

هوالحکیم

سرشناسه : سعدوند یان ، سوسن  
عنوان و نام پدیدآور : راهنمای پایش بیمارستان های دوستدار کودک / سوسن سعدوندیان ... (و دیگران)  
مشخصات نشر : قم : اندیشه ماندگار ، ۱۳۹۶ .  
مشخصات ظاهری : ۱۱۲ ص : جدول ( رنگی ) .  
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۳۴-۷  
وضعیت فهرست نویسی : فیبا  
یادداشت : مولفین سوسن سعدوندیان ، مریم فریور ، خلیل فریور ، سید حامد برکاتی ، محمد اسماعیل مطلق .  
موضوع : مادران -- خدمات پزشکی -- ارزیابی Maternal health services -- Evaluation  
موضوع : بیمارستان ها -- ارزیابی Hospitals -- Evaluation  
موضوع : مادران -- خدمات پزشکی -- برنامه ریزی Maternal health services -- Planning  
موضوع : تغذیه با شیر مادر Breastfeeding  
رده بندی کنگره : ۷۲۱۳۹۶ س / ۹۴۰ / RG  
رده بندی دیویی : ۳۶۲ / ۱۹۸۲  
شماره کتابشناسی ملی : ۴۶۷۱۲۳۸

## راهنمای پایش بیمارستان های دوستدار کودک

مولفین (به ترتیب حروف الفبا): دکتر سید حامد برکاتی ، سوسن سعدوندیان ، دکتر خلیل فریور

مریم فریور ، دکتر محمد اسماعیل مطلق

ناشر: اندیشه ماندگار

چاپ: اول - ۱۳۹۶

تیراژ: ۴۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۳۴-۷



انتشارات اندیشه ماندگار

قم : خیابان صفاییه انتهای کوی بیگدلی پلاک ۲۸۴

صندوق پستی: ۳۷۱۵۵/۶۱۱۳

تلفن: ۰۲۵-۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۷۷۴۲۱۴۲

همراه: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳

در تهیه و بازنگری این کتاب از منابع زیر استفاده شده است:

1. World Health Organization, UNICEF. Baby -friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4: Hospital self-appraisal and monitoring. 2009
2. Neo-BFHI: The Baby -friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. 2015 Edition  
Three Guiding Principles and Ten Steps to protect, promote and support breastfeeding.  
Core document with recommended standards and criteria



# راهنمای پایش بیمارستان های دوستدار کودک



|               |    |
|---------------|----|
| پیشگفتار..... | ۷  |
| مقدمه.....    | ۹  |
| پیشینه.....   | ۱۲ |

## بخش اول - کلیات

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| ده اقدام برای تغذیه موفق با شیرمادر.....             | ۱۶ |
| چگونگی راه اندازی بیمارستان دوستدار کودک.....        | ۱۷ |
| منطق، تعریف و اهداف اختصاصی پایش و ارزیابی مجدد..... | ۱۸ |

## بخش دوم - دستورالعمل اجرایی پایش

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| روش کار و ترکیب تیم پایش کننده.....        | ۲۲ |
| خلاصه اقدامات لازم و مراحل اجرای پایش..... | ۲۲ |
| چگونگی تکمیل فرم ها.....                   | ۲۳ |

## بخش سوم - ابزار پایش بیمارستان های دوستدار کودک

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| فرم های جمع آوری اطلاعات پایش و دستورالعمل ها:..... | ۲۸ |
|-----------------------------------------------------|----|

فصل ۱ - فرمهای جمع آوری اطلاعات کلی، تغذیه شیرخواران، آموزش کارکنان، مرور و مشاهده، مصاحبه با مادر

۱- فرمهای جمع آوری اطلاعات کلی بیمارستان

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| الف: فرم مشخصات کلی بیمارستان.....                                | ۲۹ |
| ب: فرم مشخصات مسئولین مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر..... | ۳۰ |
| پ: فرم مشخصات کارکنان مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر..... | ۳۱ |
| ت: فرم مشخصات اعضای کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیرمادر.....  | ۳۲ |
| ث: فرم مشخصات مدرسین کارگاههای تغذیه با شیرمادر در بیمارستان..... | ۳۳ |

۲ - فرم های تغذیه شیرخواران

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| الف: فرم ثبت تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه.....       | ۳۴ |
| ب: فرم خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه..... | ۳۷ |

۳- فرم های آموزش کارکنان

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| الف: فرم ثبت آموزش کارکنان.....                   | ۳۹ |
| ب: فرم خلاصه گزارش آموزش کارکنان.....             | ۴۲ |
| ج: فرم انواع و محتوای آموزش تغذیه با شیرمادر..... | ۴۳ |

- ۴- فرم مرور مشاهده مستندات، مکتوبات، پرونده ها، تجهیزات و مواد آموزشی..... ۴۵
- ۵- فرم مصاحبه با مادر..... ۵۲

## فصل ۲- فرم های خلاصه اطلاعات جمع آوری شده و گزارش نتایج پایش

- ۶ الف: فرم های خلاصه اطلاعات جمع آوری شده و امتیازبندی..... ۶۶
- ۶ ب: فرم های خلاصه نتایج پایش، توصیه ها و پیشنهادات..... ۸۶

## بخش چهارم - ضمایم

- « ضمیمه ۱: سیاست کشوری تغذیه با شیرمادر در بیمارستان های دوستدار کودک..... ۹۱
- « ضمیمه ۲: ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته بیمارستانی تغذیه با شیرمادر..... ۹۹
- « ضمیمه ۳: دستورالعمل نحوه آموزش مادران در دوران بارداری در مورد تغذیه با شیرمادر و چک لیست ثبت..... ۱۰۰
- « ضمیمه ۴: فرم ثبت مشاهده شیردهی..... ۱۰۶
- « ضمیمه ۵: کد بین المللی بازاریابی جایگزین های شیرمادر..... ۱۰۹
- « ضمیمه ۶: ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته دانشگاهی و شهرستانی شیرمادر..... ۱۱۱
- « ضمیمه ۷: دستورالعمل کشوری تجویز شیرمصنوعی..... ۱۱۳

دوره شیرخوارگی از حساس‌ترین مراحل زندگی است که نیاز به مراقبت‌های دقیق بهداشتی و تغذیه‌ای دارد. شیرمادر اساسی‌ترین ماده‌ای است که می‌تواند به تنهایی تمامی نیازهای تغذیه‌ای شیرخوار را از بدو تولد تا پایان ۶ ماهگی تامین نماید و تداوم آن همراه با غذاهای کمکی و در طول سال دوم عمر می‌تواند ضمن پیشگیری از بسیاری بیماری‌ها در دوران کودکی، بهترین الگوی رشد و تکامل را فراهم آورد. این تاثیر از اولین ساعات و روزهای زندگی بخوبی اثبات گردیده است بطوریکه سازمان‌های بهداشتی جهان اظهار می‌دارند، شروع شیرمادر در ساعت اول زندگی موجب ادامه حیات نزدیک به یک میلیون نوزاد در سال می‌شود. شیرمادر در کاهش بیماری‌های مزمن بزرگسالی از جمله: بیماری‌های قلبی عروقی، پرفشاری خون، سرطان‌ها و دیابت در بزرگسالی نقش دارد. علاوه بر این، مادر، خانواده و جامعه نیز مزایای بسیار دارد.

موفقیت مادران در شیردهی تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد و مراقبت‌ها و حمایت‌های لازم باید در مراحل مختلف قبل و حین بارداری، بلافاصله پس از زایمان و در مراحل حساس روزهای اول بعمل آید و پس از آن مشاوره کارکنان بهداشتی درمانی با مادر برای حل مشکلات شیردهی و بویژه تحکیم اعتماد بنفس او نسبت به کفایت شیرش برای تغذیه شیرخوار، جلب حمایت خانواده در ایجاد آرامش و محیط مناسب برای شیردهی مادر، وجود قوانین حمایتی برای بازگشت مادر به محل کار پس از زایمان، انتقال اطلاعات و پیام‌های کلیدی توسط رسانه‌ها و عدم تبلیغات گمراه کننده تغذیه مصنوعی و... از عوامل مؤثر در موفقیت مادران در مراحل مختلف شیردهی می‌باشد.

برای موفقیت تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران در مراحل بارداری، زایمان و نیز زمان بستری کودک بیمار زیر ۲ سال اجرای صحیح ده اقدام بیمارستان‌های دوستدار کودک، بعنوان معیارهای بین‌المللی توصیه شده است. در کشور ما همگام با شروع فعالیت‌های ترویج تغذیه با شیرمادر، ایجاد بیمارستان‌های دوستدار کودک از اولویت‌های برنامه کشوری قرار گرفت و اینک پس از گذشت سال‌ها با توجه به نتایج و دستاوردهای جهانی اجرای ده اقدام، همچنان از اولویت‌ها محسوب می‌شود که نیازمند تقویت و گسترش است. در بیمارستان‌های دوستدار کودک، آموزش مادران باردار، تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد، شروع بموقع تغذیه با شیرمادر ظرف ساعت اول تولد، تداوم تغذیه با شیرمادر بطور مکرر و انحصاری، هم‌اتاقی ۲۴ ساعته مادر و شیرخوار، عدم استفاده از بطری و گول‌زنک، آموزش و حمایت مادران... از اهم فعالیت‌ها برای شروع موفق شیردهی است که تداوم آن رانیز تسهیل می‌نماید.

از آنجا که راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک و تجربه اجرای ده اقدام در جهان در ارتقاء شاخص‌های شیرمادر نقش بسزایی داشته است، حفظ تداوم و حسن اجرای این اقدامات در بیمارستان‌ها پس از اجرای اولیه و دریافت لوح اهمیت دارد. دلایل پسرفت و تغییرات نامطلوب متفاوت است. ممکن است مسئولین جدید که با نهضت جهانی راه‌اندازی بیمارستان دوستدار کودک (BFHI) «Baby Friendly Hospital Initiative» آشنا نیستند، تعیین شوند، جابجایی و تغییر کارکنان و ورود نیروهای جدید آموزش ندیده ممکن است زیاد باشد، یا خانواده‌ها ممکن است روش‌های قبلی و آشنای مراقبت و هدایای شیر مصنوعی را تقاضا کنند. روش‌های جدید بازاریابی ممکن است تاثیرات تجاری را تشدید نماید. فعالیت‌ها همچنین می‌توانند بدلیل تناقضات عادی انسانی تغییر مسیر دهند. علت هر چه باشد، علیرغم بهترین تصمیمات مسئولین، کار با علاقه‌مندی بسیاری از کارکنان و تداوم وجود سیاست‌های نهضت جهانی راه‌اندازی بیمارستان دوستدار کودک BFHI بر روی کاغذ، لغزش و اشتباه در عمل پیش خواهد آمد.

بدین منظور پایش و ارزیابی دوره‌ای عملکرد بیمارستان‌ها برای حفظ دستاوردها و انجام مداخلات به موقع جهت رفع

کاستی‌ها و ارتقاء شاخص‌ها براساس استانداردهای جهانی ضروری است. راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان‌های دوستدار کودک در سال ۱۳۷۹ تدوین و به اجرا درآمد و در سال ۱۳۸۳ توسط همکاران محترم جناب آقای دکتر حمیدرضا لرنژاد و سرکار خانم سوسن سعدوندیان با همکاری جناب آقای دکتر خلیل فریور و سرکار خانم مریم فریور مورد بازنگری قرار گرفت و پایش و ارزیابی ترویج تغذیه با شیر مادر در بخش‌های کودکان نیز به آن اضافه شد و نرم افزار جمع آوری و آنالیز اطلاعات تهیه گردید. همه ساله بیمارستان‌ها با استفاده از این راهنما عملکرد خود را در مورد ده اقدام دوستدار کودک پایش نموده و دانشگاه‌ها نیز عملکرد بیمارستان‌ها را در اجرای ده اقدام، ارزیابی مجدد می‌کنند و نتایج را به اداره سلامت کودکان ارسال می‌نمایند. به هر حال حفظ و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات پس از اعطای لوح به بیمارستان‌ها با پایش و ارزیابی و نظارت بر عملکرد آن‌ها و مداخله بموقع میسر می‌گردد.

دو مجموعه راهنمای پایش و ارزیابی مجدد با بهره برداری از آخرین نسخه سازمان جهانی بهداشت و یونیسف (در سال ۲۰۱۱) مجدداً مورد بازنگری قرار گرفت. راهنمای حاضر نسخه پایش بیمارستان‌های دوستدار کودک است. در این بازنگری نظرات اعضا محترم کمیته کشوری شیرمادر، همکاران محترم حوزه بهداشت و درمان دانشگاه‌ها و اداره سلامت کودکان و شیرمادر لحاظ گردیده که امید است بتواند پاسخگوی نیاز بیمارستان‌های دوستدار کودک برای تسهیل پایش‌های دوره‌ای و اجرای مداخلات لازم و بموقع باشد که ان شاء الله نتیجه آن در ارتقاء سلامت کودکان مشهود خواهد شد.

در اینجا جا دارد از کلیه دست‌اندرکاران و کارکنان بهداشتی درمانی که طی سال‌های اجرای برنامه در بیمارستان‌های دوستدار کودک با دلسوزی و پشتکار در پیشبرد این امر خدا پسندانه و انسان دوستانه گام برداشته‌اند و کارشناسان محترم شیرمادر که با نظارت و پیگیری تداوم برنامه را ضمانت نموده‌اند و کمیته کشوری شیرمادر و کمیته‌های شیرمادر دانشگاه‌ها که با رهنمودهای خود برنامه را غنای علمی بخشیده‌اند و مسئولین محترم دانشگاه‌ها قدردانی نموده و برای ایشان تندرستی و توفیق خدمات شایان تا نیل به اهداف را آرزو می‌نماییم.

دکتر علیرضا رئیسی  
معاون بهداشت



هنگامی که نهضت بیمارستان های دوستدار کودک در اوایل دهه ۱۹۹۰ در پاسخ به اعلامیه اینوچنتی در ترویج، حفظ و حمایت از تغذیه با شیر مادر به اجرا درآمد، کشورهای معدودی به حمایت از تغذیه با شیر مادر در سطح ملی و در زایشگاه ها توجه داشتند و یا کمیته هایی برای نظارت و تنظیم استانداردهای تغذیه شیرخواران تشکیل داده بودند. اما امروزه پس از گذشت قریب ۲۵ سال، راه اندازی بیش از ۲۰,۰۰۰ بیمارستان دوستدار کودک در بیش از ۱۷۰ کشور جهان از فعالیت های اساسی ترویج تغذیه با شیر مادر است.

طرح بیمارستان های دوستدار کودک تاثیر قابل سنجش و اثبات شده ای بر ارتقاء تغذیه شیرخواران با شیر مادر داشته است. ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر بهترین راهکار حفظ زندگی کودکان با رویکرد پیشگیری است. تقریباً دو میلیون زندگی هر ساله بواسطه شیردهی انحصاری در ۶ ماه اول و استمرار شیردهی همراه با تغذیه تکمیلی بمدت ۲ سال یا بیشتر نجات یافته اند. تاثیر پایدار شیوه های مطلوب تغذیه، افزایش کودکان سالمی است که می توانند به پتانسیل کامل رشد و تکامل خویش دست یابند. گرچه بیمارستان دوستدار کودک نمی تواند تضمین نماید زنانی که تغذیه انحصاری با شیر مادر را شروع کرده اند، این شیوه تغذیه را به مدت ۶ ماه ادامه دهند، اما پژوهش های انجام شده نشان داده اند که تاخیر در شروع تغذیه با شیر مادر، با شروع سریع تر تغذیه تکمیلی و با مدت کوتاه تر تغذیه انحصاری با شیر مادر در ارتباط است. از طرفی با ایجاد و تثبیت یک الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر در طول اقامت در بیمارستان می توان یک گام اساسی برای تغذیه انحصاری با شیر مادر به مدت طولانی تر پس از ترخیص برداشت.

در طی سال های اجرای این برنامه، در تعدادی از نشست های منطقه ای سازمان جهانی بهداشت فرصت هایی برای انجام کارهای گروهی، ارائه رهنمودها و دریافت پسخوراند از کشورهای اجرا کننده طرح بیمارستان های دوستدار کودک فراهم گردید و توصیه هایی جهت بازنگری معیارهای جهانی در ابزارهای ارزیابی دوستدار کودک و دوره آموزشی کارکنان ارائه شد. از طرفی استراتژی جهانی تغذیه شیرخواران و کودکان خردسال (مصوبه سال ۱۹۹۱) به منظور حمایت از تغذیه انحصاری با شیر مادر از تولد تا پایان ۶ ماهگی و ادامه تغذیه با شیر مادر همراه با شروع بموقع و مناسب تغذیه تکمیلی برای دو سال یا بیشتر (در سال ۲۰۰۲) بازنگری شد. این استراتژی و برنامه اجرایی آن ضمن تایید اهمیت اهداف اعلامیه اینوچنتی، بر ضرورت توجه خاص به تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه تکمیلی بموقع، کافی، سالم و مناسب کودکان، تغذیه در شرایط خاص و دشوار و اقدامات اجتماعی ضروری تاکید می نماید. بعلاوه در پانزدهمین سالگرد اعلامیه اینوچنتی در سال ۲۰۰۵، ارزیابی پیشرفت ها و چالش های برنامه انجام شد و در دومین اعلامیه اینوچنتی بر اهمیت شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر، پیشنهاد راه هایی برای تقویت، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر و تهیه خلاصه ای از فعالیت های ضروری برای اهداف اجرایی استراتژی جهانی تغذیه شیرخواران و کودکان خردسال تاکید گردید.

لذا بر اساس استراتژی فوق الذکر و با توجه به تجربیات اجرای بیمارستان های دوستدار کودک طی سال های متعددی، شناخت اهمیت مراقبت های دوستدار مادر، ضرورت اجرای کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیر مادر بویژه در بیمارستانها، و ضرورت حمایت از مادرانی که به هر علت نمی توانند در بیمارستان فرزندان شان را بطور مستقیم از پستان خود تغذیه کنند، مقدمات بازنگری ضوابط و ابزارهای ارزیابی دوستدار کودک در سطح جهان برای شامل نمودن این فعالیت ها فراهم گردید. مطالب مربوط به تغذیه کودک به دوره آموزشی ۲۰ ساعته کارکنان و به موازین و ابزار ارزیابی جهانی

افزوده شده و کشورها بر حسب نیاز خود می‌توانند از آن بهره‌گیرند. شیوه‌های بازاریابی که برای تغذیه شیرخواران مضر به نظر می‌رسند، توسط کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر و قانون ترویج تغذیه با شیرمادر ممنوع شده است. لذا سوالاتی به ابزار ارزیابی اضافه شده که به بیمارستان‌های دوستدار کودک کمک می‌کند تا خدمات و مراقبت‌های خود را مطابق با کد و قطعنامه‌های متعاقب آن (و قوانین ملی هر کشور) تطبیق دهند. (در کشور ما این تطابق با قانون ترویج تغذیه با شیرمادر باید بعمل آید).

با اعلام معیارهای دوستدار مادر و اجرای آن در برخی کشورها نشان داده شد این معیارها که با هدف بهبود کیفیت مراقبت‌های زایمان و توجه به حقوق مادر و نوزاد اجرا می‌شوند و برای سلامت جسمانی و روانی مادران حائز اهمیت هستند، می‌توانند آغاز حیات کودک منجمله شروع شیردهی را بهبود بخشند. پس سوالاتی به ابزار ارزیابی اضافه کردند تا اطمینان حاصل شود که روش‌های مراقبت دوستدار مادر در بارداری و زایمان در حال اجراست. بسیاری از کشورها، گزینه‌هایی را برای گنجاندن موازین دوستدار مادر در درون نهضت دوستدار کودک ابداع کرده و در برخی موارد، طرح‌های ابتکاری ملی خویش را بعنوان «دوستدار مادر و کودک» نام‌گذاری کرده‌اند. در کشور ما نیز با راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار مادر، حفظ و حمایت از تغذیه با شیرمادر تقویت خواهد شد. بعنوان اولین اقدام در ورود مفاهیم دوستدار مادر به مکانهایی که هنوز این موضوع رعایت نشده، سوالاتی به ابزارهای ارزیابی مجدد در ارتباط با دردهای زایمان و زایمان دوستدار مادر اضافه شد.

#### دو اقدام نیازمند توجه ویژه

#### اقدام چهارم: تغییرات در دانش و آگاهی در مورد شروع زود هنگام تغذیه با شیرمادر

دانش و فعالیت‌ها در مورد اقدام چهارم از زمان شروع راه‌اندازی بیمارستان دوستدار کودک (BFHI) ارتقا یافته است. تحقیقات در سوئد، زامبیا و تجربیات بالینی در بسیاری کشورها نشان داده که نوزادان مادرانی که دارو دریافت نکرده‌اند پستان را خود به خود می‌مکند. اگر آن‌ها از چند دقیقه پس از تولد در تماس مداوم و مستقیم پوست با پوست مادر قرار گیرند، با سرعت متفاوت خود پستان را به دهان می‌گیرند. زمان متوسط برای یک شیرخوار برای پستان گرفتن خود بخود و مکیدن آن، حدود ۵۵ دقیقه پس از تولد می‌باشد و در اکثر اوقات در عرض ۲ ساعت رخ خواهد داد.

بر اساس فعالیت‌های جدید مبتنی بر شواهد، نباید نوزاد تازه متولد شده را برای گرفتن پستان دچار عجله و شتاب کرد. کلیه نوزادان سالم در جایی امن، آرام و گرم در تماس پوست به پوست کامل و دائم با مادر قرار می‌گیرند. از مادر و شیرخوار مراقبت کرده و این فرایند غریزی شیرخوار برای اولین مکیدن را تعجیل نمی‌کنند.

در مواردی که مادر دارو دریافت کرده، یا زایمان بصورت سزارین بوده یا در سایر شرایط خاص ممکن است کمک بیشتری برای شروع فرآیند تغذیه با شیرمادر نیاز باشد. فراهم کردن شرایط بدون تعجیل و با فرصت کامل پس از زایمان در مناطق دارای اتاق زایمان‌های بسیار شلوغ یک چالش خواهد بود و باید برای برقراری تماس پوست به پوست مادر و نوزاد بدون سروصدا یا مزاحمت، راه‌های خلاقانه‌ای پیدا کرد.

#### تفسیر جدید اقدام چهارم بصورت زیر آمده است:

بلافاصله پس از تولد نوزاد را برای حداقل یک ساعت در تماس پوست به پوست با مادر قرار دهید. مادر را تشویق کنید به شناسایی علائم آمادگی شیرخوار برای تغذیه با شیرمادر بپردازد و در صورت لزوم به آن‌ها کمک کنید. معیارهای جدید

اقدام چهارم پیشنهاد می‌کند که نوزادان بلافاصله یا در عرض ۵ دقیقه پس از تولد (یا در صورت زایمان سزارین با بیهوشی عمومی، چند دقیقه پس از این که مادر پاسخ می‌دهد و هوشیار است) باید نزد مادر قرار گیرند و تماس پوست به پوست برقرار شود. شیرخوار باید حداقل یک ساعت یا اگر ممکن است بیشتر بدون مزاحمت با مادر تماس داشته باشد و مادر باید برای شناسایی علائم آمادگی شیرخوار برای تغذیه تشویق شود و اگر تمایل داشت به او در این فرایند کمک شود. اگر مادر می‌خواهد نوزادش به صورت خود بخود پستان را پیدا کند، باید در این مورد به او کمک کرد و گفت که این فرایند ممکن است بیشتر از یک ساعت طول بکشد. این مسئله ممکن است در بخش‌های شلوغ مشکل ساز باشد اما می‌توان مادر و نوزاد را حین انتقال به بخش پست پارتوم همچنان در تماس نگه داشت و در فواصل منظم مطابق معمول آن‌ها را زیر نظر داشت.

### اقدام دهم: افزایش تجربیات در زمینه حمایت مادر از مادر

اقدام دهم بیمارستان‌های دوستدار کودک مبنی بر تقویت گروه‌های حمایت از تغذیه با شیر مادر است که باید مادران را در زمان ترخیص به این گروه‌ها ارجاع نمایند. معیارهای جهانی همچنین سایر اشکال حمایت از مادران را مجاز می‌داند از جمله بازدید در منزل، یا تماس تلفنی یا مراقبت‌های زود هنگام در کلینیک پس از زایمان یا شیردهی برای هر مادر. در مکان‌هایی که حمایت‌های درون خانواده کافی است انعطاف بیشتری توصیه می‌شود. این اشکال متنوع حمایت از مادران در عمل اثربخشی یکسانی ندارند. هر دو روش حمایت خانواده و کلینیک‌های شیردهی مشکلات خاص خود را دارند.

اغلب حمایت از تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول پس از تولد در خانواده‌ها کم می‌باشد. حتی در جایی که تغذیه با شیر مادر مرسوم می‌باشد، این تغذیه ممکن است بصورت نسبی، زمان بندی شده، همراه با گول‌زنک، استفاده از آب و مکمل‌های زود هنگام سایر شیرها و غذاها باشد. بنابراین، اگرچه برخی خانواده‌ها از تغذیه با شیر مادر بسیار خوب حمایت می‌کنند، اما معیارهای جدید اقدام دهم و ارزیابی مجدد، می‌خواهد که مادر گزارش نماید آیا کارکنان بیمارستان اطلاعات لازم در مورد خدمات حمایتی از طرف خود بیمارستان و از طرف جامعه یا هر دو را در اختیار گذاشته و مادر اطلاعات را دریافت نموده است؟ جایی که حمایت خانواده کافی نیست مادران به حمایت بیمارستان یا گروه‌های حمایتی موجود و در دسترس یا مشاورین تغذیه با شیر مادر برای کمک به تغذیه انحصاری با شیر مادر نیاز دارند، بنابراین بیمارستان باید برای آن‌ها اطلاعاتی در زمینه این منابع فراهم کند.

اگر قرار باشد مشکلات شیردهی بطور کامل حل شوند، کمک‌های کلینیک‌های شیردهی بیمارستان باید بوسیله حمایت‌های مستمر در سطح جامعه تقویت شود. در بسیاری کشورها، بیمارستان‌ها مسئولیت تعیین و شناسایی مادران شیرده با تجربه را برعهده دارند و آنان را برای حمایت سایر مادران آماده می‌کنند. در برخی نقاط دیگر، خدمات مبتنی بر بیمارستان به این جنبه از اقدام دهم بی‌توجهی کرده، نه با گروه‌های حامی و مشاورین جامعه همکاری می‌کند و نه آموزش می‌دهد. لذا یک سوال در مورد فعالیت‌های بیمارستان در ایجاد گروه‌های حامی به پایش و ارزیابی مجدد اضافه شده است.

به هر حال شواهد علمی جدید و تجربیات اجرای برنامه، دوستداران کودک را امروزه نسبت به سال ۱۹۹۰، در کلیه زمینه‌های ترویج، حفظ و حمایت از شیوه‌های مطلوب تغذیه شیرخواران و کودکان خردسال در موقعیت بهتری قرار داده و برای تداوم اجرای آن مصمم‌تر و توانمندتر نموده است.

با شناخت روز افزون ارزش های شیرمادر در دهه های اخیر، حرکت های جهانی به منظور جلوگیری از گسترش تغذیه مصنوعی شیرخواران و پیامدهای زیانبار آن آغاز شد و نقش کلیدی بیمارستان ها برای شروع موفق تغذیه با شیرمادر مورد توجه قرار گرفت. نهضت جهانی ترویج تغذیه با شیرمادر با مطرح نمودن بیمارستان های دوستدار کودک، امکان بهترین شروع زندگی را برای نوزادان فراهم نمود.

در سال ۱۹۸۹ در بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف «ده اقدام برای تغذیه موفق با شیرمادر» برای اولین بار بعنوان عاملی برای حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر معرفی شد. در سال ۱۹۹۰ ده اقدام بعنوان یکی از اهداف اعلامیه اینوچنتی مورد تاکید سران کشورها قرار گرفت و بالاخره در سال ۱۹۹۱ بیانیه مشترک دو سازمان فوق تحت عنوان:

Breastfeeding (The special role of maternity services) Protecting, Promoting and Supporting

یا «حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر و نقش ویژه بیمارستان ها» منتشر شد. در این بیانیه ده اقدام بعنوان ضوابط بین المللی تغذیه و مراقبت شیرخواران در بیمارستان ها تاکید و مقرر گردید بیمارستان هایی که این معیارها را رعایت کنند، لوح دوستدار کودک دریافت نمایند.

سپس در سال ۱۹۹۲ که اول آگوست بعنوان روز جهانی شیرمادر اعلام شد، شعار یا موضوع انتخابی برای اولین سال برگزاری این روز، «راه اندازی بیمارستان های دوستدار کودک» بود.

### مهمترین اهداف ایجاد بیمارستان های دوستدار کودک عبارتند از:

- تقویت راهکارهای حفظ سلامت کودکان با کمک بیمارستان ها
- تغییر روش های نادرست تغذیه شیرخواران در بیمارستان ها و زایشگاه ها از طریق اجرای ده اقدام
- مسئول نمودن، توانمند ساختن و آماده کردن مادران برای تغذیه فرزندان شان با شیرمادر،
- خاتمه دادن به تبلیغات و توزیع رایگان و کم بهای شیرمصنوعی در بیمارستان ها (براساس کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیرمادر و قانون ترویج تغذیه با شیرمادر)
- در سال ۱۹۹۹ نظام پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک، به منظور حفظ و تداوم برنامه توسط سازمان جهانی بهداشت و یونیسف و Wellstart International طراحی و به کشورها ابلاغ گردید.

### اهداف اختصاصی پایش و ارزیابی مجدد (۳ هدف مشترک وجود دارد):

- حمایت و ایجاد انگیزه در کارکنان برای حفظ فعالیت های دوستدار کودک
- مشخص نمودن این که آیا تجربیات مادران در بیمارستان به آن ها در تغذیه با شیرمادر کمک می کند
- تعیین اینکه آیا بیمارستان در هیچ یک از ۱۰ اقدام ضعیف عمل می کند و آیا برای بهبود وضعیت آن اقدام، فعالیت خاصی مورد نیاز می باشد؟
- چهارمین هدف شامل اقدامات ملی برای حذف ارائه رایگان یا ارزان قیمت جایگزین شونده های شیرمادر، بطری و گول زنک است و تعیین این که آیا دولت ها و سایر سازمان های مسئول، کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیر

مادر و مصوبات مرتبط با کد در اجلاس سازمان جهانی بهداشت (WHA) را اجرا و تقویت می‌کنند.

ده اقدام بعنوان راهکار جامعی برای شروع موفق شیردهی شناخته شده و در طول این ایام، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به طور قابل توجهی افزایش یافته است. از طرفی افزایش تغذیه با شیر مادر بعنوان عامل کلیدی در کاهش مرگ و میر کودکان سهیم بوده است.

در کشور ما، هم گام با نهضت جهانی ترویج تغذیه با شیر مادر و هم زمان با شروع این برنامه از سال ۱۳۷۰، راه اندازی بیمارستان های دوستدار کودک به عنوان بخشی از سیاست های بهداشتی مورد توجه قرار گرفت. « ده اقدام برای تغذیه موفق با شیر مادر» بعنوان دستورالعمل اجرایی تغذیه شیرخواران برای اجرا در بخش های زنان و زایمان به بیمارستان ها ابلاغ گردید.

از آنجا که حفظ کیفیت ارائه خدمات در بیمارستان هایی که لوح دریافت نموده اند نیز به همان اهمیت افزایش کمی بیمارستان های دوستدار کودک است، دو مجموعه راهنما برای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک در فروردین ماه ۱۳۷۹ براساس دستورالعمل بین المللی تهیه و ابلاغ گردید. این راهنما برای پایش و ارزیابی مجدد ده اقدام در زایشگاه ها و بخش های زنان و زایمان بود و بخش های کودکان، NICU و نوزادان را شامل نمی شد.

ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر در بخش های کودکان بیمار و NICU نیز اثرات بسیار مطلوبی بر بهبودی و سلامت کودک دارد. در این بخش ها اقداماتی نظیر جدایی کودک از والدین، تغذیه شیر مادر خواران با شیر مصنوعی، بطری و گول زنک و مستعد نمودن آنان برای سوء تغذیه، عدم آموزش مادران برای حفظ تداوم شیردهی، انجام نامطلوب تزریقات و تدابیر درمانی، اثرات سوء بر سلامت جسمی و روانی کودکان دارد. تغییر روش های فوق در بیمارستان ها یک ضرورت است. حضور ۲۴ ساعته مادر بر بالین فرزند بیمارش در هر سن (حتی اگر شیرخوار نباشد)، ایجاد تسهیلاتی جهت دوشیدن و ذخیره کردن شیر مادر، تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده شده مادر و فقط در صورت ضرورت با شیر مصنوعی توسط فنجان، ارائه اطلاعات لازم به والدین از اقداماتی است که نقش بسیار موثری در تسریع بهبودی کودک و تامین سلامت جسمی و روانی او دارد. در مراحل بعدی و ترخیص از بیمارستان نیز گروه های حامی می توانند نقش موثری در حفظ و تداوم شیردهی مادران ایفاء نمایند. برای اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر در بخش های اطفال، نوزادان و NICU در سال ۱۳۷۱ یک دستورالعمل اجرایی مشتمل بر ۷ اقدام تنظیم و ابلاغ شده بود که با مشکلاتی مواجه بود از جمله اینکه بدرستی نظارت، ارزشیابی و در نتیجه به خوبی اجرا نمی شد، به همین دلیل ۷ اقدام در سال ۱۳۸۳ مورد بازنگری قرار گرفت و اقدامات لازم برای جلوگیری از جدایی و قطع شیردهی مادرانی که فرزند زیر ۲ سال آن ها در بیمارستان ها بستری می شوند، به ۱۰ اقدام افزایش یافت. چون موارد تشابه اقدامات بخش های اطفال با ۱۰ اقدام زایشگاه ها بسیار بود، لذا تصمیم گرفته شد که این دو دستورالعمل ادغام گردند. بطوری که ده اقدام به بخش های کودکان، نوزادان، NICU و بیمارستان های کودکان نیز تعمیم داده شد. در همین سال مجموعه راهنمای پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان ها برای استفاده در هر دو بخش تنظیم و ابلاغ شد. با استفاده از این مجموعه عملکرد بیمارستان ها در بخش های زنان و زایمان، بخش های اطفال (که شامل نوزادان تحت مراقبت، NICU و کودکان می شود) توسط خود بیمارستان ها پایش و توسط مراکز بهداشت شهرستان ها و یا دانشگاه ها ارزیابی مجدد می شوند و در نهایت امتیاز آن در ارزشیابی بیمارستان ها اعمال می شود. همچنین این مجموعه در بیمارستان های کودکان که فاقد بخش زنان و زایمان هستند نیز استفاده می شود. در کشور ما بیمارستانی لوح دوستدار کودک می گیرد که در تمام این بخش ها برنامه را اجرا نماید.

طی سال های اجرای برنامه تا کنون، تعداد ۵۵۰ بیمارستان از ۶۹۰ بیمارستان واجد شرایط کشور (دارای بخش زنان و زایمان، NICU، کودکان) به عنوان دوستدار کودک معرفی شده اند.

لازم به یادآوری است که شعار هفته جهانی شیر مادر در سال ۲۰۱۰ مجدداً «ده اقدام برای تغذیه موفق با شیرمادر» انتخاب شد. زیرا علیرغم وجود شواهد روز افزونی از فواید بالقوه ده اقدام، متأسفانه فقدان تعهد و تنزل برنامه ریزی بیمارستان های دوستدار کودک در سراسر جهان، آموزش ناکافی کارکنان بهداشتی درمانی برای مشاوره با مادران و اجرای ضعیف ده اقدام در زایشگاه ها و بیمارستان های دوستدار کودک، از عواملی هستند که در توقف یا کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در بسیاری از مناطق جهان سهیم بوده اند. اینک پس از ۲۶ سال، زمان آن است که اجرای ده اقدام دوستدار کودک را در بیمارستان ها احیا و تقویت کنیم. بعلاوه توصیه سازمان های جهانی آن است که برای سایر مراکز مراقبت های بهداشتی درمانی و فراتر از آن در جامعه، اقدامات دوستدار کودک تدوین و اجرا گردد.

# بخش اول

## کلیات

راهنمای پایش  
بیمارستان های دوستدار کودک

### دستورالعمل ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک

۱. سیاست مدون ترویج تغذیه با شیرمادر در معرض دید کارکنان نصب و به آن ها ابلاغ شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیرمادر پایش شود.
۲. کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت های لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت ببینند.
۳. مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیرمادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن، عوارض تغذیه مصنوعی، بطری و گول زنک آموزش دهند.
۴. به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیرمادر را در ساعت اول تولد شروع کنند و در کلیه بخش ها برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نکند.
۵. به مادران روش تغذیه با شیرمادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (در صورت بیماری مادر یا شیرخوار، اشتغال مادر) نشان دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.
۶. به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر بجز شیرمادر و قطره ویتامین، هیچ گونه غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند...) ندهند. (مگر در صورت ضرورت پزشکی)
۷. برنامه هم اتاقی مادر و شیرخوار را در طول شبانه روز اجرا کنند و در بخش های اطفال تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی مادران و نیازهای فیزیکی و عاطفی آنان را تامین نمایند.
۸. مادران را به تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار با شیرمادر تشویق، کمک و حمایت کنند.
۹. مطلقاً از بطری و پستانک (گول زنک) استفاده نکنند.
۱۰. تشکیل گروه های حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروه های حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت کودکان



- لازم است شروع فرایند راه اندازی بیمارستان دوستدار کودک با همکاری و هماهنگی با کارشناسان شیرمادر بهداشت و درمان انجام شود. در این خصوص لازم است کارشناسان مربوطه ضمن ترغیب بیمارستان های واجد شرایط (دارای هر یک از بخش های زنان، زایمان، اطفال و NICU) به اجرای دستورالعمل ده اقدام برای تغذیه موفق با شیرمادر (داوطلب شدن برای اجرای برنامه دوستدار کودک) و ارائه آموزش های لازم و کمک در مراحل اجرای کار، در جهت هدایت این بیمارستان ها در مسیر پیوستن به زمره بیمارستان های دوستدار کودک و دریافت لوح اقدام نمایند.
- فرایند راه اندازی بیمارستان دوستدار کودک از هنگامی شروع می شود که بیمارستان تصمیم به ایجاد تغییرات می گیرد و در این راستا کمیته بیمارستانی تغذیه با شیرمادر تشکیل می شود و یک نفر هماهنگ کننده را بعنوان کارشناس مسئول شیرمادر بیمارستان برای عهده دار شدن مسئولیت ها تعیین می کند. معمولاً این فرد یکی از کارکنان ارشد است که تصمیم گیرنده و علاقمند به ترویج تغذیه با شیرمادر و نسبت به موضوع آگاه می باشد.
- اعضای کمیته و هماهنگ کننده از طریق مرور مفاد سیاست تغذیه با شیرمادر، فعالیت های مورد نیاز برای اجرای اقدامات دهگانه را تدوین و برنامه ریزی می نمایند و برای کارشناس بهداشت و درمان شهرستان ارسال می نماید.
- در اقدام بعدی کارشناس شیرمادر بیمارستان با همکاری اعضای کمیته بیمارستانی نسبت به تکمیل فرم های مربوطه (فرم های مجموعه پایش) برای مرور سیاست ها و روش هایی که در بیمارستان به تغذیه با شیرمادر کمک می کند یا مانع آن است اقدام می کنند. تجربیات مادران و کارکنان یک منبع کلیدی اطلاعات برای ارزیابی روش ها است.
- بیمارستان به این ترتیب می تواند تشخیص دهد که کدام روش ها حمایت کننده هستند و کدام نیستند. براساس نتایج، لازم است برنامه اجرایی با جدول زمانی مشخص تهیه شود تا خدمات را به مراقبت های حمایت کننده سوق دهد.
- از دیگر اقدامات ضروری این است که از طریق کمیته شهرستانی یا کمیته دانشگاهی شیرمادر جهت آموزش کلیه کارکنان مرتبط با مادران و کودکان زیر ۲ سال، کارگاه آموزشی ۲۰ ساعته برگزار گردد. گذراندن این دوره آموزشی در شروع فرایند ضروری است. وقتی تمامی کارکنان آموزش لازم را ببینند و روش های جدید اجرا شوند، بیمارستان می تواند خودآزمایی را دوباره تکرار نماید.
- وقتی بیمارستان حداقل امتیازات لازم را در خودآزمایی (پایش جهت کسب آمادگی دریافت لوح) کسب نماید می تواند درخواست خود را جهت ارزیابی اولیه به مرکز بهداشت شهرستان اعلام نماید.

#### ارزیابی خارجی یا اولیه (جهت اعطاء لوح به بیمارستان داوطلب دوستدار کودک)

- پس از این که خودآزمایی تکمیل شد، کمیته و هماهنگ کننده باید با سایر کارکنان برای ایجاد تغییرات ضروری همکاری کنند. وقتی تغییرات به حد رضایت بخشی رسید یا به عبارت دیگر وقتی نتایج دو دوره خودآزمایی به فواصل ۶ ماه قابل قبول بود، بازدید اولیه توسط کارشناسان شیرمادر بهداشت و درمان و اعضا کمیته شیرمادر شهرستان صورت می گیرد.
- در این بازدید اولیه فرایندهای آموزش و سیاست بیمارستان را کنترل می کنند تا اطمینان حاصل شود که بیمارستان

واقعاً برای ارزیابی آماده است و آن‌ها را جهت طراحی اقدامات دیگری که نیاز دارند کمک نمایند. این امر نشان می‌دهد که این فرآیند، آموزشی است و انضباطی نیست.

- با مادران و کارکنان مصاحبه می‌نمایند، عملکردها را مشاهده و اسناد و مدارک را مرور می‌نمایند. ارزیابی خارجی می‌تواند یک روز یا بیشتر (و شب‌ها) وقت بگیرد که بستگی به وسعت بیمارستان دارد. در صورت امکان اسنادی مثل مستندات دوره آموزشی کارکنان، آمارهای تغذیه با شیرمادر و اطلاعات دوران بارداری را میتوان قبل از شروع ارزیابی بیمارستان مرور کرد.

- در مواردی که بیمارستان هنوز آمادگی ندارد، باید مداخلات لازم، طراحی و اجرا شود. کارشناس شیرمادر حوزه بهداشت شهرستان، بیمارستان را بعنوان دوستدار کودک تعیین نمی‌کند بلکه در صورت تایید حسن اجرای ده اقدام، گزارشی را تکمیل می‌کند که به مسئولین برنامه در دانشگاه ارسال می‌شود. بازدید دوم توسط کارشناس شیرمادر دانشگاه و اعضا کمیته شیرمادر دانشگاهی انجام می‌شود. در این مرحله نیز در صورت وجود مشکلات احتمالی باید با اجرای مداخلات به رفع مشکل پردازند و اما در صورت تایید این تیم، مرحله بعدی بازدید توسط مسئولین کشوری بیمارستان دوستدار کودک از سطح وزارت بهداشت انجام می‌شود و در صورت تایید، لوح دوستدار کودک به بیمارستان اعطا میگردد.

#### پایش دوره‌ای پایدار

- وقتی یک بیمارستان به عنوان دوستدار کودک شناخته می‌شود، لازم است که استانداردهای معیارهای جهانی را حفظ نماید و قانون تغذیه با شیرمادر و کد بین‌المللی جانشین شونده‌های شیرمادر را رعایت کند تا دوستدار کودک باقی بماند. برای کمک به حفظ استانداردها بین دفعات ارزیابی لازم است که روش‌ها و عملکرد بیمارستان بطور دوره‌ای توسط خود بیمارستان پایش شود و مداخلات لازم با نظارت کارشناس حوزه درمان به موقع صورت گیرد. برای پایش بیمارستان نیاز به جمع‌آوری اطلاعات درباره عملکرد بیمارستان دارید. بهتر است بیشتر اطلاعات را درباره بازده و نتیجه کار جمع‌آوری کنید تا فعالیت‌ها. برای مثال بهتر است تعداد مادران و کودکانی که بلافاصله پس از تولد تماس پوست با پوست داشته‌اند را تعیین کنید تا این که بخواهید یک جدول اطلاعات لیست شده درباره مزایای تماس پوست با پوست را تکمیل کنید.

منطق، تعریف و اهداف اختصاصی پایش (monitoring) و ارزیابی مجدد (reassessment) ده اقدام دوستدار کودک

همان طور که ذکر گردید بیمارستان‌های دارای بخش زنان و زایمان، بخش نوزادان و NICU و بخش کودکان و بیمارستان‌های کودکان با اجرای ده اقدام، رعایت قانون تغذیه با شیرمادر و کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر و تعهد به سیاست کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان‌ها (ضمیمه ۱) لوح دوستدار کودک دریافت می‌نمایند. لازم است پس از دریافت لوح بطور دوره‌ای مورد پایش و ارزیابی مجدد قرار گیرند.

#### پایش و ارزیابی مجدد هر یک بر نکات متفاوتی تمرکز دارند:

پایش در این مجموعه، سیستمی پویا برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به شاخص‌های اصلی اجرای ده اقدام در بیمارستان‌های دوستدار کودک و مدیریت مستمر می‌باشد. در حین انجام عمل پایش، میزان حمایت از مادران شیرده

پس از زایمان و در زمان حضور در بخش NICU یا اطفال و تغذیه کودک زیر ۲ سال سالم و بیمار با شیر مادر مورد بررسی قرار می گیرد. مدیریت بیمارستان و کارکنان باید از نتایج پایش برای شناسایی نقاط ضعف و رفع آن ها استفاده کنند و برنامه های عملکردی برای ایجاد تغییرات مورد نیاز تدوین نمایند.

به عبارتی پایش اولین گام در بهبود کیفیت برنامه، اتخاذ و تدوین راهکارهای مناسب برای انجام پایش و ارزیابی مستمر است. از آنجا که پایش در سطح بیمارستان و توسط خود کارکنان انجام می شود، علاوه بر اینکه عملکرد بیمارستان را به صورت ممتد مورد سنجش قرار می دهد، از نظر کم هزینه بودن و در دسترس بودن منابع نیز حائز اهمیت می باشد.

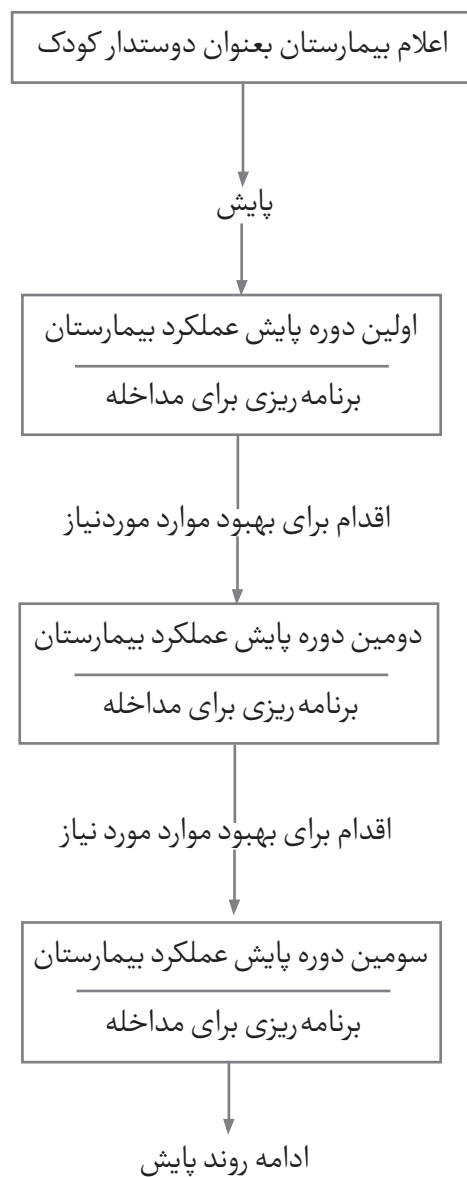
**ارزیابی مجدد** در حقیقت «ارزیابی دوباره» یک بیمارستان دارای لوح دوستدار کودک محسوب می شود که در آن پابندی بیمارستان به ده اقدام و سایر معیارهای دوستدار کودک سنجیده می شود.

این فرایند معمولاً با هدف بررسی دستیابی به اهداف و انطباق مستمر با معیارهای جهانی، برنامه ریزی و زمان بندی می شود که نتایج آن اساساً در سطح دانشگاه و کشور مورد استفاده قرار می گیرد و نسبت به پایش محدوده جامع تری دارد و بوسیله یک تیم خارج از بیمارستان و از سطح بالاتر انجام می شود.

دستورالعمل پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک بنا به درخواست و نیاز مسئولین بیمارستان های کشورها (که متوجه تمایل بیمارستان ها برای بازگشت به عقب و حتی برگشت به الگوهای قدیمی مراقبت زایشگاهی شده اند) توسط یونیسف جهت حفظ استانداردهای جهانی بیمارستان های دوستدار کودک تهیه گردیده است.

دلایل پسرفت و تغییرات نامطلوب در بیمارستان ها متفاوت است: ممکن است به دلیل عدم آشنایی مسئولین جدید با برنامه، جابجایی و تغییر کارکنان و ورود نیروهای جدید آموزش ندیده باشد، یا خانواده ها ممکن است روش های قبلی مراقبت ها را که با آن آشنا بوده اند و هدایای شیر مصنوعی را تقاضا کنند، یا روش های جدید بازاریابی شیر مصنوعی ممکن است تأثیرات تجاری را تشدید نمایند. فعالیت ها همچنین می توانند بدلیل تناقضات عادی انسانی تغییر مسیر دهند. بهر حال علت هر چه باشد، علیرغم بهترین تصمیمات مسئولین، علاقه مندی بسیاری از کارکنان و تداوم وجود سیاست های دوستدار کودک بر روی کاغذ، ممکن است لغزش و اشتباه در عمل پیش آید. بنابراین برای حفظ اعتبار نهضت بیمارستان های دوستدار کودک، پایش و ارزیابی مجدد دوره ای مورد نیاز می باشد. در فلو چارت شماره (۱) روند پایش بیمارستان های دوستدار کودک نشان داده شده است.

## فلوچارت شماره (۱): روند پایش بیمارستان‌های دوستدار کودک



## بخش دوم

# دستورالعمل اجرایی پایش

راهنمای پایش  
بیمارستان های دوستدار کودک

مسئولیت پایش (Monitoring) به عهده کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیرمادر می باشد (اعضا بایستی دارای ابلاغ از طرف ریاست بیمارستان باشند) (ضمیمه ۲) که در فواصل زمانی مشخص هر ۶ ماه یکبار انجام می پذیرد. طول هر دوره پایش یک هفته تا حداکثر یک ماه است.

\* یکی از کارکنان باید بعنوان هماهنگ کننده (Coordinator) تعیین گردد. کارشناس مسئول شیرمادر بیمارستان (با ابلاغ رئیس بیمارستان) مناسب ترین فرد می باشد. حین اجرای پایش کارشناس برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر حوزه معاونت درمان دانشگاه بر فعالیت ها نظارت خواهد داشت و مسئولیت توجیه اعضای تیم پایش و نیز برگزاری کارگاه یا جلسه آموزشی نحوه پایش و برگزاری کارگاه آموزشی ۲۰ ساعته کلیه کارکنان درگیر در امر مراقبت مادر و کودک را براساس محتوای استاندارد کتاب ۲۰ ساعته بر عهده دارد.

\* تعداد اعضای تیم پایش بستگی دارد به اندازه بیمارستان، تعداد زایمان ها و تعداد افراد مجرب که آموزش ها و مهارت های لازم برای انجام این کار را داشته باشند. اما بهتر است تعداد افراد تیم پایش حداقل ممکن (حدوداً ۴-۲ نفر) باشند تا ایجاد هماهنگی و گزارش اطلاعات تسهیل گردد. کلیه افراد تیم پایش باید آشنایی کامل با هدف از انجام پایش، روند کار و ابزار مورد استفاده داشته و آموزش های لازم را توسط کارشناس معاونت درمان ببینند.

\* لازم به ذکر است که پایش تنها به منظور پیدا کردن مشکلات اجرایی بیمارستان برای ارائه راه حل های مناسب و مداخلات به موقع می باشد و موجب ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان خواهد شد، بنابراین رعایت دقت و صحت در جمع آوری، استخراج و گزارش اطلاعات حائز اهمیت بسیار است.

#### خلاصه اقدامات لازم و مراحل اجرای پایش

همان طور که قبلاً نیز ذکر شد پایش توسط خود کارکنان و در سطح بیمارستان انجام می شود بنابراین راهنمای حاضر که راهنمای پایش ده اقدام است برای اجرا در اختیار بیمارستان ها قرار دارد. از آن جا که نظارت رئیس بیمارستان بر مراحل اجرای پایش و حمایت وی از کمیته بیمارستانی و تصمیمات متخذه بر حسب نتایج به دست آمده از هر دوره پایش، ضامن بهبود کیفیت ارائه خدمات خواهد بود و ضمانت اجرایی مداخلات مصوب را تامین خواهد کرد، مسئولیت مستقیم و فراهم کردن امکانات لازم برای انجام مداخلات تصویب شده با رئیس و مدیر بیمارستان خواهد بود.

به طور خلاصه آنچه در طی دوره پایش بیمارستان های دوستدار کودک باید انجام پذیرد به ترتیب شامل موارد زیر است:

۱. تعیین فواصل و طول دوره پایش با توجه به وسعت بیمارستان، تعداد زایمان، تعداد کودکان زیر ۲ سال بستری و سایر شرایط موجود توسط کمیته بیمارستانی (حداقل هر ۶ ماه یکبار)
۲. تعیین کارشناس مسئول شیرمادر بیمارستان (ترجیحاً ماما) بعنوان دبیر کمیته بیمارستانی تغذیه با شیرمادر و هماهنگ کننده پایش با ابلاغ ریاست بیمارستان

۳. تعیین تیم پایش با حداقل تعداد ممکن که مهارت های لازم و توان انجام کار را داشته باشند توسط کمیته بیمارستانی و ابلاغ کلیه اعضا توسط رئیس بیمارستان
۴. توجیه اعضای تیم پایش در مورد فرم ها، نحوه ثبت و جمع آوری اطلاعات توسط کارشناس مسئول شیر مادر بیمارستان با همکاری کارشناس شیر مادر درمان دانشگاه
۵. تعیین شرح وظایف هریک از اعضای تیم پایش و تقسیم کار از نظر تکمیل فرم های مربوطه توسط هماهنگ کننده نظیر:

| اقدام                                                           | شخص مسئول                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| تکمیل فرم های اطلاعات کلی بیمارستان                             | کارشناس مسئول ترویج تغذیه با شیر مادر بیمارستان |
| تکمیل فرم های ثبت تغذیه شیرخواران و خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران | سرپرستار بخش مربوطه                             |
| تکمیل فرم های ثبت آموزش کارکنان و خلاصه گزارش آموزش کارکنان     | سوپروایزر آموزشی                                |
| تکمیل فرم مرور و مشاهده پرونده ها، تجهیزات و مواد آموزشی        | کارشناس مسئول ترویج تغذیه با شیر مادر بیمارستان |
| تکمیل فرم مصاحبه با مادر در پاسخنامه                            | اعضاء تیم پایش                                  |

۶. استخراج نتایج و ارائه گزارش پایش در کمیته بیمارستانی توسط کارشناس مسئول ترویج تغذیه با شیر مادر با همکاری سایر اعضا تیم.
۷. تدوین «طرح مداخله» جهت رفع نقایص و ارتقاء کیفیت ده اقدام و گزارش به ریاست بیمارستان توسط کمیته بیمارستانی
۸. ارائه پس خوراند به پرسنل از طرف ریاست بیمارستان.
۹. گزارش نتایج به ریاست شبکه و پیگیری ارسال نتایج به معاونت های ذیربط دانشگاه

### چگونگی تکمیل فرم ها

فرم های پایش بیمارستان های دوستدار کودک باید بشرح زیر تکمیل گردند:

#### ۱. تکمیل فرم های اطلاعات کلی بیمارستان

- \* الف: فرم مشخصات کلی بیمارستان
  - \* اب: فرم مشخصات مسئولین مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان
  - \* اپ: فرم مشخصات کارکنان مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان
  - \* ات: فرم مشخصات اعضای کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر
  - \* اث: فرم مشخصات مدرسین کارگاه های تغذیه با شیر مادر در بیمارستان
- در این فرم ها لازم است اطلاعات عمومی و مشخصات کلی بیمارستان شامل نوع بیمارستان، مشخصات مسئولین و کارکنان، بخش های مختلف، مشخصات کمیته بیمارستانی، مدرسین کارگاه ها و آمارهای مورد نیاز ثبت گردد و در هر دوره پایش مورد بازنگری قرار گرفته و در صورت لزوم اطلاعات آن به روز شود.

## ۲. تکمیل فرم‌های تغذیه شیرخواران

### ۲ الف: فرم ثبت تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه

در طی یک دوره پایش (که می‌تواند یک هفته تا حداکثر یک ماه باشد) در بخش زنان و زایمان کلیه تولدهای انجام شده و در بخش اطفال، نوزادان و NICU اطلاعات کلیه شیرخواران زیر ۶ ماه بستری شده که در هنگام پذیرش با شیر مادر تغذیه می‌شده‌اند، در فرم ثبت تغذیه شیرخواران ثبت گردند.

### ۲ ب: فرم خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه

اطلاعات از فرم ثبت تغذیه شیرخواران، در پایان دوره پایش برای محاسبه شاخص‌ها به فرم خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران منتقل می‌گردد. این فرم به چند بخش تقسیم شده است. در بخش نوع تغذیه، روش تغذیه، و محل اقامت، اطلاعات مربوط به شیرخواران ترخیص شده از فرم ثبت تغذیه شیرخواران (با توجه به ستون ۱۵، تاریخ ترخیص) به فرم خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران منتقل می‌گردد. لازم بذکر است شاخص‌های استخراج شده از این فرم که شامل تمام کودکان ترخیص شده در طی دوره پایش می‌شوند بعنوان مکمل نتایج اقدامات ده گانه حاصل از پایش برای اجرای مداخلات لازم کاربرد دارد.

## ۳. تکمیل فرم‌های آموزش کارکنان

### ۳ الف: فرم ثبت آموزش کارکنان

این فرم به صورت مداوم برای پرسنل شاغل تکمیل و محدود به طول دوره پایش نمی‌باشد.

### ۳ ب: فرم خلاصه گزارش آموزش کارکنان

در این فرم تعداد کارکنان آموزش دیده از فرم آموزش کارکنان استخراج می‌گردد و سپس درصد آن‌ها محاسبه و ثبت می‌شود.

### ۳ ج: فرم انواع و محتوای آموزش تغذیه با شیر مادر

در این فرم مشخصات دوره‌های برگزار شده توسط کمیته بیمارستانی تکمیل می‌گردد. مواردی از قبیل نام دوره، سرفصل مطالب ارائه شده، مشخصات مدرسین کارگاه‌ها و نیز تاریخ برگزاری کارگاه‌ها ثبت می‌گردد.

**نکته:** مابقی فرم‌ها شامل «فرم مرور و مشاهده مستندات، مکتوبات، پرونده‌ها، تجهیزات و مواد آموزشی»، «فرم مصاحبه با مادر» همانطور که ذکر گردید در یک محدوده زمانی مشخص (یک هفته تا حداکثر یک ماه) تکمیل می‌گردد که در کمیته بیمارستانی شیر مادر تصمیم‌گیری می‌شود.

## ۴. تکمیل فرم مرور و مشاهده مستندات، مکتوبات، پرونده‌ها، تجهیزات و مواد آموزشی

این فرم از طریق مرور پرونده‌ها و مشاهده مستندات و تجهیزات اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر تکمیل می‌گردد و شامل بخش‌های مختلف می‌باشد. از جمله: مرور سیاست تغذیه با شیر مادر و مشاهده مکتوبات، اجرای آموزش‌های دوران بارداری، تجهیزات لازم و کنترل عفونت در ذخیره کردن شیرمادر، بخشی از اقدامات دوستدار مادر، انطباق با قانون تغذیه با شیر مادر و کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر. از اطلاعات این فرم در محاسبه امتیازات اقدامات ۱ تا ۵، اقدام ۷ و اقدامات دوستدار مادر و موضوع انطباق با قانون تغذیه با شیر مادر و کد بین‌المللی استفاده می‌شود.



توجه: لازم بذکر است که در بیمارستان های کودکان، پرسش سوالات مربوط به زنان و زایمان از جمله سوالات آموزش های دوران بارداری و اقدامات دوستدار مادر موردی ندارد.

#### ۵. تکمیل فرم مصاحبه با مادر

• در بیمارستان هایی که بخش زنان و زایمان، نوزادان و NICU و بخش اطفال دارند در طول دوره پایش، مصاحبه با ۳۰ مادر توصیه می شود. مصاحبه با مادران بهتر است هر چه نزدیکتر به زمان ترخیص انجام شود. مصاحبه شوندهگان شامل ۲۰ مادر در بخش زنان و زایمان، ۵ مادر دارای کودک زیر ۲ سال در بخش اطفال، ۵ مادر در نوزادان و NICU خواهند بود.

• در بیمارستان هایی که بخش زنان و زایمان، نوزادان و NICU دارند اما بخش کودکان ندارند مصاحبه با ۲۰ مادر در بخش زنان و زایمان و ۵ مادر در نوزادان و NICU انجام شود.

• در بیمارستان هایی که فقط بخش زنان و زایمان دارند مصاحبه با ۲۰ مادر در بخش زنان و زایمان توصیه می شود.

• در بیمارستان های کودکان

مصاحبه با ۳۰ مادر دارای کودک زیر ۲ سال بستری شده توصیه می شود.

#### نکته مهم

در مورد نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) باید به نسبت آن در بیمارستان توجه نمود. بعنوان مثال اگر تعداد زایمان های سزارین انجام شده در بیمارستان (طبق آمار) دو برابر زایمان طبیعی بوده است، تعداد مصاحبه با مادرانی که زایمان سزارین داشته اند را نیز باید دو برابر مادرانی که به صورت طبیعی زایمان نموده اند، انتخاب کرد. لازم است پاسخنامه فرم مصاحبه با مادران به تعداد مورد نیاز بسته به حجم نمونه انتخابی تکثیر گردد.

#### ۶. تکمیل فرم های خلاصه اطلاعات جمع آوری شده و گزارش نتایج پایش (۶ الف و ۶ ب)

پس از تکمیل کلیه فرم ها، نتایج به فرم های جداگانه ای با عنوان «فرم های خلاصه اطلاعات جمع آوری شده و گزارش نتایج پایش» منتقل می گردد. مرحله استخراج نتایج، امتیازدهی، ارائه گزارش و تدوین طرح مداخله با زمان بندی مشخص برای اجرای اقدامات لازم و رفع نقایص در طی جلسه کمیته بیمارستانی شیر مادر انجام و مستند می گردد. لازم است کلیه اطلاعات فرم ها، جمع بندی و آنالیز شود.

| تعداد مصاحبه های لازم برای تکمیل فرم ها در پایش ده اقدام دوستدار کودک |                                                               |                                                       |                                   |                  |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| بخش فرم                                                               | بیمارستان دارای بخش های زنان و زایمان، نوزادان و NICU، کودکان | بیمارستان دارای بخش های زنان و زایمان، نوزادان و NICU | بیمارستان دارای بخش زنان و زایمان | بیمارستان کودکان |
| مصاحبه با مادر                                                        | ۳۰ مادر (زنان و زایمان ۲۰، نوزادان و NICU ۵، کودکان ۵)        | ۲۵ مادر (زنان و زایمان ۲۰، نوزادان و NICU ۵)          | ۲۰ مادر                           | ۳۰ مادر          |
| مسئولیت اجرا                                                          | کمیته بیمارستانی شیر مادر                                     |                                                       |                                   |                  |



## بخش سوم

### ابزار پایش بیمارستان های دوستدار کودک

(فرم های جمع آوری اطلاعات پایش و دستورالعمل ها)

#### فصل ۱

فرم های جمع آوری اطلاعات کلی، تغذیه شیرخواران،  
آموزش کارکنان، مرور و مشاهده، مصاحبه با مادر

راهنمای پایش  
بیمارستان های دوستدار کودک

فصل ۱ - فرمهای جمع آوری اطلاعات کلی، تغذیه شیرخواران، آموزش کارکنان، مرور و مشاهده، مصاحبه با مادر

۱- فرمهای اطلاعات کلی بیمارستان

فرم شماره ۱ الف: مشخصات کلی بیمارستان

فرم شماره ۱ ب: مشخصات مسئولین مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر

فرم شماره ۱ پ: مشخصات کارکنان مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر

فرم شماره ۱ ت: مشخصات اعضای کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر

فرم شماره ۱ ث: مشخصات مدرسین کارگاههای تغذیه با شیر مادر در بیمارستان

۲- فرمهای تغذیه شیرخواران

فرم شماره ۲ الف: ثبت تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه

فرم شماره ۲ ب: خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه

۳- فرمهای آموزش کارکنان

فرم شماره ۳ الف: ثبت آموزش کارکنان

فرم شماره ۳ ب: خلاصه گزارش آموزش کارکنان

فرم شماره ۳ ج: انواع و محتوای آموزش تغذیه با شیر مادر

فرم شماره ۴: مرور و مشاهده مستندات، مکتوبات، پروندهها، تجهیزات و مواد آموزشی

فرم شماره ۵: مصاحبه با مادر (پاسخنامه فرم)

## فرم پایش (شماره ۱. الف) : مشخصات کلی بیمارستان

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تاریخ تکمیل فرم: ..... نام تکمیل کننده: .....<br>نام بیمارستان: ..... تابعه دانشگاه علوم پزشکی: .....<br>آدرس: ..... لازم است اطلاعات مرتبط با بخش های موجود در فرم تکمیل شود. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ۱.۱                                                                                                                                                                            | <b>نوع بیمارستان:</b> (بیش از یک مربع را می توانید علامت بزنید)<br><input type="checkbox"/> فقط زنان و زایمان (زایشگاه) <input type="checkbox"/> فقط کودکان <input type="checkbox"/> خیریه<br><input type="checkbox"/> بیمارستان عمومی <input type="checkbox"/> بیمارستان آموزشی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی<br><input type="checkbox"/> بیمارستان دولتی <input type="checkbox"/> بیمارستان خصوصی <input type="checkbox"/> سایر (وابسته به ارگان ها نام ببرید، .....)<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ۱.۲                                                                                                                                                                            | <b>دارای بخشهای:</b><br><input type="checkbox"/> بخش زنان و زایمان / آمار متوسط روزانه بخش: .....<br><input type="checkbox"/> بخش NICU / آمار متوسط روزانه بخش: .....<br><input type="checkbox"/> بخش کودکان / آمار متوسط روزانه بخش: .....<br><input type="checkbox"/> واحد ارائه خدمات دوران بارداری / متوسط مراجعین روزانه: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ۱.۳                                                                                                                                                                            | <b>بخش پست پارتوم، کودکان و NICU:</b> تعداد تخت های بخش پست پارتوم (پس از زایمان): .....<br>تعداد تخت های بخش NICU: ..... تعداد تخت های بخش کودکان: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ۱.۴                                                                                                                                                                            | <b>آمار زایمان و شیرخواران:</b><br>تعداد کل زایمان در سال گذشته: ..... که از این تعداد، درصد های زیر استخراج شود:<br>۱.۴.۱ درصد زایمان طبیعی: .....<br>۱.۴.۲ درصد سزارین بدون بیهوشی عمومی: .....<br>۱.۴.۳ درصد سزارین با بیهوشی عمومی: .....<br>۱.۴.۴ درصد نوزادانی که از زمان تولد تا ترخیص، تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند: .....<br>(فرمول محاسبه: تعداد نوزادانی که از زمان تولد تا ترخیص تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند / تعداد کل نوزادان ترخیص شده از بخش زنان و زایمان در سال گذشته x ۱۰۰)<br>۱.۴.۵ درصد کودکان زیر دو سال ترخیص شده که تغذیه آن ها با شیر مادر در بیمارستان تداوم داشته (قطع نشده) است.<br>(فرمول محاسبه: تعداد کودکان زیر دو سال ترخیص شده که تغذیه آن ها با شیر مادر در بیمارستان قطع نشده است / *تعداد کل کودکان زیر دو سال پذیرش شده با شیر مادر در بخش های کودکان، نوزادان و NICU در سال گذشته x ۱۰۰) = .....<br>با توجه به اینکه نوع تغذیه کودک زیر دو سال هنگام تولد / پذیرش و نیز در هنگام ترخیص مطابق سوال «۴.۴» در فرم مشاهده، در پرونده کودکان زیر دو سال ثبت می گردد لذا از مقایسه این دو مورد ثبتی، شاخص های «۱.۴.۴» و «۱.۴.۵» قابل محاسبه است.<br>*منظور کودکان زیر دو سال ترخیص شده در سال گذشته است که در هنگام پذیرش با شیر مادر تغذیه می شده اند اعم از انحصاری یا توام |

**فرم پایش (شماره ۱ ب): مشخصات مسئولین مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر**

| سمت                                            | نام و نام خانوادگی | رشته و مدرک تحصیلی | تلفن | E-MAIL |
|------------------------------------------------|--------------------|--------------------|------|--------|
| رئیس بیمارستان                                 |                    |                    |      |        |
| مدیر بیمارستان                                 |                    |                    |      |        |
| مترون                                          |                    |                    |      |        |
| سوپروایزر آموزشی                               |                    |                    |      |        |
| مسئول یا مدیر بخش پس از زایمان (زایمان طبیعی)  |                    |                    |      |        |
| مسئول یا مدیر بخش پس از زایمان (زایمان سزارین) |                    |                    |      |        |
| مسئول یا مدیر بلوک زایمان                      |                    |                    |      |        |
| مسئول یا مدیر اتاق عمل                         |                    |                    |      |        |
| مسئول یا مدیر واحد ارائه خدمات دوران بارداری   |                    |                    |      |        |
| مسئول بخش اطفال                                |                    |                    |      |        |
| مسئول بخش نوزادان                              |                    |                    |      |        |
| مسئول بخش NICU                                 |                    |                    |      |        |
| کارشناس مسئول برنامه شیرمادر                   |                    |                    |      |        |
| مسئول داروخانه                                 |                    |                    |      |        |
| سایر                                           |                    |                    |      |        |

**فرم پایش (شماره ۱ پ): مشخصات کارکنان مرتبط با برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر**

در جدول ذیل اسامی ماماها، پرستاران (اعم از بخش زنان، NICU و بخش های مرتبط با مادر و کودک) مشاورین شیردهی، پزشکان عمومی، متخصصین اطفال و نوزادان، متخصصین زنان، متخصصین بیهوشی، کارشناسان تغذیه و سایر کارکنان مرتبط با مراقبت های مادران و کودکان زیر دو سال را وارد نمایید. لیست گروه های حامی را نیز جداگانه تهیه نمایید.

[illegible]

## فرم پایش (شماره ات): مشخصات اعضاء کمیته بیمارستانی تغذیه با شیرمادر

لیست اعضا، مستندات صورتجلسات، مصوبات، مداخلات و نتایج آنها را که باید در زونکن برنامه تغذیه با شیر مادر جمع‌آوری و نگهداری شود، مشاهده نمایید. نظریه: کامل است یا توصیه‌ای دارید؟ .....

.....

.....

[illegible]



فرم پایش (شماره ۱ ث): مشخصات مدرسین کارگاه های تغذیه با شیر مادر برگزار شده توسط بیمارستان

| نام و نام خانوادگی | سمت | تخصص | محل خدمت | عضویت در هسته آموزشی دانشگاه یا کمیته دانشگاهی یا کمیته کشوری یا انجمن های شیر مادر (بنویسید) |
|--------------------|-----|------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |     |      |          |                                                                                               |
|                    |     |      |          |                                                                                               |
|                    |     |      |          |                                                                                               |
|                    |     |      |          |                                                                                               |
|                    |     |      |          |                                                                                               |
|                    |     |      |          |                                                                                               |
|                    |     |      |          |                                                                                               |
|                    |     |      |          |                                                                                               |

لازم بذکر است مدرسین از بین کسانی انتخاب شوند که در کارگاه استاندارد که توسط کمیته دانشگاهی، انجمن های علمی، مدرسین کشوری برگزار شده (پزشکان کارگاه ۳۶ ساعته و رده میانی ۲۰ ساعته) شرکت کرده باشند و با ابلاغ رئیس بیمارستان تعیین گردند.

لطفاً منبع اطلاعات فوق را ذکر کنید.....

**فرم پایش (شماره ۲ الف): ثبت تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه\***

شروع دوره پایش: ..... پایان دوره پایش: .....  
نام بیمارستان: ..... نام تکمیل کننده فرم: .....  
برای تکمیل به توضیحات و کدهای دستورالعمل مربوطه دقت کنید.

[illegible]

تکمیل صحیح و تجزیه و تحلیل نتایج ثبت تغذیه شیرخواران بسیار مهم است چرا که به سادگی می توان نحوه تغذیه شیرخواران را در بیمارستان پایش نمود و به ترویج تغذیه با شیر مادر کمک کرد.

- این فرم باید برای جمع آوری اطلاعات تغذیه شیرخواران در بیمارستان در طی دوره پایش توسط تیم پایش تکمیل شود.
- \* این فرم در بخش زنان و زایمان برای کلیه نوزادان متولد شده با هر نوع تغذیه در طول دوره پایش و در بخش نوزادان، NICU و کودکان، فقط برای شیرخواران زیر ۶ ماه که هنگام پذیرش با شیر مادر تغذیه می شدند، در دوره پایش تکمیل گردد. لازم به ذکر است چنانچه نوزاد متولد شده در همین بیمارستان در NICU بستری گردد صرف نظر از نوع تغذیه (حتی موارد NPO) این فرم بایستی برای او تکمیل گردد و چنانچه از بیمارستان دیگری پذیرش شده باشد در صورت تغذیه با شیر مادر فرم برای او تکمیل می گردد.
- \*\* در بخش زنان و زایمان کلیه ستون ها تکمیل گردد. در بخش نوزادان، NICU و کودکان بجز ستون های سوم تا پنجم بقیه ستون ها تکمیل شود.

- برای هر نوزاد متولد شده / یا کودک بستری شده در بیمارستان یک ردیف اختصاص داده شود. این فرم با استفاده از اطلاعات ثبت شده در پرونده نوزادانی / کودکانی که طی دوره پایش در بیمارستان متولد / یا بستری شده اند، تکمیل شود.
- نام بیمارستان:** نام بیمارستانی که مورد پایش قرار می گیرد را بنویسید.
- تکمیل کننده ها:** نام شخص یا اشخاص مسئول تکمیل فرم را بنویسید.

**تاریخ:** تاریخ شروع و پایان دوره پایش را بنویسید.

**ستون ۱- شماره پرونده:** شماره پرونده مربوط به شیرخوار در بخش را ثبت نمایید.

**ستون ۲- تاریخ تولد:** روز، ماه و سال تولد شیرخوار را ثبت نمایید.

**ستون های ۳-۵ بخش زنان و زایمان:** ستون های ۳-۵ در بخش زنان و زایمان برای نوزادان متولد شده در بیمارستان تکمیل می شود:

**ستون ۳- روش زایمان:** برای زایمان طبیعی کد «۱»، سزارین بدون بیهوشی عمومی کد «۲»، و سزارین با بیهوشی عمومی کد «۳» را وارد کنید.

**ستون ۴- تماس پوست به پوست و کمک به تغذیه با شیر مادر:** در صورتی که مادر و نوزاد از ۵ دقیقه اول تولد در زایمان طبیعی و سزارین با بی حسی ناحیه ای (یا هنگام بدست آوردن هوشیاری مادر بدنبال سزارین با بیهوشی عمومی) به مدت یک ساعت یا حداقل تا پایان اولین تغذیه شیرخوار در تماس پوست به پوست قرار گرفته اند و به مادر روش تشخیص آمادگی نوزاد برای تغذیه با شیر مادر نشان داده شده است و در صورت نیاز به وی کمک شده است، و یا برای تاخیر در تماس یا جدایی مادر و نوزاد دلایل موجهی وجود داشته، کد «۱» با معیارها منطبق است، و در صورت عدم انطباق با معیارهای فوق کد «۲» با معیارها منطبق نیست را وارد کنید.

**ستون ۵- زمان اولین تغذیه با شیر مادر:** در صورتی که مادر با زایمان طبیعی یا سزارین بدون بیهوشی عمومی ظرف یک ساعت اول تولد و در زایمان سزارین با بیهوشی عمومی ظرف یک ساعت از زمان توانایی پاسخ به نوزاد به او شیر داده کد «۱»، در صورتی که اینکار بعد از یک ساعت اول انجام شده کد «۲» و اگر تا ترخیص نوزاد از پستان مادر تغذیه نشده است کد «۳» را ثبت نمایید.

**ستون ۶- تغذیه با شیر مادر:** در صورت پاسخ «بلی» کد «۱» و در صورت پاسخ «خیر» کد «۲» را وارد کنید. اگر مادر شروع به

شیردهی کرده و متعاقباً تغذیه با شیرمادر را قطع کرده است، کد «۳» را بنویسید.

**ستون های ۹-۷- مصرف سایر مواد غذایی و جایگزین ها:** تغذیه شیرخواران با غذاها یا مایعات دیگر. این قسمت شامل سه ستون بشرح زیر است:

**ستون ۷- نوع سایر مواد غذایی و جایگزین ها:** کد «۰» را در صورتی وارد نمائید که نوزاد بجز شیرمادر و قطره آ.د و یا دارو (در صورت نیاز)، هیچ مایعات و ماده غذایی دیگری دریافت نکرده است. کد «۱» را در صورتی وارد نمائید که نوزاد آب دریافت کرده است، کد «۲» چنانچه شیرمصنوعی دریافت کرده، و کد «۳» جهت سایر مواد غذایی با ذکر نوع آن، نوشته شود. در صورت کد «۰» نیازی به تکمیل ستون های بعدی (۸، ۹، ۱۰) نیست.

**ستون ۸- زمان شروع مصرف سایر مواد غذایی و جایگزین ها:** چنانچه قبل از پذیرش در بیمارستان برای شیرخوار شروع شده کد ۱ را وارد نمائید و اگر پس از پذیرش در بیمارستان شروع شده است کد «۲» را وارد کنید.

**ستون ۹- دفعات و مقدار سایر مواد غذایی و جایگزین ها:** در صورت مصرف شیرمصنوعی، چند بار و چند سی سی در روز را در ستون مربوطه بنویسید

**ستون ۱۰- علت مصرف جایگزین ها:** اگر دلیل نارسایی نوزاد است کد «۱»، اگر هیپوگلیسمی شدید است کد «۲»، اگر شیرخوار مشکوک یا مبتلا به اختلال شدید متابولیسم است کد «۳»، اگر کم آبی حاد دارد (به عنوان مثال فتوترایی برای زردی) کد «۴»، اگر بیماری شدید مادر که قادر به شیردادن نباشد یا منع شیردهی داشته باشد وجود دارد کد «۵»، اگر مادر تحت درمان با دارو است کد «۶» را ثبت کنید و اگر علت دیگری وجود دارد کد «۷» را نوشته و علت آن را ثبت کنید.

**ستون ۱۱- نحوه تغذیه شیرخوار:** در صورتیکه از پستان مادر تغذیه می شود کد «۱»، اگر از بطری تغذیه می شود کد «۲» در صورت استفاده از لیوان و یا فنجان کد «۳» و در صورتیکه با وسیله دیگری تغذیه شده کد «۴» و در صورت استفاده از دو وسیله عدد های هر دو وسیله را ذکر کنید.

**ستون ۱۲- محل اقامت شیرخوار:** در صورت هم اتاقی عدد «۱» را ثبت کنید (تعریف: اقامت مادر و کودک بمدت ۲۴ ساعت در شبانه روز در یک اتاق که ظرف ساعت اول پس از زایمان شروع شده است و بیش از یک ساعت جدایی نداشته اند. در بخش کودکان، ۲۴ ساعت مادر بر بالین کودک بوده است). لازم به ذکر است چنانچه شیرخوار در بخش نوزادان و یا بخش مراقبت های ویژه (NICU) و یا بخش اطفال بستری است و امکانات و تسهیلات لازم برای اقامت ۲۴ ساعته مادر فراهم است جزو هم اتاقی محسوب می شود). اگر امکان اقامت ۲۴ ساعته مادر فراهم نیست و شیرخوار در بخش نوزادان نگهداری می شود کد «۲»، اگر در بخش مراقبت های ویژه (NICU) به سر می برد کد «۳» و اگر در بخش اطفال بستری است کد «۴» در صورتیکه در هر مکان دیگری قرار دارد کد «۵» را ثبت نمائید.

**ستون ۱۳- هر نوع مشکل شیردهی (مشکلات مربوط به مادر و شیرخوار):** مشکلات را بطور خلاصه ذکر نمائید.

**ستون ۱۴- اقدامات انجام شده:** ستون مذکور به نحوه حل مشکلات و نتیجه این اقدامات اختصاص دارد. لطفاً در چند کلمه خلاصه کنید.

**ستون ۱۵- تغذیه با شیرمادر بهنگام ترخیص:** در صورتیکه شیرخوار هنگام ترخیص تغذیه انحصاری دارد کد «۱» اگر تغذیه غیر انحصاری (توام) دارد و شروع شیرمصنوعی و جایگزین ها قبل از پذیرش بوده است کد «۲» اگر تغذیه غیر انحصاری (توام) دارد و شروع بعد از پذیرش یا در بخش پست پارتوم بوده است کد «۳» و چنانچه عدم تغذیه با شیرمادر بود کد «۴» را بنویسید. چنانچه شیرخوار در طول دوره پایش ترخیص شود این ستون برای وی تکمیل خواهد شد

**ستون ۱۶- تاریخ ترخیص:** روز، ماه و سال ترخیص شیرخوار از بیمارستان را ثبت نمائید. لازم به ذکر است که اطلاعات مربوط به شیرخواران ترخیص شده از این فرم (با توجه به همین ستون) برای قسمت های نوع تغذیه، روش (نحوه) تغذیه و محل اقامت (مخرج کسر) استخراج و در فرم «خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران» (فرم پایش شماره ۲ ب) استفاده می شود.

## فرم پایش (شماره ۲ ب): خلاصه گزارش تغذیه شیرخواران زیر ۶ ماه (در بخش زنان و زایمان، بخش کودکان و NICU)

نام بیمارستان: ..... طول زمان جمع آوری اطلاعات از: ..... تا: .....  
نام تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ: .....  
اطلاعات دوره پایش اخیر را از فرم «ثبت تغذیه شیرخواران» استخراج نموده و درصد شاخص های زیر را محاسبه نمائید  
درصدها برای قسمت های نوع تغذیه، روش تغذیه و محل اقامت باید فقط برای شیرخواران زیر ۶ ماه که طی دوره پایش  
ترخیص شده اند محاسبه گردد نه کل شیرخواران ثبت شده در فرم تغذیه شیرخواران. اگر از منبع دیگری بجز «فرم ثبت  
تغذیه شیرخواران» استفاده می شود منبع را ذکر نمایید. □ اطلاعات فرم ثبت تغذیه شیرخواران □ سایر موارد (ذکر شود)

| شماره                                                                                   | اطلاعات                                                                                                                                                                                                         | فراوانی | فرمول                                                          | درصد   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------|--------|
| ۲.۱                                                                                     | تعداد کل شیرخواران ترخیص شده در طی دوره پایش<br>(جمع ستون ۱۶)                                                                                                                                                   |         |                                                                |        |
|                                                                                         | تعداد کل نوزادان پایش شده در بخش زنان و زایمان<br>(جمع ستون ۳)                                                                                                                                                  |         |                                                                |        |
| نوع زایمان                                                                              |                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                |        |
| ۲.۲                                                                                     | نوزادانی که به روش سزارین متولد شده اند.<br>(ستون ۳ مجموع گزینه ۳ و ۲)                                                                                                                                          |         | $\frac{\text{ستون ۳ جمع ۳ و ۲}}{\text{جمع ستون ۳}} \times 100$ | .....% |
| ۲.۲.۱                                                                                   | سزارین بدون بیهوشی عمومی (ستون ۳ گزینه ۲)                                                                                                                                                                       |         | $\frac{\text{ستون ۳ گزینه ۲}}{\text{جمع ستون ۳}} \times 100$   | .....% |
| ۲.۲.۲                                                                                   | سزارین با بیهوشی عمومی (ستون ۳ گزینه ۳)                                                                                                                                                                         |         | $\frac{\text{ستون ۳ گزینه ۳}}{\text{جمع ستون ۳}} \times 100$   | .....% |
| ۲.۳                                                                                     | تماس پوست به پوست در طی ۵ دقیقه اول تولد (یا به<br>محض هوشیاری) تا یک ساعت یا حداقل تا پایان اولین تغذیه<br>شیرخوار، همراه کمک به تغذیه با شیر مادر (ستون ۴ گزینه ۱)                                            |         | $\frac{\text{ستون ۴ گزینه ۱}}{\text{جمع ستون ۳}} \times 100$   | .....% |
| ۲.۴                                                                                     | نوزادانی که ظرف یک ساعت اول تولد (در زایمان طبیعی یا<br>سزارین بابتی حسی ناحیه ای) یا ظرف یک ساعت از توانایی<br>پاسخ دهی مادر (در زایمان سزارین با بیهوشی عمومی) با شیر<br>مادر تغذیه شده اند. (ستون ۵ گزینه ۱) |         | $\frac{\text{ستون ۵ گزینه ۱}}{\text{جمع ستون ۳}} \times 100$   | .....% |
| نوع تغذیه *                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                |        |
| (جمع موارد باید ۱۰۰٪ شود) - مخرج کسر تعداد ترخیص شده می باشد که از ستون ۱۶ بدست می آید. |                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                |        |
| ۲.۵                                                                                     | تغذیه انحصاری با شیر مادر (ستون ۱۵ گزینه ۱)                                                                                                                                                                     |         | $\frac{\text{ستون ۱۵ گزینه ۱}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | .....% |
| ۲.۶                                                                                     | تغذیه مختلط (شیرخوارانی که در بیمارستان علاوه بر<br>شیر مادر، مایعات یا سایر شیرها برای آنها شروع شده<br>است) (ستون ۱۵ کد ۳)                                                                                    |         | $\frac{\text{ستون ۱۵ گزینه ۳}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | .....% |

| شماره                            | اطلاعات                                                                                           | فراوانی | فرمول                                                          | درصد   |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------|--------|
| ۲.۷                              | تغذیه جایگزین (عدم تغذیه با شیر مادر، تغذیه با شیر مصنوعی، غذاها و مایعات دیگر) (ستون ۱۵ گزینه ۴) |         | $\frac{\text{ستون ۱۵ گزینه ۴}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | %..... |
| روش تغذیه                        |                                                                                                   |         |                                                                |        |
| ۲.۸                              | شیرخوارانی که از پستان تغذیه شده اند. (ستون ۱۱ گزینه ۱)                                           |         | $\frac{\text{ستون ۱۱ گزینه ۱}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | %..... |
| ۲.۹                              | شیرخوارانی که با بطری تغذیه شده اند. (ستون ۱۱ گزینه ۲)                                            |         | $\frac{\text{ستون ۱۱ گزینه ۲}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | %..... |
| ۲.۱۰                             | شیرخوارانی که با لیوان / فنجان تغذیه شده اند. (ستون ۱۱ گزینه ۳)                                   |         | $\frac{\text{ستون ۱۱ گزینه ۳}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | %..... |
| ۲.۱۱                             | شیرخوارانی که با روش دیگری تغذیه شده اند. (ستون ۱۱ گزینه ۴) (بنویسید: .....)                      |         | $\frac{\text{ستون ۱۱ گزینه ۴}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | %..... |
| محل اقامت شیرخوار                |                                                                                                   |         |                                                                |        |
| ۲.۱۲                             | شیرخوارانی که با مادر هم اتاق بوده اند. (ستون ۱۲ گزینه ۱)                                         |         | $\frac{\text{ستون ۱۲ گزینه ۱}}{\text{جمع ستون ۱۶}} \times 100$ | %..... |
| مشکلات شیردهی (بطور خلاصه) ..... |                                                                                                   |         |                                                                |        |
| .....                            |                                                                                                   |         |                                                                |        |

## تعاریف:

**تغذیه انحصاری با شیر مادر:** در صورتی است که شیرخوار زیر ۶ ماه فقط با شیر مادر تغذیه شود و هیچ مایع یا غذای دیگر بجز مقدار کمی از ویتامین ها، عناصر معدنی، یا داروها (در صورت نیاز) دریافت نکند.

**مکمل:** هر مایع یا غذایی علاوه بر شیر مادر بجز دارو و مولتی ویتامین.

**جایگزین ها:** تغذیه شیرخواران غیر شیر مادر خوار با جانشین شونده های شیر مادر

**روش تغذیه:** تغذیه با بطری، لیوان / فنجان، سایر: منظور آن است که شیرخوار در هر زمانی از اقامت در بیمارستان هر چیزی (حتی شیر مادر خودش) را با بطری، لیوان، سایر دریافت کند

**محل اقامت:** تعریف هم اتاقی: مادر و نوزاد در اتاقی واحد در طی ۲۴ ساعت شبانه روز بسر برند که ظرف ساعت اول تولد شروع می شود و هیچ وقت نباید بیش از یک ساعت از هم جدا باشند. در بخش اطفال، نوزادان و NICU امکان و تسهیلات لازم جهت حضور ۲۴ ساعته مادر بر بالین شیرخوار مورد نظر است.

فصل - فرمای جمع آوری اطلاعات کلی، تقدیه شیرخواران،  
آموزش کارکنان، مرور و مشاهده، مصاحبه با مادر

ጡፍ

# بیمارستان های دوستدار کودک راهنمای پایش

\*تاریخ شروع بکار در واحد یا بخش‌های مرتبط با مادران، نوزادان و اطفال زیر دو سال را منظور کنید.

### دستورالعمل تکمیل فرم به شرح زیر است:

**نام و نام خانوادگی:** اسامی تمام کارکنان بالینی مشغول به کار در بیمارستان که مسئول مراقبت از مادران و شیرخواران (زیر دوسال) می باشند را بنویسید.

اگر فردی هیچ برنامه آموزشی شیرمادر ندیده باشد، نام وی را ثبت کرده و جای دوره ها را خالی بگذارید تا پس از گذراندن دوره تکمیل گردد.

**تاریخ شروع به کار:** تاریخی که فرد مسئولیتی در مراقبت یا تصمیم گیری برای مادران و یا شیرخواران را در این بیمارستان بعهد گرفته و شروع به کار کرده (به روز، ماه و سال) را بنویسید.

**سمت / مسئولیت:** سمت فرد را بنویسید.

**تخصص:** نوع تخصص فرد را بنویسید. انواع حرفه های بالینی که باید در این قسمت ذکر شوند عبارتند از: متخصصین اطفال و نوزادان، متخصصین زنان، سایر پزشکان (با ذکر عنوان)، پرستاران، ماماها، کارشناسان تغذیه، کارورزان و کارآموزان پزشکی و پرستاری (چنانچه در امر مراقبت دخیل باشند)، و سایر افرادی که در مراقبت های مادر و کودک زیر دوسال مشارکت دارند.

**بخش / واحد:** بخش یا واحد اصلی خدمت فرد، مثلاً بخش بستری پیش از زایمان، واحد ارائه خدمات دوران بارداری، بلوک زایمان، بخش پس از زایمان، و غیره.

### اطلاعات آموزش شیرمادر:

لازم است برای هر یک از کارکنان اطلاعات دوره آموزشی استاندارد اولیه ثبت شود و دوره بازآموزی را که ظرف ۲ سال اخیر گذرانده ثبت کنید. لذا مشخصات هر دوره را در ردیف های جداگانه مقابل نام کارمند ثبت کنید.

**متولی:** متولی آموزش های قبل و حین خدمت اعم از دانشگاه، مرکز بهداشت، بیمارستان، مرکز بهداشتی درمانی و غیره ذکر شود.

**نوع آموزش:** در این ستون آموزش اولیه استاندارد یا بازآموزی را بنویسید.

**تاریخ:** تاریخ انجام هر گونه برنامه آموزشی را بنویسید.

**دوره / محتوا:** آموزش می تواند شامل دوره های برگزار شده در داخل و خارج بیمارستان اعم از دوره های استاندارد اولیه یا بازآموزی باشد. لذا در این ستون چنانچه متولی دوره، خود بیمارستان بوده، برای سهولت در تکمیل این ستون، از «شماره آموزش» که در (فرم پایش شماره ج ۳- انواع و محتوای آموزش تغذیه با شیرمادر) وارد کرده اید، استفاده کنید. (توجه نمایید محتوای دوره ها و جلساتی که توسط کمیته بیمارستانی ارائه شده اند را در فرم پایش شماره ج ۳ وارد کنید). شماره هایی که به هر دوره در آن فرم نسبت داده اید را در ستون «دوره / محتوا» در این فرم می توانید بنویسید. در مورد دوره هایی که خارج از بیمارستان برگزار شده، در این ستون می توانید بنویسید: «خارج بیمارستان».

\***توجه:** لازم به ذکر است که آموزش اولیه استاندارد یعنی کارکنان حداقل باید با استفاده از «کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان های دوستدار کودک- دوره آموزشی ۲۰ ساعته» آموزش ببینند و از محتوای کتاب قانون ترویج تغذیه با شیرمادر آگاهی داشته باشند.



**کل ساعات دوره:** مدت دوره را به ساعت وارد نمایید. علاوه بر مدت کل دوره، ساعات کار عملی (شامل کار بالینی تحت نظارت) نیز نوشته شود.

**نمره آزمون پایانی:** انتظار می رود در انتهای دوره آموزشی استاندارد، شرکت کنندگان در آزمون پایانی شرکت نموده و ۸۰ درصد نمره کل را بعنوان نمره قبولی کسب نمایند. نمره مذکور در ستون مربوطه ثبت گردد.

**تاریخ آموزش بعدی:** کارکنان بعد از گذشت ۲ سال از آموزش اولیه، باید دوره بازآموزی به منظور به روز شدن اطلاعات و یا نیاز به آموزش براساس نیاز سنجی های بعمل آمده در جهت ارتقاء آگاهی و مهارتهایشان بگذرانند. در این ستون براساس لزوم گذراندن دوره بازآموزی با توجه به آخرین دوره آموزشی گذرانده شده، این تاریخ برای هریک از کارکنان (پس از گذشت دو سال از آموزش استاندارد اولیه) پیش بینی و ثبت شود.

لازم به ذکر است که بیمارستان موظف است امکانات شرکت در دوره آموزشی را برای کارکنان جدید الوردی که قبلاً کارگاه آموزشی استاندارد را نگذرانده اند، در اسرع وقت (کمترین زمان ممکن) فراهم آورد.

## فرم پایش (شماره ۳ ب): خلاصه گزارش آموزش کارکنان

نام بیمارستان: ..... نام تکمیل کننده فرم: .....

| ریز اقدام | درصد   | فراوانی                            | آموزش ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر                                                                                                                                                                                 |
|-----------|--------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |        | .....                              | الف - ۱: تعداد کارکنان بالینی مسئول مراقبت مادران و کودکان زیر ۲ سال با سابقه کاری بیش از ۶ ماه                                                                                                                          |
|           |        | .....                              | الف - ۲: تعداد کارکنان بالینی مسئول مراقبت مادران و کودکان زیر ۲ سال با سابقه کاری کمتر از ۶ ماه                                                                                                                         |
|           |        | .....                              | ب - ۱: تعداد کارکنان بالینی با سابقه کاری بیش از ۶ ماه که دوره آموزشی ۲۰ ساعته ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر شامل ۳ ساعت کار عملی را گذرانده اند.                                                                   |
|           |        | .....                              | ب - ۲: تعداد کارکنان بالینی با سابقه کمتر از ۶ ماه که در زمان شروع بکار در مورد سیاست تغذیه با شیر مادر توجیه شده و در آزمون کتاب ۲۰ ساعته شرکت کرده و حداقل نمره قبولی (۶۰ درصد کل نمره) را کسب کرده اند.               |
|           |        | .....                              | پ: تعداد کارکنان بالینی مسئول مراقبت مادران و کودکان زیر ۲ سال که ۲ سال از آموزش دوره ۲۰ ساعته آن ها گذشته است.                                                                                                          |
|           |        | .....                              | ت: تعداد کارکنان بالینی که پس از آموزش استاندارد اولیه دوره بازآموزی گذرانده اند                                                                                                                                         |
| ۲۰۱       | %..... | $100 \times \frac{(ب-۱)}{(الف-۱)}$ | ج: درصد کارکنان بالینی با سابقه بالاتر از ۶ ماه که آموزش استاندارد در مورد ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر دریافت کرده اند. (شماره ۳ ب ج)                                                                             |
| ۲۰۴       | %..... | $100 \times \frac{ت}{پ}$           | د: درصد کارکنان بالینی که پس از گذشت دو سال از آموزش استاندارد اولیه کارگاه بازآموزی را گذرانده اند. (شماره ۳ ب د)                                                                                                       |
| ۲۰۱       | %..... | $100 \times \frac{(ب-۲)}{(الف-۲)}$ | ه: درصد کارکنان بالینی با سابقه کاری کمتر از ۶ ماه که در زمان شروع بکار در مورد سیاست تغذیه با شیر مادر توجیه شده و در آزمون کتاب ۲۰ ساعته شرکت کرده و حداقل نمره قبولی (۶۰ درصد کل نمره) را کسب کرده اند. (شماره ۳ ب ه) |

□ سایر موارد (ذکر شود):

منبع اطلاعات: □ فرم آموزش کارکنان

### فرم پایش (شماره ۳ ج): انواع و محتوای آموزش تغذیه با شیر مادر

در جدول ذیل، دوره‌هایی که توسط بیمارستان برگزار شده، ثبت گردد.

[illegible]

در این فرم خلاصه اطلاعات فرم پایش (شماره ۳ الف) بصورت تعداد در ردیف های (الف) تا (ت) استخراج و ثبت می شود تا درصد کارکنان آموزش دیده و بازآموزی شده با توجه به فرمول ها در ردیف های (ج) و (د) و (ه) محاسبه و ثبت شود. از نتایج این فرم در امتیاز اقدام ۲ استفاده می شود.

در این فرم اطلاعات دوره ها و جلسات آموزشی تغذیه با شیر مادر که توسط کمیته بیمارستانی برگزار شده را ثبت کنید.

**شماره آموزش:** در این ستون به هر دوره یک شماره به ترتیب اختصاص دهید. از این شماره ها برای تکمیل ستون (دوره / محتوا) در فرم پایش (شماره ۳ الف) می توانید استفاده کنید.

**نام دوره:** حسب مدت و موضوع آموزش می توانید بنویسید: کارگاه ۲۰ ساعته، کارگاه ۳۶ ساعته، کارگاه مشاوره، کارگاه ساعت اول یا چنانچه دوره مربوط به بازآموزی است و حسب نیازسنجی در مورد موضوع خاصی برگزار شده می توانید بطور مثال بنویسید: آموزش دوشیدن، کفایت شیر مادر، هم اتاقی، ذکر مدت دوره بر حسب ساعت نیز ضروری است.

**سرفصل مطالب ارائه شده:** سرفصل مطالب ارائه شده در دوره را بطور خلاصه بنویسید و برنامه آموزشی را ضمیمه کنید.

نام و نام خانوادگی مدرسین، مدرک تحصیلی مدرسین و محل خدمت هریک و تاریخ برگزاری هر دوره را در ستون های مربوطه بنویسید.

فرم پایش (شماره ۴): مرور و مشاهده مستندات، مکتوبات، پرونده‌ها، تجهیزات و مواد آموزشی

نام بیمارستان: ..... نام تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ: ..... / ..... / .....

مرور مستندات و مکتوبات (سیاست، کد و قانون، برنامه‌های آموزشی، اطلاعات، پرونده‌ها)

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | نتایج                                                                                                 | شماره ریز اقدام |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ۴۰۱        | بیمارستان متعهد به اجرای سیاست کشوری تغذیه با شیرمادر می‌باشد:<br><input type="checkbox"/> مرور فرم تعهد نامه کتبی سیاست نامه کشوری امضا شده توسط کارکنان در زونکن مدارک و صورتجلسات بیمارستانی دوستدار کودک<br><input type="checkbox"/> آگاهی مدیر بیمارستان، مسئولین بخش‌های مرتبط، مترون، سوپروایزرها و کارکنان از سیاست بیمارستان                                                                                                                           | تمام موارد را به نحو مناسبی پوشش می‌دهد:<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۱۰۱             |
| ۴۰۲        | آیا صورتجلسات کمیته بیمارستانی شیرمادر (مشاهده دو صورتجلسه اخیر به فاصله سه ماه*) که محتوی مصوباتی در جهت ارتقاء تغذیه با شیرمادر و رفع مشکلات و پیگیری مصوبات قبلی باشد، وجود دارد؟<br>*تشکیل جلسات کمیته بیمارستانی شیرمادر در این مجموعه بصورت فصلی قابل قبول است.                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                             | ۱۰۲             |
| ۴۰۳        | آیا زمان برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد پس از زایمان و مدت این تماس در پرونده آنان ثبت می‌شود؟<br>(۶ پرونده را بررسی کنید و در صورت ثبت در ۴ پرونده، بله را تیک بزنید)<br><input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                             | ۱۰۳             |
| ۴۰۴        | آیا در پرونده بیمارستانی کودک زیر ۲ سال نوع تغذیه کودک (در زمان تولد یا پذیرش در بخش و نیز در زمان ترخیص) و مشکلات احتمالی مربوطه و شیوه رفع آن ذکر شده است؟<br>(۶ پرونده مربوط به بخش‌های زنان و زایمان، اطفال، نوزادان و NICU را بررسی کنید و در صورت ثبت در ۴ پرونده، بله را تیک بزنید)<br><input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                             | ۱۰۴             |

مرور مستندات و مکتوبات (سیاست، کد و قانون، برنامه های آموزشی، اطلاعات، پرونده ها)

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | نتایج                                                                                                            | شماره ریز اقدام |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ۴.۵        | <p>آیا کارکنان با استفاده از فرم مشاهده شیردهی شیر خوردن شیرخوار زیر ۶ ماه را حداقل دو بار ارزیابی می کنند؟</p> <p>(۶ شیرخوار حاضر در بیمارستان در بخش های زنان و زایمان، اطفال، نوزادان و NICU را انتخاب و تکمیل فرم برای ایشان را بررسی کنید و در صورت تکمیل (چهار پرونده) ۸ فرم مشاهده، بله را تیک بزنید)</p> <p>۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/></p> <p><b>نکته کلیدی:</b> لازم است فرم مشاهده شیردهی برای هر مادر و شیرخوار، حداقل دوبار بعد از ۶ ساعت اول تولد (یا ۶ ساعت پس از پذیرش برای کودکان زیر ۶ ماه) و قبل از ترخیص تکمیل گردد. اگر هیچ یک از شیرخواران حاضر در بیمارستان نزدیک ترخیص نباشد مشاهده فرم تکمیل شده در نوبت اول (یعنی بعد از ۶ ساعت اول) مورد انتظار است و همان تعداد مورد قبول است.</p> | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                        | ۱۰.۵            |
| ۴.۶ الف    | <p>آیا در زمان ترخیص پمفلت آموزشی تغذیه با شیر مادر با محتوای استاندارد به مادر داده می شود و به تعداد کافی و کیفیت مناسب در بیمارستان موجود است؟</p> <p>(این پمفلت حداقل باید شامل دستورالعمل های کشوری در زمینه اصول صحیح تغذیه با شیر مادر، وضعیت های در آغوش گرفتن و نحوه پستان گرفتن شیرخوار، نحوه دوشیدن شیر و نگهداری و خوراندن شیردوشیده شده، شماره و آدرس محل رجوع در هنگام مشکلات احتمالی شیردهی... باشد)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                        | ۱۰.۶            |
| ۴.۶ ب      | <p>آیا مادران و شیرخواران نیازمند مراقبت ویژه از نظر تغذیه با شیر مادر شناسایی، ثبت و پیگیری می شوند؟</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                        | ۱۰.۲            |
| ۴.۷        | <p>مرور برنامه کارگاه آموزشی موضوعات زیر را به نحو مناسبی پوشش داده است:</p> <p><input type="checkbox"/> ده اقدام برای موفقیت در تغذیه با شیر مادر (کتاب آموزش ۲۰ ساعته) تئوری و عملی</p> <p><input type="checkbox"/> مفاد قانون ترویج تغذیه با شیر مادر جمهوری اسلامی ایران و کد بین المللی (کتابچه قانون)</p> <p><input type="checkbox"/> سوالات پیش آزمون و سوالات امتحانی پایان دوره</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>تمام موارد را به نحو مناسبی پوشش می دهد:</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> | ۲۰.۲            |
| ۴.۸        | <p>کارکنان در انتهای کارگاه آموزشی ۲۰ ساعته در آزمون شرکت کرده و حداقل نمره قبولی (۸۰ درصد کل نمره) را کسب کرده اند.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                        | ۲۰.۳            |

مرور مستندات و مکتوبات (سیاست، کد و قانون، برنامه های آموزشی، اطلاعات، پرونده ها)

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | نتایج                                                                                                                                 | شماره ریز اقدام |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ۴. ۹       | (در بخش اطفال، نوزادان و NICU): آیا طول مدت ناشتا بودن (NPO) قبل از اقدامات درمانی از جمله عمل جراحی، کمترین یا مساوی ۴ ساعت بوده است؟<br>(۶ پرونده شیرخواران زیر ۲ سال را بررسی کنید در صورتی که ۴ مورد کمترین یا مساوی ۴ ساعت است، تداوم شیردهی را علامت بزنید)<br>۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> بلی (تداوم شیردهی)<br><input type="checkbox"/> خیر (عدم تداوم شیردهی)<br><input type="checkbox"/> مورد ندارد | ۴. ۸            |

آموزش های دوران بارداری

بیمارستان دارای واحد ارائه خدمات دوران بارداری می باشد بلی ☐ خیر ☐  
(نکته: اگر بیمارستان واحد ارائه خدمات دوران بارداری ندارد، نیازی به تکمیل جدول زیر نمی باشد)

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |      |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ۴. ۱۰ | برنامه مدونی مشتمل بر عناوین آموزشی مشخص (بر اساس راهنمای آموزشی مادران باردار برای شیردهی) برای جلسات آموزشی تغذیه با شیر مادر وجود دارد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                                | ۳. ۱ |
| ۴. ۱۱ | جلسات بر اساس مشاهده چک لیست های تکمیل شده آموزش مادران شامل موارد ذیل می باشد:<br><input type="checkbox"/> فواید تغذیه با شیر مادر<br><input type="checkbox"/> اهمیت تماس پوست به پوست با نوزاد بلافاصله پس از تولد و نیز تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد<br><input type="checkbox"/> اهمیت هم اتاقی مادر و نوزاد<br><input type="checkbox"/> وضعیت صحیح شیردهی<br><input type="checkbox"/> اهمیت تغذیه شیرخوار بر حسب تقاضا<br><input type="checkbox"/> راه اطمینان یافتن از کفایت دریافت شیر مادر<br><input type="checkbox"/> اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر<br><input type="checkbox"/> عوارض شیر مصنوعی، بطری و گول زنک | چنانچه ۶ مورد از ۸ مورد را پوشش می دهد، بلی را علامت بزنید:<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۳. ۲ |
| ۴. ۱۲ | آیا زنان باردار نیازمند مراقبت ویژه برای شیردهی (بر اساس راهنمای آموزشی مادران باردار برای شیردهی) شناسایی، ثبت و پیگیری می شوند؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                                | ۳. ۴ |

مرور مستندات و مکتوبات (سیاست، کد و قانون، برنامه های آموزشی، اطلاعات، پرونده ها)

| انطباق با قانون تغذیه با شیر مادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیر مادر:<br>مرور مستندات مربوط به خرید جایگزین های شیر مادر |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| شماره سوال                                                                                                                                | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | نتایج                                                                                                                                                   | ریز اقدام |
| ۴. ۱۳                                                                                                                                     | <p>مرور مستندات و صورتحساب ها نشان می دهند که همه جایگزین های شیر مادر، اعم از شیر مصنوعی، غنی کننده های شیر مادر یا وسایل مورد استفاده، در بیمارستان به قیمت عمده (بدون تخفیف یا غیر رایگان) خریداری شده اند. (از شرکت های مربوطه هدیه نشده اند)</p> <p>منبع و تاریخ مستندات و صورتحساب های مورد بررسی:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>با قانون انطباق دارد:</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> جایگزین خریداری نشده است.</p> | ک-۱       |

### مشاهدات

(در بخش های نوزادان، اطفال، NICU، پس از زایمان، واحد ارائه خدمات دوران بارداری، داروخانه و ...)

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |      |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ۴. ۱۴ | <p>مشاهدات نشان می دهند پوسترده اقدام در تمام مکان های لازم نصب شده است:</p> <p><input type="checkbox"/> واحد ارائه خدمات دوران بارداری <input type="checkbox"/> بخش نوزادان</p> <p><input type="checkbox"/> در مدخل ورودی بیمارستان <input type="checkbox"/> بخش NICU</p> <p><input type="checkbox"/> مکان های تجمع ارباب رجوع <input type="checkbox"/> بخش زنان و زایمان</p> <p><input type="checkbox"/> بخش کودکان <input type="checkbox"/> داروخانه</p> | <p><input type="checkbox"/> بله (در تمام موارد ذکر شده بله یا این مکان وجود ندارد)</p> <p><input type="checkbox"/> خیر (سیاست مذکور در مکان های لازم نصب نشده است)</p>     | ۱. ۷ |
| ۴. ۱۵ | <p>مشاهدات نشان می دهند پوسترهای آموزشی شیر مادر در مکان های زیر وجود دارد:</p> <p><input type="checkbox"/> واحد ارائه خدمات دوران بارداری</p> <p><input type="checkbox"/> بخش زنان و زایمان <input type="checkbox"/> بخش نوزادان</p> <p><input type="checkbox"/> بخش مراقبت ویژه نوزادان <input type="checkbox"/> بخش کودکان</p>                                                                                                                           | <p><input type="checkbox"/> بله (در تمام موارد ذکر شده بله یا این مکان وجود ندارد)</p> <p><input type="checkbox"/> خیر (پوسترهای آموزشی در مکان های لازم نصب نشده است)</p> | ۱. ۸ |



## مشاهدات

(در بخش های نوزادان، اطفال، NICU، پس از زایمان، واحد ارائه خدمات دوران بارداری، داروخانه و ...)

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | نتایج                                                                                                               | ریز اقدام |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۴.۱۶       | <p>مشاهده سیاست ترویج تغذیه با شیر مادر در داروخانه*</p> <p><input type="checkbox"/> شیر مصنوعی در معرض دید قرار ندارد و در صورت فروش با رعایت قانون ترویج تغذیه با شیر مادر می باشد (برچسب، تصویر، ترکیب، خرید و راهنمایی خانواده جهت طرز تهیه و مصرف)</p> <p><input type="checkbox"/> پستانک (گول زنک)، بطری، پوستر... تبلیغ جانشین شونده های شیر مادر وجود ندارد.</p> <p><input type="checkbox"/> پوسترهای ترویج تغذیه با شیر مادر (شامل پوسترده اقدام) وجود دارد.</p> <p><input type="checkbox"/> موجود بودن وسایل کمکی تغذیه با شیر مادر (شیردوش مناسب، پد، ظرف ذخیره شیر، فنجان تغذیه نوزاد)</p> <p>*لازم بذکر است شیردوش بوق دوچرخه ای استاندارد نبوده و نباید موجود باشد.</p> <p><input type="checkbox"/> مسئول و پرسنل داروخانه از سیاست تغذیه با شیر مادر در بیمارستان دوستدار کودک آگاه باشند.</p> <p>*منظور رعایت سیاست در داروخانه بیمارستان شامل دولتی و خصوصی، بوفه و فروشگاه میباشد.</p> | با معیار انطباق دارد:<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                  | ۱.۹       |
| ۴.۱۷       | <p>آیا کارکنان از دستورالعمل کشوری شروع شیردهی در ساعت اول تولد اطلاع دارند و نسخه ای از آن در زونکن برنامه شیر مادر بیمارستان در دسترس است؟ (مشاهده اجرا در اتاق زایمان و اتاق عمل)</p> <p>در صورت اطلاع، وجود دستورالعمل و مشاهده بلی را علامت بزنید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> مورد ندارد (بیمارستان کودکان) | ۱.۱۰      |
| ۴.۱۸       | <p>آیا فیلم آموزشی معتبر و مصوب کمیته کشوری تغذیه با شیر مادر حداکثر تا ۲۴ ساعت اول پس از زایمان برای مادر به نمایش گذاشته می شود؟</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                           | ۱.۱۱      |
| ۴.۱۹       | <p>آیا منابع آموزشی مورد نیاز برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر موجود و در دسترس کارکنان می باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> مجموعه آموزشی ترویج تغذیه با شیر مادر</p> <p><input type="checkbox"/> کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک (دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای کارکنان بیمارستانها)</p> <p><input type="checkbox"/> راهنمای آموزشی کارکنان بهداشتی درمانی در مورد تغذیه با شیر مادر در ساعت اول</p> <p><input type="checkbox"/> راهنمای آموزشی مادران (پاسخ به سوالات رایج شیردهی)</p> <p><input type="checkbox"/> راهنمای آموزشی مادران باردار برای تغذیه با شیر مادر</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | در صورت وجود همه موارد بلی را علامت بزنید.<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر             | ۲.۵       |

## مشاهدات

(در بخش های نوزادان، اطفال، NICU، پس از زایمان، واحد ارائه خدمات دوران بارداری، داروخانه و ...)

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | نتایج                                                     | ریز اقدام |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| ۴. ۲۰      | الف- (در بخش اطفال، نوزادان و NICU) آیا امکان اقامت ۲۴ ساعته مادران در کنار کودک و تسهیلات لازم (اتاق استراحت، تخت، یخچال، امکان استحمام، دسترسی به سرویس بهداشتی، دسترسی به غذا و مایعات، دسترسی به مراقبت پزشکی در صورت نیاز، دسترسی به صندلی راحتی و زیرپایی، امکان ملاقات پدر، دسترسی به تلفن) وجود دارد؟<br><b>نکته کلیدی:</b> در صورت وجود اتاق استراحت، تخت، یخچال و دسترسی به غذا و مایعات و برای سایر موارد وجود ۴ مورد از ۵ مورد، قابل قبول است و بلی را علامت بزنید. | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۷. ۳ الف  |
|            | ب- (در بخش زنان و زایمان) آیا به مادر زایمان کرده غذا و میان وعده داده می شود؟ (شامل مادری که در ساعات شب زایمان می کند)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۷. ۳ ب    |
| ۴. ۲۱      | آیا مادر در اتاق زایمان و یا بخش پس از زایمان برای ارائه حمایت های جسمی و روحی روانی امکان داشتن همراه را دارد؟<br>(در صورتی که حداقل در یکی از مکان های فوق امکان را دارد بلی را علامت بزنید)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۶-م       |
| ۴. ۲۲      | مشاهدات نشان می دهد دمای محل زایمان (اتاق زایمان و اتاق عمل) مناسب است؟ (۲۶-۲۵ درجه سانتیگراد)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۴. ۷      |

### استفاده از تجهیزات و کنترل عفونت در ذخیره کردن شیرمادر

(نکته: سه سوال ذیل در بخش های زنان زایمان، کودکان، نوزادان و NICU چک شود و چنانچه دسترسی در هر یک از بخشها وجود داشته باشد پاسخ بلی را در هر یک از مربع ها تیک بزنید)

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |       |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ۴. ۲۳ | برای مادران در هر یک از بخش ها (زنان و زایمان، کودکان، نوزادان و NICU) امکان استفاده از شیردوش برقی بیمارستانی وجود دارد؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                           | ۵. ۱۲ |
| ۴. ۲۴ | در کلیه بخش ها، وسایل نگهداری شیر دوشیده شده و خورانش آن وجود دارد؟<br><input type="checkbox"/> فنجان برای تغذیه شیرخوار وجود دارد<br><input type="checkbox"/> ظرف های مخصوص نگهداری شیر وجود دارد<br><input type="checkbox"/> یخچال با دمای مناسب (زیر ۴ درجه سانتیگراد) برای نگهداری شیر دوشیده شده وجود دارد.<br>وجود کل موارد فوق در بخش پس از زایمان: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>وجود کل موارد فوق در بخش کودکان، نوزادان و NICU: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | (در صورت بلی برای کلیه بخش ها پاسخ بلی را علامت بزنید)<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵. ۱۳ |
| ۴. ۲۵ | در بخش ها وسایل و دستورالعمل استریل کردن شیردوش و ظروف شیر وجود دارد؟<br><b>نکته کلیدی:</b> نحوه استریل کردن و وسایل مورد نیاز بایستی از شرکت مربوطه که شیردوش از آن خریداری شده استعلام و فراهم گردد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                           | ۵. ۱۴ |

## مشاهدات

(در بخش های نوزادان، اطفال، NICU، پس از زایمان، واحد ارائه خدمات دوران بارداری، داروخانه و ...)

### آموزش های دوران بارداری

بیمارستان دارای واحد ارائه خدمات دوران بارداری می باشد. ☐ بله ☐ خیر  
(نکته: اگر بیمارستان واحد ارائه خدمات دوران بارداری ندارد، نیازی به تکمیل جدول زیر نمی باشد)

| شماره سوال | سوال                                                                      | نتایج                                                     | ریز اقدام |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| ۴. ۲۶      | آیا جلسه آموزشی برای همسر یا افراد دیگری از خانواده تشکیل می شود؟         | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۳. ۳      |
| ۴. ۲۷      | آیا به مادران باردار سی دی یا پمفلت آموزشی تغذیه با شیر مادر داده می شود؟ | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۳. ۵      |

### بخشی از اقدامات دوستدار مادر

|       |                                                                                          |                                                                           |     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| ۴. ۲۸ | آیا اپیزوتومی برای مادران شکم اول روتین است؟ (موارد اپیزوتومی طبق پروتکل ابلاغی است)     | <input type="checkbox"/> روتین نیست<br><input type="checkbox"/> روتین است | ۱-م |
| ۴. ۲۹ | آیا وصل کردن سرم برای مادران روتین است؟                                                  | <input type="checkbox"/> روتین نیست<br><input type="checkbox"/> روتین است | ۲-م |
| ۴. ۳۰ | آیا در اتاق لیبر به مادران غیر پرخطر اجازه خوردن و آشامیدن مواد غذایی مناسب داده می شود؟ | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                 | ۳-م |

### انطباق با قانون تغذیه با شیر مادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیر مادر: مرور مستندات مربوط به خرید جایگزین های شیر مادر

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                             |     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ۴. ۳۱ | آیا به مادران در زمان ترخیص پکیج (تبلیغاتی - هدیه) داده می شود؟ در صورت بلی آیا محتوی آن با کد و قانون تغذیه با شیر مادر منطبق است؟ (پکیج نباید حاوی مطالب یا داروها یا مواد غذایی و شیمیایی در جهت تبلیغ تغذیه مصنوعی و اغوا کردن مادر در زمینه تغذیه با شیر مادر باشد)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> بلی مطابقت با کد دارد<br><input type="checkbox"/> خیر مطابقت با کد ندارد<br><input type="checkbox"/> داده نمی شود. | ک-۲ |
| ۴. ۳۲ | آیا موارد ذیل در ارتباط با قانون تغذیه با شیر مادر و کد بین المللی بازاریابی جایگزین های شیر مادر رعایت می شود؟<br><input type="checkbox"/> عدم وجود تبلیغ جانشین شونده های شیر مادر.<br><input type="checkbox"/> عدم تماس نماینده شرکت ها با مادران و پرسنل.<br><input type="checkbox"/> عدم ارائه هدایای این شرکت ها به مادران و پرسنل.<br><input type="checkbox"/> عدم تشکیل کلاس یا جلسه آموزشی یا تور آموزشی و یا توزیع پمفلت توسط شرکت های تولید و توزیع کننده شیر مصنوعی.<br><input type="checkbox"/> عدم اهدای نمونه های رایگان یا ارزان شیر مصنوعی، بطری و گول زنک و مواد شیرافزا (مدعی افزایش شیر مادر) به مادران.<br><input type="checkbox"/> عدم پذیرش هدایا و نمونه های رایگان شیر مصنوعی، بطری و گول زنک از طرف شرکت ها توسط بیمارستان. | در صورت رعایت همه موارد، بلی را علامت بزنید:<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                   | ک-۳ |

## فرم پایش (شماره ۵): مصاحبه با مادر در کلیه بخش ها

{مصاحبه باید حتی المقدور نزدیک به زمان ترخیص انجام شود}

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام بیمارستان: ..... نام تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| دستورالعمل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>مصاحبه در کدام بخش انجام می شود؟</p> <p><b>در کلیه بخش ها:</b> مادر باید حداقل ۶ ساعت از زمان زایمانش گذشته باشد و تا حد امکان به زمان ترخیص نزدیک باشد. سوالات (۵.۱) و (۵.۲) از کلیه مادران پرسیده می شود.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>در بخش زنان و زایمان:</b> با مادران بدون توجه به نوع تغذیه شیرخوار مصاحبه میشود و با سوال (۵.۳) ادامه دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>در بخش کودکان:</b> مادرانی را برای مصاحبه انتخاب کنید که کودکشان قبل از پذیرش با شیرمادر تغذیه می شدند اعم از توام یا انحصاری و پس از پرسش سوالات (۵.۱) و (۵.۲) با سوال (۵.۱۵.۲) ادامه دهید.</p> <p><b>در بخش NICU و نوزادان:</b> مادرانی را برای مصاحبه انتخاب کنید که شیرخوارشان قبل از پذیرش با شیرمادر تغذیه می شدند اعم از توام یا انحصاری چنانچه نوزاد در این بیمارستان متولد نشده و از مرکز دیگری ارجاع شده، پس از پرسش سوالات (۵.۱) و (۵.۲) از سوال (۵.۱۵.۲) شروع کنید، در غیر این صورت با سوال (۵.۳) ادامه دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>متولد در این بیمارستان و بستری در بخش نوزادان، NICU</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>ارجاعی از مرکز دیگر و بستری در بخش نوزادان، NICU</b></p> <p>برای مادر علت انجام مصاحبه را شرح دهید (که بررسی اطلاعات و خدماتی است که او دریافت نموده است) متذکر شوید که در صورت موافقت وی برای انجام مصاحبه، اطلاعات او محرمانه خواهد ماند. (در صورت نیاز می توانید از او بپرسید که آیا کودکش پسر است یا دختر و یا اسم کودک را بپرسید.)</p> |

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                      | نتایج                                                                                                                   | ریز اقدام |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۵.۱        | تاریخ زایمان: ..... زمان: (صبح / ظهر / شب)<br>سن شیرخوار: (.....) ماه، نوزاد کمتر از یکماه (.....) روز<br>نوزاد کمتر از یک روز (.....) ساعت |                                                                                                                         |           |
| ۵.۲        | این کودک حاصل چندمین زایمان شماست؟ .....<br>تجربه شیردهی فرزند قبلی دارید؟ .....                                                            | <input type="checkbox"/> بله<br><input type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> مورد ندارد<br>چه مدت ..... ماه | ع-۱       |

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | نتایج                                                                                            | ریز اقدام |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۵. ۳       | پیش از زایمان، برای دریافت خدمات دوران بارداری به کجا و چند بار مراجعه کرده اید؟<br>(۱) <input type="checkbox"/> همین بیمارستان ..... بار<br>(۲) <input type="checkbox"/> مراکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت نام مرکز را ثبت کنید.....<br>(۳) <input type="checkbox"/> مطب پزشک یا ماما (۴) <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر (۵) <input type="checkbox"/> مراجعه نداشته است<br>تذکر: در صورت مراجعه به چند محل، با توجه به مکانی که بیشترین مراجعات برای دریافت مراقبت داشته است گزینه مورد نظر انتخاب شود.<br>در صورتی که مورد «همین بیمارستان» تیک بخورد سوالات بعدی را بپرسید. در غیر این صورت به سوال (۵. ۶) مراجعه کنید و پاسخ سوالات (۴. ۵) تا (۵. ۵) (مورد ندارد) انتخاب شود.                                                                      |                                                                                                  | ع-۴       |
| ۵. ۴       | در این مراجعات، آیا کارکنان در مورد هر کدام از این مسایل زایمان با شما صحبت کرده اند:<br><input type="checkbox"/> اینکه می توانید در زمان زایمان همراهی به انتخاب خود داشته باشید<br><input type="checkbox"/> گزینه های مختلف تسکین درد زایمان و گزینه های بهتر برای مادران و نوزادان<br>نکته کلیدی: (در صورت ذکر هر دو مورد بلی را علامت بزنید)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> مورد ندارد | م-۴       |
| ۵. ۵       | در این مراجعات، آیا کارکنان در مورد هر کدام از این موضوعات به شما اطلاعاتی داده اند:<br><input type="checkbox"/> اهمیت تماس پوست به پوست با نوزاد بلافاصله پس از تولد<br><input type="checkbox"/> اهمیت هم اتاقی با نوزاد در طول ۲۴ ساعت<br><input type="checkbox"/> مضرات دادن آب، شیر مصنوعی یا جایگزین های دیگر به نوزاد و اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در طی ۶ ماه اول<br><input type="checkbox"/> فواید تغذیه با شیر مادر<br><input type="checkbox"/> راه اطمینان یافتن از کفایت دریافت شیر مادر<br><input type="checkbox"/> اهمیت تغذیه مکرر شیرخوار بر حسب تقاضا<br><input type="checkbox"/> وضعیت صحیح شیردهی<br><input type="checkbox"/> آشنایی با بیمارستان های دوستدار کودک<br>نکته کلیدی: (در صورت ذکر حداقل ۵ مورد از ۸ مورد، بلی را علامت بزنید) | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> مورد ندارد | ۳. ۶      |

| شماره سوال                                            | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | نتایج                                                                                                                                               | ریز اقدام |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| سوالات درباره زمان زایمان و اقامت در بخش پس از زایمان |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                     |           |
| ۵.۶                                                   | آیا در زمان لیبر به راه رفتن و حرکت تشویق شده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>[اگر «خیر»] آیا بدلیل موجه پزشکی بوده است؟ .....<br>نکته کلیدی: به راه رفتن و حرکت تشویق شده‌است و یا بدلیل موجه پزشکی ترغیب نشده است. در صورت انطباق با نکته کلیدی بلی را علامت بزنید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | مطابق معیار قابل قبول<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                                  | م-۵       |
| ۵.۷                                                   | وزن نوزادتان در زمان تولد چقدر بود؟ ..... گرم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                     | ع-۲       |
| ۵.۸                                                   | روش زایمان شما چگونه بود؟<br><input type="checkbox"/> طبیعی (واژینال)<br><input type="checkbox"/> سزارین بدون بیهوشی عمومی (با بی حسی موضعی، ناحیه ای و اپیدورال)<br><input type="checkbox"/> سزارین با بیهوشی عمومی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> الف: واژینال<br><input type="checkbox"/> ب: سزارین بدون بیهوشی عمومی<br><input type="checkbox"/> ج: سزارین با بیهوشی عمومی | ع-۳       |
| ۵.۹                                                   | نوزادتان را برای اولین بار چه مدتی پس از زایمان در آغوش گرفتید؟<br><input type="checkbox"/> بلافاصله یا در طول پنج دقیقه اول تولد<br><input type="checkbox"/> در نیم ساعت اول تولد<br><input type="checkbox"/> در یک ساعت اول تولد<br><input type="checkbox"/> به محض اینکه هوشیاری خود را بدست آورده‌ام (بدنبال سزارین با بیهوشی عمومی)<br><input type="checkbox"/> سایر (چه زمانی؟): .....<br><input type="checkbox"/> یاد نمی‌آید<br><input type="checkbox"/> هنوز نگرفتم<br>اگر مادر هنوز نوزاد خود را در آغوش نگرفته است، به سوال (۵.۱۴) بروید.<br>نکات کلیدی: بلافاصله یا در عرض ۵ دقیقه اول یا به محض بدست آوردن هوشیاری مورد قبول است.<br>در صورت «خیر» با سوال (۵.۱۰) و در صورت «بلی» با سوال (۵.۱۱) ادامه دهید. | مطابق معیار قابل قبول<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                                  | ۴.۱       |
| ۵.۱۰                                                  | اگر مادر، نوزادش را بعد از دقیقه پنجم زایمان یا با تاخیر پس از بهوش آمدن (در مادران سزارینی با بیهوشی عمومی) در آغوش گرفته (سوال ۵.۹)، علت چه بوده است؟<br><input type="checkbox"/> نوزاد به کمک یا نظارت پزشکی نیاز داشت<br><input type="checkbox"/> نمی‌خواستم او را در آغوش بگیرم و یا توان کافی نداشتم<br><input type="checkbox"/> نوزاد را زودتر به من ندادند و نمی‌دانم چرا<br><input type="checkbox"/> ترمیم محل اپیزیوتومی<br><input type="checkbox"/> سایر (بنویسید): .....<br>چنانچه دلیل قابل قبول پزشکی مستند داشته است، بلی را علامت بزنید.                                                                                                                                                                  | مطابق معیار قابل قبول<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                                  | ۴.۲       |

| شماره سوال | سوالات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | نتایج                                                     | ریز اقدام |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| ۵. ۱۱      | نوزادتان را برای اولین بار در اتاق زایمان چگونه در آغوش گرفته اید؟<br>در صورت «تماس پوست با پوست» بلی را علامت بزنید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۴. ۳      |
| ۵. ۱۲      | اولین بار، نوزادتان چه مدت در تماس پوست با پوست با شما قرار گرفت؟<br><input type="checkbox"/> کمتر از یک ساعت <input type="checkbox"/> حداقل تا اولین تغذیه <input type="checkbox"/> یک ساعت<br><input type="checkbox"/> چند ساعت: ..... <input type="checkbox"/> یادم نمی آید<br>در صورت هم آغوشی حداقل تا اولین تغذیه و یا به مدت یک ساعت، بلی را علامت بزنید.                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۴. ۴      |
| ۵. ۱۳      | در طی مدتی که نوزاد برای اولین بار در آغوش شما بود، آیا کارکنان شما را ترغیب کردند که به علایم آمادگی نوزاد برای شیرخوردن توجه کنید و برای شروع تغذیه با شیر مادر (در ساعت اول تولد) کمک کردند؟<br><b>نکته کلیدی:</b> اگر مادر ذکر کرد که کارکنان به او کمک کردند به نحوی که شیرخوار از پستان مادر تغذیه شود و نشانه های آمادگی را ذکر کرد پاسخ را بلی درج کنید.<br>نشانه های آمادگی کودک: شیرخوار دهانش را باز می کند و پستان را جستجو می کند. حرکات یا صداهای مکیدن از جمله جاری شدن آب دهان، بیرون آوردن زبان، دست را بدهان بردن | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۴. ۵      |
| ۵. ۱۴      | آیا کارکنان بعد از اولین باری که نوزاد را در آغوش گرفتید، مجدداً نحوه شیردهی شما (بغل کردن و به پستان گذاشتن) را در نوبت بعدی مشاهده، ثبت و کمک کردند؟<br><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر<br>(اگر بلی، <input type="checkbox"/> برای تغذیه نوبت بعدی حداکثر ظرف ۶ ساعت اول تولد نوزاد <input type="checkbox"/> بعد از ۶ ساعت اول تولد نوزاد)<br><b>نکته کلیدی:</b> در صورت کمک برای تغذیه نوبت بعدی حداکثر ظرف ۶ ساعت اول تولد نوزاد، (بلی) را علامت بزنید.                                               | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵. ۱ الف  |

| شماره سوال | سوالات درباره تغذیه شیرخوار- در کلیه بخش ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | نتایج                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ریز اقدام                                                   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ۵. ۱۵      | <p>۱. ۱۵. ۵ در بخش زنان و زایمان: در حال حاضر به شیرخوارتان کدامیک از موارد زیر داده میشود؟</p> <p>شیر مادر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آب ساده / آب قند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>شیر مصنوعی <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت بلی شیر مصنوعی: آیا بر اساس ضرورت پزشکی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p><b>نکته کلیدی:</b> اگر فقط شیر مادر دریافت نموده (شیردوشیده شده یا از بانک شیر و مکمل های ویتامینی و مینرال یا دارو قابل قبول است)، تغذیه انحصاری با شیر مادر را بلی علامت بنزید. اگر علاوه بر شیر مادر سایر مواد را دریافت کرده است بر حسب اینکه ضرورت پزشکی داشته است بلی یا خیر علامت بنزید. اگر شیر مادر نمی خورد، عدم تغذیه با شیر مادر را علامت بنزید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>تغذیه انحصاری با شیر مادر: ۶. ۱ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>عدم تغذیه انحصاری با ضرورت پزشکی: ۶. ۲ <input type="checkbox"/> عدم تغذیه انحصاری بدون ضرورت پزشکی: ع- ۸ <input type="checkbox"/> عدم تغذیه با شیر مادر: ع- ۵</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>۶. ۱</p> <p>۶. ۲</p> <p>ع- ۸</p> <p>ع- ۵</p>             |
|            | <p>۲. ۱۵. ۵ در بخش کودکان، نوزادان و NICU:</p> <p>(این سوال در بخش کودکان فقط برای شیرخواران زیر ۶ ماه تکمیل شود)</p> <p>۲. ۱۵. ۵ الف: آیا قبل از پذیرش در بیمارستان کودکان فقط با شیر مادر بدون استفاده از سایر مواد غذایی (آب، آب قند، شیر مصنوعی، غذای کمکی) تغذیه می شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲. ۱۵. ۵ ب: به شیرخوارتان در حال حاضر (در بیمارستان) کدام یک از موارد زیر داده میشود؟</p> <p>شیر مادر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آب ساده / آب قند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>شیر مصنوعی / پودر مکمل <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲. ۱۵. ۵ ج: در صورت (بلی شیر مصنوعی / پودر غنی کننده) آیا بر اساس ضرورت پزشکی بوده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>سایر موارد (لطفا توضیح دهید) .....</p> <p>۲. ۱۵. ۵ الف (بلی) ۲. ۱۵. ۵ ب شیر مادر (بلی) سایر موارد به جز شیر مادر (خیر) {از قبل تغذیه انحصاری داشته و ادامه دارد} تیک می خورد. ۶. ۳</p> <p>۲. ۱۵. ۵ ج (بلی) {از قبل تغذیه انحصاری داشته و در حال حاضر بدلیل ضرورت پزشکی مختل شده است} تیک می خورد. ۶. ۴</p> <p>۲. ۱۵. ۵ الف (خیر) ۲. ۱۵. ۵ ب: شیر مادر (بلی)، {عدم اختلال تغذیه با شیر مادر} تیک می خورد. ۶. ۵</p> <p>۲. ۱۵. ۵ الف (بلی) ۲. ۱۵. ۵ ب شیر مادر (بلی) آب ساده (بلی) شیر مصنوعی (خیر) ع- ۶</p> <p>۲. ۱۵. ۵ الف (بلی) ۲. ۱۵. ۵ ب شیر مادر (بلی) آب ساده (خیر) شیر مصنوعی (بلی، و بدون ضرورت پزشکی) ع- ۶</p> | <p>(۱) <input type="checkbox"/> از قبل تغذیه انحصاری داشته و ادامه دارد. ۶. ۳</p> <p>(۲) <input type="checkbox"/> از قبل تغذیه انحصاری داشته و در حال حاضر بدلیل ضرورت پزشکی مختل شده است. ۶. ۴</p> <p>(۳) <input type="checkbox"/> از قبل تغذیه انحصاری داشته و در حال حاضر بدون ضرورت پزشکی مختل شده است. ع- ۶</p> <p>(۴) <input type="checkbox"/> عدم اختلال تغذیه با شیر مادر (از قبل تغذیه انحصاری نداشته و در حال حاضر شیر مادر قطع نشده است). ۶. ۵</p> <p>(۵) <input type="checkbox"/> قطع شیر مادر در بیمارستان (قبل از پذیرش شیر مادر می خورده است و پس از پذیرش و در بیمارستان شیر مادر قطع شده است) ع- ۷</p> | <p>۶. ۳</p> <p>۶. ۴</p> <p>ع- ۶</p> <p>۶. ۵</p> <p>ع- ۷</p> |



| شماره سوال | سوالات درباره تغذیه شیرخوار- در کلیه بخش ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | نتایج                                                     | ریز اقدام |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| ۵.۱۶ الف   | <p><b>در بخش نوزادان، اطفال، NICU:</b> آیا کارکنان برای تغذیه مستقیم شیرخوار از پستان و یا دوشیدن شیر کمکتان کردند؟</p> <p><input type="checkbox"/> ظرف ۶ ساعت از پذیرش در بخش</p> <p><input type="checkbox"/> پس از ۶ ساعت از پذیرش در بخش</p> <p><b>نکته کلیدی:</b> چنانچه مادر ظرف ۶ ساعت از پذیرش شیرخوار برای تغذیه مستقیم از پستان یا دوشیدن شیر کمک شده است بلی را علامت بزنید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵.۱ ب     |
| ۵.۱۶ ب     | <p><b>در بخش NICU و نوزادان:</b> آیا این امکان به شما داده شده که نوزادتان در تماس پوست به پوست با شما قرار بگیرد؟</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۴.۶       |
| ۵.۱۷       | <p>آیا کارکنان وضعیت صحیح در آغوش گرفتن و به پستان گذاشتن شیرخوار را مشاهده و بررسی کردند و آموزش های لازم به شما ارائه شد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت (بلی) شرح دهید.</p> <p><b>نکته کلیدی:</b> وضعیت صحیح در آغوش گرفتن، پستان گرفتن و مکیدن: بدن شیرخوار روبروی مادر و در تماس نزدیک با بدن مادر، سرو گوش و گردن و تنه شیرخوار در یک امتداد، حمایت سرو شانه ها و اگر نوزاد است تمام بدن کودک توسط مادر، صورت نوزاد روبروی پستان، دهان کاملاً باز، چانه چسبیده به پستان، هاله پستان در بالای دهان کودک بیشتر از پایین آن قابل رویت است، لب تحتانی کاملاً به خارج برگشته، مکیدن و بلعیدن منظم و با مکث</p> <p>مشاهده شیردهی: با استفاده از فرم مشاهده شیردهی.</p> <p>در صورت ذکر نکته کلیدی بلی را علامت بزنید.</p> | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵.۲       |
| ۵.۱۸       | <p>آیا کارکنان نحوه دوشیدن شیر با دست را به شما نشان داده مراحل دوشیدن شیر را آموزش داده اند و اطلاعات مکتوبی به شما داده شده است؟</p> <p><b>نکات کلیدی:</b></p> <p><input type="checkbox"/> به جریان انداختن شیر (از طریق آرام سازی، ماساژ، گرم کردن، فکر کردن به بچه و...)</p> <p><input type="checkbox"/> یافتن مجاری شیر (در لبه خارجی هاله یا با فاصله حدود ۴ سانتی متر از عقب نوک پستان)</p> <p><input type="checkbox"/> فشردن پستان در محل غدد و مجاری شیر</p> <p><input type="checkbox"/> تکرار این کار در همه قسمت های پستان و پستان به پستان کردن ۵-۶ بار هر بار ۵-۲ دقیقه.</p> <p>(در صورت تیک خوردن همه موارد، (بلی) را علامت بزنید)</p>                                                                                                        | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵.۳       |
| ۵.۱۹       | آیا خودتان دوشیدن شیر با نظارت کارکنان را امتحان کرده اید؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵.۴       |

| شماره سوال | سوالات درباره تغذیه شیرخوار- در کلیه بخش ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | نتایج                                                                                                            | ریز اقدام |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۵.۲۰       | <p>آیا نحوه نگهداری شیر دوشیده شده در منزل را به شما آموزش داده اند؟ توضیح دهید</p> <p><b>نکات کلیدی:</b> در ظرفی از جنس شیشه یا پلاستیک سخت شفاف دارای درب و قابل شستشو با آب داغ و مایع شوینده، مصرف سریع و یا نگهداری شیر برای شیرخوار در حرارت معمول اتاق (تا ۲۵ درجه) تا ۴ ساعت ایده آل و تا ۸ ساعت قابل قبول و در یخچال منزل (۴-۲ درجه) ۵-۳ روز. در جایی یخچال دو هفته</p> <p>در صورت ارائه توضیحات فوق (بلی) را علامت بزنید.</p>                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                        | ۵.۵       |
| ۵.۲۱       | <p>آیا نحوه خوراندن شیر دوشیده شده و وسیله مورد نیاز به شما آموزش داده شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر توضیح دهید با چه وسیله ای؟</p> <p><input type="checkbox"/> فنجان، سرنگ، قاشق، قطره چکان، لوله کمکی تغذیه با شیرمادر</p> <p><b>نکته کلیدی:</b> مادر بایستی بر حسب شرایط شیرخوار یکی از موارد توصیه شده را نام ببرد و نیز همه مادران صرف نظر از شرایط فعلی شیرخوار در بیمارستان باید نحوه تغذیه با فنجان را بدانند و به نحو صحیح توضیح دهد.</p>                                                                                  | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                        | ۵.۶       |
| ۵.۲۲       | <p><b>الف: در بخش زنان و زایمان:</b> در مدت اقامت در بیمارستان، شیرخوار شما کجا نگهداری شده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> من و شیرخوارم همیشه در طول شب و روز در کنار هم بودیم</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوارم در زمان هایی پیش من نبود (بدلیل موجه پزشکی)</p> <p><input type="checkbox"/> شیرخوارم در زمان هایی پیش من نبود (بدلیل غیر موجه پزشکی)</p> <p>{<b>نکته:</b> شیرخوار نباید از مادر جدا شود، مگر به دلیل قانع کننده پرس و جو کنید اگر دلیل قانع کننده (بنا به دستور کتبی پزشک متخصص) بوده، (بلی) را علامت بزنید}</p> | با معیار منطبق است:<br>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                 | ۷.۱ الف   |
|            | <p><b>ب: در بخش نوزادان، اطفال و NICU:</b> در مدت اقامت در بیمارستان، کودک زیر ۲ سال شما کجا نگهداری شده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> هر زمان می خواستم به کودکم دسترسی داشتم.</p> <p><b>نکته:</b> در صورت امکان اقامت مادر و دسترسی ۲۴ ساعته به کودک زیر ۲ سال بستری (بلی) را علامت بزنید.</p>                                                                                                                                                                                                                                         | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                                        | ۷.۱ ب     |
| ۵.۲۳       | <p><b>الف) در بخش زنان و زایمان:</b> آیا کارکنان، شیرخوارتان را با بطری تغذیه کرده اند و یا گول زنک داده اند؟</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><input type="checkbox"/> بطری یا پستانک داده نشده</p> <p><input type="checkbox"/> بطری یا پستانک داده شده</p> | ۹.۱       |
|            | <p><b>ب) در بخش کودکان، نوزادان NICU:</b> آیا کودک شما از طریق بطری تغذیه شده و یا پستانک (گول زنک) می مکد؟</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><input type="checkbox"/> بطری یا پستانک داده نشده</p> <p><input type="checkbox"/> بطری یا پستانک داده شده</p> | ۹.۲       |

| شماره سوال | سوالات درباره تغذیه شیرخوار- در کلیه بخش ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نتایج                                                                                                       | ریز اقدام |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۵. ۲۴      | <p>آیا کارکنان بیمارستان با شما در مورد خطرات تغذیه مصنوعی (شیر مصنوعی، بطری، گول زنک) صحبت کرده اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی شرح دهید.</p> <p><b>نکات کلیدی:</b></p> <p><u>خطرات شیر مصنوعی:</u> فاقد عوامل ایمنی بخش، خطر ابتلا به بیماری های تنفسی و گوارشی و...، ابتلا به چاقی، بیماری های قلبی عروقی و قند در بزرگسالی، محرومیت کودک از رابطه عاطفی با مادر، خطر آلودگی به فاسد بودن، اختلال در تغذیه با شیر مادر.</p> <p><u>خطرات بطری و گول زنک:</u> اختلال در پستان گرفتن شیرخوار، قطع زود رس تغذیه با شیر مادر، رشد دندانی نامناسب، اثرات سوء بر تکامل اجتماعی و تکلم کودک.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>در صورت ذکر موارد کلیدی بلی را علامت بزنید <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> | ۵. ۱۰     |
| ۵. ۲۵      | <p>در مورد دفعات و مدت زمان شیردهی در هر وعده، چه توصیه هایی از سوی کارکنان به شما ارائه گردید و آیا در این خصوص محدودیتی برایتان قائل شده اند؟</p> <p><input type="checkbox"/> کودک باید هر وقت که میل دارد یا هر وقت که گرسنه است تغذیه شود</p> <p><input type="checkbox"/> کودک باید در هر وعده به هر مدتی که خودش می خواهد تغذیه شود (تا تخلیه کامل)</p> <p><input type="checkbox"/> در مورد دفعات و مدت شیردهی محدودیتی قائل نشده اند.</p> <p>(توجه: پاسخ هایی مثل «کودک باید با برنامه زمانی مشخص مثلاً هر ۲ یا ۳ ساعت یکبار تغذیه شود» یا «تغذیه کودک به مدت مشخص (ذکر دقایق خاص)» توصیه های مناسبی نیستند)</p> <p><b>نکات کلیدی:</b> در صورت ذکر سه مورد (بلی) را علامت بزنید.</p>                                                                                                                                                                                                         | <p>مطابق معیار است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>                            | ۸. ۱      |
| ۵. ۲۶      | <p>آیا در مورد علائم گرسنگی شیرخوار که باید در پاسخ به آن شیر بدهید به شما آموزش داده اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر شرح دهید.</p> <p><b>نکات کلیدی:</b></p> <p><u>علائم زودرس</u></p> <p><input type="checkbox"/> کودک دهانش را باز می کند و به دنبال پستان می گردد</p> <p><input type="checkbox"/> صدا یا حرکات مکیدن را نشان می دهد، لبهایش را می لیسد و زبانش را بیرون می آورد.</p> <p><input type="checkbox"/> دستش را در دهانش می کند</p> <p><input type="checkbox"/> حرکات سریع چشمی دارد حتی قبل از اینکه چشمهایش را باز کند</p> <p><u>علائم دیررس</u></p> <p><input type="checkbox"/> سرش را به عقب و جلو می برد، اخم می کند (کمانه کردن)</p> <p><input type="checkbox"/> بی قرار است و ممکن است گریه کند؛ و اگر پاسخی نشنود به خواب می رود یا آزرده خاطر می شود.</p> <p>(در صورت ذکر دو مورد از موارد زودرس و کلیه موارد دیررس (بلی) را علامت بزنید)</p> | <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>                                            | ۸. ۲      |

| شماره سوال | سوالات درباره تغذیه شیرخوار- در کلیه بخش ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نتایج                                                                                                          | ریز اقدام |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۵۰۲۷       | آیا به شما گفته اند که در هر بار تغذیه، از هر دو پستان و بطور متناوب شیر بدهید؟ (تا زمان استقرار شیردهی و تشخیص مادر و کودک)<br>(در بخش کودکان در مورد شیرخواران در سنین نوزادی سوال شود)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> مورد ندارد               | ۵۰۹       |
| ۵۰۲۸       | آیا به شما راههای تشخیص کافی بودن شیرمادر آموزش داده شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بلی شرح دهید.<br><b>نکات کلیدی:</b> در صورت تغذیه انحصاری با شیر مادر بعد از روز چهارم تعداد ۶ کهنه مرطوب یا بیشتر در ۲۴ ساعت با ادرار کمرنگ و رقیق و ۳ تا ۸ بار اجابت مزاج در شبانه روز ماه اول.<br>در کلیه سنین: وزنگیری مداوم بر اساس منحنی رشد (بطور متوسط ۶۰۰ گرم در ماه در ۶ ماه اول تولد)                                                                                                                                                                                                                                                                   | در صورت بلی و رعایت نکته کلیدی بلی را علامت بزنید<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵۰۸       |
| ۵۰۲۹       | آیا هدایا یا تبلیغات یا نمونه جایگزین های شیر مادر (شیر مصنوعی، پودرها) یا مواد غذایی یا دارویی مدعی افزایش شیر مادر به شما داده شده است؟<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>در صورت (بلی)، کدام یک از موارد زیر به شما داده شده است؟<br><input type="checkbox"/> جزوات و پمفلت های تبلیغاتی شیر مصنوعی یا محصولات مرتبط<br><input type="checkbox"/> نمونه رایگان شیر مصنوعی، بطری یا محصولات مرتبط<br><input type="checkbox"/> نمونه رایگان مکمل های غذایی مادران برای افزایش شیر مادر<br><input type="checkbox"/> سایر (بنویسید): .....<br>.....<br><b>نکات کلیدی:</b> توزیع هر یک از اقلام تبلیغاتی فوق مجاز نمی باشد و برخلاف کد بین المللی و قانون شیر مادر است. | کد و قانون رعایت شده است.<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                         | ۴۰ک       |

| شماره سوال | سوالات درباره تغذیه شیرخوار- در کلیه بخش ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | نتایج                                                     | ریز اقدام |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| ۵.۳۰       | <p>آیا کارکنان در مورد اینکه پس از ترخیص در صورت مشکل شیردهی به کجا مراجعه کنید و چگونه مشکلاتان را حل کنید اطلاعات مکتوبی به شما ارائه داده اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر «بلی»، چه توصیه هایی شده است؟ [همه مواردی که صدق می کنند را علامت بزنید]</p> <p><input type="checkbox"/> از بیمارستان کمک دریافت نماید (مراجعه و یا تلفن به همین بیمارستان)</p> <p><input type="checkbox"/> مراجعه به نزدیک ترین مرکز بهداشتی درمانی به محل سکونت مادر (ارائه شماره تلفن مرکز بهداشت شهرستان)</p> <p><input type="checkbox"/> با یک خط تلفن خاص مثل مرکز مشاوره شیردهی شهرستان / استان برای دریافت کمک تماس بگیرد.</p> <p><input type="checkbox"/> از یک گروه حامی مادران یا یک رابط بهداشتی کمک بگیرد</p> <p><input type="checkbox"/> مراجعه ۵ - ۳ روزگی نوزاد به مرکز بهداشتی درمانی جهت ارزیابی تغذیه با شیرمادر، زردی و سلامت عمومی شیرخوار (ویزیت پزشک)</p> <p><b>نکات کلیدی:</b> در صورت وجود کلیه موارد (بلی) را علامت بزنید.</p> | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۱۰.۱      |
| ۵.۳۱       | <p>آیا کارکنان به گونه ای با شما صحبت کرده اند که به شما در مورد تغذیه فرزندان با شیرمادر آرامش خاطر داده و نگرانان نکنند؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله گفت و گوی آرامش بخش بدون ایجاد نگرانی</p> <p><input type="checkbox"/> خیر، چه مطلبی؟ .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۷.۲       |
| ۵.۳۲       | <p>آیا به تسهیلات لازم برای دوشیدن و ذخیره کردن شیر (شیردوش برقی بیمارستانی، ظرف نگهداری شیر و...) دسترسی داشتید و در این خصوص به شما اطلاع داده شده است؟</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵.۱۱      |
| ۵.۳۳       | <p>آیا به شما گفته شد در صورت عدم امکان تغذیه مستقیم از پستان مادر چند بار در شبانه روز لازم است شیرخود را بدوشید تا تولید شیر ادامه یابد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بلی چه آموزشی؟</p> <p><b>نکته کلیدی:</b> براساس الگوی دفعات تغذیه شیرخوار، ۸ بار یا بیشتر در ۲۴ ساعت (هر ۲-۳ ساعت یکبار)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ۵.۷       |

| پادشاهانه فرم مصاحبه با مادر (فرم پایش شماره ۵)<br>نام بیمارستان: ..... نام تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ: ..... نام بخش: ..... |  |                                                              |  |                                                                      |  |                      |  |                                                                 |  |                                                               |  |                                                            |  |                                                   |  |                                        |  |               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|---------------|--|
| سوال ۱                                                                                                                         |  | سوال ۲                                                       |  | سوال ۳                                                               |  | سوال ۴               |  | سوال ۵                                                          |  | سوال ۶                                                        |  | سوال ۷                                                     |  | سوال ۸                                            |  | سوال ۹                                 |  | سوال ۱۰       |  |
| تأخیر در آغوش گرفتن به دلیل<br>موجه پزشکی (بلی / خیر)                                                                          |  | فاصله زمانی دادن نوزاد به<br>مادر مطابق معیار<br>(بلی / خیر) |  | روش زایمان:<br>واژینال<br>CS بدون بیهوشی عمومی<br>CS با بیهوشی عمومی |  | وزن تولد نوزاد (گرم) |  | آموزش تغذیه با شیر مادر در<br>بارداری<br>(بلی / خیر/مورد ندارد) |  | تشویق به راه رفتن و حرکت<br>در لیبر/دلیل پزشکی<br>(بلی / خیر) |  | آموزش مسایل زایمان در<br>بارداری<br>(بلی / خیر/مورد ندارد) |  | مراجعه برای دریافت<br>خدمات در بارداری و<br>دفعات |  | تجربه شیردهی فرزند قبلی<br>(بلی / خیر) |  | چندمین زایمان |  |
| سن شیرخوار<br>(ساعت، روز، ماه)                                                                                                 |  | تاریخ زایمان / زمان (ص، ظ، ش)                                |  |                                                                      |  |                      |  |                                                                 |  |                                                               |  |                                                            |  |                                                   |  |                                        |  |               |  |
| شماره سوال                                                                                                                     |  | شماره مادر                                                   |  | ۱                                                                    |  | ۲                    |  | ۳                                                               |  | ۴                                                             |  | ۵                                                          |  | ۶                                                 |  | ۷                                      |  | ۸             |  |
| ۱۱                                                                                                                             |  | ۱۰                                                           |  | ۹                                                                    |  | ۸                    |  | ۷                                                               |  | ۶                                                             |  | ۵                                                          |  | ۴                                                 |  | ۳                                      |  | ۲             |  |

نام بیمارستان: ..... نام تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ: ..... نام بخش: .....

پاسخنامه فرم مصاحبه با مادر (فرم پایش شماره ۵)

|    |      |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|------|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ۲۰ | سوال | آموزش نحوه نگهداری شیر دوشیده شده<br>(بلی / خیر) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|------|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| نام بیمارستان: |            | نام تکمیل کننده فرم:                                                       |                                                                    | تاریخ: |  | نام بخش: |  |
|----------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|--|----------|--|
| ۳۳             | سوال       | آموزش دفعات دوشیدن در صورت عدم تغذیه مستقیم از پستان (بلی / خیر)           |                                                                    |        |  |          |  |
| ۳۲             | سوال       | دسترس به وسایل دوشیدن و ذخیره شیر و آموزش و نظارت دوشیدن (بلی / خیر)       |                                                                    |        |  |          |  |
| ۳۱             | سوال       | عدم اظهار مطالب نگران کننده و دادن آرامش خاطر (بلی / خیر)                  |                                                                    |        |  |          |  |
| ۳۰             | سوال       | معرفی محل مشاوره شیرمادر پس از ترخیص به صورت مکتوب (بلی / خیر)             |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۹             | سوال       | عدم ارائه هدایا یا تبلیغات جایگزینهای شیرمادر به مادران (بلی / خیر)        |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۸             | سوال       | شرح صحیح راههای تشخیص کافی بودن شیرمادر (بلی / خیر)                        |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۷             | سوال       | اطلاع در مورد شیردهی از هر دو پستان و بطور متناوب (بلی / خیر / مورد ندارد) |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۶             | سوال       | آموزش صحیح تشخیص علائم گرسنگی شیرخوار (بلی / خیر)                          |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۵             | سوال       | شرح صحیح دفعات و مدت زمان شیردهی و عدم ایجاد محدودیت (بلی / خیر)           |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۴             | سوال       | شرح صحیح مضرات تغذیه مصنوعی (شیر مصنوعی، بطری، گول زنک) (بلی / خیر)        |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۳             | سوال       | عدم استفاده از بطری و گول زنک (داده نشده) (بلی / خیر)                      |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲۲             | سوال       | کودکان / نوزادان / NICU                                                    | دسترسی به شیرخوار در هر زمان و مکان (بلی / خیر)                    |        |  |          |  |
| ۲۱             | سوال       | زبان و زبانیان                                                             | هم اتاقی ۲۴ ساعته مادر و شیرخوار / دلایل طبی قابل قبول (بلی / خیر) |        |  |          |  |
| ۲۰             | سوال       | شرح صحیح نحوه خوراندن شیر دوشیده شده و وسیله مورد نیاز (بلی / خیر)         |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۹             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۸             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۷             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۶             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۵             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۴             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۳             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۲             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۱             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱۰             | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۹              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۸              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۷              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۶              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۵              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۴              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۳              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۲              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| ۱              | سوال       |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |
| شماره سوال     | شماره مادر |                                                                            |                                                                    |        |  |          |  |



# بخش سوم

## ابزار پایش بیمارستان های دوستدار کودک

### فصل ۲

(فرم های شماره ۶ الف و ۶ ب)

فرم های خلاصه اطلاعات جمع آوری شده  
و گزارش نتایج پایش بیمارستان دوستدار کودک

راهنمای پایش  
بیمارستان های دوستدار کودک

## فرم پایش (شماره ۶ الف) - فرم‌های خلاصه اطلاعات جمع‌آوری شده و امتیازبندی پایش

### بیمارستان دوستدار کودک

نام و آدرس بیمارستان: .....

تاریخ دوره پایش: .....

اعضای تیم پایش: .....

توجه: در ستون سمت چپ جداول ذیل (ستون شماره سوال) عدد سمت چپ شماره فرم را نشان می‌دهد. به عنوان مثال (۱. ۴) یعنی سوال ۱ از فرم شماره ۴)

در مورد ریز اقداماتی که پاسخ آن‌ها بلی و خیر است، در صورت بلی امتیاز ۱۰۰٪ و در صورت خیر صفر درصد منظور شود.

ضمناً در مورد سوالات مصاحبه با مادران، چنانچه مادری به سوالی پاسخ نداده و کد (۰) در مربع لحاظ شود موارد صفر از مخرج کسر حذف شده و جزء محاسبه نمی‌آید. در واقع در سوال مذکور کد «صفر» جزء نمونه‌ها محاسبه نمی‌شود، صورت کسر جمع موارد (بلی = ۱) و مخرج کسر جمع موارد (بله و خیر) خواهد بود.

**اقدام ۱: سیاست مدون ترویج تغذیه با شیر مادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب و به آن‌ها ابلاغ شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر پایش شود.**

برای داده‌ها به فرم شماره ۴ (بررسی مستندات و مکتوبات و مشاهده تجهیزات و مواد آموزشی) مراجعه کنید.

| شماره ریز اقدام | مرور مستندات، مکتوبات و پرونده‌ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نتایج                                                                 | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۱.۱             | بیمارستان متعهد به اجرای سیاست کشوری تغذیه با شیر مادر می‌باشد:<br><input type="checkbox"/> مرور فرم تعهد نامه کتبی سیاست نامه کشوری امضا شده توسط کارکنان در زونکن مدارک و صورت جلسات بیمارستانی دوستدار کودک<br><input type="checkbox"/> آگاهی مدیر بیمارستان، مسئولین بخش‌های مرتبط، مترون، سوپروایزرها و کارکنان از سیاست بیمارستان | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر.<br>% ..... | ۴.۱        | فرم شماره ۴ |
| ۱.۲             | صورت جلسات کمیته بیمارستانی شیرمادر (مشاهده دو صورت جلسه اخیر) که محتوی مصوباتی در جهت ارتقاء تغذیه با شیر مادر و رفع مشکلات و پیگیری مصوبات قبلی باشد، وجود دارد.                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر.<br>% ..... | ۴.۲        | فرم شماره ۴ |
| ۱.۳             | زمان برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد پس از زایمان و مدت این تماس در پرونده آنان ثبت می‌شود.                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر.<br>% ..... | ۴.۳        | فرم شماره ۴ |
| ۱.۴             | مستندات نشان می‌دهد در پرونده بیمارستانی شیرخواران زیر دو سال نوع تغذیه شیرخوار (در زمان تولد یا پذیرش در بخش و نیز نوع تغذیه در زمان ترخیص) و مشکلات احتمالی مربوطه و شیوه رفع آن ذکر شده است.                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>% .....  | ۴.۴        | فرم شماره ۴ |

| شماره ریز اقدام | مرور مستندات، مکتوبات و پرونده ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | نتایج                                                                                                                                                     | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۱.۵             | مستندات نشان می دهد که کارکنان با استفاده از فرم مشاهده شیردهی شیر خوردن شیرخوار زیر ۶ ماه را حداقل دو بار ارزیابی می کنند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                                                                       | ۴.۵        | فرم شماره ۴ |
| ۱.۶             | مستندات نشان می دهد در زمان ترخیص پمفلت تغذیه با شیر مادر با محتوای استاندارد، کیفیت مناسب و تعداد کافی به مادر داده می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                                                                       | ۴.۶        | فرم شماره ۴ |
| <b>مشاهدات</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |            |             |
| ۱.۷             | مشاهدات نشان می دهند که پوسترده اقدام در تمام مکان های لازم نصب شده است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                                                                       | ۴.۱۴       | فرم شماره ۴ |
| ۱.۸             | مشاهدات نشان می دهند پوسترهای آموزشی شیر مادر در مکان های زیر وجود دارد:<br><input type="checkbox"/> بله (در تمام موارد ذکر شده یا این مکان وجود ندارد)<br><input type="checkbox"/> خیر (پوسترهای آموزشی در مکان های لازم نصب نشده است)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | %.....                                                                                                                                                    | ۴.۱۵       | فرم شماره ۴ |
| ۱.۹             | مشاهده سیاست ترویج تغذیه با شیر مادر در داروخانه<br><input type="checkbox"/> شیر مصنوعی در معرض دید قرار ندارد و در صورت فروش با رعایت قانون ترویج تغذیه با شیر مادر می باشد (برچسب، تصویر، ترکیب، خرید و راهنمایی خانواده جهت طرز تهیه و مصرف)<br><input type="checkbox"/> پستانک (گول زنک)، بطری، پوستر... تبلیغ جانشین شونده های شیر مادر وجود ندارد.<br><input type="checkbox"/> پوسترهای ترویج تغذیه با شیر مادر (شامل پوسترده اقدام) وجود دارد.<br><input type="checkbox"/> موجود بودن وسایل کمکی تغذیه با شیر مادر (شیردوش مناسب، پد، ظرف ذخیره شیر، فنجان تغذیه نوزاد)<br><input type="checkbox"/> مسئول و پرسنل داروخانه از سیاست تغذیه با شیر مادر در بیمارستان دوستدار کودک آگاه باشند. | همه موارد در داروخانه بیمارستان اعم از دولتی / خصوصی، بوفه و فروشگاه رعایت می شود.<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴.۱۶       | فرم شماره ۴ |
| ۱.۱۰            | کارکنان از دستورالعمل کشوری شروع شیردهی در ساعت اول اطلاع دارند و نسخه ای از آن در زونکن برنامه شیر مادر در بیمارستان در دسترس است و در اتاق زایمان و اتاق عمل اجرا می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                                                                       | ۴.۱۷       | فرم شماره ۴ |
| ۱.۱۱            | فیلم آموزشی معتبر و مصوب کمیته کشوری تغذیه با شیر مادر حداکثر تا ۲۴ ساعت اول پس از زایمان برای مادر به نمایش گذاشته می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                                                                       | ۴.۱۸       | فرم شماره ۴ |

**اقدام ۲: کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت های لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت ببینند.**

| شماره ریز اقدام | مرور مستندات و مشاهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | نتایج                                                                                                           | شماره سوال         | فرم مربوطه    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| ۲.۱             | ثبت آموزش ها و مشاهده گواهی آموزشی کارکنان و برگه های حضور و غیاب و خلاصه گزارش آموزش کارکنان نشان می دهد که:<br><input type="checkbox"/> حداقل ۹۰٪ کارکنان بالینی مسئول مراقبت از زنان باردار، مادران و کودکان زیر دو سال که بیش از ۶ ماه از خدمتشان در بیمارستان می گذرد حداقل ۲۰ ساعت (براساس کتاب حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک آموزش ۲۰ ساعته، شامل حداقل ۳ ساعت کار بالینی تحت نظارت) آموزش دیده اند.<br><input type="checkbox"/> کلیه کارکنانی که سابقه کاری کمتر از ۶ ماه دارند در زمان شروع به کار در آزمون کتاب ۲۰ ساعته شرکت کرده و حداقل نمره قبولی (۶۰ درصد کل نمره) را کسب کرده اند. | با معیار انطباق دارد:<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                    | ۳. ب. ج<br>۳. ب. ه | فرم شماره ۳ ب |
| ۲.۲             | مرور برنامه کارگاه آموزشی که موضوعات ذیل را به نحو مناسبی پوشش داده است:<br><input type="checkbox"/> ده اقدام برای موفقیت در تغذیه با شیر مادر (کتاب ۲۰ ساعته)<br>تئوری و عملی<br><input type="checkbox"/> مفاد قانون ترویج تغذیه با شیر مادر جمهوری اسلامی ایران و کد بین المللی (کتابچه قانون)<br><input type="checkbox"/> سوالات پیش آزمون و سوالات امتحانی پایان دوره                                                                                                                                                                                                                                                          | تمام موارد را به نحو مناسبی پوشش می دهد:<br><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴. ۷               | فرم شماره ۴   |
| ۲.۳             | کارکنان در انتهای کارگاه آموزشی ۲۰ ساعته در آزمون شرکت کرده و حداقل نمره قبولی (۸۰ درصد کل نمره) را کسب کرده اند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                             | ۴. ۸               | فرم شماره ۴   |
| ۲.۴             | بازآموزی (براساس نیازسنجی و موضوعات در اولویت)، حداقل هر دو سال یکبار، برای حداقل ۹۰٪ کارکنان ارائه می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                             | ۳. ب. د            | فرم شماره ۳ ب |
| ۲.۵             | منابع مورد نیاز برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر موجود و در دسترس است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                             | ۴. ۱۹              | فرم شماره ۴   |

### اقدام ۳: مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیرمادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن، عوارض تغذیه مصنوعی، بطری و گول زنک آموزش دهند.

| شماره ریز اقدام | مرور مستندات و مشاهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | نتایج                                                               | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۳.۱             | برنامه مدونی مشتمل بر عناوین آموزشی مشخص (براساس راهنمای آموزشی مادران باردار برای شیردهی) برای جلسات آموزشی تغذیه با شیرمادر وجود دارد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴.۱۰       | فرم شماره ۴ |
| ۳.۲             | جلسات براساس مشاهده چک لیست های تکمیل شده آموزش مادران شامل موارد ذیل می شود:<br><input type="checkbox"/> فواید تغذیه با شیرمادر<br><input type="checkbox"/> اهمیت تماس پوست به پوست با نوزاد بلافاصله پس از تولد و تغذیه با شیرمادر ظرف ساعت اول<br><input type="checkbox"/> اهمیت هم اتاقی مادر و نوزاد<br><input type="checkbox"/> وضعیت صحیح شیردهی<br><input type="checkbox"/> اهمیت تغذیه شیرخوار برحسب تقاضا<br><input type="checkbox"/> راه اطمینان یافتن از کفایت دریافت شیرمادر<br><input type="checkbox"/> اهمیت تغذیه انحصاری با شیرمادر<br><input type="checkbox"/> عوارض شیر مصنوعی، بطری و گول زنک<br>چنانچه ۶ مورد از ۸ مورد را پوشش می دهد، بلی را علامت بزنید. | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴.۱۱       | فرم شماره ۴ |
| ۳.۳             | جلسه آموزشی برای همسریا افراد دیگری از خانواده تشکیل می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴.۲۶       | فرم شماره ۴ |
| ۳.۴             | مستندات نشان می دهد مادران نیازمند مراقبت ویژه برای شیردهی (براساس راهنمای آموزش مادران باردار برای شیردهی) شناسایی، ثبت و پیگیری می شوند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴.۱۲       | فرم شماره ۴ |
| ۳.۵             | به مادران باردار سی دی یا پمفلت آموزشی تغذیه با شیرمادر داده می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴.۲۷       | فرم شماره ۴ |

| شماره ریزاقدام                                                                                                                                                                                                                                                      | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | نتایج                                                                                      | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۳.۶                                                                                                                                                                                                                                                                 | مادران ذیل اذعان داشته‌اند که در طول مراجعات دوران بارداری، کارکنان در مورد حداقل ۵ موضوع از ۸ موضوع ذیل به آن‌ها اطلاعات داده‌اند: (فواید تغذیه با شیرمادر، اهمیت تماس پوست به پوست با نوزاد بلافاصله پس از تولد و تغذیه با شیرمادر ظرف ساعت اول، اهمیت هم‌اتاقی مادر و نوزاد، وضعیت صحیح شیردهی، اهمیت تغذیه شیرخوار برحسب تقاضا، راه اطمینان یافتن از کفایت دریافت شیرمادر، اهمیت تغذیه انحصاری با شیرمادر، عوارض شیر مصنوعی، بطری و گول‌زنک)<br>۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□ | مجموع: ... از ... : ... %                                                                  | ۵.۵        | فرم شماره ۵ |
| <b>اقدام ۴: به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیرمادر را در ساعت اول تولد شروع کنند و در کلیه بخش‌ها برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه‌ای طراحی گردد که اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نکند.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |            |             |
| ۴.۱                                                                                                                                                                                                                                                                 | مادران ذیل اذعان داشته‌اند که بلافاصله یا تا پنج دقیقه پس از زایمان یا در صورت سزارین با بیهوشی عمومی، پس از بازیابی هوشیاری خود، نوزادشان را در آغوش گرفتند: ۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                                                                                                                                                                                                                                                                                       | مجموع: ... از ... : ... %                                                                  | ۵.۹        | فرم شماره ۵ |
| ۴.۲                                                                                                                                                                                                                                                                 | مادران ذیل اذعان داشته‌اند که برای در آغوش گرفتن نوزاد خود برای اولین بار با تاخیر، دلایل موجه پزشکی وجود داشته است: (نوزاد به مراقبت پزشکی نیاز داشته)<br>[۱=بله، بدلیل نیاز نوزاد به مراقبت پزشکی ۲=خیر]<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                                                                                                                                                                                                                                                                | مجموع: ... از ... : ... %<br>مخرج کسر: مادرانی که در ریزاقدام ۴.۱، نتیجه آنها خیر بوده است | ۵.۱۰       | فرم شماره ۵ |
| ۴.۳                                                                                                                                                                                                                                                                 | مادران ذیل اذعان داشته‌اند اولین باری که نوزاد خود را در اتاق زایمان در آغوش گرفتند تماس آن‌ها «پوست به پوست» بوده است: ۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | مجموع: ... از ... : ... %                                                                  | ۵.۱۱       | فرم شماره ۵ |

| شماره ریز اقدام        | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | نتایج                                                               | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۴.۴                    | مادران ذیل اذعان داشته اند که با نوزاد خود برای یک ساعت یا بیشتر یا تا زمان اولین تغذیه در تماس پوست با پوست بوده اند:<br>۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ<br>۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/><br>۱۱ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۲۱ <input type="checkbox"/><br>۲۲ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۳۰ <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | مجموع: .... از ....: %                                              | ۵.۱۲       | فرم شماره ۵ |
| ۴.۵                    | در بخش زنان زایمان: مادران ذیل اذعان داشته اند اولین باری که نوزاد خود را در آغوش گرفته اند، کارکنان آن ها را به یافتن نشانه های آمادگی برای تغذیه با شیر مادر در نوزادان ترغیب کرده اند و برای شروع شیر مادر در ساعت اول تولد کمک کردند.<br>۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ<br>۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/><br>۱۱ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۲۱ <input type="checkbox"/><br>۲۲ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۳۰ <input type="checkbox"/> | مجموع: .... از ....: %                                              | ۵.۱۳       | فرم شماره ۵ |
| ۴.۶                    | در بخش NICU و نوزادان: مادران ذیل اذعان داشته اند که به آنان این امکان داده شده که نوزادشان در تماس پوست به پوست با آنها قرار بگیرد. ۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ<br>۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/><br>۱۱ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۲۱ <input type="checkbox"/><br>۲۲ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۳۰ <input type="checkbox"/>                                                                                                         | مجموع: .... از ....: %                                              | ۵.۱۶ ب     | فرم شماره ۵ |
| مرور مستندات و مشاهدات |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                     |            |             |
| ۴.۷                    | مشاهده نشان می دهد دمای محل زایمان (اتاق زایمان و اتاق عمل) مناسب است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%..... | ۴.۲۲       | فرم شماره ۴ |
| ۴.۸                    | در بخش اطفال، نوزادان و NICU: طول مدت ناشتا بودن (NPO) به دلیل اقدامات درمانی از جمله عمل جراحی کمتر و یا مساوی ۴ ساعت بوده است (اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نشده و شیردهی تداوم داشته است).<br>پرونده ۱ <input type="checkbox"/> پرونده ۲ <input type="checkbox"/> پرونده ۳ <input type="checkbox"/> پرونده ۴ <input type="checkbox"/> پرونده ۵ <input type="checkbox"/> پرونده ۶ <input type="checkbox"/><br>(اگر ۴ مورد از ۶ مورد کمتر، مساوی ۴ ساعت است) بلی، تداوم شیردهی را علامت بزنیید و در غیر این صورت <input type="checkbox"/> خیر عدم تداوم شیردهی را علامت بزنیید)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | %.....                                                              | ۴.۹        | فرم شماره ۴ |

| شماره ریزاقدام                                                                                                                                                                   | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | نتایج                                   | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|-------------|
| <b>اقدام ۵: به مادران روش تغذیه با شیر مادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (در صورت بیماری مادر یا شیرخوار، اشتغال مادر) نشان دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |            |             |
| ۵.۱ الف                                                                                                                                                                          | <p><b>در بخش زنان و زایمان:</b> مادران ذیل اظهار نمودند که کارکنان پس از اولین کمک در ساعت اول، برای تغذیه شیرخوارشان از پستان در تغذیه نوبت بعد (حداکثر ظرف ۶ ساعت پس از تولد) به آنان کمک بیشتری کرده اند: ۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br/>۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□</p>                                                                                | مجموع: ... از ...: %                    | ۵.۱۴       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۱ ب                                                                                                                                                                            | <p><b>در بخش نوزادان، اطفال و NICU:</b> مادران ذیل اظهار نمودند که کارکنان برای تغذیه مستقیم شیرخوار از پستان و یا دوشیدن شیر حداکثر ظرف ۶ ساعت پس از پذیرش کمکشان کردند:</p> <p>۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br/>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br/>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p>                                                                | کل: ... از ...: نفر: ...<br>درصد: ..... | ۵.۱۶ الف   | فرم شماره ۵ |
| ۵.۲                                                                                                                                                                              | <p>مادران ذیل اذعان داشته اند که کارکنان تا قبل از ترخیص برای شیردهی موفق شامل وضعیت صحیح در آغوش گرفتن، به پستان گذاشتن و مکیدن صحیح شیرخوار مشاهده، بررسی و آموزش های لازم را به آن ها ارائه داده اند و قادرند به درستی آنرا شرح دهند:</p> <p>۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br/>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br/>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p> | مجموع: ... از ...: %                    | ۵.۱۷       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۳                                                                                                                                                                              | <p>مادران ذیل اذعان داشته اند که کارکنان دوشیدن شیر با دست را به آن ها نشان داده و مراحل دوشیدن را آموزش داده اند و قادرند آنرا بدرستی بیان کنند. ۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br/>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br/>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p>                                                                                               | مجموع: ... از ...: %                    | ۵.۱۸       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۴                                                                                                                                                                              | <p>مادران ذیل اذعان داشته اند که دوشیدن شیر با دست را با نظارت کارکنان امتحان کرده اند و تا اندازه ای موفق شده اند:</p> <p>۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br/>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br/>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p>                                                                                                                      | مجموع: ... از ...: %                    | ۵.۱۹       | فرم شماره ۵ |



| شماره ریزاقدام | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نتایج                      | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|-------------|
| ۵.۵            | مادران ذیل اذعان داشته اند که نحوه نگهداری شیردوشیده شده را به آن ها آموزش داده اند و به درستی آن را بیان میکنند.<br>۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/>                                                                    | مجموع: .... از .... :... % | ۵.۲۰       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۶            | مادران ذیل اذعان داشته اند که نحوه خوراندن شیردوشیده شده و وسیله مناسب به آن ها آموزش داده شده است و قادرند آنرا به درستی شرح دهند: ۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/>                                                     | مجموع: .... از .... :... % | ۵.۲۱       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۷            | مادران ذیل اذعان داشته اند به آن ها گفته شده است در صورت عدم امکان تغذیه مستقیم از پستان، ۸ بار یا بیشتر شیرشان را بدوشند تا تغذیه شیرخوار و تولید شیر ادامه یابد: ۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/>                      | مجموع: .... از .... :... % | ۵.۳۳       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۸            | مادران ذیل میتوانند راه های تشخیص کافی بودن شیرمادر را شرح دهند: ۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | مجموع: .... از .... :... % | ۵.۲۸       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۹            | مادران ذیل اذعان داشته اند که به آن ها آموزش داده اند که در هر بار تغذیه، از هر دو پستان و بطور متناوب شیر بدهند (تا زمان استقرار شیردهی و تشخیص مادر و کودک)<br>[۱=بله یا مورد ندارد؛ ۲=خیر؛ ۰=پاسخ نداده است]<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/> | مجموع: .... از .... :... % | ۵.۲۷       | فرم شماره ۵ |
| ۵.۱۰           | مادران ذیل اظهار داشتند که در مورد خطرات تغذیه مصنوعی (شیر مصنوعی، بطری و گول زنک) با آنان صحبت کرده اند و قادرند بدرستی آنرا بازگو کنند: ۱=بله ۲=خیر=۰ بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/>                                               | مجموع: .... از .... :... % | ۵.۲۴       | فرم شماره ۵ |

| شماره ریزاقدام                                                                                                                                                | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | نتایج                                                                                                               | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۵. ۱۱                                                                                                                                                         | مادران ذیل اذعان داشته‌اند که به تسهیلات لازم برای دوشیدن و ذخیره کردن شیر (شیردوش برقی بیمارستانی، ظرف نگهداری شیر و...) دسترسی داشته‌اند و در این خصوص مطلع شده بودند.<br>۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                                                                                                                                                                                                    | مجموع: ... از ...: ... %                                                                                            | ۵. ۳۲      | فرم شماره ۵ |
| <b>مشاهدات و مرور مستندات</b>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |            |             |
| ۵. ۱۲                                                                                                                                                         | برای مادران در هر یک از بخش‌های زنان و زایمان، کودکان، نوزادان و NICU، امکان استفاده از شیردوش برقی بیمارستانی وجود دارد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بله □ خیر □<br>%.....                                                                                               | ۴. ۲۳      | فرم شماره ۴ |
| ۵. ۱۳                                                                                                                                                         | در کلیه بخش‌ها (زنان و زایمان، کودکان، نوزادان و NICU) وسایل نگهداری شیردوشیده شده و خورانش آن (فنجان، ظرف‌های مخصوص نگهداری شیر، یخچال) وجود دارد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | بله □ خیر □<br>%.....                                                                                               | ۴. ۲۴      | فرم شماره ۴ |
| ۵. ۱۴                                                                                                                                                         | در بخش‌ها، وسایل استریل کردن شیردوش و ظروف شیر وجود دارد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بله □ خیر □<br>%.....                                                                                               | ۴. ۲۵      | فرم شماره ۴ |
| <b>اقدام ۶: به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر بجز شیر مادر و قطره ویتامین، هیچ گونه غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند... ) ندهند. (مگر در صورت ضرورت پزشکی)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |            |             |
| ۶. ۱                                                                                                                                                          | در بخش زنان و زایمان: مادران ذیل اذعان داشته‌اند که نوزاد آنها از زمان تولد چیزی جز شیر مادر دریافت نکرده‌اند:<br>۱=بله (تغذیه انحصاری دارد)<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | مخرج کسر: مجموع مادران مصاحبه شده در بخش زنان و زایمان<br>صورت کسر: مجموع موارد ۱<br>مجموع: ... از ...: ... %       | ۵. ۱۵. ۱   | فرم شماره ۵ |
| ۶. ۲                                                                                                                                                          | در بخش زنان و زایمان: مادران ذیل اذعان داشته‌اند که نوزاد آنها از زمان تولد چیزی علاوه بر شیر مادر دریافت کرده‌اند که با بررسی کارکنان بدلیل ضرورت پزشکی بوده است: ۱=بله<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>برای محاسبه درصد نوزادانی که از زمان تولد چیزی علاوه بر شیر مادر دریافت کرده‌اند که با بررسی کارکنان بدون ضرورت پزشکی بوده است لازم است از فرمول ذیل استفاده کنید.<br>(ع-۵+۶. ۲+۶. ۱)-۱۰۰=درصد نوزادانی که بدون ضرورت پزشکی چیزی جز شیر مادر دریافت کرده‌اند. (ع-۸) | مخرج کسر: مجموع تعداد مادران مصاحبه شده در بخش زنان و زایمان<br>صورت کسر: مجموع موارد ۱<br>مجموع: ... از ...: ... % | ۵. ۱۵. ۱   | فرم شماره ۵ |

| شماره ریزاقدام | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | نتایج                                                                                                                                     | شماره سوال | فرم مربوطه     |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| ۶.۳            | در بخش کودکان، نوزادان و NICU: برای کودکان زیر ۶ ماه: مادران ذیل اذعان داشته اند که تغذیه انحصاری شیرخوار آنها در بیمارستان ادامه دارد.: [۱= بله (تغذیه انحصاری دارد)]<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                                                                                              | مخرج کسر: مجموع<br>تعداد مادران مصاحبه<br>شده در بخش های<br>کودکان، نوزادان و NICU<br>صورت کسر: مجموع<br>موارد<br>مجموع: .... از .... = % | ۵. ۱۵. ۲   | فرم<br>شماره ۵ |
| ۶.۴            | در بخش کودکان، نوزادان و NICU برای کودکان زیر ۶ ماه: مادران ذیل اذعان داشته اند تغذیه انحصاری شیرخوار آنها در بیمارستان مختل شده است که با بررسی کارکنان به دلایل موجه پزشکی بوده است: ۱= بله (عدم تداوم تغذیه انحصاری بدلیل ضرورت پزشکی)<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                           | مخرج کسر: مجموع<br>تعداد مادران مصاحبه<br>شده در بخش های<br>کودکان، نوزادان و NICU<br>صورت کسر: مجموع<br>موارد<br>مجموع: .... از .... = % | ۵. ۱۵. ۲   | فرم<br>شماره ۵ |
| ۶-ع            | در بخش کودکان، نوزادان و NICU: برای کودکان زیر ۶ ماه: مادران ذیل اذعان داشته اند تغذیه انحصاری شیرخوار آنها در بیمارستان مختل شده است که با بررسی کارکنان به دلایل موجه پزشکی نبوده است: ۱= بله (عدم تداوم تغذیه انحصاری بدون ضرورت پزشکی)<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                          | مخرج کسر: مجموع<br>تعداد مادران مصاحبه<br>شده در بخش های<br>کودکان، نوزادان و NICU<br>صورت کسر: مجموع<br>موارد<br>مجموع: .... از .... = % | ۵. ۱۵. ۲   | فرم<br>شماره ۵ |
| ۶.۵            | در بخش کودکان، نوزادان و NICU: برای کودکان زیر ۶ ماه: مادران ذیل اذعان داشته اند تغذیه شیرخوار آنها با شیرمادر در بیمارستان مختل نشده است: (شیرخوار قبل از پذیرش تغذیه انحصاری نداشته و پس از پذیرش نیز شیرمادر قطع نشده است): ۱= بله (عدم اختلال تغذیه با شیرمادر)<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□ | مخرج کسر: مجموع<br>تعداد مادران مصاحبه<br>شده در بخش های<br>کودکان، نوزادان و NICU<br>صورت کسر: مجموع<br>موارد<br>مجموع: .... از .... = % | ۵. ۱۵. ۲   | فرم<br>شماره ۵ |
| ۷-ع            | در بخش کودکان، نوزادان و NICU: برای کودکان زیر ۶ ماه: مادران ذیل اذعان داشته اند تغذیه شیرخوار آنها با شیرمادر در بیمارستان قطع شده است: (شیرخوار قبل از پذیرش شیرمادر می خورده است و پس از پذیرش شیرمادر قطع شده است): ۱= بلی (قطع شیرمادر)<br>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□<br>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□<br>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□                        | مخرج کسر: مجموع<br>تعداد مادران مصاحبه<br>شده در بخش های<br>کودکان، نوزادان و NICU<br>صورت کسر: مجموع<br>موارد<br>مجموع: .... از .... = % | ۵. ۱۵. ۲   | فرم<br>شماره ۵ |

| شماره ریز اقدام | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                             | نتایج                                                                                                                                                         | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۸-ع             | <p><b>در بخش زنان و زایمان:</b> مادران ذیل اذعان داشته‌اند که نوزادشان علاوه بر شیر مادر چیزی دریافت کرده اند که بدون دلیل پزشکی بوده است: ۱=عدم تغذیه انحصاری بدون ضرورت پزشکی</p> <p>۱ □ ۲ □ ۳ □ ۴ □ ۵ □ ۶ □ ۷ □ ۸ □ ۹ □ ۱۰ □</p> <p>۱۱ □ ۱۲ □ ۱۳ □ ۱۴ □ ۱۵ □ ۱۶ □ ۱۷ □ ۱۸ □ ۱۹ □ ۲۰ □</p> | <p><b>مخرج کسر:</b> مجموع تعداد مادران مصاحبه شده در بخش زنان و زایمان</p> <p><b>صورت کسر:</b> مجموع موارد ۱</p> <p>مجموع..... از</p> <p>%.....=۱۰۰x.....</p> | ۵. ۱۵. ۱   | فرم شماره ۵ |

ریز اقدامات مرتبط با اقدام ششم در بخش زنان و زایمان شامل تغذیه انحصاری (۶. ۱) و عدم تغذیه انحصاری با ضرورت پزشکی (۶. ۲) می‌باشد.  $100\% = (ع-۵) + (۶. ۲) + (۶. ۱) + ع-۸$

ریز اقدامات مرتبط با اقدام ششم در بخش کودکان، نوزادان و NICU شامل تداوم تغذیه انحصاری (۶. ۳) عدم تداوم تغذیه انحصاری با ضرورت پزشکی (۶. ۴) و عدم اختلال تغذیه با شیر مادر (۶. ۵) می‌باشد

(ع-۶) و (ع-۷) بدلیل منفی بودن نتایج قابل محاسبه ذیل اقدام ۶ نیستند اما از آنجایی که مکمل امتیاز عملکرد اقدام ۶ در بخش کودکان، نوزادان و NICU هستند (جمع امتیازات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷-ع و ۷-برابر ۱۰۰٪ باید باشد) در این قسمت آورده شده است. اما به جهت استفاده از درصد آن‌ها در مداخلات و برنامه ریزی‌های لازم جهت ارتقاء وضعیت در بخش «اطلاعات کلی» لحاظ خواهند شد.

| <b>اقدام ۷: برنامه هم اتاقی مادر و شیرخوار را در طول شبانه روز اجرا کنند و در بخش‌های اطفال تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی مادران و نیازهای فیزیکی و عاطفی آنان را تامین نمایند.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |            |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|-------------|
| شماره ریز اقدام                                                                                                                                                                          | مصاحبه با مادر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | نتایج                  | شماره سوال | فرم مربوطه  |
| ۷. ۱ الف                                                                                                                                                                                 | <p><b>در بخش زنان و زایمان:</b> مادران ذیل اذعان داشته‌اند که در مدت اقامت در بیمارستان شیرخوارشان در طول شب و روز همیشه پیش آن‌ها بوده‌اند و یا اگر نبوده‌اند به دلایل موجه پزشکی مستند بوده است: ۱=بله ۲=خیر = بدون پاسخ</p> <p>۱ □ ۲ □ ۳ □ ۴ □ ۵ □ ۶ □ ۷ □ ۸ □ ۹ □ ۱۰ □</p> <p>۱۱ □ ۱۲ □ ۱۳ □ ۱۴ □ ۱۵ □ ۱۶ □ ۱۷ □ ۱۸ □ ۱۹ □ ۲۰ □</p>                             | مجموع: .... از ....: % | ۵. ۲۲ الف  | فرم شماره ۵ |
| ۷. ۱ ب                                                                                                                                                                                   | <p><b>در بخش نوزادان، اطفال و NICU:</b> مادران ذیل گزارش نمودند که هر زمان مطابق میل خود به کودکانشان دسترسی داشته‌اند:</p> <p>۱=بله ۲=خیر = بدون پاسخ</p> <p>۱ □ ۲ □ ۳ □ ۴ □ ۵ □ ۶ □ ۷ □ ۸ □ ۹ □ ۱۰ □</p> <p>۱۱ □ ۱۲ □ ۱۳ □ ۱۴ □ ۱۵ □ ۱۶ □ ۱۷ □ ۱۸ □ ۱۹ □ ۲۰ □ ۲۱ □</p> <p>۲۲ □ ۲۳ □ ۲۴ □ ۲۵ □ ۲۶ □ ۲۷ □ ۲۸ □ ۲۹ □ ۳۰ □</p>                                        | مجموع: .... از ....: % | ۵. ۲۲ ب    | فرم شماره ۵ |
| ۷. ۲                                                                                                                                                                                     | <p>مادران ذیل اذعان داشته‌اند که کارکنان به گونه‌ای با ایشان صحبت کرده‌اند که به آن‌ها در مورد تغذیه فرزندشان با شیر مادر آرامش خاطر داده و آن‌ها را نگران نکرده است: ۱=بله ۲=خیر = بدون پاسخ</p> <p>۱ □ ۲ □ ۳ □ ۴ □ ۵ □ ۶ □ ۷ □ ۸ □ ۹ □ ۱۰ □</p> <p>۱۱ □ ۱۲ □ ۱۳ □ ۱۴ □ ۱۵ □ ۱۶ □ ۱۷ □ ۱۸ □ ۱۹ □ ۲۰ □ ۲۱ □</p> <p>۲۲ □ ۲۳ □ ۲۴ □ ۲۵ □ ۲۶ □ ۲۷ □ ۲۸ □ ۲۹ □ ۳۰ □</p> | مجموع: .... از ....: % | ۵. ۳۱      | فرم شماره ۵ |

| شماره ریز اقدام | مشاهدات و مرور مستندات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نتایج                                                                  | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ۷.۳ الف         | در بخش اطفال، نوزادان و NICU: امکان اقامت ۲۴ ساعته مادران در کنار کودک و تسهیلات لازم (اتاق استراحت، تخت، یخچال، دسترسی به حمام و سرویس بهداشتی، دسترسی به غذا و مایعات، دسترسی به مراقبت پزشکی در صورت نیاز، دسترسی به صندلی راحتی و زیرپایی، امکان ملاقات پدر، دسترسی به تلفن) وجود دارد.<br>**در صورت وجود اتاق استراحت، تخت، یخچال و دسترسی به غذا و مایعات و برای سایر موارد وجود ۴ مورد از ۵ مورد، دیگر قابل قبول است. | <input type="checkbox"/> بله<br><input type="checkbox"/> خیر<br>٪..... | ۴.۲۰ الف   | فرم شماره ۴ |
| ۷.۳ ب           | در بخش زنان و زایمان: به مادر زایمان کرده غذا و میان وعده داده می شود. (شامل مادری که در ساعات شب زایمان می کند)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> بله<br><input type="checkbox"/> خیر<br>٪..... | ۴.۲۰ ب     | فرم شماره ۴ |

#### اقدام ۸: مادران را به تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار با شیر مادر تشویق، کمک و حمایت کنند.

| مصاحبه با مادران |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |      |             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-------------|
| ۸.۱              | مادران ذیل اذعان داشته اند به آن ها گفته شده است که شیرخوار خود را برحسب میل و تقاضای شیرخوار و مدت دلخواه در هر وعده تغذیه کنند و همچنین کارکنان در مورد تعداد دفعات و طول مدت شیردهی محدودیتی برایشان قائل نشده اند: ۱= بلی ۲= خیر ۰= بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/> | مجموع: .... از ....: ٪.. | ۵.۲۵ | فرم شماره ۵ |
| ۸.۲              | مادران ذیل می توانند حداقل دو مورد از علائم زودرس و کلیه موارد دیررس در مورد نحوه تشخیص گرسنگی شیرخوار را بیان کنند:<br>۱= بلی ۲= خیر ۰= بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/>                                                                                                | مجموع: .... از ....: ٪.. | ۵.۲۶ | فرم شماره ۳ |

#### اقدام ۹: مطلقاً از بطری و پستانک (گول زنک) استفاده نکنند.

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |          |             |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|-------------|
| ۹.۱ | در بخش زنان و زایمان: مادران ذیل گزارش نمودند که کارکنان بخش، شیرخوارانشان را با بطری تغذیه نکرده اند و گول زنک نداده اند.<br>۱= بلی (داده نشده است) ۲= خیر (داده شده است) ۰= بدون پاسخ<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/> | مجموع: .... از ....: ٪.. | ۵.۲۳ الف | فرم شماره ۵ |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|-------------|

| شماره ریز اقدام | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                   | نتایج                 | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|
| ۹.۲             | <p>در بخش اطفال، نوزادان و NICU: مادران ذیل گزارش نمودند که شیرخوارانشان از بطری و گول زنک استفاده نکرده اند.</p> <p>۱=بلی ۲=خیر=بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□</p> <p>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□</p> <p>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p> | مجموع:.... از ....: % | ۵.۲۳ ب     | فرم شماره ۳ |

**اقدام ۱۰: تشکیل گروه های حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروه های حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.**

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |      |             |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|-------------|
| ۱۰.۱ | <p>مادران ذیل گزارش نمودند که به آن ها اطلاعات مکتوبی در مورد اینکه پس از بازگشت به منزل از کجا و چگونه در مورد تغذیه شیرخوار اطلاعات کسب نمایند ارائه شده است و کلیه روش های موجود را ذکر می نمایند:</p> <p>۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□</p> <p>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□</p> <p>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p> | مجموع:.... از ....: % | ۵.۳۰ | فرم شماره ۵ |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|-------------|

**مشاهدات و مرور مستندات**

|      |                                                                                                                    |                                                                                |       |             |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| ۱۰.۲ | مستندات نشان می دهد مادران و شیرخواران نیازمند مراقبت ویژه از نظر تغذیه با شیر مادر شناسایی، ثبت و پیگیری می شوند. | <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>%.....</p> | ۴.۶ ب | فرم شماره ۴ |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|

**استخراج اطلاعات عمومی از فرم مصاحبه با مادر**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |     |             |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|-------------|
| ۱-ع | <p>مادران ذیل اذعان داشته اند که در مورد فرزند قبلی خویش تجربه شیردهی موفق داشته اند. ۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ/مورد ندارد</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□</p> <p>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□</p> <p>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p>                   | مجموع:.... از ....: % | ۵.۲ | فرم شماره ۵ |
| ۲-ع | <p>مادران ذیل اذعان داشته اند که وزن نوزاد آن ها در زمان تولد حداقل ۱۵۰۰ گرم (۱۵۰۰ گرم یا بالاتر) بوده است:</p> <p>۱=بله ۲=خیر=بدون پاسخ</p> <p>۱۰□ ۹□ ۸□ ۷□ ۶□ ۵□ ۴□ ۳□ ۲□ ۱□</p> <p>۲۱□ ۲۰□ ۱۹□ ۱۸□ ۱۷□ ۱۶□ ۱۵□ ۱۴□ ۱۳□ ۱۲□ ۱۱□</p> <p>۳۰□ ۲۹□ ۲۸□ ۲۷□ ۲۶□ ۲۵□ ۲۴□ ۲۳□ ۲۲□</p> | مجموع:.... از ....: % | ۵.۷ | فرم شماره ۵ |

| شماره ریز اقدام | مصاحبه با مادران                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | نتایج                                                                                                                                                                                                                                                       | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ع-۳             | مادران ذیل اذعان داشته اند که زایمان طبیعی (واژینال)، سزارین بدون بیهوشی عمومی، یا سزارین با بیهوشی عمومی داشته اند:<br>[ط = طبیعی؛ C-WGA = سزارین بدون بیهوشی عمومی؛ C-GA = سزارین با بیهوشی عمومی؛ ۰ = پاسخ نداده است]<br>۱□ ۲□ ۳□ ۴□ ۵□ ۶□ ۷□ ۸□ ۹□ ۱۰□<br>۱۱□ ۱۲□ ۱۳□ ۱۴□ ۱۵□ ۱۶□ ۱۷□ ۱۸□ ۱۹□ ۲۰□ ۲۱□<br>۲۲□ ۲۳□ ۲۴□ ۲۵□ ۲۶□ ۲۷□ ۲۸□ ۲۹□ ۳۰□                             | ط: ... از ...: ...%<br>C-WGA: ... از ...: ...%<br>C-GA: ... از ...: ...%                                                                                                                                                                                    | ۵. ۸       | فرم شماره ۵ |
| ع-۴             | مادران ذیل اذعان داشته اند که برای مراقبت های دوران بارداری به مراکز ذیل مراجعه کرده اند:<br>(۱) همین بیمارستان ..... بار<br>(۲) مراکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت ..... بار<br>(۳) مطب پزشک، ماما<br>(۴) بیمارستان دیگر<br>(۵) مراجعه نداشته است.<br>۱□ ۲□ ۳□ ۴□ ۵□ ۶□ ۷□ ۸□ ۹□ ۱۰□<br>۱۱□ ۱۲□ ۱۳□ ۱۴□ ۱۵□ ۱۶□ ۱۷□ ۱۸□ ۱۹□ ۲۰□ ۲۱□<br>۲۲□ ۲۳□ ۲۴□ ۲۵□ ۲۶□ ۲۷□ ۲۸□ ۲۹□ ۳۰□ | (۱) مجموع: ... از ...: ...% همین بیمارستان<br>(۲) مجموع: ... از ...: ...% مراکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت<br>(۳) مجموع: ... از ...: ...% مطب پزشک، ماما<br>(۴) مجموع: ... از ...: ...% بیمارستان دیگر<br>(۵) مجموع: ... از ...: ...% مراجعه نداشته است. | ۵. ۳       | فرم شماره ۵ |
| ع-۵             | در بخش زنان و زایمان: مادران ذیل اذعان داشته اند که نوزادشان با شیر مادر تغذیه نمی شود: [۱ = بله؛ عدم تغذیه با شیر مادر]<br>۱□ ۲□ ۳□ ۴□ ۵□ ۶□ ۷□ ۸□ ۹□ ۱۰□<br>۱۱□ ۱۲□ ۱۳□ ۱۴□ ۱۵□ ۱۶□ ۱۷□ ۱۸□ ۱۹□ ۲۰□ ۲۱□<br>۲۲□ ۲۳□ ۲۴□ ۲۵□ ۲۶□ ۲۷□ ۲۸□ ۲۹□ ۳۰□                                                                                                                             | مخرج کسر: مجموع مادران مصاحبه شده در بخش زنان و زایمان<br>صورت کسر: مجموع موارد ۱<br>مجموع: ... از ...: ...%                                                                                                                                                | ۵. ۱۵. ۱   | فرم شماره ۵ |

### اجرای قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران و کدبین المللی

#### مشاهدات و مرور مستندات

|     |                                                                                                                                                                                                              |                                                   |       |             |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------------|
| ک-۱ | مرور مستندات و صورتحساب ها نشان می دهند که همه جایگزین های شیر مادر، اعم از شیر مصنوعی و سایر غذاها یا وسایل مورد استفاده، در بیمارستان به قیمت عمده یا غیر تخفیف دار خریداری شده اند: با قانون انطباق دارد: | □بله/ جایگزین خریداری نشده است.<br>□خیر<br>%..... | ۴. ۱۳ | فرم شماره ۴ |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------------|

| شماره ریزاقدام   | مشاهدات و مرور مستندات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | نتایج                                                                                                        | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| ک-۲              | در زمان ترخیص به مادران پکیج داده نمیشود و یا چنانچه داده می شود محتوی آن با کد و قانون شیر مادر منطبق است:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> داده نمی شود<br>%..... | ۴. ۳۱      | فرم شماره ۴ |
| ک-۳              | کد بین المللی بازاریابی جایگزین های شیر مادر و قانون تغذیه با شیر مادر رعایت می شود:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                                          | ۴. ۳۲      | فرم شماره ۴ |
| مصاحبه با مادران |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                              |            |             |
| ک-۴              | مادران ذیل اذعان داشته اند که هرگز تبلیغات جایگزین های شیر مادر یا هدایای تبلیغاتی شامل نمونه های شیر مصنوعی، بطری یا مواد دیگر، دریافت نکرده اند.<br>[۱ = بله (دریافت نکرده اند)، ۲ = خیر، ۰ = پاسخ نداده است]<br>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/><br>۲۱ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/><br>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/> | مجموع:..... از.....:.....<br>%.....                                                                          | ۵. ۲۹      | فرم شماره ۵ |

| مراقبت دوستدار مادر    |                                                                                      |                                                                                               |       |             |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| مشاهدات و مرور مستندات |                                                                                      |                                                                                               |       |             |
| م-۱                    | اپیزیوتومی برای مادران شکم اول روتین نیست. (طبق پروتکل ابلاغی است)                   | <input type="checkbox"/> بله، روتین نیست<br><input type="checkbox"/> خیر، روتین است<br>%..... | ۴. ۲۸ | فرم شماره ۴ |
| م-۲                    | وصل کردن سرم برای مادران روتین نیست.                                                 | <input type="checkbox"/> بله، روتین نیست<br><input type="checkbox"/> خیر، روتین است<br>%..... | ۴. ۲۹ | فرم شماره ۴ |
| م-۳                    | در اتاق لیبر به مادران غیر پرخطر اجازه خوردن و آشامیدن مواد غذایی مناسب داده می شود. | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر<br>%.....                           | ۴. ۳۰ | فرم شماره ۴ |



| شماره ریزاقدام         | مصاحبه با مادر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | نتایج                     | شماره سوال | فرم مربوطه  |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|-------------|
| ۴-م                    | <p>مادران ذیل اذعان داشته اند به آن ها در مراجعات مراقبت های دوران بارداری گفته شده است که می توانند در طول زایمان همراهی به انتخاب خود داشته باشند و درباره گزینه های مختلف تسکین درد و گزینه های بهتر برای مادران و نوزادان صحبت شده است:</p> <p>[۱ = بله؛ ۲ = خیر؛ ۰ = پاسخ نداده است]</p> <p>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/></p> <p>۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/></p> <p>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/> ۲۱ <input type="checkbox"/></p> | مجموع:.... از....: %..... | ۵. ۴       | فرم شماره ۵ |
| ۵-م                    | <p>مادران ذیل اذعان داشته اند که در طول زایمان به راه رفتن و حرکت ترغیب شده اند و یا اگر نشده اند به دلایل موجه پزشکی بوده است:</p> <p>[۱ = بله / مورد ندارد؛ ۲ = خیر؛ ۰ = پاسخ نداده است]</p> <p>۱۰ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/></p> <p>۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱۸ <input type="checkbox"/> ۱۷ <input type="checkbox"/> ۱۶ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۴ <input type="checkbox"/> ۱۳ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/></p> <p>۳۰ <input type="checkbox"/> ۲۹ <input type="checkbox"/> ۲۸ <input type="checkbox"/> ۲۷ <input type="checkbox"/> ۲۶ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۲۴ <input type="checkbox"/> ۲۳ <input type="checkbox"/> ۲۲ <input type="checkbox"/> ۲۱ <input type="checkbox"/></p>                                                                                                | مجموع:.... از....: %..... | ۵. ۶       | فرم شماره ۵ |
| مشاهدات و مرور مستندات |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |            |             |
| ۶-م                    | <p>مادران در اتاق زایمان و یا بخش پس از زایمان برای ارائه حمایت های جسمی و روحی روانی همراه دارند: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | %.....                    | ۴. ۲۱      | فرم شماره ۴ |

**فرم پایش (شماره ۶-الف): فرم امتیازدهی - نتایج پایش**

| اقدام   | ریز اقدامات | امتیاز لازم برای کسب لوح دوستدار کودک | امتیاز کسب شده بیمارستان: .....<br>در پایش مورخ: ..... |
|---------|-------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| اقدام ۱ | □ ۱. ۱      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۲      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۳      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۴      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۵      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۶      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۷      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۸      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۹      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۱۰     | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۱. ۱۱     | %۱۰۰                                  |                                                        |
| اقدام ۲ | □ ۲. ۱      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۲. ۲      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۲. ۳      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۲. ۴      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۲. ۵      | %۱۰۰                                  |                                                        |
| اقدام ۳ | □ ۳. ۱      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۳. ۲      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۳. ۳      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۳. ۴      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۳. ۵      | %۱۰۰                                  |                                                        |
|         | □ ۳. ۶      | %۸۰                                   |                                                        |

## فرم پایش (شماره ۶-الف): فرم امتیازدهی - نتایج پایش

| اقدام                         | ریز اقدامات                      | امتیاز لازم برای کسب لوح دوستدار کودک | امتیاز کسب شده بیمارستان: .....<br>در پایش مورخ: ..... |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| اقدام ۴                       | <input type="checkbox"/> ۴.۱     | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۴.۲     | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۴.۳     | %۷۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۴.۴     | %۷۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۴.۵     | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۴.۶     | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۴.۷     | %۱۰۰                                  |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۴.۸     | %۱۰۰                                  |                                                        |
| اقدام ۵                       | <input type="checkbox"/> ۵.۱ الف | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۱ ب   | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۲     | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۳     | %۷۵                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۴     | %۷۵                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۵     | %۷۵                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۶     | %۷۵                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۷     | %۸۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۸     | %۷۵                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۹     | %۷۵                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۱۰    | %۷۵                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۱۱    | %۹۰                                   |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۱۲    | %۱۰۰                                  |                                                        |
|                               | <input type="checkbox"/> ۵.۱۳    | %۱۰۰                                  |                                                        |
| <input type="checkbox"/> ۵.۱۴ | %۱۰۰                             |                                       |                                                        |

**فرم پایش (شماره ۶-الف): فرم امتیازدهی - نتایج پایش**

| اقدام                | ریز اقدامات                      | امتیاز لازم برای کسب لوح دوستدار کودک | امتیاز کسب شده بیمارستان: .....<br>در پایش مورخ: ..... |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| اقدام ۶              | ۶.۱ <input type="checkbox"/>     | ٪۶۰                                   |                                                        |
|                      | ۶.۲ <input type="checkbox"/>     | ٪۲۰ $\geq$                            |                                                        |
|                      | ۶.۳ <input type="checkbox"/>     | ٪۶۰                                   |                                                        |
|                      | ۶.۴ <input type="checkbox"/>     | ٪۲۰ $\geq$                            |                                                        |
|                      | ۶.۵ <input type="checkbox"/>     | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
| اقدام ۷              | ۷.۱ الف <input type="checkbox"/> | ٪۹۰                                   |                                                        |
|                      | ۷.۱ ب <input type="checkbox"/>   | ٪۹۰                                   |                                                        |
|                      | ۷.۲ <input type="checkbox"/>     | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                      | ۷.۳ الف <input type="checkbox"/> | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                      | ۷.۳ ب <input type="checkbox"/>   | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
| اقدام ۸              | ۸.۱ <input type="checkbox"/>     | ٪۹۰                                   |                                                        |
|                      | ۸.۲ <input type="checkbox"/>     | ٪۸۰                                   |                                                        |
| اقدام ۹              | ۹.۱ <input type="checkbox"/>     | ٪۹۰                                   |                                                        |
|                      | ۹.۲ <input type="checkbox"/>     | ٪۷۵                                   |                                                        |
| اقدام ۱۰             | ۱۰.۱ <input type="checkbox"/>    | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                      | ۱۰.۲ <input type="checkbox"/>    | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
| اقدامات دوستدار مادر | ۱م <input type="checkbox"/>      | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                      | ۲م <input type="checkbox"/>      | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                      | ۳م <input type="checkbox"/>      | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                      | ۴م <input type="checkbox"/>      | ٪۷۰                                   |                                                        |
|                      | ۵م <input type="checkbox"/>      | ٪۸۰                                   |                                                        |
|                      | ۶م <input type="checkbox"/>      | ٪۱۰۰                                  |                                                        |

## فرم پایش (شماره ۶-الف): فرم امتیازدهی - نتایج پایش

| اقدام                                             | ریز اقدامات                           | امتیاز لازم برای کسب لوح دوستدار کودک | امتیاز کسب شده بیمارستان: .....<br>در پایش مورخ: ..... |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| انطباق با<br>قانون شیر<br>مادر و کد بین<br>المللی | ک۱-□                                  | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                                                   | ک۲-□                                  | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                                                   | ک۳-□                                  | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
|                                                   | ک۴-□                                  | ٪۱۰۰                                  |                                                        |
| اطلاعات<br>عمومی                                  | ع۱-□                                  |                                       |                                                        |
|                                                   | ع۲-□                                  |                                       |                                                        |
|                                                   | ع۳-□                                  |                                       |                                                        |
|                                                   | ع۴-□                                  |                                       |                                                        |
|                                                   | ع۵-□                                  |                                       |                                                        |
|                                                   | ع۶-□                                  |                                       |                                                        |
|                                                   | ع۷-□                                  |                                       |                                                        |
|                                                   | ع۸-□                                  |                                       |                                                        |
| اطلاعات کلی<br>بیمارستان                          | تکمیل فرم های شماره (الف، ب، پ، ت، ث) |                                       |                                                        |

فرم پایش (شماره ۶-ب): خلاصه نتایج پایش بیمارستان دوستدار کودک

نام بیمارستان: ..... تاریخ: .....

| پذیرفته شده                                               | اقدام یا ماده                                                            |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام اول:                                                               |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام دوم:                                                               |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام سوم:                                                               |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام چهارم:                                                             |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام پنجم:                                                              |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام ششم:                                                               |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام هفتم:                                                              |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام هشتم:                                                              |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام نهم:                                                               |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اقدام دهم:                                                               |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | انطباق با کد و قانون تغذیه با شیرمادر:                                   |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | مراقبت دوستدار مادر:                                                     |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | تکمیل فرم خلاصه نتایج ثبت تغذیه شیرخواران:                               |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | تکمیل فرم اطلاعات عمومی:                                                 |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | تکمیل فرم های اطلاعات کلی بیمارستان:<br>(فرم شماره (الف، اب، اپ، ات، اث) |

## فرم پایش (شماره ۶-ب): توصیه ها و پیشنهادات

|                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>عملکرد بیمارستان با تمام ده اقدام و سایر اجزای طرح بیمارستان های دوستدار کودک در انطباق است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> |
| <p>دستاوردها:</p>                                                                                                                                             |
| <p>موارد نیازمند اصلاح و بهبودی:</p>                                                                                                                          |
| <p>اصلاحات و توصیه های پیشنهادی جهت بهبود وضعیت با زمان بندی و مسئول پیگیری:</p>                                                                              |





بخش چهارم

ضمائم

راهنمای پایش  
بیمارستان‌های دوستدار کودک



## سیاست کشوری تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک

سیاست تغذیه با شیر مادر در کودکان زیر ۲ سال در بیمارستان / زایشگاه دوستدار کودک.....  
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

سیاست تغذیه شیرخواران اولین اقدام از ده اقدام بیمارستان های دوستدار کودک است که در این بیمارستان / زایشگاه ها..... به منظور «حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر» اجرا می شود و ما مسئولین، مدیران و کارکنان متعهد اجرا، پایش و ارتقاء آن در کلیه بخش های مرتبط با ارائه خدمات و مراقبت های مادر و شیرخوار بشرح زیر هستیم:

## منطق

شیرمادر تغذیه طبیعی شیرخواران و اساس سلامت تمام عمر کودک و جامعه می باشد. تغذیه با شیرمادر ضمن فراهم نمودن بهترین الگوی رشد و تکامل و ارتقا بهره هوشی کودکان، خطر ابتلا به بیماری ها و مرگ و میر کودکان و خطر بستری شدن آن ها را به علل طیف وسیعی از بیماری های حاد و مزمن از جمله عفونت های تنفسی، گوارشی و گوش میانی، آسم و آلرژی، سوء تغذیه، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار و همچنین دیابت، چاقی، بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها و بیماری های متعدد دیگر کاهش می دهد. تغذیه از پستان مادر به برقراری پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار کمک می کند و این امر اثر مطلوبی بر رشد روانی عاطفی شیرخوار و ارتقاء امنیت روانی در دوران بلوغ دارد. مزایای بی نظیر شیردهی برای مادر، شیرخوار، خانواده، جامعه و محیط زیست، کاهش هزینه های درمان و بستری چشمگیر است. ساعات و روزهای اول بعد از زایمان، دوره ای حیاتی، حساس، طلایی و مهم برای بقاء بیشتر نوزاد، شروع موفق شیردهی، استقرار تغذیه با شیرمادر و موفقیت در تداوم شیردهی محسوب می شود. مدت اقامت مادر و شیرخوار در بیمارستان و نیز هر بار ملاقات مادر باردار و شیرده به هر علت، فرصتی طلایی برای آموزش و افزایش آگاهی در زمینه تغذیه با شیرمادر می باشد و ما کارکنان بهداشتی درمانی این فرصت را از دست نخواهیم داد.

## هدف

ایجاد تعهد برای برقراری، ارتقاء و تداوم مراقبت های مادر و کودک برای تغذیه با شیرمادر (علیرغم تغییر و چرخش مسئولین و کارکنان بیمارستان در طول زمان)، کمک به مادران برای انتخاب و شروع موفق شیردهی و کسب تجربه مفید قبل از ترخیص و بالاخره بنا نهادن اساس تندرستی شیرخوار و اهدا بهترین شروع زندگی می باشد.

## تعهدات

## اصول کلی

۱. ما با تعهد به اجرای قانون ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی که بر اساس کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیرمادر تهیه شده است، به شرکت های تولید و توزیع کننده شیرمصنوعی، غذاهای کودک، بطری و گول زنک، اجازه تبلیغات نخواهیم داد. از پذیرفتن هدایای ایشان و استفاده از انتشارات و وسایلی با لگوی این شرکت ها، توزیع و نصب هر نوع آگهی تبلیغاتی آن ها خودداری نموده، از حضور ایشان در بیمارستان و ملاقات با پزشکان و رزیدنت ها و مادران باردار و شیرده و خانواده ها جلوگیری می نماییم.

۲. در صورت نیاز به هر نوع شیر مصنوعی و وسایل مورد نیاز، آن را به قیمت واقعی و شیوه معمول خریداری می‌کنیم و از دریافت و تحویل انواع رایگان و تخفیف دار اهدایی شرکت‌ها خودداری می‌نمائیم.
۳. ما با مادران در مورد شیر مصنوعی و نحوه آماده سازی و تغذیه شیرخوار با شیر مصنوعی بحث گروهی و جمعی نخواهیم کرد و پس از زایمان در صورت لزوم نحوه آماده سازی، نگهداری، و تغذیه شیرخوار را فقط در اختیار مادر نیازمند قرار می‌دهیم.
۴. در بسته های ترخیصی بیمارستان، شیر مصنوعی، بطری و گول زنک یا برگه معرفی برای دریافت آن‌ها یا وسایل تبلیغاتی با لگوی شرکت های تولید و توزیع کننده شیر مصنوعی یا جزواتی با لگوی آن‌ها قرار نخواهیم داد.
۵. ارزیابی تغذیه با شیر مادر، آموزش و تکمیل فرم مشاهده شیردهی و ثبت در پرونده شیرخوار برای تعیین و رفع مشکلات احتمالی، در هر شیفت و با هر پرسنلی که با مادر تماس دارد انجام خواهد شد.
۶. در بخش کودکان، نوزادان و NICU، نوع تغذیه شیرخواران را در پرونده ثبت کرده و از زمان بستری کودک تا هنگام ترخیص او برای حفظ تغذیه با شیر مادر و ارتقاء آن تلاش می‌کنیم.
۷. با اجرای قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی از خانم‌های شاغل در این بیمارستان که شیر می‌دهند و دارای فرزند زیر دو سال هستند، حمایت نموده و در تنظیم برنامه کاری ایشان، حق شیردهی مادر و شیرخوار را در نظر گرفته و وقت کافی و امکانات لازم برای شیردهی، دوشیدن و ذخیره کردن شیر را فراهم می‌آوریم.

**اقدام اول: سیاست مدون ترویج تغذیه با شیر مادر را در معرض دید کارکنان و مراجعین نصب کرده و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر پایش می‌شود.**

- یک نسخه از این سیاست نامه را به تمام کارکنان ذیربط در مراقبت از مادر و کودک (به محض شروع بکار) ابلاغ نموده و مهارت های تئوری و عملی لازم جهت اجرا و پیگیری آنرا ظرف ۶ ماه از زمان شروع بکار به آن‌ها آموزش خواهیم داد.
- خلاصه ای از سیاست تغذیه شیرخواران را به زبان ساده در داخل مواد آموزشی به مادران داده و پوسترده اقدام دوستدار کودک را در تمام مکان‌هایی که به مادر، شیرخوار و کودک ارائه خدمت می‌کنند، به نمایش می‌گذاریم.
- سیاست در ارتباط با اقدامات دهگانه و قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی است و چگونگی اجرای اقدامات در بیمارستان را ذکر می‌کند.
- سیاست: یک پروتکل درمانی یا یک استاندارد مراقبت نیست. تمامی کارکنان موافق با پیگیری پروتکل‌ها و استانداردها هستند و کارکنان می‌بایست خود مجری آن باشند و پیگیری سیاست مذکور و یا عدم پیگیری آن بسته به تصمیم شخصی افراد نیست.
- نحوه اجرای ده اقدام دوستدار کودک را برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر را هر ۶ ماه یکبار پایش نموده و مفاد این سیاست را حداقل دو سال یکبار به منظور ارتقاء آن مرور می‌کنیم.
- جلسات کمیته تغذیه با شیر مادر بیمارستان را براساس دستورالعمل کشوری برای برنامه ریزی مداخلات ضروری و ارتقاء ده اقدام تشکیل می‌دهیم و اعضا کمیته بر عملکرد کارکنان و آموزش آنان نظارت داشته و مشکلات را در جلسات کمیته گزارش و پیگیری خواهند کرد.

**اقدام دوم: کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت های لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت می بینند.**

- علاوه بر آموزش اجباری پزشکان متخصص کودکان و زنان، ماماها و پرستاران شاغل در زایشگاه و بخش های نوزادان و کودکان، کلیه کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با مراقبت های مادر و کودک (اعم از متخصص، پزشک، داروساز، پرستار، کارشناس تغذیه، بهیار، کادر کمکی ذریبط و دانشجویان...) و افراد داوطلبی را که با خانم های باردار، مادران و شیرخواران و کودکان در ارتباط هستند، برای ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران با حد اقل دوره آموزشی ۲۰ ساعته شامل حداقل ۳ ساعت کار عملی جهت کسب تجربه آموزش می دهیم.
- شرایط آموزش استاندارد تغذیه با شیر مادر را بر اساس منابع اعلام شده وزارت بهداشت، دستورالعمل ها و بخشنامه های کشوری برای کلیه کارکنانی که بطور مستقیم قبل و بعد از زایمان از مادر و نوزاد و شیرخواران زیر دو سال مراقبت می کنند، فراهم می آوریم تا دانش و مهارت کافی بویژه در موارد ذیل را کسب نمایند: برقراری زود هنگام و ترجیحاً تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد بمدت یک ساعت و شروع تغذیه با شیر مادر در طی ساعت اول در نوزادان متولد شده، و ارزیابی تغذیه پستانی، وضعیت در آغوش گرفتن و به پستان گذاشتن، مکیدن و بلع شیرخوار، پیشگیری و درمان مشکلات شیردهی و حمایت از مادر برای برقراری جریان شیر در زایشگاه و بخش های نوزادان و کودکان بخصوص در صورت جدایی از کودکش....
- برای افزایش آگاهی پرسنل در مورد سیاست های کشوری تغذیه شیرخواران و روزرسانی علم تغذیه با شیر مادر، مطالب مربوط به تغذیه با شیر مادر را از طریق انتشارات، برگزاری کنفرانس، دعوت از صاحب نظران برای سخنرانی در اختیار می گذاریم.

**اقدام سوم: مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیر مادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن، عوارض تغذیه مصنوعی و بطری و گول زنک آموزش می دهیم.**

- اطلاعات لازم و آموزش تئوری و عملی مادران باردار و همراه زایمانی وی (دولا) را به منظور تصمیم گیری آگاهانه در مورد تغذیه شیرخواران، به صورت فردی و گروهی، بر اساس دستورالعمل، منابع و برنامه آموزشی اعلام شده توسط وزارت بهداشت فراهم نموده و از طریق ارائه اطلاعات پایه در مورد اصول شیردهی از جمله ده اقدام برای شیردهی موفق، اهمیت تغذیه با شیر مادر و خطر عدم شیردهی، حمایت و ایجاد اعتماد به نفس در مادر در مورد توانمندی خود برای تغذیه انحصاری فرزندش با شیر مادر روش شیردهی و پیشگیری و درمان مشکلات، شیردهی را حمایت و ترویج می کنیم.
- اطلاعات مورد نیاز نزدیکان و افراد حامی مادران باردار و شیرده (شامل منافع تغذیه انحصاری با شیر مادر، خطرات و هزینه تغذیه مصنوعی و مشکلات برگشت به تغذیه پستانی پس از قطع آن، و اهمیت حمایت از مادر) را در هر ملاقات و با تشکیل کلاس های آموزشی حداقل یک نوبت در دوران بارداری به منظور ارتقاء شیردهی فراهم می نمائیم.
- مادرانی را که در دوران بارداری و پس از زایمان برای شیردهی به کمک خاص نیاز دارند شناسایی و کمک می کنیم.
- در صورتی که برای برقراری ارتباط با مادر، زبان خاصی نیاز باشد، سعی می کنیم آموزش شیردهی را به زبان خودشان انجام دهیم.
- مطالب آموزشی به روز در مورد تغذیه با شیر مادر برای ارائه به مراجعین بیمارستان، کلینیک مراقبت های مادر و

- کودک، واحد مشاوره و سایر واحدهای تابعه تهیه می‌کنیم.
- با کارکنان مراکز بهداشتی درمانی برای ارجاع مادران و آموزش شیردهی همکاری می‌کنیم.

**اقدام چهارم: به مادران کمک می‌کنیم تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیر مادر در ساعت اول شروع کنند و در بخش های کودکان برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که کمترین اختلال را در تغذیه از پستان مادر ایجاد نماید.**

- برای برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و ادامه آن حداقل به مدت یک ساعت و تا هر زمان ممکن، امکانات لازم (شامل فضا و پرسنل مراقب) را فراهم نموده و شیردهی را ارتقاء می‌دهیم.
- تغذیه زود هنگام نوزاد با شیر مادرش را ظرف ساعت اول تولد تشویق و در انجام این امر به مادر کمک می‌کنیم.
- نیاز مادران و نوزادان را پس از تولد به گرما، حریمیت و آرامش، باهم بودن و هم اتاقی مادر و شیرخوار تامین می‌کنیم مگر در مواردی که منع پزشکی وجود داشته باشد.
- امکانات حضور فردی از بستگان مادر در طول لیبر و زایمان جهت کمک و حمایت او و شروع به موقع تغذیه پستانی را فراهم می‌کنیم. (امکان تحرک مادر و تغذیه او در طول لیبر را که به تغذیه با شیر مادر در ساعت اولیه تولد هم کمک می‌کند، فراهم می‌کنیم.)
- در بخش کودکان بیمار بستری، برای تداوم تغذیه با شیر مادر و کاهش تداخل اقدامات درمانی (از جمله NPO نکردن یا به حداقل رساندن آن، کاهش استرس مادر و شیرخوار، رفع موانع دسترسی به پستان، عدم استفاده از گول زنک و بطری، استفاده از مراقبت آغوشی) تلاش می‌کنیم.

**اقدام پنجم: به مادران روش تغذیه با شیر مادر و چگونگی حفظ تداوم شیردهی را (حتی هنگام جدا شدن از شیرخوار) نشان می‌دهیم و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت می‌کنیم.**

- از طریق آموزش مادران در مورد وضعیت بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوارشان و شناسایی نشانه های وضعیت صحیح پستان گرفتن و تشخیص کفایت تغذیه شیرخوار، شیردهی را ارتقاء می‌دهیم.
- به منظور حفظ تولید شیر و تغذیه شیرخوار، در صورت عدم تغذیه مستقیم از پستان به هر علت از جمله جدایی از مادر، به تمام مادران می‌آموزیم که چگونه شیرشان را با دست بدوشند.
- پس از تماس پوستی و تغذیه اولیه نوزاد در اتاق زایمان، کارکنان برای حداقل یکبار تغذیه در ۶ ساعت اول تولد، مادر و نوزاد را کمک می‌کنند.
- اطمینان حاصل می‌کنیم که ماماها و پرستاران، پیشرفت تغذیه نوزاد از پستان مادر و تولید شیر را در هر شیفت حداقل یکبار از طریق تکمیل فرم مشاهده شیردهی ارزیابی و ثبت می‌کنند.
- مادرانی را که مشکل شان با کمک ماما و پرستار حل نشده، به متخصص و مشاور شیردهی ارجاع می‌دهیم.

**در شرایط خاص؛ زمانی که مادران یا شیرخواران بیمار هستند:**

- از طریق تشویق و فراهم کردن شرایط با هم بودن مادر و شیرخوار در هر زمان ممکن وقتی که هریک بیمارند، برای تداوم شیردهی تلاش می‌کنیم.
- برای مادران امکان دوشیدن با شیردوش الکتریکی دوبل و ذخیره کردن شیر دوشیده شده را در صورت لزوم (مواردی که شیرخوار نتواند خوب بمکد یا نتواند تولید شیر را خوب تحریک کند و یا مادر نتواند فرزندش را به پستان بگذارد)، فراهم

می نمائیم.

- از طریق تشویق مادران (مادرانی که نوزادشان قادر به تغذیه مستقیم از پستان نیستند) به شروع دوشیدن با شیردوش طی ۶ ساعت پس از زایمان و ادامه دوشیدن حداقل ۶ بار در روز (حداقل یک نوبت در شب)، شیردهی را ارتقاء می دهیم.
- ظروف مناسب و یخچال / فریزر برای نگهداری شیردوشیده شده را تامین می کنیم.
- متعهد می شویم دانش خود را در مورد تغذیه شیرخوار نارس و بیمار و نیز مدیریت تولید شیر در مادر بیمار ارتقاء داده و به روز نمائیم و دستورالعمل های کشوری را بکار گیریم.
- مادران دارای نوزاد نارس و کم وزن را از فواید و ویژگی های شیر خود برای تغذیه فرزندشان آگاه کرده و آنان را در دوشیدن شیر و استفاده از شیر دوشیده شده و علاوه بر تغذیه شیرخوار از پستان مادر کمک می کنیم.

### اقدام ششم: به شیرخواران سالم کمتر از ۶ ماه بجز شیرمادر، غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند...) نمی دهیم.

- تغذیه شیرخوار با شیرمادر را حمایت می کنیم مگر در موارد اندیکاسیون های سازمان جهانی بهداشت از جمله: هیپو گلیسمی ثابت شده یا کم آبی که به تغذیه مطلوب از پستان مادر پاسخ ندهند و دستورالعمل کشوری تجویز شیر مصنوعی را اجرا کرده و دلایل پزشکی را در پرونده ثبت می کنیم.
- امکان تغذیه زود هنگام، مکرر و غیر محدود با شیر مادر را برای همه شیرخواران از جمله آن ها که در معرض خطر هیپو گلیسمی، زردی یا دفع اضافی آب هستند، فراهم می کنیم.
- در صورت تمایل مادر به تغذیه شیرخوار با شیر مصنوعی، وی را به صورت کتبی و شفاهی از خطرات تغذیه مصنوعی آگاه، و تغذیه شیرخوار با شیر مادر را حمایت می کنیم.
- برای حمایت تغذیه شیرخوار با شیر مادر، وسایل مربوط به تغذیه مصنوعی را (در صورت لزوم و وجود) خارج از دید عموم نگه می داریم.
- مادران را تشویق می کنیم تا در صورت نیاز به شیر کمکی، شیرشان را بدوشند و وسایل مورد نیاز دوشیدن نظیر ظرف جمع آوری و پمپ الکتریکی، وسایل لازم برای استریل کردن و خوراندن آن به شیرخوار را تامین می کنیم.
- از طریق آموزش مادران در مورد دوشیدن شیر با دست یا با شیردوش و نحوه خوراندن شیر دوشیده شده با فنجان را، (چنانچه پس از ترخیص شیر کمکی لازم باشد، تغذیه با شیر مادر را ارتقاء می دهیم).
- برای مادران تا حد امکان از داروهای سازگار با شیردهی استفاده می کنیم و در صورتی که این امکان وجود نداشته باشد، تولید شیر را بوسیله دوشیدن پستان تا هر زمان ممکن، حفظ و تغذیه از پستان را حمایت می کنیم.

### اقدام هفتم: برنامه هم اتاقی مادر و نوزاد را در طول شبانه روز اجرا کرده و در بخش های کودکان تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی و نیازهای فیزیکی و عاطفی مادران را تامین می نماییم.

- از طریق کمک به هم اتاقی مادران و شیرخواران از بدو تولد و تشویق به برقراری تماس پوست به پوست تا هر مدت و هر زمان که مادر بخواهد، تغذیه با شیر مادر را حمایت می کنیم.
- مادران را برای داشتن فرد کمکی و همراه در هر زمان ممکن تشویق می کنیم و او را آموزش می دهیم که برای مادر مادری کند.

- کارکنان را برای انجام اقدامات طبی در حضور مادر و جدا نکردن مادر و شیرخوار تشویق می‌نمائیم.
- والدین نوزادانی که در NICU هستند را برای تماس پوست با پوست تا هر زمان ممکن تشویق می‌کنیم.
- این مادران را برای اقامت ۲۴ ساعته در بیمارستان در کنار نوزاد و هم اتاقی با او تشویق، و تسهیلات لازم (شامل غذا، مایعات، اتاق استراحت، یخچال، تخت، دوش، و دارو در صورت نیاز...) را برای آنان، همچنین برای مادرانی که کودک زیر ۲ سالشان در بخش کودکان بیمار، بستری است فراهم می‌نمائیم.

### **اقدام هشتم: مادران را برای تغذیه با شیر مادر بر حسب میل و تقاضای شیرخوار تشویق می‌کنیم.**

- از طریق آموزش مادران برای شناخت علائم زودرس گرسنگی شیرخوار و پاسخ سریع به آن (نظیر مکیدن، لیسیدن، برگرداندن سر و دهان برای یافتن پستان، بردن دست به طرف دهان و...) و پاسخ سریع به آن، تغذیه از پستان را ارتقاء می‌دهیم.
- مادران را برای تغذیه شیرخوارشان از پستان ۱۲-۱۰ بار (حداقل ۸ بار) در شبانه روز تشویق و کمک کرده و آن‌ها را آگاه می‌کنیم که بعضی شیرخواران دفعات بیشتری به تغذیه نیاز دارند.
- مادران را برای انجام وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن، چگونگی تشخیص پستان گرفتن مناسب و دریافت شیر توسط کودک کمک می‌کنیم.
- مادران را آموزش می‌دهیم که آغوز کاملاً تکافوی نیازهای تغذیه‌ای و حفاظتی شیرخوار را در صورت مکیدن مکرر شیرخوار می‌نماید و کاهش مختصر اولیه وزن، طبیعی است.

### **اقدام نهم: مطلقاً از بطری و پستانک (گول زنک) استفاده نمی‌کنیم.**

- از دادن گول زنک اجتناب نموده و مکیدن پستان توسط شیرخوار را تشویق می‌کنیم.
- خانواده‌ها را از آوردن بطری و گول زنک به بیمارستان منع نموده و آنان را از خطرات آن آگاه می‌کنیم و استفاده از نوک‌های مصنوعی (nipple shield) را تشویق نمی‌کنیم.
- به هیچ عنوان اجازه نمی‌دهیم که در داروخانه بیمارستان بطری و گول زنک وجود داشته باشد و شیر مصنوعی در معرض دید قرار بگیرد.
- اگر به شیر کمکی نیاز باشد بدون استفاده از بطری و سرشیشه آن را از طریق ساپلیمنتر، یا از طریق فنجان و یا قاشق و سرنگ به شیرخوار می‌دهیم.

### **اقدام دهم: تشکیل گروه‌های حمایت از مادران شیرده را پیگیری کرده و اطلاعاتی در مورد گروه‌های حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار می‌دهیم.**

- با سایر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، مراکز مشاوره، کلینیک‌های بیمارستانی، پزشکان، ماماها و گروه‌های حامی در دسترس برای تامین خدمات و حمایت شیردهی همکاری می‌کنیم و در صورت لزوم مادران را ارجاع می‌دهیم.
- از طریق دادن لیستی از مراکز بهداشتی درمانی و گروه‌های حامی و مراکز مشاوره شیردهی به خانواده‌ها جهت مراجعه پس از ترخیص و درخواست کمک (شامل آدرس و شماره تلفن)، تغذیه کودک با شیر مادر را حمایت می‌کنیم.



- برای مادر و خانواده ها اطلاعات مدون و مکتوب در مورد اصول تغذیه شیرخوار با شیر مادر، علائم شیردهی موثر و کفایت تغذیه شیرخوار، وضعیت های مختلف شیردهی، دوشیدن شیر... تهیه می کنیم و هنگام ترخیص در اختیار مادر قرار می دهیم.
- کلیه خانواده ها را به برقراری ارتباط با متخصصین مربوطه یا حامیان اجتماعی تغذیه با شیر مادر و داوطلبان سلامت محلات که می توانند مادر را با برنامه های حمایتی خاص در منطقه و محل زندگی اش مرتبط نمایند، تشویق می کنیم.
- از طریق تشویق مادران به تماس با افراد همسان، انجمن های تخصصی شیردهی و مراکز بهداشتی درمانی و گروه های حامی، شیردهی را ارتقاء می دهیم.
- هنگام ترخیص، اطلاعات شیردهی مادر را بوسیله یک چک لیست کنترل می کنیم تا از درک مادر و کسب مهارت های آموزش داده شده اطمینان حاصل نماییم.
- چنانچه هنگام ترخیص هنوز شیردهی و تغذیه شیرخوار به خوبی انجام نشده باشد، علاوه بر دستورالعمل معمول تغذیه از پستان مادر و توصیه به دوشیدن شیر و استفاده از شیر دوشیده شده به عنوان شیر کمکی. یک ملاقات یا تماس تلفنی طی ۲۴ ساعت آینده با مادر ترتیب داده و یا براساس شرایط بالینی، ترخیص را با تأخیر انجام دهیم تا مداخلات و حمایت های لازم به عمل آید.
- کلیه شیرخواران و مادران دارای مشکلات شیردهی مشخص را به متخصص کودکان معتقد و متعهد به ترویج تغذیه با شیر مادر و یا مشاورین شیردهی در مراکز بهداشتی یا کلینیک بیمارستان و... ارجاع می دهیم.
- علاوه بر تشویق مادران برای مراجعه جهت مراقبت نوزاد در ۵-۳ روزگی (طبق برنامه کشوری)، به مادران توصیه می کنیم در صورتی که مدت اقامت شان در بیمارستان جهت زایمان ۴۸ ساعت یا بیشتر بود در هفته اول و اگر ترخیص زودتر بود طی ۴۸ ساعت بعد همراه شیرخوار خود به منظور غربالگری کم شیری احتمالی و ارزیابی وضعیت سلامت نوزاد به مراکز بهداشتی درمانی یا کلینیک بیمارستان مراجعه نمایند.

سیاست تغذیه شیرخواران در بیمارستان / زایشگاه دوستدار کودک..... بشرح فوق  
مورد پذیرش ما مسئولین بیمارستان قرار گرفته و به اطلاع هریک از کارکنان (اعم از متخصصین، پزشکان، داروسازان، ماماها،  
پرستاران و مشاورین شیردهی و تغذیه، بهیاریها و سایر کادر کمکی...) به محض شروع به کار رسیده و متعهد اجرای آن می باشند:

[illegible]

مترون بیمارستان مسئول اطلاع‌رسانی به کلیه کارکنان و توجیه آنان در مورد این سیاست و اخذ امضا از آنان می‌باشد. لازم است فرم مذکور توسط رئیس بیمارستان، مدیر، مترون، مسئولین بخش‌ها، پزشکان متخصص اطفال، نوزادان و زنان و کلیه ماماها، پرستار و سایر پرسنل مرتبط با مراقبت مادران و کودکان زیر دو سال تکمیل شود.

## ترکیب اعضاء و شرح وظایف کمیته بیمارستانی تغذیه با شیرمادر

(لازم است اعضاء با ابلاغ ریاست بیمارستان به عضویت کمیته منصوب گردند)

### اعضاء کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیرمادر:

۱. رئیس بخش زنان و زایمان یا یک نفر پزشک متخصص زنان و زایمان به نمایندگی از ایشان
۲. رئیس بخش اطفال / نوزادان یا یک نفر متخصص کودکان به نمایندگی از ایشان
۳. یک نفر فوق تخصص نوزادان (در صورت وجود) به انتخاب رئیس بیمارستان
۴. مسئول تغذیه بیمارستان (کارشناس تغذیه)
۵. سوپروایزر آموزشی (در بیمارستان های آموزشی)
۶. سرپرستار بیمارستان (مترون)
۷. مسئول مددکاری اجتماعی بیمارستان
۸. یک نفر پرستار به انتخاب مترون بیمارستان (سرپرستار بخش بعد از زایمان، اتاق عمل، بخش اطفال، NICU)
۹. یک نفر ماما به انتخاب مترون بیمارستان (مسئول اتاق زایمان، ...)
۱۰. کارشناس مسئول برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان به عنوان دبیر کمیته
۱۱. رئیس بیمارستان بعنوان رئیس کمیته

### شرح وظایف کمیته بیمارستانی:

۱. برگزاری جلسات به صورت حداقل هر ۳ ماه یک بار
۲. نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل های مراقبت های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات دهگانه توسط یکی از اعضاء کمیته در تمام شیفت ها: در اتاق زایمان و اتاق عمل، بخش پس از زایمان، بخش مراقبت ویژه (NICU)، بخش اطفال و واحد ارائه خدمات دوران بارداری و مشاوره شیردهی، داروخانه.
۳. اجرا و نظارت بر پایش های دوره ای بیمارستان، پیگیری دریافت نتایج و برنامه ریزی برای مداخلات لازم با زمان بندی مشخص، حفظ مستندات در زونکن مخصوص برنامه شیرمادر و همکاری با معاونت بهداشت دانشگاه در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان
۴. نظارت بر اجرای قانون شیرمادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیرمادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیرمصنوعی و شیشه و گول زنک
۵. برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک به صورت شرکت در کارگاه های ۲۰ ساعته با صدور گواهی
۶. تشکیل دوره های بازآموزی برای کارکنان و نیز توجیه کارکنان جدیدالورود
۷. شرکت در دوره های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری
۸. نظارت و پی گیری بفرایم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخوارانشان در بخش بستری هستند.
۹. نظارت بر ترخیص همزمان مادران و شیرخواران
۱۰. تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آن ها
۱۱. تنظیم و ارسال گزارشات لازم به مراجع ذیربط، تنظیم صورت جلسات و پیگیری مصوبات.

## دستورالعمل نحوه آموزش مادران در دوران بارداری در مورد تغذیه با شیر مادر

### (اقدام ۳) و چک لیست ثبت

آموزش مادران در دوران بارداری و کنترل کیفیت آموزش‌های ارائه شده برای موفقیت مادران در تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی و تداوم آن تا ۲ سالگی ضروری است. چنانچه بیمارستان دارای واحد ارائه خدمات دوران بارداری است بایستی آموزش و مشاوره تغذیه با شیر مادر برای همه مادران باردار مراجعه کننده ارائه شود. این امر مادران را با این حقیقت آگاه می‌سازد که از دیدگاه پزشکی، تغذیه با شیر مادر روش برتر است. در همین راستا از سال ۱۳۸۶ مجموعه «راهنمای آموزشی مادران باردار برای شیردهی» در دسترس است.

راهنمای مذکور حاوی مطالب آموزشی استاندارد ویژه مادران در دوران بارداری است که مطالب آن طی ۴ جلسه به مادران در دوران بارداری آموزش داده می‌شود به گونه‌ای که براساس توصیه سازمان جهانی بهداشت آموزش‌ها تا هفته ۳۲ بارداری پایان می‌پذیرد. با توجه به توالی مراقبت‌های ۶ گانه دوران بارداری در برنامه ملی سلامت مادران، آموزش‌های این مجموعه از مراقبت دوم (هفته ۲۰-۱۶ حاملگی) آغاز میشود و در مراقبت چهارم (هفته ۳۴-۳۱ بارداری) پایان می‌پذیرد. در مراقبت پنجم (هفته ۳۷-۳۵ بارداری) مروری بر آموزش‌های ارائه شده و اشاره به مطالب با توجه به نیازهای آموزشی مادر و کنترل آموخته‌های او انجام می‌شود. در هر مرحله آموزش، چک لیست آموزش‌ها باید تکمیل گردد. ممکن است یک خانم باردار در دوران بارداری با پرسنل بهداشتی درمانی متعددی مواجه شود. تمام کارکنان می‌توانند و باید در ارتقاء و حمایت تغذیه با شیر مادر نقش داشته باشند. وجود چک لیست دوران بارداری در این زمینه کمک کننده است که در هر جلسه چه مطلبی باید به مادر آموزش داده شود.

#### مادران بارداری که نیاز به مشاوره و مراقبت ویژه دارند:

برخی از مادران باردار شرایط و نگرانی‌های خاصی دارند که نیازمند حمایت و توجه خاص هستند. در شرایط زیر مشاوره و مراقبت ویژه و حمایت کارکنان بهداشتی و اعضا خانواده لازم می‌شود:

- « مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته و از شیر دادن منصرف شده و شیر مصنوعی را شروع کرده و گول زنک یا بطری به شیرخوار داده است.
- « مادر اصلاً به فرزند خود شیر نداده است.
- « مادر شاغل است و یا تحصیل می‌کند و ساعاتی را در روز از فرزندش دور است. در این صورت باید مطمئن شوید که مادر می‌تواند در عین حالی که به سر کار و یا محل تحصیل می‌رود شیردهی را ادامه دهد.
- « مادری که مشکل خانوادگی دارد (باید اعضاء خانواده را برای حمایت مادر جلب کرد).
- « مادر افسرده است.
- « مادر ایزوله و تنها است و حمایت اجتماعی ندارد.
- « مادر، جوان یا مسن است.
- « مادر قصد دارد فرزندش را به فرزند خواندگی بسپارد (چنانچه بارداری ناخواسته تلقی شده، باید مادر را حمایت و امیدوار کرد تا بتواند بارداری و شیردهی را با سلامتی به پایان برساند).
- « نازایی وابسته به هورمون داشته است.

« هیپوتیروئیدی درمان نشده دارد.

« دیابت او درمان نشده است.

« دچار بیماری مزمن است یا نیاز به دارو دارد و یا کم خون است. (در این صورت باید درمان شود).

« مادر قبلاً جراحی پستان یا تروما داشته که مجرای شیر یا اعصاب نوک پستان او طوری صدمه دیده که در تولید شیرش اختلال بوجود آمده است.

« ظاهر پستان:

\* عدم تقارن قابل ملاحظه پستان در طول بارداری

\* بزرگ نشدن قابل ملاحظه پستان در طول بارداری

\* نوک پستان صاف یا فرورفته (معمولاً مشکلی در شیردهی نخواهد داشت و اقدامات لازم از زمان تولد همزمان با شروع شیردهی و با آموزش وضعیت صحیح شیردهی و برجسته کردن نوک انجام می شود).

« پیش بینی می شود که فرزندش بعد از زایمان به مراقبت ویژه نیاز خواهد داشت.

« مادر دو یا چند قلو باردار است.

« مادر دچار سوء تغذیه است (براساس دستورالعمل وزن گیری در دوران بارداری).

« مادر دچار عوارض حوالی زایمان مثل خونریزی، فشارخون و عفونت گردیده است.

« مادر HTLV یا HIV مثبت است.

« مادر در طی بارداری به فرزند قبلی خود شیر می دهد (در این مورد توجه کنید که نیازی به قطع شیردهی نیست ولی چنانچه مادر سابقه زایمان نارس داشته یا با شیردهی دچار انقباض رحمی می شود باید با پزشک مشاوری کند. خانم بارداری که شیر می دهد باید به تغذیه و استراحت خود توجه کند. گاهی پستان ها بیشتر حساس می شوند یا شیر در ۳ ماهه دوم کاهش می یابد که دلیل قطع شیردهی نمی شود. چه کمبود غذا در خانواده موجود باشد یا نباشد تغذیه با شیر مادر می تواند قسمت عمده ای از رژیم غذایی کودک خردسال را تشکیل دهد. چنانچه تغذیه با شیر مادر متوقف شود بخصوص که کودک منبع غذایی حیوانی نداشته باشد در خطر قرار می گیرد. تغذیه خوب مادر موثرترین راه تامین نیازهای تغذیه ای مادر، جنین و کودک نوپای شیرمادر خوار است. هیچگاه نباید تغذیه شیرخوار را با شیرمادر ناگهان قطع کرد).

« هنگامی که خانم باردار احساس می کند تغذیه انحصاری با شیرمادر امکان پذیر نیست و تصمیم دارد نوزاد را با شیری بجز شیر خودش تغذیه کند. در این حالت می توانید توصیه کنید که بلافاصله پس از زایمان تغذیه انحصاری را آغاز کند و اگر با شرایط او واقعاً مشکل و امکان پذیر نباشد، تغذیه نسبی با شیرمادر را که بهتر از محرومیت کامل شیرخوار از شیرمادر است، توصیه کنید.

« مادری که فکر می کند شیردهی وضعیت ظاهر او را تغییر می دهد یا مزاحم کار او خواهد بود، مادری که اطرافیانش او را به تغذیه مصنوعی تشویق می کنند.

(همه مطالب بایستی تا هفته ۳۲ بارداری آموزش داده شود)\*

## چک لیست ثبت آموزش تغذیه با شیر مادر در دوران بارداری

نام مرکز: ..... نام آموزش دهنده: ..... شماره پرونده: .....

| شماره فصل                                          | موضوع                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | سن حاملگی (هفته) | تاریخ پیگیری یا مراقبت ویژه در صورت نیاز / آموزش داده شد | تاریخ | نام و نام خانوادگی مادر و امضاء |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|
| فصل اول کتاب راهنما (در مراقبت دوم آموزش داده شود) | <b>اهمیت تغذیه با شیر مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شیرخوار را در مقابل بسیاری از بیماری‌ها از جمله اسهال، ذات الریه، گوش درد و غیره محافظت می‌کند. به رشد جسمی و ذهنی کودک کمک می‌کند</li> <li>• نیاز شیرخوار تغییر می‌کند و تغییرات شیر مادر نیز همه نیازها را برآورده می‌کند</li> <li>• تا ۶ ماهگی فقط شیر مادر کفایت می‌کند</li> <li>• اگر بچه‌ها با شیر مادر تغذیه نشوند در معرض انواع بیماری‌ها خواهند بود. . . .</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |                  |                                                          |       |                                 |
|                                                    | <b>اهمیت شیردهی برای مادر:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مادر را در مقابل سرطان پستان محافظت می‌کند</li> <li>• در سن کهولت به شکستگی استخوان ران که در افراد مسن شایع است گرفتار نمی‌شود.</li> <li>• موجب برقراری ارتباط عاطفی و جسمی مادر و کودک می‌شود.</li> <li>• هزینه‌های اضافی به خانواده تحمیل نمی‌کند و . .</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                          |       |                                 |
|                                                    | <b>تغییرات ترکیب شیر مادر:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ترکیب شیر مادر مطابق سن شیرخوار، از شروع تا پایان هر وعده شیردهی، مابین دفعات مختلف شیردهی و در طول روز تغییر می‌کند.</li> <li>• در ۲-۳ روز اول پس از زایمان آغوز تولید می‌شود که بسیار مغذی و حاوی مواد ایمنی بخش است و برای محافظت نوزاد در برابر بیماری‌ها حیاتی است. پس از آغوز، شیر انتقالی از ۷ تا ۱۰ روز پس از تولد و سپس شیر رسیده ترشح می‌شود. شیر رسیده حاوی تمام مواد مغذی مورد نیاز شیرخوار است.</li> <li>• شیر مادر در ابتدای هر وعده آبکی بنظر می‌رسد اما بتدریج با ادامه مکیدن شیرخوار، شیر چرب تر و سفید رنگ می‌شود و به سیر شدن شیرخوار و وزن‌گیری او کمک می‌کند.</li> </ul> |                  |                                                          |       |                                 |

| شماره فصل                                          | موضوع                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | سن حاملگی (هفته) | تاریخ پیگیری یا مراقبت ویژه در صورت نیاز / آموزش داده شد | تاریخ | نام و نام خانوادگی مادر و امضاء |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|
| فصل اول کتاب راهنما                                | <b>اهمیت شیرمادر برای نوزاد نارس:</b><br>شیرمادر برای نوزادان نارس ترکیب خاصی مطابق نیازهای آنان دارد. شیرمادر را می توان مستقیم در دهان شیرخوار دوشید و یا شیردوشیده شده را بوسیله قاشق، فنجان یا لوله معده به آن ها داد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                          |       |                                 |
| فصل دوم کتاب راهنما (در مراقبت دوم آموزش داده شود) | <b>اهمیت تماس پوست با پوست بلافاصله بعد از زایمان:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• نوزاد را گرم می کند و درجه حرارت بدنش سقوط نمی کند.</li><li>• سبب آرامش مادر و نوزاد می شود.</li><li>• پیوند عاطفی مادر و کودک را تسریع و تسهیل می کند.</li><li>• به شروع تغذیه از پستان کمک می کند</li><li>• تنفس و ضربان قلب را منظم می کند</li><li>• به خاطر آشنایی نوزاد با میکروب های بدن مادر، دفاع بدن او بهتر می شود</li><li>• گریه نوزاد کمتر و استرس و صرف انرژی کاهش می یابد</li><li>• به نوزاد اجازه می دهد پستان را پیدا کند و آنرا بگیرد و خودش شروع کند.</li></ul> |                  |                                                          |       |                                 |
|                                                    | <b>اهمیت خوب قرار گرفتن در آغوش مادر و خوب پستان گرفتن:</b><br>اگر شیرخوار درست در آغوش مادر قرار بگیرد و پستان را درست به دهان ببرد، شیر کافی برداشت می کند و نوک پستان مادر صدمه نمی بیند و ..                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                          |       |                                 |

| شماره فصل                                          | موضوع                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | سن حاملگی (هفته) | تاریخ پیگیری یا مراقبت ویژه در صورت نیاز / آموزش داده شد | تاریخ | نام و نام خانوادگی مادر و امضاء |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|
| فصل سوم کتاب راهنما (در مراقبت سوم آموزش داده شود) | <p><b>روش صحیح شیردهی:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شروع بلافاصله بعد از تولد</li> <li>• دفعات و مدت وعده ها برحسب تمایل شیرخوار در شب و روز</li> <li>• هیچ نوع ماده غذایی به جز شیرمادر در ۶ ماه اول لازم نیست</li> <li>• از بطری و گول زنک نباید استفاده کرد</li> <li>• مادر بداند چه وقت شیرخوار گرسنه یا سیر شده است: نشانه های گرسنگی و تمایل شیر خوار برای تغذیه بصورت بیدار شدن، نگاه به اینطرف و آنطرف، حرکات دهان و اندام، بیقراری یا مکیدن انگشتان تظاهر می کند. نباید گذاشت بخاطر گرسنگی گریه کند.</li> <li>• هنگامی که سیر شود احساس راحتی و رضایت نموده و خودش پستان را رها می کند و نیازی به خارج کردن پستان از دهان او نیست.</li> <li>• وزن گیری مناسب و پایش رشد بهترین راه پی بردن به کفایت شیر است.</li> <li>• شیرمادر با شروع تغذیه تکمیلی از پایان ۶ ماهگی باید ادامه یافته و تا ۲ سالگی تداوم یابد</li> </ul>                                                                                           |                  |                                                          |       |                                 |
| فصل چهارم کتاب راهنما در مراقبت سوم آموزش داده شود | <p><b>دوشیدن شیر:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دوشیدن در محل مناسب و راحت و با آرامش و وقت کافی انجام شود</li> <li>• قبل از دوشیدن شیر دست ها با آب و صابون شسته شوند.</li> <li>• روش های به جریان انداختن شیر: استراحت قبل از دوشیدن، دوش گرفتن، صرف مایعات گرم یا مایعات نشا ط آور مثل آب میوه محتوی ویتامین ث، فکر کردن به کودک، شنیدن صدای او و یا نگاه کردن به تصویر او، ماساژ پستان و گذاشتن حوله گرم روی پستان به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه . . .</li> <li>• در شرایط مختلف جدایی مادر و شیرخوار (مادر شاغل، نوزاد بستری، قادر نبودن شیرخوار به شیر خوردن، پستان محققن) شیر را باید دوشید و روش صحیح آنرا بلد بود.</li> <li>• دفعات دوشیدن بستگی به این دارد که شیر به چه منظوری دوشیده می شود: برای نوزاد بیمار و کم وزن و مادر شاغل حداقل هر ۳ ساعت یکبار در شبانه روز، برای رفع احتقان یا نشت شیر به مقداری که علائم رفع شود.</li> <li>• شیر دوشیده شده را باید با فنجان به شیرخوار داد و از بطری استفاده نکرد.</li> </ul> |                  |                                                          |       |                                 |



| شماره فصل                                                                                                                | موضوع                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | سن حاملگی (هفته) | تاریخ پیگیری یا مراقبت ویژه در صورت نیاز / آموزش داده شد | تاریخ | نام و نام خانوادگی مادر و امضاء |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|
| فصل پنجم کتاب راهنما (در مراقبت چهارم آموزش داده شود)                                                                    | <p><b>برتری شیرمادر بر سایر شیرها:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شیرمادر حاوی انواع سلول های زنده و عوامل مهم ضد میکروبی است که شیر گاو فاقد آن می باشد.</li> <li>• میزان پروتئین و سدیم شیرمادر به حدی است که به کلیه های نوزاد که هنوز کامل نشده آسیب نمی رساند</li> <li>• ترکیب چربی شیرمادر برای رشد مغزی شیرخوار بی نظیر است و بهتر از سایر شیرها هضم و جذب می شود.</li> <li>• در صورت محرومیت شیرخوار از شیرمادر به هر علت از جمله در بحران ها و مواقع اضطراری بهترین جایگزین برای تغذیه کودک، شیرمادر دیگر (شیردایه) است.</li> </ul> <p><b>خطرات تغذیه مصنوعی و گول زنک:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شیر مصنوعی شیرخوار را در برابر بیماریها محافظت نمی کند.</li> <li>• ترکیبات آن مناسب با نیازهای نوزاد انسان نیست.</li> <li>• آلودگی، تهیه نادرست، هزینه ها و عوارض فراوان دیگر...</li> <li>• استفاده از گول زنک: سبب سردرگمی در مکیدن و کاهش شیرمادر، افزایش خطر عفونت گوش میانی، عفونت قارچی دهان و برفک و پوسیدگی دندان، رشد دندانی نامناسب و جفت نشدن دندانها...</li> </ul> |                  |                                                          |       |                                 |
| فصل ششم کتاب راهنما (در مراقبت چهارم آموزش داده شود)                                                                     | <p><b>زایمان در بیمارستان های دوستدار کودک:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• از بدو تولد تماس پوست با پوست مادر و نوزاد برقرار و اولین تغذیه با شیرمادر به موقع انجام می شود.</li> <li>• مادر و نوزاد شبانه روز در کنار هم هستند.</li> <li>• دادن هر نوع آشامیدنی از جمله شیر مصنوعی و استفاده از گول زنک و بطری ممنوع است.</li> <li>• روش تغذیه با شیرمادر، دوشیدن شیر و نگهداری آن، وضعیت صحیح بغل کردن و به پستان گذاشتن نوزاد را به مادران آموزش می دهند.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                                          |       |                                 |
| مطالب دیگر و ارجاع یا نیاز به مراقبت ویژه براساس موارد ذکر شده در راهنمای آموزش مادران باردار برای شیردهی، اگر لازم است: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                                          |       |                                 |

\* توجه:

فصل اول و دوم در دومین مراقبت (هفته ۲۰-۱۶ بارداری) آموزش داده شود

فصل سوم و چهارم در سومین مراقبت (هفته ۳۰-۲۶ بارداری) آموزش داده شود

فصل پنجم و ششم در چهارمین مراقبت (هفته ۳۴-۳۱ بارداری) آموزش داده شود.

در پنجمین مراقبت (هفته ۳۷-۳۵) نکات مهم و مورد نیاز هر مادر مرور شود.

## فرم ثبت مشاهده شیردهی

نام و نام خانوادگی: ..... نام بیمارستان: ..... بیمارستان محل تولد: ..... تاریخ: .....  
 نام پزشک: ..... شماره پرونده: ..... تاریخ تولد (سن شیرخوار): ..... علت بستری: .....

| علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش می رود                                                                                                                                                                                                                                                                                      | علائم حاکی از احتمال وجود مشکل                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>وضعیت عمومی</b><br>مادر:<br><input type="checkbox"/> مادر سالم به نظر می رسد<br><input type="checkbox"/> مادر راحت و آرام است<br><input type="checkbox"/> علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد.                                                                                                                     | مادر:<br><input type="checkbox"/> مادر بیمار یا افسرده به نظر می رسد<br><input type="checkbox"/> مادر عصبی و ناراحت به نظر می رسد<br><input type="checkbox"/> تماس چشمی بین مادر و شیرخوار وجود ندارد                                                                                                               |
| <b>شیرخوار:</b><br><input type="checkbox"/> شیرخوار سالم به نظر می رسد<br><input type="checkbox"/> شیرخوار آرام و راحت است<br><input type="checkbox"/> شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می گیرد.                                                                                                                   | <b>شیرخوار:</b><br><input type="checkbox"/> شیرخوار خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد<br><input type="checkbox"/> شیرخوار بیقرار است یا گریه می کند<br><input type="checkbox"/> شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو ننموده یا نمی گیرد.                                                                            |
| <b>پستان مادر</b><br><input type="checkbox"/> پستان ها سالم به نظر می رسد<br><input type="checkbox"/> درد یا ناراحتی ندارد<br><input type="checkbox"/> پستان بخوبی با انگشتان به دورازاله نگهداشته شده است.<br><input type="checkbox"/> نوک پستان قابل کشش و ارتجاع (توسط مادر)                                                  | <input type="checkbox"/> پستان ها قرمز، متورم به نظر رسیده یا نوک آن زخمی است<br><input type="checkbox"/> پستان یا نوک آن دردناک است<br><input type="checkbox"/> انگشتان مادر روی آرنج قرار دارد<br><input type="checkbox"/> نوک پستان صاف، غیرقابل ارتجاع                                                          |
| <b>وضعیت شیرخوار</b><br><input type="checkbox"/> سر (گردن) و تنه شیرخوار در یک امتداد قرار دارد<br><input type="checkbox"/> بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر است<br><input type="checkbox"/> تمام بدن (نوزاد) شیرخوار حمایت شده است<br><input type="checkbox"/> شیرخوار بنحوی نزدیک پستان می شود که بینی او رو به نوک پستان قرار دارد. | <input type="checkbox"/> گردن و سر شیرخوار موقع شیرخوردن چرخیده است<br><input type="checkbox"/> بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر قرار ندارد<br><input type="checkbox"/> فقط سر و گردن شیرخوار حمایت شده است<br><input type="checkbox"/> شیرخوار بنحوی نزدیک پستان می شود که لب تحتانی و چانه او رو به نوک پستان قرار دارد |
| <b>گرفتن پستان توسط شیرخوار</b><br><input type="checkbox"/> قسمت بیشتری از هاله پستان در بالای لب فوقانی شیرخوار دیده می شود<br><input type="checkbox"/> دهان شیرخوار کاملاً باز است<br><input type="checkbox"/> لب تحتانی به بیرون برگشته است<br><input type="checkbox"/> چانه شیرخوار در تماس با پستان است                     | <input type="checkbox"/> قسمت بیشتری از آرئول در پایین لب تحتانی دیده می شود.<br><input type="checkbox"/> دهان شیرخوار کاملاً باز نیست<br><input type="checkbox"/> لب ها بطرف جلوی نوک پستان غنچه شده یا به داخل برگشته است<br><input type="checkbox"/> چانه شیرخوار در تماس با پستان نیست                          |
| <b>نحوه مکیدن</b><br><input type="checkbox"/> مکیدن های آهسته، عمیق با مکث<br><input type="checkbox"/> گونه ها موقع مکیدن برآمده است<br><input type="checkbox"/> مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود<br><input type="checkbox"/> شیرخوار پس از شیر خوردن، خود پستان را رها می کند                                             | <input type="checkbox"/> مکیدن های سریع و سطحی<br><input type="checkbox"/> گونه ها موقع مکیدن بداخل کشیده می شود<br><input type="checkbox"/> پس از شیر خوردن، مادر شیرخوار را از پستان جدا می کند<br><input type="checkbox"/> علائم بازتاب جهش شیر ملاحظه نمی شود                                                   |

## نحوه استفاده از فرم ثبت مشاهده شیردهی

با استفاده از فرم مشاهده شیردهی هر وعده تغذیه شیرخوار با شیر مادر را بطور کامل مشاهده و ارزیابی کنید.

- ارزیابی تغذیه با شیر مادر می تواند در موارد ذیل به شما کمک کند :  
« برای شناخت عملکرد خوب مادر و شیر خوار و تشویق آنها  
« مشخص نمودن اشکالات موجود در تغذیه با شیر مادر  
« مشخص کردن عملکردهایی که اگر تشخیص داده نشوند بعداً منجر به مشکلاتی در شیردهی می شوند
- ارزیابی شیردهی شامل مشاهده شیردهی و گوش کردن به صحبت های مادر است . به مادر بگویید می خواهید شیر خوردن فرزندش را مشاهده کنید تا احساس راحتی کند اما نگوید که می خواهید ببینید مادر چه می کند.
- این فرم به شما کارکنان بهداشتی درمانی کمک می کند که هنگام تغذیه شیرخوار به چه چیزهایی توجه کنید و مشکلات را شناسایی نمایید.
- فرم مشاهده دو بخش دارد که هر قسمت از موارد لیست شده بیانگر تغذیه خوب با شیر مادر و یا مشکلات احتمالی می باشد. بر حسب مشاهده هر علامت، مقابل آن تیک بزنید. تمامی تیک های سمت راست فرم احتمالاً تغذیه خوب با شیرمادر و در صورت وجود تمامی تیک های سمت چپ فرم، مشکلات تغذیه با شیر مادر را نشان می دهد.

### کمک به مادر در بغل نمودن شیرخوار برای شیردهی

- با مادر احوالپرسی کنید و بپرسید شیردهی چگونه پیش می رود.
- خودتان در وضعیت راحت قرار بگیرید.
- یک وعده شیردهی را مشاهده کنید.
- به نکات مثبت توجه کنید و مادر را تشویق کنید.
- اگر متوجه مشکلی شدید، شرح دهید چه اقداماتی کمک کننده است و از مادر بپرسید که آیا دوست دارد به او نشان دهید.
- مطمئن شوید که در وضعیت راحت و آرام قرار دارد.
- شرح دهید که چطور شیرخوار را در آغوش بگیرد و اگر لازم است به او نشان دهید.

### ۴ نکته کلیدی عبارتند از:

- سروتنه شیرخوار در یک امتداد
- بدن شیرخوار نزدیک به بدن مادر
- حمایت سروتنه و اگر نوزاد است حمایت تمام بدن او
- قرار گرفتن شیرخوار رو در روی پستان و بینی شیرخوار در مقابل نوک پستان

### نحوه نگهداشتن پستان را به مادر نشان دهید:

- انگشتان روی قفسه سینه و زیر پستان
- نگهداشتن پستان از زیر با انگشت اشاره
- قرار دادن انگشت شست در بالای پستان
- انگشتان مادر خیلی نزدیک نوک پستان نباشد. (عقب تراز هاله باشد)

چگونگی کمک به شیرخوار برای گرفتن پستان را به مادر شرح یا نشان دهید:

- لمس کردن لب های شیرخوار با نوک پستان
- منتظرشدن تا شیرخوار دهانش را باز کند
- بردن سریع شیرخوار به طرف پستان بطوری که لب پائینی زیر نوک پستان را هدف گیری کند.

توجه کنید که مادر چطور به شیرخوار پاسخ می دهد و از مکیدن شیرخوار چه احساسی دارد.:

- نشانه های صحیح گرفتن پستان را مشاهده کنید شامل: دیدن قسمت بیشتری از آرنول در بالای پستان و قسمت کمتری در پائین، دهان کاملاً باز، لب پائینی به بیرون برگشته و چانه در تماس با پستان است.
- نحوه بغل کردن، رفتن بطرف پستان و پستان گرفتن و مکیدن پستان و ادامه شیردهی را کنترل کنید.
- به این نکته که مادر شیردهی را خاتمه می دهد و یا شیرخوار خود، شیرخوردنش را تمام می کند، توجه کنید.
- حالت و شکل نوک پستان در پایان شیردهی را مشاهده کنید. آیا در پایان شیردهی نوک پستان له شده، قرمز یا دارای یک خط سفید به نظر می رسد؟
- دهان شیرخوار را از نظر وجود کاندیدا و گره زیر زبانی (فرنولوم کوتاه) بررسی کنید.
- از مادر در مورد تاریخچه ابتلا قبلی به کاندیدا یا هر شرایطی نظیر مصرف آنتی بیوتیک که او را مستعد ابتلا به کاندیدا کند، سؤال کنید.

## کد بین‌المللی بازاریابی جایگزین‌های شیرمادر

(نکات کلیدی که بیشتر با بیمارستان‌های دوستدار کودک مرتبط می‌باشد)

چکیده رئیس مهم

- ممنوعیت تبلیغ جایگزین‌های شیرمادر و محصولات دیگر (بطری و گول‌زنک)
- ممنوعیت دریافت رایگان یا ارزانتر جایگزین‌های شیرمادر و محصولات دیگر توسط بیمارستان‌های دارای بخش‌های زایمان و کودکان و NICU
- ممنوعیت اعطای نمونه‌های رایگان، هدایا و بروشور به مادران (توسط پرسنل و کارکنان شرکتها)
- ممنوعیت تبلیغ این موارد در مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت
- ممنوعیت راهنمایی مادران از سوی کارکنان شرکت‌های تولید یا توزیع‌کننده محصولات بند یک
- ممنوعیت دریافت هدایا و نمونه‌های رایگان توسط کارکنان
- ممنوعیت تأمین هزینه آموزش، فضای آموزشی و وسایل یا مواد آموزشی بوسیله شرکت‌ها، در زمان آموزش مادران در مورد تغذیه نوزاد و ممنوعیت اجرای هرگونه فعالیت تأثیرگذار بر روی کارکنان بیمارستان شامل دخالت در آموزش کمک هزینه‌های تحقیقاتی، کنفرانس‌ها و مانند آن‌ها منع شوند. این قانون در مورد گیرندگان خدمات فوق‌هم صادق است
- ممنوعیت تصاویری از نوزادان یا تصاویر دیگری که تغذیه مصنوعی را تبلیغ کنند بر روی برچسب محصولات
- اطلاعات ارائه‌شده به کارکنان باید علمی و مبتنی بر حقایق باشند و تأکید بر ارجحیت همه‌جانبه تغذیه با شیرمادر (شامل جسم، روان، هوش، رشد و تکامل...) باشد.
- اطلاعات در مورد روش‌های تغذیه مصنوعی، از جمله برچسب‌ها، باید مزایای تغذیه انحصاری با شیرمادر و هزینه‌ها و معایب مربوط به این روش‌ها را توضیح داده باشند.
- محصولات نامناسب شامل شیر تغلیظ شده شیرین نباید به نوزادان داده شوند.
- ورود کارکنان این نوع شرکت‌ها به بیمارستان‌های دوستدار کودک ممنوع است و برای اطلاع‌رسانی مجازند برشور تأیید شده از طرف کمیته سیاستگذاری تغذیه با شیرمادر را ارسال نمایند.

### نقش مسئولان و کارکنان بیمارستان در رعایت کد بین‌المللی بازاریابی جانشین‌شونده‌های شیرمادر و قانون شیرمادر

- جایگزین‌های شیرمادر به طور رایگان یا با قیمت پایین نباید در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها پذیرفته شوند.
- بیمارستان‌ها و مراکز درمانی باید جایگزین‌ها را به همان صورت تهیه کنند که دیگر مواد غذایی و داروها را می‌خرند (نباید از قیمت عمده‌فروشی پائین‌تر باشد). بیمارستان باید از ورود مطالب تبلیغاتی در مورد مایعات و غذاهایی غیر از شیرمادر جلوگیری کند.
- زنان باردار نباید مطالب تبلیغاتی در مورد تغذیه به روشی غیر از تغذیه با شیرمادر دریافت کنند.
- تغذیه با جایگزین‌های شیرمادر باید تنها توسط کارکنان مرکز و فقط به زنان باردار، مادران و یا اعضای خانواده‌های آموزش داده‌شود که نیاز به استفاده از این مواد دارند.
- جایگزین‌های شیرمادر نباید در معرض دید زنان باردار و مادران نگهداری شوند.
- بیمارستان نباید اجازه دهد هدایای حاوی جایگزین‌های شیرمادر یا محصولات مربوط به آن که در امر تغذیه با شیر

مادر تداخل ایجاد می‌کنند، میان زنان باردار یا مادران توزیع شود.

- کمک‌های مالی یا مادی برای تبلیغ محصولاتی که شامل قانون بازاریابی می‌شوند نباید از سوی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها، و خانواده‌های آن‌ها پذیرفته شود.
- تولید و توزیع کنندگان محصولات مشمول قانون بازاریابی باید از هرگونه فعالیت تأثیرگذار بر روی کارکنان بیمارستان شامل دخالت در فلوشیپ‌ها، تورهای آموزشی، کمک هزینه‌های تحقیقاتی، کنفرانس‌ها و مانند آن‌ها منع شوند. این قانون در مورد گیرندگان خدمات فوق هم صادق است.

## ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته های دانشگاهی و شهرستانی شیر مادر

اعضاء کمیته دانشگاهی ترویج تغذیه با شیرمادر:

۱. رئیس دانشگاه بعنوان رئیس کمیته
  ۲. معاون درمان
  ۳. معاون بهداشت
  ۴. رئیس دانشکده پزشکی
  ۵. رئیس دانشکده پرستاری مامایی
  ۶. مدیر گروه اطفال (نوزادان)
  ۷. مدیر گروه زنان
  ۸. مدیر سلامت جمعیت خانواده و مدارس
  ۹. کارشناس مسئول برنامه شیر مادر و کارشناس سلامت کودکان دانشگاه (حوزه بهداشت)
  ۱۰. کارشناس برنامه شیر مادر حوزه درمان
- هسته آموزشی شامل: متخصص کودکان، متخصص نوزادان، متخصص زنان، مربی دانشکده پرستاری مامایی، کارشناس ارشد تغذیه

اعضاء کمیته شهرستانی ترویج تغذیه با شیر مادر

۱. رئیس شبکه یا مرکز بهداشت
  ۲. رؤسای بیمارستان های دارای بخش زنان یا اطفال
  ۳. یک نفر متخصص اطفال
  ۴. یک نفر متخصص زنان
  ۵. مدیر سلامت جمعیت خانواده و مدارس
  ۶. کارشناس تغذیه با شیر مادر شهرستان و طی نامه ۲/۱۵۵۵۵۶ ب مورخ ۸۸/۱۲/۹ کارشناس کودکان اضافه شد.
  ۷. مسئول امور دارویی
  ۸. کارشناس پرستاری مامایی
- جلسات کمیته بطور مرتب (هر ۳ ماه یک بار) و یا برحسب نیاز برگزار گردد.
- کارشناس شیر مادر شهرستان دبیر جلسه است. دستور جلسات و پیگیری مصوبات صورت جلسات، مشکلات و گزارشات توسط وی برای طرح در کمیته آماده می شود.

## شرح وظایف کمیته شهرستانی ترویج تغذیه با شیر مادر:

### برنامه ریزی برای تقویت فعالیت های آموزشی، پژوهشی و حمایتی تغذیه با شیر مادر:

۱. جمع آوری و نگهداری آخرین اطلاعات وضعیت موجود تغذیه با شیر مادر در شهرستان و اتخاذ سیاست های لازم برای ارتقاء
۲. تعیین وضعیت موجود بیمارستان های دوستدار کودک براساس آخرین پایش و گزارش به کمیته دانشگاهی و پیگیری مداخلات لازم توسط کمیته های بیمارستانی
۳. نظارت بر پایش بیمارستان های دوستدار کودک (و نظارت بر ارزیابی مجدد چنانچه در دانشگاه های بزرگ توسط شهرستان انجام می شود)
۴. نظارت بر عملکرد کارکنان در اجرای برنامه و آموزش مادران در واحدهای اجرایی با بازدید های رندومی
۵. نظارت بر پایش قانون ترویج تغذیه با شیر مادر، مطرح نمودن موارد تخلف از قانون در جلسات برای پیگیری
۶. تشکیل هسته آموزشی شیرمادر برای همکاری و نظارت بر آموزش های سطح شهرستان زیر نظر هسته آموزشی دانشگاه
۷. تدوین، اجرا و نظارت بر فعالیت های آموزشی سطح شهرستان
۸. نظارت بر مطالب و مواد آموزشی (کتاب، فیلم، اسلاید، پمفلت . . .) تهیه شده توسط کارکنان در سطح شهرستان
۹. تعیین الویت های پژوهشی با توجه به مشکلات و نیازهای شهرستان و پیشنهاد به کمیته دانشگاهی
۱۰. نظارت بر توزیع و مصرف شیر مصنوعی و ارائه راهکارها و مداخلات مناسب براساس گزارش اطلاعات جمع آوری شده
۱۱. جلب مشارکت رسانه های محلی و نظارت بر مطالب منتشره از آنها
۱۲. برنامه ریزی همکاری های بین بخشی در موارد لزوم
۱۳. برنامه ریزی و برگزاری هفته جهانی شیرمادر
۱۴. معرفی، حمایت و تشویق کارکنان علاقمند در امر ترویج تغذیه با شیرمادر
۱۵. ارسال گزارشات ۳ ماهه به مرکز استان و کمیته دانشگاهی



## دستورالعمل کشوری تجویز شیرمصنوعی

ضوابط و معیارهای موضوع تبصره ۲ ماده یک قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی

## الف: موارد ضرورت پزشکی

ضرورت های تجویز شیرمصنوعی در خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری عبارتست از

• **مطلوب نبودن نمودار رشد شیرخوار**

لازم است ضمن مشاوره با مادر برای پی بردن به مشکلات تغذیه ای شیرخوار آموزش های لازم به مادر و خانواده در مورد وضعیت صحیح شیردادن، مکیدن صحیح و مکرر پستان و تخلیه مرتب آن توسط شیرخوار همچنین تغذیه متعادل مادر ارائه گردد و حمایت روانی خانواده نیز جلب شود و از بیمار نبودن شیرخوار اطمینان حاصل گردد.

توصیه شود که مادر پس از حداکثر ۵ روز مراجعه نماید. این ملاقات برای اطمینان یافتن از انجام توصیه ها، جلب رضایت مادر و حمایت از اوست. اما چنانچه پس از ۱۵ روز از ملاقات اولیه تغییر مطلوبی در نمودار رشد شیرخوار حاصل نشود، توصیه به شروع تغذیه مصنوعی او بطور کمکی بلامانع است.

• **چندقلویی:** چنانچه علیرغم تغذیه چند قلوها با شیر مادر، رشد آنان مطلوب نباشد، لازم است با هر شیرخوار بعنوان یک قلو برخورد نمایند و شیر مصنوعی را به هر یک بر حسب نمودار رشد آنان توزیع کنند.

• **بیماری های مزمن و صعب العلاج مادر نظیر:** بیماری های کلیوی، قلبی، کبدی و جنون و سوختگی شدید هر دو پستان که منجر به معلولیت و از کار افتادگی مادر و اختلال در شیردهی او گردد به تشخیص یا تأیید پزشک متخصص

• **داروها و مواد رادیواکتیو:** مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متابولیت ها (مانند متوتروکسات\*)، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین و... بروموکریپتین، فنیل دیون، لیتيوم، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکسیفن و فن سیکلیدین بوده و یا مادر معتاد به مواد مخدر تزریقی نظیر کوکائین و هروئین باشد. و همچنین مواد رادیو اکتیو در مدت درمان با نظر پزشک معالج

لازم به ذکر است چنانچه ضرورت استفاده از داروهای ذکر شده برای مدت کمتر از یک ماه وجود دارد، باید ضمن آموزش مادر برای دوشیدن شیر و تخلیه مرتب پستان ها به منظور تداوم تولید شیر، تغذیه با شیر دایه توصیه شود و در صورت عدم امکان صرفاً برای این مدت شیر مصنوعی به شیرخوار داده و استفاده از قاشق و استکان توصیه شود.

• **جدایی والدین** در صورتی که نگهداری شیرخوار بر عهده پدر باشد.

• **فوت مادر**

• **فرزند خواندگی،** ضمناً آموزش های لازم به مادر برای ایجاد شیردهی ارائه گردد.

\* مصرف متوتروکسات در حد هفته ای یک روز در درمان آرتریت روماتوئید مادران، منع شیردهی ندارد. فقط باید مادر بعد از مصرف دارو به مدت ۲۴ ساعت فرزندش را شیر ندهد. ( لازم است شیرخود را دوشیده و دور بریزد و شیرخوار را با شیر دوشیده شده خود که از قبل آماده و نگهداری کرده است تغذیه نماید.)

### ب: مقدار شیر مصنوعی مورد نیاز

اگر به علل فوق (بند الف) تغذیه شیرخوار با شیر مصنوعی اجتناب ناپذیر باشد رعایت موارد زیر ضروری است.

در موارد بسیار نادر که شیرخوار بطور کامل از شیر مادر محروم است، مقدار لازم شیر مصنوعی عبارت خواهد بود از:

|                          |               |         |
|--------------------------|---------------|---------|
| تا پایان ۶ ماهگی         | هر ماه ۸ قوطی | ۴۸ قوطی |
| ماه هفتم و هشتم          | هر ماه ۶ قوطی | ۱۲ قوطی |
| ماه نهم تا پایان دوازدهم | هر ماه ۳ قوطی | ۱۲ قوطی |
| جمع                      |               | ۷۲ قوطی |

اگر بعنوان کمک به شیر مادر تجویز می شود، مقدار لازم به شرح ذیل خواهد بود.

|                          |                  |         |
|--------------------------|------------------|---------|
| تا پایان ۶ ماهگی         | هر ماه تا ۴ قوطی | ۲۴ قوطی |
| ماه هفتم و هشتم          | هر ماه تا ۳ قوطی | ۶ قوطی  |
| ماه نهم تا پایان دوازدهم | هر ماه تا ۲ قوطی | ۸ قوطی  |
| جمع                      |                  | ۳۸ قوطی |

### ضمناً به مادر باید آموزش داده شود تا

۱. به منظور اجتناب از آلودگی حتی الامکان از بکار بردن شیشه شیر و پستانک خودداری نموده و شیر تهیه شده را با فنجان و قاشق به شیرخوار بدهند.
۲. هنگام تهیه شیر رعایت غلظت، حجم مناسب و موازین بهداشتی را بنمایند و خطرات ناشی از تغذیه شیرخوار با شیرهای غلیظ و رقیق را مورد توجه قرار دهند.
۳. در صورت داشتن چند قلو، اول آن ها را با شیر خود تغذیه کنند و سپس شیر تهیه شده از شیر مصنوعی را به آنان بدهند. به اهمیت توزین دوره ای و ثبت منحنی رشد کودک جهت تشخیص کفایت تغذیه او واقف باشند.

### ب-۱- ضوابط توزیع شیر مصنوعی در موارد محرومیت کامل از شیر مادر

تجویز شیر مصنوعی بصورت کامل منحصراً شامل شماره های ۳، ۴ (مشروط) و ۵ الی ۷ بند الف می شود.

### ب-۲- ضوابط توزیع شیر مصنوعی کمکی بعنوان جبران کمبود شیر مادر

در موارد مطلوب نبودن نمودار رشد شیرخوار (شماره ۱) و چند قلوبی (شماره ۲) پس از اقدامات لازم که در بند الف ذکر گردیده چنانچه پس از ۱۵ روز تغییر مطلوبی در نمودار رشد شیرخوار حاصل نشود، شیر مصنوعی به تعداد ذکر شده در جدول بعنوان شیر کمکی به مادر تحویل شود و با توجه به منحنی رشد شیرخوار ابتدا یکی دوبار تغذیه با شیر مصنوعی در روز (صرفاً با قاشق و فنجان) پس از تغذیه با شیر مادر توصیه شود. شیرخوار تحت مراقبت ویژه قرار گیرد. توزین چنین شیرخواری و بررسی منحنی رشد او باید هر ۱۵ روز انجام شود. چنانچه شیرخوار رشد کافی نداشته و یا وزن او کم شده باشد، افزایش دفعات شیر مصنوعی را (همراه با تداوم تغذیه با شیر مادر) توصیه نموده و با نظر کمیسیون شیر مصنوعی شهرستان تعداد قوطی های شیر مصنوعی و یا کوپن را بصورت کامل تأمین نمایند. (کمیسیون شهرستان متشکل است از: حداقل یک پزشک که کارگاه آموزشی شیر مادر را گذرانده و به آن اعتقاد داشته باشد، یک کارشناس ترویج تغذیه با شیر مادر و یک فرد

تصمیم گیرنده در مورد تغذیه مصنوعی شیرخوار از مرکز بهداشتی درمانی مربوطه که می تواند پزشک، کارشناس یا کاردان مرکز باشد)

#### ج: نحوه عرضه

- در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی
- براساس موارد ضرورت پزشکی و پس از تشخیص و تأیید مرکز بهداشتی درمانی روستایی در زمینه استفاده شیرخوار از شیر مصنوعی (بعنوان غذای اصلی یا کمک شیر مادر) به مقدار تعیین شده تحویل مادر می گردد.
- در مراکز بهداشتی درمانی شهری
- تحویل کوپن شیر مصنوعی در مراکزی انجام می شود که پزشک آن مرکز دوره آموزشی ترویج تغذیه با شیر مادر را گذرانده باشد.
- تشخیص نیاز شیرخوار به شیر مصنوعی، لزوم و تحویل کوپن شیر مصنوعی براساس ضرورت پزشکی که در فوق به آن اشاره شد توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی صورت خواهد گرفت.
- کوپن صادر شده با امضاء پزشک و مهر مرکز بهداشتی درمانی شهری معتبر است.
- داروخانه ها موظف به تحویل شیر مصنوعی به مقدار توصیه شده و با قیمت مصوب می باشند.

#### د: نحوه ورود شیر مصنوعی

- وارد کنندگان مجاز شیر مصنوعی مکلفند شیرخشک (مصنوعی) را مستقیماً یا از طریق شرکت های توزیع کننده و طبق برنامه تنظیمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به داروخانه ها تحویل نمایند.
- داروخانه ها موظفند شیر مصنوعی را به مقدار تعیین شده و با قیمت مصوب در مقابل ارائه کوپن معتبر حاوی مهر مرکز بهداشتی درمانی شهری و امضاء پزشک مرکز به متقاضی تحویل نمایند.
- برای کنترل عرضه شیر مصنوعی، شرکت های وارد کننده و توزیع کننده موظفند اطلاعات یا مدارک لازم مربوط به میزان واردات و توزیع آن و میزان مصرف را براساس اسناد مثبت در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهند.

