



ب-۴ مراقبت‌های مادر و نوزاد

سطح	مراقبت از مادران پرخطر با رعایت ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
سطح یک	ب-۴-۱-۱ * نحوه شناسایی مادران پرخطر برنامه‌ریزی شده و مراقبت‌های اختصاصی بلافاصله آغاز می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی مادران پرخطر براساس سامانه ثبت اطلاعات مادر و نوزاد^۱، در بدو ورود به بیمارستان در مرحله تریاژ و یا حین مراقبت ❖ تریاژ مادران باردار و اولویت‌بندی مادران پرخطر جهت ویزیت، معاینه و تکمیل فرم تریاژ، گزارش مامائی دفتر سرپایی یا پرونده مادر باردار توسط ماما ❖ پیش بینی اقدامات فوری در مواجهه با مادران پرخطر براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ انجام بلافاصله مراقبت‌های لازم با رعایت اولویت ❖ داشتن کد فوریت‌های مامایی و تیم مربوطه مطابق آخرین دستورالعمل اداره سلامت مادران وزارت بهداشت <p>تیم دیده بان به کارکنان و واحدهایی اطلاع می‌شود که می‌توانند مادران پرخطر (نزدیک به مرگ) را شناسایی و گزارش نمایند. این تیم شامل فرد مسئول مادر، مسئول اتاق زایمان یا مسئول شیفت، مسئول اتاق عمل یا مسئول شیفت، مسئول بخش مراقبت‌های ویژه یا مسئول شیفت، مسئول بخش زایمان یا مسئول شیفت، مسئول تریاژ اورژانس/مامائی یا مسئول شیفت، سوپروایزر شیفت و مسئول آزمایشگاه یا مسئول شیفت مربوطه است. در همین راستا با صدور ابلاغ برای پزشک متخصص زنان/ ماما به عنوان مسئول مادران پرخطر توسط رئیس بیمارستان شناسایی و پیگیری مادران پرخطر توسط ایشان انجام شده و اطلاع رسانی مادر شناسایی شده در هر یک از واحدهای فوق به کارشناس مادر پرخطر در اسرع وقت انجام و سوپروایزر جهت تشکیل تیم فوریت‌های مامائی^۲ اقدام می‌نماید. تیم فوریت‌های مامائی شامل مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزر، دو نفر متخصص زنان (یا یک متخصص جراح عمومی)، متخصص بیهوشی، دو نفر مامای اتاق زایمان، کارشناس مادران پرخطر و برحسب مورد سایر گروه‌های تخصصی (داخلی، هماتولوژی، قلب، نفرولوژی و...) است. بیمارستان موظف است کد اختصاصی فوریت‌های مامائی و اعضای تیم مربوطه را به تمامی بخش‌ها ابلاغ کند تا در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیمار فراخوان شوند و مراقبت‌های فوری برحسب نیاز به مادر ارائه نمایند.</p> <p>طراحی فضای فیزیکی جداگانه برای تریاژ فقط در مراکز درمانی تک تخصصی زنان الزامی است و سایر مراکز درمانی که فضایی جداگانه برای تریاژ مامایی در اورژانس عمومی در نظر نگرفته اند، می‌بایست از فضای اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان استفاده نمایند. نیروی انسانی مستقر در واحد تریاژ مامایی باید دارای حداقل کارشناسی مامایی با سابقه حداقل ۲ سال کار بالینی باشد. گذراندن کارگاه تریاژ ESI، کارگاه مهارت‌های ارتباطی، کارگاه احیای پایه و پیشرفته بزرگسالان و نوزادان، کارگاه مراقبت‌های اولیه تروما، کارگاه اورژانس‌های مامایی، کارگاه مدیریت شوک توسط مامای تریاژ الزامی است.</p> <p>در صورتی که به علت ازدحام اورژانس مامایی، به ناچار برخی از مددجویان سطوح سه، چهار یا پنج در اتاق انتظار در نوبت ویزیت و یا ورود به بخش اورژانس/اتاق معاینه هستند، مامای واحد تریاژ موظف است تا زمانی که مددجویان در اتاق انتظار حضور دارند و قبل از ارجاع به بخش مورد نظر و ویزیت پزشک، در بازه‌های زمانی مشخص مددجویان را مجدد ویزیت نماید و با تریاژ مجدد^۳ و در صورت لزوم با تغییر سطح تریاژ مددجویان در انتظار، از بروز عواقب ناخواسته احتمالی برای ایشان پیشگیری نماید. تجهیزات واحد تریاژ براساس دستورالعمل ابلاغی به گونه‌ای پیش بینی شود که در کمتر از یک دقیقه در دسترس باشد. اقلام و تجهیزات مورد نیاز در واحد تریاژ مامایی مطابق با دستورالعمل تریاژ مامائی ابلاغی وزارت بهداشت تامین و آماده بکار باشند. همچنین ست پره اکلامپسی شامل امپول هیدرالازین، سولفات منیزیم ۲۰٪ و ۵۰٪ و امپول گلوکونات کلسیم، تهیه و در دسترس باشد و پکیج کنترل خونریزی شامل باکری بلون، مزوپروستول، پروستاگلندین F2α، مترژن، والو و... تهیه شود.</p> <p>ثبت اطلاعات مادران پرخطر در فرم تحت وب براساس دستورالعمل مربوطه، در سامانه ایمان قابل دسترسی است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ✍ براساس بند ۵ بخشنامه ۴۰۰/۳۰۴۹ مورخ ۹۰/۲/۱۹ (جداسازی مادران پرخطر و کم خطر) معاونت درمان و بهداشت وزارت متبوع ✍ آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان" ✍ دستورالعمل تریاژ مامایی ابلاغی با شماره ۴۰۰/۴۴۲ مورخ ۹۷/۱/۲۰ ✍ بخشنامه ۴۰۰/۳۰۴۹ مورخ ۹۰/۲/۱۹ ✍ بخشنامه حل مشکل پذیرش در رسیدگی سریع به مادران پرخطر، شماره ۴۰۰/۲۵۶۸ مورخ ۹۰/۲/۲۱ ✍ بخشنامه شماره ۴۰۰/۹۶۲ مورخ ۹۲/۲/۲ ✍ بخشنامه شماره ۴۰۰/۷۶۷۲ مورخ ۹۰/۳/۲۹ و کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها در عوارض شدید بارداری و زایمان، رویکرد مادران نزدیک به مرگ

¹ سامانه ایمان

² critical team management

³ Re-Triage



سطح یک	<p>ب-۴-۱-۲ * در زایمان‌های پرخطر، تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح بر اساس ضوابط مربوط در اتاق زایمان/ اتاق عمل حاضر شده و ارائه خدمت می‌نماید.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین مادران پرخطر ❖ حضور فعال تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح در شبانه روز اعم از روزهای تعطیل و غیر تعطیل برای زایمان‌های پرخطر اعم از موارد قابل پیش بینی و غیر قابل پیش بینی ❖ تشکیل و حضور تیم فوریت‌های مامائی در صورت درخواست متخصص زنان طبق بخشنامه کشوری با رهبری بالینی پزشک معالج ❖ در صورت اعلام کد مدیریت فوریت‌های مامائی، حضور اعضای تیم مربوطه مطابق آخرین دستورالعمل اداره سلامت مادران وزارت بهداشت بر بالین مادر ❖ آگاهی پزشکان/ دستیاران تخصصی از وجود فرایند مشاوره با استاد معین در صورت نیاز طبق دستورالعمل ابلاغی
	<p>ضرورت حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین مادران پرخطر بر اساس شیوه نامه ارتقای حضور متخصص زنان و زایمان ابلاغی وزارت بهداشت است. براساس شیوه نامه ابلاغی، مقیم بودن پزشک متخصص زنان در بیمارستان‌های دارای سه متخصص زنان و بیشتر الزامی است. در مراکز غیردولتی، خصوصی، خیریه و وابسته به ارگان‌ها، در صورت اورژانسی بودن وضعیت مادر و عدم حضور پزشک معالج، پزشک مقیم متخصص زنان موظف است ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را ویزیت نماید. در بیمارستان‌های کمتر از سه متخصص زنان، بایست فهرست آنکال اول و آنکال دوم تهیه شود. تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح شامل فوق تخصص، متخصص زنان و در بیمارستان‌های آموزشی، حداقل رزیدنت ارشد است. در خصوص تیم احیاء نوزاد بر اساس سنجه ب-۴-۳-۳ اقدام شود. مشاوره با استاد معین در صورت نیاز طبق دستورالعمل ابلاغی قابل استفاده است و اسامی اساتید معین بصورت ماهیانه از دانشگاه به مراکز اعلام می‌گردد. تا در صورت نیاز، مشاوره با آن‌ها انجام شود. همچنین در صورت نیاز به اعزام مادر به سطوح بالاتر، انجام اولین ویزیت توسط متخصص مربوطه الزامی است. در بیمارستان‌های آموزشی انجام مشاوره‌های تخصصی به ترتیب اولویت حضور توسط رده‌های آموزشی فوق تخصص، متخصص زنان و یا بالاترین رده دستیار حاضر زنان صورت پذیرد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شیوه نامه ارتقاء حضور متخصصین زنان شماره ۴۰۰/۱۴۲۶۴ مورخ ۹۱/۱۰/۲۶ ❖ بخشنامه شماره ۵۵۰/۱۸۹۴ مورخ ۹۱/۸/۷ با موضوع شیوه نامه استاد معین ❖ بخشنامه شماره ۴۰۰/۳۵۶۸ مورخ ۹۰/۲/۲۱ با موضوع پذیرش مادران پرخطر ❖ بخشنامه شماره ۴۰۰/۸۶۲ مورخ ۹۲/۲/۲ وزارت بهداشت، دستورالعمل طرح تحول سلامت در خصوص ماندگاری و مقیمی
سطح یک	<p>ب-۴-۱-۳ * مراقبت و پایش بارداری‌های پرخطر به صورت مستمر، ایمن و بر اساس ضوابط مربوط ارائه می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مراقبت و پایش بارداری‌های پرخطر به صورت مستمر در مراحل قبل، حین و پس از ختم بارداری بر اساس "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی" ❖ ویزیت حداقل روزانه متخصص زنان مقیم/ آنکال از مادر پرخطر و ثبت دستورات پزشکی در پرونده ❖ تحویل و تحول مادر پرخطر توسط پزشکان و کارکنان در تمام نوبت‌های کاری به هم رسته شغلی مربوط <p>جهت استمرار در مراقبت از مادر پرخطر براساس پروتکل مربوط به هر مورد اختصاصی در راهنمای ارائه خدمات مامائی عمل شود. تحویل و تحول مادران پرخطر در هر نوبت کاری توسط کارکنان و پزشکان متخصص زنان با حضور بر بالین بیمار به هم رسته خود انجام شود. در زمان تحویل، مادر توسط تحویل گیرنده بطور کامل معاینه و ارزیابی شده و نتیجه معاینات در پرونده ثبت شود. همچنین توصیه می‌شود مادران پرخطر در اتاقی مشرف به ایستگاه پرستاری و مجهز به فیتال مانیتورینگ، اکسیژن و ساکشن مستقر شوند و مراقبت‌های مامائی توسط مامای با سابقه بالاتر انجام شود.</p> <p>❖ آخرین راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی، ویرایش سوم، فصل مراقبت‌های ویژه زایمان، دستورالعمل پذیرش مادر باردار</p>
سطح	<p>ب-۴-۲ بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های مادران باردار اطمینان حاصل می‌نماید.</p>
سطح یک	<p>ب-۴-۱-۱ مراقبت‌های حمایتی از مادران باردار از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ آگاهی پرستاران تریاژ و پزشکان اورژانس بیمارستان به دستورالعمل پذیرش مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان ❖ انجام اولین ارزیابی مادر توسط پزشک متخصص زنان/ ماما در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان، بدلیل مشکلات بارداری/ غیربارداری ❖ ثبت نتیجه معاینات در فرم تریاژ، فرم شرح حال و برگ دستورات پزشک در پرونده بیمار ❖ مادران سطح ۴ و ۵ تریاژ، نتیجه معاینات در فرم تریاژ و سطوح ۱، ۲ و ۳ در فرم شرح حال و ثبت دستورات پزشک در پرونده ❖ پس از بررسی‌های اولیه موارد غیرمامائی به متخصص مربوطه ارجاع گردد. <p>اولین ارزیابی مادر در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان، در صورت مراجعه اورژانس/ غیر اورژانس (بدلیل مشکلات بارداری/ غیربارداری) بایستی توسط پزشک متخصص زنان/ ماما انجام شود. آگاهی و عملکرد مناسب بخش اورژانس ضرورت پایه این سنجه است. لذا لازم است دستورالعمل مربوط به پزشکان اورژانس بیمارستان‌های جنرال/ اورژانس بیمارستان‌های تک تخصصی زنان ابلاغ شود. مادران با شرایط مناسب از اورژانس عمومی به بلوک زایمان ارجاع شده و در صورت نامناسب بودن وضعیت مادر ماما/ متخصص زنان بایستی به اورژانس و بر بالین مادر فراخوان شود.</p> <p>❖ بخشنامه شماره ۴۰۰/۶۶۲۲ مورخ ۱۳۹۱/۵/۱۶ با موضوع پذیرش مادران باردار</p>



سطح دو	ب-۴-۲-۲ مراقبت‌های معمول مادران باردار بر اساس ضوابط مربوط ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود اتاق‌های LDR تک تختی برای زایمان طبیعی. با دسترسی کمتر از ۳ دقیقه از اتاق زایمان به اتاق عمل جراحی سزارین، برای انجام عمل‌های اورژانسی ❖ ارائه مراقبت‌های حین زایمان در هر اتاق LDR انحصاراً برای هر مادر، توسط یک ماما و با امکان حضور همراه ❖ ارائه مراقبت‌های معمول لیبر و زایمان در مراحل اول، دوم، سوم زایمان برای تمامی مادران باردار کم خطر و پرخطر طبق آخرین ویرایش راهنمای ارائه خدمات مامائی ❖ ارزیابی و پایش مستمر مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان برای تمام مادران باردار کم خطر و پرخطر براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ انتقال ایمن به بخش مربوط برحسب مراقبت مورد نیاز مادران ❖ تحویل و تحول مادران در لیبر، حین زایمان و پس از زایمان توسط پزشکان و کارکنان در تمام نوبت‌های کاری ❖ مراقبت از مادر در بخش پس از زایمان تا زمان ترخیص طبق دستورالعمل راهنمای کشوری خدمات مامائی ❖ ویزیت و معاینه مادران قبل از ترخیص حداقل توسط عامل زایمان یا پزشک متخصص زنان/ مامای کشیک و سپس صدور دستور ترخیص ❖ ترخیص مادران سزارین شده با معاینه پزشک متخصص زنان و خودداری از هرگونه دستور تلفنی ترخیص <p>به ازای ۴۰۰ زایمان سالیانه یک اتاق LDR با وجود تسهیلات همراه مادر پس از زایمان، شامل: صندلی تختخواب شو، تلفن، یخچال و ... برای ارائه حمایت‌های جسمی، روحی و روانی مادر با ارائه امکانات مورد نیاز مادران از جمله سرو غذا و میان وعده برای مادران بعد از زایمان شامل مادرانی که در ساعات شب زایمان می‌نمایند. رعایت ملاحظات هنگام بستری طبق راهنمای خدمات مامائی و ویرایش سوم. مراقبت‌های معمول شامل چک علائم حیاتی، ضربان قلب جنین، بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینات واژینال، چک انقباضات رحمی براساس راهنمای خدمات مامائی و ویرایش سوم است. آگاهی کارکنان از نحوه تکمیل فرم پارتوگراف و تکمیل پارتوگراف برای مادران باردار در لیبر در فاز فعال زایمانی توسط ماما/ پزشک طبق راهنمای ابلاغی ضروری بوده و پایش دو ساعت اول پس از زایمان تا زمان ترخیص شامل چک علائم حیاتی، خونریزی و وضعیت انقباض رحمی در ساعت اول هر ربع ساعت، ساعت دوم هر نیم ساعت، ساعت سوم هر یک ساعت تا ۴ ساعت و سپس هر ۶ ساعت تا زمان ترخیص الزامی است. مراقبت از مادر در بخش، پس از زایمان شامل ارزیابی خونریزی و محل برش اپی زیاتومی، خروج از تخت به محض مناسب شدن حال مادر، تغذیه، اطمینان از تخلیه مثانه، توجه به علائم خطر مادر است.</p> <p>❖ دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت نامه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷</p> <p>❖ آخرین ویرایش کتاب راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی، استفاده از فرم پارتوگراف طی نامه شماره ۴۰۰/۱۵۹۵۰ مورخ ۱۳۹۰/۶/۲</p> <p>❖ استاندارد بلوک زایمان به شماره ۴۰۰/۱۵۸۷ مورخ ۸۹/۹/۲۱</p>
سطح دو	ب-۴-۲-۳ مدیریت درد مادران باردار بر اساس ضوابط مربوط انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ دسترسی کارکنان بلوک زایمان به فایل الکترونیک/ کاغذی آخرین ویرایش راهنمای روش‌های بی‌دردی/ کاهش درد ابلاغی از وزارت بهداشت ❖ آگاهی کارکنان بلوک زایمان به مزایا و معایب روش‌های بی‌دردی/ کاهش درد و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارائه توضیحات لازم به مادر درخصوص محاسن و معایب روش‌های دارویی بی‌دردی و غیر دارویی کم‌دردی توسط ماما/ پزشک ❖ امکان استفاده از روش‌های کاهش درد/ بی‌دردی و حضور همراه بنا به درخواست مادر ❖ بکارگیری حداقل یکی از روش‌های معتبر و مورد تایید وزارت بهداشت برای بی‌دردی/ کاهش درد براساس تمایل مادر توسط ماما/ پزشک <p>انتخاب زایمان بی‌درد داوطلبانه است. بی‌دردی دارویی با حضور، دستور و ویزیت متخصص بیهوشی انجام می‌شود و انتخاب روش بی‌دردی دارویی مناسب، توسط متخصص بیهوشی و با نظر بیمار انجام می‌شود. رعایت کنتر اندیکاسیون‌های مطلق بی‌دردی دارویی و توجه به شرایط لازم برای زایمان بی‌درد طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. روش‌های بی‌دردی دارویی شامل <i>epidural, spinal, entonex, CSEA</i> و درمان‌های کمکی بی‌دردی با داروهای وریدی است. روش‌های کم‌دردی غیردارویی شامل تن آرامی^۳، آروماتوتراپی، ورزش‌ها، انواع تنفس و زایمان در آب (آب درمانی) است.</p> <p>❖ راهنمای کشوری زایمان بی‌درد- روش‌های دارویی بی‌دردی ابلاغی اداره سلامت مادران و کمیته کشوری سلامت مادران سال ۱۳۹۴</p> <p>❖ آخرین ویرایش کتاب راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی</p> <p>❖ دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت نامه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷</p>

¹ Labor.Delivery, Recovery

² Combined Spinal-Epidural Analgesia

³ relaxation



سطح دو	ب-۴-۲-۴ اثربخشی مراقبت‌های مادر و نوزاد با استفاده از ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان ارزیابی و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ دسترسی ارائه دهندگان خدمات زایمان، به ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان ❖ آگاهی ارائه دهندگان خدمات زایمان از محتوای ابزار بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان ❖ ارزیابی اثربخشی مراقبت‌های مادر و نوزاد با استفاده از ابزار مربوط در فواصل زمانی معین توسط ماما مسئول ❖ تکمیل فرم مربوط طبق دستورالعمل ابلاغی و انجام اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت نیاز 	
<p>ابزار ارزیابی اثربخشی مراقبت‌های مادر و نوزاد شامل چک لیستی است که آخرین وضعیت نیروی انسانی، ساختار فضا، منابع انسانی، تجهیزات و کیفیت فرایندهای مامائی را در بلوک زایمان ارزیابی و تعیین می‌نماید. بنا به تصمیم کمیته زایمان ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر، در فواصل زمانی مشخص مسئول بلوک زایمان، پایش با استفاده از ابزار را انجام و نتیجه را در کمیته‌های مربوطه ارائه نموده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود برنامه‌ریزی و اجرا شود. ارزیابی اثربخشی مراقبت‌های مادر و نوزاد با استفاده از ابزار مربوط در فواصل زمانی معین توسط ماما مسئول چک لیست ابلاغی از وزارت بهداشت به صورت فایل الکترونیک انجام می‌شود.</p> <p>❖ آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"</p> <p>❖ ابزار بررسی کیفیت خدمات در بخش زایمان</p> <p>❖ نامه شماره ۴۰۰/۱۳۲۰۶ مورخ ۹۲/۱۰/۱۸ و آخرین ابزار ابلاغی پایش مراقبت‌های نوزادان</p>	
سطح	ب-۴-۳ بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های نوزادان اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۴-۳-۱ * شناسایی نوزادان بر اساس ضوابط مربوط انجام می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ استفاده از مچ بند شناسایی مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر ❖ ثبت مشخصات مربوط به نوزاد پس از زایمان بر مچ بند نوزاد، پس از شناسایی فعال ❖ نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر ❖ نصب مچ بند به دست و پای نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان/ اتاق عمل ❖ انجام هر گونه اقدام مراقبتی و تحویل و تحول پس از شناسایی صحیح و فعال نوزاد ❖ انتقال ایمن و هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان 	
<p>در بدو پذیرش مادر در بیمارستان، شماره پرونده مادر به صورت کد شناسایی بر روی دو مچ بند یکی مخصوص مادر و دیگری مخصوص نوزاد ثبت و نصب پرونده گردد. هنگام تولد نوزاد مشخصات شامل نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ و ساعت تولد، جنس نوزاد در کنار کد شناسایی نوزاد که روی مچ بند نصب شده در پرونده مادر نوشته شود. مچ بند استاندارد ترجیحاً "روی مچ پای نوزاد نصب باشد. اما مچ بند را می‌توان روی مچ دست یا پای نوزاد در محلی که ایجاد حساسیت نکند و به راحتی نیز باز نشود بست. مچ بند مادر را که هنگام پذیرش در بیمارستان نصب پرونده است تکمیل و جنس نوزاد تاریخ و ساعت تولد نوزاد نوشته شده و روی مچ دست مادر نصب شود. اخذ اثر کف پای نوزاد بلافاصله بر روی فرم مربوطه انجام شود. در نوزاد نیازمند احیاء، عملیات احیاء بر نصب مچ بند شناسایی و ثبت اثر کف پای نوزاد ارجح است. در صورتی که نوزاد دو قلو یا چند قلو است، بر روی دست‌بند شناسایی نوع قل مشخص شود. در هنگام انجام اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل به خانواده، به دست‌بند شناسایی توجه شود.</p>	
<p>انتقال ایمن نوزاد به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد، پس از بررسی فرایندهای انجام شده در بلوک زایمان، ثبت و امضاء فرم مربوطه، قرار دادن مادر روی برانکارد و یا صندلی چرخ دار، در صورت پایدار بودن وضعیت مادر، به گونه‌ای که شرایط مادر اجازه دهد، انجام می‌شود. قرار دادن نوزاد در آغوش مادر، انتقال همزمان مادر و نوزاد در آرامش و دقت کامل، تحویل مادر و نوزاد به بخش، پس از شناسایی فعال و امضاء فرم مخصوص توسط عامل مراقبت از نوزاد و مامای بخش انجام می‌شود. در صورت نامناسب بودن وضعیت مادر، از انتقال نوزاد در آغوش مادر خودداری و در کات شفاف، سالم و قابل شستشو یا انکوباتور سیار منتقل می‌شود.</p>	
<p>❖ دستورالعمل به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۱۳۹۰/۸/۹</p> <p>❖ آخرین ویرایش بسته خدمتی مراقبت نوزاد سالم راهنماهای ایمنی بیمار طی لوح فشرده، دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار، مرداد ۱۳۹۲</p> <p>❖ دستورالعمل به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۱۳۹۰/۸/۹ و آخرین ویرایش بسته خدمتی مراقبت نوزاد سالم راهنماهای ایمنی بیمار طی لوح فشرده</p> <p>❖ دستورالعمل شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت با موضوع راهنماهای ایمنی بیمار</p>	



سطح یک	ب-۴-۳-۲ مراقبت نوزادان بر اساس ضوابط مربوط در مراحل زایمان برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارائه مراقبت قبل از تولد نوزاد براساس بسته خدمتی نوزاد سالم و ثبت در پرونده ❖ ارائه مراقبت حین تولد براساس بسته خدمتی نوزاد سالم و ثبت در پرونده ❖ ارزیابی و پایش مستمر نوزاد تا ۲ ساعت پس از زایمان براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ انتقال ایمن به بخش مربوط، بر حسب مراقبت مورد نیاز ❖ ارائه مراقبت بعد از تولد تا زمان ترخیص براساس بسته خدمتی نوزاد سالم و ثبت در پرونده
	<p>بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم بایستی در دسترس ارایه دهندگان خدمات زایمان قرار گرفته و کارکنان مرتبط از محتوای آن آگاهی داشته و مطابق آن عمل نمایند. در هر زایمان بایستی علاوه بر عامل زایمان حداقل یک نفر کارشناس مامایی به عنوان مسئول انحصاری مراقبت از نوزاد و دارای گواهی احیای پایه نوزاد حضور داشته باشد.</p> <p>➤ مراقبت قبل از تولد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. آمادگی اتاق زایمان ۲. بررسی سن بارداری از روی ارتفاع رحم، سونوگرافی و <i>Imp</i> ۳. بررسی بیماری مادر که تهدید کننده سلامت نوزاد است از طریق اخذ شرح حال و بررسی پرونده ۴. بررسی ناهنجاری جنین، حجم مایع آمنیوتیک، وضعیت جفت و جنین و تخمین وزن از طریق سونوگرافی ۵. بررسی وضعیت سلامت جنین بر اساس الگوی ضربان قلب، بیوفیزیکال پروفایل و آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکونیوم <p>➤ مراقبت حین تولد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. پیشگیری از هیپوترمی ۲. ارزیابی نیاز نوزاد به احیاء ۳. تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد ۴. کلامپ تاخیری بند ناف بین ۱ تا ۳ دقیقه پس از تولد ۵. معاینه نوزاد و تماس پوست با پوست، تغذیه نوزاد با شیر مادر ۶. کنترل علائم حیاتی شامل: ضربان قلب، تنفس و دمای بدن نوزاد ۷. انجام اولین ارزیابی نوزاد <p>➤ پایش مستمر تا دو ساعت پس از زایمان</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. چک ضربان قلب، تنفس و دمای نوزاد هر نیم ساعت تا دو ساعت ۲. توجه به بندناف ۳. انجام شیردهی <p>➤ مراقبت پس از تولد تا زمان ترخیص بر اساس فرایندهای مندرج در بسته خدمتی نوزاد سالم</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ارزیابی معمول نوزاد ۲. تحمل تغذیه ۳. دفع مدفوع و ادرار ۴. ایمن سازی (انجام واکسیناسیون هپاتیت، ب، ث ژ و دادن قطره فلج قبل از خروج از بیمارستان) و تزریق ویتامین <i>K</i> ۵. مراقبت از بند ناف ۶. مراقبت از پوست نوزاد ۷. مراقبت از چشم ۸. برقراری ارتباط عاطفی نوزاد و والدین ۹. آموزش شیردهی و پوشاک نوزاد <p>📄 بخشنامه ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۹۰/۸/۹</p> <p>📄 دستور العمل مراقبت از نوزاد سالم داخل بیمارستانی به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۱۳۹۰/۸/۹</p> <p>📄 آخرین ویرایش بسته خدمتی نوزاد سالم</p>



سطح یک	<p>ب-۳-۴-۳ * احیاء نوزادان بر اساس ضوابط مربوط در مراحل زایمان برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی نوزاد و تعیین نیاز فوری وی به احیاء مطابق با آخرین الگوریتم ابلاغ شده احیاء نوزاد ❖ شروع احیاء پایه و گام‌های نخستین احیاء نوزاد توسط عامل مراقب نوزاد و ارزیابی مجدد ❖ شروع تهویه با فشار مثبت در صورت عدم پاسخ به اقدامات فوق ❖ فراخوان اعضای تیم احیاء پیشرفته در صورت نیاز
	<p>۱- در ارزیابی اولیه، تمامی نوزادان بلافاصله پس از تولد ۴ مورد بررسی می‌شود</p> <p>۲- ترم بودن نوزاد</p> <p>۳- وضعیت مایع آمنیوتیک</p> <p>۴- تنفس نوزاد</p> <p>۵- تون عضلانی نوزاد</p> <p>تیم احیاء نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با مشارکت از کارکنان و پزشکان همان بخش با حضور سوپروایزر شیفت است. البته پیش شرط این برنامه داشتن گواهی احیاء پیشرفته نوزاد است.</p> <p>۶- دستورالعمل آخرین الگوریتم و بسته خدمتی احیاء نوزادان</p> <p>۷- اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت بهار ۱۳۹۳</p> <p>۸- ابلاغیه احیاء نوزاد با شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۱۳۸۹/۶/۷</p>
سطح یک	<p>ب-۴-۳-۴ * در اتاق زایمان/ اتاق عمل امکانات و حضور افراد ذیصلاح برای احیاء نوزادان برنامه‌ریزی و تامین می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ حضور فوری پزشکان ذیصلاح با اولویت پزشک فوق تخصص نوزادان/ حداقل متخصص اطفال دارای گواهی احیاء پیشرفته نوزاد، در اتاق زایمان/ اتاق عمل ❖ حضور حداقل یک پزشک دارای گواهی احیاء پیشرفته نوزاد در تمام نوبت‌های کاری بلوک زایمان در تمامی ساعات شبانه روز و روزهای هفته در بیمارستان ❖ حضور دایم حداقل یک فرد ذیصلاح و ترجیحاً ماما دارای گواهی احیاء پیشرفته نوزاد، بر اساس بسته خدمتی احیاء نوزاد در بیمارستان ❖ تهیه و چینش ترالی احیاء نوزادان در اتاق زایمان/ اتاق عمل طبق دستورالعمل کشوری و دسترسی سریع به ترالی احیاء نوزاد ❖ سازمان دهی تیم احیاء متشکل از حداقل یک فوق تخصص/متخصص کودکان/ پزشک/ فرد ذیصلاح و مامای مراقب نوزاد
	<p>حضور پزشک فوق تخصص نوزادان اولویت اول رهبری بالینی احیاء نوزادان است و در صورت حضور او در بیمارستان حضور فرد جانشین مغایر معیارهای کیفیت است. اما در صورت عدم دسترسی به پزشک فوق تخصص نوزادان، حداقل متخصص اطفال دارای گواهی احیاء پیشرفته نوزاد بایستی در اتاق زایمان/ اتاق عمل حاضر شود. حضور یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیاء پایه نوزاد در هر زایمان الزامی است. همچنین حضور حداقل یک کارشناس مراقب نوزاد و ترجیحاً ماما در اتاق عمل سزارین دارای گواهی احیاء پایه نوزاد حضور فرد یا افرادی که دارای گواهی احیاء پیشرفته نوزاد هستند، در هنگام زایمان در بیمارستان الزامی است.</p> <p>برای عملیات احیاء پیشرفته با سن بارداری کمتر از ۲۸ هفته بایستی پیش از وقوع زایمان پزشک فوق تخصص نوزادان یا پزشک متخصص کودکان دارای گواهی احیاء پیشرفته نوزاد به همراه یک پرستار مراقبت ویژه نوزادان / ماما به اتاق زایمان فراخوانده شوند برای عملیات احیاء نوزاد در بارداری پرخطر با سن بارداری بیش از ۲۸ هفته از ۱۵ دقیقه پیش از زایمان پزشک واجد گواهی احیاء پیشرفته (فوق تخصص نوزادان یا متخصص کودکان دوره دیده یا جانشین‌های وی) فراخوانده شوند و در محل زایمان حضور داشته باشند برنامه شیفت همکاری پزشکان واجد گواهی احیاء پیشرفته نوزاد در بلوک زایمان و حضور پزشک متخصص اطفال در زایمان‌های پرخطر و زایمان‌هایی که نیاز به عملیات احیاء نوزاد پیش بینی می‌شود در بلوک زایمان/ اتاق عمل ضروری است. حضور پزشکان طبق برنامه در بیمارستان کافی است و نیازی به حضور دائم در بخش زایمان، بجز موارد اعلام کد احیاء نوزادان نیست. همچنین لازم است از قبل فهرست و شیفت متخصصین اطفال واجد گواهینامه احیاء پیشرفته نوزاد در بلوک زایمان/ اتاق عمل (بیماران سزارینی) موجود باشد و در مواردی که زایمان دارای عوامل خطر بارداری است و همچنین زایمان‌هایی که احتمال تولد نوزاد نیازمند احیاء هست، قبل از تولد نوزاد، پزشک اطفال کشیک توسط ماما/پزشک زنان فراخوان شده، بر بالین مادر حاضر شوند. اقدامات مورد نیاز برای نوزاد انجام و در پرونده مادر/ نوزاد ثبت می‌شود.</p> <p>امکانات و تجهیزات مورد نیاز برای انجام عملیات احیاء پیشرفته نوزاد در اتاق زایمان و اتاق عمل سزارین و یا در صورت وجود اتاق احیاء نوزاد به صورت مجزا، در فاصله ۲۰- ۱۵ متری اتاق زایمان و اتاق عمل سزارین و با مدت زمان انتقال نوزاد به اتاق مزبور زیر ۱۵ ثانیه فراهم باشد.</p> <p>❖ دستورالعمل بسته خدمتی احیاء نوزادان ابلاغی اداره نوزادان وزارت بهداشت درمان</p> <p>❖ اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، بهار ۱۳۹۳</p> <p>❖ ابلاغیه احیاء نوزاد با شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۱۳۸۹/۶/۷</p>



سطح دو	ب-۴-۳-۵ استمرار ارتباط مادر و نوزاد برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ برقراری تماس "پوست با پوست" مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و استمرار آن تا ۶۰ دقیقه یا بیشتر (پایان اولین تغذیه با شیر مادر) بدون جدایی * ❖ انتقال و ترخیص مادران و نوزادان به صورت همزمان در زایمان طبیعی/سزارین، در صورت سلامت آن‌ها و دستور پزشک ❖ فراهم بودن امکان برقراری هم آغوشی مادر و نوزاد (KMC) در بخش NICU و نوزادان ❖ طراحی برنامه تجویز دارو، آزمایشات و اعمال جراحی به گونه‌ای که در تغذیه با شیر مادر اختلال ایجاد نکرده است در تمامی بخش‌ها <p>کارکنان مرتبط با زایمان بایستی از چگونگی و اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع شیر مادر در ساعت اول آگاهی داشته باشند. اهمیت برقراری تماس پوست با پوست حداقل شامل تداوم شیردهی، تحکیم روابط عاطفی مادر و نوزاد، پیشگیری از هیپوترمی، کنترل ضربان قلب و تنفس، کاهش گریه و بی‌قراری است. برقراری تماس پوست با پوست شامل قرار دادن نوزاد بدون هرگونه پوشش به صورت مایل و دمر بر روی قفسه سینه مادر و بین پستان‌هایش، سر نوزاد نزدیک پستان طرف مقابل، دهان نوزاد در تماس با نوک پستان، چشمان نوزاد در سطح نوک پستان مادر است. در صورت لزوم استفاده از وارمر با فاصله مناسب از مادر و نوزاد و بالای تنه مادر قرار گیرد. مادر و نوزاد بوسیله پتوی گرم و نرم پوشانده شوند. در موارد زایمان سزارین با بی‌حسی ناحیه‌ای و سزارین با بیهوشی عمومی پس از تولد نوزاد و پس از ساکشن دهان و بینی، قطع بندناف، خشک کردن نوزاد، ارزیابی سلامت نوزاد، بررسی نیاز به احیاء، پوشاندن کلاه و پوشک، پوشاندن مادر و نوزاد با هم در یک پتو در حین ادامه عمل جراحی، برقراری تماس پوستی به صورتی که نوزاد زیر بغل یا شانه مادر، قفسه سینه نوزاد در تماس با زیر بغل و قفسه سینه مادر و دهان نوزاد در تماس با نوک پستان مادر باشد و حتی امکان برقراری تماس چشم در چشم مادر و نوزاد انجام شود. یا نوزاد بدون هرگونه پوشش و به صورت دمر بر روی قفسه سینه مادر و سر نوزاد نزدیک پستان‌های مادر قرار گیرد. در صورتی که تماس پوست با پوست مادر و نوزاد مقدور نباشد، انتقال همزمان مادر و نوزاد انجام شود دلایل عدم تماس پوستی، در پرونده ثبت شود. مراقبت‌هایی مانند تزریق ویتامین K، واکسن، گرفتن اثر کف پا، مراقبت چشم، توزین و سایر اقدامات غیر فوری باید بعد از اتمام اولین تغذیه با شیر مادر یا پس از ساعت اول تولد و بر بالین مادر انجام شود. استحمام نوزاد پس از ۶ ساعت اول تولد ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول انجام شود. دمای اتاق زایمان ۲۶-۲۵ درجه و بدون کوران، با نور ملایم و محیط آرام در اطراف مادر باشد. به مادر لباس جلو باز (گان مناسب) پوشانده شود. همچنین لازم است به هر مادر از آغاز لیبر تا پایان ساعت اول زایمان، یک ماما اختصاص داده شود. همچنین ایجاد یک برنامه آموزشی مناسب برای افزایش دانش و مهارت همه ارائه دهندگان مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، به طوری که در همه بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت از نوزاد با توجه به محتوی آموزشی مندرج در بسته خدمتی به اجرا در آید و بیمارستان بایستی مکان مناسب برای اقامت ۲۴ ساعته مادر و امکانات مورد نیاز برای انجام این مراقبت را در بخش‌های بستری فراهم نماید.</p> <ul style="list-style-type: none"> 📖 دستورالعمل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع شیر مادر در ساعت اول 📖 آخرین نسخه بسته خدمتی مراقبت‌های نوزاد سالم، دستورالعمل برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر 📖 دستور العمل مراقبت از نوزاد سالم داخل بیمارستانی به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۱۳۹۰/۸/۹ 📖 دستور العمل KMC مراقبت آغوشی مادر و نوزاد و بسته خدمتی پیوست به شماره ۱۰۰/۴۳۹ مورخ ۱۳۹۱/۴/۴ 📖 ابلاغ شماره ۳۰۲/۲۰۶۳۵ مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۱۴ با موضوع حضور مادران در بخش‌های بستری نوزادان
سطح دو	ب-۴-۳-۶ تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر برای نوزادان بستری فراهم است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم برای مادران در بخش زنان و زایمان ❖ استفاده از تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر برای مادرانی دارای نوزاد و شیرخوار زیر دو سال بستری در بیمارستان ❖ وجود و امکان استفاده از شیردوش برقی، وسایل نگهداری و خورانش شیر دوشیده شده و وسایل استریل کردن ظروف مربوطه ❖ تغذیه مناسب شیرخوار از شیر مادر و تکمیل فرم مشاهده شیردهی در بخش پس از زایمان، توسط ماما ❖ اثربخشی تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر در ترویج تغذیه با شیر مادر <p>اتاق شیردهی و امکانات شیردهی در اتاقی نزدیک به بخش مراقبت ویژه نوزادان پیش بینی شود و علاوه بر شیردوش برقی، ظروف نگهداری شیر در اندازه‌های مختلف، یخچال جهت نگهداری شیر و دستورالعمل شستشو و ضدعفونی وسایل موجود باشد. همچنین امکانات استراحت مادر شامل تخت، یخچال، دسترسی به حمام و سرویس بهداشتی، دسترسی به غذا و مایعات، دسترسی به مراقبت درمانی در صورت نیاز، دسترسی به صندلی راحتی زیر پایی، امکان ملاقات پدر و دسترسی به تلفن فراهم گردد و کلاس‌های آموزش شیردهی به گونه‌ای طراحی شود که امکان حضور پدر در جلسه آموزش شیردهی میسر باشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> 📖 دستورالعمل برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر، دستور العمل مراقبت از نوزاد سالم داخل بیمارستانی به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۱۳۹۰/۸/۹ 📖 آخرین ویرایش بسته خدمتی مراقبت نوزاد سالم 📖 دستور العمل سطح بندی خدمات مراقبت مادر و نوزاد شماره ۱۵۹۵۳۰ مورخ ۱۳۸۹/۴/۲۹ 📖 استانداردهای بخش مراقبت ویژه نوزادان (اتاق شیردهی و امکانات مورد نیاز) بیمارستان ایمن، جلد هفتم



سطح	ب-۴-۴ بیمارستان از آموزش به مادران در خصوص مراقبت از خود و نوزادش اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	ب-۴-۴-۱ آموزش لازم در زمینه فرآیند زایمان طبیعی به مادران ارائه می‌شود و مادران در خصوص نقش مشارکتی خود آگاهی دارند.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارائه توضیحات و آموزش شفاهی به زبان ساده و قابل فهم در زمینه نحوه زایمان، روش‌های کاهش درد/بی‌دردی زایمان، روند پیشرفت زایمان و مراقبت‌های نوزاد ❖ ارائه توضیحات و آموزش شفاهی به زبان ساده و قابل فهم در زمینه اهمیت و چگونگی برقراری تماس پوست با پوست مادر با نوزاد بلافاصله پس از تولد ❖ آگاهی مادر از توضیحات ارائه شده در طول لیبر، زایمان و پس از زایمان تا زمان ترخیص ❖ بهبود مشارکت مادران در تمامی مراحل زایمان طبیعی بر اساس آموزش‌های ارائه شده ❖ ارائه آموزش در زمینه اهمیت شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد (آغوز) و تداوم شیردهی، مزایای شیر مادر، مشکلات شیردهی، منافع تغذیه با شیر مادر ❖ اثربخشی آموزش‌های ارائه شده و پایبندی و باور مادران در خصوص اهمیت تغذیه با شیر مادر 	
<p>➤ ده توصیه مهم برای دستیابی به آموزش اثربخش و یادگیری/تغییر رفتار مادران</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱۱. آموزش‌ها در موقعیت مناسب و با اختصاص زمان کافی و بدون تبادر احساس تعجیل به مادر ارائه شود. ۱۲. هرگونه موانع ارتباطی محیطی یا شخصی مادر از جمله درد، ترس، ازدحام، سر و صدا، ناتوانی‌ها / ویژگی‌های خاص بیمار قبل از آموزش کنترل و حذف شوند. ۱۳. شیوه‌ها و تدابیر آموزشی متناسب با هر مخاطب/مادر / همراه طراحی و اجرا شود. ۱۴. از جملات گویا، شفاف، قابل فهم و متناسب و درخور هر مخاطب استفاده شود. ۱۵. در فرآیند آموزش هرگز از واژه‌های تخصصی در آموزش مادر استفاده نشود. ۱۶. از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام که گاهی با چاشنی طنز محترمانه می‌تواند در تقویت ارتباط با مادر کمک کند، استفاده شود. ۱۷. ضمن پایبندی به محتوای علمی آموزش از جملات کلیشه‌ای/تکراری و از پیش تعیین شده (بیان طوطی واری) استفاده نشود. ۱۸. از مهارت‌های برقراری ارتباط موثر مانند ایجاد همدلی، مثبت‌گرایی، مثبت‌اندیشی، امیدبخشی و حمایت از مادر در حین ارائه محتوای آموزش استفاده شود. ۱۹. ارتباط انسانی با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، مبنای ارتباط موثر و تاثیر گذاری بر مادر است. ۲۰. قبل از ترک بالین از فراگیری دانشی، مهارتی و نگرشی مادر اطمینان حاصل شود و در صورت نیاز جمع‌بندی نهایی آموزش مجدداً تکرار شود. <p>ارائه آموزش و اطلاعات در خصوص اهمیت شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد (آغوز) و تداوم شیردهی، مزایای شیر مادر، مشکلات شیردهی، منافع تغذیه با شیر مادر به مادر باردار و همراهان وی توسط ماما/پزشک در زمان پذیرش و حین بستری در لیبر و پس از زایمان، در هر ملاقات و حداقل یک نوبت در کلاس آموزشی لازم است. توزیع پمفلت/نشریه آموزشی برای مادران با موضوع مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان با روشی مشخص برای تمامی مادران باردار بسیار کمک‌کننده است. برای ارائه هر چه بهتر آموزش‌ها به مادران توصیه می‌شود پرونده مراقبتی مادر در طول بارداری در بدو پذیرش دریافت و بررسی شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> 📖 دست‌والعمل فرایندهای مراقبت‌های نوزادی قبل و هنگام تولد و پس از تولد بر اساس ابلاغیه مراقبت نوزاد سالم داخل بیمارستانی 📖 بسته خدمتی پیوست فرایندهای مربوط به شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ موزخ ۱۳۹۰/۸/۹ 📖 دستورالعمل برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد چاپ ۱۳۹۶ 📖 تسهیل چالش‌های تغذیه با شیر مادر برای نوزادان اواخر نارس ۱۳۹۶ 	



سطح دو	ب-۴-۲ در زمان ترخیص، آموزش مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان، به صورت شفاهی به زبان قابل درک به مادر و همراه، ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین مفاد آموزشی بر اساس مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان براساس دستورالعمل کشوری با محوریت رئیس بخش و ماما مسئول ❖ آگاهی کارکنان از محتوای آموزش مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان ❖ ارائه آموزش و توضیحات مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان به زبان ساده و قابل فهم ❖ آگاهی مادر و همراه از توضیحات ارائه شده و یادگیری مبانی مهم مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان ❖ پاسخ به تمامی سوالات مادر/ همراه در زمینه مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان و تحویل یک نسخه خوانا از آموزش‌های ارائه شده به مادر/همراه وی
	<p>ارائه آموزش و توضیحات مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان به زبان ساده و قابل فهم براساس دستورالعمل کشوری درخصوص علایم خطر مادر و نوزاد، بهداشت فردی، میزان فعالیت، تغذیه، نحوه مراقبت از محل اپیزیوتومی و برش سزارین، مراقبت از نوزاد و شیردهی، مراجعه بعدی به مادران پس از زایمان توسط پزشک/ ماما و ثبت در پرونده بیمارارن صورت می‌پذیرد. مفاد آموزشی مراقبت مادر شامل اصول بهداشت فردی، علائم هشدار در مادر، فعالیت، مراقبت از بخیه‌ها در زایمان و سزارین، مراقبت از سینه مادر، مصرف دارو و مراجعه بعدی است مفاد آموزشی مراقبت نوزاد شامل علائم هشدار در نوزاد، حفظ دمای بدن نوزاد، پوشاک نوزاد، حمام نوزاد، مراقبت از بندناف، تغذیه و شیردهی نوزاد، تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی، غربالگری ۳ تا ۵ روزگی هیپوتیروئیدی، فنیل کتون یوری و فاویسم در مراکز خدمات جامع سلامت و نزدیکترین محل ارجاع، ادامه واکسیناسیون، الگوی خواب، حفظ و ایمنی نوزاد، مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، آشنایی با مشکلات شایع دوره نوزادی نظیر بادگلو، بالا آوردن، گریه و بی قراری، زردی، مراقبت‌های بهداشتی نظیر طرز تعویض پوشک، کوتاه کردن ناخن، رشد و تکامل نوزاد در ماه اول و علائم هشدار دهنده تاخیر تکامل عصبی در ماه اول، ختنه در نوزاد پسر و مراجعه به متخصص اطفال در ۴۸ ساعت بعد از ترخیص است.</p> <p>آموزش مادران و همراهان به زبان ساده برای شناخت مزایای شیر مادر، علائم زودرس گرسنگی، دفعات تغذیه با شیر مادر، وضعیت صحیح بغل کردن، پستان گرفتن مناسب، تغذیه با آغوز، عدم استفاده از پستانک و بطری، تماس پوست با پوست است. یک نسخه مکتوب از آموزش‌های ارائه شده، تحویل مادر و تصویر آن به امضای مادر و پزشک/ ماما رسیده و در پرونده وی نگهداری می‌شود. ارائه مفلت آموزشی درخصوص مطالب ارائه شده به مادر برای تداوم یادگیری بسیار کمک کننده است.</p> <p>❖ آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان و آخرین نسخه بسته خدمتی مراقبت‌های نوزاد سالم (شماره ۱۰۰/۱۱۳۰ مورخ ۱۳۹۰/۸/۹)</p> <p>❖ محتوای‌های آموزشی مورد تایید اداره سلامت نوزاد</p> <p>❖ تسهیل چالش‌های تغذیه با شیر مادر برای نوزادان اواخر نارس ۱۳۹۶</p> <p>❖ راهنمای تغذیه با شیر مادر برای پزشکان ۱۳۹۷ (آموزش ۳۶ ساعته/ ۲۰ ساعته)</p> <p>❖ مجموعه آموزشی ترویج تغذیه با شیر مادر ۱۳۸۸</p> <p>❖ مجموعه سی دی آموزشی نسلی سالم با شیر مادر ۱۳۹۶ (برای مادران)</p>
سطح سه	ب-۴-۳ پس از ترخیص میزان رعایت برنامه‌های خود مراقبتی مادر و نوزاد و مراجعه بعدی توسط بیمارستان پیگیری می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین فرد ذیصلاح ماما جهت پیگیری وضعیت مادر و نوزاد پس از ترخیص ❖ پیگیری میزان رعایت برنامه‌های خود مراقبتی مادران و مراجعه بعدی آن‌ها پس از ترخیص در بازه‌های زمانی تعیین شده از سوی کمیته زایمان ایمن ❖ پیگیری وضعیت نوزاد پس از ترخیص از مادر او در بازه‌های زمانی تعیین شده از سوی کمیته زایمان ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر ❖ ثبت پیگیری‌های انجام شده و راهنمایی‌ها و اقدامات صورت پذیرفته در سوابق مادران باردار
	<p>برنامه خودمراقبتی پس از زایمان مادر حداقل شامل خونریزی پس از زایمان، تب، مراقبت از بخیه‌ها، درد پس از زایمان، درد پستان^۱، یبوست، درد و گرفتگی پا، افسردگی پس از زایمان، سلامت جنسی و سایر توصیه‌هاست. پیگیری مراقبت نوزاد حداقل شامل روند مراجعه به متخصص اطفال، علائم هشدار نوزاد، غربالگری هیپوتیروئیدی، فنیل کتون یوری و فاویسم در ۳ تا ۵ روزگی، ادامه واکسیناسیون، مراقبت از بند ناف، تداوم شیردهی و درصورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی مرتبط است. پیگیری نوزادان در معرض خطر رتینوپاتی ترخیص شده از بخش مراقبت‌های ویژه طبق دستورالعمل انجام شود. نوزادان در معرض خطر مشکلات شبکیه در نوزادان زودرس^۲ عبارت است از تشخیص اسفیکسی هنگام تولد، شیرخواری که وضعیت بی‌ثبات شدید یا مستمر و تظاهراتی مانند هیپوکسی طولانی، اسیدوز شدید، هیپوگلیسمی یا هیپوتانسیون جدی نیازمند به داروهای آازوپرسور دارد. همچنین نیاز به حمایت قلبی-تنفسی، نیاز به تجویز داروهای افزایش فشارخون، خونریزی داخل بطنی، نیاز به تجویز خون/ گلبول‌های قرمز متراکم/ تعویض خون، دریافت اکسیژن به مدت بیش از ۴۸ ساعت، بیماری مزمن ربوی، حملات مکرر آپنه و سایر مشکلاتی که از نظر متخصص کودکان/ فوق تخصص نوزادان بیمار را در معرض خطر مشکلات شبکیه در نوزادان زودرس قرار می‌دهد.</p> <p>❖ آخرین نسخه ابلاغی کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان</p> <p>❖ آخرین نسخه بسته خدمتی مراقبت‌های نوزاد سالم و آئین نامه اجرایی برنامه رتینوپاتی نارس، اداره سلامت نوزادان، ۱۳۹۲</p>

¹ Breast pain

² Retinopathy of Prematurity (ROP)