

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی

راهنمای طبابت بالینی ارائه خدمات پس از زایمان جهت ارتقاء سلامت مادر و شیرخوار

واحد مدیریت دانش بالینی طب پیشگیری
گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی

بهمن ۱۳۹۵

مقدمه:

توسعه جوامع و گسترش نظام های سلامت، به ویژه در دو سده اخیر و نیز گسترش علوم پزشکی در جهان موجب شده است که تقریباً تمام کشورها به منظور برآورده شدن نیازهای سلامت محور خود، به تدوین راهنماهای بالینی (راهنماها، سیاست ها، استانداردها و پروتکل های بالینی) در راستای ارتقا سطح کیفی و کمی ارائه خدمت و همچنین تدوین سیاست های کلان در چارچوب استقرار پزشکی مبتنی بر شواهد گام بر دارند. از سویی ضرورت تعیین حدود و ثغور اختیارات دانش آموختگان حرف مختلف پزشکی و استاندارد فضای فیزیکی و فرآیندهای ارائه خدمات سبب شد تا تدوین شناسنامه های مرتبط به منظور افزایش ایمنی، اثر بخشی و هزینه اثر بخشی در دستور کار وزارت متبوع قرار گیرد.

اندازه گیری کیفیت برای جلب اطمینان و حصول رضایت آحاد جامعه، قضاوت در زمینه عملکردها، تامین و مدیریت مصرف منابع محدود، نیازمند تدوین چنین راهنماهایی می باشد. این مهم همچنین به سیاستگذاران نیز کمک خواهد نمود تا به طور نظام مند، به توسعه و پایش خدمات اقدام نموده و از این طریق، آنان را به اهدافی که نسبت به ارائه خدمات و مراقبت های سلامت دارند، نائل نماید تا به بهترین شکل به نیازهای مردم و جامعه پاسخ دهند. علاوه بر تدوین راهنماها، نظارت بر رعایت آن ها نیز حائز اهمیت می باشد و می تواند موجب افزایش رضایتمندی بیماران و افزایش کیفیت و بهره وری نظام ارائه خدمات سلامت گردد. طراحی و تدوین راهنماهای مناسب برای خدمات سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین در بخش سلامت، به شمار می آید. اکنون در کشورمان، نیاز به وجود و استقرار راهنماهای ملی در بخش سلامت، به خوبی شناخته شده و با رویکردی نظام مند و مبتنی بر بهترین شواهد، تدوین شده است.

در پایان جا دارد تا از همکاری های بی دریغ معاون محترم درمان «جناب آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی»، معاون محترم آموزشی «جناب آقای دکتر باقر لاریجانی» و شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی در مدیریت تدوین راهنماهای طبابت بالینی، و نیز هیات های مورد و انجمن های علمی تخصصی مربوطه، اعضاء محترم هیئت علمی مراکز مدیریت دانش بالینی و همچنین هماهنگی موثر سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر و سایر همکاران در معاونت های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقدیر و تشکر نمایم.

انتظار می رود راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده تحت نظارت فنی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت و کمیته فنی تدوین راهنماهای بالینی، مورد عنایت تمامی نهادها و مراجع مخاطب قرار گرفته و به عنوان معیار عملکرد و محک فعالیت های آنان در نظام ارائه خدمات سلامت شناخته شود.

امید است اهداف متعالی نظام سلامت کشورمان در پرتو گام نهادن در این مسیر، به نحوی شایسته محقق گردد.

دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی

وزیر



تدوین کنندگان:

دکتر حوریه شمشیری میلانی، متخصص زنان، زایمان و نازایی، استادیار، عضو هیئت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (مجری طرح)

دکتر پرستو امیری، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (مجری طرح)

دکتر مریم محسنی، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، عضو هیئت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (مجری طرح)

دکتر محمد علی حیدرنیا، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار، مدیر گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (مجری طرح)

دکتر آرمین شیروانی، دکتری پزشکی عمومی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (همکار طرح)

دکتر پیغام حیدرپور، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (همکار طرح)

دکتر کامبیز عباچی زاده، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار، عضو هیئت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (همکار طرح)

دکتر بیتا لشکری، متخصص پزشکی اجتماعی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (همکار طرح)

دکتر سید محمدرضا وزیری، دستیار تخصصی داخلی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (همکار طرح)

دکتر عصمت داودی منفرد، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، عضو هیئت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (همکار طرح)

اکرم ملک خواهی، فوق لیسانس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (همکار طرح)

مرجان وجدانی، فوق لیسانس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (همکار طرح)

مریم گودرزیان، فوق لیسانس پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (همکار طرح)



تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مجید داوری، دکتر آرمان زندی، دکتر آرمین شیروانی، مجید حسن قمی،

دکتر عطیه صباغیان پی رو، دکتر مریم خیری، دکتر بیتا لشکری، مرتضی سلمان ماهینی

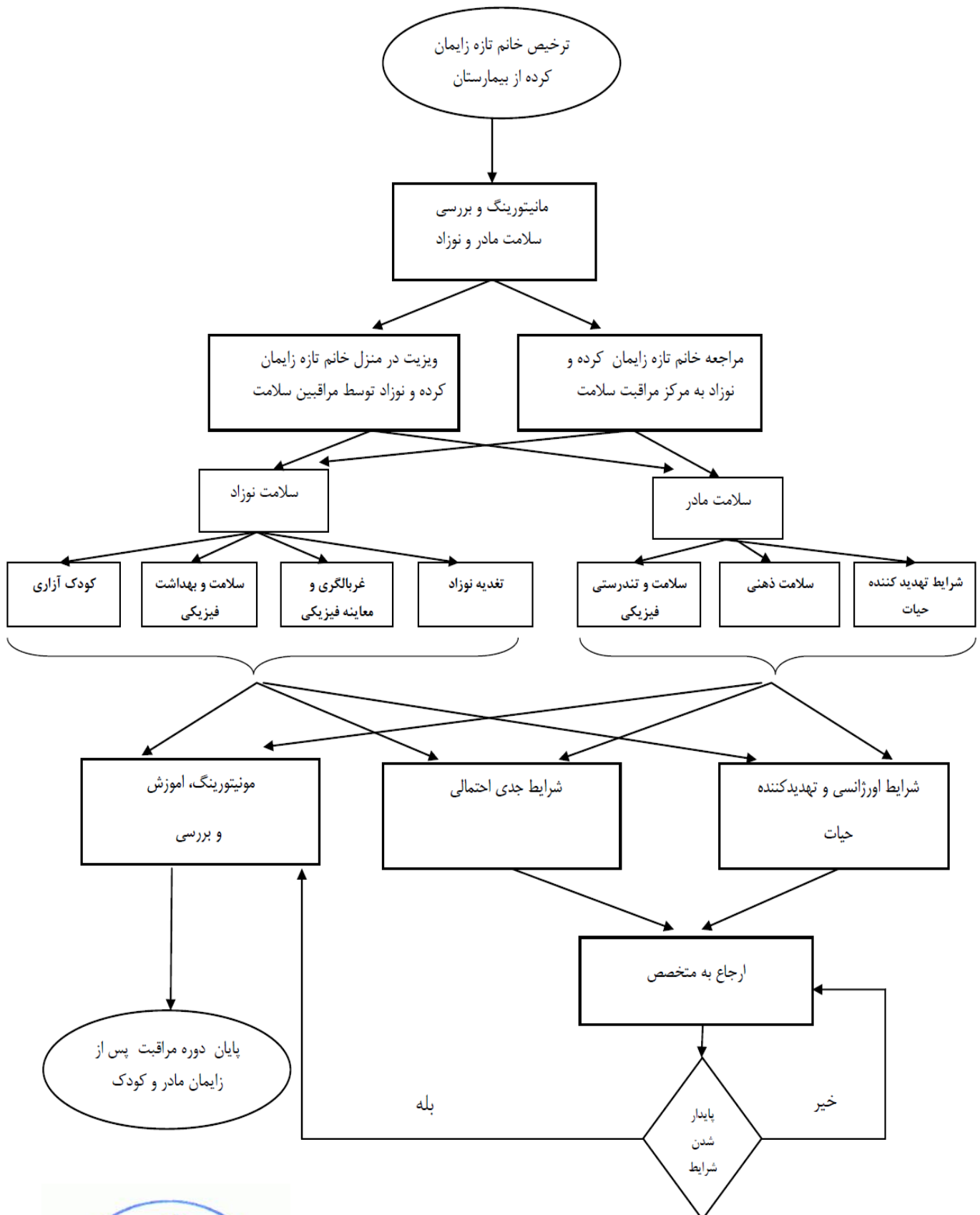


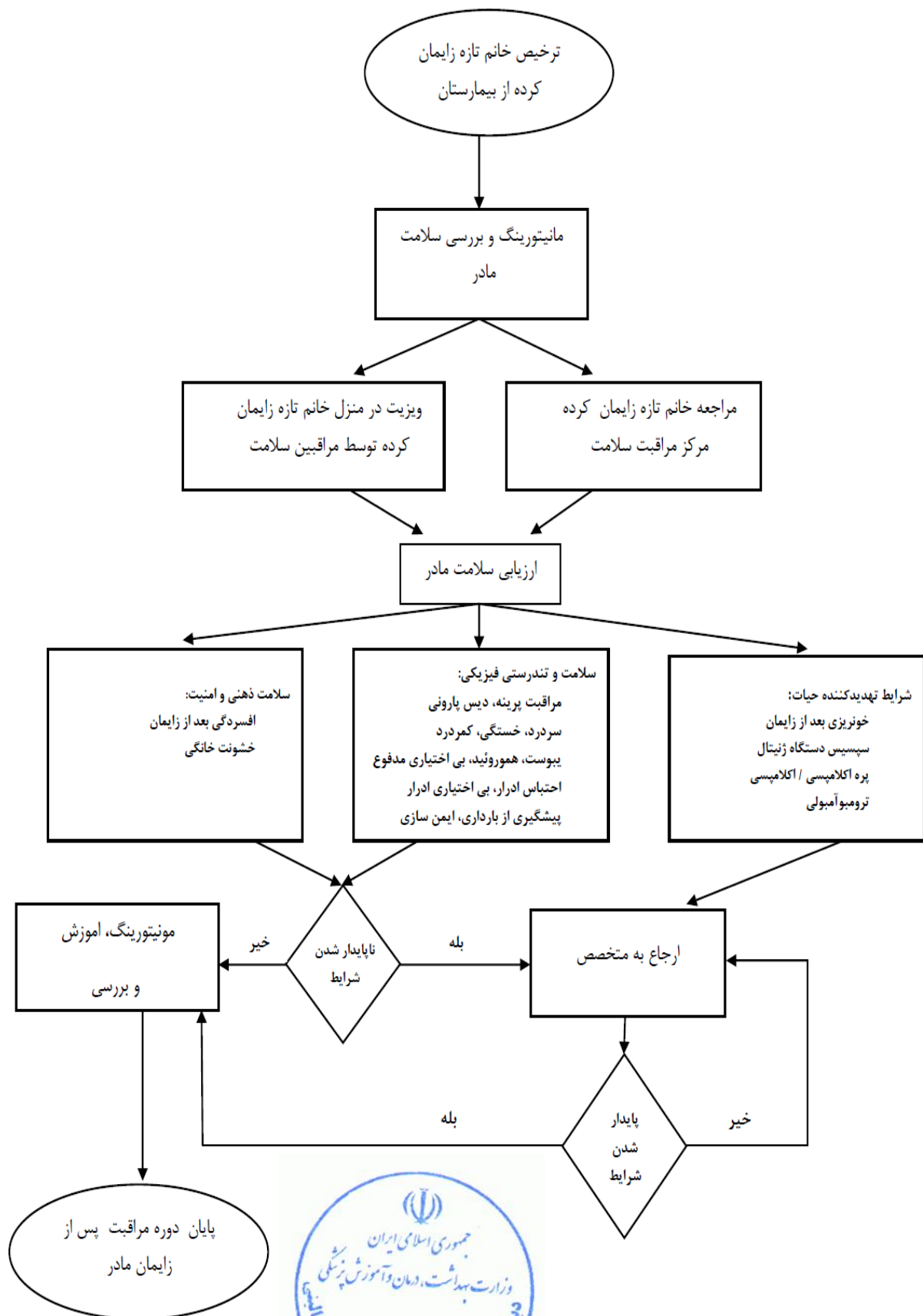
پیشگفتار:

تولد یک کودک در همه جا یک رویداد بیادماندنی است، اما هنوز برای هزاران تن از زنان، تجربه به دنیا آوردن کودکان آن طور که باید مسرت بخش نیست، بلکه استیصال است، جهنمی است که می تواند منجر به بیماری و ناتوانی تا آخر عمر یا مرگ شود. دوران پس از زایمان یکی از مهمترین زمانهای تاثیرگذار بر سلامت زنان، شیرخوار، خانواده و جامعه است. از آنجا که به دلیل مشکلات پس از زایمان مراجعه جهت دریافت مراقبت ها اندک است نحوه ارائه مراقبت های این دوران از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هدف این گایدلاین (دستورالعمل) معرفی مراقبتهای اساسی و روتین است که هر زن و کودکش باید بعد از تولد (زایمان) طی ۲ ماه اول پس از زایمان، دریافت کنند. این گایدلاین نشان میدهد که چه زمانی مراقبتهای بیشتری موردنیاز است و این دستورالعملها در چه سطوحی به افراد ارائه میشوند و چه زمانی نیاز به مداخلات اورژانسی وجود دارد.



▪ خلاصه راهنمای بالینی (به صورت جدول یا الگوریتم)





تعریف

دوره پس از زایمان از یک ساعت بعد از زایمان تا ۴۲ روز ادامه دارد و زمان بسیار بحرانی در سلامت مادر و نوزاد محسوب می شود (۱). در این دوره تغییرات ناشی از بارداری طبیعی، به تدریج به حالت اولیه باز میگردد، اما تمام سازگاری های مادر با حاملگی، به طور کامل، در طی این مدت فروکش نمی کند. زنان عوارض فیزیکی و روحی-روانی مختلفی را در این دوران تجربه می کنند، که می تواند در روند زندگی آنان اختلال ایجاد کند (۲،۲۳). در مطالعات صورت گرفته، مشکلات فیزیکی و روحی-روانی متعدد شامل خستگی، نگرانی در مورد مسائل جنسی، هموروئید و یبوست، مشکلات پستان، اضطراب، استرس، افسردگی، اختلالات خواب، خونریزی، بی اختیاری ادرار و اختلال استرس بعد از سانحه گزارش شده است. در این دوران مادر با افزایش حجم کار و کمبود وقت مواجه است. سلامت زنان بعد از تولد فرزند، ممکن است مهمترین عامل در سلامت دوران کودکی فرزندان باشد (۳،۲۴). تغییرات چشمگیری که در دوره پس از زایمان رخ می دهد، منجر به افت کیفیت زندگی آن ها در این دوره حساس و بحرانی می شود (۴). اکثر مادران در مورد مشکلات و مراقبت های دوره پس از زایمان آگاهی اندکی دارند (۵). به همین دلیل است که بیشتر مادران نخست زاء، آمادگی لازم را برای مادر شدن نداشته و به حمایت از طرف خانواده، دوستان و مراقبان بهداشتی نیاز دارند (۶). ارائه خدمات پس از زایمان مهم ترین عامل در جلوگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و نوزادی است. بنابراین نحوه عملکرد مراقبان بهداشتی و میزان برخورداری مادر از حمایت های اجتماعی، در نحوه سازگاری وی با این دوره زمانی بسیار مهم است (۷). ویزیت در منزل بعد از زایمان، بهترین روش تامین نیاز های آموزشی و حمایتی خانواده هاست، زیرا برای خانواده هایی که به تازگی صاحب فرزند شده اند در اولین روزهای پس از زایمان، انتقال از جایی به جای دیگر مشکل است و بهتر است خدمات و مراقبت های مربوط به این دوره در منزل ارائه شود (۸). منظور از مراقبت در منزل بعد از زایمان، کلیه اقداماتی است که منجر به پیشگیری از مشکلات و ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت ارتباط بین مادر و نوزاد می شود و به تطابق با یک زندگی توأم با اضطراب و افزایش توانایی مادر در مراقبت از خود و نوزاد، کمک می کند (۹). از طرفی معاینه در منزل می تواند در مورد بسیاری از مشکلات بهداشتی مثل عوارض روحی-روانی و پیامدهای نامساعد زایمانی مزایای منحصر به فردی داشته باشد (۱۰). طبق تعریف NAHC (National Association For Home Care & Hospice) معاینه در منزل به منظور ارتقاء و حفظ سلامت افراد و خانواده است و ویژگی مهم آن این است که در معاینه در منزل، مراقب بهداشتی به محل زندگی افراد می رود (۱۱). به کمک معاینه در منزل می توان ارائه آموزش ها و مراقبت های بهداشتی را به درون منزل مادران انتقال داد (۱۲). زنانی که به طور مداوم خدمات مامایی در منزل را دریافت کردند، بیان داشته اند که هم شیوه و هم کیفیت مراقبت ها بهتر از آنانی بوده است که مراقبت پس از زایمان را در بیمارستان دریافت کرده اند، مدارک موجود از این مساله حمایت می کند که زنانی که ویزیت منزل را در دوره پس از زایمان دریافت می کنند، از مراقبت های خود بیشتر راضی اند (۱۳-۱۴).

با توجه به این که تحقیقات انجام شده در ایران در مورد میزان دریافت مراقبت های این دوران و نحوه ارائه مراقبت های پس از زایمان، بویژه به صورت ویزیت در منزل، اندک بوده است و از طرفی با وجود تنظیم برنامه جامع برای ارائه مراقبت های پس از زایمان و آموزش رفتارهای بهداشتی مناسب توسط وزارت بهداشت، عوامل مهمی که مانع از انجام این امر شده است تا حد نامناسبی



مطلوب ارائه نشود، مواردی همچون کمبود کارکنان، شلوغی مراکز، کافی نبودن وقت، اهمیت ندادن یا فراموش کردن مادران برای دریافت کامل مراقبت های این دوره، عدم آگاهی کامل کارکنان بهداشتی از وضعیت منزل مادران و امکانات آنان برای اجرای توصیه های بهداشتی و عدم آگاهی کارکنان از مشکلات درون منزل و خانواده مادران، انجام این تحقیق مطرح شد.

هدف از انجام این پروژه تدوین الگویی جهت مراقبت مادر و نوزاد در منزل است.

کد ICD10 : Z39.1 , Z39.2

- اپیدمیولوژی و شیوع

در کشور های در حال توسعه با توجه به آمار WHO ۶۰٪ مرگ مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان، در این دوره اتفاق می افتد. امروزه در ایران مشکلات و عوارض دوره پس از زایمان مسوول حدود نیمی از مرگ و میر مادران است. کاهش مرگ و میر کودکان نیز جزء اهداف توسعه هزاره است. بیشترین میزان مرگ و میر نوزادان در هفته اول بعد از تولد اتفاق می افتد.

در بررسی مطالعات صورت گرفته، دستورالعمل ویزیت در منزل در کشورهای توسعه یافته و بسیاری از کشور های در حال توسعه تدوین شده است و اجراء می گردد. پیشنهاد WHO جهت زمان و تعداد ویزیت های در منزل، استفاده از الگوی ۶-۶-۶ است. شامل ۴ ویزیت، اولین ویزیت ۶ ساعت بعد از زایمان، دومین ویزیت ۳ تا ۶ روز بعد، سومین ویزیت ۶ هفته بعد و چهارمین ویزیت در ۶ ماهگی است (۱۵). در مطالعات صورت گرفته در کشورهای توسعه یافته و بسیاری از کشور های در حال توسعه ویزیت در منزل جهت بررسی سلامت مادر و شیرخوار و آموزش مادران بعد از زایمان صورت می گیرد و در کشور های مختلف، دستورالعمل های متفاوتی وجود دارد. به عنوان مثال در هند ۲ ویزیت، ویزیت اول در عرض ۴۸ ساعت، ویزیت دوم ۷ تا ۱۰ روز بعد (۱۶)؛ در اندونزی ۳ ویزیت در روزهای ۳، ۱۴ و ۴۲ بعد از زایمان (۱۷)؛ در مصر ۶ ویزیت در روزهای ۲، ۴، ۶، ۲۱، ۴۰ و بعد از زایمان؛ در ایالات متحده ۶ ویزیت در روزهای ۳، ۷، ۱۴، ۲۱، ۲۸ و ۴۲ بعد از زایمان؛ در مالزی ۷ ویزیت در روزهای ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۲۰ بعد از زایمان و ویزیت روز ۴۲ در کلینیک و توسط پزشک انجام می شود. در بنگلادش ۷ ویزیت در روزهای ۲، ۳، ۵، ۷، ۱۴، ۲۱ و ۲۸ بعد از زایمان و در کنیا ۳ ویزیت، ویزیت اول در عرض ۴۸ ساعت، ویزیت دوم در عرض ۱ تا ۲ هفته و ویزیت سوم حدود ۶ هفته صورت می گیرد (۱۸). در چین ۳ ویزیت، ویزیت اول بین روزهای ۳ تا ۷ بعد از ترخیص از بیمارستان، ویزیت دوم ۱۴ روز بعد از زایمان و ویزیت سوم بین روزهای ۲۶ و ۲۸ بعد از ترخیص انجام می شود (۱۹).



— اهمیت موضوع

با توجه به اینکه ارائه خدمات پس از زایمان مهم ترین عامل در جلوگیری از پیامدهای ناخواسته مادر و نوزاد است، ویزیت مادر و نوزاد در این برهه زمانی بسیار ضروری است. برنامه بازدید منزل و بررسی سلامت مادر و کودک پس از زایمان علیرغم اهمیت بسیار زیادی که دارد، تاکنون در ایران با تمرکز بر شهرها مورد توجه قرار نگرفته است. در برخی روستاها ماما روستاها این وظیفه را بر عهده دارند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای دوره پس از زایمان، برنامه جامعی را تدوین کرده است که شامل ۳ مرتبه مراقبت های مادری در روزهای ۱-۳، ۱۰-۱۵ و ۴۲-۶۰ روز پس از زایمان می باشد و با مراجعه مادر به مراکز بهداشتی-درمانی صورت می گیرد. برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد. مراقبت های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵، ۱۴ تا ۱۵ و ۳۰ تا ۴۵ است. با وجود تنظیم برنامه جامع برای ارائه مراقبت های بعد از زایمان توسط وزارت بهداشت و درمان، عواملی از قبیل کمبود کارکنان، شلوغی مراکز، کافی نبودن وقت، مراجعه نامنظم مادران برای دریافت مراقبت های این دوره، عدم آگاهی کامل کارکنان بهداشتی از وضعیت منزل و امکانات آنان برای اجرای توصیه های بهداشتی، موجب عدم ارائه مطلوب این برنامه شده است. در ایران مراجعه مادران در این دوره (زنان زایمان کرده ای که حداقل ۲ بار در ۶۰ روز اول پس از زایمان مراقبت شده اند) به مراکز بهداشتی-درمانی با توجه به اطلاعات DHS سال ۱۳۸۹، ۶۹٪ تخمین زده شده است. از دلایل پوشش ناکافی مراقبت بعد از وضع حمل می تواند ارائه خدمات به صورت منفعل (Passive) باشد که با ارائه خدمات در منزل می توان این مشکل را برطرف نمود. دسترسی به خدمات سلامتی در این برهه زمانی از عوامل موثر بر کاهش شاخص مرگ و میر مادران باردار است. نسبت مرگ مادران (MMR) یکی از شاخص های مهم سلامت و توسعه اجتماعی-اقتصادی هر کشور به حساب می آید، بر همین اساس این شاخص یکی از شاخص های لحاظ شده در اهداف توسعه هزاره (MDG) است. اهمیت این موارد و ضرورت دسترسی به خدمات سلامتی در این زمان و تاثیر آن بر کاهش مرگ و میر و ناتوانی مادر و شیرخوار از دلایل انتخاب این موضوع می باشد.

۴-۲- اهمیت و دلایل انتخاب کاربران هدف

به نظر می رسد که کمبود حد و مرزهای مشخص و استاندارد در زمینه

- ارجاع بیماران
- پیشگیری
- تشخیص بیماری
- ارزیابی های لازم

موجب ناهمگونی و تنوع ارائه خدمات در این مقوله گردیده است.

در این راهنما سعی گردیده با تعیین راهکارهای عملی و بومی برای کاربران هدف، به یکسان سازی و استاندارد سازی بیشتر ارایه خدمات نایل شویم.



PLANNING THE CONTENT AND DELIVERY OF CARE

۱. چه مدلی از ارائه خدمت Active یا Passive برای خدمات پس از زایمان، مطلوب تر است؟
۲. آیا ارائه خدمات به صورت ویزیت در منزل به دنبال ترخیص زودتر از بیمارستان به اندازه روزهای بیشتر بستری در بیمارستان پس از زایمان، در پیامدهای پس از زایمان، تاثیر دارد؟

Maintaining Maternal Health

۳. آیا اندازه گیری ارتفاع رحم با استفاده از نوارهای کاغذی نسبت به معاینه به تنهای در پیش بینی میزان بازگشت رحم به سایز اولیه دقیق تر است؟
۴. میزان بروز DVT در دوران بارداری و پس از زایمان در اندام تحتانی سمت چپ و دو طرف بیشتر از سمت راست به تنهایی است؟
۵. میزان بروز علائم نورولوژیکی به دنبال پراکلامپسی و اکلامپسی در دوران بارداری نسبت به دوران پس از زایمان چگونه است؟
۶. آیا ایجاد آندومتريت به دنبال زایمان سزارین که پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی دریافت نکرده اند، نسبت به افرادی که پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی دریافت کرده اند، بیشتر است؟
۷. آیا ایجاد آندومتريت به دنبال PPROM نسبت به زایمان Term بیشتر است؟
۸. آیا ارائه خدمات به صورت ویزیت در منزل به صورت مشاوره با مادر و نیز انجام تست های غربالگری برای تشخیص زودتر اختلالات خلقی، نسبت به عدم ارائه مشاوره و عدم استفاده از تست های غربالگری در تشخیص و میزان بروز اختلالات خلقی پس از زایمان موثرتر است؟
۹. آیا استفاده از اولتراسوند درمانی در درمان درد پرینه و دیسپارونی نسبت به عدم استفاده از آن موثر است؟
۱۰. آیا استفاده از آنالژزیک رکتال در بهبود درد پرینه پس از زایمان واژینال نسبت به عدم استفاده از آن موثر است؟
۱۱. آیا استفاده از بی حسی موضعی نسبت به عدم استفاده از آن، تاثیری بر درد پرینه دارد؟
۱۲. آیا مصرف فیبر در مقابل عدم مصرف آن تاثیری بر بروز یبوست پس از زایمان دارد؟



۱۳. آیا استفاده از پیچ خونی اپی دورال در مقابل عدم استفاده از آن، تاثیری بر بروز سردرد پس از زایمان با بی حسی اپیدورال دارد؟

۱۴. آیا استفاده از ساپورت کمری در مقابل عدم استفاده از آن تاثیری بر پیشگیری و درمان کمردرد پس از زایمان دارد؟

۱۵. آیا ژل لیدوکائین موضعی در مقابل عدم مصرف آن تاثیری در کاهش درد پرینه دارد؟

۱۶. آیا تزریق Anti-D در عرض ۷۲ ساعت پس از زایمان، موثرتر از تزریق آن پس از ۷۲ ساعت در پیشگیری از عوارض ناسازگاری RH است؟

۱۷. آیا استفاده از روغن اسطوخودوس در کاهش درد پرینه موثرتر از عدم مصرف آن است؟

۱۸. استفاده از کدامیک از انواع اسپری بی حسی موضعی لیدوکائین بر پایه آب یا الکل در کاهش درد پرینه موثرتر است؟

۱۹. آیا استفاده از لیدوکائین در مقایسه با سینکوکائین و پلاسبو برای کاهش درد پرینه موثرتر است؟

۲۰. استفاده از کدامیک از روش های کاهش درد به صورت پک گرم، سرد یا حمام گرم در کاهش درد پرینه موثرتر است؟

۲۱. آیا استفاده از حمام ساولون و نمک غلیظ در مقابل پلاسبو پس از زایمان طبیعی در کاهش درد اپیزیوتومی موثر است؟

۲۲. آیا استفاده از پک ژل یخی در کاهش درد محل اپیزیوتومی نسبت به پلاسبو موثرتر است؟

۲۳. آیا استفاده از سرمادرمانی ممکن است در مقابل عدم استفاده از آن، تاثیری بر کند شدن ترمیم زخم داشته باشد؟

۲۴. آیا ورزش های عضلات کف لگن نسبت به عدم انجام آن تاثیری بر بی اختیاری ادرار پس از زایمان دارد؟

۲۵. آیا واکسیناسیون زنان سرونگاتیو روبلا پس از زایمان با واکسن RA یا Cendehill موثرتر است و عوارض جانبی این دو واکسن نسبت به هم چگونه است؟

۲۶. آیا کمردرد پس از بی حسی اپیدورال نسبت به کسانی که بی حسی اپیدورال دریافت نکردند، پس از روز اول بیشتر است؟

۲۷. آیا بی اختیاری مدفوع پس از زایمان طبیعی در افرادی که آسیب اسفنکتر انال دارند نسبت به افرادی که آسیب اسفنکتری ندارند، بیشتر است؟



۲۸. آیا کمردرد پس از بی حسی اپیدورال نسبت به کسانی که بی حسی اپیدورال دریافت نکردند، بیشتر است؟
۲۹. آیا میزان سردردهای پس از زایمان در گروه هایی که ریسک فاکتور دارند، نسبت به افرادی که ریسک فاکتور ندارند، بیشتر است؟
۳۰. میزان نیاز به کاتتراسیون برای برقراری جریان ادرار افرادی که با بی حسی اپیدورال زایمان طبیعی داشتند، نسبت به افرادی که بی حسی دریافت نکردند، بیشتر است؟

INFANT FEEDING

۳۱. آیا مداخلات بیمارستانی مثل تماس پوستی، هم اتاقی با نوزاد و... نسبت به عدم ارائه مداخلات در آغاز تغذیه با شیر مادر موثر است؟
۳۲. آیا استفاده از آب قند، نسبت به عدم استفاده از آن طی سه روز اول پس از زایمان، تاثیری بر تغذیه با شیر مادر دارد؟
۳۳. آیا میزان روزهای بستری کمتر به دنبال زایمان نسبت به روزهای بیشتر بستری، تاثیری بر میزان تغذیه با شیر مادر دارد؟
۳۴. آیا استفاده از Cup نسبت به شیشه در ادامه تغذیه با شیر مادر موثرتر است؟
۳۵. آیا آموزش تغذیه با شیر مادر نسبت به افرادی که آموزش ندیدند، تاثیری بر میزان تغذیه با شیر مادر دارد؟
۳۶. آیا بیمارستانهای دوستدار کودک نسبت به بیمارستان های معمولی، تاثیری بر میزان شیردهی دارد؟
۳۷. آیا زنانی که تصمیم به شیردهی تا ۶ ماه دارند، ویزیت در منزل و تماس تلفنی در ادامه شیردهی موثر است؟
۳۸. آیا حمایت خانواده در مقابل عدم وجود آن در ادامه شیردهی موثر است؟
۳۹. آیا برنامه آموزش شیردهی در تغذیه انحصاری با شیر مادر قبل و بعد از مداخله موثر است؟
۴۰. آیا مدت زمان اقامت پس از زایمان بر مشکلات شیردهی و مدت تغذیه با شیر مادر موثر است؟
۴۱. آیا استفاده از Serrapeptase و Bromelain/trypsin در درمان احتقان پستان نسبت به پلاسبو موثر است؟
۴۲. میزان شکست درمانی ماستیت با سفرادین در مقابل درمان با آموکسی سیلین چگونه است؟
۴۳. آیا تفاوتی در میزان ترشح شیر در زنانی که اکسی توسین دریافت کردند نسبت به سالین وجود دارد؟



۴۴. آیا کمپرس با آب گرم و چای برای پیشگیری از ترک نوک پستان نسبت به عدم استفاده موثر است؟
۴۵. آیا حمایت از شیردهی مادران به صورت *peer support* در تغذیه انحصاری با شیر مادر نسبت به عدم حمایت موثر است؟
۴۶. آیا ویزیت در منزل و ارائه مشاوره نسبت به عدم ارائه آن در میزان تغذیه با شیر مادر موثر است؟
۴۷. آیا حرارت دادن فورمولا با مایکروویو نسبت به بقیه وسایل گرم کننده، عوارض بیشتری دارد؟
۴۸. آیا آموزش تهیه شیرخشک و عدم استفاده از مواد غذایی دیگر برای مادران نیاز است؟

MAINTAINING INFANT HEALTH

۴۹. آیا برنامه های آموزشی فردی و یا گروهی برای بهبود بخشیدن روابط والدین برای تطبیق با کودکان تا ۳ سالگی، نسبت به عدم وجود این برنامه ها بر رفتار والدین تاثیر دارد؟
۵۰. آیا ویزیت در منزل بر بهبود روابط والدین و کیفیت محیط خانه در مقابل عدم وجود ویزیت در منزل موثر است؟
۵۱. آیا استفاده از حمل کننده کودک نسبت به *plastic infant seats* در تماس نزدیک مادر و نوزاد موثر است؟
۵۲. آیا حمایت مادران اول زا نسبت به عدم وجود آن با دلبستگی به نوزاد ارتباط دارد؟
۵۳. آیا برنامه مادران جامعه با استفاده از مادران داوطلب آموزش دیده بعلاوه مراقبت استاندارد در مقابل مراقبت استاندارد به تنهایی، موثرتر است؟
۵۴. آیا مادرانی که در مورد قابلیت های حسی و ادراکی نوزادانشان آگاهی دارند، نسبت به کسانی که آگاهی ندارند، ارتباط متقابل بهتری با نوزادان خود برقرار می کنند؟
۵۵. آیا وجود حمایت اجتماعی در مقابل عدم آن بر رفتارهای مادران تاثیر دارد؟
۵۶. آیا ویزیت در منزل نسبت به مراقبت های معمول بر ارتقاء سلامت کودک و رفتار مادر موثر است؟
۵۷. آیا اندازه گیری درجه حرارت با ترمومتر گوشی با اندازه گیری از طریق رکتوم از نظر نتایج یکسان است؟
۵۸. آیا ویتامین *k* اورال در مقایسه با عضلانی نتایج متفاوتی در کاهش سطح ویتامین *k* دارد؟
۵۹. آیا تجویز *Vit k* بعد از ترخیص از بیمارستان به میزان قبل از ترخیص قابل پذیرش است؟
۶۰. آیا ارتباطی بین لوسمی و سایر کانسرها با ویتامین *k* عضلانی درمقابل عدم دریافت آن وجود دارد؟



۶۱. آیا ویتامین k خوراکی در پیشگیری از VKDB موثر است؟
۶۲. آیا نتایج درمان درماتیت محل پوشک با میکونازول یا نیستاتین متفاوت است؟
۶۳. آیا استفاده از پوشک پارچه ای یا یکبار مصرف و یا پوشک با ژل جاذب رطوبت تاثیر متفاوتی در پیشگیری از راش دیاپر دارند؟
۶۴. آیا داروها و تنوع غذایی در درمان کولیک نوزادی نسبت به پلاسبو موثر است؟
۶۵. آیا پروبیوتیک همراه با رهایدراسیون تراپی در درمان اسهال حاد نسبت به رهایدراسیون تراپی به تنهایی موثر است؟
۶۶. تاثیر داروهای مختلف و رژیم های غذایی در درمان کولیک نوزادی نسبت به پلاسبو چگونه است؟
۶۷. آیا تعداد دفعات شیردهی بیشتر بر میزان بیلی روبین نوزاد در سه روز اول بعد از تولد موثر است؟
۶۸. آیا hypochlorite bleaching در مقابل پلاسبو در درمان التهاب دیاپر موثر است؟
۶۹. آیا کتوکانازول در مقابل نیستاتین در درمان برفک موثرتر است؟
۷۰. آیا ژل مایکونازول در مقابل نیستاتین در درمان برفک موثرتر است؟
۷۱. چه عواملی در بوجود آمدن راش دیاپر نسبت به عدم وجود ریسک فاکتورها به عنوان عامل خطر شناخته می شود؟
۷۲. آیا قضاوت سطح بیلی روبین با بالین و با آزمایش قابل مقایسه است؟
۷۳. آیا سطح کاندیدای مدفوع بالا در مقابل کم، با ایجاد راش دیاپر شدید همراه است؟
۷۴. آیا در بررسی نظرات متخصصان در مورد قرار دادن درمانی نوزاد در مقابل نور آفتاب جهت پیشگیری از ایکتر، با توجه به فواید و ضرراتش، قابل پذیرش است؟
۷۵. آیا ارتباطی بین تغذیه با شیرمادر، کاهش وزن و زردی نوزادی وجود دارد؟
۷۶. آیا استفاده توام هیدروکورتیزون و کلوتریمازول برای راش ناپکین نسبت به عدم استفاده از آن پاسخ درمانی بهتری ایجاد می کند؟
۷۷. آیا استفاده از محافظ های مختلف در خانه خانواده هایی که کودکان زیر ۵ سال دارند، نسبت به عدم وجود آنها، تاثیری در کاهش خطر برای کودکان دارد؟



۷۸. چه مداخلاتی نسبت به عدم وجود آن ها با کاهش سندم مرگ ناگهانی نوزاد همراه است؟
۷۹. آیا آموزش در زمینه پیشگیری از حوادث در کودکان، در کاهش آسیب ها موثر است؟
۸۰. آیا غربالگری کودک آزاری در کودکان، نسبت به عدم انجام آن در کاهش آسیب ها موثر است؟
۸۱. آیا غربالگری آزار زنان در زنان باردار و غیر باردار نسبت به عدم وجود آن در کاهش آسیب ها موثر است؟
۸۲. آیا غربالگری کودک آزاری در کودکان، نسبت به عدم انجام آن در کاهش آسیب ها موثر است؟
۸۳. آیا میزان کودک آزاری در افراد با ریسک بالا نسبت به ریسک کم بیشتر است؟
۸۴. آیا غربالگری روش ها و مداخلات در مراقبت های اولیه در کاهش پیامدهای زیانبار خشونت خانگی علیه زنان موثر است؟
۸۵. آیا ویزیت در منزل در مقابل عدم وجود آن از آسیب های دوران کودکی پیشگیری می کند؟
۸۶. آیا سیگار کشیدن مادر در مقابل عدم سیگار کشیدن با SIDS ارتباط دارد؟
۸۷. آیا مصرف کافئین و الکل نسبت به عدم مصرف آن در ایجاد SIDS موثر است؟
۸۸. چه ریسک فاکتورهایی در مقابل عدم وجود آن ها باعث افزایش SIDS می شود؟
۸۹. آیا الکل، سیگار و داروهای خاص در مقابل عدم وجود آن ها ریسک SIDS را زیاد می کند؟
۹۰. آیا وزن موقع تولد کم در مقابل نرمال باعث افزایش ریسک SIDS می شود؟
۹۱. آیا خوابیدن در رختخواب مشترک با کودک در مقابل عدم خوابیدن در یک بستر، باعث افزایش SIDS می شود؟
۹۲. آیا استفاده از پستانک در مقابل عدم مصرف آن باعث افزایش ریسک SIDS می شود؟
۹۳. آیا عدم ویزیت در ۲ هفته قبل از مرگ به خاطر SIDS در مقابل نوزادان ویزیت شده، باعث افزایش ریسک SIDS می شود؟
۹۴. آیا تغذیه انحصاری با شیر مادر در مقابل عدم تغذیه انحصاری با افزایش ریسک SIDS ارتباط دارد؟
۹۵. چه ریسک فاکتورهایی در مقابل عدم وجود آن ها باعث افزایش SIDS می شود؟
۹۶. آیا میزان حوادث در کودکان در مناطق محروم نسبت به سطح اقتصادی اجتماعی بالاتر، بیشتر است؟



- متدولوژی، پایگاه های اطلاعاتی مورد جستجو
- شیوه های جستجو و بازیابی منابع راهنمای بالینی
- تمامی منابع راهنمای آدرس داده شده ذیل، جستجو شد و چندین راهنمای بالینی مربوط به مراقبت پس از زایمان در منزل یافت گردید.

جستجوی راهنما	
منبع راهنما	نشانی اینترنتی
National Guidelines Clearinghouse(NGC)	http://www.guideline.gov/
Guidelines International Network(G-I-N)	http://www.g-i-n.net/
National Institute for Clinical Excellence(NICE)	http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=ourguidance
Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN)	http://www.sign.ac.uk/guidelines/index.html
Ontario Guidelines Advisory Committee(GAC) Recommended Clinical Practice Guidelines	http://www.gacguidelines.ca
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz
National Health and Medical Research Council(NHMRC)	http://www.nhmrc.gov.au



جستجوی سایر شواهد معتبر (مرورهای نظام مند، فراتحلیل و گزارشات HTA)	
منبع	نشانی اینترنتی
medline	http://www.ncbi.nlm.nih.gov
Cochrane Library	http://www.cochrane.org
Central	http://www.chochrane.us/htm
Clinical evidence	http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/index.jsp
Trip database	http://www.tripdatabase.com
Up to date	http://www.uptodate.com/home/index.html

—گروه هدف

- متخصصین زنان و زایمان
- متخصصین اطفال
- متخصصین پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری
- پزشکان خانواده
- پزشکان عمومی
- ماماها
- پرستاران

غربالگری اولیه راهنماها بر اساس "فرم شماره ۴-۲-۱" انجام شد.



—راهنماهای بالینی مورد استفاده

ابزار بومی سازی

راهنما

فرم غربالگری اولیه راهنماها

S6T9

فرم شماره ۱-۲-۴:

ملاک های غربالگری			عنوان راهنما
به روز بودن راهنما***	نسخه کامل گایدلاین در دسترس باشد**	سازماندهی مناسب راهنما*	
—	✓	✓	Healthy Babies, Healthy Families: Postpartum & " "Postnatal Guidelines 2002 A report prepared by the Reproductive Care Program of Nova Scotia
✓	✓	✓	"Home Visiting Service Manual" 2010 New Mexico Children Youth and Families Department
✓	✓	✓	"Home Based Newborn Care Operational Guidelines " 2011 Ministry of Health and Family Welfare Gov. of India



-	✓	✓	"Postpartum Implementation Guidelines for the Healthy Babies, Healthy Children Program" 1999 Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
✓	✓	✓	"Review of Clinical Guideline(CG37) –Postnatal care: Routine postnatal care of woman and their babies " 2015 National Institute For Health & Clinical Excellence
✓	✓	✓	"Postnatal Care Program Guidelines for Victorian Health Services" 2012 State of Victoria, Department of Health
✓	✓	✓	"Universal Prenatal/Postnatal Care and Home Visitation: The Plan for an Ideal System in New York State " 2007 Schuyler Center for Analysis and advocacy
-	✓	✓	"Routine postnatal care of women and their babies" July 2006 Royal College of General Practitioners
✓	-	✓	"Routine Prenatal and postnatal Care" 2012 Michigan Quality Improvement Consortium



✓	✓	✓	"Newborn Health Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee" 2009-12 Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescence Health WHO
✓	✓	✓	"Routine Postpartum Care" 2013 Women and Newborn Health Service King Edward Memorial Hospital Western Australia

ملاک های غربالگری			مرور متون
به روز بودن ***	نسخه کامل در دسترس باشد**	سازماندهی مناسب*	

-	✓	✓	"Community – Based Postpartum Care: An Urgent Unmet Need" May 2005 USAID From The American People
-	✓	✓	"Ante-and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews" February 2004 NHS Health Development Agency



✓	✓	✓	"Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival" 2009 WHO/UNICEF Joint Statement
✓	✓	✓	"Final Comprehensive report Single Home visits to Improve Health Outcomes" May 18, 2011 Pen State College of Medicine
✓	✓	✓	"Community –Based Postpartum Care Services in Mother New BorNet Member Programs" October 2008 The Extending Service Delivery
-	✓	✓	"Postpartum Care: Levels and determinants in Developing countries" December 2006 USAID From The American People

– روش غربالگری و ارزیابی راهنماهای بالینی

روش ارزیابی راهنماها

نقد راهنماهای بالینی بر پایه سیستم امتیاز دهی Agree (بر اساس فرم شماره ۴-۳-۱) انجام گردید.



	Critical	Score
The health question(s) covered by the guideline is(are) specifically described.	✓	
There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	✓	
The overall objective(s) of the guideline is(are) specifically described.		
The population(patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.		
The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.		
The views and preferences of the target population(patients, public, etc.) have been sought.		
The target users of the guideline are clearly defined.		
Systematic methods were used to search for evidence.		
The criteria for selecting the evidence are clearly described.		
The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.		
The methods for formulating the recommendations are clearly described.		
The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.		
The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.		
A procedure for updating the guideline is provided.		
The recommendations are specific and unambiguous.		
The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.		
Key recommendations are easily identifiable.		
The guideline describes facilitators and barriers to its application.		
The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.		
The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.		
The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.		
The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.		
Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.		



(کل امتیاز ۱۰۰ در نظر گرفته شده است)

- دو مورد اول حتما باید در راهنمای بالینی باشد تا مورد نقد قرار گیرد.

در نهایت بالاترین امتیازات بشرح زیر بدست آمد:

1. "Review of Clinical Guideline(CG37) –Postnatal care: Routine postnatal care of woman and their babies" 2015, National Institute for Health & Clinical Excellence(۲۰)
2. "Routine Postpartum Care" 2013, Women and Newborn Health Service King Edward Memorial Hospital, Western Australia(۲۱)
3. "Final Comprehensive report Single Home visits to Improve Health Outcomes" May 18, 2011, Pen State College of Medicine(۲۲)

▪ واژه نامه

▪ راهنمای بالینی

{دراین قسمت ابتدا موضوع های مختلف مربوط به عنوان راهنمای بالینی مشخص شده، سپس بطور جداگانه برای هر موضوع ابتدا مقدمه بالینی نوشته شود، شواهد بالینی مربوط به موضوع ذکر شود ودر صورت امکان خلاصه شواهد بالینی به صورت جدول ترسیم گردد درنهایت پیشنهادات مربوطه ذکر می شود.} (در فایل جداگانه ای ضمیمه است).

▪ توصیه های بالینی به تفکیک موضوع به صورت جدول

این گایدلاین نشان میدهد که چه زمانی مراقبتهای بیشتر موردنیاز است و این دستورالعملها در هر یک از سطوح داده میشوند(مشخص کننده میزان اورژانسی بودن مشکل است).



▪ جدول ۱- سطوح Status

دسته بندی Status
شرایط اورژانسی یا احتمالی تهدیدکننده حیات شرایط جدی احتمالی، که نیاز به عمل مناسب دارند ادامه نیاز به مونیتورینگ و بررسی

خانمها باید به موقع و دقیق و روشن در مورد مراقبت و سلامتی خود و کودکشان، اطلاع رسانی شوند. در اولین برخورد بعد از تولد، باید علائم و نشانه های احتمالی تهدیدکننده حیات به مادران آموزش داده شود (جدول ۲) و در صورت بروز هرگونه علامت و نشانه ای، سریعاً با مراقب سلامت خود یا اورژانس، تماس بگیرند. تمام کنگدگان مراقبتهای زایمانی (خواه کارمند در بیمارستان باشند و خواه مربوط به کمکهای اولیه باشند) باید طبق برنامه ای سازمان یافته، مادران را به شیردهی تشویق کنند. در هر ویزیت بعد از تولد، باید از مادر در مورد سلامت احساسی و حمایت اجتماعی و خانواده نیز سوال شود. باید مادر و اعضای خانواده (شریک زندگی) او تشویق شوند که در مورد تغییرات خلقی و روانی و رفتاری به متخصص مراقبت سلامت اطلاع دهند. در هر ویزیت بعد از تولد، باید اطلاعات به والدین داده شود و انجام کارهای زیر از آنها خواسته شود:

- ارزیابی شرایط و وضعیت عمومی کودک
- شناسایی علائم و نشانه های مشکلات شایع سلامت در کودک و اطلاع به اورژانس یا متخصص مراقبت سلامت در صورت نیاز

این راهنما براساس بهترین شواهد موجود نوشته شده است. شواهد مورد استفاده در فایل جداگانه ای ضمیمه شده است.

اصول مراقبت:

به منظور انجام یا اجرای مراقبتهای اساسی که در این گایدلاین آورده شده است، خدمات بعد از تولد باید به منظور رسیدن به حداکثر کارایی و کیفیت در خدمت برای مادر و کودک، برنامه ریزی شود. یک فرد حرفه ای آموزش داده شده در نظام مراقبت سلامت باید برای هر فردی پس از زایمان مشخص شده باشد. بر مبنای نیازهای مادر و کودک و تغییر این نیازها، این فرد نیز باید دانسته های خود را بروز کند. یک مراقبت فردی مستند بعد از تولد (بعد از زایمان) باید به طور ایده آل از قبل از زایمان یا سریعاً بعد از زایمان صورت گیرد و باید شامل موارد زیر باشد: فاکتورهای واضح و مشخص قبل از تولد، حین



زایمان و بلافاصله بعد از زایمان. این فاکتورها باید در هر ویزیت بعد از زایمان، کنترل شوند. مادران باید فرصتی برای صحبت در مورد تجربیات زایمان خود داشته باشند و در مورد مراقبتهایی که در طول زایمان دریافت کرده اند، سوال کنند. باید به مادران اطلاعات به جا و مناسب و دقیق داده شود که آنها قادر باشند که سلامت خود و فرزندشان را ارزیابی و مشکلات را شناسایی کنند و پاسخ مناسب بدهند.

۱-۱-۱، در هر ویزیت بعد از زایمان متخصصان حرفه ای مراقبت سلامت باید از مادر در مورد سلامت و تندرستی خود و کودکش سوال کنند. این باید شامل سوال از مادر در مورد تجربه مسائل و مشکلات فیزیکی رایج باشد. هر علامتی که توسط مادر گزارش شود یا در ویزیت های بالینی کشف شود، باید مورد ارزیابی قرار بگیرد. باید به مادران قدرت مراقبت از خود و کودکش داده شود تا بتواند علائم مهم را شناسایی کند و هرگونه نگرانی را در مورد سلامت فیزیکی، اجتماعی، ذهنی و احساسی خودشان را گزارش دهند (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۷ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۷ (high agreement) است

۱-۱-۲. در مورد نحوه ارائه خدمات پس از زایمان به مادر و نوزاد ۲ ویزیت در منزل در روزهای ۳ تا ۵ و ۱۳ تا ۱۵ پیشنهاد شد. ویزیت در منزل در تمام کشورهای توسعه یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه در دوران Postpartum به تعداد ۲ تا ۷ ویزیت صورت می گیرد. با توجه به بار مالی آن در ایران ۲ ویزیت در بحرانی ترین روزهای پس از زایمان که بیشترین عوارض پدید می آید تعیین شد. برگه ثبت سلامت و بهداشت شخصی یک کودک باید در اسرع وقت به مادر داده شود و کاربرد آن توضیح داده شود (1a). میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۶ (Equivocal agreement) است.

ارتباط حرفه ای و صلاحیت ها:

باید یک پروتکل داخلی در مورد ارتباطات، خصوصاً در مورد انتقال مراقبت بین بخش های بالینی و متخصصان مراقبت سلامت، تنظیم شود. متخصصان مراقبت سلامت باید برنامه های مراقبت بعد از تولد و سلامت کودک را ثبت کنند تا ارتباط با مادر را بهبود بخشند. تمام مراقبین سلامت که وظیفه مراقبت از مادر و کودک را به عهده دارند، باید مهارت های مراقبت سلامت را کسب کنند. متخصصان مربوطه باید صلاحیت کافی و مشخص در این موارد داشته باشند:

- در انجام معاینات فیزیکی مادر و نوزاد و شناسایی موارد غیرطبیعی تبحر داشته باشند.
- در زمینه حمایت و تشویق شیردهی مادر و فهماندن فیزیولوژی شیردهی و تطابق متابولیک نوزاد و توانایی آموزش به والدین جهت شناسایی عوامل خطر و توصیه هایی برای مدیریت عوامل خطر و علائم و نشانه های آن (همانطور که توسط وزارت بهداشت و درمان نیز توصیه شده است) باید دارای صلاحیت لازم باشند.



اطلاع رسانی:

۱-۲-۱، در اولین ویزیت بعد از تولد، باید در مورد علائم و نشانه های احتمالی تهدیدکننده حیات به مادر توضیح داده شود (در جدول ۲ آورده شده است) و توصیه شود که در صورت بروز هر کدام از این علائم و نشانه ها با پزشک و کمکهای اولیه اورژانسی تماس بگیرد (1A).

جدول ۲ - علائم و نشانه های احتمالی تهدیدکننده حیات

علائم و نشانه های بیماری:	وضعیت
خونریزی ناگهانی و شدید یا پایدار، خطر غش کردن، سرگیجه یا تپش قلب / تاکی کاردی	خونریزی پس از زایمان
تب، لرز، درد شکم +/- ترشحات واژینال	عفونت
به سردردهای همراه با یک یا چند علامت طی ۷۲ ساعت بعد از زایمان باید توجه شود: اختلالات بینایی، تهوع، استفراغ	پراکلامپسی / اکلامپسی
درد یکطرفه ساق پا، قرمزی یا ادم، تنگی نفس یا درد قفسه سینه.	ترومبوآمبولی

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۷ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است

۱-۲-۲ توصیه می شود کتابچه راهنمایی در مورد چگونگی برخورد مادران جهت نگهداری از فرزند از تولد تا پنج سالگی، توسط وزارت بهداشت تدوین شود و به تمام مادران در سه روز اول بعد از زایمان داده شود و راهنمایی برای سلامت والدین و کودکان تا پنج سالگی باشد (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۷ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است.

۱-۲-۳، باید اطلاعات کافی به اطمینان بخشی به مادر در زمینه های زیر داده شود:

- روند فیزیولوژیک بهبود بعد از تولد (در ۲۴ ساعت اول)
- تغییرات احساسی نرمال در دوره بعد از تولد اتفاق می افتد (در عرض سه روز) و معمولاً بعد از ۱۴-۱۰ روز بهبود می یابد.



- مشکلات سلامتی مشترکی در هفته های ۲ تا ۸ برای زنان وجود دارد (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۹ (high agreement) است

شرایط تهدیدکننده حیات: مراقبت ها و نگرانی ناشی از خونریزی بعد از زایمان:

۳-۲-۱، در غیاب خونریزی غیرطبیعی رحمی، ارزیابی رحم با لمس شکمی یا اندازه گیری ارتفاع رحم به عنوان یک ارزیابی روتین، **غیر ضروری** است (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۴ (high agreement) است

۴-۲-۱، ارزیابی خونریزی واژینال و uterine involution و موقعیت رحمی باید در خانمهایی که خونریزی واژینال زیاد، تندر نس شکمی یا تب دارند، انجام شود. هرگونه نکته غیرطبیعی در اندازه، تون و موقعیت رحم باید ارزیابی شود. اگر هیچ مورد غیرطبیعی در رحم یافت نشد، باید سایر علل علائم را در نظر گرفت (عمل اورژانسی) (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است

۵-۲-۱، خونریزی شدید و ناگهانی، یا خونریزی همراه با هرگونه علامت و نشانه ای از شوک، شامل تاکی کاردی، هیپوتانسیون، هیپوپرفیوژن، و تغییر سطح هوشیاری، باید ارزیابی شود (عملکرد اورژانسی).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۹ (high agreement) است

سپسیس دستگاه ژنیتال:

۶-۲-۱، با اینکه در غیاب هرگونه علائم و نشانه های عفونت، ارزیابی روتین دمای بدن ضرورتی ندارد. در صورت شک به عفونت دما باید اندازه گیری شود و ثبت شود. اگر دما بالاتر از ۳۸ °C باشد، اندازه گیری باید ۴-۶ ساعت بعد تکرار شود.

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۴ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۹ (high agreement) است

۷-۲-۱، اگر دما در دومین اندازه گیری بالای ۳۸ °C باقی بماند یا نشانه های قابل ملاحظه ی دیگری از سپسیس وجود داشته باشد، باید ارزیابی بیشتر انجام شود (اورژانسی).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است

پره اکلامپسی / اکلامپسی:

۸-۲-۱، اندازه گیری فشارخون حداقل یکبار باید انجام شود و در طی ۶ ساعت بعد از زایمان ثبت شود.



میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۹) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۱) high agreement) است

۹-۲-۱، ارزیابی روتین پروتئینوری توصیه نمی شود.

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۷) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶) high agreement) است

۱۰-۲-۱، خانمها با سردرد شدید و مداوم باید ارزیابی شوند و پره اکلامپسی باید در نظر گرفته شود. (اورژانسی)

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۷) high agreement) است

۱۱-۲-۱، اگر فشار دیاستولی بالای 90mm/Hg باشد و با سایر علائم و نشانه های پره اکلامپسی همراه باشد، ارزیابی بیشتر توصیه میشود. (اورژانسی) اگر فشار دیاستولی بالای 90mm/Hg باشد و با سایر علائم و نشانه های پره اکلامپسی همراه باشد، تکرار اندازه گیری فشارخون در طی ۴ ساعت بعد باید انجام شود. (1a)

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۴) high agreement) است

۱۲-۲-۱، اگر فشارخون دیاستولی بالای 90mm/Hg باشد و در عرض ۴ ساعت افت نکند، باید از نظر پره اکلامپسی ارزیابی شود. (اورژانسی) (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۴) high agreement) است

ترومبوآمبولی:

۱۳-۲-۱، باید مادران را تشویق کرد که در اسرع وقت بعد از زایمان، حرکت کنند (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۹) high agreement) است

۱۴-۲-۱، خانمها با درد یکطرفه ساق پا، قرمزی یا تورم آن باید از نظر ترومبوز ورید عمقی (DVT) ارزیابی شوند. (اورژانسی).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۴) high agreement) است

۱۵-۲-۱، خانمهایی که تنگی نفس یا درد قفسه سینه دارند باید از نظر ترومبوآمبولی ریوی ارزیابی شوند. (اورژانسی) (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۳) high agreement) است

۱۶-۲-۱، استفاده روتین از Homan's sign به عنوان ابزاری برای ارزیابی ترومبوآمبولی توصیه نمیشود (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۷) high agreement) است

۱۷-۲-۱، خانمهای چاق در معرض خطر بیشتری برای ترومبوآمبولی هستند و باید مراقبت فردی دریافت کنند (1a).



میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶) high agreement) است

سلامت ذهنی:

همه متخصصان سلامت و بهداشت باید در مورد علائم و نشانه های مشکلات و علائم ذهنی مادر که ممکن است در هفته ها و ماهها بعد از زایمان آگاهی داشته باشند.

۱-۲-۱۸، در هر ویزیت بعد از زایمان، باید از خانمها در مورد سلامت احساسی آنها، حمایت های خانوادگی و اجتماعی و استراتژی های آنها برای مقابله با وقایع روزمره، سوال شود. خانمها و خانواده ایشان باید تشویق شوند تا به متخصصان هرگونه تغییر خلقی خود را توضیح دهند و پرسیدن سوال در مورد تجربیات زایمانی توصیه میشود. (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۳) high agreement) است
ویزیت در منزل در دوران پس از زایمان به عنوان راهکاری برای ارائه خدمات مشاوره و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان توصیه شده است. میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۸) Equivocal agreement) است.

۱-۲-۱۹، در عرض ۱۰ تا ۱۴ روز بعد از زایمان، باید از مادر در مورد افسردگی بعد از زایمان (مثل گریه کردن)، احساس نگرانی و خُلق پایین) سوال شود. اگر علائم پس از دو هفته برطرف نشده باشد، باید مادر را در مورد افسردگی بعد از زایمان بررسی کنیم و در صورت بروز علائم افسردگی شدید باید ارجاع صورت گیرد (اورژانسی) (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۲) high agreement) است
۱-۲-۲۰ در بسیاری از موارد توصیه به استفاده از پرسشنامه ادینبورگ شده است. با توجه به این پرسشنامه، امتیاز کمتر از ۱۰ عدم افسردگی، بین ۱۰ تا ۱۳ افسردگی خفیف و بیشتر از ۱۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می شود. در موارد امتیاز بیشتر از ۱۳ توصیه به ارجاع به صورت اورژانسی شده است (1a). میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۶) high agreement) است

۱-۲-۲۱، باید مادر تشویق شود تا مراقب سلامت ذهن و روان خود باشد. باید در این دوران ورزش ملایم داشته باشد زمانی برای استراحت به خود اختصاص دهد و برای نگهداری از کودک از اطرافیان کمک بگیرد و با کسی در مورد احساساتش صحبت کند و مطمئن شود که میتواند به حمایت اجتماعی دسترسی داشته باشند (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۴) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۸) Equivocal agreement) است



سلامت و تندرستی فیزیکی:

مراقبت پرینه:

در هر ویزیت بعد از تولد، باید از زنان درمورد اینکه پروسه بهبودی زخم پرینه چگونه است، سوال شوند؛ این مسائل نگران کننده شامل درد پرینه، احساس سوزش، بوی زیاد و دیس پارونی می باشد. متخصصان سلامت باید در صورت وجود درد یا ناراحتی پرینه، ارزیابی پرینه را انجام دهند.

۲۲-۲-۱، باید به مادران توصیه شود که از درمان سرمایی موضعی مثل کمپرس یخ یا پدهای ژلی یخ استفاده کنند، تا درد پرینه تسکین یابد(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۷ (Equivocal agreement) است

۲۳-۲-۱، اگر ضددردهای خوراکی موردنیاز باشد، باید پاراستامول اولین انتخاب باشد، مگر اینکه کنترااندیکاسیون داشته باشد(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است
۲۴-۲-۱، اگر کمپرس یخ یا پاراستامول موثر نباشد، تجویز داروهای خوراکی یا رکتال ضد دردهای غیراستروئیدی (NSAIDs) باید انجام شود، البته در صورتی که کنترااندیکاسیونی نداشته باشد. (اقدام غیراورژانسی)(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۷ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است
۲۵-۲-۱، علائم و نشانه های عفونت، ترمیم ناکافی، عدم ترمیم و بهبودی زخم باید ارزیابی شود (اقدام اورژانسی)(1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است
۲۶-۲-۱، باید به مادران در مورد اهمیت بهداشت پرینه، شامل تعویض مکرر پدها، شستن دستها قبل و بعد از تعویض پد، و استحمام روزانه یا دوش پرینه و تمیزنگه داشتن آن توضیح داده شود(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۸ (Equivocal agreement) است.



دیس پارونی:

باید از مادران در مورد شروع مجدد تماس جنسی و احتمال درد حین مراقبت جنسی (دیس پارونی) در طی ۶-۲ هفته بعد از زایمان، سوال شود. اگر مادر مورد ناراحتی از تماس جنسی صحبت کند، باید دلایل آن مشخص شود. خانمهایی که ترومای پرینه داشته اند و دیس پارونی دارند باید ارزیابی پرینه شوند (رجوع به مراقبت پرینه در بالا).

۱-۲-۲۷، به خصوص در خانمهای شیرده، یک ژل با پایه آب باید استفاده شود تا ناراحتی حین تماس جنسی کمتر شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۱ (high agreement) است
۱-۲-۲۸، خانمهایی که به بیان نگرانی و ناراحتی ناشی از تماس جنسی ادامه می دهند باید ارزیابی شوند (1a) (عمل غیراورژانسی).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۱ (high agreement) است

سر درد:

برای سر درد شدید به بخش پره اکلامپسی / اکلامپسی مراجعه کنید.

باید در مورد نشانه های سر درد در هر ویزیت بعد از زایمان از مادر سوال شود مدیریت سر درد خفیف بعد از زایمان باید براساس تشخیص افتراقی های انواع سر درد و بر اساس پروتکل درمانی روتین انجام شود و خانمهایی که سر درد میگرنی یا تنشی دارند باید استراحت کنند و از عوامل مرتبط با شروع سر درد اجتناب کنند.

۱-۲-۲۹، خانمهایی که بی حسی اپی دورال یا نخاعی داشته اند باید هرگونه سر درد شدید را گزارش دهند خصوصاً سر دردی که حین نشستن و برخاستن ایجاد میشود. در صورت ایجاد سر درد باید از مسکن استفاده کرد و استراحت در بستر به طوریکه سر همسطح بدن باشد، توصیه می شود (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸ (high agreement) است.

خستگی:

خانمهایی که خستگی مداوم را عنوان می کنند باید در مورد سلامت عمومی سوال شوند درزنانی که خستگی مداوم دارند باید سطح سلامت عمومی ارزیابی شود و مشاوره در مورد تغذیه (رژیم سالم، سرشار از آهن)، فعالیت های ورزشی و



مدت زمانی که با فرزندش سپری می کند، صورت گیرد. در صورتی که این خستگی بر مراقبت از فرد و شیرخوارش تاثیر گذارد، باید دلایل جسمانی، روحی-روانی و اجتماعی ارزیابی شود.

۱-۲-۳۰، در صورتی که فرد خونریزی مداوم یا احساس خستگی دائمی دارد باید سطح هموگلوبین اندازه گیری شود و در صورتی که پایین باشد درمان صورت گیرد (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۲ (high agreement) است

۱-۲-۳۱، انجام فعالیت های ورزشی طبق پروتکل ذیل توصیه شده است، انجام فعالیت های ورزشی تاثیر مثبت بر کاهش علائم افسردگی، خستگی و یبوست و بی اختیاری ادراری دارد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۸ (Equivocal agreement) است.



نحوه انجام فعالیت های ورزشی:

فعالیت ورزشی	صفر تا سه هفته اول: شامل پیاده روی، ورزش عضلات عمقی شکم و انقباض عضلات لگن می باشد.
	روز اول: Kegels: انقباض عضلات لگن به مدت ۱۰ ثانیه و سپس شل کردن عضلات ۱۰ ثانیه، به مدت ۱۵ دقیقه (در روز ۸۰ - ۱۰۰ انقباض)
	Isometric abdominal tightening: تا شماره ۳ شمرده و عضلات شکم را سفت و سپس شل کنید، ۵ بار تکرار کنید. این عمل را ۳ بار در روز انجام دهید.
	Arm lifts: به پشت دراز کشیده، دست ها باز در دو طرف، بالای سر به هم برسانید و دوباره به حالت اولیه برگردانید و مکث کنید. این عمل را ۵ بار تکرار کنید.
	روز دوم و سوم: Chin lifts: در حالیکه به پشت دراز کشیده و چیزی زیر سرتان نیست، سر را طوری بالا آورده که چانه به قفسه سینه بخورد و قسمت دیگری از بدنتان تکان نخورد. این کار را ۱۰ بار انجام دهید.
	Leg lifts: در حالیکه به پشت دراز کشیده اید یک پا را روی انتهای پای دیگر بلند کرده و تا سه شماره نگه دارید. این حرکت را پنج مرتبه در سه زمان متفاوت انجام دهید.
	Stretching exercise: روی شکم دراز بکشید، در حالیکه پاها را کنار هم گذاشته و دستهایتان را بالای سر به هم قلاب نموده اید. سر خود را بالا آورده و تا جائیکه ممکن است بازوهای خود را هم بالا بیاورید. عضلات باسن و شکم را سفت کنید، سپس تمام ماهیچه ها را شل کنید و این عمل را دوباره تکرار کنید.
	بعد از یک هفته: فعالیت های ورزشی ایروبیک آرام انجام دهید، مثل پیاده روی کوتاه
	سه تا هشت هفته بعد: پیشنهاد می شود قبل از شروع فعالیت های ورزشی ۶ هفته پس از زایمان توسط پزشک یا ماما ویزیت و در صورت تایید معاینه کننده فعالیت ها انجام گیرد. شامل:
	۱. پیاده روی ۲. شنا (در صورت قطع خونریزی) ۳. بدنسازی، ورزشهای وضعیتی، سبک کردن بدون نگه داشتن نفس ۴. ورزش عضلات عمقی شکم و عضلات لگن ۵. فعالیت های ایروبیک با شدت کم ۶. فعالیت های ایروبیک آبی با شدت کم (در صورت قطع خونریزی)

کمر درد:

اگر مادر در دوران بعد از زایمان کمر درد داشته باشد، باید مثل جمعیت عمومی ارزیابی شود.

یبوست:

باید از مادر در مورد دفع مدفوع طی سه روز بعد از زایمان سوال شود. به زنان توضیح داده شود که برخی درمان های دارویی، مثل مصرف آهن و کدئین ممکن است باعث یبوست شوند.



۱-۲-۳۲، مادرانی که یبوست دارند و احساس ناراحتی دارند باید رژیم غذایی مایعات داشته باشند و نحوه رژیم غذایی مناسب برایشان توضیح داده شود (زنان باید در مورد مصرف رژیم پر فیبر همراه با حداقل ۶ تا ۸ لیوان مایع در طی روز تشویق شوند).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۷ (high agreement) است

۱-۲-۳۳، اگر تا پایان روز سوم پس از زایمان اجابت مزاج نداشته باشد باید از ملین ملایم (شیر منیزیوم) استفاده شود. اگر تا روز چهار و پنج پس از زایمان اجابت مزاج نداشته باشد باید در صورتی که فرد شقاق مقعد و هموروئید ندارد از شیاف گلیسرین استفاده کرد. در صورت عدم پاسخ به درمان باید به پزشک ارجاع شود

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۱ (high agreement) است

هموروئید:

خانمهایی که هموروئید دارند باید رژیم غذایی شان طوری باشد که یبوست نداشته باشند و براساس پروتکل داخلی، درمان شوند.

۱-۲-۳۴، خانمها با هموروئید شدید، متورم، برآمده و یا هرگونه خونریزی رکتال، باید ارزیابی اورژانس شوند (اقدام اورژانسی)

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است.

بی اختیاری مدفوع:

۱-۲-۳۵، خانمهایی که بی اختیاری مدفوع دارند باید از نظر شدت و طول مدت و تکرار علائم ارزیابی شوند. اگر علائم برطرف نشد، باید ارزیابی بیشتر شوند (اقدام اورژانسی).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است

احتباس ادرار:

ادرار کردن در عرض ۶ ساعت بعد از زایمان باید ثبت شود.

۱-۲-۳۶، اگر در عرض ۶ ساعت بعد از زایمان، تلاش برای ادرار کردن باید انجام شود، مثل دوش یا حمام آب گرم.



میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸) high agreement) است

۳۷-۲-۱، اگر ادرارکردن در عرض ۶ ساعت بعد از زایمان فرد ادرار نداشته باشد و اقدامات برای ادرارکردن بلافاصله جواب ندهد، باید حجم مثانه اندازه گیری شود و سونداژ انجام شود (اقدام اورژانسی).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۵) high agreement) است

بی اختیاری ادرار:

۳۸-۲-۱، خانمهایی که نشت و بی اختیاری ادرار با حجم کم را دارند، باید ورزشهای مربوط به تقویت کف لگن را انجام دهند (کگل) (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۱) high agreement) است

۳۹-۲-۱، خانمهایی که نشت و بی اختیار ادرار دارند و بهبود نمی یابند یا بدتر می شوند، باید ارزیابی شوند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸) high agreement) است

پیشگیری از بارداری:

۴۰-۲-۱، متخصصان مراقبت سلامت حرفه ای باید همکاری مناسب را به مادرانی که مشکل دسترسی به روشهای پیشگیری بارداری دارند داشته باشند و شامل فراهم کردن ابزار پیشگیری از بارداری است. (برای ایجاد حداقل فاصله ۲ سال بین حاملگی های مادر)

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۸) Equivocal agreement) است

ایمن سازی:

انجام واکسیناسیون نوزاد طبق دستورالعمل کشوری باید صورت گیرد.

۴۱-۲-۱، ایمونوگلوبولین آنتی D- باید برای تمام خانمهای غیرحساس شده Rh-D منفی در طی ۷۲ ساعت بعد از زایمان یک کودک RhD مثبت در نظر گرفته شود (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹) high agreement) است

۴۲-۲-۱، خانمهایی که در غربالگری قبل از زایمان، برای روبلا (سرخجه) سرونکاتیو هستند، باید بعد از زایمان، واکسن MMR را دریافت کنند (سرخک، سرخجه، اوریون) (قبل از ترخیص از بیمارستان باید واکسن را دریافت کنند) (1b).



میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۲ (high agreement) است

۱-۲-۴۳، باید به مادران گفته شود که تا یک ماه بعد از دریافت واکسن MMR نباید باردار شوند اما شیردهی را ادامه دهند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۵ (high agreement) است

امنیت:

خشونت خانگی:

متخصصان حرفه ای سلامت باید در مورد خطرات، علائم و نشانه های خشونت خانگی آگاه باشند و بدانند که چگونه مشاوره دهند و مدیریت کنند.

چک ۸-۶ هفته:

در انتهای دوران بعد از زایمان، یک متخصص سلامت، باید مطمئن باشد که سلامت اجتماعی، احساسی و فیزیکی فرد ارزیابی شده است. غربالگری و تاریخچه پزشکی نیز باید گرفته شود.

۱-۳ تغذیه نوزاد:

یک محیط حمایتی برای تغذیه با شیر مادر:

حمایت تغذیه با شیرمادر باید بدون توجه به محیط مراقبت فراهم شود.

تمام فراهم کنندگان مراقبت سلامت (بیمارستانها و جامعه) باید یک سیاست تدوین شده تغذیه با شیرمادر داشته باشند که مرتبط با همه کارکنان و والدین باشد. متخصصان سلامت و مراقبت باید زمان کافی را داشته باشند تا مادر و کودک را در شروع و ادامه شیردهی حمایت کنند. پک های تبلیغاتی، مثل آنهایی که به مادران هنگام ترخیص از بیمارستان داده میشود، شامل شیرخشک یا تبلیغاتی برای شیرخشک، نباید پخش شود.

۱-۳-۱، وقتی مراقبت بعد از زایمان در بیمارستان فراهم باشد، باید به ایجاد محیطی برای تغذیه با شیرمادر توجه شود. این شامل سازمان دهی برای هم اتاق کردن مادر و کودک در ۲۴ ساعت و فراهم کردن تماس پوستی آنها و استراحت و تغذیه مادر در حد نیاز است (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶ (high agreement) است

۱-۳-۲، شیرخشک نباید به بچه هایی که با شیرمادر تغذیه میشوند داده شود مگر اینکه اندیکاسیون پزشکی داشته باشد (1b).



میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۷ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸ (high agreement) است

۳-۳-۱، محتویات آموزشی تغذیه با شیرمادر به عنوان یک مداخله استاندارد به تنهایی توصیه نمیشود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۵ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۷ (high agreement) است

شروع موفق تغذیه با شیرمادر:

باید به مادران اطمینان داده شود که احساس ناراحتی مختصر در شروع شیردهی در روزهای اول شایع است، اما نباید ادامه دار شود. باید به مادران توصیه شود که در صورتی که نوزاد پستان نمی گیرد، باید به نوک پستان لبهای نوزاد را تماس دهد تا دهانش را باز کند.

۳-۳-۱، ۴، ۲۴ ساعت اول بعد از تولد، باید به مادران اطلاعات کافی در مورد منافع شیردهی مادر و منافع کلستروم و زمان اولین شیردهی داده شود. باید حمایت مناسب فراهم شود (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۷ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است

۳-۳-۱، شروع شیردهی باید در اسرع وقت بعد از تولد، به طور ایده آل یک ساعت بعد تولد باشد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است

۳-۳-۱، باید از جداسازی مادر و کودک در ساعت اول بعد از تولد برای پروسه های روتین بعد از زایمان، برای مثال وزن کردن، اندازه گیری ها و استحمام، اجتناب شود، مگر اینکه این اندازه گیری ها توسط مادر درخواست شود یا برای مراقبت روتین کودک ضروری باشد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۱ (high agreement) است

۳-۳-۱، باید مادر را به تماس پوستی با کودکش بلافاصله یا در اسرع وقت بعد از تولد، تشویق کرد (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۹ (high agreement) است

۳-۳-۱، توصیه نمی شود که از مادر در مورد روش انجام شیردهی تا قبل از اولین تماس پوستی سوال شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۷ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است

۳-۳-۱، از زمان اولین شیردهی، باید به مادران در مورد شیردهی با مهارت کافی توضیح داده شود (از یک متخصص نظام سلامت، حمایت مادر به مادر یا حمایت همکاران) تا بتواند موقعیت مناسب شیردهی را داشته باشد و مطمئن شود که کودک



به طور صحیح و کامل به شیر دسترسی دارد و تغذیه کارآمد و موثر را دارد و نگرانی هایی از جمله زخم نوک پستان ایجاد نمی شود.

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶) high agreement) است

۱-۳-۱۰، حمایت اضافی با موقعیت مناسب و تماس بدنی باید به مادران توصیه شود مخصوصا به آنهایی که شرایط زیر را داشته اند:

- یک بیهوشی عمومی یا با مواد فارماکوتیک، که کودک را نمی تواند در ابتدا شیر دهد.
- زایمان سزارین، مخصوصا در افرادی که برای حفاظت از زخم شکم، در آغوش گرفتن و تماس با کودک با تأخیر انجام می شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۴) high agreement) است.

ادامه موفق شیردهی مادر:

۱-۳-۱۱، باید به شیردهی مکرر با طول مدت نامحدود تشویق شوند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۹) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸) high agreement) است

۱-۳-۱۲، باید به مادران توصیه شود که نوزاد وقتی سیر شود شیرخوردن را قطع می کند که ممکن است فقط از یک پستان شیر بخورد. باید توصیه شود در صورتی که کودک سیر نشده، باید شیردهی از پستان دیگر انجام شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۷) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۵) high agreement) است.

۱-۳-۱۳، باید به مادر توصیه شود چگونه موقعیت درست شیردهی را برای شیردهی موفق حفظ کند. این موقعیتها و توصیه ها در جدول ۳ آمده است (1b).



جدول شماره سه - شیردهی با شیر مادر:

شاخصهای در آغوش گرفتن و موقعیت فیزیکی مناسب:	دهان کاملاً باز حداقل هاله اطراف پستان قابل مشاهده باشد چانه در تماس با پستان باشد لب پایینی به سمت پایین برگشته باشد، و بینی آزاد باشد و دردی نداشته باشد.
شاخصهای شیردهی موفق در کودک:	بلع قابل مشاهده و شنیدن صدای بلع، مکیدن ریتمیک پایدار دستها و بازوها راحت باشند دهان مرطوب خیس کردن منظم و پوشک های سنگین
شاخصهای شیردهی موفق در مادران:	نرم بودن پستانها عدم احساس فشار در نوک پستان بعد از اتمام شیردهی احساس راحتی و خواب آلودگی مادر

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است

۱-۳-۱۴، باید به مادران در مورد مراکز حمایت از شیردهی مادر، اطلاعات کافی داده شود.

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است

ارزیابی شیردهی موفق مادر:

باید در مورد تجربه شیردهی مادر در هر ویزیت سوال شود تا مشخص شود که او شیردهی موثری دارد یا نه و هرگونه نیاز برای حمایت بیشتر او شناسایی شود. سپس باید ادامه و پیشرفت شیردهی ارزیابی شود و در هر ویزیت در برنامه مراقبت بعد از زایمان ثبت شود. اگر مادر شیرناکافی داشته باشد، باید اتصال کودک به او و موقعیت فیزیکی شیردهی او مجدداً بررسی شود و سلامت نوزادش ارزیابی شود. باید حمایت مادر برای بدست آوردن اطمینان از توانایی تولید شیرکافی برای کودکش، انجام شود.



۱-۳-۱۵، اگر کودک شیرکافی را مستقیماً از شیرمادر دریافت نکند و تغذیه مکمل موردنیاز باشد، باید شیرمادر اضافی با لیوان یا شیشه به او داده شود. تغذیه مکمل با مایعات دیگری به جز شیر توصیه نمیشود.

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۷ (Equivocal agreement) است.

دوشیدن و ذخیره شیر مادر:

۱-۳-۱۶، به تمام خانمهای شیرده باید دوشیدن شیر خود با دست، آموزش داده شود و ذخیره و فریزکردن مناسب آن گفته شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸ (high agreement) است
۱-۳-۱۷، شیردوشهای پمپی در بیمارستانها، به خصوص برای مادرانی که به هر دلیلی از نوزادشان جدا شده اند وجود دارد تا شیردهی تثبیت شود. تمام مادرانی که از این پمپ استفاده می کنند باید چگونگی کاربرد آن را بدانند.

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۷ (high agreement) است

جلوگیری، شناسایی و درمان درد نوک پستان ناشی از شیردهی:

۱-۳-۱۸، باید به مادران گفته شود که اگر نوک پستان آنها دردناک است یا ترک برداشته است، احتمالاً به علت وضعیت و آغوش گرفتن نامناسب برای شیردهی است. خشک نمودن پستان پس از هر نوبت شیردهی توصیه می شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۲ (high agreement) است
۱-۳-۱۹، اگر درد نوک پستان بعد از آموزش موقعیت دهی صحیح اصلاح نشود، باید ارزیابی بیشتر از جهت برفک دهانی انجام شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۵ (high agreement) است

التهاب و تورم پستان (engorgement):

۱-۳-۲۰، باید به مادران گفته شود که پستانهای آنها ممکن است، تندر، سخت و دردناک شود که این حالت در طی سه روز اول زایمان ایجاد میشود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است



۱-۳-۲۱، باید به مادران در مورد پوشیدن لباس زیر مناسب و به اندازه که پستانهایشان را تحت فشار قرار ندهد، آموزش داده شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶ (high agreement) است

۱-۳-۲۲، التهاب و تورم پستان باید به شکل زیر درمان شود:

شیردهی مکرر نامحدود شامل شیردهی طولانی مدت با پستان متورم، ماساژ پستان، و در صورت لزوم دوشیدن دستی شیر و استفاده از مسکن (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۴ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است

ماستیت:

باید به مادران آموزش داده شود که هرگونه علائم و نشانه های ماستیت شامل علائم شبه آنفلوآنزا، قرمزی، حساسیت و دردناک شدن پستانها را شناسایی کنند و در صورت بروز این علائم با متخصص خود مشورت کنند.

۱-۳-۲۳، باید به مادرانی که علائم و نشانه های ماستیت را دارند، در مورد نحوه در آغوش گرفتن و چسباندن خود به کودک کمک کرد و توصیه های زیر را انجام داد:

ادامه شیردهی و یا دوشیدن شیر با دست و اطمینان کافی از تخلیه کافی شیر باشد و در صورت لزوم باید با ماساژ آرام و نرم پستان، هرگونه انسدادی را باز کرد و از ضددردهای مجاز در شیردهی مثل پاراستامول استفاده کرد و مصرف مایعات را افزایش داد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۳ (high agreement) است

۱-۳-۲۴، اگر علائم و نشانه ها برای بیش از چند ساعت باقی مانده، مادر باید مجدداً با متخصص خود مشورت کند (اقدام اورژانسی) (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶ (high agreement) است

۱-۳-۲۵، اگر علائم و نشانه های ماستیت بهبود نیابد، باید مادر را از نظر نیاز به آنتی بیوتیک بررسی کرد (اقدام اورژانسی) (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۱ (high agreement) است.



نوک پستان فرورفته:

مادرانی که نوک پستان فرورفته دارند باید حمایت و مراقبت بیشتری را جهت شیردهی موفق داشته باشند.

Anveyloglossia(Tongue tie)

ارزیابی Anvyloglossia باید در صورتی که نگرانی های شیردهی باقی بماند، انجام شود.

۱-۳-۲۶، کودکانی که به نظر می رسد Anvyloglossia داشته باشند، باید ارزیابی بیشتر شوند(اقدام غیراورژانسی)(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۷ (high agreement) است

کودک خواب آلود:

۱-۳-۲۷، باید به مادران آموزش داده شود که از تماس پوستی با کودک و ماساژ پاهای کودک برای بیدارکردن او استفاده

کنند. در صورتی که خواب آلودگی برطرف نشود باید سلامت عمومی کودک بررسی شود(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است

تغذیه تکمیلی:

تمام والدین و مراقبت کننده هایی که به کودک خود تغذیه تکمیلی می دهند باید در مورد تغذیه تکمیلی مناسب و مورد

تحمل، آموزش داده شوند، تا تکامل و سلامت کودک بهبود یابد و نیاز تغذیه ای او کامل شود.

۱-۳-۲۸، مادری که می خواهد کودکش را با شیرخشک تغذیه کند باید در مورد نحوه صحیح تغذیه آموزش داده شود و در

مورد مقادیر شیرخشک براساس دستور کارخانه آگاهی داشته باشد و بداند چطور شیشه شیر را تمیز و استریل کند و شیر را

ذخیره کند(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶ (high agreement) است

۱-۳-۲۹، باید به والدین و اعضای خانواده گفته شود که نباید شیرخشک و حتی شیردوشیده شده را در ماکروویو گرم

نمود(1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۱ (high agreement) است.



۱-۴، باقی ماندن و استمرار سلامت نوزاد:

هدف این بخش از راهنما فراهم کردن چارچوبی برای متخصصان مراقبت سلامت است تا سلامت کودک تا هفته هشتم زندگی تضمین شود و آن بستگی به مراقبتی دارد که به کودک سالم داده میشود و حمایت والدین موثر است.

۱-۴-۱، کودک سالم باید رنگ طبیعی نژاد خود را داشته باشد، دمای مناسب بدنی داشته و دفع ادرار و مدفوعش فواصل زمانی منظمی داشته باشد. آنها شروع به تغذیه می کنند، به خوبی پستان را می مکند (یا شیشه را) و در فواصل بین شیردهی هضم و جذب می کنند. آنها بسیار تحریک پذیر، خواب آلود یا بی تحرک نیستند. علائم حیاتی یک کودک سالم باید در محدوده های زیر باشد (1a):

- میزان تنفس ۶۰-۳۰ بار در دقیقه
- میزان ضربان قلب ۱۶۰-۱۰۰ ضربان در یک نوزاد
- دمای بدن در حد دمای اتاق حدود 37°C
- میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۴ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است
- ۱-۴-۲، در هر ویزیت بعد از زایمان، باید به والدین اطلاعات زیر داده شود تا قادر به انجام کارهای زیر باشند:
 - وضعیت عمومی کودک خود را ارزیابی کنند.
 - علائم و نشانه های مشکلات شایع سلامت را در کودکان شناسایی کنند.
 - در صورت نیاز به اقدام اورژانسی با متخصص سلامت تماس بگیرند (1b).
- میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۴ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸ (high agreement) است
- ۱-۴-۳، والدین، اعضای خانواده و مراقبت کننده ها باید اطلاعاتی را داشته باشند تا در موارد زیر مطمئن شوند:
 - توانایی های اجتماعی کودکشان به تماس مادر- کودک ارتباط دارد (در ۲۴ ساعت اول) (1b).
- میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۱ (high agreement) است
- ۱-۴-۴، پدر و مادر باید در طول تمام معاینات فیزیکی کودک خود حضور داشته باشند تا بتوانند نیازهای کودک خود را شناسایی کنند و هر دو بتوانند از او مراقبت کنند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۵ (Equivocal agreement) است.



ارتباط احساسی والدین:

ارزیابی ارتباط و اتصال احساسی باید در هر ویزیت بعد از تولد انجام شود.

۱-۴-۵، ویزیت های خانگی باید به عنوان فرصتی باشد تا اتصال و ارتباط عاطفی مادر و پدر را با کودکش افزایش دهد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی (7,3) high agreement و قابلیت بومی سازی (6,8) Equivocal agreement است.

۱-۴-۶، گروههایی که براساس آموزش والدین تشکیل و برنامه ریزی شده اند، برای پیشرفت ارتباط و اتصال عاطفی و بهبود مهارتهای والدین طراحی شوند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی (7,4) high agreement و قابلیت بومی سازی (7,1) high agreement است
۱-۴-۷، فراهم کنندگان مراقبت سلامت باید به پدران اطلاعات بدهند و آنها را حمایت کنند تا با نقش جدید و مسئولیتهای جدید خود در داخل خانواده منطبق شوند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی (8,1) high agreement و قابلیت بومی سازی (6,9) high agreement است

غربالگری و معاینه فیزیکی:

هدف های هر معاینه فیزیکی باید به طور کامل برای والدین توضیح داده شود و نتایج آن در اختیار آنها قرار گیرد و در برنامه بعد از زایمان و پروفایل شخصی سلامت کودک ثبت شود.

۱-۴-۸، معاینه کامل کودک باید در عرض ۷۲ ساعت اول بعد از تولد انجام شود.

این معاینه باید نگرانی های والدین و تاریخچه پزشکی کودک را دربرداشته باشد و همچنین شامل موارد زیر باشد: تاریخچه خانوادگی، تاریخچه مادری، قبل از زایمان و حوالی زایمان، تاریخچه جنین، نوزاد و شیرخوار شامل نمودار وزن موقع تولد و دور سر: اینکه آیا نوزاد دفع مکونیوم یا ادرار داشته است یا نه (و جریان ادرار در نوزاد پسر).

یک معاینه فیزیکی کامل باید انجام شود و باید شامل موارد زیر در کودک باشد (1a):

- ظاهر کودک شامل رنگ، تنفس، رفتار، فعالیت و موقعیت
- (سر) فونتال (ها)، صورت، بینی، دهان، شامل کام، گوش ها، گردن و تقارن عمومی سر و صورت. دور سر اندازه گیری و ثبت شود.



- در چشم کدورتها و رفلکس قرمز بررسی شود.
- گردن، کلاویکول ها، اندامها، دستها، پاها و انگشتها را از نظر نسبتها و قرینگی بررسی کنید.
- قلب را بررسی کنید و موقعیت، ضربان، ریتم و صداهای قلبی را چک کنید. وجود مرمر و حجم نبض فمورال را بررسی کنید.
- در ریه ها قدرت و میزان تنفس و صداهای ریوی را چک کنید.
- در شکم، شکل شکم را ببینید و هرگونه ارگانومگالی را شناسایی کنید و وضعیت و موقعیت بند ناف را چک کنید.
- در ژنیتالیا و مقعد، در پسرها بیضه های نزول نکرده و تکامل آن را بررسی کنید.
- در نخاع، ساختار استخوانی را مشاهده و لمس کنید
- یکنواختی پوست را چک کنید: به رنگ و بافت و هرگونه نشانه های نوزادی یا راش را ارزیابی کنید
- سیستم عصبی مرکزی را ارزیابی کنید؛ به تون نوزاد، رفتار، حرکات و وضعیت بدنی او توجه کنید. بررسی رفلکسهای نوزاد فقط در صورت لزوم الزامی است.
- در هیپ، قرینگی اندامها و چینهای پوستی را بررسی کنید (مانورهای بارلو و ارتولانی را انجام دهید)
- وزن را اندازه گیری و ثبت کنید.
- گریه نوزاد را از نظر صدا بررسی کنید.

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۹) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۱) high agreement) است

۹-۴-۱، تست قطره خون نوزاد باید در ۵-۸ روزگی انجام شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۷) high agreement) است

۱۰-۴-۱، در هفته ۶-۸، یک معاینه باید انجام شود و با موارد معاینه شده در ۸-۴-۱ مقایسه شود. به علاوه، بررسی لبخند اجتماعی و ثابت شدن بینایی باید انجام شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۱) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۲) high agreement) است

۱۱-۴-۱، یک غربالگری شنوایی باید قبل از ترخیص از بیمارستان یا در هفته چهارم در برنامه بیمارستانی یا در هفته پنجم در برنامه جامعه انجام شود (1b).



میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲ (high agreement) و قابلیت بومی سازی

۸,۲ (high agreement) است.

سلامت و بهداشت فیزیکی:

زردی:

کودکانی که در عرض ۲۴ ساعت اول بعد از تولد زردی دارند باید ارزیابی شوند (اورژانسی). اگر زردی اولیه بعد از ۷ روز ایجاد شود یا بعد از ۱۴ روز در یک نوزاد سالم از سایر جهات باقی بماند، هنوز علتی شناخته نشده و باید ارزیابی شود (اورژانس).

۱-۴-۱۲، باید به والدین گفته شود که در صورت زردی نوزاد خود با متخصص مشورت کنند، و در صورتی که زردی تشدید شود و یا دفع مدفوع کمرنگ دارد نیز باید اطلاع دهند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است
۱-۴-۱۳، اگر زردی در نوزاد ۲۴ ساعته یا بزرگتر ایجاد شود، باید میزان و شدت آن اندازه گیری شود و به طور سیستماتیک همراه با سلامت کلی نوزاد ثبت شود و توجه ویژه ای به میزان آب بدن و هوشیاری نوزاد شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است
۱-۴-۱۴، مادر یک نوزاد شیرمادرخوار که علائم زردی دارد باید به شیردهی مکرر تشویق شود و در صورت ضرورت باید کودک را بیدار کرد و مجبور به شیرخوردن کرد (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۲ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است
۱-۴-۱۵، کودکان شیرمادر خوار با زردی نباید به طور روتین با شیرخشک، آب یا آب قند تغذیه شوند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۹ (high agreement) است
۱-۴-۱۶، اگر زردی نوزاد زیاد باشد یا کودک ناخوش به نظر برسد، ارزیابی سطح بیلی روبین سرم باید انجام شود (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی

۸,۶ (high agreement) است.



پوست:

۱-۴-۱۷، باید به والدین توصیه شود که نباید مواد تمیزکننده را به آب حمام نوزاد اضافه کرد. تنها ماده تمیزکننده که در صورت لزوم مجاز به استفاده از آن هستند، یک صابون ضعیف است (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۷ (high agreement) است
۱-۴-۱۸، باید به والدین آموزش داده شود که چگونه بند ناف کودک را تمیز و خشک نگه دارند و نباید از ضدعفونی کننده ها استفاده کنند (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۸ (Equivocal agreement) است.

برفک:

اگر برفک در کودکی تشخیص داده شود، باید به خانمهای شیرده اطلاعات و راهنمایی کافی در مورد بهداشت مربوطه داده شود.

۱-۴-۱۹، باید برفک با داروهای مناسب ضدقارچ درمان شود، در صورتی که علائم برای مادر دردناک باشد و در تغذیه کودک مشکل ایجاد کند. اگر برفک بدون علامت باشد، درمان ضدقارچ موردنیاز نمی باشد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۴ (high agreement) است.

زخم ناحیه دیپار:

برای کودکانی که زخم دیپار دارند علل زیر را باید در نظر گرفت:

بهداشت ناکافی و مراقبت ناکافی پوست / حساسیت به مواد بهداشتی یا نرم کننده ها / وجود عفونت

۱-۴-۲۰، اگر زخم ناحیه دیپار وجود داشته باشد معمولاً توسط برفک ایجاد می شود و باید درمان ضدقارچ را برایش در نظر بگیریم (پماد کلوتریمازول) اگر بعد از یک دوره درمان، این ضایعات بهبود نیافتند، باید ارزیابی بیشتر انجام شود (اقدام غیراورژانس) (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۲ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۶ (high agreement) است



یبوست:

۱-۴-۲۱، اگر نوزاد طی ۲۴ ساعت اول مکونیوم دفع نکند، باید جهت کشف علت، بررسی بیشتر انجام شود، که مرتبط با الگوی تغذیه یا پاتولوژی زمینه ای است (اقدام اورژانسی) (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۱ (high agreement) است

۱-۴-۲۲، اگر کودک یبوست دارد و از شیرخشک تغذیه می شود باید روش تهیه شیر، میزان دریافت مایعات، تعداد دفعات تغذیه و ترکیبات غذا، بررسی شود (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵ (high agreement) و قابلیت بومی سازی

۸,۳ (high agreement) است.

اسهال:

کودکی که دفعات دفع مدفوع زیاد دارد و مدفوعش قوام شل تری از حالت طبیعی دارد باید ارزیابی انجام شود (اقدام اورژانسی).

کولیک:

۱-۴-۲۳، کودکی که زیاد و بدون مکث گریه می کند، اغلب در مواقع بعدازظهر، و پاهایش را داخل شکمش جمع می کند و یا پشتش را خم می کند، باید از نظر علت زمینه ای، شامل کولیک نوزادی بررسی شود (اقدام اورژانسی) (1a).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۸ (high agreement) است

۱-۴-۲۴، ارزیابی در موارد گریه شدید باید شامل ارزیابی سلامت کلی کودک باشد و شامل ارزیابی قبل از زایمان و حوالی زایمان، شروع و مدت گریه کردن و شکل مدفوع، ارزیابی تغذیه ای و رژیم غذایی مادر شیرده و سابقه خانوادگی آلرژی و پاسخ والدین به گریه بچه باشد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۶ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۶ (high agreement) است

۱-۴-۲۵، متخصصان و حرفه ای های سلامت و مراقبت باید به والدین کودک اطمینان دهند که کولیک یک مرحله از زندگی است که دوره اش سپری می شود، باید والدین بدانند که بغل کردن کودک در ایپزود گریه میتواند کمک کننده باشد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۹ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۵ (high agreement) است



۱-۴-۲۶، استفاده از شیر خشک با حساسیت زایی کمتر در کودکانی که با شیشه تغذیه می کنند را باید در درمان کولیک در نظر گرفت (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۱) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸) high agreement) است
۱-۴-۲۷، داروی دی سیکلومین را نباید در درمان کولیک استفاده کرد زیرا عوارض جانبی مثل تنفس مشکل و حتی کما را در پی خواهد داشت (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۵) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۸,۱) high agreement) است

تب:

وقتی کودک مشکوک به ناخوشی است، باید دمای بدنش با استفاده از ابزارهایی که به خوبی درجه بندی شده اند، اندازه گیری شود. دمای 38°C و یا بیشتر غیرطبیعی است و علت آن باید بررسی شود (اورژانسی) یک ارزیابی کلی و کامل شامل معاینه فیزیکی باید انجام شود

۱-۴-۲۸، دمای بدن نوزاد را نیاز نیست اندازه بگیریم، مگر تحت عوامل خطر خاص، مثل تب مادر حین زایمان (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۷,۱) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۳) high agreement) است

ویتامین K:

تمام والدین باید بدانند پروفیلاکسی ویتامین K برای کودکان برای پیشگیری از اختلال نادر ولی شدید و جدی کمبود ویتامین K، الزامی است. باید ویتامین K در یک دوز منفرد 1mg عضلانی تزریق شود و این بهترین و رایج ترین و مقرون به صرفه ترین نوع تزریق است.

۱-۴-۲۹، در صورتی که پدر و مادر از تزریق عضلانی ویتامین K ممانعت کنند، باید به عنوان دومین گزینه، ویتامین K خوراکی برای کودک تجویز شود. باید دوز ویتامین K خوراکی منطبق بر دستورالعمل تجاری دارو باشد و ممکن است دوز شرکت های مختلف، متفاوت باشد (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۸) high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۷) Equivocal agreement) است.



ایمنی:

تمام ویزیت‌های خانگی باید به عنوان فرصتی برای ارزیابی ایمنی نسبی برای تمام اعضای خانواده در خانه و محیط بیرون باشد.

۳۰-۴-۱، متخصصان سلامت و مراقبت باید استفاده صحیح از تجهیزات ایمنی پایه، شامل صندلی نوزاد و هشدارهای لازم در زمینه دود و سیگار ارائه دهند (1b).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۴ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۱ (high agreement) است

با هم خوابیدن و سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار:

علت سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS) شناخته شده نیست. ممکن است به علل مختلف باشد اما بعضی علل بیشتر به نظر می‌رسند که علت SIDS باشند. آن علل شامل قراردادن شیرخوار در حالت خوابیده به شکم یا پهلو می‌باشد. برای اینکه بتوانیم عاملی را مستقیماً علت SIDS بدانیم، لازم است شواهد بررسی شوند. شواهدی بررسی شده اند که شامل خوابیدن والدین یا مراقب کودک در یکسال اول زندگی، در کنار شیرخوار است. در بررسی این شواهد دیده شده که در هر جایی که این با هم خوابیدن وجود دارد، تعداد موارد SIDS بالاتر است، البته این ثابت نمی‌کند که کنار هم خوابیدن (Co-sleeping) علت SIDS باشد.

۳۱-۴-۱، به پدر و مادر و پرستار کودک اطلاع دهید که خوابیدن بر روی تخت یا راحتی یا صندلی در کنار نوزاد، با SIDS ارتباط دارد و این ارتباط، زمانی که والدین سیگاری باشند، بیشتر است (2).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸,۳ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۶,۸ (Equivocal agreement) است.

۳۲-۴-۱، به پدر و مادر و مراقب‌ها ارتباط بین Co-sleeping و SIDS را توضیح دهید و بگویید این حالت از زمانی که پدر و مادر الکل مصرف کنند یا سوء مصرف مواد داشته باشند یا کودک نابالغ و نارس و کم وزن به دنیا آمده باشد، خطرناکتر است (2).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸ (high agreement) و قابلیت بومی سازی ۷,۸ (high agreement) است

پستانک:

۳۳-۴-۱، اگر شیرخوار از پستانک در هنگام خوابیدن استفاده می‌کند، نباید ناگهانی از او در ۲۶ هفته اول گرفته شود (1b).



میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۸) (high agreement و قابلیت بومی سازی ۵,۸) (high agreement است.

سوءاستفاده از کودک (کودک آزاری):

۱-۴-۳۴، متخصصان و حرفه ای های مراقب سلامت باید در مورد عوامل خطر و علائم و نشانه های کودک آزادی آگاه باشند اگر نگرانی افزایش یابد، باید از سیاستهای پیشگیرانه استفاده شود. (2).

میانگین نمرات داده شده به مزیت بالینی ۲,۸) (high agreement و قابلیت بومی سازی ۱,۸) (high agreement است.



1. Mirmolaei T, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakkol Z. The effect of postpartum care at home on maternal received care and satisfaction. Journal of Nursing and Midwifery Mashhad University of Medical Sciences 2011; 1(1): 35-48. [Persian].
2. Mirmolaei T, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakkol Z. Comparison of effects of home visits and routine postpartum care on the healthy behaviors of Iranian low-risk mothers. IJPVM. 2014; 5(1):61-8.
3. Huang, K. Tao, F. Liu, L. Wu, X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? JCN.2011 Jun; 21(11-12):1534-43
4. Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. J Nurs Meas. 2006 Winter;14(3): 205-20.
5. Asghar Nia M, Heidar Zadeh A, Zahiri Z, Seyhani AR, Pormehr Yabandeh L, Oudi M. Assessment of women's knowledge regarding postpartum complications and cares. Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences. 2005;14(55):56-62
6. Cronin C, McCarthy G. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. J Clin Nurs. 2003 Mar;12(2):260-7.
7. Chung H ,Hung Chich.The postpartum stress and support on postpartum women's health status.Journal of advanced nursing. 2001;36(5):676-84.
8. Dennis, C. L. Breastfeeding initiation and duration. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2002;7(31):12-27
9. Chen, Ch. Effect's home visits and telephone contacts on breast-feeding compliance in Taiwan. MCN. 1993;21(3):102-7.
10. McNaughton DB. Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research.Public Health Nurse. 2004 May-Jun; 21(3): 207-19.
11. Maurer FA, Smith CM. Community/public health nursing practice: Health for families and populations. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2005. P. 250.
12. National Commission to Prevent Infant Mortality. Home visiting: Opening doors for America's pregnant women and children. Washington, DC: National Commission to Prevent Infant Mortality;1989.
13. Fenwick A. , Janice But B. , Satvinder Dhaliwal C. , Yvonne Hauck D. , Virginia, Schmied E. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home, Journal of Women and Birth. 2010 Mar; 23(1): 10-21



- 14. Zadoroznyj M. Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal homecare programme. Health Social Care Community, 2006; 15(1) :35-44.
- 15. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide WHO
- 16. INDIAN PUBLIC HEALTH STANDARDS(IPHS) FOR SUB-CENTRES GUIDELINES(March 2006)
- 17. Achadi, Endang Zazri, Ali. EVALUATION OF POSTPARTUM HOME VISIT PROGRAM.USaid.GOV
- 18. KOBLINSKY MARJORIE A, COMMUNITY-BASED POSTPARTUM CARE: AN URGENT UNMET NEED. MAY 2005
- 19. Lomoro O.A, Ehiri J.E, Qian X. Mothers' perspectives on the quality of postpartum care in Central Shanghai, China.International Journal for Quality in Health Care. 2002;14(3):393-402
- 20. Review of Clinical Guideline(CG37) –Postnatal care: Routine postnatal care of woman and their babies" 2011, National Institute for Health & Clinical Excellence
- 21. Routine Postpartum Care" 2013, Women and Newborn Health Service King Edward Memorial Hospital, Western Australia
- 22. Final Comprehensive report Single Home visits to Improve Health Outcomes May 18, 2011, Pen State College of Medicine
- 23. Shamshiri Milani et al. Effect of Health Care as the “Home Visiting” on Postpartum Depression: A Controlled Clinical Trial. IJPVM. 2017
- 24. Shamshiri Milani et al. The effect of postnatal care at home on the incidence of hemorrhoids and constipation in the postpartum period. J Babol Univ Med Sci, 2015; 17(12): 26-32.



■ ضمائم

ضمیمه ۱:

نحوه انجام برخی فعالیت های ورزشی:

Maintain good posture



Curl-Ups



ضمیمه ۲:

پرسش نامه ی تشخیص افسردگی پس از زایمان «ادینبورگ»:

شما به تازگی مادر شده اید و ما تصمیم داریم روحیات شما را بیش تر بشناسیم؛ به این دلیل، از شما درخواست داریم شرایط

روحی خود را طی ۷ روز گذشته، با دقت و بدون شتاب، از بین پاسخ‌های ارائه‌شده انتخاب نمایید. پاسخ‌های انتخابی شما، نمایان‌گر شرایط روحی‌تان در طول مدت پس از زایمان است.

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

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

۲- من از زندگی لذت می‌برم.

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

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

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

۴- من بدون دلیل دچار تشویش و هیجان می‌گردم.

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

۵- من بدون دلیل ترسیده و به‌هراس می‌افتم.

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

۶- از دست من هیچ‌کاری برنمی‌آید.

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

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

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

(د) خیر، من از عهده‌ی کارهای خودم برمی‌آیم.

۷- من خودم را غمگین و افسرده احساس می‌کنم.

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

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

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

۹- احساس افسردگی، من را وادار به‌گریه می‌کند.

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

۱۰- به‌فکر آسیب‌رساندن به‌خودم هستم.

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

