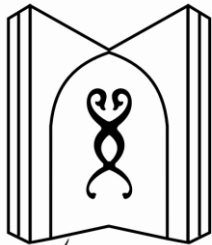


مراقبت مادرانه آغوشي (Kangaroo mother care)



وزارت علوم، پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز



واحد بهداشت و تحقیقات باروری
سازمان جهانی بهداشت
ژنو



مدارس
ش.

دفتر
وزار

مترجمین:

بیمارستان ۲۹ بهمن تامین اجتماعی تبریز	پزشک و محقق	دکتر ماشاءاله ارشادمش
بیمارستان ۲۹ بهمن تامین اجتماعی تبریز	تکنیسین اتاق عمل	سعیده داننده
بیمارستان ۲۹ بهمن تامین اجتماعی تبریز	تکنیسین بیهوشی	لیلا رضائزاد
بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان الزهرا	پرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان تبریز	رکسانا ملک قاسمی
بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان الزهرا	پرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان تبریز	سامره شهیدی

با سپاس ویژه از همکاری که در اجرای برنامه مراقبت آغوشی در بیمارستان الزهرا و ۲۹ بهمن تبریز همفکری و همکاری فراوانی را مبذول داشتند:

بیمارستان الزهرا تبریز	کارشناس پرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان	سرکار خانم رقیه عطائیان
بیمارستان الزهرا تبریز	کارشناس مامایی	ماندانا مولودی
بیمارستان الزهرا تبریز	کارشناس روانشناسی بالینی	مریم اکبری پستکان
بیمارستان الزهرا تبریز	سرپرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان	سرکار خانم مینا عزبدفتری
بیمارستان الزهرا تبریز	سرپرستار بخش نوزادان	سرکار خانم ژاله عزبدفتری
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	متخصص زنان و زایمان	سرکار خانم دکتر فریبا فضیل
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	متخصص زنان و زایمان	سرکار خانم مریم طرزمنی
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	کارشناس پرستاری	سرکار خانم مهری چیت ساز
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	کارشناس پرستاری	سرکار خانم افسانه گل رضائی
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	کارشناس پرستاری	سرکار خانم زینب محمودی
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	مهندس رایانه	جناب آقای مهندس غلامعلی کیوانی
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	کارشناس پرستاری	سرکارخانم درنا علیپور
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	کارشناس پرستاری	سرکار خانم طاهره رفیع زاده
بیمارستان الزهرا تبریز	بهبیار بخش نوزادان	سرکار خانم حسین زاده
بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز	تایپیست	سرکار خانم فریبا سومند

پیشگفتار

روش مراقبت مادرانه کانگورو مانندⁱ یا مراقبت آغوشی روشی است آسان که بر طبق قوانین علمی برای مراقبت و نگهداری نوزادان به ویژه نوزادان نارس به کار می رود و دارای ۳ خصوصیت اصلی ذیل می باشد:

۱- تماس پوستی مادر و نوزاد

۲- تغذیه انحصاری از شیر مادر

۳- حمایت بیشتر مادر از نوزاد

مراقبت آغوشی محیط پیرامون نوزاد نارس را انسانی، مملو از عاطفه و مشابه درون رحم کرده و رشد جسمانی و تکامل روانی و اجتماعی نوزاد را تضمین می کند. از طرف دیگر فرصتی مناسب برای توانمند کردن والدینⁱⁱ از طریق آموزش و کسب مهارت فراهم می سازد.

مراقبت آغوشی برای اولین بار در کشور کلمبیا به خاطر محدودیت منابع در تأمین مراقبت انکوباتوری به وجود آمد و در کشورهای آفریقایی و آسیایی با درآمد کم نیز این روش اجرا شد، ولی به خاطر اثرات جالب آن توجه متخصصین را به خود جلب کرد و هم اکنون در کشورهای ثروتمند مانند سوئد، انگلیس، فرانسه، آمریکا این روش اجرا می گردد. به طوری که ۸۲٪ از بیمارستان های آمریکا که دارای بخش مراقبت ویژه نوزادان می باشند، این روش را به کار می برند. مطالعات جدید نشان می دهد که میزان بقاء نوزادان کم وزن و بسیار کم وزن را ۵۰۰٪ افزایش می دهدⁱⁱⁱ و سازمان بهداشت جهانی مراقبت آغوشی را ایده آل برای شیردهی و تغذیه معرفی نموده است. مراقبت آغوشی کم هزینه و پرفایده می باشد که امیدوارم تلاش همکارانم در ترجمه این راهنمای مراقبت از نوزاد نارس مورد قبول عموم جامعه و صاحب نظران قرار گیرد.

لازم به ذکر است که در اولین همایش کشور مراقبت مادرانه آغوشی که در شهر مقدس مشهد، در بهار سال ۱۳۸۶ برگزار شد، با رای اکثریت صاحب نظران، اصطلاح "مراقبت آغوشی" به جای "مراقبت مادرانه آغوشی" پیشنهاد شد. از این رو در این کتاب ترجمه *Cangaroo Mother Care*، مراقبت آغوشی آورده شده است.

و من الله التوفیق

دکتر سید موید علویان

ⁱ Kangaroo mother care

ⁱⁱ COPE (Creat Opportunity for Parent Empavement)

ⁱⁱⁱ The natural child project June 2002 / WWW. natural child.com of month /KMC

فهرست مطالب

4	واژه نامه
4	اختصارات
6	۱ - مقدمه
6	۱ - ۱ طرح مساله - مراقبت صحیح و نتیجه مطلوب برای نوزادان LBW
7	۱ - ۲ مراقبت آغوشی چیست و چرا اهمیت دارد؟
8	۱ - ۳ موضوع مراقبت آغوشی درمورد چیست؟
8	۱ - ۴ این مطلب علمی برای چه افرادی است؟
9	۱ - ۵ چگونه از این مطلب (مراقبت آغوشی) استفاده شود؟
10	۲ - شواهد
11	۲ - ۱ مرگ و میر و ابتلا
13	۲ - ۲ تغذیه با شیر مادر و رشد
14	۲ - ۳ کنترل حرارت و متابولیسم
14	۲ - ۴ اثرات دیگر
15	۲ - ۵ تحقیقات لازم
16	۳ - نیازها
16	۳ - ۱ ساختار و نحوه اجرا
17	۳ - ۲ تدابیر
17	۳ - ۳ کارکنان
18	۳ - ۴ مادر
18	۳ - ۵ امکانات، تجهیزات و تمهیدات
22	۳ - ۶ تغذیه نوزادان
23	۳ - ۷ ترخیص و مراقبت در خانه

۲۴	۴ - راهنمای عملی
۲۴	۴ - ۱ زمان شروع مراقبت آغوشی
۲۶	۴ - ۲ آغاز مراقبت آغوشی
۲۶	۴ - ۳ وضعیت مراقبت آغوشی
۳۰	۴ - ۴ مراقبت از نوزاد در حالت مراقبت آغوشی
۳۱	۴ - ۵ طول و تداوم مراقبت آغوشی
۳۳	۴ - ۶ شرایط کنترل نوزاد
۳۵	۴ - ۷ شیردهی
۴۳	۴ - ۸ کنترل رشد
۴۵	۴ - ۹ وزن گیری ناکافی
۴۶	۴ - ۱۰ درمان پیشگیریانه
۴۶	۴ - ۱۱ تحریک
۴۷	۴ - ۱۲ ترخیص
۴۸	۴ - ۱۳ مراقبت آغوشی در خانه و پیگیریهای معمول
۵۱	فهرست

ضمائم

۵۴	I ثبت و کاربردها
۵۶	II وزن تولد و سن حاملگی
۵۷	III محدودیت ها

جدول ها

۱۳	۱ - تأثیر مراقبت آغوشی روی تغذیه با شیر مادر
۴۳	۲ - مقدار شیر (یا مایع) مورد نیاز هر روز بر طبق وزن و سن تولد
۴۴	۳ - مقدار تقریبی شیر مادر برای هر وعده که بر طبق وزن تولد و سن مورد نیاز است.
۵۶	۴ - میانگین وزن تولد در دهمین و نودمین صدک بر طبق سن حاملگی
۵۷	۵ - اجرای مراقبت آغوشی

تصاویر

- ۱ - نگهداشتن نوزاد نزدیک به سینه
- ۲ - حمل کیسه‌ای برای نوزادان مراقبت آغوشی
- ۳ - طرز بستن نوزاد در مراقبت آغوشی
- ۴a - وضعیت نوزاد در مراقبت آغوشی
- ۴b - نوزاد در پوزیشن مراقبت آغوشی
- ۴c - حرکت نوزاد داخل و بیرون کیسه
- ۵ - خواب و استراحت در طول مراقبت آغوشی
- ۶ - نقش پدر در مراقبت آغوشی
- ۷ - تغذیه با شیر مادر در مراقبت آغوشی
- ۸ - تغذیه لوله‌ای در مراقبت آغوشی

اختصارات

Low Birth weight	LBW	کمبود وزن هنگام تولد
Kangaroo mother care	KMC	مراقبت به روش مراقبت آغوشی
Randomized controlled trial	RCT	کارآزمایی بالینی کنترل شده
Respiratory distress syndrome	RDS	سندرم دیسترس تنفسی

واژه نامه

اصطلاحات این واژه‌نامه مطابق با کلمات کلیدی به ترتیب الفبا فهرست شده‌اند.

سن

سن تقویمی: سن محاسبه شده از تاریخ تولد
 سن حاملگی: سن یا مدت زمان حاملگی از آخرین قاعدگی تا تولد
 سن بعد از لقاح: سن حاملگی بعلاوه سن تقویمی

تولد

تولد ترم: زایمان بین ۳۷ - ۴۲ هفتگی حاملگی
 تولد نارس: زایمان قبل از ۳۷ هفتگی حاملگی
 تولد دیررس: زایمان بعد از ۴۲ هفتگی حاملگی

وزن تولد

نوزاد کم وزن: نوزاد با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰g (شامل ۲۴۹۹g) بدون در نظر گرفتن طول زمان حاملگی
نوزاد بسیار کم وزن: نوزاد با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰g (شامل ۱۴۹۹g) بدون در نظر گرفتن طول زمان حاملگی
نوزاد با کمبود وزن بسیار زیاد: نوزاد با وزن تولد کمتر از ۱۰۰۰g (شامل ۹۹۹g) بدون در نظر گرفتن طول زمان حاملگی

دمای بدن

هیپوترمی: دمای بدن کمتر از ۳۶/۵°C

رشد

کندی رشد داخل رحمی: رشد نامتعادل جنینی در نتیجه اختلالات جنینی، شرایط جسمانی (به عنوان مثال: سوء تغذیه عمده) یا نارسایی جفتی
شیر/ شیردهی
ابتدای شیر: اولین شیر ترشح شده در طول شیردهی
انتهای شیر: شیر باقی مانده در سینه بعد از ترشح ابتدای شیر (میزان چربی و میانگین کالری شیر انتها بیشتر از شیر ابتدا است).
روش شیردهی جایگزین: در این روش تغذیه نوزاد از سینه مادر نمی باشد بلکه با ریختن شیر مادر در دهان نوزاد از طریق فنجان یا لوله و دوشیدن همزمان سینه مادر در دهان نوزاد می باشد.

نوزادان نارس/ ترم

نوزاد پره مچور یا زودرس: نوزاد متولد شده قبل از ۳۷ هفته‌گی حاملگی
نوزاد نارس متناسب با سن حاملگی (AGA): نوزاد نارس متولد شده با وزن تولد بین دهمین و نودمین صدک از سن حاملگی.
نوزاد نارس کوچک نسبت به سن حاملگی (SGA): نوزاد نارس متولد شده با وزن تولد زیر دهمین صدک از سن حاملگی
نوزاد ترم کوچک نسبت به سن حاملگی (SGA): نوزاد ترم متولد شده با وزن تولد زیر دهمین صدک از سن حاملگی
نوزاد کوچک: در این کتابچه، منظور نوزاد نارس است که با وزن بسیار کم متولد می شود.
نوزاد نارس پایدار یا نوزاد با کمبود وزن: نوزادی با علائم حیاتی (تنفس و گردش خون) که به حمایت مداوم پزشکی و کنترل نیاز ندارد و بدون توجه به بیماریهای همزمان تابع تغییرات غیرمنتظره و سریع نیست.



۱. مقدمه

۱-۱ طرح مسأله - مراقبت صحیح و کسب نتیجه مطلوب برای نوزادان کم وزن

همه ساله حدود ۲۰ میلیون نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم^۱ متولد می‌شوند در نتیجه آمار تولد نوزاد نارس یا اختلال در رشد قبل از تولد در کشورهای کمتر توسعه یافته بسیار بالاست. اساساً این کشورها درصد بالایی از مرگ و میر نوزادان را به خود اختصاص می‌دهند که تناوب و چگونگی توزیع آن با فقرا در کشورها در ارتباط است.^{۱,۲} تولد نوزاد نارس و کم وزن به میزان قابل توجهی با مرگ و میر نوزادان ارتباط دارد.^{۳,۴} طبق تخمین از ۴ میلیون مرگ نوزاد، بیش از $\frac{1}{5}$ موارد،

نارس و کم وزن بوده‌اند.^۵ بنابراین مراقبت از چنین نوزادانی، باری بر سیستمهای اجتماعی و بهداشتی جامعه است. در کشورهای ثروتمند علت عمده کم وزنی تولد زودرس است. روند رو به کاهش این موارد در چنین کشورهایی مدیون وضعیت اجتماعی - اقتصادی، روش زندگی و تغذیه بهتر است که منجر به حاملگی‌های سالم‌تر می‌شود؛ همچنین مدیون فن آوری پیشرفته مراقبت از نوزادان، کادر درمانی متخصص و ماهر است.^{۶,۸}

در کشورهای کمتر توسعه یافته، میزان بالای کم وزنی به علت تولد زودرس و اختلال رشد داخل رحمی بوده و شیوع آن به کندی در حال کاهش است. از آنجایی که دلایل و عوامل آن عمدتاً ناشناخته است، مداخله‌های مؤثر در این زمینه محدود می‌باشد. بعلاوه فن آوری پیشرفته یا در دسترس نیست و یا به دلیل کمبود کارکنان ماهر، از آن درست استفاده نمی‌شود. به عنوان مثال در جایی که انکوباتور در دسترس است اغلب برای تأمین نیازهای محلی ناکافی بوده و یا کاملاً تمیز نیست. خریداری تجهیزات و وسائل یدکی، نگهداری و تعمیر آنها مشکل و پرهزینه است؛ جریان برق با قطع و وصل مکرر همراه است، لذا تجهیزات به خوبی کار نمی‌کنند. در چنین شرایطی مراقبت خوب از نوزادان نارس و کم وزن مشکل است. شیوع هیپوترمی و عفونت‌های بیمارستانی پی‌آمدهای عوارض نارس بودن را تشدید می‌کند. انکوباتورها غالباً بطور غیرضروری نوزادان را از مادرشان جدا کرده و آنها را از تماس لازم محروم می‌کنند.

متأسفانه راه حل ساده‌ای برای این مشکل وجود ندارد در حالی که سلامت نوزاد کاملاً به سلامت مادر و مراقبت‌هایی که مادر در طی حاملگی و تولد نوزاد دریافت می‌کند وابسته است.

برای خیلی از نوزادان نارس کوچک‌تر دریافت مراقبت‌های پزشکی طولانی مهم است به هر حال «مراقبت مادرانه آغوشی» روش مؤثری برای بر آوردن نیازهای نوزاد به گرما، تغذیه با شیر مادر، محافظت از عفونت، تحریکات مثبت، ایمنی و محبت است.

^۱ Low birth weight

۲- ۱ مراقبت مادرانه آغوشی چیست و چرا اهمیت دارد؟

مراقبت مادرانه آغوشی نوعی مراقبت از نوزادان نارس است که در آن نوزاد در تماس پوست به پوست با مادر حمل می‌شود.

روشی قابل استفاده، آسان و مؤثر برای ارتقای سلامتی و بهداشت نوزادان نارس تا به سطح نوزادان ترم برسند. ویژگی‌های اصلی این روش عبارتند از:

- ❖ تماس پوست به پوست زود هنگام طولانی مدت و مداوم بین مادر و نوزاد.
- ❖ تغذیه انحصاری با شیر مادر (بطور ایده‌آل).
- ❖ قابل اجرا بودن در بیمارستان و امکان ادامه آن در خانه.
- ❖ امکان ترخیص زودتر نوزادان کوچک.
- ❖ حمایت و پیگیری مناسب مادران در خانه.
- ❖ روشی مؤثر و مناسب برای جلوگیری از بیقراری است که به طور معمول در بخش‌های نوزادان نارس شلوغ تجربه می‌شود.

این روش برای اولین بار توسط ری و مارتینز^۱ در بوگوتای کلمبیا معرفی شد.^۹ این روش به عنوان جایگزینی برای مراقبت انکوباتوری ناقص و نامناسب از نوزادان نارس که بر مشکلات اولیه فائق آمده بودند و فقط نیازهای تغذیه‌ای و رشدی داشتند اجرا شد. تقریباً دو دهه تحقیقات و تجربه نشان داده است که کاربرد مراقبت آغوشی فراتر از یک جایگزین برای مراقبت انکوباتوری است. این روش نشان داده که برای کنترل حرارت، تغذیه با شیر مادر و رابطه بین مادر و نوزادان تازه متولد شده بدون توجه به وضعیت، وزن، مدت حاملگی و شرایط کلینیکی مؤثر است.^{۱۰،۱۱}

بیشتر تجربیات و تحقیقات منتشر شده در مورد مراقبت آغوشی، از مراکز بهداشت و مکانهایی که مراقبت به کمک کادر بهداشتی ماهر به اجرا درآمده، جمع‌آوری شده است. وقتی یک مادر از نظر مراقبت نوزاد اطمینان پیدا کرد، این روش در خانه تحت راهنمایی و با ملاقاتهای مکرر برای پیگیری تخصصی ادامه می‌یابد.

شواهد دال بر مؤثر و ایمن بودن مراقبت آغوشی فقط در مورد نوزادان نارس بدون مشکلات درمانی، در دسترس است؛ یعنی نوزادانی که به اصطلاح پایدار و طبیعی نامیده می‌شوند. تحقیقات و تجربیات نشان می‌دهد که:

- ❖ مراقبت آغوشی با توجه به آمار مرگ و میر، از نظر شرایط ایمنی و حمایت حرارتی حداقل با مراقبت مرسوم (انکوباتوری) مساوی است.
- ❖ مراقبت آغوشی از طریق تسهیل شیردهی فواید قابل ملاحظه‌ای در بیماریهای شدید دارد.
- ❖ مراقبت آغوشی به روند عاطفی مراقبت نوزاد و تماس بهتر بین مادر و نوزاد در جوامع غنی و فقیر کمک می‌کند.^{۱۲،۱۳}
- ❖ مراقبت آغوشی در هر شرایطی یک روش پیشرفته مراقبت است حتی در جایی که فن‌آوری پرهزینه و مراقبتهای کافی قابل دسترس‌اند.
- ❖ مراقبت آغوشی هرگز در خانه ارزیابی نشده است.

تحقیقات و مطالعات تجربی جاری، استفاده مؤثر از این روش را در شرایطی که مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU) یا سیستم انتقال در دسترس نیست و کارکنان بهداشتی برای مراقبت آغوشی به طور صحیح تعلیم دیده‌اند، بررسی می‌کند. در این شرایط مراقبت آغوشی قبل از پایدار شدن نوزاد نارس ممکن است، بهترین تغییرات را در میزان بقاء نشان دهد.^{۱۴،۱۵}

این راهنما به آشنایی با مراقبت آغوشی به عنوان تسهیل کننده سلامتی و ادامه آن در خانه به موازات استفاده از خدمات بهداشتی می پردازد (مراقبت آغوشی خانگی). مراقبت آغوشی مشروح در این کتاب تماس پوست به پوست مداومی را پیشنهاد می کند که ممکن است در همه وضعیتها و شرایط امکان پذیر نباشد. اصول و تمرین های عمده مراقبت آغوشی در این کتاب برای تماس پوست به پوست متناوب نیز معتبر هستند، مراقبت مناسب برای نوزادان در مواقع جدایی از مادر نیز پیشنهاد می گردد. معلوم شده است که اگر تماس پوست به پوست متناوب بوسیله مراقبت صحیح انکوباتوری کامل شود، سودمند خواهد بود.¹⁶

راهنمای مراقبت پوست به پوست ممکن است برای گرم کردن مجدد نوزادان هیپوترم یا گرم نگهداشتن آنها در طول جابجایی به مراکز ارجاعی استفاده شود.

۳- ۱ موضوع علمی "مراقبت آغوشی" درباره چیست؟

این مبحث روش مراقبت آغوشی را برای مراقبت از نوزادان نارس و کم وزن پایدار (نوزادانی که می توانند از طریق هوا تنفس کنند و مشکلات حاد سلامتی ندارند) و نوزادانی که به حمایت حرارتی یا تغذیه مناسب، نظارت مکرر و محافظت در مقابل عفونتها نیاز دارند شرح می دهد.

این کتاب راهکارهایی را در مورد نحوه سازماندهی مراقبت آغوشی در بیمارستانهای ارجاعی و آن چه برای شروع و انجام مراقبت آغوشی مورد نیاز است بیان می کند، با تمرکز بیشتر بر کشورهایی که از محدودیت منابع رنج می برند. تا جایی که امکان داشته برای هر کدام از پیشنهادها شواهد لازم ارائه شده است.¹؛ هر چند برای خیلی از موارد بویژه در موارد مداخلات ثانویه، مدارک بی نقص در دیگر سطوح مراقبتی در دسترس نمی باشد. در این موارد کتاب به تجربیات شاغلین بهداشتی می پردازد که مراقبت مادرانه آغوشی را سالها با دقت زیاد انجام داده اند.

در مورد توصیه و حمایت از تغذیه با شیر مادر باید به «توصیه های تغذیه با شیر مادر: دوره ای آموزشی برای کارآموزان»ⁱ مراجعه کنید.¹⁹ در مورد HIV و تغذیه نوزاد به «دستورات HIV و تغذیه نوزاد: دوره آموزشی برای کارآموزان»ⁱⁱ مراجعه شود.²⁰

برخورد با مشکلات پزشکی نوزادان کوچک موضوع این راهنما نمی باشد برای دسترسی به اینگونه راهنمائیها می توانید به کتابهای موضوعی یا دستورات WHO مراجعه کنید در ضمن کتاب «درمان بیماری های نوزادان: راهنمایی برای پزشکان، پرستاران و ماماها» اخیرا توسط سازمان بهداشت جهانی انتشار یافته است.⁵⁶

۴- ۱ این مطلب علمی برای چه کسی است؟

این راهنما برای کارکنان بهداشت و درمان (مانند ماماها، پزشکان و بهورزان) که در ارتباط با اولین ویزیت نوزادان کم وزن و نارس در شرایطی با امکانات محدود هستند فراهم شده است.

این راهنما برای همه مراقبین بهداشتی نیست بلکه دستورات عملی برای کارکنان بهداشتی است که باید با توجه به شرایط مختلف و بطور منطقه ای فراهم شود.

ⁱ Breastfeeding Counselling: A Training Course -Trainer's Guide

ⁱⁱ HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course -Trainer's Guide

همچنین باید تصمیم گیرندگان و طراحان در سطوح ملی و محلی شناخته شوند. و برای این کار نیازمند آن هستیم که بدانیم آیا مراقبت آغوشی با نیازهای سیستم بهداشتی مورد نظر سازگار و عملی است؟ و نیز در صورت نیاز برای بهبود آن چه باید کرد؟

۵ - ۱ چگونه از این مطلب علمی (مراقبت آغوشی) استفاده شود ؟

دستورالعملهای مراقبت آغوشی باید با شرایط ویژه و امکانات موجود، در سطوح ملی و محلی وفق داده شود. این دستورات می‌تواند برای توسعه سیاستهای ملی و محلی استفاده شود و نیز راهنمائیها و دستورالعملها می‌توانند با این موارد تعلیمی توسعه یابند. این مطلب همان طوری که از آن برمی‌آید نمی‌تواند برای اهداف آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. موارد دیگر آموزشی و فعالیتی مانند حمایت از تغذیه با شیر مادر، مشاوره HIV و تغذیه نوزاد مستلزم بدست آوردن مهارتهای ضروری دیگر هستند. امیدواریم که مراکز دانشگاهی این مهارتها را در آموزشهای خود بگنجانند.



۲. شواهد

این فصل شواهد مراقبت آغوشی را در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته با توجه به میزان مرگ و میر؛ تغذیه با شیر مادر و رشد؛ کنترل دما و متابولیسم و موارد دیگر مرور می‌کند. تجربه مراقبت آغوشی توسط چندین نویسنده^{12,13,16,21,22} و در یک مرور سیستماتیک، بازبینی شده است.²³ ما همچنین مدارکی در مورد قابلیت پذیرش مراقبت برای مادران و پرسنل بهداشتی ارائه می‌دهیم.

حال آنکه مرور شواهد، صرف‌نظر از پی‌آمدها، آشکار می‌کند که دو متغیر اساسی اهمیت فراوانی در مراقبت آغوشی دارند که باید مورد تأکید قرار گیرد: زمان شروع مراقبت مادرانه آغوشی و طول زمان تماس پوست به پوست روزانه و کلی. زمان شروع مراقبت آغوشی در مطالعات مورد بررسی از لحظه تولد تا چند روز پس از تولد متغیر است. شروع تأخیری مراقبت آغوشی مستلزم آن است که نوزادان نارس و کم وزن قبلاً به حداکثر مشکلات برای حفظ سلامتی خود فائق آمده باشند.

مدت زمان تماس پوست به پوست روزانه از چند دقیقه (به عنوان مثال بطور متوسط ۳۰ در روز) تا ۲۴ ساعت شبانه روز و از چند روز تا چندین هفته متغیر است. هر چه مدت مراقبت، طولانی باشد پیامدهای احتمالی مراقبت آغوشی بیشتر مشاهده خواهد شد. گذشته از آن اگر زمان دوره مراقبت آغوشی طولانی شود مراقبت مادر نقش بسیار قدرتمندتر و برجسته‌تری از مراقبت‌های پرستاری یا انکوباتوری مرسوم ایفا خواهد کرد.

بعضی از متغیرهای دیگر که ممکن است بر اجرای مراقبت آغوشی تأثیرگذار باشد:

- ❖ وضعیتی که نوزاد در آن قرار داده می‌شود.
- ❖ تغییرات نوع و روش تغذیه.
- ❖ زمان ترخیص از واحد درمانی و آغاز مراقبت در خانه.
- ❖ شرایط ترخیص.
- ❖ میزان حمایت ارائه شده به مادران و خانواده‌ها بعد از ترخیص از واحد درمانی و پیگیری آن.

عوامل زیاد دیگری (مانند شرایط اجتماعی، مراقبت بهداشتی و محیط، خدمات ویژه مراقبت آغوشی) ممکن است در اثرات مثبت مشاهده شده در مطالعات مراقبت آغوشی دخیل باشد. جدا کردن اثرات این عوامل از اثرات مراقبت آغوشی بسیار مهم است. در زیر ضمن مرور شواهد سعی می کنیم این عوامل را ذکر کنیم. درمورد ارتباط مراقبت آغوشی در زمینه شیوع HIV بالا بین مادران مطالعه منتشر شده ای یافت نشده است.

۱-۲ آمار مرگ و میر

کارآزمایی بالینی

سه کارآزمایی بالینی تصادفیⁱ مراقبت آغوشی را با روش مراقبتی مرسوم که در کشورهای کم درآمد اجرا می شد مورد مقایسه قرار داد²⁴⁻²⁶. نتایج حاکی از آن بود که بین نوزادان دو گروه از نظر میزان بقا اختلافی وجود نداشت. تقریباً همه موارد مرگ و میر در این سه آزمون قبل از دارا بودن شرایط، یعنی قبل از اینکه نوزادان کم وزن پایدار شده و در این تحقیق شرکت داده شوند، اتفاق افتاده بود. نوزادانی که زیر ۲۰۰۰g وزن داشتند در یک دوره متوسط ۱۴-۳ روزه از مراقبت مرسوم در یک بیمارستان سطح سوم شرکت داده شدند. در ۲ مورد از مطالعات²⁴⁻²⁶ نوزادان مراقبت آغوشی در بیمارستان می ماندند تا وقتی که آنها همانند نوزادان گروه کنترل معیارهای معمول برای ترخیص را به دست آورند. در حالی که در مطالعه سوم زودتر و به شرط پیگیریهای سرپایی مرخص می شدند²⁵. دوره های پیگیری به ترتیب یک²⁶، شش²⁴ و دوازده ماه²⁵ ادامه یافتند.

کارآزمایی بالینی تصادفی اجرا شده در اکوادور بوسیله اسلوانⁱⁱ و همکارانش نشان داد که بیماریهای شدید بین نوزادان مراقبت مادرانه آغوشی (۵٪) کمتر از نوزادان گروه کنترل است (۱۸٪)²⁴. تعداد نمونه مورد نیاز برای آن مطالعه ۳۵۰ مورد برای هر گروه و در مجموع ۷۰۰ نوزاد بود، اما فقط ۶۰۳ نوزاد مورد آزمایش قرار گرفتند. در حقیقت، زمانی که در میزان بیماریهای شدید اختلاف ظاهر شد نمونه گیری متوقف شد. مطالعات کنترل شده دیگری در کشورهای کم درآمد انجام شد که تفاوت مهمی در آمار بیماریهای شدید نشان نداد، اما عفونتهای بیمارستانی کاهش یافته بود و بستری مجدد در گروه مراقبت آغوشی کمتر مشاهده شد. کامبارامیⁱⁱⁱ و همکارانش از زیمبابوه از کاهش عفونتهای بیمارستانی گزارش دادند²⁷. کشورهای پر درآمد تغییری در آمار مرگ و میر گزارش نکردند. در هر صورت، ارتباطی بین افزایش خطر عفونت و تماس پوستی²⁴⁻²⁷ وجود ندارد و این کاملاً مشهود است.

مطالعات تجربی نشان داد که مراقبت مادرانه آغوشی می تواند به کاهش مرگ و میر نوزادان نارس و کم وزن کمک کند. ری^{iv} و مارتینز^v در توجیهات قبلی خویش از افزایش بقا ۷۰٪-۳۰٪ بین نوزادان ۱۰۰۰g و ۱۵۰۰g خبر دادند. به هر حال تفسیر نتایج مشکل است، زیرا صورت و مخرج کسرها و پیگیری در گروه مراقبت آغوشی نسبت به گروههای کنترل شده واقعی مختلف است²⁸. برگمن^{vi} و جوریسو^{vii} در یک مطالعه دیگر که با گروه کنترل تاریخی در یک بیمارستان صحرایی دوردست در زیمبابوه بدون مراقبت انکوباتوری انجام دادند،¹⁴ افزایش بقا بیمارستانی ۵۰٪-۱۰٪ را در نوزادان کمتر از ۱۵۰۰g و افزایش ۹۰٪-۷۰٪ در نوزادان بین ۱۵۰۰g تا ۱۹۹۹g گزارش کردند. نتایج مشابهی نیز در یک بیمارستان دیگر در نزدیکی موزامبیک گزارش شد.¹⁵ اختلاف در زمان بقا شاید نتیجه بعضی از متغیرهای کنترل نشده باشد. مطالعاتی در زیمبابوه

ⁱ Randomized Controlled Trials (RCT)

ⁱⁱ Sloan

ⁱⁱⁱ Kambarami

^{iv} Rey

^v Martinez

^{vi} Bergman

^{vii} Jurisoo

و موزامبیک در بیمارستانی با منابع بسیار محدود انجام گرفت که در این بیمارستان مراقبت آغوشی را خیلی زودتر و قبل از اینکه نوزادان نارس و کم وزن پایدار شده باشند به کار گرفتند. در مطالعات پیشین ری و مارتینز، مراقبت آغوشی دیرتر و بعد از پایداری نوزادان انجام گرفته بود. در هر دو مورد فوق تماس پوست به پوست تقریباً به مدت ۲۴ ساعت ادامه داشت. چارپاک^۱ و همکارانش در ۲ دسته مطالعه کوهورت که در بوگوتای کلمبیا^{۲۹} انجام دادند با میزان بالایی از مرگ خام در گروه مراقبت آغوشی مواجه شدند (۰٫۶ الی ۵۸ : CI ; Relative risk = 1.9) اما نتایج آنها بعد از همکاری با مراقبت آغوشی برای تطبیق وزن تولد و سن حاملگی تغییر یافت. (۰٫۲ الی ۱٫۲ : CI ; 95 % Relative risk = 0.5) به هر حال، تفاوتها از نظر آماری معنی دار نبودند. دو دسته نمونه‌گیری در دو بیمارستان سطح سوم اختلافات زیاد اقتصادی و اجتماعی را نشان داد. همچنین مراقبت آغوشی بعد از پایداری و در ۲۴ ساعت شبانه روز به کار گرفته شد. در یک کارآزمایی کنترل شده غیر تصادفی در سومین بیمارستان در زیمبابوه اختلاف جزئی در میزان بقا به نفع نوزادان مراقبت آغوشی وجود داشت که ممکن است ناشی از اختلاف در تغذیه باشد^{۲۷}.

نتیجه

شواهد موجود نشان می‌دهد که اگر چه مراقبت آغوشی میزان بقا را ضرورتاً بهبود نمی‌بخشد، اما آن را کاهش هم نمیدهد. بعد از پایداری، تفاوتی از لحاظ میزان بقا بین مراقبت آغوشی و مراقبت مرسوم خوب وجود ندارد. این فرضیه که اگر مراقبت آغوشی قبل از پایداری به کار گرفته شود میزان بقا را بهبود می‌بخشد، به پیگیری بیشتر با مطالعات صحیح نیاز دارد. اگر چنین تأثیری بر زمان بقا وجود داشته باشد ثابت کردن آن در شرایط بد اقتصادی، جایی که مرگ و میر بالا است، مشخص‌تر و آسان‌تر خواهد بود.

همانطور که در مورد تأثیر مفید مراقبت آغوشی بر مرگ و میر مدارکی قوی وجود ندارد، مدارکی مبنی بر مضر بودن آن نیز وجود ندارد. علاوه بر مدارک کمی که قبلاً چاپ شده است.^{۱۴-۱۵} نتایج اولیه بعضی بررسی‌ها روی تعداد کمی از نوزادان مبتلا به دیسترس تنفسی ملایم، نشان می‌دهد که تماس پوست به پوست زود هنگام ممکن است تأثیرات مفیدتری داشته باشد.^{۳۰}

یک هشدار درباره ترخیص: نوزادان مراقبت مادرانه آغوشی که در ماه هائی سرد مرخص می‌شوند ممکن است نسبت به نوزادان مرخص شده در ماه هائی گرم بیشتر مستعد ابتلا به بیماری‌های شدید بویژه عفونتهای دستگاه تنفسی تحتانی باشند.^{۳۱} پیگیری دقیق‌تر در چنین مواردی ضروری است.

باید توجه کرد که همه مطالعاتی که تاکنون در بیمارستانهای مجهز انجام گرفته است، هنوز بطور بحث‌انگیز بیان می‌کند که بهترین اثر مراقبت آغوشی در شرایطی با امکانات محدود احساس خواهد شد. تحقیقات در این زمینه بسیار ضروری است. ضمناً به نظر می‌رسد در جاهائی که مراقبت مرسوم کمتر در دسترس است، مراقبت آغوشی جانشینی ایمن باشد و احتمال افزایش خطر مرگ و میر در آن کمتر می‌باشد.

تغذیه با شیر مادر

دو کارآزمایی کنترل شده تصادفی و یک مطالعه کوهورت انجام شده در کشورهای کم درآمد تأثیر مراقبت آغوشی را بر تغذیه با شیر مادر نشان می‌دهد. در هر سه مطالعه مشخص شد که این روش‌ها، رواج تغذیه با شیر مادر مدت آن را افزایش می‌دهد.^{25,26,29} شش مطالعه دیگر نیز که در کشورهای پر درآمد صورت گرفته، جایی که تماس پوست به پوست دیرتر و فقط برای زمان محدودی در روز به کار گرفته شد، نشان می‌دهد که مراقبت آغوشی تأثیر مثبتی بر تغذیه با شیر مادر دارد.^{۳۲-۳۷} نتایج همه این مطالعات در جدول ۱ خلاصه شده است.

به نظر می‌رسد که مراقبت آغوشی و تماس پوست به پوست برای تغذیه با شیر مادر سودمند باشد، در حالی که تغذیه نوزادان نارس و کم وزن با شیر مادر کمتر معمول است، بخصوص اگر آنها در انکوباتور با روش معمول توسط بطری تغذیه شوند. مطالعات دیگر نیز اثر مثبت تماس پوست به پوست را بر تغذیه با شیر مادر نشان داده است. بنابراین انتظار می‌رود که هر چه مراقبت آغوشی و تماس پوست به پوست زودتر شروع شود، اثر آن روی تغذیه با شیر مادر بیشتر باشد.

رشد

دو مطالعه کوهورت که در کلمبیا²⁹ انجام شد وزن‌گیری کندتری را در نوزادان گروه مراقبت آغوشی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد، این دو مطالعه همچنین تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی زیادی را نشان دادند. در کارآزمایی بالینی تصادفی²⁵ بعدی تفاوتی در رشد یک سالگی مشاهده نشد. در یک کارآزمایی بالینی تصادفی²⁶ دیگر نوزادان مراقبت آغوشی زمانی که در بیمارستان مراقبت شده بودند وزن‌گیری روزانه نسبتاً بیشتری را نشان دادند. اما در تمام دوره مطالعه اختلافی بین رشد آنها و گروه کنترل وجود نداشت نتایج مشابهی نیز در مورد وزن روزانه در زیمبابوه مشاهده شد.²⁷

جدول ۱ - تأثیر مراقبت آغوشی روی تغذیه با شیر مادر

نوع مطالعه	مؤلف	سال	منبع	نتایج	مراقبت آغوشی	شاهد
RCT	Charpak et al.	1994	22	تغذیه انحصاری یا نسبی با شیر مادر در:		
				۱ ماهگی	93%	78%
				۶ ماهگی	70%	37%
				۱ سالگی	41%	23%
RCT	Charpak et al	1997	25	تغذیه انحصاری یا نسبی با شیر مادر در سه ماهگی	82%	75%
RCT	Cattaneo et al.	1998	26	تغذیه انحصاری با شیر مادر از زمان ترخیص	88%	70%
	Schmidt et al.	1986	32	حجم تغذیه روزانه	640ml	400ml
				تغذیه روزانه	12	9
	Whitelaw et al.	1988	33	تغذیه با شیر مادر در ۶ هفتگی	55%	28%
	Wahlberg et al	1992	34	تغذیه با شیر مادر در ترخیص	77%	42%
	Syfrett et al.	1993	35	شیردهی روزانه (۳۴ هفتگی سن حاملگی)	12	12
	Blaymore-Bier et al.	1996	36	تغذیه با شیر مادر: ترخیص	90%	61%
				۱ ماهگی	50%	11%
	Hurst et al.	1997	37	حجم روزانه در ۴ هفتگی	647ml	530ml
				تغذیه انحصاری با شیر مادر در ترخیص	37%	6%

مطالعات انجام شده در کشورهای²⁶ فقیر نشان می‌دهد که تماس پوست به پوست طولانی بین مادر و نوزاد نارس / کم وزن او که در مراقبت آغوشی انجام می‌شود، کنترل حرارتی مؤثری فراهم می‌کند و با کاهش خطر هیپوترمی همراه است. پدران نیز (علیرغم گزارشات اولیه از عملکرد بد آنها در کنترل حرارت³⁸) می‌توانند بطور مؤثر حرارت را در نوزادان تازه متولد شده³⁹ فراهم کنند.

تعداد ضربان قلب، تنفس، اکسیژناسیون، مصرف اکسیژن، گلوکز خون، الگوهای خواب و رفتارهای مشاهده شده در نوزادان نارس/کم وزن که به روش مراقبت آغوشی نگه داشته بودند وضعیتی مشابه یا بهتر از وضعیت نوزادان جدا شده از مادرشان را نشان می‌دهد.⁴⁰⁻⁴² تماس پوست به پوست بین مادر و نوزاد تأثیرات دیگری نیز دارد. برای مثال میزان کورتیزول بزاقی به عنوان مقیاسی از استرس احتمالی، در نوزادان مراقبت آغوشی کمتر است.⁴³ این مشاهده با گزارشات بسیار مهم و آشکار در مورد سلامتی نوزادان ترم ۹۰ دقیقه بعد از تولد و⁴⁴⁻⁴⁵ نوزاد نارس و پره‌ترم³³ وقتی آنها از مادرشان جدا شده‌اند مطابقت می‌کند.

۴- ۲ اثرات دیگر

مراقبت آغوشی هم به نوزادان و والدین آنها کمک می‌کند. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در این روش فشار روحی مادران کمتر از روش مراقبت مرسوم بوده است. مادران تماس پوست به پوست را به مراقبت مرسوم²⁶ ترجیح می‌دهند و نیز در کشورهای پر درآمد مادران احساس اعتماد به نفس بیشتر، عزت نفس و احساس رضایتمندی خود را ابراز کرده‌اند. آنها احساس توانمندی و اعتماد به نفس داشته‌اند و اظهار داشته‌اند که به این طریق می‌توانند کار مثبتی برای نوزادان نارس‌شان در شرایط و فرهنگهای مختلف انجام دهند.⁴⁶⁻⁴⁹ پدران نیز گفته‌اند که با انجام مراقبت آغوشی آنها احساس آرامش، راحتی و اطمینان داشتند. لذا مراقبت مادرانه آغوشی مادران را قادر می‌سازد که در رسیدگی و تغذیه نوزادان کم وزن و نارس‌شان اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند. تیزبیر^۱ و همکارانش با استفاده از اطلاعات کسب شده از کارآزمای بالینی تصادفی در کشور کلمبیا به این نتیجه رسیدند که مراقبت آغوشی باید بلافاصله بعد از تولد شروع شود. زیرا طرز نگهداشتن نوزاد را بهبود می‌بخشد و احساس اطمینان مادران را افزایش می‌دهد.⁵⁰

مراقبت آغوشی مورد پذیرش کارکنان مراقبت بهداشتی نیز است و به نظر نمی‌رسد حضور مادران در مراقبت آغوشی مشکلی ایجاد کند. اکثر کارکنان بهداشتی مراقبت آغوشی را مفید می‌دانند. آنها ممکن است فکر کنند که مراقبت انکوباتوری مرسوم مراقبت بهتری را از نوزادان کم وزن بیمار و نارس فراهم می‌کند، اما به افزایش بیماری ناشی از عفونتهای بیمارستانی و جدا شدن نوزادان از مادرشان نیز اعتراف دارند و مراقبت آغوشی را برای نوزادان کم وزن / نارس خودشان ترجیح خواهند داد.²⁶

سرمایه‌گذاری و هزینه‌های تکراری کمتر، مزیت دیگر مراقبت آغوشی است و می‌تواند باعث صرفه جویی در بیمارستانها و سیستمهای مراقبتی بهداشتی در کشورهای کم درآمد شود. این صرفه جوئی ممکن است؛ کاهش هزینه سوخت، مصرف برق، حفظ و تعمیر تجهیزات²⁶ و کاهش احتمالی هزینه‌های کارکنان را شامل شود. زیرا مادران بخش زیادی از مراقبت را تأمین می‌کنند. مقایسه انجام شده در اکوادور، هزینه پایین در این روش نسبت به مراقبت انکوباتوری مرسوم، برای هر نوزاد نشان داده است که تا اندازه‌ای با کاهش بستری مجدد در بیمارستان ارتباط دارد. این امر که احتمالاً تا حدی نتیجه کوتاه شدن زمان بستری نوزادان مراقبت آغوشی در بیمارستان است، هم در کشورهای غنی و هم در کشورهای فقیر گزارش شده است.

۵- ۲ تحقیقات لازم

شواهد بیشتری در مورد برتری مراقبت مادرانه آغوشی نسبت به دیگر روشهای مراقبت مورد نیاز است. مخصوصاً، در موارد:

- ❖ مؤثر و سالم بودن مراقبت آغوشی قبل از وضعیت مخاطره آمیز در شرایطی با منابع محدود (برای مثال بدون انکوباتورها و دیگر فن آوریهای گران).
 - ❖ تغذیه با شیر مادر و مکمل های غذایی در نوزادان کم وزن با سن حاملگی زیر ۳۲ هفته.
 - ❖ روشهای ساده و معتبر برای کنترل بهتر نوزادان مراقبت آغوشی خصوصاً از لحاظ تنفس و تغذیه.
 - ❖ مراقبت آغوشی در نوزادان نارس کم وزن با وزن کمتر از ۱۰۰۰g و نوزادان تازه متولد شده که بیماری خطرناک دارند.
 - ❖ مراقبت مادرانه آغوشی در شرایط خیلی ویژه، آب و هوای سرد یا در اردوگاه های پناهندگی.
 - ❖ موانع مدیریتی و فرهنگی که ممکن است مراقبت آغوشی را به تأخیر بیندازد و مداخلاتی که ممکن است آن را خصوصاً در شرایطی با منابع محدود بهتر ترویج دهد.
 - ❖ اجراء مراقبت آغوشی در مورد نوزادان نرسی که بدون کمک افراد آموزش دیده در خانه متولد شده اند و امکان انتقال به مراکز سطح بالاتر سیستم ارجاء وجود ندارد.
- مورد آخر ممکن است عمده ترین علت مرگ و میر دوره پری ناتال و نوزادی باشد. نمونه های فواید مراقبت آغوشی برای نوزادان کم وزن و نارس متعلق به آنهایی است که بعد از تولد از یاری تسهیلات بهداشتی برخوردارند و می توانند از پیگیریهای دقیق در خانه بهره مند شوند نه آنهایی که در خانه متولد می شوند. برای تأیید ایمن و مناسب بودن مراقبت آغوشی خانگی برای نوزادان متولد شده در خانه شواهد علمی روشنی مورد نیاز است. به هر حال شواهدی مبنی بر اینکه چنین مراقبتهایی نسبت به روشهای متداول مضر یا کم اثر باشد وجود ندارد، که این معقول به نظر می رسد. مگر اینکه تحقیقات بعدی روشن کند که برای نوزادان کم وزن و نرسی که در خانه متولد شده اند یا نمی توانند در بیمارستان باشند، روشهای دیگر مراقبت خانگی، نسبت به پیشنهاد مراقبت آغوشی مؤثرتر هستند. البته اگر چنین پیشنهادی ارائه شود، باید فرهنگ و فعالیتهای محلی در بهبود مراقبتهای متولدین در خانه به کار گرفته شوند.
- اجرا مراقبت آغوشی در مورد نوزادان نرسی که بدون کمک افراد آموزش دیده در خانه متولد شده اند و امکان انتقال به مرکز سطح بالاتر سیستم ارجا وجود ندارد.



۳. نیازها

مهمترین منابع مراقبت آغوشی، مادران، کادر ماهر بهداشتی و محیطی حمایت کننده است. نیازمندیهای شرح داده شده در این فصل شامل سیاست گذاری، سازماندهی سرویس های خدماتی و سیستم پیگیری نوزاد، حمایت ها و تجهیزات مورد نیاز مادر و نوزاد و کارکنان درمانی ماهر برای بیمارستان است. بعضی از محدودیت های شایع در هنگام اجرای مراقبت آغوشی و راه حل های ممکن در ضمیمه ۳ بحث شده است.

نوزادان تازه متولد شده خیلی کوچک و آنهایی که مشکلاتی دارند در انکوباتورها بهتر مراقبت می شوند چون می توانند مراقبت و توجهات لازم را دریافت کنند. به محض اینکه وضعیت عمومی بهبود می یابد و نوزاد دیگر نیازی به مراقبت پزشکی ویژه ندارد، مراقبت آغوشی می تواند به سادگی، جهت گرم کردن، حفاظت نوزاد در برابر عفونتها، تغذیه کافی و رشد مطمئن نوزاد به عنوان روش انتخابی اجرا شود.

۱- ۳ ساختار و نحوه اجرا:

مراقبت مادرانه آغوشی می تواند در شرایط و امکانات متنوع و در سطوح مختلف مراقبت به اجرا درآید. مهم ترین شرایطی که چنین مراقبتی می تواند در آن اجرا شود در زیر شرح داده شده است:

امکانات زایمانی:

واحدهای کوچک زایمان با چندین زایمان در روز، واحدهایی که معمولاً بوسیله ماماها یا ماهر اداره می شوند و اغلب با فقدان پزشکان و کمبود تجهیزات ویژه (انکوباتورها و گرمازاهای تابشی) و ملزومات (O_2) داروها و شیر مصنوعی مخصوص نوزاد نارس) برای مراقبت از نوزادان کم وزن و نارس مواجه هستند. در صورت امکان چنین نوزادانی به سطح بالاتری از مراقبت ارجاع می شوند و گر نه نزد مادر باقی مانده و برای مراقبت در منزل ترخیص زود هنگام خواهند شد. هیپوترمی، عفونتها، مشکلات تغذیه و تنفس باعث افزایش آمار مرگ و میر این نوزادان می شود.

بیمارستانهای ارجاعی:

این طبقه شامل دامنه وسیعی از واحدهای مراقبتی ویژه در بیمارستانهای استانی و منطقه ای است. ترکیبی معمول از کادر ماهر (پرستاران متخصص، ماماها، متخصص زنان، پزشک اطفال و یا لاقط پزشکان مجرب) با تجهیزات پایه و تدابیری برای مراقبت ویژه از نوزادان تازه متولد شده می باشد. ولی در حقیقت کارکنان و تجهیزات اغلب بطور مختصر تأمین می شوند: پزشکان لایق ممکن است فقط چند ساعت در روز در دسترس باشند، نوزادان تازه متولد شده نارس اغلب در بخش های

بزرگ و گاهی نیز همراه با بیماران مسن نگهداری می شوند. مادران نیز نمی توانند در کنار نوزادانشان بمانند و آنها هم با مشکلات مختلفی جهت نگهداری و شیردهی مواجه هستند. همچنین ممکن است آمار مرگ و میر به همین دلایل افزایش یابد و انصراف از مراقبت آغوشی مسأله عادی باشد.

در مقایسه با دو نوع مذکور طیفی از مؤسسات پزشکی وجود دارد که در آن کارکنان بهداشتی ماهر می توانند مراقبت آغوشی را اجرا کنند.

۲-۳ سیاست گذاری

به اجرا در آوردن مراقبت آغوشی و دستورالعمل اجرایی آن نیاز به تسهیل مدیریت بهداشتی حمایت کننده در همه سطوح خواهد داشت، که شامل مدیر بیمارستان و متصدیان بهداشتی در سطوح ناحیه ای، محلی و استانی است. با یک سیاست ملی واحد می توان مطمئن بود که اجرای مراقبت آغوشی به صورت اقدام یافته، یکپارچه و موثر در سیستم بهداشتی، آموزشی و درمانی کشور به اجرا در خواهد آمد.

بهتر است نوزادان نارس در بیمارستانهایی متولد شوند که امکانات مناسب، برای نیازهای مراقبتی ویژه و درمان عوارض شایع نوزاد نارس وجود داشته باشد. چنانچه وقتی قرار است نوزادی نارس به دنیا بیاید، قبل از تولد، مادر به چنین بیمارستانهایی انتقال یابد. در صورت نبود امکان انتقال مادر، نوزاد خیلی کوچک یا نوزاد نارس مشکل دار باید در اولین فرصت به جایی که امکانات وجود دارد، منتقل شود. برای اطمینان از سلامتی نوزادان باید سیستمهای ارجاعی سازماندهی شوند.

استانداردهای ملی و دستورالعملهای مراقبت از نوزادان کوچک پس از غلبه آنها بر مشکلات اولیه، به توسعه نیاز خواهند داشت. استانداردها باید شامل ملاکهای روشن برای کنترل و ارزیابی باشند. و این توسعه می تواند با همکاری گروههای شغلی و مشارکت خانواده ها بسیار مطلوب باشد. بعلاوه اگر تدابیر ملی و راهنمائیها بطور روشن بیان شوند دستورالعملهای محلی برای اجرا آسانتر خواهند شد.

کنترل مداوم و ارزیابی منظم مطابق با ملاکهای پذیرفته شده به بهبود تجربه ها و طرحها و تحقیقات مؤثر در اصلاح روش کمک خواهد کرد.

هر مؤسسه بهداشتی که مراقبت آغوشی را به اجرا در آورد باید برنامه مکتوب و روش های متناسب با موقعیتهای محلی و فرهنگی داشته باشد، اگر چنین خط مشی ها و دستورالعملهایی بوسیله اجماع و جذب عمومی و کارکنان تأیید شود و بر اساس دستورالعملهای بین المللی و ملی باشد، مؤثرتر خواهد بود. دستورالعمل باید مراقبت آغوشی را طوری که در اینجا مدنظر است و با رعایت اصل پیگیری پوشش دهد. این دستورالعمل همچنین می تواند با در نظر گرفتن دستورات ذکر شده در مورد مشکلات عمومی (نظیر بهداشت کارکنان و مادران) یا مشکلات عادی در نوزادان نارس (پیشگیری و درمان عفونت) تکمیل شود. بعد از معرفی دستورالعمل مراقبت آغوشی، ملاقات ماهانه با کارکنان برای بحث و تجزیه و تحلیل اطلاعات و مشکلات و در صورت نیاز اصلاح دستورالعمل، مفید خواهد بود.

۳-۳ کارکنان

مراقبت آغوشی در مقایسه با مراقبت مرسوم به کارکنان بیشتری نیاز ندارد. کارکنان موجود (پزشکان و پرستاران) باید با آموزش های اولیه در مورد تغذیه با شیر مادر آشنا باشند و در مورد جنبه های مختلف مراقبت آغوشی که در زیر شرح داده شده است آموزش های کافی دیده باشند:

❖ زمان و نحوه شروع مراقبت مادرانه آغوشی.

- ❖ وضعیت قرارگیری نوزاد در حین تغذیه.
 - ❖ تغذیه نوزاد کم وزن و نارس.
 - ❖ تغذیه با شیر مادر.
 - ❖ روشهای تغذیه جایگزین تا زمانی که تغذیه با شیر مادر ممکن شود.
 - ❖ دخالت دادن مادر در همه جوانب مراقبت نوزاد، شامل کنترل اساسی علائم حیاتی و شناختن علائم خطرناک.
 - ❖ عملکرد مناسب و به موقع هنگام بروز مشکل و نگرانی.
 - ❖ تصمیم‌گیری برای ترخیص.
 - ❖ قابلیت تشویق و حمایت مادر و خانواده.
- همه بیمارستانها باید برنامه‌ای برای ادامه آموزش در سطح مراقبت آغوشی و تغذیه با شیر مادر داشته باشند. دانشکده‌های پرستاری و پزشکی باید در صورت امکان مراقبت مادرانه آغوشی را در برنامه آموزشی خود بگنجانند.

۴- ۳ مادر

تحقیقات و تجربیات نشان می‌دهد که مادران به محض آشنایی با مراقبت آغوشی به آن علاقمند می‌شوند. لذا به محض تولد نوزاد باید در مورد مراقبت آغوشی با مادر صحبت شود و زمانی که نوزاد نارس آماده مراقبت آغوشی می‌شود بعنوان روشی جایگزین روشهای مرسوم به مادر توضیحات لازم داده شود از آنجائی که این امر به حضور مداوم مادر نیاز دارد، شرح مزیت هر روش به او و بحث در مورد امکان انتخاب نوع مراقبت نوزاد، بسیار سودمند خواهد بود مادر باید فرصت کافی داشته باشد تا در مورد این روش با خانواده‌اش صحبت کند زیرا برای او ضروری است که به مدت زیادی در بیمارستان بماند و این روش را در خانه ادامه داده، برای ویزیت‌های مداوم مراجعه کند. در صورت بروز مشکل، و قبل از رها کردن مراقبت آغوشی با خانواده‌اش صحبت کرده و راه حلی برای آن مشکل پیدا کند. مادر همچنین باید بوسیله کادر بهداشتی حمایت شود تا بتدریج خود مسئولیت نگهداری از نوزاد کوچکش را برعهده بگیرد.

از نظر تئوری اجرای کامل مراقبت آغوشی توسط یک مادر جانشین (به عنوان مثال: مادر بزرگ) امکان پذیر اما عملی کردن آن سخت است.

۵- ۳ امکانات، تجهیزات و تمهیدات

مراقبت آغوشی به امکانات خاصی نیاز ندارد، اما تدابیری ساده می‌تواند راحتی مادران را بیشتر کند.

نیازهای مادر

دو یا چهار اتاق خواب با اندازه مناسب که مادران بتوانند شب و روز آنجا باشند، با نوزادشان زندگی کنند، تجربه مشترک کسب کنند و حمایت و همراهی شوند و در عین حال بدون مزاحمت دیگران ملاقاتهای شخصی داشته باشند. اتاقها باید دارای تختهای راحت و صندلیهایی قابل تنظیم برای مادران و بالشهای کافی باشند تا هنگام استراحت و خواب وضعیتهای نشسته یا نیمه خم شده به پشت ممکن باشد. وجود پرده در یک اتاق با تختهای متعدد، در ایجاد محیطی خصوصی برای مادر کمک کننده خواهد بود. اتاق باید برای نوزادان کوچک گرم نگه داشته شود (۲۴ - ۲۲ سانتی گراد) همچنین مادران، به امکانات حمام مانند: آب لوله‌کشی، صابون و حوله نیاز دارند، آنها باید وعده‌های غذایی مغذی و مکانی مناسب برای خوردن

همراه نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی داشته باشند. اتاق کوچک و گرم دیگری نیز برای گفتگوهای شخصی و موضوعات خصوصی و همچنین معاینه نوزادان نیاز است. امکان ملاقات باید برای پدران و دیگر اعضای خانواده به راحتی میسر باشد. حمام روزانه و شستشو برای بهداشت مادر کافی است. شستن درست دستها بعد از استفاده از دستشوئی و بعد از عوض کردن نوزاد باید مورد تأکید قرار گیرد. مادران باید فرصتی برای تعویض و یا شستن لباس هایشان در طول انجام مراقبت آغوشی داشته باشند.

جهت پیشگیری و یا کاهش محدودیتهای اجتناب ناپذیر دوری از خانه و حضور در مرکز درمانی در طول مراقبت آغوشی می توان فعالیتهای تفریحی، آموزشی و حتی درآمدزا برای مادران ترتیب داد. باید سکوت حفظ شود از ایجاد مزاحمت برای نوزادان جلوگیری شود.

در طول مدت روز در مرکز درمانی مادران اجازه حرکت آزادانه را در اطراف و در صورت امکان در باغ داشته باشند مشروط بر اینکه به تدابیر مراقبتی بیمارستان احترام بگذارند و نوزادشان را به خوبی شیر دهند. کادر بیمارستان باید از یک دوره طولانی اقامت مادر در بیمارستان و ملاقاتهای مکرر بعد از ترخیص، برای انجام فعالیتهای آموزشی سلامت مادر و نوزادان، استفاده نمایند.

در زمان اجرای مراقبت آغوشی مادران باید از سیگار کشیدن منع شوند و در تلاش برای ترک سیگار حمایت شوند، حتی نباید به ملاقات کنندگان اجازه داده شود که در حضور نوزادان سیگار بکشند و اگر لازم باشد این تدابیر حالت اجباری داشته باشد. باید در بیمارستان پدران و سایر اعضای خانواده اجازه ملاقات داشته باشند و برای این کار تشویق شوند. آنها می توانند گاهی به عنوان جایگزین جهت ایجاد تماس پوست به پوست، مراقبت آغوشی به مادران کمک کنند تا مادر نیز بتواند کمی استراحت کند.

مادران باید در مواقع شیردهی، انجام کارهای بهداشتی - شخصی و در طول ملاقات در محیط خلوت و آرامی باشند.



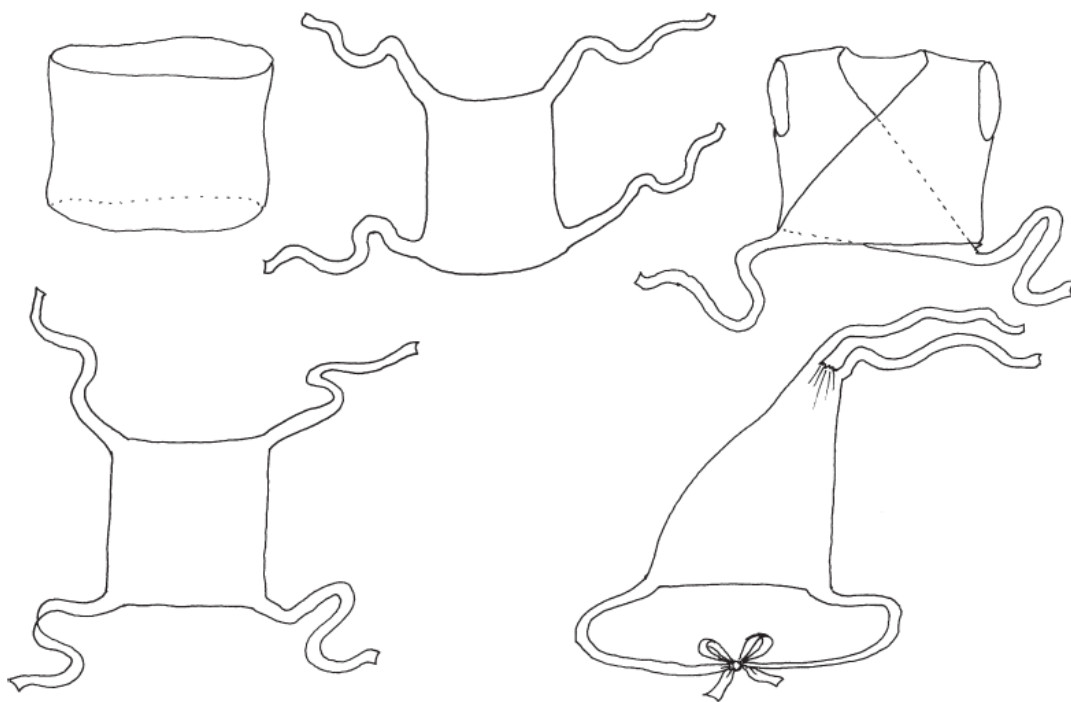
تصویر ۱: نگه داشتن نوزاد در حالت بسته شده به سینه

پوشش مادر

مادر می‌تواند آنچه را که در دمای معمولی به نظر راحت و گرم می‌رسد بپوشد تا پوششی سازگار با نوزاد فراهم شود به عنوان مثال: برای این که بتواند نوزاد را در تماس با پوست راحت و محکم نگهدارد لباس ویژه‌ای نیاز نیست مگر در مورد انواع شکل سستی که خیلی سفت هستند.

پوشش نگه دارنده نوزاد

این تنها مورد ویژه است که برای مراقبت آغوشی ضروری است و مادران را در محکم بستن نوزادانشان به سینه خود یاری می‌کند (تصویر ۱). جهت شروع، پارچه ای نرم به اندازه ۱ متر مربع به صورت مورب تا زده شود و با یک گره محکم شود یا اینکه زیر بغل مادر بسته شود. بعداً مادر می‌تواند به انتخاب خود این لباس را با یک کیسه حمل تعویض شود. (تصویر ۲). تمام این امکانات باعث آزاد بودن دو دست مادر شده و اجازه حرکت آسان به اطراف را در طی تماس پوست به پوست فراهم می‌کند. بعضی مراکز درمانی تهیه نوعی از کیسه، پیراهن و باند را ترجیح می‌دهند.



تصویر ۲: کیسه های قابل حملی برای نوزادان مراقبت مادرانه آغوشی

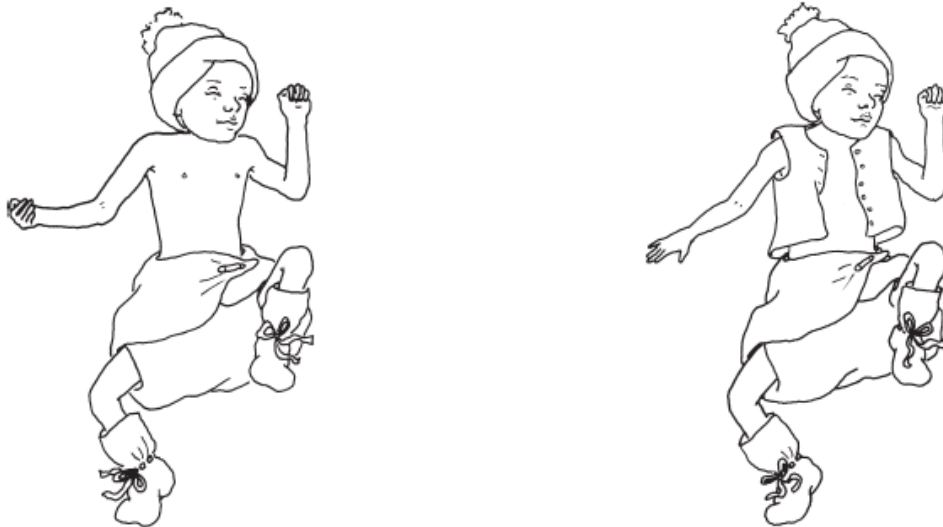
نیازهای نوزاد

نوزادی که مراقبت آغوشی را به طور مداوم دریافت می‌کند نسبت به نوزادی که تحت مراقبت مرسوم قرار دارد لباس بیشتری نیاز ندارد. اگر مراقبت آغوشی ممتد نباشد نوزاد می‌تواند بین دوره‌های مراقبت آغوشی در یک رختخواب نرم و پوشیده شده با یک پتو قرار گیرد.

پوشش نوزاد

وقتی دمای اتاق حدود $22-24^{\circ}\text{C}$ است در وضعیت مراقبت آغوشی، نوزاد لخت شده و به جز کهنه و یک کلاه گرم و جوراب، لباس دیگری بر تن ندارد (تصویر ۳). وقتی درجه کمتر از 22°C درجه سانتی گراد باشد نوزاد باید با یک لباس زیر پنبه ای و پیراهن بدون آستین پوشانده شود. جلوی لباس نوزاد برای آزاد بودن صورت، سینه، شکم، بازوها و پاهایش (که در

تماس پوست به پوست با سینه و شکم مادر هستند) باز گذاشته شود و سپس مادر خود و نوزاد را با یک لباس معمولی بپوشاند.



تصویر ۳: پوشش نوزاد برای مراقبت آغوشی

وسایل و نیازهای دیگر

- این امکانات با روش مراقبت مرسوم مشترک است و برای روشن شدن بهتر مطلب نکات زیر یادآوری می گردد.
- ❖ دماسنج مناسب برای اندازه گیری دمای بدن نوزاد تا زیر ۳۵ درجه سانتی گراد.
- ❖ ترازو: ترازویی با دقت ۱۰g مطلوب است.
- ❖ وسایل اصلی احیاء و اکسیژن تا حد امکان در مکان مراقبت نوزاد در دسترس باشد.
- ❖ داروهایی جهت پیشگیری و درمان مشکلات مکرر نوزادان نارس، که ممکن است مطابق دستورالعمل های مرکز بهداشت لحاظ شود.

گاهی داروهای ویژه ای نیاز است که در این راهنما توصیه نمی شود. زیرا درمان مشکلات طبی موضوع این راهنما نمی باشد.

ثبت اطلاعات

برای نوزاد و مادر برگه ثبتی مورد نیاز است؛ جهت ثبت کردن مشاهدات روزانه، اطلاعات تغذیه و وزن، ثبت دستورات کنترل نوزاد و دستورات ویژه برای مادر: ثبت صحیح و استاندارد، کلیدی برای مراقبت شخصی خوب می باشد و شاخص های صحیح استاندارد ملاک ارزیابی عمیق برنامه هستند.

دفتر گزارش، حاوی اطلاعات اساسی در مورد همه نوزادان و نوع مراقبت دریافت شده می باشد و نیز اطلاعاتی را برای کنترل و ارزیابی دوره ای فراهم می کند. ضمیمه I نمونه ای از این نوع برگه های ثبت و با شرایط مختلف وفق داده شده است و می تواند برای این هدف استفاده شود. چنانچه اطلاعات جمع آوری شود و محاسبه گردد به طور منظم (به عنوان مثال سه ماهه یا یک ساله) شاخص های مهم ذکر شده در ضمیمه I را عملی خواهد کرد.

۶- ۳ شیردهی نوزادان

شیر مادر با نیاز نوزاد متناسب است حتی اگر تولد قبل از ترم صورت گیرد یا اینکه نوزاد کوچک باشد. بدین ترتیب شیر مادر بهترین غذا برای نوزاد نارس / کم وزن است و تغذیه با شیر مادر بهترین نوع تغذیه است⁵¹⁻⁵². اولویت در تغذیه باید با شیر مادر باشد. زیرا از نظر بیولوژیکی به عنوان شیری برای نوزاد نارس بی نظیر می باشد و به تنهایی با سن جنینی نوزاد و نیازهایش تطابق دارد.

در این راهنما تنها شیر مادر برای تغذیه نوزاد معرفی می شود. اگرچه از شیر پاستوریزه شده زن دیگر یا بانک شیر نیز می توان استفاده کرد اما توصیه به شیر پاستوریزه و بانک شیر شامل این راهنما نمی شود.

تغذیه نوزادان نارس و کم وزن بوسیله شیر مادر کار دشواری است و در صورتی که بیمارستان و محیط خانه برای تغذیه با شیر مادر نقش حمایتی نداشته باشد این امر تقریباً غیرممکن است. در مورد تغذیه با شیر مادر و روش های جایگزینی آن کادر درمانی باید مطلع و آگاه باشند، و قبلاً مهارت لازم را در مورد کمک کردن به مادران دارای نوزاد ترم و وزن نرمال کسب کرده باشند تا بتوانند به طور مؤثر به مادران دارای نوزاد کم وزن و نارس کمک کنند. هدف نهائی، تغذیه انحصاری با شیر مادر است. مراقبت آغوشی شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر را در نوزادان کوچک تسهیل می کند. اگرچه ممکن است بسیاری از نوزادان کلاً به خوبی تغذیه نشوند و به روشهای جایگزین نیاز داشته باشند. بنابراین کادر درمان باید به مادران آموزش داده و آنها را در خارج کردن شیر از سینه، فراهم کردن شیر برای نوزاد و ادامه دوره شیرخواری کمک کنند. آنها باید بتوانند آمادگی نوزاد نارس را برای تغذیه با شیر مادر ارزیابی کنند.

دوشیدن شیر با دست آسانترین روش برای خارج کردن شیر است و به هیچ اسبابی نیاز ندارد لذا مادر می تواند این عمل را در هر جا و در هر زمان انجام دهد. دوشیدن شیر با دست توصیه شده و در این دستورالعمل شرح داده شده است.

ظرفی برای دوشیدن شیر در آن مورد نیاز است: یک فنجان یا پارچ و ظرفی که دهانه گشاد داشته باشد.

همچنین انواع مختلف پمپ های سینه می توانند برای دوشیدن سینه استفاده شوند.

❖ بادکش پلاستیکی و پمپ های سرنگی.

❖ پمپهای مکانیکی یا الکتریکی که با دست یا پا کار می کنند.

این موارد می توانند مربوط به مادری باشد که سینه را در زمانهای مختلف روز بیش از یک دوره طولانی می دوشد و آن زمانی است که نوزاد خیلی زودتر از ترم متولد شود یا به ادامه مراقبت شدید نیاز باشد. (در مورد پمپ های سینه به بخش توصیه های WHO در مورد تغذیه با شیر مادر)¹⁹ مراجعه شود.

فنجان ها، لوله های تغذیه ای مدرج از شماره (۵ - ۸) و سرنگها، جهت تغذیه نوزاد با شیر مادر یا شیر مصنوعی لازم است. به جای فنجان وسایل دیگری هم چون قطره چکان، سرنگ و قاشق چایخوری مورد استفاده قرار می گیرد روشهای سنتی تغذیه مانند «پالادای» در هند نیز مؤثر بنظر می رسد⁵³. همچنین برای نگهداری شیر، یخچال مورد نیاز است شیر اضافی سینه می تواند به صورت یخزده نگهداری شود.

زمانی که شیر مادر برای تغذیه، کافی نیست یا جایگزینی برای تغذیه وجود ندارد شیر مصنوعی مخصوص نوزادان نارس باید در دسترس باشد.

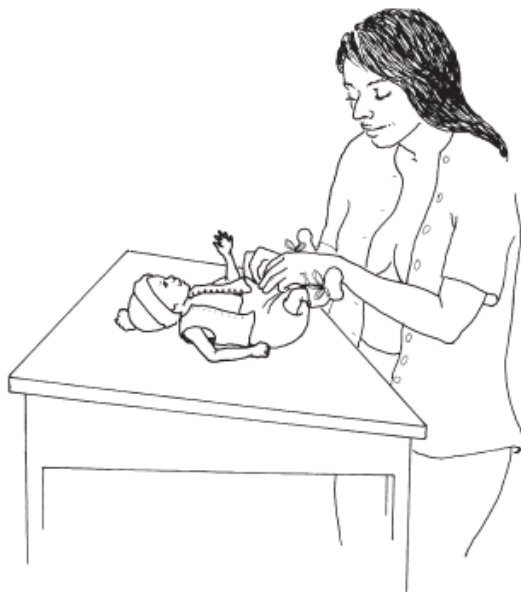
کارکنان بهداشتی باید با سنت های نادرست محلی مانند خودداری از دادن شیر آغوز یا نگرش های منفی به نوزادان کم وزن و نارس آشنا باشند. به عنوان مثال باورهایی مانند: «آنها زشت هستند یا زنده نمی مانند». آنها باید برای گفتگو کردن در مورد چنین عملکردها و رفتارهایی با مادران و خانواده نوزاد آموزش دیده باشند و روشی برای راهنمایی آنها پیدا کنند.

۷-۳ ترخیص و مراقبت در خانه

زمانی که نوزاد به خوبی شیر می‌خورد، دمای بدن او در وضعیت مراقبت آغوشی ثابت باقی می‌ماند و در حال وزن‌گیری مناسب است، نوزاد و مادر می‌توانند به خانه بروند. از آن جایی که بیشتر نوزادان زمان ترخیص هنوز نارس هستند، باید پیگیری مناسب توسط یک پرستار ماهر به صورت منظم صورت گیرد. ملاقاتهای مکرر این فرد در شروع ممکن است به صورت روزانه باشد و بعداً هفتگی یا ماهانه ادامه یابد. با پیگیری بهتر، مادر و نوزاد زودتر می‌توانند از واحد درمانی ترخیص شوند. توصیه می‌شود سرویسهای بهداشتی برای هر نوزاد نارس در هفته حداقل یکبار ویزیت داشته باشند. این ویزیتها همچنین می‌تواند در خانه اجرا شود.

همچنین مادران نیاز دارند برای هر نوع از مشاوره و حمایت مرتبط با مراقبت از نوزاد کوچکشان به کارکنان بهداشتی دسترسی آسان داشته باشند. حداقل باید یک ویزیت خانگی توسط یک پرستار بهداشت عمومی برای ارزیابی شرایط خانه، حمایت خانگی و توانایی مراجعه برای ویزیتهای مداوم وجود داشته باشد.

در صورت امکان گروههای حمایتی اجتماعی نیز در این زمینه فعال شوند (برای فراهم کردن حمایتهای فعال خانگی، اجتماعی و روانی). مادرانی که قبلاً مراقبت مادرانه آغوشی را تجربه کرده اند می‌توانند از تأمین کنندگان مؤثر این نوع مددکاری اجتماعی باشند.



۴. راهنمای عملی

این فصل چگونگی اجرای مراقبت آغوشی را در مراکزی که نوزاد نارس مراقبت می شود و نیز زمان شروع مراقبت آن را شرح می دهد. این فصل اجزاء مراقبت مادرانه آغوشی را به شکل زیر شرح می دهد: حمایت حرارتی از طریق وضعیت صحیح، تغذیه، تحت نظر گرفتن نوزاد و تصمیم گیری برای ادامه مراقبت آغوشی در منزل و پیگیری لازم جهت اطمینان از رشد کافی نوزاد و حمایت از مادر در منزل.

۱- ۴ زمان شروع مراقبت مادرانه آغوشی

در صورت تولد یک نوزاد کوچک، عوارضی می تواند مورد انتظار باشد- هر چه نوزاد نارس تر و نسبت به سن حاملگی کوچکتر باشد، انتظار عوارض بیشتری نیز وجود خواهد داشت. مراقبت اولیه از نوزادان دارای عوارض، طبق دستورالعملهای ملی و مرکز درمانی صورت می گیرد و به ناچار مراقبت آغوشی تا پایدار شدن نوزاد به تاخیر می افتد. زمانی می توانیم مراقبت آغوشی را در این نوزادان کوچک به طور کامل شروع کنیم که هر یک از آنها را به طور جداگانه مورد قضاوت قرار داده و شرایط نوزاد و مادر به طور کامل بررسی کرده باشیم. اما، مادر یک نوزاد نارس می تواند برای سازگاری زودتر با مراقبت آغوشی ترغیب شود. حدود وزن تولد زیر به عنوان راهنما ارائه شده اند.

نوزادانی با وزن $1800g$ یا بیشتر در هنگام تولد (سن حاملگی $34-30$ هفته یا بیشتر) ممکن است برخی مشکلات ناشی از تولد زودرس را داشته باشند مانند: سندرم دیسترس تنفسی^۱ ممکن است نگرانی های جدی را برای تعداد اندکی از نوزادانی که به مراقبت اختصاصی در بخش مراقبت ویژه نوزادان نیاز خواهند داشت، افزایش دهد، با این وجود، در بیشتر مواقع مراقبت آغوشی می تواند بلافاصله بعد از تولد شروع شود.

در نوزادان با وزن $1200g-1799g$ (سن حاملگی $28-32$ هفته)، مشکلات ناشی از زودرس بودن مانند سندرم دیسترس تنفسی و دیگر عوارض شایع است، لذا در آغاز، برخی درمانهای ویژه مورد نیاز است در چنین مواردی باید زایمان در مکانی با امکانات مجهز صورت گیرد تا بتوان نیازهای مراقبتی را فراهم نمود. اگر زایمان در محل دیگری صورت گرفت، باید نوزاد بلافاصله بعد از تولد ترجیحاً همراه مادر جابجا شود. یکی از شیوه های مناسب جابجایی نوزادان نارس حمل آنها در تماس پوست به پوست مداوم با مادر است.¹⁰⁻⁵⁴ تماس پوست به پوست ممکن است یک هفته یا بیشتر قبل از شروع مراقبت آغوشی انجام گیرد. اگرچه مرگ و میر سریع نوزادان تازه متولد شده در این گروه به دلیل عوارض یاد شده خیلی بالاست. ولی اکثر نوزادان زنده می مانند و مادران می توانند برای شیردهی ترغیب شوند.

^۱ Respiratory distress syndrom

نوزادان با وزن کمتر از ۱۲۰۰g (سن حاملگی زیر ۳۰ هفته) مشکلات متعدد و شدیدی را متحمل می شوند که ناشی از تولد زودرس می باشد: مرگ و میر خیلی بالاست و با مشکلات فوق، فقط بخش کوچکی زنده می مانند. انتقال قبل از تولد این نوزادان به مراکز دارای بخش مراقبت ویژه نوزادان، سودمندترین اقدام برای آنها است. ممکن است هفته ها وقت لازم باشد تا شرایط برای شروع مراقبت آغوشی مساعد شود.

نه وزن تولد و نه سن حاملگی هیچ کدام به تنهایی نمی توانند خطرات ناشی از نارسی را به شکل قابل اعتمادی پیشگویی کنند. جدول ۴ در ضمیمه ۲ نشان می دهد که میانگین و درجه دهمین و نودمین صدکهای وزن بر اساس سن حاملگی برای یک جمعیت با متوسط وزن تولد ۳۳۵۰g چقدر متغیر است.^{۵۵} اینکه کی مراقبت آغوشی به طور کامل شروع شود در حقیقت به شرایط مادر و نوزاد بستگی دارد. با هر مادری در مورد فواید تغذیه با شیر مادر باید صحبت کرد و او را از روز اول به دوشیدن شیر برای تأمین تغذیه نوزادش تشویق و یاری کرد و به او اطمینان داد، که قادر به شیر دادن خواهد بود. معیارهای زیر جهت تعیین زمان مناسب برای پیشنهاد اجرای مراقبت آغوشی به مادر، مفید خواهد بود.

مادر

همه مادران می توانند مراقبت آغوشی را بدون توجه به سن، چندمین حاملگی، میزان تحصیلات، فرهنگ و مذهب انجام دهند. مراقبت آغوشی مخصوصاً برای مادران جوان و کسانی که با عوامل خطر اجتماعی مواجه هستند سودمند می باشد. به دقت جنبه های گوناگون این روش را برای مادر شرح دهید: وضعیت، امکانات تغذیه، مراقبت در مرکز درمانی و خانه، کاری که او می تواند برای نوزادی که با بدنش در تماس است انجام دهد و کاری که او باید از آن اجتناب کند فواید و عوارض چنین مراقبتی را برای او و نوزادش شرح دهید و به دنبال هر توصیه دلائلی ارائه دهید. انتخاب مراقبت آغوشی باید در نتیجه تصمیم گیری آگاهانه باشد و نباید به عنوان یک الزام مطرح شود.

در پیشنهاد مراقبت آغوشی باید نکات زیر با دقت در نظر گرفته شوند:

- ❖ اشتیاق: مادر باید برای اجرای مراقبت آغوشی مشتاق باشد.
- ❖ داشتن زمان کافی برای تأمین مراقبت: دیگر اعضای خانواده می توانند تماس پوست به پوست متناوب را فراهم کنند. اما قادر نیستند به نوزاد شیر دهند.
- ❖ سلامت عمومی: اگر مادر از مشکلاتی در طول حاملگی یا زایمان رنج برده یا از جهات دیگری بیمار است باید این مشکلات قبل از آغاز مراقبت آغوشی برطرف شود.
- ❖ نزدیک بودن به نوزاد: مادر قادر باشد تا زمان ترخیص در بیمارستان بماند و یا زمانی که نوزاد او برای مراقبت آغوشی آماده است مجدداً بازگردد.
- ❖ حمایت خانوادگی: مادر برای پرداختن به مسؤولیتهای دیگر در خانه به حمایت دیگران نیاز خواهد داشت.
- ❖ حمایت اجتماعی: این مورد مخصوصاً زمانی که موانع اجتماعی، اقتصادی و یا خانوادگی وجود دارد مهم است. اگر مادر سیگاری است او را به اهمیت ترک سیگار و یا اجتناب از آن در اتاق نوزاد آگاه کنید و خطرات تنفس دود سیگار را بر خود او، سایر اعضای خانواده و نوزاد شرح دهید.

نوزاد

تقریباً هر نوزاد کوچکی می‌تواند با روش مراقبت آغوشی مراقبت شود. نوزادان مبتلا به بیماریهای مختلف یا نیازمند مراقبت‌های ویژه ممکن است تا زمان بهبود، منتظر شروع مراقبت آغوشی باشند. در طول این دوره این نوزادان مطابق دستورالعملهای کلینیکی و ملی درمان می‌شوند^{۵۶}. وقتی که نوزاد هنوز به مراقبت پزشکی نیاز دارد (تغذیه وریدی، دریافت غلظت پایین اکسیژن) جلسات کوتاه مراقبت آغوشی می‌تواند در طول بهبودی شروع شود. به هر حال جهت ادامه مراقبت آغوشی باید شرایط نوزاد تثبیت شده باشد. نوزاد باید خوبخود و بدون نیاز به اکسیژن اضافی تنفس کند. توانایی برای خوردن (مکیدن و بلعیدن) نیاز ضروری نمی‌باشد. مراقبت آغوشی می‌تواند در حین تغذیه از طریق لوله شروع شود. زمانی که نوزاد رو به بهبود است در مورد مراقبت آغوشی با مادرش صحبت کنید.

توصیه‌های عمومی در موقع شروع مراقبت آغوشی باید با توجه به ویژگی‌های سیستم بهداشتی ناحیه و امکانات بهداشتی و شخصی انتخاب شود. در شرایطی با امکانات محدود و زمانی که ارجاع غیرممکن است برای تصمیم‌گیری در مورد آغاز مراقبت آغوشی در طول مدت درمان، باید روشهای جایگزین در دسترس برای کنترل دما و حمایت تغذیه‌ای و تنفسی مورد توجه قرار گیرد.

۲- ۴ شروع مراقبت آغوشی

هنگامی که نوزاد آماده مراقبت آغوشی شد با مادرش در مورد تعیین زمان مناسب برای او و نوزادش توافق کنید. اولین جلسه مهم و نیازمند زمان و دقت زیادی است. از او بخواهید که لباسهای سبک و گشاد بپوشد. از یک اتاق ویژه که به قدر کافی برای نوزاد نارس، گرم است استفاده کنید. در صورت تمایل مادر او را به آوردن همسر یا همراهی به انتخاب خودش تشویق کنید. این مسأله به احساس حمایت و اطمینان خاطر او کمک می‌کند.

در حالی که مادر نوزادش را نگه داشته مراحل مراقبت آغوشی را به او شرح دهید. سپس همه مراحل را به او نشان داده و اجازه دهید که او خودش همه این مراحل را تجربه کند. همواره شرح دهید که هر علامتی چرا مهم است و چه نکته مهمی در آن نهفته است تاکید کنید که تماس پوست به پوست برای گرم نگه داشتن کودک و محافظت او در مقابل بیماریها ضروریست.

۳- ۴ وضعیت مراقبت آغوشی

نوزاد را در وسط سینه مادر و در حالت عمودی به صورت سینه به سینه قرار دهید (همان طور که در تصویر ۴الف نشان داده شده) و او را با یک بند محکم ببندید.



تصویر ۴ - الف: وضعیت نوزاد در مراقبت مادرانه آغوشی

سر را به یک طرف برگردانید و گردن را در وضعیت تقریباً کشیده به عقب نگه دارید. قسمت فوقانی بند درست زیر گوش نوزاد است این حالت موقعیت سر را برای باز نگهداشتن راه هوایی مناسب تر می کند و سبب تماس چشم به چشم بین مادر و نوزاد می شود و از خم شدن سر به جلو و خم شدن بیش از حد آن به عقب جلوگیری می کند. باید رانها خم شده و در یک حالت قورباغه ای قرار گیرد بازوها نیز باید خم شده باشد (تصویر ۴ - الف) لباس را به اندازه کافی محکم ببندید تا زمانی که مادر بلند می شود نوزاد لیز نخورد. مطمئن شوید که قسمت تنگ لباس بالای سینه نوزاد است

شکم نوزاد نباید تحت فشار قرار گیرد و هم سطح قسمت میانی و فوقانی شکم مادر قرار گیرد در این روش فضای کافی برای تنفس شکمی نوزاد ایجاد شده و تنفس مادر، تنفس نوزاد را تحریک می کند.



تصویر ۴ - ب: نوزاد در وضعیت مراقبت مادرانه آغوشی

به مادر نشان دهید که چگونه نوزاد را در داخل و خارج لباس کانگرویی حرکت دهد (تصویر ۴ - ج) به تدریج که مادر با این روش آشنا می‌شود ترس او از اینکه به نوزاد صدمه بزند از بین می‌رود.

حرکت نوزاد در درون و بیرون لباس کانگرویی :

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



تصویر ۴ - ج: حرکت نوزاد در داخل و خارج کیسه

به مادر توضیح دهید که او می‌تواند در حالت مراقبت آغوشی به نوزاد شیردهد و مراقبت آغوشی حقیقتاً شیردهی را آسانتر می‌کند. بعلاوه نگه داشتن نوزاد نزدیک سینه، باعث تحریک تولید شیر می‌شود. همچنین مادر می‌تواند به آسانی از نوزادان دو قلو نیز مراقبت کند: هر نوزاد را در یک طرف سینه خود جای دهد. او ممکن است بخواهد وضعیت نوزادها را عوض کند. در آغاز ممکن است مادر بخواهد به نوزادها به نوبت شیر دهد، اما بعداً هر دو نوزاد می‌توانند همزمان در حالت مراقبت آغوشی تغذیه شوند.

بعد از مشخص شدن حالت قرارگیری نوزاد بگذارید مادر همراه نوزادش استراحت کند، همراه او باشد و وضعیت نوزاد را کنترل کند. به مادر توضیح دهید که چگونه نوزادش را مشاهده کند و به چه علائمی توجه کند همچنین او را برای حرکت تشویق کنید.

هنگام آشنا کردن مادر با مراقبت آغوشی با او درباره مشکلات احتمالی این روش نیز صحبت کنید. برای مدتی زندگی مادر معطوف نوزادش خواهد شد و این امر ممکن است نظم کارهای روزمره او را بهم بزند به علاوه یک نوزاد نارس در ابتدا ممکن است به خوبی از سینه مادر شیر نخورد. در طول این دوره مادر می‌تواند با فشار دادن سینه، شیر را خارج کرده و با یک فنجان یا وسیله دیگر آن را به نوزادش بدهد اما اینکار نسبت به شیردهی وقت بیشتری خواهد گرفت.

در صورت وجود نگرانی مادر، او را برای درخواست کمک تشویق کنید، به اضطراب او پاسخ دهید و صریح و صادقانه به سؤالاتش جواب دهید. او نیازمند آگاهی از محدودیتهایی است که مراقبت آغوشی ممکن است در فعالیتهای روزمره برای او ایجاد کند، همانطور که بدون تردید فواید زیادی برای نوزادش دارد.

تجربه نشان می‌دهد که بیشتر مادران برای اجرای مراقبت آغوشی خیلی مشتاق هستند به ویژه اگر آنها بتوانند نوزادان دیگری را که به خوبی در حال رشد هستند ببینند، مادرانی که مراقبت آغوشی را با دیگر مادران در اتاق مشترک اجرا می‌کنند تبادل اطلاعات و عواطف کرده و حس حمایت متقابل، اتفاق نظر و همبستگی در آنها ایجاد می‌شود مادران بعد از یک دوره ضعف و ناتوانی در زمان بهتر شدن وضعیت نوزاد، مختار هستند که به طور مستقل حفاظت از نوزاد را برعهده بگیرند.

۴-۴ مراقبت از نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی

نوزادانی که در وضعیت مراقبت آغوشی هستند می‌توانند بیشتر مراقبتهای ضروری را که شامل تغذیه با شیر نیز می‌باشد، دریافت کنند. آنها فقط و فقط موقع انجام کارهای زیر از تماس پوست به پوست با مادر محروم می‌شوند:

❖ تعویض پوشک، بهداشت و مراقبت بند ناف.

❖ ارزیابی کلینیکی، بر اساس برنامه بیمارستانی یا زمانی که لازم باشد.

حمام روزانه لازم نیست و توصیه نمی‌گردد. اگر آداب منطقه‌ای حمام روزانه را ضروری می‌داند و نمی‌توان از آن اجتناب کرد، حمام کردن باید کوتاه باشد و با آب گرم (حدود ۳۷°C) صورت گیرد. نوزاد فوراً بطور کامل با لباسهای گرم پوشانده شده و در کوتاهترین زمان ممکن به وضعیت مراقبت آغوشی برگردانده شود.

در طول روز که مادر نوزاد را در وضعیت مراقبت آغوشی حمل می‌کند. می‌تواند به کارهای مورد علاقه خود بپردازد: پیاده‌روی کند، بایستد، بنشیند و یا مشغول فعالیتهای مختلف تفریحی، آموزشی یا درآمدزا شود چنین فعالیتهایی باعث می‌شود که مدت طولانی اقامت در بیمارستان کمتر خسته کننده باشد و تحملش زیاد شود. جهت ملاقات با دیگران بعضی از نیازهای اساسی مادر همانند پاکیزگی و بهداشت شخصی (بر شستن مکرر دستها تأکید شود) حتماً باید تأمین گردد. همچنین باید محیط آرام و امنی برای نوزاد و تغذیه منظم وجود داشته باشد.

خواب و استراحت

در وضعیت مراقبت آغوشی مادر به همراه نوزادش، در حالت تکیه داده و حالت خمیده با زاویه ۱۵ درجه راحت خواهد خوابید. این کار می‌تواند با یک تختخواب قابل تنظیم و یا چند بالش که روی یک تخت معمولی گذاشته می‌شود انجام گیرد (تصویر ۵) مشاهده شده است که این وضعیت موجب کاهش خطر آپنه برای نوزاد می‌شود.⁵⁷ اگر مادر در وضعیت نیمه خمیده راحت نیست به او اجازه دهید که هر طور خود ترجیح می‌دهد بخوابد زیرا مزایای مراقبت آغوشی در مقایسه با احتمال خطر آپنه خیلی بیشتر است. بعضی مادران ترجیح می‌دهند در حالت دو لا شده و به پهلو بخوابند (وجود زاویه خوابیدن روی شکم را ناممکن می‌سازد) و اگر نوزاد همانطور که در بالا گفته شد، محافظت شود، خطر خفه شدن وجود نخواهد داشت.

یک صندلی راحت با پشت قابل تنظیم می‌تواند برای استراحت در طول روز مفید باشد.



تصویر ۵ - خواب و استراحت در طول مراقبت مادرانه آغوشی

۵ - ۴ طول زمان و مدت مراقبت آغوشی

طول زمان

تماس پوست به پوست باید به تدریج و با یک انتقال آرام از مراقبت مرسوم به مراقبت آغوشی مداوم شروع شود. باید از جلساتی که کمتر از ۶۰ دقیقه طول می‌کشد اجتناب کرد. زیرا تغییرات مکرر برای نوزاد خیلی پراسترس است. طول مدت تماس پوست به پوست به تدریج افزایش می‌یابد تا اینکه ادامه آن در تمام مدت شبانه روز ممکن شود. تماس پوست به پوست - به ویژه زمانی که وسایل دیگری برای کنترل دما در دسترس نیست - فقط و فقط جهت تغییر کهنه نوزاد قطع می‌شود.

وقتی مادر مجبور است از نوزاد دور باشد باید نوزاد را پوشانده و در یک گهواره گرم جای دهد. او را دور از جریان هوا، با پتوی گرم بپوشاند و در صورت امکان زیر یک وسیله گرم کننده مناسب قرار دهد. در طول این فواصل اعضای خانواده (پدر یا همسر، مادربزرگ و...) یا دوستان نزدیک می‌توانند به حمل نوزاد به صورت تماس پوست به پوست در وضعیت مراقبت آغوشی کمک کنند. (تصویر ۶)



تصویر ۶ - پدر در مراقبت مادرانه آغوشی

مدت مراقبت آغوشی

وقتی که مادر و نوزاد راحت هستند تماس پوست به پوست، ابتدا در بیمارستان، سپس در خانه تا زمانی که ممکن باشد، ادامه می‌یابد. تا زمانی که نوزاد ترم کامل (سن حاملگی حدود ۴۰ هفته‌گی) یا حدود ۲۵۰۰g شود. در این حالت نگهداری می‌شود. در این زمان نوزاد بزرگتر از آن است که نیاز به مراقبت آغوشی داشته باشد، شروع به تکان خوردن می‌کند تا نشان دهد که راحت نیست. اندام هایش را بیرون می‌کشد و هر وقت که مادر سعی می‌کند تا کمر خود را برای ایجاد تماس پوست به پوست صاف کند گریه و بی‌قراری می‌کند. در این موقع توصیه به مادر برای قطع تدریجی مراقبت آغوشی بی‌خطر است. البته تغذیه با شیر مادر بعد از مراقبت آغوشی نیز ادامه می‌یابد. مادر می‌تواند گهگاه نوزاد را به وضعیت مراقبت آغوشی برگرداند. مثلاً بعد از حمام نوزاد، در طول شبهای سرد یا وقتی که نوزاد نیاز به آرامش دارد. معمولاً مراقبت آغوشی در اقیلم‌های سرد یا در فصل سرما در خانه، اهمیت ویژه‌ای دارد و می‌تواند به مدت طولانی ادامه داشته باشد.

۶- ۴ شرایط کنترل نوزاد

دمای بدن

اگر دمای محیط پایین‌تر از حد پیشنهاد شده نباشد و نوزاد خوب تغذیه شده باشد، می‌تواند در ادامه تماس پوست به پوست در وضعیت مراقبت آغوشی، دمای بدنش را به طور مطلوب (بین 37°C و 36.5°C) نگه داشته شود. در نوزادان مراقبت آغوشی کاهش دمای بدن بسیار نادر، اما ممکن است. پس اندازه‌گیری دمای بدن نوزاد ضروری می‌باشد، اما دفعات آن کمتر از زمانی است که نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی نیست.

در ابتدای مراقبت آغوشی تا پایدار شدن دمای زیر بغل نوزاد را سه روز متوالی هر ۶ ساعت اندازه‌گیری کنید. بعدها دو بار در روز اندازه‌گیری صورت می‌گیرد: اگر دمای بدن زیر 36.5°C باشد بدن نوزاد باید بلافاصله گرم شود؛ با یک پتو نوزاد را بپوشانید و مطمئن شوید که مادر در یک مکان گرم قرار دارد، سپس هر یک ساعت دمای بدن نوزاد را اندازه بگیرید و به گرم کردن او تا رسیدن بدن به دمای طبیعی ادامه دهید. همچنین مواظب عواملی که باعث کاهش دمای بدن می‌شوند، باشید (اتاق سرد، توقف مراقبت آغوشی قبل از اندازه‌گیری دمای بدن، حمام کردن یا خوب تغذیه نشدن نوزاد) اگر هیچ دلیل موجهی پیدا نشود و نوزاد در حفظ حرارت طبیعی بدن همچنان مشکل داشته باشد یا دمای بدن در عرض ۳ ساعت برنگردد احتمال عفونت باکتریایی را ارزیابی کنید.

اگر دماسنج معمولی بزرگسالان دمای بدن را ثبت نکند، باید فرض کنید که کاهش متوسط تا شدید دمای بدن وجود دارد و متناسب با آن عمل کنید. راههای تشخیص و درمان کاهش دمای بدن با جزئیات آن در کتاب دیگر سازمان بهداشت جهانی (WHO) شرح داده شده است.¹⁰ گرم کردن دوباره می‌تواند با حفظ تماس پوست به پوست عملی شود.¹⁷

چگونگی اندازه‌گیری دمای زیر بغل

- ❖ در طول اندازه‌گیری دمای بدن نوزاد را گرم نگه دارید: در وضعیت تماس پوست به پوست با مادر و با پوشش مناسب و یا روی یک سطح گرم که بخوبی پوشیده شده است.
- ❖ از یک دماسنج تمیز استفاده کنید و آن را تکان دهید تا درجه زیر 35°C برسد.
- ❖ مخزن دماسنج را وسط زیر بغل قرار دهید. پوست زیر بغل باید بطور کامل با مخزن دماسنج در تماس باشد.
- ❖ نباید هیچ حفره‌هوائی بین مخزن و پوست وجود داشته باشد.
- ❖ به آسانی بازوهای نوزاد را در طرفین سینه‌اش قرار دهید، و دماسنج را حدود ۳ دقیقه نگه دارید.
- ❖ دماسنج را برداشته و بخوانید.
- ❖ از گذاشتن دماسنج رکتالی اجتناب کنید. زیرا با خطر جزئی اما قابل ملاحظه سوراخ شدن رکتوم همراه است.

مشاهده تنفس و سلامتی

سرعت تنفس طبیعی برای نوزادان نارس و کم وزن بین ۳۰ تا ۶۰ تنفس در هر دقیقه است و با وقفه تنفسی (آپنه) همراه است. اما اگر وقفه تنفسی خیلی طولانی شود (۲۰ ثانیه یا بیشتر) و لبها و صورت نوزاد آبی گردد (سیانوزه) و نبض او به طور غیرعادی پایین باشد (برادیکاردی) و تنفس را خودبخود از سر نگیرد، سریعاً وارد عمل شوید، زیرا در این صورت خطر آسیب مغزی وجود دارد. در نوزادان خیلی کوچک یا خیلی نارس دوره‌های آپنه طولانی‌تر و مکرر است. به محض اینکه نوزاد کامل (ترم) شود، تنفس منظم‌تر و دفعات آپنه کمتر می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که تماس پوست به پوست ممکن است

تنفس نوزادان نارس را منظم‌تر کند^{41,58} و آینه را کاهش دهد آینه‌ای که در مراحل آخر ظاهر شود ممکن است علامت شروع یک بیماری باشد.

مادر باید از خطر آینه آگاه باشد و توانایی تشخیص آن را داشته باشد اگر مشکلی وجود داشت سریعاً وارد عمل شده و در صورت نگرانی درخواست کمک کند.

در مواقع آینه چه باید کرد:

- ❖ به مادر بیاموزید که الگوی تنفسی نوزاد را مشاهده کند و تغییرات طبیعی را شرح دهد.
- ❖ به او شرح دهید که آینه چیست و چه اثراتی بر روی نوزاد دارد.
- ❖ اثرات آینه را با درخواست از مادر جهت حبس نفسش برای یک مدت کوتاه (کمتر از ۲۰ ثانیه) و یک مدت طولانی (۲۰ ثانیه یا بیشتر) به او نشان دهید.
- ❖ به او شرح دهید که توقف تنفس به مدت ۲۰ ثانیه یا بیشتر و یا کبودی لبها و صورت نوزاد می تواند علامت یک بیماری خطرناک باشد.
- ❖ به او بیاموزید در موقع آینه، نوزادش را با مالش ملایم پشت یا سر و با حرکت گهواره‌ای تحریک کند تا نوزاد شروع به تنفس کند و اگر با تحریک هم نوزاد نفس نکشید پرسنل را صدا کند.
- ❖ همیشه سریعاً به صدای کمک خواستن مادر واکنش نشان دهید.
- ❖ در آینه طولانی اگر تنفس با تحریک دوباره برنگشت نوزاد را مطابق دستورالعملهای نجات بیمارستانی احیاء کنید.
- ❖ اگر آینه تکرار شد نوزاد را بررسی کنید زیرا ممکن است از علائم اولیه عفونت باشد. در این صورت مطابق تدابیر واحد درمانی عمل کنید.

زمانی که عوارض اولیه ناشی از تولد زودرس بهبود می‌یابد و نوزاد پایدار شده آماده مراقبت آغوشی می شود، خطر بیماری های مخاطره ای کم، اما قابل ملاحظه است. شروع بیماریهای مخاطره آمیز در نوزادان کوچک معمولاً تا زمانی که بیماری پیشرفت کرده و درمان آن مشکل شود، مخفی است. لذا تشخیص این علائم و درمان فوری آنها مهم است. مادر را برای تشخیص علائم خطرناک آموزش دهید و از او بخواهید وقتی نگران است، درخواست کمک کند در چنین مواردی مطابق دستورالعملهای مرکز درمانی عمل کنید.

علائم خطرناک

- ❖ تنفس مشکل، فرورفتگی قفسه سینه و ناله کردن.
- ❖ تنفس خیلی سریع یا خیلی آهسته.
- ❖ دوره‌های مکرر و طولانی آینه.
- ❖ علیرغم گرم کردن مجدد، نوزاد احساس سردی می‌کند و دمای بدن او زیر حد معمول است.
- ❖ تغذیه مشکل: نوزاد زیاد برای غذا خوردن بیدار نمی‌شود، غذا نمی‌خورد یا استفراغ می‌کند.
- ❖ تشنج.
- ❖ اسهال.
- ❖ زردی پوست.

به مادر اطمینان دهید که خطری برای نوزاد وجود ندارد در صورتی که:

- ❖ عطسه یا سسکه داشته باشد.
- ❖ بعد از هر غذا، مدفوع نرم دفع کند.
- ❖ برای ۲-۳ روز دفع نداشته باشد.

۷- ۴ تغذیه:

تغذیه نوزادان نارس با شیر مادر مسئله ای مشکل و مهم است.

در روزهای اول ممکن است نوزاد به گرفتن هیچ ماده غذایی از طریق دهان قادر نباشد و نیاز به تغذیه وریدی داشته باشد و در طی این دوره نوزاد مراقبتهای مرسوم را دریافت می کند.

به محض اینکه شرایط نوزاد برای تغذیه دهانی مناسب شود و نوزاد بتواند آن را تحمل کند تغذیه دهانی باید شروع شود و این معمولاً زمانی است که نوزاد می تواند در وضعیت مراقبت آغوشی قرار گیرد. این امر مادر را در تولید شیر بیشتر کمک کرده، و تغذیه با شیر مادر را افزایش می دهد.

نوزادانی که با سن حاملگی کمتر از ۳۲-۳۰ هفته متولد می شوند به تغذیه از طریق لوله بینی - معده ای نیاز دارند که می تواند برای دادن شیر دوشیده شده مادر استفاده شود وقتی که نوزاد در حال تغذیه از طریق لوله است مادر همزمان می تواند به نوزادش اجازه دهد که انگشت او را بمکد. تغذیه از طریق لوله بینی - معده ای زمانی که نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی است می تواند انجام شود.

نوزادان بین ۳۰ و ۳۲ هفته حاملگی می توانند با یک فنجان کوچک تغذیه شوند. در حالی که بخش عمده شیردهی نوزاد هنوز از طریق لوله بینی - معده است، تغذیه با فنجان می تواند یک یا دو بار در روز انجام شود. اگر شیر دهی نوزاد با فنجان بهتر انجام می شود تغذیه لوله ای می تواند کاهش یابد. در تغذیه با فنجان نوزاد را از وضعیت مراقبت آغوشی خارج کنید و او را در یک پتوی گرم بپیچید و بعد از تغذیه دوباره به وضعیت مراقبت آغوشی برگردانید. روش دیگر تغذیه در این مرحله ریختن شیر سینه مستقیماً به داخل دهان نوزاد است در این روش نیازی به خارج کردن کودک از مراقبت آغوشی نیست.

نوزادان در حدود ۳۲ هفته حاملگی یا بیشتر، قادرند سینه مادر را بمکند. نوزاد ممکن است در ابتدا نوک پستان مادر را فقط جستجو کرده و آن را لیس بزند و یا ممکن است کمی آن را بمکد. با ادامه تغذیه فنجانی یا لوله ای می توان اطمینان یافت که همه نیاز نوزاد برآورده می شود.

زمانی که نوزادی بطور مؤثر شروع به مکیدن می کند، ممکن است در طول شیر خوردن برای دوره های طولانی کاملاً مکث کند، در این حالت، اجتناب از جدا کردن سریع او از سینه بسیار حائز اهمیت است او را به حال خود در وضعیت شیردهی رها کنید تا زمانی که دوباره مکیدن را از سر گیرد. در صورت نیاز وی می تواند برای بیشتر از یک ساعت به این کار ادامه دهد. تغذیه فنجانی بعد از شیر خوردن زیر سینه مادر، یا تغذیه متناوب با سینه مادر و فنجان پیشنهاد می شود. مطمئن شوید که نوزاد عمل مکیدن را در وضعیت صحیح انجام می دهد. تماس مناسب، مکیدن مناسب و مؤثر را هر چه سریعتر فراهم می کند.

نوزادان حدود ۳۶-۳۴ هفته حاملگی یا بیشتر اغلب می توانند همه نیاز خود را مستقیماً از سینه دریافت کنند. گهگاه تغذیه تکمیلی با فنجان شیر لازم است.

در طول دوره اولیه مادر به حمایت و تشویق جهت حفظ و تثبیت شیردهی نیاز دارد تا زمانی که نوزاد کاملاً آماده تغذیه از سینه شود. مادران جوان دارای یک فرزند و مادران دارای نوزادان خیلی کوچک ممکن است، به تشویق و حمایت بیشتری نیاز داشته باشند، چه در طول دوره اقامت در بیمارستان و چه در خانه.

با مادر در مورد تغذیه با شیر مادر به بحث بنشینید.

- ❖ او را دوباره مطمئن سازید که می‌تواند نوزاد کوچکش را شیر دهد و شیر او کافی است.
- ❖ به او شرح دهید که شیر او بهترین غذا برای چنین نوزاد کوچکی است. تغذیه این نوزاد حتی مهم‌تر از یک نوزاد بزرگ است.
- ❖ در آغاز یک نوزاد کوچک به خوبی یک نوزاد بزرگ تغذیه نمی‌کند و ممکن است:
 - در ابتدا به آسانی خسته شده و مکش ضعیفی داشته باشد.
 - قبل از استراحت دوره‌های مکش کوتاه تر باشد.
 - در طول شیر خوردن به خواب رود.
 - بعد از هر بار شیر خوردن وقفه طولانی داشته باشد و تغذیه‌اش طول بکشد.
 - همیشه برای شیر خوردن بیدار نشود.
- ❖ به مادر شرح دهید که شیردهی با بزرگ شدن نوزاد آسانتر می‌شود.
- ❖ مادر را در قرار دادن نوزاد به صورت تماس پوست به پوست در وضعیت مراقبت آغوشی کمک کنید.

تغذیه با شیر مادر

وضعیت مراقبت آغوشی برای تغذیه با شیر مادر ایده‌آل است به محض اینکه نوزاد آمادگی برای شیر خوردن را با حرکت زبان و مکیدن (به عنوان مثال: مکش انگشتان یا پوست مادر) نشان داد، مادر را برای قرار گرفتن در بهترین وضعیت شیردهی کمک کنید تا از تماس مطلوب نوزاد با سینه مطمئن شوید.

برای شروع شیردهی زمان مناسبی را انتخاب کنید. زمانی که نوزاد از خواب بیدار شده و هوشیار است به مادر کمک کنید تا روی یک صندلی بدون بازو و راحت در وضعیت تماس پوست به پوست با نوزادش بنشیند. در دفعات اول شیردهی جهت آزمایش مناسب بودن شیوه شیردهی نوزاد را از کیسه خارج کنید و او را در یک پتو پیچید یا لباس بپوشانید. سپس او را در وضعیت مراقبت آغوشی قرار دهید و از مادر بخواهید که از وضعیت صحیح و تماس مطلوب نوزاد مطمئن شود¹⁹.

کمک به مادر در دادن وضعیت به نوزاد

- ❖ درست قرار دادن نوزاد و تماس بهتر برای شیر دهی را به مادر نشان دهید.
- ❖ نحوه نگهداری نوزادش را به او نشان دهید:
 - سر و بدن نوزاد را در امتداد همدیگر، به صورت مستقیم نگه دارد.
 - صورت نوزاد روی سینه‌اش قرار گیرد.
 - بینی نوزاد مقابل نیپل باشد.
 - بدن نوزاد از هر طرف حمایت شود نه فقط گردن و شانه‌هایش.
 - بدن نوزاد را نزدیک بدن خودش نگه دارد.
 - به مادر در ایجاد تماس پوست به پوست با نوزادش کمک کنید:
 - لبهای نوزاد را با نیپل لمس کند.
 - تا زمانی که دهان نوزاد به اندازه کافی باز شود، منتظر باشد.
 - نوزاد را به سرعت به طرف سینه‌اش حرکت دهد با این هدف که لب پایینی به خوبی زیر نیپل قرار گیرد.
- ❖ علائم تماس پوست به پوست مناسب را به مادر نشان دهید:
 - چانه نوزاد در تماس با سینه باشد.
 - لب پایینی نوزاد به طرف بیرون برگشته شده باشد.
 - دهان نوزاد کاملاً باز باشد.
 - بهتر است که قسمت وسیعی از هاله پستان در بالای دهان نوزاد نسبت به زیر آن نمایان باشد.
 - مکش باید آرام و عمیق، همراه با وقفه‌های کوتاه مدت باشد.

اجازه دهید نوزاد سینه را تا زمانی که می‌خواهد، بمکد. ممکن است او با توقفهای طولانی بین مکیدن شیر بخورد اگر هنوز تلاش می‌کند مانع نشوید.

نوزادان نارس کوچک بطور مکرر هر ۲-۳ ساعت به تغذیه با شیر مادر نیاز دارند ممکن است برای خوردن بیدار نشوند و باید آنها را از خواب بیدار کرد. شاید تغییر وضعیت نوزاد قبل از خوردن شیر او را بیشتر هوشیار کند. گاهی کمی دوشیدن سینه با هر بار مکیدن کمک کننده است. در صورت سفتی سینه، مادر را به دوشیدن سینه قبل از شیردهی تشویق کنید. این عمل سطح نیپل را نرم کرده و تماس نوزاد با آن آسانتر خواهد شد.

اگر هنوز هم نوزاد به خوبی و به قدر کافی شیر نمی‌خورد (خیلی نارس) در درجه اول از شیر مادر و در درجه بعد از روشهای تغذیه‌ای جایگزین و مناسب استفاده کنید. بهترین کارها را با توجه به شرایط موجود انجام دهید: اجازه دهید مادر سینه‌اش را به داخل دهان نوزادش فشار دهد یا به او اجازه دهید که شیر سینه را با دوشیدن خارج کرده و آن را با فنجان یا لوله به نوزاد بدهد.



تصویر ۷: تغذیه با شیر مادر در مراقبت مادرانه آغوشی

حمایت ویژه از مادرانی که دوقلوهای خود را تغذیه می‌کنند.

- ❖ مادر را مطمئن سازید که او شیر کافی برای هر دو نوزاد دارد.
- ❖ به مادر توضیح دهید دوقلوها (نظر به اینکه اغلب نارس و با وزن پایین متولد می‌شوند) ممکن است جهت برای سازگاری با تغذیه با شیر مادر به زمان بیشتری نیاز داشته باشند.

به مادر برای تغذیه دو قلوهایش کمک کنید:

- ❖ تغذیه هر یک از نوزادان در زمان جداگانه، تا وقتی که شیردهی به خوبی تقویت شود:
- ❖ تشخیص بهترین روش برای دو قلوها: اگر یکی از نوزادان ضعیف‌تر است، مادر را تشویق کنید از رسیدن شیر کافی به او اطمینان حاصل کند. اگر لازم باشد، مادر می‌تواند بعد از اولین شیردهی زیر سینه، شیر را با دست دوشیده و با فنجان به نوزاد بدهد؛
- ❖ عوض کردن روزانه سمت قرارگیری دوقلوها در توصیه می‌شود.

روشهای تغذیه‌ای جایگزین

می‌توان نوزاد را با دوشیدن مستقیم شیر سینه در دهانش تغذیه کرد، همچنین می‌توان شیر مادر یا شیر مصنوعی مناسب را با فنجان یا لوله تغذیه ای به او داد.

خارج کردن شیر سینه از طریق دوشیدن پستان

فشار با دست بهترین راه خارج کردن شیر می باشد. در این روش احتمال انتقال عفونت کمتر از روش پمپی است و می‌تواند توسط هر مادری در هر زمانی استفاده شود. تکنیک خارج کردن شیر به طور مؤثر، در «جزوه شیردهی WHO» شرح داده شده است.¹⁹

به مادر نشان دهید که چگونه شیر را با دوشیدن پستان خارج کند و به او اجازه دهید که خودش این کار را انجام دهد. این کار را برای او انجام ندهید. برای انجام شیردهی و تغذیه نوزاد نارس مادر باید در صورت امکان، خارج کردن شیر را در ۶ ساعت اول بعد از زایمان شروع کند: او باید این کار را هر چه می‌تواند و به تعدادی که غالباً نوزاد برای شیر خوردن سینه مادر را می‌گیرد، انجام دهد. این به این معنی است که حداقل هر سه ساعت، حتی در طول شب باید دوشیدن سینه مادر تکرار شود. اگر به نظر می‌رسد که بعد از چند هفته میزان شیر کمتر شده است، برای زیاد کردن آن مادر باید به مدت چند روز، دفعات بیشتری هر ساعت این کار را تکرار کند شب‌ها نیز حداقل هر ۳ ساعت این کار را انجام دهد.

مادران اغلب به محض اینکه اساس کار را یاد می‌گیرند به روش مخصوص خود این کار را انجام می‌دهند. بعضی، هر دو سینه را به طور همزمان فشار می‌دهند. خم شدن به جلو و قرار دادن ظرفی بین زانوها همراه با چند ثانیه مکث به سینه‌ها فرصت می‌دهد تا دوباره پر از شیر شوند. هر مادر ریتم مخصوص خود را که معمولاً آرام و منظم است پیدا خواهد کرد بنابراین مادران را تشویق کنید تا سینه را به روش اختصاصی خودشان بدوشند. این تشویق برای مادران کارساز است.

اگر مادری بیشتر از نیاز نوزادش شیر تهیه کرد به او بگویید تا نیمه دوم شیر هر سینه‌اش را در ظرف دیگری بریزد. به او بخواهید که نیمه دوم شیر دوشیده شده را در این روش نوزاد شیر انتهای بیشتری را دریافت می‌کند که انرژی اضافی مورد نیازش را به او می‌دهد و به رشدش کمک می‌کند. اگر مادر برای اولین بار مقدار بسیار کمی شیر به دست آورد همان مقدار را به نوزاد بدهید و در صورت لزوم با مشورت پزشک با شیر مصنوعی آن را کامل کنید.

دوشیدن شیر با دست، وقت، حوصله و برنامه ریزی خوبی می‌طلبد. از مادر بخواهید که صرف‌نظر از روش مورد استفاده حداقل نیم ساعت قبل از تغذیه نوزاد این کار را شروع کند. در صورت امکان برای تغذیه بعدی شیر تازه استفاده کنید. اگر شیر موجود بیش از نیاز نوزاد است می‌توان آن را در یخچال به مدت ۴۸ ساعت در ۴°C نگهداری کرد.

دوشیدن مستقیم شیر در دهان نوزاد

می‌توان شیر سینه را به طور مستقیم در دهان نوزاد دوشید. اما مادر باید در ابتدا با روش دوشیدن با دست آشنا شود.

نوزاد را می‌توان تا زمانی که در حالت مراقبت آغوشی است تغذیه کرد.

- ❖ نوزاد را در تماس پوست به پوست قرار دهید. دهانش را به نوک سینه نزدیک کنید؛
- ❖ منتظر شوید نوزاد هوشیار شود و دهان و چشمانش را باز کند. (نوزادان خیلی نارس ممکن است تحریک ملایمی برای بیدار ماندن و هوشیاری نیاز داشته باشند)؛
- ❖ چند قطره شیر را بدوشید؛
- ❖ بگذارید نوزاد بو بکشد و نوک سینه را لیس بزند، دهانش را باز کند؛
- ❖ مستقیماً شیر را در دهان باز شده نوزاد بدوشید.
- ❖ منتظر باشید تا او شیر را بلعد؛
- ❖ این کار را تا زمانی تکرار کنید که نوزاد دهانش را ببندد و حتی با وجود تحریک هم شیر نخورد؛
- ❖ از مادر بخواهید که اگر نوزاد وزنش کمتر از ۱۲۰۰g است، هر ساعت این کار را تکرار کند و اگر وزن نوزاد بیشتر از ۱۲۰۰g است، هر دو ساعت این کار را انجام دهد؛
- ❖ تغذیه را ادامه دهید، اما کافی بودن میزان مایع دریافتی نوزاد را با اندازه‌گیری روزانه وزن بسنجید.

تجربه نشان می‌دهد که مادران این روش را به سرعت یاد می‌گیرند. علاوه بر این، مزیتی که این روش نسبت به روشهای دیگر دارد این است که لوازم خاصی نیاز ندارد، همچنین بهداشت مطلوبی را فراهم می‌کند. ارزیابی مقدار شیر بدست آمده غیرممکن است، خصوصاً در ابتدا که مقدار نیاز نوزاد بسیار کم است. بعدها می‌توان پذیرفت با توجه به وزن گیری نوزاد مقدار آن کافی است (توضیحات زیر را بخوانید). این روش در مقایسه با روشهای انجام شده به طور سیستماتیک ارزیابی نشده است.

شیردهی با فنجان

فنجانها و دیگر وسایل سنتی همانند «پالادای» در هند⁵³ می‌توانند حتی برای تغذیه نوزادان خیلی کوچک نیز در تمام طول شیر خوردن استفاده شوند^{59,60}. جهت آشنایی با جزئیات تکنیک تغذیه فنجانی به «جزوه شیردهی WHO صفحات ۳۴۴ - ۳۴۰» مراجعه کنید¹⁹.

مادران می‌توانند این روش و همچنین نحوه اطلاع از مناسب بودن میزان شیر مورد تغذیه نوزاد را به آسانی یاد بگیرند. تغذیه با فنجان نسبت به تغذیه با شیشه چند مزیت دارد. این روش با مکیدن سینه تداخلی ندارد. در صورت نبود امکان جوشاندن، فنجان را به راحتی می‌توان با آب و صابون تمیز کرد. همچنین امکان کنترل مایعات دریافتی نوزاد وجود دارد. در ابتدا ممکن است مادر ترجیح دهد که نوزاد را بیرون از وضعیت مراقبت آغوشی قرار دهد.

شیردهی با قطره چکان یا با سرنگ

این تکنیک شبیه دوشیدن مستقیم شیر در دهان نوزاد است: مقدار مورد نیاز شیر مادر را در یک فنجان اندازه گرفته و آن را با یک قاشق مدرج مخصوص، یک سرنگ یا قطره چکان مستقیماً داخل دهان نوزاد بریزید. به محض اینکه نوزاد شیر داده شده را بلعید، دوباره به او شیر دهید. تغذیه با قاشق وقت‌گیرتر از تغذیه با فنجان است. مقدار سرریز شده را در نظر داشته باشید. تغذیه با سرنگ و قطره‌چکان نیز نسبت به فنجان وقت گیر تر است. در هر صورت سرنگها و قطره‌چکانها به سختی تمیز می‌شوند و هزینه بیشتری صرف می‌گردد.

شیردهی با شیشه

این روش نسبت به روشهای دیگر تغذیه کمتر انتخاب می‌شود و توصیه نمی‌گردد. چون ممکن است تنفس و اکسیژن‌گیری را به تأخیر بیاورد^{61,62}، و با مکیدن سینه تداخل پیدا می‌کند. شیشه‌ها و پستانک‌ها در مراکز درمانی باید استریل شوند و در خانه نیز باید جوشانده شوند.

شیردهی با لوله

تغذیه با لوله وقتی استفاده می‌شود که نوزاد هنوز نتواند بلع و تنفس هماهنگ داشته باشد یا به آسانی خسته شود و نتواند شیر کافی بخورد. وقتی کارکنان بهداشتی، لوله را داخل دهان نوزاد می‌گذارند یا سرنگ و قطره‌چکان را آماده می‌کنند، مادر می‌تواند اجازه دهد نوزاد سینه‌اش را بمکد. نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی می‌تواند به این روش تغذیه شود.

چگونه لوله را وارد کنیم:

- ❖ نوزاد را از وضعیت مراقبت آغوشی خارج کنید او با در یک لباس گرم بپوشانید و در سطح گرمی جای دهید.
- ❖ لوله را داخل دهان نوزاد قرار دهید، این کار از گذاشتن لوله در بینی بهتر است (نوزادان نارس از راه بینی نفس می کشند و لوله جایگزین شده ممکن است سوراخ بینی را مسدود کند)؛
- ❖ از لوله‌های تغذیه‌ای کوتاه با قطر داخلی $5 - 8\text{ F}$ استفاده کنید که این بستگی به اندازه نوزاد دارد؛
- ❖ فاصله دهان تا گوش و دهان تا پایین‌تر از نوک تحتانی استرنوم را اندازه‌گیری کرده و با یک نشانگر روی لوله علامتگذاری کنید؛
- ❖ لوله را از داخل دهان به طرف داخل شکم رد کنید تا جایی که قسمت علامتگذاری شده به لب‌ها برسد، تنفس نوزاد با وجود لوله باید طبیعی باشد؛
- ❖ لوله را با یک باند روی صورت نوزاد محکم کنید؛
- ❖ لوله را هر ۷۲-۲۴ ساعت عوض کنید، موقع خارج کردن آن را محکم ببندید و با یک بست، جریان شیر را قطع کنید تا از نشت مایع در گلوئی نوزاد جلوگیری شود.

چگونگی آماده کردن سرنگ و استفاده از آن

- ❖ شیر لازم برای تغذیه را معین کنید؛ (جدول ۳)
- ❖ سرنگی با اندازه مناسب انتخاب کنید؛
- ❖ پیستون سرنگ را خارج کرده و بیرون بیندازید؛
- ❖ سرنگ را به لوله وصل کنید؛
- ❖ مقدار مورد نیاز شیر را داخل سرنگ بریزید؛
- ❖ محفظه سرنگ را بالای شکم نوزاد نگهدارید و اجازه دهید که شیر به وسیله جاذبه زمین پایین بیاید. هرگز شیر را تزریق نکنید؛
- ❖ در طول تغذیه، نوزاد را دقیقاً مشاهده کنید که تغییری در تنفس او و ریختن شیر بوجود نیامده باشد؛
- ❖ وقتی تغذیه کامل شد لوله را با یک درپوش ببندید؛
- ❖ در طول تغذیه با لوله نوزاد می‌تواند سینه یا انگشت مادر را بمکد (تصویر ۸).

به محض اینکه نوزاد علائمی جهت آمادگی برای تغذیه دهانی (تغذیه توسط سینه مادر، فنجان، قاشق، سرنگ یا تغذیه با قطره‌چکان) نشان داد یک یا دو بار در روز او را تغذیه کنید تا زمانی که بیشتر تغذیه نوزاد از طریق لوله است این کار را انجام دهید. به تدریج تغذیه با لوله را کاهش دهید و زمانی که نوزاد حداقل ۳ بار در روز، پی‌درپی با فنجان پر از شیر مادر شیر دریافت می‌کند، لوله را به کلی بردارید.

مقدار و دفعات شیردهی

دفعات شیردهی به مقدار شیری که نوزاد در هر بار تغذیه می‌تواند تحمل کند و همچنین به مقدار نیاز روزانه بستگی خواهد داشت. براساس یک راهنما مقدار شیر هر وعده نوزادان نارس باید طبق آنچه در پایین گفته می‌شود، بطور یکنواخت افزایش یابد:

◀ تا روز پنجم مقدار کل و مقدار هر تغذیه را به تدریج و به آرامی افزایش دهید تا برای بدست آوردن تغذیه گوارشی کمک کند.

◀ بعد از روز پنجم به طور یکنواخت و پیوسته مقدار آن را افزایش دهید تا سن نوزاد (جدول ۳ و ۲) به اندازه مورد نیاز برسد.

◀ تا روز ۱۴، نوزاد باید در هر روز 200 ml/kg شیر دریافت کند، دریافت که این مقدار برای رشد منظم ضروری است. جدول ۳ - مقدار و دفعات تغذیه مورد نیاز رشد نوزاد به طور تقریبی را نشان می‌دهد. از تغذیه بیش از حد لازم یا با سرعت زیاد اجتناب کنید تا خطر آسپیراسیون یا اتساع شکمی کم باشد.

نوزادان خیلی کوچک باید هر ۲ ساعت، و نوزادان بزرگتر هر ۳ ساعت یک بار، تغذیه شوند. در صورت نیاز مادر و نوزادش باید در طول شبانه روز برای تأمین تغذیه منظم بیدار شوند.

جدول ۲ - مقدار شیر یا مایعات مورد نیاز برای هر بار تغذیه بر اساس وزن تولد و سن								
وزن تولد بر حسب گرم	دفعات تغذیه	روز اول	روز دوم	روز سوم	روز چهارم	روز پنجم	روز ششم - سیزدهم	روز چهاردهم
$1000 \text{ g} - 1499 \text{ g}$ ≥ 1500	هر ۲ ساعت هر ۳ ساعت	60 ml/kg	80 ml/kg	90 ml/kg	100 ml/kg	110 ml/kg	$120 - 180 \text{ ml/kg}$	$180 - 200 \text{ ml/kg}$

جدول ۳ - مقدار مورد نیاز شیر مادر برای هر بار تغذیه بر اساس وزن تولد و سن								
وزن تولد به گرم	دفعات تغذیه	روز ۱	روز ۲	روز ۳	روز ۴	روز ۵	روزهای ۶-۱۳	روز ۱۴
۱۰۰۰	۱۲	5 ml/kg	7 ml/kg	8 ml/kg	9 ml/kg	10 ml/kg	$11 - 16 \text{ ml/kg}$	17 ml/kg
۱۲۵۰	۱۲	6 ml/kg	8 ml/kg	9 ml/kg	11 ml/kg	12 ml/kg	$14 - 19 \text{ ml/kg}$	21 ml/kg
۱۵۰۰	۸	12 ml/kg	15 ml/kg	17 ml/kg	19 ml/kg	21 ml/kg	$23 - 33 \text{ ml/kg}$	35 ml/kg
۱۷۵۰	۸	14 ml/kg	18 ml/kg	20 ml/kg	22 ml/kg	24 ml/kg	$26 - 42 \text{ ml/kg}$	45 ml/kg
۲۰۰۰	۸	15 ml/kg	20 ml/kg	23 ml/kg	25 ml/kg	28 ml/kg	$30 - 45 \text{ ml/kg}$	50 ml/kg

تغییر روش جایگزین تغذیه‌ای به شیردهی انحصاری در نوزادان بزرگتر امکان دارد که زودتر اتفاق بیفتد و در نوزادان خیلی کوچکی طول می‌کشد و ممکن است حدود یک هفته زمان لازم داشته باشد. مادران را تشویق کنید تا به محض اینکه نوزادشان علائمی از آمادگی برای تغذیه با شیر مادر نشان داد، تغذیه با شیر مادر را شروع کنند. در ابتدا ممکن است نوزاد به حد کافی سینه مادر را نمکد اما حتی مکیدن کوتاه مدت نیز باعث تحریک تولید شیر می‌شود و به تمرین نوزاد کمک می‌کند. به مادر اطمینان دهید و به او در تغذیه نوزادش کمک کنید در طول مدت رشد نوزاد، بر حسب نیاز او تدریجاً برنامه تغذیه را عوض کنید.

وقتی نوزاد با شیر مادر به طور انحصاری تغذیه می‌شود اندازه گیری مقدار شیر دریافتی ناممکن است، وزن کردن تنها راه برآورد کافی بودن تغذیه است.



تصویر ۸: تغذیه لوله‌ای در مراقبت مادرانه آغوشی

اگر مادر HIV مثبت است و تغذیه جایگزین را انتخاب می‌کند، استفاده از تغذیه فنجانی را به او پیشنهاد کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره این موضوع لطفاً به جزوه مشاوره‌ای تغذیه نوزاد و HIV مراجعه کنید²⁰

۸ - ۴ کنترل رشد

وزن

نوزاد را روزانه وزن کنید. وزن بدست آمده را برای بررسی اولیه کافی بودن تغذیه و رشد، کنترل کنید. نوزادان نارس بلافاصله بعد از تولد وزن خود را کم می‌کنند کاهش وزن تا ۱۰٪ در چند روز اول زندگی قابل قبول است. نوزادان تازه متولد شده بین ۷ - ۱۴ روز بعد از تولد دوباره وزن تولد را سریعاً بدست خواهند آورد. در ابتدا باید افزایش وزن نوزاد کمتر و سپس بیشتر باشد. بعد از این دوره اولیه هیچ کمبود وزنی قابل قبول نیست. وزن‌گیری خوب نشانه‌ای از سلامتی خوب محسوب می‌شود. وزن‌گیری کم یک نگرانی جدی است. (سقفی) برای وزن‌گیری نوزادان تغذیه شده از سینه مادر وجود ندارد اما حداقل آن نباید کمتر از ۱۵g/kg/day باشد.

افزایش وزن روزانه مناسب از دومین هفته حیات ۱۵g/kg/day است. وزن‌گیری تقریبی برای سنین بعد از لقاح شامل موارد زیر است:

- ❖ 20g/day برای سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته که به طور تقریبی برابر است با 150-200g/week
- ❖ 25g/day برای سن حاملگی ۳۳ الی ۳۶ هفته که به طور تقریبی برابر است با 200-250g/week
- ❖ 30g/day برای سن حاملگی ۳۷ الی ۴۰ هفته که به طور تقریبی برابر است با 250-300g/week

توصیه‌های جامع مورد اتفاق در مورد دفعات کنترل رشد برای نوزادان کم وزن و نارس وجود ندارد. جهت تعیین وزن‌گیری پس از تولد نوزادان، نمودار جامع وجود ندارد اما بجای آن نمودارهای رشد داخل رحمی با توجه به هفته حاملگی با صدکها یا انحراف معیارها استفاده می‌شود.

اینکه رشد خارج رحمی بتواند همانند رشدی که نوزاد نارس در داخل رحم دارد، معیار مناسبی برای کنترل وزن‌گیری پس از تولد باشد مشخص نیست. مطلوب است: وزن حداقل ۲۵۰۰g یا بیشتر از آن تا هفته ۴۰ پس از آخرین تاریخ قاعدگی مورد نظر باشد.

دستورات زیر براساس تجربه هستند:

- ❖ نوزادان را یکبار در روز وزن کنید. توزین بیشتر ممکن است نوزاد را ناراحت کرده و یک عامل اضطراب و نگرانی برای مادر باشد. زمانی که وزن‌گیری نوزاد آغاز شد او را دو روز در میان و سپس یک روز در هفته وزن کنید تا زمانی که نوزاد ترم کامل شود (۴۰ هفته یا ۲۵۰۰g)
- ❖ هر دفعه نوزاد را به روش یکسان وزن کنید یعنی لخت شده با همان ترازوهای تنظیم شده (در صورت امکان با دقت ۱۰g) روی ترازو را با یک حوله تمیز گرم جهت جلوگیری از سرد شدن نوزاد بپوشانید.
- ❖ نوزاد را در یک محیط گرم وزن کنید.
- ❖ اگر شما نمودار محلی وزن در اختیار دارید که رشد داخل رحمی مورد انتظار را نشان می‌دهد وزن را به صورت منحنی روی نمودار نشان دهید.

کنترل رشد به ویژه وزن‌گیری روزانه به ترازوهای صحیح، دقیق و روش استاندارد نیاز دارد. ترازوهای فنی زمانی که وزن کم است، برای کنترل مکرر وزن به اندازه کافی دقیق نیستند و ممکن است به تصمیم‌گیری غلط منجر شود. ترازوهای مدرج زایشگاه (با دقت ۱۰g) بهترین جایگزین هستند. اگر چنین ترازوهای صحیح و دقیق در دسترس نیستند وزن کردن روزانه نوزادان را انجام ندهید اما وزن‌گیری هفتگی برای کنترل رشد را جدی بگیرید. وزن روی یک نمودار ثبت می‌شود و وزن‌گیری روزانه یا هفتگی ارزیابی می‌گردد.

اندازه دور سر

دور سر بطور هفتگی اندازه‌گیری شود. اگر نوزادی در حال وزن‌گیری باشد دور سر بین ۰/۵cm تا ۱cm به ازای هر هفته افزایش می‌یابد. برای کفایت رشد سر به استانداردهای ملی مراجعه شود.

روشهای جایگزین برای کنترل رشد

روشهای جایگزین مانند: اندازه‌گیری قد نوزاد، دور بازو و سینه برای کنترل رشد چندان مفید نیستند و به دلایل زیر توصیه نشده‌اند:

- قد نسبت به وزن کمتر قابل اطمینان است. قد به کندی افزایش می‌یابد و به تصمیم‌گیری درباره تغذیه و بیماریها کمک نمی‌کند.
- جایگزین هایی مانند دور بازو و سینه وسیله ای برای ارزیابی اندازه نوزاد هنگام تولد است و برای تشخیص نیاز به مراقبت ویژه پیشنهاد شده است هنوز مؤثر بودن آنها برای کنترل رشد در نوزادان نارس و کم وزن ارزیابی نشده است.

۹ - ۴ وزن‌گیری ناکافی

اگر وزن‌گیری طی چندین روز ناکافی است ابتدا روش تغذیه، فراوانی، تداوم و جدول زمانی را بررسی کنید و کنترل کنید که نوزاد شب قبل شیرخورده است یا نه. به مادر توصیه کنید که دفعات شیردهی را افزایش داده یا بر اساس نیاز شیر بدهد. مادر را تشویق کنید که هنگام تشنگی مایعات بنوشد.

سپس شرایط دیگری را به عنوان علل احتمالی کاهش وزن گیری، جستجو کنید:

- ❖ برفک دهان (پلاکهای سفید در دهان) می‌تواند مانع شیر خوردن شود نوزاد را با تجویز سوسپانسیون دهانی نیستاتین (۱۰۰/۰۰۰ Iu/ml) درمان کنید. از یک قطره چکان برای چکاندن ۱cc در مخاط دهان و آغشته کردن نوک سینه مادر بعد از هر بار شیردهی، استفاده کنید تا زمانی که زخم التیام یابد. درمان را به مدت ۷ روز ادامه دهید.
 - ❖ انسداد مجرای بینی ممکن است برای نوزاد ایجاد مزاحمت کند زیرا با شیر خوردن تداخل می‌کند. استفاده از قطره‌های محلول نرمال سالین ممکن است به بهبود انسداد بینی کمک کند.
 - ❖ عفونت مجاری ادراری یک علت پنهان است. اگر رشد نوزاد بدون دلایل روشن ناکافی است آن را بررسی کنید و طبق دستورالعمل‌های محلی/ ملی عمل کنید.
 - ❖ عفونتهای باکتریایی شدید در ابتدا خود را با کاهش وزن و کاهش شیر خوردن نشان می‌دهند. اگر نوزادی که سالم بوده و بدحال نبوده تغذیه را متوقف کند به عنوان نشانه ای از خطری جدی به آن توجه کنید، عفونتها را ریشه یابی کرده و طبق دستورالعمل‌های ملی و محلی برای درمان عمل کنید.
 - ❖ سایر علل عدم وزن‌گیری شامل مجرای شریانی بازⁱ و دیگر بیماری‌ها که ممکن است تشخیص آنها در شرایط کمبود منابع مشکل باشد. اگر بعد از پیشگیری یا برطرف کردن عوامل بالا نوزاد از وزن‌گیری ناتوان است، جهت بررسی و اقدام بیشتر او را به سطوح بالاتر ارجاع دهید.
- اگر شیر سینه مادر کاهش یافته و نیازهای نوزاد را برطرف نمی‌کند او باید آن را افزایش دهد. این حالت اغلب زمانی اتفاق می‌افتد که برای شیر دادن مشکلی وجود داشته باشد، مانند: نوزاد به خوبی نمی‌مکد، مادر در دسترس نبوده یا مریض بوده و شیردهی را متوقف کرده است (در مورد افزایش شیر سینه و برقراری شیردهی مجدد به جزوه شیردهی WHO صفحات ۳۵۸ - ۳۶۸¹⁹ و دستورالعمل‌های شیر WHO: (مروری بر تجربه و توصیه‌های عملی)⁶⁵ مراجعه شود.
- قبل از روی آوردن به سایر روشها مطالعه جزوه مذکور باید اولین اقدام باشد.

افزایش دهنده‌های شیر

تأثیر چایی‌های گیاهی تهیه شده از گیاه کنجد، رازیانه، زیره سبز، ریحان و آنیس در افزایش تولید شیر اثبات شده است. برای افزایش شیردهی مصرف آبجو و دیگر نوشیدنیهای الکلی مورد استفاده در برخی جوامع باید منع شود زیرا الکل در شیر سینه برای نوزادان خطرناک است^{66,67} دامپریدونⁱⁱ می‌تواند به افزایش ذخیره شیر کمک کند. این روش به عنوان یک روش حمایتی و بعد از تلاش در مورد سایر روشها، می‌تواند استفاده شود. همیشه از دستورالعمل‌های ملی مراکز بهداشتی پیروی کنید.

ⁱ Patent ductus arteriosus

ⁱⁱ Domperidone

اگر علیرغم این تلاشها نوزاد وزن گیری نداشت اضافه کردن شیر مصنوعی مخصوص نوزاد نارس را به تغذیه نوزاد بررسی کنید و آن را بعد از هر بار شیر خوردن بوسیله یک فنجان به نوزاد بدهید. برای تهیه شیر مصنوعی دستورات داخل جعبه را انجام دهید.

بر اساس وزن روزانه تصمیمات مهمی مانند تجویز شیر مصنوعی اتخاذ نکنید زیرا این وزن تغییرات زیادی دارد. تغییرات وزن فقط در طول چندین روز و وزن گیری بعد از یک هفته اساس خوبی برای چنین تصمیماتی است.

به مادر توضیح دهید که این انتخابی ایمن و متناسب با توانایی او است که برای چندین ماه قابل دسترسی خواهد بود. چگونگی تهیه و دادن صحیح آن به نوزاد را به مادر آموزش دهید. دستورات روی جعبه را مطالعه کنید.

به محض اینکه نوزاد وزنش بهبود یافت گهگاه تغذیه با شیر مادر را انجام دهید. رشد و سلامتی نوزادان تغذیه شده یا دریافت کننده شیر مصنوعی را دقیقاً کنترل کنید. زیرا این نوزادان بیشتر از نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند در معرض عفونت و سوء تغذیه قرار دارند.

اگر ممکن باشد، سعی کنید نوزاد را با شیر مصنوعی مرخص نکنید.

اطمینان حاصل کنید که شرکت سازنده از قوانین تدوین شده توسط مجموعه قوانین بین المللی فروش جایگزین های شیر مادرⁱ مصوب و مدون WHO پیروی می کند.

۱۰ - ۴ درمان پیشگیرانه

نوزادان نارس با ذخایر ناکافی از ریز مغذی ها متولد می شوند. نوزادان نارس بدون توجه به وزن باید از ماه دوم زندگی تا یک سالگی سن تقویمی، آهن و اسید فولیک تکمیل کننده دریافت کنند. دوز توصیه شده آهن ۲mg/kg در روز است.

به مادر شرح دهید که:

- ❖ آهن برای سلامتی و رشد نوزاد ضروری است.
- ❖ نوزاد به گرفتن منظم آهن نیاز دارد: هر روز یک ساعت معین بعد از شیر خوردن ممکن است مدفوع نوزاد تیره شود که امری عادیست.
- ❖ در مورد نگرانی های مادر از او پرسش کنید.

۱۱ - ۴ تحریک

همه نوزادان به محبت و مراقبت تکاملی نیاز دارند اما نوزادان خیلی نارس برای رسیدن به تکامل معمولی نیاز به توجه بیشتری دارند. چرا که آنها برای هفته ها یا حتی ماه ها از محیط درون رحمی ایده آل محروم بوده و در عوض در طول مراقبت اولیه شان در معرض نور، صدا و محرک های دردآور هستند. مراقبت آغوشی روش ایده آلی است چرا که نوزاد تکان می خورد و با مهربانی در آغوش مادر می باشد در حالی که مادر او را با خود در فعالیت های روزانه اش به هر سو می برد و نوزاد نیز صدای مادر را می شنود. پدران نیز می توانند چنین محیطی را فراهم کنند. کارکنان بهداشت نیز می توانند در تشویق مادران و پدران جهت بروز احساسات و محبتشان نسبت به نوزاد نقش مهمی ایفا کنند.

به هر حال اگر نوزاد مسائل دیگری ناشی از زودرس بودن و یا عوارض آن را دارد مراقبتهای اضافی ممکن است نیاز باشد. راهنمایی چنین مراقبتهایی می تواند در منابع استاندارد یا در راهنمای WHO (راهنمای درمان مشکلات نوزادان نارس برای پزشکان، پرستاران و ماماها) یافت شود.⁵⁶

ⁱ International code of marketing of breast-milk substitutes

۱۲ - ۴ ترخیص

ترخیص به این معنی است که به مادر و نوزاد اجازه داده شود که به خانه بروند. به هر حال محیط خانه آنها می‌تواند با واحد مراقبت آغوشی از نظر راحتی بسیار متفاوت باشد. جایی که پیرامون آنها پرسنل حامی حضور دارند. ولی آنها در منزل به حمایت نیاز خواهند داشت اگرچه شدید و مکرر نباشد. لذا زمان ترخیص می‌تواند به وزن نوزاد، در دسترس بودن تخت، شرایط خانه و امکان پیگیری مراقبت بستگی داشته باشد. معمولاً یک نوزاد مراقبت آغوشی زمانی می‌تواند مرخص شود که ملاک‌های زیر برآورده شوند:

- ◀ حال عمومی نوزاد خوب بوده و بیماریهای همراه مانند آپنه و عفونت وجود نداشته باشد؛
 - ◀ منحصرراً یا عمدتاً با شیر مادر به خوبی تغذیه کند؛
 - ◀ وزن بگیرد (حداقل $15\text{g} / \text{kg} / \text{day}$ برای سه روز متوالی)؛
 - ◀ دمای بدن او در وضعیت مراقبت آغوشی ثابت باشد (در حد معمول حداقل برای سه روز متوالی).
 - ◀ مادر در حمل نوزاد اعتماد به نفس داشته باشد و قادر باشد که مرتباً برای پیگیری ویزیتها مراجعه کند.
- این معیارها معمولاً زمانی که وزن نوزاد بیش از 1500g است برآورده می‌شوند.
- محیط خانه در موفقیت‌آمیز بودن نتیجه مراقبت آغوشی بسیار مؤثر است. مادر باید به خانه ای گرم و عاری از دود سیگار برود و باید هر روز برای انجام وظایف خانه داری حمایت شود.
- در جاهائی که سرویسهای پیگیری کننده وجود ندارد و بیمارستان دور است، مادر و نوزاد باید دیرتر مرخص شوند.

نوزاد را مطابق برنامه ملی واکسینه کنید و تا ویزیت بعدی قرصهای آهن / فولات کافی بدهید. اطلاعات مخصوص نوزاد را در برگ مربوطه ثبت کنید. مطمئن شوید مادر می‌داند که:

- ◀ چگونه تماس پوست به پوست را برقرار کند، تا زمانی که نوزاد علائم ناراحتی را نشان دهد.
- ◀ وقتی نوزاد در وضعیت مراقبت آغوشی نیست، برای گرم نگهداشتن، او را چگونه بپوشاند؛
- ◀ چگونه نوزاد را حمام کند و او را پس از حمام گرم نگهدارد؛
- ◀ چگونه پاسخگوی نیازهای نوزاد باشد مثلاً: اگر دستها و پاها نوزاد سرد است یا دمای بدنش پائین است طول مدت تماس پوست به پوست را افزایش دهد؛
- ◀ چگونه درطول شبانه‌روز به نوزاد طبق توصیه‌ها شیر بدهد؛
- ◀ کی و کجا برای پیگیری ویزیتها مراجعه کند (اولین ویزیت را زمان‌بندی کنید و درباره موضوعات مذکور به مادر دستورالعملهای تصویری و مکتوب بدهید)؛
- ◀ چگونه علائم خطرناک را تشخیص دهد؛
- ◀ در صورت بروز علائم خطرناک چگونه مراقبتها و ضروریات را تشخیص دهد.
- ◀ کی نوزاد را از مراقبت آغوشی خارج کند؛

او باید سریعاً به بیمارستان مراجعه کرده و یا به مرکز درمانی مناسبی برود در صورتی که نوزاد:

- ❖ اصلاً یا به خوبی شیر نمی‌خورد یا استفراغ می‌کند؛
- ❖ بی‌قرار و حساس شده، بی‌حال یا بیهوش است؛
- ❖ تب دارد (دمای بدن $< 37.5^{\circ}\text{C}$)؛
- ❖ علیرغم گرم کردن مجدد سردش شده (هیپوترمی، دمای بدن $> 36.5^{\circ}\text{C}$)؛
- ❖ تشنج دارد؛
- ❖ مشکل تنفسی دارد؛
- ❖ اسهال دارد؛
- ❖ علائم نگران‌کننده دیگری را نشان می‌دهد.

به مادر بگویید که در صورت داشتن تردید بهتر است کمک بخواند. در نگهداری نوزادان کوچک کمک خواستن خیلی بهتر از بی‌توجهی به علائم مهم است.

ترخیص سریع برای مادر یک هدف است چرا که او به توانایی خود در مراقبت از نوزادش اطمینان دارد. اگر ملاکهای زیر در مورد نوزادی رعایت شود، او می‌تواند زود مرخص شود:

- ◀ هنگام ترخیص اطلاعات کافی درمورد مراقبت خانگی به مادر و خانواده‌اش داده شود. ترجیحاً به صورت دستورالعملهای تصویری و مکتوب؛
- ◀ مادران در مورد علائم خطرناک اطلاعاتی به دست آورند و بدانند که کی و کجا خواهان مراقبت شوند.

۱۳ - ۴ مراقبت آغوشی در خانه و پیگیری معمول

از پیگیری مادر و نوزاد، امکانات یا وجود مرکز درمانی مجهز نزدیک خانه نوزاد مطمئن شوید. نوزادان خیلی کوچک در هنگام ترخیص به ویزیت‌های مکرر و زودبه زود نیاز خواهند داشت. اگر نوزاد طبق ملاکهای بالا مرخص شود پیشنهادات پیگیری زیر در بیشتر شرایط معتبر خواهند بود:

- دو بار ویزیت در هفته تا ۳۷ هفتگی پس از آخرین پرپود ؛

- یک بار ویزیت در هفته بعد از ۳۷ هفتگی ؛

محتوای ویزیتها ممکن است بر اساس نیازهای مادر و نوزاد تغییر کند ؛ در هر حال موارد زیر را در هر پیگیری چک کنید:

مراقبت آغوشی

آیا نوزاد درطول تماس پوست به پوست، لباس پوشاندن، دادن وضعیت، دمای بدن، حمایت از مادر و نوزاد، علائمی از ناتوانی نشان می‌دهد ؟ آیا زمان جدا کردن از مراقبت آغوشی فرا رسیده است؟ (معمولاً در ۴۰ هفتگی از سن آخرین پرپود، یا درست قبل از آن) اگر نه، مادر و خانواده‌اش را برای ادامه مراقبت آغوشی تا جایی که ممکن است تشویق کنید.

شیردهی از پستان مادر

آیا تغذیه با شیر مادر منحصراً صورت می‌گیرد؟ اگر بله، مادر را تحسین کرده و او را به ادامه شیردهی تشویق کنید. اگر نه، مادر را از نحوه افزایش شیردهی و کاهش مکملها یا مایعات دیگر آگاه کنید. هر مسأله‌ای را جستجو کرده و آن را برطرف کنید. اگر نوزاد شیر مصنوعی مخصوص یا غذاهای دیگر دریافت می‌کند، سالم بودن و کفایت آنها را ارزیابی کنید. مطمئن شوید که خانواده حمایت‌های لازم را انجام می‌دهد.

رشد

نوزاد را وزن کرده و وزن گیری در آخرین دوره را کنترل کنید. اگر وزن گیری کافی است به عنوان مثال بطور متوسط حداقل $15\text{g} / \text{kg} / \text{day}$ ، مادر را تحسین کنید. اگر کافی نیست، مشکلات احتمالی، دلایل و راه‌حلها را جستجو و بررسی کنید. این مسائل معمولاً مربوط به تغذیه یا بیماریها می‌باشد. جهت نحوه بررسی کفایت وزن‌گیری روزانه لطفاً به جدول صفحه ۳۷ مراجعه کنید.

بیماری

هر علامتی از بیماری را که بوسیله مادر گزارش شده یا نشده بررسی کنید. با هر بیماری طبق دستورالعملها و روشهای محلی خود برخورد کنید. در مواردی که منحصراً تغذیه با شیر مادر صورت نمی‌گیرد، خصوصاً نشانه‌هایی از مشکلات گوارشی و تغذیه را جستجو کنید.

داروها

در صورت نیاز دارو بدهید. (باید تعداد دارو تا زمان ویزیت بعدی کافی باشد)

مصونیت از بیماریها

کنترل کنید که واکسیناسیون محلی بخوبی اجرا شود.

نگرانیهای مادر

از مادر در مورد هرگونه مشکل دیگر شامل مسائل اجتماعی، شخصی و خانوادگی سؤال کنید. سعی کنید او را در پیدا کردن بهترین راه حل برای حل آنها یاری کنید.

ویزیت پیگیری بعدی

همیشه ویزیت بعدی را زمان‌بندی یا تعیین کنید فرصتها را از دست ندهید. در صورت امکان مادر را از نظر مسائل بهداشتی و علائم خطرناک که نیاز به مراقبت فوری دارند آگاه کنید.

ویزیت های پیگیری ویژه

اگر این ویزیت ها برای دیگر مسائل جسمی یا پزشکی مورد نیاز هستند مادر را برای شرکت در آنها تشویق کنید و در صورت نیاز به او کمک کنید.

مراقبت روتین از نوزاد

زمانی که نوزاد به ۲۵۰۰g یا ۴۰ هفته از آخرین سن حاملگی رسید مادر را به توجه به مراقبت لازم و معمولی نوزاد تشویق کنید.

References

- 1 Low birth weight. A tabulation of available information. Geneva, World Health Organization, 1992 (WHO/MCH/92.2).
- 2 de Onis M, Blossner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl.1):S5-S15.
- 3 Essential newborn care Report of a Technical Working Group (Trieste 25-29 April 1994). Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.13).
- 4 Ashworth A. Effects of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl.1):S34-S41; discussion: S41-42.
- 5 Murray CJL, Lopez AD, eds. *Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, Harvard School of Public Health, 1996 (Global burden of disease and injuries series, vol. 1).
- 6 Gulmezoglu M, de Onis M, Villar J. Effectiveness of interventions to prevent or treat impaired fetal growth. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 1997, 52:139-149.
- 7 Kramer MS. Socioeconomic determinants of intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl.1):S29-S32; discussion: S32-33.
- 8 McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 1985, 312:82-90.
- 9 Rey ES, Martinez HG. Manejo racional del niño prematuro. In: Universidad Nacional, *Curso de Medicina Fetal*, Bogotá, Universidad Nacional, 1983.
- 10 Thermal control of the newborn: A practical guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/FHE/MSM/93.2).
- 11 Shiau SH, Anderson GC. Randomized controlled trial of kangaroo care with fullterm infants: effects on maternal anxiety, breastmilk maturation, breast engorgement, and breast-feeding status. Paper presented at the International Breastfeeding Conference, Australia's Breastfeeding Association, Sydney, October 23-25, 1997.
- 12 Cattaneo A, et al. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. *Acta Paediatrica*, 1998, 87:440-445.
- 13 Cattaneo A, et al. Kangaroo mother care in low-income countries. *Journal of Tropical pediatrics*, 1998, 44:279-282.
- 14 Bergman NJ, Jürisoo LA. The "kangaroo-method" for treating low birth weight babies in a developing country. *Tropical Doctor*, 1994, 24:57-60.
- 15 Lincetto O, Nazir AI, Cattaneo A. Kangaroo Mother Care with limited resources. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2000, 46:293-295.
- 16 Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology*, 1991, 11:216-226.
- 17 Christensson K, et al. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *The Lancet*, 1998, 352:1115.
- 18 Shekelle PG. Clinical guidelines: Developing guidelines. *British Medical Journal*, 1999, 318:593-596.
- 19 Breastfeeding counselling: A training course - Trainer's guide. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/CDR/93.4). Also available from UNICEF (UNICEF/NUT/93.2).
- 20 HIV and infant feeding counselling: A training course - Trainer's guide. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.3). Also available from UNICEF (UNICEF/PD/NUT/00-4) or UNAIDS (UNAIDS/99.58).
- 21 Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de Calume Z. Current knowledge of kangaroo mother intervention. *Current Opinion in Pediatrics*, 1996, 8:108-112.
- 22 Ludington-Hoe SM, Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1996, 25:691-703.
- 23 Conde-Agudelo A, Diaz-Rosello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Library*, Issue 2, 2002.
- 24 Sloan NL, et al. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *The Lancet*, 1994, 344:782-785.
- 25 Charpak N, et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants \geq 2000 grams: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 1997, 100:682-688.
- 26 Cattaneo A, et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomised controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica*, 1998, 87:976-985.
- 27 Kambarami RA, Chidede O, Kowo DT. Kangaroo care versus incubator care in the management of well preterm infants: a pilot study. *Annals of Tropical Paediatrics*, 1998, 18:81-86.
- 28 Whitelaw A, Sleath K. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight infants in Bogotá, Colombia. *The Lancet*, 1985, 1:1206-1208.

- 29 Charpak N, *et al.* Kangaroo-mother programme: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two-cohort study. *Pediatrics*, 1994, 94:804-810.
- 30 Anderson GC, *et al.* Birth-associated fatigue in 34-36 week premature infants: rapid recovery with very early skin-to-skin (kangaroo) care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1999, 28:94-103.
- 31 Lincetto O, *et al.* Impact of season and discharge weight on complications and growth of kangaroo mother care treated low birthweight infants in Mozambique. *Acta Paediatrica*, 1998, 87:433-439.
- 32 Schmidt E, Wittreich G. Care of the abnormal newborn: a random controlled trial study of the "kangaroo method" of care of low birth weight newborns. In: *Consensus Conference on Appropriate Technology Following Birth, Trieste, 7-11 October 1986*. WHO Regional Office for Europe.
- 33 Whitelaw A, *et al.* Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Archives of Disease in Childhood*, 1988, 63:1377-1381.
- 34 Wahlberg V, Affonso D, Persson B. A retrospective, comparative study using the kangaroo method as a complement to the standard incubator care. *European Journal of Public Health*, 1992, 2:34-37.
- 35 Syfrett EB, *et al.* Early and virtually continuous kangaroo care for lower-risk preterm infants: effect on temperature, breast-feeding, supplementation and weight. In: *Proceedings of the Biennial Conference of the Council of Nurse Researchers*. Washington, DC, American Nurses Association, 1993.
- 36 Blaymore-Bier JA, *et al.* Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low birth weight infants who are breastfed. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1996, 150:1265-1269.
- 37 Hurst NM, *et al.* Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology*, 1997, 17:213-217.
- 38 Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatrica*, 1996, 85:1354-1360.
- 39 Ludington-Hoe SM, *et al.* Selected physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. *Journal of Developmental Physiology*, 1992, 18:223-232.
- 40 Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1989, 78: 189-193.
- 41 de Leeuw R, *et al.* Physiologic effects of kangaroo care in very small preterm infants. *Biology of the Neonate*, 1991, 59:149-155.
- 42 Fischer C, *et al.* Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care. *Early Human Development*, 1998, 52:145-153.
- 43 Anderson GC, Wood CE, Chang HP. Self-regulatory mothering vs. nursery routine care postbirth: effect on salivary cortisol and interactions with gender, feeding, and smoking. *Infant Behavior and Development*, 1998, 21:264.
- 44 Christensson K, *et al.* Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*, 1992, 81:488-493.
- 45 Christensson K, *et al.* Separation distress call in the human infant in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica*, 1995, 84:468-473.
- 46 Affonso D, Wahlberg V, Persson B. Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network*, 1989, 7:43-51. **43**
- 47 Affonso D, *et al.* Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network*, 1993, 12:25-32.
- 48 Legault M, Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1995, 24:501-506.
- 49 Bell EH, Geyer J, Jones L. A structured intervention improves breast-feeding success for ill or preterm infants. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 1995, 20:309-314.
- 50 Tessier R, *et al.* Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 1998, 102:390-391.
- 51 Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*, 1998, 102:E38.
- 52 Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*, 1999, 103:1150-1157.
- 53 Malhotra N, *et al.* A controlled trial of alternative methods of oral feeding in neonates. *Early Human Development*, 1999, 54:29-38.
- 54 Sontheimer D, *et al.* Pitfalls in respiratory monitoring of premature infants during kangaroo care. *Archives of Disease in Childhood*, 1995, 72:F115-117.
- 55 Lubchenco LO, *et al.* Intrauterine growth as estimated from live born birth weight data at 24 to weeks of gestation. *Pediatrics*, 1963, 32:793-800.
- 56 *Managing newborn problems. A guide for doctors, nurses and midwives*. Geneva, World Health Organization (in press).
- 57 Jenni OG, *et al.* Effect of nursing in the head elevated tilt position (15 degrees) on the incidence of bradycardic and hypoxemic episodes in preterm infants. *Pediatrics*, 1997, 100:622-625.

- 58 Ludington-Hoe SM, Hadeed AJ, Anderson GC. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. *Journal of Perinatology*, 1991, 11:19-24.
- 59 Gupta A, Khanna K, Chattree S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1999, 45:108-110.
- 60 Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 1994, 71:365-369.
- 61 Bier JB, *et al.* Breast-feeding of very low birth weight infants. *Journal of Pediatrics*, 1993, 123: 773-778.
- 62 Poets CF, Langner MU, Bohnhorst B. Effects of bottle feeding and two different methods of gavage feeding on oxygenation and breathing patterns in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:419-423.
- 63 *Birth weight surrogates: The relationship between birth weight, arm and chest circumference*. Geneva, World Health Organization, 1987.
- 64 Diamond JD, *et al.* The relationship between birth weight and arm and chest circumference in Egypt. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1991, 37:323-6.
- 65 *Relactation: A review of experience and recommendations for practice*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/CHS/CAH/98.14).
- 66 Mennella JA, Gerrish CJ. Effects of exposure to alcohol in mother's milk on infant sleep. *Pediatrics*, 1998, 101:E2.
- 67 Rosti L, *et al.* Toxic effects of a herbal tea mixture in two newborns. *Acta Paediatrica*, 1994, 83:683.
- 68 *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Geneva, World Health Organization, 1981 (HA34/1981/REC/1, Annex 3).

ضمیمه

I. ثبت در پرونده و شاخص ها

ثبت‌های بالینی در بیمارستان و روش مراقبت مداوم از نوزادان کوچک در جاهای مختلف، متفاوت است و به سطح مراقبت ارائه شده برای نوزاد نارس و کم وزن بستگی دارد. زمانی که مراقبت آغوشی قسمتی از برنامه مراقبت را تشکیل می‌دهد، اطلاعات اصلی حتماً باید ثبت گردد. علاوه بر آن اطلاعات زیر نیز باید روزانه ثبت گردد:

❖ مواردی که مربوط به ثبت بیمارستانی نوزاد می‌شود:

◀ زمان شروع مراقبت آغوشی (روز، وزن و سن)؛

◀ شرایط نوزاد؛

◀ جزئیات مدت زمان و دفعات تکرار تماس پوست به پوست؛

◀ آیا مادر در بیمارستان بستری است یا از خانه مراجعه کرده؛

◀ روش تغذیه‌ای غالب؛

◀ مشاهدات مربوط به شیردهی و تغذیه؛

◀ وزن‌گیری روزانه؛

◀ سابقه بیماریها، شرایط یا مشکلات دیگر؛

◀ داروهایی که نوزاد دریافت می‌کند؛

❖ جزئیات ترخیص: شرایط نوزاد؛ آمادگیهای مادر، شرایط خانه که ترخیص را ممکن می‌سازد، روز، سن، وزن و زمان آخرین پرپود در زمان ترخیص؛ روش تغذیه و دستورات پیگیری (کجا، کی و چگونه تکرار)

◀ مادران باید خلاصه‌ای از برگ ترخیص که سیر بستری شدن و دستورالعملهایی برای مراقبت خانه‌ای، داروها و پیگیری را دربردارد، دریافت کنند. ثبت اینکه، آیا نوزاد به مرکز درمانی دیگری انتقال داده شده است یا فوت کرده است ضروری است.

❖ علاوه بر اطلاعات در مورد نوزادان باید اطلاعات زیر نیز ثبت گردد:

◀ زمانی که نوزاد برای اولین بار معاینه شده (تاریخ، سن، وزن و سن بعد از لقاح) ؛

◀ روش تغذیه ؛

◀ مدت زمان تماس پوست به پوست روزانه ؛

◀ هر مسئله دیگری که ممکن است مادر را نگران کند ؛

◀ آیا نوزاد باید مجدداً بستری شود یا بستری شده است ؛

◀ زمانی که مادر تماس پوست به پوست را متوقف کرده (تاریخ، سن نوزاد، وزن، سن بعد از لقاح، دلیل توقف تماس پوست به پوست روش تغذیه و زمان از شیر گرفتن نوزاد)؛

◀ دیگر اظهارات مهم.

اگر امکان ادامه مراقبت در بیمارستانی که نوزاد بستری است، فراهم شود پرونده بیمارستانی و پرونده پیگیری باید در یک مدرک جمع شوند. اگر این امر امکان‌پذیر نباشد، هر دو پرونده باید به وسیله شماره مشترک یکسان به هم مربوط شوند. پرونده‌ها می‌توانند به طور واضح برای ایجاد شبکه، اطلاعات الکترونیکی استفاده شوند. پرونده‌های پیگیری موجود در این

ضمیمه که در زیر ارائه می‌شود از پرونده‌هایی هستند که در برنامه‌های مراقبت آغوشی در بعضی از کشورها مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

یک نمونه از نحوه افزودن اطلاعات در مورد مراقبت آغوشی به پرونده‌ها در زیر ارائه شده است:

زمان ویزیت/..../.../..../.../..../.../..../.../..../.../..../.../..../...
سن							
وزن							
وزن گیری							
روش شیردهی							
مدت متوسط روزانه تماس پوست به پوست							
شکایات							
بستری مجدد در بیمارستان							
پایان مراقبت کانگرویی				دلایل قطع مراقبت کانگرویی و دیگر ملاحظات:			
زمان:							
سن (به روز):							
سن بد از لقاح:							
وزن:							

این داده‌ها، اطلاعات پایه برای مراقبت روزانه و شاخص‌های فرایند مراقبت و سرانجام آن را برای پایش برنامه در اختیار ما قرار می‌دهد.

- ❖ وقتی که مراقبت آغوشی قسمتی از برنامه مراقبت نوزادان نارس است، دانستن مطالب زیر اهمیت فراوانی دارد:
- تعداد نوزادان نارس ($g > 2000$ و / یا > 34 هفته) معالجه شده به نسبت دریافت کننده‌های مراقبت آغوشی؛
- میانگین سن در زمان شروع مراقبت آغوشی (طبقه‌بندی بر اساس وزن با توجه به سن حاملگی در زمان تولد، و همچنین بر اساس سن بعد از لقاح در زمان شروع)؛
- نوع مراقبت آغوشی (روش غالب یا نسبی)؛
- میانگین طول مدت مراقبت آغوشی (در روز)؛
- میانگین وزن‌گیری در طول مدت مراقبت آغوشی در بیمارستان و در خانه؛

- میانگین زمان جدا کردن از مراقبت آغوشی (طبقه‌بندی که بر اساس وزن و سن حاملگی هنگام تولد، وزن و زمان آخرین پریود در هنگام شروع)؛
- روش تغذیه نوزاد هنگام جدا کردن از مراقبت آغوشی (منحصراً بوسیله شیر مادر تغذیه می‌شود یا گاهی یا اصلاً با شیر مادر تغذیه نمی‌شود)؛
- نسبت نوزادانی که در طول مراقبت آغوشی خانگی نیاز به بستری شدن داشتند.
- میزان مرگ و میر در طول مراقبت آغوشی، در خانه و در بیمارستان.

II. وزن تولد و سن حاملگی

در سنهای مختلف حاملگی وزن تولد می‌تواند حدود یک کیلوگرم اختلاف داشته باشد؛ در یک وزن ثابت نوزادان می‌توانند سنهای مختلف داشته باشند.

جدول ۴ - میانگین وزن تولد با دهمین و نودمین صدک بر اساس سن حاملگی			
Gestational age	Mean birth weight	10 th percentile	90 th percentile
28	1200	900	1500
29	1350	1000	1650
30	1500	1100	1750
31	1650	1200	2000
32	1800	1300	2350
33	2000	1500	2500
34	2250	1750	2750
35	2500	2000	3000
36	2750	2250	3250
37	3000	2450	3500
38	3200	2650	3700
39	3350	2800	3900
40	3500	3000	4100

III محدودیت ها:

مراقبت آغوشی در بر گیرنده برنامه ملی برای مراقبت از نوزادان کم وزن و نارس است که در بسیاری از کشورها به شکل موفق آمیزی به اجرا در آمده است. تجارب نشان می دهد که مشکلات اصلی، موانع و محدودیت ها در قالب چهار دسته اتفاق می افتد:

- ۱- سیاست، ۲- نهادینه کردن، ۳- ارتباط و ۴- شیردهی.

بعضی از راه حل های کمکی در جدول شماره ۵ پیشنهاد شده اند:

جدول شماره ۵: اجرای مراقبت آغوشی

مشکلات، موانع و محدودیت ها	راه حل های ممکن
سیاست	
<ul style="list-style-type: none"> فقدان برنامه، سیاست، روش معین، دستورالعمل، کتاب. فقدان حمایت های موسساتی، دانشگاهی و حرفه ای. فقدان آموزش های کافی و مداوم. خطر یک برنامه دستوری و عمودی. دسترسی ضعیف به شواهد، مکتوبات و مدارک. مشکلات قانونی (برای مثال مراقبت آغوشی شامل مداخلاتی در سیستم بهداشتی نمی شود که بابت آن پولی پرداخت شود). 	<ul style="list-style-type: none"> توسعه و بسط برنامه ها، خط مشی ها، راهنماییها، پروتکل ها و کتاب های جیبی. ارتباط با وزارت، دانشکده های پزشکی، موسسات و سازمان ها. تاسیس و برقراری آموزش های پایه ای در حین خدمت و بعد از فارغ التحصیلی. ادغام با برنامه های موجود دیگر. به وجود آوردن کتابخانه های محلی و منطقه ای: ارتباط با مراکز معتبر. پیشنهاد تغییر قوانین و روش های معمول برای ترغیب مادران و خانواده ها به درگیر شدن در فرایند مراقبت از نوزاد.
اجراء برنامه	
<ul style="list-style-type: none"> مقاومت مدیران، روسا و کارکنان بهداشت. کمبود تسهیلات، تجهیزات، ذخایر، سازمان دهی و کمبود وقت مشکلات فرهنگی، عملکرد ها، نگرش ها و باور های گمراه کننده. افزایش آشکار حجم کار. تقسیم کار مجدد، قبول چند وظیفه جدید. مقاومت مادران و خانواده ها. فقدان نظارت و ارزشیابی. 	<ul style="list-style-type: none"> دادن آگاهی کامل از نحوه موثر بودن، ایمنی، سهولت و هزینه. بهبود ساختار و سازمان دهی، فراهم کردن تجیزات پایه ای، اطمینان از تداوم حمایت. خط مشی آموزشی و ارائه اطلاعات مناسب بر پایه مشارکت جامعه القا تغییرات مرحله به مرحله. نوشتن خصوصیات شغل جدید، تشویق تیم کاری و بررسی مشکلات. گروه های حمایت کننده بیمارستان و جامعه (مدد کاری اجتماعی). جمع آوری، آنالیز و بحث در مورد اطلاعات خام
ارتباط	
<ul style="list-style-type: none"> نا آگاهی مادران و خانواده ها از طرح مراقبت آغوشی. ارتباطات و حمایت ضعیف در بیمارستان و در طی پیگیری. ارتباط و حمایت از خانواده ناکافی. نا آگاهی سیاست گذاران و سایر حرف بهداشتی و درمانی. 	<ul style="list-style-type: none"> اطلاعات کافی در زمان قبل از تولد و در بیمارستان های ارجاع دهند. بهبود توانمندی و مهارت کارکنان بهداشتی و درمانی در ایجاد ارتباطات و حمایت از خانواده. نشست های گروهی، وسایل ارتباط جمعی و یک خط مستقیم تلفنی. استفاده از مقاله ها، خبر نامه ها، گروه های علاقه مند و گواهی.
تغذیه	
<ul style="list-style-type: none"> کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر بعد از جدایی نوزادان از مادرانشان. مشکل نظارت رشد، فقدان استاندارد های کافی. رشد ناکافی علی رغم اجرای خوب برنامه تغذیه با شیر مادر. شیوع بالای مادران HIV مثبت. 	<ul style="list-style-type: none"> کاهش جدایی تا حد ممکن: اجرا بر اساس راهنمای شیر دهی. مقیاس های درست، چارت های رشد آماده، تعلیمات و آموزش های شفاف و روشن. مهارت های خوب. ارزیابی تغذیه با شیر مادر و روش های تغذیه متناوب (جایگزین) مشورت های داوطلبانه و آزمایش والدین، مشاوره تغذیه مادران، آماده سازی تغذیه جایگزین برای نوزادان نارس. جایگزین های سالم برای شیر مادر: پاستور ریزه