

راهنمای آموزشی "شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد"

به انضمام

"دستور عمل برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد"

(برای کارکنان بهداشتی - درمانی)



اداره سلامت کودکان، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

کمیته کشوری توسعه تغذیه با شیر مادر

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مولفین، بترتیب حروف الفبا:

دکتر مریم افراختہ، دکترا نا افشاریانی، دکترا فرناز اہدائی وندا، دکترا سید حامد برکاتی، دکترا محمود راوری،
سون سعدونیان، دکترا نایید عزالدین زنجانی، دکترا شہناز علایی، دکترا احمد رضا فرسار، مریم فریور،
دکترا محمد کاظمیان، زہرا کریمی، دکترا ناصر کلانتری، نسیرین ہمایونفر

باشکر از راہنمائی ہیکاران محترم ادارہ سلامت مادران:

خانم: دکترا فرحناز ترکستانی، لیلا ہادی پور جہرمی

بِسْمِ تَعَالَى

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۳ | مقدمه |
| ۵ | فصل اول شواهد، فواید و اهمیت تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه طی ساعت اول تولد |
| ۱۱ | فصل دوم شرایط و مراقبت های لازم برای موفقیت تغذیه |
| ۳۷ | فصل سوم چگونگی تولید و ترشح شیر، ادامه شیردهی و ارزیابی مادر و نوزاد، و چگونگی انجام آن در زایمان طبیعی و سزارین |
| ۵۵ | فصل چهارم پایش و ارزشیابی |
| ۵۹ | فصل پنجم موانع و راهکارها |
| ۶۳ | ضمیمه ۱ دستور عمل کشوری ضمیمه ۲ چک لیست پایش منابع |

مقدمه:

شیر مادر روشی بی نظیر برای تغذیه شیرخواران با بهترین غذای ممکن است. از سال ۱۹۹۱ که بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف جهت تاکید بر ده اقدام بعنوان ضوابط بین المللی تغذیه و مراقبت شیرخواران در بیمارستان ها صادر گردید، همواره مطالعات متعدد تاثیر بسزای اجرای ضوابط دوستدار کودک را در شروع موفق شیردهی و تداوم آن نشان داده اند.

برخی از این اقدامات از جمله اقدام چهارم تحت عنوان " تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان و شروع تغذیه با شیرمادر ظرف ساعت اول تولد " از حساسیت ویژه ای برای حفظ بقا و سلامت شیرخوار و موفقیت شیردهی برخوردار است.

اینک پس از گذشت ۲۲ سال از راه اندازی بیمارستانهای دوستدار کودک در کشور، به دلیل کاستی های فعلی در اجرای اقدام چهارم، ضرورت و اهمیت اجرای استاندارد آن مطابق دستور عمل، کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر، اداره سلامت کودکان با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، اقدام به برنامه ریزی مدونی نمودند. که دستورعمل تماس پوستی مادر و نوزاد و شروع شیرمادر در ساعت اول تولد بصورت پایلوت اجرا شود و حسب نتایج آن، برای مراحل بعدی گسترش برنامه و اجرای کشوری اقدام گردد.

فصل اول

شواهد، فواید و اهمیت تماس پوست با پوست

مادر و نوزاد

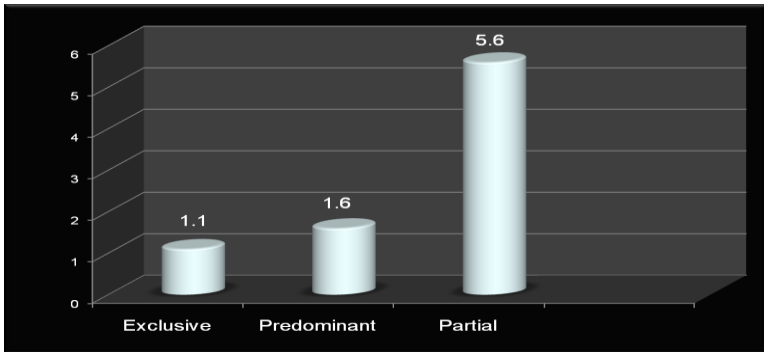
شواهد، فواید و اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه

طی ساعت اول تولد

شروع تغذیه با شیرمادر طی یک ساعت اول تولد، اولین و حیاتی ترین گام برای کاهش مرگ و میر شیرخواران و کودکان است. مطابق آمارهای موجود از ۱۳۶ میلیون تولد نوزاد در سال تقریباً ۴ میلیون از آنها در طول ماه اول عمر می میرند که حدود ۹۸ درصد از آنها در کشورهای کمتر توسعه یافته و یا فقیر متولد شده اند. مطالعه ای که در سال ۲۰۰۷ انجام شده نشان می دهد که اگر تمام مادران ظرف یکساعت اول تولد، تغذیه با شیرمادر را شروع و منحصراً شیرخوارشان را تا ۶ ماه از شیر خود تغذیه نمایند، جان ۱ میلیون از ۴ میلیون نوزاد حفظ می شود.

برای اولین بار محققین در منطقه روستایی غنا دریافتند که نوزادانی که تغذیه با شیرمادر را ظرف ساعت اول تولد شروع می کنند، احتمال بقاء آنها در دوره نوزادی بیشتر از نوزادانی است که شیرمادر را به موقع شروع نمی کنند بطوریکه: نوزادانی که تغذیه با شیرمادر را پس از ۲۴ ساعت اول تولد شروع می کنند احتمال مرگشان نسبت به نوزادانی که شیرمادر را ظرف ساعت اول شروع نموده اند ۲/۵ برابر بیشتر است.

همچنین در این مطالعه مشخص شد که نوزادانی که با غذاهای کمکی و یا شیری بجز شیر مادر در ماه اول تغذیه شده اند احتمال مرگ آنها نسبت به شیرخوارانی که منحصراً با شیرمادر تغذیه می شوند ۴ برابر بیشتر است.



و در نهایت نتیجه گیری شده است که اگر تغذیه انحصاری با شیر مادر از روز اول تولدش شروع شود از ۱۶ درصد مرگ نوزادان و اگر تغذیه انحصاری با شیر مادر در ساعت اول تولد شروع شود از ۲۲ درصد مرگ در آنها پیش گیری می شود.

شروع بموقع تغذیه با شیر مادر برای مادر و نوزاد مزایای بسیاری دارد.

از جمله :

- آغوز یا کلاستروم برای نوزاد بسیار مغذی است . نیاز نوزاد در این هنگام خیلی کم است و قطرات کم آغوز نیز برای او کافی است. آغوز سرشار از عوامل ایمنی بخش است و اولین واکسن نوزاد محسوب می شود که او را در برابر بسیاری از بیماری ها حفاظت کرده و به تنظیم سیستم ایمنی در حال تکامل نوزاد نیز کمک می کند. آغوز حاوی فاکتورهای رشد است که به تکامل و عملکرد موثر روده نوزاد کمک کرده و ورود میکرو ارگانیزم ها و آلرژن ها را به بدن نوزاد مشکل می سازد. آغوز سرشار از ویتامین A است که برای حفاظت از چشم ها و کاهش عفونت ها اهمیت دارد و از طرفی با تحریک عمل دفع، به پیشگیری از زردی نوزاد کمک می کند.

- به تولید شیر کافی برای تغذیه بعدی و همچنین پیشگیری از بروز هیپو گلیسمی کمک می کند.

-رفلکس مکیدن نوزاد را (که در طول یک ساعت اول بسیار قوی است) برای گرفتن صحیح پستان بکار می اندازد. این مزیت به انقباض رحم و خروج جفت و کاهش خونریزی مادر کمک می کند.

-امکان تماس پوست با پوست مادر و نوزاد را فراهم می کند و گرمای مورد نیاز نوزاد را بویژه برای نوزادان نارس و کم وزن تامین می کند.

-برای نوزادان کم وزن مفیدتر است چون احتمال مرگ و میر آن ها بیشتر است و به هنگام تولد به حمایت بیشتری برای خوب مکیدن نیاز دارند.

یادآور می گردد که پس از زایمان طبیعی و یا سزارین با بی حسی موضعی، تغذیه با شیرمادر را اغلب می توان بلافاصله شروع نمود. پس از سزارین با بیهوشی عمومی، تغذیه با شیرمادر می تواند ظرف چند ساعت اول به محض هشیاری مادر انجام شود.

مزایای تماس پوست با پوست مادر و نوزاد پس از تولد عبارتند از:

تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد و شروع تغذیه با شیرمادر گرچه به هم مرتبط هستند اما هرکدام بطور مستقل از اهمیت خاصی برخوردارند. بطوریکه گفته می شود حتی اگر مادر قصد شیردهی ندارد، مادر و نوزاد باید از این تماس اولیه بهره مند شوند. مادر و نوزاد پس از تولد نباید از هم جدا شوند و مطلوب است که بطور مداوم همراه هم باشند و نوزاد مجاز باشد که به محض آمادگی پستان مادر را بگیرد مگر به دلایل پزشکی غیرقابل اجتناب.

- برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد به شروع موفق تغذیه انحصاری با شیر مادر کمک می کند.

- مطالعات متعددی نشان داده اند که تماس پوستی زود رس مادر و نوزاد منجر به افزایش قابل توجه میزان تغذیه با شیر مادر و طول مدت شیردهی می شود. مشاهده شده که حتی تماس کوتاه مدت ۲۰-۱۵ دقیقه ای در ساعت اول مفید بوده است در حالی که حتی ۲۰ دقیقه جدایی در طول ساعت اول می تواند زیان آور باشد.

- مادر و شیرخوار را آرام می کند و ضربان قلب و تنفس شیرخوار را ثبات می بخشد و نوزاد را گرم نگه می دارد.

- نوزادان دمای زیربغلی و پوستی بالاتر، تطابق متابولیکی و ثبات قند خون و اصلاح سریع تر اسیدیته خون دارند.

- در مطالعه ای تعداد ۳۸ نوزاد بلافاصله پس از تولد در تماس پوستی با مادر به مدت حداقل یک ساعت قرار گرفتند، ۲۴ درصد آنها بطور متوسط پس از ۴۹ دقیقه قادر به مکیدن صحیح پستان بودند. در گروه دیگری از نوزادان که تماس با مادر را بلافاصله پس از تولد شروع کردند اما پس از ۲۰ دقیقه جدا شدند و ۲۰ دقیقه بعد نزد مادر برگشتند، فقط ۷ درصد آنها بطور موثر پستان مادر را مکیدند که این اختلاف معنی دار بود.

در یک متا آنالیز از مطالعات انجام شده نشان داده اند که تماس اولیه مادر و نوزاد، منجر به افزایش قابل توجه میزان تغذیه با شیر مادر در ۲ تا ۳ ماهگی شده است.

- موجب تحکیم پیوند عاطفی (BONDING) بین مادر و نوزاد می شود. پیوند عاطفی نوزاد با پدر و مادر از دوره بارداری آغاز شده و بعد از چند ماه انتظار با اولین تلاقی نگاه و تماس مستقیم با نوزاد، قویتر می شود. پیوند عاطفی ممکن است در بدو تولد و با دیدن نوزاد ظاهر شده و یا به مرور زمان و بعد از انس بیشتر با شیرخوار

ایجاد شود. هرچه پیوند عاطفی با نوزاد زودتر و قوی تر شکل گیرد، مراقبت از نوزاد دل پذیرتر و مطلوب تر می شود. به علاوه شیردهی و مادری کردن و تربیت فرزند با موفقیت بیشتری توأم گردیده و احتمال سوء رفتار با کودک کاهش می یابد و در نهایت، منجر به تسریع روند رشد جسمی، ارتقاء تکاملی و شکوفایی استعدادهای بالقوه کودک می گردد و در سنین بالاتر نیز نقش بسزایی دارد.

- لمس زودرس نوک پستان و آرئول توسط نوزاد (ظرف نیم ساعت اول) همراه با تماس پوستی، تاثیر مثبت بر پیوند عاطفی مادر و نوزاد در روزهای اول تولد دارد. بطوریکه در مطالعه ای دیده شده که این مادران، نوزادان خود را نسبت به نوزادانی که فقط تماس پوست با پوست بدون لمس نوک پستان داشتند، به مدت کوتاه تری از خود جدا می کردند و بیشتر با آنها حرف می زدند.

- گریه شیرخوارانی که پس از تولد در تماس پوستی با مادر قرار می گیرند، در مقایسه با نوزادانی که جدا در کات نگهداری می شوند کمتر است. بنابراین اضطراب و مصرف انرژی نیز کاهش می یابد.

- نوزادی که در تماس نزدیک با مادر است، می تواند به محض نشان دادن علائم آمادگی (مثل حرکات دهان و زبان و مکیدن) پستان را بمکد. اما نباید او را مجبور کرد زیرا بر رفتار بعدی او اثر سوء دارد.

- کلونیزاسیون روده شیرخوار را با باکتری طبیعی روده مادر فراهم می کند. بدین دلیل که مادر اولین کسی است که کودک را در کنار خود دارد و نه یک پرستار، دکتر یا شخص دیگری که ممکن است سبب کلونیزاسیون باکتریهای آنها در نوزاد شود.

فصل دوم

شرایط و مراقبت‌های لازم برای موفقیت

تغذیه با شیر مادر

شرایط و مراقبت های لازم برای موفقیت تغذیه با شیر مادر

تمام شیرخواران تا ۶ ماهگی باید انحصاراً با شیر مادر تغذیه شوند تا از رشد، تکامل و سلامت مطلوب برخوردار گردند. تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی تغذیه شیرخوار فقط با شیر مادر و پرهیز از هر نوع مایع دیگر حتی آب صورت گیرد. مصرف قطره، شربت حاوی ویتامین و دارو مجاز است.

برای اجرای این توصیه، توجهات و مراقبتهای خاصی لازم است تا زمینه و شرایط مناسب فراهم گردد و از دسترسی تمام شیرخواران و کودکان به این روش تغذیه اطمینان حاصل شود.

مادری موفق به تغذیه کامل و انحصاری شش ماهه با شیر مادر می شود که: **مهارت عملی کافی، اعتماد به نفس، کمک گیری از متخصص صاحب نظر** را در اختیار داشته و از مراقبت های ذیل برخوردار باشد:

۱. با آمادگی وارد دوره بارداری شود
۲. نطفه حاصله از پدری با تغذیه و شیوه زندگی سالم تشکیل شده باشد
۳. از تغذیه مناسب دوران بارداری برخوردار باشد.
۴. پستان ها برای شیردهی آماده شده باشند.
۵. دانش کافی در باره مزایای تغذیه با شیر مادر داشته باشد.
۶. از مداخله زایمانی مناسب برخوردار باشد.
۷. بلافاصله پس از زایمان تماس پوستی با نوزاد خود داشته و شیر دهی را طی ساعت اول تولد آغاز کرده باشد.

۸. رابطه مادر و شیرخوار به نحو رضایت بخش برقرار شده و وضعیت شیر دهی صحیح داشته باشد.
۹. برای رفع مشکلاتی که در خلال شیردهی رخ می دهند، از مشاوره های به هنگام و کارآمد برخوردار باشد.

این مراقبت ها به ترتیب توضیح داده خواهند شد:

۱. با آمادگی وارد دوره بارداری شود

- بارداری با برنامه و به عبارت دیگر کاهش موارد حاملگی های ناخواسته یکی از مهم ترین پیش شرط های توفیق در تغذیه با شیر مادر است. تغذیه مادر در دوران قبل از لقاح نیز برای ارتقای سلامت جنین و نوزاد و شایستگی او برای تغذیه با شیر مادر بسیار حیاتی است :
- کمبود بعضی ریز مغذی ها در هفته های اول بارداری می توانند اثرات سوء بر رشد جنین بگذارند. کمبود اسید فولیک منجر به نقص لوله های عصبی در نوزاد می گردد، به همین دلیل دریافت ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک در روز برای زنان در سن باروری توصیه می شود.
 - رژیم غذایی مناسب قبل از بارداری باید فاقد هر نوع تراتوزن نظیر الکل و داروهای غیرمجاز باشد. همچنین از مصرف بعضی مواد مضر نظیر دخانیات، کافئین، مواد مخدر، و مکملها پرهیز شود.
 - تغذیه و فعالیت بدنی مناسب قبل از بارداری به تضمین اضافه وزن مناسب طی بارداری، کاهش احتمال خطرانی نظیر دیابت حاملگی، و پره اکلامپسی کمک می کند.

۲. نطفه حاصله از پدری با تغذیه و شیوه زندگی سالم تشکیل شده باشد

تغذیه پدر قبل از لقاح نیز مهم است. تعداد و تحرک اسپرم در اثر مصرف الکل، مواد غیر مجاز و بعضی داروها کاهش می یابد. تغذیه مناسب پدر باعث تقویت سیستم ایمنی او و بارورتر شدن اسپرم می گردد.

۳. از تغذیه مناسب دوران بارداری برخوردار باشد

تغذیه متعادل و کامل طی دوران بارداری موارد زیر را تضمین

می کند:

- رشد و تکامل جنین
- تامین مواد مورد نیاز بدن مادر
- کاهش خطر دریافت اضافی غذا

در مادری با سوءتغذیه دوران بارداری، خطر تولد نوزاد کم وزن بیشتر است. این گونه نوزادان بیشتر در معرض خطر عفونت، ناتوانی های یادگیری، تکامل ناقص فیزیکی و مرگ طی یک سال اول زندگی هستند.

مجموع اضافه وزن مادر تا پایان حاملگی نباید از ۱۳-۱۱ کیلوگرم بیشتر شود که در سه ماهه اول ۳-۲ کیلو و از آن به بعد هفته ای نیم کیلو توصیه می شود. بدین منظور کلیه مواد دریافتی مادر اعم از درشت مغذی ها، ریزمغذی ها و مایعات باید افزایش یابد.

در سه ماهه دوم و سوم مادر باید روزانه ۴۵۰-۳۵۰ کیلوکالری اضافه دریافت داشته باشد، میزان پروتئین روزانه به مقدار ۱,۱ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن

- بدن و حداقل دریافت روزانه کربوهیدرات ۱۷۵ گرم باشد. میزان دریافت روزانه چربی تغییری ندارد جز اینکه تاکید بیشتری بر مصرف اسیدهای چرب امگا ۳- و پرهیز از اسیدهای چرب اشباع و ترانس می شود.
- ریز مغذی های حائز اهمیت بیشتر در دوران بارداری عبارتند از:
- اسید فولیک: موثر در تقسیم سلولی، در چهار هفته اول بارداری دریافت کافی آن (۶۰۰ میکروگرم در روز) حیاتی است.
 - سیانوکوبالامین: به فعالیت اسید فولیک کمک می کند (۲,۶ میکروگرم در روز)
 - اسید اسکوربیک: موثر در سنتز کلاژن (۸۵ میلی گرم در روز)
 - رتینول: کمبود آن باعث نوزاد نارس و کم وزن می شود (۱۳۰۰ میکروگرم در روز)
 - کلسیم: موثر در سنتز استخوان (۱۳۰۰ میلی گرم در روز)
 - آهن: نیاز به آن در دوران حاملگی تا ۵۰٪ بالا می رود، جهت سنتز گلبولهای قرمز بویژه در سه ماه سوم ضروری است
 - روی: موثر در سنتز پروتئین، DNA, RNA نیاز به آن در حاملگی تا ۴۰٪ بالا می رود.
 - سدیم: اضافه دریافت آن توصیه نمی شود.
 - ید: به منظور پیشگیری از کرتینیسم و هیپوتیروئیدیسم نیاز به آن افزایش می یابد.
- دریافت اضافه مایعات به جهت افزایش حجم خون مادر، تنظیم درجه حرارت بدن مادر، سنتز مایع آمنیوتیک، پیشگیری از احتباس آب و یبوست، و پیشگیری از عفونت مجاری ادراری لازم است.

۴. پستان ها برای شیردهی آماده شده باشند

شرایط پستان ، پستان های مختلف:

بسیاری از مادرها از اندازه پستان خود نگران هستند. مادران با پستان های کوچک نگران ناکافی بودن مقدار شیر خود هستند. تفاوت در اندازه پستان ها به دلیل تفاوت مقدار چربی آنهاست و ارتباطی به میزان بافت مولد شیر در پستان ندارد. قوت قلب دادن به مادران مهم است و نباید نگران اندازه پستان خود باشند.

مدیریت پستان با نوک مسطح یا فرورفته:

- درمان قبل از زایمان

هیچ آماده سازی برای پستان وجود ندارد، زمان تولد معمولا مشکلات نوک پستان برطرف می شود. این زمان مادر به بیشترین کمک نیاز دارد. روش هایی که کمک به بیرون آمدن نوک پستان می نماید در طی بارداری بدلیل احتمال تحریک انقباضات توصیه نمی گردد.

- ایجاد و تقویت اعتماد به نفس در مادر

به مادر توضیح داده شود که در ابتدا کاری دشوار است اما با تمرین و پشتکار موفق خواهد بود.

به مادر گفته شود که پستانها بعد از دو سه هفته نرمتر خواهند شد.

توضیح داده شود که دهان شیرخوار بایستی از پستان مادر پر باشد و نه تنها نوک پستان.

به مادر گفته شود که شیرخوار نیازمند تماس پوست با پوست است به شیرخوار اجازه داده شود تا با پستانها تماس داشته باشد.

شیرخوار در یادگیری گرفتن پستان آزاد باشد.

- به مادر برای بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوار کمک شود
- اگر شیرخوار بخوبی پستان را نمی گیرد، مادر باید به او کمک کند
- این کمک را در روزهای اول بعد از تولد انجام دهد.
- بعضی اوقات شیرخوار در موقعیت متفاوتی پستان را بهتر می گیرد.
- بعضی اوقات شیرخوار نوک پستان تحریک شده را بهتر می گیرد.
- بعضی اوقات تحریک نوک پستان تنها کاری است که مادر باید انجام دهد.
- استفاده از سرنگ های مخصوص جهت بیرون کشیدن نوک پستان نیز موثر است.
- گاهی اوقات شکل دادن به پستان (بطوری که مادر کف دست را زیر پستان و شست خود را بالاتر از نوک پستان قرار داده و پستان را به دهان شیرخوار هدایت کند) به گرفتن بهتر پستان کمک می کند.
- اگر طی یکی دو هفته اول شیرخوار قادر به مکیدن نیست مادر می تواند شیر خود را دوشیده و با لیوان به شیرخوار بدهد، با این کار پستان نرم تر می شود و شیرخوار راحت تر به آن متصل می گردد.
- پستان ها می توانند متورم و دردناک گردند اگر :
- بعد از تولد تاخیری در شیردهی ایجاد شود.
- اتصال شیرخوار به پستان ضعیف باشد و تخلیه آن بطور موثر انجام نگیرد.
- پستان به طور مکرر تخلیه نشود وقتی که شیردهی زمان بندی شده است و بر مبنای تقاضای شیرخوار نیست.
- طول مدت شیردهی محدود است.

۵. دانش کافی در باره مزایای تغذیه با شیر مادر داشته باشد

آموزش شیردهی

آموزش خانم باردار و همسرش درباره تولد کودک و تغذیه با شیر مادر یک بخش ضروری از مراقبت دوران بارداری می باشد. آموزش سایر اعضای خانواده که می توانند تغذیه با شیر مادر را حمایت کنند نیز لازم است که در مراکز بهداشتی، درمانی، مطب پزشک یا کلینیک انجام می شود. بیمارستان ها و سایر مؤسسات نیز می توانند آموزش برای زنان باردار و همسران شان فراهم نمایند. توصیه و تشویق متخصصین زنان و مامایی برای تصمیم گیری مادر در مورد تغذیه با شیر مادر حیاتی است. سایر کارکنان نظام سلامت مثل متخصصین کودکان، پرستاران و ماماها، همانند گروههای آموزش مادر به مادر و سایر سازمان های مردمی نقش مهمی ایفا می کنند. بهره مند شدن از فواید شیر مادر برای سلامت همگانی، تلاش برای همکاری و هماهنگی حرفه ای را در میان همه کارکنان نظام سلامت می طلبد، تا زنان و خانواده های شان را برای انتخاب تغذیه با شیر مادر آموزش داده و تشویق نمایند. بعضی زنان که تغذیه با شیر مادر را انتخاب می کنند خودشان یا خواهر و برادرشان با شیر مادر تغذیه شده و شیردهی را یک رفتار عادی در خانواده خود می دانند. این زنان احتمالاً از بعضی آموزش ها و تقویت باور های خود سود خواهند برد.

زنانی که خانواده و دوستان شان در مورد شیردهی تبادل تجربه ای نداشته اند نیز بارداری را با آرزوی انجام آنچه که برای کودکان شان بهترین و سالم ترین است، طی می نمایند. راهنمایی و در نظر گرفتن شرایط زندگی، در کمک کردن به این زنان و خانواده آنها برای اخذ تصمیم در مورد تغذیه شیرخواران شان مهم است. اطلاعات درباره فواید و مشکلات تغذیه با شیر مادر در مقایسه با استفاده از شیر مصنوعی به

آنها کمک خواهد کرد که تصمیم مناسبی بگیرند. متخصصین مامایی و زنان اغلب می توانند اضطراب مادر را کاهش دهند و راه حل ها یا منابعی که تغذیه با شیر مادر را به یک انتخاب عملی برای او و خانواده اش بدل سازد، پیشنهاد نمایند.

معاینات دوره ای زنان:

متخصصین مامایی و زنان می توانند آموزش تغذیه با شیر مادر را به زنان در سن باروری از زمانی که آنان در جریان معاینات روتین زنان برای معاینه پستان مراجعه می نمایند، آغاز کنند. به زنانی که آناتومی طبیعی دارند می توان گفت که چنانچه تصمیم به بچه دار شدن دارند، هیچ اشکال ساختمانی برای شیردهی ندارند.

اولین ملاقات مامایی :

اولین ملاقات مراقبت دوران بارداری ، بهترین زمان برای تشویق یا تقویت تصمیم برای تغذیه با شیر مادر است. همچنین زمان مناسبی است که اجازه دهیم مادر مزایای شیر مادر بر شیر مصنوعی را بداند. اغلب بیماران اطلاعات و راهنمایی از پزشک خود می خواهند. اهمیت توصیه پزشکان هرگز نباید دست کم گرفته شود. اگر مادر هنوز تصمیم به تغذیه فرزندش با شیر خود را نگرفته باشد، این ملاقات و ملاقات های بعدی می تواند فرصتی برای تصمیم گیری او ایجاد نماید. در طی معاینه پستان، پزشک می تواند یک معاینه اختصاصی شیردهی انجام داده و به سؤالات مادر در مورد تغییرات معمول پستان در بارداری و شیردهی پاسخ دهد. اگر مشکل ساختمانی وجود نداشته باشد، می توان به مادر در مورد توانایی اش برای شیردهی اطمینان داد. اگر نوک پستانش فرو رفته به نظر می رسد، او باید بداند که شکل ظاهری پستان پیش بینی کننده نتیجه تغذیه با شیر مادر نیست و او قادر به شیردهی خواهد بود.

آموزش شیردهی قبل از زایمان :

در گذشته که مدت اقامت در بیمارستان طولانی تر بود ، زنان می توانستند آموزش های نسبتاً خوب و کافی درباره تغذیه با شیر مادر قبل از ترخیص دریافت نمایند . امروزه با کوتاهتر شدن زمان بستری در بیمارستان ضروری است که زنان باردار با دانش پایه مناسب ، که در طول دوره قبل از زایمان بدست آورده اند برای زایمان در بیمارستان حاضر شوند . نشان داده شده است که آموزش قبل از تولد در افزایش مدت شیردهی بطور ویژه مؤثر بوده اند . در این صورت آموزش در بیمارستان می تواند بر جوانب عملی شیردهی مثل چگونگی پستان گرفتن و روش های شیردهی متمرکز شود .

آموزش شیردهی بعد از زایمان :

کارکنان بیمارستان باید بدون توجه به زمان وقوع زایمان وقت کافی برای هر مادر اختصاص دهند و یک برنامه خاص در مورد جنبه های عملی تغذیه با شیر مادر داشته باشند تا زنان قبل از ترخیص آموزش کامل دریافت کنند. کارکنان آموزش دیده باید رفتار شیر دهی مادر و نوزاد را در طول ۴۸-۲۴ ساعت اول پس از تولد برای تصحیح وضعیت شیردهی ، پستان گرفتن و کفایت بلع نوزاد ارزیابی نمایند . همچنین باید مطمئن شوند که مادر در روش دوشیدن شیر با دست مهارت کافی کسب نموده است.

قبل از ترخیص مادر باید درباره الگوهای دفع متناسب با سن نوزاد در طول هفته اول بعد از تولد آموزش داده شود حداقل ۶ بار دفع ادرار در روز و ۳ یا ۴ بار دفع مدفوع روزانه برای سنین ۷-۵ روزگی مورد انتظار می باشد . به مادر می توان نشان داد که چگونه در چند هفته اول دفعات و طول شیر دهی و تعداد دفعات دفع مدفوع

و خیس کردن کهنه کودک را ثبت کرده و این موارد را با ارائه دهندگان مراقبت های خود در طی ملاقات های بعدی مطرح نماید .

مادر باید الگوی مورد انتظار کاهش وزن و وزن گیری نوزاد را بدانند. قبل از وزن گیری ، نوزاد شیر مادر خوار ممکن است ۷-۵٪ وزن هنگام تولد را در هفته اول از دست بدهد، چنانچه کاهش وزن بیشتر از ۷-۵٪ باشد یا در سه روز اول به این سطح از کاهش وزن برسد، باید یک پزشک مراحل تغذیه با شیر مادر را ارزیابی نماید تا هر مشکلی قبل از جدی شدن شناسایی گردد. کاهش وزن حداکثر تا ۱۰٪ قابل قبول است. در پیگیری باید اثبات گردد که نوزاد بعد از یک هفته اول شروع به وزن گیری مجدد نموده است .

۶. از مداخله زایمانی مناسب برخوردار باشد

مراقبت های حین زایمان، انتقال به دوران شیردهی :

دوره دردهای زایمانی و زایمان ، دوره ای بسیار حساس برای موفقیت در امر شیردهی می باشد. متخصصین بالینی تخمین زده اند ۱۵ تا ۲۰ درصد زنانی که در شروع دردهای زایمانی تمایل دارند شیرخوار خود را تغذیه انحصاری نمایند در حالی بیمارستان را ترک می نمایند که یا اصلاً نوزاد خود را شیر نداده اند و یا در کنار شیر مادر ، تغذیه کمکی دارند. کارکنان مراقبت های مامایی باید به منظور حمایت از زنانی که تغذیه با شیر مادر را انتخاب می کنند، آگاهی و منابع لازم در اختیار داشته باشند. سیاست ها و اقدامات بیمارستان و بخش های مامایی می تواند اختلاف عمده و اساسی در میزان موفقیت و تثبیت تغذیه با شیر مادر ایجاد نمایند.

تغذیه با شیر مادر باید طی ساعت اول بعد از زایمان شروع شود مگر اینکه وضعیت پزشکی مادر یا نوزاد ، شرایط دیگری را ایجاب نماید . نوزادانی که بعد از تولد بر روی شکم مادران شان قرار داده می شوند و آنهایی که در اولین ساعت بعد از تولد به پستان مادر گذاشته می شوند در مقایسه با نوزادانی که تماس زود هنگام نداشته اند ، پیامد بهتری در زمینه تغذیه با شیر مادر دارند. در واقع شروع تغذیه بلافاصله در اتاق زایمان، در مقایسه با شروع تغذیه ۲ ساعت پس از زایمان ، درصد مادرانی را که تا ۲ الی ۴ ماه پس از زایمان تغذیه با شیرمادر را ادامه می دهند افزایش می دهد . لذا مدیریت موفق تغذیه با شیرمادر ، شامل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد و تشویق مادر به شیردهی در اتاق زایمان و عدم جدایی مادر و نوزاد در ساعات اولیه پس از تولد می باشد .

گرچه مادر ممکن است قبل از زایمان در مورد نحوه صحیح بغل کردن و به پستان گذاشتن مطالعه کرده باشد ، لیکن شرایط واقعی در عمل متفاوت خواهد بود . معمولاً

اکثر نوزادان که در ساعت اولیه هوشیاری پس از زایمان بر روی سینه یا شکم مادر قرار داده می شوند نوک پستان و آرنج را پیدا نموده و شروع به مکیدن آن می نمایند ، اما بعضی نیز ممکن است در این زمینه نیازمند کمک باشند . گرچه الصاق برجسب و باندهای تشخیص هویت نوزاد بلافاصله پس از تولد ضروری است اما سایر اقدامات معمول نظیر تزریق ویتامین K ، توزین ، پیشگیری از عفونت چشم را می توان تا انجام موفقیت آمیز اولین تغذیه با شیر مادر به تعویق انداخت .

بهتر است تغذیه اولیه با شیر مادر قطع نگردد و مادر و شیرخوار تا زمانی که مشکل پزشکی وجود ندارد در کنار یکدیگر باشند. برقراری تماس پوست با پوست در اتاق زایمان ، دمای بدن نوزاد را در حد طبیعی حفظ می نماید.

1 - مدیریت دردهای زایمانی و زایمان :

الف) کاهش درد حین و پس از زایمان :

به منظور تقویت تمایل مادر برای شیردهی، کنترل درد باید به نحوی متعادل انجام گیرد تا صرفاً موجب کاهش درد مادر شود و از مصرف مقادیر زیاد داروها بخصوص مخدرها خودداری شود زیرا اثرات منفی بر توانایی شیرخوار برای شیرخوردن خواهند داشت .

- مصرف خواب آورها و داروهای بیهوشی در حین زایمان :

انتخاب نوع داروی خواب آور و فواصل دوزها باید با هدف کاهش اثرات زیان آور آنها بر قابلیت شیر خوردن نوزاد صورت پذیرد.

| کنترل درد حین زایمان | | | |
|----------------------|--------------|---------------|--|
| دارو | (شروع وریدی) | (شروع عضلانی) | نیمه عمر نوزادی |
| مپریدین | ۵ دقیقه | ۳۰-۴۵ دقیقه | ۱۳-۲۲ ساعت (۶۳ ساعت برای متابولیت‌های فعال) |
| مورفین | ۵ دقیقه | ۳۰-۴۰ دقیقه | ۷ ساعت |
| نالبوکسین | ۲-۳ دقیقه | ۱۵ دقیقه | ۴ ساعت |
| بوتورفانول | ۲-۱۰ دقیقه | ۳۰-۱۰ دقیقه | نامعلوم (مشابه داروی نالبوکسین در بزرگسالان) |

در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر (مبحث زایمان بی درد، چاپ ۱۳۹۰) به داروهای زیر نیز اشاره شده است:

| دارو | (شروع وریدی) | (شروع عضلانی) | طول اثر |
|----------------|---|--|---------------------------------|
| فنتانیل | ۳-۵ دقیقه | ۳-۵ دقیقه | ۳۰-۶۰ دقیقه (در عضلانی و وریدی) |
| رمی فنتانیل | بلافاصله تا ۱ دقیقه (متناب و یا مداوم) | متناب: ۸-۵ دقیقه مداوم: ۱۰-۵ دقیقه پس از قطع انفوزیون | |
| پتیدین | | ۵ دقیقه | ۶-۲,۵ ساعت |

مپریدین در بدن مادر و نوزاد بوسیله N-دمتیل‌اسیون متابولیزه شده و به نورمپریدین (یک متابولیت فعال) تبدیل می‌شود.

نورمپریدین که خود یک ماده چربی دوست می‌باشد دارای نیمه عمر طولانی در بدن نوزاد بوده و با تغذیه مکرر از شیر مادر در بدن نوزاد تجمع می‌یابد. لذا از مصرف مپریدین در مادران شیرده در حین زایمان و پس از زایمان تا حد امکان باید خودداری نمود.

پس از تزریق عضلانی مپریدین به مادر، اگر نوزاد در فاصله ۲-۳ ساعت به دنیا بیاید بیشترین دپرسیون تنفسی را دارد، ولی در فاصله زمانی ۱ ساعت و یا پس از ۴ ساعت این احتمال حداقل است.

مورفین نیز در بدن مادر و نوزاد از طریق پدیده N - دمتیلاسیون متابولیزه شده و به ماده غیر فعال مورفین-۳-گلوکوکورونید و ماده فعال مورفین-۶-گلوکوکورونید (به نسبت ۹ به ۱) تبدیل می شود. بنابراین متابولیت‌های آن عمدتاً غیر فعال هستند. مورفین به دلیل آب دوست بودن، به میزان کمتری به شیر مادر انتقال می یابد. نالبوفین یک مخدر سنتتیک با خاصیت آگونیست - آنتاگونیست بوده و دارای نیمه عمر کوتاهی است که در مقادیر بالینی ناچیز به داخل شیرمادر ترشح می شود.. بوتورفانول نیز دارای ویژگی های مشابه نالبوفین می باشد.

در زمان استفاده از اپیوئیدها باید احتمال دپرسیون تنفسی مادر و نوزاد در نظر گرفته شود و دقیقاً مانیتور شود. احتمال دپرسیون تنفسی با مورفین بیشتر از بقیه اپیوئیدهاست.

- بی حسی اپیدورال کاهش درد بسیار خوب و بی خطری را در طول زایمان فراهم می نماید.

گرچه مطالعات زیادی در زمینه تأثیر مصرف داروهای مخدر از طریق اپیدورال و اینتراتکال بر رفتار مکیدن و یا موفقیت در شیردهی صورت نگرفته است، اما مدارک زیادی موجود است که نشان می دهد سطح مادری این داروها در مصرف موضعی کمتر از مصرف تزریقی بوده و فرایند شیردهی را مهار نمی کند.

- حضور پرسنل آموزش دیده حامی زایمان طبیعی یا یک همراه یا عضو دیگری از خانواده، و یا سایر کارکنان آموزش دیده، راهکار مناسبی برای کاهش تمایل زنان به استفاده از بیهوشی می باشد. ضمناً این افراد می توانند از طریق آرایه آموزش های مداوم، تشویق و اطمینان به مادر، موفقیت شیردهی او را افزایش دهند.

- تسکین درد پس از زایمان: عموماً برای تسکین درد پس از زایمان داروهای غیر مخدر از قبیل داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) یا استامینوفن به

خوبی پاسخ می دهد . در صورتی که داروهای قوی تر مورد نیاز باشد ، استفاده از مسکن های خوراکی ، بی خطر بوده زیرا انتقال آنان از طریق شیر به نوزاد ناچیز می باشد. تا حد امکان باید از مصرف داروهای حاوی آسپرین پرهیز گردد .

- تسکین درد پس از عمل جراحی به وسیله همان داروهایی که قبلاً نام برده شد ، قابل انجام است . برای تسکین دردهای شدید پس از عمل می توان از داروهای مخدر اینتراتکال ، اپیدورال مداوم ، پمپ Patient - Controlled analgesia یا خواب آور تزریقی استفاده کرد . دردی که برای تسکین نیازمند داروی تزریقی باشد با نارکوتیکها بهتر از مپریدین بهبود می یابد .

ب) زایمان بصورت سزارین :

شیوع تغذیه با شیر مادر در زایمان سزارین ۱۰ تا ۲۰ درصد پائین تر از زایمان طبیعی است . فاکتورهای علتی این موضوع اندازه گیری نشده است . پس از سزارین ، نگرانی های پرسنل بیمارستان در مورد ریکواری و بهوش آوردن مادر سبب می شود به تغذیه فوری نوزاد با شیر مادر یا تغذیه مکرر در ۲۴ ساعت اول توجه کمتری شود. زنانی که تحت سزارین برنامه ریزی شده قرار می گیرند ، در مقایسه با زنانی که سزارین آنها نامعلوم است تمایل بیشتری به تغذیه نوزاد خود با شیرمادر دارند . گاهی اوقات سزارین بصورت غیر منتظره و پس از تحمل دردهای طولانی مدت و سخت زایمانی رخ می دهد . بعلاوه بعضی از مادران ، سزارین برنامه ریزی نشده را بعنوان یک حادثه استرس زا و یا یک شکست قلمداد نموده و این عوامل منجر به مهار رفلکس جریان شیر می شوند .

در چنین موقعیت های پر خطر ، مداخله فعال و حمایت از تغذیه با شیر مادر ، شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر را حفظ خواهد نمود . شیرخوار با کمک پرسنل به

پستان مادر گذاشته می شود بدون اینکه به محل عمل آسیب وارد شود . وضعیت خوابیده به پهلو برای آغاز شیردهی در چنین شرایطی مناسب است . در مراحل بعدی ، استفاده از بالش و سایر وضعیت های تطابقی ، شیردادن در حالت نشسته یا نیمه نشسته را امکان پذیر می سازد .

پس از زایمان سزارین ، مادر معمولاً برای بلند کردن و بغل کردن نوزاد نیاز بیشتری به کمک پرسنل پرستاری و اعضای خانواده دارد . برای انجام سزارین استفاده از بی حسی موضعی مناسب تر از بیهوشی عمومی می باشد . ضمناً میزان تغذیه با شیر مادر نیز در سزارین با بی حسی موضعی بالاتر است .

ج) خستگی :

خستگی مادر بر نتیجه شیردهی اثر می گذارد . زایمان طولانی و سخت، شروع و یادگیری روش های صحیح شیر دهی را برای مادران جوان مشکل تر می سازد . حمایت های کافی پس از زایمان توسط کارکنان آموزش دیده ، سبب رفع موانع موجود و برقراری یک شیردهی موفق خواهد شد . علاوه بر این، هنگامی که مادر جوان بیمارستان را ترک می کند ، ممکن است با وظایف متعددی روبرو شود . چنانچه اعضاء خانواده در تعویض پوشک شیرخوار ، پخت و پز و نگهداری سایر کودکان و خانه داری به مادر کمک نمایند ، او قادر خواهد بود که انرژی خود را بر تغذیه شیر خوار واستراحت و تجدید قوا پس از زایمان متمرکز نماید .

موارد افسردگی پس از بارداری نادر نمی باشد ، و والدین جدید باید در رابطه با نیاز به استراحت و علائم شدیدی که ممکن است نیاز به تماس با پزشک داشته باشد آگاهی لازم را داشته باشند .

۲- بیمارستان ها در موفقیت تغذیه با شیر مادر تأثیرگذار می باشند:

هر بیمارستان یا زایشگاه ، می تواند با اجرای ۱۰ اقدام برای تغذیه با شیرمادر ، موفقیت شیردهی را تسهیل نماید.

بیمارستان ها استراتژی های متنوعی را برای ترغیب و تشویق تغذیه با شیر مادر به کار می برند . سیاست ها و خط مشی ها، سیستم های بیمارستانی را اداره می نمایند. وجود یک سیاست مدون تغذیه با شیر مادر ابزاری مهم برای تغییرروش های قدیمی و منسوخ می باشد. تنها موضوع مدیریتی دشوار در بیمارستان ، کنترل و اصلاح فعالیت های روتین و برخوردهای تضعیف کننده عزت نفس مادران در شیردهی موفق می باشد .

برخی از سیاست های بیمارستانی ممکن است برخلاف فیزیولوژی شیردهی عمل نمایند، از قبیل جدا کردن نوزاد از مادر به منظور انجام خدمات معمول، استفاده از مواد غذایی کمکی بدون ضرورت پزشکی ، منوط کردن آغاز اولین تغذیه با شیرمادر به اخذ مجوز از متخصص اطفال و محدود نمودن دسترسی مادر به نوزاد . تبدیل بیمارستانها به دوستدار کودک با اجرای ده اقدام برای تغذیه موفق با شیرمادر ضامن شروع موفق شیردهی است که بر تداوم موفق ان نیز تاثیر بسزا دارد.

ده اقدام برای تغذیه موفق با شیر مادر در بیمارستان دوستدار کودک

- ۱- سیاست مدون ترویج تغذیه با شیر مادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مسمتر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر پایش شود.
- ۲- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارتهای لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت ببینند.
- ۳- مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیر مادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن ، عوارض تغذیه مصنوعی و بطری و گول زنک آموزش دهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیر مادر را در ساعت اول شروع کنند و در بخش های اطفال 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 شیر مادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (در صورت بیماری مادر یا شیرخوار، اشتغال مادر) آموزش دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.
- ۶- به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر بجز شیر مادر ، 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 شیر مادر تشویق کنند.
- ۹- مطلقاً از شیشه شیر و پستانک (گول زنک) استفاده نکنند.
- ۱۰- تشکیل گروههای حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروههای حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

۷. مادر بلافاصله پس از زایمان تماس پوستی با نوزاد خود داشته و شیر دهی را طی ساعت اول تولد آغاز کرده باشد

ساعت اول ، ساعت استثنائی زندگی محسوب می شود. وقتی بلافاصله بعد از تولد نوزادان سالم در تماس پوست به پوست با شکم و قفسه سینه مادر قرار می گیرند ، توانایی های قابل توجه خود را بروز می دهند. در اولین بار مکیدن پستان، باید در نظر داشت که معرفی پستان به نوزاد بر تغذیه وی ارجح است و این کار برای تغذیه از پستان مادر در تغذیه های بعدی کمک می نماید. در این میان کارکنان بهداشتی- درمانی به مادر کمک می کنند تا نحوه بغل کردن، پستان گرفتن، روش صحیح تغذیه و دیگر مهارت های مورد نیاز را یاد بگیرند.

۸. رابطه مادر و شیرخوار به نحو رضایت بخش برقرار شده و وضعیت شیر دهی صحیح باشد

عامل مهم دیگری که می تواند توفیق یا شکست شیردهی را در پی داشته باشد Attachment و Positioning صحیح است.

پستان گرفتن (Latch-On):

شیردهی نباید دردناک باشد اما ناراحتی مختصر طی ۲ هفته اول شیر دهی شایع است. شیردهی دردناک اغلب در اثر وضعیت نادرست در آغوش گرفتن یا پستان گرفتن ایجاد می شود که باید بلافاصله اصلاح گردد. گاهی ممکن است ناراحتی زمانی ایجاد شود که شیر مادر شروع به برقراری می نماید. بعضی دردهای قابل توجه یا حساسیت ها باید سریعاً توسط یک پزشک ارزیابی گردد .

پستان گرفتن یکی از قدم های خیلی مهم برای شیردهی موفق است چند راهکار مفید در این زمینه وجود دارد که شامل ضربه آرام به لب پائینی نوزاد بوسیله نوک

پستان برای باز کردن کامل دهان کودک یا کشش آرام چانه نوزاد به پایین می باشد. نوزاد باید مقدار زیادی از پستان را در دهان بگیرد ، معمولاً یک اینچ یا بیشتر از هاله پستان همراه با نوک پستان به طرف کام نرم قرار گیرد. مادر ممکن است برای تسهیل این وضعیت پستانش را با استفاده از یک وضعیت راحت با دستش نگه دارد . نوک و آرنول پستان به شکل برجستگی شبیه نوک پستان دراز شود و زبان کودک باید به آرامی از زیر به شکل فنجان آن را بگیرد .

مادر باید به یک وضعیت راحت عادت کند و کودک را به پستان بگذارد. نوزاد باید نزدیک نگه داشته شود، روبروی مادر، در حالی که چانه و نوک بینی اش در تماس با پستان باشد اما کاملاً مسدود نگردد. معمولاً عاقلانه است که پستانی که برای شروع تغذیه استفاده می شود را عوض کند و زمان گذاشتن به هر پستان در طول روز برابر باشد. مادر می تواند از طریق قراردادن آرام انگشتش در دهان نوزاد قبل از درآوردن پستان ، مکیدن را متوقف کند.

در این مورد ذکر ۴ نکته ضروری است:

- آرنولای بیشتری بالای لب بالای شیرخوار مشاهده شود.
- دهان شیرخوار کاملاً باز باشد.
- لب پایین به سمت بیرون برگشته باشد.
- چانه شیرخوار با پستان مادر در تماس باشد.

نتیجه پستان گرفتن نا مناسب :

اگر شیرخوار تنها نوک پستان را در دهان گرفته باشد، شیردهی برای مادر بسیار دردناک است. این حالت دلیل اصلی زخم پستان است. شیرخوار برای خارج کردن شیر از پستان تلاش دارد در حالی که فقط نوک پستان را می مکد، تکرار این عمل باعث شکاف در نوک پستان می شود. چون شیر به این ترتیب از پستان خارج

نمی شود، پستان ها متورم شده و شیر اضافی تولید نمی کنند، شیرخوار گرسنه مانده و بی تابی کرده و مادر احساس شکست در تغذیه شیرخوار می کند. برای پیشگیری از این حالت مادر نیاز به مشورت با فرد صاحب نظر در مورد بهترین نحوه "وضعیت شیردهی" دارد.

رفلکس های نوزاد:

وقتی چیزی با اطراف دهان نوزاد تماس برقرار می کند نوزاد دهان خود را باز می کند و با سر به دنبال آن می گردد، زبان خود را پایین و به جلو می آورد. به این رفلکس **rooting** می گویند. قاعدتا با این عمل به دنبال پستان مادر می گردد. وقتی چیزی با کام نوزاد تماس حاصل می کند نوزاد شروع به مکیدن می کند، و زمانی که دهانش با شیر پر شد آن را می بلعد. این اعمال رفلکس های طبیعی هستند و نوزاد بدون یادگیری قبلی آنها را انجام می دهد.

نحوه شیردهی صحیح:

۴ نکته مهم در زمان بغل کردن شیرخوار برای شیردهی:

- بدن و سر شیرخوار در یک امتداد باشد.
- شیرخوار به بدن مادر نزدیک باشد.
- تمام بدن شیرخوار حمایت شده باشد.
- شیرخوار به نوک پستان مادر از ناحیه بینی نزدیک شود.

مادر باید:

- دست خود را زیر پستان قرار دهد.
 - انگشت شست خود را بالای پستان قرار دهد.
- تمام پستان را به دهان شیرخوار هدایت کند تا او بتواند نوک پستان را همراه با آرنول در دهان بگیرد.

۹. برای رفع مشکلاتی که در طول شیردهی رخ می دهند مادر از مشاوره

های به هنگام و کارآمد برخوردار باشد

همه زنان شیرده و کودکان شان که ظرف کمتر از ۴۸ ساعت پس از زایمان از بیمارستان ترخیص می شوند باید توسط یک متخصص اطفال یا سایر کارکنان بهداشتی درمانی آموزش دیده ، هنگامی که کودک ۴-۲ روزه است مراقبت شوند. این مسئله به منظور ارزیابی شرایط سلامتی نوزاد (برای مثال وزن، هیدراسیون و هیپربیلی روبینمی) در این سن بحرانی است که به اندازه تحت نظر گرفتن مادر و شیرخوار در طول تغذیه با شیر مادر ، حائز اهمیت است .

زنان می توانند مطمئن شوند که داشتن یک رژیم غذایی متعادل، عموماً مواد مغذی مورد نیاز شیر خواران را تامین می نماید. بطور متوسط تخمین زده می شود که زنان شیرده تقریباً به ۵۰۰ کیلو کالری در روز بیشتر از سطح توصیه شده برای زنان غیر باردار و غیر شیرده نیاز دارند و دریافت غذای اضافی در مادر عموماً نیاز اضافی به ویتامین ها و مواد معدنی را فراهم خواهد کرد (احتمالاً به استثناء کلسیم و روی). زنان سنین باروری نیاز به دریافت نگهدارنده کلسیم به میزان ۱۰۰۰ mg در روز در همه زمانها شامل دوره بارداری و شیردهی دارند (۱۳۰۰ mg) برای دوره بلوغ تا ۱۸ سالگی) دریافت از طریق رژیم غذایی منبع اصلی برای نیازهای تغذیه ای است. اما بسیاری از زنان شیرده در سطح دریافت کالری پائین تری از میزان پیشنهادی هستند و در عوض ذخائر بدنی خود را مصرف می نمایند. این موضوع منجر به کاهش واضح وزن شده و بنظر نمی رسد که روی شیردهی تاثیر داشته باشد. اما سوالات بعدی که ممکن است پرسیده شوند درباره منابع منیزیم، ویتامین B ، فولات ، کلسیم و روی است. مقادیر تصحیح شده برای اصلاح دریافت های تغذیه ای زنان با الگوهای محدود غذایی می تواند پیشنهاد شود. زنان باید برای نوشیدن مقادیری از مایعات

برای رفع تشنگی و تامین آب کافی تشویق شوند. نیاز نیست که از غذاهای خاص (تند یا دارای طعم شدید) بخاطر شیردهی اجتناب نمایند، مگر اینکه شیرخوار نسبت به غذاهای خاصی واکنش منفی نشان دهد. همسر می تواند یک نقش حمایتی حیاتی برای زن شیرده بوسیله تشویق او، آوردن شیرخوار برای تغذیه به نزد مادر، تعویض شیرخوار و نگهداری او ایفاء نمایند.

مراکز اطلاع رسانی:

خروج مادر و نوزادش از بیمارستان می تواند یک تجربه لذت بخش اما نگران کننده باشد. خانواده اکنون مسئول مراقبت و تغذیه شیرخوار است؛ صرف نظر از وجود یا عدم وجود نظام حمایتی درخانه، یک منبع اطلاعات قابل دسترس برای ارائه راهنمایی و توصیه مستمر مورد نیاز است. مراکز بهداشتی درمانی، مطب های متخصصین زنان و مامایی، جاهایی که مادر بیشترین مراقبت خود را از آنجا دریافت نموده است باید یک مرکز اطلاع رسانی باشد و یا حداقل ارتباط با سایر مراکز اطلاع رسانی در جامعه مثل متخصصین شیردهی و گروههای حامی را فراهم نماید.

برنامه ریزی برای بارداری:

زنان باید برای لحاظ نمودن برنامه های آتی خود در مورد داشتن فرزندان بیشتر در طول مراقبت دوران بارداری ترغیب شوند و اطلاعات و خدماتی دریافت نمایند که به آنها در رسیدن به اهدافشان کمک نماید.

این موضوع برای یک زن شیرده بسیار مهم است چرا که اگر بارداری بعدی تا زمانی که او دوره شیردهی را کامل می نماید به تاخیر انداخته شود، تغییر پذیری کمتری در شرایط تغذیه ای وی ایجاد خواهد شد.

فصل سوم

چگونگی تولید و ترشح شیر، ادامه شیردهی

ارزیابی مادر و نوزاد

چگونگی انجام آن در زایمان طبیعی و سزارین

تعریف: شیردهی به معنی فرآیند ترشح شیر است. تداوم تولید شیر به تحریک پستان و برداشت شیر (تخلیه پستان از طریق مکیدن یا دوشیدن) بستگی دارد. اولین مرحله تولید شیر تحت کنترل هورمون های شیمیایی است که در خون وجود دارند. پرولاکتین هورمونی است که موجب می شود آلوئول ها شیر تولید کند. اکسی توسین موجب می شود که سلول های عضلانی اطراف آلوئول ها منقبض شده شیر را به مجاری شیر سرازیر کنند. نگاه کردن به شیر خوار، شنیدن صدای او، لمس کردن او و تفکر عاشقانه در مورد شیرخوار به رفلکس اکسی توسین کمک می کند.

فرآیند تولید شیر

تولید شیر مادر به طور مداوم انجام می شود خارج کردن شیر از پستان به راحتی صورت می پذیرد ولی هیچ گاه ممکن نیست که خالی از شیر شود. تماس زودرس مادر و نوزاد یا شروع زودرس دوشیدن پستان، دسترسی نامحدود نوزاد به پستان یک اولویت مهم است. تخلیه موثر پستان منجر به ادامه پاسخ هورمونی برای تولید پرولاکتین و اکسی توسین و در نهایت تداوم تولید شیر می گردد.

فاکتورهایی که تولید شیر مادر را مختل می کنند

جدا شدن مادر و نوزاد یا تأخیر در دوشیدن پستان، محدودیت نوزاد در دسترسی یا فراموش کردن دوشیدن، مکیدن ناموفق به دلیل وضعیت بد شیرخوار، درست نگرفتن پستان، استرس و خستگی مادر، بیماری یا ضعف شیرخوار منجر به اختلال در تولید شیر می گردد.

آغوز که در ۴۸ ساعت اول زایمان تولید می شود برای شیرخوار بسیار مفید است. خواص آغوز به دلیل وجود آنتی کرها و ایمونوگلوبولین های موجود در آن است که شیرخوار را از ابتلاء به بیماری ها محافظت می نماید. مقدار آغوز نسبتاً کم

است ولی طوری طراحی شده که بسیار مغذی است و همچنین اثر ملین بودن آن موجب دفع مکنیوم و کاهش یرقان فیزیولوژیک می شود. آغوز طی ۲ هفته اول تولید شیر به تدریج به شیر رسیده تبدیل می شود. تمام والدین باید در ارتباط با تغذیه با شیر مادر آموزش ببینند. تمام زنان باید از فواید و نحوه صحیح شیردهی و تداوم آن توسط کارکنان و متخصصان بهداشتی آگاه شوند و تشویق به استفاده از سرویس های در دسترس در دوره قبل از زایمان مورد تاکید قرار گیرد.

کمک به تغذیه با شیر مادر

زنانی که فرزندشان در واحد مراقبت های ویژه نگهداری می شود نیز باید توسط آموزش های کتبی و عملی، جهت ادامه شیردهی و تامین شیر کافی برای فرزندشان تشویق شوند. پس از ترخیص نیز مراکز مشاوره شیردهی باید جهت کمک در دسترس باشند. اگر به مادری که زایمان کرده، توجه نشود ممکن است تغذیه مصنوعی را شروع نماید و با اختلالات ناشی از آن در سلامت فرزندش مواجه شود. برخی از کارکنان بهداشتی که مادر نبوده اند و اطلاعات کافی ندارند، ممکن است نتوانند با مادر همدلی کرده و او را کمک کنند. آموزش کافی لازم است تا پرسنل بتوانند به مادران کمک کنند و در کمک کردن به مادران راحت تر برخورد کنند. اظهار نظر آن ها هم مهم است که مبادا بر پایه تجربه ناموفق خودشان از شیردهی باشد.

نوزادانی که شیر مادر دریافت می کنند (خواه از پستان مادر یا شیر دوشیده شده) باید به دقت مشخص شوند و برچسب تغذیه با شیر مادر را در موارد زیر بچسبانند:

- روی پرورنده پذیرش بیمار

- روی کارت بستری و بالای سر نوزاد

- روی چارت تغذیه و مایعات مصرفی

برای مراقبت از مادر برنامه ریزی کنید ، رهنمودهای روشن به او ارائه کنید

و به بحران هایی که با آن ها روبرو است و مقدار اطلاعاتی که می تواند جذب کند، توجه کنید. هنگامی که کودکی بستری می شود مادر دچار ابهامات و مشکلاتی می شود که نیاز به کمک دارد لذا باید با دید مثبت و واضح و زبانی ساده که او درک کند در مورد تغذیه کودک و دوشیدن شیر با او صحبت نمایید ، اولویت ها را باید در نظر بگیرید و برحسب هر فرد توصیه های لازم ، پایدار و سازگار با شرایط آن ها ارائه دهید. تاکید شود که مادر در هنگام تغذیه شیرخوار حضور داشته باشد و مطمئن باشید که در بیمارستان یا نزدیک بیمارستان حضور دارد و بدانید در کدام اتاق است یا شماره تلفن او چند است و اگر نباید شیرخوار تغذیه شود دقیقا مشخص کنید که چه زمانی باید تغذیه از پستان را شروع نماید و حضور مادر با آن همزمان شود . اطمینان پیدا کنید که مادر می داند چطور باید شیرش را بدوشد و اضافه آن را ذخیره کند. گرفتن تاریخچه کمک می کند که از تجربه قبلی مادر مطلع شویم. تاریخچه ، موفقیت قبلی او و یا مشکلات شیردهی اش را مشخص می کند. در آموزش و حمایت از هنر شیردهی کارکنان بهداشتی درمانی باید اعتماد به نفس ، مهارت و توان مادر را به نحوی افزایش دهند که مادر در تغذیه کودکش تخصص و تجربه به دست آورد . مادر باید با دید مثبت و با ارزش نهادن و غرور، این موفقیت را به انجام برساند.

آنچه حیاتی است راحتی و وضعیت مادر است همچنان که تجربه او افزایش

می یابد او راحت تر شده در وضعیت خاص خودش قرار می گیرد.

اگر مادر نشسته شیر می دهد پشتش تکیه گاه داشته باشد .اگر روی صندلی

می نشیند ، استفاده از صندلی دسته دار، چهارپایه برای زیر پا ، چند بالش که

دست خودش و وزن شیرخوار را روی آن بیاندازد مفید خواهد بود . اگر مادر راحت بنشیند یا کمی به جلو خم شود پستان شکل مناسب را به خودش خواهد گرفت . اگر به پشت تکیه دهد (انحراف به عقب) ، پستان صاف شده گرفتن آن برای شیرخوار مشکل می شود . باید قسمت اعظم پستان برهنه باشد و در اختیار شیرخوار قرار گیرد . ممکن است شکم جلو آمده اجازه ندهد که مادر، شیرخوار را درست در بغل بگیرد لذا ممکن است خواسته شود که راست بنشیند یا شیرخوار را در وضعیت زیر بغل نگهدارد . به او اطمینان دهید که شکمش به حالت اولیه برخورد گشت (اگر اپیزپوتومی شده باشد نشستن دردناک می شود و اگر روی تیوپ باد شده بنشیند یا روی بالش نرم راحت تر است)

برای شرایط خاص می توان نحوه گرفتن پستان را تغییر داد تا شیرخوار بتواند راحت تر آن را بگیرد. اما اگر خودتان در وضیت ناراحتی قرار گرفته باشید نمی توانید به مادر کمک کنید. اگر پشت شما تکیه گاه نداشته باشد یا بدنتان خم شده باشد ممکن است عجله کنید و وقت صرف نکنید. آسوده و در وضعیت راحتی برای کمک به مادر بنشینید.

ارزیابی تغذیه با شیر مادر می تواند در موارد زیر به شما کمک کند از جمله مشخص کردن روش هایی که ممکن است بعدا منجر به مشکلاتی در شیردهی شوند . ارزیابی شیردهی شامل مشاهده شیردهی و گوش کردن به مادر است. به مادر بگویید می خواهید شیر خوردن فرزندش را مشاهده کنید تا احساس راحتی کند . فرم مشاهده شیردهی به شما کمک می کند که هنگام تغذیه شیر خوار به چه چیزهایی توجه کنید و مشکلات را شناسایی کنید که شامل موارد ذیل می باشد:

- نگاه کلی به مادر

- نگاه کلی به شیر خوار

- توجه به وضعیت شیر خوردن شیر خوار
- توجه به علائم خوب گرفتن پستان در طول تغذیه
- سوال از مادر در مورد اینکه چه احساسی دارد
- لازم به ذکر است اغلب مادران و شیر خواران بدون مشکل تغذیه با شیر مادر را انجام می دهند. به نشانه های خوب شیر خوردن نیز باید توجه شود و در صورت تشخیص مشکل به آموزش و کمک به مادر جهت رفع مشکلات موجود و انجام یک شیردهی صحیح و موفق اقدام نمایید.

فرم ثبت مشاهده شیردهی:

نام مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستان:

نام و نام خانوادگی:

شماره پرونده یا خانوار:

سن شیرخوار:

| علائم حاکی از احتمال وجود مشکل | علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش می رود | |
|--|--|-------------------|
| <p><u>مادر:</u></p> <input type="checkbox"/> مادر بیمار یا افسرده به نظر می رسد <input type="checkbox"/> مادر تحت فشار و ناراحت به نظر می رسد <input type="checkbox"/> تماس چشمی مادر و شیرخوار وجود ندارد <input type="checkbox"/> مادر کودک را تکان میدهد یا به او ضربه میزند | <p><u>مادر:</u></p> <input type="checkbox"/> مادر سالم به نظر می رسد <input type="checkbox"/> مادر راحت و آرام است <input type="checkbox"/> تماس چشمی مادر و شیرخوار برقرار است <input type="checkbox"/> لمس زیاد کودک توسط مادر برقرار است | وضعیت عمومی |
| <p><u>شیرخوار:</u></p> <input type="checkbox"/> شیرخوار خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد <input type="checkbox"/> شیرخوار بیقرار است یا گریه می کند <input type="checkbox"/> شیرخوار پستان را نمی گیرد یا جستجو نمی کند | <p><u>شیرخوار:</u></p> <input type="checkbox"/> شیرخوار سالم به نظر می رسد <input type="checkbox"/> شیرخوار آرام و راحت است <input type="checkbox"/> شیرخوار اگر گرسنه باشد خود را به پستان می رساند و پستان را جستجو می کند | وضعیت پستان مادر |
| <input type="checkbox"/> پستانها قرمز، متورم یا نوک زخمی دارد <input type="checkbox"/> پستان یا نوک آن دردناک است <input type="checkbox"/> انگشتان مادر روی آرنجول قرار دارد | <input type="checkbox"/> سالم به نظر می رسد <input type="checkbox"/> درد یا ناراحتی ندارد <input type="checkbox"/> پستان را خوب نگهداشته و انگشتانش دور از نوک پستان است | وضعیت پستان مادر |
| <input type="checkbox"/> گردن و سرشیرخوار موقع شیرخوردن چرخیده است <input type="checkbox"/> شیرخوار چسبیده به مادر نیست <input type="checkbox"/> فقط سرو گردن شیرخوار را نگهداشته است <input type="checkbox"/> لب تحتانی یا چانه شیرخوار مقابل نوک پستان قرار میگیرد. | <input type="checkbox"/> سرو تنه شیرخوار در یک امتداد قرار دارد <input type="checkbox"/> شیرخوار چسبیده به مادرا ست <input type="checkbox"/> تمام بدن شیرخوار(واگر نوزاد است گردن و شانه او) رابا دست نگهداشته است <input type="checkbox"/> بینی شیرخوارمقابل نوک پستان قرار میگیرد | وضعیت پهل کردن |
| <input type="checkbox"/> قسمت بیشتری از آرنجول در پایین لب تحتانی دیده میشود <input type="checkbox"/> دهان کاملاً باز نیست <input type="checkbox"/> لبها غنچه شده یا به داخل چرخیده است <input type="checkbox"/> چانه در تماس با پستان نیست | <input type="checkbox"/> قسمت بیشتری از آرنجول بالای لب فوقانی دیده میشود <input type="checkbox"/> دهان کاملاً باز است <input type="checkbox"/> لب تحتانی به بیرون چرخیده است <input type="checkbox"/> چانه او با پستان تماس دارد | وضعیت پستان گرفتن |

| | | |
|------------|---|--|
| جمع کل: ۴۳ | <input type="checkbox"/> آهسته، عمیق و گاه با مکث است <input type="checkbox"/> گونه موقع مکیدن برجسته است <input type="checkbox"/> صدای بلع به گوش میرسد <input type="checkbox"/> وقتی شیر خوردن را تمام کرد، رها می کند <input type="checkbox"/> مادر علائم رفلکس جهش شیر را حس می کند | <input type="checkbox"/> مکیدن های سریع و سطحی است <input type="checkbox"/> گونه ها موقع مکیدن بدخل کشیده می شود <input type="checkbox"/> صدای ملج ملوج به گوش میرسد <input type="checkbox"/> مادر شیر خوار را از پستان جدا می کند <input type="checkbox"/> علائمی از رفلکس جهش شیر دیده نمی شود |
|------------|---|--|

- این فرم در بخش کودکان بیمارستان جهت شیر خواران مشکل دار در تغذیه با شیر مادر تکمیل شود.

- در بخش زنان و زایمان برای تمام شیر خواران در نوبت دوم تغذیه تکمیل شود.

- در مراکز بهداشتی درمانی برای شیر خواران مشکل دار در تغذیه با شیر مادر تکمیل شود.

فرم غربالگری تغذیه با شیر مادر ۴ تا ۶ روزگی:

| ردیف | شیردہی ارجاع دہید: | چنانچہ پاسخ ہر یک از سوالات زیر "خیر" باشد، مادر را بہ پزشک یا مشاور | بلی | خیر |
|------|--|--|-----|-----|
| ۱ | آیا احساس می کنید شیردہی تابحال خوب بودہ است؟ | | | |
| ۲ | آیا شیرخوار ہر دو پستان را بدون مشکل می گیرد؟ | | | |
| ۳ | آیا جریان شیر برقرار شدہ است؟ (بین روز ۲ و ۴ پستان سفت و پر شدہ است؟) | | | |
| ۴ | آیا شیرخورمی تواند در ہر بار شیر خوردن در مجموع لاقبل بہ مدت ۱۰ دقیقہ مکش منظم داشتہ باشد؟ | | | |
| ۵ | آیا نوزاد تقاضای شیر می کند یا خواب آلود است و غالباً لازم است از خواب بیدارش کنید؟ | | | |
| ۶ | آیا شیرخوار معمولاً "در ہر بار از ہر دو پستان شیر می خورد؟ | | | |
| ۷ | آیا تقریباً "ہر ۳-۲ ساعت یکبار شیر می خورد و فقط یکبار در طول شب و یک خواب حداکثر ۵ ساعته دارد؟ (نہاید دفعات شیرخوردن در شبانہ روز کمتر از ۸ بار باشد) | | | |
| ۸ | آیا قبل از شیر دادن در پستانها احساس پری می کنید؟ | | | |
| ۹ | آیا پس از شیر خوردن احساس می کنید پستانها نرم تر شدہ اند؟ | | | |
| ۱۰ | آیا نوک پستان ها درد شدید دارند؟ (کہ از شیر دادن بترسید) | | | |
| ۱۱ | آیا نوزاد لاقبل ۴ بار در روز اجابت مزاج با حجم کافی (بیش از لکہ) دارد؟ | | | |
| ۱۲ | آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و دانہ دانہ دارد؟ | | | |
| ۱۳ | آیا نوزاد حداقل ۶ بار در شبانروز ادرار می کند؟ | | | |
| ۱۴ | آیا شیرخوار بعد از اکثر دفعات شیر خوردن گرسنہ بہ نظر می رسد؟ | | | |
| ۱۵ | آیا زمانی کہ شیرخوار پستان رامی مکد صدای مکش منظم و بلع او را می شنوید؟ | | | |
| ۱۶ | ملاحظات : | | | |

۱ - حمایت از تغذیه با شیرمادر در زایمان طبیعی:

زمانی که زایمان انجام می شود همه زنان نیاز به موارد زیر دارند :

- یک مراقب ماهر حضور داشته باشد.

- اعمال غیر ضروری نظیر اپی زیاتومی به حداقل برسد:

اپی زیوتومی که منجر به درد و مشکل در نشستن روزهای اول پس از زایمان خواهد شد، می تواند بر تماس اولیه پوست با پوست، تغذیه با شیرمادر و برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد تاثیر بگذارد. اگر مادر درد دارد و زخمی شده، او را تشویق کنید که دراز بکشد و نوزادش را در آغوش بگیرد و شیر بدهد.

- زمانی که برای زایمان اقدامی انجام می دهید به خاطر داشته باشید که این اقدامات به همان اندازه که روی مادر اثر می گذارد روی نوزاد او نیز مؤثر است.

حمایت در طول درد زایمان

- حضور یک همراه طی مرحله درد وزایمان می تواند :
 - موجب کاهش (احساس درد شدید) شدت درد شود
 - تحرک را تشویق کند.
 - اضطراب را کاهش دهد.
 - طی مراحل درد و زایمان را سرعت بخشد.
 - نیاز به مداخلات پزشکی را کاهش دهد.
 - اعتماد به نفس مادر را درباره توانایی هایش افزایش دهد.
- حمایت می تواند منجر به موارد زیر شود :
 - سبب هوشیاری نوزاد شود چون داروهای ضد درد کمتری به نوزاد می رسد.

- خطر هیپوترمی و هیپو گلیسمی نوزاد را کاهش دهد زیرا نوزاد کمتر در معرض استرس قرار می گیرد و انرژی کمتری صرف می کند.
- امکان تغذیه زود و مکرر نوزاد با شیر مادر را فراهم می کند.
- پیوند عاطفی مادر شیرخوار راحت تر برقرار می شود.
- فرد همراه در طی مرحله درد زایمان و زایمان می تواند مادر، خواهر، دوست، عضو خانواده یا پدر کودک یا یکی از کارکنان بخش زایمان باشد. این فرد حمایت گر لازم است که به طور مداوم در طول درد و زایمان در کنار مادر بماند.
- فرد همراه، حمایت های غیر دارویی را به شرح ذیل فراهم می کند:
 - تشویق به راه رفتن و تحرک طی مرحله درد
 - ارائه غذای سبک و مایعات
 - ایجاد اعتماد به نفس در مادر با تاکید بر اینکه مراحل درد و زایمان به خوبی در حال طی شدن است.
 - پیشنهاد راه هایی برای کنترل درد و اضطراب
 - ماساژ دادن، گرفتن دست، پوشیدن لباسهای راحت و سبک
 - استفاده از کلمات مثبت و تشویق کننده

تسکین درد

- قبل از استفاده از داروهای ضد درد، روش های غیر دارویی برای تسکین درد را پیشنهاد دهید. این روش های غیر دارویی شامل:
 - حمایت در طول دردهای زایمان
 - راه رفتن و تحرک داشتن در اتاق زایمان
 - ماساژ

- آب گرم

- اطمینان دادن به طریق کلامی و فیزیکی

- محیط آرام بدون روشنایی زیاد و تا حد امکان خلوت

- در طول درد و زایمان مادر را کمک کنید تا در هر وضعیتی که خودش انتخاب می کند و راحت است، قرار بگیرد.

• درمان های دارویی ضد درد می تواند خطر موارد ذیل را افزایش دهد:

- طولانی تر شدن مراحل دردزایمانی

- مداخلات جراحی غیر ضروری

- جدایی مادر و نوزاد پس از تولد

- تاخیر در شروع برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد و نیز شروع تغذیه با شیر مادر

- خواب آلودگی به نحوی که نوزاد به سختی بیدار می شود.

- کاهش رفلکس مکیدن نوزاد

- کاهش دریافت مصرف شیر، افزایش خطر زردی، هیپو گلیسمی و وزن گیری

ناکافی نوزاد

- چنانچه داروهای ضد درد استفاده شوند ممکن است به وقت بیشتر و کمک برای

برقراری تغذیه با شیر مادر و برقراری ارتباط عاطفی بین مادر و شیرخوار نیاز باشد.

در مورد روش های کاهش درد و ناراحتی و خطرات و مزایای هر روش طی مراقبت های

زایمان بحث کنید. نیاز برای تسکین درد تحت تاثیر استرس، نداشتن حمایت و عوامل

دیگر در بخش قرار می گیرد.

غذاهای سبک و مایعات در طول مرحله درد

- درد زایمانی مراحل سختی هستند. زن طی این مراحل به انرژی نیاز دارد هیچ مدرکی وجود ندارد که منع مصرف غذای سبک و مایعات که به عنوان یک اقدام روشن برای زنانی که در معرض خطرات در مراحل ابتدایی زایمان میباشد، مفید باشد. الگوی خوردن و آشامیدن افراد متنوع است و باید به زنان اجازه داده شود که خودشان در مورد اینکه بنوشند یا بخورند تصمیم بگیرند. محدود کردن غذا و مایعات می تواند منجر به کاهش انرژی و افزایش استرس زنان در طول مراحل درد زایمانی بشود.
- نیاز به استفاده از مایعات داخل وریدی برای زنان در طول درد زایمان تنها در صورت وجود اندیکاسیون مشخص مصداق دارد. دادن مایعات زیاد از طریق ورید می تواند منجر به عدم تعادل الکترولیت ها در مادر و نوزاد شده و کاهش وزن زیادی را در نوزاد بوجود آورد. استفاده از مایعات داخل وریدی موجب کاهش تحرک مادر می گردد.
- متعاقب زایمان طبیعی، مادر ممکن است گرسنه شود و باید به غذا دسترسی داشته باشد. چنانچه در طول شب زایمان کند باید مقداری غذا در دسترس او باشد و در این صورت نیازی نیست که ساعت ها منتظر بماند تا وعده غذایی دیگری دریافت کند.

چگونگی کمک برای اولین تغذیه با شیر مادر

- به مادر کمک کنید تا بتواند رفتارهای پیش از تغذیه را تشخیص دهد.
- زمانی که مادر و نوزادش به آرامی در تماس پوست با پوست یا یکدیگر هستند نوزاد به طور مشخص یک سری رفتارهای پیش از تغذیه از خود نشان می دهد که

ممکن است از چند دقیقه تا یک ساعت یا بیشتر طول بکشد. این رفتارهای نوزادان شامل موارد زیر است:

- یک استراحت کوتاه در وضعیت هوشیاری برای استقرار در محیط جدید
- بردن دست‌ها به دهان و انجام عمل مکیدن، ایجاد صدا و لمس نوک پستان با دستها
- خیره شدن به ناحیه تیره پستان که همانند یک هدف عمل می‌کند.
- یافتن ناحیه نوک پستان و گرفتن آن با دهان کاملاً" باز.

• **هیچ فشاری بر مادر و نوزاد نباید وارد شود** که اولین تغذیه زود انجام شود، یا چه مدت اولین تغذیه طول بکشد، یا چگونه نوزاد پستان را گرفته باشد یا چقدر کلستروم دریافت کند. باید در نظر داشت که این اولین تغذیه پستانی، معارفه یا آشنایی با پستان است تا تغذیه.

• کمک بیشتر برای تغذیه از پستان می‌تواند در تغذیه بعدی به مادر ارائه شود و او را درباره نحوه بغل کردن، به پستان گذاشتن و علائم تغذیه ای و دیگر مهارت‌هایی که مورد نیاز اوست کمک نمایند.

• نقش کارکنان بهداشتی درمانی در این زمان، شرح زیر است:
- محیط آرام و وقت کافی فراهم کنید.

- به مادر برای قرار گرفتن در وضعیت راحت کمک کنید.

- به رفتارهای مثبت شیرخوار نظیر هوشیاری و رفلکس جستجو (روتینگ) اشاره کنید.

- در مادر اعتماد به نفس ایجاد کنید.

- نوزاد را به طرف پستان هل دهید و پستان را به زور به داخل دهان نوزاد فشار ندهید.

۲ - حمایت از تغذیه با شیرمادر در زایمان سزارین:

- جراحی سزارین یک جراحی بزرگ شکمی است . مادر معمولاً مشکلاتی دارد از جمله :

- ترسیده و مضطرب است.

- سرم به دست او وصل است و سوند ادراری دارد.

- تحرک او محدود است و ظاهراً " در تخت محبوس شده است

- هم قبل و هم بعد از زایمان محدودیت مصرف مایعات و غذا داشته است بنابراین تهی از انرژی برای مراقبت از فرزندش می باشد.

- برای تسکین درد داروی های بیحسی و بیهوشی دریافت کرده است که پاسخ گویی مادر و نوزاد را تحت تاثیر قرار می دهد.

- سطوح اکسی توسین و پرولاکتین (هورمونهای شیردهی) تغییر یافته است.

- بیشتر در معرض خطر عفونت و خونریزی است.

- از نوزادش جدا شده است.

- احساس شکست می کند که بدنش نتوانسته به طور طبیعی عمل کرده و زایمان طبیعی انجام دهد.

- همچنین کودکی که از طریق سزارین بدنمایی آید تحت تاثیر قرار می گیرد. از جمله:

- پر خطر از نظر عدم تغذیه با شیرمادر یا تغذیه با شیرمادر به مدت کوتاه

- ممکن است مشکلات تنفسی بیشتری داشته باشد.

- ممکن است نیاز به ساکشن ترشحات داشته باشد بطوری که به دهان و گلوئی او آسیب برساند.

-ممکن است در نتیجه درمان های دارویی که به مادر داده شده است خواب آلود باشد.

-احتمال تماس پوستی زودرس مادرو نوزاد کمتر است

-احتمال دریافت شیر کمکی بیشتر است

-ممکن است به اتفاق مخصوص مراقبت نوزادان برده شود و علاوه بر احتمال ابتلا به بیماری های عفونی از سایرین ، محدودیت تغذیه پستانی نیز دچار شود

• وجود کارمند بهداشتی درمانی حامی برای کمک به اولین شیردهی مادری که سزارین شده مفید است پس از سزارین کمک کننده است:

• مادر را برای برقراری تماس پوست به پوست پس از تولد در کوتاه ترین زمان ممکن تشویق کنند.

- به طور معمول مادرانی که بیهوشی اسپانیال یا اپیدورال دارند هوشیار بوده و همانند مادرانی که زایمان طبیعی داشته اند قادر به پاسخگویی فوری به نوزادشان هستند.

-به دنبال بیهوشی عمومی در صورت پاسخگویی مادر تماس او با نوزاد ممکن است در اتاق ریکاوری اتفاق افتد. هرچندکه ممکن است مادر هنوز خواب آلود بوده و یا تحت تاثیر بیهوشی باشد.

- پدر یا سایر اعضاء خانواده می توانند تماس پوست با پوست با نوزاد برقرار کنند و او را گرم و در حالت آرامش نگه دارند تا زمانی که مادر به هوش آمده و توانایی پاسخ گویی به نوزاد را بدست آورد و از اتاق عمل برگردد.

- اگر این تماس به تاخیر افتد، نوزاد باید به طریقی پوشا نده شود که امکان تماس پوست با پوست بدون پوشش را با مادر هنگامی که او پاسخگوست ، داشته باشد.

- برای نوزادانی که نارس یا با یک ناتوانی متولد می شوند نیز برقراری تماس پوست با پوست با مادر مفید است. اگر نوزاد وضعیت پایدار ندارد و نیاز به مراقبت فوری دارد، برقراری تماس پوست با پوست با مادر باید به محض ثابت شدن وضعیت او انجام شود.

• **هنگامی که مادر و نوزاد علائم آمادگی را نشان می دهند، کمک نمائید تا تغذیه با شیرمادر شروع شود.** برای شیردهی لازم نیست که مادر بنشیند، نوزاد را در بغل بگیرد و یا سایر معیارهای حرکتی را رعایت کند. نوزاد خود پستان را پیدا می کند و می مکد. وجود یک همراه و فرد حامی و کمک کننده سبب می شود که چنانچه هنوز مادر خواب آلود بوده و هشیار کامل نیست، نوزاد بتواند پستان مادر را بگیرد و بمکد.

• **به مادرانی که سزارین شده اند کمک کنید که در وضعیت راحت برای شیردهی قرار گیرند.** ممکن است محل قرارگرفتن سرم مادر نیاز به تغییر داشته باشد تا نوزاد بتواند در وضعیت صحیح برای شیرخوردن قرار گیرد.

- دراز کشیدن به پهلو : خوابیدن به یک سمت به، پرهیز از درد در ساعات اول کمک می کند حتی اگر مادر پس از بی حسی اسپینال مجبور باشد به پشت یا طاقباز دراز بکشد.

- شیردهی درحالت نشسته درحالی که بالشی راروی محل بخیه ها قرارداده یا شیرخوار در پهلوئی مادر قرارگرفته به پستان گذاشته می شود.

-طاق باز خوابیدن مادر در حالی که شیرخوار روی مادر دراز کشیده است.

- گذاشتن بالش زیر زانو در هنگامی که مادر نشسته است یا زیر زانوی بالایی و در قسمت پشت کمر مادر وقتی که به پهلودراز کشیده است.

• امکان هم اتاقی و حضور همراه را فراهم کنید و کمک های لازم را ارائه کنید تا زمانی که مادر بتواند از کودکش به تنهایی مراقبت کند.

چنانچه کارکنان حامی بوده دانش کافی دارند اقامت طولانی تر در بیمارستان بعد از سزارین به برقراری تغذیه پستانی کمک می کند.

فصل چهارم

پایش و ارزشیابی

تعریف پایش :

پایش، سنجش درجه انطباق فعالیتها با استانداردها در حین اجراست. در پایش ۳ قسمت شامل درونداد، فرایند، و برونداد باید مورد بررسی قرار گیرند. **پایش** یک سیستم پویا برای جمع آوری اطلاعات و بررسی می باشد. پایش می تواند بوسیله خود بیمارستان یا در سطوح بالاتر سیستم سازماندهی شود پایش اولین گام در جهت بهبود کیفیت برنامه ، اتخاذ و تدوین راهکارهای مناسب می باشد. پایش، عملکرد بیمارستان را به صورت مستمر مورد سنجش قرار می دهد و از نظر کم هزینه بودن و در دسترس بودن منابع نیز حائز اهمیت می باشد. از آنجا که پایش تنها به منظور پیدا کردن مشکلات اجرایی بیمارستان برای ارائه راه حل مناسب می باشد و موجب ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان خواهد شد، بنابراین فرد پایش کننده باید آشنایی کامل با هدف از انجام پایش ، روند کار و ابزار مورد استفاده داشته و آموزش های لازم را دیده باشد. رعایت دقت و صحت در انجام پایش بسیار حائز اهمیت می باشد.

اگر پایشگران از همان بیمارستان باشند یا قبلا در سیستم خدمات بهداشتی درمانی استخدام شده باشند، پایش می تواند نسبتاً ارزان تمام شود . اطلاعات را میتوان برای تعیین حمایت های بیمارستان از تغذیه با شیرمادر و هم فعالیتهای تغذیه ای مادران بصورت مستمر یا به صورت دوره ای جمع آوری نمود برای مثال هر شش ماه یکبار یا سالانه . مدیریت بیمارستان و کارکنان باید از نتایج برای شناسایی موارد نیازمند ارتقا و بهبودی استفاده کنند و سپس برنامه های عملکردی خود را برای ایجاد تغییرات مورد نیاز تدوین نمایند . نتایج پایش و برنامه های مداخله برای بهبود عملکرد باید به مقامات مسئول برنامه بیمارستانهای دوستدار

کودک و گروه هماهنگ کننده ارایه شود تا هرگونه راهنمایی و حمایت فنی مورد نیاز ارایه شود.

تعریف ارزیابی :

ارزیابی به یک فرآیند نظام مند برای جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات گفته می شود، به این منظور که تعیین شود آیا هدفهای مورد نظر، تحقق یافته اند یا درحال تحقق یافتن هستند و به چه میزانی؟

ارزیابی مجدد را میتوان " ارزیابی دوباره " یک بیمارستان دارای لوح دوستدارکودک توصیف نمود که در آن بررسی میشود آیا بیمارستان به ده اقدام و سایر معیارهای دوستدارکودک همچنان پای بند است؟ این فرایند معمولاً بوسیله مقامات ملی مسئول با هدف بررسی انطباق مستمر با معیارهای جهانی، برنامه ریزی و زمان بندی می شود و شامل یک ارزیابی مجدد توسط یک تیم خارجی است.

این تیم خارجی می تواند به منظور کاهش هزینه ها از همان منطقه یا محل باشد. ارزیابی مجدد معمولاً درمقایسه با پایش جامع تر بوده و نیاز به منابع بیشتری

دارد، حتی اگر تیم های ارزیابی مجدد درمحل باشند. بدلیل منابع انسانی و مالی مورد نیاز ارزیابی مجدد، در بسیاری از کشورها انجام هر سه سال یکبار ارزیابی مجدد بیمارستانها عملی خواهد بود، اما تصمیم نهایی درمورد فاصله ارزیابی مجدد برعهده مقامات ملی هر کشور است. و این اقدام در کشور ما هر سال انجام می گردد.

کشورها ممکن است تصمیم بگیرند فقط پایش یا ارزیابی مجدد یا هر دو را اجرا نمایند. توصیه می شود در صورت عملی بودن هر دو اجرا شود، زیرا هر کدام اهداف متفاوتی دارند.

دانش موجود در مورد اهمیت اقدام چهارم یعنی شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر ارتقاء یافته و این امر ضرورت اجرای موثر و دقیق تر این اقدام و پایش و ارزشیابی آن را مطرح می نماید.

فصل پنجم

موانع و راهکارها

موانع احتمالی برقراری زودرس تماس پوست با پوست و توصیه های لازم:

- بسیاری از موانع برقراری تماس پوست با پوست به عملکردهای رایج و نه به دلایل پزشکی مربوط می شوند. تغییر در برخی روش ها می تواند تماس پوست با پوست را تسهیل کند. موارد زیر از جمله موانعی است که مطرح می نمایند:

- نگرانی اینکه نوزاد سرما خواهد خورد:

نوزاد را خشک کنید و با یک حوله کودک را روی قفسه سینه مادر قرار دهید. مادرو نوزاد را با یک پارچه خشک یا پتو بپوشانید. سر کودک را نیز بپوشانید تا احتمال کاهش دمای بدن او را کاهش دهید. تنظیم درجه حرارت در بدن نوزادانی که در تماس پوست با پوست مادر هستند، نسبت به زمانی که زیر دستگاه گرم کننده هستند، بهتر است.

- نوزاد به معاینه نیاز دارد:

بیشتر معاینات باید در حالتی که نوزاد روی قفسه سینه مادر است و آرام دراز کشیده انجام شود. توزین نوزاد باید به تاخیر افتد.

- مادر را باید بخیه بزنند:

چنانچه مادر اپیزیوتومی و یا سزارین شده و نیاز به بخیه دارد، نوزاد می تواند روی قفسه سینه مادر باقی بماند.

- نوزاد نیاز به حمام دارد:

تاخیر در انجام اولین حمام به نوزاد سبب می شود تا ورنیکس به داخل پوست او نفوذ کرده و پوست را نرم و محافظت نماید. همچنین تاخیر در انجام حمام از کاهش دمای بدن نوزاد پیشگیری می کند. نوزاد را می توان پس از تولد فقط خشک کرد.

- اتاق زایمان شلوغ است:

چنانچه اطاق زایمان شلوغ است ، می توان مادر و نوزاد را در حالت تماس پوست با پوست به بخش منتقل نمود تا تماس مادر و نوزاد در آن بخش تداوم یابد.

- کارکنان بهداشتی برای مراقبت از مادر و نوزاد در دسترس نیستند:

یکی از اعضاء خانواده می تواند در کنار مادر و نوزاد بماند.

- کودک هوشیار نیست:

اگر نوزاد از نتیجه اقدامات پزشکی و دارویی که برای مادر استفاده شده، خواب آلوده است، برقراری تماس او با نوزاد حتی مهم تر نیز هست. زیرا برای برقراری ارتباط عاطفی و تغذیه نوزاد حمایت بیشتر لازم است.

- مادر خسته است:

به ندرت مادر آنقدر خسته است که نوزادش را در بغل نگه دارد. تماس با نوزاد به مادر کمک می کند تا آرام شود. اقداماتی را که در مرحله درد انجام می شود مرور کنید. برخی روش ها نظیر ندادن مایعات و غذا و اقداماتی که ممکن است طول مدت درد را افزایش دهند، می توانند سبب خستگی مادر شوند.

-مادر نمی خواهد نوزادش را در بغل نگه دارد:

چنانچه مادر تمایل ندارد نوزادش را در بغل نگه دارد، ممکن است نشان دهنده افسردگی او باشد و در معرض خطر بیشتری برای ترک نوزاد، غفلت یا کودک آزاری است. تشویق برای برقراری تماس از این نظر بسیار حائز اهمیت است که ممکن است خطر کودک آزاری را کاهش دهد.

ضمیمه ۱:

دستور عمل کشوری

"برقراری تماس پوست به پوست مادر و نوزاد

و

شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول پس از تولد"

مقدمه:

برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد موجب ثبات فیزیولوژیک و متابولیک نوزاد؛ بهره مندی از منافع آغوز؛ برقراری پیوند عاطفی (BONDING) مادر و نوزاد؛ موفقیت و استمرار بیشتر در تغذیه با شیر مادر و تضمین سلامت کودک و نهایتاً پیشگیری از ۱ میلیون موارد مرگ و میر نوزاد در جهان می گردد.

با توجه به اهمیت برقراری به موقع تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد که اقدام چهارم از اقدامات ۱۰ گانه بیمارستان های دوستدار کودک است، وزارت بهداشت مصمم است در این دستورالعمل مراقبت ساعت اول را در تمام بیمارستان های دوستدار کودک کشور و برای همه نوزادان سالم که بعد از ۳۷ هفته به دنیا می آیند به شرح زیر به اجرا در آورد:

۱ وظیفه تیم پزشکی در ساعت اول تولد:

الف - زایمان طبیعی:

برای هر مادر از آغاز لیبر تا پایان ساعت اول تولد باید یک نفر ماما اختصاص یابد. لازم است این فرد دوره آموزشی مراقبت ساعت اول تولد/ مشاوره شیردهی و احیای نوزاد را گذرانده باشد. وی مسئول حسن اجرای موارد زیر است:

۱. قبل از انجام زایمان، حداقل چند دقیقه در مورد اهمیت و چگونگی "تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد نوزاد" با مادر گفتگو کند.

۲. شرایط زیر در اتاق زایمان فراهم باشد: دمای اتاق زایمان ۲۸-۲۵ درجه سانتیگراد و بدون کوران، نور اتاق ملایم تا هیچ نوری مانع تماس چشم با چشم مادر و نوزاد نشود، محیط اطراف مادر آرام باشد و سر و صدا و شلوغی آرامش مادر را به هم نزنند.

۳. مادر از لباس جلو باز استفاده کند تا برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و تغذیه نوزاد با شیر مادر براحتی انجام شود.

۴. در اتاق زایمان بر اساس آخرین دستورالعمل ها، مادر از آزادی عمل کافی جهت تحرک، خوردن و آشامیدن و حفظ محرمانه و داشتن همراه آموزش دیده^۱ برخوردار باشد.

۵. از زمان بستری تا قبل از اولین تغذیه پستانی، از شستشوی پستان اجتناب کنید تا بوی ترشحات غدد اطراف نوک پستان مادر که جلب کننده نوزاد بطرف پستان است حفظ شود.

۶. حتی الامکان از اقدامات تهاجمی مانند *induction*، *stimulation* و وصل کردن سرم اجتناب کنید و از انجام اپیزیاتومی و زایمان در وضعیت لیتوتومی به طور روتین پرهیز نمایید. در صورت انجام اپیزیاتومی و یا نیاز به ترمیم پرینه، همزمان با ترمیم آن از برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد اطمینان حاصل نمایید.

۷. در زایمان طبیعی تسریع نشده به شرط آنکه نوزاد رسیده باشد و بخوبی نفس کشیده و گریه نماید، بطور روتین نیازی به ساکشن دهان و بینی نیست (در زایمان تسریع شده ساکشن مورد نیاز است).

۸. بلافاصله پس از خروج نوزاد از رحم او را در ابتدا به صورت دمر به روی شکم مادر قرار داده و ضمن خشک کردن نوزاد، سلامت وی را سریعاً ارزیابی کرده و نیاز به احیاء را بررسی کنید. چنانچه نوزاد سالم است و نیاز به احیاء ندارد همچنان که روی شکم مادر قرار دارد به خشک کردن او ادامه دهید و سر نوزاد را ترجیحاً با کلاه بپوشانید. خشک کردن نوزاد با پارچه گرم و خشک، از سر به طرف تنه و اندام ها به استثنای دست ها (از مچ به پائین) و بدون صدمه به ورنیکس انجام شود. چنانچه شرایط فوق دقیقاً اجرا شود این نوزادان برای گرم یا خشک کردن نیاز به وارمر ندارند. در صورتی که نوزاد نیازمند احیاء باشد مطابق پروتکل احیاء عملیات احیای نوزاد را انجام دهید.

۹. از گذاردن لوله در دهان یا بینی نوزاد به منظور تخلیه محتویات معده، بدون اندیکاسیون علمی^۲ اجتناب نمایید.

۱۰. بند ناف را یک دقیقه پس از تولد در ۲ و ۵ سانتی متری آن کلامپ بزنید و بین آن دو را با قیچی استریل قطع کنید. نیازی به استفاده از ماده ضدعفونی کننده (الکل، بتادین...) و بانداژ نیست.

۱۱. نوزاد را همچنان که لخت است کمی به طرف بالاتر روی قفسه سینه مادر بین پستان هایش قرار دهید بطوری که چشمان او در سطح نوک پستان مادر باشد. مادر و نوزاد را با هم بوسیله پتوی گرم، نرم، تمیز و لطیف بپوشانید تا تماس پوستی آنان ادامه یافته و گرمای بدن مادر و نوزاد حفظ شود. در این حالت اگر مادر احساس سرما می کند می توانید از وارمر استفاده کنید به شرطی که در فاصله مناسب از مادر و نوزاد و بالای تنه مادر باشد.

۱۲. به منظور تماس چشمی مادر و نوزاد، سر مادر کمی بالاتر قرار گیرد (فاصله کانونی دید نوزاد ۱۹ سانتی متر است لذا با قرار گرفتن در این فاصله، قادر به مشاهده صورت مادر می باشد). در این حالت مادر می تواند ناظر حرکات و توانائی های او هم باشد و به محض آمادگی نوزاد او را شیر بدهد.

۱۳. در تمام طول مدت تماس (به مدت یک ساعت) سلامت نوزاد، تنفس و دمای بدن او را هر ۱۵ دقیقه یکبار کنترل و ثبت کنید. مراقب باشید نوزاد در طول

^۲ اندیکاسیونهای علمی عبارتند از: ترشح فراوان بزاق از دهان، دیسترس تنفسی، گرفتگی شدید بینی، نیاز به عملیات احیاء، تهویه با فشار مثبت از طریق ماسک یا لوله تراشه و یا هر زمانی که پزشک متخصص صلاح بداند.

مدت تماس با مادر بطور مناسب نگهداری شود و سقوط نکنند. علائم حیاتی مادر و مراقبت روتین وی را طبق دستورالعمل انجام دهید.

۱۴. بطور معمول نوزادان تازه متولد شده طی ساعت اول تولد پستان مادر را جستجو کرده و به دهان می گیرند. چنانچه نوزاد علائم آمادگی شروع تغذیه (حرکات سر به طرفین، باز کردن دهان، دست به دهان بردن، ملچ و ملوچ کردن و خروج بزاق از دهان) را نشان داد او را در گرفتن پستان کمک نمایید و سر وی را به پستان مادر نزدیک کنید. اگر علی‌رغم کمک کردن، تغذیه با شیر مادر تا یک ساعت انجام نشد سلامت نوزاد و مشکلات احتمالی پستان مادر بررسی شود.

۱۵. مراقبت هایی مانند تزریق ویتامین K و واکسن، گرفتن اثرکف پا، مراقبت از چشم، توزین و سایر اندازه گیری ها و اقدامات غیر فوری دیگر حد اقل به بعد از اتمام اولین تغذیه با شیر مادر و یا ترجیحا پس از ساعت اول تولد موکول شود تا تداخلی در اجرای دستورالعمل ایجاد نشود.

۱۶. از استحمام نوزاد در ۶ ساعت اول تولد (ترجیحا" در ۲۴ ساعت) اجتناب کنید.

۱۷. در طول یک ساعت اول پس از زایمان، مادر و نوزاد را در اتاق زایمان یا **POST PARTUM** نگهداری نمایید سپس همزمان به بخش پس از زایمان منتقل شوند.

ب - سزارین با بی حسی ناحیه ای (اسپینال یا اپی دورال):

پس از ساکشن دهان و بینی و قطع بندناف و خشک کردن نوزاد، چنانچه مادر و نوزاد از وضعیت پایداری برخوردارند به منظور تسهیل در انجام تماس چشم در چشم و پوست با پوست مادر و نوزاد و گرفتن پستان، ضمن ادامه عمل جراحی به یکی از دو روش زیر عمل شود:



۱. نوزاد را از طرف زیر بغل یا شانه مادر یعنی از سمت متخصص هوشبری طوری در تماس پوست با پوست مادر قرار دهید که قفسه سینه نوزاد در تماس با زیر بغل و

قفسه سینه مادر و دهان نوزاد در تماس با نوک پستان مادر باشد و حتی الامکان تماس چشم در چشم مادر و نوزاد انجام شود.

سزارین با بی‌حسی ناحیه ای و تماس پوستی
مورب در عرض قفسه سینه مادر در اتاق عمل



۲. نوزاد را به طور مایل و دمر
به روی قفسه سینه مادر
بگذارید به طوری که ضمن
تسهیل تماس چشم در چشم
مادر و نوزاد، سرش در نزدیک
پستان طرف مقابل باشد و
دهان نوزاد در تماس با نوک
پستان مادر قرار گیرد.

در دو حالت فوق وجود یک ماما که از مادر و نوزاد مراقبت کند الزامی است و
مادر و نوزاد نباید تنها باشند.

- پس از اتمام عمل جراحی، مادر و نوزاد در حالی که هر دو با لباس گرم پوشانیده
شده اند به اتاق ریکاوری و سپس بخش پس از زایمان منتقل شوند و ضمن ادامه
تماس پوستی، تغذیه با شیر مادر با کمک ماما یا مشاور شیردهی ادامه یابد.

- سایر مراقبت های ضروری مادر و نوزاد را مطابق آنچه که در زایمان طبیعی گفته شد اجرا نمایید.

ج: سزارین با بیهوشی عمومی :



ساعت اول پس از تولد بعد از سزارین با بیهوشی عمومی در اتاق ریکاوری با بخش بعد زایمان
Dr. Ravaei

۱. در اتاق عمل بلافاصله پس از تولد و انجام ساکشن دهان و بینی و قطع بند ناف، نوزاد را در حین بررسی نیاز به احیا خشک نموده و با یک حوله خشک و گرم دیگر سر و پشت او را بپوشانید و به نحوی در پهلوی مادر قرار دهید که بند ناف نوزاد) جهت کلونیزه شدن) با پوست مادر در تماس

باشد. مدت این تماس تا حد ممکن طولانی باشد.

۲. پس از اتمام عمل جراحی، مادر و نوزاد در حالی که هر دو با لباس گرم پوشانیده شده اند به اتاق ریکاوری منتقل شوند. وجود ماما جهت مراقبت از مادر و نوزاد در اتاق ریکاوری الزامی است.

۳. به محض این که مادر توانایی پاسخ گویی را پیدا کرد حتی اگر کمی خواب آلود هم باشد ضمن ادامه تماس پوستی، اولین تغذیه با شیر مادر شروع شود.

۲- وظیفه تیم پزشکی در بخش پس از زایمان (POST PARTUM)

۱. هم اتاقی مادر و نوزاد اجرا شود.
۲. پس از ورود به بخش پس از زایمان ضمن تداوم تماس پوستی، اگر اولین تغذیه با شیر مادر در ساعت اول انجام نشده به مادر کمک نمایید تا نوزاد هر چه سریعتر با آغوز تغذیه شود. در موارد زایمان سزارین با بیهوشی عمومی در صورت توانایی پاسخ گویی مادر(عموما در حوالی ساعت اول) حتی اگر کمی خواب آلود هم باشد کمک نمایید تغذیه با آغوز انجام شود.
۳. حمایت های بیشتر برای در آغوش گرفتن و به پستان گذاشتن نوزاد باید برای مادرانی که مسکن نارکوتیک گرفته اند یا سزارین شده اند و یا اولین تماسشان با نوزاد به تعویق افتاده، ارائه شود.
۴. تسهیلات لازم جهت ملاقات پدر و حضور همراه مادر در بخش فراهم شود.

توجه:

انتظار می رود نکات کلیدی در شروع شیردهی موفق و محتوای آموزشی موجود در کتابچه ضمیمه را به دقت فرا گرفته تا بتوانید بدرستی دستور عمل را اجرا کنید و راهنمایی لازم را به مادر ارائه دهید.

ضمیمه ۲:

چک لیست پایش

منابع:

1. BREAST CRAWL Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl. First Edition Published by: UNICEF Maharashtra 2007 UNICEF India .
2. BABY – FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: JAN 2006
3. THERMAL PROTECTION OF NEWBORN – WHO -1997
4. STRATEGIC GUIDANCE NOTE ON THE NEWBORN – UNICEF AND SAVE THE CHILDREN 2006
5. BASIC MATERNAL AND NEWBORN CARE – 2004
6. CARE OF THE NEWBORN – 2005
7. Pediatric Clinics of North America 2013, volume 60,number 1
8. Routine prenatal care women and their babies NICE Clinical Guidelines 37 guideline nice.org.uk.cg 37
9. How To Implement Baby Friendly Standards a guide of maternity setting UNICEF UK 2011
10. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortalit, Karen M. Edmond, Charles Zandoh, Maria A. Quigley, Seeba Amenga-Etego, Seth Owusu-Agyei and Betty R. Kirkwood. Pediatrics 2006;117;380-386
11. Initiating breastfeeding within one hour of birth:A scientific brief. Arun Gupta, MD, FIAP February 24, 2007.
12. Breastfeeding: The 1st Hour – Save ONE million babies!Regional Coordinator, IBFAN Asia Presented at Thirty Fourth Session of the Standing Committee on Nutrition Working Group on Breastfeeding and Complementary Feeding on WBW 2007

۱۳- حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک(دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای کارکنان بیمارستانها) انجمن علمی تغذیه با شیرمادر، وزارت بهداشت، ایرانا رسانه ۱۳۹۱



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
معاونت امور بهداشتی