد و توسط خانواده حمایت شود و قادر/تمایل

برای انجام ویزیت‌های پیگیری بعد از ترخیص باشد.

f- مادر و نوزاد هم معیارهایی مطابق با پروتکل‌های محلی یا مرکز را داشته باشد.

B- چگونه پاسخگوی این هستید؟

۱- مشاوره مادر در مورد بهبود نوزاد

۲- توضیح معیار ترخیص

۳- اطمینان از اینکه مادر و نوزاد ترخیص شد سالم هستند و مادر می‌تواند از این به بعد کار نوزاد

را انجام دهد

۴- هدایت برای ترخیص زودتر در صورتی که سالم هستند و توانایی برای انجام مشاوره در

ویزیت‌های پی‌گیری و تشخیص علائم خطر و مراقبت در منزل را داشته باشد

مورد ۳

الف - چه اطلاعات دیگری در زمان ترخیص باید به مادر مینا داده شود؟

۱- شیردهی: تغذیه مناسب، کافی، انحصاری و بر اساس تقاضای نوزاد با شیر مادر نکته بسیار مهمی است.

۲- مکیدن ضعیف یا تغذیه ناکافی می‌تواند به علت بیماری یا عفونت باشد.

۳- علائم خطر: همراه مادر علائم خطر را مرور کنید و از عملکرد صحیح مادر در مواجهه با علائم خطر مطمئن گردید.

۴- گرما: گرم نگهداشتن نوزاد نکته بسیار مهمی است. راه‌های پیشگیری از اتلاف گرما و گرم کردن نوزاد را همراه مادر مرور کنید.

۵- به منظور اطمینان از ادامه KMC در منزل از مادر مینا بخواهید گاهی اوقات جهت استراحت و یا انجام کارهای شخصی خود از سایر اعضای خانواده در انجام مراقبت آغوشی کمک بگیرید.

۶- ویزیت‌های پی‌گیری: در هنگام ترخیص هر چه نوزاد کوچک‌تر باشد نیاز به ویزیت‌های بیشتر و زودتر دارد. اهمیت مراجعه جهت ویزیت‌های پی‌گیری را به مادر مینا تاکید کنید زیرا منجر

به شناسایی علائم خطر نوزاد و کنترل سیر رشد نوزاد می‌گردد.

ب - وقتی مینا برای اولین ویزیت پی‌گیری آورده می‌شود چه می‌کنید؟

- ۱- بررسی وزن نوزاد
- ۲- گرفتن تاریخچه از مادر
 - a- آیا KMC مداوم در منزل اجرا می‌شود یا نه؟
 - b- وضعیت KMC
 - c- مدت تماس پوست به پوست
 - d- شیردهی از پستان یا سایر روش‌های شیردهی بطور مناسب انجام می‌شود؟
 - e- آیا علائم خطر وجود دارد؟
 - f- آیا علائم عدم تحمل KMC وجود دارد؟
 - g- نگرانی‌های مادر پرسیده شود.
- ۳- نوزاد را با معاینه فیزیکی ارزیابی کنید.
- ۴- مادر و خانواده او را به ادامه KMC تشویق کنید و توصیه نمایید در صورت بروز علائم خطر مراقبت‌های فوری را انجام دهند.
- ۵- مادر را برای مراجعه طبق برنامه ویزیت‌های پی‌گیری تشویق نمایید.



فصل

کسب مهارت علمی و عملی در

زمینه KMC

هدف کلی در پایان فصل فراگیران قادر خواهند بود مهارت‌های علمی و عملی در زمینه KMC را نمایش دهند.

اهداف اختصاصی بر اساس معیارهای زیر مهارت‌های علمی و عملی در زمینه KMC را نمایش دهند:

- عملی: ۱۰۰٪ نمره اجرای فرایند را مطابق مراحل چک لیست مهارت‌های اساسی بدست آورد.
- تئوری: ۷۵٪ نمره ارزیابی علمی پس از آموزش KMC
زمان: دو ساعت و ۵ دقیقه (همراه با استراحت)

لیست جلسات جلسه ۱-۸: ارزیابی مهارت‌ها
جلسه ۲-۸: ارزیابی علمی بعد از آموزش KMC

وسایل آموزشی مردان و نوزادان یا ماکت مادر و نوزاد، بسته خدمتی مراقبت آغوشی نوزاد، فیلم چارت و نشانگرها

جزوات آموزشی • چک لیست مهارتی: مراقبت پوست به پوست از نوزاد LBW
• ارزیابی علمی بعد از آموزش KMC

نگاه کلی به بخش ۸ - کسب مهارت علمی و عملی در KMC

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
نگاه کلی	۵ دقیقه	نگاهی به مباحث روز	بحث و مذاکره	اسلایدها یا نمودارها و نشانگرها
۸-۱: ارزیابی مراقبت پوست به پوست در یک نوزاد LBW	۶۰ دقیقه	چک لیست مهارتی	نمونه‌های ذکر شده در یک لیست را برای شرکت کنندگان بخوانید و از آنها بخواهید تا اطلاعات لازم را در اختیار مادر قرار دهند. نحوه برخورد و استفاده آنها را از چک لیست ارزیابی کنید	مارکرها و فیلم چارت مادروکودک جزوه جلسه ۸-۱
۸/۲: ارزیابی علمی بعد از آموزش KMC	۳۰ دقیقه	پس آزمون	برگزاری پس آزمون بحث در مورد پس آزمون	جزوه جلسه ۸-۲
	۱۵ دقیقه		استراحت	
خلاصه و جمع بندی	۱۵ دقیقه		مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می‌خواهد خلاصه‌ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز در بحث کمک بگیرد. پرسش و پاسخ	خلاصه

بخش ۸-۱: ارزیابی مراقبت پوست به پوست در یک نوزاد با وزن تولد پایین (LBW)

بعد از تکمیل چک لیست توسط شرکت کنندگان، امتیازات جمع‌بندی شود. امتیاز مورد قبول به معنای کسب امتیاز (۱) در هر مرحله است. بنابراین تعداد مراحل برای هر مهارت برابر تعداد امتیاز لازم برای کسب نمره قبولی است. در انتها مدرس برگه ارزیابی را تاریخ زده و امضا می‌نماید. هر شرکت کننده باید امتیاز ۲۰ یا ۱۰۰٪ بگیرد. اگر شرکت کننده در هر مرحله‌ای امتیاز (۱) را نگرفت مدرس باید آن مرحله را مجدد آموزش دهد و از شرکت کننده بخواهد آنرا تکرار نماید.

جزوه آموزشی: چک لیست مهارت‌ها: مراقبت پوست به پوست نوزاد کم وزن LBW

چک لیست مهارت‌ها: مراقبت پوست به پوست نوزاد کم وزن LBW				
نام شرکت کننده:				
ارزیابی کننده : مورد زیر را برای شرکت کنندگان بخوانید و بخواهید دستورالعمل زیر را انجام دهند مراقبت از مادر و نوزاد (LBW) حاصل زایمان طبیعی که ۴ ساعت است بدنیا آمده ، بعهده شما گذاشته شده است. نوزاد در زمان تولد گریه کرده و نیاز به اقدامات احیا نداشته است. مادر هیچگونه عارضه‌ای نداشته است. نوزاد از شیر مادر تغذیه شده و پیشگیری عفونت چشمی و تزریق ویتامین k در ساعت اول تولد انجام شده است. شما آماده کمک به مادر جهت شروع مراقبت پوست به پوست می‌باشید. «لطفاً اطلاعات مورد نیاز در مورد لزوم و علل اجرای مراقبت پوست به پوست را در یک نوزاد LBW برای مادر و خانواده توضیح دهید». (نکته: اطلاعات را می‌توانید به هر ترتیبی ارائه نمایید)				
مراحل		امتیاز صفر یا یک		
۱	توضیح دهید که بهترین راه مراقبت از نوزاد LBW، مراقبت پوست به پوست است. این مراقبت هرچه زودتر بعد از تولد شروع گردد.			
۲	توضیح دهید مراقبت پوست به پوست: - به حفظ و ثبات درجه حرارت بدن نوزاد کمک می‌کند. - نوزاد را نزدیک پستانهای مادر قرار دهید و نیاز نوزاد را برای تغذیه‌های کوتاه مدت مکرر برآورده نمایید. - رفلکس down let - شیر مادر را تحریک می‌کند و سبب موفقیت بیشتر در شیر دهی می‌گردد. - سبب وزن گیری سریعتر نوزاد می‌شود. - نوزاد را از عفونت‌ها و صدمات حفظ می‌کند. - مرگ و میر نوزادی را کاهش می‌دهد.			
۳	توضیح دهید که مادر مناسب ترین و بهترین فرد برای ارائه مراقبت پوست به پوست است زیرا شیر مادر کمک می‌کند تا نوزاد در برابر عفونتهایی که در معرض آنها می‌باشد مقاومت نماید. هیچ فرد دیگری نمی‌تواند این محافظت اختصاصی در برابر عفونت‌ها را برای نوزاد فراهم نماید.			
ارزیابی کننده : حالا به شرکت کنندگان بگویید. "لطفاً به مادر مراقبت پوست به پوست از نوزاد LBW را آموزش دهید"				
۴	توضیح دهید که به مادر روش مراقبت پوست به پوست را آموزش می‌دهید تا مادر بتواند به تنهایی خودش اینکار را انجام دهد.			
۵	دستها را شسته و با حوله تمیز پاک کنید و یا در معرض جریان هوا، خشک نمایید. به مادر توضیح دهید که او نیز قبل از بغل گرفتن نوزاد باید دستهایش را بشوید. آیا دستهایش را شسته است؟			
۶	شرح دهید که نوزاد باید برهنه باشد و فقط کلاه به سر داشته و پوشک شده باشد. نوزاد را لخت کنید فقط کلاه و پوشک داشته باشد.			
۷	توضیح دهید که نوزاد برای تماس با پوست مادر، داخل لباس گرم او قرار داده می‌شود.			

				۸	کمک کنید تا مادر نوزاد را بین سینه‌های خود قرار دهد بطوریکه سر بین دو سینه، پاها زیر پستان‌ها و دستها بالای پستانها باشد.
				۹	کمک کنید مادر نوزاد را طوری نگه دارد که تماس قفسه سینه مادر به قفسه سینه نوزاد برقرار گردد و سر نوزاد به یک سمت چرخیده باشد.
				۱۰	به مادر نشان دهید که چطور نوزاد را به خود ببندد: وسط یک پارچه دراز را روی پشت نوزاد در حالیکه نوزاد به قفسه سینه مادر چسبیده است بگذارید و دو سر پارچه را از پشت مادر عبور داده به جلو آورید و زیر نوزاد گره بزنید.
				۱۱	نشان دهید که چطور پارچه گره بزند و سفتی گره در حدی باشد که نوزاد بتواند، به راحتی نفس بکشد (توجه: نوزاد نباید در هنگام ایستادن و یا حرکت نمودن مادر سر بخورد)
				۱۲	به مادر نشان دهید که چطور سر نوزاد را با بستن پارچه زیر لبه خارجی گوش‌ها حمایت کند.
				۱۳	کمک کنید مادر بلوز گشادی را روی نوزاد بپوشد. لباس مادر باید به اندازه کافی باز باشد تا نوزاد بتواند به راحتی شیر بخورد. در ضمن صورتش نیز پوشانده نشود.
				۱۴	دستها را بشوئید و با حوله تمیز یا جریان هوا خشک کنید.
<p>ارزیابی کننده: به شرکت کنندگان بگویید. لطفاً اطلاعات دیگری در مورد مراقبت پوست به پوست به مادر و خانواده بدهید. (این اطلاعات را میتوانی با هر ترتیبی ارائه دهید)</p>					
				۱۵	به مادر توصیه کنید در حالیکه نوزاد را اینگونه به خود بسته است به فعالیت‌های عادی خود بپردازد.
				۱۶	به مادر توصیه کنید که در حالت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد و در حالیکه نیمه فوقانی بدنش بالا است و سر نوزاد نسبت به تنه و پایش بالاتر قرار گرفته است استراحت کند و بخوابد.
				۱۷	به مادر توصیه کنید با توجه به نیاز نوزاد، حداقل هر ۲ تا ۲/۵ ساعت یکبار پارچه را شل کند و به نوزاد شیر بدهد.
				۱۸	توضیح دهید که سایر اعضا خانواده باید، تا حد امکان وسایل مورد نیاز مادر و نوزاد را فراهم نمایند تا نوزاد و مادر کمتر از هم جدا شوند. توضیح دهید مادر به حمایت بسیار زیاد نیاز دارد.
				۱۹	شرح دهید که ممکن است سایر اعضا خانواده برای تأمین مراقبت پوست به پوست در زمانهای کوتاهی، جانشین مادر گردند.
				۲۰	توضیح دهید که مادر و افراد فامیل باید مراقبت پوست به پوست را بطور مداوم و ۲۴ ساعته (شب و روز) تا زمانیکه وزن نوزاد به ۲۵۰۰ گرم برسد ادامه دهند. بعد از آن، بتدریج بسته به تحمل نوزاد، مراقبت پوست به پوست کاهش یابد و زمانهایی که نوزاد بسته نیست، افزایش یابد.
<p>امتیازهای (۱) را بشمارید و جمع کل را بنویسید</p>					
<p>تاریخ و امضاء شخصی که برنامه را ارائه داده است.</p>					

بخش ۸/۲: ارزیابی علمی بعد از آموزش KMC

بعد از اینکه شرکت کنندگان پاسخهای خود را به سؤالات دادند، مدرس برگه‌های پاسخ را جمع کرده و امتیازات را محاسبه نماید. امتیاز قبولی، پاسخ درست به ۷۵٪ سؤالات است.

سؤالات پس آزمون

نام:
تاریخ:

دستورالعمل:

- تاریخ و اسم خود را بنویسید.
- دور جواب صحیح دایره بکشید. سؤالات یک جواب دارد.

۱) نوزاد اکبر با وزن ۲۰۰۰ گرم متولد شده است. نوزاد اکبر:
(a) وزن طبیعی یک نوزاد ترم را دارد.

(b) LBW

(c) VLBW

(d) وزنش بالاتراز نرمال برای یک نوزاد مذکراست.

۲- شانس بقاء نوزاد اکبر چگونه است؟

(a) مشابه سایر نوزادان جامعه خودش می‌باشد.

(b) بهتر از متوسط نوزادان جامعه خودش می‌باشد.

(c) کمتر از نوزادی است که با وزن ۲۵۰۰g متولد شده است.

(d) کمی کمتر از نوزادانی است که VLBW هستند.

۳- اکثر نوزادان LBW دچار چه مشکلی می‌شوند؟

(a) قند خون پایین

(b) گرما

(c) عفونت

(d) تمام موارد فوق

۴- یک نوزاد LBW از کدامیک از اقدامات زیر بیشتر سود می‌برد؟

(a) حمام بلافاصله بعد از تولد از عفونت پیشگیری می‌کند.

(b) تماس پوست به پوست طولانی مدت با مادر

(c) تزریق آنتی بیوتیک

(d) مقدار کمی آب قند در روز اول تولد

۵- مراقبت آغوشانه مادر یک روشی است که:

(a) باید فقط در بیمارستان اجرا شود

(b) فقط توسط مادر انجام شود

(a) c و b

(d) یک روش طبیعی برای مراقبت از نوزاد LBW است.

- ۶- در مقایسه با مراقبت‌های مرسوم فوائد KMC شامل:
- حتی زمانی که مادر مشغول است توسط فرد دیگری قابل اجرا است.
 - هر دو هزینه یکسان دارند.
 - طولانی شدن مدت شیردهی
 - در صورت بستری طولانی مدت تر در بیمارستان، امکان دسترسی به مراقبت‌های مهارتی بیشتر است.
- ۷- طول مدت KMC به تمام عوامل زیر بستگی دارد به جز:
- وضعیت نوزاد
 - وزن نوزاد
 - روشی که مادر جهت پیشگیری از بارداری انتخاب می‌کند.
 - چگونگی تحمل KMC توسط نوزاد
- ۸- نوزاد سارا در ۳۴ هفتگی متولد شده است و برای KMC آماده شده است. مادر به نوزاد چگونه لباس بپوشاند که مطمئن شود نوزاد گرم می‌ماند.
- جوراب
 - بلوز آستین بلند
 - کلاه برای پوشاندن سر بچه
 - a و d
- ۹- ماما توضیح می‌دهد که نوزاد حرارت بدنش را از دست می‌دهد اگر:
- نوزاد برای ساعت‌های طولانی در وضعیت KMC باشد.
 - حمام نوزاد بیشتر از ۲۴ ساعت به تأخیر انداخته شود.
 - نوزاد نزدیک، اما نه در تماس اشیا سرد باشد.
 - مواد ضد عفونی کننده به بند ناف زده شود.
- ۱۰- پدر نوزاد سارا می‌خواهد در مراقبت از او شرکت داشته باشد. کدامیک از کارهای زیر را در حین انجام KMC می‌تواند انجام دهد.
- دوش بگیرد.
 - در آب کم عمق شنا کند.
 - بازی کوتاه مدت فوتبال داشته باشد اگر بازی خشن نباشد.
 - چرت طولانی بزند.
- ۱۱- نوزادی در خانه متولد شده است و حالا با روش KMC نگهداری می‌شود. رفلکس مکیدن دارد ولی خیلی قوی نیست. برای اطمینان از اینکه نوزاد به اندازه کافی تغذیه می‌شود. ماما به مادر چه روشی یاد می‌دهد.
- به نوزاد شیر خشک با فنجان بدهد.
 - EBM با بطری بدهد.
 - بین شیردهی، آب قند بدهد.
 - EBM با فنجان

۱۲- همه موارد زیر در مورد تغذیه با فنجان درست است به جز

- (a) تنفس نوزاد راحت تر است نسبت به تغذیه بطری
- (b) عملکرد فک سبب می شود نوزاد برای تغذیه با پستان آماده شود.
- (c) نوزاد کنترلی روی میزان شیری که می خورد ندارد.
- (d) انرژی کمتری نسبت به تغذیه با بطری نیاز دارد.

۱۳- کمیت و تکرار تغذیه نوزاد ذکر شده، در طی دو هفته اول بستگی دارد به:

- (a) وزن تولد
- (b) سن تولد
- (c) میزان خواب
- (d) وزن پس تولد

۱۴- در زمانی که مادر EBM دارد پزشک مادر را حین ماساژ سینه اش مشاهده می کند می بیند که

مادر پستانها را از طرف خارج به سمت نوک ماساژ می دهد. پزشک مادر را تشویق می کند به:

- (a) ماساژ پستانها به خلاف جهت ذکر شده
- (b) ماساژ هر دو پستانها بصورت همزمان
- (c) این روش صحیح را ادامه دهد.
- (d) همه موارد فوق

۱۵- تغذیه با لوله در تمام LBWهایی توصیه می شود که:

- (a) وزن کمتر از هزار گرم دارند.
- (b) تغذیه با فنجان را تحمل نمی کنند.
- (c) نمی تواند از پستان تغذیه شوند.
- (d) b و c

۱۶- تغذیه زودرس نوزاد LBW با شیر مادر منجر می شود به:

- (a) دهیدراتاسیون بیشتر و در نتیجه هیپوگلیسمی
- (b) افزایش سرعت وزن گیری
- (c) افزایش شیوع استفراغ و اسهال در نوزادان پره ترم
- (d) تخلیه آهسته تر معده در نوزادان کمتر از ۳۷ هفته

۱۷- علائم خطر در نوزادان LBW

- (a) با نوزادان با وزن طبیعی فرق دارد.
 - (b) به فراوانی نوزادان با وزن طبیعی نیست.
 - (c) جدی می باشد و شامل مشکلات تغذیه ای و تنفسی است.
 - (d) وقتی نوزاد کوچک است زیاد جدی نیست.
- ۱۸- مراقبت اساسی در تمام نوزادان، علیرغم وزن، کدام مورد زیر است.

- (a) مراقبت از بند ناف
- (b) KMC متناوب

(c) داروی پیشگیری از مالاریا

(d) همه موارد فوق

۱۹- یک نوزاد در بخش KMC بیمار شده و نیاز به ارجاع دارد. در طی انتقال پرستار باید کدام مورد را تشویق نماید:

(a) در طی انتقال مادر نوزاد را در وضعیت پوست به پوست قرار دهد.

(b) از شیردهی به نوزاد به خاطر مشکل تنفس پرهیز نماید.

(c) مادر نوزاد را در کات نگه دارد تا از انتقال عفونت پیشگیری نماید.

(d) مادر و پرسنل مواظب باشند که در طی انتقال نوزاد اکسیژن بگیرد.

۲۰- مادری برای ۴ هفته در منزل KMC انجام داده است. وزن نوزاد ۲۵۰۰g شده است. وقتی برای ویزیت مراجعه می نماید. پزشک توصیه می کند که او می تواند.

(a) KMC را ادامه دهد تا نوزاد وزن بیشتری بگیرد.

(b) KMC را در صورت نرمال بودن نوزاد قطع کند.

(c) دو هفته بعد مراجعه نماید.

(d) هیچکدام از موارد فوق جواب مناسب نمی باشد.

برای مدرسینی که دوست دارند دوره فوق ارزیابی شود دو فرم زیر تهیه شده است.

ارزیابی دوره

فرم ارزیابی بخش‌ها

بخش	بخش	بخش	بخش	بخش	بخش	بخش	بخش	بخش
۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
								۱. محتوا ۱ ارتباطی با شغل من ۲ در ارتباط شغل من ۳ نداشت ۴ بود
								نامفهوم ۱ مفهوم ۲ ۳ ۴
								۲. روش تدریس ۱ یکطرفه ۲ مشارکتی ۳ ۴
								مرتبط ارائه نشد ۱ مرتبط ارائه شد ۲ ۳ ۴
								۳. مریبان و مدرسین ۱ مسلط به مطلب ۲ بدون تسلط و ارتباط با ۳ ارائه شده ۴ موضوع
								انسجام ۱ ضعیف ۲ خوب ۳ ۴

سایر پیشنهادات:

فرم ارزیابی دوره

لطفاً هر کدام از جنبه‌های ذکر شده در برنامه آموزشی را ارزیابی نموده و در ستون مورد نظر علامت بزنید.

بد ۱	متوسط ۲	نسبتاً خوب ۳	خوب ۴	خیلی خوب ۵	عالی ۶	
						کسب اهداف دوره آموزش
						برآورده شدن اهداف مورد نظر شما از این دوره
						مناسب بودن محتوای ارائه شده
						مؤثر بودن روش آموزش و تدریس و تکنیک‌ها
						برنامه‌ریزی دوره آموزشی
						مفید بودن ابزار
						تأثیر افراد هماهنگ‌کننده

۱- طول دوره آموزش

زیادی طولانی ---- زیادی کوتاه ---- به اندازه کافی -----

۲- چهار بخش که در ارتباط با شغل شما مناسب‌تر بودند را به ترتیب اولویت نام ببرید.

۳- چهار بخش که در ارتباط با شغل شما کمتر مناسب بودند را نام ببرید.

۴- مایلید برای کدام بخش وقت بیشتری گذاشته شود.

۵- تمایل دارید چه موضوع دیگری به دوره آموزشی افزوده شود.

۶- لطفاً موارد زیر را ارزیابی کنید دور عدد مورد نظر دایره بکشید.

ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی	
۱	۲	۳	۴	۵	محل برگزاری
۱	۲	۳	۴	۵	تغذیه
۱	۲	۳	۴	۵	اتاق آموزش
۱	۲	۳	۴	۵	پذیرش
۱	۲	۳	۴	۵	حمل و نقل

سایر پیشنهادات:



مکمل فصل ۱

نظارت، پایش و ارزشیابی KMC

هدف کلی

در پایان این بخش فراگیران قادر خواهند بود اصول نظارت، پایش و ارزشیابی مامن را در مناطق خود توصیف نمایند.

اهداف اختصاصی

- ۱- توصیف نظارت
 - ۲- توضیح پروتوکل نظارت KMC
 - ۳- توضیح شاخص‌های KMC
 - ۴- توصیف سیستم پایش و ارزشیابی KMC
- زمان : ۵ ساعت (شامل نهار و استراحت)

لیست جلسات

- مکمل جلسه ۱-۱ : نظارت
 مکمل جلسه ۱-۲ : پایش و ارزشیابی
 وسایل آموزشی :فیلیپ چارت ،مارکر

وسایل آموزشی

- عناصر نظارت
- فرایند نظارت مامن
- چک لیست نظارت بخش مامن
- پاسخگویی نظارتی مجریان گروه مامن
- جمع آوری داده‌ها و استفاده از آنها
- ضمیمه ۳ : سایت ثبت مامن /صفحه پایه داده‌ها
- ضمیمه ۴ : صفحه خلاصه داده‌ها جهت نوزادان کم وزن

روش تدریس :

- بارش افکار
- بحث
- ایفای نقش

مرور کلی بخش مکمل ۱: نظارت، پایش و ارزشیابی KMC

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
بررسی کلی	۵ دقیقه	بررسی کلی بخش‌ها	بحث	فلیپ چارت و مارکر
۱,۱ نظارت	۱۱۰ دقیقه	عناصر نظارت فرایند نظارت KMC چک لیست نظارت بخش KMC مسئولیت های نظارتی مجریان گروه KMC منطقه جمع آوری اطلاعات و استفاده از آنها	با بارش افکار از فراگیران بپرسید. بحث کنید و پاسخ های صحیح دهید. چک لیست نظارت KMC را توضیح دهید. ایفای نقش از چک لیست استفاده کنید.	چزوه مکمل جلسه ۱,۱
	۱۵ دقیقه		تنفس	
۱,۲ پایش و ارزشیابی	۱,۵ ساعت	جمع آوری اطلاعات و استفاده از آنها	سیستم پایش و ارزشیابی KMC را توصیف کنید. جمع آوری داده ها و استفاده از آن را در بخش ، توضیح دهید و بحث کنید.	فلیپ چارت و مارکر چزوه مکمل جلسه ۲,۱ ضمایم ۳ و ۴
خلاصه	۱۵ دقیقه	مدرس از یکی یا چند نفر از شرکت کنندگان می خواهد تا خلاصه کردن اطلاعات توسط دیگر شرکت کننده ها را پیگیری کند. پرسش و پاسخ		
	۶۰ دقیقه		استراحت	

بخش مکمل ۱-۱ نظارت

جزوه آموزشی: عناصر پایش

نظارت مرحله‌ای است که یک فرد با مجموعه‌ای از آگاهی‌ها و مهارت‌ها، سایر همکاران را در جهت پیشرفت مقاصد و عملکرد کارشان کمک یا حمایت می‌کند. هدف نظارت پیشبرد دایم عملکرد کارکنان سلامت است. نظارت وقتی انجام می‌شود که عملکرد به طور جدی نه تنها به اهداف مناسب، بلکه به اهداف مشترکی در نزد همه بخش‌های شرکت‌کننده بستگی داشته باشد که:

- به کارکنان کمک کند تا بر هر مشکلی که با آن مواجه می‌شوند غلبه کنند.

- جهت انگیزش کارکنان، قدم‌های ضروری برداشته شود.

- حمایت‌های بارز برای کمک به پیشرفت و افزایش ظرفیت کارکنان فراهم شود.

نظارت ممکن است با عملکرد، آموزش، حمایت، کمک و تشویق پرسنل جهت انجام بهتر کار درگیر شود. نظارت ممکن است کارکنان را در حل مشکلات درگیر نماید و برای کار آنان محیط فیزیکی و اجتماعی مناسبی فراهم نماید.

نظارت به منظور تاثیر بهتر نیاز به ابزارهای نظارتی دارد:

- راهنما / جداول زمانی / برنامه‌ها - به دلیل این که کار نظارت شامل انجام کارها در زمان خود است (مانند پیگیری KMC، نظارت و بازدیدهای حمایتی).

- مراحل و وسایل ساختاری - برای کمک به کاری که طبیعت منظمی دارد. (مانند ثبت پیگیری مامن در مرکز ارائه‌دهنده خدمت، تعداد کودکان کم وزن مشاهده شده/متولدین در مرکز)

نظارت یک فعالیت در یک زمان نیست؛ بلکه یک فرایند دایمی با مراحل متوالی و ادغام یافته است:

۱. مرحله آماده‌سازی: زمانی که ابزارهای لازم برای وظایف نظارتی فراهم می‌شود، مقدمات اجرا و برنامه‌های نظارتی به بخش‌های قبلی مرتبط می‌شود.

۲. مرحله اجرا: زمانی که مطالعات نظارتی عملکرد مکان اجرا و نیازهای حمایتی کارکنان را شناسایی می‌کند.

۳. مرحله پیگیری: معیارهای حمایتی و نظارتی برای کمک به تظاهرات بهتر کار معرفی می‌شوند.

یک ناظر خوب آگاهی‌ها، حمایت‌ها و مهارت‌ها را برای نظارت فراهم می‌کند.

جزوه آموزشی: مراحل نظارت KMC

آمادگی برای نظارت:

- تعیین اعضا تیم نظارتی

- تدوین برنامه نظارتی با افراد گروه

- تدوین اهداف برای بازدید نظارتی با افراد گروه

- هماهنگی با مسئولین و مدیران جهت بازدید نظارتی

- بازبینی چک لیست نظارتی با افراد گروه

- مشارکت چک لیست نظارتی و برنامه نظارت و اهداف آن با مسئولین برای تمرین

- بازنگری گزارشات اخیر برای تسهیل‌کننده‌ها و فراهم‌کننده‌ها که مورد نظارت قرار می‌گیرند.
- اطمینان از دسترسی مکان‌های نظارت
- تدارک برای انتقال ناظرین در صورت لزوم
- چک لیست ممکن است با مکان مورد نظر منطبق گردد.

مراحل بازدید نظارتی

۱. ملاقات با مترون یا تسهیل‌کننده و کارکنان KMC
۲. بازبینی داده‌ها و ثبت‌شده‌ها با مسئول بخش KMC
۳. مشاهده چگونگی انجام مامن در جایی که صورت می‌گیرد با استفاده از چک‌لیست مشاهده (مشاهده جزوه بعدی)
۴. در صورت لزوم، فراهم کردن توصیه و اطلاعات با عملکرد KMC
 - گرم نگه‌داشتن
 - تغذیه
 - پایش رشد
 - شناسایی و مدیریت علایم خطر
 - عملکرد پیشگیری از عفونت
۵. مصاحبه با گیرنده خدمت (حداقل دو نفر)
۶. بررسی مهارت کارکنان مامن با استفاده از چک لیست مهارت (صفحه ۱۳۱)
۷. به مباحثه قرار دادن فوری بازخورد نظارت با کلیه کارکنان و فراهم‌کننده‌ها
۸. نگارش گزارش اولیه با تعیین قدم‌های کلیدی بعدی و گذاشتن یک کپی از آن در محل
۹. گزارش گزارش نهایی در طی یک هفته پس از بازدید نظارتی و ارسال کپی‌هایی به مسئول و ریاست منطقه

جزوه آموزشی: چک لیست نظارتی بخش KMC

میزان انجام هر مورد با بله و خیر امتیاز داده شود . بله - مواردی که انجام می شود یا قابل دسترس است. خیر- مواردی که انجام نمی شود یا قابل دسترس نیست.		
یافته ها		موضوع
بله	خیر	
		<p>۱. دسترسی و عمل کردن موارد زیر</p> <ul style="list-style-type: none"> • ترازوی توزین وزن نوزادان • دماسنج بالینی • ثبت نوزادان کم وزن • فنجان تغذیه • لوله تغذیه
		<p>۲. نگهداری ثبت شده‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • ثبت کلیه نوزادان کم وزن • ثبت وزن‌ها • ثبت درجه حرارت • ثبت تغذیه • ثبت یافته‌های معاینه فیزیکی • ثبت درمان‌ها/داروها
		<p>۳. عملکرد (در بخش KMC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • عملکرد پیشگیری از عفونت <ul style="list-style-type: none"> - شستشوی دست‌ها با آب و صابون قبل و بعد از دست زدن به نوزاد و پس از تعویض پوشک - ضد عفونی فنجان‌های تغذیه قبل از EBM و بعد از تغذیه با فنجان - ضد عفونی کف با مواد ضد عفونی‌کننده در صورت لزوم - ضد عفونی تمام مواد کتانی قبل از ارسال به laundry • تثبیت دائمی بودن تماس پوست به پوست • مشاوره با مادر <ul style="list-style-type: none"> - در زمان بستری / آغاز KMC - در زمان KMC دائمی - در زمان ترخیص
مستندات یافته‌ها		

پیشنهادات:

نام ناظر:

امضا: تاریخ:

نام فراهم کننده:

امضا: تاریخ:

جزوه آموزشی: مسئولیت‌های نظارتی مجریان گروه KMC منطقه

- مطمئن شوید که وزن و درجه حرارت درست اندازه‌گیری و گرفته می‌شود و در فرم‌های مناسب ثبت می‌شود.
- مطمئن شوید که نوزادان تغذیه می‌شوند (شیر مادر، فنجان یا لوله). قسمتی از تغذیه مورد نیاز، مقدار شیر مادر پیشنهادی تجویز شده باید داده شده و ثبت گردد.
- اطمینان از این که مشاوره KMC با مادران انجام شده است.
- بررسی کنید روش‌های پیشگیری از عفونت اجرا می‌شود. (شامل محدودیت رفت و آمد افراد به بخش KMC)
- اگر کودکان تحت درمان هستند مطمئن شوید سر وقت درمان می‌شوند.
- مطمئن شوید کلیه مراقبت‌های کودکان ثبت می‌شود. (به عنوان مثال مراحل احیا)؛ همچنین مستندات در خصوص تغییر در شرایط کودکان
- مطمئن شوید که داده‌های مورد نیاز به طور صحیح و دقیق ثبت می‌شود.
- مطمئن شوید داده‌های جمع‌آوری شده هر دو هفته وارد کامپیوتر می‌شود.
- مطمئن شوید داده‌های جمع‌آوری شده آنالیز می‌شوند و یافته‌ها ماهانه برای پیشبرد خدمات KMC در بخش مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بخش ۲-۱: پایش و ارزشیابی

سرفصل: جمع‌آوری اطلاعات و استفاده از آنها

پایش و ارزشیابی بخش KMC برای اطمینان از این که داده‌های مناسب می‌توانند هدف نهایی برنامه را اندازه بگیرند ضرورت دارد. (بخش KMC)

جمع‌آوری داده‌ها

برای جمع‌آوری داده‌ها، داده‌ها باید در سایت KMC که شامل اطلاعات زیر است، ثبت شود:

- نام مادر
- تعداد بارداری
- تعداد زایمان
- سن مادر
- تاریخ زایمان
- تاریخ بستری و علت بستری
- نوع زایمان
- وزن تولد (گرم)
- وزن بستری
- جنس کودک
- روش تغذیه (شیر مادر، فنجان، لوله و غیره)
- تاریخ ترخیص کودک

- وضعیت بقا کودک
 - وزن زمان ترخیص کودک
 - مشکلات اختصاصی KMC
 - علت مرگ
 - عوارض (مشخص شود)
 - کودک درمان شده با هر آنتی‌بیوتیک
- ضمیمه ۴ را برای فرم جمع‌آوری داده‌ها ببینید.

استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده برای KMC مداوم

تمام داده‌های KMC باید روزانه جمع‌آوری و دو بار در ماه آنالیز شوند. کارکنان KMC باید در جریان این اطلاعات قرار گیرند تا بحث‌هایی را در جهت استفاده از این یافته‌ها برای KMC مداوم داشته باشند.

توجه: جمع‌آوری اطلاعات (از اطلاعات پایه) باید شش ماه قبل از اجرای واقعی برنامه انجام شود. این داده‌های Pre-KMC برای مقایسه نتیجه نهایی برنامه KMC و بقا و بقیه تظاهرات مراقبت‌های کودکان کم وزن در جایی که KMC انجام می‌شود، لازم است. به صفحه خلاصه داده‌ها کودکان کم وزن در ضمیمه ۴ مراجعه کنید.



مکمل فصل ۲

راه‌اندازی سرویس‌های KMC

هدف کلی

در پایان فصل، فراگیران قادر خواهند بود سرویس‌های مراقبت مادرانه آغوشی را در یک مرکز بهداشتی راه‌اندازی نمایند.

اهداف اختصاصی

- در پایان فصل، فراگیران قادر خواهند بود :
۱. مراحل اجرای مراقبت مادرانه آغوشی را لیست کنند
 ۲. در مورد فرایند مطالبه حمایت سازمانی برای سرویس‌ها KMC بحث نموده و مراحل آن را لیست کنند
 ۳. مرکزی را ارزیابی کرده و فضاهای مورد نیاز برای انجام KMC را تعیین نمایند
 ۴. یک مرکز و کارکنان را برای اجرای KMC و توسعه یک برنامه عملی آماده نمایند
 ۵. نظارت و حمایت از کسانی که KMC را اجرا می‌کنند مقرر نمایند
 ۶. یک برنامه KMC را ارزیابی کنند
- زمان : ۲ ساعت و ۵۰ دقیقه (با احتساب زمان استراحت)

لیست جلسات

- جلسه تکمیلی ۱-۲ : تعریف و مرحله‌بندی تاسیس سرویس‌های مراقبت مادرانه آغوشی
- جلسه تکمیلی ۲-۲ مطالبه حمایت سازمانی (مراحل ۱-۴)
- جلسه تکمیلی ۳-۲ : تدارک و اجرای سرویس‌های KMC (مراحل ۵-۷)

جزوه آموزشی

- تعریف
- مراحل تاسیس سرویس‌های KMC
- مطالبه حمایت سازمانی
- آماده نمودن یک مرکز و کارکنان برای اجرای KMC

وسایل آموزشی

گچ و تخته، فیلم چارت، ماژیک

روش‌های تدریس

- سخنرانی، بحث و گفتگو
- بارش افکار
- عملی (ایفای نقش)

نگاه کلی بر مکمل فصل ۲: تاسیس واحدهای مراقبت مادرانه آغوشی

جلسه	زمان	محتوای آموزشی	روش تدریس	وسایل آموزش
مرور	۵ دقیقه	مروری بر درس های روزانه	بحث کردن	ماژیک و فیلپ چارت
۱-۲: تعریف و مرحله بندی تاسیس سرویسهای KMC	۳۰ دقیقه	تعریف مرحله بندی تاسیس سرویسهای KMC	بحث و گفتگو بارش افکار	فیلپ چارت ، ماژیک جزوه درس تکمیلی ۱-۲
۲-۲:مطالبه حمایت سازمانی	۴۵ دقیقه	مطالبه حمایت سازمانی : • جمع آوری اطلاعات مهم • کار با سیاست گذاران در سطح ملی و اولیای امور بهداشتی • برنامه ریزی و اجرای بسیج اجتماعی و فعالیت های BCC	بارش افکار بحث ایفای نقش	فیلپ چارت ، ماژیک جزوه درس تکمیلی ۲-۲
	۱۵ دقیقه		استراحت	
۳-۲: تدارک و اجرای سرویسهای KMC	۶۰ دقیقه	تدارک یک مرکز و پرسنل برای اجرای KMC: • برگزاری جلسات پیش نویس و اجرایی • گشت زدن در مرکز • برگزاری کارگاه معارفه • تهیه یک برنامه عملی • تامین نظارت و حمایت و ارزیابی برنامه KMC	بحث و گفتگو بارش افکار ایفای نقش برگزاری یک جلسه با سیاست گذاران و غیره گشت زدن در مرکز (اگر زمان و دسترسی مرکز برای انجام اینکار کافی باشد و نیاز به برنامه ریزی و زمان اضافی خواهیم داشت) بحث در مورد تهیه یک برنامه عملی کمک در بحث و گفتگو، نظارت و ارزیابی	فیلپ چارت، ماژیک جزوه درس تکمیلی ۳-۲
خلاصه	۱۵ دقیقه			مدرس از یک یا چند تن از شرکت کنندگان می خواهد خلاصه ای از مباحث ارائه شده را عنوان کند و از سایرین نیز در بحث کمک بگیرد. پرسش و پاسخ

مکمل درس ۲-۱: تعریف و مرحله‌بندی تاسیس سرویس‌های مراقبت مادرانه آغوشی

تعریف:

KMC تماس اولیه طولانی مدت و مداوم پوست به پوست مادر و نوزاد (ترم، نارس، LBW) می‌باشد. علاوه بر اجزای اصلی مراقبت از نوزاد، KMC سبب افزایش توانائی نوزاد در حفظ دمای بدن شده و به نوزاد جهت تغذیه با شیر مادر و تداوم آن که می‌تواند باعث افزایش وزن و کاهش عفونت در نوزاد شود کمک می‌کند. همچنین سبب کاهش استرس‌های مادر و افزایش اعتماد و احترام به نفس، قدرت انجام و تکمیل کارهای مثبت برای نوزاد نارس یا کم وزن وی می‌شود. تاثیر هزینه‌ای با این روش یک عامل مثبت در بستری شدن‌های طولانی مدت در بیمارستان می‌باشد. این روش مدلی عینی را با کاهش هزینه‌ها معرفی می‌کند که میزان بقای نوزاد نارس و کم وزن را بهمان نسبت، کیفیت زندگی آنان را افزایش می‌دهد. این روش می‌تواند در خانه یا در یک مرکز مجهز مورد استفاده قرار گیرد. بطور خلاصه این روشی مقتدر و سهل‌الوصول برای ارتقاء سلامت و بهبود زندگی همه نوزادان بویژه نوزادان نارس و کم وزن می‌باشد. سیاست‌گذاران، مدیران مراکز بهداشتی، کارکنان و خانواده‌ها همگی نقش‌های کلیدی را در اجرا و حمایت از KMC ایفا کنند. این کتاب اطلاعات و فرایند اجرائی را برای برپایی KMC در یک مرکز بهداشتی توضیح داده و راهنمایی می‌کند. اطلاعات و فرایند اجرائی که به دقت طرح‌ریزی شده کمک می‌کند که همه یاد بگیرند چگونه حمایت بیشتری داشته باشند و موارد زیر را بدانند:

- مزایای این کار برای نوزادان، مادران و خانواده‌ها
- فرایند اجرای KMC
- مهارت‌های بالینی مورد نیاز برای پشتیبانی کار
- آنچه برای انجام این کار یک مرکز بهداشتی و پشتیبانی آن در خانه مورد نیاز است.

مراحل تاسیس سرویس‌های KMC

بسته به وسعت برنامه، همه یا بخشی از مراحل زیر مشمول طرح برنامه خواهند بود :

مراحل اجرای KMC	
مرحله ۱	جمع‌آوری و بررسی اطلاعات اساسی مرتبط با KMC
مرحله ۲	کار با سیاست‌گذاران و مدیران بهداشتی در سطح ملی
مرحله ۳	کار با اولیای امور بهداشتی در سطوح مورد نیاز (جامعه، ناحیه، استانی، منطقه ای)
مرحله ۴	اجرای بسیج اجتماعی و فعالیت‌های BCC (در صورتیکه مشمول طرح برنامه باشد)
مرحله ۵	تدارک یک مرکز و پرسنل برای اجرای KMC
مرحله ۶	حمایت و نظارت بر پرسنل برنامه KMC
مرحله ۷	ارزیابی برنامه KMC

مکمل درس ۲-۲: مطالبه حمایت سازمانی (مراحل ۴-۱)

مطالبه حمایت سازمانی

مرحله ۱- جمع‌آوری اطلاعات اساسی:

- پیش از شروع طراحی و اجرای یک برنامه KMC، برای کار با سیاست‌گذاران، اولیای امور بهداشتی و پرسنل سطوح مختلف، اطلاعات را جمع‌آوری کنید. این اطلاعات ممکن است شامل موارد زیر باشد اما محدود به آنان نمی‌باشد:
- اطلاعات کلی در مورد نوزادان نارس و LBW در دوره ۶-۱۲ ماهه اول زندگی (ملی و یا در منطقه ژئوگرافیک برنامه)
- هزینه‌های کنونی مراقبت از نوزادان نارس و LBW و اینکه چگونه KMC می‌تواند این هزینه‌ها را کاهش دهد.
- سیاست‌های KMC
- استانداردها و پروتوکل‌های مراقبت از نوزاد LBW در سطح یک مرکز، ناحیه، منطقه، ملی
- M&E مرتبط با نوزادان LBW
- امکان‌پذیری و فواید KMC

وسایل و منابع مورد نیاز برای KMC:

- پرسنل آموزش دیده در زمینه مراقبت مادرانه آغوشی
- وسایل و تدارکات (توجه کنید که داشتن همه وسایل زیر مفید است اما داشتن آنها برای یک مادر در مراقبت در منزل ضروری نیست)
- تخت‌ها، تشک‌ها، پارچه‌های کتانی، بالش‌ها (اگر تخت قابل تنظیم نیست نیاز به داشتن تعداد کافی از بالش‌ها، کیسه‌های شنی یا گوه‌ها برای قرار دادن زیر تشک‌ها داریم تا بتوانیم در صورت نیاز وضعیت‌های نشسته یا نیمه‌خوابیده را ایجاد بکنیم)
- لباس برای مادران و نوزادان (روپوشه‌ها، کلاه‌ها، بلوزها و جوراب‌ها) اینها ممکن است توسط خانواده‌ها نیز تهیه شود.
- وسایل تغذیه (فنجان‌ها، لوله معده)
- سطل‌های پلاستیکی حاوی محلول‌های ضد عفونی جهت ضد عفونی فنجان‌ها و لوله‌های معده
- ترازو جهت تعیین وزن
- صندلی راحت برای مادر
- وسایل سرگرم کننده (مثلاً کاموا و میل‌های بافتنی، مجله‌ها، بازی‌های روی میزی، رادیو و تلویزیون)
- لاکرها کنار تخت برای مادر
- اتاق‌ها در این مرکز:

حتی‌الامکان نزدیک به بخش زایمان و نرسری نوزادان باشد

دارای تهویه مطبوع باشد
 دارای یک پریز برق برای هر ۲ تخت جهت اتصال گرم‌کننده‌ها و وسایل دیگر (ممکن است در هر مرکزی در دسترس نباشد)
 دارای سرویس‌های بهداشتی و حمام به تعداد کافی باشد (حداقل یک دوش و یک دستشویی برای هر ۱۰ تخت)

مرحله ۲: کار با سیاست‌گذاران در سطح ملی

جلسه‌ای به منظور معرفی برنامه KMC با سیاست‌گذاران، مدیران بهداشتی و نمایندگان منطقه‌ای که قرار است KMC در آن مناطق اجرا شود برگزار نمایید و در این جلسه اطلاعات زیر را اراده دهید:

- نوزادان LBW و سهم آنان از میزان مرگ و میر نوزادان
- نوزادان LBW و مشکلات حاصل از آنان در کشور و ناحیه
- KMC چیست و چه فوایدی دارد؟ (از طریق نمایش فیلم و بحث و گفتگو با استفاده از (POWER POINT)
- لزوم معرفی KMC (امکان‌پذیری، نیازهای مالی، مناطق احتمالی اجرای KMC، آزمایش طرح با مقیاس استاندارد)
- طرح برنامه و پیش‌نویس برنامه اجرایی که می‌تواند در زمان اجرای KMC در سطوح دیگر مورد استفاده قرار گیرد.
- سیاست‌های مورد نیاز و چگونگی اجرای آنها
- پروتوکل‌های مورد نیاز و چگونگی اجرای آنها
- منابع موجود و منابع مورد نیاز
- آمادگی کارکنان و پرسنل در ارتباط با آموزش نقش‌ها و مسئولیت‌ها در اجرای KMC
- برقراری ارتباط بین مرکز KMC و منزل
- بسیج اجتماعی/BCC مورد نیاز
- حمایت و نظارت
- ارزیابی و MIS

مرحله ۳ - کار با اولیای امور بهداشتی در تمامی سطوح مورد نیاز (اجتماعی، ناحیه‌ای، استانی و منطقه‌ای)

جلساتی به منظور معرفی برنامه KMC مشابه جلسه‌ای که در سطح ملی برگزار شد در سایر سطوح و در قالب برنامه برگزار نمایید. این جلسات فرصتی را برای مدیران و سایرین فراهم می‌نماید تا چرایی و چگونگی اجرای KMC را بدانند و نیروهایشان را در جهت طرح و اجرای برنامه پیش ببرند. استفاده از بعضی سیاست‌گذاران و مدیران بهداشتی که در جلسه سطوح ملی به عنوان همیار مشارکت می‌کنند به گسترش حمایت از طرح KMC در سایر سطوح نیز کمک‌کننده می‌باشد.

مرحله ۴- برنامه ریزی و اجرای بسیج اجتماعی و فعالیت‌های BCC در زمینه KMC (در صورتی که مشمول برنامه KMC باشد)

مکمل فصل ۲-۳: تدارک و اجرای سرویس‌های KMC (مراحل ۵ تا ۷)

تدارک یک مرکز و پرسنل مورد نیاز جهت اجرای سرویس‌های KMC
مرحله ۵ - مرکز و پرسنل آن را برای اجرای KMC آماده نمایید:
تاسیس مرکزی که KMC در آن مرکز معرفی شده گامی اساسی و اولیه در موفقیت برنامه مراقبت مادرانه آغوشی می‌باشد و به مدیران و پرسنل مرکز فرصت می‌دهد تا:
۱- برنامه را فراگرفته و در مورد اجرای آن تفکر نمایند.
۲- پیشنهاداتی در رابطه با طرح برنامه در مناسب با وضعیت مرکزشان را ارائه نمایند.
۳- جهت مدیران و پرسنل مرکز اجرای kmc دانش و مهارت‌های مورد نیاز را آموزش دهید
۴- اجرای برنامه مراقبت مادرانه آغوشی را هدایت نمایید.
این آمادگی‌ها شامل اقدامات زیر است:

آماده‌سازی مرکز اجرای طرح KMC

- ۱- جلسه اداری شماره ۱ را تشکیل دهید
- ۲- مرکز را بررسی کنید
- ۳- در باره پروتوکل طرح مربوطه جلسه‌ای با مدیران و روسا بیمارستان تشکیل دهید.
- ۴- یک کارگاه معارفه با تمام کارکنانی که با برنامه KMC در ارتباط هستند برگزار نمایید
- ۵- یک کارگاه KMC برای تمامی پرسنلی که مستقیماً بخش KMC را راه‌اندازی می‌نمایند برگزار نمایید.
- ۶- یک برنامه عملی تهیه نمایید
- ۷- جلسه اداری شماره ۲ را برگزار نمایید.

۱- جلسه اداری شماره ۱ را تشکیل دهید: این نشست اولیه جهت شروع فعالیت‌های مقدماتی می‌باشد. روسا، مدیران، پزشکان و افرادی که در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه KMC کمک می‌کنند، گردهم می‌آیند تا در مورد KMC، مزایای انجام آن و چگونگی اجرای فرایند KMC بحث و گفتگو نمایند. راهنمای زیر می‌تواند برای جلسه اول مورد استفاده قرار گیرد:

راهنمای جلسه شماره ۱

شرایط شرکت‌کنندگان:

- مدیر بیمارستان، یا کلینیک
- رئیس بیمارستان یا کلینیک

- مدیران، سرپرستاران، ماماها‌ی کلینیک، بخش زایمان و لیبر، بخش بعد از زایمان، نوزادان
 - پزشکانی که در بخش‌های زایمان، لیبر، بعد از زایمان و نوزادان بیماران را ویزیت می‌نمایند
- دستور جلسه:

- ۱- خیر مقدم و معرفی جلسه
 - ۲- از کسی بخواهیم که زمان را در نظر داشته باشد
 - ۳- هدف جلسه را توضیح دهید:
- در ابتدای جلسه صورت‌جلسه را با توجه به دانستن اینکه چرا KMC باید اجرا شود شروع کنید. در مورد چگونگی اجرای KMC، تصمیمات گرفته شده و گام‌هایی که برداشته می‌شود گفتگو نمایید.
- ۴- توضیح دهید KMC چیست و مزایای آن را برای مادر و کودک و خانواده و مرکز درمانی شرح دهید (با ارائه تحفیفات مکتوب و اطلاعات تجربی محلی در این زمینه،
 - ۵- در رابطه با موضوعاتی نظیر امکان اجرای طرح، نیازهای مالی، تعداد نوزادان کم وزن که در یک مرکز درمانی متولد می‌شوند، مسئولیت‌های پرسنل و وسایل و منابع مورد نیاز جهت اجرای KMC در جلسه بحث نمایید.
 - ۶- در رابطه با آماده‌سازی این مرکز جهت اجرای فرایند KMC بحث کنید.
- اهداف
 - اقدامات (گشت‌زنی در بخش، بحث در مورد پروتکل، آماده‌سازی پرسنل که مستقیماً در بخش‌های KMC کار و حمایت می‌کنند، بحث در مورد تقسیم پرسنل در بخش، اتاق‌های KMC، امکاناتی نظیر دوش و حمام، وسایل و تجهیزات و کنترل و پیگیری طرح)
 - برنامه‌ریزی جهت آماده‌سازی تسهیلات
 - ۷- طی جلسه در ارتباط با مسائلی نظیر تمایل به اجرای KMC، تصمیمات اخذ شده، برنامه‌ریزی جهت آماده‌سازی، کنترل و پیگیری برنامه و زمان و تاریخ جلسات بعدی به توافق برسید.
 - ۸- از همه شرکت‌کنندگان بخاطر همکاری و حمایتشان تشکر نمایید.

- ۲- **گشت‌زدن در مرکز:** بمنظور تعیین فضاهای مورد نیاز جهت اجرای KMC همراه پرسنل در بیمارستان گشتی بنزید. سپس در مورد فضاهای مناسب بحث نموده و یا کارگاهی در زمینه معرفی بخش و کارگاه KMC مطرح نمایید. راهنمایی زیر می‌تواند در برگزاری این گشت‌زنی در بیمارستان به شما کمک نماید.

چک لیست بازدید از بخش مراقبت مادرانه آغوشی	
مواردی که مورد ارزیابی قرار می گیرند	
وسایل و منابع:	
• تخت‌ها، تشک‌ها، بالش‌ها (یا کیسه‌های شن یا گوه‌هایی که بطور موضعی زیر تشک‌ها گذاشته می‌شوند تا زاویه ۱۵ درجه را ایجاد کند) پارچه‌های کتانی	
• لباس KMC برای مادران و نوزادان (روپوش، کلاه، بلوز، جوراب) اینها ممکن است توسط خانواده‌ها نیز تهیه شود.	
• وسایل تغذیه (فنجان‌ها و سندهای معده)	
• سطل‌های پلاستیکی حاوی محلول‌های ضد عفونی جهت ضد عفونی فنجان‌ها و سندهای معده	
• ترازو جهت توزین نوزاد	
• صندلی راحت جهت مادر	
• وسایل سرگرم‌کننده (مثلا کاموا و میل‌های بافتنی، مجله‌ها، بازی‌های رومیزی، رادیو و تلویزیون)	
• کمد تخت مادر	
نکته : داشتن این وسایل در یک مرکز KMC مفید است اما داشتن آنها برای یک مادر جهت مراقبت مادرانه آغوشی در منزل ضروری نیست	
اتاق‌های مرکز : اتاق KMC :	
• آیا حتی الامکان نزدیک بخش زایمان و نرسری نوزادان می باشد ؟	
• آیا تهویه مناسبی دارد ؟	
• آیا بین هر دو تخت حداقل یک پریز برق جهت اتصال گرم‌کننده‌ها و یا سایر وسایل برقی وجود دارد ؟ (ممکن است در هر مرکزی در دسترس نباشد)	
• آیا سرویس بهداشتی و حمام بتعداد کافی وجود دارد ؟ (حداقل یک دوش و یک سرویس بهداشتی برای هر ۱۰ تخت)	
تغذیه با شیر مادر :	
• آیا پرسنل در رابطه با تغذیه با شیر مادر به مادران آموزش خوبی ارائه می دهند ؟	
• آیا پرسنل قبل از ترخیص به مادران و خانواده آنها مشاوره خوبی در رابطه با شیر مادر ارائه می دهند؟	
• اگر نوزادی قادر به تغذیه از پستان مادر نباشد چه روشی برای تغذیه وی استفاده می کنند؟ (شیشه شیر، فنجان، قاشق)	
اقدامات پیشگیری از عفونت	
• نظافت محیط بخش بدرستی انجام می شود (پاک کردن به دفعات مناسب، استفاده از محلول پاک کننده یا صابون برای تمیزکردن تخت‌ها، میزها، کف‌ها و دستگیره های در)	

	• دست‌ها بطرز صحیح شسته می‌شود.
	• همه مراحل پیشگیری از عفوند بدرستی اجرا می‌شود (پاکسازی، تمیز کردن، ضد عفونی یا استریلیزاسیون در سطح بالا)
	• عوامل آلودگی را دقیقاً معین نمایید.
	گرم نگه‌داشتن نوزاد :
	• آیا نوزاد بلافاصله پس از تولد خشک می‌شود ؟
	• آیا پس از تولد تماس پوست به پوست بین مادر و نوزاد برقرار می‌شود ؟
	• آیا نوزادان در کنار مادرشان با پوشش مناسب و بدور از کوران هوا نگهداری می‌شوند ؟
	• آیا درجه حرارت بدن نوزاد بطور منظم کنترل می‌شود؟
	• ارتباط پرسنل با مادر و خانواده
	• احترام بگذارید.
	• شفاف صحبت کنید. از کلماتی استفاده کنید که برای کمادر و خانواده قابل فهم باشد.
	• شنونده خوبی باشید.
	• قضاوت نکنید.
	حین صحبت ارتباط خوبی برقرار کنید. (لبخند بزنید، در هنگام صحبت کردن و یا گوش دادن تماس چشمی داشته باشید، آرامی صحبت کنید، در ارتفاع مشابه مادر و یا خانواده قرار بگیرید.
	• صبور باشید
	مشاوره پرسنل با مادر و خانواده
	• احساس خوشایندی در مادر و خانواده وی ایجاد کنید.
	• سوالات موثری بپرسید
	• اطلاعات واضح، مفید و صحیح بدهید.
	• به مادر و خانواده وی کمک کنید خودشان فرایند دلخواه را انتخاب کنند.
	• به مادر و خانواده وی کمک کنید تا مشاوره را بخاطر داشته باشند.
	• مادر و خانواده را تحسین نمایید.
	• در مورد پیگیریه‌های مورد نیاز گفتگو کنید.

۳- جلسه‌ای در مورد پروتوکل KMC با روسا و مدیران بیمارستانی تشکیل دهید: برگزاری جلسه ویژه جهت گفتگو در مورد پروتکل KMC راهی است که پزشکان، روسای پرستاری و مدیرانی را که احتمالاً نتوانسته‌اند در کارگاه KMC بطور کامل حضور یابند جذب می‌کند. بحث در مورد پروتکل فرصتی را برای آنان فراهم می‌آورد تا در فضایی که می‌توانند سؤالات خود را آزادانه بپرسند، KMC و صورت جلسات را بطور کامل درک کنند. با برگزاری این جلسه

قبل از تدارکات می‌توان از حمایت آنان از سایر اقدامات تدارکاتی بهره گرفت.

۴- یک کارگاه معارفه برای تمامی پرسنلی که با برنامه KMC در ارتباط خواهند بود برگزار نمائید: همه پرسنل نخواهند توانست در کل کارگاه KMC شرکت کنند. بعلاوه در برخی مراکز، پرسنل بصورت گردشی در بخش‌ها یا واحدهای مختلف کار می‌کنند. پرسنل دیگر از قبیل معاونین بخش‌ها، منشی‌ها و نظافت‌چیان نیز لازم است بدانند KMC چیست و چگونه انجام می‌شود. بسته به حجم مطالب و صرف زمان، آگاه کردن این پرسنل ممکن است یک یا دو روز به طول انجامد. معمولاً موارد زیر آگاهی داده می‌شود:

- KMC چیست؟
- مزایای استفاده از KMC برای نوزاد، خانواده و مرکز درمانی (با استفاده از نمایش فیلم KMC)
- پرو تکل‌های KMC
- چگونگی انجام KMC (علمی و عملی)
- چگونگی تغذیه با فنجان در صورتیکه نوزاد قادر به شیرخوردن از طریق پستان مادر نمی‌باشد.
- توافق در مورد اجرا KMC در مرکز درمانی
- پیشنهادات در مورد چگونگی اجرای KMC در مرکز درمانی
- با داشتن چنین اطلاعاتی، پرسنل قسمتی از برنامه جدید KMC را درک کرده و حامیان خوبی برای اجرا آن خواهند شد. ذر غیاب پرسنلی که بطور کامل آموزش دیده‌اند اینها می‌توانند در پاسخ به سئوالات مادران و خانواده‌ها کمک کنند.

۵- یک کارگاه KMC برای تمامی پرسنلی که مستقیماً بخش KMC را راه‌اندازی می‌کنند برگزار کنید: برگزاری یک کارگاه کامل KMC برای تمامی پرسنلی که مستقیماً بخش KMC را راه‌اندازی می‌کنند اهمیت دارد. در طول کارگاه شرکت‌کنندگان دانش و مهارت‌های مربوط به اجرای KMC را فرا گرفته و همچنین جنبه‌های مدیریتی اجرا و ادامه برنامه KMC (آماده کردن محیط، تجهیزات و منابع، حمایت و نظارت، ارزیابی) را خواهند آموخت. از کتاب راهنمای مراقبت مادرانه آغوشی می‌توان بعنوان برنامه آموزشی در کارگاه استفاده نمود.

۶- یک برنامه عملی تهیه نمائید: قبل تهیه برنامه عملی جلسه‌ای جهت اجرای برنامه عملی KMC برگزار نمائید. مدیران و پزشکان و کلیه شرکت‌کنندگان در کارگاه KMC هدایت برنامه را بعهده می‌گیرند

راهنمای برنامه عملی زیر می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد:

راهنمای برنامه عملی		
تاریخ تکمیل	فرد یا گروه مسئول	اقدامات
		تهیه و جمع‌آوری اطلاعات پایه
		آماده‌سازی اتاق KMC حمام و سرویس‌های بهداشتی
		آماده‌سازی تجهیزات و منابع مورد نیاز
		به روز در آوردن اقدامات پیشگیری از عفونت (در صورت نیاز)
		تقسیمات پرسنلی
		طرح‌ریزی برنامه نظارت و حمایت <ul style="list-style-type: none"> • در سطح تامین‌کنندگان مراقبت بهداشتی • در سطح سوپروایزرین • در سطح محلی
		تهیه و اجرای مجموعه اطلاعات، تجزیه و تحلیل برنامه و چگونگی توزیع و استفاده از اطلاعات
		برنامه ریزی جلسات تنظیم KMC (تهیه صورت جلسات، تنظیم دستور جلسات، شناخت شرکت‌کنندگان

۷- جلسه اداری شماره ۲ را برگزار نمایید: یک جلسه نهایی در انتهای اقدامات تدارکاتی به روشن شدن اقدامات و توافقات صورت گرفته و تأیید برنامه عملی کمک می‌نماید. راهنمای زیر می‌تواند به انجام این عمل کمک نماید:

راهنمای جلسه شماره ۲

شرکت‌کنندگان:

مدیر کلینیک یا بیمارستان

رئیس کلینیک یا بیمارستان

مدیران، سرپرستاران یا ماماهاى واحد کلینیکی: بخش‌های زایمان و لیبر، پس از زایمان و نوزادان، پزشکانی که در بخش‌های زایمان، لیبر و پس از زایمان و نوزادان به بیماران رسیدگی می‌کنند.

دستور جلسه:

۱- خیرمقدم

۲- از کسی بخواهید که زمان جلسه را کنترل نماید

۳- اقدامات تدارکاتی و توافقات انجام شده را مرور کنید.

گشت زدن: یافتن تجهیزات/منابع مورد نیاز مرکز

پروتوکل جلسات:

- از همه برای شرکت در بحث آزاد در زمینه پروتوکل و پروسیجرها تشکر کنید.
- توافقات انجام شده در مورد پروتوکل و پروسیجرها مرور کنید.
- پیشنهادهایی را برای تغییرات مورد نیاز در مرکز برای اجرای KMC ارائه دهید.

کارگاه معارفه:

- اقدامات و نتایج را مرور کنید و از یکی از پرسنل که در این کارگاه حضور داشته است بخواهید گزارش مختصری را ارائه دهد.

برنامه عملی:

- برنامه عملی موافقت شده را مرور کرده و آنرا به تائید همه برسانید.
- ۴- در مورد سایر موضوعاتی که در طول این هفته پیش آمده است بحث کنید.
- ۵- از همه بخاطر همکاری و حمایتشان تشکر کنید.

مرحله ۶- حمایت و نظارت:

حمایت و نظارت روشی ثابت شده برای تداوم دانش و مهارت کارکنان می‌باشد. نشان داده شده است که اگر حمایت انجام نشود و یا بطور ناکافی صورت پذیرد، پرسنل بسرعت مهارت‌های جدید و تمایلاتشان را از دست می‌دهند. حمایت و نظارت همچنین تضمین‌کننده مکانیسمی است که جهت شناسایی فضاهای مورد نیاز و راه‌حل‌ها وجود دارد و به استحکام بیشتر برنامه کمک می‌نماید. برای کسب اطلاعات بیشتر به کتاب راهنمای آموزش مراقبت مادرانه آغوشی قسمت حمایت و نظارت مراجعه نمایید.

مرحله ۷- ارزیابی برنامه KMC:

اطلاعات مربوط به KMC کمک می‌کند تا بازخورد برنامه را اندازه‌گیری کنیم. جمع‌آوری اطلاعات پیش از KMC باید ۶ ماه قبل از شروع برنامه حقیقی آغاز شود. از این برای مقایسه تاثیر اجرای KMC بر نجات جان نوزادان LBW و سایر مسائل مراقبت از این نوزادان در چنین مراکزی استفاده می‌شود. کلیه اطلاعات KMC باید روزانه جمع‌آوری شده و هر ۲ ماه مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. این اطلاعات را می‌توان برپایه منظمی با پرسنل KMC در میان گذاشت تا در یافتن و ایجاد تغییر و تقویت این برنامه بحث و گفتگو نمایند. همچنین می‌توان از این اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های آینده استفاده نمود. برای کسب اطلاعات بیشتر به کتاب راهنمای آموزش مراقبت مادرانه آغوشی قسمت ارزیابی برنامه مراجعه نمایید.



ضمانه

ضمیمه ۱: فرم ارجاء مراقبت آغوشی

به: بیمارستان:

نام واحد مرکز بهداشت ارجاع‌دهنده:

اطلاعات بیمار

نام مادر:

جنس نوزاد:

تاریخ تولد: نوع زایمان: وزن نوزاد:

مکان تولد:

آدرس / روستا:

تاریخچه:

ارزیابی فیزیکی:

آخرین تشخیص‌ها:

درمان انجام شده:

دلیل ارجاع:

وضعیت نوزاد در حین ارجاع:

نام مرکز ارجاع‌دهنده:

امضاء:

در مرکز: تاریخ:

استناد به نام متصدی:

در مرکز: تاریخ:

ضمیمه ۲: بحث‌های گروهی مراقبت آغوشی

مقدمه:

بحث‌های گروهی KMC در مکان‌هایی مثل بخش KMC یا بخش مامایی یا هر جایی که خواهان KMC هستند اجرا می‌شوند. این بحث‌ها توسط فرد آموزش دیده KMC رهبری می‌شود. بحث‌های گروهی برای مادران، قیم یا دایه‌ها و سایر اعضای خانواده که در گیرحمایت مادر و نوزاد هستند برگزار می‌شوند. این بحث‌ها در زمان پذیرش، طی مدت بستری ماد ردر بخش KMC و یا زمان ترخیص برگزار می‌شوند.

جهت فراهم آوردن دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای مادر و سایر وابستگان آنها باید اصول آموزش بزرگسالان نظیر شرکت در گفت و گو و دادن باز خورد بکار برده شود تا آنها را در جهت انجام KMC توانمند سازد. بحث‌های گروهی با ید مشارکتی بوده و مادران و وابستگان آنها را جلب فرآیند آموزش کند.

دست‌یابی به آموزش‌های فوق سبب یکپارچگی بین نیازها و سوالات گروه‌های شرکت‌کننده می‌گردد و با بررسی توانایی آنها در بازخورد و تجربه و تحلیل موقعیت آنها می‌شود. در چنین روشهایی مادران و دایه‌ها بهتر می‌توانند توانمندی خود را در انجام و حمایت از KMC نشان دهند. کارت‌های مشاوره و سایر لوازم BCC مثل ویدئو یک راه عملی موثر جهت پیشبرد KMC در حیظه آموزشی و رفتاری است. کاربرد آن زمانی است که می‌خواهیم به موانع KMC در جامعه توجه کنیم.

هدف:

هدف بحث گروهی، فراهم آوردن اطلاعاتی برای مادران و دایه‌ها (اعضاء خانواده) در جهت چگونگی مراقبت از نوزاد نارس، هم در بخش KMC و هم پس از ترخیص در منزل می‌باشند.

۱- بحث‌های گروهی در زمان پذیرش در بخش KMC

شرکت‌کنندگان: مادران و دایه‌ها (اعضاء خانواده)

هدف: بحث در مورد روش و اجزاء KMC، چگونگی انجام آنها، فواید و مضرات آنها و انتظاراتی که از مادر و اعضاء خانواده در زمان اجرا KMC داریم (مخصوصاً افرادی از خانواده که در زمان بستری مادر در بخش KMC از او حمایت می‌کنند) می‌باشد.

آغاز بحث: بحث را با سوال در مورد آگاهی شرکت‌کنندگان در مورد مراقبت از نوزاد نارس در محل زندگی آنان، آغاز می‌کنیم. اگر KMC مورد توجه آنها نبوده است از آنها می‌پرسیم آیا دیده یا شنیده‌اند کسی KMC را انجام دهد.

اگر کسی KMC را دیده یا در مورد آن شنیده است، بخواهید اطلاعات خود را درباره‌ی آن شرح دهد. در مورد جزئیات زیر از آنها سوال کنید:

۱- چرا KMC انجام می‌شود؟

۲- چه کسی می‌تواند KMC را انجام دهد؟

۳- چگونه انجام می‌شود؟

۴- برای چه مدتی می‌توان انجام داد؟

۵- چه فوایدی برای مادر و نوزاد دارد؟

۶- چه چالش‌هایی دارد؟

سوالات فوق و موارد دیگر برای شروع بحث و جمع آوری اطلاعات از شرکت‌کنندگان کمک‌کننده هستند.

در طی بحث گروهی، درمورد محافظت از نوزادانارس، کوچک و LBW هنگام KMC بر طبق نیازهای زیر اطمینان حاصل کنید.

- سه نیاز اصلی یک نوزاد LBW: گرما و غذا و علاقه می‌باشد.
- مفهوم KMC (اگر تعریف یا اسم محلی جهت KMC موجود است)

• فواید KMC:

- **گرما:** مادر در تمام روز نوزاد را گرم نگهدارد.
- **غذا:** تغذیه از پستان در صورت تمایل نوزاد به آسانی انجام‌پذیر است بنا براین در طی مراقبت آغوشی نوزادان بیشتر و طولانی‌تر از پستان تغذیه می‌شوند.
- **محبت و علاقه:** تماس پوست با پوست سبب افزایش دلبستگی و محبت بین مادر و نوزاد می‌شود. بنابراین در زمانی که نوزاد تماس مداوم با مادر دارد کمتر گریه می‌کند.
- **رشد نوزاد:** از آنجا که نوزاد نیاز به انرژی کمتری جهت گرم کردن بدن خود دارد رشد وی سریع‌تر می‌شود.
- **ترخیص زودتر:** از آنجا که KMC قابل انجام در منزل است نوزادان خیلی زودتر مرخص می‌شوند.
- **ارزان و راحت:** بدون پرداخت هزینه یا افزایش تکنولوژی KMC قابل اجرا است.

• مضرات KMC:

- KMC برای مادر خسته کننده است.
- به دلیل سادگی KMC، وجود یک باور قوی در تکنولوژی پیشرفته ممکن است سبب مقاومت مادر گردد.
- **سدهای فرهنگی:** ممکن است مادر بزرگ‌ها این روش را نپذیرند. در بعضی از رسم و رسومات نوزاد طی هفته‌های اول از مادر جدا شده و تحت مراقبت مادر بزرگ قرار می‌گیرد. اغلب نوزادان وقتی به پشت بسته می‌شوند، نسبت به وقتی که به جلو بسته می‌شوند معمولاً بیشتر گریه می‌کنند.
- همسایه‌ها یا سایر اعضای خانواده ممکن است مادر را در حین انجام مراقبت آغوشی مسخره کنند.
- عدم پذیرش از طرف مادران و مسئولان بهداشت.

• KMC چگونه انجام می‌شود:

وضعیت : نوزاد در حالت راست بین پستان‌های مادر قرار داده می‌شود و با لباس به بدن مادر محکم می‌شود.

جهت پیشگیری از خفگی نوزاد مادر باید در وضعیت صاف و شیب دار به سمت بالا قرار بگیرد. تماس پوست با پوست باید ۲۴ ساعته باشد و فقط زمانی که مادر قصد برطرف کردن نیازهای شخصی خود نظیر استحمام یا توالت رفتن را دارد می‌تواند KMC را موقتاً قطع کند.

نوزاد آغوشی می‌تواند فقط پوشک و کلاه داشته باشد (در صورتی که در دسترس باشد)

• مراقبت عمومی از نوزاد:

برای پیشگیری از اتلاف گرما نوزاد با لباس گرم و خشک، خشک می‌شود. ولی حمام داده نمی‌شود

نوزاد هر ۳ ساعت یکبار با NGT یا فنجان و یا از پستان مادر تغذیه می‌شود، نوزاد نباید بیشتر از مقدار تجویز شده تغذیه گردد.

برای بررسی افزایش یا کاهش وزن نوزاد، باید روزانه وزن شود.

• جابه‌جایی مادران یا دایه‌ها (وابستگان) در زمان حضور در بخش KMC:

۲ معمولاً نفر از نزدیک‌ترین وابستگان مادر و همسر او اجازه ورود به بخش را دارند.

مادر در وضعیت KMC مجاز است از ساعت ۳ تا ۶ از بخش خارج شود. اما نباید محوطه‌ی بیمارستان را ترک و یا وارد بخش دیگری شود.

در طی بحث‌ها از پاسخ به تمام سوالات شرکت‌کنندگان و روشن و واضح بودن موضوعات اطمینان حاصل کنید.

۲- بحث‌های گروهی در طی اقامت در بخش KMC

هدف: پرورش دادن مادران و دایه‌ها در مورد دانش و مهارت‌های لازم جهت بهبود کیفیت مراقبت از نوزاد در هنگام اقامت در بخش KMC و یا زمانی که به خانه می‌روند.

شرکت‌کنندگان: مادران و دایه‌ها (اعضای خانواده)

مشاوران: کارمندان بخش KMC شامل پرسنل ماهر بخش.

بخش KMC مکانی برای آموزش و توانمند ساختن مادران در جهت بهبود کیفیت مراقبت از نوزاد می‌باشد. بحث‌های آزاد و نمایش فیلم‌های ویدئویی در مورد KMC باید بطور معمول جهت سلامت کودک و شیرخوار، تقویت پیامدهای مراقبت اساسی از نوزاد و علائم خطر برای مادران و نوزادان استفاده شوند. در بحث‌های داخل بخش KMC بر روی نکات کلیدی زیر تاکید کنید:

• تغذیه‌ی نوزاد نارس/ نوزادان LBW

• آگاهی از تجربیات مادران در زمینه شیردهی

• بحث در رابطه با موضوعات تغذیه شامل:

• حالت مناسب نوزاد هنگام شیردهی از پستان مادر

• نحوه‌ی دوشیدن، اندازه‌گیری و ذخیره‌ی شیر مادر

نحوه‌ی تغذیه با فنجان
مشکلات تغذیه از پستان مادر

(به مادران فیلم ویدئویی تغذیه شیرخوار را نشان دهید)

• مادر شیرده را حمایت کنید:

تاکید بر نقش دایه‌ها/اعضاء خانواده وقتی که برای عیادت مادران مراجعه می‌کنند.
خلق راه‌های مختلف در جهت انتقال اطلاعات و موضوعات بحث‌های گروهی به مادران و دایه‌ها
فراهم آوردن محیطی جهت ارتقاء بحث‌های گروهی که مرتبط با موضوعاتی است که مورد توجه مادران و دایه‌ها/اعضاء خانواده هستند.

• مشکلات بالقوه‌ی نوزادان نارس و کوچک؛ بحث در مورد مشکلات رایجی که نوزادان نارس و کوچک ممکن است داشته باشند نظیر:

تب
هیپوترمی
مشکلات تنفسی
اسهال
خونریزی از بند ناف

به مادران آگاهی دهید به محض مشاهده مشکلات فوق، حین مراقبت از نوزاد سریعاً مسئولان بخش را مطلع سازند.

(نوار ویدئویی در رابطه با مشکلات نوزاد، نفخ شکم و مشکلات تنفسی به مادران نشان دهید
(«ARI»))

• معیارهای ترخیص: برای مادران/دایه‌ها تو ضیح دهید، که موارد ذیل باید قبل از ترخیص از بخش KMC محقق شده باشند:

وزن گیری نوزاد مناسب باشد.
مادران و دایه‌ها دانش کافی در رابطه با KMC داشته باشند.
مادران و دایه‌ها از علائم خطر آگاه باشند.
مادران توانایی شیردهی از پستان و دوشیدن شیر را داشته باشند.
نوزاد توانایی مکیدن را داشته باشد.
مادر و نوزاد از حمایت خانوادگی کافی برخوردار باشند.

• بهداشت عمومی و فردی: اطلاعاتی در رابطه با رعایت بهداشت و پیشگیری از عفونت به مادر بدهید. در مورد نحوه رعایت بهداشت و پاکیزگی برای مادر و نوزاد با آنان مشاوره نمایید:
ظروف تغذیه نوزاد باید تمیزنگه داشته شوند، بعد از مصرف بشویید و قبل از استفاده تمیز

باشند.

پستان ها را قبل از شیردهی یا دوشیدن شیر بشوید.
دست‌ها را در هنگام تغذیه نوزاد، بعد از توالیت و بعد از دست زدن به وسایل آلوده شستشو دهید.

بند ناف را با آب ساده شست و شو و خشک و تمیز نگهدارید
نوزاد وقتی کثیف کرده شستشو شود اما استحمام نگردد
نوزاد باید پوشک شود و کلاه بگذارد.
مادران استحمام کرده و لباس تمیز به تن داشته باشند.

• فعالیت‌های مجاز در بخش KMC:

مادران می‌توانند بخورند، صحبت کنند، لباس و ظروف غذا و شیر را بشویند.
در صورتی که مادران توانایی خواندن دارند تشویق به مطالعه شوند.
مادران در بعد از ظهر می‌توانند از بخش خارج شوند و با دوستان و بستگان خود ملاقات کنند ولی از محیط بیمارستان نمی‌توانند خارج شوند و یا وارد بخش‌های دیگر شوند.
• تنظیم خانواده: بخاطر اطمینان از اینکه مادران به قدر کافی وقت مراقبت از رشد نوزاد داشته باشند در رابطه با تنظیم خانواده با آنان مشاوره نمایید، در رابطه با موضوعات و برنامه‌های خانوادگی گفتگو شود.

مزایای تنظیم خانواده را برای مادر توضیح دهید.
در مورد فاصله‌گذاری بین تولد و نحوه رعایت آن به مادران آموزش دهید.
روش‌های مختلف تنظیم خانواده را برای مادران بیان نمایید.
مادران را از مکان‌هایی که می‌توانند خدمات تنظیم خانواده را دریافت کنند آگاه کنید.

مادامی که شما در مورد وضعیت‌های مختلف نوزاد جهت شیردادن، دوشیدن شیر؛ تغذیه از پستان، تغذیه با فنجان یا NET، مراقبت از بند ناف و غیره ... توضیح می‌دهید، به منظور سنجش میزان یادگیری بهتر و دریافت مفیدتر توضیحات مادران و دایه‌ها را امتحان نمایید. جهت انجام این کار می‌توانید از مدل‌های شبه‌انسانی نظیر عروسک نوزاد یا ماکت پستان مادر استفاده کنید.

۳-ترخیص از بخش KMC:

هدف: بررسی مجدد میزان اطلاعات و آگاهی مادران و دایه‌ها در رابطه با فعالیت‌های KMC، تا از توانایی آنها در جهت ادامه KMC در منزل به منظور بقای بهتر نوزاد مطمئن گردیم.
مشارکت‌کننده‌ها: مادران، دایه‌ها و سایر اعضای خانواده.

مشاوران: پرسنل بخش KMC

شروع بحث:

• از مادران و دایه‌ها درباره‌ی آنچه در زمان اقامت در بخش KMC آموخته‌اند سوال می‌کنیم. در این زمان فرصت واضح سازی هر موضوعی را به آنها می‌دهیم و در مورد مسائل ضروری گفت

- و گو می‌کنیم. اگر خانواده در منزل پذیرای انجام KMC هستند یا اگر نشانه‌ای دلیل بر خستگی از اجرای KMC مشاهده می‌کنید ارزیابی نمایید.
- از مادران بخواهید چگونگی مراقبت از نوزاد را در منزل شرح دهند.
- در مورد KMC مداوم در حین انجام و ظایف خانه‌داری: نظیر پخت و پز، آوردن آب، جمع‌آوری هیزم، رفتن به فروشگاه، خوابیدن - خواه تنها یا با دیگران (با فرزندان دیگر روی یک تخت/کف پوش وقتی که با شریک جنسی هستند و از این قبیل) بحث کنید.
- مراقبت‌های کلی از نوزاد
 - ادامه‌ی KMC در منزل
 - گرم نگه‌داشتن نوزاد در حالت KMC
 - شیردهی از پستان در زمان نیازنوزاد، یا تغذیه با شیردوشیده شده با فنجان
 - دیگر مراقبت‌های فردی از نوزاد، شامل مراقبت از بند ناف، نیاز به واکسیناسیون و جدول واکسیناسیون و موارد دیگر.
 - تشخیص علائم خطر و آنچه باید در زمان بروز این علائم انجام دهند و در صورت بروز به کجا مراجعه نمایند.

• حمایت از مادران برای ادامه‌ی KMC:

- زمانی که نوزاد KMC می‌شود، فقط وظایف ضروری خانه‌داری مثل خرید کردن را انجام دهند
- در مواردی که ضرورت می‌یابد سایر اعضای خانواده در انجام KMC مادر را حمایت نمایند.
- در زمان استراحت (مادر) نوزاد را در حالت قائم قرار دهید و از کیسه‌های شنی برای جلوگیری از خفگی نوزاد استفاده کنید.
- چگونگی نحوه برخورد با موقعیت‌های منفی در رابطه با KMC، مثل رفتارهای ناامیدکننده از طرف بستگان یا سایر اعضای خانواده را به مادر بیاموزید و بر این نکته تاکید نمایید که بهترین روش سازگاری با موقعیت‌های منفی توضیح فواید KMC برای دیگران است.
- پس از ترخیص از بخش KMC مادر و نوزاد را پیگیری نمایید. اهمیت ویزیت‌های پس از ترخیص را توضیح دهید.
- به مادران توضیح دهید کجا و چه زمانی جهت ویزیت‌های پیگیری مراجعه کنند.
- به مادران آگاهی دهید در صورتی که پیگیری از طرف مادر فراموش شود و نیاز به پیگیری بیشتری باشد پرسنل ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به منزل او خواهد آمد

• قطع KMC

- در مورد زمان قطع KMC توضیح دهید.
- مادران/دایه‌ها باید از افزایش وزن مناسب نوزاد، تغذیه‌ی کافی نوزاد و حال عمومی خوب نوزاد اطمینان داشته باشند.
- از مادران / دایه‌ها/اعضاء خانواده بخاطر حمایت‌هایشان در راه کسب مراقبت موفق از

نوزادانشان با KMC تشکر کنند.

◦ مادران موفق را تشویق کنید تا به عنوان مدل، جهت کمک به نیازهای مراقبتی مشابه در جامعه‌ی خودشان عمل کنند.

ضمیمه ۳: برگه ثبت نام و ثبت اطلاعات در شبکه اینترنتی مراقبت آغوشی

مرکز مراقبت آغوشی: ماه:

ردیف	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
نام و نام خانوادگی مادر									
تعداد حاملگی									
تعداد زایمان									
سن مادر									
تاریخ زایمان									
نوع زایمان									
وزن زمان تولد									
وزن زمان پذیرش									
جنس									
تاریخ ترخیص نوزاد									
وضعیت نوزاد									
وزن نوزاد هنگام ترخیص									
علت مرگ نوزاد (در صورت فوت)									
عوارض									
Antibiotics Yes/No									

ضمیمه ۴: برگه خلاصه شرح حال نوزادان LBW

نام بخش:

ماه: سال:

جدول ۱: تعداد پذیرش، ترخیص و مرگ نوزاد

Variable	Frequency
Number of admissions	
Total number of LBW babies admitted	
No. referred in	
(No. of babies born before arrival (BBA	
New KMC admissions	
Continuing KMC cases	
Number of babies discharged	
Normal discharge	
Abscond	
Discharged against medical advice	
Number of cases referred for special medical care	
(Number of deaths (NND	
Number of NND	

جدول ۲: میزان وزن گیری به گرم در زمان ترخیص از بخش

Variable	Value (gm)
Weight gain for those with positive gain (n=)	
Average	
Range	
Weight loss for those with negative gain (n=)	
Average	
Range	

Table 3 : KMC death audit (death by background characteristic)

Characteristic	No. in the category (N)	No. died (B)	Case fatality rate (100*B/N)	Percentage (100*B/T)
(Weight (gram				
1000>				
1499 – 1000				
1999 – 1500				
2500 – 2000				
Age of mother (years)				
<= 20				
30 – 21				
40 – 31				
>40				
Parity				
1				
5 to 2				
> 5				
Total Number of deaths (T)				

N – Number in category, B – Number who have died in that category, T – Total number of deaths

Table 4: Complications audit (characteristics of babies and mothers vs. complications)

Characteristic	No. With complications						
	Total	Other	Apnea	Convulsions	Cyanosis	Septicaemia	Pneumonia
Weight							
1000>							
1499 -1000							
1999 – 1500							
2500 – 2000							
Age of mother							
20=>							
30 – 21							
40 – 31							

40<							
Parity							
1							
5 to 2							
5<							
Total							
No. who had KMC interrupted							

Table 5: Length of stay of babies under KMC practice for those discharged in the period (in days)

Variable	Measure (days)
Length of stay of baby in the KMC unit for those discharged alive (n=)	
Average	
Range	
(=Length of stay of baby in the KMC unit for those who absconded (n	
Average	
Range	
Length of stay of baby in the KMC unit for those discharged against (=medical advice (n	
Average	
Range	
(=Length of stay of baby in the KMC unit for those who died (n	
Average	
Range	
Length of stabilization of babies	
Average	
Range	

Table 6 : Follow-up after discharge from the KMC unit for the two-month period under review

Visit	No. Expected For Follow-Up	No. Who Came For Scheduled Follow-Up	No. Who Came Later Than Scheduled	No. Of Dropouts	Dropouts Visited At Home	Dropouts Known To Have Died	Comments
First visit							
Second visit							
Third visit							
Fourth visit							

**Dropout – Those who did not come for follow-up one month after scheduled date.

ضمیمه ۵ : راهنمای مشاوره با مادر

شما در واحد مراقبت مادرانه آغوشی چه آموختید؟

در طی اقامت شما در بخش مراقبت آغوشی چه چیزی برایتان کمک کننده بود؟

شما از چه چیزی در بخش مراقبت آغوشی خوشتان آمد؟

در طی اقامت شما در بخش مراقبت آغوشی مسئول بخش از چه روشهایی برای حمایت از شما استفاده نمود؟

شما از چه چیزی در بخش مراقبت آغوشی خوششان نیامد؟

چه چیزی می توانست بهبود یابد؟

آیا شما مراقبت آغوشی را در منزل ادامه می دهید؟ بله خیر

اگر نه چرا؟

آیا با شما در مورد چگونگی مراقبت از نوزاد در منزل مشاوره شد؟ بله خیر

آیا فکر می کنید مراقبت مادرانه آغوشی روشی مناسب برای مراقبت از نوزاد کم وزن در هنگام تولد می باشد؟ بله خیر

آیا فکر می کنید سایر مادران نیز مراقبت مادرانه آغوشی را دوست دارند؟ بله خیر

چرا؟

Quarterly/Monthly Report for _____

(Month)

Facility _____ District _____

Name of Reporter _____

Findings _____

Previous Recommended Action Steps _____

Action Steps _____

A. For facility-based KMC Services:

- Rooms separate from nursery or sick infants equipped with
 - Beds for mothers
 - Comfortable chairs
 - Pillows
 - ♣ If possible, beds and chairs that can adjust to upright or semi-recumbent position. Otherwise adjust with pillows.
 - Ability to keep rooms warm: 0 24-22C (0 75 – 71.6F)
 - Curtains or doors to provide privacy and to minimize noise level
- Bathroom facilities (with running water)
- Separate room for educational and recreational activities if possible
- Clothing for the mother
 - Mother can wear usual clothing or dress if it accommodates the baby and is not too tight.
 - A support binder (piece of cloth or fabric measuring about 1 meter square) which will be used to wrap around the mother and baby to help keep the baby close to the mother
 - ♣ A shirt, pouch or other type of binder for this purpose may also be used as appropriate
- Clothing for the baby
 - Caps
 - Socks
 - Diapers (nappies)
 - A shirt is recommended if the environmental temperature is below 0 22C (71.6 0F). The shirt should be sleeveless open at the front and cotton (WHO KMC manual).
- Other supplies
 - Feeding utensils
 - ♣ Small cups (disposable or those that can be cleaned thoroughly or autoclaved)
 - ♣ No. 5 to no. 8 French gauge feeding tubes and syringes (for tube feeding EBM)
 - Refrigerator for storing EBM
 - Newborn weighing scales (with 10 grams measurement intervals)
 - Thermometer for measuring body temperature

- Basic newborn resuscitation equipment (Ambu bag, masks for neonate and preterm sizes and oxygen)
- Infection prevention supplies/equipment (follow local protocol or procedures)
- KMC log/registry or other records

B. For KMC at home:

- Clothing for the mother and baby as above
 - Support binder suitable for other family members(s) who may assist with KMC
- Feeding utensils if needed as above
- Pillows to adjust to comfortable sleeping or sitting position

LBW و مراقبت از نوزاد KMC ضمیمه ۸ : منابع آموزشی

فیلم :

- Kangaroo Mother Care: Rediscover the Natural Way to Care for Your Newborn Baby (Video) by Dr. Nils Bergman
 - Overview of KMC and research
 - 26 minutes
 - Order from: www.kangaroomothercare.com or Geddes Productions: telephone: 8045-344-323 (USA)
 - DVD available from www.capersbookstore.com.au
- Kangaroo Mother Care II (Video)
 - Instructional video for health professionals
 - 51 minutes
 - Order from: www.kangaroomothercare.com or Geddes Productions: telephone: 8045-344-323 (USA)

کتاب:

- Care of the Newborn Reference Manual (Save the Children)

The manual has a focus on essential newborn care with a module devoted to care of the LBW infant. A PDF version is available at: [http://www.savethechildren.org/publications/sn1/20%-20%00Care20%of20%the20%Newborn20%Reference20%Manual3.6\)20%MB\).pdf](http://www.savethechildren.org/publications/sn1/20%-20%00Care20%of20%the20%Newborn20%Reference20%Manual3.6)20%MB).pdf)
 - Kangaroo Mother Care: a practical guide (World Health Organization)
 - A PDF version in English, French or Spanish can be downloaded from: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/>
 - Managing Newborn Problems: A guide for doctors nurses and midwives (WHO)
 - Part of the IMPAC series (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)
 - Facility-based clinical management of small and sick newborns
 - PDF version (English) may be downloaded at:
 - ♣ <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/>
 - Also available free to developing countries:
- World Health Organization

Department of Reproductive Health and Research
Documentation Centre
1211 Geneva 27
Tel.: 3346/4447 791 22 0041
Fax: 4189 791 22 0041
Email: rhrpublications@who.int

برنامه آموزشی دوره پری ناتال

- Perinatal Education Programme
 - Developed in South Africa, a self-study course in various perinatal care topics for nurses, midwives and doctors.
 - <http://www.pepcourse.co.za/index.html>
 - Has two units devoted to KMC (units 44 & 43):
 - <http://www.pepcourse.co.za/Mother20%Baby20%Friendly20%Care/Unit44w.html>

شبکه کامپیوتری

- International Network for Kangaroo Mother Care (INK)
 - <http://kangaroo.javeriana.edu.co/>
 - Kangaroo Foundation based in Bogota, Columbia
 - Aims to promote research, evaluate and enhancing interventions, and disseminate results through publication and training
 - Resources, research, photos and recent news
 - Extensive list of links to relevant sites, publications and resources
 - Spanish version available also
- Kangaroo Mother Care
 - www.kangaroomothercare.com
 - Info about KMC for health professionals
- Kangaroo Mother Care Initiative (India)
 - <http://www.kmcindia.org/>
 - Has links for both parents and health professionals
 - Includes info about evidence basis for KMC
 - Direct link to a video about KMC (in Hindi)

- Acolet D, Sleath K, and Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very LOW BIRTH WEIGHT infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatrica Scandinavica* 193-189 :(1989) 78.
- Affonso D, Wahlberg V, and Persson B. Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of Prematurity care. *Neonatal Network* 51-43 :(1989) 7.
- Anderson GC et al. Birth-associated fatigue in 36-34 week preterm infants: rapid recovery with very early skin-to-skin (kangaroo) care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 103-94 :(1999) 28.
- Anderson GC (1989). Skin-to-skin: Kangaroo care in Western Europe. *American Journal of Nursing* 666-662 :(1989) 89.
- Anderson GC, Marks EA, and Wahlberg V. Kangaroo care for preterm infants. *American Journal of Nursing* 809-807 :(1986) 86.
- Armstrong HC. Breastfeeding low birthweight babies: Advances in Kenya. *Journal of Human Lactation* 1987) 37-34 :(2)3).
- Ashworth A. Effects of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children. *European Journal of Clinical Nutrition* 52(Suppl.1):S-34S41; discussion: S1998) 42-41).
- Bauer K, Pyper, A, Sperling P, Uhrig C, and Versmold H. Effects of gestational and postnatal body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 30-5 week gestation and their mothers. *Pediatric Research* 251-247 :(1998) 44.
- Bauer K, Uhrig C, Sperling P, Pasel K, Wieland C, and Versmold HT. Body temperatures and oxygen consumption during skin-to-skin care in stable preterm infants weighing less than 1500 grams. *Journal of Pediatrics* 244-240 :(1997) 130.
- Beal JA. A nurse practitioner model of practice in the neonatal intensive care unit. *MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing* 24-18 :(2000) 25.
- Bergman NJ and Jørisoo LA. The "kangaroo-method" for treating LOW BIRTH WEIGHT babies in a developing country. *Tropical Doctor* 60-57 :(1994) 24.
- Bingham RJ. Roo the day: Rudiments of Kangaroo Care. *NANN Central Lines* 1997) 13-11 ,1 :(4)13).
- Blaymore-Bier JA et al. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low birth weight infants who are breastfed. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1269-1265:(1996) 150.

- Cattaneo A et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomised controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica* 985-976:(1998) 87.
- Cattaneo A et al. Kangaroo mother care in low-income countries. *Journal of Tropical Pediatrics* 282-279:(1998) 44.
- Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, and Tamburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. *Acta Paediatrica* 445-440 :(1998) 87.
- Charpak N et al. Kangaroo-mother programme: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two-cohort study. *Pediatrics* 94 810-804 :(1994).
- Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, and Figueroa de Calume Z. Current knowledge of kangaroo mother intervention. *Current Opinion in Pediatrics* 112-108:(1996) 8.
- Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de CZ, and Charpak Y. A randomized controlled trail of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics* 9-1072 :(5)108 (November 2001).
- Charpak N, Figuerzo Z, Ruiz JG. Kangaroo mother care. *Lancet* 914 :(1998) 351.
- Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa Z, and Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants 2000 grams: A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 1997) 688-682 :(4)100).
- Christensson K et al. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *The Lancet* 1115 :(1998) 352.
- Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica* -488:(1992) 81 493.
- Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatrica* 1360-1354 :(1996) 85.
- Chwo MJ, Anderson GC, Good M, Dowling DA, Shiau SH, and Chu DM. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behaviour and acuity. *J Nurs Res* 42-129 :(2)10 (June 2002).
- Cleary GM, Spinner SS, Gibson E, and Greenspan JS. Skin-to-skin parental contact with fragile preterm infants. *Journal of the American Osteopathic Association* 97 460-457 :(1997).
- Colonna F, Uxa F, de Garcia AM, de Vonderweid U. The «Kangaroo-mother» method: Evaluation of an alternative model for the care of low birthweight newborns in developing countries. *International Journal of Gynaecology and*



Obstetrics 339-335 :(1990) 31.

Conde-Agudelo A, Diaz-Rosello JL, and Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Library Issue 2002* 2).

Diaz-Rosello J. Caring for the mother and preterm infant: Kangaroo care. *Birth* 23 111-108 :(1996). [Commentary on Charpak et al. (1994)].

Dombrowski MA, Anderson GC, Santori C, Roller CG, Pagliotti F, and Dowling D. Kangaroo (skin-to-skin) care for preterm twins and their adolescent parents. *MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing* 94-92 :(2000) 25.

Doyle LW. Kangaroo mother care. *Lancet* 1722-1721 :(1997) 350.

Durand R, Hodges S, LaRock S, Lund L, Schmid S, Swick D, Yates T, and Perez A. The effect of skin-to-skin breast-feeding in the immediate recovery period on newborn thermoregulation and blood glucose values. *Neonatal Intensive Care* 1997) 29-23 :(2)10).

Fischer CG, Sontheimer D, Scheffer F, Bauer J and Linderkamp O. Cardiorespiratory stability of preterm boys and girls during kangaroo care. *Early Human Development* 153-145 :(1998) 52.

Gray L, Watt L, and Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 1) 105): e2000) 14).

Gulmezoglu M, de Onis M, and Villar J. Effectiveness of interventions to prevent or treat impaired fetal growth. *Obstetrical & Gynecological Survey* :(1997) 52 149.7-139

Hurst NM et al. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology* 217-213 :(1997) 17.

Johanson RB, Spencer SA, Rolfe P, Jones P, Malla DS. Effects of post-delivery care on neonatal body temperature. *Acta Paediatr* 63-859 :(11)81 (November 1992).

Kambarami RA, Chidede O, and Kowo DT. Kangaroo care versus incubator care in the management of well preterm infants: a pilot study. *Annals of Tropical Paediatrics* 86-81 :(1998) 18.

Kambarami A, Childede O, and Kowo DT. Kangaroo care for well low birth weight infants at Harare Central Hospital Maternity Unit--Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine* 1999) 59-56 :(3) 45).

Karlsson H. Skin to skin care: Heat balance. *Archives of Disease in Childhood* 75 1996)): F132-130.

Legault M and Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of

- removing preterm infants from incubators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 6-501:(6)24 (July-August 1995).
- Legault M and Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 506-501 :(1995) 24.
- Levin, A. Humane neonatal care initiative. *Acta Paediatrica* 5-353 :(1999) 88.
- Lincetto O, Nazir AI, Cattaneo A. Kangaroo Mother Care with limited resources. *Journal of Tropical Pediatrics* 295-293:(2000) 46.
- Ludington-Hoe SM and Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 703-691 :(1996) 25.
- Messmer PR, Rodriguez S, Adams J, Gentry JW, Washburn K, Zabaleta I, and Abreu S. Effect of Kangaroo care on sleep time for neonates. *Pediatric Nursing*, 1997) 414-408 :(4)23).
- Murray CJL and Lopez AD, eds. (1996). *Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard School of Public Health, (Global burden of disease and injuries series, vol. 1).
- Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja U, and George G. Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants. *Indian J Pediatr* 23-1019:(11)68 (November 2001).
- Roller CG. Kangaroo care for a restless infant with gastric reflux: One nurse midwife's personal experience. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing (MCN)* 245-244 :(1999) 24.
- Sloan NL et al. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *The Lancet* 344 (September 785-782:(1994.
- Swinth J, Nelson L, Hadeed A, and Anderson GC. Shared kangaroo (skin-to-skin) care for triplets. *MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing* 25 216-214 :(2000).
- Tessier R, Cristo M, Velez S, Giron M, Figueroa de Calume Z, Ruiz-Palaez JG, Charpak Y, and Charpak N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. [Abstract E17]. *Pediatrics* 2)102, part 1 of 1998) 390 :(3).
- Wahlberg V, Affonso D, and Persson B. A retrospective, comparative study using the kangaroo method as a complement to the standard incubator care. *European Journal of Public Health* 37-34:(1992) 2.



Whitelaw A and Sleath K. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight infants in Bogotá, Colombia. The Lancet 1208-1206:(1985) 1.

منابع منابع عمومی:

Beck D, Ganges F, Goldman S, and Long P. (2004). Care of the Newborn Reference Manual. Washington, DC: Save the Children Federation.

Linkages Project. (2004 March). Integrated Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Support for Infant Feeding—Health Providers Course. Washington DC: Academy for Educational Development.

Linkages Project. (2005 May). Infant Feeding Options in the Context of HIV. Washington DC: Academy for Educational Development.

WHO, UNICEF, UNAIDS, UNFPA. (2003). HIV and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). Kangaroo Mother Care: a practical guide Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2004). Managing Newborn Problems: a guide for doctors, nurses and midwives. Geneva: World Health Organization.

منابع اینترنتی :

International Network for Kangaroo Mother Care (INK). Bogota, Columbia: Kangaroo Foundation.

<http://kangaroo.javeriana.edu.co/>

Kangaroo Mother Care Initiative. India.

<http://www.kmcindia.org/>

Kangaroo Mother Care Promotions

www.kangaroomothercare.com

مقالات علمی:

Adamsons KJ and Towell ME. Thermal homeostasis in the fetus and newborn. Anesthesiol 548-531 :(1965) 26.

Bell EF and Glatzl-Hawlik M. (1998). Environmental Temperature Control, in Fetal and Neonatal Physiology. In Fetal and Neonatal Physiology 2nd ed (-716:(1998) 727, edited by R. Polin and R. Fox. Philadelphia PA: W.B. Saunders Company.

- Bhargava SK et al. Primary cold injury in the newborn. *Indian Pediatr* 30-827:(12)8 (1971)).
- Bier J-AB, Ferguson AE, and Morales Y. Comparison of Skin-to-Skin contact with standard contact in Low-Birth-Weight infants who are breast-fed. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1269-1265 :(1996) 150.
- Bruck K. (1998). Neonatal Thermal Regulation in Fetal and Neonatal Physiology. In *Fetal and Neonatal Physiology*. 2nd edition. Edited by R. Polin and R. Fox. Philadelphia PA: W.B. Saunders Company.
- Christensson K et al. Midwifery care routines and prevention of heat loss in the newborn: a study in Zambia. *J Trop Pediatr* 1988) 12-208 :(5)34).
- Daga S et al. Rural Neonatal Care: Dhanu Experience. *Indian Pediatr* :(1992) 29 93-189.
- Dagan R and Gorodischer R. Infections in hypothermic infants younger than 3 months old. *Am J Dis Child* 1984) 5-483 :(5)138).
- Ellis M et al. Postnatal hypothermia and cold stress among newborn infants in Nepal monitored by continuous ambulatory recording. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1)75): F1996) 5-42).
- El-Radhi AS and Al-Kafaji N. Neonatal hypothermia in a developing country. *Clin Pediatr (Phila)* 1980) 4-401 :(6)19).
- Iyengar SD and Bhakoo ON. Prevention of neonatal hypothermia in Himalayan villages. Role of the domiciliary caretaker. *Trop Geogr Med* 1991) 6-293 :(3)43).
- Kumar R and Aggarwal A. Accuracy of maternal perception of neonatal temperature. *Indian Pediatr* 585-583 :(1996) 33.
- Kumar R and Aggarwal AK. Body temperatures of home delivered newborns in north India. *Trop Doctor* 1998) 6-134 :(3)28).
- Pratinidhi AK et al. Domiciliary care of low birth weight neonates. *Indian J Pediatr* 1986) 92-87 :(1)53).
- Tafari N and Olsson EE. Neonatal cold injury in the tropics. *Ethiop Med J* :(1)11 1973) 65-57).

