

به نام خدا

راهنمای آموزشی کارکنان بهداشتی درمانی
برای اجرای دستور عمل
«برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد
و
شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد»

مولفین (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر مریم افراخته، دکترها افشاریانی، دکتر فرناز اهدائی وند، دکتر سید حامد برکاتی، دکتر محمود راوری،
سوسن سعدوندیان، دکتر ناهید عزالدین زنجانی، دکتر شهناز علایی، دکتر احمد رضا فرسار، مریم فریور، دکتر
محمد کاظمیان، زهرا کرمی، دکتر ناصر کلانتری، نسرتین همایونفر
با تشکر از همکاران محترم اداره سلامت مادران: دکتر فرحناز ترکستانی، لیلا هادی پور جهرمی

ناشر: اندیشه ماندگار

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۴۹-۱-۱

تیراژ: ۵۰۰ نسخه



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشتی - دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس
اداره سلامت کودکان با همکاری کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر

قم / خیابان صفائیه / انتهای کوی بیگدلی (شماره ۲۸) / نبش کوی شهید گلدوست / پلاک ۲۸۴

تلفن: ۰۲۵-۳۷۷۴۲۱۴۲-۳۷۷۳۶۱۶۵-۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳



اندیشه ماندگار

فهرست

۳	مقدمه
۵	۱. شواهد
۷	۲. مزایای تماس پوست با پوست مادر و نوزاد پس از تولد
۸	۳. مزایای شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد
۱۱	شرایط و مراقبت‌های لازم برای شیردهی موفق
۱۱	۱. مادر با آمادگی وارد دوره بارداری شود
۱۲	۲. نطفه حاصله، از پدیری با تغذیه و شیوه زندگی سالم تشکیل شده باشد
۱۲	۳. مادر از تغذیه مناسب دوران بارداری برخوردار باشد
۱۳	۴. پستان مادر برای شیردهی آماده شده باشد
۱۵	۵. مادر آگاهی کافی در باره مزایای تغذیه با شیر مادر داشته باشد
۱۶	اهمیت اولین ملاقات مامایی
۱۶	ملاقات‌های مادر در دوران بارداری
۱۸	۶. مادر از روش زایمان ایمن برخوردار گردد
۲۱	ب- حمایت و کمک به مادر
۲۲	ج- نقش مهم بیمارستان‌ها در موفقیت تغذیه با شیر مادر
۲۲	ده اقدام برای تغذیه موفق با شیر مادر در بیمارستان دوستدار کودک
۲۳	۷. تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان برقرار و تغذیه با شیرمادر طی ساعت اول تولد آغاز شود
۲۳	۸. وضعیت شیردهی صحیح به مادر آموزش داده شود و رابطه مادر و شیرخوار به نحو رضایت بخشی برقرار شود
۲۵	نحوه شیردهی صحیح
۲۷	برنامه ریزی برای بارداری بعدی
۲۹	فرآیند تولید شیر
۲۹	عوامل مختل کننده تولید شیر مادر
۳۰	کمک به تداوم تغذیه با شیر مادر در شرایط خاص
۳۱	ارزیابی تغذیه با شیرمادر
۳۲	فرم ثبت مشاهده شیردهی
۳۳	فرم غربالگری تغذیه با شیر مادر ۴ تا ۶ روزگی
۳۴	حمایت از تغذیه با شیرمادر
۳۵	تسکین درد
۳۵	غذاهای سبک و مایعات در طول مرحله درد
۳۶	چگونگی کمک برای اولین تغذیه با شیرمادر
۴۳	تعریف پایش
۴۵	شرایط کلی در زایمان طبیعی
۴۶	وظیفه تیم پزشکی در ساعت اول تولد
۴۸	ب - سزارین یا بی حسی ناحیه ای (اسپینال یا اپی دورال)
۴۹	ج- سزارین با بیهوشی عمومی
۴۹	۲- وظیفه تیم پزشکی در بخش پس از زایمان (POST PARTUM)
۵۱	منابع

تغذیه با شیر مادر روش بی نظیر تغذیه شیرخواران است. توصیه جهانی برای تغذیه مطلوب شیرخواران مبنی بر شروع تغذیه با شیرمادر طی ساعت اول تولد، تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول عمر و سپس تداوم تغذیه با شیرمادر همراه با غذاهای کمکی سالم تا ۲ سالگی یا بیشتر است.

در سال ۱۹۸۹ سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در بیانیه مشترکی «ده اقدام برای تغذیه موفق تغذیه با شیرمادر» را به منظور حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر معرفی کردند و در سال ۱۹۹۱ بر اجرای ده اقدام بعنوان ضوابط بین المللی دوستدار کودک جهت تغذیه و مراقبت شیرخواران در بیمارستان ها تاکید نمودند. طی سال های متمادی مطالعات متعددی تاثیر به سزای اجرای این ضوابط 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.

مادران و نوزادان برای بهره مند شدن از مزایای این اقدام نیاز به کمک و حمایت برای برقراری تماس پوستی و شروع فرآیند شیردهی در بیمارستان دارند. لازم به ذکر است که آشنا نمودن مادران در دوران بارداری با اقدامات بیمارستان های دوستدار کودک بویژه آموزش اهمیت و نحوه برقراری تماس پوستی با نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول زندگی و شناخت علائم آمادگی نوزاد برای تغذیه... می تواند به نحو موثری اجرای این اقدام مهم و حیاتی را در بیمارستان ها تسهیل نماید. بعلاوه ضروری است بهترین و سالم ترین روش زایمان که به حفظ سلامت مادر و نوزاد و شروع بموقع تغذیه از پستان و توان مراقبتی مادر کمک می کند را انتخاب نموده و آگاهی های لازم را به مادر در دوران بارداری ارائه دهند.

گرچه بیمارستان های دوستدار کودک از سال ۱۳۷۱ در کشورمان راه اندازی شده اند اما به دلیل کاستی های موجود در اجرای اقدام چهارم و با توجه به ضرورت و اهمیت اجرای استانداردها، در سال ۱۳۹۳ بازنگری دستورعمل و تقویت اجرای اقدام چهارم در دستور کار اداره سلامت کودکان و کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر قرار گرفت و برنامه ریزی آن با همکاری معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

انجام شد. دستورعمل تماس پوستی مادر و نوزاد و شروع شیرمادر در ساعت اول تولد و راهنمای آموزشی حاضر تدوین و در ۴ بیمارستان تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پایلوت شد. سپس با برگزاری کارگاه‌های آموزشی نسبت به گسترش برنامه و اجرا در کل بیمارستانهای کشور اقدام گردید.

نسخه اول این راهنما با همکاری معاونت محترم بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی در سال ۱۳۹۳ به چاپ رسید.

اینک دستورعمل و راهنمای آموزشی با توجه به نتایج و تجربیات حاصله، بازنگری و تجدید چاپ می‌شود. امید است کارکنان بهداشتی درمانی با بهره‌گیری از این راهنما، و بویژه کارکنان بیمارستان‌های دوستدار کودک با اجرای بهینه استانداردها بتوانند شروع موفق تغذیه با شیرمادر و گذر ایمن از این مرحله حساس و حیاتی را برای مادران و نوزادان میسر سازند.





کلیات

۱. شواهد

شروع تغذیه با شیرمادر طی یک ساعت اول تولد، اولین و حیاتی ترین گام برای کاهش مرگ و میر شیرخواران و کودکان است. مطابق آمار سال ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت ۴۵ درصد از ۵,۹ میلیون مرگ کودکان زیر ۵ سال، در دوران نوزادی رخ می دهد. از طرفی مطالعه ای که در سال ۲۰۰۷ انجام شده نشان می دهد که اگر تمام مادران ظرف یک ساعت اول تولد، تغذیه با شیرمادر را شروع کنند و شیرخوارشان را تا ۶ ماه منحصراً با شیر خود تغذیه نمایند، سالانه جان ۱ میلیون از ۴ میلیون نوزادی که هر سال در جهان می میرند، حفظ می شود.

برای اولین بار محققین در منطقه روستایی غنا دریافتند احتمال بقا در دوره نوزادی برای نوزادانی که تغذیه با شیر مادر را ظرف ساعت اول تولد شروع می کنند، بیشتر از نوزادانی است که شیر مادر را به موقع شروع نمی کنند، به طوری که احتمال مرگ نوزادانی که تغذیه با شیرمادر را پس از ۲۴ ساعت اول تولد شروع می کنند نسبت به نوزادانی که شیر مادر را ظرف ساعت اول شروع کرده اند ۲/۵ برابر بیشتر است. همچنین در این مطالعه مشخص شد احتمال مرگ نوزادانی که با غذاهای کمکی و یا شیری بجز شیر مادر در ماه اول تغذیه شده اند، نسبت به شیرخوارانی که منحصراً با شیر مادر تغذیه می شوند ۴ برابر بیشتر است.

در نهایت نتیجه گیری شده است که اگر تغذیه انحصاری با شیرمادر از روز اول تولد شروع شود از ۱۶ درصد مرگ نوزادان پیشگیری می شود و اگر در ساعت اول تولد شروع شود این رقم ۲۲ درصد خواهد بود.

در بررسی های انجام شده نوزادانی که بلافاصله پس از تولد در تماس پوست با پوست با مادر قرار گرفته اند (۶۳٪) آنها مکیدن موثرتری در اولین تغذیه در مقایسه با (۲۱٪) گروه کنترل داشتند. مطالعات متعددی نشان داده اند که تماس پوستی زودرس مادر و نوزاد منجر به افزایش قابل توجه میزان تغذیه با شیرمادر و طول مدت شیردهی می شود. مشاهده شده که حتی تماس کوتاه مدت ۲۰-۱۵ دقیقه ای طی ساعت اول

تولد مفید بوده است در حالی که حتی ۲۰ دقیقه جدایی در طول ساعت اول می‌تواند زیان آور باشد.

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

مطالعه دیگری حاکی از این بود که تماس پوست با پوست طی ساعت اول تولد ارتباط معنی داری با تغذیه انحصاری با شیرمادر هنگام ترخیص داشته است.

در یک مطالعه تاثیر تماس پوست با پوست نوزاد و مادر بلافاصله پس از تولد (مطابق دستورعمل کشوری) بر موفقیت نوزاد در اولین تغذیه با شیرمادر بر روی سه گروه ۴۰ نفره شامل ۱۲۰ زوج نوزاد و مادر بشرح زیر بررسی شد: گروه اول تماس پوست با پوست (نوزاد در تماس مستقیم با پوست شکم و قفسه سینه مادر بود)، گروه دوم تماس غیر پوستی (نوزاد روی شان که روی شکم مادر از بالای pubis (عانه) تا زیر پستان مادر و قفسه سینه مادر را پوشانده بود، قرار گرفت) و در گروه سوم مراقبت معمول بعمل آمد (یعنی نوزاد در کات در کنار تخت مادر قرار گرفت).

نتایج این مطالعه بشرح جدول ذیل نشان داد که تماس پوست با پوست نوزاد و مادر بلافاصله پس از تولد، باعث کاهش میانگین زمان بروز رفتارهای پیش تغذیه‌ای، کاهش زمان شروع اولین تغذیه با شیرمادر، افزایش درصد شروع اولین تغذیه با شیرمادر، افزایش میزان موفقیت نوزاد در اولین تغذیه و افزایش طول مدت اولین تغذیه با شیرمادر شده است:





جدول ۱- نتایج مطالعه تاثیر تماس پوست با پوست نوزاد و مادر بلافاصله پس از تولد بر موفقیت نوزاد در اولین تغذیه با شیرمادر (۲۲)

یافته های بررسی تاثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر شروع تغذیه با شیرمادر (۲۲)				
گروه ۳ مراقبت معمول	گروه ۲ تماس غیرپوستی	گروه ۱ تماس پوستی	فاکتورهای مورد بررسی	
۲۷	۲۹	۱۷	جستجوی پستان، حرکات سرو باز کردن دهان	میانگین زمان بروز رفتارهای پیش تغذیه ای (دقیقه)
۳۷	۳۴	۲۱	حرکات دهان و لب، خروج بزاق از دهان	
۴۱	۳۹	۲۶	بردن دست به دهان	
۴۷	۴۵	۲۸	میانگین زمان شروع اولین تغذیه (دقیقه)	
٪۵	٪۵	٪۷۲	۳۰ دقیقه و کمتر	درصد شروع اولین تغذیه با شیرمادر
٪۹۰	٪۸۵	٪۲۷	۳۰-۶۰ دقیقه	
٪۵	٪۱۰	۰	بعد از یکساعت	
۲۷	۲۴	۴۳	میانگین طول مدت اولین تغذیه با شیرمادر (دقیقه)	
٪۱۲	٪۱۲	٪۶۵	میزان موفقیت نوزاد در جستجوی بلافاصله و موثر پستان در اولین تغذیه (درصد)	
٪۲۲	٪۲۵	۰	میزان جستجوی ضعیف پستان (درصد)	
۲۴/۲+۳۸/۸ ٪۵/۳۷	۸۷/۱+۶۵/۸ ٪۴۵	۳۲/۱+۶/۱۰ ٪۵/۸۲	میزان موفقیت نوزاد در اولین تغذیه با شیرمادر IBFAT میانگین نمره	

۲. مزایای تماس پوست با پوست مادر و نوزاد پس از تولد

تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد و شروع تغذیه با شیرمادر گرچه با هم مرتبط هستند اما هر کدام بطور مستقل از اهمیت خاصی برخوردارند. به طوری که 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 بلکه باید بطور مداوم همراه هم باشند و نوزاد مجاز باشد به محض آمادگی، پستان مادر را بگیرد (مگر به دلایل پزشکی غیر قابل اجتناب).

- برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد به شروع موفق تغذیه انحصاری با شیرمادر کمک می کند.
- مادر و شیرخوار را آرام می کند و ضربان قلب و تنفس شیرخوار را ثبات می بخشد و نوزاد را گرم نگه می دارد.

- دمای زیر بغلی و پوستی نوزادان به دنبال این تماس بالاتر می‌رود و تطابق متابولیکی و ثبات قند خون و اصلاح سریع تراسیدیتیه خون خواهند داشت.
- تماس پوستی موجب تحکیم پیوند عاطفی (BONDING) بین مادر و نوزاد می‌شود. 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 می‌شود. 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 قوی‌تر شکل گیرد، مراقبت از نوزاد دل‌پذیرتر و مطلوب‌تر می‌شود. به علاوه شیردهی و مادری کردن و تربیت فرزند با موفقیت بیشتری توأم گردیده و احتمال سوء رفتار با کودک کاهش می‌یابد و در نهایت، منجر به تسریع روند رشد جسمی، ارتقاء تکامل و شکوفایی استعدادهای بالقوه کودک می‌گردد و در سنین بالاتر نیز نقش بسزایی دارد.
- لمس زودرس نوک پستان و آرئول توسط نوزاد همراه با تماس پوستی، تاثیر مثبت بر پیوند عاطفی مادر و نوزاد در روزهای اول تولد دارد. بطوریکه در مطالعه‌ای دیده شده که این مادران، نوزادان خود را نسبت به نوزادانی که فقط تماس پوست با پوست بدون لمس نوک پستان داشتند به مدت کوتاه‌تری از خود جدا می‌کردند و بیشتر با آنها حرف می‌زدند.
- گریه نوزادانی که پس از تولد در تماس پوستی با مادر قرار می‌گیرند در مقایسه با آنها که جدا در کات نگهداری می‌شوند کمتر است لذا اضطراب و مصرف انرژی آنان نیز کاهش می‌یابد.
- نوزادی که در تماس نزدیک با مادر است می‌تواند به محض نشان دادن علائم آمادگی (مثل حرکات دهان و زبان و مکیدن) شروع به مکیدن پستان نماید. در این زمان می‌توان به او کمک کرد اما نباید وی را مجبور کرد زیرا بر نحوه شیر خوردن او در دفعات بعدی اثر سوء دارد.
- کلونیزاسیون روده شیرخوار را با باکتری طبیعی روده مادر فراهم می‌کند زیرا مادر اولین کسی است که کودک را در کنار خود دارد نه پرستار، پزشک یا شخص دیگری که ممکن است سبب کلونیزاسیون باکتریهای آنها در بدن نوزاد شود.

۳. مزایای شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد

- آغوز یا کلاستروم برای نوزاد بسیار مغذی است. نیاز غذائی نوزاد در هنگام تولد خیلی کم و مقدار آغوز برای تامین نیازهای او کافی است. حجم معده نوزاد در روز اول حدود ۷-۵ یعنی به اندازه یک تیله بزرگ است و متوسط دریافت شیر در هر نوبت تغذیه معمولاً ۱۰-۲ cc و کافی است. حجم معده نوزاد در روز سوم به ۲۷-۲۲ یعنی به اندازه توپ



پینگ پنگ می‌رسد، در روز دهم به اندازه یک تخم مرغ بزرگ ۸۱cc-۶۰ می‌شود و هر چه سن نوزاد بیشتر شود حجم معده بزرگ‌تر شده و تولید شیر نیز با تغذیه مکرر شیرخوار از هر دو پستان افزایش می‌یابد.

- آغوز سرشار از عوامل حفاظتی و ایمنی بخش بوده و اولین ایمن سازی نوزاد محسوب می‌شود بطوری که او را در برابر بسیاری از بیماری‌ها حفاظت کرده و به تنظیم سیستم ایمنی در حال تکامل نوزاد کمک می‌کند. فاکتورهای رشد موجود در آغوز به تکامل و عملکرد موثر روده نوزاد کمک می‌کند و ورود میکروارگانیسم‌ها و آلرژن‌ها را به بدن او مشکل می‌سازد. آغوز سرشار از ویتامین A است که برای حفاظت از چشم و کاهش عفونت‌ها اهمیت دارد و با تحریک عمل دفع، به پیشگیری از زردی نوزاد کمک می‌کند.
- به تولید شیر کافی برای تغذیه بعدی و پیشگیری از بروز هیپوگلیسمی کمک می‌کند.
- رفلکس مکیدن نوزاد را که طی یک ساعت اول تولد بسیار قوی است تحریک نموده و به انقباض رحم، خروج جفت و کاهش خونریزی مادر کمک می‌کند.
- امکان تماس پوست با پوست مادر و نوزاد را فراهم می‌کند و گرمای مورد نیاز نوزاد را بویژه برای نوزادان نارس و کم وزن تامین می‌کند.
- برای نوزادان کم وزن که احتمال مرگ و میر بیشتری دارند مفیدتر است. این نوزادان به هنگام تولد به حمایت بیشتری برای خوب مکیدن نیاز دارند.

توجه: پس از زایمان طبیعی یا سزارین با بی حسی موضعی، ضمن برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، تغذیه با شیرمادر را اغلب می‌توان طی ساعت اول تولد شروع کرد ولی در سزارین با بیهوشی عمومی، ضمن برقراری تماس پوست با پوست مختصر در اتاق عمل و ادامه آن در اتاق ریکاوری، تغذیه با شیرمادر به محض هوشیاری و پاسخگویی مادر طی یکی دو ساعت اول تولد انجام می‌شود.



• شرایط و مراقبت‌های لازم برای شیردهی موفق •

شرایط و مراقبت‌های لازم برای شیردهی موفق

برای اجرای شیوه مطلوب تغذیه با شیرمادر (یعنی روشی که تغذیه با شیرمادر از ساعت اول تولد آغاز شود و در ۶ ماه اول بطور انحصاری با شیرمادر انجام شود و سپس همراه با غذاهای کمکی تداوم یابد)، مراقبت‌های خاصی لازم است تا زمینه و شرایط مناسب فراهم گردد.

تمام شیرخواران تا ۶ ماهگی باید بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه شوند تا از رشد و تکامل مطلوب و سلامت کافی برخوردار گردند. تغذیه انحصاری با شیرمادر یعنی تغذیه شیرخوار فقط با شیرمادر صورت گیرد و از هر نوع ماده دیگر حتی آب پرهیز شود (مصرف دارو در صورت لزوم، مکمل ویتامین‌ها و مواد معدنی مجاز است).

موفقیت تغذیه انحصاری با شیرمادر وقتی حاصل می‌شود که مادر از دانش لازم، مهارت عملی و اعتماد به نفس کافی برخوردار باشد و از متخصص صاحب نظر نیز کمک بگیرد. مراقبت‌های لازم عبارتند از:

۱. مادر با آمادگی وارد دوره بارداری شود

بارداری با برنامه و به عبارت دیگر کاهش موارد حاملگی‌های ناخواسته یکی از مهم‌ترین پیش‌شرط‌های توفیق در تغذیه با شیرمادر است. تغذیه مادر در دوران قبل از لقاح برای ارتقای سلامت جنین و نوزاد و توانایی مادر برای شیردهی بسیار حیاتی است:

- کمبود بعضی ریز مغذی‌ها در هفته‌های اول بارداری می‌تواند اثرات سوء بر رشد جنین بگذارد. کمبود اسید فولیک منجر به نقص لوله‌های عصبی در نوزاد می‌گردد به همین دلیل دریافت ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک در روز برای زنان در سن باروری توصیه می‌شود.
- رژیم غذایی مناسب قبل از بارداری باید فاقد هر نوع ترانژون نظیر الکل و داروهای غیرمجاز باشد. همچنین توصیه می‌شود از مصرف بعضی مواد مضر نظیر دخانیات، کافئین و مواد مخدر 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 خواهد کرد.

۲. نطفه حاصله، از پدیری با تغذیه و شیوه زندگی سالم تشکیل شده باشد:

تغذیه پدر قبل از لقاح 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. مادر از تغذیه مناسب دوران بارداری برخوردار باشد:

تغذیه متعادل و کامل مادر طی دوران بارداری موارد زیر را تضمین می کند:

- رشد و تکامل جنین
- تامین مواد مورد نیاز بدن مادر
- کاهش خطر دریافت غذای اضافه

سوء تغذیه مادر در دوران بارداری، خطر تولد نوزاد کم وزن را افزایش می دهد. این نوزادان بیشتر در معرض خطر عفونت، ناتوانی های یادگیری، نقص تکامل فیزیکی و مرگ در سال اول زندگی قرار می گیرند.

افزایش وزن مادر در طول بارداری باید بتدریج باشد بطوری که در ۳ ماهه اول ۲ تا ۳ کیلوگرم و از آن به بعد هفته ای حدود نیم کیلو توصیه می شود. مجموع افزایش وزن دوران بارداری برای مادران متفاوت و بر حسب شاخص توده بدن (BMI) آنان قبل از بارداری (بشرح جدول زیر) است:

جدول ۲- میزان وزن گیری مادر در دوران بارداری بر حسب شاخص توده بدن

وضعیت تغذیه	بارداری BMI قبل از (kg/m ²)	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری بعد (کیلوگرم در هفته)
کم وزن	< ۱۸/۵	۱۲/۵ - ۱۸	۰/۵
طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹	۱۱/۵ - ۱۶	۰/۴
اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹	۷ - ۱۱/۵	۰/۳
چاق	≥ ۳۰	۵ - ۹	۰/۲

استفاده از برنامه غذایی متنوع و متعادل در دوران بارداری توصیه می شود. بهترین راه اطمینان از مصرف متعادل و متنوع مواد غذایی در روز، استفاده از ۵ گروه اصلی غذایی (گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت و تخم مرغ حبوبات

و مغز دانه‌ها) است. کلیه مواد دریافتی مادر اعم از درشت مغذی‌ها، ریزمغذی‌ها و مایعات باید افزایش یابد. در ۳ 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 می‌شود.

دریافت اضافه مایعات به جهت افزایش حجم خون مادر، تنظیم درجه حرارت بدن مادر بارداری، سنتز مایع آمنیوتیک، پیشگیری از: احتباس آب، یبوست و عفونت مجاری ادراری لازم است. (در دوران شیردهی مادرانی که از وضعیت تغذیه‌ای کافی و مناسبی برخوردار هستند مصرف بیشتر کالری و مایعات اضافی تأثیر چندانی در افزایش حجم شیر نخواهد داشت. مصرف مایعات توسط مادر شیرده اثری بر حجم شیر ندارد. زنان شیرده باید به میزان رفع تشنگی مایعات مصرف نمایند.)

۴. پستان مادر برای شیردهی آماده شده باشد:

الف- اندازه پستان

پستان‌ها تحت تاثیر هورمون‌های پروژسترون و استروژن در دوران حاملگی بزرگ شده و آماده برای تولید شیر می‌شوند. برخی مادران با پستان‌های کوچک نگران ناکافی بودن مقدار شیر خود هستند در صورتی که هیچ جای نگرانی نیست و این پستان‌ها نیز شیر کافی تولید می‌کنند. ایجاد اعتماد بنفس و قوت قلب دادن به مادران مهم است که نگران اندازه پستان‌های خود نباشند.

ب- نوک پستان صاف یا فرورفته

قبل از زایمان

هیچ نوع آماده سازی برای پستان لازم نیست و معمولاً این مشکل هنگام تولد برطرف می‌شود و با گرفتن صحیح و عمیق پستان توسط نوزاد از همان ساعات اولیه پس از تولد که هنوز پستان نرم است، تغذیه از پستان امکان پذیر است. روش‌هایی که در طی بارداری برای بیرون کشیدن نوک پستان استفاده می‌کنند بدلیل احتمال تحریک انقباضات رحم و امکان ایجاد استرس در مادر توصیه نمی‌شوند.

بعد از زایمان

با ارائه اطلاعات و توضیحات زیر می‌توان اعتماد به نفس مادر را تقویت و وی را راهنمایی کرد:

- ممکن است شیردهی با نوک پستان صاف یا فرورفته در ابتدا قدری دشوار باشد اما با

تمرین و پشتکار موفق خواهد شد.

- پستان‌ها بعد از ۲ تا ۳ هفته نرم تراز قبل خواهند شد (البته بجز نرمی پستان‌ها در ساعات و روز اول زایمان) و شیرخوار بهتری می‌تواند پستان را بگیرد.
- دهان شیرخوار باید از پستان مادر پر باشد و تنها نوک پستان در دهان شیرخوار قرار نگیرد.
- مادر، شیرخوارش را در تماس با پستان‌های خود قرار دهد چون او نیازمند تماس پوست با پوست با مادر است و به تحریک نوک پستان کمک می‌کند.
- شیرخوار در یادگیری گرفتن پستان آزاد باشد.

مادر برای بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوار کمک شود:

- اگر شیرخوار پستان را به خوبی نمی‌گیرد، مادر باید بویژه در روزهای اول بعد از تولد شیرخوارش را برای گرفتن پستان کمک کند.
- گاهی تحریک نوک پستان تنها کاری است که مادر باید انجام دهد. گاه شیرخوار نوک پستان تحریک شده را بهتر می‌گیرد.
- استفاده از پمپ شیردوش یا سرنگ ۲۰ سی سی جهت بیرون کشیدن نوک پستان درست قبل از گذاشتن نوزاد به پستان موثر است.
- گاهی شیرخوار در وضعیت‌های شیردهی متفاوت پستان را بهتر می‌گیرد.
- گاهی شکل دادن به پستان (بطور مثال به روش ساندویچ) به بهتر گرفتن آن کمک می‌کند (حمایت پستان به روش ساندویچ عبارت از این است که مادر با قرار دادن انگشت اشاره در زیر پستان و انگشت شست خود در بالای لبه هاله، پستان را نگه داشته و به شیرخوار عرضه کند و او را به طرف پستان هدایت نماید).
- اگر نوزاد در یکی دو هفته اول قادر به مکیدن موثر نیست مادر باید ضمن تماس پوست با پوست با نوزادش و تلاش مکرر برای ترغیب نوزاد به گرفتن پستان، شیر خود را دوشیده و با فنجان به او بدهد. با این کار پستان نرم تری شود و شیرخوار پستان را راحت تری می‌گیرد.
- در صورتی که موارد زیر رعایت نشوند ممکن است پستان‌ها متورم و دردناک و دچار احتقان شوند:
- بعد از تولد شروع شیردهی با تاخیر یا به دفعات کم انجام شود.
- شیرخوار به درستی پستان را نگیرد یا مکیدن او موثر نباشد.
- پستان به طور مکرر تخلیه نشود.
- شیردهی زمان بندی شود و بر مبنای تقاضای شیرخوار نباشد.
- طول مدت شیردهی محدود باشد.



۵. مادر آگاهی کافی درباره مزایای تغذیه با شیر مادر داشته باشد:

الف- معاینات دوره ای زنان در سنین باروری

متخصصین زنان و زایمان و ماماها می‌توانند آموزش تغذیه با شیر مادر را به زنان در سنین باروری از زمانی که جهت معاینات روتین مراجعه می‌نمایند، آغاز کنند. به زنانی که آناتومی طبیعی دارند می‌توان گفت چنانچه تصمیم به بچه دار شدن دارند هیچ اشکال ساختمانی برای انجام زایمان طبیعی و شیردهی ندارند.

ب- تشویق و آموزش مادر در دوران بارداری برای شیردهی

یک بخش ضروری از مراقبت‌های دوران بارداری، تشویق و آموزش خانم باردار و همسرش درباره تولد کودک و تغذیه با شیر مادر می‌باشد. لازم است آموزش سایر اعضای خانواده که می‌توانند تغذیه با شیر مادر را حمایت کنند نیز در مراکز بهداشتی درمانی، مطب پزشک یا کلینیک انجام شود. بیمارستان‌ها و سایر مؤسسات نیز می‌توانند آموزش برای زنان باردار و همسران‌شان فراهم نمایند. تشویق مادر و توصیه به شیردهی توسط کارکنان نظام سلامت شامل متخصصین زنان و مامایی، پزشکان عمومی، ماماها، پرستاران، مراقبین سلامت و بخصوص متخصصین کودکان و همچنین انجمن‌ها و گروه‌های مردمی در تصمیم او برای تغذیه فرزندش با شیرمادر حیاتی است و نقش مهمی ایفا می‌کنند. بهره مند شدن از فواید شیرمادر برای سلامت همگانی، تلاش برای همکاری و هماهنگی حرفه‌ای را در میان همه کارکنان نظام سلامت می‌طلبد تا مادران و خانواده‌های‌شان را برای انتخاب تغذیه با شیرمادر آموزش داده و تشویق نمایند.

برخی زنان که تغذیه با شیرمادر را انتخاب می‌کنند خودشان یا خواهر و برادرشان با شیرمادر تغذیه شده و شیردهی را یک رفتار عادی در خانواده خود می‌دانند. این زنان از بعضی آموزش‌ها و تقویت باورهای خود سود خواهند برد.

زنانی که خانواده و دوستانشان در مورد شیردهی تجربه‌ای نداشته‌اند نیز بارداری را با آرزوی بهترین‌ها و سالم‌ترین‌ها برای کودکشان سپری می‌کنند. لذا راهنمایی مناسب و در نظر گرفتن شرایط زندگی در کمک به این زنان و خانواده آنها برای اخذ بهترین تصمیم در مورد تغذیه شیرخوارشان مهم است. آگاهی از فواید و مزایای تغذیه با شیرمادر در مقایسه با مخاطرات و مشکلات تغذیه مصنوعی به آنها کمک خواهد کرد که تصمیم مناسبی بگیرند. متخصصین زنان و مامایی می‌توانند به کاهش اضطراب مادر کمک کنند و راه حل‌های عملی به مادر و خانواده‌اش ارائه نمایند تا تغذیه با شیرمادر را انتخاب کند.

اهمیت اولین ملاقات مامایی

اولین ملاقات مادر برای مراقبت دوران بارداری بهترین زمان برای تشویق یا تقویت تصمیم او برای تغذیه با شیرمادر است. همچنین زمان مناسبی است که به مادر مزایای شیر مادر و برتری آن نسبت به شیر مصنوعی را آموزش دهیم. اغلب بیماران از پزشک خود اطلاعات و راهنمایی می‌خواهند. اهمیت توصیه پزشکان هرگز نباید دست کم گرفته شود. اگر مادر هنوز تصمیم به تغذیه فرزندش با شیر خود نگرفته باشد این ملاقات و ملاقات‌های بعدی می‌تواند فرصتی برای تصمیم‌گیری او ایجاد نماید. در طی معاینه پستان، پزشک باید معاینه اختصاصی شیردهی انجام دهد و به سؤالات مادر نیز در مورد تغییرات معمول پستان در بارداری و شیردهی پاسخ دهد. اگر مشکل آناتومیک وجود نداشته باشد می‌توان به مادر در مورد توانایی اش برای شیردهی اطمینان داد. اگر نوک پستان فرورفته به نظر می‌رسد به وی اطمینان خاطر بدهد که شکل ظاهری پستان پیش بینی کننده نتیجه تغذیه با شیرمادر نیست و او قادر به شیردهی خواهد بود.

ملاقات‌های مادر در دوران بارداری

در سال‌های قبل که مدت اقامت مادر در بیمارستان طولانی تر بود، می‌توانست قبل از ترخیص آموزش‌های نسبتاً خوب و کافی درباره تغذیه با شیرمادر دریافت کند. امروزه با کوتاه تر شدن زمان بستری در بیمارستان ضروری است زنان باردار با آگاهی کافی که در دوره قبل از زایمان کسب کرده‌اند جهت زایمان در بیمارستان حاضر شوند. ثابت شده است آموزش مادر طی ملاقات‌های دوره ای بارداری و قبل از زایمان در افزایش مدت شیردهی بسیار مؤثر است. در این صورت آموزش‌های بعد از زایمان در بیمارستان می‌تواند بر جوانب عملی شیردهی مثل چگونگی پستان گرفتن و روش‌های شیردهی مناسب برای هر مادر و بصورت چهره به چهره متمرکز شود.

نکته بسیار مهم این که آموزش به مادر در دوران بارداری در زمینه تغذیه با شیرمادر و مراقبت از نوزاد نقش بسیار مهمی در موفقیت شروع شیردهی و تداوم آن دارد. این موضوع در «راهنمای آموزشی مادران باردار برای شیردهی» ذکر گردیده که باید طی ملاقات‌های دوران بارداری، مباحث مختلف آن برابر دستورعمل آموزش داده شود. این آموزش‌ها سبب همکاری بیشتر مادر و تسهیل اجرای مفاد دستورعمل مراقبت ساعت اول خواهد بود.

در حال حاضر کلاس‌های آمادگی مادران برای زایمان نیز، در بیمارستان‌های دولتی و مراکز بهداشتی درمانی بطور رایگان و نیز در مراکز مشاوره خدمات مامایی (بخش خصوصی) برگزار می‌گردد. در کلاس‌ها علاوه بر آموزش‌های بهداشت فردی، تغذیه، نحوه و انتخاب نوع

مناسب زایمان، مباحث شیردهی و بهداشت نوزاد و مراقبت از وی آموزش داده می‌شود.

ج- آموزش شیردهی بعد از زایمان

کارکنان بیمارستان باید بدون توجه به زمان زایمان وقت کافی برای هر مادر اختصاص دهند و برنامه خاصی جهت آموزش جنبه‌های عملی تغذیه با شیر مادر داشته باشند تا مادر قبل از ترخیص آموزش کامل دریافت کند. علاوه از فیلم‌های آموزشی تهیه شده توسط وزارت بهداشت در اتاق مادران استفاده کنند. کارکنان آموزش دیده باید رفتار شیردهی مادر و نوزاد را در طول ۴۸-۲۴ ساعت اول پس از تولد برای تصحیح وضعیت شیردهی و پستان گرفتن نوزاد، مشاهده و ارزیابی نمایند و مادر را برای برقراری شیردهی کمک کنند همچنین باید مطمئن شوند که مادر در روش دوشیدن شیر با دست مهارت کافی کسب نماید.

د- آموزش شیردهی قبل از ترخیص مادر و نوزاد

الگوهای دفع متناسب با سن نوزاد در طول هفته اول بعد از تولد باید به مادر آموزش داده شود که نشانه‌ای از دریافت کافی شیرمادر می‌باشد. مهم است مادر بداند که در روزهای اول مقدار آغور کم است اما همان مقدار برای معده کوچک نوزاد و تامین نیازهای او کافی است. تعداد ۱ نوبت مدفوع و ۱ کهنه مرطوب با ادرار کم رنگ در روز اول، تعداد ۲-۳ کهنه مرطوب و ۲-۳ نوبت مدفوع در روز دوم، و از روز ۴ به بعد نیز تعداد ۸-۶ کهنه مرطوب (۵-۶ پوشک) با ادرار کم رنگ و حداقل ۲ بار یا بیشتر دفع مدفوع در ۲۴ ساعت مورد انتظار است. می‌توان به مادر نشان داد که چگونه در چند هفته اول دفعات و طول مدت شیردهی و تعداد دفعات دفع مدفوع و ادرار نوزاد را ثبت نماید و این موارد را طی ملاقات‌های بعدی با کارکنان بهداشتی مطرح نماید.

مادر باید الگوی مورد انتظار کاهش وزن در چند روز اول و وزن‌گیری متعاقب آن را بداند. افزایش وزن بهترین شاخص کفایت شیرمادر است. معمولاً نوزادان در ۴-۲ روز اول تولد وزن از دست می‌دهند. کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد وزن هنگام تولد بیش از اندازه بوده و باید شیردهی مادر مشاهده، تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار ارزیابی شود تا هر مشکلی قبل از جدی شدن شناسایی شود و به موقع مداخله لازم صورت گیرد. در پیگیری باید اطمینان حاصل شود که نوزاد شروع به وزن‌گیری مجدد نموده است. شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده و به صورت موثری از پستان مادر تغذیه می‌شود، از روز ۴ تا ۵ تولد شروع به افزایش وزن می‌کند. به دلایل فوق باید تاکید شود که مادر حتما همراه با نوزاد خود برای ویزیت ۳-۵ روزگی مراجعه کنند این ویزیت برای ارزیابی استقرار شیردهی و کمک به مادر بسیار کلیدی و مهم است. بیشتر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه

می‌شوند تا روز ۱۴ - ۱۰ وزنی بیشتر از وزن تولد خود خواهند داشت و در غیر این صورت نیاز به ارزیابی مجدد و مداخله می‌باشد.

۶. مادر از روش زایمان ایمن برخوردار گردد:

الف - مراقبت‌های حین زایمان، انتقال به دوران شیردهی

دردهای زایمانی و زایمان، مرحله‌ای بسیار حساس برای موفقیت در شیردهی است. کارکنان مامایی و زایمان باید برای شروع تغذیه با شیر مادر آگاهی و مهارت لازم را داشته باشند. سیاست‌ها و اقدامات بیمارستان و بخش‌های مامایی و زایمان می‌تواند اختلاف عمده و اساسی در میزان موفقیت و تثبیت تغذیه با شیر مادر ایجاد نماید. تغذیه با شیر مادر باید طی ساعت اول بعد از زایمان شروع شود مگر اینکه وضعیت پزشکی مادر یا نوزاد شرایط دیگری ایجاب کند. نوزادانی که بعد از تولد روی شکم مادر قرار می‌گیرند و از پستان مادر تغذیه می‌شوند در مقایسه با نوزادانی که تماس زود هنگام نداشته‌اند پیامد بهتری در زمینه تغذیه با شیر مادر دارند. با شروع تغذیه در اتاق زایمان در مقایسه با شروع تغذیه ۲ ساعت پس از تولد، درصد مادرانی که تا ۲ الی ۴ ماهگی شیرخوار، تغذیه با شیر مادر را ادامه می‌دهند افزایش می‌یابد. لذا مدیریت موفق تغذیه با شیر مادر شامل برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان، تشویق مادر به شیردهی با شناخت علائم آمادگی نوزاد برای تغذیه از پستان در اتاق زایمان و عدم جدایی مادر و نوزاد در ساعات اولیه پس از تولد می‌باشد.

گرچه ممکن است مادر قبل از زایمان در مورد نحوه صحیح بغل کردن و به پستان گذاشتن آگاهی کسب کرده باشد ولی شرایط واقعی در عمل متفاوت خواهد بود. معمولاً اکثر نوزادانی که در ساعت اولیه هشیاری پس از تولد روی سینه یا شکم مادر قرار داده می‌شوند نوک پستان و هاله را پیدا کرده و شروع به مکیدن می‌نمایند اما بعضی نیز ممکن است نیاز به کمک داشته باشند.

گرچه الصاق برجسب و باندهای تشخیص هویت نوزاد بلافاصله پس از تولد ضروری است اما سایر اقدامات معمول نظیر تزریق ویتامین K، توزین و پیشگیری از عفونت چشم را می‌توان تا انجام موفقیت آمیز تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و اولین تغذیه با شیر مادر به تعویق انداخت. باید سعی شود گرفتن پستان توسط نوزاد در اتاق زایمان و تغذیه اولیه با شیر مادر قطع نگردد و مادر و شیرخوار تا زمانی که مشکل پزشکی ندارند در کنار یکدیگر باشند. برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در اتاق زایمان دمای بدن نوزاد را در حد طبیعی حفظ می‌کند.

الف-۱- مدیریت دردهای زایمانی و زایمان

الف-۱-۱- 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. به عبارتی باید از مصرف مقادیر زیاد داروها بخصوص مخدرها خودداری شود تا از اثرات منفی آن بر توانایی شیرخوردن نوزاد پیشگیری شود. **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 توانایی شیر خوردن نوزاد صورت پذیرد.

جدول ۳- داروهای بیهوشی در حین زایمان

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

در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر (مبحث زایمان بی درد، چاپ ۱۳۹۶) 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 (متناوب یا مداوم)	متناوب: ۸-۵ دقیقه مداوم: ۱۰-۵ دقیقه پس از قطع انفوزیون	
پتیدین		۵ دقیقه	۲،۵-۶ ساعت

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

نورمپریدین که خود یک ماده چربی دوست می باشد دارای نیمه عمر طولانی در بدن نوزاد است و با تغذیه مکرر از شیرمادر در بدن وی تجمع می یابد. لذا از مصرف مپریدین در مادران شیرده در حین زایمان و پس از زایمان تا حد امکان باید خودداری شود. اگر نوزاد در فاصله ۲-۳ ساعت پس از تزریق عضلانی مپریدین به مادر به دنیا بیاید بیشترین دپرسیون تنفسی را دارد ولی در فاصله زمانی ۱ ساعت 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-گلوکورونید و ماده فعال مورفین-۶-گلوکورونید (به نسبت ۹ به ۱) تبدیل می شود. بنابراین متابولیت های 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 بی خطری را در طول زایمان فراهم می کند. در مطالعاتی تاثیر مصرف داروهای مخدر از طریق اپیدورال و اینترتکال را بر رفتار مکیدن و موفقیت در شیردهی بررسی کرده اند. از جمله تعداد کمتری از نوزادان در گروهی از مادران با بی حسی اپیدورال در مقایسه با گروه غیر اپیدورال، تغذیه با شیرمادر را در ساعت اول شروع کردند. شواهدی نیز دال بر این است که سطح مادری این داروها در مصرف موضعی کمتر از مصرف تزریقی بوده و فرایند شیردهی را کمتر مهار می کند.

حضور پرسنل آموزش دیده حامی زایمان طبیعی یا یک همراه از اعضای خانواده یا سایر کارکنان آموزش دیده راهکار مناسبی برای کاهش تمایل زنان به استفاده از بیهوشی می باشد. ضمناً این افراد می توانند از طریق ارائه آموزش های مداوم و تشویق و اطمینان دادن 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 است زیرا انتقال آنان از طریق شیر به نوزاد ناچیز است. تا حد امکان باید از مصرف داروهای حاوی آسپرین پرهیز گردد.

تسکین درد پس از عمل جراحی: به وسیله داروهای فوق الذکر قابل انجام است. برای تسکین دردهای شدید (نه معمول) پس از عمل می توان از داروهای مخدر اینترتکال، اپیدورال مداوم، پمپ Patient-Controlled analgesia یا خواب آور تزریقی استفاده کرد. دردی که برای تسکین نیازمند داروی تزریقی باشد با نارکوتیک ها بهتر از میریدین بهبود می یابد.

الف-۱-۲- زایمان به روش سزارین

شیوع تغذیه با شیر مادر در زایمان سزارین در صورت عدم مدیریت مناسب شیردهی، معمولاً ۱۰ تا ۲۰ درصد پایین‌تر از زایمان طبیعی است. در مطالعات نشان داده اند زنانی که تحت عمل سزارین انتخابی قرار می‌گیرند و بی‌حسی نخاعی دریافت می‌کنند در مقایسه با زنانی که تحت سزارین اورژانسی قرار گرفته و کاملاً بی‌هوش می‌شوند شیردهی را بسیار زودتر شروع می‌کنند.

پس از سزارین، مدت زمان سپری شده جهت به هوش آمدن مادر و کسب توانایی وی در پاسخگویی به نوزاد سبب می‌شود اولین تغذیه نوزاد با شیر مادر بلافاصله پس از تولد به تاخیر افتد و تغذیه مکرر در ۲۴ ساعت اول، کمتر مورد توجه واقع شود. زنانی که تحت سزارین برنامه ریزی شده قرار می‌گیرند در مقایسه با زنانی که سزارین آنها نامعلوم است تمایل بیشتری به تغذیه نوزاد خود با شیر مادر دارند. گاهی اوقات سزارین بصورت غیر منتظره و پس از تحمل دردهای طولانی مدت و سخت زایمانی انجام می‌شود. بعلاوه برخی از مادران، سزارین برنامه ریزی نشده را بعنوان یک حادثه استرس‌زا یا یک شکست تلقی می‌کنند و این عوامل منجر به مهار فلکس جریان شیر می‌شوند. در چنین موقعیت‌های پرخطر مداخله و حمایت فعالانه از تغذیه با شیر مادر، شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر را تضمین می‌کند. شیرخوار با کمک کارکنان به پستان مادر گذاشته می‌شود 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 وضعیت‌های تطابقی، شیر دادن در حالت نشسته یا نیمه نشسته را امکان‌پذیر می‌سازد.

مادر پس از زایمان سزارین معمولاً برای بلند کردن و بغل کردن نوزاد نیاز بیشتری به کمک کارکنان پرستاری و اعضای خانواده دارد. برای انجام سزارین استفاده از بی‌حسی موضعی مناسب‌تر از بیهوشی عمومی است. ضمناً میزان تغذیه با شیر مادر نیز در سزارین با بی‌حسی موضعی بالاتر است.

ب- حمایت و کمک به مادر

خستگی مادر بر نتیجه شیردهی اثر می‌گذارد. زایمان طولانی و سخت، شروع تغذیه با شیرمادر و یادگیری روش‌های صحیح شیردهی را برای مادران جوان مشکل‌تر می‌سازد. حمایت‌های کافی پس از زایمان توسط کارکنان آموزش دیده سبب رفع موانع موجود و برقراری شیردهی موفق خواهد شد. بعلاوه هنگامی که مادر جوان بیمارستان را ترک می‌کند با وظایف متعددی روبرو می‌شود. چنانچه اعضای خانواده در انجام سایر کارها از جمله: تعویض پوشک شیرخوار، پخت و پز و نگهداری سایر کودکان و خانه داری

به مادر کمک نمایند او می‌تواند انرژی خود را بر تغذیه شیر خوار، استراحت و تجدید قوا پس از زایمان متمرکز کند.

افسردگی پس از زایمان در برخی مادران مشاهده می‌شود. 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.

ج- نقش مهم بیمارستان‌ها در موفقیت تغذیه با شیر مادر

هر بیمارستان یا زایشگاه می‌تواند با اجرای ۱۰ اقدام برای ترویج تغذیه با شیر مادر، نقش بسزایی در تسهیل و موفقیت شیردهی ایفا می‌نماید.

بیمارستان‌ها راهکارهای متنوعی برای ترغیب و ترویج تغذیه با شیر مادر به کار می‌برند. وجود سیاست مدون تغذیه با شیر مادر ابزار مهمی برای تغییر روش‌های قدیمی و منسوخ می‌باشد. تنها موضوع مدیریتی دشوار در بیمارستان، کنترل و اصلاح فعالیت‌های روتین و برخورد‌های تضعیف‌کننده اعتماد به نفس مادران در شیردهی موفق می‌باشد.

تبدیل بیمارستان‌ها به دوستدار کودک با اجرای ده اقدام ضامن شروع موفق شیردهی است که بر تداوم موفق آن نیز تاثیر بسزا دارد. برخی از سیاست‌های بیمارستانی از قبیل جدا کردن نوزاد از مادر به منظور انجام خدمات معمول، استفاده از تغذیه کمکی بدون ضرورت پزشکی، موکول کردن تماس پوستی مادر و نوزاد پس از تولد و آغاز اولین تغذیه با شیر مادر به اخذ مجوز از متخصص اطفال و محدود نمودن دسترسی مادر به نوزاد ممکن است برخلاف فیزیولوژی شیردهی عمل نمایند. در توصیه‌های طب کودکان آمریکا آمده که:

- متخصص کودکان مناسب‌ترین فرد برای ترویج تغذیه با شیر مادر است.
- متخصص کودکان باید در ارتباط با اصول تغذیه با شیر مادر و نیز نحوه استمرار آن و رفع موانع و مشکلات احتمالی مادر اطلاعات کافی و برای ارزیابی کفایت آن مهارت لازم را داشته باشد.
- متخصصین کودکان مناسب‌ترین افراد برای آموزش دانشجویان، دستیاران و پزشکان فارغ‌التحصیل هستند.

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 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.
۲. کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت‌های لازم برای اجرای این سیاست آموزش‌های



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، 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 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.
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.
۶. به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر بجز شیر مادر و قطره ویتامین، هیچ‌گونه غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند) ندهند. (مگر در صورت ضرورت پزشکی)
۷. برنامه هم‌اتاقی 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 تأمین نمایند.
۸. مادران را به تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار با شیر مادر تشویق، کمک و حمایت کنند.
۹. مطلقاً از بطری 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. تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان برقرار و تغذیه با شیرمادر طی ساعت اول تولد آغاز شود:

ساعت اول، ساعت استثنائی زندگی محسوب می‌شود. وقتی بلافاصله بعد از تولد نوزادان سالم در تماس پوست با پوست با شکم و قفسه سینه مادر قرار می‌گیرند، توانایی‌های قابل توجه خود را بروز می‌دهند. باید در نظر داشت که در اولین بار مکیدن پستان، معرفی پستان به نوزاد بر تغذیه وی ارجح است و این کار برای تغذیه از پستان مادر در تغذیه‌های بعدی کمک می‌نماید. کارکنان بهداشتی درمانی نیز به مادر کمک می‌کنند تا نحوه بغل کردن، پستان گرفتن، روش صحیح تغذیه و دیگر مهارت‌های مورد نیاز را یاد بگیرد.

۸. وضعیت شیردهی صحیح به مادر آموزش داده شود و رابطه مادر و شیرخوار به

نحو رضایت بخشی برقرار شود:

مهمترین عامل در پیشگیری از مشکلات پستان و موفقیت شیردهی، نحوه درآغوش گرفتن شیرخوار و طرز صحیح پستان گرفتن شیرخوار است.

پستان گرفتن (Latch-On):

شیردهی نباید دردناک باشد اما ناراحتی مختصر یعنی حساس بودن نوک پستان در اوایل و اواخر بارداری و با شدت بیشتر در ۳-۶ روز بعد زایمان شایع است. این حساس بودن در شروع تغذیه خیلی خفیف است و در مدت ۲-۱ دقیقه بهبودی می یابد. شیردهی دردناک اغلب در اثر وضعیت نادرست در آغوش گرفتن یا پستان گرفتن نادرست ایجاد می شود که باید بلافاصله اصلاح گردد. گاهی ممکن است ناراحتی در زمان برقراری شیر مادر شروع شود. بعضی دردهای قابل توجه یا حساسیت ها باید سریعاً توسط پزشک ارزیابی گردد.

پستان به دهان گرفتن صحیح شیرخوار یکی از قدم های خیلی مهم برای شیردهی موفق

است. رعایت چند نکته ضروری است:

وقتی شیرخوار علائم گرسنگی و آمادگی برای شیر خوردن را نشان دهد، مادر باید در وضعیت راحتی قرار گیرد و شیرخوار را نزدیک به پستان و روبروی خود در آغوش گیرد. مادر می تواند پستانش را با دست و دوراز هاله نگه دارد و با نوک پستان خود لب بالا یا نوک بینی نوزاد را لمس کند تا او دهانش را کاملاً باز نماید و یا گاهی کشش آرام چانه نوزاد به پایین برای باز کردن دهانش لازم است. مادر سعی نماید که شیرخوار، نوک و قسمت بیشتری از آرئول پستان را در دهان بگیرد، در این صورت چانه او در تماس با پستان مادر قرار می گیرد.

تغذیه شیرخوار تا زمان استقرار شیردهی و مطلوب بودن نمودار رشد او در هر وعده باید از هر دو پستان انجام شود. سپس برحسب میل و تقاضای شیرخوار می توان او را در هر وعده از یک یا هر دو پستان به تناوب تغذیه نمود یعنی چنانچه شیرخوار در یک وعده فقط از یک پستان شیر خورد، در وعده بعدی از پستان دیگر شروع کند. در صورت لزوم برای اصلاح وضعیت پستان گرفتن شیرخوار، مادر می تواند از طریق قراردادن آرام انگشت در گوشه دهان شیرخوار، مکیدن او را قبل از درآوردن پستان متوقف کند.

در مورد گرفتن صحیح پستان ذکر ۴ نکته ضروری است:

در مشاهده هاله، قسمت بیشتری از آن از بالای لب بالایی شیرخوار نسبت به لب پایینی مشاهده شود.

- دهان شیرخوار کاملاً باز باشد.



- لب پایین به سمت بیرون برگشته باشد.
- چانه شیرخوار با پستان مادر در تماس باشد.

نتیجه گرفتن نامناسب پستان

اگر شیرخوار تنها نوک پستان را در دهان گرفته باشد شیردهی برای مادر بسیار دردناک است. این حالت دلیل اصلی زخم نوک پستان و مشکلات شیردهی است. شیرخوار برای خارج کردن شیر از پستان تلاش می‌کند در حالی که فقط نوک پستان را می‌مکد. تکرار این عمل باعث ایجاد جراحت و شکاف در نوک پستان می‌شود. به این ترتیب چون شیر از پستان خارج نمی‌شود پستان‌ها متورم شده و شیراضافی تولید نمی‌کنند، شیرخوار گرسنه مانده و بی‌تابی می‌کند و مادر دچار احساس شکست در تغذیه شیرخوار می‌شود. برای پیشگیری از این حالت، مادر نیاز به کمک مشاور شیردهی دارد تا بهترین «وضعیت شیردهی» را بیاموزد.

رفلکس‌های نوزاد

وقتی چیزی با اطراف دهان نوزاد تماس برقرار می‌کند نوزاد دهان خود را باز کرده و با سردنبال آن می‌گردد و زبان خود را پایین و جلو می‌آورد (رفلکس rooting) و با این عمل به دنبال پستان مادر می‌گردد. وقتی نوک پستان با کام نوزاد تماس یابد وی شروع به مکیدن می‌کند و وقتی شیر وارد دهانش شود آن را می‌بلعد. این اعمال رفلکس‌های طبیعی هستند و نوزاد بدون یادگیری قبلی آنها را انجام می‌دهد.

نحوه شیردهی صحیح

۴ نکته مهم برای بغل کردن صحیح شیرخوار هنگام شیردهی عبارتند از:

- بدن (شانه و باسن) و سر (گوش و گردن) شیرخوار در یک امتداد باشد.
- شیرخوار به بدن مادر نزدیک باشد.
- تمام بدن شیرخوار (به‌خصوص در نوزادان) با دست مادر حمایت شده باشد.
- شیرخوار رو به پستان مادر باشد.

مادر باید:

- پستان خود را با دست حمایت کند به طوری که هرچه انگشتانش دورتر از هاله باشد، بهتر است.
- بخش زیادی از پستان را به شیرخوار ارائه کند تا او بتواند نوک پستان را همراه با آرنول در دهان بگیرد.

مادر برای رفع مشکلات احتمالی در طول شیردهی از مشاوره های به هنگام و موثر برخوردار باشد:

همه مادران شیرده و نوزادان شان که پس از زایمان از بیمارستان ترخیص می شوند باید در ۳-۵ روزگی شیرخوار به منظور غربالگری به مراکز بهداشتی مراجعه کنند و توسط متخصص اطفال یا سایر کارکنان بهداشتی درمانی آموزش دیده مراقبت شوند. این مراقبت به منظور ارزیابی وضعیت سلامت نوزاد (تغییرات وزن، هیدراسیون و زردی) و چگونگی تغذیه با شیر مادر در این سن حیاتی است. مشاهده شیردهی مادر بر اساس فرم مربوطه در این ویزیت، مشاوره با مادر و راهنمایی او از بسیاری از مشکلات احتمالی بعدی پیشگیری می کند. ترغیب مادر به مراجعه برای مراقبت‌های دوره ای شیرخوار و ارزیابی تغذیه با شیرمادر در تداوم شیردهی بسیار ضروری است.

به مادر باید اطمینان خاطر داد که داشتن یک رژیم غذایی متعادل، عموماً مواد مغذی مورد نیاز شیرخوار را تامین می کند. زنان شیرده تا ۶ ماهگی بطور متوسط تقریباً ۵۰۰ کیلو کالری در روز بیشتر از سطح توصیه شده برای زنان غیر باردار و غیر شیرده نیاز دارند و دریافت غذای اضافی توسط مادر عموماً نیاز اضافی به ویتامین ها و مواد معدنی (احتمالاً به استثناء کلسیم و روی) را فراهم خواهد کرد. زنان سنین باروری به دریافت نگهدارنده کلسیم به میزان ۱۰۰۰mg در روز در دوره بارداری و شیردهی نیاز دارند (۱۳۰۰mg در دوره بلوغ تا ۱۸ سالگی مورد نیاز است). دریافت از طریق رژیم غذایی، منبع اصلی تامین نیازهای تغذیه ای است. اما سطح دریافت کالری بسیاری از زنان شیرده پائین تر از میزان پیشنهادی است و در این صورت ذخائر بدنی آنان به مصرف می رسد و منجر به کاهش واضح وزن مادر شده و بنظر نمی رسد که روی شیردهی تاثیر داشته باشد.

برای اصلاح دریافت های تغذیه ای زنان با الگوهای محدود غذایی می توان در مورد منابع منیزیوم، ویتامین B، فولات، کلسیم و روی، مقادیر لازم را پیشنهاد کرد. مادر را باید به نوشیدن مایعات جهت رفع تشنگی و تامین آب کافی تشویق کرد و نیازی به نوشیدن زیاد مایعات نیست. اجتناب از غذاهای خاص (تند یا دارای طعم شدید) بخاطر شیردهی لزومی ندارد مگر اینکه شیرخوار نسبت به غذاهای خاصی واکنش منفی نشان دهد. همسر می تواند با تشویق مادر و آوردن شیرخوار برای تغذیه نزد وی، تعویض پوشک شیرخوار و نگهداری او نقش حمایتی موثری ایفاء نمایند.

مراکز اطلاع رسانی

خروج مادر و نوزاد از بیمارستان می تواند یک تجربه لذت بخش اما نگران کننده باشد.



اکنون خانواده مسئول مراقبت و تغذیه شیرخوار است. صرف نظر از وجود یا عدم حمایت اطرافیان در خانه، یک منبع اطلاعات قابل دسترس برای ارائه راهنمایی و حل مشکلات احتمالی بطور مستمر مورد نیاز است. مراکز بهداشتی درمانی، مراکز مشاوره شیردهی، مطب‌های متخصصین زنان و مامایی و متخصصین کودکان، دفاتر کار مامایی جاهایی که مادر بیشترین مراقبت خود را از آنجا دریافت می‌کند باید یک مرکز اطلاع‌رسانی باشد و یا حداقل ارتباط با سایر مراکز اطلاع‌رسانی در جامعه مثل متخصصین شیردهی و گروه‌های حامی را فراهم نماید.

برنامه ریزی برای بارداری بعدی

در مراقبت‌های دوران بارداری و ملاقات‌های دوران شیردهی باید مادر را جهت برنامه ریزی در زمینه فرزندآوری بعدی ترغیب نمایند و با ارائه اطلاعات و خدمات لازم، آنها را برای رسیدن به اهداف شان کمک نمایند.

این موضوع برای مادر شیرده بسیار مهم است چون اگر بارداری بعدی پس از دوران شیردهی اتفاق بیفتد، وضعیت تغذیه ای مادر و شیرخوار کمتر اختلال و آسیب خواهد شد.



• چگونگی تولید و تداوم شیرمادر •

• و حمایت از شیردهی در زایمان طبیعی و سزارین •

فرآیند تولید شیر

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

عوامل مختل کننده تولید شیرمادر

جدا کردن مادر و نوزاد، تأخیر در شروع شیردهی و دوشیدن پستان، محدود کردن دفعات تغذیه نوزاد یا فراموش کردن دوشیدن، مکیدن ناموفق به دلیل وضعیت نادرست در آغوش گرفتن شیرخوار، وضعیت نادرست گرفتن پستان در دهان شیرخوار، استرس و خستگی مادر، بیماری یا ضعف شیرخوار منجر به اختلال در تولید شیر می گردد.

آغوز که در روزهای اول زایمان تولید می شود برای شیرخوار بسیار مفید است. بخشی از 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 گرچه نسبتاً کم ولی متناسب با ظرفیت معده نوزاد است و بسیار مغذی است و همچنین اثر ملین بودن آن موجب دفع مکنویوم و کاهش زردی فیزیولوژیک می شود. آغوز طی ۲ هفته اول به تدریج به شیر رسیده تبدیل می شود.

تمام والدین باید در ارتباط با تغذیه با شیرمادر آموزش ببینند. تمام زنان باید از فواید

و نحوه صحیح شیردهی و تداوم آن توسط کارکنان و متخصصان بهداشتی آگاه شوند و جهت استفاده از مراقبت های بهداشتی در دوران بارداری و قبل از زایمان تشویق شوند.

کمک به تداوم تغذیه با شیرمادر در شرایط خاص

مادرانی که فرزندشان در واحد مراقبت های ویژه نگهداری می شوند باید از طریق آموزش های تئوری و عملی، جهت ادامه شیردهی و تامین شیر کافی برای فرزندشان، آموزش های لازم در مورد وضعیت صحیح شیردهی، دوشیدن مکرر شیر و نحوه خوراندن شیردوشیده شده به نوزاد را ببینند و تشویق شوند. پس از ترخیص نیز دسترسی مادران به مراکز مشاوره شیردهی لازم است. 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 درمانی که هنوز مادر نشده اند و تجربه کافی ندارند و یا تجربه ناموفق شیردهی داشته اند ممکن است نتوانند با مادر همدلی کرده و او را کمک کنند. این پرسنل باید از آموزش کافی برخوردار شوند تا تعامل راحت تری با مادران داشته باشند و آنان را یاری نمایند.

برای مراقبت از مادر برنامه ریزی کنید، رهنمودهای روشن به او ارائه کنید و به مشکلات احتمالی که ممکن است با آن ها روبرو باشد و اطلاعاتی که باید دریافت 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، واضح و زبانی ساده که برایش قابل درک باشد در مورد تغذیه کودک و دوشیدن شیر با وی صحبت کنید. اولویت ها را در نظر بگیرید و بر حسب هر فرد توصیه های لازم، پایدار و متناسب با شرایط وی را ارائه دهید. تاکید کنید که مادر هنگام تغذیه شیرخوار در واحد مراقبت های ویژه حتی هنگامی که فرزندش هنوز توانائی تغذیه مستقیم از پستان را ندارد، در کنار شیرخوار خود حضور داشته باشد.

اطمینان پیدا کنید که مادر می داند چطور باید به شیرخوارش شیر بدهد یا شیرش را بدوشد و اضافه آن را ذخیره کند.

گرفتن تاریخچه کمک می کند که از تجربه قبلی مادر مطلع شویم. موفقیت قبلی یا مشکلات احتمالی شیردهی مادر در تاریخچه مشخص می شود. کارکنان بهداشتی درمانی در آموزش و حمایت از هنر شیردهی، باید اعتماد به نفس، مهارت و توان مادر را به نحوی افزایش دهند که مادر تخصص و تجربه لازم برای تغذیه کودکش را کسب کند تا با دید مثبت و افتخار و با ارزش نهادن به این امر، با موفقیت به انجام برساند.

آنچه ضروری است وضعیت راحت مادر هنگام شیردهی است. به تدریج که تجربه مادر

افزایش می‌یابد وضعیت راحت خود را برای شیردهی پیدا می‌کند. اگر مادر نشسته شیر می‌دهد پشتش تکیه گاه داشته باشد. اگر روی صندلی می‌نشیند استفاده از صندلی راحت، چهارپایه برای زیرپا و چند بالش که دست خودش و وزن شیرخوار را روی آن بیندازد مفید خواهد بود. اگر مادر راحت بنشیند، پستان شکل مناسب را به خودش خواهد گرفت. اما اگر به پشت تکیه دهد (انحراف به عقب)، پستان صاف شده و گرفتن آن برای شیرخوار مشکل می‌شود. قسمت اعظم پستان باید برهنه باشد و در اختیار شیرخوار قرار گیرد. ممکن است شکم جلو آمده مادر اجازه ندهد که شیرخوار درست در بغل گیرد لذا از او بخواهید راست بنشیند یا شیرخوار را در وضعیت زیر بغلی نگه دارد. به او اطمینان دهید که شکمش به حالت اولیه برخواهد گشت (در صورتی که مادر اپیزوتومی شده باشد نشستن دردناک است و اگر روی تیوب باد شده یا روی بالش نرم بنشیند راحت تر خواهد بود و درد کمتری خواهد داشت). لازم به ذکر است که برای کمک به مادر، شما نیز در وضعیت راحت و آسوده‌ای بنشینید.

ارزیابی تغذیه با شیرمادر

- ارزیابی نحوه شیردهی می‌تواند عللی که ممکن است بعداً منجر به مشکلاتی در شیردهی شوند را مشخص کرده و در رفع آنها به شما کمک کند.
- ارزیابی شیردهی شامل مشاهده شیردهی و گوش کردن به مادر است. به مادر بگویید می‌خواهید شیر خوردن فرزندش را مشاهده کنید تا احساس راحتی کند.

فرم مشاهده شیردهی به شما کمک می‌کند که هنگام تغذیه شیرخوار به چه چیزهایی

توجه کرده و مشکلات را شناسایی کنید که شامل موارد ذیل است:

- وضعیت عمومی مادر / و شیرخوار
 - وضعیت پستان مادر
 - وضعیت بغل کردن شیرخوار
 - وضعیت پستان گرفتن شیرخوار
 - نحوه مکیدن شیرخوار و سوال از مادر در مورد اینکه چه احساسی دارد
- لازم به ذکر است اغلب مادران و شیرخواران، در ارتباط با تغذیه با شیر مادر مشکلی ندارند. به نشانه‌های خوب شیر خوردن توجه کنید و در صورت تشخیص مشکل جهت رفع آن و انجام یک شیردهی صحیح و موفق مادر را آموزش دهید و او را یاری کنید.

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	
مادر: <ul style="list-style-type: none"> □ مادر بیمار یا افسرده به نظر می رسد □ مادر عصبی و ناراحت به نظر می رسد □ تماس چشمی بین مادر و شیرخوار وجود ندارد 	مادر: <ul style="list-style-type: none"> □ مادر سالم به نظر می رسد □ مادر راحت و آرام است □ علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد 	وضعیت عمومی
شیرخوار: <ul style="list-style-type: none"> □ شیرخوار خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد □ شیرخوار بیقرار است یا گریه می کند □ شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو ننموده یا نمی گیرد 	شیرخوار: <ul style="list-style-type: none"> □ شیرخوار سالم به نظر می رسد □ شیرخوار آرام و راحت است □ شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می گیرد 	
<ul style="list-style-type: none"> □ پستانها قرمز، متورم یا نوک زخمی دارد □ پستان یا نوک آن دردناک است □ انگشتان مادر روی آرنج قرار دارد □ نوک پستان صاف، فرورفته و غیرقابل ارتجاع 	<ul style="list-style-type: none"> □ پستان ها سالم به نظر می رسند □ مادر احساس درد یا ناراحتی ندارد □ پستان بخوبی با انگشتان به دور از هاله نگهداشته شده است □ نوک پستان طبیعی، قابل کشش و ارتجاع 	پستان مادر
<ul style="list-style-type: none"> □ گردن و سرشیرخوار موقع شیرخوردن چرخیده است □ بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر قرار ندارد □ فقط سر گردن شیرخوار حمایت شده است □ شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک می شود که دهان او مقابل نوک پستان قرار میگیرد. 	<ul style="list-style-type: none"> □ سر(گردن) و تنه شیرخوار در یک امتداد قرار دارد □ بدن شیرخوار نزدیک بدن مادراست □ تمام بدن شیرخوارحمایت شده است (بویژه نوزاد) □ شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک می شود که بینی او مقابل نوک پستان قرار میگیرد 	وضعیت بغل کردن شیرخوار
<ul style="list-style-type: none"> □ قسمت بیشتری از آرنج در پایین لب تحتانی دیده میشود □ دهان شیرخوار کاملاً باز نیست □ لبها غنچه شده یا به داخل برگشته است □ چانه در تماس با پستان نیست 	<ul style="list-style-type: none"> □ قسمت بیشتری از آرنج بالای لب فوقانی دیده میشود □ دهان شیرخوار کاملاً باز است □ لب تحتانی به بیرون برگشته است □ چانه او با پستان تماس دارد 	وضعیت پستان گرفتن
<ul style="list-style-type: none"> □ مکیدن های سریع و سطحی است □ گونه ها موقع مکیدن بداخل کشیده می شود □ صدای ملج ملوج به گوش می رسد □ مادر شیرخوار را از پستان جدا می کند □ علائمی از رفلکس جهش شیر دیده نمی شود 	<ul style="list-style-type: none"> □ آهسته، عمیق و گاه با مکث است □ گونه موقع مکیدن برجسته است □ صدای بلع به گوش می رسد □ وقتی شیرخوردن را تمام کرد، خودش پستان را رها می کند □ مادر علائم رفلکس جهش شیر را حس می کند 	نحوه مکیدن



فرم ثبت مشاهده شیردهی در موارد زیر تکمیل شود:

- در بخش زنان و زایمان برای تمام شیرخواران در نوبت دوم تغذیه (حداکثر ظرف ۶ ساعت اول تولد) و نیز قبل از ترخیص
- در بخش کودکان جهت شیرخواران مشکل دار در تغذیه با شیر مادر
- در مراکز بهداشتی درمانی برای تمام شیرمادر خواران در اولین مراجعه و برای شیرخواران مشکل دار در تغذیه با شیر مادر تا رفع مشکل موجود

فرم غربالگری تغذیه با شیرمادر ۴ تا ۶ روزگی

ردیف	سوال	بله	خیر
	چنانچه پاسخ هریک از سوالات زیر «خیر» باشد، مادر را به پزشک یا مشاور شیردهی ارجاع دهید:		
۱	آیا احساس می‌کنید شیردهی تابحال خوب بوده است؟		
۲	آیا شیرخوار هر دو پستان را بدون مشکل می‌گیرد؟		
۳	آیا جریان شیر برقرار شده است (بین روز ۲ و ۴ پستان سنگین تر و پر شده است)؟		
۴	آیا شیرخواری تواند در هر بار شیر خوردن در مجموع لااقل به مدت ۱۰ دقیقه مکیدن منظم داشته باشد؟		
۵	آیا نوزاد تقاضای شیر می‌کند (یعنی خواب آلود نیست و غالباً لازم نیست از خواب بیدارش کنید)؟		
۶	آیا شیرخوار تا استقرار شیردهی معمولاً در هر بار از هر دو پستان شیر می‌خورد؟		
۷	آیا تقریباً هر ۳-۵ ساعت یکبار شیر می‌خورد و فقط یکبار در طول شب و یک خواب حداکثر ۴ ساعته دارد؟ (نباید دفعات شیر خوردن در شبانه روز کمتر از ۸ بار باشد)		
۸	آیا قبل از شیر دادن در پستان‌ها احساس پری می‌کنید؟		
۹	آیا پس از شیر خوردن احساس می‌کنید پستان‌ها نرم تر شده‌اند؟		
۱۰	آیا نوک پستان‌ها بدون درد هستند؟		
۱۱	آیا نوزاد لااقل ۳ بار در روز اجابت مزاج با حجم کافی (بیش از لکه) دارد؟		
۱۲	آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و دانه دانه دارد؟		
۱۳	آیا نوزاد پس از روز ۵ حداقل ۶ بار در شبانه روز ادرار می‌کند؟		
۱۴	آیا شیرخوار بعد از اکثر دفعات شیر خوردن سیر به نظر می‌رسد؟		
۱۵	آیا زمانی که شیرخوار پستان را می‌مکد صدای بلع او را می‌شنوید؟		
۱۶	ملاحظات:		

حمایت از تغذیه با شیرمادر

در زایمان طبیعی

- همه زنان قبل، حین و بعد از زایمان نیاز به حمایت دارند از جمله باید:
- یک مراقب ماهر در کنار مادر حضور داشته باشد.
- مداخلات طبی (از جمله ایپی زیاتومی، القای زایمان و تقویت دردهای زایمان) بر اساس اندیکاسیون انجام شود و از انجام غیر ضروری آنها پرهیز شود.
- برای مثال ایپی زیاتومی سبب ایجاد درد و مشکل نشستن در روزهای اول پس از زایمان می شود و می تواند بر تماس اولیه پوست با پوست، تغذیه با شیرمادر و برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد تاثیر بگذارد. در این صورت اگر مادر درد دارد تشویقش کنید دراز بکشد، نوزاد 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 نیز مؤثر است.

حمایت مادر در طول درد زایمان

- حضور فرد همراه طی مرحله درد زایمان ضمن حمایت عاطفی از مادر می تواند:
- موجب کاهش شدت درد شود.
- مادر را تشویق به راه رفتن و تحرک کند.
- اضطراب مادر را کاهش دهد.
- سپری شدن مراحل درد و زایمان را سرعت بخشد.
- نیاز به مداخلات پزشکی را کاهش دهد.
- اعتماد به نفس مادر را در باره توانایی هایش افزایش دهد. غذای سبک و مایعات به مادر ارائه کند.
- دست مادر را بگیرد، پشت او را ماساژ بدهد و لباس راحت و سبک به او بپوشاند.
- از کلمات مثبت و تشویق کننده استفاده کند.

حمایت می تواند منجر به نتایج زیر شود:

- سبب هوشیاری نوزاد شود چون داروهای ضد درد کمتری به نوزاد می رسد.
 - خطر هیپوترمی و هیپوگلیسمی نوزاد را کاهش دهد زیرا نوزاد کمتر در معرض استرس قرار می گیرد و انرژی کمتری صرف می کند.
 - امکان تغذیه زود هنگام و مکرر نوزاد با شیرمادر را فراهم می کند.
 - پیوند عاطفی مادر و نوزاد راحت تر برقرار می شود.
- فرد همراه طی مرحله درد زایمان و زایمان می تواند مادر، خواهر، دوست، عضو خانواده، پدر



نوزاد یا یکی از کارکنان بخش زایمان باشد. این فرد حامی لازم است به طور مداوم در طول درد زایمان و پس از آن در کنار مادر بماند.

تسکین درد

قبل از استفاده از داروهای ضددرد، روش های غیردارویی برای تسکین درد را پیشنهاد بدهید. روش های غیردارویی عبارتند از:

- حمایت در طول دردهای زایمان، حضور همراه
- راه رفتن و تحرک داشتن در اتاق زایمان
- ماساژ
- آب گرم، دوش گرفتن، غوطه وری در آب
- اطمینان دادن به طریق کلامی و فیزیکی
- محیط آرام، حتی الامکان خلوت و بدون روشنایی زیاد
- طب مکمل
- در طول درد و زایمان مادر را کمک کنید تا در هر وضعیتی که خودش انتخاب می کند و راحت است قرار گیرد.

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

- طولانی تر شدن مراحل درد زایمانی
- مداخلات غیر ضروری جراحی
- جدایی مادر و نوزاد پس از تولد
- تاخیر در شروع برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد و نیز شروع تغذیه با شیرمادر
- خواب آلودگی و سخت بیدار شدن نوزاد
- کاهش رفلکس مکیدن نوزاد
- کاهش دریافت شیر، افزایش خطر زردی، هیپو گلیسمی و وزن گیری ناکافی نوزاد

غذاهای سبک و مایعات در طول مرحله درد

طی مراحل دردهای زایمانی زن باردار نیاز به انرژی دارد و مصرف غذای سبک و مایعات (به عنوان یک اقدام روتین برای زنان در معرض خطر در مراحل ابتدایی زایمان) منعی ندارد. الگوی خوردن و آشامیدن افراد متنوع است و باید به مادر اجازه داده شود خودش در مورد اینکه بنوشد یا بخورد تصمیم گیرد. محدود کردن غذا و مایعات می تواند منجر به کاهش انرژی و افزایش استرس زنان در طول مراحل درد زایمانی شود.

نیاز به استفاده از مایعات داخل وریدی برای مادران در طول درد زایمان تنها در صورت وجود اندیکاسیون مشخص مصداق دارد. دادن مایعات زیاد از طریق ورید می تواند منجر به ادم پستان و بدن مادر، عدم تعادل الکترولیت ها در مادر و نوزاد شده و سبب کاهش وزن زیاد نوزاد پس از تولد شود. به علاوه استفاده از مایعات داخل وریدی موجب کاهش تحرک مادر می شود.

معمولا مادر متعاقب زایمان طبیعی گرسنه می شود لذا چنانچه در طول شب زایمان کند باید مقداری غذا در دسترس وی باشد تا مجبور نشود ساعت ها منتظر بماند در وعده بعدی، غذا دریافت کند.

چگونگی کمک برای اولین تغذیه با شیرمادر

به مادر کمک کنید تا بتواند رفتارهای پیش از تغذیه نوزاد را تشخیص دهد.

بلافاصله پس از تولد، زمانی که مادر و نوزاد به آرامی در تماس پوست با پوست با یکدیگر هستند نوزاد به طور مشخص یک سری رفتارهای پیش از تغذیه از خود نشان می دهد که ممکن است چند دقیقه تا یک ساعت یا بیشتر طول بکشد. این رفتارهای غریزی نوزاد شامل ۹ مرحله زیر است:

● **Birth cry:** گریه نوزاد بلافاصله پس از تولد برای باز شدن ریه ها که با گذاشتن وی به روی شکم و سینه مادر متوقف می شود.

● **Relaxation:** یک استراحت کوتاه آرام و بدون حرکت در وضعیت هوشیاری برای استقرار در محیط جدید است که ممکن است حدود ۳-۲ دقیقه طول بکشد.

● **Awakening:** در حدود ۳ دقیقه پس از تولد حرکات خفیف سر و شانه آغاز می شود که عموما با کمی باز کردن چشم ها و مختصر حرکات دهان همراه است.

● **Activity:** عموما حدود ۸ دقیقه پس از تولد، نوزاد ثبات بیشتری داشته و با باز کردن چشم ها، افزایش حرکات دهان و با مختصر مکیدن و مختصر جستجوی پستان همراه است.

● **Resting:** با مراحل بی حرکتی و استراحت در بین مراحل دیگر همراه است.

● **Crawling:** نوزاد با شروع حرکات مختصر پاها و سردادن بدنش خودش را بطرف پستان های مادر می کشاند. (در اجرای این دستورعمل، این مرحله یعنی خریدن بطرف پستان حذف گردیده و نوزاد روی سینه مادر گذاشته می شود)

● **Familiarization:** آشنا شدن نوزاد با پستان پس از رسیدن به آن انجام می شود که با خیره شدن به هاله پستان همانند یک هدف، لمس و ماساژ نوک پستان با دست ها،



لیسیدن و بردن دست‌ها به دهان و افزایش ترشحات بزاق همراه است.

- **Suckling**: بعد از آشنا شدن با پستان، با یافتن نوک پستان، گرفتن آن با دهان کاملاً باز در حین باینن بردن زبان در کف دهانش صورت می‌گیرد که با انجام عمل مکیدن کامل می‌شود.
- **Sleeping**: مرحله رفتن به خواب معمولاً یک و نیم تا دو ساعت پس از تولد انجام می‌شود.

اصراری نباید داشت که اولین تغذیه فوراً انجام شود، چه مدت طول بکشد، چگونه نوزاد پستان را بگیرد یا چقدر کلسیتروم دریافت کند. باید در نظر داشت که مهم انجام تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بوده و نوبت اول به پستان گذاشتن نوزاد، برای آشنایی با پستان و نه تغذیه با شیر مادر است.

نباید سر نوزاد را به طرف پستان هل دهند یا پستان را به زور داخل دهان نوزاد کنند، چون بعداً در گرفتن پستان مشکل خواهد داشت.

کمک بیشتر برای تغذیه از پستان، باید در تغذیه بعدی به مادر ارائه شود و در مورد نحوه بغل کردن، به پستان گذاشتن و علائم آمادگی نوزاد برای شروع تغذیه و دیگر مهارت‌های مورد نیاز به مادر کمک نمود.

نقش کارکنان بهداشتی درمانی در این زمان، بشرح زیر است:

- محیط آرام فراهم کنند و برای آموزش چهره به چهره مادر، وقت کافی بگذارند.
- به مادر کمک کنند تا در وضعیت راحت قرار گیرد.
- به رفتارهای مثبت شیرخوار نظیر هوشیاری و رفلکس جستجو (روتینگ) توجه داشته باشند.
- در مادر هر چه بیشتر اعتماد به نفس ایجاد کنند.

در زایمان به روش سزارین

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

- مضطرب است.
- سرم به دستش (بخصوص در نواحی چین آرنج و مچ دست او) وصل است و سوند ادراری دارد.
- تحرک او محدود می‌شود.
- هم قبل و هم بعد از زایمان محدودیت مصرف مایعات و غذا دارد بنابراین ممکن است کمبود انرژی داشته باشد.

- داروهای بی حسی و بی هوشی جهت تسکین درد دریافت کرده که پاسخ گویی مادر و نوزاد را تحت تاثیر قرار می دهد.
- سطوح اکسی تو سین و پرولاکتین (هورمون های شیردهی) تغییر یافته است.
- بیشتر در معرض خطر عفونت و خونریزی است.
- از نوزاد جدا شده است.
- شاید از اینکه نتوانسته زایمان طبیعی انجام دهد احساس شکست کند.

نوزادی که از طریق سزارین به دنیا می آید در معرض مشکلات زیر است:

- در خطر تغذیه کوتاه مدت یا عدم تغذیه با شیرمادر است.
 - ممکن است مشکلات تنفسی بیشتری داشته باشد.
 - یا نیاز به ساکشن ترشحات داشته باشد و دهان و گلوی او آسیب ببیند.
 - یا به دنبال درمان های دارویی مادر، خواب آلود باشد.
 - احتمال برقراری تماس پوستی زودرس مادر و نوزاد کمتر است.
 - احتمال دریافت شیر کمکی (شیر مصنوعی) بیشتر است.
 - یا گاهی به اتاق مخصوص مراقبت نوزادان برده می شود که علاوه بر احتمال ابتلا به عفونت به محدودیت تغذیه از پستان نیز دچار می شود.
- وجود کارمند بهداشتی درمانی حامی برای کمک به اولین شیردهی مادری که سزارین شده کمک کننده و ضروری است تا مادر را جهت برقراری تماس پوست با پوست با نوزاد بلافاصله پس از تولد آگاه و تشویق کند.

توجه

- به طور معمول مادرانی که بیهوشی اسپینال یا اپیدورال دارند هشیار بوده و همانند مادرانی که زایمان طبیعی داشته اند، قادر به پاسخ گویی فوری به نوزاد هستند.
- در موارد بیهوشی عمومی مادر، تماس پوست با پوست مادر و نوزاد باید در اتاق ریکاوری برقرار شود. هر چند ممکن است مادر هنوز خواب آلود بوده یا تحت تاثیر بیهوشی باشد و نکته مهم این است که مادر در این زمان در تماس پوستی دردی احساس نمی کند.
- تا زمانی که مادر به هوش بیاید و توانایی پاسخ گویی به نوزاد را بدست آورد و از اتاق عمل برگردد، پدر یا سایر اعضای خانواده می توانند تماس پوست با پوست با نوزاد برقرار کنند و او را گرم و در حالت آرامش نگه دارند.
- اگر برقراری تماس پوستی تاخیر داشته باشد نوزاد باید پوشش گرم داشته باشد و زمانی که مادر توانایی پاسخگویی یافت امکان تماس پوست با پوست و بدون پوشش مادر و

نوزاد فراهم شود.

• برای نوزادان نارس یا نوزادانی که با ناتوانی هایی متولد می شوند نیز برقراری تماس پوست با پوست با مادر مفید است. اگر وضعیت نوزاد پایدار نیست و نیاز به مراقبت فوری دارد برقراری تماس پوست با پوست با مادر باید به محض تثبیت وضعیت او انجام شود.

• هنگامی که مادر و نوزاد علائم آمادگی را نشان می دهند کمک کنید تغذیه با شیر مادر شروع شود. جهت شیردهی لازم نیست مادر حتما بنشیند تا نوزاد را در بغل گیرد. خود نوزاد پستان را پیدا می کند و می مکد. چنانچه هنوز مادر خواب آلود است و کاملاً هشیار نیست، فرد همراه و حامی می تواند به نوزاد کمک کند تا پستان مادر را بگیرد و بمکد.

• به مادرانی که سزارین شده اند کمک کنید تا در وضعیت راحت شیر بدهند.

وضعیت های مختلف عبارتند از:

• **طاق باز خوابیدن مادر:** در حالی که شیرخوار از پهلو و متمایل به روی مادر دراز کشیده است.

• **دراز کشیدن به پهلو:** حتی اگر مادر پس از بی حسی اسپاینال مجبور باشد به پشت یا طاق باز دراز بکشد، خوابیدن به یک سمت به کاهش درد در ساعات اول کمک می کند.

• **در حالت نشسته:** پس از نشستن مادر، درحالی که شیرخوار در پهلو و زیر بغل مادر قرار گرفته به پستان گذاشته می شود. (هنگامی که مادر نشسته است گذاشتن بالش زیر زانو و وقتی که به پهلو دراز کشیده گذاشتن بالش زیر زانوی بالایی و در قسمت پشت کمر لازم است).

• امکان هم اتاقی مادر و نوزاد و حضور همراه را فراهم کنید و تا زمانی که مادر بتواند از نوزاد به تنهایی مراقبت کند به وی کمک کنید.

• چنانچه کارکنان حامی بوده و دانش و مهارت کافی داشته باشند اقامت طولانی تر در بیمارستان بعد از سزارین به برقراری تغذیه از پستان کمک می کند.



● نگرانی‌ها و باورهای نادرست و راهکارها ●

بسیاری از نگرانی‌های برقراری تماس پوست با پوست مربوط به باورها و رفتارهای نادرست هستند و دلایل قابل قبول پزشکی محسوب نمی‌شوند. تغییر برخی از این باورها و رفتارها با انجام توصیه‌های ذکر شده می‌تواند تماس پوست با پوست را تسهیل کند. این موارد عبارتند از:

نگرانی از اینکه دمای بدن نوزاد کاهش یابد (هیپوترمی)

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

نوزاد به معاینه نیاز دارد

در صورت نیاز به معاینه فوری نوزاد، باید در حالتی که نوزاد روی قفسه سینه مادر است معاینه شود. توزین نوزاد باید به تاخیر افتد.

مادر نیاز به بخیه دارد

چنانچه مادر اپیزیوتومی یا سزارین شده باشد همزمان با انجام بخیه در صورت اپیزیوتومی؛ روی شکم مادر و در صورت سزارین؛ روی قفسه سینه مادر با کمک و نظارت یک مراقب باقی بماند.

نوزاد نیاز به استحمام دارد:

نوزاد را می‌توان پس از تولد فقط خشک کرد. به تاخیر انداختن اولین حمام نوزاد کمک می‌کند ورنیکس بعنوان محافظ پوست نوزاد به داخل پوست نفوذ کرده و آن را نرم کرده و محافظت نماید. همچنین تاخیر در حمام کردن از کاهش دمای بدن نوزاد نیز پیشگیری می‌کند.

اتاق زایمان شلوغ است

چنانچه اتاق زایمان شلوغ است می‌توان مادر و نوزاد را همراه هم پس از انجام

حداقل یک ساعت تماس پوست با پوست با یکدیگر به بخش منتقل نمود تا در صورت تمایل ادامه تماس پوستی مادر و نوزاد در بخش نیز تداوم یابد.

برای مراقبت از مادر و نوزاد پرسنل نداریم

یکی از اعضاء خانواده می تواند در کنار مادر و نوزاد بماند و لیکن کارکنان بهداشتی بطور مداوم بر آنها نظارت داشته باشند.

نوزاد هشیار نیست

بدیهی است نوزاد به دلیل اقدامات پزشکی و دارویی که برای مادر استفاده شده خواب آلود می شود ولی چون برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد مهم است برای برقراری این ارتباط عاطفی و تغذیه نوزاد تلاش بیشتری انجام شود.

مادر خسته است

مادر به ندرت آنقدر خسته است که نتواند نوزادش را در بغل نگه دارد. تماس پوستی مادر و نوزاد به مادر کمک می کند تا آرام شود. اقداماتی که در مرحله درد انجام می شود را 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 نوزاد را در بغل نگه دارد

چنانچه مادر به دلایلی تمایل ندارد نوزاد را در بغل نگه دارد در درجه اول او را به برقراری تماس پوستی با نوزاد تشویق نمایید و کمک کنید تا با مراقبت و نظارت شما این امر مهم انجام شود در غیر این صورت از فرد همراه کمک بگیرید.





• فصل پنجم •

• پیش و ارزیابی •

تعریف پیش

پیش، سنجش درجه انطباق فعالیتها با استانداردها در حین اجراست. در پیش، ۳ قسمت شامل درونداد، فرایند، و برونداد باید مورد بررسی قرار گیرند. پیش، یک سیستم پویا برای جمع آوری اطلاعات و بررسی است. پیش می تواند بوسیله خود بیمارستان یا در سطوح بالاتر سیستم سازماندهی شود. پیش اولین گام در جهت بهبود کیفیت برنامه، اتخاذ و تدوین راهکارهای مناسب می باشد. پیش، 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 است. از آنجا که پیش تنها به منظور پیدا کردن مشکلات اجرایی بیمارستان برای ارائه راه حل مناسب است و موجب ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان خواهد شد، بنابراین فرد پیش کننده باید آشنایی کامل با هدف از انجام پیش، روند کار و ابزار مورد استفاده داشته باشد و آموزش های لازم را دیده باشد. رعایت دقت و صحت در انجام پیش بسیار حائز اهمیت می باشد. اطلاعات را می توان برای تعیین حمایت های بیمارستان از تغذیه با شیرمادر و هم فعالیت های تغذیه ای مادران بصورت مستمر یا به صورت دوره ای (مثلا هر شش ماه یکبار یا سالانه) جمع آوری نمود. مدیریت بیمارستان و کارکنان باید از این اطلاعات جهت شناسایی مشکلات و نقایص اجرای برنامه که نیازمند ارتقا و بهبودی هستند استفاده کنند و سپس مداخلات و برنامه های عملکردی خود را برای ایجاد تغییرات مورد نیاز تدوین نمایند. نتایج پیش و برنامه های مداخله برای بهبود عملکرد باید به سطوح بالاتر ارسال شود تا راهنمایی و حمایت فنی لازم ارایه شود.

تعریف ارزیابی

باید توجه داشت ارزشیابی به یک فرآیند نظام مند برای جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات گفته می شود تا تعیین شود آیا اهداف مورد نظر تحقق یافته اند یا نه و اگر تحقق یافته اند به چه میزانی؟

ارزیابی مجدد را می توان «ارزیابی دوباره» بیمارستان دارای لوح دوستدار کودک توصیف نمود که در آن بررسی می شود آیا بیمارستان به ده اقدام و سایر معیارهای دوستدار کودک

همچنان پای بند است؟ فرایند ارزیابی مجدد توسط تیم خارج از بیمارستان انجام می شود و معمولاً در سطح ستاد دانشگاه با هدف بررسی انطباق مستمر با معیارهای جهانی، برنامه ریزی و زمان بندی می شود.

دانش موجود در مورد اهمیت اقدام چهارم از ده اقدام دوستدار کودک یعنی برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر ارتقاء یافته است و این امر ضرورت اجرای موثر و دقیق تر این اقدام و پایش و ارزشیابی آن را مطرح می نماید.





• فصل ششم •

• دستورعمل کشوری •

- برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد
- و شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد

مقدمه

برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان و شروع تغذیه با شیرمادر 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 شیرمادر و تضمین سلامت کودک و نهایتاً پیشگیری از صدها هزار موارد مرگ و میر نوزاد در جهان می‌گردد.

با توجه به اهمیت برقراری به هنگام تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد (اقدام چهارم از ده اقدام بیمارستان‌های دوستدار کودک) دستورالعمل مراقبت ساعت اول در تمام بیمارستان‌های دوستدار کودک کشور و برای همه نوزادان سالم که بعد از ۳۷ هفته به دنیا می‌آیند به شرح زیر اجرا می‌شود (مراقبت از نوزادان با سن داخل رحمی کمتر از ۳۷ هفته با توجه به ضرورت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد مطابق بسته‌های خدماتی اداره سلامت نوزادان انجام می‌شود). لازم است کلیه اعضای تیم پزشکی عهده دار مراقبت از مادر و نوزاد در ساعت اول تولد، دوره حداقل ۲۰ ساعته آموزش تغذیه با شیرمادر/ مشاوره شیردهی، دوره آموزشی مراقبت ساعت اول تولد و احیای نوزاد را گذرانده باشند.

شرایط کلی در زایمان طبیعی

- 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 شود.
- 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 مستقیم چشم با چشم مادر و نوزاد نشود، محیط اطراف مادر آرام باشد و سرو صدا و شلوغی آرامش مادر را به هم نزنند.

- 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.
- در اتاق زایمان، مادر از آزادی عمل کافی جهت تحرک، خوردن و آشامیدن و با حفظ محرمانگی از داشتن همراه آموزش دیده برخوردار باشد.
- از شست و شوی پستان اجتناب کنید تا بوی ترشحات غدد اطراف نوک پستان مادر که جلب کننده نوزاد بطرف پستان است حفظ شود.
- حتی الامکان از اقدامات تهاجمی مانند Stimulation، Induction و وصل کردن سرم بخصوص در نواحی چین آرنج به دلیل محدود کردن حرکت دست در شیردهی اجتناب شود و از انجام اپیزیاتومی و زایمان در وضعیت لیتوتومی به طور روتین پرهیز گردد. 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 شود.
- 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).

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. وی مسئول حسن اجرای موارد زیر است:
- 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، با تعیین آپگار سلامت وی را سریعاً ارزیابی کرده و نیاز به احیاء را بررسی کنید:
- چنانچه نوزاد سالم است و نیاز به احیا ندارد همچنان که روی شکم مادر قرار دارد به خشک کردن آرام او ادامه دهید و سر نوزاد را ترجیحاً با کلاه بپوشانید. خشک کردن نوزاد با حوله گرم، خشک و نرم، از سر به طرف تنه و اندام‌ها به استثنای دست‌ها (سطح داخلی ساعد و از مچ به پائین) و بدون صدمه به ورنیکس انجام شود. پس از خشک کردن حوله خیس از بدن نوزاد جدا شود. چنانچه شرایط فوق دقیقاً اجرا شود



- این نوزادان برای گرم یا خشک کردن نیاز به وارمر ندارند.
- در صورتی که نوزاد نیازمند احیا باشد مطابق پروتکل احیا عملیات احیای نوزاد را انجام دهید.
 - از گذاردن لوله در دهان یا بینی نوزاد به منظور تخلیه محتویات معده، بدون اندیکاسیون علمی^۱ اجتناب نمایید.
 - پس از تولد نوزاد بند ناف را حداقل یک دقیقه و ترجیحاً تا ۳ دقیقه تا زمانی که کلابه و رنگ پریده بشود، در ۲ و ۵ سانتی متری آن کلامپ بزنید و بین آن دورا با قیچی استریل قطع کنید. نیازی به استفاده از ماده ضد عفونی کننده (الکل، بتادین، ...) و بانداژ نیست و ناف را باید همواره خشک نگهدارند.
 - نوزاد را همچنان که لخت است یا در مواردی که تماس پوستی طولانی مدت انجام می شود با داشتن پوشک، کمی بالاتر روی قفسه سینه مادر و بین پستان هایش قرار دهید به طوری 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 در صورت سرد بودن محیط و یا تمایل مادر اگر 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.
 - 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.
- در تمام طول مدت تماس (به مدت یک ساعت) سلامت نوزاد، تنفس و دمای بدن نوزاد برابر بسته خدمتی نوزاد سالم کنترل شده و در فرم مربوطه ثبت شود^۲. مراقب باشید نوزاد در طول مدت تماس با مادر بطور مناسب نگهداری شود و سقوط نکند. بطور معمول نوزادان تازه متولد شده طی ساعت اول تولد در طی ۹ مرحله غریزی، نوک و هاله پستان مادر را جستجو کرده و به دهان برده و می مکند. اما آنچه که در این

۱. اندیکاسیون های 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.

۲. در مورد مادر نیز مطابق بسته خدمتی اداره سلامت مادران اقدام گردد.

دستور العمل مدنظر است، (با قرار دادن نوزاد روی قفسه سینه مادر و بین پستان هایش مطابق بند ۴) باید هر زمان که نوزاد علائم آمادگی شروع تغذیه را نشان داد (مثل حرکات سر به طرفین، باز کردن دهان، دست به دهان بردن، مکیدن، لیسیدن، ملچ و ملوچ کردن و خروج بزاق از دهان) او را در گرفتن پستان کمک نمایید و بدون گرفتن سر نوزاد فقط وی را به پستان مادر نزدیک کنید^۱. اگر علی‌رغم کمک کردن، تغذیه با شیر مادر تا یک ساعت انجام نشد، همان تماس پوست با پوست نوزاد با مادر کافی و بسیار با ارزش است ولیکن سلامت نوزاد و مشکلات احتمالی پستان مادر بررسی شود.

مراقبت‌هایی مانند تزریق ویتامین K، اثر کف پا، واکسن، توزین و سایر اندازه‌گیری‌ها و اقدامات غیر فوری دیگر حداقل به بعد از انجام تماس پوست با پوست بمدت یک ساعت و یا اتمام اولین تغذیه با شیر مادر و یا ترجیحاً پس از ساعت اول تولد موکول شود تا تداخلی در اجرای دستور عمل ایجاد نشود.

از استحمام روتین نوزاد اجتناب کنید^۲.

در طول دو ساعت اول پس از زایمان، مادر و نوزاد را در بلوک زایمان نگهداری نمایید و سپس بطور همزمان و همراه هم به بخش پس از زایمان منتقل شوند.

ب - سزارین با بی حسی ناحیه‌ای (اسپینال یا اپی دورال)

پس از ساکشن دهان و بینی، قطع بند ناف (ترجیحاً با تأخیر و تا زمان خروج جفت)، خشک کردن نوزاد (به استثنای دست‌ها؛ سطح داخلی ساعد و از مچ به پائین) و پوشاندن پوشک، 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:

نوزاد را از طرف زیر بغل یا شانه مادر یعنی از سمت متخصص هوشبری طوری در تماس پوست با پوست مادر قرار دهید که شکم و قفسه سینه نوزاد از بغل در تماس با قفسه سینه مادر و یا شانه و بالای قفسه سینه مادر قرار گیرد و دهان نوزاد در تماس نزدیک با پستان مادر باشد و حتی الامکان تماس چشم در چشم مادر و نوزاد انجام شود.

۱. مطابق بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان، در صورت امکان به نوزاد ۱ ساعت فرصت دهید تا به سمت پستان مادر خزیده و با یافتن نوک پستان تغذیه با شیر مادر را شروع کند.

۲. مطابق دستورالعمل اداره سلامت نوزادان اقدام شود.



نوزاد را به طور مایل و دمر به روی قفسه سینه مادر بگذارید^۱ به طوری که ضمن تسهیل تماس چشم در چشم مادر و نوزاد، سر نوزاد نزدیک پستان طرف مقابل باشد و دهان نوزاد در تماس با نوک پستان مادر قرار گیرد.

در دو حالت فوق وجود مامای مسئول مراقبت از نوزاد 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 مراقب ادامه یابد.

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

ج- سزارین با بیهوشی عمومی

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 زیر بغل و 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.

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.

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

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

- هم اتاقی مادر و نوزاد اجرا شود.
- پس از ورود به بخش، 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

۱. در این حالت با توجه به این که ممکن است دفع ادرار یا مدفوع نوزاد سبب آلودگی محل عمل گردد، لازم است پوشک مناسب به نوزاد پوشانده شود به طوری که مانع تماس پوستی موثر مادر و نوزاد نشود.

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.

- حمایت های بیشتر برای در آغوش گرفتن و به پستان گذاشتن نوزاد باید برای مادرانی که مسکن نارکوتیک گرفته اند یا سزارین شده اند یا اولین تماس شان با نوزاد به تعویق افتاده، ارائه شود.

- تسهیلات لازم جهت ملاقات پدر و حضور همراه مادر در بخش فراهم شود.

توجه: انتظار می رود نکات کلیدی در شروع شیردهی موفق و محتوی آموزشی موجود در کتاب راهنمای کارکنان را به دقت فرا بگیرید تا بتوانید به درستی دستور عمل را اجرا کنید و راهنمایی لازم را به مادر ارائه دهید.





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. Breastfeeding Challenges Made Easy for Late Preterm Infants 2014
9. Routine prenatal care women and their babies NICE Clinical Guidelines 37 guideline nice.org.uk.cg 37
10. How To Implement Baby Friendly Standards a guide of maternity setting UNICEF UK 2011
11. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality, Karen M. Edmond, Charles Zandoh, Maria A. Quigley, Seeba Amenga-Etego, Seth Owusu-Agyei and Betty R. Kirkwood. Pediatrics 2006;117;380386–
12. Initiating breastfeeding within one hour of birth: A scientific brief. Arun Gupta, MD, FIAP February 24, 2007.
13. 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
14. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. World Health Organization 2014
15. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother, Revised 2012
16. HOW TO IMPLEMENT owoBABY FRIENDLY STANDARDS A guide for maternity settings UNICEF 2011
17. Brimdyr K. Skin to skin in the first hour after birth: practical advice for staff after vaginal and cesarean birth. East Sandwich, MA: Health Children Project. 2011.
18. Karin Cadwell, Cynthia Turner –Maffei, Barbara O Connor, Anna Cadwell Blair Lois D.W. Arnold, Elyse M. Blair, Maternal and infant Assessment for Breastfeeding and Human Lactation 2006
19. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. World Health Organization 2014
20. umbilical cord care in the newborn infant AAP ٢٠١٦

۲۱. بررسی تاثیر تماس پوست با پوست نوزاد و مادر بلافاصله پس از تولد بر موفقیت نوزاد در اولین تغذیه با شیرمادر، دکتر راوری خانم دکتر ناهیدی، خانم دری و سایر همکاران ۱۳۸۷
۲۲. تسهیل چالش های تغذیه با شیرمادر برای نوزادان اناخرنارسی، دکتر راوری، اداره نوزادان وزارت بهداشت ۱۳۹۶
۲۳. حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک (دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای کارکنان بیمارستان ها) انجمن علمی تغذیه با شیرمادر، وزارت بهداشت، ایرانا رسانه ۱۳۹۱

