آخرین ویرایش 7.1.96

بسته خدمتی
" مراقبت از نوزاد در منزل "

به سفارش وزارت بهداشت, درمان و آموزش پزشکی
اداره سلامت نوزادان

مولفین : محبوبه نم نباتی
با همکاری نجمه آجودانی‌ان- مهنوش حاج حیدری- ربابه قمی

با نظارت
: رئیس اداره سلامت


بسم الله الرحمن الرحيم

با سپاس و قدردانی از کلیه صاحب نظرانی که با نظرات و همکاری ارزنده خود در طی نشست های متعدد در تدوین بسته خدمتی همکاری نمودند.
اسامی این افراد عبارتند از:

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

1-دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان
–دکتر زهرا عبدیزدان: متخصص کودکان و نوزادان
-فاطمه ترابی: کارشناس ارشد مامایی
-شهره ضیایی :کارشناس ارشد پرستاری
-آنیه ضعفا: کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه نوزادان
-مریم شیرازی: کارشناس ارشد بهداشت جامعه
- ماهرخ کشوری: دکترای تخصصی پرستاری
-مرضیه حسن پور : دکترای تخصصی پرستاری
-دکتر سید نعمت اله ابطحی: دکترای روانشناسی

2- **دانشکده پزشکی**
- دکتر علی رضا صادق نیا: فوق تخصص نوزادان
- دکتر زهره بدیعی فوق تخصص نوزادان

- معاونت بهداشتی

-- دکتر میترا مرادی نیا
- جواد شجاعی
- دکتر پژمان عقدک .....معاونت بهداشتی اصفهان
- شهلا شهیدی: کارشناس ارشد مامایی
- مریم منتظری
- راحله طغیانی -کارشناس ارشد مامایی

معاونت درمان
- آقای .....حیدری: کارشناس پرستاری رئیس اداره پرستاری
- زهرا جوانمردی: کارشناس ارشد مامایی

- وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

- دکتر ..... لرنژاد .....
-خانم .....هادی پور .....
- فروزان اکرمی .....
– خانم نسرین رشیدی جزنی .....
- دکتر .....جعفری .....
-دکتر بسکابادی: فوق تخصص نوزادان
- دکتر .... زرکش فوق تخصص نوزادان
- دکتر نیکو نیک نفس فوق تخصص نوزادان
-دکتر .....نیری .....
- دکتر ..... افجه .....
.....

- سایر افراد

- گوهر رضوان، کارشناس پرستاری بیمارستان شهید بهشتی اصفهان
- دکتر عباس مقدادی: متخصص کودکان و نوزادان بیمارستان سعدی اصفهان
-لیدا گوهری: کارشناس پرستاری- بیمارستان سعدی اصفهان
- محور امیری: کارشناس پرستاری **دانشگاه علوم پزشکی مشهد**

.....

.....

پیش گفتار

آقای دکتر حیدرزاده و .... لطفاهر انچه را صلاح می دانید در قسمت پیشگفتار مرقوم بفرمایید

سپاس نم نباتی

بسته خدمتی مراقبت از نوزاد در منزل

بسته خدمتی حاوی مطالب ارزشمندی جهت مراقبت در منزل از جنین و نوزاد است. این بسته با در نظر گرفتن چشم انداز، رسالت و اهداف زیر به نوزاد و خانواده کمک می کند تا با هم یاری تیم سلامت، مراقبتی ایمن را با حفظ تمامیت خانواده برای آنها فراهم آورد. سلامت نوزاد منوط به مراقبت های پیش از بارداری است . بنابراین، این بسته ارائه خدمات را به دو دسته خدمات پیش از تولد و بعد از تولد مورد نظر قرار داده است.

چشم انداز

در پرتو حمایت برنامه های مراقبت در منزل، شرایط رشد و تکامل مطلوبی برای نوزاد مهیا می شود و با حمایت از والدین، توانمندی آنان در ارائه نقش والدی افزایش خواهد یافت. خدمات تیم سلامت، از تمرکز بر مراکز بهداشتی و درمانی به محیط ایمن خانه سوق پیدا می کند و بستر مناسبی، برای کارآفرینی نیروهای متخصص و حرفه ای در این زمینه فراهم می شود.

رسالت

بسته خدمتی با ارائه برنامه هایی توسط اعضای تیم سلامت، ماموریت دارد تا با مشارکت خانواده، سلامت نوزاد را ارتقا بخشد. در واقع ارائه برنامه خدمات سلامت در منزل، پلی است بین مراکز حفظ و ارتقا سلامت (مراکز درمانی- بهداشتی، بیمارستان، مطب، درمانگاه) و خانه تا با فرآیندهایش در سطح ملی و بین المللی، منجر به توانمندسازی خانواده ها در مراقبت از نوزاد شود.

هدف

هدف این مجموعه آموزشی، تدوین بسته خدمتی است که در قالب آن بخش های زیر مورد بررسی قرار می گیرد:

۱ - کلیات مراقبت در منزل

۲ - راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد در منزل

۳ - فرآیندهای اجرایی و مدیریتی مراقبت از نوزاد در منزل

۴ - برنامه های آموزشی ارائه دهندگان خدمت و گیرندگان خدمت مراقبت از نوزاد در منزل

–

بررسی وضعیت تکاملی نوزاد

12- نمودار اداره درد نوزاد

بخش اول: کلیات مراقبت در منزل

فصل اول:کلیات مراقبت در منزل

فصل دوم: برنامه مراقبت از نوزاد در منزل

فصل اول:کلیات مراقبت در منزل

اهداف: از ارائه دهنده خدمت انتظار می رود بعد از مطالعه این فصل قادر باشد:
- مراقبت در منزل را تعریف نماید.
- فلسفه و اهمیت مراقبت در منزل را توضیح دهد.
- تاریخچه مراقبت در منزل را شرح دهد.
- مزایا و معایب مراقبت در منزل را برشمارد.
- طرح مراقبت در منزل را شرح دهد.
-ملاحظات اخلاقی و قانونی مراقبت در منزل را برشمارد.

****

مراقبت در منزل

مراقبت در منزل[1]، شامل کلیه برنامه ها و اقداماتی است که جهت مراقبت از نوزاد و توانمندسازی مادر به منظور ارتقای سلامت آنان انجام می شود. مراقبت در منزل مستلزم ملاقات با خانواده است و به عنوان یک تعامل هدفمند و راهکار کارآمد جهت ارتقا سلامت مددجو و خانواده در نظر گرفته می شود و برحسب هدف، وسعت عمل و نوع خدمات و نیازهای جامعه متفاوت است.

مراقبت در منزل بخشی از مراقبت هاي بهداشتي جامعه است که خدمات بهداشتي را در محل هاي انتخابي خانواده ها ارائه مي ده‌د و از اين طريق مي توان آموزش ها و مراقبت هاي بهداشتي- درمانی را به درون منزل انتقال داد. ملاقات در منزل[2] از نوزاد يك راهبرد مطلوب جهت بررسي وضعيت سلامت و تكامل، حمايت از خانواده به منظور تأمين امنيت، تغذيه صحيح و تأمين محرك هاي محيطي، دستيابي به حداكثر سلامتي، ارتباط خانواده با مراقبين بهداشتي و ساير خدمات مورد نياز است.

فلسفه و اهمیت مراقبت در منزل

رشد و توسعه صنعت مراقبت در منزل، برگرفته از نیاز جامعه برای ارتقای کیفیت مراقبت های بهداشتی است. علاوه بر این فشار اجتماعی برای کنترل هزینه های خدمات سلامت و پیشرفت در تکنولوژی پزشکی و ارتباطات، ابعاد و مرزهای سنتی مراقبت را درهم شکسته و شرایطی را مهیا نموده تا بیماران از مراکز درمانی "مریض تر و زودتر"[3] مرخص شوند. مراقبت در منزل، موضوع جدیدی نیست و همیشه نگهداری و مراقبت از بیماران در منزل در همه کشورها انجام شده است ولی با پیشرفت تکنولوژی و صنعتی شدن جوامع و دوری انسان ها در ارتباطات خانوادگی، بستری شدن بیماران در مراکز درمانی به عنوان فرآیند رسمی شکل گرفت. عوارض بستری شدن های طولانی مدت، وابسته بودن بیماران به تجهیزات و تکنولوژی نظیر ونتیلاتور و اکسیژن وموضوعات مربوط به هزینه ها نیاز خانواده ها را به آموزش و مراقبت در منزل به طور رسمی و تحت نظارت تیم سلامت نمایان نموده است. در سال های اخیر، این صنعت به طور رسمی در بسیاری از کشورها گسترش پیدا کرده است. در ایالات متحده از سال 1800 موضوع آموزش به خانواده ها در ارتباط با سلامت کودکان و مراقبت از سالمندان شکل گرفت و از آن به بعد با خدمات توسط موسسات بیمه تحت پوشش قرار گرفت. برنامه های مراقبت در منزل نیز در کانادا بیش از 35 سال است که اجرا می شود. در این مراقبت ها مشخص شده است که اقامت کوتاه مدت بیمارستانی با پی گیری بیمار توسط مراقبت در منزل و اطمینان از پوشش دهی کافی و مناسب، امکان پذیر است. در مطالعات چندین ایالت نشان داده شده است که مدت زمان بستری در بیمارستان، پاسخ گوی نیاز مادران و نوزادان و خانواده هایشان نیست و این مسئله لزوم پی گیری های بعدی و مراقبت در منزل از نوزاد و مادر را پررنگ می کند. بنابراین فلسفه و اهمیت مراقبت در منزل، جایگاه ویژه ای در اذهان عمومی، جوامع و تیم سلامت ایجاد کرده است به نحوی که امروزه اعتقاد به ترخیص های زودهنگام در بسیاری از بخش های بیمارستان ها رایج گردیده است و مسئولیت ادامه درمان و مراقبت ها را برعهده دپارتمان و یا مراکز خدمات مراقبتی در منزل واگذار می نمایند. این تغییرات فلسفی، در نحوه مراقبت از نوزاد و مادر نیز اثر گذاشته و نوزادان رسیده سالم و نوزادان زودرس و در معرض خطر نسبت به گذشته زودتر از موقع ترخیص می شوند.

[1] Home care
[2] Home visit
[3] Sicker and quicker

نوزادان به دلیل نیاز به سازگاری با دنیای خارج رحمی، از گروه های آسیب پذیر سیستم سلامت هستند و این موضوع در نوزادان در معرض خطر، از اهمیت ویژه ای برخوردار خواهد بود. نوزادان سالم ، رسیده و نوزادان در معرض خطر به ویژه نوزادان زودرس مشکلات عدیده ای را بعد از ترخیص خواهند داشت که نیازمند مراقبت و پی گیری در منزل هستند. بستری شدن های مجدد ،کفایت مراقبت های بعد از بیمارستان را مورد بحث قرار داده است.در واقع، بستری شدن های مجدد در بخش های نوزادان و کودکان نشانه بارزی از مشکلات حاد در دوره نوزادی است. مطالعات متعددی در طی زمان‌های متفاوت از دو هفتگی تا 3 سالگی، نشان داده است که این نوزادان و کودکان میزان بیشتری از خدمات بعد از ترخیص را استفاده کرده اند. ترخیص های زودهنگام نیز منجر به بستری مجدد و عواقب ناگواری می شود . مطالعات در شهرهای مختلف ایران نشان داد که نوزادان را جهت پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی زودتر مرخص می کنند ولی به دلیل عدم پی گیری، این نوزادان مجددا بستری می گردند و شایعترین علت آن به ترتیب زردی، اختلال تغذیه، آپنه و سیانوز و آنمی بوده است.

نتایج مطالعات در کشورهای آمریکا و انگلیس نشان می دهد که 50 درصد از نوزادان در معرض خطر و نوزادان بسیار زودرس که در بخش مراقبت های ویژه برای مدتی تحت مراقبت بوده اند بستری مجدد داشته اند. حتی نوزادان زودرسی که سالم بوده اند به میزان 27 درصد بعد از ترخیص بستری مجدد داشتند. بیشترین آمار پذیرش های مجدد، موقعی بوده است که نوزاد به مدت دو هفته در خانه بوده است. بنابراین این نوزادان به طور مکرر به دلیل مشکلات طبی ملاقات می شوند به طوری که در یک برآورد نوزادان زودرس به میزان 20 الی 30 مرتبه در سال اول در مطب های کودکان ملاقات شده اند و به همین منوال است که 75 درصد از نوزادان زودرس از سرویس های تخصصی در سال اول استفاده کرده اند و این در حالی است که نوزادان رسیده ترخیصی از بخش مراقبت های ویژه 26 درصد از این امکانات بهره گرفته اند.

علاوه بر این، نوزادان در معرض خطر هزینه های زیادی را برای سیستم سلامت به بار می آورند. هزینه های مراقبت های پزشکی در سال اول تولد درآمریکا 32000دلار برای نوزادان زودرس و 3000 دلار برای نوزادان رسیده بوده است . در ایران (در سال 93-1392) نیز تعرفه هزینه های بستری شدن نوزادان در بخش داخلی نوزادان برای هر شب در برخی از بیمارستان های خصوصی حدود 4000000

در راستای ترغیب برای مراقبت در منزل ، پژوهش هایی در ایران و یا سایر کشورها انجام شده است که نشان داده است مراقبت در منزل از افراد آسیب پذیر نظیر نوزاد و مادر اثرات به سزایی در کاهش مرگ و میر و عوارض داشته است. مطالعه ای در شیراز با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزشی بازدید از منزل بر میزان مرگ و میر و ناتوانی نوزادان زودرس نشان داد که این برنامه بر روی مرگ و میر نوزادان طی 6 ماه اول در دو گروه آزمون و شاهد تفاوتی نداشته ولی در بستری شدن های مجدد شیر خواران تاثیر به سزایی داشته است و پیشنهاد شده است که برنامه بازدید از منزل جزئی از برنامه سلامت کشوری قرار گیرد تا به تبع آن در جهت ارتقاء سلامت شیرخواران جامعه گامی برداشته شود . مطالعه دیگری بر روی نوزادان زودرس تا 2 سالگی نشان داد که مراقبت های پیشگیرانه در منزل بر مشکلات رفتاری شیرخواران و همچنین بر میزان اضطراب و افسردگی مراقبین آنان موثر بوده است.

در سال های اخیر، با توجه به مسائل اقتصادی، بیمارستان ها نیز در حال تغییراتی در ساختارشان هستند تا هزینه های بهداشتی –درمانی را کاهش دهند. سازمان تامین مالی ایالات متحده طرح مراقبت در منزل را به عنوان راه حلی برای کنترل هزینه ها برشمارده است. به همین منظور سرویس ها و مؤسسات مراقبت در منزل وجود دارد که آنها را ترغیب می نمایند تا با ارائه خدمات باکیفیت و تخصصی سلامت جامعه را ارتقا بخشند . جدول 1-2 زیر مقایسه ای بین هزینه های مراقبت در منزل با مراکز درمانی است.

جدول1- 1: مقایسه هزینه های مراقبت در منزل و بیمارستان

موقعیت	هزینه بیمارستانی (هر بیمار در ماه)	هزینه مراقبت در منزل (هر بیمار در ماه)	هزینه صرفه جویی شده (هر بیمار در ماه)
- نوزاد زودرس - کودکان وابسته به اکسیژن -بالغین وابسته به ونتیلاتور	26190دلار 12090 دلار 21570 دلار	330 دلار 5250 دلار 7050 دلار	25860 دلار 6840دلار 14520 دلار

تاریخچه مراقبت در منزل

سابق بر این، مراقبت در منزل توسط پرستاران انجام می گردید. امروزه، پرستاری مراقبت در منزل تلاشی در راستای تامین نیازهای متعدد بیماران در جامعه است بنابراین نیازمند همکاری اعضای تیم سلامت است. با چنین فلسفه ای برنامه های آموزشی باید به نحوی باشد که دانش و مهارت بالینی را افزایش دهد و مراقبت در منزل نو مراقبت در بیمارستان ارجح باشد. افراد دیگر ی نظیر ماماها، پزشکان، مددکاران اجتماعی، متخصص تغذیه، گفتار درمان، شنوایی سنجی، کاردرمان و فیزیوتراپ ها در ارائه خدمات در منزل می توانند مشارکت داشته باشند زیرا به افراد حرفه اي با مهارت و خلاقیت زیاد نیاز است. امروزه تیم مراقبت در منزل مسئولیت تداوم مراقبت را بعد از بیمارستان بر عهده دارند که وظایف آنها طبق خط مشی های مراکز خدمات درمانی مشخص شده است.

در جوامع پیشرفته، معمولا سرویس های مختلف خدمات اجتماعی با همکاری یکدیگر سلامت افراد جامعه را تضمین می کنند. به طور مثال برنامه های ملاقات در منزل در کشورهای نظیر آمریکا و سوئد و ژاپن، با همکاری مراکز درمانی نظیر بیمارستان ها و درمانگاه ها، و با مشارکت افراد تیم حرفه ای جهت ارتقاء سلامت نو زادان و مادران انجام می شود. در سال های اخیر در ایران، تلاش هایی جهت ارائه خدمات در منزل انجام شده است وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با تاسیس مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل، تیم سلامت را راهی منازل نموده است تا خدمات درمانی و مراقبتی را به طور رسمی و تحت پوشش استانداردها ی معمول انجام دهند . این مراکز باید تابع استانداردهای معین مراقبتی باشند و برای دریافت هزینه ها، تعرفه ای مشخص و معقول داشته باشند. افراد تیم مراقبت می توانند هزینه ها را به طور کامل از مددجو دریافت نمایند و یا با انعقاد قرارداد با بیمه ها ، فقط قسمتی از هزینه ها را از مددجو دریافت کنند. علاوه بر این، وزارت بهداشت و درمان، اداره سلامت و خیرین می توانند این مراکز را تحت پوشش و حمایت قرار دهند. مددجویان از طریق مطب ها، بیمارستان، مراکز درمانی و بهداشتی دولتی و خصوصی، موسسسات خیریه، درمانگاه ها، شیرخوارگاه ها ارجاع داده می شود و یا اینکه خود افراد داوطلبانه به مراکز مراجعه می نمایند.

[5]Home care nursing

مزایا و معایب ملاقات و مراقبت در منزل

صاحب نظران و پژوهشگران برای ملاقات در منزل مزایا و محاسنی متعددی را برای خانواده ها، پرستاران بهداشت جامعه و سیستم سلامت بر شمرده اند. آنان معتقدند که مزیت ملاقات در منزل آن است که دسترسی خانواده به استفاده از امکانات سلامتی بهتر و بیشتر می شود و فرد احساس بهتری به خود کنترلی و مراقبت دارد. علاوه بر این، به پرستاران بهداشت جامعه کمک می کند تا تمرکز بیشتری بر خانواده داشته باشد و ارتباط بهتری با خانواده برقرار کند. محیط فیزیکی، اجتماعی و عاطفی خانواده را مشاهده کند و نقاط قوت خانواده را شناسایی کرده و نیاز های خاص آنان و مشکلات بالقوه سلامتی را پاسخگو باشد. هزینه ملاقات در منزل کمتر از هزینه های مراکز درمانی است و از گسیختگی روند مراقبتی برای مادران و نوزادان در معرض خطر پیشگیری می کند. علاوه بر این ، ملاقات و مراقبت در منزل اثرات و مزایای زیر را به همراه دارد:

۱ - آگاهی، آشنایی و توانمند سازی مادران جهت مراقبت از نوزاد
۲ - کاهش میزان مرگ و میر و عوارض بعد از تولد
۳ - کاهش معلولیت ها در نوزادان در معرض خطر
۴ - ترخیص زودهنگام و کاهش طول بستری شدن و کاهش ضریب اشغال تخت
۵ - کاهش هزینه ها برای سیستم سلامت و خانواده ها
۶ - پیشگیری از جدایی نوزاد از والدین
۷ - پیشگیری از عفونت های بیمارستانی و بستری شدن مجدد نوزاد و مادر
۸ - توانمندسازی خانواده ها در مراقبت از نوزاد
۹ - نمایان نمودن نقش حرفه ای اعضای تیم سلامت در جامعه
۱۰ -رضایت شغلی بیشتر پرستاران به علت استقلال در عملکرد
۱۱ -انجام مراقبت ها در محیطی با انعطاف پذیری بیشتر

ملاقات در منزل معایبی نیز برای خانواده، عاملین مراقبت و سیستم سلامت دارد. خانواده ها ممکن است محیط و مکان رسمی را به ملاقات در منزل ترجیح دهند و یا مجبور شوند هزینه بیشتری را بابت مراقبت در منزل بپردازند زیرا در برخی از کشورها هزینه های ملاقات و مراقبت در منزل نامشخص است و در مقایسه با خدماتی که در بیمارستان های دولتی با بیمه احتساب می شود برای بیماران گرانتر است. در واقع، مهم است که هزینه های ملاقات و مراقبت در منزل نیز تحت پوشش بیمه باشد.

ملاقات در منزل برای پرستاران وقت گیر بوده و از تخصصی بودن کارشان نیز فاصله می گیرند. مسائل امنیتی نیز موضوع مهمی است که ملاقات در خانه تنش آور است. ممکن است علاوه بر این که نیاز به کنترل و مدیریت دارد. . علاوه بر این، حضور عاملین مراقبت، حریم خصوصی خانواد ه را برهم می زند و منج ر به اضطراب و یا تنش در خانواده می شود.

موانع و مشکلات اجرایی دیگر مراقبت در منزل ، مسائل فرهنگی است. معمولا پرستاران، ماماها، پزشکان و یا سایر افراد تیم سلامت تمایل به حضور در خانه را ندارند و به اهمیت و فلسفه ملاقات و مراقبت در منزل پی نبرده اند و آن را قسمتی از حرفه شان در نظر نمی گیرند و آن را دور شدن از حرفه خود می دانند. بنابراین لازم است که اهمیت این قسمت از خدمات تیم سلامت برای آنان بیان شود و آموزش های مورد نیاز در این راستا در برنامه ارائه خدمت به مددجویان مطرح گردد. فرهنگ سازی مراقبت در منزل و تمرکز زدایی برنامه های سلامت از مراکز درمانی به سوی جامعه و واحد کوچکتر آن یعنی خانواده یکی از گام های مهم گسترش این نوع مراقبت است. علاوه بر این مراکز ارائه خدمات در منزل در ایران نیز به طور رسمی و گسترده وجود ندارد و در معدودی از شهر های بزرگ، برخی از خدمات در منزل را انجام می دهند. همچنین، خانواده ها نیز از وجود مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل در منزل آگاهی لازم را نداشته و معمولا به مطب ها، بیمارستان ها و یا درمانگاه ها مراجعه می نمایند. با توجه به مزایا و معایت ملاقات در منزل تاکید شده است که ضرورت دارد مزایا را بیشتر و معایب را به حداقل رسانید. هزینه ملاقات در منزل مسئله بسیار مهمی است که لازم است دولت با مشارکت سایر سرویس های حمایتی در جامعه نظیر بیمه همگانی و یا بیمه تکمیلی مسئولیت آن را بر عهده گیرد..

طرح مراقبت در منزل

سلامت نوزاد منوط به توانمندسازی مادر در طی دوره بارداری و بعد از آن است. طرح مراقبت در منزل از زمان بارداری شروع و تا پایان دوره نوزادی ادامه دارد. بنابراین جمعیت هدف در این برنامه مادران باردار، جنین ها و نوزادان هستندکه

طرح مراقبتی برای آنها در دو مرحله پیش از تولد و بعد از تولد تدوین می گردد. گاهی در زمان بستری بودن نوزادان در معرض خطر، پرستار به عنوان عامل پشتیبان یا همراه حمایت و مراقبت های مورد نیاز را انجام می دهد. طرح مراقبتی توسط عامل مراقبت با مشارکت خانواده، نوزاد و مادر بر اساس نیاز آنها نوشته خواهد شد. این طرح شامل برنامه های زیر است که در طی ملاقات های اولیه در خانه یا بیمارستان و ملاقات های پی گیری انجام می شود. عناوین برنامه ها عبارتند از:

۱ - ارزیابی مادران و نوزادان
۲ - تعیین خانواده های نوزادان نیازمند به مراقبت در منزل (جدول 1-2)
۳ - مدیریت مشکلات شایع شناسایی شده در ملاقات های منزل نظیر مدیریت تنفسی، نوردرمانی و تجویز برخی داروها و مشاوره های شیردهی
۴ - استفاده موثر از منابع مراقبت های بهداشتی در جامعه
۵ - فراهم سازی مراقبت با در نظر گرفتن مناسب ترین محیط مورد نیاز برای نوزاد و مادر
۶ - مستند سازی فرآیندها

جدول 1-2: خانواده های نوزادان نیازمند به مراقبت در منزل

زنان باردار و مادران	جنین ها و نوزادان
-زنان زیر 18 سال یا بالاتر از 35 -زنان ازدواج نکرده -کم درآمد -مشکلات تغذیه ای یا طبی -نا آگاهی در مورد نقش والدینی -بیماری های روانی - تحصیلات کمتر از دیپلم -والدین متقاضی برای استفاده از خدمات مراقبت در منزل -سایر موارد	-مادران کمتر از 18 سال -تک والدی بودن -دارای والدین کم درآمد -مشکلات طبی و تغذیه ای -نوزادان کمتر از 2500 گرم -تمایل خانواده برای داشتن عامل مراقبتی پشتیبان -سایر موارد

جهت اجرای برنامه ها مراحل زیر را باید در نظر گرفت:

۱. بررسی و جمع آوری اطلاعات (بر اساس فرم های پیوست)
۲. تعیین و اولویت بندی نیازها
۳. برنامه ریزی اهداف کوتاه و بلند مدت بر اساس معیارهای قابل دستیابی
۴. تعیین فعالیت‌های مورد نیاز
۵. اجرای برنامه ها
۶. پایش و ارزشیابی

ملاحظات اخلاقی و قانونی

ملاحظات اخلاقی و قانونی مراقبت در منزل، از اوایل سال های1900 به چالش کشانیده شده است و توجه به مسائل قانونی و اخلاقی مراقبت در منزل امر حیاتی است. اگرچه ملاحظات اخلاقی در مراقبت از مادر و نوزاد در منزل از ملاحظات اخلاقی در محیط های درمانی تفاوت چندانی ندارد ولی باید با توجه به مسائل تکاملی نوزادان و کودکان و سرپرستان آنان اخلاق حرفه ای را بیشتر از مراکز درمانی رعایت نمود. نکات مورد توجه عبارتند از:

برقراری آرامش در خانواده به ویژه برای مادران و نوزادان در معرض خطر
رازداری وحفظ مسائل سلامت نوزاد وخانواده
رعایت حریم و خلوت خانواده
گزارش مسائل سوء رفتار با نوزاد و مادر
احترام گذاشتن به باورها و ارزش های خانواده

خودداری از قضاوت و تغییر (به جز مواردی که مربوطه سلامت خانواده باشد)
توجه و اهمیت دادن به ترجیحات خانواده در برنامه ریزی
انجام مراقبت ها بدون آسیب زدن[6] به نوزاد و مادر
در نظر گرفتن اصول کمک به مردم نظیر بخشندگی، مهربانی و خیرخواهی[7] در راه ارتقای سلامت نوزاد و مادر
واقع بین بودن و کنار گذاشتن ترس در تعامل با سایر افراد تیم سلامت در جهت ارائه بهترین مراقبت
داشتن مهارت، آگاهی و شایستگی کافی در انجام مراقبت ها
انجام مراقبت خوب، صحیح و داشتن تمرکز و وقت کافی، حتی در موقعیت های طاقت فرسا و سخت
آشنایی مراقبین با حقوق و مسئولیت های مددجو
تکمیل فرم حقوق مددجو (فرم حقوق و مسئولیت های خانواده/ مادر)

فصل دوم

[6].nonmaleficence
[7].beneficence

برنامه مراقبت از نوزاد در منزل

اهداف

از ارائه دهنده خدمت انتظار می رود بعد از مطالعه این فصل قادر باشد:
-مراحل برنامه مراقبت از نوزاد در منزل را برشمارد.
- فرآیند ملاقات را شرح دهد.
-ملاقات های اولیه از نوزاد را انجام دهد.
-ملاقات های پی گیری از نوزاد را انجام دهد.
-طرح مراقبت از نوزاد و خانواده را تدوین نماید.

****

برنامه مراقبت در منزل

برنامه مراقبت در منزل با هدف ارتقا سلامت خانواده به ویژه نوزاد در جامعه به چهار مرحله زیر تقسیم می شود که عبارتند از:

۱ - مرحله آغازین
۲ - مرحله دیداری
۳ - مرحله پی گیری ها
۴ - مرحله پایانی

1-مرحله آغازین

در این مرحله مددجویان مورد شناسایی قرار گرفته و ارجاع داده می شوند. شناسایی مددجویان از مراکز مختلف درمانی و بهداشتی، درمانگاه ها و مطب ها انجام شده و به مراکز ارائه خدمات در منزل (از جمله مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل) ارجاع داده می شود.

2- مرحله دیداری

مرحله دیداری، مرحله ای است که دیدار اولیه اتفاق می افتد در این مرحله مددجو با خدمات ملاقات و مراقبت در منزل آشنا شده و برای ثبت نام و تشکیل پرونده اقدام می نماید. عامل مراقبت مددجو را ملاقات می نماید. ملاقات اولیه ممکن است در هر مکان و زمانی اتفاق بیفتد. معمولا زمان ملاقات می تواند پیش از تولد و بعد از تولد در بیمارستان، مطب و سایر مراکز بهداشتی و درمانی باشد. در این مرحله، عامل مراقبت، ملاقات اولیه را برای نوزاد و خانواده انجام می دهد و نقاط قوت و ضعف خانواده و مادر را مشخص می کند. در این مرحله مادر و خانواده ها از طریق تقویت مثبت، تشویق و راهنمایی در تعیین هدف ها و بازشناسایی موفقیت های فردی، مورد حمایت قرار می گیرند و برنامه مراقبتی در مرحله پیش از تولد و بعد از تولد طرح ریزی می گردد:

الف-برنامه مراقبتی در منزل در مرحله پیش از تولد : این برنامه شامل کلیه اقداماتی است که به طور رسمی از دوره بارداری تا تولد در طی ملاقات های اولیه و پی گیری انجام می شود تا مادر را برای پذیرش نقش والدی و مراقبت از نوزاد آماده نماید.

ب-برنامه مراقبت در منزل در مرحله بعد از تولد : این برنامه شامل کلیه اقداماتی است که به طور رسمی بعد از زایمان مادر و تولد نوزاد تا پایان دوره نوزادی (30 روزگی) در ملاقات های اولیه و پی گیری در بیمارستان و منزل انجام می شود.

فرآیند ملاقات ها

ملاقات ها به دو نوع ملاقات اولیه و پی گیری تقسیم می شود:

-ملاقات اولیه: ملاقات هایی هستند که در آن نوزاد، خانواده و محیط خانه طبق فرم به طور کامل بررسی می شوند و طرح مراقبتی برای آنها برنامه ریزی می شود. ملاقات های اولیه در مرحله دیداری انجام می شود.

-ملاقات پی گیری: ملاقات هایی هستند که بعد از ملاقات اولیه، جهت ادامه مراقبت ها، ارزیابی، اثربخشی و یا ارجاعات به کار می روند. ملاقات پی گیری در مرحله پی گیری ها انجام می شود.

ملاقات ها با توجه به تمایل و درخواست خانواده و یا ارجاع از طریق مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، و طبق طرح مراقبتی انجام خواهد شد. لازم است که قبل از مراجعه به خانواده برای پیشگیری از اتلاف وقت و انرژی بآنها از طریق تلفن ارتباط برقرار کرده و زمان ملاقات را مشخص و ثبت گردد.
خاتمه ملاقات ها و پایان قرارداد، در اختیار خانواده است. آن ها می توانند هر زمانی که مایل بودند به برنامه خاتمه دهند و یا بعد از دستیابی به هدف ها قرارداد را خاتمه د هند. گاهی خانواده بعد از اتمام زمان ، مایل به ادامه ملاقات ها هستند که می توان آنها را به مراکز مرتبط ارجاع داد و برنامه به خانه بهداشت، شیرخوارگاه ها و یا مراکز تکامل و غیره انتقال یابد.

ملاقات های اولیه

ملاقات های اولیه ممکن است پیش، و یا بعد از تولد باشد. به طور کلی اقداماتی که در ملاقات اولیه انجام می شوند عبارتند از:

- اخذ رضایت نامه از مادر و یا خانواده برای ورود به خانه و انجام ملاقات و مراقبت در منزل (فرم رضایت نامه)
- بررسی وضعیت بیمه : اگر خانم بارداری بیمه نیست باید درطرح مراقبت ی در منزل تلاش هایی را جهت بیمه نمودن زن باردار نمود و یا راهکاری را برای ارائه مراقبت های دوره بارداری برای او فراهم آورد.
- بررسی وضعیت محیط خانه (طبق فرم پیوست)
- بررسی وضعیت عمومی سلامت مادر و اعضای خانواده، شناسایی نقاط قوت ها و نیازهای خانواده و دلایل نیاز آنها به مراقبت و ملاقات در منزل (طبق فرم پیوست)
-تدوین طرح مراقبتی در منزل با مشارکت مادر و خانواده(طبق فرم پیوست)
- ارائه گزارش جهت مستند سازی

الف- ملاقات اولیه پیش از تولد

علاوه بر موارد بالا، ملاقات های اولیه پیش از تولد به منظور اهداف زیر برای جنین و مادر انجام می شود:

-کمک و حمایت برای دسترسی به مراقبت های پیش از زایمان بر اساس نیاز جنین و خانواده و نیازهای جسمی و روانی مادر
- کمک به خانواده در شناسایی شبکه های حمایتی
- تهیه اطلاعات راجع به مراقبت از مادر و نوزاد
- غربالگری افسردگی با استفاده از پرسش نامه ادینبوگ(طبق فرم پیوست)
-ارجاع مادر به منابع مرتبط برای کمک های مورد نیاز

ب- ملاقات اولیه بعد از تولد

علاوه بر موارد بالا، ملاقات های اولیه بعد از تولد بر موارد زیر تمرکز دارد :

- تمرکز و توجه به والدین و یا مراقب نوزاد
- در نظر گرفتن شایستگی و اختیارات افراد
- توجه و تمرکز بر چگونگی تقسیم کارها بین والدین یا مراقبین
- حمایت و کمک برای دسترسی پیدا کردن به مراقبت های بعد زایمان از نظر رفاه و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای نوزاد و مادر
- غربالگری افسردگی(پرسش نامه ادینبوگ) و ارجاع در صورت نیاز
- بررسی نیازهای خانواده
- بررسی نیازهای خواسته شده از سوی خانواده
- ارجاع دهی نوزاد، مادر برای حمایت های آموزشی، مالی ، جسمی و روانی متناسب با وضعیت نوزاد و خانواده اش
-غربالگری عوامل خطر برای نوزاد و مادر نظیر ایمن بودن محیط خانه، نگرانی های تکاملی کودک، افسردگی قبل و بعد از زایمان مادر، خشونت خانگی، حمایت اجتماعی و خانوادگی، تدوین برنامه های امنیتی با حضور والدین برای پیش بینی موارد خشونت خانگی
- مهیا نمودن طرح مراقبتی برای تکامل نوزاد و خانواده بر اساس یک برنامه تحقیقی مدون
- پی گیری و مشارکت برای هماهنگی سرویس های مرتبط به خانواده

- مهیا نمودن فرصت هایی مناسب برای ارجاع و پی گیری به مراجع مورد نیاز

ملاقات اولیه نوزاد

ممکن است نوزاد بعد از تولد ارجاع داده شود که باید مورد بررسی قرار گیرد. فعالیت‌های زیر باید برای تمامی نوزادان در ملاقات اولیه انجام شود:

- گرفتن رضایت نامه از والدین و یا مراقب نوزاد
- بررسی وضعیت سلامت نوزاد درگذشته وحال، ایمن سازی، خواب، تغذیه، تکامل و غربالگری ها
- بررسی خانواده، دانش والدین و ارتباط والد –نوزاد
- شناسایی نقاط قوت خانواده و نیازهای تامین نشده و دلایل آن
- بررسی محیط خانه
- بررسی سطح در معرض خطر بودن نوزاد بر اساس ارزیابی ها و قضاوت پرستار
- طرح مراقبت در منزل باید براساس نیازهای خانواده و نوزاد نوشته و خانواده را در مراقبت از نوزاد توانمند سازد.

3- مرحله پی گیری

بعد از مرحله دیداری، تشکیل پرونده و انجام ارزیابی های اولیه، نیاز به ادامه مراقبت ها و پی گیری فعالیت های انجام شده ضروری است. بنابراین، بعد از انجام ملاقات اولیه، نیاز به ملاقات های بعدی مشخص می شود که تحت عنوان ملاقات های پی گیری نامیده می شود و مربوط به خانواده هایی است که با توجه به ملاقات اولیه در معرض خطر هستند و یا خود به ادامه ملاقات و مراقبت در منزل تمایل دارند. به این خانواده ها می توان در مورد منابع حمایتی موجود در جامعه، و پی گیری وضعیت تکاملی نوزاد اطلاعات مناسبی داده شود. این پی گیری ها می تواند به طور حضوری و یا تلفنی باشد. (فرم ملاقات های پی گیری نوزاد)

ملاقات پی گیری برحسب نیاز خانواده و وقت عامل مراقبت متفاوت خواهد بود. معمولا برای خانواده هایی که بیشتر در معرض خطر هستند هفته ای یک مرتبه و بعدا به ماهی یک مرتبه تبدیل خواهد شد تا پرونده بسته شود. بعضی خانواده ها ممکن است با توجه به نیازهایشان به تعداد بیشتری ملاقات در منزل نیاز داشته باشند.کلیه فعالیت‌های مربوط به ملاقات های پی گیری براساس چارچوب زمانی با خانواده تنظیم می شود (جدول1-3).

جدول1-3: فعالیت‌ها در ملاقات های پی گیری

پیش از تولد (مادر)	بعد از تولد (نوزاد)
-کنترل وضعیت بیمه و تسهیل دسترسی به بیمه -پایش تغییرات در منابع خانواده و محیط خانه -بررسی مکرر سطح در معرض خطر بودن -ارزشیابی اثر بخشی طرح برای ورود به برنامه -ارجاع به منابع مناسب در جامعه -پایش دسترسی مادر به مراکز مراقبت های پیش از بارداری -تکمیل و مستند سازی بررسی وضعیت سلامت جنین در ملاقات -تکمیل و مستند سازی غربالگری های مورد نیاز - مهیاسازی آموزش همه جانبه ازمراقبت های دوره بارداری -تدوین طرح مراقبتی برای هر ملاقات با خانواه همراه با اجرا و ارزشیابی مداخلات و مستند سازی آن	-کنترل وضعیت بیمه و تسهیل دسترسی به بیمه -پایش تغییرات درمنابع خانواده ومحیط خانه بعد از به دنیا آمدن نوزاد -بررسی مکرر سطح در معرض خطر بودن -ارزشیابی اثر بخشی طرح برای ورود به برنامه -ارجاع به منابع مناسب در جامعه -پایش وضعیت ایمن سازی متناسب با سن نوزاد -مهیاسازی آموزش همه جانبه از مراقبت های دوره نوزادی -تکمیل و مستندسازی بررسی وضعیت سلامت مادر و نوزاد در ملاقات -تدوین طرح مراقبتی برای هر ملاقات با خانواه همراه با اجرا و ارزشیابی مداخلات و مستند سازی

طرح مراقبتی برای نوزاد و خانواده

بعد از انجام ملاقات ها، بررسی و فهرست کردن مشکلات طرح مراقبتی براساس نیازهای نوزاد و مادر نوشته می شود. طرح مراقبتی با فرآیند پرستاری پوشش داده خواهد شد. این طرح برای ارتقا، حفظ، بازیابی و بازتوانی سلامت نوزاد و خانواده مورد استفاده قرار می گیرد. یک روش مشکل گشایی، بر اساس اصول علمی است که به مراقبت کننده اجازه می دهد با استفاده از یک روش سازمان دهی شده مراقبت ها را انجام دهد. طرح مراقبتی در کلیه محیط های مراقبتی قابلیت استفاده دارد و شامل پنج مرحله بررسی،بیان مشکل، اهداف، اقدامات و ارزشیابی است. مراقبین وضعیت خانواده را با استفاده از فرم ها ارزیابی و بررسی نمایند و از طرح های مراقبتی استاندارد برای نوزاد و مادر استفاده کنند. نمونه ای از طرح مراقبتی برای نوزادان در معرض خطر در زیر آورده شده است. از این طرح می توان در بیمارستان استفاده نمود. علاوه بر این، در مواردی که نوزاد ترخیص زودهنگام داشته باشد و با یه دلایل دیگری در منزل تحت مراقبت قرار گیرد می توان از آن،جهت انجام برخی از اقدامات بهره گرفت (جدول 1-4).

4-مرحله پایانی

مرحله پایانی مرحله ای است که طبق ملاقات ها و طرح مراقبتی، اهداف مراقبتی پوشش داده شده است و یا نوزاد دوره نوزادی خود را به پایان رسانیده است و جهت ادامه درمان و مراقبت ها به سرویس های دیگری ارجاع داده می شود. همان طور که گفته شد ادامه مراقبت و ملاقات بر عهده خانواده است. آنها می توانند هر زمانی که مایل بودند به برنامه خاتمه دهند و یا به مراکز دیگر ارائه خدمات مراجعه نمایند. در این مرحله کلیه فعالیت ها و ارجاعات بررسی و ارزیابی می شوند و نتایج گزارش و مستند می گردند.

جدول1- 4: طرح مراقبت از نوزادان در معرض خطر یا در خطر			
بیان مشکل	**هدف**	**اقدامات**	**ارزشیابی**
1-تغییر در الگوی تنفسی مربوط به زودرسی یا آسیب های ریوی، عروقی و آلونولی	داشتن تنفس مناسب و موثر	- نوزاد در وضعیت مناسب قرار گیرد. - نوزاد طاقباز باشد و گردن کمی کشیده باشد (برای پیشگیری از تنگی راه هوایی). - وضعیت تنفس از نظر تعداد، عمق، رنگ پوست کنترل شود. - ترشحات بینی، حلق و دهان خارج گردد. - اکسیژن بر حسب نیاز داده شود. - وضعیت تنفس نوزاد برای علائم زجر تنفسی(تعداد تنفس زیاد بیش از 60- ناله خشونت صدا –لرزش پره های بینی - سیاه شدن مخاط و پوست) مشاهده شود. -لباس و کهنه نوزاد راحت و آزاد باشد تا بهتر تنفس کند. - به والدین در مورد تنفس منظم و موثر آموزش داه شود. - مراقبت تکاملی در منزل انجام شود. - احیا را به‌والدین آموزش دهید.	الگوی تنفس نوزاد از نظر تعداد و عمق طبیعی است و علایم زجر تنفسی را نشان نمی دهد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود
2-خطر تغییر درجه حرارت مربوط به کنترل نا کارآمد درجه حرارت، تغییر حرارت محیط و کمبود چربی زیر جلد	حفظ ثبات درجه حرارت	نوزاد با پتو گرم نگه داشته‌شود. نوزاد در آغوش مادر و یا زیر وارمر قرار داده شود. حرارت محیط 24 تا 25و رطوبت 40 تا 50 درصد حفظ گردد. نوزاد را تا ثبات وضعیت درجه حرارت حمام ندهید. درجه حرارت نوزاد را کنترل کنید و مواظب افزایش یا کاهش درجه حرارت نوزاد باشید. ختنه نوزاد را تا به ثبات رسیدن درجه حرارت به تعویق بیندازید یا نوزاد را در زیر وارمر قرار دهید.	درجه حرارت نوزاد 36/5تا 37/5 خواهد بود. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود
3-شیردهی غیر موثر مربوط به زودرسی و مشکلات سینه، جدایی نوزاد و مادر، سوء تعبیر ها و ناآگاهی مادر،	داشتن شیردهی موثر	به مادر شناسایی علایم گرسنگی در نوزاد را آموزش دهید. آموزش به مادر برای داشتن تغذیه مناسب و مصرف مایعات آموزش به مادر برای تکنیک های مختلف شیردهی و انتخاب مناسب ترین آنها نوزاد را از نظر گرفتن بیشترین قسمت آروئولا پستان ، نحوه مکیدن و بلع صدادار بررس یکنید نوزاد را از نظر دفع ادرار و مدفوع بررسی کنید. بررسی پستان از نظر قرمزی و زخم حمایت مادر از طریق پدر و یا سایر افراد	شیردهی موثر با حفظ دلبستگی مادرونوزاد، قرار گیوی صحیح پستان داخل دهان نوزاد ، مکیدن و بلع مناسب و نبود زخم در پستان انجام خواهد شد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود
4- اختلال در الگوی رشد مربوط به زودرسی،بچه اول بودن،رفتارهای تغذیه ای نامناسب، ناآگاهی والدین یا مراقب	داشتن رشد متناسب با سن نوزاد	نوزاد و مادر را درحین شیردهی مشاهده نمایید تا بتوانید نیاز به آموزش بیشتر و یا مشکلات همراه با تغذیه را شناسایی کنید. به مادر در مورد داشتن یک تغذیه صحیح و آنچه مورد انتظار است آموزش دهید به نیاز بیشتر دریافت کالری در نوزادان زودرس و نوزادن مبتلا به اختلات متابولیک توجه کنید. قد و وزن را هر هفته کنترل نمایید.	نوزاد رفتارهای تغذیه ای مناسبی داشته باشد و وزن (روزانه 15 تا 30 گرم)، قد، دور سرافزایش یابد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود.

5-اختلال در دلبستگی نوزاد و مادر مربوط به زودرسی نوزاد، کمبود آگاهی در مورد مراقبت ها، نوزاد با خلق سخت (بدقلق)و یا با مشکلات و ناهنجاری های طبی	حفظ دلبستگی نوزاد و مادر	میزان دلبستگی والدین را بررسی نمایید. چگونگی رفتار با نوزاد را به آنها آموزش دهید. پاسخ نوزاد را نسبت به مراقبت ها بررسی نمایید. خلق نوزاد را برای نحوه آرام شدن بررسی کنید. والدین را به تامین نیازهای نوزاد و ایجاد و ارتقای حس اعتماد در نوزاد تشویق نمایید. والدین را برای برقراری دلبستگی با نوزاد تشویق نمایید.	والدین به رفتارهای نوزاد واکنش نشان می دهند. تماس چشمی برقرار می کنند و نوزاد نیز به رفتارهای مراقبتی والدین واکنش نشان می دهد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود.
6-اختلال در توانایی نقش مراقبتی مربوط به اولین فرزند، کمبود آگاهی، نداشتن تجربه برای مراقبت و خستگی از زودرسی و مشکلات طبی نوزاد	توانمندسازی والدین برای مراقبت از نوزاد	دانش والدین را در مورد مراقبت از نوزاد بررسی نمایید. نحوه مراقبت از نوزاد را آموزش دهید. برای والدین دستورالعمل های مراقبتی را آماده نمایید.	والدین رفتارهای مراقبتی مناسبی نشان دهند و با نقش جدیدشان احساس راحتی می نمایند.
7-خطر عفونت یا التهاب مربوط به نقص سیستم ایمنی، عوامل محیطی یا بیماری مادر	عدم وجود شواهدی ناشی از عفونت	قبل و بعد از مراقبت از نوزاد دست ها را بشویید. در صورت وجود ترشحات، از دستکش برای مراقبت استفاده نمایید روزانه چشم ها را از نظر قرمزی و التهاب کنترل کنید. نوزاد را از منابع عفونی نظیر افراد آلوده به بیماری های عفونی دور کنید. نحوه تمیز کردن ناحیه تناسلی دختر ها برای پیشگیری از عفونت قارچی به والدین آموزش دهید. برای تمیز نم ودن ناحیه تناسلی پسرها سر آلت را به آرامی تمیز نمایید و پوست آن را عقب نبرید. اگر آلت نوزاد ختنه شده است روی آن را با گاز وازلین بپوشانید و ازنظر خون ریزی کنترل کنید. ناف را روزانه از نظر بو، ترشح و رنگ بررسی کنید و خشک و تمیز باشد و کهنه زیر آن بسته شود.	شواهدی از عفونت نباشد ، چشم ها قرمز و ترشح چرکی نداشته نباشد. ناف خشک بوده و اطرافش شواهدی از عفونت نباشد. ناحیه تناسلی قرمز و ملتهب نباشد. واکسن هپاتیت تزریق شده باشد. -در صورت وجود شواهد مبنی بر عفونت به متخصص ارجاع داده شود.
8- خطر صدمه ناشی از تغییراتی در جریان خون مغز، پرفشاری یا کم فشاری گردش خون عمومی. کاهش گلوکز و اکسیژن بافتی مربوط به زودرسی سیستم عصبی مرکزی و پاسخ به استرس های فیزیولوژیک	پیشگیری از صدمه و حفظ صحیح گردش خون عمومی مغزی-تغذیه سلولی مناسب ، نداشتن علائمی از خون ریزی مغزی (مگر از شرایط قبلی)	برنامه ای برای نوزاد تنظیم کنید که خواب و استراحت مناسب داشته باشد. برنامه مراقبتی را به نحوی تنظیم کنید که در ساعات بیداری نوزاد باشد. روی تخت نوزاد را بپوشانید تا تاریکی مورد نیاز حفظ شود. حداقل جابجایی را برای نوزاد در نظر بگیرید. هنگام تعویض یک کهنه اضافه زیر باسن نوزاد بگذارید و فقط قسمت باسن را کمی بلند کنید از بلند کردن ساق و ران ها اجتناب کنید. حداقل سرو صدا باشد. ملاقات کننده ها محدود باشد سروصدای وسایل نظیر تلویزیون، رادیو و .. را به حداقل برسانید تحت را در اتاق یا یا مکانی خلوت آرام بگذارید درصورت نیاز از گوشی برای نوزاد استفاده	نوزاد علائمی از افزایش فشار داخل مغزی و خون ریزی مغزی نشان نخواهد داد.

		کنید. محرکات محیطی را کم کنید. درد نوزا د را ادراه کنید. علایم استرس در نوزاد را بررسی کنید سر تخت 15 تا 20 درجه بالا باشد تا شانس خون ریزی مغزی کمتر باشد. از چرخش ناگهانی سر نوز اد به یک طرف بپرهیزید زیرا جریان خون شریانی کاروتید را محدود می کند و اکسیژن رسانی به مغز را کاهش می دهد. میزان اکسیژن خون به حد مطلوب باشد تا هیپوکسی ایجاد نشود. هیپوکسی باعث افزایش جریان خون مغز و افزایش فشار داخل مغزی می شود.	
9- د رد مربوط به پروسیجر ها یی نظیر ختنه ، خونگیری پاشنه	نداشتن و یا به حداقل رسانیدن تجربه درد در نوزاد	بر این باور باشید که نوزادان درد را احساس می کنند بین درد و استرس تمایز قائل شوید . ضد درد را طبق دستور استفاده نمایید. از روش های غیر دارویی نظیر تغییر وضعیت ، بغل کردن ، پستانک، حرکت دادن آرام، کاهش محرکات محیطی و موزیک استفاده شود. والدین را تشویق کنیدکه راحتی نوزاد را فراهم کنند. با والدین در مورد نگرانی های شان نسبت به درد نوزاد گفتگو کنید. علت درد را بررسی کنید. در صورت نیاز به	نوزاد علائم ناشی از درد را نشان ندهد و یا به حداقل برسد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود.
10-غم و اندوه مربوط به تولد نوزاد در معرض خطر و یا مرگ نوزاد	-قبول تولد نوزاد در معرض خطر و یا مرگ نوزاد -دریافت حمایت های روحی و روانی مناسب	فرصت هایی را فراهم آورید تا خانواده بتوانند در مورد مراقبت از نوزاد در معرض خطر صحبت کنند. فرصت هایی را فراهم کنید تا والدین قبل از مرگ و یا در زمان مرگ نوزاد نزد او باشند. با او صحبت کنند ، مراقبت کنند و او را در آغوش بگیرند. از نوزاد و والدین درحالت مراقبت و یا در حین در آغوش بودن عکس بگیرید. به نوزاد لباس مناسبی بپوشانید. یادگاری هایی از نوزاد نظیر دستبند، مو، پتو و اثر کف پا را داشته باشید. تشویق کنید والدین را که اسمی برای نوزاد انتخاب کنند. - قبل و بعد از مرگ نوزاد عکس بگیرید تا بعدا وواقعیت را در مورد نوزاد ببنند از تصمیم گیری والدین برای خاتمه زندگی نوزاد حمایت کنید. منابع حمایتی برای مراسم سوگواری را ترتیب دهید. منابع حمایتی برای والدین فراهم کنید. با توجه به مذهب خانواده از روحانی کمک بگیرید. فرصتی را برای خانواده فراهم کنید تا در مورد بیماری و مشکلاتنوزاد سوال کنند و پاسخگو باشید. خانواده را به منابع حمایتی ارجاع دهید	والدین رفتارهای مناسب اندوه را متناسب با فرهنگ، مذهب و عوامل اجتماعی نشان خواهند داد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود.

11-خطر آسپیراسیون در ارتباط با زودرسی، ناهنجاری های کام و غیره	نوزاد بدون آسپیراسیون تغذیه شود.	به والدین نحوه صحیح تغذیه را توضیح دهید. وضعیت (پوزیشن) مناسبی برای شیرخوار انتخاب نمایید. سر و گردن بالا باشد و پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته انتخاب گردد. نحوه شیر دهی صحیح از پستان به مادر آموزش داده شود. از وسایل مناسب شیردهی نظیر گاواژ، فنجان ویا شیشه های مخصوص برای نوزادان مبتلا به شکاف کام وغیره استفاده شود.	نوزاد علایم آسپیراسیون نظیر سیاه شدگی، خروج شیر از بینی و آپنه را بروز ندهد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود.
12-خطر زردی مربوط به افزایش لیز سلول های خونی ، زودرسی سدخونی- مغزی و عملکرد کبد، اختلال در تغذیه و دفع	نوزاد درمان مناسبی برای دفع بیلیروبین خواهد داشت و صدمه ای نخواهد دید.	برقراری شیردهی در 24 ساعت اول در صورت نیاز به تغذیه با شیرخشک، به والدین کمک کنید. بررسی پوست هر 4 ساعت از نظر زردی بررسی پیشرفت زردی بخصوص در 24 ساعت اول بررسی زردی با استفاده از بیلیروبین سنج پوستی و بیلی روبین سرم کنترل علایم حیاتی هر 8 ساعت کنترل وضعیت دفع ادرار و مدفوع آموزش به والدین برای نیاز به کنترل زردی نوزاد در منزل در صورت بروز زردی مشاوره با پزشک برای درمان	زردی نوزاد با درمان مناسب رفع خواهد شد. -در صورت عدم دستیابی به هدف به متخصص ارجاع داده شود.
13-کمبود آگاهی در مورد ختنه	والدین یا مراقب در مورد ختنه آگاهی کسب کنند و پروسیجر را درک نمایند.	مزایا و خطرات ختنه را برایشان توضیح دهید به والدین پمفلت آموزشی بدهیددر مورد ختنه و مراقبت های بعد از عمل جراحی آموزش بدهید. قبل از عمل مجددا به آنها آموزش دهید و پروسیجر را قابل درک وفهم کنید.	والدین در مورد انواع پروسیجر ختنه بحث می کنند و با توجه به محاسن ومعایب آن روش مناسب را انتخاب می کنند.
14-کمبود آگاهی والدین در مورد تغذیه، حمام دهی، پوشک کردن و ایمنی، ختنه و سایر مراقبت های معمول	والدین در مورد مراقبت های معمول سوال کنند و درک خود را از مراقبت ها نشان دهند.	کلیه اطلاعات مربوط به مراقبت های معمول را به طور نوشتاری و یا فیلم به آنها آموزش دهید. آموزش های مورد نیاز را به روش چهره به چهره توضیح دهید. به تصمیمات والدین احترام گذاشته شود. به مسائل فرهنگی در امر مراقبت ها توجه شود به طور مثال مادر برای شیردهی نیاز به یک حریم خصوصی دارد. با مشاهده از انجام صحیح مراقبت ها اطمینان حاصل شود. مسائل ایمنی نظیر سقوط و داشتن صندلی ایمن در ماشین بررسی شود. ممکن است والدینی که اولین فرزندشان است در این مورد از خطرات احتمالی آگاه نباشند و والدین با تجربه نیاز به یادآوری و آشنایی با وسایل جدید داشته باشند. خانواده را تشویق کنید که در مراقبت ها مشارکت داشته باشند تا مادر قادر باشد زمانی را به استراحت بپردازد.	پرستار طبق فهرست ارزشیابی، توانمندی والدین را در مراقبت ها مشاهده نماید و آنها را مستند کرند. پی گیری و ملاقات در منزل را انجام دهید.

بخش دوم

راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد در منزل

فصل اول: کلیات راهنمای بالینی

فصل دوم: راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد سالم و نوزاد در معرض خطر در منزل

فصل اول: کلیات راهنمای بالینی

اهداف

از ارائه دهنده خدمت انتظار می رود بعد از مطالعه این فصل قادر باشد:
-توانمند سازی خانواده را براساس رویکرد مراقبت خانواده محور انجام دهد.
- با خانواده ارتباط مناسبی برقرار کند.
- محیط خانه را بررسی نماید.
- مادر و خانواده را ارزیابی نماید.

این فصل به کلیات راهنمای بالینی ملاقات و مراقبت در منزل از نوزاد اشاره می کند تا با استفاده از رویکرد مراقبت خانواده محور و توانمند شدن در برقراری ارتباط، بتوان مراقبت از نوزاد را انجام داد. علاوه بر این، محیط خانه و خانواده نیز مورد ارزیابی قرار می گیرد.

توانمند سازی خانواده

مقدمه

توانمندسازی خانواده براساس رویکرد مراقبت خانواده محور انجام می گیرد. در این رویکرد، خانواده محوریت اصلی را در مراقبت از فرد بر عهده دارد. فلسفه مراقبت خانواده محور، خانواده را یک پدیده ثابت در زندگی کودک می داند. در این راستا سیستم های خدماتی و عاملین مراقبت ، با توسعه مشارکت و همکاری با والدین باید قدرت وکفایت خانواده را مورد حمایت و تشویق قرارداده و آن را افزایش دهند. دو مفهوم اصلی در مراقبت خانواده محور شامل توانمندسازی و قدرت دهی است. توانمند کردن به انجام کلیه اقداماتی گفته می شود که خانواده به ویژه مادر را قادر می سازد از نوزاد خود مراقبت نماید و قدرتمند نمودن به این معنا است که مادر یا خانواده قادر می شوند تا برای نوزاد خود حق تصمیم گیری برای اولویت ها داشته باشند.

باید دانست که نوزاد و مادر دو رکن اصلی در خانواده هستند و لازم است که کلیه اعضای خانواده در امر مراقبت از آنان مشارکت داشته باشند، از

طرفی، خانواده صاحب اصلی نوزاد است. بنابراین تیم سلامت، خانواده را باید به عنوان یکی از اعضای تیم بداند. هدف از انجام مراقبت خانواده محور به حداقل رسانیدن آسیب ها به نوزاد و به حداکثر رسانیدن رشد و تکامل نوزاد است. در این راستا افراد تیم سلامت باید اصول مراقبت خانواده محور را درنظر بگیرند. این اصول عبارتند از:

- قدر دانی، حفظ شان و احترام به خانواده
- مشارکت دادن خانواده در مراقبت ها
- ارتقا شایستگی و اطمینان دهی به خانواده ویژه مادر
- دادن اختیار و قدرت به مادر جهت مراقبت از نوزاد

با در نظر گرفتن اصول فوق، عامل مراقبت در منزل باید خانواده را در مراقبت شریک بداند و کلیه اقدامات را بر اساس اصول مراقبت خانواده محور برنامه ریزی نماید تا با توانمند سازی مادر، اعتماد به نفس او را جهت مراقبت از نوزاد ارتقا بخشد. علاوه بر این، اعضای خانواده با حمایت از مادر در دوره بارداری و بعد از آن، نقش والدی او را تقویت و سلامت جسمی - روحی و روانی و اجتماعی او را ارتقا می دهند.

جدول 2-1: فرآیند توانمند سازی خانواده

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
عامل مراقبت (پرستار/ماما)	-در هر زمان ملاقات با خانواده -پیش از تولد -بعد از تولد - حین بستری بودن	-منزل	-آشنایی با اصول مراقبت خانواده محور -توانمند کردن مادر جهت رفع نیازهای نوزاد -حمایت از نقش والدی

فعالیت ها

-از فلسفه مراقبت خانواده محور آگاه شوید.
-با اصول مراقبت خانواده محور آشنا شوید.
-خانواده را جز تیم سلامت بدانید.
-خانواده را صاحب نوزاد بدانید.
-خانواده را در امر مراقبت ها مشارکت دهید.
- نقاط قوت و توانایی های خانواده را در ارتقا سلامت نوزاد به آنها یاد آور شوید.
-نقاط ضعف و نگرانی های آنها را بررسی و یاری شان نمایید.
- با تشریک مساعی و به اشتراک گذاشتن دانش، مهارت ها و منابع خانواده را حمایت کنید.
-خانواده را در تصمیم گیری ها در نظر بگیرید.
-احساس والد خوب بودن را در والدین تقویت نمایید.

برقراری ارتباط با خانواده

مقدمه

برقراری ارتباط، فرآیند بسیار مهمی است که شروع، تداوم و ثمربخش بودن مراقبت ها را در بر می گیرد. برای برقراری ارتباط موثر باید به فرهنگ، موقعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده توجه داشت. در صورت عدم برقراری ارتباط مناسب و موثر، روند درمانی و مراقبتی مادر و نوزاد مختل خواهد شد. فعالیت های زیر جهت برقراری ارتباط موثر مناسب است.

جدول 2-2: فرآیند برقراری ارتباط با خانواده

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار /ماما)	-پیش از تولد -بعد از تولد - حین بستری بودن	-منزل - مرکز درمانی - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- معارفه و بیان اهداف - به کارگیری اصول مهارت های ارتباطی - استفاده از مهارت های برقراری ارتباط در موقعیت های دشوار	-موارد غیرطبیعی برای مشاوره روانشناسی ارجاع داده شود. -در صورت بروز موقعیت های دشوار، زمان دیگری را در نظر بگیرید.

فعالیت ها

۱ - در ابتدا با گشاده رویی خود را معرفی نمایید و هدف از دیدار را مشخص نمایید.
۲ - اصول مهارت های برقراری زیر را در نظر بگیرید:
-به ارزش های خانواده احترام بگذارید.
-قضاوت نکنید.
-به ساختار خانواده که با شما متفاوت است احترام بگذارید.
-به ارتباطات و کلماتی که برای بیان نقطه نظرات در خانواده استفاده می کنند توجه خاص مبذول شود.
-با توجه به تغییرات ساختاری در خانواده، ممکن است که مراقب اصلی نوزاد، مادر نباشد و پدر، مادربزرگ، پدر بزرگ، اقوام ویا مراقب باشد او را شناسایی نمایید.
-از بکاربردن کلمات انگلیسی و یا اصطلاحات علمی (مکونیوم، لبیا ، ادم ، ژنیتال، کلستروم، سند، رگ...) اجتناب ورزید.
-توجه داشته باشید که شما یک مهمان در خانواده هستید و نباید تلاش کنید که تغییراتی را در خانواده ایجاد کنید که نیاز نیست.
-به خانواده اعتماد کنید و بدانید که بر اساس رویکرد مراقبت خانواده محور، والدین می توانند تصمیم گیرنده باشند.
-باید به عنوان مراقبت کننده در نظر داشته باشید که در منزل باید درکلیه موارد برنامه ریزی، انتقال و ارزشیابی ها با خانواده، همکاری داشته باشید.

-اصل انعطاف پذیری را در نظر بگیرید و اجازه دهید خانواده اولویت ها و ترجیحات خود را مطرح نماید و در صورت امکان آن را اجرا نمایید.
- با خانواده خودمانی باشید. خانواده را به عنوان عضوی از جامعه و افراد معمولی در نظر بگیرید به آنها به دیده بیمار یا مددجو ننگرید و حتی نام بیمار یا مریض به آنها اطلاق نشود. مصاحبه و سوالات به طور رسمی نباشد. با آنان به نحوی صحبت کنید که می خواهید همدیگر را بشناسید و اطلاعات را به مشارکت گذارید.
-کل نگر باشید. یک نوزاد و مادر عضوی از خانواده هستند و باید نیاز های آنها در زمینه خانواده در نظر گرفته شود.
-خلاقیت داشته باشید. در برنامه ریزی روزانه، خانواده را در نظر بگیرید و با خانواده برنامه ای مراقبتی را طرح ریزی کنید.
-رفتار، و پوشش حرفه ای را در ارتباط با خانواده حفظ کنید.
-با استفاده از تکنیک های تعاملی و ارتباطی خوب، یک ارتباط درمانی بین خانواده و خودتان برقرار کنید.
- از مهارت های برقراری ارتباط در موقعیت های دشوار طبق جدول زیر استفاده نمایید.

جدول 2-3: مهارت های برقراری ارتباط با خانواده

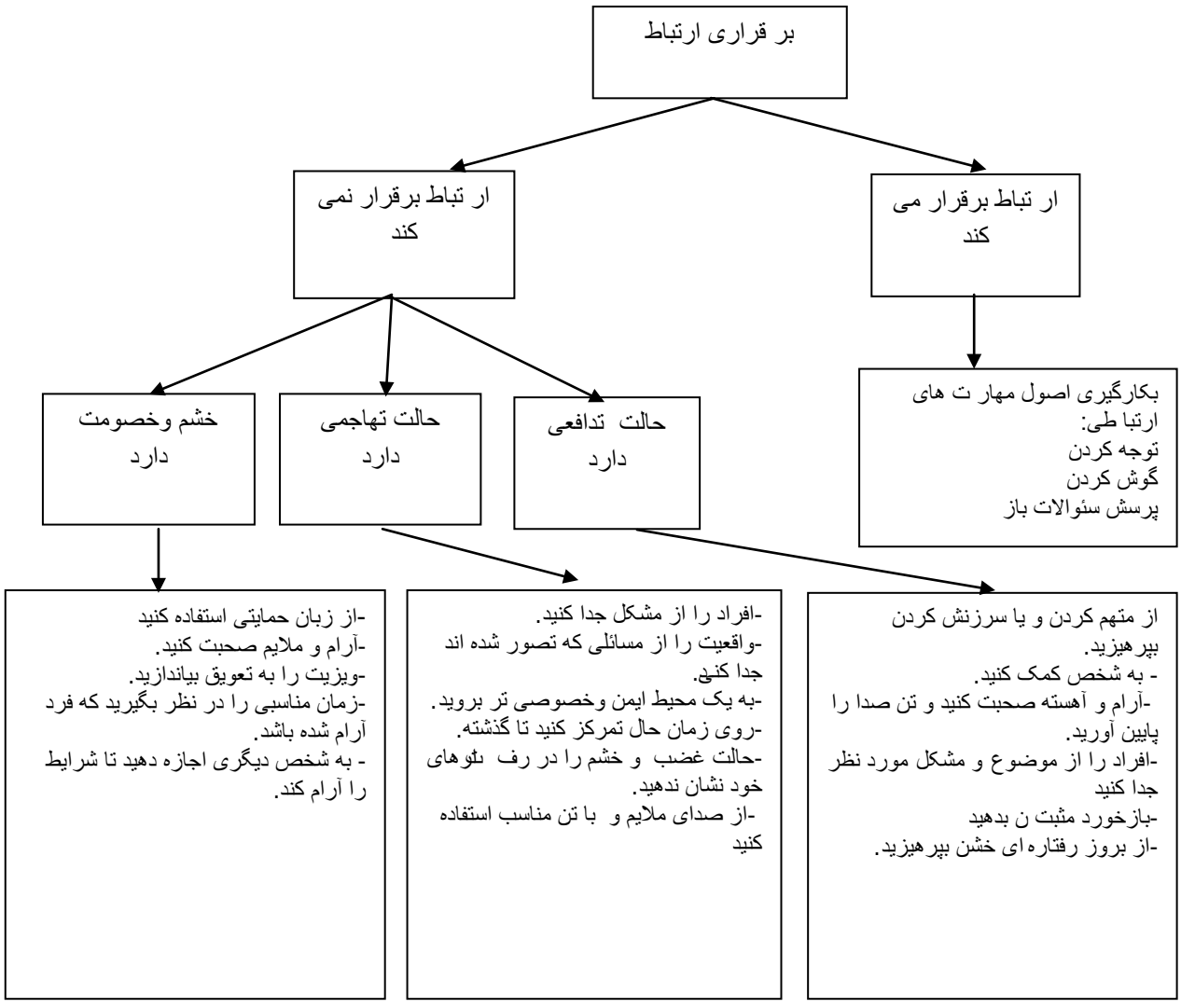
مهارت	توضیحات
-توجه کنید	گوش کردن، کلیدی برای برقراری یک مکالمه موفق است. گوش کنید تا بفهمید، نه اینکه سخنان را تکرار کنید. رو در رو صحبت کنید و تماس چشمی داشته باشید. سر را تکان دهید و توجه تان را به مخاطب نشان دهید. ورق ها را جابه جا نکنید، با تلفن همراه خود پیامک نفرستید و حواستان کاملا به مخاطب باشد.
-گوش کنید	گفتگو کردن می تواند نشانه گوش دادن باشد.
-سوالات باز بپرسید.	این باعث می شود گوینده صحبت کند و نشان می دهد که گوش می دهید.
-گوینده را راحت بگذارید.	این باعث می شود گوینده احساس راحتی کند و نشان می دهد چیزهایی که می گوید با اهمیت و قابل ارزش است.
-همدلی نمایید.	تلاش کنید که نشان دهید نقطه نظرات آنان را می فهمید.
-جملات را به شیوه دیگری بیان کنید.	روش خوبی است که گفتار گوینده را معتبر می کند و شنیده می شود.
-بازگو نمایید	با استفاده از خود لغات گوینده کلمات را بازگو کنید.
-عصبانی نشوید.	به یاد داشته باشید که عصبانیت ارتباط را تسهیل نمی کند.
-بحث نکنید و کسی را مورد انتقاد قرار ندهید.	این باعث می شود که گوینده حالت تدافعی به خود بگیرد و مکالمه خاتمه پیدا کند.

جدول 2-4: ارتباط در موقعیت های دشوار

اگرگوینده حالت ... دارد:	شما باید:
تدافعی	- از متهم کردن و یا سرزنش کردن بپرهیزید. - به شخص کمک کنید. -آرام و آهسته صحبت کنید و تن صدا را پایین آورید. -افراد را از موضوع و مشکل مورد نظر جدا کنید مثلا به جای اینکه بگویید چه کسی سر بچه را آسیب زده است. بگویید بچه یک کبودی در سرش دارد. -بازخورد مثبت در مورد مسئولیت و نقش والدینی به آنها بدهید و بگویید شما از نوزادتان خوب مراقبت کردهاید. -از بروز رفتاره ای خشن مثل مشت کردن دست، با انگشت اشاره نشان دادن و غضب کردن بپرهیزید.
تهاجمی (سرزنش یا متهم کردن)	-افراد را از مشکل جدا کنید. -واقعیت را از مسائلی که تصور شده اند، جدا کنید. -به یک محیط ایمن وخصوصی تر بروید. -روی زمان حال تمرکز کنید تا گذشته. نشان دهید که تمایل دارید با یکدیگر کار کنید و اشتباهات را اصلاح کنید. حالت غضب و خشم را در رفتارهای خود نشان ندهید. از صدای ملایم و با تن مناسب استفاده کنید.

خشم وخصومت	-از زبان حمایتی استفاده کنید مثلا من خشم شما را درک می کنم -آرام و ملایم صحبت کنید. -ملاقات را به تعویق بیاندازید. زمان مناسبی را در نظر بگیرید که فرد آرام شده باشد. به شخص دیگری اجازه دهید تا شرایط را آرام کند.

نمودار2-1:فرایند برقراری ا تباط



ارزیابی محیط خانه

مقدمه

امنیت محیط برای دوره بارداری، جنین و نوزاد مهم است. فرد مراقبت گیرنده باید از صدمات فیزیکی و آلودگی های محیطی دور باشد. عامل مراقبت باید محیط خانه را بررسی نماید و از ایجاد صدماتی نظیر سقوط و عفونت پیشگیری کند. علاوه بر این برای راحتی بیشتر نوزاد و مادر باید درجه حرارت اتاق مناسب باشد و محرکاتی نظیر نور، صدا و بوهای تند در محیط خانه به حداقل برسد.

جدول 2-5: **فرآیند ارزیابی محیط**				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**	**پی گیری و ارجاع**
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) - والدین - کارشناس بهداشت محیط	-پیش از تولد - بعد از تولد	منزل	-بررسی و ارزیابی محیط طبق فرم -آموزش به خانواده برای ایجاد تغییرات مناسب در چیدمان منزل -آموزش جهت پیشگیری از عفونت - توصیه های حفظ ایمنی برای مادر و نوزاد - آموزش تعدیل محرکات محیطی	- تغییرات محیط را از نظر ایمنی برای نوزاد و مادر پی گیری کنید. -مشاوره و ارجاع به کارشناس بهداشت محیط در صورت نیاز

فعالیت ها

-محیط را طبق فرم پیوست ارزیابی کنید.

-پله های خانه مورد بررسی قرار گیرد و در مورد استفاده از نرده ها و نحوه حرکت آهسته توضیح داده شود.

-توصیه شود از گذاشتن اشیا سر راه ، تا خوردگی فرش و غیره خودداری شود.

-احتیاط هنگام راه رفتن بر روی سرامیک های خیس و لغزنده اتاق ها و یا حمام توصیه شود.

-توصیه شود از پوشیدن کفش ه ای پاشنه بلند در دوره بارداری به ویژه ماه های آخر و بعد از آن هنگام در آغوش گرفتن نوزاد خودداری کنند.

-در صورتیکه چیدمان خانه (دکوراسیون)به نحوی است که باعث آسیب به مادر باردار و یا نوزاد می شود با در نظر گرفتن ترجیحات خانواده پیشنهاد هایی را جهت حفظ ایمنی نوزاد و مادر توصیه کنید.

-برای رفتن دستشویی از توالت فرنگی استفاده شود.

- دست ها را قبل از هرگونه اقدام نظیر غذا خوردن، دست زدن به نوزاد و غیره شسته شود.

- از تماس نزدیک با افرادی که دچار سرماخوردگی و یا عفونت های دیگر هستند در دوره بارداری و برای سلامت نوزاد خودداری شود.

- بعد از تولد نوزاد تا یک ماهگی از رفت و آمدها و مهمانی های غیر ضروری اجتناب کنید.

-محیط خانه تمیز و وسایل مصرفی برای مادر و نوزاد تمیز باشد.

- توصیه شود از لوازم و تجهیزات، غذاها، مواد لبنی و سبزیجاتی که به تمیز بودن و عاری بودن از بیماری های عفونی اطمینان ندارید، حتی المقدور استفاده نکنید.

-درجه حرارت محیط برای مادر و نوزاد مناسب باشد.

-در اتاق نوزاد دماسنج نصب باشد و میزان طبیعی آن را 24- 26 درجه سانتی گراد در نظر گرفته شود.

-هوای اتاق با باز کردن پنجره ها و یا استفاده از هواکش تمیز نگه داشته شود.

-نور هنگام بیداری و خواب تنظیم شود تا آسایش را برای مادر و نوزاد به همراه داشته باشد.

-صدای های بلند در خانه (صدای تلویزیون ، رادیو، جاروبرقی) به ویژه زمان استراحت مادر و نوزاد کنترل شود.

-منبع بروز بوهای ناخوشایند مثل بوی عرق یا بوی مدفوع رفع شود و از بکار بردن اسپری و ادکلن برای رفع بو استفاده نشود.

- اطراف خانه ، محل سکونت و وضعیت بهداشتی محیط را ارزیابی کنید.

ارزیابی خانواده

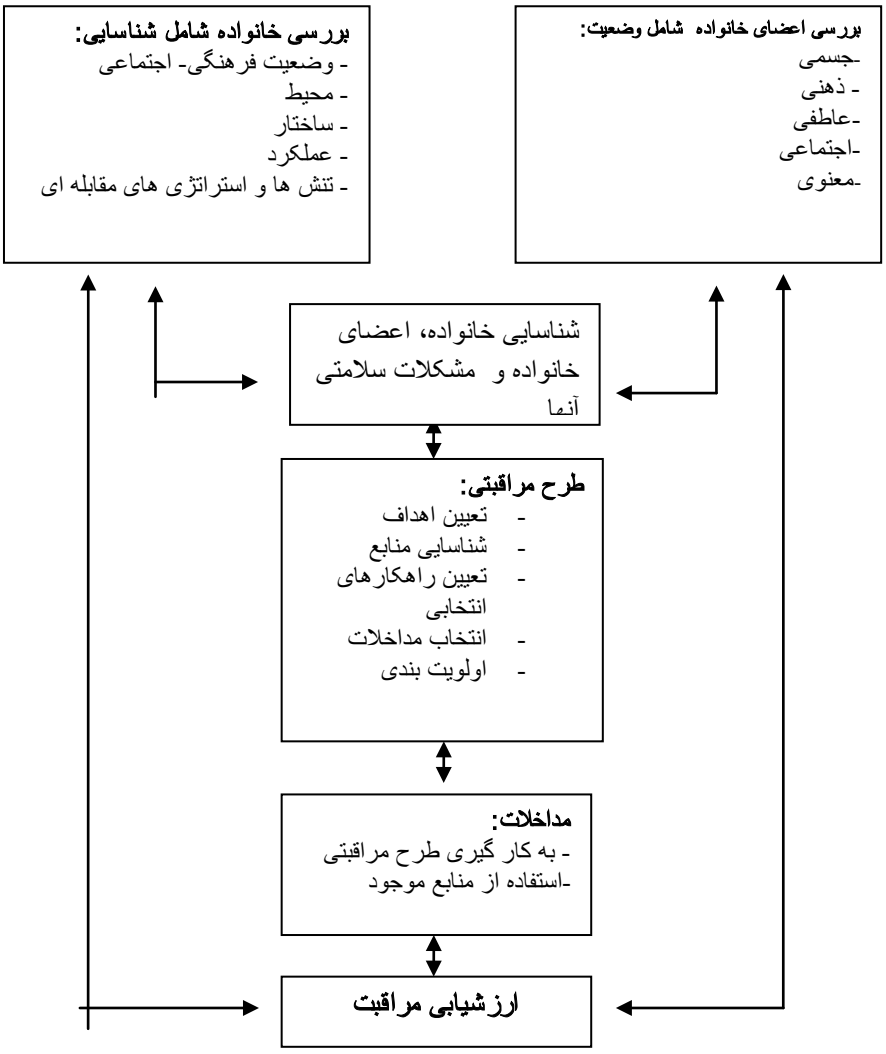
ارزیابی خانواده به منظور بهتر کار کردن با مددجو انجام می شود. عامل مراقبت باید نحوه تفکرش به شیوه تعاملی باشد تا بتواند به بررسی خانواده و اعضای آن بپردازد. در بررسی خانواده، بیشتر نکات قوت خانواده مد نظر قرار داده می شود و لازم است آنها را به توانمندی ها و منابع در دسترس خود بیشتر هوشیار نمود تا خودشان قادر باشند مشکلات را رفع نمایند.

جدول 2-6: **فرآیند ارزیابی خانواده**				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**	**پی گیری و ارجاع**
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) - کارشناس بهداشت	-پیش از تولد - بعد از تولد	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	-جمع آوری اطلاعات مربوط به سلامت - اطلاع دهی تلفنی به خانواده - تعیین هدف و قرار ملاقات -بررسی نیازها و مشکلات خانواده -شناسایی نقاط قوت خانواده - تدوین طرح مراقبتی با خانواده - تکمیل فرم بررسی خانواده	موارد مورد نیاز پی گیری و ارجاع داده شود.

فعالیتها

- اطلاعات مربوط به سلامتی خانواده را از پرونده بهداشتی آنها جمع آوری نمایید. (در صورت امکان)
- قبل از رفتن به منزل، قرار ملاقات، هدف از ملاقات و نام عامل مراقبتی را از طریق تلفن اطلاع دهید.
- ابزارها، فرم های بررسی و وسایل مورد نیاز را قبل از ورود به منزل همراه داشته باشید. (فرم ها به پیوست است)
- نیازهای خانواده را بررسی نمایید.
- نقاط قوت خانواده را شناسایی نمایید.
- خانواده را از نظر وضعیت فرهنگی- اجتماعی، محیط، ساختار و عملکرد شناسایی کنید.
- اعضای خانواده را از وضعیت نظر جسمی، ذهنی، عاطفی، اجتماعی و معنوی بررسی کنید.
- عامل قدرت را در خانواده بررسی کنید.
- سطح اختیارات را در خانواده بررسی کنید.
- طرح مراقبتی را براساس اهداف، شناسایی منابع، تعیین راهکار ها، مداخلات و اولویت بندی آنها با کمک خانواده تدوین نمایید.
- مداخلات را بر حسب اولویت و وجود منابع در دسترس بکار بندید.
- مراقبت انجام شده را ارزشیابی کنید. (نمودار 2-2)

نمودار2-2: بررسی و طرح مراقبتی
خانواده خانواده



بررسی سلامت مادر

مقدمه

یکی از اعضای کلیدی خانواده مادر است که جهت توانمندسازی او در امر مراقبت از نوزاد باید از صحت سلامت جسمی و روحی مناسب برخوردار باشد. مادری قادر به مراقبت از نوزاد خود خواهد بود که در طی دوره بارداری و بعد از زایمان تحت مراقبت و حمایت عاملین مراقبت قرار داده شود. بنابراین ضرورت دارد هنگام ملاقات در منزل بررسی اولیه ای از مادر، از لحاظ حال عمومی به عمل آید تا توانایی او در مراقبت از نوزاد مشخص گردد. به طور کلی بررسی وضعیت سلامت مادر در منزل شامل فعالیت های زیر است:

ارزیابی علایم حیاتی مادر

مقدمه:

بررسی علائم حیاتی مادران در دوران بارداری و پس از زایمان نیز حائز اهمیت است. علائم حیاتی در مادران شامل ضربان قلب، تعداد تنفس و درجه حرارت بدن مادر است که در هر ویزیت از منزل انجام می شود .علائم حیاتی در موقع استراحت برای ضربان قلب 100-60 ضربه در دقیقه، تنفس 20-12 در دقیقه ، دمای بدن از طریق زیربغل 36/7 تا 37/7 درجه سانتیگراد است. علایم خطر را به مادر آموزش دهید تا در صورت بروز با عامل مراقبت تماس بگیرد.

جدول 2-7: فرایند ارزیابی علائم حیاتی مادر

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار ، ماما)	- در اولین مراقبت دوران بارداری و مراقبت های بعدی -مراقبت های نیمه اول بارداری (20 هفته اول) -مراقبت های نیمه دوم بارداری (20 هفته دوم)	-منزل	- اندازه گیری درجه حرارت - اندازه گیری فشارخون - اندازه گیری تنفس - اندازه گیری نبض	-موارد غیر طبیعی درعلائم حیاتی پی گیری شود. -مراقبت های لازم انجام شود. -در صورت عدم بهبود ارجاع داده شود.

فعالیت‌ها:

- در ابتدا برای مادر هدف از اندازه گیری علایم حیاتی را توضیح دهید.
- دستانتان را با آب و صابون بشویید و خشک نمایید.
- علایم حیاتی را در حالتی که مادر آرام است کنترل نمایید.
- مادر را در وضعیتی قرار دهید که حرکات قفسه سینه قابل مشاهده باشد.
- تعداد تنفس را در فرم ثبت علائم درج کنید.
- با لمس نبض رادیال مادر، ضربان قلب را اندازه گیری نمایید.
- ساعت ثانیه شمارتان را در مقابل خود قرار دهید.
- ضربان قلب را به مدت 1 دقیقه بشمارید.
- تعداد ضربان را در فرم ثبت علائم درج کنید.
- دماسنج جیوه ای را با الکل تمیز کنید و به مدت 5 تا 8 دقیقه درجه حرارت بدن را از طریق زیر بغل کنترل نمایید.
- دماسنج دیجیتالی را تمیز نموده و آن را دقیقا زیر بغل بگذارید و بازو را به آرامی به طرف بدن مادر فشار دهید تا عدد دمای بدن بر روی صفحه دماسنج ظاهر شود. معمولا بعد از 2 دقیقه مشخص می شود.
- مقدار دمای بدن را ثبت کنید.
- علائم اندازه گیری شده را در برگه ثبت نمایید.
- در صورت غیرطبیعی بودن علائم به پزشک اطلاع دهید.
- در حالت نشسته دستگاه فشارسنج را بر روی بازوی مادر (4 سانتیمتر بالاتر از آرنج) ببندید و با گرفتن نبض رادیال فشارخون دقیق مادر را اندازه گیری و ثبت نمایید.
- در صورت افزایش فشار تدریجی یا فشار 140/90 یا بالاتر به پزشک ارجاع دهید.

جدول 2-8: فرآیند بررسی سلامت مادر				
فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار،ماما)	- دوران بارداری - بعد از تولد	-منزل - مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل	-مروری بر پرونده بهداشتی مادر - بررسی مادر از نظر برقراری ارتباط با نوزاد و دلبستگی - آموزش علائم خطر به مادر -ارزیابی وضعیت روحی و روانی مادر (پرسش نامه ادینبرگ)	- پی گیری علائم خطر و ارجاع در صورت نیاز

فعالیت ها

- از سوابق سلامتی مادر با مروری بر پرونده بهداشتی او مطلع شوید. (در صورت امکان)
- مادر را از نظر تعامل با نوزاد و داشتن علائم دلبستگی(بغل کردن و نگهداشتن نوزاد، نوازش کردن، داشتن تماس چشمی، تکان دادن و آواز خواندن) بررسی نمایید.
- به مادر علائم خطر پس از زایمان را آموزش دهید:

خون ریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول
تب و لرز
خروج ترشحات بد بو و چرکی از مهبل
درد و ورم یک طرفه ساق و ران
سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
درد و تورم و سفتی پستان ها
درد، سوزش و ترشح از بخیه ها
سرگیجه و رنگ پریدگی

با خانواده در مورد وضعیت روحی و روانی مادر صحبت کنید.
پرسشنامه افسردگی ادینبرگ را تکمیل نمایید.
طبق جدول 2-9 علائم اختلالات روانی را بررسی و اقدامات را انجام دهید.

جدول 2-9: ارزیابی اختلالات روانی پس از زایمان		
علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
-در مراحل اولیه: بی خوابی، بی قراری،تغییرات سریع خلق و خو، عصبانیت، تحریک پذیری -در مراحل پیشرفته: اختلال در جهت یابی(عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، شخصیت زدودگی، تغییرات سریع خلق از مانیا به افسردگی و برعکس، رفتار غیرارادی و آشفته، عقاید هذیانی در مورد نوزاد(اعتقاد به اینکه نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاصی دارد، نوزاد شیطان یا خداست....) توهمات شنوایی که به مادر دستور می دهد به نوزاد صدمه	سایکوز یا علائم خطر فوری روانی	- در موارد پیشرفته ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر(نوزاد با مادر همراه نشود) اقدامات پیش از ارجاع: - در صورت تمایل یا اقدام به خودکشی: آموزش همراهان از نظر محافظت بیمار - در صورت پرخاشگری و تحریک پذیری شدید: نکته: با توجه به اینکه سایکوز بعد از زایمان ممکن است با علائم اختلال هوشیاری همراه باشد لازم است قبل از ارجاع عوامل ارگانیک دلیریوم بررسی و بر اساس آن درمان شروع شود. - در مرحله اولیه و در صورت وجود سابقه جنون پس

بزند		از زایمان در مادر یا خانواده وی و یا وجود سایر علائم خطر: ارجاع غیر فوری به روانپزشک
-خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرکز، از دست دادن علائق، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، بی قراری و اضطراب	افسردگی شدید	ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک
-سابقه اختلال روانی در دوران قبل از بارداری	خطر عود بیماری روانی	- آگاهی دادن به همسر و همراهان در مورد حمایت عاطفی مادر - آموزش علائم خطر به همسر و همراهان - در صورت وجود سابقه جنون پس از زایمان در مادر و یا فامیل مادر: بررسی علائم سایکوز در مادر در هر ملاقات - در صورت پیشرفت علائم بیماری: ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک

خلق افسرده و بی علاقگی، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، خستگی، وسواس فکری و عملی، روحیه ناراحت، احساس درد در نقاط مختلف بدن، زودرنجی، عصبانیت، بی حوصلگی، ناتوانی در انجام کارهای روزمره	افسردگی،اضطراب، وسواس	- درمان حمایتی(درمان غیر دارویی) مطابق دستورالعمل کشوری سلامت روان - بررسی وضعیت رشد نوزاد(ممکن است مادر افسرده نسبت به مراقبت از نوزاد سهل انگار شود) - در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روان پزشک
شروع افسردگی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه حداکثر تا روز چهاردهم پس از زایمان، احساس گذرای افسردگی چند ساعت در روز، کاهش اشتها، احساس ملال، روحیه متغیر، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب، بی قراری	اندوه پس از زایمان	- با دقت به صحبت و شکایت مادر گوش کنید و به او اطمینان دهید که مشکلات او را درک می کنید. - به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولا طی دو هفته خودبخود بهبود می یابد. - به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی در مادر آموزش دهید. - در صورت تشدید علائم یا تداوم علائم بعد از 2 هفته ارجاع غیر فوری به پزشک یا روان شناس بالینی - در صورت بروز علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع سایکوز

فصل دوم: راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد سالم و در معرض خطر در منزل

اهداف:

از ارائه دهنده خدمت انتظار می رود پس از خواندن این فصل قادر باشد:

- کلیات مراقبت از نوزاد را در منزل توضیح دهد.

-راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد سالم در منزل را انجام دهد.

-راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد در معرض خطر در منزل را انجام دهد.

****

راهنمای بالینی مراقبت در منزل از نوزاد سالم

کلیات مراقبت از نوزاد در منزل

مراقبت از نوزاد در منزل براساس مراقبت خانواده محور، مستلزم توانمندسازی خانواده به ویژه مادر است. در ابتدا لازم است والدین در مورد مراقبت های معمول از نوزاد آگاهی داشته باشند به همین دلیل آموزش های مراقبت در منزل باید قبل از تولد داده شود. معمولا آموزش دهی در روز اول بعد از زایمان انجام می شود که به دلیل خستگی و هیجان مادر اثر بخشی چندانی ندارد از طرف دیگر آنها نگرانی ها و ترس های زیادی در مورد مراقبت از نوزادشان دارند.

معمولا مادران در عرض 24 تا 72 ساعت بعد از زایمان طبیعی و سزارین مرخص شوند و حتی در برخی از مطالعات نشان داده شده است که مادر را می توان زودتر، در عرض 8 تا 12 ساعت بعد از زایمان، مرخص نمود. در این صورت مهم است که این مادران و نوزادان در عرض روزها و حتی ساعات بعد از ترخیص در منزل پی گیری شوند . مراقبت در منزل از نوزاد باید براساس اصول کلی و راهنمای بالینی زیر انجام شود:

- برقراری ارتباط در محیط آرام و داشتن وقت کافی برای اعضای اصلی خانواده
- بررسی اولیه نوزاد بر اساس فرم
- آموزش و انجام مراقبت ها
- ارجاع و پی گیری مراقبت های پزشکی و پرستاری

در این بسته خدمتی مراقبت های پی گیرانه نوزاد سالم از همان روزهای اول بدو تولد شروع می شود و تا دو ماهگی ادامه می یابد. نوزادان در معرض خطر و نوزادانی که از بخش های مراقبت های ویژه نوزادان مرخص می گردند حداقل لازم است تا سه ماه بعد از ترخیص تحت پی گیری قرار گیرند. البته این زمان ها با توجه به ضرورت و وضعیت سلامت نوزاد و خانواده این زمان ها قابل تغییر و قابل افزایش می باشد. لازم به ذکر است که هدف اصلی ارتقای سلامت نوزاد است و ضرورت دارد که کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با توجه به نیاز نوزاد، سلامت و تداوم رشد و تکامل او را در دوره های بعدی حفظ نمایند.

مکان انجام کلیه مراقبت های مندرج در فهرست فعالیت ها عمدتا در منزل در نظر گرفته شده است ولی گاهی اوقات برحسب ضرورت ممکن است این فعالیت ها در مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری، مراکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی، و سایر مراکز بهداشتی و درمانی انجام شود.

وضعیت سلامت نوزاد

مقدمه

معمولا معاینات اولیه، در بیمارستان توسط پزشک انجام می شود ولی لازم است که پرستار در موقع ملاقات اولیه پرونده سلامت نوزاد را مرور نماید. علاوه بر این، جهت بررسی مشکلات نوزاد حال عمومی او را ارزیابی نماید. تا در صورتی که

مشکل جدیدی برای نوزاد پیش آمده و یا تغییراتی در سلامت او پیدا شده، شناسایی گردد و با آموزش، مشاوره ، مراقبت و یا پی گیری و ارجاع به متخصصین رفع شود.

جدول 2-10: فرآیند وضعیت سلامت نوزاد				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**	**پی گیری و ارجاع**
عامل مراقبت (پرستار ، ماما)	-بعد از تولد	-منزل - مرکزمشاوره و ارائه خدمات پرستاری - مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد - بررسی سلامت جسمی نوزاد - پایش علائم خطر	موارد غیر طبیعی پی گیری و به پزشک متخصص کودکان و نوزادان ارجاع داده شود.

فعالیت ها

- سوابق سلامتی نوزاد را از والدین بپرسید.
- خلاصه پرونده و آزمایشات نوزاد را مرور کنید.
- بررسی نوزاد را در کنار مادر انجام دهید.
- دستانتان را با آب و صابون بشویید.
-درجه حرارت دست ها و اتاق، هنگام بررسی نوزاد مناسب باشد.
- وضعیت سلامت نوزاد را طبق فرم های پیوست بررسی و ثبت نمایید.
- علایم خطر زیر را با پرسش و مشاهده ارزیابی نمایید:

کاهش سطح هوشیاري
بی قراري و تحريك پذيري
تحرك كمتر از معمول و بي حالي
برآمدگي و یا فرو رفتگی ملاج
درجه حرارت بالا(بیشتر از ۳۷) یا درجه حرارت پایین (کمتراز۳۶)
وجود جوش هاي چركي زياد يا قرمزي شديد اطراف ناف
خونريزي بند ناف بیشتر از چند قطره
رنگ پریدگي شديد
سیانوز
تنفس بیش از 60 بار در دقیقه - باز و بسته شدن سریع پره هاي بيني - توکشیده شدن قفسه سینه- ناله کردن
داشتن تشنج
داشتن مشکل شیرخوردن و استفراغ مکرر
داشتن زردی

- در صورت بروز هریک از علائم خطر به پزشک ارجاع دهید.
- بعد از ارجاع وضعیت نوزاد /شیرخوار را پی گیری کنید.

ارزیابی تکاملی نوزاد

مقدمه

وضعیت تکامل نوزادان و شیرخواران یکی از دغدغه های والدین و تیم سلامت است. بدین لحاظ ارزیابی تکامل نوزادان باید به طور دقیق و پیگیرانه انجام شود. ارزیابی تکاملی از طریق شرح حال، معاینه و بررسی سیر تکاملی کودک در حیطه های مختلف حسی، حرکتی، شناختی، اجتماعی ، ارتباطی و زبان حاصل می شود. با توجه به اهمیت استمرار این فرآیند، عامل مراقبت می تواند با مشاهده و پرسش از والدین به تکمیل پرسشنامه های وضعیت تکامل و ارجاع به موقع آنها کمک نماید.

جدول 2-11: فرآیند ارزیابی تکاملی نوزاد				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**	**پی گیری و ارجاع**
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) والدین	-بعد از تولد - حین بستری بودن	-منزل - مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد/شیرخوار - بررسی وضعیت حسی و حرکتی - بررسی رفلکس های نوزاد - آموزش تحریکات حسی متعادل - توجه به علائم هشدار دهنده تاخیر تکاملی	موارد غیر طبیعی پی گیری و به پزشک متخصص کودکان و نوزادان و مرکز جامع تکامل ارجاع داده شود

فعالیت ها

- پرونده بهداشتی نوزاد را مرور نمایید.
- ارزیابی وضعیت تکاملی با گفتگو با مادر و مشاهده دقیق حین انجام مراقبت ها انجام شود.
- با مادر(خانواده) و نوزاد ارتباط برقرار کنید.
- ارزیابی در محیط آرام و بدون تنش باشد.
- از مادر در مورد واکنش به لمس و برقراری ارتباط سوال نمایید.
- واکنش نوزاد را نسبت به صدا و تکان ناگهانی خوردن (رفلکس مورو) بررسی نمایید.
- نوزاد/ شیرخوار را از نظر گریه و ایجاد صداهای حلقی کوتاه بررسی نمایید.
- و اکنش نوزاد نسبت به صدای مادر و لالایی گفتن را بررسی نمایید.
- خیره شدن و نگاه کردن نوزاد به مادر یا اسباب بازی را بررسی نمایید.
- بسته شدن چشم نوزاد/ شیرخوار را در مقابل نور بررسی نمایید.
- واکنش نوزاد به طعم شیر و بوی پستان مادر را مشاهده نموده و یا از مادر بپرسید.
- اشتیاق و یا رو برگردانی نوزاد را نسبت به بو و طعم پستان و شیر مادر مشاهده نمایید.
- با لمس دست یا گذاشتن پستان روی گونه و سمت جانبی دهان، رفلکس جستجو را بررسی کنید.
- با گذاشتن سینه داخل دهان نوزاد، مکیدن او را بررسی کنید.
- با گذاشتن انگشت در دست نوزاد و بین انگشتان پا رفلکس چنگ زدن را بررسی نمایید.
- نوزاد را در حالت ایستاده قرار داده و قدم زدن او را مشاهده نمایید.
- نوزاد را روی شکم قرار داده و حرکات خزیدن او را مشاهد کنید.
- نوزاد را درحالت شکم قرار داده و حرکت سر او را مشاهده نمایید.
- به والدین نحوه ایجاد محرکات حسی مناسب و متعادل زیر را آموزش دهید:
  اسباب بازی های متحرک با طرح سیاه و سفید در بالای تخت او آویزان کنید.
  با ملایمت برای او صحبت کنید و یا ضبط صوت را روشن کنید.
  نوزاد را بغل کرده، نوازش کنید و او را گرم نگهدارید.
  نوزاد را به آرامی تکان داده و یا در گهواره قرار دهید.
- علائم هشدار دهنده تاخیر تکاملی زیر را به والدین متذکر شوید:
  مکیدن ضعیف
  نبستن چشم ها در برابر نور شدید
  به ندرت حرکت دادن دست ها و پا ها
  پاسخ ندادن به صدا های بلند
  لرزش مداوم فک پایین (درحالت استراحت و گریه)
- موارد غیر طبیعی را به پزشک ارجاع و پی گیری نمایید.
- جهت بررسی بیشتر وضعیت تکاملی به پیوست مراجعه شود.

ارزیابی رشد نوزاد

مقدمه

فرآيند ارزيابی رشد نوزاد شامل اندازه گيري وزن، دور سر و قد نوزاد است. در واقع، اين اندازه ها ساده ترين و درعين حال قابل اعتمادترين وسيله اي هستند كه توسط آن سلامتي و ميزان رسيدگي نوزاد را مي‌توان آزمود.هدف از اين اندازه گيري ها عبارت است از :

۱ - دستيابي به اندازه هاي نوزاد و مقايسه با استاندارد ها در جمعيت

۲ - مقايسه اندازه با دوران بارداري

۳ - فراهم كردن يك عدد پايه براي پيشرفت هاي بعدي.

وزن نوزادان طبیعی و رسیده، بین 2500 تا 4000 گرم و قد آنها بین 46 تا 54 سا نتی متر و دور سر 35 سانتی متر است. عوامل مختلفی روی اندازه های نوزاد اثر می گذار ند مانند سلامت مادر،نوع زندگی مادر در حین حاملگی (بویژه وضعیت تغذیه ،سیگار کشیدن ،...)، مدت زمان حاملگی ، وجود یاعدم وجود مشکلات مادرزادی، بیماری های مادر(مانند فشار خون بالا، ناراحتی کلیه، مسمومیت حاملگی، دیابت بارداری، ....). در ضمن نوزادان دختر معمولا از پسران کم وزن ترند و ه م چنین دوقلوها بطور طبیعی وزن شان کمتر از نوزادان یک قلو است.



جدول 2-12: فرآيند ارزيابی رشد				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعاليت ها**	**پی گيری و ارجاع**
عامل مراقبت (پرستار ، ماما)	-بعد از تولد - حين بستری بودن	-منزل - مركزمشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل - مراكز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی	- اندازه گيری وزن بدن - اندازه گيری دور سر - اندازه گيری قد - ثبت و مقايسه اندازه ها با منحنی رشد	موارد غير طبيعی پی گيری و به پزشک متخصص كودكان و نوزادان و مركز جامع تكامل ارجاع داده شود

فعاليت ها

- هدف از انجام انداز ه گيری ها را برای مادر توضيح دهيد.
- ترازو را روي ميز و در محل مطمئني قرار دهيد.
- از گرم بودن محيط و نوزاد در تمام زمان اندازه گيری مطمئن شويد.
- كاغذ يكبار مصرف يا پارچه نازک و استريل را در ترازو قرار دهيد.
- ترازو را از نظر دقت و تراز بودن بررسی نماييد.
- نوزاد را بدون هيچ پوششی با احتياط روی ترازو قرار دهيد. (يا هميشه با يک نوع پوشش آن را وزن كنيد)

- وزن نوزاد را بخوانید.
- عدد خوانده شده وزن را در فرم ثبت کنید.
- روی سطح قدسنج کاغذ یک بار مصرف قرار دهید.
- نوزاد را کنار قد سنج قرار دهید.
- سر نوزاد را به قسمت بالایی قدسنج بچسبانید.
- گردن نوزاد را راست نگه دارید و دقت کنید محور بدن نوزاد مستقیم بماند.
- با کشیدن پای نوزاد به آرامی قد نوزاد را اندازه گیری کنید.
- عدد خوانده شده را در فرم ثبت کنید.
- برای اندازه گیری سر، نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- متر را دور سر نوزاد بطور صحیح قرار دهید.
- دور سر کودك را از بر جسته ترین نقطه پشت سر تا برجسته ترین نقطه روي پيشاني اندازه بگيريد (متر نواری در قسمت جلو روي برآمدگي ابرو ها تقريبا يک سانتی متر بالای پل بینی قرار گيرد).
- اندازه به دست آمده را بخوانید و یادداشت نمائید.
- اندازه ها را با منحنی رشد مطابقت دهید.
- موارد غیرطبیعی را ارجاع دهید.

ارزیابی علائم حیاتی نوزاد

مقدمه

بررسی علائم حیاتی نوزادان سالم نیز حائز اهمیت است. علائم حیاتی در نوزادان سالم شامل ضربان قلب، تعداد تنفس و درجه حرارت بدن نوزاد است که در هر ملاقات از منزل انجام می شود علائم حیاتی در موقع استراحت برای ضربان قلب 140-120 ضربه در دقیقه، تنفس 55-30 در دقیقه ، دمای بدن ازطریق زیربغل 37- 36/3 درجه سانتیگراد است. علایم غیرطبیعی را به مادر آموزش دهید تا در صورت بروز با عامل مراقبت تماس بگیرد.



جدول 2-13: **فرآیند ارزیابی علائم حیاتی نوزاد**

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار ، ماما) و والدین	-بعد از تولد - حین بستری بودن	-منزل - مرکزمشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل - مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی	- بررسی وضعیت تنفس نوزاد - کنترل تعداد ضربان قلب نوزاد - کنترل درجه حرارت نوزاد - کنترل بی قراری و درد نوزاد (برحسب نیاز) - کنترل میزان اکسیژن اشباع در نوزادان در معرض خطر (برحسب نیاز) - آموزش علایم خطر به والدین	موارد غیر طبیعی بررسی و به متخصص کودکان و نوزادان ارجاع داده شود

فعالیت ها

- در ابتدا برای مادر هدف از اندازه گیری علایم حیاتی را توضیح دهید.
- دستانتان را با آب و صابون بشویید و خشک نمایید.
- با دست خشک و گرم به نوزاد دست بزنید.
- علایم حیاتی را در حالتی که نوزاد آرام و یا خواب است کنترل نمایید. اگر نوزاد گریه می نمود و یا در حالت فعالیت ها بود در برگه ثبت قید شود.

تنفس

- در ابتدا تنفس نوزاد را در حالت خوابیده کنترل نمایید. تعداد تنفس را در یک دقیقه بشمارید.
- نوزاد را در وضعیتی قرار دهید که حرکات قفسه سینه قابل مشاهده باشد. هرگونه تو رفتگی قفسه سینه، ناله، پرش پره بینی، افزایش تنفس بیش از 60 روز را اطلاع دهید.
- تعداد تنفس را در فرم ثبت علائم درج کنید.

ضربان قلب

- بااستفاده از گوشی به ضربان قلب گوش دهید.
- ساعت ثانیه شمارتان را در مقابل خود قرار دهید.
- ضربان قلب را به مدت 1 دقیقه بشمارید.
- تعداد ضربان را در فرم ثبت علائم درج کنید.

درجه حرارت بدن

- دماسنج جیوه ای را با الکل تمیز کنید و به مدت 5 تا 8 دقیقه درجه حرارت بدن را از طریق زیر بغل کنترل نمایید.
- دماسنج دیژیتالی را تمیز نموده وآن را دقیقا زیر بغل بگذارید و بازو را به آرامی به طرف بدن نوزاد فشار دهید تا عدد دمای بدن بر روی صفحه دماسنج ظاهر شود. معمولا بعد از 2دقیقه مشخص می شود.
- مقدار دمای بدن را ثبت کنید.
- علائم اندازه گیری شده را در برگه ثبت نمایید.

بی قراری و درد

- نوزادر را از نظر بی قراری یا تحریک پذیری بررسی نمایید.
- درد نوزاد نیز بررسی گردد
- در صورت وجود درد علت را بررسی نمایید.
- مداخلات غیر دارویی درد را بکار گیرید.
- در صورت عدم رفع درد و بی قراری به پزشک ارجاع دهید(نمودار اداره درد پیوست است) .

میزان اکسیژن رسانی بافتی

- در نوزادان در معرض خطر میزان اکسیژن اشباع بررسی شود .
- به مادر علایم خطر (افزایش درجه حرارت، تنفس تند و غیر طبیعی، کبودی لب و اندام ها و ....) را آموزش دهید.
- در صورت غیرطبیعی بودن علائم به پزشک اطلاع دهید.

فرآیندهای تغذیه با شیر

مقدمه

تغذیه انحصاری با شیر مادر بهترین تغذیه برای نوزاد است که تأمین کننده نیازهای جسمی، فیزیولوژیکی و روحی او تاشش ماهگی است و بروز برخی عفونتها با تغذیه با شیر مادر کاهش مییابد. شیر مادر سرشار از مواد مغذي و داراي انواع ويتامين هاست. شير مادر بعلت دارا بودن ماده ايمني به نام ايمونوگلوبين تا حدود زيادي اسهال و استفراغ نوزاد را كاهش مي دهد و نسبت به بعضي بيماريهاي ديگر ايجاد مصونيت نموده و مي توان گفت اولين واكسن نوزاد است . ميزان ابتلا به آسم و آلرژي را در شيرخوار كاهش مي دهد. شير مادر آسودگي رواني و رشد عاطفي نوزاد را تامين مي نمايد و موجب افزايش ارتباط بين نوزاد و مادر مي گردد.كودكي كه در دوران اوليه زندگي خود تغذيه مناسب داشته باشد به رشد و پرورش جسماني كامل دست يافته ، در آينده فردي تندرست و شاداب خواهد بود. بنابراين با توجه به اهميت تغذيه نوزاد از آنجايي كه خانواده به عنوان عضو ثابت در زندگی او هستند و نقش مهمي درتصميم گيری برای فرزند خود دارد، لازم است كه كليه راهكارها و اقدامات، مراقبت ها و آموزش هاي لازم در اين زمينه با بر اساس مراقبت خانواده محور برنامه ريزي گردد. فعالیت های زیر برای شیردهی موفق انجام می شود.

جدول 2- 14: فرآیند شیر دهی				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**	**پی گیری و ارجاع**
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) -مشاور شیردهی -والدین	-بعد از تولد	-منزل - مرکزمشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل	الف-ارزیابي عملکرد مادر ۱. بررسی وضعیت ظاهری-روحی و روانی ۲. بررسی وضعیت تغذیه ۳. بررسی وضعیت پستان ۴. بررسی وضعیت قرارگیری و نحوه نگه داشتن پستان ب- ارزیابي عملکرد نوزاد ۱. بررسی وضعیت ظاهری و جسمی ۲. بررسی قرار گیری نوزاد در آغوش مادر ۳. بررسی نحوه شیر خوردن ج- ارزیابی شیردهی موفق ۱. بررسي وضعیت شیردهی مادر ۲. بررسی وضعیت شیرخوردن نوزاد د- آموزش شیردهی موفق	در صورت بروز موارد غیر طبیعی پی گیری مجدد به عمل آید و در صورت نیاز ارجاع داده شود.

فعالیت ها

الف- ارزیابي عملکرد مادر

1-وضعیت ظاهری-روحی و روانی

-به ظاهر کلی ، سالم یا بیمار، شاد یا غمگین مادر توجه نمایید.

-به دلبستگی بین مادر وشیرخوار دقت کنید.

2-وضعیت تغذیه

- مادر را از نظر خوردن وعده های غذایی و میان وعده ها بررسی نمایید.
- عادات غذایی مادر را بررسی نماید.
- تغذیه مناسب برای شیردهی را آموزش دهید.

3- بررسی وضعیت پستان

شیردهی موفقیت آمیز در صورتی انجام می گیرد که همراه با درد، در پستان مادر نباشد در صورتی که درد وجود داشته باشد احتقان باعث کاهش شیردهی و در نتیجه بدتر شدن احتقان پستان می گردد. بنابراین در هر ملاقات منزل بایستی وضعیت پستان های مادر توسط عامل مراقبت به صورت مستقیم مورد مشاهده و معاینه قرار گیرد (جدول ارزیابی پستان). اقدامات زیر در این زمینه انجام می شود:

در ابتدا برای مادر هدف از انجام معاینه پستان را شرح دهید.

دست های خود را بشویید و خشک نمایید.

محیط خصوصی جهت معاینه پستان برای مادر را فراهم کنید.

از مادر بخواهید لباس های خود را خارج نموده و در مقابل شما بنشیند.

در ابتدا هر دو سینه مادر را از نظر ترشح شیر مشاهده کنید.

بدون پوشیدن دستکش سینه های مادر را لمس سطحی کنید.

هرگونه گرمی، تورم، قرمزی و درد یا توده مواج موضعی را در پستان مادر جستجو کنید.

در صورتی که هریک از موارد غیرطبیعی بند فوق لمس شد، لمس عمقی تر انجام دهید تا محل توده و حدود آن را مشخص نمایید.

در صورتی که توده مواج و دردناک، گرمی و قرمزی پستان همراه با تب و لرز وجود داشت تشخیص آبسه پستان می باشد که بایستی به پزشک متخصص جهت تخلیه آبسه ارجاع شود و شیردهی نوزاد موقتاً قطع گردد.

در صورتی که تورم، قرمزی، گرمی، درد یک طرفه پستان همراه تب یا گاهاً لرزه وجود داشت ولی هیچ گونه توده لمس نشد، ماستیت پستان تشخیص داده می شود.

جهت درمان ماستیت به پزشک ارجاع داده شود . معمولا تجویز سفالسکین 500 میلی گرم هر 6 ساعت به مدت 10-7 روز است. علاوه بر این استامینوفین برای کاهش درد و ادامه شیردهی توصیه می شود. سپس بایستی مادر 48 ساعت پس از این ملاقات مجدداً ارزیابی شود و در صورتی که درد وی تخفیف یافته باشد درمان ادامه می یابد.
در صورتی که درد، گرمی و سفتی در هر دو پستان مشاهده شد که در اکثر مواقع همراه تب خفیف و گذرا بوده ، احتقان پستان می باشد که توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی و تجویز استامینوفن (در صورت نیاز) است. پی گیری پس از 48 ساعت انجام شود.
نوک هر دو پستان مادر را از نظر وجود شقاق ارزیابی کنید. در صورت وجود قرمزی، التهاب ، زخم با ترک خوردگی شقاق، مطرح می گردد و اقدامات زیر انجام شود:

- شروع شیردهی با پستان سالم
-تخلیه مکرر پستان، با مکیدن نوزاد با قرار دادن کل هاله آرئول در دهان او
- در صورت درد شدید، تخلیه با شیردوش و گذاشتن قطره شیر انتهایی (hind milk) بر روی نوک پستان
- مصرف پمادهای ضد شقاق پستان 3 بار در روز پس از شیردهی و تخلیه پستان
- شستشوی پستان بدون صابون فقط با آب گرم
- عدم کشیدن پارچه یا دستمال روی پستان جهت خشک کردن
- دادن گرمای سشوار یا خشک شدن پستان در هوای آزاد
- عدم استفاده از سینه بند تا بهبودی کامل
- ارجاع به متخصص زنان در صورت عدم بهبودی، بروز ماستیت، آبسه پستان و ناتوانی در شیردهی.

جدول 2-15: ارزیابی پستان

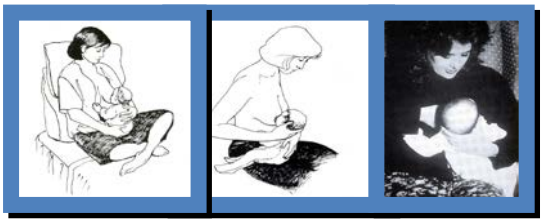
علایم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
-تب خفیف و گذرا، گرمی و سفتی هر دو پستان	احتقان پستان	-توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پی گیری پس از 48 ساعت
-زخم و درد نوک پستان	شقاق پستان	- شروع شیردهی با پستان سالم -تخلیه مکرر پستان با مکیدن نوزاد -در صورت درد شدید تخلیه با شیردوش و گذاشتن قطره شیر روی نوک پستان -در صورت عدم بهبود ارجاع فوری به متخصص زنان
-وجود توده مزاج و دردناک در پستان، گرمی پستان، تب و لرز	آبسه پستان	ارجاع به پزشک
-تورم، قرمزی، گرمی و درد یک طرفه پستان، تب و لرز	ماستیت	- ارجاع به پزشک جهت تجویز سفالکسین 500 میلی گرم هر 6 ساعت به مدت 7 تا 10 روز -تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی

4- بررسی وضعیت قرارگیری و نحوه نگه داشتن پستان:
- براي آموزش به مادر تا جايي كه ممكن است به سينه مادر يا نوزاد دست نزنيد و سعي نماييد در صورت نياز روي بدن خودتان به مادر روش صحيح را نشان دهيد.
-مادر ممکن است برای شیردهی، وضعیت های مختلف نشسته بر روی زمین، نشسته روی صندلی، دراز کشیدن روی تخت، ایستاده و یا در حال راه رفتن روی زمین را انتخاب کند.
-مادر بايد راحت باشد، صاف بنشيند و پشت بدن و پاهاي او حمايت شود.

-با استفاده از بالش شیردهی نوزاد هم سطح با پستان مادر قرار داده شود.
-وضعیت هایي قرار گیری برای شیردهي را به مادر آموزش دهید.
-نحوه قرارگیری (پوزیشن) متناسب با سن و وضعیت سلامتی مادر و نوزاد در جدول وضعیت قرارگیری ها نشان داده شده است.
- نحوه نگه داشتن پستان در موقع شیرخوردن را بررسی نمایید.
- نحوه نگه داشتن پستان در جریان شیرخوردن نوزاد در جدول روش های مختلف نگه داشتن پستان نشان داد شده است.

جدول 2-16: وضعیت قرار گیری ها

نام وضعیت قرار گیری	موارد استفاده برای نوزاد	موارد استفاده برای مادر	دشواری استفاده از این روش	تصویر نحوه انجام
1-وضعیت گهواره ای	-مناسب براي بيشتر نوزادان رسيده وسالم –نوزادانی که کنترل سر خوبي دارند	اکثر مادران تمایل به استفاده از این روش را دارند	فقط به دلیل نیاز به نشستن در مادرانی که سزارین کرده یا هموروئید دارند. ممکن است مشکل با شد.	در این روش مادر نشسته و شیرخوار به پهلو رو به مادر است. قاعده گردن و قسمت بالای شانه شیرخوار با کف دست همان طرف حمایت می شود در این روش مادر می تواند با دست طرفی مقابل پستانش را نگه دارد در وضعیت گهواره بازوی پایین نوزاد در اطراف مادر قرار گرفته بدون اینکه بین قفسه سینه نوزاد و مادرباشد و مانع چسبیدن نوزاد به مادر شود.  
وضعیت گهواره ای متقابل	این پوزیشن بیشتر براي شیرخواران زودرس ویا بیمار هستند یا وکنترل سر خوبي ندارند استفاده مي شود	براي مادراني که نوك سینه آنها زخم شده است در این وضعیت مادر به خوبي مي تواند سر شیرخوار را کنترل نماید -این وضعت براي آموزش شیردهي نیز مناسب است.		در این روش مادر نشسته و شیرخوار به پهلو رو به مادر است. قاعده گردن و قسمت بالای شانه شیرخوار با کف دست طرف مقابل مادر حافظت می شودو پشت شیرخوار را با ساعد همان دست حمایت می کند. در این روش مادر می تواند با دست طرفی که از پستان خود به شیرخوار شیر می دهدبدون اینکه دستش مابین خود وشیرخوار باشد، پستانش را نگه دارد 
قرارگیری فوتبال یا clutch - hold Underarm - position	این پوزیشن براي نوزادان دو قلو	مادران سزارینی ومادران مبتلا به انسداد مجاري شیري	-----	

		مناسب اس		
خوابیده به پهلو	. براي تغذيه در شب و تغذيه شيرخواران بزرگتر و يا آنهايی كه كنترل سر خوبي ندارند يا سينه را پس مي زنند مناسب است.	مادراني كه قادر به نشستن نيستند يا نمي توانند وزن شيرخوار خود را تحمل كنند مناسب است		
شيوه استراليايی (Modified Australian (hold		امكان آسپيره كردن براي نوزاد وجود دارد.	اين وضعيت براي مادراني مناسب است كه جريان شير آنها بسيار زياد است امكان آسپيره كردن براي نوزاد وجود دارد.	
قرارگيری درميان دو پا (Straddle (position ،				
ساير وضعيت های قرارگيری	برحسب شرايط سلامتی و ترجيح نوزاد	برحسب شرايط سلامتی و ترجيح مادر	-----	

جدول2-17: روش های مختلف نگه داشتن پستان		
نام روش	**نحوه انجام**	**تصویر**
نگه داشتن به شکل حرف C انگلیسی(C-hold)	چهار انگشت زیر و انگشت شست بالا قرار گیرد.	
نگه داشتن به شکل حرف V انگلیسی یا قیچی (Vhold)	-نگه داشتن سینه به شکل V -انگشت مادر باید به نحوی باشد که آرئول باز نگه داشته شود	
نگه داشتن به شکل حرف انگلیسی (U-hold)	مادر با کف دست و سه انگشت بیرونی خود پستان را حمایت مي کند. بقیه انگشتان و انگشت شست او برای حمایت از چانه و گونه نوزاد آزاد است.	
Nipple sandwich hold	:مانندC-hold است با فشردن بخشي از آرئولا با انگشتان وشست	
Breast compression	شست بالاي پستان انگشت ديگر در طرف ديگر، نسبتا دور از نوک پستان.	

ب- ارزيابي عملکرد نوزاد

1-بررسی وضعیت ظاهری وجسمی نوزاد:

- نوزاد از نظر خواب آلودگی، بی قراری و بیدار بودن بررسی کنید.
- به گرفتگي بینی، شکاف کام ولب،ترشحات زياد دهاني واستفراغ توجه نماييد.
- شکم نوزاد نرم و بدون نفخ باشد.
- علايم زجر تنفسی را بررسی نماييد (تعداد تنفس کمتر از 60 در دقيقه براي تغذيه دهاني و کمتر از 80 در دقيقه براي تغذيه از طريق گاواژباشد.)
- علايم گرسنگی نوزاد (داشتن رفلکس جستجو – حرکات لب و دهان .....) را بررسی کنيد.

۲ - وضعیت قرارگیری نوزاد در آغوش مادر

سر و تنه در یک امتداد باشد.

نوزاد نزدیک به بدن مادر باشد.

سر، شانه وکل بدن نوزاد حمایت شود.
بینی نوزاد در مقابل پستان مادر قرار گیرد
بهتر است نوزاد روي يك بالش قرار داده شود.
نوک پستان به طرف لب بالای نوزاد و یا سوراخ بینی باشد.

۳ - بررسی نحوه شیر خوردن نوزاد
- به علائمی که نوزاد بطور صحیح سینه مادر را گرفته است. توجه نمایید این علایم عبارتند از:
زبان قابل مشاهده زمانی که لب پایین بطرف پایین کشیده مي شود
مشاهده حرکت گوش
حرکت مدور فک
بلع قابل شنیدن
تکان خوردن قابل مشاهده پستان
دهان باز
لب های نوزاد کاملا به بیرون چرخیده
نوزاد باید تمام نوک پستان و آرئول تا جايي که ممکن است بگیرد(حدود 1 تا 2 اینچ از قاعده نوك سینه)
در حین شیر خوردن نیزمشاهد ه می شود که آرئول بیشتري در بالای دهان نوزاد دیده مي شود نسبت به زیرآن،دهان بازاست،لب پایین بیرون برگشته، وچانه پستان را لمس کرده است.

ج- ارزیابی شیر دهی موفق

1- وضعیت مادر

- دربررسی شیردهی موثر از مادر در مورد احساسش سوال کنید (آیا احساس راحتی می کند یا درد دارد ؟آیا علائم رفلکس اکسی توسین را احساس می کند ؟ آیا سینه هایش خالی شده است)
- علائم شیر دهی خوب را برای مادر توضیح دهید:
نوزاد هوشیار است
حداقل8باردرشبانه روزشیرمیخورد.
درساعاتی از شبانه روزآرام میگیردومیخوابد.
در روز حداقل 6 کهنه خیس با ادرار بیرنگ و رقیق داشته باشد.
در روز حداقل 3بار مدفوع داشته باشد.
پستان ها قبلا از تغذیه پر و بعد از آن خالی هستند.
پستان ها و نوک آن راحت و فاقد زخم است.

جهت انجام شیردهی موفق مادر باید از موارد زیر اجتناب نماید:
هل دادن پستان بطرف شیرخوار
دنبال کردن شیرخوار توسط پستان
بالا وپایین بردن پستان
نگه داشتن پستان بصورت قیچي (بطوریکه فقط امکان گذاشتن نوك سینه در دهان باشد)
عدم حمایت از پستان
چرخاندن بدن به طر ف شیرخوار
بردن نوك پستان به وسط دهان نوزاد
کشیدن چانه شیر خوار براي باز کردن دهان او
فلکسیون سر شیرخوار وقتي بطرف پستان آورده مي شود
بردن پستان به طرف شیرخوار به جاي آوردن او به طرف پستان
گذاشتن شیرخوار به پستان قبل از اینکه دهان خود را کاملاً باز کند
نگذاشتن شیرخوار سریعاً به سینه وقتي که دهانش را کاملاً باز کرد
لمس بیني توسط پستان قبل از لمس چانه
گرفتن پستان دور از بیني شیرخوار

2- وضعیت نوزاد:

- نوزاد زیر سینه آرام و هوشیار است.
- هر بار شیر خوردن بیشتر از 10 دقیقه طول می کشد.
- نوزاد هر دو تا سه ساعت شیر می خورد
- نوزاد خواب کامل و خوبی دارد.
- نوزاد حداقل 6 مرتبه دفع ادرار داشته باشد.

دوشیدن شیر

مقدمه

فرآیند دوشیدن شیر ، فعالیت مهمی برای مادر و مشاور شیردهی است و در مواردي كه نوزاد قادربه شیر خوردن از سینه نمي باشد. شیر مادر دوشیده و به نوزادداده مي شود .اگر مادر با تجربه باشد دوشیدن شیر با دست روش بسیار موثری است .بسیاري از مادران این روش را ترجیح مي دهند به دلیل اینكه همیشه در دسترس است شكستنی و اسیب دیدنی نیست ،مادراحساس بهتري دارد (عدم تماس اجسام پلاستیكی با سینه مادر و عدم صدای پمپ شیر دوش) و باعث تحریك بیشترجریان شیر مي شود. همچنین دوشیدن بادست ملایم تراست (بخصوص در سینه زخم) و خطر انتقال عفونت نیز كمتر است.

جدول 2-18: فرآیند دوشیدن شیر

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) -مشاور شیردهی -مادر	-بعد از تولد	منزل	- توضیح فواید شیردوشی با دسرت به مادر - ارزیابی و تحریک رفلکس فوران شیر - آموزش نحوه دوشیدن شیر با دست - تعیین مدت زمان دوشیدن شیر - دوشیدن شیر با پمپ شیر دوش	

فعالیت ها

- هدف از انجام كار را برای مادر توضیح دهید.
- فواید شیردوشید ن با دست را بر ای مادر توضیح دهید.
- به مادر كمک كنید تا رفلكس فوران شیر تحریک شود.
- دوشیدن شیر با دست را طبق جدول توضیح دهید.
- مادر را از مدت زمان تقریبی شیر دوشی آگاه نمایید.:

كل زمان شیر دوشی معمولاً 20 تا 30 دقیقه طول مي كشد.

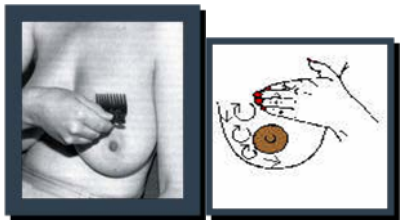
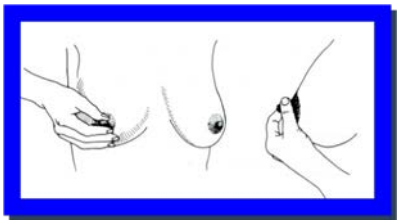
5-7 دقیقه دوشیدن هر پستان(ماساژ-ضربه-تكان)

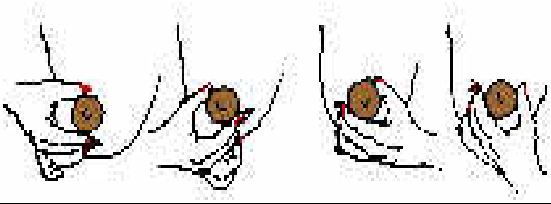
دوشیدن مجدد هر سینه 3- 5 دقیقه (ماساژ-ضربه-تكان)

دوشیدن هر سینه 2- 3 دقیقه

جدول 2-19: دوشیدن شیر

فعالیت		تصویر
الف_ دوشیدن با دست 1-تحریک رفلکس	-قراردادن حوله گرم ومرطوب به مدت 5 تا 10 دقیقه بر روي پستان -ماساژ پستان به روش دو دستي(يك دست زير يك دست بالاي پستان و حركت يك يا هر دودست هم زمان از طرفه قفسه سینه به طرف نوك پستان)	

جاري شدن شير	-غلطاندن مشت بسته به روي پستان -ماساژ دوراني پستان توسط نوك انگشتان -تحريك نوك پستان به صورت لمس با شست و انگشت نشانه و يا شانه سر - مالش پشت مادر در اطراف ستون فقرات از بالا به پايين	    
2-نحوه نگهداشتن پستان و فشار بر سينوس هاي شير	-انگشت شست ودو انگشت بعدی را پشت هاله قرار دهید. دست در ساعت 12 و دو انگشت در ساعت 6 باشد ، -انگشتان بهم چسبیده باشد، سپس فشار دهید و شست و انگشتان را به جلو ببرید	  Finish Roll Roll Push

3-دوشیدن شیر از تمام قسمت هاي پستان	-. محل انگشتان را بچرخانید .ساعت 5 و **11** بعد 2و 8 بعد 3و 9 و مجدداً فشار دادن وجلو بردن انگشتان را تکرار کنید .	
4- اجتناب از موارد ی که باعث آسیب به بافت پستان مي شود.	- فشردن زیاد سینه (ایجاد زخم سینه) - بیرون کشیدن سینه (ایجاد اسیب بافتی) - لغزاندن دست روی سینه (ایجاد زخم)	
ب- دوشیدن شیر با پمپ شیر دوش	-از پمپی استفاده شود که مکش ان در حدی باشد که برای مادر ناراحت کننده نباشد (مثل مکیدن نوزاد) - پمپهای دو سینه ای بهتر است -براي چسبیدن بهتر قیف شیردوش به پستانلبه داخل قیف را باآب یا چند قطره شیر مرطوب نمایید -اندازه دهانه قیف و بدنه متناسب با اندازه پستان ونوك آن انتخاب شود. -نوك پستان در وسط قیف قرار گیرد تا به پستان صدمه وارد نشود. -ابتدا از حداقل فشار استفاده شود و بعد در صورت راحت بودن فشار را بالا ببرید. -پمپ دستی و لاستیکی استفاده نکنید	**پمپ برقي**  **پمپ دستی**  

نگه داري و ذخیره شیر دوشیده شده

نگه داری و ذخیره شیر، فرآیندی است که مستلزم آگاهی مادران و خانواده است زیرا ممکن است مادر در دسترس نباشد یا میزان شیر بیش از حد نیاز نوزاد باشد. بنابراین می توان با آموزش نکات بهداشتی شیر را ذخیره نمود و از آلودگی آن پیشگیری کرد.

جدول 2-20: فرایند نگه داري شیر دوشیده شده

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) -مشاور شیردهی -والدین	-بعد از تولد	منزل	- شستن دست ها و ظروف جمع آوري شیر - ظروف مناسب نگهداري شیر - مدت نگهداري شیر در دماهاي مختلف - نحوه صحیح گرم کردن شیر - آموزش مدت زمان نگه داری و ذخیره شیر	در هر ملاقات نحوه نگه داری شیر ارزیابی شود

فعالیت ها:

-دستتان را با صابون و آب ولرم بشویید.

-ظروف جمع آوری باید با آب و صابون تمیز شسته و در معرض هوا خشک شود.

- شیر را می توانید با توجه به جدول زیر ذخیره نمایید.

-شیری که تا 48 ساعت مورد استفاده قرار نمی گیرد می توانید به طور جداگانه در ظرف شیشه ای یا ظروف پلاستیکی سخت قرار داده و نام و تاریخ و زمان دوشیدن شیر قید گردد و فریز نمایید.

-در فریزر به مدت 3 تا 6 ماه نگهداری نمایید. (فریز نمودن بسیاری از مزایای ایمنولوژیکی و تغذیه ای شیر انسان را حفظ می کند.)

-شیر سرد را می توان در دمای اتاق گرم کرد و به شیر خوار داد.

-براي ذوب کردن شیر یخ زده می توان آن را در ظرف اب گرم و یا از شب قبل در یخچال گذاشت.

-شیری که یخ ان باز شده را تا 24 ساعت میتوان در یخچال نگه داشت.

-از فریز کردن مجدد پرهیز کنید.

-برای گرم کردن شیر از مایکروفر و اجاق استفاده نکنید.

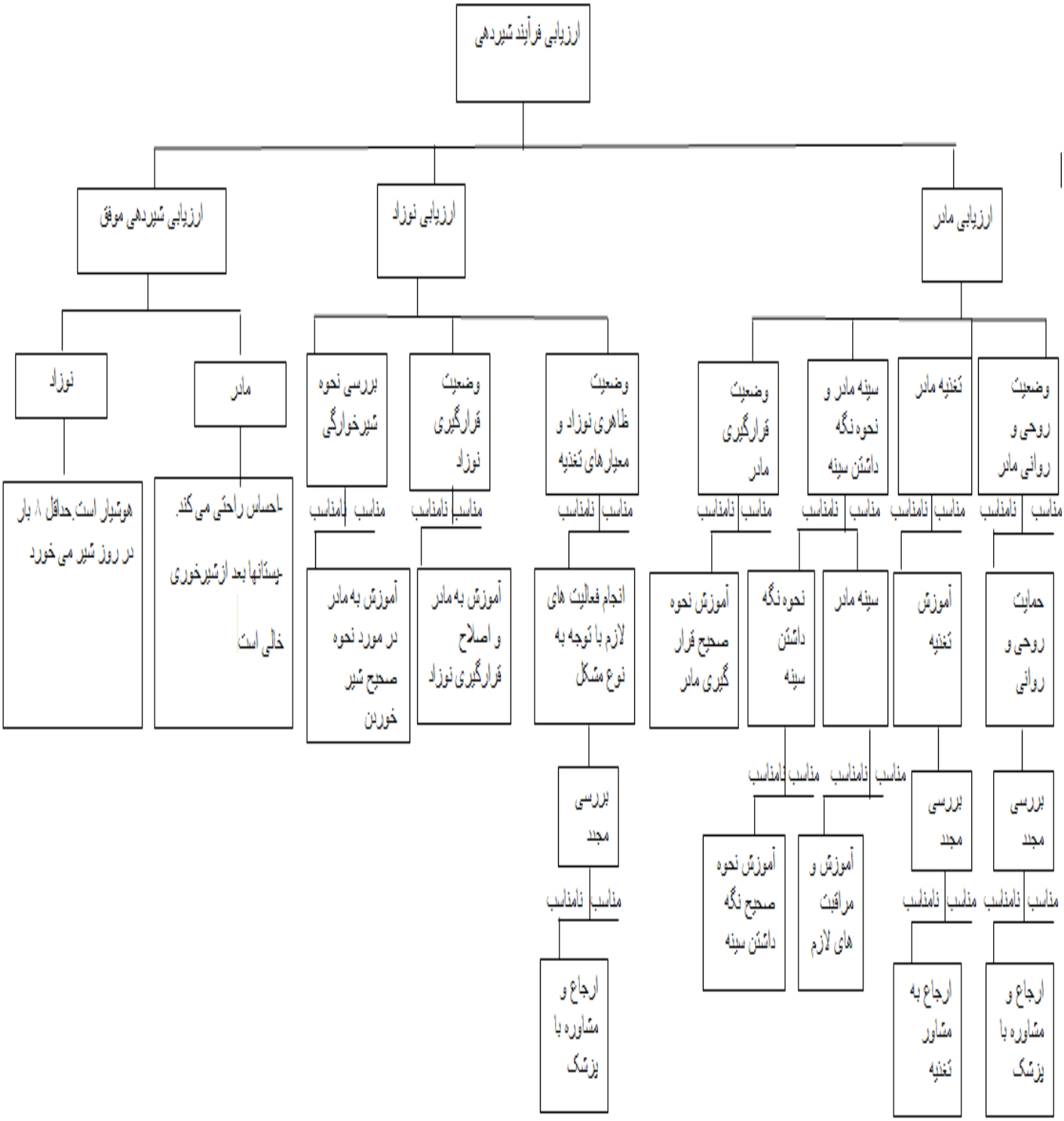
-برای مخلوط شدن چربی در شیر ، ظرف را بچرخانید.

-از تکان دادن شدید ظرف شیر بپرهیزید.

جدول 2-21: مدت زمان نگه داري شیر

نوع شیر	محل نگهداري	مدت زمان
شیر تازه	در دماي اتاق (25 درجه)	4 ساعت
شیر تازه	در یخچال (دماي 2 تا 4 درجه)	48 ساعت
شیر منجمد یا فریز شده	در جایخي یخچال	2 هفته
شیر ذوب شده	در یخچال	12 ساعت (نباید دوباره منجمد شود)
شیر منجمد یا فریز شده	در فریزر یخچال و فریزرهاي مستقل با انجماد عمیق(20- درجه)	3 ماه

نمودار2-3: فرآیند شیردهی



تغذیه با شیر مادر در نوزادان زودرس

مقدمه

نوزادان زودرس با مشکلات متعددی روبرو هستند . این نوزادان هنوز برای زندگی خارج از رحم آماده نمی باشند و سیستم گوارشی زودرسی دارند. برای این نوزادان شیر مادر مزایای تغذیه ای چشمگیری را فراهم می کند. شیر مادران نوزادان

زودرس حاوی غلظت بالاترپروتئین،سدیم،و کلرید می باشد و به میزان بیشتر دارای انرژی ،ویتامین،و به میزان نادر حاوی املاح می باشد و غلظت کمتری از فسفر و کلسیم دارد و اسمولالیته پائین تری نیز نسبت به شیر مادران نوزادان ترم دارد.
در نوزادان زودرس ،تغذیه در سه روز اول شروع مي گردد با این هدف که در طی دو تا سه هفته به تغذیه کامل برسد. براي نوزادان زودرس با ثبات وضعيت فيزيولوژيک و وزن بيش از 1500 گرم ،شروع تغذيه مي تواند در 24 ساعت اول باشد. در نوزادانی که شروع تغذیه به تعویق می افتد تغذیه وریدی که شامل آمینواسید و لیپید میباشد درروز اول تا سوم شروع مي گردد. نياز تغذيه اي نوزادان زودرس (کمتر از 1500گرم) به دليل کاهش ذخاير داخل رحمي، زودرسي فيزيولوژيك دستگاه گوارش و بيماري ها (هيپوکسي، اسيدوز ، عفونت و .....)بلافاصله پس از تولد بیشتر ازهر زمان دیگری در زندگی آنها است.(تقریبا دو برابر یک نوزاد ترم است)

جدول 2-22: فرایند تغذیه با شیر مادر در نوزادان زودرس

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار) -مشاور شیردهی	-بعد از تولد	-منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	-اهمیت شیر مادر برای نوزادان زودرس -حجم اولیه آغوز و افزایش آن -روش هاي تغذيه ، مدت و دفعات تغذیه در نوزاد زودرس -آموزش نحوه غني کردن شير مادر -بررسي شير خوردن و وزن گيري نوزاد - آموزش شیوه های مختلف تغذیه	نحوه صحیح شیردهی و وزن گیری ، نوزاد پی گیری شود. درصورت بروز مشکل به پزشک ارجاع داده شود.

فعالیت ها :

-اهمیت شیر انسان برای نوزادان زودرس بایستی در طول اولین ملاقات با والدین مورد بحث قرار گیرد.

-اهمیت دارد شیردهی ازسینه در لحظات اولیه بدنبال زایمان صورت گیرد.

-برای مادر توضیح داده شود که حجم اولیه آغوز در طی 24 تا 48 ساعت پس از زایمان کم است. افزایش حدود 50 سی سی در روز تا 500 سی سی در روز در 36 ساعت بعدی رخ خواهد داد.

-به مادر توضیح داده شود که نوزاد زودرس (کمتو از 31 هفته) قادر به مکیدن فعال نیست و از روش های دیگری نظیر گاواژ و یا با استفاده از فنجان باید تغذیه شود (طبق جدول) ولی با این وجود به نوزاد اجازه می دهیم تمرین کند و مکیدنش را تقویت نماید. گاهی با توجه به سن و شرایط نوزاد تغذیه به هر دو روش سینه و روش های کمکی انجام می شود. در این صورت ابتدا اجازه می دهیم از سینه مادر شیر بخورد و سپس بقیه را از طریق گاواژ یا با فنجان تغذیه شود.

- به مادر توضیح داده شود که جهت پیشگیری از خستگی نوزاد بیشتر ا ز 20 دقیقه نباید زیر سینه گذاشته‌شود.
- مادر را تشویق نمایید حداقل 8 بار در 24 ساعت نوزاد خود را شیر بدهد.
- شیر مادر را می توان طبق تجویز پزشک با غنی کننده به نوزادان زودرس داد.
- زمان غنی سازی شیر هنگامی است که حجم تغذیه به 100میلی لیتر رسیده باشد یا یک هفته از تغذیه نوزاد گذشته باشد و تغذیه را تحمل کرده باشد. معمولا هر 30 سي سي شير مادر 20 کالري است. بنابراين توصيه ميشود ابتدا کالري شير مادر را به 22 کيلو کالري رسانده شود و در صورت تحمل به 24 کالري افزايش يابد.

جهت غنی کردن شیر ابتدا يك بسته غنی کننده شیر(فورتی فایر) را به 50 سي سي شير مادر اضافه کنيد. در صورت تحمل شير يك بسته غنی کننده را به 25 سي سي شير مادر اضافه کنيد و يا از شير خشك نوزاد زودرس استفاده نماييد.

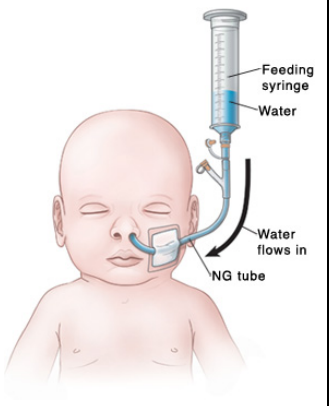
-شیر مادر را تا زمانی که وزن نوزاد به 1800 تا 2000 گرم برسد، غني کنيد.

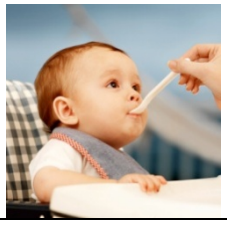
-وضعيت وزن و شيرخوردن نوزاد را بررسی کنيد.

- شير خشك نوزاد زودرس را تا 34 هفتگي يا تا دو برابر شدن وزن نوزاد ادامه دهيد.

جدول 2-23: شیوه های مختلف تغذیه

شیوه تغذیه	موارد استفاده	مزایا	محدودیت ها	تصویر

گاواژ	-برای نوزادانی که امکان تغذیه کامل از راه دهان وجود ندارد -تعداد تنفس بالای 60 وکمتر از 80 است - نوزادان زودرس قبل از 32 هفتگی	-وجود راهی برای تغذیه نوزاد - تجویز دارو یا تخلیه معده.	عدم امکان تقویت مکیدن و چشیدن مزه شیر	
فنجان	-نوزادانی که توانایی بلعیدن شیر را دارند ولی توانایی مکیدن سینه را ندارند . -نوزادانی که پس از مدت کوتاهی خسته می شوند. - نوزادان از 30-32 هفته - جهت تکمیل تغذیه با پستان	استشمام بوی شیر ، چشیدن مزه شیر ،ایجادتطابق بین مکیدن و بلع ،افزایش توانایی هضم شیر ، امکان بستن دهان در صورت نخواستن شیر ،عدم نیاز به مکیدن	- زمانی که وجود هماهنگی مکیدن وقورت دادن وجود داشته باشد. -نوازاد نباید خواب آلود باشد. - نوزاد گریه نکند - هنگام جمع شدن شیر در دهان ، احتمال آسپیراسیون وجود دارد.	
سرنگ یا قطره چکان	این روش برای مقدار بسیار کمی از شیر، برای مثال براي آغوز مناسب است	عدم نیاز به مکیدن	فقط براي مقادیر بسیار کم شیر مناسب است هر دفعه نباید بیشتر از نیم سیسی داده شود.	
روش انگشتي	این روش براي تقویت گرفتن و مکیدن پستان مناسب است. - در شیردهی با انگشت لوله باریکي را به يك انگشت می چسبانید وسر دیگر آن را داخل يك ظرف شیرقرار دهید تا با مکیدن انگشت، شیر از طرق لوله به نوزا د برسد	تقویت مکیدن		

لوله و شیشه (مکمل رسان)	در این روش نوزاد همزمان با خوردن شیر از پستان مادر، شیرکمکي نیز دریافت مي کند -در این روش لوله باریکي را به سر سینه بچسبانید و سر دیگر را داخل شیشه شیر قرار دهید و اجازه دهید با مکیدن سینه توسط نوزاد شیر وارد دهان نوزاد گردد	تحریک تولید شیر, تشویق به مکیدن نزدیکی بیشتر بامادر		
قاشق	این روش برای مقدار بسیار کمی از شیر، برای مثال براي آغوز مناسب است	قاشق دردسترس ترین وسیله، عدم نیاز به مکیدن	فقط براي مقادیر بسیار کم شیر مناسب است	

مشاوره شیردهی

مشاوره شیردهی، یکی از ارکان اصلی شیردهی موفقیت آمیز است. استفاده از شیوه های ارتباطی و مهارت های مشاوره ای ابزارهای ضروری برای مشاوره شیردهی هستند و شرایط را برای نوزاد به منظور استفاده از شیر مادر و کسب این استاندارد طلایی تا حداقل 6 ماه اول زندگی مهیا می نماید. باید در نظر داشت که میزان موفقیت مادر بستگی به نگرش، رویکرد و پی گیری مشاور دارد. بنابراین مشاور باید فردی با سابقه و آموزش دیده در حیطه شیردهی باشد و با برخورداری از مهارت های مشاوره ای قادر باشد فعالیت های زیر را انجام دهد.

جدول 2-24:فرآیند مشاوره شیردهی

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار ، ماما)	پیش از تولد نوزاد بعد از تولد	-منزل - مراکز مشاوره شیردهی - مرکز مشاوره ارائه مراقبت های پرستاری -مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی	- استفاده از شیوه های ارتباطی - استفاده از مهارت های مشاوره ای - بکارگیری مراحل هشت گانه مشاوره شیردهی - ارزیابی وضعیت شیردهی - مستند سازی مشاوره ها	-اثر بخشی مشاوره ها را پی گیری کنید.

فعالیت ها



شیوه های برقراری ارتباط

-از مهارت های ارتباطی غیرکلامی و کلامی مناسب استفاده شود.

-هم سطح با مادر و نزدیك او بنشینید.
-موانع فیزیکی نظیر میز ، پوشه در حین ارتباط برداشته شود.
-از ایجاد اضطراب پرهیز شود.
-بدون عجله و نگاه کردن به ساعت با مادر صحبت شود.
-مادر را لمس کنید و با تکان دادن سر و لبخند زدن و سایر حرکات مناسب به اونشان دهید که در حال گوش کردن هستید.
-گفتگو با مادر با در نظر گرفتن فرهنگ، سن، تعداد زایمان، سطح تحصیلات و ... آغاز شود.
-از کلمات و عبارات مثبت استفاده نمایید.
-باید در نظر داشته باشید مشاور کاري بیشتر از اطلاعات دهی انجام می دهد.
-در طی گفتگو بیشتر شنونده باشید تا سخنگو.
-اعتماد به نفس را در مادر تقویت نمایید.
-اغلب هیچ مشکلی برای حل کردن وجود ندارد و مادر فقط باید اطمینان حاصل کند که او به خوبی کارش را انجام می دهد.

- در بررسی از سوالات باز نظیرچگونه ،چطور، چه وقت کجا وچرا شروع نمایید.

-با همدلي نشان دهید که احساس مادر را درک مي کنید.

-از بکار بردن کلماتي که بیانگر قضاوت وانتقاد باشند بپرهیزید.

- اعتماد به نفس را در مادر تقویت نمایید تا قادر باشد تصمیم گیری کند ودربرابر فشار اطرافیان مقاومت نماید.

-براي ایجاد اعتماد و حمایت به موارد زیر توجه نمایید:

-آنچه مادر فکر واحساس مي کند را بپذیرید.
-پذیرش گفته هاي مادر به معني موافقت با آنچه که مي گوید نیست
-شما مي توانید گفته هاي او را بپذیرید و بعداً اطلاعات صحیح را به او بدهید.
-پذیرش گفته هاي مادر به او کمك مي کند تا به شما اعتماد کند و براي ادامه مکالمه تشویق شود.
-شناخت و تصدیق آنچه که مادر به درستي انجام مي دهد.

-به مادر کمك هاي عملي ارائه دهید.

-با استفاده از زبان مناسب ، اطلاعات مناسب را به مادر ارائه دهید.

--نیازهای یادگیری مادر را بررسی کنید.

-از کلمات مناسب که مادر درك کند استفاده نمایید.

-مادر را با اطلاعات زیاد دچار سندرم اطلاعات نکنید.

-به مادرپیشنهاد بدهید، به او توصیه نکنید.

-چند راه را به مادر پیشنهاد کنید وبگذارید خود او تصمیم بگیرد که چه روشي بهتر است.

-به او نگویید باید یا نباید این کار را بکند.

-پيشنهادات خود را به يك يا دو پيشنهاد كه مناسب موقعيت فعلي او باشد محدود كنيد.

-ترتيب پي گيري و حمايت بعدي را با گروه های همتا بدهيد.

- زمان مشخصی را برای یادگیری تعیین نمایید تا تمایل و توانایی مادر برای یادگیری افزایش یابد.

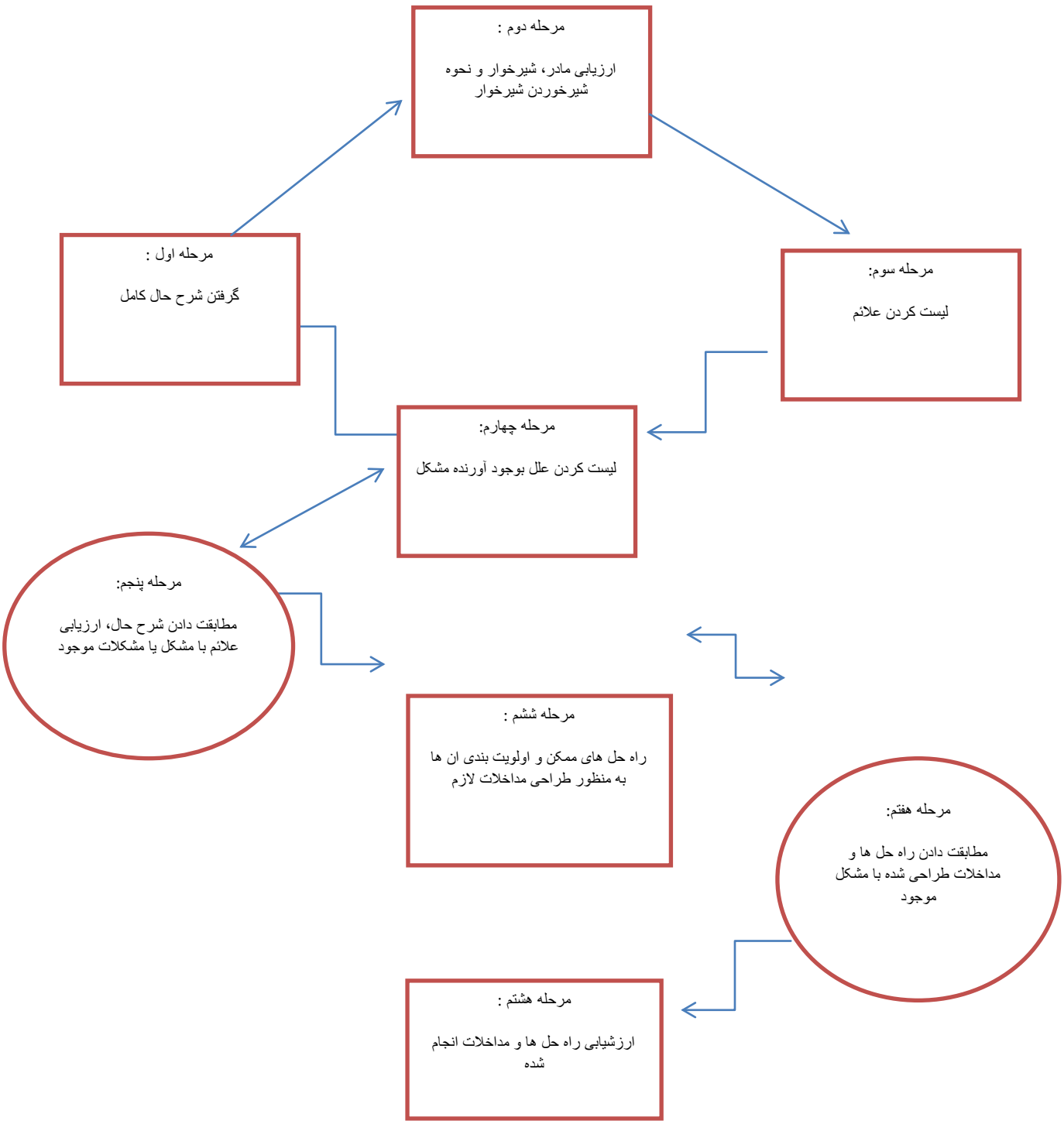
- در زمان یادگیری برای آموزش مادر برحسب شرایط فرهنگی مادر از خنده و شوخی استفاده نمایید.

مراحل هشت گانه مشاوره شیردهی

مراحل هشت گانه شیردهی، ترکیبی از به کار گیری دانش تجربی و مهارت های تفکر نقادانه است و به طبقه بندی و انتخاب راه صحیح کمک می کند و دید وسیع تری را برای خدمت صادقانه و محبت آمیز به مادران و شیر خواران، فراهم می آورد. کلیه مادران در معرض خطر(اول زا، دارای نوزاد در معرض خطر) باید مشاوره شیردهی در بیمارستان داشته باشند و پس از ترخیص، به مشاور شیردهی جهت پی گیری ارجاع داده شوند. مراحل هشت گانه شیردهی عبارتند از:

۱. گرفتن شرح حال
۲. ارزیابی مادر، شیر خوار و نحوه شیر خوردن شیرخوار
۳. فهرست کردن علائم
۴. فهرست کردن علل بوجود آورنده مشکلات
۵. مطابقت دادن شرح حال، ارزیابی و نشانه ها با مشکلات موجود
۶. ارائه راه حل های ممکن و اولویت بندی آنها به منظور طراحی مداخلات لازم
۷. مطابقت دادن راه حل ها و مداخلات طراحی شده با مشکلات موجود
۸. ارزشیابی راه حل ها و مداخلات انجام شده

نمودار 2-4: مراحل 8 گانه مشاوره شیردهی



وضعیت دفع ادرار و مدفوع

مقدمه

وضعیت دفعی نوزاد شاخص مهمی جهت ارزیابی وضعیت شیردهی و میزان شیر دریافتی نوزاد است و نشان دهنده تغذیه

مناسب نوزاد است. والدین در مورد رنگ و حجم مدفوع و تفاوت آن با اسهال نوزاد تجربه کافی ندارند و بیشترین تمرکز و دقت خود را صرف میزان مصرف شیردهی نوزاد است تا میزان دفع آن. مدفوع در دوره نوزادی تغییراتی دارد که در زیر شرح داده شده است.

1- مکونیوم: مدفوع اولیه نوزاد مکونیوم نام دارد که در اکثر نوزادان در طی 24 ساعت اول دفع می شود هر چند ممکن است در نوزاد زودرس با تاخیر انجام شود. مکونیوم از مایع آمنیوتیک، ترشحات روده ای، سلول های موکوسی، و مقدار ناچیز خون عروق مجاری گوارشی تشکیل شده است.مکونیوم در روز اول بسیار چسبنده و بدون بو است.

2- مدفوع انتقالی : این نوع مدفوع معمولا از روز سوم به بعد از اولین تغذیه شروع می شود. این مدفوع مخلوطی از مکونیوم و حاوی مقداری دلمه های شیر است. رنگ آن قهوه ای متمایل به سبز تا قهوه ای متمایل به زرد است. تخلیه سریع مکونیوم و تبدیل به آن به مدفوع انتقالی نشان دهنده تغذیه مناسب نوزاد از نظر مایعات و کالری است که خطر ایکتر یا زردی را کاهش می دهد.

3-مدفوع شیری، معمولا از روز چهارم به بعد است. در نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند. مدفوع نوزاد باید به رنگ زرد یا سبز بسیار کم رنگ تبدیل شود. قوام خمیری شکل و بوی آن مشابه شیرترش است. میزان دفعات دفع حداقل بعد از سه روز، سه مرتبه در روز قابل انتظار است. کمتر از سه بار دفع مدفوع و عدم تغییر رنگ، نشان دهنده دریافت شیر ناکافی است.تعداد دفع مدفوع به طور واضح بعد از چهار تا شش هفته کاهش یافته ولی همچنان افزایش در میزان مقدار آن باید دیده شود. عدم تکرر دفع مدفوع نباید با یبوست(مدفوع سفت و خشک) اشتباه شود. گاهی نوزاد هرچند روز یک بار دفع دارد ولی وضعیت عمومی و وزن گیری خوبی دارد و جای نگرانی نیست.

مدفوع نوزاد تغذیه شده با شیرخشک: در نوزادانی که شیرخشک می خورند مدفوع زرد کم رنگ تا قهوه ای روشن ، قوام سفت تر، و بوی تندتری دارد. در نوزادانی که با شیرخشک تغذیه می شوند حداقل یکبار دفع هر 72- 48 ساعت است در حالی که نوزادانی که شیر مادر می خورند، 3-2 بار در روز طبیعی است.

مدفوع خونی: خون همراه با مدفوع می تواند نشان دهنده واکنش آلرژیک یا عدم تحمل غذای دریافتی مادر به بعضی از مواد غذایی یا دارو ها باشد. تصویر 2-1 وضعیت مدفوع را در روزهای مختلف نشان می دهد.

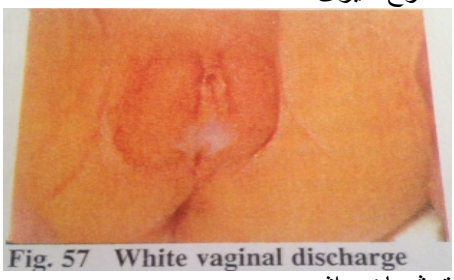
[8] Transitional stools
[9] Breast milk stools



مکونیوم بدون بو وبسیار چسبنده



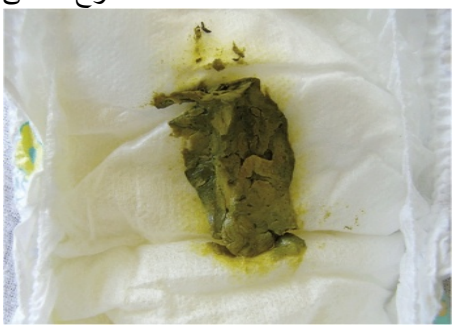
مدفوع شیری



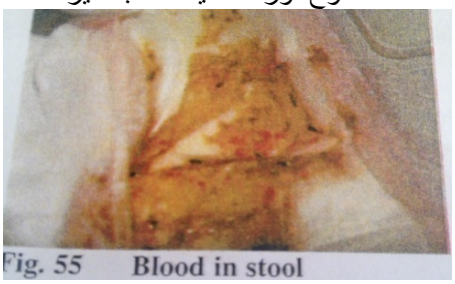
ترشحات واژن



مدفوع انتقالی



مدفوع نوزاد تغذیه شده با شیرخشک



خون در مدفوع

تصویر2-1: وضعیت دفع ادرار و مدفوع

دفع ادرار: نوزاد باید تا روز پنجم یا ششم حداقل یک بار دفع روزانه ادرار داشته باشد. پس از آن تا روز چهاردهم 6-5 بار و سپس 10-6 بار روزانه دفع ادرار باید داشته باشد. در نوزاد سالم، ادرار به رنگ زرد کمرنگ تا پررنگ است. هر چه ادرار تیره تر باشد، غلظت آن بیشتر است و این حالت وقتی است که حجم شیر دریافتی نوزاد کافی نباشد. گاهی پوشک، رنگ نارنجی متمایل به قرمز به خود می گیرد که ممکن است با خون اشتباه شود در حالی که این رنگ به دلیل غلظت بیش از حد ادرار است. تا زمانی که نوزاد حداقل ۴ بار در روز ادرار می کند، جای نگرانی نیست ولی اگر نارنجی بودن رنگ ادرار ادامه پیدا کرد، با ید شیردهی مکرر انجام شود و درصورت برطرف نشدن با پزشک پشتیبان مشورت کنید.

ترشحات ناحیه تناسلی: گاهی ممکن است که ترشحات سفید رنگ مخاطی از ناحیه تناسلی دختر خارج شود در بعضي از نوزادان براي چند هفته طول بکشد. بعضي از ترشحات ممکن است به صورت خوني باشد که یک امر طبیعي است و به دلیل قطع هورمون هاي مادري بعد از تولد نوزاد مي باشد و جای نگرانی نیست.

جدول 2-25: فرآیند ارزیابی وضعیت دفع ادرار و مدفوع

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع

-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) - والدین	-بعد از تولد - حین بستری بودن	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل – مراکز بهداشتی و درمانی	- بررسی دفعات ادرار و مدفوع در روز - مشاهده مدفوع و نوع آن (مکونیوم- انتقالی- شیری- خونی) - بررسی وضعیت شیردهی - مشاهده ناحیه تناسلی از نظر وجود ترشحات و نحوه خروج ادرار و یا زور زدن نوزاد - آموزش به مادر جهت تغذیه مکرر به نوزاد - حمایت مادر از نظر طبیعی بودن ترشحات در دختران - آموزش نحوه تمیز کردن ناحیه تناسلی دختر و پسر - آموزش نحوه پوشک کردن به ویژه نوزادان زودرس - آموزش وضعیت دفع طبیعی به والدین	-پی گیری وضعیت شیردهی – پی گیری وضعیت دفع نوزاد -گزارش و ارجاع در صورت عدم رفع مشکل به متخصص کودکان و نوزادان

فعالیت ها

- درجه حرارت محیط مناسب باشد.
- تمام وسایل لازم قبل از تعویض پوشک کودک باید در دسترس باشد .
- هرگز نوزاد را حتی برای یک ثانیه روی تخت بدون حفاظ تنها رها نکنید.
- تغییرات الگوی دفع مدفوع، رنگ، حجم و مشخصات آن برای مادر توضیح داده شود.
- تشخیص زمان خیس شدن پوشک های یکبار مصرف جدید دشوار است بنابراین نباید منتظر پس دادن و مشخص شدن نم روی لباس باشید.
- یک نوزاد طبیعي در طول روز 6 مرتبه باید تعویض پوشک گردد. اگر کمتر از 6 مرتبه نیاز به تعویض پوشک داشته باشد باید متوجه این باشیم که شیر کافي دریافت نکرده است .
- ناحیه تناسلی پسر را هنگام تعویض بپوشانید.
- ناحیه تناسلی نوزاد را تمیز و خشک کنید.
- برای تمیز نمودن نوزاد دختر ناحیه تناسلی را با دستمال و یا پنبه خیس از بالا به پایین تمیز نمایید.
- برای تمیز نمودن نوزاد پسر،معمولا پوست ختنه گاه به قسمت پوست چسبیده و نباید براي تمیز کردن کشیده شود.
- قبل از اینکه پوشک او را ببندید به پاهای او در صورت نیاز کرم محافظ پوست بزنید.
- درصورت بروز قرمزی و یا وجود جوش بر روی پوست با پزشک مشورت کنید.
- میزان و حجم ، رنگ و بو، و دفعات ادرار و مدفوع را بررسی نمایید.
- نکات طبیعی و غیر طبیعی را به مادر و خانواده آموزش دهید.
- بهتر است قبل از شیر خوردن پوشک نوزاد عوض شود زیرا حرکت دادن و بالا بردن پاهای نوزاد باعث برگشت شیر شده و احتمال آسپیراسون شیر به ریه را دارد.
- در نوزادان زودرس به آرامی پوشک را از پهلو و با حرکت دادن آرام باسن، آن در زیر پا قرار دهید و ساق و ران نوزاد بالا برده نشود زیرا خطر خون ریزی مغزی را افزایش می دهد.

-جدول شمارش پوشک ها راهنمای مناسبی برای بررسی وضعیت دفع نوزاد است.

جدول 2-26: ارزیابی وضعیت دفع نوزاد در هفته اول

سن نوزاد	تعداد پوشک ادراری	تعداد پوشک مدفوعی	مشخصات مدفوع
روز اول	1	1	مکونیوم (سیاه رنگ ، بدون بو و چسبنده)
روز دوم	2	2	مکونیوم (سیاه رنگ ، بدون بو و چسبنده)
روز سوم	3	3	مدفوع انتقالی (سبز تیره- مخلوطی از مکونیوم و دلمه های شیر)

روز چهارم	3-4	3	مدفوع انتقالی (سبز تیره- مخلوطی از مکونیوم و دلمه های شیر)
روز پنجم	3-5	3	مدفوع شیری (زرد رنگ یا سبز کم رنگ- قوام خمیری شکل . بوی مشابه شیر ترش)
روز ششم	3-5	3	مدفوع شیری (زرد رنگ - قوام خمیری شکل . بوی مشابه شیر ترش)
روز هفتم	3-5	3-4	مدفوع شیری (زرد رنگ - قوام خمیری شکل . بوی مشابه شیر ترش)

مراقبت از بند ناف

مقدمه

مراقبت از بند ناف بسیار مهم است زیرا مکان مناسبی برای رشد میکرو ارگانیسم ها است و هنوز برخی از خانواده ها به دلایل فرهنگی و اعتقادی از موادی نظیر خمیرآرد و زرچوبه و تخم مرغ بر روی آن استفاده می کنند و یا نوزاد را به طور صحیح پوشک نمی کنند و یا از الکل و بتادین برای ضدعفونی این ناحیه استفاده می نمایند. در صورت ایجاد عفونت در بند ناف علائم قرمزی، ترشح سفید و یا سبز رنگ، و تب و بی قراری و حتی سپسیس در نوزاد دیده می‌شود.

جدول 2- 27: فرآیند مراقبت از بند ناف

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) - والدین	بعد از تولد	منزل	-مشاهده بند ناف از نظر ظاهر و وضعیت بهداشتی - آموزش مراقبت از بند ناف به مادر - مشاهده بند ناف از نظر خشک شدن و افتادن - بررسی علائم غیرطبیعی و عفونت	موارد غیر طبیعی بررسی و به پزشک متخصص کودکان و نوزادان ارجاع داده شود

فعالیت ها

-دستانتان را با آب و صابون بشویید.

-ظاهر بند ناف را مشاهده کنید.

-به مادر در مورد سالم بودن وضعیت بند ناف توضیح دهید.

-در صورت مشاهده هرگونه نشانه‌ای از عفونت به پزشک اطلاع دهید.

- مراقبت از بند ناف و علائم خطر، را آموزش دهید.

- بند ناف باید تمیز نگه داشته شود.

- 3 هفته پس از تولد بندناف سیاه و خشک می شود و می افتد.

- از پانسمان بند ناف خودداری کنید.

- از استعمال هر گونه مواد ضد عفونی کننده بر روی بندناف خودداری شود.

-علائم خطر و عفونت نظیر قرمزی ، ترشح زرد یا سبز رنگ، خشک نشدن بند ناف بعد از دو هفته را اطلاع دهید.

-کهنه را پایین تر از بند ناف ببندید. تا بندناف در جریان مستقیم هوا قرار بگیرد و سریعتر خشک شود.

-زمانی که بندناف می افتد ممکن است خون ریزی خفیفی از ناحیه ناف رخ دهد که جای نگرانی نیست .

-اجازه دهید بندناف خودش بطور طبیعی بیفتد و حتی اگر اتصال بسیار کوچکی باقی مانده باشد نباید با زور اقدام به کندن بند ناف نمایید زیرا در این صورت ممکن است خون ریزی فعال رخ دهد درصورت خون ریزی فعال (خون ریزی فعال یعنی هر زمان که شما یک قطره خون را پاک کنید قطره دیگری ظاهر گردد.) با پزشک تماس بگیرید.

-در صورت ختنه شدن نوزاد و نداشتن پوشک، از گازی برای محل ختنه استفاده شود که ادرار بر روی بند ناف نریزد و منجر به آلودگی بند ناف نشود.

مراقبت از ختنه

ختنه عملی است که در آن پوست اضافه سر آلت تناسلی برداشته می‌شود . اعتقادات و توصیه‌هاي مذهبی و اجتماعی عامل اصلی انجام آن است. امروزه از ختنه به‌عنوان يك جراحی علمی ياد مي‌شود و حتی در بسیاری از کشورها با وجود آنکه از نظر مذهبی نیازی به این کار نیست اما آن را انجام می‌دهند. کودکانی که ختنه می‌شوند احتمال عفونت ادراری در آنها نسبت به کودکاني که ختنه نمي‌شوند 15 برابر کمتر است. با انجام ختنه احتمال ابتلا به سرطان آلت تناسلي در سنین بالا به مراتب کمتر مي‌شود. خطر انتقال عفونت‌های جنسی را کاهش مي‌دهد. احتمال انتقال عفونت ایدز نیز کمتر می‌شود. بنابراین باتوجه به اینکه عفونت ادراری در کودکان زیر 6 ماه شایع تر است، توصیه مي‌شود ختنه در سنین پایین انجام شود.در بسیاری از پسرها قبل از ترخیص به خانه، ختنه می شوند . اما گاهی والدین مایل نیستند نوزادشان ختنه شود. متخصصان اطفال، هفته‌های اول تولد را مناسب می‌دانند و بهتر است ختنه تا قبل از 18 ماهگی انجام شود علاوه بر این، بعد از دوره نوزاد ی نیاز به بیهوشی عمومی است.

ختنه به دو روش جراحی و حلقه انجام می شود. فردی که این کار را انجام می‌دهند باید متبحر بوده و روش مناسب را انتخاب کند. در روش جراحی، پزشک ابتدا در پوست جلوی آلت تناسلی شکاف کوچکی ایجاد می‌کند، بعد پوست را به عقب می‌کشد و با حفظ 2 میلی‌متر پوست اضافی بخیه می‌شود. در روش حلقه، به کمک یک حلقه، پوست مانند بندناف خشک شده و بعد از چند روز می‌افتد. عوارض عمل جراحی ختنه خون ریزی، چسبندگی‌های بعد از عمل، تغییر مسیر و اشکال در ادرار کردن است . در روش حلقه ممکن است پوست به اندازه کافی برداشته نشود یا برعکس به مقدار زیاد برداشته شود یا با جابه‌جا شدن حلقه، در ادرار کردن نوزاد اشکال ایجاد شود.

جدول 2- 28: فرآیند مراقبت از ختنه

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار) - والدین	بعد از انجام ختنه	- منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل - مراکز بهداشتی و درمانی	- آموزش کنترل بی قراری و درد - کنترل دفع ادرار بعد از ختنه - آموزش نحوه تمیز کردن و پوشک کردن بعد از ختنه - آموزش نحوه استفاده از پماد - آموزش علایم خطر و گزارش آنها	موارد غیر طبیعی بررسی و به پزشک اطلاع داده شود

فعالیت ها

-والدین نوزاد را در صورت تمایل به انجام ختنه، توجیه کنید.

-مزایای ختنه را برای والدین ذکر کنید.

-انواع روش های ختنه را برای والدین توضیح دهید.

-قبل از ختنه، سر آلت از نظر ناهنجاری ها نظیر هیپوسپادیاس بررسی شود. در صورت وجود ناهنجاری عمل ختنه نباید انجام شودو با متخصص جراحی مشورت شود.

-بی قراری و درد نوزاد را حین انجام ختنه و یا بعد از آن کنترل نمایید. آکادمی کودکان آمریکا استفاده از لیدوکایین و یا بلوک عصبی را در حین پروسیجر توصیه نموده است. استفاده از کرم املا(EMLA)، پستانک آغشته به سوکروز و گذاشتن موسیقی آرام نیز توصیه شده است. از استامینوفن خوراکی نیز استفاده می شود.

- بعد از عمل نوزاد را از نظر ادرار کردن کنترل کنید. اگر 6- 8 ساعت بعد ادرار نکرد اطلاع دهید.

-در چند روز اول آلت را با آب ساده و متناسب با درجه حرارت بدن نوزاد بشویید.

-از دستمال های آغشته به الکل استفاده نکنید.

-کهنه نوزاد را شل ببندید.

-در هر بار تعویض کهنه می توانید با استفاده از آنتی بیوتیک و یا ژل وازلین برحسب تجویز استفاده نمایید. در صورت استفاده از حلقه از ژل پترولیوم استفاده نشود زیرا باعث جابجایی حلقه می شود.

-آلت تناسلی بعد از ختنه قرمز و متورم می‌شود و تا ۲۴ ساعت هم ممکن است خون ریزی داشته باشد .

-پوشک نوزاد را به محض کثیف شدن تعویض کنید، ناحیه مورد نظر را هر روز با آب شست‌وشو دهید و از یک پماد آنتی‌بیوتیک به مدت 3 تا 4 روز استفاده کنید.

-محل ختنه با گاز تمیز پوشیده شود، اما این گاز نباید به محل ختنه بچسبد چون می‌تواند تنگی و عوارض دیگری ایجاد کند.

-تا بهبود ی نوزاد او را حمام در وان ندهید و از حمام اسفنجی استفاده نمایيدو از صابون، پودر یا لوسیون استفاده نکنید.
-معمولا بین 7 تا 10 روز زمان لازم است تا آلت بهبود یابد و در طی این مدت ممکن است نوک آلت زرد رنگ بنظر برسد که طبیعی است.
-اگر سر آلت خون ریزی کرد با فشار بر روی آن از خون ریزی جلوگیری کنید و با پزشک تماس بگیرید
-در صورت بروز علایمی نظیر خون ریزی، ترشح، تغییر رنگ سر آلت و کاهش جریان ادرار با پزشک تماس بگیرید
-علائم خطر و زمان پی گیری های بعدی را برای والدین توضیح دهید.

استحمام نوزاد

مقدمه

مادران همیشه نگران حمام دادن نوزادشان هستند زیرا از سرماخ وردگی، افتادن نوزاد و ناتوانی در این امر واهمه دارند و معمولا از مادر یا خواهر نوزاد به ویژه نوزادان زودرس حفظ شود.

جدول 2- 29: فرآیند استحمام نوزاد

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) - مادر یا یکی از اعضای خانواده	2 الی سه مرتبه در هفته	- منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- آموزش حمام دهی به مادر - مهیا نمودن شرایط محیط و ایمنی نوزاد - در دسترس قرار دادن لوازم مورد نیاز - کنترل درجه حرارت نوزاد، محیط و آب - توانمند کردن مادر در حمام دهی نوزاد	در صورت بروز تغییرات درجه حرارت یا سیانوز به ویژه در نوزادان در معرض خطر، حمام دهی قطع شود. و به او کمک شود تا ثبات علایم حیاتی را بدست آورد در صورت عدم بهبودی به پزشک ارجاع داده شود.

فعالیت ها

-حمام دادن و چگونگی انجام آن را برای مادر توضیح دهید.
-فعالیت های مادر را در طی حمام مشخص کنید.
-محیطی مفرح و آرامبخش را برای استحمام در اتاق یا محیط حمام برای نوزاد و خانواده مهیا نمایید. اگر شما و مادر مضطرب باشید علاوه بر اینکه روی کار مسلط نیستید، خاطره ناخوشایندی از حمام کردن در ذهن باقی بگذارد. لباس به تن داشته باشید که نوزاد روی پای شما لیز نخورد.
-ایمنی نوزاد از نظر سقوط، سوختگی آسپیراسیون باید در نظر گرفته شود
-درجه حرارت اتاق یا حمام را 26 درجه سانتی گراد حفظ کنید.
-دمای آب را با دست امتحان کنید(37 تا 38 درجه سانتی گراد).
-وسایل حمام دادن را آماده کنید (لگن بزرگ آب ،پارچه مرطوب ،پنبه های گلوله شده).
-جواهرات و هر نوع وسیله دیگر را به منظور جلوگیری از صدمه زدن به نوزاد از دستتان خارج نمایید.
-نوزاد را لخت کرده و درون حوله کلاه دار بپیچید
-از چشم و صورت شروع کنید. یک پنبه خیس از آب گرم را به آرامی روی چشم و سپس صورت نوزاد بکشید. سپس نوبت به سر می‌رسد. سر او را شسته و سپس با کلاه حوله دار آن را خشک نمایید.
-مراقبت باشید جریان آب را روی صورت او رها نکنید، ممکن است باعث ناراحتی او و حتی کبودی‌اش شود. خشک کردن سر از سرما خوردن نوزاد جلوگیری می‌کند. با يك پارچه يا ليف بسيار نرم و به آرامي با صابون شكم و پشت و سپس دست ها و پاهای، او را بشویید.
-تمام چین‌های بدن نوزاد مانند زیر بغل ، زیر گردن ، لاله گوش، دستگاه تناسلی را با پارچه مرطوب پاک کرده و آب کشی نمایید تا هیچ ماده زائدی باقی نماند . بعد از شستن بدن، فوری او را درون حوله بپیچید و خشک کنید.
- برای خشک کردن گوشها از "گوش پاک کن" استفاده نکنید.
- 2 یا حداکثر 3 مرتبه حمام در هفته براي نوزاد كافي است، ازشستشوي روزانه او اجتناب نمایید.
- زمان مناسب برای حمام کردن نوزاد بین 5 تا 10 دقیقه است.
- هرگزنوزاد را هنگام حمام کردن تنها نگذارید.

- اگر ناف نوزادتان افتاده است می‌توانید او را داخل وان کوچک قرار دهید. در هفته اول تولد و تا زمانی که ناف نیفتاده و یا محل ختنه بهبود پیدا نکرده است، او را در وان یا لگن قرار ندهید زیرا موجب عفونت می‌شود.
خشک بودن پوست نوزاد طبیعی است. پس از حمام کردن بدن او را با روغن بچه و روغن‌های مایع گیاهی خوراکی (زیتون، بادام شیرین، آفتاب گردان و غیره) چرب کنید.
- مراقب باشید روغن وارد چشم و دهانش نشود.
- هنگام چرب کردن بدن نوزاد او را روی سطح هموار و با ثبات قرار دهید تا چربی دست شما و بدن او موجب لیز خوردنش نشود.
- زمان حمام کردن و مراقبت ها برای نوزاد شعر بخوانید، با او حرف بزنید .
- هنگام حمام نوزادان زودرس رفتارهای ناشی از استرس نوزاد را بررسی نمایید و در کاهش این رفتارها با حفظ درجه حرارت مناسب محیط، تماس پوستی و نوازش بکاهید.

حفظ الگوی خواب

مقدمه

یکی از نگرانی های مادران وضعیت خواب نوزادان است زیرا ممکن است آنان اطلاع کافی در مورد خواب و فعالیت‌های نوزاد نداشته باشند. نوزادان در طی 2- 3 روز اول تقریبا به طور مداوم می خوابند که می تواند ناشی از خستگی فرآیند زایمان باشد. نوزادان به طور متوسط 20 ساعت در شبانه روز می خوابند و ساعات بیداری آنان برای شیرخوردن است و مجددا به سرعت می خوابند.

حالت های خواب در نوزادان به صورت خواب عمیق، خواب فعال ، خواب آلودگی، بیدار آرام ، بیدار فعال و گریه است وضعیت های خواب وبیداری در 28 هفتگی جنینی مشخص است. نوزادان زودرس 70 درصد از زمان را در خواب فعال می گذرانند. در 30 تا 32 هفتگی حالت بیداری آرام بیشتر می شود و پاسخگویی به صدا و لمس در خواب فعال (حرکت سریع چشم ها) بیشتر دیده می شود. در 6 ماهگی خواب آرام بیش از خواب فعال است.پیشرفت تکاملی خواب بدین صورت است که از خواب فعال کم می شود و بیداری و گریه نوزاد بیشتر شود. تامین خواب برای نوزاد رسیده و زودرس یکی از اهداف مراقبتی است . مراقبت ها باید در حد امکان با رفتارهای نوزاد هماهنگ شود تا وضعیت های خواب و بیداری تکامل یابد.

مرگ گهواره ای یا سندرم مرگ ناگهانی، مرگ غیر منتظره و غیر قابل توصیف نوزاد در حین خواب است که علت دقیقی برای آن مطرح نیست. بکارگیری اقدامات زیر در حین خواب نوزاد می تواند شیوع آن را کاهش دهد.

جدول 2- 30: فرآیند حفظ الگوی خواب

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) - والدین	هنگام خواب نوزاد	منزل	-بررسی وضعیت خواب نوزاد -مشاهده و ارزیابی محیط خواب نوزاد از نظر و سر و صدا ، دما و نور -آموزش به والدین در مورد محیط و تخت نوزاد -آموزش در مورد نحوه خواب نوزاد	اثربخشی آموزش ها را ارزیابی نمایید. در صورت داشتن خواب منقطع و بیداری زیاد مجدا شرایط محیطی، تغذیه و سلامت نوزاد را ارزیابی کنید.

فعالیت ها

-میزان و زمان خواب نوزاد را بررسی کنید.

-وضعیت محیط نوزاد را از نظر سر و صدا، نور و دما بررسی نمایید.
-وضعیت تغذیه نوزاد را بررسی نمایید.
-قبل از خواب پوشک نوزاد عوض شود.
-به والدین آموزش دهید برای حفظ خواب مناسب، نوزاد را در سالن و یا مکان پر سرو صدا و پر تردد نخوابانند.
-برای خوابیدن نوزاد را به پشت قرار دهید نوزادانی که به شکم یا پهلو هستند شانس بیشتری برای مرگ گهواره ای دارند.
-تخت نوزاد با یک تشک سفت پوشیده شود و به جز نوزاد در تخت وسیله های دیگری نظیر پتو، اسباب بازی ملافه های تا شده نباشد.
-تشک نرم و پتوهای سنگین خطر مرگ گهواره ای را افزایش می دهد.
-تخت نوزاد در اتاق والدین باشد.
-نوزاد در تخت والدین نباشد.
-با نوزاد روی صندلی یا مبل نخوابید.
-به نوزاد لباس زیادی نپوشانید. درجه حرارت اتاق زیاد نباشد. گرمای بیش از حد منجر به افزایش مرگ گهواره ای نوزاد می شود.
-نوزاد در تماس با افراد سیگاری قرار نگیرد و یا در اتاقی که آنها هستند نخوابد.
-زماني که کودک خوابیده است نرده های تخت را بالا بیاورید.
-در برخی از زمان هایی که نوزاد خواب است مادر نیز خواب و استراحت کافی داشته باشد تا بتواند شیردهی موفقی داشته باشد.

مراقبت از شیرخوار مبتلا به کولیک

مقدمه

کولیک نوزادی یا شیرخواری یکی از مشکلات متداولی است که والدین با آن روبرو می شوند و نگرانی بسیاری برای آنها ایجاد می کند زیرا نوزاد یا شیرخوار با گریه های شدید و بلند، آرامش را از تمامی اعضای خانواده سلب می کند. کولیک معمولا در هفته دوم تا سوم شروع و تا 3 ماهگی و حتی در برخی موارد تا 6 ماهگی ادامه دارد. کولیک به عنوان گریه های بلند و آرام نشدنی همراه با جمع کردن پاها داخل شکم به مدت سه ساعت در روز و بیشتر از سه مرتبه در هفته ، بدون داشتن مشکل جسمی تعریف می شود که معمولا تا سه ماهگی ادامه دارد. علت احتمالی آن زودرسی دستگاه عصبی یا گوارشی، خلقیات و شیوه رفتار والدینی است که به نیازهای نوزاد توجه نمی کنند.

جدول 2- 31: **فرآیند مراقبت از کولیک نوزادی**

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) -والدین	- قبل و حین درد های کولیکی	- منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- آموزش درد های کولیکی به خانواده - پیشگیری از گریه با تامین نیازهای نوزاد - آموزش مراقبت ها جهت کاهش درد های کولیکی -حمایت روحی و روانی از والدین	در صورت بکار گیری کلیه اقدامات و عدم رفع آن به پزشک ارجاع داده شود.

فعالیت:

- به والدین در مورد کولیک آموزش دهید.
- به والدین در مورد زمان شروع و افزایش آن تا 6 هفتگی توضیح دهید و خاطر نشان کنید که درد های کولیکی تا 12 هفتگی بتدریج کاهش می یابد.

- نیازهای نوزاد را به موقع تامین نمایید. به طور مثال قبل از شروع گریه و بروز علایم دیررس گرسنگی، او را تغذیه نمایند.
- خارج کردن هوای معده از تشدید دل درد های کولیکی جلوگیری می کند. بنابراین اصلاح نحوه شیردهی، گرفتن باد گلو، خوابانیدن نوزاد بعد از تغذیه به سمت راست می تواند کمک کننده باشد.
- کمک به خروج هوا از روده ها نفخ را کاهش می دهد. شکم نوزاد را بر روی ساعد قرار داده و به آرامی پشت نوزاد را ماساژ دهید.
- شکم نوزاد را ماساژ دهید.
- محرکات را که منجر به کولیک می شود را کاهش دهند.
- در آغوش گرفتن و راه رفتن با نوزاد ، گریه ها را کاهش می دهد. در ضمن اضطراب والدین را کم می کند.
- برخی از نوزادان با سواری در ماشین و تکان خوردن در گهواره و یا آغوش والدین آرام می شوند.
- استفاده از مکیدن غیرخوراکی (پستانک یا انگشت) کمک کننده است.
- گرم کردن شکم نوزاد با یک حوله نیز برای نوزاد آرام بخش است.
- به والدین اطمینان خاطر دهید که این یک وضعیت موقتی است و یکی از مشکلات شایع در این دوره است و برطرف خواهد شد.
- با برگزاری کلاس های آموزشی و گروهی در مورد درد های کولیکی، والدین را آگاه و مورد حمایت قرار دهید.

حفظ ایمنی نوزاد

مقدمه

امنیت و ایمنی نوزاد از همان بدو ترخیص باید حفظ گردد و لازم است که شرایط ایمن برای انتقال نوزاد به خانه، محیط خانه و چگونگی حفظ ایمنی حین انجام مراقبت ها برای او در نظر گرفته شود. استفاده از صندلی های ایمنی برای شیرخواران در برخی از کشورها نظیر آمریکا یک قانون است و نبایستی نوزاد بغل شود و یا بر روی صندلی رها گردد. این صندلی ها به نحوی طراحی شده است که خاص نوزادان و شیرخواران است و نوزاد را در حالت خوابیده و سر را بالاتر قرار می دهد. این صندلی ها برای عقب اتومبیل طراحی شده است و بهترین حفاظت را برای سر سنگین و گردن ضعیف نوزاد فراهم می کند. ستون فقرات نیز بوسیله پشت صندلی محافظت می شود. نوزادان و شیرخواران تا 9 کیلوگرم باید در صندلی م خصوص و عقب ماشین گذاشته شوند. در صورتی که شیرخوار در قسمت جلو باشد به دلیل باز شدن کیسه های هوایی ماشین به نوزاد آسیب می رسد. مراقبت کننده باید فعالیت های زیر را به والدین آموزش دهد و آنها را به طور عملی برایشان انجام دهد و تاکید بر استفاده از صندلی ایمنی نماید (طبق تصویر). علاوه بر این محیط نوزاد باید به نحوی باشد تا نوزاد از حوادثی نظیر سقوط، سوختگی و غیره در امان باشد.

جدول 2- 32: **فرآیند حفظ ایمنی نوزاد**

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) -والدین	-حین انتقال و جابجایی نوزاد –هنگام انجام مراقبت ها	- منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	-آموزش به خانواده از خطرات و حوادث تهدید کننده نوزاد - آموزش استفاده از صندلی های مخصوص شیرخواران در اتومبیل	محیط خانه و اثر بخشی آموز ش ها را پی گیری نمایید.

فعالیت:

- موارد زیر را به والدین جهت پیشگیری از حوادث و خطرات تهدید کننده نوزاد آموزش دهید:

در منزل، اتومبیل و یا هر جایي که شیرخوار یا نوزاد هست سیگار نکشید.
فاصله ی نرده هاي تخت نباید زیاد باشد.
وقتي شیرخوار مي خوابد کناره هاي تخت بالا باشد.ً
حرارت اتاق باید مناسب باشد و شیرخوار موقع خواب زیاد سرد یا گرم نشود.

در صورت استفاده از بخاری های گاز سوز از ایمنی محل خروج دودکش ها اطمینان حاصل نمایید.
هنگام جابجایی نوزاد از کفش های پاشنه بلند و یا راه رفتن بر روی سطوح لغزنده خودداری نمایید.
هنگام بغل کردن نوزاد ، مایعات داغ و چای ننوشید.
شیرخوار را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده از قبیل سماور، بخاری،منقل، اتو، تنور و کرسی قرار ندهید.
هنگام تعارف کردن چای مراقب ریختن مایعات داغ بر روی نوزاد باشید.
در صورت تهیه و دادن شیر به نوزاد از دمای مناسب آن اطمینان حاصل کنید.
هنگام حمام کردن و یا شستن پای نوزاد از دمای مناسب آب اطمینان حاصل کنید.
همیشه در حین تعویض پوشک یا لباس یک دست خود را روي نوزاد قرار دهید تا از روي تخت یا میز سقوط نکند.

- به والدین استفاده از صندلی های مخصوص اتومبیل را توصیه کنید . موارد زیر را توضیح دهید:
هنگام انتقال نوزاد از بیمارستان به خانه از صندلی های مخصوص استفاده نمایید.
صندلی مخصوص شیرخوار را در عقب ماشین گذاشته و با استفاده از کمربند ایمنی به طور مناسب بسته شود (برای کاهش حرکت و تکان خوردن نوزاد، اطراف و بین دو پا را با استفاده ازحوله یا پتوی لوله شده پر شود).
خطرات قراردادن صندلی مخصوص نوزاد در صندلی جلو ماشین را توضیح دهید.
هرگز هنگامی که اتومبیل در حال حرکت است، نوزاد یا شیرخوار را از صندلي ماشین خارج نکنید.
اگر شیرخوار نیاز به تغذیه داشت، ماشین را متوقف کرده و پس از تامین نیازش دوباره حرکت کنید.
همیشه از کمربند ایمني استفاده کنید و پس از مصرف دارو رانندگي نکنید.




تصویر2-2: استفاده از صندلی ایمنی در اتومبیل

کمک به سازگاری خواهر و برادر

مقدمه

ورود عضوی جدید به خانواده ممکن است منجر به بی توجهی به خواهر و برادرهای دیگر شود. اگر نوزاد یا مادر در معرض خطر بوده و نیازمند مراقبت های ویژه باشد تغییرات رفتاری بیشتر مشاهده می شود. بنابراین تغییرات رفتاری خواهر و برادر باید ارزیابی گردد زیرا گاهی تغییرات رفتاری برای خود فرد و نوزاد آسیب زننده است. به والدین کمک نمایید تا با بکارگیری فعالیت های زیر سازگاری با موقعیت جدید تسهیل گردد.

جدول 2- 33: فرآیند کمک به سازگاری خواهر و برادر

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع

-عامل مراقبت (پرستار ، ماما) - والدین	-پیش از ورود نوزاد به منزل - دوره نوزادی	- منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	-بررسی تغییرات رفتاری خواهر و یا برادر -گفتگو با فرزندان در مورد ورود نوزاد -آموزش مشارکت دادن فرزندان در مراقبت های نوزاد -آموزش و تاکید بر اختصاص دادن زمان برای فرزندان دیگر	وضعیت رفتاری فرزندان را در برابر نوزاد پی گیری نمایید. در صورت نیاز از مشاوره روانشناس کمک بگیرید.

فعالیت:

- تغییرات رفتاری خواهر و یا برادر را بررسی کنید.
- والدین با فرزندانشان صحبت کنند و آنها را مطمئن سازند که آنها تقصیری در بیماری و مشکلات نوزاد ندارند.
- خواهر و برادرها را با توجه به سن و سالشان ترغیب کنید تا در مراقبت از نوزاد مشارکت داشته باشند.
- به والدین تاکید کنید مدت زمانی را به طور اختصاصی و تنها با فرزندان دیگربگذرانند تا بدانند هر کدام مورد توجه هستند.

راهنمای بالینی مراقبت از نوزاد در معرض خطر

نوزادان در معرض خطر، نوزادانی هستند که نیازمند مراقبت های ویژه هستند این نوزادان ممکن است از بیمارستان ترخیص زود هنگام داشته اند و یا لازم است علاوه بر مراقبت های معمول، در منزل توسط پرستار مراقبت های تخصصی از آنها به عمل آید. در زیر شرح مبسوطی از نوزادان در معرض خطر آورده شده است.

نوزاد در معرض خطر تبادلات حرارتی

مقدمه

درجه حرارت طبیعی نوزاد بین 36/5 تا 37/5 است. درجه حرارت بیش از 37/5 هیپرترمی و درجه حرارت کمتر از 36/5 هیپوترمی نامیده می شود. در نوع شدید آن درجه حرارت از 32 درجه سانتی گراد کمتر می شود. نوزادان به طرق زیر ممکن است درجه حرارت خود را از دست دهند:

۱. هدایتی (conduction) : به دلیل تماس مستقیم بین نوزاد و یک سطح سرد است.

۲. تبخیر (Evaporation) : به دلیل انرژی مورد نیاز برای تبدیل مایع به گاز است. این مکانیسم می تواند مسئول 25% از دست دادن گرما در نوزادان زودرس به دلیل افزایش نفوذ پذیری پوستشان باشد.

۳. همرفتی (convection) : از دست دادن گرما به دلیل جریان هوا مانند کوران هوا در محیط یا کوران ایجاد شده با جابجایی افراد یا وسایل است

۴. تابش (radiation) : انتقال گرما از پوست به محیط سردتر اطراف مانند دیوارها و پنجره ها است.

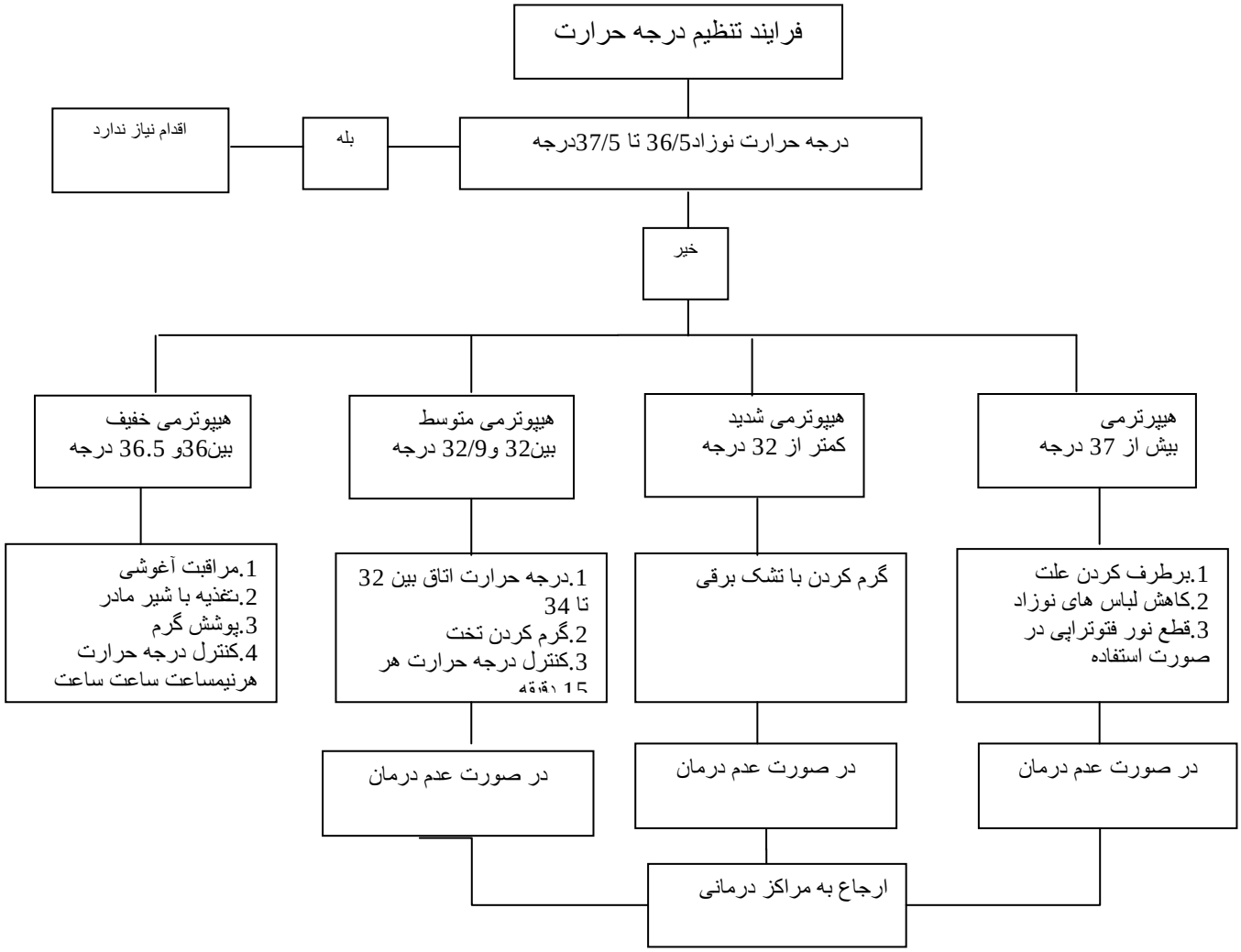
جدول 2- 34: **فرآیند تنظیم درجه حرارت**

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار /ماما)	-در هر نوبت ملاقات و مراقبت از نوزاد	-منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	-اندازه گیری درجه حرارت نوزاد -بررسی علت مشکل و بر طرف کردن آن -کنترل درجه حرارت اتاق -آموزش به خانواده و مادر برای تنظیم درجه حرارت اتاق	درجه حرارت نوزاد و اثر بخشی آموزش ها پی گیری شود.

فعالیت ها

- درجه حرارت نوزاد را کنترل نمایید اگر کمتر از 36/5 °c است. اقدامات زیر را انجام دهید:
  - از خشک بودن نوزاد مطمئن شوید
  - کلاه بر سر نوزاد بگذارید.
  - مطمئن شوید درجه حرارت اتاق سرد نیست.
  - نوزاد را به محیط گرم تر انتقال دهید.
  - نوزاد را با پتو بپیچانید و او را تغذیه کنید.
  - نوزاد را بر روی قفسه سینه مادر در تماس پوست با پوست قرار دهید و هر دو را با پتو بپوشانید.
- بعد از یک ساعت درجه حرارت را مجددا کنترل نمایید اگر درجه حرارت هم چنان کمتر از 36 °c است. به طور همزمان از چند روش گرم کردن برای پیشگیری و از دست دادن حرارت استفاده کنید.
- علل ایجاد شدن کاهش و یا افزایش درجه حرارت (هیپوترمی و هیپر ترمی) را بررسی گیرد.
- آموزش های زیر را به والدین بدهید :
  - تنظیم درجه حرارت اتاق
  - قرار دادن دماسنج بر بالای تخت نوزاد در اتاق
  - پوشش مناسب نوزاد (هر تعداد که مادر لباس پوشیده یک عدد بیشتر به او لباس بپوشانید.)
  - استفاده از کلاه برای نوزاد تا سن 6 ماهگی.
  - قرار ندادن نوزاد در آفتاب ، کنار پنجره ، کنار درب و کنار محل های سرد

نمودار 2-5: تنظیم درجه حرارت در نوزاد



تغذیه در نوزاد زودرس

در بخش فرآیندهای شیر دهی توضیح داده شده است. به قسمت قبلی مراجعه شود.

نوزاد مبتلا به زردی

„öÀ

نوزاد مبتلا به زردی، نوزادی است که سفیدی چشم و پوست او زرد شده است. این تغییر رنگ در طی هفته اول تولد در قریب به 60% از نوزادان رسیده و در 80% نوزادان زودرس دیده می شود. رنگ زرد معمولاً در اثر تجمع پوستی رنگ دانه های بیلی روبین غیر مستقیم که محلول در چربی هستند به وجود می آید. معمولاً زردی فیزیولوژیک در نوزادان رسیده در 48 تا 120 ساعت پس از تولد به حداکثر میزان خود (6-8 mg/dl) می رسد، اگر چه در برخی موارد مقادیر بیشتر نیز فیزیولوژیک در نظر گرفته میشود. در نوزادان زودرس حداکثر بیلی روبین در روز پنجم معمولاً به مقادیر 10-12 mg/dl می رسد و در برخی موارد تا 15 mg/dl خواهد رسید . در زردی فیزیولوژیک هیچگاه بیلی روبین بیشتر از 18 mg/dl-

17 نخواهد شد. برای اندازه گیری بیلی روبین از روش TCB[10] استفاده نمود محدودیت استفاده از این روش ، در مورد نوزادان است که تحت نوردرمانی می باشند و سن نوزاد بیشتر از 7 روز باشد . براساس سن نوزاد و میزان TSB[11]، بیلی روبین 4 تا 24 ساعت بعد بایستی تکرار گردد. زردی پاتولوژیک در نظر گرفته میشود اگر:

۱. شروع زردی در 24 ساعت اول تولد باشد .
۲. هر گونه افزایش بیلی روبین که نیاز به نوردرمانی دارد .
۳. افزایش بیلی روبین بیشتر از 0/5mg/al/hour باشد .
۴. زردی که بیش از 8 روز در نوزاد رسیده و 14 روز در نوزاد زودرس طول بکشد .
۵. نشانه هایی از یک بیماری زمینه ای وجود داشته باشد (مثل استفراغ ، لتارژی ، تغذیه ضعیف ، عدم وزن گیری، آپنه، تاکی پنه، عدم ثبات درجه حرارت) .

درمان زردی بر اساس میزان بیلی روبین و وضعیت نوزاد، نور درمانی (نوردرمانی) و یا تعویض خون است. این درمان ها در بیمارستان انجام می شود ولی گاهی از اوقات با توجه به میزان بیلی روبین، وضعیت و شرایط نوزاد، آمادگی والدین و دسترسی به دستگاه های نوردرمانی، این درمان در منزل انجام می شود. دستورالعمل نوردرمانی به پیوست است.

جدول 2-35: فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به زردی

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار)	-بعد از تولد به ویژه 3 تا 14 روزگی	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- مشاهده و بررسی نوزاد - کنترل بیلی روبین خون یا پوست -درمان زردی (نوردرمانی در منزل بر حسب دستورالعمل یا دستور پزشک) -آموزش مراقبت های نوردرمانی به والدین	درصورت افزایش میزان زردی مشاوره با پزشک و در صورت نیاز ارجاع به بیمارستان

فعالیت ها

- رنگ پوست و سفیدی چشم نوزاد را از نظر زردی بررسی نمایید.
- گسترش زردی پایین تر از شکم را مورد توجه قرار دهید.
- جهت بررسی وضعیت زردی نوزاد از والدین، سوالات زیر را بپرسید:

آیا سابقه زردی خطرناک در فرزندان قبلی داشته است؟
آیا گروه خون مادر منفی است؟
آیا سن حاملگی کمتر از 37 هفته است؟
آیا وزن زمان تولد کمتر از 2500 گرم است؟

-در صورت مثبت بودن پاسخ های بالا و گسترش زردی در پایین تر از شکم، زردی شدید بوده و به مرکز درمانی ارجاع دهید.

-در صورتی که زردی خفیف باشد و نشانه های زردی شدید در نوزاد وجود نداشته باشد مادر را به تغذیه بیشتر نوزاد تشویق نمایید و روز بعد مجددا پی گیری شود.

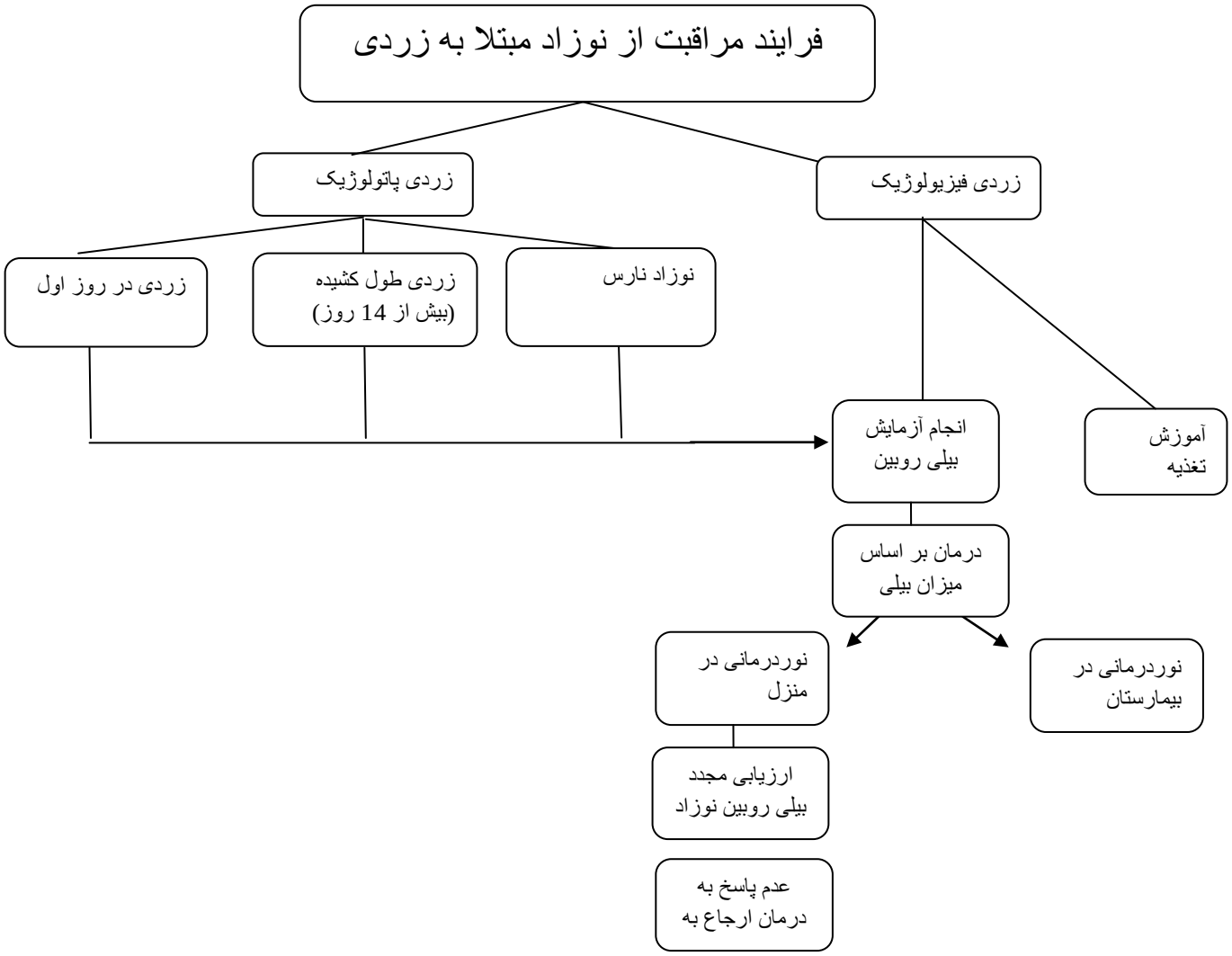
- در صورت نبود تغییر رنگ در پوست (نوک بینی) و سفیدی چشم، مادر را به شیردادن مکرر تشویق نمایید.
- در صورت تداوم زردی بعد از 14 روز (زردی طولانی مدت) نوزاد را به پزشک و یا مرکز درمانی ارجاع دهید.
- در صورت نیاز به نوردرمانی در منزل (طبق دستور پزشک یا دستورالعمل مصوب) مراقبت های زیر را انجام دهید:

دستگاه نوردرمانی در کنار اتاق قرار گیرد تا ایمنی نوزاد بهتر حفظ شود.
دستگاه نوردرمانی را روشن نموده و روشن شدن همه لامپ ها را کنترل کنید .
تشک نازکی زیر دستگاه پهن نمایید و پس از کشیدن ملحفه سفید روی آن نوزاد را بخوابانید تا پوست بدن نوزاد در معرض تابش مستقیم نور قرار گیرد

[10]Transcutaneous bilirubin
[11]Total serumbilirubin

تمام بدن نوزاد را لخت نموده و فقط چشم ها را با چشم بند و ناحیه ی تناسلی را با پوشک بپوشانید. حتی اگر نوزاد خواب باشد باید چشم بند در محل مناسب روی چشم ها باشد .
نوزاد را به گونه ای زیر نور قرار دهید تا سطح زیادی از پوست نوزاد در معرض نور قرار گیرد
فاصله بدن نوزاد از لامپ دستگاه 15 الی 20 سانتی متر باشد .
روی نوزاد را با پتو یا ملافه نپوشانید.
درجه حرارت نوزاد بین ^{o}c 36/5 - $37^{o}c$ در زمان نوردرمانی حفظ شود.
هر 2 تا 4 ساعت نوزاد را تغییر وضعیت دهید تا کل سطح پوست نوزاد در معرض نور قرار گیرد .
بهتر است بعد از شیر خوردن نوزاد روی پهلوی راست باشد و بعد از مدتی روی پهلوی چپ یا روی پشت خوابانده شود. خواباندن روی شکم (دمر) توصیه نمی شود .
نوزاد باید در تمامی مدت شبانه روز زیر نور باشد و فقط برای شیرخوردن و تمیز شدن از زیر دستگاه برداشته شود و حداکثر در هر نوبت تا یک ساعت می توان نوزاد را بیرون نگه داشت.
با نوردرمانی زردی پوست نوزاد به سرعت برطرف می شود ولی زردی خون به آرامی کاهش می یابد بنابراین با برطرف شدن سریع زردی ظاهری نوزاد مدت نوردرمانی را کاهش ندهید و تصمیم گیری در مورد ادامه درمان را به پزشک محول کنید.
وقتی که نوزاد را از زیر دستگاه بر می دارید یک ملافه دور او بپیچید تا سردش نشود و در موقع شیرخوردن چشم نوزاد را باز کنید.
اگر نوزاد دچار گرما شد و دمای بدنش از 37/5 بیشتر شد یا بی قراری کرد. باید اتاق را خنک تر کنید یا دستگاه را به مدت 15 دقیقه خاموش کنید.
با نوازش کردن نوزاد در زیر دستگاه، او را آرام کنید. درصورتی که به دلیل بسته شدن چشم ها بی قراری کرد با تکان دادن پستانک در دهان نوزاد از گریه کردنش جلوگیری کنید. درصورت گریه خیلی شدید نوزاد را از زیر دستگاه برداشته و پس از آرام شدن مجدداً زیر نور قرار دهید .
والدین با علائم زردی (زرد بودن سفیدی چشم و بدن، بی حالی، مشکلات تغذیه ای، زردی طولانی مدت ، ادرار تیره رنگ آشنا شوند.
حتماً نوزاد هر دو یا سه ساعت تغذیه با شیر مادر داشته باشد.
وضعیت ادراری نوزاد کنترل شود.
اگر پوست نوزاد خشک است از روغن برای پوست نوزاد استفاده نکنید.
عوارض نوردرمانی نظیر راش، اسهال و تغییر رنگ پوست را به مادر آموزش دهید.
در زمان انجام مراقبت ها (شیردهی و تعویض پوشک) دستگاه نوردرمانی را خاموش کنید.
یاد گیری والدین را در مورد مراقبت های نوردرمانی بررسی کنید.
تاریخ و زمان شروع نوردرمانی و زمان قطع آن را ثبت نمایید.
میزان زردی را بعد از نوردرمانی مجددا کنترل و به پزشک اطلاع دهید.
راهنمای نوردرمانی در منزل مطالعه شود(به پیوست است)

نمودار 2-5: مراقبت از نوزاد مبتلا به زردی



خون گیري از نوزاد در منزل

گاهی ملاقات در منزل مستلزم انجام برخی از پروسیجرها نظیر نمونه گیری جهت آزمایشات است. فرآیندهای زیر برای نمونه گیری خون وریدی و مویرگی ذکر شده است.

جدول 2-36: فرآیند خون گیري در نوزادان

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار ، ماما)	-بعد از تولد	منزل	**الف- خون گیری وریدي** انتخاب رگ مناسب استفاده از تجهیزات مناسب مهار کردن کودك بکارگیري تکنیك مناسب کنترل محل خون گیري ارسال به آزمایشگاه ب- **خون گیري مویرگي** انتخاب محل مناسب (پاشنه پا) گرم کردن پاشنه پا ,مهار کردن نوزاد استفاده از روش های ضد درد استفاده از تجهیزات مناسب جمع نمودن خون در لوله مویینه کنترل محل خونگیري ارسال به آزمایشگاه	جواب آزمایش را پی گیری نموده و با پزشک مشورت نمایید.

فعالیت ها:

الف-خون گیری وریدي

- رگ مناسب انتخاب نماييد و اگر گردش خون ضعيف است انتها را گرم كنيد.
- سرنگ مناسب (سوزن شماره 25-23 يا ونست شماره (27-23)
- از ضد درد مناسب استفاده كنيد.
- نوزاد را بطور مناسب مهار نماييد.
- محل را ضدعفوني كنيد.
- گارو را ببنديد و فشار بايد مستقيماً بالاي رگ اعمال شود.
- سرنگ را چك نماييد (روش ديگر استفاده از ميكرو لانست ها به جاي سرنگ است)
- زاويه ورود سوزن 25 تا 45 درجه مي باشد.
- سوراخ سر سوزن بايد بالا قرار گيرد براي اينكه خون بهتر جريان يابد.
- سوزن بايد در خلاف جهت جريان خون وارد گردد.
- در صورت امكان براي جلوگيري از چرخيدن رگ بهتر است سوزن در قسمت دوشاخه شدن رگ وارد كنيم.
- خون را به آرامي مكش نماييد گارو را باز نماييد.
- سوزن را خارج كنيد و سپس با گاز خشك به مدت سه دقيقه تا بند آمدن كامل خون فشار اعمال كنيد.
- نمونه خون را در لوله آزمايش بريزيد.
- نمونه را به آزمايشگاه ارسال نماييد.
- جواب آن را به پزشک اطلاع دهيد و مشورت نماييد.

ب-خونگيري مويرگي

- بهترین ناحیه برای نمونه گیری قسمت بیرونی پاشنه پا می باشد.
- فقط از یک مکان خون گیری های متعدد را انجام ندهید.
- اگر به علت نمونه گیری های مختلف نیاز به جای بیشتری بود می توان از قسمت های بین آنها استفاده کرد. به هیچ وجه از قسمت انتهای پاشنه پا نباید استفاده کرد. خطر استئومیلیت وجود دارد.(مطابق شکل)
- از نوک انگشتان، پنجه پا یا نرمه گوش جهت خون گیری استفاده *نکنید*.
- پای نوزاد را طوری در دست بگیرید که محل خون گیری بین زاویه شست و چهار انگشت باشد.(مطابق شکل)
- پاشنه پا را فشار ندهید. فشار دادن پاشنه پا باعث افزایش درد، کم شدن مقدار نمونه و افزایش لیز سلول های خونی می شود.
- پاشنه پا را گرم کنید . از حوله گرم به مدت 5 دقیقه جهت پرخون شدن پاشنه استفاده نمایید. درست قبل از خون گیری حوله را بردارید.
- جهت کاهش درد و ناراحتی نوزاد از تکنیک قنداق کردن و پستانک آغشته به ساکروز استفاده کنید.
- دستکش بپوشید.
- محل خون گیری را ابتدا با بتادین و سپس با الکل پاک کنید.
- فشار اعمال شده به پا از ناحیه پنجه باشد و اجازه دهید خون به صورت قطره ای خارج شود.
- برای پر کردن لوله مویینه پس از آمدن قطره اول آن را با یک گاز پاک می کنیم و لوله مویینه را به صورت افقی نگه می داریم تا پر شود.
- اگر خون لخته شد ، لخته را با یک گاز یا الکل پاک می کنیم، سپس اجازه می دهیم دوباره عروق پر خون شوند و مجددا فشار را اعمال می کنیم . اگر پس از آن جریان خون نداشتیم محل خون گیری را عوض می کنیم.
- پس از جمع آوری نمونه با یک گاز خشک یا به وسیله بانداژ محل نمونه گیری را فشار می دهیم.
- نمونه را به آزمایشگاه ارسال نمایید.
- جواب آن را به پزشک اطلاع دهید و مشورت نمایید.



تصویر 2-3: نمونه گیری خون از پاشنه

ماساژ در نوزادان

مقدمه

ماساژ استفاده از حرکات منظم و سیستماتیک مالشی توأم با ضربانات ملایم است که سبب بهبود جریان خون و قابلیت های حرکتی، درناژ لنفاوی و رهایی از تنش ها می شود. ماساژ رشد و تکامل نوزادان زودرس را تسهیل نموده و به کاهش برخی از انواع درد کمک می کند. ماساژ به عنوان مداخل های که میتواند بر رشد و تکامل نوزادان زودرس و نوزادان با وزن کم زمان تولد اثر گذار باشد، اعمال شود. استفاده از تکنیک ماساژ به سن حاملگی نوزاد، شدت بیماری توانایی نوزاد بستگی دارد. در نوزادان زودرس ماساژ با تکنیک فیلد و ویس کاربرد بسیاری دارد. فواید ماساژ عبارتند از:

کاهش میزان عفونت بیمارستانی و مرگ و میر
بهبود الگوی خواب و بیداری
افزایش تکامل سیستم اعصاب سمپاتیک
کاهش استرس
تنظیم و هماهنگي ضربان قلب و تنفس
بهبود الگوی خواب و بیداری
افزایش وزن گیری
کاهش هزینه های درمانی در بیمارستان

جدول 2-37: فرآیند ماساژ در نوزادان

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (کارشناس ارشد نوزادان / کارشناس پرستاری)	-برحسب آمادگی نوزاد و تمایل خانواده	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- فراهم کردن مقدمات ماساژ - بررسی وضعیت علایم حیاتی نوزاد حین ماساژ - آموزش ماساژ به والدین - آموزش تکنیک مناسب ماساژ - قطع ماساژ نوزاد در صورت عدم تحمل	اثرات ماساژ پی گیری و ارزیابی شود.

فعالیت ها

جهت انجام ماساژ نوزاد بیدار باشد و حداقل یکساعت از زمان شیرخوردن وی گذشته باشد.
ناخنها کوتاه و دستها شسته شود. دستها را نیز گرم نمایید.
اتاق را گرم نموه و لباس نوزاد را خارج نمایید.
از روغن جهت کاهش اصطکاک (روغن نارگیل، روغن آفتابگردان، روغن زیتون و . . .) استفاده نمایید و به میزان کافی دست را کاملاً چرب نمایید.
مادر (والدین) را در راحت ترین وضعیت قرار دهید.
دست را در نزدیکی سطح بدن نوزاد قرار دهید.
دست تانتان را بر روی بدن نوزاد به مدت چند دقیقه قرار دهید.
با توجه به سن و شرایط نوزاد تکنیک مناسبی انتخاب کنید.
وضعیت علایم حیاتی نوزاد حین ماساژ را بررسی کنید.
در صورت عدم تحمل نوزاد پس از گذشت 5 دقیقه ماساژ نوزاد را قطع نمایید.
بعد از اتمام ماساژ لباس نوزاد را بپوشانید.

با توجه به شرایط نوزاد، یکی از تکنیک های ماساژ زیر را برای نوزاد انجام دهید.

الف-ماساژ با تکنیک ویس

تکنیکِ ماساژِ ویس در طی 5 دقیقه بدین طریق انجام می شود :
لمس از سر شروع و به پاها ختم می شود. فرق سر نوزاد به ملایمت نوازش گردیده و حرکت به سمت پیشانی، صورت، گردن و شانه ها ادامه پیدا می کند. قفسه سینه و شکم در یک حرکت مداوم و چرخشی نوازش گردیده و دست ها و پاها با استفاده از انگشتان و کف دست لمس می شود. سپس نوزاد به سمت مقابل چرخانده شده و پشت نوزاد نیز همانند جلوی بدن لمس میگردد.

ب- ماساژ با تکنیک فیلد

نوزادان به مدت 45 دقیقه طی سه دوره 15 دقیقه ای و در سه ساعت متوالی ماساژ داده می شود. هر 15 دقیقه شامل سه مرحله 5 دقیقه ای است که در مرحله اولیه و مرحله آخر نوزاد را در وضعیت خوابیده به شکم قرار می دهیم و با قسمت صاف و نرم انگشتان هر دو دست با یک فشار ملایم لمس می کنیم. در این دو مرحله به ترتیب هر 15 دقیقه یکی از 5 نواحی زیر لمس می شود:
مرحله اول:

12حرکت لمس (هر5 ثانیه یکی) از نوک سر به طرف پایین در طرفین صورت تا گردن و برعکس
12 حرکت لمس(هر 5 ثانیه یکی) از پشت گردن در سرتاسر شانه و برعکس .
12 حرکت لمس(هر 5 ثانیه یکی) از فوقانی پشت به طرفین پایین به کمر و برعکس.
12 حرکت لمس (هر 5ثانیه یکی) از ران ها به طرفین پایین تا قوزک پا و برعکس.
12 حرکت لمس (هر5 ثانیه یکی) از شانه تا مچ دست و برعکس .

مرحله دوم: نوزاد در وضعیت صاف به پشت خوابیده قرار گرفته و 6 حرکت اکستانسیون – فلکسیون پاسیو(هر 10 ثانیه یکی)به این 5 ناحیه داده می شود: بازوی راست و بازوی چپ و پای راست و پای چپ و هر دو پا
مرحله سوم: در مرحله سوم، ماساژ مرحله اول تکرار می شود.

اداره آپنه در نوزادان

مقدمه

والدین ممکن است با وقفه های تنفسی یا آپنه های دوره نوزادی، به ویژه در نوزادان نارس و کمتر از 34 هفته مواجه شوند. این پدیده معمولاً بعد از

24 ساعت اول حیات تا روز هفتم رخ می دهد. آپنه های روز اول و بعد از هفته اول حیات بایستی پاتولوژیک تلقی شود. معمولا آپنه بیش از 15تا20 ثانیه طول می کشد و همراه با سیانوز، رنگ پریدگی واضح، هیپوتونی یا کاهش ضربان قلب به 80-100 است. آپنه به شکل های زیر دیده می شود:

۱ - آپنه مرکزی: توقف تهویه آلوئولی به علت از بین رفتن فعالیت دیافراگم که به علت نارسی و یا مهار مرکز تنفس است.
2-آپنه انسدادی: توقف تهویه آلوئولی به علت انسداد جریان هوا در راه های هوایی فوقانی است.
۳ - آپنه مختلط: شایعترین نوع آپنه است و ترکیبی از هر دو نوع آپنه مرکزی و انسدادی است.

آپنه در نوزادان ممکن است تا 36 هفتگی ادامه یابد. بنابراین گاهی نوزادان را مرخص می کنند و مراقبت ها در منزل ادامه می یابد.

جدول 2-38: **فرآیند اداره آپنه در نوزادان**

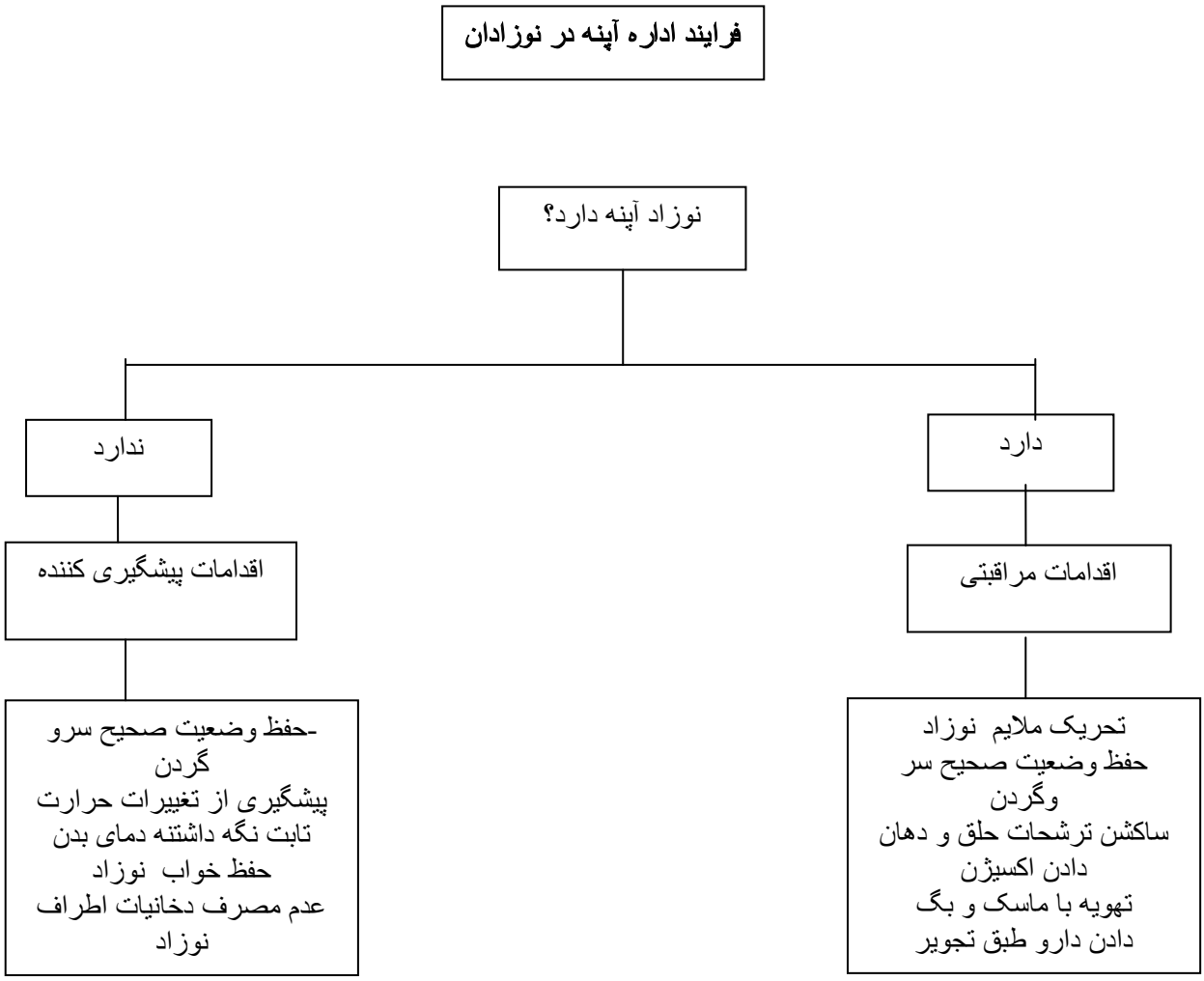
فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار ، ماما) والدین	- دوره نوزاد و شیرخوارگی	-منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل - مرکز مشاوره و خدما ت مامایی -مراکز بهداشتی درمانی	- بررسی وضعیت تنفس نوزاد - آموزش پیشگیری از آپنه به والدین - آموزش اقدامات حین آپنه - آموزش احیای نوزاد به اعضای خانواده	-اثر بخشی آموزش ها را پی گیری کنید. - در صورت ادامه آپنه به پزشک اطلاع و ارجاع دهید.

فعالیت ها

1- نوزاد را با ملایمت تحریک نمایید.
2- وضعیت سر و گردن را اصلاح نماییدزیر ا خم شدن سر نوزادان منجر به انسداد راه هوایی و کاهش اکسیژن شده و احتمال آپنه وجود دارد.
3-ترشحات دهان و حلق را با ساکشن و یا پوار تخلیه نمایید.
4- در صورت عدم موفقیت تهویه را شروع نمایید و به نوزاد اکسیژن دهید.
5- تهویه با بگ و ماسک شروع کنید.
6- در صورت ادامه و داشتن مشکلات تنفسی به پزشک ارجاع دهید.
7- با بزرگتر شدن نوزاد ، آپنه ها برطرف می شود.
8- جهت پیشگیری از آپنه اقدامات زیر را انجام دهید:

هنگام در آغوش گرفتن نوزاد مراقب باشید سر و گردن در یک راستا باشد خم شدن گردن روی سر باعث بسته شدن راه هوایی و آپنه می شود. بنابراین حفظ راه هوایی هنگام تغذیه، در آغوش گرفتن و خواب مهم است.
از تغییرات سریع دمای هوای اتاق پیشگیری کنید.
دمای بدن نوزاد را ثابت نگه دارید
اجازه دهید نوزاد خواب خوبی داشته باشد.
هوای اتاق پاک و تمیز نگهدارید از استعمال دخانیات در فضایی که نوزاد نفس می کشد خودداری نمایید.
بعد از کشیدن سیگار و یا قلیان از نزدیک شدن به نوزاد خودداری شود.
داروهای تجویز شده، طبق دستور پزشک مصرف شود.

نمودار 2-6: فرایند اداره آپنه در نوزادان



مراقبت تکاملی نوزادان

مقدمه

مراقبت تکاملی، مراقبتی است که محیط مناسبی را برای رشد نوزاد در خارج از رحم مادر فراهم می آورد. در این نوع مراقبت، اقدامات به نحوی صورت می گیرد تا ثبات، بهبودی و تکامل شیرخوار و خانواده تحت مراقبت های ویژه حمایت و تسهیل شود. هدف از مراقبت تکاملی ارتقای وضعیت تکامل نوزاد و داشتن پیامدهای مطلوب تکاملی در آینده است. این روش با هم بودن نوزاد و مادر را تضمین و از تغذیه با شیر مادر حمایت می کند و نوزاد را از درد و رنج محافظت می کند. مراقبت تکاملی به ویژه برای نوزادان زودرس کاربرد دارد. نوزادان زودرس، در واقع جنین هایی هستند که محیط امن رحمی را ترک کرده اند و وارد محیط پر هیاهوی خارج از رحم مادر شده اند و این زمانی است که مغز جنین سریع تر از هر موقع دیگری رشد می کند. رشد مغز در سه ماهه آخر بارداری بیشترین رشد خود را دارد. مغز و سایر ارگان های جنین در محیط تاریک، آرام و بدون تنش رحم تکامل می یابند. انتقال نوزاد به بخش مراقبت ویژه و سپس به خانه تامین نیازهای تکاملی اولیه جنین را به تاخیر می اندازد. بنابراین نوزادان زودرس نیاز به مراقبتی دارند که رشد و تکامل مطلوب را برای آنها فراهم آورد.

مراقبت تکاملی روشی منظم است که رفتارهای هر نوزاد به طور جداگانه خوانده می شود و طرح مراقبتی برای هر نوزاد براساس پاسخ فیزیولوژیک و رفتارهای او تنظیم می گردد. به طور مثال اگر در حین وزن کردن نوزادی , علایم حیاتی او تغییر کرد و یا آپنه نمود، این بدان معناست که این پروسیجر یک استرس برای نوزاد است و باید اورا قنداق نمود و در حالت آرامش قرار داد. بسیاری از مراقبت ها در بیمارستان و یاخانه می تواند برای نوزاد استرس زا باشد بنابراین لازم است منابع استرس ها شناسایی شده و جهت کاهش تنش وارده به نوزاد تلاش نم ایم. بنابراین لازم است که محیط فیزیکی ایمنی فراهم شود و نوزاد در تماس پوستی با والدین قرار گیرد و مراقبت ها به طور فردی و بر اساس نیازهای با رویکرد خانواده محور انجام گیرد .



تصویر2-4: نوزاد در استرس

جدول 2-39: مراقبت تکاملی نوزادان

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار ، ماما) اعضای خانواده	-دوره نوزادی	-منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	آموزش به خانواده ها در موارد زیر: -ایجاد محیط فیزیکی ایمن -تامین آسایش و راحتی نوزاد -حفظ دلبستگی مادر- نوزاد: -قرارگیری و وضعیت دهی مناسب به نوزاد	محیط فیزیکی،تعامل مادر ونوزاد، وضعشت خواب و استراحت را در ملاقات های مورد پی گیری قرار دهید.

فعالیت ها

به خانواده ها آموزش های زیر داده شود:

1-ایجاد محیط فیزیکی ایمن

- مکانی که نوزاد در آن مراقبت می شود، تاریک، دنج و بدون سر وصدا باشد و از اقدامات غیر ضروری بر بالین نوزاد نظیر روشن کردن تلویزیون یا کامپیوتر، روشن نمودن لامپ و غیره خودداری شود.
- هنگام خواب نوزاد، اتاق تاریک باشد و در مواقع دیگر نور درحداقل میزان و تنها جهت هوشیار نگه داشتن نوزاد باشد.
- هنگام معاینه یا مراقبت از نور غیرمستقیم استفاده کنید و یا درموقع تابش مستقیم از محافظ چشمی برای نوزاد استفاده شود.

سر و صدا

-در خانه به آرامی راه بروید و از پوشیدن کفش ها و صندل های صدا دار بپرهیزید.

-آرام صحبت نمایید و از صدا کردن افراد با صدای بلند خودداری نمایید. درب اتا ق ها و کمد را آهسته باز و بسته نمایید.

-از اقدامات غیر ضروری بر بالین نوزاد نظیر تمیز کردن اتاق با جارو برقی، روشن نمودن تلویزیون، گذاشتن تلفن ثابت و همراه و غیره خودداری نمایید.

-از گذاشتن تخت نوزاد در سالن و یا در آشپزخانه خودداری نمایید.

-روشن بودن تلویزیون و یا رادیو برای ایجاد عادت نوزاد به سرو صدا، خواب عمیق او را مختل نموده و از وزن گیری نوزاد جلوگیری می کند. بنابراین از تولید صدا بر بالین نوزاد خودداری فرمایید.

آلودگی هوا

-از استفاده اسپرهای های خوشبو کننده هوا و یا ادکلن ها ، اطراف نوزاد خودداری نمایید.

-از پودر های بچه و مواد شیمایی برای نوزاد استفاده نکنید.
-از سالم بودن وسایل گرما زا نظیر بخاری مطمئن شوید.

2-تامین آسایش و راحتی نوزاد

-هنگامی که نوزاد خواب است اجازه دهید تا به خوابش ادامه دهد زیرا خوابیدن، به بهبودی و وزن گیری نوزاد کمک می کند(به جز زمانی که برای تغذیه و یا اقدامات حیاتی لازم است بیدار باشد).
-برای مراقبت از نوزاد، خود محور اصلی باشید و از دیگران نظیر اعضای خانواده و دوستان برای همکاری در امور خانه استفاده کنید
-از برگزاری مهمانی و تجمع در خانه برای چند هفته اول ورود نوزاد به خانه خودداری نمایید.
-مطمئن شوید افرادی که با نوزاد در ارتباط هستند حامل بیماری های واگیردار نظیر سرماخوردگی، اسهال و ... نیستند.
-از وسایلی برای نوزادتان استفاده کنید که عامل آسیب و انتقال عفونت به نوزادتان نباشد.
-در مراقبت از نوزاد به طور فعالانه مشارکت کنید و توانمند شوید.
-در تصمیم گیری ها و برنامه ریزی های مراقبتی و درمانی مشارکت فعال با پزشک و پرستار داشته باشید.

3-حفظ دلبستگی مادر- نوزاد:

-انجام مراقبت آغوشی به خصوص در دوره نوزادی
-حفظ تماس پوستی بر روی شکم مادر
-حذف لباس و پتو هنگام تماس پوستی
-نگریستن با عشق و علاقه به چشم های انوزاد
-صحبت کردن آرام با نوزاد
-توجه کنید که چه زمانی برای برقراری ارتباط مناسب است و تاچه مدت نوزاد به این ارتباط پاسخ می دهد و چه چیزهایی را دوست دارد و چه چیزهایی را دوست ندارد.

4-قرارگیری و وضعیت دهی مناسب به نوزاد

-نوزاد زودرس را در وضعیت دوره جنینی قرار دهید تا در آرامش بسر برد.
-جهت حفظ قرارگیری دوره جنینی می توان از آشیانه، ملافه های نرم لوله شده و قنداق کردن استفاده نمود.
-با گذاشتن دست بر روی نوزاد او را حمایت کرده و از فعالیت های حرکتی بیهوده پیشگیری نمود.
-هنگام انجام مراقبت ها نوزاد به آرامی و بر اساس رفتاری های وی جابجا شود.



تصویر 2-5: نحوه جابجایی وحمایت از نوزاد



تصویر 2-6: قرار گیری نوزاد به پهلو

نوزاد تحت تهویه مکانیکی در منزل

مقدمه

تصمیم گیری در مورد مراقبت در منزل از شیرخوار با تهویه مکانیکی دشوار است. در این زمینه لازم است والدین تحت آموزش های زیادی قرار بگیرند و مرکز خدمات در منزل قادر باشند با همراهی یک پرستار ماهر ، نوزاد یا شیرخوار را

تحت مراقبت قرار دهد.این نوزادن در معرض خطر عفونت کمتری قرار دارند و محرکات بهتری برای رشد و تکامل دارند .
معیارهای تهویه مکانیکی در منزل عبارتند از:

-شیرخوار یک بیماری زمینه ای ثابت داشته باشد و با قطع تهویه بیماری او باقی است.
-شیرخوار قادر به دریاقت تغذیه با توجه به وزنش باشد.
-والدین دارای نگرش مثبت، انگیزه و تمایل به‌بر عهده گرفتن مراقبت ها در طی شبانه روز باشند.
-خانواده به خدمات مراقبت در منزل ، تجهیزات و تدراکات، پرستار ماهر و مراقبت اورژانس دسترسی داشته باشند.
-خانواده قادر به تامین هزینه های مراقبت در منزل باشند.
-ساختمان خانه باید به گونه ای باشد که فضای کافی برای فعالیت های پرستار ، نگهداری تجهیزات و تد ارکات را داشته باشد و مهیاکننده شرایط مکانیکی و الکترونیکی دستگاه تهویه باشد.

فعالیت ها

-پرستار طرح مراقبتی را با والدین هماهنگ کند.
-جهت انتقال نوزاد از بیمارستان، ونتیلاتور با یک باتری 12 ولتی تجهیز شده باشد.
-قبل از ترخیص، کلیه اقدامات لازم جهت ملاقات، مراقبت ، دسترسی اورژانس ی، داشتن تلفنی برای تماس 24 ساعته ، همراه داشتن وسایل احیا و تجهیزات مورد نیاز، داشتن قرارداد با مرکز خدمات پرستاری انجام شود.
-پرستار وضعیت تنفس نوزاد را بررسی کند.
-با توجه به اینکه در منزل آزمایش تجزیه گازهای خونی امکان پذیر نیست. اداره بیمار بر اساس رنگ پوست و علایم زجر تنفسی و کنترل آپنه است.
-پرستار با پزشک برای تنظیم دستگاه مشارکت داشته باشند .

- تنظیم ونتیلاتور و پارامترهای تنفسی در نظر گرفته شود: مد دستگاه (... - PEEP–IMV- CPAP) میزان نسبت اکسیژن جریان ، زمان دمی و بازدمی، درجه حرارت ، آلارم ها
- مشکلات نوزاد به طور مکرر بررسی شود.
- رنگ پوست، الگوی تنفس، بالا و پایین رفتن قفسه سینه کنترل گردد.
- آلارم ها را به طور مناسب پاسخ دهد.
- حرارت لوله متناسب باشد.
- غلظت اکسیژن و سطح اکسیژن شریانی متناسب باشد.
- والدین در مورد علایم زجر تنفسی آموزش ببینند.
- کلیه وسایل مراقبت تنفسی در منزل باشد.
- دستورات پزشک باید نوشته شود.
- تغذیه و وضعیت رشد و تکامل نوزاد بررسی شود.
- احیا به والدین آموزش داده شود.
- برنامه جداسازی تنظیم شود.

مراقبت تسكيني – معنوی در نوزادان

مراقبت تسكيني و معنوی رویکردی است که باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده آن ها در مواجهه با بیماری تهدید کننده حیات می شود. در این مراقبت با ارزیابی و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی و معنوی کمک به تسکین درد و رنج و بیمار می کنند. مراقبت تسكيني نوزادان بر نوزاد و خانواده تمرکز دارد و هدف از ان پيشگيري از رنج نوزاد و بهبود وضعيت زندگي و مرگ او و حصول بهترين كيفيت زندگي براي نوزاد و خانواده است. مراقبت تسكيني يك سيستم حمايتي در طول بيماري نوزاد، هنگام مرگ و پس از مرگ براي خانواده است.

جدول 2-40: فرآيند مراقبت تسكيني در نوزادان

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار،ماما)	-زمان تشخیص بیماری تهدید کننده حیات (قبل ازتولد- حین تولد- بعد ازتولد) -قبل، حین و بعد از مرگ	-منزل -بیمارستان - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- ارزيابي وضعيت نوزاد و خانواده - آموزش بکارگیری مداخلات جهت تسکین درد - حذف پروسيجرهاي تهاجمي غيرضروري - ایجاد محیط امن و آرام - مشارکت دادن والدین در مراقبت ها - حمایت روحی و روانی خانواده - احترام به نيازهاي اعتقادي و فرهنگي خانواده	-تسکین درد نوزاد ارزیابی و در صورت لزوم از مداخلات دارویی با مشاوره پزشک انجام شود. - خانواده از نظر شرایط روحی و روانی پی گیری گردند.

فعالیت‌ها:

مراقبت هاي پيش از مرگ

- شرايط فعلي نوزاد شامل درد، اضطراب، زجر تنفسی و ساير علائم تنفس و حياتي ارزيابي كامل گردد.
- مداخلات لازم جهت تسکین درد نوزاد انجام شود (طبق نمودار پیوست).
- پروسيجرهاي تهاجمي غيرضروري بررسی و انجام نشود.
- تغذيه مناسب بر حسب شرايط نوزاد با حداقل تهاجم انجام شود.
- محيط امن و آرام براي نوزاد و خانواده تامين گردد.
- نور ملايم و سرو صداي محيط كاهش يابد.
- مراقبت خانواده محور و مشارکت والدین در مراقبت ها در نظر گرفته شود.
- والدين از وضعيت روزانه نوزاد مطلع و حمايت گردند.

مراقبت هاي حين مرگ نوزاد

- نوزاد هنگام مرگ رو به قبله شود.
- اعتماد والدين جلب گردد.
- به نيازهاي اعتقادي و فرهنگي خانواده احترام گذاشته شود.
- والدين كنار تخت نوزاد هنگام مرگ در صورت تمايل حضور داشته باشند.

مراقبت هاي پس از مرگ نوزاد

- نوزاد در وضعيت مناسب بعد از وقوع مرگ قرار داده شود.
- والدين نوزاد را مشاهده و لمس نمايند.
- والدين قادر باشند برای آزمايشات بعد از مرگ تصميم‌گيري نمايند.
- خانواده به بروز احساساتشان اجازه و تشويق شوند.
- يادگاري‌هاي نوزاد به والدين (اثر انگشت، دستبند هويت، بند ناف، كارت قد و وزن و عكس)داده شود.
- جهت خاك سپاري و تداركات دفن به آنها آگاهی داده شود.
- خانواده داغ ديده در طول فرآيند فقدان حمايت شود.

احیا در نوزادان و شیرخواران در منزل

والدین همیشه نگران تنفس نوزادشان هستند این مشکل زمانی بیشتر دیده می شود که نوزاد سابقه بستری در بخش مراقبت های ویژه را داشته باشد. آموزش احیا و آگاهی والدین، در کاهش اضطراب و حس کنترل بر نوزادان در معرض خطر موثر است. نتایج مطالعات نشان می دهد که والدین مایل هستند در زمان احیای نوزادشان حضور داشته باشند و به نوزاد کمک کنند. علاوه بر این ، با توجه به این که سندرم مرگ نا گهانی در نوزادانوجود دارد و در مطالعه ای نشان داده شده که علیرغم توصیه های بیمارستان ها فقط 38 درصد از پرسنل، مادران را تشویق به خوابانین نوزاد به پشت می کنند، بنابراین لازم است که والدین موارد خطر ساز و عوامل موثر بر ایجاد خفگی، آپنه و غیره را برای نوزاد یا شیرخوار بدانند و با اقدامات احیا نیز آشنا شودند.

جدول 2-41: احیا در نوزادان و شیرخواران در منزل

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار ، ماما) اعضای خانواده	زمانی که نوزاد حالت خفگی، آپنه مداوم و ایست تنفسی دارد	-منزل - مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل - مرکز مشاوره وخدمات مامایی - مراکز بهداشتی و درمانی	- بررسی وضعیت تنفس وقلب نوزاد - آموزش احیا اولیه به والدین و اعضای خانواده - انجام احیا نوزاد در صورت نیاز	-اثر بخشی آموزش ها را پی گیری کنید. - به پزشک وضعیت نوزاد را اطلاع دهید. - به اورژانس شهر اطلاع دهید.

فعالیت :

- پرستار یا ماما لازم است خود گواهینامه احیا در نوزاد را داشته باشد.(درسنامه احیا مطالعه شود)
- اتاق یا مکان مناسبی را برای آموزش در نظر بگیرید.
- آگاهی و تجربه والدین را از احیا جویا شوید.
- حالت خفگی، آپنه و ایست تنفسی را برای والدین توضیح دهید.
- وسایل مورد نیاز از جمله عروسک آماده نمایید.
- سندرم مرگ ناگهانی (مرگ گهواره ای) را برای والدین توضیح دهید.
- از جزوه آموزشی، فیلم وآموزش عملی برای والدین استفاده کنید.

اقدامات احیا را به شرح زیر همراه با مادر انجام دهید:

<u>الف- راه هوایی</u>

ارزیابی: وضعیت نوزاد یا شیرخوار را بررسی کنید. نوزاد را به آرامی تحریک کنید و یا با دیدن وضعیت نوزاد یا پرسیدن از شیرخوار" حالت خوبه ؟ " واکنش او را بررسی کنید. نوزاد را تکان ندهید.

درخواست کمک: اگر نوزاد پاسخ نداد. فریاد بزنید و کمک بخواهید.

باز کردن راه هوایی: شیرخوار را به پشت قرار دهید. را ه هوایی را باز کنید. مانور سر عقب- چانه بالا (Head tilt &Chin lift) را انجام دهید . با استفاده از انگشتان چانه را بلا ببرید ولی مراقب باشید بافت نرم زیر چانه را فشار ندهید زیرا باعث انسداد راه هوایی می شود.

<u>ب- تنفس</u>

تعیین وضعیت تنفسی: صورت خود را نز دیک صورت شیرخوار بیاورید و صدای تنفس او را بشنوید و حس کنید. قفسه سینه او را نگاه کنید (بیشتر از 10 ثانیه نشود). اگر شک دارید که شیرخوار نفس می کشد همانند موقعی که شیرخوار تنفس ندارد یا غیر طبیعی است. عمل کنید.

باز نگهداشتن راه هوایی: با دقت انسداد راه هوایی را بردارید.

دادن تنفس مصنوعی: در ابتدا 5 تنفس بدهید. سر حالت کمی عقب و چانه بالا باشد . دهان و بینی شیرخوار را با دهانتان بپوشانید. در شیرخواران بزرگتر دهان و یا بینی را بپوشانید. داخل دهانو بینی به مدت 1 تا 1/5 ثانیه بدمید.قفسه سینه باید بالا رود . دهان را بردارید و شاهد خروج هوا باشید . نفس دیگری بگیرید و این عمل را 4 مرتبه دیگر تکرار کنید. اگر تنفس موثر نبود احتمالا انسداد راه هوایی است ، مجددا انسداد را رفع نمایید. دهان نوزاد / شیرخوار را باز کنید و انسداد را در صورتی که قابل دید است بردارید در غیر این صورت ممکن است انسداد تشدید شود. مطمئن شوید که سر خیلی به عقب کشیده نشود.

پس از برقراری تنفس بلافاصله باید وضعیت جریان خون بررسی شود .برای این منظور باید ضربان شریان رانی یا بازویی لمس شود .اگر نبض وجود نداشت باید بلافاصله ماساژ قلبی شروع شود.

<u>ج- گردش خون</u>

ماساژ قلبی شیرخوار :روش انگشت شست : انگشتان شست روی 1/3 تحتانی جناغ سینه قرار می گیرد.می توان شست ها را روی هم یا در کنار هم قرار داد و سپس بقیه انگشتان را دورقفسه سینه حلقه کرد تا پشت بیمار تقویت شده و فشار فقط از طریق شست ها وارد شود .

روش دو انگشت : به اندازه یک بند انگشت پایین تر از خط پستان با دو انگشت روی جناغ فشار واردمی شودو به وسیله هر دو شست هم می توان این کار را انجام داد ومی توان بقیه انگشتان را به پشت قفسه سینه حلقه کرد . میزان فشار باید به حدی باشد که قفسه سینه را 0/5 تا 1 اینچ (به طور متوسط 2 سانتی متر) پایین ببرد .تعداد ماساژ قلبی باید حداقل 100-120 بار در دقیقه و نسبت آن به دفعات تنفس مصنوعی 15 به 2 باشد . پنج سیکل انجام می شود.



تصویر2-7: احیای قلبی و ریوی شیرخوار

خروج جسم خارجی از راه هوایی

هنگامی که تغییر ناگهانی در وضعیت تنفس شیرخوار می بینید یا نشانههای خفگی را مشاهده کردید و متوجه شدید شیرخوارنمی تواند سرفه کند یا نفس بکشد به آسپیراسیون جسم خارجی شک نمایید.

اگر شیرخوار قادر به سرفه نیست. اورا به شکم خوابانیده و سر شیرخوار را به پایین آورده تا براساس جاذبه جسم خارج شود.

با کف دست ضربه به قسمت وسط پشت، بین دوکتف زده تا جسم خارج شود.(هدف خروج جسم است اگر جسم با ضربه خارج شد نیازی به ضربه بیشتر نیست.



تصویر2-8: آسپیراسیون شیر در شیرخوار



تصویر2-9: خروج جسم خارجی از راه هوایی

مراقبت از نوزادان تحت عمل جراحی

جراحی های دوره نوزادی را با توجه به عوارض، مراقبت های مورد نیاز و پی گیری های بعدی آن به چهار گروه زیر تقسیم بندی می کنند:

- جراحی های دستگاه قفسه سینه (آترزی مری، فیستول تراشه به مری ، فتق مادرزادی دیافراگم)
- جراحی های دستگاه گوارش (شکم و روده ها و انواع فتق های روده ای)
- جراحی های دستگاه ادراری تناسلی
- جراحی های دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع)

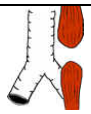
نوزاد مبتلا به فیستول تراشه به مری و تنگی مری

مقدمه

تنگی مری و فیستول تراشه به مری ناهنجاری مادر زادی است. شیوع آن یک مورد در هر 3000 تا 4500 تولد زنده است. در این ناهنجاری ها مری به صورت یک مجرای واحد شکل نگرفته و نای و مری دو مجرای مستقل از یکدیگر نیستند. این اختلالات ممکن است به تنهایی یا تواما ایجاد شوند و در صورت عدم تشخیص سریع و درمان به موقع سلامت کودک را به طور جدی تهدید می کند. میزان شیوع این ناهنجاری در هر دو جنس یکسان است و این نوزادان معمولا در هنگام تولد وزن کمتری نسبت به حد میانگین داشته و میزان تولد زودرس در آن ها بیشتر است همچنین سابقه پلی هیدرآمنیوس(زیاد بودن مایع آمنیوتیک در دوران حاملگی) در مادران شایع است. در 50 درصد موارد این نقایص با سایر ناهنجاری ها از قبیل نقایص مهره ای ، مقعد بسته، فیستول مری به نای ، دیسپلازی رادیال و کلیه ، ناهنجاری های قلبی و اندام ها همراه است.

در صورتی که نوزادی در هنگام تولد دارای بزاق کف آلود در دهان و بینی، آبریزش از دهان، حالت خفگی همراه با سرفه داشته باشد مشکوک به آترزی مری است. در صورت تغذیه ممکن است بلع طبیعی داشته باشد اما به سرعت دچار سرفه ، اوغ زدن و برگشت مایع از دهان و بینی و یا به دلیل برگشت شیر به داخل مجاری تنفسی دچار سیانوز و یا وقفه تنفسی خواهد شد. وجود هوا در معده ممکن است باعث برگشت محتویات معده به راه های هوایی و ریه و ایجاد التهاب شیمیایی ریه شود. آترزی در نوع H شکل ممکن است شیرخوار علائمی نظیر مشکلات تنفسی مزمن ،عفونت های مکرر ریوی و نشانه های ریفلاکس معده به مری را داشته باشد و در ماه های بعدی حیات تشخیص داده شود. درمان حمایتی و جراحی ترمیمی در چند مرحله است. شکل زیر انواع آترزی مری و فیستول تراشه به مری را نشان می دهد. در درمان جراحی دو انتهای مری با یکدیگر آناستوموز داده می شود و در صورت شدید بودن آنومالی ممکن است برای نوزاد ازوفاگوستومی گردنی و گاستروستومی تعبیه شود و ترمیم نهایی به ماه ها و هفته های بعد موکول شود.

تصویر2- 10: فیستول تراشه به مری

				
آترزی مری با فیستول تحتانی تراشه به مری 87% موارد	آترزی مری با پانچ های کور تحتانی و فوقانی (آترزی مری خالص) 8% موارد	فیستول H شکل 4% موارد	فیستول فوقانی همراه با پانچ کور تحتانی 1% موارد	فیستول فوقانی و تحتانی1% موارد

جدول 2-42: **فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به فیستول تراشه به مری**

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع

-عامل مراقبت (پرستار)	بعد از انجام جراحی ترمیمی	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد -تهیه فهرست مشکلات نوزاد با توجه به آنومالی های همراه - برقراری ارتباط با نوزاد -بررسی وضعیت تنفس و مشکلات همراه -بررسی وجود مشکلات تغذیه ای(ریفلاکس، عدم وزن گیری مناسب ، مشکلات بلع و..) - آموزش مراقبت های ازوفاگوستومی گردنی - آموزش مراقبت های گاستروستومی -بررسی محل آناستوموز از نظر نشت و تنگی مجرا -بررسی استومی ها (در صورت وجود) از نظر عملکرد و بروز عوارض -بررسی عملکرد و آگاهی والدین در خصوص موارد بهداشتی (بهداشت دهان، حمام دادن، کنترل عفونت و بهداشت دست) -کنترل عوارض بعد از جراحی -بررسی و پایش رشد و تکامل نوزاد	-ارجاع به متخصص در صورت وجود عوارض و مشکلات حاد

فعالیت

-پرونده بهداشتی نوزاد را مرور کنید و فهرست مشکلات نوزاد را تهیه کنید. به نیازهای آموزشی و سوالات والدین توجه کنید و کلیه موارد را ثبت کنید.

- ارتباط عاطفی بین نوزاد و الدین را مورد ارزیابی قرار دهید و برای برقراری ارتباط برنامه ریزی نمایید(احتمال اختلال در روابط بین نوزاد و والدین به دلیل بستری بودن های طولانی مدت)
- نوزاد را از نظر وجود سایر آنومالی ها (ناهنجاری های قلبی، کلیوی، نقایص مهره ای)بررسی کنید.
- در مورد وجود مشکلات تغذیه ای (حساسیت زیاد دهانی، تنفر تغذیه ای ناشی از ناشتا بودن های طولانی مدت) از والدین سوال کرده و نوزاد را مورد ارزیابی قرار دهید.
- وجود ریفلاکس معده به مری را بررسی کرده و در مورد علائم آن از والدین سوال کنید.
- تنگی محل آناستوموز که با علائمی نظیر دیسترس تنفسی، سختی در بلع و حالت خفگی مشخص می شود را بررسی کنید و در صورت شک به تنگی محل آناستوموز نوزاد را به مختصص جراحی نوزادان ارجاع دهید.
- نشت از محل آناستوموز را ارزیابی کنید و در صورت لزوم نوزاد را به متخصص جراحی نوزادان ارجاع دهید.
- ناحیه جراحی شده را از نظر عفونت محل (قرمزی و التهاب، گرما و وجود چرک) بررسی کنید.
- وضعیت تنفسی، وجود دیسترس و عفونت های تنفسی را ارزیابی کنید.
- وزن گیری و رشد نوزاد را پایش کنید و با وزن قبلی و جداول مربوط به وزن نوزاد مقایسه کنید.
- چگونگی تخلیه ترشحات تنفسی و استفاده از ساکشن (در صورت نیاز) را به والدین آموزش دهید.
- نکات مربوط به پیشگیری از عفونت (شستن دست، عدم مواجه با افراد عفونی) را به والدین آموزش دهید.
- در صورتی که نوزاد ازوفاگوستومی دارد و ممنوعیت تغذیه از راه دهان دارد بهداشت دهان ، انجام دهانشویه و استفاده از مکیدن غیر مغذی را به والدین آموزش دهید.
- احیاء قلبی ریوی نوزادان را به والدین آموزش دهید.
- مراقبت های مربوط به ازوفاگوستومی گردنی(در صورت وجود)که شامل موارد زیر است را به والدین آموزش دهید:

  بررسی محل ازوفاگوستومی از نظر التهاب و قرمزی ناشی از خروج ترشحات بزاقی

  تمیز و خشک نگه داشتن پوست اطراف ازوفاگوستومی

  از حمام وان و وارد شدن آب به داخل ازوفاگوستومی خودداری شود
- مراقبت های گاستروستومی را به والدین آموزش دهید:

  بررسی پوست اطراف گاستروستومی از نظر وجود علائم عفونت (قرمزی، التهاب و ترشح چرکی)

  بررسی نشت از محل گاستروستومی و در صورت زیاد بودن حجم آن مراجعه به متخصص جراحی نوزادان

  مشاهده و آموزش نحوه انجام گاواژ ازطریق گاستروستومی (گاواژ باید با حجم توصیه شده و توسط سرنگ گاواژ با نیروی جاذبه و بدون وارد کردن فشار انجام شود، از دمای شیر مطمئن شوید که در محدوده دمای خنثی بدن

باشد، سرنگ گاواژ بعد از هر بار استفاده با آب گرم و مایع صابون شسته و خشک شود، هر یک هفته یکبار سرنگ گاواژ دور انداخته و از سرنگ جدیدی استفاده شود)

- عوارض بعد از جراحی نوزاد را مورد ارزیابی قرار دهید .

نوزاد مبتلا به فتق مادرزادی دیافراگم

مقدمه

فتق دیافراگماتیک مادرزادی شامل زودرسایی در تشکیل دیواره عرضی و چین های جنبی صفاقی در دوران جنینی است. عدم تشکیل دیافراگم به طور کامل باعث می شود تا روده ها و احشاء شکمی دیگر مانند کبد وارد قفسه ی سینه شوند و ریه ها را تحت فشار قرار دهند و رشد ریه ها در سمت مبتلا متوقف شده و ریه سمت مقابل نیز با درجات کمتری تحت تاثیر قرار گیرد و در نتیجه رشد نامناسب و فشردگی ریه راه های هوایی و عروق خونی دچار اختلال می شوند. این نوزادان معمولا در زمان تولد دچار دیسترس تنفسی و سیانوز می شوند و با گذشت زمان و ورود هوا به روده ها وضعیت بدتری پیدا می کنند و ممکن است علائم شوک را بروز دهند. این نوزادان در بدو تولد شکم تو رفته و ناوی شکلی دارند. این ناهنجاری از هفته 25 جنینی به وسیله سونوگرافی و اندازه گیری سطح آلفافیتوپروتئین مادر قابل تشخیص می باشد. جهت تائید فتق مادرزادی دیافراگمی گرافی قفسه سینه گرفته می شود.همچنین در سمت مبتلا صداهای تنفسی کاهش می یابد.

درمان

این نوزادان بعد از تولد مورد جراحی اصلاحی قرار می گیرند و احشای شکمی طی عمل جراحی به حفره شکمی برگردانده می شود. کاهش فشار معده، تنظیم درجه حرارت، تجویز آرامبخش ، حفظ بازده قلبی کافی و پرفیوژن محیطی ادامه می یابد. بعد از جراحی ممکن است شیرخوار به سرعت بهبود یابد ولی بعدا به دلیل مشکلات تنفسی حال وی رو به بدتر شدن باشد. مراقبت از سوند های سینه بعد از عمل جراحی و توجه به درد در نوزادان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. با اینکه با روش های نوین جراحی در دوران جنینی و بعد از تولد شانس زنده ماندن این نوزادان تا 80-90 درصد افزایش یافته است ولی به علت درگیری وسیع ریه ها این نوزادان نیازمند درمان های طولانی مدتی هستند. عوارض فتق مادرزادی دیافراگم شامل بیماری مزمن ریوی، ریفلاکس معده، مشکلات تغذیه ای ، عود مجدد فتق دیافراگم، پنومونی، زودرسایی رشد، ناشنوایی حسی-عصبی ، اسکلیوز و اختلال عملکرد حسی و شناختی می باشد. فعالیت های زیر برای نوزادانی که مبتلا به فتق دیافراگی هستند یا جراحی قفسه دارند انجام می شود.

جدول 2-43: **فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به فتق مادرزادی دیافراگم و جراحی**

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار)	-بعد از تولد -بعد از انجام جراحی ترمیمی	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد - تهیه فهرست مشکلات نوزاد -بررسی رابطه عاطفی والدین و نوزاد و ارائه آموزش ها و راهکارهای موثر -بررسی حمایت های مورد نیاز تنفسی و فراهم کردن آموزش لازم -بررسی مشکلات تغذیه ای نوزاد -آموزش به والدین در خصوص حمایت های تنفسی،تغذیه ای ،احیاء قلبی ریوی -بررسی انجام پی گیری ها و غربالگری های چشم وگوش توسط والدین -بررسی وجود ناهنجاری های ارتوپدی و ستون فقرات	-ارجاع به متخصص در صورت وجود زودرسایی رشد، علائم عفونت تنفسی، عود فتق دیافراگماتیک و سایر عوارض

فعالیت ها

-با والدین و شیرخوار ارتباط درمانی برقرار کرده و اهداف از ملاقات را مشخص کنید.

-تعامل و ارتباط عاطفی بین شیرخوار و خانواده یا مراقبین وی را بررسی کنید.

-پرونده بهداشتی نوزاد را مرور کنید و مشکلات را فهرست کنید.

-وضعیت تنفسی شیرخوار را از نظر وجود زجر تنفسی، علائم وجود عفونت تنفسی، نیاز به مراقبت های تنفسی از قبیل اکسیژن درمانی و فیزیوتراپی بررسی کنید.

-توانایی خانواده در خصوص انجام مراقبت های تنفسی از قبیل ساکشن و تخلیه ترشحات تنفسی، به کار بردن اکسیژن درمانی حمایتی و فیزیوتراپی تنفسی را بررسی کنید.

-محل برش جراحی را از نظر وجود علائم و نشانه های عفونت بررسی کنید.

-مراقبت از محل برش جراحی و استومی ها را به والدین یا مراقبین شیرخوار آموزش بدهید.

-وضعیت رشد و تکامل شیرخوار را با توجه به نمودارهای رشد و تکامل پایش کنید.

-به بررسی مشکلات تغذیه ای شیرخوار بپردازید.

-وجود حساسیت غذایی را در نوزاد بررسی کنید.

-علائم وجود ریفلاکس را در نوزاد بررسی کنید.

-میزان دانش، نگرش و عملکرد خانواده یا مراقبین وی را در خصوص انجام احیای قلبی ریوی بررسی کنید.

-وجود درد و علائم درد در نوزاد را بررسی کنید.

-آموزش های لازم در خصوص کنترل و کاهش درد و روش های آرام سازی شیرخوار را در اختیار والدین قرار دهید.

-علائم استرس و اختلال عملکرد حسی در شیرخوار را بررسی کنید.

-به بررسی وجود اختلال عملکرد حسی و شناختی در نوزاد بپردازید.

-در مورد انجام پی گیری های مربوط به شنوایی و بینایی سنجی شیرخوار سوال کرده و راهنمایی لازم در این خصوص را فراهم کنید.

-با توجه به بروز ناهنجاری های ستون فقرات و اسکولیوز در شیرخواران با سابقه فتق مادرزادی دیافراگم، شیرخوار را بررسی کرده و در صورت نیاز به متخصص ارجاع دهید.

-شیرخوار را از نظر علائم عود مجدد فتق دیافراگم بررسی کنید و در صورت نیاز ارجاع دهید.

مراقبت از نوزادان تحت عمل جراحی های دستگاه گوارش

نوزادان به دلایل متعددی در بدو تولد و یا در دوره نوزادی و شیرخوارگی دچار اختلال در عملکرد دستگاه گوارش و روده ها می شوند این بیماری ها و اختلالات در بسیاری از موارد نیازمند انجام عمل جراحی می باشند. که در زیر به طور خلاصه به آن ها اشاره شده است.

جدول 2-44: **ناهنجاری های ستگاه گوارش**

نوع اختلال، بیماری یا ناهنجاری	توضیح	علائم	درمان
چرخش نامناسب روده ها	اختلال در سیر تکامل طبیعی روده ها در دوران جنینی	-در صورت تغذیه نوزاد:استفراغ های مکرر -علائم انسداد روده(عدم دفع مدفوع، نفخ شکم و استفراغ صفراوی) و وجود خون در مدفوع	جراحی و اصلاح پیچ خوردگی روده ها در صورت پیچ خوردگی روده ها جراحی اورژانسی انجام می شود.
انسداد و یا تنگی دئودنوم (بخش ابتدایی روده باریک)	انسداد کامل یا نسبی قسمتی از روده که می تواند با سایر ناهنجاری ها همراه باشد	علائم انسداد روده (عدم دفع مدفوع، نفخ شکم و استفراغ صفراوی)	جراحی
مکونیم ایلئوس	باقی ماندن و عدم دفع مکونیوم از انتهای روده باریک، در 10 درصد مواردااحتمال وجود کیستیک فیبروزیس مطرح است	نفخ شکم و استفراغ صفراوی، عدم دفع مکونیوم	تنقیه، جراحی ،پی گیری از نظر وجود کیستیک فیبروزیس
مکونیم پریتونیت	انسداد و پارگی روده ها (به هر علتی) در داخل رحم و	معمولا با گرافی تشخیص داده می شود و علائم علت ایجاد پارگی	رفع انسداد و چسبندگی با روش های جراحی

	دوره جنینی، نشت مکونیوم به داخل صفاق و تشکیل نقاط کلسیفیه در صفاق	روده (پیچ خوردگی ، انسداد ، بیماری هیرشپرونگ) وجود دارد.	
هیرشپرونگ	وجود نواحی فاقد عصب در روده باریک و یا کولون	عدم دفع مدفوع در 24 ساعت اول بعد از تولد، استفراغ و نفخ شکم	جراحی ممکن است جراحی در چندین مرحله انجام شود.
آنتروکولیت نکروزان(NEC)	بیماری التهابی روده با شیوع بالا در نوزادان در معرض خطر و زودرس ناشی از ایسکمی، تجمع باکتری های بیماری زا و وجود مواد زائد حاصل از شیر خشک و یا مشکلات عروقی یا زودرس بودن سیستم دفاعی روده	نفخ شکم، احتباس غذا در معده و وجود خون در مدفوع خواب آلودگی، تغذیه ضعیف،کاهش فشارخون ، آپنه، استفراغ ،کاهش بازده ادراری و هایپوترمی تشخیص معمولا با آزمایشات خون، گرافی و سونوگرافی است.	پیشگیری با رعایت احتیاط های تغذیه ای در نوزادان زودرس، درمان آنتی بیوتیکی ، در صورتی پارگی روده، جراحی اصلاحی که ممکن است در چند نوبت انجام شود.
پارگی روده ها	معمولا عارضه سایر بیماری ها ی روده ای می باشد استفاده از استروئیدها و ایندومتاسین شانس پارگی روده در دوره نوزادی را افزایش می دهد	علائم انسداد روده تشخیص با گرافی	جراحی
مقعد بسته	یک عیب تکاملی شامل طیف وسیعی از ناهنجاری ها از آنوس بسته ساده تا ناهنجاری های پیچیده ارگان ها لگنی و ادراری تناسلی، در برخی موارد با فیستول به واژن یا پرینه همراه است.	در موارد انسداد کامل عدم دفع مکونیوم، نفخ شکم ، استفراغ در صورت وجود فیستول، دفع مکونیوم به داخل واژن یا پرینه	-در صورت انسداد کامل جراحی فوری -در برخی موارد جراحی در چند نوبت همراه با تعبیه کولستومی انجام می شود. -استفاده از روش های گشاد سازی مقعد
فتق مغبنی	شیوع در نوزادان زودرس بیشتر است،بسته نشدن قسمتی از پرده صفاق و وارد شدن روده ها به داخل مجرای مغبنی، اگر در دخترها به صورت دو طرفه دیده شود مطرح کننده عیوب جنسی است	ظاهر غیر طبیعی و بیرون زدگی روده ها به داخل مجرای مغبنی	جراحی ترمیمی جااندازی با روش های غیر جراحی (توسط جراح در مرکز درمانی مجهز)
استنوز هایپرتروفیک پیلور	ضخیم شدن عضلات حلقوی اسفنکتر تحتانی معده (پیلور) و انسداد مجاری خروجی معده	استفراغ جهنده، کم آبی بدن، زودرسایی رشد،اتساع معده ،با ادامه بیماری رنگ استفراغ به علت التهاب معده قهوه ای رنگ می شود، تشخیص با سونوگرافی	جراحی
امفالوسل 	نقص تکاملی ودر شکل گیری دیواره شکمی و بیرون زدگی روده ها و احشاء شکمی ،احتمال وجود سایر ناهنجاری ها در 30-70 % درصد موارد(قلبی، عصبی، اسکلتی، ادراری تناسلی و تیروزومی ها 13،21،18)	بیرون زدگی احشاء شکمی و روده ها از محل ناف که کیسه شفافی از جنس پریتوئن آن را پوشانده است.	طی چند نوبت جراحی احشاء به داخل شکم بازگردانده می شود ممکن است نیاز به تعبیه استومی وجود داشته باشد.
گاستروشیزیس 	بیرون زدگی روده ها و احشاء شکمی از اطراف ناف، ناهنجاری های مادرزادی همراه در گاستروشزیز نسبت به امفالوسل بسیار کمتر است .	در این ناهنجاری ناف سالم است و احشاء و روده ها از دیواره شکم بیرون زده فاقد پوشش اند.	طی چند نوبت جراحی احشاء به داخل شکم بازگردانده می شود ممکن است نیاز به تعبیه استومی وجود داشته باشد.

جدول 2-45: **فرآیند مراقبت از جراحی های دستگاه گوارش**				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**	**پی گیری و ارجاع**
-عامل مراقبت (پرستار)	-بعد از تولد -قبل از انجام جراحی -بعد از انجام جراحی ترمیمی	-منزل	-گرفتن شرح حال دقیق از نوزاد با تمرکز بر مشکلات تغذیه ای ،گوارشی و وضعیت دفعی نوزاد -در موارد ممنوعیت تغذیه از راه دهان، آموزش روش های گفتار درمانی،آموزش استفاده از مکیدن غیر تغذیه ای و بهداشت دهان -در موارد وجود حساسیت غذایی و تنفر دهانی ارجاع به گفتار درمانگر -بررسی محل سوچورهای جراحی از نظر میزان بهبودی و احتمال بروز عوارض -بررسی نحوه عملکرد والدین در خصوص مراقبت از استومی ها و بررسی وجود عوارض احتمالی -آموزش مراقبت ها و کنترل عفونت -پایش رشد و تکامل نوزاد	-ارجاع به متخصص در صورت وجود عوارض و مشکلات حاد

فعالیت ها

-شرح حال دقیقی در خصوص جراحی و مشکلات گوارشی نوزاد از والدین تهیه کنید.

-به نگرانی ها و سوالات والدین در خصوص مشکلات گوارشی نوزاد توجه کنید.

-وضعیت تغذیه ای نوزاد (تغذیه از راه دهان، تغذیه با لوله بینی دهانی، تغذیه از طریق گاستروستومی) را بررسی کنید.

-وضعیت رشد و وزن گیری نوزاد را با توجه به وزن قبلی و نمودارهای رشد پایش و ثبت کنید.

-در صورت رشد ناکافی نوزاد و عدم وزن گیری نحوه و مقدار انجام تغذیه توسط والدین و مشکلات احتمالی را بررسی کنید.

-در صورت رشد ناکافی، نوزاد را به متخصص نوزادان ارجاع دهید.

-در صورتی که نوزاد ممنوعیت تغذیه از طریق دهان دارد استفاده از مکیدن غیر تغذیه ای را به والدین آموزش دهید.

-در صورت مشاهده حساسیت غذایی و تنفر دهانی نوزاد را به گفتار درمانگر نوزادان ارجاع دهید.

-محل جراحی و بخیه ها را از نظر عفونت بررسی کنید.

-در مورد زمان مناسب برای خارج کردن بخیه ها به والدین آموزش دهید.

-در صورت وجود استومی (کولستومی، ایلئوستومی، گاستروستومی و ....) آموزش های مربوط به مراقبت از آن را در اختیار والدین قرار دهید.

-نکات لازم در خصوص کنترل عفونت (شستن دست ها ، عدم تماس با افراد عفونی و افراد با عفونت های گوارشی)را به والدین آموزش دهید.

-در نوزادان مذکر با سابقه جراحی فتق اینگوئینال احتمال خون ریزی را بررسی کنید.

نوزاد دارای استومی

مقدمه

نوزادان به دلایل مختلف نظیر انسدادهای دستگاه گوارش، تحت عمل جراحی قرار می گیرند و قسمتی از لوله گوارش آن ها به بیرون هدایت می شود.بعد از عمل جراحی مرخص و در منزل تحت مراقبت قرار می گیرند. آموزش نحوه مراقبت در طی فرآیند زیر توضیح داده شده است.

جدول 2-46: **فرآیند مراقبت از استومی ها**				
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**	**پی گیری و ارجاع**

عامل مراقبت (پرستار)	-بعد از انجام جراحی و تعبیه استومی	-منزل مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری	-بررسی استومی ها از نظر وجود عوارض (عفونت، التهاب، زخم اطراف استومی، نشت از محل استومی) -بررسی عملکرد و آگاهی والدین در خصوص مراقبت از استومی -نظارت بر نحوه تعویض کیسته استومی و سایر مراقبت ها -آموزش چگونگی مراقبت ها - حمایت عاطفی	- در صورت وجود سوختگی اطراف استومی، نشت و عفونت محل استومی ارجاع به پزشک متخصص جراحی نوزادان

فعالیت ها

-رنگ اطراف استومی را چک کنید، استومی را از نظر پرفیوژن، خون ریزی، تمامیت پوستی و علائم عفونت و پرولاپس هر 4 تا 6 ساعت بررسی و ثبت کنید.

-برون ده استومی را اندازه گیری کنید. در صورتی که برون ده استومی بیش تر از 40 میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در یک روز است به پزشک اطلاع دهید.

-از محافظت شدن پوست اطراف استومی از اثرات سوزاننده آنزیم های ترشح شده از محل استومی اطمینان حاصل کنید.

-ناحیه اطراف استومی زخم و خط بخیه اطراف استومی را به وسیله گاز وازلینی بپوشانید.

-گاز وازلینی را با گاز خشک پوش داده شده بپوشانید. لبه پانسمان را با چسب فیکس کنید تا استومی از تروما محافظت شود و آسیب پوستی به حداقل برسد.

-هر 4 تا 6 ساعت مراقبت های مربوط به استومی را انجام دهید که شامل کنترل زخم، خون ریزی و حرکات روده می شود. تا زمانی که زخم های خط بخیه بهبود پیدا کنند از سرم نرمال سالین استریل گرم برای شستشو استفاده کنید و بعد از آن از آب گرم می توان استفاده کرد.

-زمانی که حرکات روده به اندازه کافی بود به طوری که دفع از محل استومی به اطراف ناحیه استومی رسید بگ استومی به کار برده شود که معمولا در روزهای 2 تا 4 بعد از عمل جراحی می باشد.

-در یک هفته اول بعد از عمل جراحی با بهبود ناحیه استومی سایز آن کاهش پیدا می کند بنابراین برای به کاربردن کیسه جدید نیاز به اندازه گیری مجدد وجود دارد.

-در صورتی که بگ استومی نشت داشته باشد باید هرچه زودتر تعویض شود.

-زمانی که یک سوم بگ از ترشحات روده و یا گاز پر شد می تواند باعث بلند شدن لبه استومی شود و بگ باید خالی شود.

-برای تعویض بگی که نشت دارد مراحل زیر را انجام دهید.

-وسایل را جمع آوری کنید: دستکش، آب گرم(بدون صابون)، ظرف، گاز، چسب، باند، بگ و کلیپس با اندازه مناسب، پودر و یا چسب برای چسباندن استومی.

-بگ قبلی را با دقت از لبه استومی به سمت پایین جدا کنید، پوست را با آب گرم تمیز کنید، پوست را از نظر هر گونه سوختگی بررسی کنید. ناحیه استومی را از نظر هر گونه تغییرات در رنگ، اندازه و یا خون ریزی بیش از حد بررسی کنید.

-انتهای سوراخ بگ استومی را برای داشتن شکل و اندازه مناسبی در استومی برش دهید، فاصله لبه استومی تا بگ را به وسیله یک گاز با حدود دو میلیمتر پوشش دهید. اگر انتهای بگ خیلی به استومی نزدیک باشد موکوس استومی باعث بلند شدن آن می شود و اگر به اندازه کافی به استومی نزدیک نباشد باعث سوختگی پوست اطراف استومی می شود.

-محل اتصال بگ به استومی را حدود یک دقیقه بین دست هایتان گرم کنید. در نواحی که دچار سوختگی شده اند از پماد با پایه چربی (وازلین) در انتهای لبه روده ها با یک باند استفاده کنید. زمانی که از بگ کولستومی استفاده می کنید تمام لبه های اطراف آن را به مدت یک دقیقه به سمت پایین فشار دهید و از متصل شدن آن مطمئن شوید انتهای کیسه را با کلیپس ببندید.

نوزاد مبتلا به شکاف کام و لب

مقدمه

شکاف لب و کام یک ناهنجاری مادرزادی است که به شکل شکافی در لب بالایی یا سقف دهان ظاهر می شود. این ناهنجاری زمانی رخ می دهد که دراوایل بارداری بعضی از قسمت های دهان به یکدیگر جوش نمی خورد. شکاف می تواند به صورت

یک طرفه و یا دوطرفه باشد. وجود سابقه فامیلی در ایجاد شکاف کام و لب تاثیر دارد و همچنین این ناهنجاری ها می تواند به تنهایی یا همزمان با سایر سندرم ها (سندرم پیررابین) و ناهنجاری ها مانند بیماری های قلبی و کلیوی بروز کند.

درمان شکاف کام و لب، جراحی اصلاحی است که با توجه به شدت آن ممکن است نیازمند یک عمل جراحی در اولین ماه زندگی تا چندین نوبت عمل جراحی اصلاحی و مراقبت در بیمارستان باشد این جراحی ها ممکن است در کودکی ،نوجوانی و یا اوایل جوانی انجام شود. کودکان مبتلا به شکاف کام و لب در شنوایی، گفتار، رشد دندان ها و تغذیه نیازمند حمایت و پی گیری می باشند. تصاویر زیر انواع شکاف کام و لب را نشان می دهد.



تصویر2- 11: شکاف کام و لب

جدول2- 47: فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به شکاف کام و لب

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	ارجاع و پی گیری
عامل مراقبت (پرستار)	بعد از تولد	منزل مرکز مشاوره و خدمات پرستاری	-کمک و حمایت عاطفی از والدین در پذیرش ظاهر و وضعیت نوزاد -آموزش به والدین در خصوص تغذیه نوزاد (وضعیت قرار گیری و استفاده از شیشه هابرمن) -آموزش به والدین در خصوص پی گیری های مربوط به شنوایی، گفتار و دندان ها ی نوزاد -معرفی والدین به مراکز حمایتی شکاف کام و لب	طبق برنامه ها های پی گیری نوزاد برای ادامه درمان به متخصصین مربوطه ارجاع و تحت پی گیری قرار داده شود.

فعالیت ها

۱. با پذیرش نوزاد و خانواده و دادن آموزش های مناسب، حمایت عاطفی مناسبی برای گذر از بحران برای والدین فراهم کنید.
۲. نوزاد مبتلا به شکاف لب می تواند از سینه مادر تغذیه کند. برای ایجاد مکیدن موثر لب های نوزاد، باید دور تا دور هاله قهوه ای پستان مادر قرار گیرد و مادر با گذاشتن انگشت بر روی شکاف لب، عمل مکیدن را مورد حمایت قرار دهد.
۳. نوزادی که قادر به تغذیه دهانی نباشد جهت تغذیه با لوله معده و یا پگ گاستروستومی (بازکردن سوراخی از معده به سطح بدن) با پزشک مشورت کنید.
۴. نحوه تغذیه نوزاد مبتلا به شکاف کام و لب را با استفاده از بطری و سرشیشه هابرمن آموزش دهید.
کودک را به حالت نمیه نشسته و مستقیم در آغوش بگیرید این کار باعث می شود شیر کم تری به داخل بینی و شکاف وارد شود.
ابتدا با دو انگشت اشاره و شست سر شیشه را فشار دهید سپس بطری را وارونه بگیرید تا سرشیشه پر از شیر شود بعد بطری را به صورت کج یعنی به صورت مداد در دست بگیرید.
سرشیشه را داخل دهان نوزاد طوری قرار دهید که سر شیشه به سمت حلق کودک و به سمت پائین باشد.
روی سر شیشه سه خط کوچک ، متوسط و بزرگ وجود دارد در زمان شروع تغذیه ابتدا خط کوچک باید زیر بینی شیرخوار باشد تا شیر کم تری از سر شیشه وارد دهان شود به مرور زمان که شیرخوار شیرخوردن را یاد گرفت و مادر تسلط بیشتری پیدا کرد خط متوسط و سپس خط بزرگ برای او انتخاب کنید.
همزمان با مکیدن شیر خوار، با انگشت شست و اشاره به طور متناوب سر شیشه را بفشارید تا شیر داخل دهان شیرخوار ریخته شود. دقت کنید که بعد از هر بار فشار دادن سر شیشه به شیرخوار فرصت دهید تا شیر را ببلعد و نفس بکشد و مادر صدای قورت دادن را از گلوی شیرخوار بشنود.
مادر باید موقع تغذیه شیرخوار تماس چشم به چشم با او داشته باشد و بدنش را لمس و نوزاش کند تا پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار برقرار شود.
ممکن است حین شیرخوردن، مقداری شیر از بینی خارج شود یا مقدار زیادی هوا ببلعد که باید هوای بلعیده شده از طریق دهان خارج شود.
بعد از شیرخوردن شیرخوار، بطری و سر شیشه را با آب گرم و مایع ظرفشویی بشوئید و بگذارید خشک شود. بطری و سر شیشه را در آب جوش، مایکروویو یا ماشین ظرفشویی قرار ندهید.
سر شیشه را از نظر فرسودگی و پارگی بررسی کنید اگر فرم خود را از دست داده و نرم شده یا ترک دارد آن را دور انداخته و سر شیشه جدید تهیه کنید.
مدت زمان تغذیه باید 30 دقیقه یا کم تر طول بکشد زیرا تغذیه های طولانی مدت سبب خستگی و مصرف کالری زیادی می شود.
در صورت مشاهده علائمی مانند تنفس تند، ناله، بی قراری، رنگ پریدگی شدید، کبودی یا سیاه شدن، کاهش قدرت مکیدن، استفراغ مکرر به پزشک متخصص مراجعه کنید.
وارد شدن هوای زیاد به داخل معده سبب احساس سیری کاذب، خارج شدن هوا همراه با شیر، دل درد، آسپیره شدن شیر و خفگی و عفونت ریه به دلیل ورود شیر به داخل مجرای تنفسی و ریه می شود بنابراین بعد از هر بار تغذیه هوای معده نوزاد باید خرج شود.
بعد از تغذیه نوزاد را به نحوی بخوابانید که سر کمی بالاتر از سطح بدن باشد. بالشی کوچکی زیر سر و ملافه ای زیر شانه های نوزاد قرار دهید این وضعیت باعث می شود اگر هوایی در معده باقی مانده باشد باعث آسپیراسیون و خفگی نشود.

۵. روش های دوشیدن و ذخیره سازی شیر را به مادر آموزش داده شود.
۶. جهت تهیه شیشه هابرمن و دریافت آموزش های لازم در خصوص نحوه صحیح تغذیه والدین را به مراکز حمایتی معرفی نمایید.
۷. جهت اطمینان از کافی و مناسب بودن تغذیه در نوزاد ملاقات های پی گیری مربوط به پایش رشد و تکامل انجام شود.
۸. ارزیابی شنوایی در سن 4 هفتگی و سپس در 12 هفتگی تکرار شود و برای معاینات بعدی نیز برنامه ریزی شود.

۹. به والدین پی گیری های لازم و مشاوره با متخصصین جراح، گوش و حلق و بینی، شنوایی سنجی، گفتار درمانی، دندان پزشک را توصیه نمایید.





تصویر2- 12: شیشه و پستانک هابرمن

نوزاد مبتلا به اکستروفی مثانه، اپی سپادیاس

اکستروفی مثانه یک عیب شدید سیستم ادراری-تناسلی است که با باز بودن مثانه در سطح دیواره شکم، زودرسایی در شکل مجاری ادراری به شکل لوله و جداشدگی استخوان لگن مشخص می شود. اپیسبادیاس نیز یک اختلال سیستم ادراری است که با زودرسایی در کانالیزه شدن مجرای ادرار مشابه اکستروفی مشخص می شود. هر دو اختلال بخشی از ناهنجاری های پیچیده مادرزادی سیستم تناسلی ادراری را تشکیل می دهند و طیف وسیعی از حالت خفیف تا بسیار شدید توام با درگیری چندین ارگان را شامل می شود. در پسرها دو برابر دختران شایع است.

اکستروفی ناشی از زودرسایی در تشکیل دیواره شکم است که در نتیجه آن قسمت تحتانی سیستم ادراری –تناسلی در معرض دید قرار گرفته و مثانه پشت رو شده و به رنگ قرمز روشن در دیواره شکم قابل رویت است. این حالت با ریزش قابل رویت ادرار از دیواره حالب همراه بوده و منجر به بوی نامطبوع و حساسیت پوست اطراف نسبت به عفونت می گردد.تجمع ثابت ادرار در بافت اطراف سبب زخم و عفونت مجدد می گردد. در صورت عدم درمان، آسیب پیش رونده ناشی از عفونت و انسداد ممکن است منجر به زودرسایی کلیه گردد. در جنس مذکر اغلب توام با هایپوسبادیاس بوده و ممکن است با عیوب دیگری از قبیل نهان بیضگی، پنیس کوتاه، هرنی مغبنی همراه باشد.در دختران ممکن است کلیتوریس دوشاخه، فقدان واژن و جداشدگی کامل لب ها، در ناحیه ژنیتال دیده شود. در هر دو جنس جداشدگی استخوان پوبیس منجر به اشکال در راه رفتن تحت عنوان"راه رفتن اردکی" می شود.

اهداف درمانی شامل حفظ فعالیت کلیه ها، دسترسی به کنترل دفع ادرار، ترمیم(مدل سازی) در راستای کنترل مسائل روانی، پیشگیری از عفونت سیستم ادراری، حفظ ژنیتال خارجی مناسب توام با دفع ادراری و فعالیت جنسی است. ترمیم اکستروفی مثانه یا اپیسبادیاس کاملا پیچیده بوده و نیازمند چندین مرحله جراحی همراه با کنترل مداوم سیستم ادراری می باشد. مثانه طی دوران نوزادی و ترجیحا روز اول و دوم تولد بسته می شود. پیش از ترمیم سطح مثانه با پوشش پلاستیکی یا پانسمان نازک شفاف بدون استفاده از چسب کاملا پوشانده می شود. پس از ترمیم نوزاد از نظر بازده ادراری و علائم عفونت کنترل می شود. در زمان جراحی جداشدگی استخوان پوبیس ترمیم می شود تا از راه رفتن اردکی پیشگیری شود. در شروع جراحی های ترمیمی ممکن است فتق های نافی و اینگوئینال خصوصا در پسر بچه ها جهت کاهش خطر اختناق ترمیم شود.

جدول2- 48: فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به اکستروفی مثانه ،اپی سبادیاس

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار)	- بعد از تولد -بعد از انجام جراحی	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در منزل	-مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد با تمرکز بر مشکلات ادراری، عفونت ادراری و زخم پوست اطراف محل ضایعه -بررسی آگاهی و عملکرد والدین در خصوص انجام ملاقات های پی گیری و مراجعات بعدی -بررسی وجود درد و آموزش روش های کنترل درد -آموزش نحوه مراقبت ها در استفاده از گچ تنه (در صورت داشتن گچ تنه) -بررسی آگاهی و عملکرد والدین و آموزش ایشان در خصوص سونداژ ، سونداژ متناوب تمیز و بروز عوارض احتمالی -بررسی نحوه مراقبت از زخم باز	ارجاع به متخصص جراحی کودکان و نوزادان در صورت وجود هر گونه عفونت و عوارض

			-آموزش نحوه مراقبت ها ، بهداشت و حمام حمایت عاطفی از خانواده	

فعالیت ها

- پرونده بهداشتی یا خلاصه پرونده نوزاد را در خصوص مشکلات ادراری مرور نمایید.
- به نگرانی ها و سوالات والدین توجه کنید.
- وضعیت دفع ادرار، احتمال وجود عفونت ادراری و سلامت پوست نوزاد را بررسی کنید.
- به والدین در خصوص علائم عفوت ادراری (بی قراری و ناراحتی در موقع ادرار کردن، بوی بد ادرار، زردی طول کشیده در نوزاد) آموزش دهید و در صورت شک به عفونت ادراری او را به پزشک متخصص نوزادان ارجاع دهید.
- در خصوص پی گیری ها (انجام منظم آزمایشات و سونوگرافی ها) از والدین سوال کنید و ایشان را جهت انجام پی گیری ها تشویق و راهنمایی کنید.
- به والدین آموزش دهید که این ناهنجاری پیچیده بوده و نیازمند چندین عمل جراحی برای به دست آوردن عملکرد طبیعی ادراری تناسلی می باشند در آینده این کودکان نیازمند جراحی های ترمیمی جهت بهبود ظاهری و کسب هویت جنسی می باشند.
- درصورتی که نوزاد با اکستروفی باز ترخیص شده باشد به والدین در خصوص کنترل عفونت، پیشگیری از تروما، نکروز فشاری، عفونت و زخم نواحی اطراف اکستروفی و پیشگیری از نفخ شکم آموزش دهید.
- روش های کنترل درد و بی قراری را به والدین آموزش دهید.
- جهت ثابت نگه داشتن لگن ممکن است از گچ تنه یا قنداق استفاده شود در خصوص چگونگی ثابت نگه داشتن لگن و مراقبت های مربوط به گچ تنه (تمیز نگه داشتن گچ، جلوگیری از خیس شدن گچ و استفاده از یک پارچه جهت جلوگیری از آسیب پوستی زیر لبه های گچ) را به والدین آموزش دهید.
- در صورتی که نوزاد با سوند ادراری ترخیص شده است مراقبت های مربوط به سند را آموزش دهید.
- در صورت لزوم روش انجام سونداژ متناوب تمیز را به والدین آموزش دهید.
- در صورتی که نوزاد با نقص باز مرخص می شود در خصوص پوشاندن مخاط باز و پیشگیری از زخم، عفونت و بوی نامطبوع آموزش دهید.
- به والدین آموزش دهید برای حمام دادن نوزاد از وان استفاده نکنند.
- با توجه به تنش عاطفی والدین و نگرانی آن ها در خصوص ظاهر و عملکرد جنسی نوزاد حمایت عاطفی از والدین فراهم آورید و در صورت امکان جلسات گروهی با والدین دیگر نوزادان مبتلا به نقص مشابه فراهم کنید.
- انتظارات غیر واقعی از عمل های جراحی برای والدین ناامید کننده خواهد بود در مورد پیامدهای جراحی اطلاعات صحیحی به والدین (امکان انحراف دائم مسیر ادراری و ایجاد تغییرات دائم در عملکرد بدن) بدهید.
- در مورد پی گیری ها و حمایت های روانی مورد نیاز این کودکان در سال های آینده به والدین آموزش دهید.

نوزاد مبتلا به هایپوسپادیاس

مقدمه

هیپوسپادیاس به وضعیتی گفته می شود که مجرای خروجی ادرار در زیر پنیس (آلت) یا در مکانی در سطح شکمی ساقه پنیس (سطح زیرین) واقع شده باشد. این وضعیت ممکن است از حالات بسیار خفیف تا حالت بسیار شدید متغیر باشد. در حالت خفیف ممکن است سوراخ خروجی ادرار دقیقا در زیرنوک پنیس قرار داشته باشد و در شدیدترین حالت سوراخ خروجی در پرینه بین شیارهای اسکروتوم (اسکروتوم دو شاخه) واقع شده است. کوردی یا انحنای سطح شکمی پنیس حاصل جایگزینی بافت فیبیری به جای بافت طبیعی است و معمولا با اشکال شدیدتر هایپوسبادیاس همراه است. غالبا مواردی که با کوردی همراه است پوست حشفه در سطح شکمی وجود ندارد و ظاهر ارگان شکل قلاب یا عصای سرخمیده دارد. در اشکال شدید ظاهر ناهنجار ممکن است جنسیت را دچار شبهه نماید زیرا وجود سوراخ خروجی ادرار در پرینه ممکن است با مجرای

ادرار مونث اشتباه شود. در مواردی که عدم نزول بیضه وجود داشته باشد کوچکی پنیس ممکن است به صورت یک کلیتوریس بزرگ به نظر برسد.در تمامی موارد ابهام جنسیت، انجام مطالعات دقیق تر مانند آنالیز کروموزمی ضروری است. درمان معمولا جراحی است که با هدف افزودن توانایی ادرار کردن با جریان طبیعی، بهسازی وضعیت فیزیکی ژنیتال به دلایل روانی و حفظ یک ارگان جنسی طبیعی انجام می شود. زمان مناسب جراحی بین 6 تا 18 ماهگی ، قبل از شکل گیری تصویر ذهنی کودک می باشد. ترمیم زودهنگام هایپوسپادیاس قبل از سه ماهگی موفقیت آمیز بوده و کم ترین عوراض دراز مدت را به همراه دارد. برخی از اوقات مصرف کوتاه مدت تستوسترون پیش از عمل جراحی جهت دستیابی به اندازه مناسب پنیس می تواند جراحی را تسهیل نماید.

جدول2- 49: فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به هایپوسپادیاس

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل مراقبت (پرستار)	- بعد از تولد -قبل از انجام جراحی ترمیمی	-منزل -مرکز مشاوره وخدمات پرستاری	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد - آموزش به والدین در خصوص ناهنجاری و زمان عمل و مشاوره با پزشک در مورد ختنه نوزاد - حمایت عاطفی از خانواده	جهت ختنه و زمان عمل به پزشک متخضض جراحی ارجاع داده شود.

فعالیت ها

-به نگرانی های والدین در خصوص عملکرد دفعی و ادراری توجه کنید و بر این اساس نوزاد را مورد ارزیابی قرار دهید.
- والدین را در مورد ناهنجاری و زمان مناسب عمل جراحی آگاه نمایید.
- به والدین توصیه نمایید برای ختنه نوزاد با متخصص جراحی مشورت نمایند.
-والدین را از نظر روحی و روانی حمایت نمایید.

نوزاد مبتلا به هیدروسل

مقدمه

هیدروسل به وضعیتی گفته می شود که مایع در فضای اسکروتوم تجمع پیدا کرده و سیر تکاملی آن شبیه به فتق مغبنی است. هیدروسل غیر ارتباطی دوران نوزادی بسیار شایع است و اغلب با جذب تدریجی مایع برطرف می شود. درهیدروسل ارتباطی مایع پریتوئن با افزایش فشار داخل شکم و نیروی جاذبه به داخل اسکروتوم وارد می شود. تنها علامت هیدروسل وجود برآمدگی قابل لمس درناحیه اینگوئینال یا ناحیه اسکوروتوم می باشد. برخلاف فتق در هیدروسل امکان جااندازی وجود نداشته و افزایش ناگهانی فشار داخل شکم (مانند گریه و تقلا) در افزایش آن تاثیری ندارد. اسکوروتوم صبح ها کوچکتر بوده و طی فعالیت روزانه بزرگتر می شود. در صورت شک به وجود هیدروسل نوزاد را به متخصص جراحی کودکان و نوزادان ارجاع دهید.

جدول2- 50: فرآیند مراقبت از هیدروسل

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
عامل -مراقبت (پرستار)	-بعد از تولد -قبل از انجام جراحی بعد از انجام -جراحی	-منزل -مرکز مشاوره و خدمات پرستاری	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد - آموزش مراقبت های لازم در صورت انجام عمل جراحی	ارجاع به متخصص جراحی نوزادان در صورت شک به وجود هیدروسل

فعالیت ها

- نوزاد را ارزیابی کنید و در صورت شک به وجود هیدروسل نوزاد را به متخصص جراح نوزادان ارجاع دهید.
- در صورتی که نوزاد جراحی شده است علائم و روش های کنترل عفونت را به والدین آموزش دهید.
- در صورتی که بخیه ها از نوع غیر قابل جذب باشد در مورد زمان مناسب کشیدن بخیه ها به والدین آموزش دهید.

- به والدین گوشزد می شود تغییر رنگ و تورم موقت اسکروتوم امکان پذیر می باشد و خود به خود برطرف خواهد شد.

نوزاد مبتلا به نهان بیضگی

مقدمه

نهان بیضگی، زودرسایی در سیر نزولی یک یا دو بیضه از طریق مجرای مغبنی به اسکروتوم می باشد. عدم وجود بیضه در اسکروتوم می تواند ناشی از نهان بیضگی، پس رفتن بیضه ها و یا فقدان بیضه ها باشد. عوامل متعددی ممکن است در نزول آهسته و یا توقف نزول بیضه ها به داخل اسکروتوم نقش داشته باشد از جمله عیوب غدد داخلی موثر بر هیپوتالاموس – هیپوفیز - بیضه، قطع عصب دهی ژنیکوفمورال، کشش گوبرناکولوم، تکامل غیر طبیعی اپیدیدیم یا تولد زودرس است. نهان بیضگی اغلب همراه با فتق های مادرزادی و بیضه های غیر طبیعی همراه بوده و متعاقبا در معرض پیچ خوردگی قرار می گیرد.

بیضه نابجا از حلقه خارجی اینگوئینال عبور کرده و در جایی در فضای پرینه یا ناحیه فمورال یا در عرض اسکروتوم یا مکانی قبل از پنیس قرار می گیرد و علت آن انسداد ورودی اسکروتوم، اسکار (فیبروز) گوبرناکولوم یا سایر آنومالی های مکانیکی است. در مواردی که یک یا دو بیضه قابل لمس نباشد به فقدان بیضه ها باید شک کرد و اهمیت آن از این نظر است که بیضه های نابجا شانس تبدیل شدن به بدخیمی و نازایی را افزایش می دهند که معمولا با روش های رادیوگرافیک نظیر سونوگرافی قابل تشخیص است و در مواردی نیاز به جستجو از طریق جراحی وجود دارد. پس رفتگی بیضه در هر جایی در مسیر نزول بیضه ها ممکن است دیده شود ولی شایع ترین محل آن کشاله ران است در این حالت نهان بیضگی واقعی وجود ندارد و در اثر تحریک بیش از حد رفلکس کرماستر در اثر محرک های گوناگون از قبیل سرما تحریک شده و بیضه ها را از داخل اسکروتوم به کانال اینگوئینال می کشد. این رفلکس در دوران شیرخوارگی فعال شده و در 4 تا 5 سالگی به اوج خود می رسد. پس رفتگی را می توان بدون نیاز به درمان و فشار به ملایمت به درون اسکروتوم باز گرداند. تشخیص و درمان به موقع با توجه به احتمال ایجاد بدخیمی از اهمیت بیشتری برخوردار می شود.

جدول2- 51: فرآیند نوزاد مبتلا به نهان بیضگی

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار)	-بعد از تولد -قبل از انجام جراحی -بعد از انجام جراحی	-منزل -مرکز مشاوره و خدمات پرستاری	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد - آموزش مراقبت های لازم در صورت انجام عمل جراحی -آموزش به والدین در خصوص پی گیری	مراجعه به پزشک متخصص اطفال و نوزادان در صورت شک به نهان بیضگی

فعالیت ها

- پرونده بهداشتی نوزاد را مرور کنید.
- به والدین آموزش دهید بهترین زمان انجام عمل جراحی بین 6 تا 24 ماهگی است و هرچه زودتر جراحی انجام شود اثرات روانی و حفظ باروری آن بهتر خواهد بود.
- به والدین در خصوص عملکرد طبیعی در سنین بزرگسالی اطمینان دهید.
- در صورتی که نوزاد تحت جراحی قرار گرفته است در مورد خشک و تمیز نگه داشتن محل عمل از ادرار و مدفوع، نحوه کنترل درد در منزل و بررسی زخم و محافظت از تروما آموزش دهید.
- مراقبت های پی گیری در پسران با سابقه نهان بیضگی خصوصا بعد از بلوغ را توصیه می کنند.

نوزاد مبتلا به هیدروسفالی و دارای شانت

مقدمه

هیدروسفالی یک سندرم یا نشانه ای حاصل از اختلال در انتقال مایع مغزی-نخاعی بوده که ممکن است در اثر بیماری های گوناگون ایجاد شود. با وجود تشخیص در دوران بارداری شیوع آن در زمان تولد 3 مورد به ازای هر 1000 تولد زنده است. علت آن در دو حالت مادرزادی و اکتسابی متفاوت است. هیدروسفالی مادرزادی معمولا ناشی از میلومننگوسل و تنگی مجراست و هیدروسفالی اکتسابی می تواند در اثر عفونت مایع مغزی-نخاعی ، تومور ،آسیب سر و خون ریزی درون بطنی ایجاد گردد.

هرگونه عدم تعادل در ترشح و جذب سبب افزایش تجمع مایع مغزی نخاعی در بطن ها شده و موجب گشادی آن ها و فشرده شدن مغز علیه استخوان های سخت جمجمه می شود. اگر این مسئله قبل از جوش خوردن سوچورهای جمجمه اتفاق بیافتد

سبب بزرگی جمجمه و اتساع بطن ها می گردد. در بیشتر موارد هیدروسفالی ناشی از ناهنجاری های تکاملی است. اگر چه این اختلال در اوایل شیرخوارگی ظاهر می شود ولی در هر زمانی از قبل از تولد تا پایان دوره کودکی تا اوایل بزرگسالی امکان بروز آن وجود دارد. سایر عوامل شامل عفونت های سیستم عصبی مرکزی مانند منتژیت، آنسفالیت ، بدخیمی و تروما (سندرم تکان کودک) است. تاریخچه ای از عفونت های داخل رحمی (توکسوپلاسموز، سیتومگالوویروس)، خون ریزی در حین تولد (آنوکسی یا تروما) منتگوآنسفالیت نوزادی می تواند مطرح باشد. در نوزادان بزرگ بودن سر یک علامت بارز هیدروسفالی است در این نوزادان ملاج قدامی ممکن است سفت، برآمده و فاقد نبض باشد، وریدهای پوست سر متسع شده و هنگام گریه کودک مشخص می گردند. برآمدگی پیشانی ممکن است با گودافتادگی چشم ها مشخص شود که در این حالت صلبیه بالای عنبیه دیده می شود و به این علامت غروب آفتاب گفته می شود. شیرخوار معمولا تحریک پذیر یا خواب آلوده است. در موارد ناشی از خون ریزی داخل بطن های مغزی تنها علامت هیدروسفالی بزرگ شدن تدریجی دور سر است .در صورت پیشرفت هیدروسفالی عملکرد قسمت های تحتنای مغز نیز مختل می شود که با اشکال در مکیدن و تغذیه و گریه گوشخراش مشخص می شود. در صورت توسعه سریع هیدروسفالی علائم استفراغ، خواب آلودگی، حملات تشنجی و دیسترس قلبی عروقی را نشان می دهد.

تشخیص هیدروسفالی با انجام سونوگرافی در زمان بارداری، اندازه گیری روزانه دور سر در نوزادان در معرض خطر،انجام سی تی اسکن و ام آر آی و سونوگرافی در زمان نوزادی و همچنین وجود علائم بالینی است.

درمان معمولا با هدف کاهش فشار داخل مغزی و بزرگی سر، عوارض همراه و کنترل مسائل در ارتباط با اثرات اختلال در تکامل روانی حرکتی است.

درصورتی که هیدروسفالی سیر آرامی داشته باشد ممکن است پونکسیون لومباردرمانی (روزانه) یا مصرف دیورتیک ها تجویز می شود اما درمان انتخابی در همه انواع هیدروسفالی جراحی است که طی آن ضایعه فضاگیر در صورت وجود برداشته می شود و اغلب این نوزادان نیازمند جایگذاری شانت بطنی-صفاقی هستند.

پیش آگهی در کودکان تحت درمان هیدروسفالی به نسبت زیادی بستگی به اندازه قشر مغز و آسیب های غیر قابل بازگشت دارد. مرگ و میر بالا (50 تا 60 درصدموارد)، عقب ماندگی ذهنی، اختلال در تعادل، فلج اسپاستیک اندام ها، هماهنگی ضعیف حرکات ظریف و اختلالات درکی در این نوزادان شایع است.30 تا 40 درصد عقب ماندگی ذهنی نشان می دهند و در دو سوم کودکان زنده از هوش طبیعی برخوردارند.

جدول2- 52: فرآیند نوزاد مبتلا به هیدروسفالی و دارای شانت

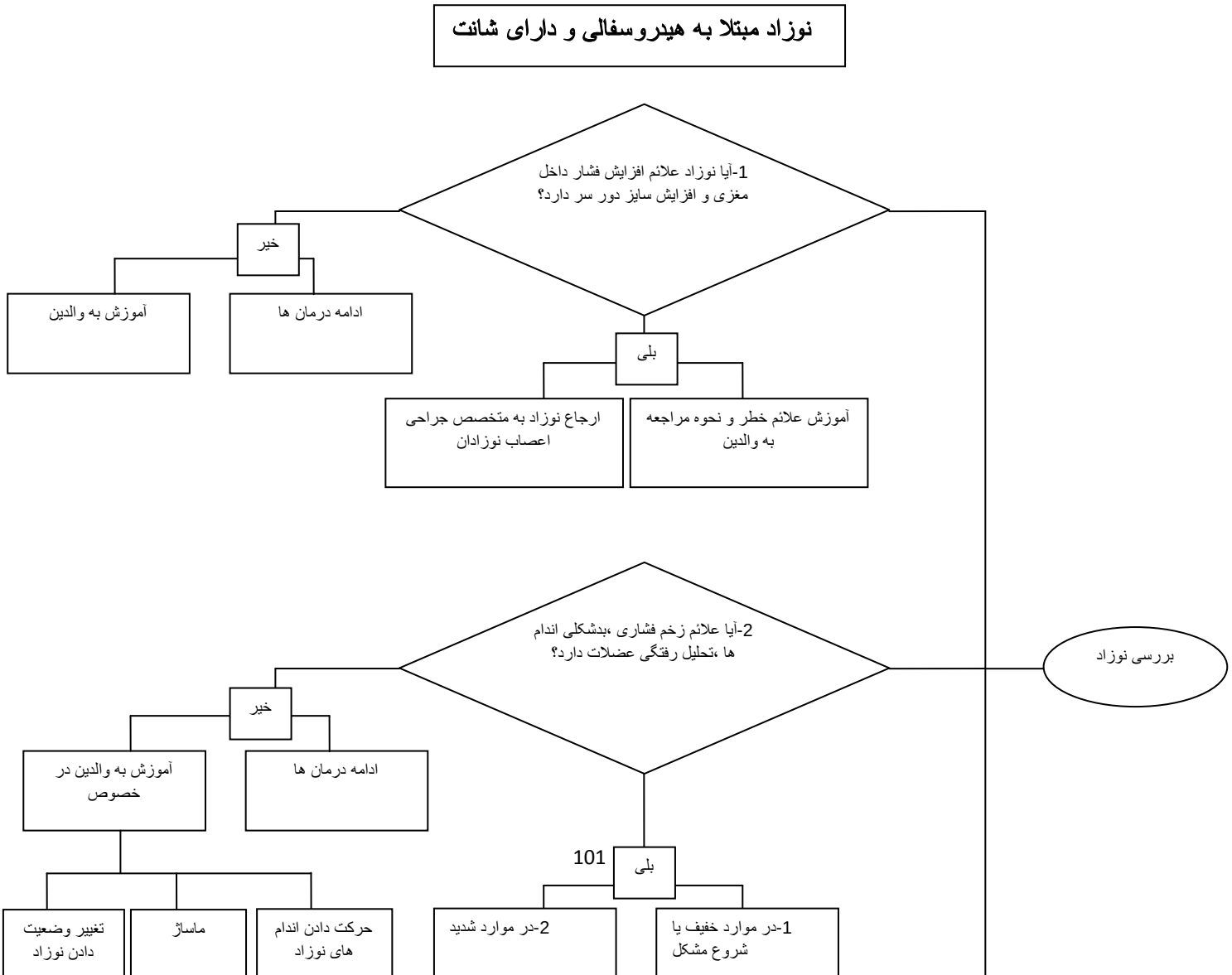
فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار)	-قبل و بعد از عمل	-منزل -مرکز مشاوره و مراقبت های پرستاری در نوزادان	-- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد با تمرکز بر هیدروسفالی و تهیه لیست مشکلات نوزاد -در صورت وجود شنت بررسی بروز عفونت و سایر عوارض شنت بطنی صفاقی -آموزش به والدین در خصوص مراقبت از شنت، علائم عفونت و سایر عوارض احتمالی همراه با شنت ، علائم افزایش فشار داخل مغز،اندازه گیری دور سر روزانه و تهیه چارت دور سر ، آپنه انسدادی و وضعیت دهی صحیح به سرو گردن نوزاد و پیشگیری از زخم فشاری -آموزش شناسایی حرکات مشکوک به تشنج و مصرف داروهای ضد تشنج	ارجاع به متخصص در صورت وجود عفونت و یا سایر عوارض همراه با شنت

فعالیت ها

- نوزاد را مورد ارزیابی قرار دهید و به نگرانی ها و سوالات والدین توجه کنید.
- اندازه گیری دور سر روزانه را به والدین آموزش دهید و برای نوزاد چارت دور سر فراهم کنید.
- علائم افزایش فشار داخل مغزی (تحریک پذیری، خواب آلودگی، فعالیت تشنجی) را به والدین آموزش دهید.
- در صورتی که نوزاد سر بزرگی دارد در خصوص محافظت از آسیب و ضربه و جا به جایی نوزاد آموزش دهید.
- در مورد احتمال آپنه انسداد و وضعیت صحیح قرار گرفتن سر به گونه ای که از خم شدن گردن پیش گیری شود به والدین آموزش دهید.

- در صورتی که نوزاد شنت گذاری شده است آموزش های لازم در خصوص مراقبت ها و عوارض شنت را برای والدین فراهم کنید.
- برای پیشگیری از وارد آمدن فشار به دریچه شنت سر نوزاد را به سمت سالم قرار دهند.
- به توصیه جراح در خصوص نحوه قرارگیری سر و زاویه زیر سر توجه کنند معمولا توصیه می شود سر 30 در جه بالاتر از سطح بدن قرار گیرد.
- یک از مهم ترین عوارض شنت عفونت است که در یک تا دو ماه اولیه بعد از شنت گذاری شایع است، عفونت می تواند قلب، کلیه ها، بافت مغزی و یا پرده های مغزی را درگیر کند، عفونت خون، آبسه هی مغزی، آبسه های شکمی، عفونت صفاق و عفونت محل جراحی (بخیه های روی سطح شکم و یا بخیه های روی سر) نیز ممکن است ایجاد شود.
- علائم وجود عفونت را به والدین آموزش دهید و نوزاد را ارزیابی کنید. در صورت عفونت نوزاد دچار علائم افزایش فشار داخل مغزی و یا تب، نفخ شکم (عفونت پرده صفاق)، تغییر در وضعیت عصبی به صورت تغییر در الگوی خواب و تغذیه و رفتارهای تشنجی می شود.
- ممکن است بر اثر پیچ خوردگی، جداشدگی یا جابه جایی سوند، ترشحات انتهای سوند و یا جابه جا شدن سوند بر اثر رشد کودک، سوند دچار انسداد مکانیکی شود که در این صورت سوند دچار اختلال عملکرد شده و علائم افزایش فشار داخل مغزی بروز می کند.
- سوراخ شدن ارگان های شکمی، ایجاد فتق و فیستول و ایلئوس از دیگر عوارض شنت است. در صورتی که نوزاد دچار نفخ شکم، تغییر در الگوی تغذیه ایی و تغییرات رفتاری رشد نوزاد را به مرکز درمانی مجهز ارجاع دهید.
- به والدین آموزش دهید حتی اگر شنت دچار عوارض نشود با رشد کودک نیاز به تعویض شنت وجود دارد.
- پی گیری های طولانی مدت در مراکز رشد و تکامل برای بهبود رشد و تکامل نوزاد را توصیه کنید.
- حمایت های روانی از والدین جهت تطابق با وضعیت نوزاد را فراهم کنید.
-

نمودار 2-7: فرایند مراقبت از نوزاد مبتلا به هیدروسفالی و دارای شانت



نوزاد مبتلا به ضایعات طناب نخاعی و ستون مهره ها (اسپاینابیفیدا، مننگوسل ، میلومننگوسل)

اسپاینابیفیدا نقص در بسته شدن ستون مهره ها است که ممکن است کیستی یا نهفته باشد نوع نهفته ممکن است تا اوایل شیرخوار تشخیص داده نشود. ولی نوع کیستی در بدو تولد با مشاهده کلافه مو، خال های آنژیومی شرابی رنگ روی ستون مهره ها مشخص شود. در نوع کیستی اگر یک ساک حاوی مایع مغزی نخاعی وجود داشته باشد مننگوسل و در صورتی که نخاع نیز درگیر باشد میلو مننگوسل نمایده می شود. این نوزادان معمولا تحت عمل جراحی قرار می گیرند و مهم ترین مسئله در این نوزادان آنومالی های همراه و عوارض بعدی می باشد. این کودکان معمولا نیازمند حمایت و کار تیمی متخصصان اعصاب، جراحی اعصاب، ارتوپد، اطفال، اورولوژیست، فیزیوتراپ، کار درمانگر و مددکار اجتماعی هستند.

جدول 2-53: فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به ضایعات طناب نخاعی و ستون مهره ها (اسپاینابیفیدا، مننگوسل ، میلومننگوسل)

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار)	-قبل و بعد از عمل	-منزل	-- مروری بر پرونده بهداشتی و بررسی نوزاد از نظر وجود آنومالی های همراه و تهیه لیست مشکلات نوزاد -بررسی وجود عوارض همراه -آموزش به والدین در خصوص عوارض احتمالی، مراقبت ها و پی گیری -آموزش نحوه مراقبت از محل ضایعه و نحوه کنترل عفونت	-شناسایی و معرفی مراکز مددکاری و حمایتی -ارجاع در صورت بروز عفونت و عوارض همراه

فعالیت ها

- نوزاد را از نظر وجود آنومالی های همراه (قلبی، گوارشی) بررسی کرده و در صورت لزوم به ارجاع به پزشک ارجاع دهید.
- عوارض احتمالی را به والدین آموزش داده و نوزاد را از نظر بروز علائم ارزیابی کنید.
- عوارض احتمالی شامل موارد زیر است:

هیدروسفالی : آموزش علائم افزایش فشار داخل جمجمه به والدین ،ارجاع به متخصص جراحی اعصاب
عفونت محل جراحی: آموزش روش های کنترل عفونت، تمیز و خشک نگه داشتن محل عمل و ارجاع به پزشک جهت شروع درمان آنتی بیوتیکی
مننژیت: آموزش علائم مننژیت شامل لتارژی، تحریک پذیری، تب، سفتی گردن و در صورت بروز ارجاع به پزشک متخصص جراحی اعصاب
عفونت ادراری ناشی از بی اختیاری ادرار و یا احتباس مثانه شده و خروج ادرار به صورت قطره قطره و احتمال هیدرونفروز ، ریفلاکس مثانه به حالب و زودرسایی کلیه در نتیجه ارجاع به متخصص کلیه و مجاری ادراری و در صورت لزوم آموزش روش سونداژ متناوب تمیز

مسائل ارتوپدی از قبیل فلج پیش رونده ، اسپاسیته اندام ها و دفورمیتی اندام ها، عیوب حرکتی و حسی، مشکلات ستون مهره ها ، کیفوز و اسکولیوز: ارجاع به متخصص ارتوپدی اطفال و فیزیوتراپ
عفونت تنفسی ناشی از آتلکتازی بعد از عمل جراحی و محدودیت در تغییر وضعیت نوزاد: انجام فیزیوتراپی تنفسی و تخلیه ترشحات تنفسی را به والدین آموزش دهید. در صورت وجد عفونت تنفسی به پزشک ارجاع دهید.

- در خصوص کنترل عفونت (تمیز و خشک نگه داشتن ناحیه جراحی شده، شستن دست ها)، حفاظت از ضربه و آسیب به محل جراحی به والدین آموزش دهید.
- حمایت های روانی و اجتماعی جهت سازش با بیماری نوزاد را برای خانواده فراهم کنید.
- در صورت امکان حمایت های مددکاری (با توجه به پرهزینه بودن بیماری) را برای خانواده فراهم کنید.

نوزاد مبتلا به بیماری های قلبی

یکی از علل اصلی مرگ و میر در دوره نوزادی بیماری های مادرزادی قلب است که بیش از 35 نوع اختلال را شامل می شود. ولی شایع ترین آن نقص دیواره بین دو بطن است. عوامل ژنتیک و محیطی مانند مواجه با سموم و عفونت ها مصرف الکل و درمان نامناسب دیابت و فنیل کتونوری در مادر سبب بروز ناهنجاری های قلبی می شود. در برخی موارد نیز ناهنجاری های مادرزادی قلب بخشی از یک سندرم مادرزادی یا ناهنجاری است. در گذشته بیماری های قلبی بر اساس وجود سیانوز به سیانوتیک و غیر سیانوتیک تقسیم می شدند اما امروز بر اساس وجود علائم همودینامیک و جابه جایی مربوط به گردش خون انجام می شود. علائم مربوط به جابه جایی جریان خون شامل موارد زیر می شود:
1)افزایش جریان خون ریوی 2) کاهش جریان خون ریوی 3) انسداد در خروج خون از قلب 4)اختلاط جریان خون (مخلوط شدن خون اشباع و غیر اشباع از اکسیژن) که می تواند در قلب یا شریان های بزرگ اتفاق افتد.
بیماری های قلبی خفیف (کوچک بودن مجرای شریانی باز، دیواره بین بطنی، تنگی خفیف شریان ریوی) بدون علامت هستند و نیاز به درمان ندارند. علائم بیماری های قلبی متوسط (تنگی متوسط شریان آئورت، تنگی متوسط شریان ریوی، کوارکتاسیون آئورت، نقائص دیواره بین دهلیزی و نقائص دیواره بین بطنی) دوران کودکی آغاز شده و به درمان نیاز دارند، نقایص شدید (بیماری های سیانوتیک قلبی، سایر نقص های پیچیده شامل کانال دهلیزی بطنی، تنگی شدید شریان آئورت، کوارکتاسیون شدید آئورت و نقایص دیواره بین بطنی) عارضه دار می باشند و در دوران نوزادی و یا اوایل شیرخوارگی تظاهر می یابند، فرد به شدت بیمار و نیازمند جراحی است.

جدول 2-54: فرآیند مراقبت از نوزاد مبتلا به بیماری های قلبی

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار)	-دوره نوزاد	-منزل مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری	-مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد -تهیه لیست مشکلات نوزاد -بررسی وضعیت روحی روانی و سطح آگاهی والدین -بررسی رشد و تکامل و وضعیت تغذیه ای نوزاد - تشویق و حمایت والدین در برقراری ارتباط با نوزاد - آموزش در خصوص فرآیند بیماری، پی گیری ها ، درمان و عوارض بیماری های قلبی - آموزش در مورد نحوه ی استفاده از پالس اکسی متری و اکسیژن درمانی در منزل -آموزش به والدین در مورد نحوه مصرف داروها	-اثربخشی آموزش ها ، سلامت نوزاد پی کیری گردد.

فعالیت ها

- بیماری های شدید قلبی در نوزادان برای خانواده بحران محسوب می شود: وضعیت روحی و روانی خانواده را بررسی کنید.
- حمایت های عاطفی را برای خانواده فراهم کنید.
- اطلاعات لازم در خصوص بیماری و درمان نوزاد را برای والدین فراهم کنید.
- ارتباط عاطفی بین والدین و نوزاد را بررسی کنید.
- در صورت لزوم مراقبت های مربوط به اکسیژن درمانی و پالس اکسی متری را انجام دهید.
- از مصرف صحیح داروها (دوز، نحوه مصرف و زمان مصرف) مطمئن شوید.
- نحوه و میزان تغذیه در نوزاد را بررسی کنید.
- رشد نوزاد شامل وزن ، قد و دور سر نوزاد را بررسی و ثبت کنید، در صورت اختلال در رشد به متخصص اطفال و نوزادان ارجاع دهید.
- در نوزادان با بیماری های سیانوتیک قلبی استفاده از وضعیت سجده را آموزش دهید (قرار دادن نوزاد در وضعیت سجده در حملات سیانوز کمک کننده است.
- در صورت نیاز به جراحی اطلاعات لازم در خصوص جراحی و شرایط بعد از عمل را برای والدین فراهم کنید و در صورت امکان بازدید از ICU قلب جایی که نوزاد بعد از جراحی در آن مراقبت می شود برای والدین فراهم کنید.

مراقبت از در رفتگی مادرزادی مفصل ران

در رفتگی مادرزادی مفصل شایع ترین اختلال لگن در نوزادان است. اغلب موارد بعد از تولد رخ می دهد. تشخیص در رفتگی مادرزادی لگن توسط پزشک متخصص اطفال و یا فوق تخصص نوزادان در بدو تولد ،2 هفتگی ، 2 ماهگی ، 4 و 6 ماهگی بعد از تولد انجام می شود. در رفتگی مادرزادی ران معمولا در معاینات اولیه بعد از تولد شناسایی نمی شود بنابراین تمامی شیرخواران باید طی ملاقات های منظم سال اول زندگی به دقت از نظر دیسپلازی مادرزای مفصل ران بررسی شوند . درمان دررفتگی مادرزادی لگن در سن نوزادی تا 6 ماهگی استفاده از آتل متحرک پاولیک هارنس می باشد که قسمت فوقانی ران در مرکز استابولم را در یک وضعیت خمیده حفظ می کند.

جدول 2-55: فرآیند مراقبت از در رفتگی مادرزادی مفصل ران

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت (پرستار)	- بعد از عمل	-منزل مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری	- مروری بر پرونده بهداشتی نوزاد -آموزش در خصوص مراقبت های مربوط به آتل -آموزش در خصوص مراجعه و پی گیری	

فعالیت ها

- پرونده بهداشتی نوزاد را مرور نمایید.
-در بررسی نوزاد به علائم دررفتگی احتمالی مفصل ران شامل کوتاه شدن پا در سمت مبتلا، عدم تقارن چین های ران و سرین، پهن بودن پرینه (دررفتگی دو طرفه)، محدودیت در دور کردن مفصل ران در نوزاد توجه کنید.
-درصورتی که نوزاد تحت مراقبت با آتل می باشد مراقبت های مربوط به آتل شامل موارد زیر را انجام و به والدین آموزش دهید:

زمانی که شیرخوار در آتل است که امکان برداشتن آن وجود ندارد به والدین حمام دادن با اسفنج را توصیه کنید.
همیشه از یک زیر پیراهن به گونه ای که سینه را بپوشاند و بین ران ها بسته شود، از تماس مستقیم نوارها با پوست جلوگیری شود.
در فواصل منظم حداقل دو الی سه بار در روز ، زیر نوارها و لباس ها را از نظر قرمزی کنترل کنید.
پوست زیر نوارها را روزی یکبار جهت تحریک خون رسانی ماساژ دهید، از مصرف لوسیون و پودر خودداری کنید، زیرا سبب تحریک پوستی می شود.
همیشه از کهنه زیر نوارها استفاده کنید.

- از کهنه دوتایی و سه تایی در این نوزادان استفاده نکنید زیرا خطر کشیدگی مفصل هیپ را افزایش می دهد.
-والدین اجازه باز کردن سگگ ها و جابه جا کردن آتل را ندارند و پیش از هر بار استفاده محل قرار گیری توسط فرد مجرب کنترل شود.
-ناحیه پوشک را از نظر آسیب پوستی بررسی کنید و نکات بهداشتی لازم را به والدین آموزش دهید.

بخش سوم

فرآیند های اجرایی و مدیریتی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل

فصل اول: فرآیندهای اجرایی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل

فصل دوم : فرآیندهای مدیریتی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل

فصل اول: فرآیند اجرایی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل

اهداف: از ارائه دهندگان خدمت انتظار می رود بعد از خواندن این فصل قادر باشند :

- مراحل برنامه اجرایی مراقبت در منزل را توصیف کنند.
- در مرحله آغازین، نوزادان نیازمند را شناسایی و ارجاع دهند.
- در مرحله دیداری، ثبت، تشکیل پرونده و ملاقات اولیه را انجام دهند.
- در مرحله پی گیری، ادامه ملاقات ها و مراقبت ها را انجام دهند.
- در مرحله پایانی، ختم مراقبت ها را مستند نمایند.

****

مقدمه

خدمات سلامت همانند پازلی است که اجزای مختلف آن در کنار هم دیگر قرار می گیرند تا سلامت مددجو را تضمین نمایند. مراقبت در منزل، قطعه مهمی از این پازل است که لازم است در تمامی مراحل فرآیند ، سلامت مددجو در نظر گرفته شود و به همین دلیل است که مراقبت از نوزاد مستلزم مراقبت از آنها پیش از تولد و بعد از تولد است. در این فصل برنامه اجرایی مراقبت در منزل مورد بررسی قرار می گیرد.

برنامه اجرایی مراقبت در منزل

فرآیند برنامه اجرایی مراقبت در منزل به چهار مرحله زیر تقسیم می شود که عبارتند از:

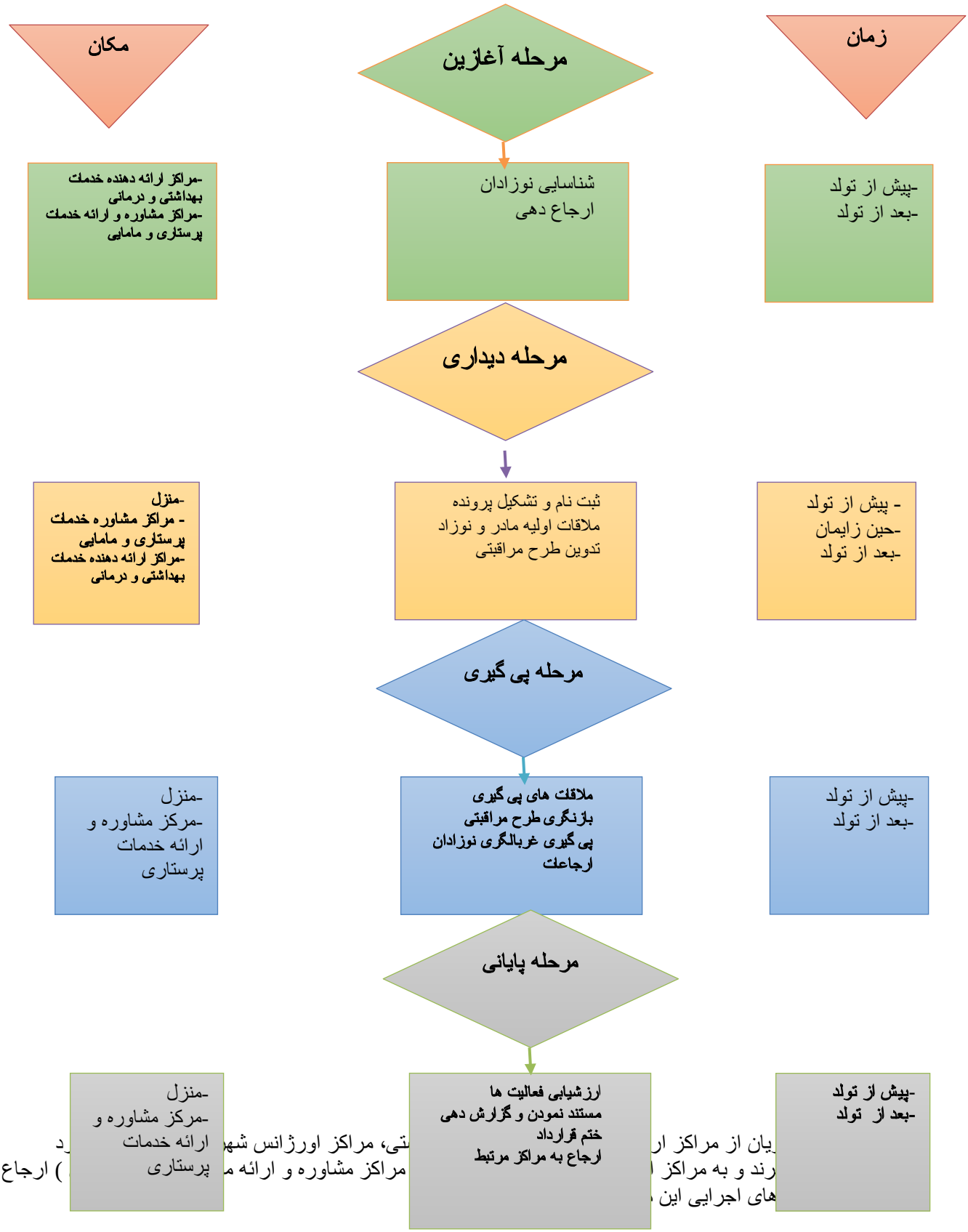
۱. مرحله آغازین
۲. مرحله دیداری
۳. مرحله پی گیری ها
۴. مرحله پایانی

جدول 3-1: فرآیند مراحل اجرایی مراقبت از نوزاد در منزل

مراحل	فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	برآیند
آغازین	-متخصص نوزادان وکودکان -متخصص زنان و زایمان - پزشک عمومی -پرستار - ماما -مراکز اورژانس 115 -سایر کارکنان بهداشتی -خانواده ها	-پیش از تولد نوزاد - بعد از تولد نوزاد	- مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی -مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل -مراکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی	- شناسایی مددجویان نیازمند به مراقبت در منزل -ارجاع به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری - دادن اطلاعات در مورد مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری .اطلاع رسانی رسانه ای .اطلاع رسانی از طریق سایت معاونت درمان - فرهنگ سازی خدمات مراقبتی در منزل	نوزادان نیازمند شناسایی و ارجاع داده می شوند.
دیداری	عامل مراقبت (پرستار / ماما)	-پیش از تولد نوزاد -بعد از تولد نوزاد	-مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری --مراکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی -منزل مددجو -مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی توسط رابط	- آشنایی بیشتر با فعالیت های مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل - ملاقات با عامل مراقبت - ثبت نام و تشکیل پرونده - انجام ملاقات اولیه شامل: بررسی مادر و تکمیل فرم بررسی نوزاد و تکمیل فرم بررسی محیط خانه و تکمیل فرم بررسی خانواده و تکمیل فرم -تدوین طرح مراقبت - انجام مراقبت ها طبق طرح مراقبتی و با استفاده از راهنمای بالینی بسته خدمتی -تعیین ملاقات های پی گیری	-ثبت نام و تشکیل پرونده در مراکز خدمات انجام می شود. -ملاقات اولیه از نوزاد انجام می شود. -طرح مراقبت تدوین می شود. - اقدامات لازم در مورد نوزاد انجام می شود.

				-تعیین ارجاعات و مشاوره های مورد نیاز	
پی گیری ها	عامل مراقبت (پرستار / ماما)	-پیش از تولد نوزاد -بعد از تولد نوزاد	- منزل مددجو - مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل	- بازنگری طرح مراقبتی و اعمال تغییرات - انجام مراقبت ها طبق طرح مراقبتی و با استفاده از راهنمای بالینی -تعیین ملاقات پی گیری بعدی (در صورت نیاز) -پی گیری غربالگری های نوزادان -تعیین ارجاعات مورد نیاز به بیمارستان، مطب درمانگاه های نوزادان- شنوایی سنجی- مرکز جامع تکامل- درمانگاه مشاوره شیردهی و...	-ملاقات های پی گیری به موقع انجام می شود. -مراقبت ها با حمایت عامل مراقبت و مشارکت خانواده می شود -پی گیری غربالگری های نوزادان انجام می شود.
پایانی	عامل مراقبت (پرستار / ماما)	- زمان دستیابی به اهداف -پایان دوره نوزادی -تمایل مددجو برای خاتمه قرارداد	- منزل مددجو - مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل	- ارزشیابی فعالیت ها - مستند نمودن و گزارش دهی - ختم قرارداد - ارجاع مادر و شیرخوار به مراکز و سازمان های مرتبط جهت تداوم مراقبت ها	نوزاد مراقبت های بعد از تولد را دریافت می کند.

نمودار 3-1: نظام اجرایی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل در یک نگاه



شناسایی نوزادان نیازمند به مراقبت در منزل

مقدمه

کلیه نوزادانی که از بخش مامایی یا بخش مراقبت های ویژه نوزادان به منظور پی گیری و ادامه مراقبت های معمول و تخصصی نظیر اکسیژن درمانی، نوردرمانی، مشاوره شیردهی مرخص می شوند، از طرف پزشک و یا پرستار بخش می توانند به مرکز ارائه مشاوره و خدمات پرستاری جهت مراقبت در منزل ارجاع داده شوند. علاوه بر این، بسیاری از مادران شاغل، مراقبین و یا نوزادان تحت حمایت مراکز بهزیستی و یا هر خانواده نیازمند به حمایت های حرفه ای و تخصصی در منزل می تواند به طور داوطلبانه به مراکز خدماتی مراجعه نمایند. گاهی اوقات نیز بنا به صلاح دید پزشک و یا سرپرستار بخش لازم است که محیط خانه، عوامل اثرگذار بر سلامت نوزاد در خانه و یا موقعیت های پرخطر برای نوزاد (خشونت خانگی، آزار نوزاد) بررسی گردد که می توانند موار مشکوک را به مراکز خدمات پرستاری اطلاع داده تا مورد بررسی قرار گیرند.

جدول 3-2: فرآیند شناسایی نوزادان نیازمند به مراقبت در منزل

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
-متخصص نوزادان وکودکان - انجمن متخصصین نوزادان -متخصص زنان و زایمان -پزشک عمومی -پرستار - ماما -مراکز اورژانس 115 -سایر کارکنان بهداشتی -خانواده	-پیش از تولد - حین زایمان و در بیمارستان - بعد از تولد	-مراکز درمانی - بهداشتی -مطب ها - درمانگاه ها - مرکز مشاوره و ارائه خدمات	-شناسایی نوزادان نیازمند و یا خواهان مراقبت در منزل طبق فرم -معرفی مادران و نوزادان در معرض خطر و نیازمند -ثبت مشخصات و سوابق سلامتی نوزاد برای ارجاع دهی -آموزش و دادن آگاهی به خانواده جهت پی گیری و تداوم مراقبت - ارسال فهرست نوزادان نیازمند به مراقبت در منزل به قسمت ترخیص بیمارستان و مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری - معرفی مراکز خدمات پرستاری

فعالیت ها

- نوزادان نیازمند و یا خواهان مراقبت در منزل را طبق جدول زیر شناسایی کنید.
-پزشک و پرستار مراکز مختلف درمانی- بهداشتی نوزادان در معرض خطر و نیازمند مراقبت در منزل را معرفی نمایند.
-مشخصات و سوابق سلامتی نوزاد ثبت شود.
-به والدین وخانواده آگاهی در مورد پی گیری و مراقبت در منزل آموزش داده شود.
-پرستار و مامای پشتیبان فرم ها را کامل نماید و والدین را برای ادامه مراقبت ها در منزل آماده نماید.
-مادر و نوزاد را به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل و مامایی معرفی نمایید.
-عامل مراقبت فهرست مادران و نوزادان نیازمند به مراقبت در منزل را به قسمت ترخیص بیمارستان، درمانگاه و مر اکز خدمات طرف قرارداد با بیمارستان یا درمانگاه ارسال نماید.

جدول 3-3: تعیین خانواده های نیازمند به مراقبت در منزل

زنان باردار و مادران	نوزادان
-زنان زیر 18 سال یا بالاتر از 35 -زنان ازدواج نکرده -کم درآمد -مشکلات تغذیه ای یا طبی -نا آگاهی در مورد نقش والدینی -بیماری های روانی - تحصیلات کمتر از دیپلم - مادران نخست زا -والدین متقاضی برای استفاده از خدمات مراقبت در منزل -سایر موارد	-مادران کمتر از 18 سال -تک والدی بودن -دارای والدین کم درآمد -مشکلات طبی و تغذیه ای: نوزادان کمتر از 2500 گرم نوزادان ترخیص شده از بخش نوزادان نوزادان ترخیص شده از بخش مراقبت های ویژه

	نوزادان نوزادان نیازمند به نوردرمانی در منزل نوزادان با کاهش قند خون نوزادان مبتلا به ناهنجاری ها نوزادان مربوط به صدمات زایمانی نوزادان با مشکلات شیرخوردن نوزاد نیازمند به اکسیژن درمانی در منزل -تمایل خانواده برای داشتن عامل مراقبتی پشتیبان -سایر موارد

ارجاع به مراکزخدمات مراقبت در منزل

مقدمه

مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی می توانند با آشنا شدن با خدمات مراکز مشاوره وارائه خدمات پرستاری و مامایی با آنها قرارداد منعقد نمایند و بعد از شناسایی مادران و نوزادان نیازمند به ادامه مراقبت، آنها را به مراکز خد مات ارجاع دهند تا تحت حمایت و مشاوره تخصصی قرار گیرند و مراقبتی پیوسته و مستمر تا رفع مشکل آنها دریافت نمایند.

جدول 3-4: فرآیند ارجاع به مراکز خدمات

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
-متخصص نوزادان وکودکان -متخصص زنان و زایمان -پزشک عمومی -پرستار - ماما -مراکز اورژانس 115 -سایر کارکنان بهداشتی -خانواده	-پیش از تولد - بعد از تولد	-مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی	- فرهنگ سازی در جامعه برای تداوم مراقبت ها در منزل - تبلیغات موثر، مناسب از طریق وسایل ارتباط جمعی برای آگاهی عموم - وجود رابط از مراکز خدمات پرستاری در مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی - آشناسازی خانواده ها با چگونگی نحوه مراجعه به مراکز خدمات پرستاری - معرفی مراکز مشاوره و خدمات از طریق معاونت پرستاری و درمان

فعالیت ها

-فرهنگ سازی گسترده ای در جامعه برای تداوم مراقبت ها در منزل انجام شود.

-تبلیغات موثر، مناسب و در شان و منزلت ماما و پرستاران متخصص و حرفه ای از طریق وسایل ارتباط جمعی برای آگاهی عموم انجام شود.

-مراکز خدمات پرستاری از طریق معاونت پرستاری و معاونت درمان هر شهر به بیمارستان ها، درمانگاه ها و مطب ها اعلام گردد.

- در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی، پایگاه یا نماینده ای از مراکز خدمات پرستاری به عنوان رابط برای معرفی مرکز و پی گیری ادامه مراقبت های بعد از ترخیص وجود داشته باشد.

-خانواده ها با چگونگی نحوه مراجعه به مراکز خدمات پرستاری آشنا شوند.

-در صورت امکان ملاقات اولیه در مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی صورت گیرد و سپس به مرکز خدمات پرستاری ارجاع داده شود.

2- مرحله دیداری

مرحله دیداری، مرحله ای است که اولین ملاقات با مددجو صورت می گیرد و مددجو با خدمات ملاقات و مراقبت در منزل آشنا می گردد و برای ثبت نام و تشکیل پرونده اقدام می نماید. در این مرحله، عامل مراقبت، ملاقات اولیه را برای نوزاد و مادر انجام می دهد و از طریق ملاقات ها نقاط قوت و ضعف را مشخص نمایند و طرح مراقبتی پیش و بعد از تولد برنامه ریزی می گردد. فرآیند مرحله دیداری به شرح زیر است:

الف-ثبت نام و تشکیل پرونده

مقدمه

فرآیند ثبت نام ممکن است قبل و یا بعد از تولد از طریق ارجاع دهی مراکز مختلف به مر اکز خدمات پرستاری باشد. بعد از شناسایی و ارجاع دهی نوزاد و مادر و یا درخواست داوطلبانه خانواده برای مراقبت در منزل، فرآیند ثبت نام و تشکیل پرونده توسط مسئول امور دفتری مرکز آغاز می شود. رضایت نامه از والدین و فرم ثبت نام با کمک عامل مراقبت و خانواده پیش از تولد و یا بعد از ترخیص از بیمارستان تکمیل می گردد. گاهی حین بستری بودن در بیمارستان نیز با مرکز تماس گرفته می شود و در این مرحله ملاقات اولیه توسط پرستار انجام می شود. در ملاقات اولیه وضعیت سلامت نوزاد، وضعیت بیمه، سطح در معرض خطر بودن، نقاط قوت و ضعف خانواده بررسی می شود.

جدول 3-5: فرآیند ثبت نام و تشکیل پرونده

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
-مسئول امور اداری مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری -عامل مراقبت(پرستار / ماما)	-پیش از تولد - بعد از تولد	-منزل -مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری - مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی توسط رابط مرکز مشاوره پرستاری	- تشکیل پرونده -اطلاع دهی هزینه ها مراقبت در منزل -کسب رضایت نامه و عقد قرارداد -وارد کردن اطلاعات در رایانه -هماهنگی برای ملاقات ها

فعالیت ها

-فهرست مادران و نوزادان ارسال شده از طریق مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی توسط مسئول امور اداری و عامل مراقبت مورد بررسی قرار گیرد .

- برای خانواده های داوطلب، پرونده تشکیل شود.

-هزینه تشکیل پرونده، مراقبت و ملاقات ها به خانواده اطلاع داده شود.

-رضایت نامه از والدین برای ورود به خانه، ارزیابی و انجام مراقبت در منزل اخذ گردد (طبق فرم پیوست).

-هزینه ها طبق تعرفه و توافق طرفین اخذ گردد.

-پرستار مرکز، اطلاعات را وارد رایانه نموده و ثبت نماید.

- فرم های مراقبت در منزل برای نوزاد تنظیم و تکمیل شود.

-در صورتی که تعداد مراجعین بیش از ظرفیت باشد فهرست انتظار طبق اولویت تهیه گردد تا با برنامه ریزی مناسب به ترتیب اولویت ها بتوان به نوزادان خدمت ارائه نمود.

ب- ملاقات اولیه مادر و نوزاد

مقدمه

خانم باردار و یا نوزاد در هر زمانی از دوره بارداری و یا نوزادی به مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری برای ملاقات اولیه ارجاع داده می شود. ملاقات ها می تواند به عنوان انگیزه ای باشد تا مادر و نوزاد در جهت ارتقای سلامت شان تلاش نمایند. ملاقات های پیش از تولد بر سلامت آموزش های مراقبت از نوزاد تمرکز دارد و ملاقات های بعد از تولد بر ارائه نقش والدینی، حفظ و ارتقای سلامت نوزاد و مادر و انسجام خ انواده تمرکز دارد. ملاقات ها باید در منزل باشد . البته برخی

از ملاقات ها می تواند بر حسب نیاز در مراکز مشاوره و ارا ئه مراقبت های پرستاری انجام شود. حداقل زمان ملاقات 30 دقیقه و معمولا حداکثر 2 ساعت است. برای مادرانی که اولین فرزند شان است ملاقات ها باید حضوری باشد.

جدول 3-6: فرآیند ملاقات اولیه نوزاد			
فرد مسئول	**زمان انجام**	**محل انجام**	**فهرست فعالیت ها**
عامل مراقبت (پرستار – ماما)	-پیش از تولد - بعد از تولد	-منزل -مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری - مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی توسط رابط مرکز	-انجام ملاقات اولیه شامل: بررسی نوزاد و تکمیل فرم بررسی محیط خانه بررسی خانواده -تدوین طرح مراقبت - انجام مراقبت ها طبق طرح مراقبتی و با استفاده از راهنمای بالینی - برگزاری کلاس های آموزش -تعیین ملاقات پی گیری -تعیین ارجاعات

فعالیت ها

- وضعیت بیمه بررسی شود. اگر خانم بارداری بیمه نیست باید در طرح مراقبت در منزل راهکار هایی را برای بیمه شدن و یا مراقبت های دوره بارداری به او پیشنهاد نمایید تا بهتر قادرباشد از نوزاد خود مراقبت کند.
-نقاط قوت و نیازهای خانواده و دلایلی که نیاز به مراقبت و ملاقات در منزل دارند، شناسایی شود.
-به خانواده در شناسایی شبکه های حمایت غیر رسمی کمک شود.
- به شایستگی و اختیارات والدین و یا مراقب نوزاد توجه کنید.
- نیازهای خانواده (مادر- نوزاد) بررسی شود.
- نیازهای درک شده از سوی خانواده بررسی شود.
- برای دسترسی به مراقبت های بعد از زایمان، به مادر و نوزاد کمک شود.
- در صورت نیاز مادر و نوزاد به حمایت های آموزشی، مالی، جسمی و روانی ارجاع دهی لازم انجام شود.
- عوامل خطرساز برای نوزاد و مادر نظیر خشونت خانگی، ایمنی محیط خانه، نگرانی های تکاملی نوزاد، و نبود حمایت های روحی و روانی پیش بینی و غربالگری گردد.
- برنامه های امنیتی با حضور والدین برای پیش بینی موارد خشونت خانگی و ایمنی خانه تدوین نمایید.
- غربالگری برای افسردگی مادران(پرسشنامه ادینبرگ) انجام شود و در صورت نیاز ارجاع داده شود.
- بر چگونگی تقسیم کارها برای والدین یا مراقبین توجه نمایید.
- فرصت های مناسب برای ارجاع و پی گیری را فراهم آورید.
-- ملاقات نوزاد بعد از تولد باید حضوری انجام شود.
-وضعیت سلامت نوزاد را در گذشته وحال،ایمن سازی، خواب، تغذیه، تکامل بررسی نمایید.
- خانواده را از نظر دانش مراقبت از نوزاد و ارتباط والد –نوزاد بررسی کنید.
- محیط منزل را طبق فرم پیوست تکمیل نمایید.
-طرح مراقبت در منزل توسط پرستار و یا ماما با مشارکت مادر و خانواده تدوین گردد.
-خانواده به ویژه مادر را در مراقبت از نوزاد توانمند سازید.
-برای مراقبت از نوزاد کلاس های آموزشی برنامه ریزی شود.
-در طرح مراقبتی آموزش های لازم در مورد مرگ ناگهانی نوزاد، سندرم تکان دادن بچه و ایمنی شیرخوار مد نظر قرار داده شود.

3- مرحله پی گیری

تداوم مراقبت در مرحله پی گیری انجام می شود. این مرحله در خانواده هایی انجام می شود که با توجه به ملاقات اولیه در معرض خطر هستند و یا خود به ادامه ملاقات و مراقبت در منزل تمایل دارند. به این خانواده ها می توان در مورد منابع حمایتی موجود در جامعه، و پی گیری وضعیت تکاملی نوزاد اطلاعات مناسبی داده شود. این پی گیری ها می تواند به طور

حضوری و یا تلفنی باشد. ملاقات های پی گیری برحسب نیاز خانواده و وقت پرستار متفاوت خواهد بود. تدوین طرح مراقبتی در این مرحله می تواند برنامه ریزی شود. جدول فعالیت های ملاقات های پی گیری در فصل قبل توضیح داده شده است.

الف- ملاقات های پی گیری

مقدمه

ملاقات های پی گیری، ملاقات هایی هستند که با توجه به نیاز های بررسی شده در ملاقات اولیه ، انجام می شود. این ملاقات ها مخصوص مادران و نوزادان در معرض خطر است و یا خود خانواده ها خواستار ادامه ملاقات و مراقبت در منزل به صورت حضوری، تلفنی و یا اینترنتی هستند. این ملاقات ها بر ارجاع دهی به منابع حمایتی موجود در جامعه، پی گیری های تکاملی نوزاد، کمک به رفع مشکلات خانواده ها و ادامه طرح مراقبتی تمرکز دارد. تداوم ملاقات ها برحسب نیاز خانواده و وقت پرستار متفاوت خواهد بود. ملاقات های پیش از تولد، برای مادر باردار در سه ماهه آخر جهت آموزش مراقبت های دوره نوزادی و شیردهی انجام می شود . ملاقات های بعد از تولد برای نوزاد طبق برنامه های بسته های خدمتی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و یا بر اساس نیاز خانواده ها و نوزاد هماهنگ خواهد شد.

جدول 3-7: فرآیند ملاقات های پی گیری

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
پرستار - ماما	-پیش از تولد - بعد از تولد	-منزل -مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری	-بررسی اثر بخشی و تغییرات ایجاد شده - بازنگری طرح مراقبتی - انجام مراقبت ها طبق طرح مراقبتی و با استفاده از راهنمای بالینی - آموزش مراقبت های نوزادی -تعیین ملاقات پی گیری بعدی -پی گیری غربالگری های نوزادان -تعیین ارجاعات

فعالیت ها

-وضعیت بیمه و تسهیل دسترسی به بیمه را کنترل نمایید.
-تغییرات در خانواده و محیط خانه را پایش کنید.
-اثربخشی طرح مراقبتی را ارزشیابی کنید.
-به منابع مناسب در جامعه ارجاع دهید.
-دسترسی مادر به مراکز مراقبت های پیش از بارداری را پایش کنید.
-غربالگری های مورد نیاز نوزاد را تکمیل و مستند کنید.
-آموزش همه جانبه مراقبت های دوره نوزادی را مهیا نمایید.
-وضعیت ایمن سازی متناسب با سن نوزاد را پایش نمایید.
-زمان ملاقات ها با هماهنگی خانواده و مرکز خدمات پرستاری باشد و جدول زمان بندی همرا ه با اهداف به خانواده داده شود.
-زمان ملاقات ها برحسب نیاز های جسمی، روحی و روانی و اجتماعی و سطح در معرض خطر بودن نوزاد و مادر دارد.
-ملاقات در سه ماهه آخر، هر ماه یک مرتبه جهت آموزش های مورد نیاز مراقبت های دوره نوزادی انجام شود.
-ملاقات های بعد از تولد برای نوزاد طبق برنامه های بسته های خدمتی (مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران) در سه نوبت،در روز های سوم تا پنجم، 13 تا 15 و 30 تا 45 انجام می شود. ولی چنانچه نوزاد نیاز به مراقبت های بیشتری داشته باشد این ملاقات ها در طی ه فته اول 3 روز ، هفته دوم دو روز ، هفته سوم یک روز و هفته چهارم یک روز، در نظر گرفته می شود. بنابراین هماهنگی ملاقات ها بر اساس نیاز خانواده ها و نوزاد خواهد بود.
- ملاقات ها به منظور رفع مشکلات شیردهی، بررسی نوزاد از نظر زردی و چگونگی انجام مراقبت های معمول خواهدبود.
-حداقل زمان ملاقات ها 30 دقیقه است.
-در صورتی که ملاقات های پی گیری در زمان مقرر انجام نشود، علت آن در برگه ثبت شود.

-علت عدم ادامه پی گیری های مندرج در طرح مراقبت در کمیته مرکز خدمات پرستاری بررسی و تحلیل گردد و اقدام مقتضی به عمل آید.

- مراقبت بعد از تولد (زمان بستری بودن در بیمارستان)

بستری شدن، زایمان و تولد نوزاد سه بحران بزرگ در زندگی مادر است که در مقطع زمانی بسیار کوتاه برای مادر حادث می شود به نحوی که هرگز از یاد و خاطره شان محو نمی گردد. به همین منظور مادران نیاز دارند که مورد حمایت روحی- روانی قرار گیرند و این درست زمانی است که مادر از خانواده اش جدا می شود و در محیطی ناآشنا با افرادی غریب روبرو می شود. به همین دلیل است که در برخی کشور ها حضور پدر را برای زایمان و در زمان مراقبت از نوزاد لازم می دانند. با توجه به تفاوت های فرهنگی در جامعه و دشواری در تغییر باورها و فرهنگ سازمانی به نظر می رسد چنانچه پرستار پشتیبان در بیمارستان به عنوان حامی همراه مادر باش ن قادر خواهند بود حمایت های روحی- روانی را از مادر به عمل آورن. این حمایت ها در زمانی که نوزاد در بخش مراقبت های ویژه بستری است از اهمیت خاصی برخوردار است.

جدول 3-8: فرآیند مراقبت بعد از تولد (زمان بستری بودن در بیمارستان)

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
عامل مراقبت (پرستار)	- بعد از تولد و در زمان بستری بودن نوزاد در بخش مراقبت های ویژه	-اتاق زایمان - اتاق عمل - بخش نوزادان - بخش مامایی	-انجام هماهنگی های لازم با مسئولین بیمارستان برای حضور پرستار پشتیبان - مشارکت در انجام مراقبت های بعد از تولد برای نوزاد -درج نام و مشخصات پرستار پشتیبان در پرونده - هماهنگی و مشارکت در تداوم مراقبت ها ی بعد از ترخیص -ثبت دستورات بعد از ترخیص برای پی گیری مراقبت ها -حمایت های روحی و روانی و مراقبتی در بیمارستان

فعالیت ها

- هماهنگی های لازم برای حضور پرستار پشتیبان در اتاق زایمان ، اتاق عمل، بخش نوزادان و بخش مامایی با مسئولین بیمارستان به عمل آید.
- مراقبت های حین تولد برای نوزاد می تواند با نظارت و تحت مسئولیت بیمارستان با مشارکت پرستار پشتیبان انجام شود.
- نام و مشخصات پرستار پشتیبان در پرونده نوزاد درج گردد.
- ادامه و چگونگی مراقبت ها ی بعد از ترخیص از بیمارستان با پرستار پشتیبان به مشارکت گذاشته شود.
- دستورات بعد از ترخیص برای مراقبت در منزل در پرونده بیمارستان ثبت گردد

-مراقبت بعد از تولد

ثمره فرآیند بارداری، تولد نوزاد است و ادامه مراقبت از نوزاد و مادر جهت ارتقای سلامت آنان امری اجتناب ناپذیر است. در این مرحله می تواند ملاقات های اولیه و یا پی گیری انجام شود. پرستار و مامای پشتیبان با استفاده از طرح مراقبتی نوزاد و مادر را مورد حمایت قرار می دهند . ملاقات نوزاد ان طبق برنامه و بر حسب ضرورت در منزل انجام خواهد شد ولی گاهی لازم است جهت پی گیری و ارجاعات مراقبت ها در مرکز خدمات پرستاری ،درمانگا ه ها ی پی گیری و درمانگاه های مشاوره های شیردهی انجام شود.

جدول 3-9: فرآیند مراقبت بعد از تولد			
فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
عامل مراقبت (پرستار – ماما)	بعد از تولد	-منزل -مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری - مرکز مشاوره شیردهی	- بررسی وضعیت سلامت مادر و جنین - تعیین تغییرات حاصله در طی ملاقات ها - تدوین طرح مراقبتی بر اساس مشکلات، اهداف، مراقبت ها و ارزشیابی - توضیح برنامه کلاس های آموزشی مراقبت ها - شناسایی منابع حمایتی با کمک خانواده - حمایت های روحی - روانی و اجتماعی از مادر و خانواده - مشاوره و ارجاع

فعالیت :

-وضعیت سلامت نوزاد بررسی شود. (طبق فرم)

-بر اساس طرح مراقبتی، مشکلات ، اهداف و مراقبت ها و ارزشیابی تعیین گردد.

-مراقبت ها طبق راهنمای بالینی مندرج در بخش قبلی به کار برده شود.

-برنامه کلاس های آموزشی مراقبت های نوزاد ی برای خانواده به طور نظری و عملی توضیح داده شود و یا در صورت نیاز مرور گردد.

-منابع حمایتی جهت کمک به خانواده شناسایی گردد.

-خانواده با خدمات شرکت های خدماتی برای امور تمیزکاری، آشپزی و غیره آشنا شوند تا مادر قادر باشد در طی ماه اول به مراقبت از خود و نوزادش بپردازد و از حمایت های روحی- روانی مادر ، خواهر و دیگر اعضای خانواده بهره مند گردد.

- حمایت های روحی- روانی و اجتماعی از مادر و خانواده به عمل آید.
- والدین را آماده و پذیرای نقش والدینی نمایید.
- بر نکات قوت والدین و لذت بردن از نقش شان تاکید نمایید.
-اهمیت دوره نوزادی و شیردهی در این مرحله را به والدین گوشزد نمایید.
- با بیان نکات مثبت و وجود تازه واردی درخانه ، انگیزه والدین را به مراقبت و پذیرش نقش والدینی ترغیب نمایید.
- رشد وتکامل را در دوره نوزادی را برایشان بازگو نمایید.
-برنامه های آموزشی این دوره را برایشان اجرا نمایید.
-ارجاع ها و مشاوره های مورد نیاز را توصیه نمایید.

ب- پی گیری غربالگری های نوزاد

غربالگری نوزادان سالم و در معرض خطر از اهم و اولویت های اداره سلامت نوزادان است. بروز برخی از بیماری ها و ناهنجاری ها در طی دوره نوزادی و کودکی است. بدین منظور لازم است طبق فرآیندهای پی گیری غربالگری اداره سلامت نوزادان انجام شود.

جدول 3-10: فرآیند پی گیری غربالگری نوزاد			
فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
- عامل مراقبت (پرستار – ماما)	بعد از تولد	- منزل - مراکز خدمات - درمانگاه های پی گیری - شنوایی سنجی - مرکز جامع تکامل	بررسی و پی گیری غربالگری های دوره نوزادی در موارد : -شنوایی، رتبنو پاتی، هیپوتیرو ییدی و فنیل کتونوری -وضعیت تکاملی نوزادان به وبژه نوزادان در معرض خطر -سایر موارد مورد نیاز

فعالیت:

-عامل مراقبت غربالگری نوزادان را از نظر شنوایی، رتینو پاتی، هیپوتیرویییدی و فنیل کتونوری ارزیابی نماید.

-در صورتی که نوزاد از نظر وضعیت قلبی، اسکلتی(مفصل ران)، وضعیت تکاملی و سایر موارد، طبق تشخیص های قبلی مشکل دارد پی گیری وآموزش های مورد نیاز داده شود.

-نوزادان زودرس و در معرض خطر طبق برنامه کشوری ارزیابی، پی گیری و ارجاع داده شود.

4-مرحله پایانی

مرحله پایانی، مرحله ای است که طبق ملاقات ها و طرح مراقبتی، اهداف مراقبتی پوشش داده شده است و یا نوزاد دوره نوزادی خود را به پایان رسانیده است و جهت ادامه درمان و مراقبت ها به سرویس های دیگری ارجاع داده می شود. همان طور که گفته شد ادامه مراقبت و ملاقات بر عهده خانواده است . آن ها می توانند هر زمانی که مایل بود ند به برنامه خاتمه دهند و یا به مراکز دیگر ارائه خدمات مراجعه نمایند. در این مرحله کلیه فعالیت ها و ارجاعات بررسی و ارزیابی می شوند و نتایج گزارش و مستند می گردند.

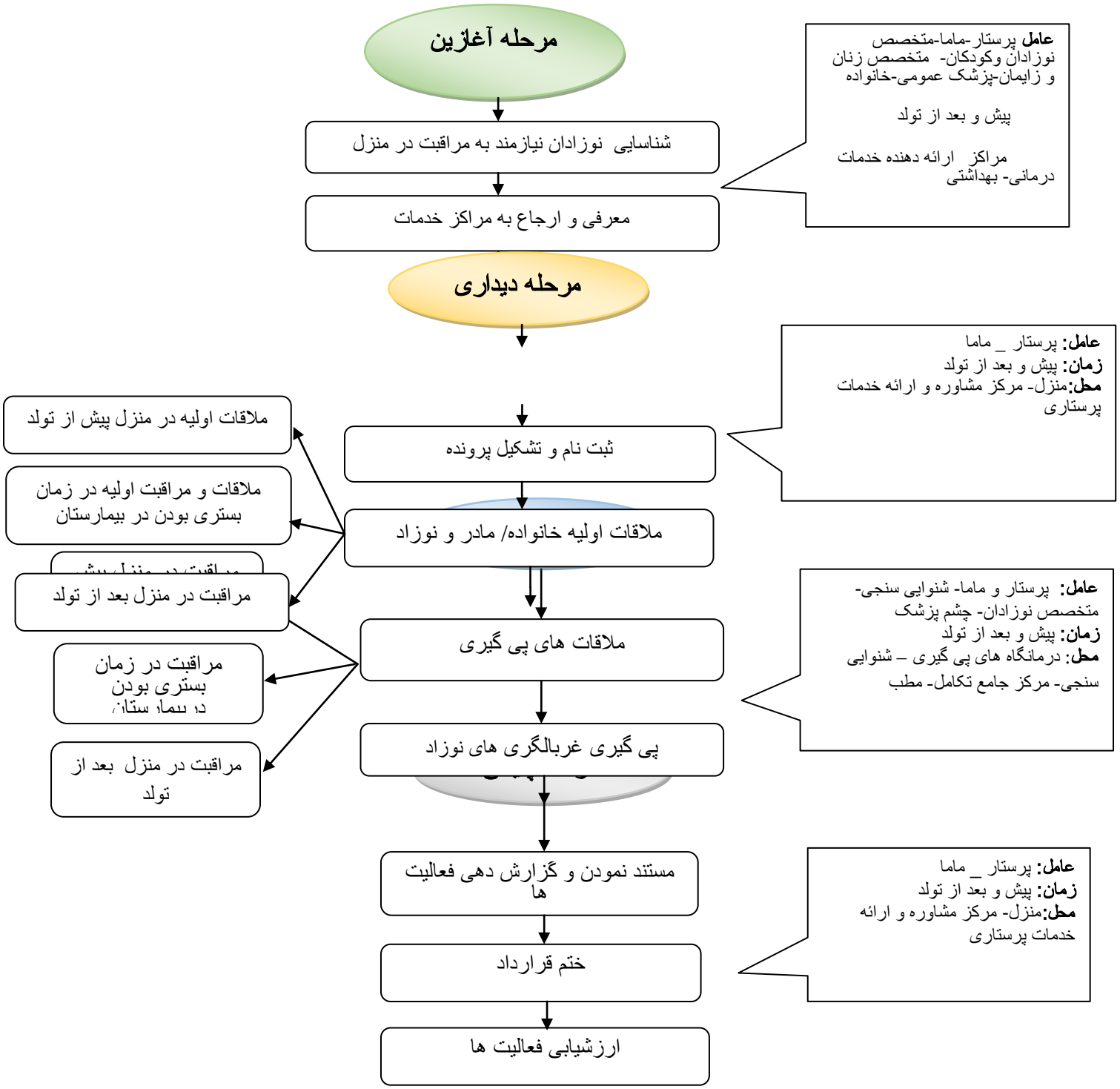
جدول 3-11: فرآیند ختم ملاقات و مراقبت در منزل

فرد مسئول	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها
-عامل مراقبت (پرستار – ماما) -سوپر وایزر مرکز	-دستیابی به اهداف - شروع دوره بارداری تا اتمام آن -پایان دوره نوزادی - تمایل مددجو -طبق زمان مورد نظر در قرارداد	-منزل -مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری	-مستند نمودن و گزارش دهی - ارزشیابی فعالیت ها -ختم قرارداد - ارجاع به مراکز و سازمان های مرتبط جهت تداوم مراقبت ها در صورت نیاز

فعالیت ها

- فرم ها و پی گیری ها تکمیل گردد.
- هر طرح مراقبتی ارزیابی و نتیجه گیری شود .
-کلیه فعالیت ها مستند شود.
-ارزشیابی مراقبت ها بر اساس دستیابی به اهداف انجام شود.
-رضایت مادران و خانواده ها مستند شود.

نمودار3-2مراحل اجرایی برنامه ملاقات و مراقبت از نوزاد در منزل



فصل دوم : فرآیندهای مدیریتی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل

اهداف: از ارائه دهنده خدمت انتظار می رود بعد از مطالعه این فصل :

-فرآیندهای مدیریتی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل را توصیف کند.
-مدیریت منابع انسانی برنامه مراقبت در منزل را شرح دهد.
-مدیریت منابع غیر انسانی(فرآیندهای پشتیبانی) برنامه مراقبت در منزل را به کار گیرد.

****

فرآیندهای مدیریتی در این بسته خدمتی شامل سه حیطه زیر است:

الف- مدیریت منابع انسانی
ب- مدیریت منابع غیرانسانی(پشتیبانی)
ج- مدیریت فرآیندهای مستند سازی

جدول3-12: فرآیندهای مدیریتی

نوع فرایند	مسئول	محل انجام	فهرست فعالیت ها
الف- مدیریت نیروی انسانی	-مدیر مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری - مشارکت معاونت درمان - مشارکت معاونت بهداشتی	-مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری	- استخدام نیروی انسانی - تعلیم نیروی انسانی -تعیین گواهینامه های مورد نیاز -برگزاری دوره های آموزشی - برگزاری دوره های بازآموزی -آشنا نمودن اعضای تیم سلامت با خدمات مرکز - تامین امنیت جانی نیروی انسانی - تامین ایمنی و سلامت نیروی انسانی - تشکیل تیم مراقبت در منزل - تعیین شرح وظایف اعضای تیم
ب-مدیریت نیروی غیر انسانی (پشتیبانی)	-مدیر مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری - مشاورین مرتبط (مهندس تجهیزات پزشکی .....)	-مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری	-تعیین و تامین هزینه ها - تامین تجهیزات و امکانات -انعقاد قرارداد با موسسات تجهیزات پزشکی، داروخانه ها - تامین محیط فیزیکی
ج-مستندسازی	- عامل مراقبت (پرستار/ ماما) - مسئول امور اداری	-مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری -منزل	-تهیه و تنظیم فرمها -تکثیر و توزیع فرمها -دستور العمل برای تکمیل فرمها -راهنمای بالینی بسته خدمتی برای مراقبت ها -پایش تکمیل فرمها -بازبینی فرمها

الف- فرآیند مدیریت منابع انسانی

مدیریت منابع انسانی در برگیرنده فعالیت هایی است که جهت تشکیل تیم مراقبت در منزل، تامین نیروی انسانی متبحر و حفظ امنیت و ایمنی پرسنل مورد نیاز انجام می شود.در واقع، فرآیندهایی هستند که وظیفه تامین، هدایت و رهبری نیروی انسانی را برعهده دارند. در ابتدا لازم است که تیم مراقبت در منزل تشکیل و وظایف آنها تعیین گردد. تامین نیروی انسانی مورد نیاز وحفظ امنیت و ایمنی آن ازجمله فرآیندهای مهم مدیریت منابع انسانی است.

تشکیل تیم مراقبت در منزل

صنعت مراقبت در منزل نیازمند کار تیمی است. در ابتدا ضرورت دارد پایگاه رسمی برای ارائه خدمات تعیین گردد مراکز ارائه خدمات پرستاری می تواند با اعضای مختلف حرفه ای مراقبت های مورد نیاز در منزل را انجام دهند. اعضای این مراکز عبارتند از: رئیس، مدیر داخلی، سوپروایزر آموزشی، پرستار پشتیبان، مامای پشتیبان و پزشک پشتیبان و مشاوره با سایر اعضای تیم سلامت است. این مراکز می توانند از مشاوره اعضای دیگر تیم سلامت نظیر روانشناس، تغذیه استفاده

نمایند. افراد دیگری نظیر مسئول امور اداری (منشی)، راننده و مسئول تدارکات و تجهیزات به تیم جهت دستیابی به اهداف کمک می نمایند. تیم مراقبت در منزل و شرح وظایف هر کدام به شرح زیر است :

شرح وظایف رئیس مرکز:

رئیس مرکز فردی است که مدرک کارشناسی ارشد و یا دکترای تخصصی پرستاری داشته باشد و به امور مدیریتی و مراقبت در منزل آشنایی داشته باشد و در بخش های نوزادان حداقل دارای یک سال سابقه کار داشته باشد. وظایف او به شرح زیر است:

- برنامه ریزی های مراقبتی - آموزشی و پژوهشی
- تعیین اهداف، خط مشي و اتخاذ روش هاي مناسب جهت دستیابی به اهداف
- مدیریت منابع نیروي انساني و غیر انسانی (ساختار فیزیکي , امکانات و تجهیزات و تنظیم بودجه)
- سازمان دهی و هماهنگی ارتباطات و ارجاعات به سایر مراکز درمانی وبهداشتی
- کنترل و نظارت بر تمامی امور تیم مراقبت در منزل
- گزارش دهی به مقامات بالاتر و مرتبط

شرح وظایف سوپروایزر آموزشي

سوپروایزر آموزشی پرستار است که مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد و یا دکترای تخصصی پرستاری داشته باشد و به امور آموزشی آشنا باشد و در بخش های نوزادان حداقل دارای یک سال سابقه کار داشته باشد. وظایف او به شرح زیر است:

- تعیین نیازهاي آموزشي(مادر و خانواده , پرسنل پرستاري ومامایي وکارکنان)
- تدوین برنامه ها ي آموزشي مستمر و مدون جهت رفع نیازهاي آموزشي
- اجراي برنامه هاي آموزشي با همکاري و مشارکت سایر گروه ها
- ارزیابي عملکرد و فعالیت هاي آموزشي و خدمات پرستاری به خانواده ها
- ثبت و گزارش کلیه فعالیت هاي آموزشي و نتایج حاصله به مدیر مرکز

شرح وظایف مدیر داخلی

مدیر داخلی فردی است که مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد و یا دکترای تخصصی پرستاری داشته باشد و در بخش های نوزادان حداقل دارای یک سال سابقه کار داشته باشد. وظایف او به شرح زیر است:

-جمع آوري اطلاعات و برنامه ریزي ارائه خدمات مراقبتی
-تنظیم برنامه پرسنل تحت نظارت در شیفت هاي مختلف
-تعیین وظایف کارکنان تحت نظارت (تقسیم کار)
-پیش بیني نیازها از نظر امکانات ، تجهیزات موجود و لوازم مصرفي و پیگیري جهت تامین آن
-برنامه ریزي جهت تحویل و تحول تجهیزات واحد مربوطه در هر شیفت کاري .
-تشکیل جلسات گروهي و جلب مشارکت پرسنل جهت حل مشکلات پرسنل و خانواده ها
-نظارت بر حسن اجراي کلیه خدمات پرستاري

شرح وظایف پرستار پشتیبان

پرستار پشتیبان، فردی است که مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد داشته باشد و در بخش های مامایی یا نوزادان حداقل دارای یک سال سابقه کار داشته باشد. پرستار پشتیبان در تمامی مراحل (پیش، حین و بعد از تولد) نوزاد و مادر را مورد مراقبت و حمایت قرار می دهد. وظایف او به شرح زیر است:

-برقراري ارتباط حرفه اي موثر
-بررسی محیط ایمن برای خود و نوزاد و مادر جهت ارائه خدمات
-انجام ملاقات های اولیه و پی گیری
-بررسي، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت نوزاد و مادر
-تدوین طرح مراقبتی براساس نیازها
-مشارکت و همکاري با ماما، پزشك جهت ارائه خدمات به مادر و نوزاد
-انجام فعالیت ها بر اساس طرح مراقبتی
-شرکت در دوره هاي آموزشي و همکاري در برنامه ریزي آموزشي –پژوهشي

-تحویل و تحول خدمات ارائه شده و گزارش فعالیت ها
-ثبت کلیه فعالیت ها

شرح وظايف ماماي پشتيبان

مامای پشتیبان، فردی است که مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد مامایی داشته باشد و در بخش های مامایی یا نوزادان حداقل دارای یک سال سابقه کار داشته باشد. مامای پشتیبان در تمامی مراحل (پیش، حین و بعد از تولد) مادر را مورد مراقبت و حمایت قرار می دهد. وظایف او به شرح زیر است:

-برقراري ارتباط حرفه اي موثر
-انجام ملاقات های اولیه و پی گیری
-بررسی محیط ایمن برای خود و مادر جهت ارائه خدمات
-بررسي ، شناخت و كسب اطلاعات از وضعيت سلامت مادر
-تدوین طرح مراقبتی براساس نیازها
-مشاركت و همكاري با پرستار، پزشك جهت ارائه خدمات به مادر ونوزاد
-شركت در دوره هاي آموزشي و همكاري در برنامه ه ای آموزشي –پژوهشي
-تحویل و تحول خدمات ارائه شده و گزارش فعالیت ها

پزشک پشتیبان

پزشک پشتیبان، متخصص نوزادان و کودکان و یا متخصص زنان و زایمان است که حداقل یک سال سابقه کار در بخش های نوزادان و زنان داشته باشد. شرح وظایف او به شرح زیر است:

-برقراري ارتباط حرفه اي موثر
-انجام مشاوره های تلفنی با پرستار و یا ماما برای ارائه خدمات به مادر و نوزاد پیش و بعد از تولد
-تعامل و مشارکت با پرستار و ماما در تدوین طرح مراقبتی
-ملاقات نوزاد و مادر در منزل بر حسب نیاز
-تشخیص موارد قابل ارجاع به مراکز درمانی- بهداشتی

مسئول امور اداری

مسئول امور اداری فردی است که مدرک دیپلم و یا بالاتر داشته باشد. با امور دفتری، رایانه ای آشنا و حداقل شش ماه سابقه کار در این امور داشته باشد و قادر باشد کلیه امور اداری ومالی را هماهنگ و تنظیم نماید. شرح وظایف او به شرح زیر است:

-برقراري ارتباط موثر با مراجعین و پرسنل
-نوبت دهی و تنظیم جدول زمان بندی مراجعین
-هماهنگی در امور اداری با پرسنل
-تهیه و تنظیم فرم ها و پرونده ها
-گزارش و مستند سازی فعالیت ها

مسئول تجهیزات و تدارکات

مسئول تجهیزات فردی است که مدرک دیپلم و یا بالاتر داشته باشد و به امور تجهیزات پزشکی و تدارکات آشنا باشد.و قادر باشد با استفاده از مشاوره های تخصصی با مهندسین تجهیزات پزشکی ، وسایل و تجهیزات را بدون نقص در اختیار مددجویان قرار دهد. شرح وظایف او به شرح زیر است:

-برقراري ارتباط مناسب با مراجعین و پرسنل
-بررسی و کنترل کلیه تجهیزات مرکز
-تهیه وخریداری وسایل و تجهیزات مرکز
-گزارش و مستند سازی فعالیت ها

راننده

راننده فردی است که حداقل مدرک دیپلم داشته باشد و در آژانس های مسافربری حداقل یکسال سابقه داشته باشد و به مسیر های شهر آشنا باشد. علاوه براین راننده باید دوره های انتظامی(دفاع شخصی و محافظت فیزیکی، برقراری ارتباط....) را گذرانیده باشد تا قادر به محافظت از پرسنل هنگام انجام ماموریت باشند. شرح وظایف او به شرح زیر است:

-برقراري ارتباط موثر با پرسنل
-آشنایی با مسیرها در شهر
-حفظ امنیت پرسنل حین ماموریت
-گذرانیدن دوره های محافظت فیزیکی
-گذرانیدن کلاس های آموزشی مورد نیاز نظیر احیا
-گزارش و مستند سازی فعالیت ها

تامین نیروی انسانی

گسترش صنعت مراقبت در منزل ، نیازمند نیروی انسانی متبحر و تحصیلکرده دارد و بایستی نگاه حرفه ای به این موضوع نمود. با توجه به نیاز نوزاد و مادر، کارشناسان پرستاری و مامایی را می توان به عنوان نیروی متخصص در این زمینه تعلیم داد. این نیروها باید از طریق امور استخدامی به طور رسمی و با داشتن جایگاه و رده شغلی تحت عنوان " مراقبت در منزل" استخدام شوند. علاوه بر این، کارشناسان پرستاری و یا ماماها می توانند با گذرانیدن دوره های آموزش نظری و عملی و اخذ گواهی نامه، شایستگی مراقبت از نوزادان و مادران در منزل را اخذ نمایند. مسئول تامین نیروی انسانی، دانشگاه علوم پزشکی، معاونت درمان و معاونت پرستاری است . محل کار آنها در مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل است که می تواند نماینده ای در بیمارستان و یا مراکز درمانی بهداشتی به عنوان رابط داشته باشد.

علاوه بر پرسنل پرستاری و مامایی، لازم است که پزشکان متخصص زنان و زایمان و متخصصین نوزادان و کودکان نیز در مورد اموری که می تواند بدون نیاز به بستری شدن در خانه تحت مراقبت و درمان قرار گیرد آشنایی داشته باشند تا بتوانند با هماهنگی و مشارکت پرسنل پرستاری ومامایی، به عنوان پزشک پشتیبان و عضوی از تیم درمان، سلامت مادر و نوزاد را تضمین نمایند.

تعلیم نیروی کارآمد پرستاری ومامایی و پزشک جهت مراقبت از نوزاد ومادر در منزل نیازمند موارد زیر است:

-تایید و تصویب نیروی پرستاری و مامایی جهت مراقبت در منزل
-تعیین گواهینامه های مورد نیاز برای پرستاران و ماماهای مراقب در منزل
-تعیین رده های شغلی کارشناسان پرستار و ماما در امر مراقبت در منزل
-تعیین دوره های آموزشی و دادن مدرک مورد نیاز این دوره ها
-تعیین دوره های بازآموزی برای پرسنل مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری
-تعیین دوره های آموزشی برای پزشکان جهت آشنایی با نیازهای مادران و نوزادان و چگونگی تامین آنها در منزل توسط پرستاران و ماماها

حفظ امنیت پرسنلی در ملاقات در منزل

مدیریت امور انسانی در برگیرنده امنیت پرسنل می باشد. هنگامی که پرسنل وارد خانه و خانواده می شوند باید به مسائل امنیتی هوشیار باشند. یک اصل کلی آن است که هرزمان که پرسنل احساس کردکه محیط ناامن است باید محل را ترک نماید. توصیه های زیر برای ایمنی بایستی بکار گرفته شود.

-برنامه ملاقات ها و قرار ملاقات ها در مرکز ارائه خدمات پرستاری وجود داشته باشد.
-قبل از رفتن به ملاقات زمان و ساعت برگشت خود را به پرسنل مرکز خدمات اطلاع دهید.
-تغییر در برنامه را حتما اطلاع دهید و مشخص کنید.
-اگر منزل در محیط ایمنی نیست در ساعات روشن روز به منزل رفته و مسیرآن را به مرکز اطلاع دهید.
-در مورد محیط خانه اطلاعات مناسبی جمع آوری نمایید (تعداد افراد، چه افرادی در خانه زن دگی می کنند، محیط جغرافیایی خانه و...)
-ماشین و کیف خود را قفل نمایید.
-ماشین خود را نزدیک منزل پارک نمایید و کلید آن را باخود داشته باشید.
-لباس مناسب بپوشید و با خود کارت شناسایی داشته باشید.
-هر گونه مورد مشکوکی را اطلاع دهید.

-موقع ورود به خانه بایستید و گوش کنید و سپس در بزنید، خود و مرکز خدمات را معرفی نمایید . هدف از آمدن را بگوییدو منتظر باشید شما را به خانه دعوت کنند. رفتارتان محترمانه باشد.
-از نام خود استفاده کنید ونام خانوادگی خود را در محیطی که احساس نا امنی می کنند در معرض دید افراد قرار ندهید. مگر آن که به ان خانواده اطمینان داشته باشید .
-از تلفن های عمومی یا محل کار با خانواده ها تماس بگیرید. از تلفن شخصی استفاده نکنید.
-زمانی که شما در خانه دارو و مواد شیمیایی و یا به موارد مشکوک و مرتبط به مسائل جنسی، اسلحه و غیره را دیدید بدون نشان دادن ترس خود به صاحب خانه، محل را ترک کرده و به مدیر خود و یا پلیس خبر دهید.
-هوشیار و آگاه باشید: قبل از ورود به خانه وسایلی مثل کت ، کیف، پرونده و یا چیزهایی را که نیاز ندارید در ماشین و یا دور از دید افراد قرار دهید. فقط وسایل مورد نیاز برای ملاقات و کلید اتومومبیل را همراه داشته باشید. محیط اطراف را خوب ببینید و گر احساس خطر کردید به مدیر خو داطلاع داده و با فرد دیگر ی ملاقات را انجام دهید. اگر آپارتمانی پر از مرد و یا نوجوان بود وارد نشوید تا یک نفر از اعضای خانواده که آشنا بود در محیط بیرون شما را ملاقات نموده و با امنیت ومحافظت شما را به خانه ببرد.
-موارد ناایمن را به موسسات مرتبط نظیر مدیر مرکز خدمات، اداره پلیس، آتش نشانی و غیره گزارش کنید.
-رفتار افراد نظیر خشم ، اضطراب، حمله و غیره را پایش کنید.
-برای موارد اورژانسی آماده باشید و لوازمی نظیر جعبه کمک های اولیه ، دستکش پتو و غیره را در ماشینداشته باشید.
-خدمات در روز انجام شود.
-بهتر است دو نفر همراه با راننده مرکز به ملاقات در منزل بروند.
-با خود تلفن همراه داشته باشید
-همیشه به محیط اطراف خود هوشیار باشید و به بوهای تند نظیر بوی ادرار گربه، استن، آمونیاک و مواد شیمیایی توجه داشته باشید.
-به پیاده رو که ممکن است تعداد زیادی ماشین جلو درب خانه باشد توجه کنید.
-به وجود آشغال های مشکوکی نظیر قوطی های خالی ، مواد شیمیایی، پاکت های خالی قرص ها و داروهای استفاده شده توجه نمایید.
-در مورد مواد و داروهایی محرک و آسیب زا هوشیار باشید. (به طور مثال متامفتامین داروی محرک صنعتی است که بر روی سیستم عصبی اثر می کند و مصرف کنندگان آن رفتارهای خشونت آمیزی را برای ساعت ها نشان می دهند و فرد را برای روزها بیدار نگه می دارد)

حفظ ایمنی پرسنل

-ایمنی پرسنل در تماس با مادران و یا نوزادان مبتلابه بیماری های عفونی، نقص ایمنی و اختلالات روانی در نظر بگیرید.
-ایمنی پرسنل با ماشین و رانندگی مطمئن در نظر گرفته شود.
-ایمنی پرسنل در جاده مورد توجه قرار گیرد.
-نکات ایمنی برای اجسام برنده و تیز بکار برده شود.
-از تماس با مواد سمی و خطرناک اجتناب نمایید.
-از ماده یک بار مصرف فقط یک مرتب استفاده کنید.
-اصول حمل ونقل نمونه های خون وآزمایشات دیگر را بکار ببندید.
-اصول کنترل عفونت را بکار برنید.
-ایمنی خود را با استفاده از وسایلی نظیر پوشیدن گان، ماسک واستفلده از دستکش حفظ نمایید.

نکات قابل توجه در مدیریت نیروی انسانی

مدیر داخلی مرکز همراه با پرسنل باید موارد زیر را جهت هماهنگی، ایمنی پرسنل و مادر و نوزاد مد نظر قرار دهد:
- برنامه های ملاقات ها حتما باید در مرکز ارائه خدمات وجود داشته باشد.
- ملاقات ها، باید انگیزهای برای تداوم و حفظ سلامت مادر ونوزاد ایجاد کند.
- اعضای تیم باید برای تدوین طرح مراقبتی با یکدیگر صحبت کنند و خود را مسئول بدانند و ایمنی مادر و نوزاد را حفظ نمایند.

-زمان مناسب برای اجرای برنامه ها در نظر بگیرند.
-نشست های علمی و آموزشی را برقرار کنند.
-برنامه ریزی پرسنل به صورت روزانه ، هفتگی و یا ماهیانه برحسب ضرورت انجام شود.
-جهت حفظ اعتماد و آشنایی، در صورت امکان پرستار و یا مامای پشتیبان در طول مراقبت ها تغییر نکند.
-شرایطی نظیر دوری راه، محیط نا امن ، نداشتن تلفن ، بیماران ایزوله که منجر به عدم ملاقات در منزل می شود را مورد توجه قرار دهند.
-مسائل امنیتی برای پرسنل و مادر ونوزاد در نظر گرفته شود.

مدیریت منابع غیرانسانی(پشتیبانی)

فرآیندهای مدیریت منابع غیرانسانی همان فرآیندهای پشتیبانی هستند که بطور غیرمستقیم و با تأمین منابع، امکانات و فضا و تجهیزات، فرآیندهای اصلی مراقبت در منزل را مورد حمایت و پشتیبانی قرار می دهند. فرآیندهای پشتیبانی عبارتند از فرآیند های تعیین و تامین هزینه ها، تجهیزات و امکانات و تامین محیط فیزیکی.

-تعیین و تامین هزینه ها:

فرآیند تعیین و تامین هزینه ها به کلیه اقداماتی اطلاق می شود که هزینه های مراقبت در منزل از مادر ونوزاد را پوشش می دهد. هزینه های مراقبت در منزل کمتر از بستری شدن در بیمارستان است. به همین دلیل دولت ها و سازمان های بیمه تمایل بیشتری به ملاقات در منزل دارند. در ایالات متحده هزینه ملاقات در منزل 120 دلار و هزینه بیمارستان 1200 دلار است. در بسیاری از کشورها نظیر کشورهای اروپایی (سوئد)، ایالات متحده آمریکا و یا کشورهای عربی (قطر)هزینه ها توسط دولت و یا بیمه ها پرداخت می گردد. در کشور قطر دپارتمان مراقبت در منزل در بیمارستان وجود دارد و پزشک، پرستار، ماما با رده شغلی مخصوص مراقبت در منزل به استخدام دولت درآمده و از دولت حقوق دریافت می نمایند و کلیه هزینه های بیمارستان و از جمله هزینه های مراقبت در منزل به طور رایگان برای مددجویان انجام می شود.

در کشور امریکا نیز بیمه ها، هزینه های مراقبت در منزل را تحت پوشش قرار می دهند. موقعی که مراقبت در منزل توسط بیمه پوشش داده می شود خانواده سالیانه حدود 500 دلار پرداخت می کند و بیمه 80 درصد هزینه را جبران می نماید. همچنین بعضی ازسازمان های بیمه وسایل طبی با دوام نظیر پمپ تغذیه را تهیه می نمایند ولی وسایل یکبار مصرف نظیر لوله وکیسه تغذیه را تحت پوشش هزینه های خود قرار نمی دهند.

در کشورهای اروپایی(سوئد) کلیه شهروندان تحت پوشش بیمه ها هستند و هزینه های بیمارستانی و هزینه های ملاقات منزل رایگان است. در طی زایمان های طبیعی، نوزاد و مادر بعد از هفت ساعت و یا در طی 24 ساعت اولیه از بیمارستان مرخص می شوند. مراقبت های لازم قبل از زایمان آموزش داده می شود و ملاقات در منزل برای کنترل و انجام تست های غربالگری و چگونگی شیردهی انجام می شود.

در ایران، هزینه های بیمارستانی دربخش دولتی و خصوصی متفاوت است . در بخش دولتی سهم کمی از هزینه ها بر عهده بیمار است و در بخش خصوصی بیماران یا خانواده های آنان هزینه گزافی را بابت بیمارستان می پردازند. اخیرا ، سازمان های بیمه و بخش دولتی نیز م راقبت در منزل را در او لویت قرار داده و برخی از مراقبت ها تحت پوشش بیمه قرار گرفته اند. بدین ترتیب از تحمیل هزینه به بیمار در بخش خصوصی پیشگیری می شود و در مخارج بیمارستان های دولتی صرفه جویی می گردد.

با توجه به مطالب فوق، عقد قرارداد بین شرکت های بیمه ومراکزمشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل و ارجاع دهی بیماران از مراکز درمانی می تواند گامی در جهت ارتقا و استمرار سلامت نوزادان باشد. تعیین هزینه ها ب رای ملاقات در منزل طبق تعرفه اعمال می شود و موارد زیر را در بر می گیرد:

-تعیین نرخ تعرفه ها برای ملاقات نوزاد و مادر در منزل پیش و بعد از تولد
-تعیین نرخ تعرفه ها برای انجام مراقبت ها پیش و بعد از تولد
-تعیین نرخ تعرفه ها برای آموزش دهندگان (پرسنلی) و آموزش گیرندگان (خانواده ها)
-تعیین نرخ تجهیزات و وسایل مصرفی
-تعیین نرخ رفت و آمد با توجه به بعد مسافت
-تعیین نرخ هزینه های پرسنلی

در جدول زیر برخی از فعالیت های ملاقات و مراقبت در منزل درج شده است. هزینه آن طبق تعرفه های مصوب تعیین می گردد.

جدول3-13: هزینه های فعالیت های مراقبت از نوزاد در منزل		
نام فعالیت	هزینه (تومان)	ملاحظات
-تشکیل پرونده -ملاقات اولیه در منزل (عامل مراقبت) - ملاقات پزشک -مشاوره تلفنی با پزشک -پرستار یا ماما پشتیبان در بیمارستان (هر ساعت)	طبق تعرفه	
مراقبت های عمومی هر ساعت	طبق تعرفه	
تزریق عضلانی	طبق تعرفه	وسایل جداگانه احتساب خواهد شد
تزریق وریدی	طبق تعرفه	"
ساکشن ترشحات	طبق تعرفه	"
نوردرمانی (یک شب)	طبق تعرفه	"
اکسیژن درمانی (یک شب) پالس اکسی متر(یک شب) پر نمودن مخزن اکسیژن با هزینه ایاب و ذهاب	طبق تعرفه	"
تزریقات	طبق تعرفه	"
خون گیری	طبق تعرفه	"
مشاوره شیرده ی	طبق تعرفه	"
حمام دهی	طبق تعرفه	"
احیا	طبق تعرفه	"
هزینه رفت و آمد	طبق برنامه آژانس ها	
سایر موارد		

تامین تجهیزات و امکانات

ملاقات در منزل نیازمند تجهیزات و وسایلی است تا بتوان علاوه بر ارزیابی نوزاد و مادر، مراقبت ازآنها را در منزل انجام داد.تجهیزات و تدارکات مراقبت های بهداشتی را از موسسات تجهیزات پزشکی، داروخانه ها و سرویس انفوزیون درمانی می توان تهیه نمود. معمولا تجهیزات و امکانات مورد نیاز را مرکز خدمات پرستاری مهیا می نماید و در اختیار فرد مراقبت کننده قرار می دهد.

فعالیت ها

-وسایل مورد نیاز برای معاینه، آموزش و مراقبت ها ارزیابی گردد.

-مسئول تدارکات، فردی با تجربه و آشنا به تجهیزات پزشکی برای این کار انتخاب گردد.

-از مشاوره های مهندسی پزشکی استفاده شود.

-وسایل مورد نیاز از شرکت های معتبر و با کیفیت تامین گردد.

-نحوه استفاده از کلیه وسایل مورد نیاز به ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت آموزش داده شود.

-قرارداد با موسسات تجهیزات پزشکی انعقاد گردد که قادر باشند خدمات خود را تضمین و جهت تعمیرات در موارد اورژانس در دسترس باشندو قادر به پاسخگویی به درخواست های 24 ساعته باشند.

-تجهیزات مورد نیاز برای مادر ونوزاد در جدول آورده شده است.

جدول3-14:تجهیزات مورد نیاز مراقبت در منزل	
نام وسایل	ملاحظات
وسایل معاینه (گوشی، ترمومتر، دستگاه فشار سنج، ترازو، قد سنج، متر.....)	
فرم ها	
رایانه پرینتر کاغذ وسایل سمعی و بصری عروسک وان حمام (جهت آموزش)	
کیف احیا همراه با وسایل و داروهای آن	
دستگاه فتو تراپی –چشم بند	
اکسیژن درمانی مخزن اکسیژن- لوله -ماسک و کلاهک پالس اکسی متر پمپ های تغذیه ماشین تهویه مکانیکی (در صورت امکان)	
تغذیه: فنجان لوله معده رابط تغذیه دستگاه شیردوش سرنگ	
وسایل ضدعفونی کننده دست، وسایل ...	
وسایل مصرفی: گاز، پنبه، سرم فیزیولوژی ، دستکش، دستمال...	
وسایل خون گیری سایر موارد	

تامین محیط فیزیکی

خدمات مراقبت در منزل توسط موسسات خصوصی یا عمومی فراهم می شود. گسترش صنعت مراقبت در منزل، منجر به رقابت میان فراهم کنندگان این خدمات شده است. درایران این مراکز به صورت خصوصی فعالیت مینمایند و برخی از مراکز نظیر مراکز خدمات تسکینی خیریه هستند که خدمات رایگانی را در منزل برای بیماران مبتلا به سرطان ارائه می دهند.

سابق بر این خدمات، فقط در حیطه پرستاری ارائه می شد ولی امروزه این مراکز در بر گیرنده افراد حرفه ای دیگر نظیر پزشکان، مددکاران اجتماعی، متخصصین تغذیه، شنوایی سنج، گفتار درمان فیزیوتراپ ها، کاردرمان ها را در بر می گیرد. بنابراین با توجه به پرسنل و تجهیزات فضا و مکان مشخصی برای این افراد مورد نیاز است. فضاهای مورد نیاز برای مراکز خدمات پرستاری عبارتند از:

- اتاق جهت مشاوره های حضوری و ملاقات اولیه
- اتاق تشکیل پرونده و انجام امور اداری
- کلاس برای آموزش پرسنل و یا مادران
- انبار برای نگهداری تجهیزات و امکانات
- اتاق استراحت برای استقرار پرستاران
- اتاق مدیریت

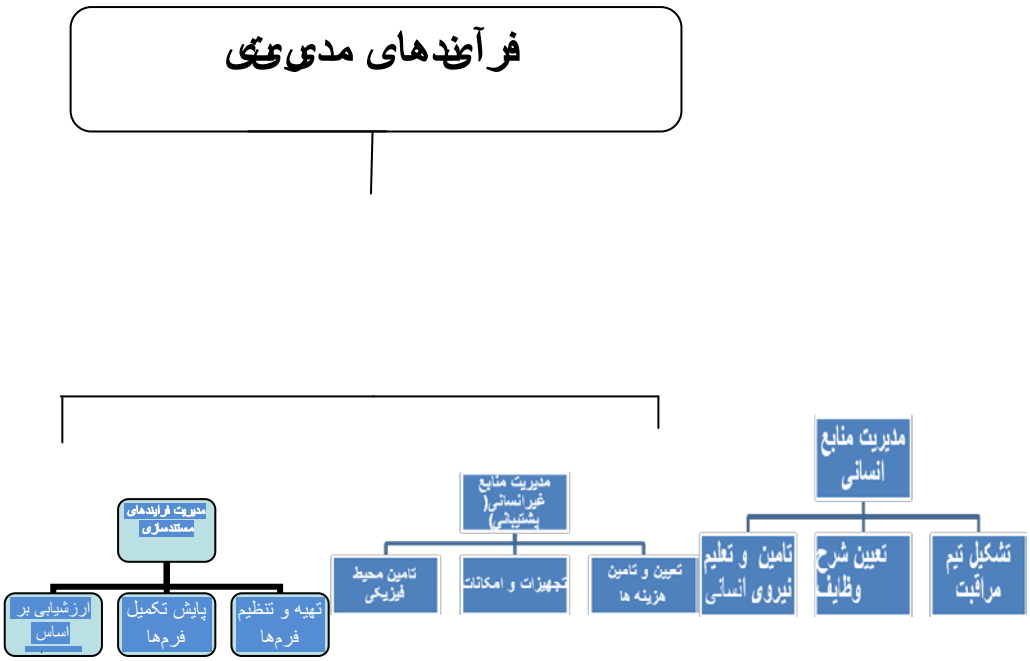
ج- مدیریت مستند سازی

فرآیند مستند سازی شامل تثبت کلیه فعالیتهایی است که جهت مراقبت در منزل انجام می شود.گزارشات و ثبت ها ، اطلاعاتی را برای دسترسی دیگر اعضای تیم سلامت و کمک به تامین تداوم مراقبت فراهم می آورد . مستند سازی در مرکز خدمات

پرستاری و مامایی و منزل انجام خواهد شد. برای ثبت و تجزیه و تحلیل اطلاعات از رایانه و لب تاپ استفاده شود. این شیوه برای راحتی و سهولت در کار مناسب تر از روش کاغذی است. جهت مستند سازی موارد زیر مورد نیاز است:

- تهیه و تنظیم فرمها
- تکثیر و توزیع فرمها
- دستور العمل برای تکمیل فرمها
- تطابق راهنمای بالینی بسته خدمتی با گزارشات در فرم ها
- پایش تکمیل فرمها
- بازبینی فرمها
- ارزشیابی بر اساس مستندات

نمودار3-4: فرآیندهای مدیریتی برنامه مراقبت از نوزاد در منزل



بخش چهارم

برنامه های آموزشی مراقبت از نوزاد در منزل

فصل اول: برنامه های آموزشی ارائه دهندگان خدمت

فصل دوم : برنامه های آموزشی گیرندکان خدمت

فصل اول: برنامه های آموزشی ارائه دهندگان خدمت

اهداف :

در این فصل از ارائه دهنده خدمت انتظار می رود :

- برنامه آموزشی ارائه دهندگان خدمت را توضیح دهد.
- محتوای برنامه آموزشی را مورد بحث قرار دهد.
- نحوه ارائه برنامه های آموزشی را ارزیابی نماید.
- در برنامه های آموزشی طبق زمان بندی مشارکت فعال داشته باشد.

****

مقدمه

برنامه آموزشی ارائه دهندگان خدمت، شامل کلیه برنامه هایی است که عامل مراقبت را برای انجام ملاقات و مراقبت در منزل از نوزاد، پیش از تولد و بعد از تولد در منزل توانمند می کند. این برنامه ها توسط کمیته آموزشی بر اساس نیازهای آموزشی و طبق راهنمای بالینی بسته خدمتی حاضر ارائه خواهد شد. فرآیند برنامه و اهداف آن در زیر قید شده است.

جدول4-1: فرآیند برنامه آموزشی ارائه دهندگان خدمت

فرد مسئول	فراگیران	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-اساتید دانشگاهی - مربیان بالینی پرستاری و مامایی - متخصص کودکان و نوزادان -متخصص زنان و زایمان - سایر اساتید مرتبط با موضوع آموزشی	-عامل مراقبت (پرستار/ ماما) -مشاور شیردهی	-پیش از اجرای برنامه - حین اجرای برنامه	-مراکز مشاوره و خدمات پرستاری -مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی	- افزایش آگاهی عامل مراقبت از اصول مراقبت در منزل - توانمند سازی عامل مراقبت در انجام ملاقات های اولیه و پی گیری (پیش از تولد و بعد از تولد) - توانمند سازی عامل مراقبت در تهیه طرح مراقبت در منزل از نوزاد سالم و در معرض خطر - آموزش استفاده از راهنمای بالینی مراقبت در منزل(پیش از تولد و بعد از تولد) - آموزش مستند سازی فرم ها و گزارش نویسی	پی گیری انجام برنامه آموزشی

برنامه آموزشی ارائه دهندگان مراقبت در منزل از نوزاد

هدف کلی

افزایش آگاهی و توانمندسازی عامل مراقبت از نوزاد در منزل

اهداف اختصاصی:

عامل مراقبت باید قادر باشد :

۱ - اهمیت و ضرورت مراقبت در منزل را توضیح دهد.

۲ - مزایاو معایب ملاقات درمنزل را برشمارد.

۳ - برنامه مراقبت در منزل را با خانواده تدوین کند.
۴ - ملاحظات اخلاقی و قانونی مراقبت در منزل رعایت نماید
۵ - خانواده را در مراقبت از نوزاد و مادر توانمند نماید.
۶ - نقش مراکز مراقبت در منزل را شرح دهد
۷ - با خانواده ارتباط مناسبی برقرار کند.
۸ - ملاقات های اولیه را انجام دهد.
۹ - ملاقات های پی گیری را انجام دهد.
۱۰ وضعیت سلامت نوزاد و مادر را براساس فرم ها بررسی کند.
۱۱ محیط خانواده را بررسی نماید.
۱۲ -طرح مراقبت در منزل را با مشارکت خانواده تهیه نماید
۱۳ مراقبت از نوزاد سالم را در منزل انجام دهد.
۱۴ مراقبت از نوزاد در معرض خطر را در بیمارستان به عنوان عامل مراقبتی پشتیبان انجام دهد.
۱۵ پی گیری ها و ارجاعات مورد نیاز را برای حفظ سلامت نوزاد و مادر انجام دهد.

محتوای آموزشی

محتوای آموزش بر اساس کتاب های مرجع در حیطه مراقبت از نوزادان، راهنماهای بالینی سازمان بهداشت جهانی، بسته های خدمتی کشوری در حیطه مراقبت از نوزاد و مادر (مراقبت از نوزاد سالم، مراقبت مادرانه آغوشی و...) است.

کمیته آموزشی

با توجه به اهداف مراقبت در منزل کمیته آموزشی تشکیل خواهد شد که مشتمل از اساتید دانشگاهی اعم از اساتید هیات علمی و غیر هیات علمی، مربیان بالینی و از رشته های علوم پزشکی نظیر پرستاری، مامایی، تخصص کودکان و نوزادان و زنان و زایمان، کارشناس بهداشت خواهند بود. اعضای کمیته دارای مدرک معتبر از وزارت خانه بوده و سابقه شرکت در کارگاه ها و یا تدریس نظری و عملی در حیطه مراقبت در منزل از نوزاد و مادر را دارا می باشند. وظیفه کمیته آموزش برگزاری کارگاه ها و کلاس های آموزشی در حیطه مراقبت از نوزاد در منزل برای عاملین مراقبت است.

فراگیران

فراگیران شامل عاملین مراقبت در منزل هستند. عاملین مراقبت عبارتند از: پرستاران و ماماها در مقاطع مختلف کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد با سابقه کاری در بخش های نوزادان

راهبردهای آموزشی

برنا مه های آموزشی در غالب کارگاه های و کلاس های آموزشی طبق جدول زمان برگزاری خواهد شد.

شیوه ارائه آموزش

درکارگاه ها، آموزش ها به شیوه نظری، عملی و بحث گروهی اجرا خواهد شد و علاوه بر این از شیوه های دیگر آموزشی نظیر ایفای نقش، نمایش فیلم و پاورپوینت، کتاب، پوستر و جزوه های آموزشی نیز استفاده خواهد بود.

روش ارزیابی

ارزیابی براساس پیش آزمون- پس آزمون و فعالیت فراگیر در کارگاه خواهد بود. در پایان کارگاه، مهارت های عملی نیز ارزیابی خواهد شد.

لوازم مورد نیاز

لوازم مورد نیاز بر حسب آموزشهای مورد نیاز برای مادر و یا نوزاد و موضوع آموزشی تهیه می گردد. برخی از این وسایل عبارتند از:

الف- لوازم مورد نیاز برای مباحث نوزادان:

وسایل ارزیابی رشد و علایم حیاتی(ترازو ، متر، ترمومتر، پالس اکسی متر، ابزار های کنترل درد)- کیف احیا – تجهیزات حمام دهی، وسایل مراقبت از زخم ، کیف کمک های اولیه، وسایل شیردهی، فرم ها، وسایل پانسمان .....

ب- لوازم مورد نیاز برای مباحث مادران:

وسایل ارزیابی سلامت و علایم حیاتی(ترازو ، متر، ترمومتر، دستگاه فشارخون)- کیف احیا- کیف کمک های اولیه،

محیط آموزش

محل برگزاری کارگاه ها در مراکز مشاوره و خدمات پرستاری و مراکز بهداشتی و درمانی و منزل است.

مدیریت برنامه آموزشی

مدیریت برنامه های آموزشی بر عهده مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل با همکاری اداره سلامت نوزادان، اداره سلامت مادر و کودک است.

فهرست برنامه های آموزشی

آگاهی جامعه، تیم سلامت و عاملین مراقبت از ملاقات و مراقبت در منزل از نوزاد از اهمیت ویژه ای در تداوم روند درمانی و مراقبتی دارد به همین منظور برگزاری کارگاه ها، سمینار ها و برنامه های تلویزیونی برای اقشار جامعه، اعضای تیم سلامت مادران و نوزادان شامل پرستاران، ماماها، متخصصین نوزادان و کودکان، متخصصین زنان و زایمان و عاملین مراقبت برگزار می شود. برگزاری کارگاه های آموزشی و سمینار در دوره های مختلف شرح زیر است:

الف: کارگاه آموزشی پیش از اجرای برنامه:

۱ - کارگاه آموزشی برای اعضای تیم سلامت: کلیه اعضای تیم سلامت از جمله پرسنل پرستاری ومامایی، متخصصین زنان و زایمان و کودکان و نوزادان باید از وجود نیازهای و برنامه های آموزشی مراقبت در منزل آگاهی یابند تا بتوانند ارجاعات و پی گیری های لازم را به عمل آورند.

۲ - کارگاه های آموزشی برای عاملین مراقبت عبارتند از :

- کارگاه آموزشی مراقبت دوره نوزادی پیش از تولد
- کارگاه آموزشی مراقبت در منزل از نوزاد سالم بعد از تولد
- کارگاه آموزشی مراقبت در منزل از نوزاد در معرض خطر بعد از تولد
- کارگاه آموزشی مراقبت در بیمارستان از نوزاد در بخش مراقبت های ویژه

ب: کارگاه آموزشی دوره ای حین اجرای برنامه:

این کارگاه ها به منظور تکمیل و آموزش ضمن خدمت عاملین مراقبت اجرا خواهد شد.

ج- سمینارهای سالیانه ملی و بین المللی :

سمینارهای ملی و بین المللی جهت ترویج آگاهی ارائه خدمات در سطح جامعه و به منظور تبادل تجربیات علمی و اجرایی هر سال در ایران برگزار خواهد شد.

د- برنامه های تلویزیونی

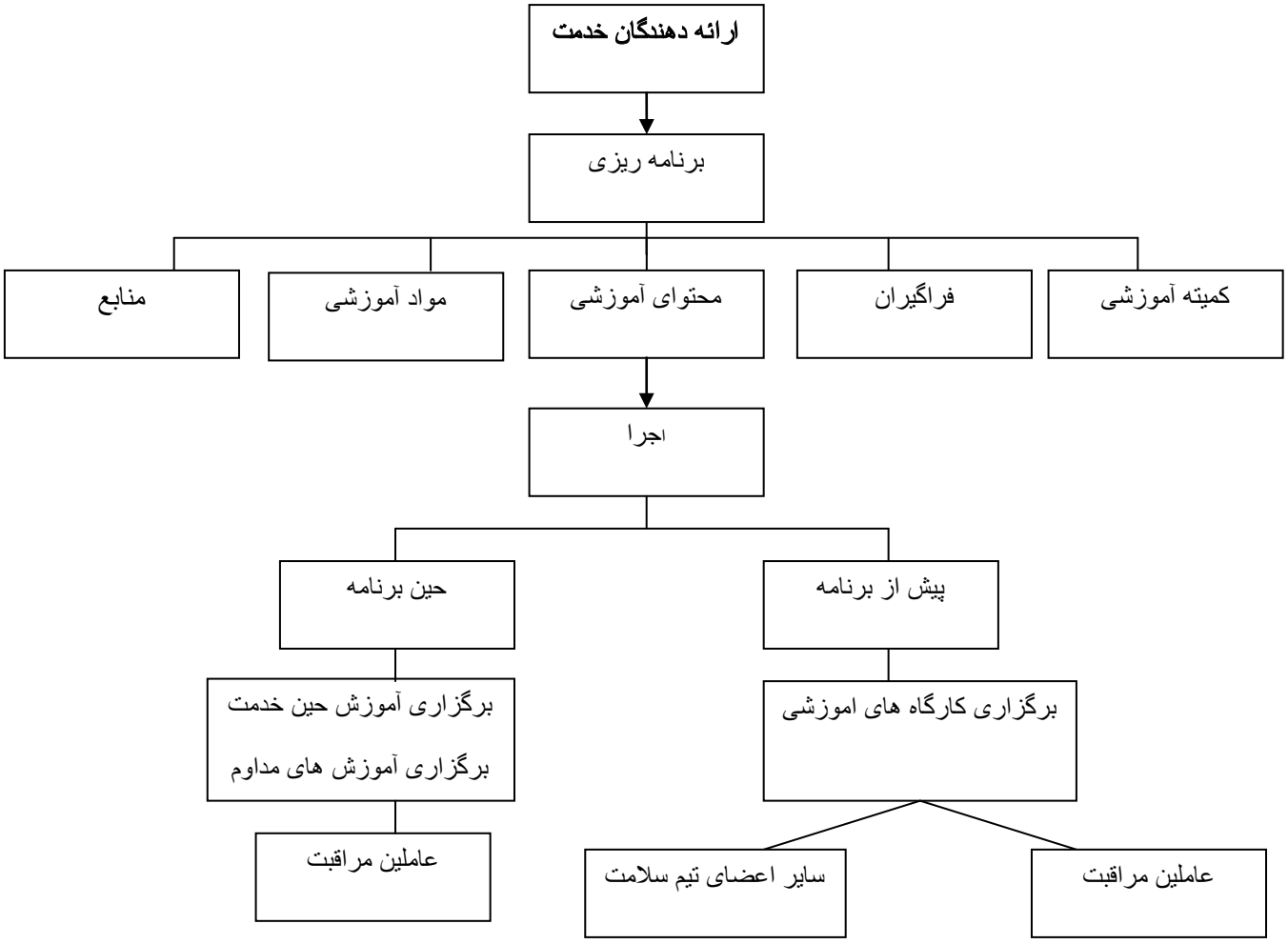
اهمیت رسانه ها در حفظ و ارتقا سلامت جامعه آشکار است به همین منظور، برنامه های تلویزیونی جهت ارتقا آگاهی اقشار جامعه از خدمات مراقبتی در منزل پیش و بعد از تولد اجرا خواهد شد.

جدول4-2: برنامه کارگاه های آموزشی ارائه دهندگان خدمت مراقبت در منزل

نام کارگاه	زمان	محتوای آموزشی	نحوه آموزش	روش ارزشیابی	مواد آموزشی	منابع

1-اصول مراقبت در منزل	1 روزه	1-اهمیت و ضرورت مراقبت در منزل 2-آشنایی با فرهنگ گیرندگان خدمت 3-مزایا و معایب ملاقات درمنزل 4-برنامه ریزی برای طرح مراقبت در منزل 5- ملاحظات اخلاقی و قانونی مراقبت در منزل 6-نقش مراکز مراقبت در منزل	سخنرانی،بحث گروهی،ایفای نقش	پیش آزمون پس آزمون	اسلاید ، وایت برد -فیلم آموزشی - مولاژ	-بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد و مادر -کلیه بسته های خدمتی مربوط به مادران و نوزادان وزارت بهداشت و درمان ، آموزش پزشکی
2- نحوه انجام ملاقات های اولیه و پی گیری نوزاد(پیش از تولد و بعد از تولد)	1 روزه	۱ - اصول برقراری ارتباط ۲ - چگونگی انجام معاینات ۳ - چگونگی پر کردن فرمها ۴ - ثبت ملاقات ها	سخنرانی،بحث گروهی،ایفای نقش،کار عملی	پیش آزمون پس آزمون	اسلاید ، وایت برد - فیلم آموزشی - مولاژ	-بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد و مادر -کلیه بسته های خدمتی مربوط به مادران و نوزادان وزارت بهداشت و درمان ، آموزش پزشکی
3-طرح مراقبت در منزل از نوزاد سالم و در معرض خطر	1 روزه	۱. اصول طراحی مراقبت ۲. اجزا ی طرح مراقبت ۳. چگونگی برنامه ریزی برای طرح مراقبت ۴. ثبت برنامه	سخنرانی،بحث گروهی ،کار عملی	پیش آزمون پس آزمون	اسلاید ، وایت برد - فیلم آموزشی - مولاژ	- بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد و مادر -کلیه بسته های خدمتی مربوط به مادران و نوزادان وزارت بهداشت و درمان ، آموزش پزشکی
4-چگونگی استفاده از راهنمای بالینی مراقبت در منزل از نوزاد (پیش از تولد و بعد از تولد	2 روزه	۱ - راهنمای بالینی مراقبت در منزل از نوزاد سالم و در معرض خطر	سخنرانی،بحث گروهی،ایفای نقش،کار عملی	پیش آزمون پس آزمون	اسلاید ، وایت برد - فیلم آموزشی - مولاژ	-بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد و مادر -کلیه بسته های خدمتی مربوط به نوزادان وزارت بهداشت و درمان ، آموزش پزشکی
۵ - مستند سازی فعالیت ها	۱ روزه	1-ثبت فرم های مورد نیاز 2-چگونگی گزارش نویسی	سخنرانی،بحث گروهی،کار عملی	پیش آزمون پس آزمون	اسلاید ، وایت برد	-بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد

نمودار4-1: برنامه آموزشی ارائه دهندگان خدمت



فصل دوم : برنامه های آموزشی گیرندکان خدمت

اهداف : در این فصل از گیرنده خدمت انتظار می رود :

- برنامه آموزشی ارائه دهندگان خدمت را توضیح دهد.
- محتوای برنامه آموزشی را مورد بحث قرار دهد.
- نحوه ارائه برنامه های آموزشی را ارزیابی نماید.
- در برنامه های آموزشی طبق زمان بندی مشارکت فعال داشته باشد.

****

مقدمه

گیرندگان خدمت در این برنامه خانواده ها به ویژه والدین هستند. برنامه آموزش گیرندگان خدمت، شامل کلیه برنامه هایی است که والدین به ویژه مادر را برای مراقبت از نوزاد آماده نماید. این آموزش ها جهت آمادگی والدین در دو مرحله پیش و بعد از تولد برنامه ریزی می گردد. برنامه ها توسط کمیته آموزشی در حیطه های مرتبط با نیازهای مراقبتی نوزاد و مادر خواهد بود.

جدول4-2: فرآیند برنامه آموزشی گیرندگان مراقبت در منزل

فرد مسئول	فراگیران	زمان انجام	محل انجام	فهرست فعالیت ها	پی گیری و ارجاع
-عامل مراقبت از نوزاد و مادر (پرستار/ ماما)	خانواده (مادر- پدر- همسر مادر یا پدر- خواهر و برادر- عمه یا خاله)	-پیش از تولد -بعد از تولد	-مراکز مشاوره و خدمات پرستاری -منزل -مراکز بهداشتی و درمانی	- آشنایی گیرنده خدمت با خدمات مراقبت در منزل (پیش از تولد و بعد از تولد) -توانمند سازی مادر /خانواده در مراقبت در منزل از نوزاد سالم توانمند سازی مادر در مراقبت در منزل از نوزاد در معرض خطر	-پی گیری از اثر بخشی برنامه های آموزشی -پی گیری عملکرد مادر و خانواده -پی گیری وضعیت سلامت نوزاد

برنامه آموزشی توانمند سازی خانواده

برنامه آموزشی توانمندسازی خانواده، برنامه ای است که خانواده به ویژه مادر را برای مراقبت از نوزاد در منزل آماده می کند. اعضای خانواده با توجه به نقش شان در ساختار خانواده وظایفی را در طی دوره بارداری و بعد از تولد نوزاد بر عهده خواهند داشت که لازم است با برنامه های آموزشی مناسب توانمند گردند.

هدف کلی

ایجاد آمادگی و توانمند سازی مادر و خانواده

اهداف اختصاصی:

۱ - خانواده اهمیت ملاقات و مراقبت در منزل را درک کند.
۲ - ملاحظات اخلاقی و قانونی مراقبت در منزل رعایت نماید.
۳ - طرح مراقبت در منزل را با عامل مراقبت برنامه ریزی کند.
۴ - ملزومات اتاق نوزادان را فراهم نمایند.
۵ - مراقبت های معمول (بهداشت پوست، مراقبت از ختنه ، ناف، چشم، حمام دهی و ....) را انجام دهد.
۶ - مراقبت های اختصاصی نوزادان در معرض خطر (نوزادان زودرس- نیازمند به عمل جراحی- نوزادان مبتلا به ناهنجاری ها و .....) را توضیح دهد.

۷ - پی گیر ی ها و زمان ارجاعات را بیان کند.
۸ - رشد و تکامل را در طی دوره نوزادی شرح دهد.
۹ - مراقبت آغوشی را در منزل انجام دهد.
۱۰ -اقدامات مورد نیاز را در زمینه ایمنی نوزاد بکار بندد.
۱۱ -سندرم مرگ گهواره ای را تعریف کند.
۱۲ -عوارض سندرم تکان دادن نوزاد را توضیح دهد.
۱۳ -وضعیت سلامت نوزاد را برای عامل مراقبت توضیح دهد.
۱۴ -علایم خطر را در نوزاد بشناسد.
۱۵ -سازگاری خواهر و برادر ا در ورود به نوزاد به خانواده تسهیل نماید.
۱۶ -پیوند عاطفی مناسبی با نوزاد برقرار کند.

محتوای آموزشی

محتوای آموزشی بر اساس بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد، کتاب های مرجع در حیطه مراقبت از نوزادان و مادران، راهنماهای بالینی سازمان بهداشت جهانی، بسته های خدمتی کشوری در حیطه مراقبت از نوزاد (مراقبت از نوزاد سالم، مراقبت مادرانه آغوشی و...) است.

فراگیران

فراگیران شامل مادران، پدران و اعضای کلیدی خانواده نظیر مادر همسر، خواهر و برادر، خاله و عمه نوزاد و یا عامل مراقبت کننده خواهد بود.

کمیته آموزشی

با توجه به اهداف مراقبت در منزل کمیته آموزشی برای گیرندگان خدمت، شامل کلیه عاملین مراقبت (ماما/ پرستار) است که دارای مدرک معتبر از وزارتخانه بوده و دارای گواهینامه و سابقه شرکت در کارگاه ها در حیطه مراقبت در منزل از نوزاد را دارا می باشند. وظیفه کمیته آموزشی برگزاری کارگاه ها و کلاس های آموزشی در حیطه مراقبت از نوزاد در منزل برای خانواده ها است.

راهبردهای آموزشی

برنا مه های آموزشی در غالب کارگاه های و کلاس های آموزشی طبق جدول زمان بندی برگزاری می شود.

شیوه ارائه آموزش: کارگاه های آموزشی به شیوه نظری، عملی و بحث گروهی اجرا خواهد شد و علاوه بر این از شیوه های دیگر آموزشی نظیر ایفای نقش، نمایش فیلم و پاورپوینت، کتاب، پوستر و جزوه های آموزشی نیز استفاده می شود.

روش ارزیابی: ارزیابی براساس چک لیست و فعالیت فراگیر در کارگاه خواهد بود. در پایان کارگاه ، مهارت های عملی نیز ارزیابی خواهد شد

لوازم مورد نیاز: لوازم مورد نیاز بر حسب آموزش های مورد نیاز برای نوزاد و موضوع آموزشی تهیه می گردد. برخی از این وسایل عبارتند از:

الف- لوازم مورد نیاز برای مباحث نوزادان:

– وسایل ارزیابی رشد و علایم حیاتی(ترازو ، متر، ترمومتر، پالس اکسی متر، ابزار های کنترل درد)- کیف احیا عروسک-تجهیزات حمام دهی، وسایل مراقبت از زخم ، کیف کمک های اولیه، وسایل شیردهی، فرم ها، .....

ب- لوازم مورد نیاز برای مباحث مادران:

وسایل ارزیابی سلامت و علایم حیاتی(ترازو ، متر، ترمومتر، دستگاه فشارخون، ابزار های کنترل درد)- کیف احیا- کیف کمک های اولیه، وسایل پانسمان

محیط آموزش: محل برگزاری کارگاه ها و کلاس ها در منزل، مراکز مشاوره و خدمات پرستاری ، و مراکز بهداشتی و درمانی است.

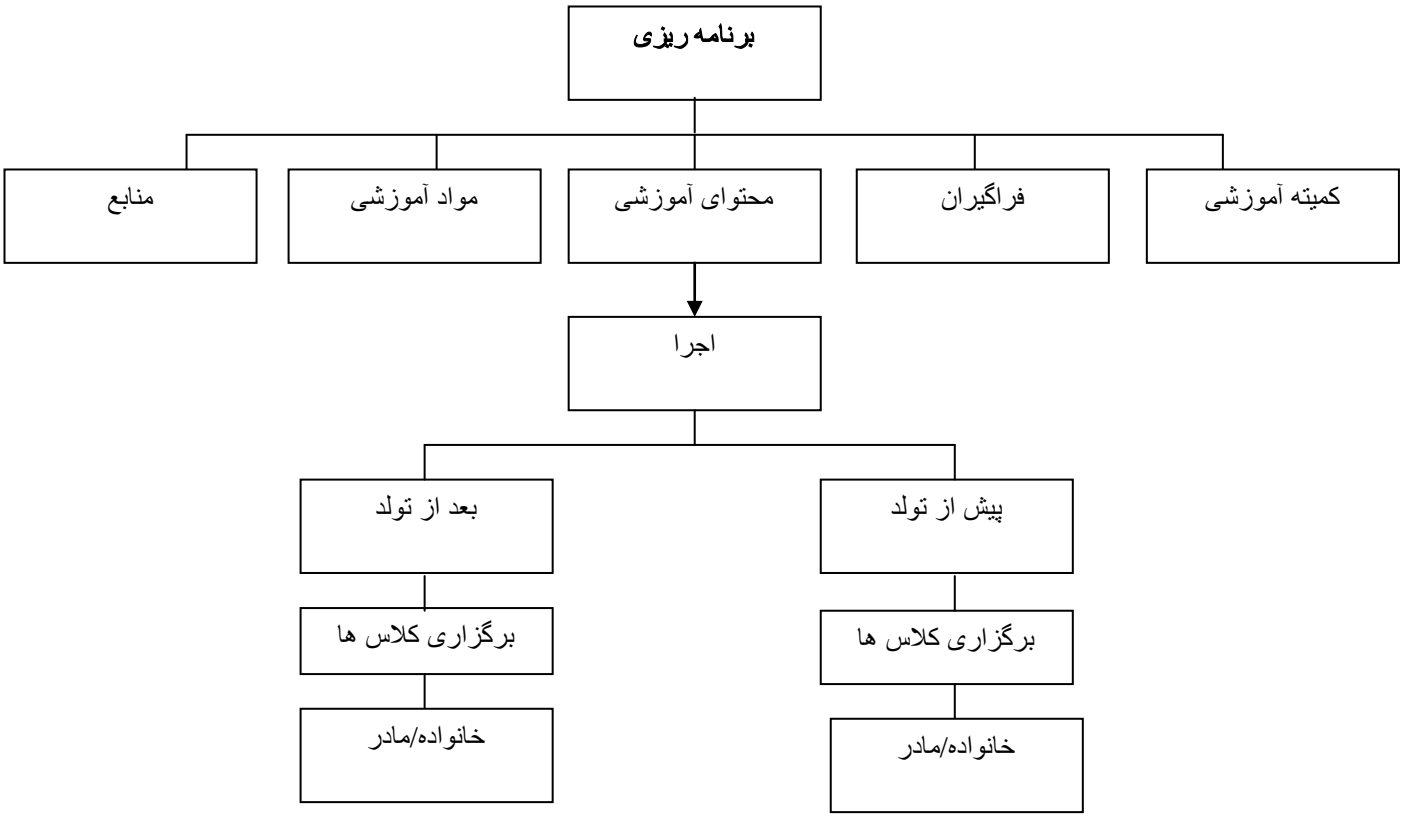
فهرست برنامه های آموزشی

برنامه های آموزشی جهت دستیابی به هدف توانمند سازی خانواده جهت ارتقای سلامت نوزاد ضروری است. این برنامه ها در دو مرحله پیش از تولد و بعد از تولد برای مادران/خانواده ها در نظر گرفته می شود. برگزاری کارگاه های آموزشی و کلاس های در دوره های مختلف شرح زیر است:

جدول4-3: برنامه کارگاه های آموزشی گیرندگان خدمت مراقبت در منزل

نام کارگاه	زمان	محتوای آموزشی	نحوه آموزش	روش ارزشیابی	مواد آموزشی	منابع
۱ - آشنایی با خدمات مراقبت در منزل (پیش از تولد و بعد از تولد)	1 روزه	1-اهمیت و ضرورت مراقبت در منزل 2-مزایا ومعایب ملاقات درمنزل 3-مشارکت در برنامه ریزی طرح مراقبت در منزل 4- ملاحظات اخلاقی و قانونی مراقبت در منزل 5-نقش مراکز مراقبت در منزل	-سخنرانی -بحث گروهی - ایفای نقش -کار عملی	فعالیت کلاسی -پیش آزمون پس آزمون -چک لیست	-اسلاید -وایت برد -فیلم آموزشی - مولاژ	-بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد و مادر -کلیه بسته های خدمتی مربوط به مادران و نوزادان وزارت بهداشت و درمان ، آموزش پزشکی
2- مراقبت در منزل از نوزاد سالم	3روزه	-وضعیت جسمی و رفتار طبیعی نوزاد -وضعیت رشد و تکامل - تغذیه با شیر مادر -گریه و کولیک -سندرم تکان دادن بچه - علایم خطر در نوزاد -حسادت و رقابت خواهر برادری - دلبستگی و ارتباط والدین با نوزاد - سایر موارد مورد نیاز	-سخنرانی -بحث گروهی - ایفای نقش -کار عملی	فعالیت کلاسی پیش آزمون پس آزمون چک لیست	-اسلاید وایت برد - فیلم آموزشی - مولاژ	- بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد و مادر -کلیه بسته های خدمتی مربوط به مادران و نوزادان وزارت بهداشت و درمان ، آموزش پزشکی
3-مراقبت در منزل از نوزاد در معرض خطر	3 روزه	-مراقبت از نوزاد زودرس -مراقبت تکاملی در نوزادان - احیا در نوزادان و شیرخواران در منزل - اداره آپنه در نوزادان -مراقبت از نوزاد مبتلا به زردی -تهویه مکانیکی در منزل -مراقبت در منزل از نوزادان مبتلا به ناهنجار ها و جراحی شده - مراقبت تسکینی در نوزادان و خانواده هایشان - سایر موارد مورد نیاز	-سخنرانی -بحث گروهی -ایفای نقش -کار عملی	فعالیت کلاسی پیش آزمون پس آزمون چک لیست	-اسلاید وایت برد - فیلم آموزشی - مولاژ	- بسته خدمتی مراقبت در منزل از نوزاد و مادر -کلیه بسته های خدمتی مربوط به مادران و نوزادان وزارت بهداشت و درمان ، آموزش پزشکی

نمودار4-2: برنامه آموزشی گیرندگان مراقبت در منزل از نوزاد



جدول4-4: فهرست فعالیت های والدین

فعالیت ها	مادر		پدر		توضیحات
	بله	خیر	بله	خیر	
الف- مراقبت از نوزاد سالم -آگاهی از وضعیت جسمی و رفتار طبیعی نوزاد -آگاهی از رشد و تکامل -انجام و یا کمک در تغذیه با شیر مادر - آگاهی و انجام مراقبت های معمول (بهداشت پوست- ناف- ختنه- حمام دهی...) - داشتن دلبستگی و ارتباط والدین با نوزاد					
ب-مراقبت از نوزاد زودرس -مراقبت تکاملی در نوزادان - احیا در نوزادان و شیرخواران در منزل - اداره آپنه در نوزادان -مراقبت از نوزاد مبتلا به زردی -تهویه مکانیکی در منزل -مراقبت در منزل از نوزادان مبتلا به ناهنجار ها و جراحی شده - مراقبت تسکینی در نوزادان و خانواده هایشان - سایر موارد مورد نیاز					

پیوست ها

-فرم رضایت و برائت از والدین

- فرم حقوق و مسئولیت ها مددجو(خانواده/ مادر)

-فرم بررسی خانواده

- فرم ارزیابی محیط

- فرم ملاقات اولیه نوزاد

-فرم ملاقات پی گیری نوزاد

- فرم طرح مراقبت از نوزاد

- دستورالعمل نور درمانی در منزل

فرم شماره 1- رضایت و برائت از والدین

شماره پرونده : **نام و نام خانوادگی نوزاد**

این جانب ....مادر /پدر نوزاد.... با کد ملی..... جهت برنامه مراقبت در منزل به فرد تعیین شده از سوی مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری/مامایی ..... اجازه ورود به منزل می دهم تا وضعیت سلامت نوزاد، مادر و عوامل مرتبط به آن (خانواده و ارتباط آنها- محیط فیزیکی خانه) مورد بررسی قرار گیرد و از نتایج آن را برای برنامه ریزی طرح مراقبتی در منزل و به منظور ارتقای سلامت نوزاد و مادر مورد استفاده قرار خواهد داد.

علاوه بر این، در صورت بروز هرگونه آسیب، عارضه و یا فوت نوزاد هیچگونه مسئولیتی بر عهده مرکز مذکور ویا مراقبت (پرستار/ ماما) نخواهد بود.

توضیحات

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

****

تاریخ:

نام و امضای پدر / مادر:

نام و امضای عامل مراقبت (پرستار/ ماما) :

آدرس و تلفن :

فرم شماره 2- حقوق و مسئولیت های پدر/ مادر

شماره پرونده : **نام و نام خانوادگی نوزاد**

این فرم جهت مشاهده و مرور حقوق و مسئولیتهای مددجو جهت اثر بخشی بهتر مراقبت ها ورضایت مددجو توسط مددجو و پرسنل مشاهده و امضا می گردد و یک نسخه آن در مرکز ارائه دهنده خدمت قرار می گیرد.

- مددجو از حقوق و مسئولیت های خود آگاه شده است.
- مددجو حق دارد که مراقبت های مناسب و ایمن را دریافت نماید.
- مددجو حق انتخاب مراقبت کننده خود را دارد.
- مددجو حق رد درمان خود را دارد.
- اطلاعات مورد نیاز در مورد پروسیجر و درمان قبل از شروع آن به مددجو داده می شود.
- حریم وخلوت مددجو حفظ می شود.
- مددجو حق دارد زمان خاتمه مراقبت ها را از سوی مرکز خدمات بداند.
- مددجو حق دارد که مراقبت ها را رد نماید و یا درخواست تغییر آن را نماید.
- مددجو حق دارد که با او با صداقت و دقت رفتارشود ومطمئن باشداطلاعات محرمانه خواهد ماند.
- والدین یا مراقبت کننده نوزاد یا کودک از سوی نوزادحق دارد این برگه را امضا کند.

توضیحات:

****

نام و امضای پدر/ مادر :

نام و امضای عامل مراقبت:

تاریخ:

فرم شماره 3- بررسی خانواده

نام و نام خانوادگی نوزاد

داشتی ⌂پزشک:: ⌂ نشانی و تلفن

.....

.....

اسامی افراد خانواده

وضعیت سلامتی	**سن**

پدر ⌂ مادر بزرگ⌂ سایرین:⌂

نامطلوب ⌂ نسبتا مطلوب ⌂

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الد خوب بودن چه چیزی مهم است ؟)

ب ⌂ نسبتا مطلوب ⌂ نامطلوب ⌂

نسبتامطلوب⌂ نامطلوب⌂

.....

.....

..... تاریخ ملاقات پی گیری : .....

فرم شماره 4-ارزیابی محیط خانه

شماره پرونده : **نام و نام خانوادگی نوزاد**

بررسی وضعیت:	مطلوب	نسبتا مطلوب	نامطلوب	مورد ندارد	توضیح
-فضای محیط فیزیکی(تعداد افراد و کفایت فضای فیزیکی) -وضعیت بهداشتی -پاکیزگی هوا (استعمال دخانیات- مواد شیمیایی .....) -وضعیت امنیت فیزیکی خانه برای مادر -وضعیت امنیت فیزیکی خانه برای نوزاد -نگهداری حیوان خانگی -خشونت خانگی -آمادگی برای ورود نوزاد -اشیا و تجهیزات خطرناک -دمای اتاق نوزاد و مادر -سرو صدای محیط -وضعیت خواب و پوزیشن خواب نوزاد -صندلی ماشین -تخت یا گهواره نوزاد (ایمنی، سایر ....) -حضور افراد مصرف کننده مواد و الکل در خانه -سایر موارد:					

موارد مورد نیاز برای ارجاع:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

موارد مورد نیاز برای آموزش:

.....

.....

.....

.....

وضعیت کلی ارزیابی محیط: مطلوب ⌂ نسبتامطلوب⌂ نامطلوب⌂

نام و نام خانوادگی عامل مراقبت :

.....

.....

امضا و

تاریخ .....

.....

فرم شماره 5- ملاقات اولیه نوزاد

شماره پرونده : **نام و نام خانوادگی نوزاد**

الف-مشخصات:

تاریخ تولد: ..... سن جنینی: ..... نوع زایمان: ..... نوع بیمه: .....

نام مادر (یا مراقب): ..... شغل و تحصیلات مادر: ..... نام پدر: .....شغل و تحصیلات پدر: .....

نام پزشک نوزاد: ..... آدرس و تلفن پزشک: .....

نشانی وتلفن منزل:

.....

مکان و زمان مناسب ملاقات: منزل ⌂ بیمارستان ⌂ مرکز مشاوره پرستاری ⌂ مرکز بهداشت ⌂

ارجاع دهنده:

.....

ب-معاینه نوزاد

معاینه جسمی و ارزیابی تکاملی	طبیعی	غیر طبیعی	توضیحات
۱ - سر و گردن			
۲ - قفسه سینه			
۳ - شکم			
۴ - ناحیه تناسلی			
۵ - اندامها			
۶ - پوست			
۷ - زردی			
۸ - وضعیت تغذیه			
۹ - وضعیت دفع (ادرار و مدفوع)			
۱۰ -خواب و فعالیت			
۱۱ بررسی رفلکس ها			
۱۲ وضعیت حرکتی			
۱۳ وضعیت حسی			
۱۴ سایر موارد			

وزن:

دور سر:

قد:

وضعیت ایمن سازی:

وضعیت غربالگری ها: شنوایی⌂ تیروئید⌂ بینایی⌂ سایر موارد⌂

توضیحات .....

.....

نام ونام خانوادگی عامل مراقبت :

امضا و تاریخ :

فرم شماره 6- ملاقات پی گیری نوزاد

شماره پرونده : **نام و نام خانوادگی نوزاد:**

فعالیت ها

تاریخ مراجعه	نوع آموزش، مشاوره و مراقبت	علت لغو ملاقات	نام عامل مراقبت و امضا

فرم شماره 7- طرح مراقبت از نوزاد

شماره پرونده : **نام و نام خانوادگی نوزاد**

الف- نوع ملاقات : ملاقات اولیه : ⌂ ملاقات پی گیری ⌂

ب- طرح مراقبت

(طرح مراقبتی بر اساس ملاقات اولیه / پی گیری، بررسی های انجام شده ، نقاط قوت و ضعف خانواده، و همراه با خانواده نوشته می شود.)

مشکل/ نیاز	هدف	فعالیت ها	ارزشیابی	ارجاع و پی گیری

عامل مراقبت ..... و من ..... طرح مراقبتی را برنامه ریزی کردیم و و سوالاتم در مورد طرح مراقبتی پاسخ داده شد.

امضای مادر / پدر امضای عامل مراقبت : تاریخ:

آدرس و شماره تلفن مرکز خدمات:

پرسشنامه تشخیص افسردگی پس از زایمان ادینبرگ

شما به تازگی مادر شده اید و ما تصمیم داریم روحیات شما را بیش تر بشناسیم به این دلیل از شما درخواست داریم شرایط روحی خود را طی هفت روز گذشته با دقت و بدون شتاب از بین پاسخ های ارائه شده انتخاب نمایید. پاسخ های انتخابی شما نمایان گر شرایط روحی تان در طول مدت پس از زایمان است.

سوال	سوال
1. من هم چنان تجربه خندیدن و شاد بودن را دارم. الف) بله، بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه	6. از دست من هیچ کاری بر نمی آید. الف) بله، بیش تر اوقات حس می کنم که هیچ نمی دانم و بی مصرفم. ب) بله، گاهی اوقات از عهده انجام کارهای خودم بر نمی آیم. ج) خیر، بیش تر اوقات در صورت نیاز، از عهده کارهای خودم بر نمی آیم. د) خیر، من از عهده کارهای خودم بر می آیم.
2. من از زندگی لذت می برم. الف) بله، مانند همیشه ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه	7. من خودم را غمگین و افسرده احساس می کنم. الف) بله بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه
3. هر اتفاقی که بیفتد من بدون دلیل خودم را مقصر می دانم. الف) بله، بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه	8. من خودم را به حدی افسرده احساس می کنم که حتی نمی توانم به خواب بروم. الف) بله بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه
4. من بدون دلیل دچار تشویش و هیجان می گردم. الف) به هیچ وجه ب) نه چندان زیاد ج) گاهی اوقات د) بله، در بیش تر اوقات	9. احساس افسردگی، من را وادار به گریه می کند. الف) بله بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه
5. من بدون دلیل دچار ترسیده و به هراس می افتم. الف) بله، در بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه	10. به فکر آسیب رساندن به خودم هستم. الف) بله بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه

به تمام پاسخ های "الف"، سه امتیاز، "ب"، دو امتیاز، "ج" یک امتیاز و "د" صفر امتیاز بدهید.
حال امتیازات به دست آمده را با هم جمع کنید تا رقم کلی آزمون به دست اید.
برای تعیین مرز افسردگی لازم است حدودی را مشخص نمایید.
به عنوان مثال مرز افسردگی در مادران پس از زایمان در جمعیت عمومی و برای مقاصد غربالگری می تواند ارقام 12 و 13 را شامل گردد در حالی که مروز ورود به افسردگی شدید، ارقام 14 و 15 می باشد.

دستورالعمل نور درمانی در منزل

امروزه با توجه به اهمیت پیشگیری جدایی مادر و نوزاد، تداوم مراقبت ها در منزل و کاهش هزینه های درمانی، نوردرمانی در منزل از رواج خاصی برخوردار است. جهت انجام نوردرمانی در منزل موارد زیر باید مد نظر قرار داده شود.

1-آمادگی والدین

-والدین آمادگی پذیرش نوردرمانی در منزل را داشته باشند و محیط ایمنی را در طی نور درمانی برای نوزاد فراهم کنند.
- مادر قادر باشند نوزاد خود را تغذیه نماید و آموزش های مربوط به مراقبت های نوردرمانی را دریافت نماید و آنها را در عمل اجرا نماید
- در صورت نیاز و درخواست مادر، مشاوره شیردهی همراه با نوردرمانی انجام شود زیرا شیردهی موثر، درمان با نور را تسریع می کند.

2-شرایط نوزاد

نور درمانی با توجه به شرایط، امکانات و با استفاده از راهنمای آکادمی کودکان آمریکا و استانداردهای موجود برای نوزاد انجام می شود. با توجه به راهنمای بالینی شروع نوردرمانی زیر، می توان میزان بیلی روبین توتال سرمی را 2 الی 3 میلی گرم در دسی لیتر کمتر در نظر گرفت و آن را برای نوردرمانی در منزل معیار قرار داد. لازم به ذکر است که نوردرمانی در منزل در نوزادان در معرض خطر (نوزادانی که همراه با عامل خطر هستند نباید انجام شود. به طور کلی نکات مورد توجه در این زمینه عبارتند از:

-نوزادان رسیده، سالم و با سنی برابر یا بیش از 38 هفته
- نوزادانی که آماده ترخیص از بیمارستان هستند یا از بیمارستان مرخص شده اند.
- نوزادان رسیده سالم با وزن بیش از 2500 گرم که بعد از 48 ساعت اول زندگی زرد شده اند.
- میزان بیلی روبین مستقیم سرم طبیعی باشد.
-ناسازگاری ABO یا Rh سایر علائم همولیز را نداشته باشد.
-نوزادانی که تغذیه می شوند و دفع ادرار و مدفوع دارند.

-نوزادانی که میزان بیلیروبین توتال سرم آنها در محدوده اختیاری[12] باشد.
- ارزیابی بیلی روبین روزانه انجام شود و میزان آن طبق جدول زیر مورد توجه قرار گیرد.
-نور درمانی برای هر نوزادی که دارای ریسک فاکتور (بیماری همولیتیک، نقص G6PD،آسفکسی، اسیدوز،سپسیس، هیپوآلبومینمی،خواب آلودگی شدید و بی ثبات درجه حرارت) هست نباید در منزل شروع شود
- بیلی روبین نوزاد هر 12 تا 24 ساعت (بر حسب میزان بیلی روبین قبلی و سرعت افزایش آن) کنترل شود. بعد از قطع نور، نوزاد تا حداکثر24 ساعت از نظر برگشت زردی معاینه شود.
-معمولا در صورت نیاز به بیشتر از یک دستگاه (نور درمانی با شدت زیاد) نوردرمانی در منزل توصیه نمی شود.

[12] optional

-اگر در نوردرمانی در منزل میزان بیلی روبین افزایش یابد باید نوزاد تحت درمان نوردرمانی با شدت در بیمارستان قرار گیرد.
- بعد از شروع نوردرمانی میزان بیلی روبین از طریق خون روزانه و یا قسمت هایی از پوست که تحت پوشش بوده اند،کنترل شود. و به اطلاع پزشک رسانیده شودد تا در مورد ادامه درمان تصمیم گیری شود.
- چنانچه نوزادی به دلایلی نظیر بی قراری قادر نباشد نور درمانی کافی دریافت نماید به بیمارستان ارجاع داد شود.
- در اولین خون گیری آزمایشات CBC-BG Rh- G6PD_ CRP انجام شود.

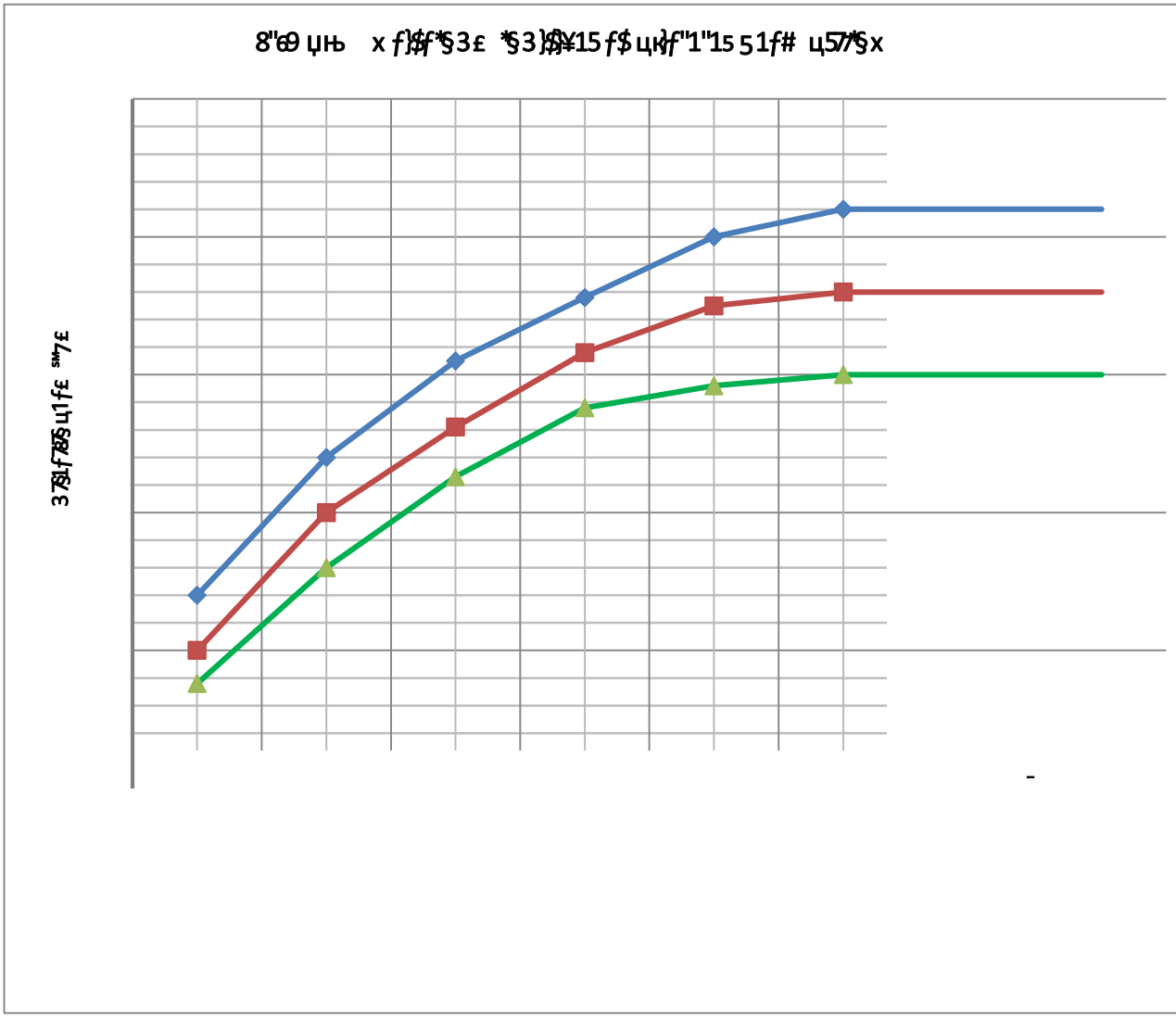
3- ویژگی دستگاه های نور درمانی
- در زمان نور درمانی تجهیزات استاندارد و مناسب دراختیار والدین قرار گیرد.
- قابلیت حمل دستگاه مورد توجه قرار گیرد.
- ایمنی دستگاه از قبیل داشتن طلق محافظ لامپ، محکم بودن پیچ پایه ها و قرارگیری در محل مناسبی از اتاق مد نظر قرار گیرد.
- دستگاه دارای تایمر باشد. تا طول عمر مفید لامپ ها(معمولا 2500 ساعت) را به نمایش بگذارد.
- دستگاه دارای چهار لامپ آبی سالم و مخصوص نور درمانی داشته باشد.

4- مرکز ارائه دهنده خدمات نوردرمانی
مراکز ارائه دهنده خدمات جهت انجام نور درمانی موثر لازم است مراقبت های پرستاری و مشاوره های شیردهی را در طی نور درمانی انجام دهند. بنابراین موارد زیر توصیه می شود:
1-مراکزی می توانند خدمات نور درمانی را انجام دهند که دارای مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند و قادرند مراقبت های پرستاری و مشاوره های شیردهی را انجام دهند. مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل دارای مجوز از وزارت خانه همراه با پرستار دوره دیده و داشتن دستگاه نوردرمانی استاندار قادر به ارائه این خدمات می باشند.
2- مراقبت های پرستاری نوزادان حین نوردرمانی، توسط پرستار آموزش دیده و دارای گواهی نامه انجام شود.
3- مشاوره های شیردهی توسط پرستار یا ماما انجام شود.
4- نوزادان 38 هفته و یا بالاتر که عوامل خطر (بیماری همولیتیک، نقص G6PD،آسفکسی، اسیدوز،سپسیس، هیپوآلبومینمی،خواب آلودگی شدید و بی ثبات درجه حرارت) را دارا نیستند . در طی ملاقات در منزل ویا مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری، میزان بیلی روبین آنها (با دستگاه بیلی تست و یا خون گیری) کنترل و با جدول مطابقت دهی می شود و در صورت نیاز نوردرمانی در منزل آغاز می گردد. میزان بیلی روبین و دارا نبودن شرایط خطر ساز در پرونده نوزاد در مرکز ثبت می شود.
5-نوزادان سالم 35 تا 38 که دارای تغذیه و دفع خوبی هستند می توانند با رضایت والدین و دستور پزشک در منزل نور درمانی شوند.
6-پرستار مرکز ارائه دهنده نوردرمانی مسئولیت پاسخگویی به مراقبت های پرستاری حین نوردرمانی را برعهده دارد.
7-پرستار با توجه به نیاز نوزاد بعد از 12 یا 24 ساعت بعد مجددا میزان بیلی روبین نوزاد را کنترل می نماید و در صورت نیاز با پزشک مشورت می کند.
8- تصمیم گیری در مورد مدت و خاتمه زمان نوردرمانی منوط به میزان بیلی روبین برحسب سن و شرایط نوزاد و طبق جدول خواهد بود.
8-بعد از اتمام دوره نور درمانی،از والدین مدت زمان موثری که نوزاد زیر دستگاه بوده است پرسیده و در پرونده ثبت می شود.
در خاتمه نوردرمانی میزان بیلی روبین در پرونده ثبت و بایگانی شود.
9- نوع دستگاه و نحوه استفاده از آن توسط پرستار در مرکز ارائه خدمات نوردرمانی و یا مراکز مشاوره وارائه خدمات پرستاری آموزش داده شود.
10- مراقبت های پرستاری حین استفاده از دستگاه را به والدین آموزش دهند.
11- طول مدت مصرف و تعویض لامپ دستگاه ثبت گردد.
12- برای بررسی میزان بیلی روبین و یا مشاوره شیردهی، بر حسب ضرورت ملاقات در منزل انجام شود.

13- چنانچه پس از بررسی نحوه شیردهی مادر و نوزاد مشخص گردید نوزاد به شیرخشک نیاز دارد. نحوه استفاده از شیرخشک از طریق فنجان و استفاده نکردن از شیشه و پستانک به مادر آموزش داده شود.
14- هزینه های نوردرمانی در منزل، ملاقات در منزل، آزمایش و مشاوره های شیردهی برای والدین توضیح داده شود.
15- زمان شروع و خاتمه و اهمیت نوردرمانی در طی ساعات شبانه روز به والدین تاکید شود.
16-- تلفن تماس و زمان دسترسی به خدمات را جهت پی گیری و بازگو نمودن مشکلات در اختیار والدین قرار داده شود.
17-رضایت نامه از والدین مبنی بر آگاهی از مزایا و عوارض نوردرمانی اخذ گردد.
18-در زمان تحویل دستگاه، والدین را از سالم بودن لامپ ها و دستگاه مطلع سازید.
19- ضرورت حفظ نگهداری و سالم برگرداندن دستگاه به والدین توصیه شود.
20- آدرس و تلفن پدر نوزاد ثبت شود تا در صورت عدم اطلاع از چگونگی مراقبت با آنها تماس گرفته شود.

4- نظارت

جهت پیشگیری از عوارض زردی و ایجاد مسمومیت های عصبی در نوزادان، دستگاه های نوردرمانی و چگونگی ارائه خدمات بایستی موردکنترل، نظارت و ارزیابی قرار گیرد. بنابراین توجه به نکات زیر ضرورت دارد:
-دستگاه ها ی نوردرمانی از نظر طول مدت و ساعت مصرف، اثر بخشی لامپ ها و غیره توسط مهندس تجهیزات پزشکی مورد بازبینی قرار گیرد.
-رئیس مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری مسئولیت هماهنگی کنترل و کیفیت دستگاه را بر عهده دارد.
-مشاوره شیردهی و مراقبت های پرستاری حین نور درمانی مورد ارزیابی قرار گیرد.



معاینه نوزاد

معاینه جسمی نوزاد را به شرح زیر انجام دهید:

سر: سر نوزاد را از نظر شکل، تقارن، فرورفتگی و برآمده بودن ملاج، درزها و اندازه دور سر بررسی کنید. چنانچه نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته و جمجمه به دلیل نداشتن وضعیت مناسب، تغییر شکل داده است. به والدین نحوه تغییر وضعیت دهی مناسب را آموزش دهید تا استخوان جمجمه حالت طبیعی خود را باز یابد.

صورت: صورت را از نظر تقارن، وجود ناهنجاری‌هایی مانند سندرم داون و آسایش و راحتی و انقباض عضلانی و تنش ها بررسی نمایید و در صورتی که تغییراتی در چهره و انقباضاتی در صورت نظیر اخم بود از نظر درد و تنش بررسی شود.

بینی: بینی را از نظر انسداد، گرفتگی ترشحات و رنگ آن بررسی کنید. در صورتی که نوزاد در طی بستری بودنش در بیمارستان از دستگاه تهویه مصنوعی و یا حمایت های تنفسی استفاده نموده است و یا لوله بینی – معدی دارد، بینی را از نظر زخم، پارگی پره های بینی، تغییر شکل و بریدگی پره های بینی، گرفتگی و انحراف مجرای بینی با نحوه نفس کشیدن به دقت بررسی نمایید.

لب و دهان: لب و دهان را از نظر شکاف، دندان نوزادی و کیست معاینه کنید. بررسی می تواند هنگام شیرخوردن و یا گریه نوزاد انجام شود.

گوش و شنوایی: گوش ها را از اندازه، شکل، وضعیت ظاهری و وجود ناهنجاری‌ها بررسی نمایید. چنانچه نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته و گوش ها فرم طبیعی ندارند. نحوه خوابانیدن و فرم دهی صحیح را آموزش دهید. شنوایی را از نظر پاسخ به صدا بررسی کنید.

چشم‌ها: چشم نوزاد را از نظر قرینه بودن، تورم پلک ها، قرمزی و ترشحات و زردی معاینه کنید.

پوست: پوست نوزاد به رنگ صورتی و بدون ورم است در صورت وجود زردی، کبودی، خراشیدگی، زخم ، جوش و ورم اطلاع دهید.

اندام ها: در معاینه اندام ها به قرینگی، تعداد انگشتان دست و پا و ناخن‌ها، تونسیته و حرکات قرینه توجه نمایید.

قفسه سینه: قفسه سینه از لحاظ ظاهری(برآمدگی و ترشح پستان ها)، سیستم قلبی و عروقی (تعداد، ریتم، مکان و صداهای قلب) و سیستم تنفسی (تعداد تنفس) و تقارن آن معاینه شود. ممکن است در پستان ها شیر وجود داشته باشد و باید به مادر آموزش دهید که نباید دست کاری شود. در صورت وجود عدم تقارن، قرمزی، سفتی و حساسیت، احتمال ماستیت یا آبسه اطلاع دهید. تنفس نوزادان دیافراگمی است و در هنگام دم، قسمت قدامی قفسه ی سینه به سمت داخل کشیده شده و شکم بر آمده می شود. تنفس دشوار همراه با تورفتگی قفسه ی سینه ،ناله ، لرزش پره های بینی و تورفتگی عضلات بین دنده ای و جناغ نشانه ی مهمی از سندرم زجر تنفسی، پنومونی، ناهنجاری یا اختلال مکانیکی ریه ها است.

شکم: شکم را از نظر رنگ، شکل، نفخ، ناوی شکل بودن، وجود حرکات دودی بر روی شکم، بند ناف و فتق نافی مشاهده نموده و کبد، طحال، کلیه ها، مثانه و توده ها را از نظر وجود برآمدگی لمس نمایید.

دستگاه تناسلی-دفعی: دستگاه تناسلی پسر(اسکروتوم، بیضه ها و پنیس) و دختر (لبیاها، کلیتوریس و مجرا) را معاینه کنید. در پسرها، بیضه ها باید در اسکروتوم قرار داشته و یا در کانال قابل لمس باشند. در موارد هیپوسپادیاس یا اپی سپادیاس شدید بررسی اختلالات کروموزم های جنسی ضرورت دارد. در نوزادان دختر زودرس، کلیتوریس و لابیا برجسته هستند ولی در نوزادان ترم، کلیتوریس به وسیله ی لابیا ماژور پوشانده می شود. ترشحات سفید یا خونی از واژن به دلیل هورمون های مادر است. 95 درصد از نوزادان زودرس و ترم، دفع ادرار را در طی روز اول خواهند داشت. دفع مکونیوم تا 48 ساعت اول باید اتفاق افتد. مقعد را از نظر باز بودن و جایگاه آن معاینه کنید.

دستگاه اسکلتی :مفصل ران را از نظر دررفتگی واضح ارزیابی کنید. به طور مثال واکنش نوزاد هنگام تغییر وضعیت و یا تعویض پوشک را با دقت مشاهده نمایید. ستون فقرات را از نظر ناهنجاری‌ها بررسی کنید.

دستگاه عصبی مرکزی: نوزاد را از نظر هوشیاری، رفتار عمومی، گریه، حرکات، تون، وضعیت و رفلکس ها معاینه کنید.

رنگ نوزاد: رنگ طبیعی نوزاد صورتی است. در نوزادی که گریه می کند، پوست ممکن است به رنگ قرمز تیره در آید. سیانوز انتهاها (آکروسیانوز) در روز های اول تولد طبیعی است. نوزاد، ممکن است به علت پلی سیتمی، پر خون و یا به دلیل آنمی، رنگ پریده باشد. در این موارد، باید هموگلوبین وهماتوکریت درخواست شود. سیانوز مرکزی، در زبان و وجود زردی در مخاط بهتر مشاهده شده و به مداخله ی اورژانس نیاز دارد. لکه ی مغولی به رنگ آبی تیره یا سیاه است که در انتهای تحتانی مهره ها و یا روی باسن دیده می شود اما ممکن است روی پاها و یا تنه نیز باشد. این لکه ها در طی چند سال اول زندگی کم رنگ می شود و اهمیت چندانی ندارد.

بررسی وضعیت تکاملی نوزاد

مقدمه

ارزیابی تکاملی از طریق شرح حال ، معاینه و بررسی سیر تکاملی کودک در حیطه های مختلف حسی، حرکتی، شناختی، اجتماعی ارتباطی و زبان حاصل می شود.

وضعیت حسی: در بدو تولد نوزادان از نظر شنوایی کامل هستند و نسبت به صدا و رفلکس مورو پاسخ می دهد ولی از نظر بینایی نزدیک بین هستند. رفلکس مردمک و قرنیه وجود دارد. قادر به خیرگی روی اشیا ی در حال حرکت در محدوده 45 درجه و فاصله 20 تا 25 سانتی متری هستند. قادر به هماهنگ کردن مناسب حرکات سر و چشم نیستند (رفلکس چشم های عروسکی- اگر سر را به یک طرف برگردانید چشم ها با تاخیر متابعت می کنند) در 4هفتگی قادر به تعقیب اشیا در محدوده 90 درجه ای هستند و به تدریج هنگام صحبت کردن والدین به آنها نگاه می کنند.

حس بویایی و چشایی نیز به سرعت تکامل می یابند یک نوزاد 7 روزه قادر است که بوی شیر مادر را با بوی شیر از مادری دیگر تشخیص دهد. علاوه بر این نوزاد طعم شیرین را بهتر دوست دارد. لمس، مهمترین حس نوزاد برای برقراری ارتباط است حتی نوزادان زودرس به لمس آرام پاسخ می دهند.

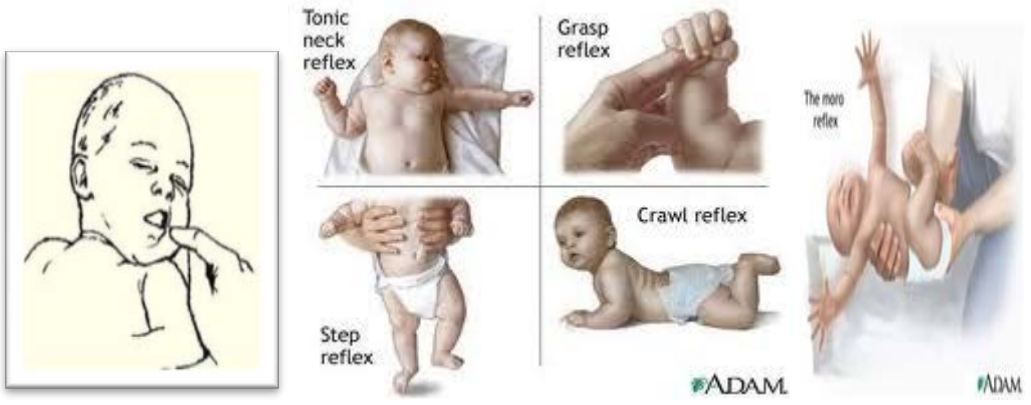
وضعیت حرکتی: وقتی نوزاد به شکم است سر خود را به این طرف و آن طرف می برد. وقتی او را به حالت نشسته در می آوریم سر به عقب می افتد. دست ها اغلب بسته و مشت کرده است .

وضعیت زبان : برای ابراز ناراحتی گریه می کند. صداهای حلقی کوتاه در می آورد.

رفلکس ها : رفلکس های نوزادی، واکنش هایی غریزی هستند که به بقای نوزاد در خارج رحم در چند هفته اول کمک می کند. رفلکس های اولیه از حدود 26 تا 28 هفتگی حاملگی وجود دارند و با افزایش توانایی های ذهنی و جسمی نوزاد و قدرت یافتن او در انجام کارها به صورت آگاهانه و هوشیارانه، این رفلکس ها از بین می روند. اگر نوزاد زودرس باشد پاسخ او مشابه نوزادان رسیده نخواهد بود. نحوه بررسی در تصویر زیر نشان داده شده است.

تصاویر بررسی رفلکس ها ی نوزادی

رفلکس مورو رفلکس چنگ زدن رفلکس تونیک نک رفلکس جستجو



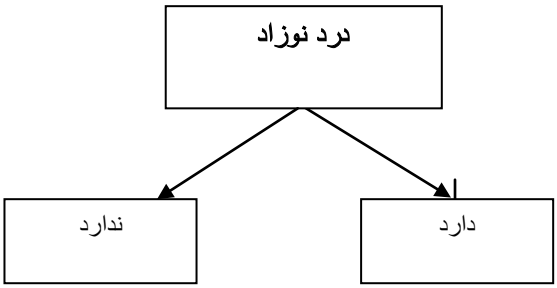
رفلکس خزیدن رفلکس قدم زدن

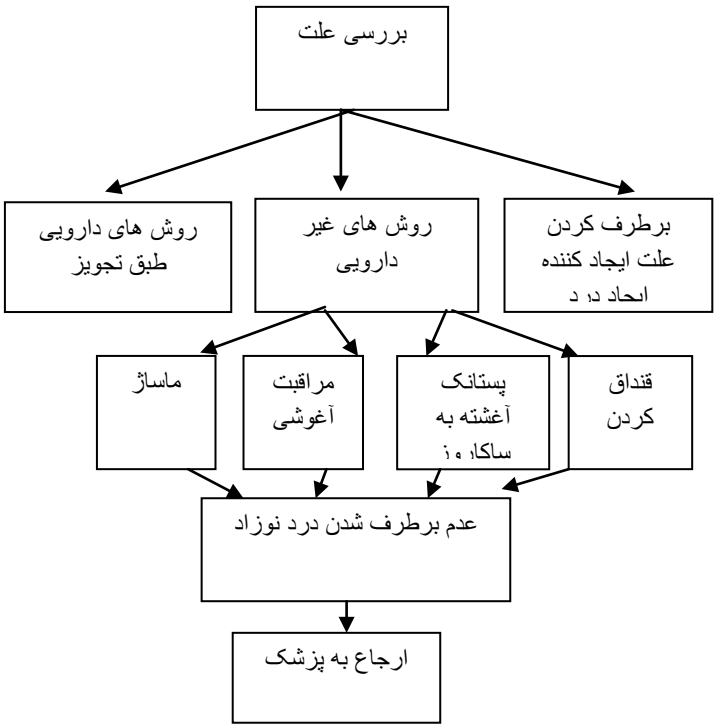
بیش از 70 رفلکس نوزادی وجود دارد ولی فقط برخی از آنها مورد معاینه قرار می گیرد. رفلکس مورو از شناخته شده ترین رفلکس ها در دوره نوزادی است. رفلکس ایستادن، راه رفتن، مکیدن، جستجو، تونیک نک (دست شمشیری) و چنگ زدن

در نوزاد وجود دارد. بسیاری از رفلکس ها بعد از 4- 6 ماهگی ناپدید می شود و حرکات ارادی هدفمندی جایگزین آنها می شود. اقدامات زیر را جهت ارزیابی نوزاد بکار بندید:

- ارزیابی وضعیت تکاملی با گرفتن شرح حال و گفتگو با مادر و مشاهده دقیق حین انجام مراقبت ها انجام شود.
- با مادر(خانواده) و نوزاد ارتباط برقرار کنید.
- ارزیابی در محیط آرام و بدون تنش باشد.
- از مادر در مورد واکنش به لمس و برقراری ارتباط سوال نمایید.
- واکنش نوزاد را نسبت به صدا و تکان ناگهانی خوردن (رفلکس مورو) بررسی نمایید.
- و اکنش نوزاد نسبت به صدای مادر و لالایی گفتن را بررسی نمایید.
- خیره شدن و نگاه کردن نوزاد به مادر یا اسباب بازی را بررسی نمایید.
- رفلکس قرنیه یا پلک زدن را با روشن کردن لامپ یا نزدیک شدن شی به قرنیه بررسی نمایید.
- واکنش نوزاد به طعم شیر و بوی پستان مادر را مشاهده نموده و یا از مادر بپرسید.
- اشتیاق و یا رو برگردانی نوزاد را نسبت به بو و طعم پستان و شیر مادر مشاهده نمایید.
- با لمس دست یا گذاشتن پستان روی گونه و سمت جانبی دهان، رفلکس جستجو را بررسی کنید.
- با گذاشتن سینه داخل دهان نوزاد، مکیدن او را بررسی کنید.
- با گذاشتن انگشت در دست نوزاد و بین انگشتان پا رفلکس چنگ زدن را بررسی نمایید.
- نوزاد را در حالت ایستاده قرار داده و قدم زدن او را مشاهده نمایید.
- نوزاد را روی شکم قرار داده و حرکات خزیدن او را مشاهد کنید.
- نوزاد را درحالت شکم قرار داده و حرکت سر او را مشاهده نمایید.
- محرکات حسی مناسب و متعادلی را برای نوزاد فراهم آورید:
- اسباب بازی های متحرک با طرح سیاه و سفید در بالای تخت او آویزان کنید.
- با ملایمت برای او صحبت کنید و یا ضبط صوت را روشن کنید.
- نوزاد را بغل کرده، نوازش کنید و او را گرم نگهدارید.
- نوزاد را به آرامی تکان داده و یا در گهواره قرار دهید.

نمودار اداره درد در
نوزادان





منابع

۱. جعفری پردستی، ح، حبیب الهی، ع، حیدرزاده م و دیگران. بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان. تهران: شرکت ایده پردازان فن وهنر.1390
۲. والافرش و همکاران. برنامه کشوری مادران ایمن. " مراقبت ها ادغام یافته سلامت مادران" راهنمای خدمات بیمارستانی. ویژه ماما و پزشک عمومی. تهران: منشور الکترونیکی نگاه.1389
۳. یونیسف، سازمان بهداشت جهانی، ترجمه افراخته، ایمان زاده ، حلیمی و همکاران. حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان هاي دوستداركودك. دوره آموزشی 20 ساعته برای کارکنان بیمارستان هاَ تهران: بامشاد سبز. 1391
۴. حبیب الهی ع، حیدرزاده م، راوی م و همکاران .مراقبت و نگهداری از نوزادان زودرس. تهران: پژواک آرمان.
۵. ایزدی م. تغذیه شیرخواران با شکاف لب و کام. جزوه آموزشی. مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین.1393
۶. عزالدین زنجانی ن و فریور خلیل. مشاوره شیردهی. تهران: پژواک با همکاری انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر.1389

7. Rice, R.Home care nursing care. Concepts and practice.4ed St. Louis Missouri.2006
8. Committee on fetus and newborn. Home phototherapy. 2012.
9. Maurer , FA. Community/public health nursing practice: Health for families and populations. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2005. P. 250.
10. Women`s and children health services/C & Y branch. Protocol: Home visit for newborn care and assessment. 2010.
11. Kentucky public health practice references. Home visiting guidlines. 2011.(1-7)
12. Boykova M, Kenner C. Transition From Hospital to Home for Parents of Preterm Infants. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing. 2012;26(1):81.
13. Bakewell-Sachs S, Blackburn S. Preterm Infants: Transition to Home and Follow-up. White Plains, NY: March of Dimes Foundation; 2010.
14. Escobar GJ, Clark RH, Greene JD, editors. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. Seminars in Perinatology; 2006
15. The Archive of Alzahra Hospital. The rate of hospitalizations. Isfahan University of Medical Sciences Isfahan-Iran; 2009.
16. Leijon I, Finnström O, Sydsjö G, Wadsby M. Use of healthcare resources, family function, and socioeconomic support during the first four years after preterm birth. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition. 2003;88(5):F415-F20.
17. Wade K, Lorch S, Bakewell-Sachs S, Medoff-Cooper B, Silber J, Escobar G. Pediatric care for preterm infants after NICU discharge: high number of office visits and prescription medications. Journal of Perinatology. 2008;28(10):696-701.
18. McLaurin KK, Hall CB, Jackson EA, Owens OV, Mahadevia PJ. Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life. Pediatrics. 2009;123(2):653-9.
19. Addmission office in private and govermental hospitals. The cost of hospitalization for NICU. Isfahan-Iran2014.
20. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC. Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant: Elsevier Health Sciences; 2010.
21. Namnabati M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Badie Z. The Management of Tranzition From NICU to Home. Tabriz -Iran: Tabriz University of Medical of Sciences; 2013.

22. De Jesus LC, Pappas A, Shankaran S, Kendrick D, Das A, Higgins RD, et al. Risk Factors for Post–Neonatal Intensive Care Unit Discharge Mortality among Extremely Low Birth Weight Infants. The Journal of pediatrics. 2012;16(1):70-4.
23. Kornhauser M, Schneiderman R. How plans can improve outcomes and cut costs for preterm infant care. Manag Care. 2010;19(1):28-30.
24. McGrath J. Developmental care of newborns & infants. In: Kenner C, JM. M, editors. Infant Mental Health: A New Dimension to Care. St Louis Mosby; 2004. p. 321-30.
25. Spittle AJ, Anderson PJ, Lee KJ, Ferretti C, Eeles A, Orton J, et al. Preventive care at home for very preterm infants improves infant and caregiver outcomes at 2 years. Pediatrics. 2010;126(1): 171-8.
26. Moravej H, Edraki M, Rambod M. The effect of home visitation educational program on the nutrition pattern and duration of exclusive breastfeeding in preterm newborns. Sadra Medical Sciences Journal. 2014;2(1).
27. Mirmolaei S, Amelvalizadeh M, Mahmoudi M, Tavakol Z. Effect of Home Postpartum Care on Quality of Life of Low Risk Mothers. Hayat. [Research]. 2011;17(2):42-51.
28. Simkiss D. Inequalities in children's health in the UK. Paediatrics and Child Health. 2014;24(3):103-9.
29. Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR, et al. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. The Lancet. 2008;371(9628):1936-44.
30. Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Costs of health care administration in the United States and Canada. New England Journal of Medicine. 2003;349(8):768-75.
31. Waldenström U. Early discharge with domiciliary visits and hospital care. Scandinavian journal of caring sciences. 1987;1(2):51-8.
32. Wong DL, Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier; 2013.
33. Verklan T, Walden M. Core curriculum for neonatal intensive care nursing. 4th ed. St. Louis, MO: Saunders; 2010.

34. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia.Clinical Practice Guideline. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004; 114(1):297-316. Available at: http://pediatrics.aappublications.org/content/114/1/297.full. Accessed on February 11, 2015
35. Smith D and Robinson R. Guidelines and training manual for the Prenatal-5 Nurse home visiting program. Utah Department of Health Division of Community and Family Health Services Maternal and Child Health Bureau Child, Adolescent and School Health Program. 2002.
36. Votroubek W and Tabacco A. Pediatric home care for nurses: A family- centered approach.3reth .Massachustts: Jones and Bartlett publishers. 2010
37. Mannel R, Martins P and Walker M. Core curriculum for lactation consultant practice. Massachustts: Jones and Bartlett publishers. 3rd th . 201