

فصل ششم

مراقبت‌های حوالی زایمان؛ انتقال به دوران شیردهی

دوره لیبرو زایمان، زمان حساسی برای موفقیت تغذیه با شیر مادر است. بسیاری از زنانی که قبل از زایمان اظهار می‌کردند که می‌خواهند تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشند، در حالی از بیمارستان ترخیص شدند که یا تغذیه انحصاری نداشتند یا اصلاً فرزندشان را با شیر خود تغذیه نکردند. پرسنل مراقبت‌های مامایی و پری‌ناتال باید از دانش و منابعی برخوردار باشند که بتوانند مادری که تغذیه با شیر مادر را انتخاب کرده حمایت کنند. موضوعات مربوط به اداره و مدیریت فوری تغذیه با شیرمادر بلافاصله پس از زایمان در این فصل آمده است، و موضوعات مرتبط با مدت بستری در بیمارستان در فصل هفتم توضیح داده شده است.

مراقبت‌های حین درد زایمان و زایمان

خط مشی‌ها و اقدامات بیمارستان، از جمله مواردی که در بلوک زایمان انجام می‌شود، می‌تواند تفاوت عمده‌ای در تثبیت موفقیت تغذیه با شیر مادر ایجاد نماید (جدول ۱-۶).

شروع زودهنگام تغذیه با شیر مادر

شروع زودهنگام تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد باید انجام شود مگر اینکه شرایط پزشکی مادر یا شیرخوار این اجازه را ندهد. شیرخوارانی که پس از تولد روی شکم مادر گذاشته می‌شوند و در عرض یک ساعت اول تولد از پستان مادر تغذیه می‌کنند، در مقایسه با شیرخوارانی که در این مرحله پستان نگرفته‌اند، نتایج بهتری در تغذیه با شیرمادر کسب نموده‌اند. در حقیقت تغذیه زودهنگام با شیرمادر در اتاق زایمان، در مقایسه با شیرخوارانی که تغذیه را دیرتر شروع کردند، با افزایش درصد مادرانی که شیردهی را تا ۲ الی ۴ ماهگی ادامه دادند، ارتباط دارد. مدیریت موفق تغذیه با شیرمادر شامل تشویق شیردهی در اتاق زایمان و اجتناب از جدایی مادر و شیرخوار در ساعات اول پس از تولد می‌باشد.

جدول ۱-۶- اقدامات بیمارستانی که روی تغذیه با شیرمادر تأثیر دارد.

بسیار دلگرم کننده (دارای اثر تشویقی زیاد)	تشویق کننده	دلسرد کننده	بسیار دلسرد کننده
تماس فیزیکی			
<ul style="list-style-type: none"> - نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان به پستان مادر گذاشته می‌شود. - نوزاد بعد از تولد از مادر جدا نمی‌شود. - پرسنل بیمارستان در اتاق ریکاوری برای مکیدن پستان توسط نوزاد، به مادر کمک می‌کنند. - هم‌اتاقی مادر و نوزاد، به مراقبت از نوزاد در اتاق مادر کمک می‌کند و نه در اتاق نرسری 	<ul style="list-style-type: none"> - حساسیت و توجه پرسنل به هنجارهای فرهنگی و انتظارات مادر 	<ul style="list-style-type: none"> - برنامه زمان بندی شده برای شیردهی بدون توجه به تمایلات (خواست) مادر 	<ul style="list-style-type: none"> - جدایی مادر و نوزاد بعد از تولد - مادر و شیرخوار پس از زایمان در طبقات جداگانه ساختمان قرار می‌گیرند. - جدایی مادر و نوزاد به دلیل زردی نوزاد - عدم وجود سیاست هم‌اتاقی مادر و نوزاد در بیمارستان
بسیار دلگرم کننده (دارای اثر تشویقی زیاد)	تشویق کننده	دلسرد کننده	بسیار دلسرد کننده
ارتباط کلامی			
<ul style="list-style-type: none"> - پرسنل بیمارستان در مورد تصمیم مادر برای شیردهی قبل و بعد زایمان با وی گفتگو می‌کنند. - پرسنل بیمارستان قبل و بلافاصله پس از زایمان، تغذیه با شیرمادر را تقویت و تشویق می‌کنند. - پرسنل بیمارستان در مورد استفاده از پمپ شیردوش و حقایق ناشی از جدایی از شیرخوار، با مادر صحبت می‌کنند. 	<ul style="list-style-type: none"> - مهارت کلامی پرسنل و آموزش در زمینه رفع احتقان پستان و مشکلات نوک پستان - آرامش و مهارت‌های فردی پرسنل در زمینه هنر تغذیه با شیرمادر و صرف وقت برای آموزش چهره به چهره به مادر 	<ul style="list-style-type: none"> - پرسنل بیمارستان به مادر چنین آموزش می‌دهند که «شب را راحت بخواب و دفعاتی از تغذیه با شیرمادر را حذف کن» - اختصاص زمان‌های خاص و مشخص برای شیردهی بدون توجه به چرخه تغذیه شیرخوار/مادر 	<ul style="list-style-type: none"> - به مادر گفته می‌شود: «استراحت کن و خود را برای شیردهی به زحمت نینداز». این عبارت چنین القاء می‌کند که تغذیه با شیرمادر پرزحمت و خسته کننده است. - به مادر گفته شود که «درست شیر نمی‌دهی» و تلاش‌های مادر را قطع کنیم و سعی در اصلاح وی مثلاً وضعیت شیردهی مادر داشته باشیم.
بسیار دلگرم کننده (دارای اثر تشویقی زیاد)	تشویق کننده	دلسرد کننده	بسیار دلسرد کننده
ارتباط غیرکلامی			
<ul style="list-style-type: none"> - پرسنل بهداشتی (پزشکان و پرستاران، ماماها، بهیاران) تغذیه با شیرمادر را (از طریق لبخند زدن، احترام گذاشتن و تصدیق کردن) تقویت می‌کنند. - پرستار یا سایر مراقبین، احساس آرامش و راحتی مادر را فراهم می‌آورند و برای به پستان گذاشتن نوزاد به او کمک می‌کنند. - سایر مادران شیرده را که در بیمارستان مشغول شیردهی می‌باشند مشاهده می‌کند. 	<ul style="list-style-type: none"> - وجود تصاویری از مادرانی که در حال شیردهی هستند. - وجود منابع آموزشی با جملات قابل فهم برای مادر. - نمایش فیلم‌های تغذیه با شیرمادر از طریق تلویزیون مدار بسته در بیمارستان. 	<ul style="list-style-type: none"> - وجود تصاویر از مادرانی که در حال تغذیه شیرخوار با بطری می‌باشند. - پرسنل بیمارستان دفعاتی از تغذیه با شیرمادر را به دلیل انجام آزمایشات پزشکی و... قطع می‌کنند. - مادر در بیمارستان، مادران شیرده دیگری را مشاهده نمی‌کند. 	<ul style="list-style-type: none"> - به مادر بسته‌های حاوی شیر مصنوعی و مطالبی در مورد غذاهای شیرخوار داده می‌شود. - مادر مشاهده می‌کند که پرستاران با جدیت مشغول مراقبت و تغذیه نوزادان با بطری شیر هستند (این امر منجر به ایجاد حس ناامنی در مادر در زمینه توانایی خود برای تغذیه شیرخوار می‌شود).
بسیار دلگرم کننده (دارای اثر تشویقی زیاد)	تشویق کننده	دلسرد کننده	بسیار دلسرد کننده
تجربی			
<ul style="list-style-type: none"> - اگر تغذیه با شیرمادر بلافاصله پس از تولد موفقیت‌آمیز نباشد، پرسنل بیمارستان به حمایت‌های خود ادامه می‌دهند. - وجود تجربیات موفق قبلی در زمینه شیردهی در بیمارستان 			<ul style="list-style-type: none"> - تجربیات ناموفق قبلی در زمینه تغذیه با شیرمادر در بیمارستان

برگرفته از:

US Department of Health and Human Services. Report of the Surgeon General's Workshop on Breastfeeding & Human Lactation. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Health Resources and Services Administration; 1984. DHHS publication HRS-D-MC 8.42.

شروع تغذیه با شیر مادر

گرچه مادر ممکن است در مورد نحوه صحیح بغل کردن و به پستان گذاشتن قبلاً مطالعه کرده باشد، اما شرایط واقعی در عمل متفاوت خواهد بود. اکثر نوزادانی که در ساعت اول هوشیاری خود پس از زایمان بر روی قفسه سینه یا شکم مادر قرار داده می‌شوند، نوک پستان و آرنج را پیدا نموده و پستان را می‌گیرند. اما برخی نیز ممکن است نیازمند کمک در این زمینه باشند. گرچه الصاق برچسب و باندهای تشخیص هویت نوزاد بلافاصله پس از تولد ضروری است، اما سایر اقدامات روتین نظیر تزریق ویتامین K، پیشگیری از عفونت چشم و توزین را می‌توان تا انجام موفقیت‌آمیز اولین تغذیه با شیر مادر به تعویق انداخت. به طور ایده‌آل اولین تغذیه با شیر مادر نباید قطع گردد و تا زمانی که از نظر پزشکی بی‌خطر است، مادر و شیرخوار باید با هم باشند. برقراری تماس پوست با پوست در اتاق زایمان، دمای بدن نوزاد را در محدوده طبیعی حفظ می‌کند.

تکنیک شیردهی

کلیات

گرچه تغذیه با شیر مادر یک امر طبیعی است، اما نیازمند کسب مهارت و آموختن نیز می‌باشد. آموزش اصول صحیح تکنیک شیردهی به مادر، موجب کاهش بروز مشکلات جسمی در طول تغذیه، بهبود وضعیت پستان گرفتن شیرخوار و افزایش انتقال شیر به شیرخوار خواهد شد. به علاوه این آموزش‌ها باید با ارائه مواد آموزشی مکتوب یا فیلم و یا هر دو به مادر تقویت شود تا مادر بتواند در بیمارستان یا در منزل مطالب را مرور نماید. باید از خوابیدن مادر و شیرخوار در یک تخت بلافاصله پس از تغذیه و همچنین استفاده از سطوح نرم پرهیز نمود. بهتر است شیرخوار در یک سطح چسبیده و نزدیک مادر اما مجزای بخواهد و پس از تغذیه به پشت (طاقباز) خوابانده شود.

وضعیت‌های شیردهی مادر

وضعیت‌های مختلفی برای شیر دادن وجود دارد اما نکته مهم در این وضعیت‌ها این است که مادر باید راحت باشد. از بالش و زیرپایی نیز می‌توان کمک گرفت. شیرخوار باید به گونه‌ای در آغوش مادر قرار گیرد که سر، شانه‌ها و لگن وی در یک امتداد قرار داشته و بدن شیرخوار روبروی بدن مادر باشد. وضعیت فوتبالی (زیر بغلی) و خوابیده به پهلو برای مادران سزارینی راحت‌تر است. از هر وضعیتی استفاده می‌شود، مهم این است که از فشار دادن به پس سر شیرخوار اجتناب شود زیرا این کار سبب می‌شود شیرخوار سر خود را عقب کشیده و از پستان دور شود.

روش گهواره‌ای (Cradle hold)

در روش گهواره‌ای، نوزاد از هر پستان که تغذیه می‌شود مادر با دست همان سمت، او را حمایت می‌کند (تصویر ۱-۶). سر شیرخوار نزدیک گودی آرنج مادر قرار گرفته، ساعد وی پشت شیرخوار را حمایت می‌کند. شیرخوار روبروی مادر و قفسه سینه وی روبروی قفسه سینه مادر قرار دارد. در این وضعیت باید مراقب بود شیرخوار نسبت به پستان خیلی به وضعیت پهلو قرار نگیرد. قرار دادن بینی نوزاد بالاتراز نوک پستان چسبیدن به پستان را امکان‌پذیر می‌سازد و شیرخوار مجبور نخواهد بود برای گرفتن پستان گردن خود را به جلو خم کند.



تصویر ۱-۶- وضعیت Cradle

روش گهواره‌ای متقابل (Cross-Cradle)

در این روش از دست مقابل برای کنترل پشت سر شیرخوار (زیراکسی پوت) استفاده می‌شود و گردن او در دست مادر قرار می‌گیرد (تصویر ۲-۶). در این وضعیت، دست نزدیک به پستان آزاد است تا در صورت نیاز برای نگهداشتن و وضعیت دادن به پستان استفاده شود. این وضعیت برای اوایل شیردهی ایده‌آل است زیرا علاوه بر کنترل خوب سر شیرخوار، به مادر این امکان را می‌دهد که پستانش را با دست آزادش نگهدارد... همچنین در این روش به راحتی می‌توان باز بودن کامل دهان و برگشتن لب‌های شیرخوار به بیرون را بررسی نمود.



تصویر ۲-۶- وضعیت Cross-Cradle

روش فوتبالی یا زیر بغلی (football or clutch hold)

شیرخوار در کنار (پهلوی) مادر قرار می‌گیرد (تصویر ۳-۶). پاها و بدن شیرخوار زیر بازوی مادر و سر وی (در ناحیه قاعده گردن) با دست مادر و روبه‌روی پستان نگه داشته می‌شود. در این روش بررسی باز بودن کامل دهان شیرخوار و اینکه آیا لب پائینی به بیرون برگشته یا نه، کار مشکلی است.



تصویر ۳-۶- وضعیت فوتبالی یا زیربغلی روشی آسان و مخصوصاً پس از عمل سزارین مفید است زیرا مانع از فشار وزن شیرخوار روی محل جراحی می‌گردد.

وضعیت خوابیده به پهلو (side-lying position)

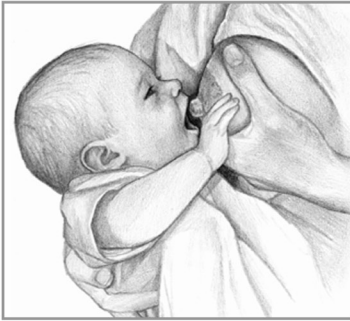
در این وضعیت، مادر و شیرخوار روبه‌روی هم به پهلو خوابیده‌اند. (تصویر ۴-۶). شیرخوار روبه‌روی مادر و دهان او روبرو و زیر نوک پستان قرار دارد. باید مراقب بود شیرخوار به وسیله لباس‌های گشاد یا ملحفه محصور نشده باشد. همچنین باید مراقب بود که مادر خواب آلود نباشد تا از خفگی شیرخوار جلوگیری شود.



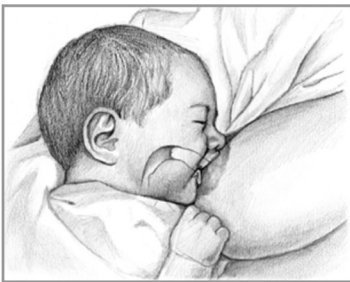
تصویر ۴-۶- وضعیت side-lying



تصویر ۵A-۶- حمایت پستان به روش C



تصویر 5B-۶- مطمئن شوید دهان شیرخوار کاملاً باز باشد.



تصویر 5C-۶- این کودک به درستی پستان را گرفته است، لب‌ها آرنول را به خوبی احاطه کرده‌اند و نوک پستان کاملاً داخل دهان است.

نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار (latch-on)

به منظور اطمینان از صحیح گرفتن پستان، شیرخوار باید به گونه‌ای نگه داشته شود که بینی او مقابل نوک پستان مادر قرار گیرد، گردن کمی به عقب برگشته، سر، شانه‌ها و باسن او در یک امتداد قرار گیرد. تا زمانی که شیرخوار در حال یادگیری نحوه تغذیه می‌باشد می‌توان برای تسهیل در پستان گرفتن، پستان را به وسیله چهار انگشت از زیر و دور از هاله و با انگشت شست از بالا حمایت کرد (روش C، شکل ۵-۶).

یابه روش U که کف دست و انگشتان زیر پستان، و انگشت شست و اشاره در خارج پستان، به ترتیب در ساعت‌های ۳ و ۹ قرار می‌گیرند. روش دیگر نگه داشتن پستان توسط مادر، روش قیچی یا به شکل V می‌باشد اما استفاده از این روش باید زمانی صورت گیرد که انگشتان مادر به اندازه کافی باز شود تا آرنول به مقدار کافی و برای پستان گرفتن صحیح در اختیار شیرخوار قرار گیرد. نحوه صحیح پستان گرفتن در تغذیه موفق با شیر مادر نقش کلیدی دارد زیرا از ایجاد زخم نوک پستان جلوگیری می‌کند، انتقال شیر به میزان کافی و مناسب انجام می‌گیرد و پستان به اندازه کافی تحریک می‌شود و تداوم تولید شیر را تضمین می‌کند.

رفلکس جستجو (Rooting Reflex)

رفلکس جستجوی پستان هنگامی ایجاد می‌شود که مادر لب شیرخوار را با نوک پستانش نوازش کند. مادر باید صبور باشد تا شیرخوار دهانش را کاملاً باز کند، سپس وی را به سرعت ولی ملایم به طرف پستان بیاورد بطوری که نوک پستانش را به سمت کام سخت نوزاد نشانه بگیرد، تا فک پایین شیرخوار مقدار کافی از پستان مادر را در برگیرد.

گرفتن آرنول (Areola grasp)

شیرخوار باید نوک پستان و بیشتر آرنول را از طرف فک پایین تا جایی که امکان پذیر است (حدود ۲-۱ اینچ از

قاعده نوک پستان) - احتمالاً تا خط دور آرنول - گرفته و داخل دهان ببرد. اگر شیرخوار به نحوه صحیح بغل شده باشد در این صورت بینی و چانه وی در تماس با پستان است و لب‌ها به بیرون برگشته و در اطراف پستان قرار می‌گیرد. زبان شیرخوار باید به صورت ناودانی زیر نوک پستان و آرنول قرار گیرد و اگر لب پائینی شیرخوار کمی به پائین کشیده شود، این وضعیت قابل مشاهده خواهد بود. همسر یا سایر اعضای خانواده می‌توانند در جستجوی علایم بغل کردن و پستان گذاشتن صحیح، به مادر کمک کنند. اگر شیرخوار به نحو صحیح پستان گرفته باشد، مادر در هر بار مکیدن، یک حرکت موجی ملایم و بدون درد را احساس خواهد کرد.

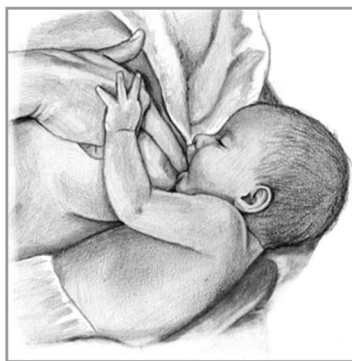
مکیدن، بلع و انتقال شیر

وقتی شیرخوار پستان را گرفت، مکیدن‌های سریع پشت سر هم همراه با مکث‌های متناوب آغاز می‌شود. در ابتدای دوره نوزادی، مکیدن وجود دارد اما صدای بلع ممکن است شنیده نشود. پس از ۲۴ ساعت، مکیدن موجب ایجاد جهش شیر خواهد شد و صدای ملایم قورت دادن را می‌توان شنید و در شروع تغذیه، این مسئله ممکن است ۱-۲ دقیقه طول بکشد. وقتی جریان شیر برقرار گردید، ریتم مکیدن، بلع و مکث آهسته‌ترو منظم‌تر می‌شود (تقریباً یک مکیدن / بلع در هر ثانیه). شنیدن صدای بلع، حاکی از انتقال شیر به شیرخوار است. تصویربرداری اولتراسون از ناحیه زیرچانه شیرخوار در حین شیر خوردن نشان می‌دهد که جریان شیر از نوک پستان به داخل دهان، با پائین آمدن زبان شیرخوار و ایجاد حداکثر فشار منفی همزمان است. این مسئله نشان می‌دهد که پدیده خلاء نقش عمده‌ای در برداشت شیر از پستان بازی می‌کند.

رها کردن پستان

در پایان هر بار تغذیه، اغلب شیرخوار خودبخود پستان را رها می‌کند. اگر شیرخوار خود پستان را رها نکرد، مادر می‌تواند با کشیدن گونه شیرخوار، مکش را حذف کرده یا انگشت خود را به آرامی از گوشه دهان شیرخوار وارد نماید (شکل ۶-۶). این روش صدمات وارده به نوک پستان را کاهش می‌دهد.

پس از خروج پستان از دهان باید نوک پستان را مشاهده کرد. در این حالت نوک پستان کشیده و طویل شده است ولی هیچ خط، چروک یا صدمه‌ای در آن مشاهده نمی‌شود.



تصویر ۶-۶- رها کردن پستان

علائم پستان گرفتن نادرست

علائم بسیاری ممکن است نشان دهنده پستان گرفتن نادرست باشد از جمله: فرورفتن گونه‌های شیرخوار در زمان مکیدن، شنیدن صدای ملچ و ملوچ یا تیک‌تاک، لب‌های به داخل برگشته، حرکات مکرر سر شیرخوار، نشنیدن صدای بلع و شکایت مادر از درد. اما زمانی که شیرخوار با کلسیتروم یا آغوز که مقدار آن کم (و البته کافی برای تامین نیاز او می‌باشد) تغذیه می‌شود، شنیدن صدای بلع مشکل خواهد بود، ولی با افزایش حجم شیر (به موازات افزایش حجم معده نوزاد) صدای بلع به آسانی شنیده خواهد شد. علائم دیررس پستان گرفتن نادرست شامل صدمه به نوک پستان، درد، وزن‌گیری کم شیرخوار و تولید ناکافی شیر می‌باشد.

رفع مشکلات شیردهی

تسکین درد حین و پس از زایمان

به منظور تقویت تمایل مادر برای شیردهی، کنترل درد باید به نحوی انجام گیرد تا صرفاً موجب کاهش درد مادر شود و از مصرف مقادیر زیاد دارو به خصوص مخدرها خودداری گردد زیرا اثرات معکوس بر توانایی شیرخوار برای شیر خوردن خواهند داشت.

مصرف مخدرها حین زایمان

انتخاب نوع داروی نارکوتیک و فواصل دوزها باید با هدف کاهش اثرات زیان‌آور آنها بر توانایی شیر خوردن شیرخوار انجام شود (جدول ۲-۶). داروهای بسیاری برای کنترل درد موجود است و مپریدین مسئله دارترین آنهاست و لذا نباید به صورت روتین در زایمان استفاده شود. مپریدین در بدن مادر و نوزاد به وسیله N-دمتیل‌اسیون متابولیزه شده و به نورمپریدین (یک متابولیت فعال) تبدیل می‌شود. نورمپریدین که خود یک ماده محلول در چربی می‌باشد، دارای نیمه عمر طولانی در بدن نوزاد بوده و با تغذیه مکرر از شیر مادر، در بدن نوزاد تجمع می‌یابد. لذا باید تا حد امکان از مصرف مپریدین در حین و پس از زایمان خودداری کرد. مرفین نیز در بدن مادر و نوزاد از طریق پدیده N-دمتیل‌اسیون متابولیزه شده و به ماده غیر فعال مرفین-۳-گلوکوروئید و ماده فعال مرفین-۶-گلوکوروئید (به نسبت ۹ به ۱) تبدیل می‌شود. بنابراین متابولیت‌های آن عمدتاً غیر فعال هستند. مرفین به دلیل محلول بودن در آب، به میزان کم‌تری به شیر مادر انتقال می‌یابد. نالبوفین یک مخدر سنتتیک با خاصیت آگونیست-آنتاگونیست بوده و دارای نیمه عمر کوتاهی است که در مقادیر بالینی ناچیز به داخل شیر مادر ترشح می‌شود. بوتورفانول نیز دارای ویژگی‌های مشابه نالبوفین می‌باشد.

بی‌حسی اپیدورال

گرچه مطالعات کافی در زمینه تأثیر داروهای مخدر از طریق اپیدورال و اینتراتکال بر رفتار مکیدن شیرخوار، موفقیت در شیردهی یا هر دو صورت نگرفته، اما شواهد زیادی موجود است که نشان می‌دهد سطح مادری این داروها در مصرف موضعی کم‌تر از مصرف تزریقی بوده و فرایند شیردهی را مهار نمی‌کند. بی‌حسی اپیدورال کاهش درد بسیار خوب و بی‌خطری را در حین زایمان فراهم می‌کند.

پرسنل آموزش دیده حامی زایمان

حضور پرسنل آموزش دیده در زمان زایمان، یا یک همراه غیر از اعضای خانواده مثلاً مامای همراه (Doula) یا سایر کارکنان آموزش دیده که حمایت یک به یک فراهم کنند، روش موثری برای کاهش تمایل زنان به استفاده از مسکن در خلال لیبر می‌باشد. ثابت شده است دولا یا مامای همراه حتی اگر آموزش رسمی در زمینه تغذیه با شیرمادر ندیده باشد، از طریق ارائه کمک‌های عملی، توصیه‌های مستمر، تشویق مادر و اطمینان دادن به وی، سبب افزایش موفقیت در تغذیه با شیرمادر می‌شود.

جدول ۲-۶- کنترل درد پس از زایمان

دارو	شروع اثر با تجویز وریدی	شروع اثر با تجویز 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
نالbufین	۲-۳ دقیقه	۱۵ دقیقه	۴ ساعت
بوتورفانول	۱-۲ دقیقه	۱۰-۳۰ دقیقه	نامعلوم (مشابه داروی نالbufین در بزرگسالان)

تسکین درد پس از زایمان

برای تسکین درد پس از زایمان معمولاً داروهای غیر مخدر از قبیل داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) یا استامینوفن به خوبی پاسخ می‌دهند. در صورتی که داروهای قوی‌تر مورد نیاز باشد، استفاده از مسکن‌های خوراکی (نارکوتیک‌ها) بی‌خطر بوده زیرا انتقال آنان از طریق شیر به نوزاد ناچیز می‌باشد. در صورت امکان باید از مصرف داروهای حاوی آسپیرین پرهیز گردد.

- استامینوفن به مقدار بسیار ناچیزی در شیرمادر ترشح می‌شود و به پروتئین متصل نمی‌شود. این دارو با شیردهی سازگار است.

- ترکیبات NSAIDs عموماً دارای نیمه عمر کوتاهی بوده و متابولیت‌های آنها عمدتاً بی‌اثر می‌باشند. این داروها به مقدار بسیار کم و ناچیز به داخل شیر مادر ترشح گردیده و لذا با شیردهی سازگاری دارند.
- داروهای مخدر خوراکی نظیر فنتانیل (Fentanyl)، کدئین (Codeine)، پروپوکسیفن (Propoxyphene)، متادون (Methadone) و مورفین (Morphine) در غلظتی اندک و با نیمه عمر کوتاه به داخل شیر ترشح می‌شوند. این داروها با شیردهی سازگاری دارند.
- مپریدین (Meperidine) به صورت خوراکی یا تزریق عضلانی و در استفاده مداوم در بدن تجمع می‌یابد لذا در مادران شیرده نباید استفاده شود.
- آسپرین به سالیسیلات متابولیزه می‌شود. اگرچه انتقال آن به شیر محدود می‌باشد ولیکن دفع سالیسیلات در بدن نوزاد بسیار آهسته صورت می‌گیرد بنابراین در استفاده آن، غیر از موارد خاص، باید احتیاط کرد.

تسکین درد پس از عمل جراحی

با همان داروهایی که قبلاً نام برده شد، قابل انجام است. برای تسکین دردهای شدید پس از عمل جراحی می‌توان از داروهای مخدر اینتراتکال، اپیدورال مستمر، پمپ مسکن با کنترل بیمار (patient-controlled analgesia pump) یا نازکوتیک تزریقی استفاده کرد. دردی که برای تسکین، نیازمند استفاده از داروی تزریقی باشد با نازکوتیک‌هایی غیر از مپریدین بهبود می‌یابد.

زایمان به روش سزارین

میزان تغذیه با شیر مادر در زایمان سزارین (در صورت عدم حمایت و مدیریت نامناسب در شیردهی)، ممکن است ۱۰ تا ۲۰ درصد پائین‌تر از زایمان طبیعی باشد. پس از سزارین، نگرانی‌های پرسنل بیمارستان در مورد ریکاوری و به هوش آمدن مادر سبب می‌شود به تغذیه فوری نوزاد با شیر مادر یا تشویق مادر به تغذیه مکرر در ۲۴ ساعت اول، کمتر توجه کنند. گرچه ریکاوری و به هوش آمدن مادر اهمیت دارد، اما نباید مانع از تغذیه با شیر مادر شود. زنانی که تحت سزارین برنامه‌ریزی شده قرار می‌گیرند، در مقایسه با زنانی که سزارین آنها غیرمنتظره است، به احتمال بیشتری به نوزاد خود شیر می‌دهند. گاهی اوقات سزارین به صورت غیرمنتظره و پس از تحمل دردهای طولانی مدت و سخت زایمانی رخ می‌دهد. بعلاوه بعضی از مادران، سزارین برنامه‌ریزی نشده را به عنوان یک حادثه استرس‌زا و یا یک شکست قلمداد نموده و این عوامل استرس‌زا منجر به مهار رفلکس جهش شیر می‌شود.

در چنین موقعیت‌های پرخطر، با مداخله فعال و حمایت از تغذیه با شیر مادر، می‌توان شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر را تضمین کرد. شیرخوار باید با کمک پرسنل به پستان مادر گذاشته شود بدون این که به محل عمل

جراحی فشار وارد شود. وضعیت خوابیده به پشت و پهلو برای آغاز شیردهی در چنین شرایطی مناسب است. در مراحل بعدی، مادر می‌تواند با نشستن روی تخت خود و یا صندلی، شیردهی در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته داشته باشد. پس از زایمان سزارین، مادر معمولاً برای درآغوش گرفتن شیرخوار برای شیرخوردن نیاز بیشتری به کمک پرسنل بیمارستان و اعضای خانواده دارد. برای انجام سزارین، استفاده از بی‌حسی موضعی در مقایسه با بیهوشی عمومی برای سلامت مادر ارجح است و با میزان بالاتری از تغذیه با شیرمادر همراه است.

خستگی

زایمان طولانی و سخت و خستگی ناشی از آن، بر تغذیه با شیرمادر تأثیر دارد و شروع شیردهی و یادگیری تکنیک صحیح آن را برای مادران تازه زایمان کرده مشکل‌تر می‌سازد. حمایت‌های کافی پس از زایمان توسط کارکنان آموزش دیده، سبب غلبه بر این موانع و برقراری موفق شیردهی خواهد شد. علاوه بر این، هنگامی که مادر تازه زایمان کرده بیمارستان را ترک می‌کند، ممکن است با وظایف متعددی روبه‌رو شود. چنانچه مادر از اعضای خانواده بخواهد در تعویض پوشک شیرخوار، پخت و پز و نگهداری سایر کودکان و خانه‌داری به وی کمک کنند، او قادر به تمرکز برای ایجاد پیوند عاطفی با شیرخوار، تغذیه او با شیرمادر، استراحت و تجدید قوای پس از زایمان خواهد بود. موارد افسردگی پس از زایمان غیر شایع نیست، و باید به والدین جدید در ارتباط با نیاز به استراحت و علائم خطری که ممکن است نیاز به مراجعه به پزشک داشته باشد، آگاهی داد. ابزارهای غربالگری موجود به ارائه دهندگان خدمت کمک می‌کند تا مادران در معرض خطر افسردگی و نیازمند مداخله را شناسایی نمایند. از جمله این ابزارها می‌توان به ابزار غربالگری معتبر Edinburgh postpartum Depression Scale Screening اشاره نمود (فصل ۹).

بیمارستان‌ها در موفقیت تغذیه با شیرمادر تأثیرگذار می‌باشند

در سال ۱۹۸۴ گزارش کارگاه تغذیه با شیرمادر و شیردهی در انسان که توسط عالی‌ترین مقام رسمی بهداشت آمریکا برگزار شد، در زمینه تأثیر اقدامات بیمارستانی بر تغذیه با شیرمادر منتشر گردید. این گزارش، اولین تلاش ملی برای ترویج تغذیه با شیرمادر به عنوان یک هنجار و ضرورت حیاتی از نقطه نظر بهداشت عمومی بود. در سال ۲۰۱۲، مجدداً توجه ملی به تغذیه با شیرمادر و اهمیت آن توسط مقام رسمی بهداشت آمریکا مطرح شد (فصل یک) و بسیاری از شرکای اجتماعی را برای حذف موانع تغذیه با شیرمادر فراخوان داد.

گرچه بسیاری از زنان قبل از زایمان، تمایل به تغذیه با شیرمادر دارند، عده زیادی از آنان قبل از ترخیص تغذیه با شیر مصنوعی را بدون ضرورت پزشکی شروع کرده‌اند یا جانشین شونده‌های شیرمادر به آنان پیشنهاد شده است. آکادمی طب تغذیه با شیرمادر (Academy of Breastfeeding Medicine)، پروتکلی را در زمینه

اندیکاسیون‌های تجویز شیر مصنوعی (با ذکر جزئیات) منتشر ساخته است. قبل از شروع هر گونه تغذیه مکمل، ارزیابی کامل مادر و کودک بصورت همزمان شامل مشاهده دقیق تغذیه با شیر مادر باید انجام شود. شیرخوارانی که Late Preterm متولد می‌شوند باید از نظر تغذیه با شیر مادر مورد توجه ویژه قرار گیرند زیرا این شیرخواران احتمالاً نیازمند تغذیه با مکمل خواهند بود.

هر بیمارستان یا زایشگاه می‌تواند با اجرای ۱۰ اقدام تغذیه با شیر مادر، موفقیت شیردهی را تسهیل نماید. بیمارستان‌ها استراتژی‌های گوناگونی را برای ترغیب و تشویق تغذیه با شیر مادر به کار می‌برند (جدول ۳-۶). برخی اقدامات سنتی در بیمارستان‌ها ممکن است برخلاف فیزیولوژی شیردهی عمل نماید، از قبیل: جدا کردن نوزاد از مادر به منظور انجام خدمات روتین، استفاده از مواد غذایی مکمل بدون ضرورت پزشکی، اخذ مجوز از متخصص اطفال برای شروع اولین تغذیه با شیر مادر و محدود کردن دسترسی مادر به نوزاد. سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها، سیستم‌های بیمارستانی را اداره می‌کنند. وجود یک سیاست مدون تغذیه با شیر مادر (اقدام اول از ده اقدام دوستدار کودک) ابزاری مهم برای برقراری فعالیت‌های روتینی است که تغذیه با شیر مادر را تقویت می‌کنند. موارد ذیل باید در سیاست مدون تغذیه با شیر مادر بیمارستان‌ها در نظر گرفته شود:

آموزش کارکنان

آموزش کارکنان در کلیه سطوح (اقدام دوم) برای حمایت و ترویج موفق تغذیه با شیر مادر مهم و کلیدی می‌باشد. عدم ارائه آموزش مناسب از سوی کارکنان سبب می‌شود خانواده‌ها اطلاعات ضد و نقیض دریافت کنند. اجرای سیاست‌های مبتنی بر شواهد در زمینه شیردهی توسط کارکنان آموزش دیده و ارائه مشاوره‌های صحیح و اصولی، در موفقیت و شکست تغذیه با شیر مادر در زنان تفاوت عمده ایجاد خواهد کرد. به روزرسانی دانش تغذیه با شیر مادر در کارکنان بخش‌های پری‌ناتال از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است با توجه به اینکه اغلب نشان داده شده که آمادگی‌های قبلی پرسنل نتیجه کافی نمی‌دهد. تمامی کارکنان باید آموزش‌های رسمی و به روز در زمینه اداره تغذیه با شیر مادر دریافت کنند.

جدول ۳-۶- ده اقدام برای موفقیت در تغذیه با شیرمادر

اقدام اول- سیاست مدون تغذیه با شیرمادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب شده باشد.

اقدام دوم- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت‌های لازم برای اجرای این سیاست آموزش ببینند.

اقدام سوم- مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیرمادر و چگونگی شیردهی آموزش دهند.

اقدام چهارم- حین تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، به مادران کمک کنند تا ظرف ساعت اول پس از تولد، تغذیه نوزاد با شیرمادر را آغاز نمایند.

اقدام پنجم- به مادران روش تغذیه با شیرمادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را، حتی هنگام جدا شدن از شیرخوار، آموزش دهند.

اقدام ششم- هیچ غذای دیگری غیر از شیرمادر به شیرخوار داده نشود، مگر در موارد ضرورت پزشکی.

اقدام هفتم- برنامه هم‌اتاقی مادر و نوزاد را در طول شبانه‌روز اجرا کنند.

اقدام هشتم- مادران را برای تغذیه با شیرمادر بر حسب میل و تقاضای شیرخوار تشویق کنند.

اقدام نهم- از پستانک و شیشه شیر برای شیرخواری که از شیرمادر تغذیه می‌شود، استفاده نکنند.

اقدام دهم- گروه‌های حامی تغذیه با شیرمادر را تشکیل داده و مادران را پس از ترخیص از بیمارستان یا کلینیک به این گروه‌ها ارجاع نمایند.

برگرفته از:

The 1994 report of the Healthy Mothers, Healthy Babies National Coalition Expert Work Group recommends that the UNICEF - WHO Baby-Friendly Hospital Initiative be adapted for use in the United States as the US Breastfeeding Health Initiative, using these adapted 10 steps. Source: Randolph L, Cooper L, Fonseca-Becker F, York M, McIntosh M. Baby-Friendly Hospital Initiative feasibility study: Final report. Alexandria, VA: Healthy Mothers, Healthy Babies National Coalition Expert Work Group; 1994.

همانطور که قبلاً توضیح داده شد، نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار یکی از فاکتورهای بسیار مهم در تغذیه با شیرمادر است. نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار در حقیقت انتقال شیر از پستان به دهان وی را توصیف می‌کند. در برخی شرایط، استفاده از ابزارهای عینی (objective) مانند LATCH Score برای برقراری ارتباط مؤثرتر ارائه دهندگان خدمت در بیمارستان، مفید خواهد بود.

اقدامات مربوط به شیرخوار

استراتژی‌های متعددی در خصوص تغذیه نوزاد می‌تواند موفقیت تغذیه با شیرمادر را افزایش دهد، به خصوص وقتی که این اقدامات بخشی از فعالیت‌های استاندارد بیمارستان باشند.

تغذیه بر حسب میل و تقاضای شیرخوار

برخی نشانه‌ها و رفتارهای شیرخوار باید به عنوان نشانه‌های گرسنگی تلقی گردیده و برای تعیین زمان تغذیه مورد استفاده قرار گیرند از جمله: بردن دست به داخل دهان، ملچ و ملوچ کردن، حرکت سر و دهان به اطراف (رفلکس جستجو)، حرکات چشم در زمان خواب سبک و حرکات دست‌ها و پاها. برای تغذیه شیرخوار با شیر مادر نباید به یک برنامه زمان‌بندی شده خاص پای بند شد (اقدام هشتم از ده اقدام دوستدار کودک). قرار دادن مکرر شیرخوار به پستان در زمان‌هایی که وی نشانه‌های گرسنگی را نشان می‌دهد، منجر به تحریک تولید شیر شده و خیلی زود در عرض ۲ تا ۵ روز تولید و عرضه شیر را کامل می‌کند. (تغذیه با شیرمادر باید بدون محدودیت زمان از هر پستان تا زمانی که شیرخوار به خواب برود و یا خودش پستان را رها کند ادامه یابد.) تخلیه کامل پستان برای تثبیت و برقراری تولید کامل شیر ضروری است.

هم‌اتاقی مادر و شیرخوار

هم‌اتاقی مادر و شیرخوار، که مادر و شیرخوار در کنار هم قرار می‌گیرند، سبب می‌شود مادر علائم گرسنگی شیرخوار را شناسایی کرده و به آن پاسخ دهد. این هم‌اتاقی شانس بهتری برای شروع و تثبیت تغذیه با شیر مادر فراهم می‌کند (اقدام هفتم).

شیر کمکی

شیر کمکی لازم نیست

نوزادانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند، نیاز به هیچ غذای دیگری (آب، آب قند، شیر مصنوعی) ندارند. مگر در موارد ضرورت پزشکی. دادن این مواد منجر به اختلال در شروع موفق تغذیه با شیر مادر خواهد شد (اقدام ششم).

دادن هدیه و بسته‌های تشویقی به مادر

توزیع روتین بسته‌های شیر مصنوعی هنگام ترخیص به مادران ممنوع می‌باشد. ارائه نمونه‌های شیر مصنوعی و تبلیغات تجاری، نشان داده شده که تغذیه موفق با شیرمادر را کاهش می‌دهد (اقدام ششم). والدین نباید در دوران بارداری یا پس از زایمان در معرض بازاریابی از طریق اهدا شیر مصنوعی رایگان، هدایا و تخفیف قرار گیرند. خانواده‌ها به صورت روتین به دلیل ارتباطی که از طریق مطب پزشک خود با شرکت‌های شیر مصنوعی پیدا می‌کنند یا از طریق پیگیری خریدهای جزئی خانواده از فروشگاه‌ها، در معرض دریافت نامه‌های شرکت‌های تولید کننده محصولات جانشین شونده شیرمادر قرار می‌گیرند.

جدایی مادر و شیرخوار

برای حمایت از تمایل مادران به شیردهی، باید به آنان آموزش داد که چگونه شیر خود را در موارد جدا شدن از شیرخوار با دست یا شیردوش بدوشند (اقدام پنجم) (فصل ۱۱). اگر نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بستری است، آموزش در این زمینه باید فوراً آغاز شود و در سایر موارد این آموزش باید قبل از ترخیص مادر از بیمارستان انجام شده و در اولین ویزیت نیز، در کنار سایر مهارت‌های شیردهی، تقویت شود. هنگامی که مادر و نوزاد به دلیل ضرورت پزشکی از یکدیگر جدا می‌شوند، دوشیدن شیر نه تنها برای تغذیه شیرخوار، بلکه از نظر حفظ و تداوم تولید شیر ضروری و لازم می‌باشد (فصل ۱۰).

گول‌زنک یا پستانک

رایج‌ترین دلیل قطع شیردهی در بیمارستان، تصور مادر در مورد ناکافی بودن میزان تولید شیرش می‌باشد. ارائه آموزش‌های به موقع به مادران در زمینه نحوه تولید شیر و کاهش طبیعی وزن نوزاد در روزهای اول می‌تواند موجب افزایش اعتماد به نفس وی شود. مدت زمانی که نوزاد به مکیدن پستانک می‌پردازد در واقع معادل زمانی است که از مکیدن پستان محروم بوده است و عدم تحریک پستان، شروع تولید شیر کامل را به تأخیر می‌اندازد. ثابت شده است استفاده از پستانک در مراحل ابتدایی دوره شیردهی منجر به کوتاه شدن طول مدت تغذیه با شیر مادر می‌شود لذا باید تا زمانی که شیردهی کاملاً برقرار نشده، از استفاده از این وسایل در شرایط معمول اجتناب شود (اقدام نهم). گرچه ممکن است نوزادانی که بیمار هستند یا تحت اعمال و فرایندهای دردناک قرار می‌گیرند، با مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای (non-nutritive sucking) آرام شوند. همچنین مقادیر بسیار کم سوکروز نشان داده شده که به شیرخوار برای مقابله با فرایندهای دردناک کمک می‌کند و معمولاً برای جلوگیری از سردرگمی شیرخوار (nipple confusion)، با سرنگ داده می‌شود. AAP توصیه می‌کند استفاده از پستانک باید تا پس از تثبیت شیردهی و معمولاً تا پس از ۳-۴ هفتهگی تأخیر افتد.

حمایت مادر پس از ترخیص

برنامه ریزی برای ترخیص شامل ارجاع مادر و دادن اطلاعات به وی در مورد نحوه تماس برای دریافت کمک مستمر در مورد تغذیه با شیر مادر می‌شود (اقدام دهم). AAP توصیه می‌کند کلیه نوزادان تازه متولد شده در ۳ تا ۵ روزگی توسط پرسنل بهداشتی آگاه و مطلع ویزیت شوند. مشخص شده است پیگیری زود هنگام با طول مدت شیردهی ارتباط داشته و از عوارضی مثل سوء تغذیه و هیپر بیلی روبینمی شدید جلوگیری می‌کند (فصل ۷).