

فصل هفتم

تغذیه با شیر مادر در بیمارستان: پس از زایمان

وجود ارتباط کافی و مؤثر بین متخصصین زنان و مامایی و متخصصین اطفال بلافاصله پس از زایمان، کمک به مادران شیرده را تسهیل و تسریع می‌کند. به همان اندازه مهم است که کارکنان ارائه دهنده مراقبت‌های مادر و شیرخوار، دانش پایه در مورد تغذیه با شیر مادر را داشته باشند تا بتوانند اطلاعات صحیح و اصولی را به مادران ارائه نمایند. در این فصل از کتاب، در مورد موضوعات مرتبط با مادر و شیرخوار، پس از زایمان و قبل از ترخیص از بیمارستان بحث می‌گردد. قبل از ترخیص باید راهنمایی‌ها و آموزش‌های به موقع و از قبل پیش‌بینی شده در مورد فرایند تغذیه با شیر مادر، به مادر، پدر و سایر اعضای حمایت‌کننده خانواده داده شود. ضمناً ملاقات‌های بعدی برای پیگیری مادر نیز مشخص گردد. مادر باید بداند در صورت نیاز به حمایت‌های بیشتر در مورد تغذیه با شیر مادر، چگونه می‌تواند به این حمایت‌ها دسترسی داشته باشد.

سابقه وجود عوامل خطر در تغذیه با شیر مادر

کلیات

گرچه اغلب مادران می‌توانند شیر کافی تولید کنند و اغلب شیرخواران نیز به خوبی تغذیه شده و حجم کافی از شیر مادر دریافت می‌کنند، اما برخی عوامل خاص در مادر و شیرخوار می‌تواند شیرخوار را در معرض خطر مشکلات تغذیه با شیر مادر قرار دهد (جدول ۱-۷ و ۲-۷). فرض بر این است که عوامل خطر بروز مشکلات شیردهی بعنوان بخشی از مراقبت‌های روتین دوران بارداری بررسی می‌شود. اما ممکن است برخی مادران مراقبت‌های کمتری در دوران بارداری دریافت کرده باشند یا اصلاً مراقبت نشده باشند. در معاینه پستان مادر در دوران بارداری یافته‌هایی چون نوک پستان فرورفته، پستان‌های به شدت غیرقرینه یا پستان‌های توبولار و جراحی‌های قبلی پستان مادر که می‌تواند روی تولید کافی شیر مادر اثر منفی داشته باشد، باید بررسی شود و با مادر در مورد راهکارهای بالقوه برای موفقیت هر چه بیشتر تغذیه با شیر مادر بحث گردد. ضمناً این مشکلات باید به صورت واقع‌بینانه و با هدف حمایت از مادر، با وی در میان گذاشته شود. به خصوص عدم رشد پستان‌ها در طول بارداری یک وضعیت هشداردهنده است و باید این اطلاعات و نیز سایر اطلاعات مرتبط با وضعیت بارداری و زایمان مادر توسط متخصصین زنان و مامایی به ارائه دهندگان مراقبت‌های کودکان منتقل شود.

سابقه مادر در دوران بارداری

تاریخچه کامل مادر شامل تعداد و زمان مراقبت‌های بارداری و آموزش، عوارض پزشکی، عوارض مامایی، تاریخچه پزشکی (به خصوص جراحی‌های پستان، نازایی، مشکلات غدد درون‌ریز و سابقه مشکلات شیردهی در بارداری‌های قبلی)، تاریخچه خانوادگی (آتویی، مشکلات شیردهی) و تاریخچه روانی اجتماعی (سوء مصرف مواد، بیماری‌های روانی، سوء استفاده جنسی، حمایت خانواده از تغذیه با شیر مادر) می‌باشد.

جدول ۱-۷- عوامل خطر مادری برای بروز مشکلات شیردهی

عوامل اجتماعی

- زود تصمیم گرفتن برای تغذیه توأم با شیرمادر و تغذیه با بطری
- تاریخچه وجود مشکلات شیردهی یا وزن‌گیری ناکافی در فرزند قبلی که با شیرمادر تغذیه می‌شده
- وجود سابقه ناباروری به دلیل عوامل هورمونی
- مشکلات پزشکی خاص (مثل هیپو تیروئیدی درمان نشده، دیابت، سیستمیک فیبروزیس)
- سن مادر (مادر نوجوان یا سن بالا)
- مشکلات روانی اجتماعی به ویژه افسردگی
- عوارض دوران بارداری و زایمان (مثل خون‌ریزی، فشار خون بالا، عفونت)
- استفاده از قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری قبل از اینکه شیردهی کاملاً تثبیت شود.

فاکتورهای آناتومیک / فیزیولوژیک

- بزرگ نشدن قابل ملاحظه پستان در طول بارداری
- نوک پستان صاف یا فرورفته
- تغییرات در ظاهر پستان (عدم تقارن واضح پستان‌ها، پستان هیپوپلاستیک، توبولار)
- سابقه جراحی پستان به نحوی که مجاری شیر یا اعصاب آوران نوک پستان قطع شده باشد.
- سابقه جراحی پستان به منظور اصلاح ظاهر غیر طبیعی پستان یا مشکلات تکاملی آن
- سابقه آبسه پستانی
- زخم مقاوم یا شدید نوک پستان
- نارسایی در مرحله دوم لاکتوژنز (ازدیاد تولید شیر صورت نگرفته)

فاکتورهای محیطی

- جدایی مادر و شیرخوار یا مادران نیازمند به دوشیدن شیر

برگرفته از:

Adapted with permission from Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:273-297.

تاریخچه شیرخوار

تاریخچه یا شرح حال کامل شامل عوارض پزشکی، الگوی تغذیه و دفع شیرخوار پس از تولد، الگوی خواب و خلق و خوی شیرخوار می باشد.

جدول ۲-۷- عوامل خطر مربوط به شیرخوار برای بروز مشکلات شیردهی

فاکتورهای فیزیولوژیک/آناتومیک/طبی

- شیرخوار با وزن تولد زیر ۲۵۰۰ گرم یا نارس (زیر ۳۷ هفته)
- دو یا چندقلویی
- مشکل در پستان گرفتن (یک یا هر دو پستان)
- مکیدن غیر مؤثر یا غیر مداوم
- ناهنجاری های آناتومیک دهان (شکاف لب/شکاف کام، چانه کوچک، زبان بزرگ)
- مشکلات پزشکی (زردی، هیپوگلیسمی، دیسترس تنفسی، عفونت)
- مشکلات عصبی (سندرم های ژنتیکی، کاهش یا افزایش تونیسیت)
- شیرخواری که دائم خواب است.
- کاهش وزن شدید شیرخوار

فاکتورهای محیطی

- استفاده از شیر مصنوعی
- در زمان ترخیص از بیمارستان تغذیه مؤثر از پستان مادر برقرار نشده است.
- ترخیص زودهنگام از بیمارستان
- استفاده زودهنگام از پستانک و گول زنک.

برگرفته از:

Adapted with permission from Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:273-297.

الگوهای تغذیه ای

مادران تازه زایمان کرده باید تشویق شوند که در هر بار تغذیه شیرخوار، از هر دو پستان شیر دهند و در این صورت شیردهی را از پستانی شروع کنند که دفعه قبل، شیردهی را به آن ختم نموده اند. این مسئله به تولید بهتر شیر مادر کمک می کند (جدول ۳-۷). گرچه برای یک نوزاد تازه متولد شده کاملاً طبیعی است که پس

از تغذیه از یک پستان به خواب رفته و از گرفتن پستان دوم اجتناب ورزد. باید اجازه داد که شیرخوار ترجیحاً پستان اول را کاملاً تخلیه نموده و سپس وی را به پستان دیگر گذاشت. مادر نباید تغذیه را فقط به خاطر گذاشتن شیرخوار به پستان دیگر، قطع نماید. شیرخوار معمولاً پستان اول را پس از تخلیه کافی، خود به خود رها می‌سازد. زمان بندی شیردهی از هر پستان نه لازم است و نه مطلوب. محدود کردن زمان تغذیه از پستان، هیچ تأثیری در زخم نوک پستان ندارد، بلکه به پستان گذاشتن صحیح و بغل کردن درست شیرخوار، نقش مهمی را در این زمینه به عهده دارد.

جدول ۳-۷- میزان تولید شیر برای نوزادان شیرمادرخوار در هفته اول زندگی

مقدار شیری که ممکن است با دوشیدن خارج شود	۲۴ ساعت اول
شیر باید جریان یابد (مرحله دوّم لاکتوژن)	روز دوّم
شیر باید جریان یابد (مرحله دوّم لاکتوژن)	روز سوّم
شیر باید جریان یابد (مرحله دوّم لاکتوژن)	روز چهارم
شیر باید وجود داشته باشد، پستان‌ها ممکن است سفت باشند یا نشت شیر داشته باشند.	روز پنجم
پستان‌ها باید پس از تغذیه شیرخوار، نرم باشند.	روز ششم به بعد

برگرفته از:

Adapted with permission from Neifert MR. Clinical aspects of lactation. Clin Perinatol. 1999;26:281-306.

نشانه‌های گرسنگی شیرخوار

بسیاری از والدینی که تازه صاحب فرزند شده‌اند، انتظار دارند نوزاد گرسنگی خود را با گریه اعلام کند. والدین باید بدانند که گریه علامت دیررس گرسنگی است که در صورت بروز، آرام کردن شیرخوار و پستان گرفتن وی را با مشکل روبرو می‌کند. آموزش‌های به موقع و هم‌اتاقی ۲۴ ساعته مادر و شیرخوار این امکان را به والدین می‌دهد که به علایم زودرس گرسنگی شیرخوار مثل افزایش هوشیاری، جمع کردن انتهاها، حرکات دهان و زبان، در آوردن صداهای آرام (cooing)، رفلکس جستجو، بردن مشت به دهان یا مکیدن انگشتان دست توجه بیشتری نمایند. علایم سیری (مثل مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای با فواصل طولانی بین مکیدن‌ها، رهاسازی پستان توسط شیرخوار، برطرف شدن علایم گرسنگی، آرام و شل شدن شیرخوار و به خواب رفتن) نیز نیاز به آموزش و یادگیری دارد.

دفعات تغذیه

مادر باید علاوه بر آموزش در مورد نحوه پستان گرفتن و بغل کردن شیرخوار (فصل ۶)، در مورد روش‌های معمول شیردهی که انواع مختلف دارد، آموزش ببیند (جدول ۴-۷). معمولاً نوزاد تازه متولد شده، ۸ تا ۱۲ بار یا بیشتر در ۲۴ ساعت و حداقل ۱۰ تا ۱۵ دقیقه از هر پستان شیر می‌خورد. فاصله بین تغذیه‌ها از شروع یک نوبت تغذیه تا شروع نوبت بعدی تغذیه محاسبه می‌شود. تغذیه مکرر در چند روز اول، میزان افت وزن نوزاد پس از تولد و همچنین سطح بیلی روبین را کاهش می‌دهد و به تولید و برقراری شیر مادر کمک می‌کند. گرچه همه شیرخواران به طور متوسط هر ۲-۳ ساعت یکبار تغذیه می‌شوند، اما بین هر شیرخوار با شیرخوار دیگر و همچنین در یک شیرخوار در طول یک ۲۴ ساعت، تفاوت بسیاری وجود دارد. شیر مادر سریع‌تر از شیر مصنوعی از معده تخلیه شده و هضم می‌شود. در صورت عدم آموزش این نکته به مادر، او اغلب شیرخوار خود را با یک شیر مصنوعی خوار مقایسه نموده و از تعداد دفعات طبیعی تغذیه شیرخوار خود با پستان دچار سوء برداشت شده و تصور می‌کند شیر کافی ندارد. هرچه سن شیرخوار افزایش می‌یابد، بهتر و موثرتر شیر می‌خورد، دفعات و مدت تغذیه کاهش می‌یابد.

جدول ۴-۷- میزان طبیعی جذب/ دفع نوزاد شیر مادر خوار

روز	سن (به ساعت)	حجم شیر در هر بار تغذیه (ml)	حجم شیری که مادر می‌بیند	خصوصیت و ویژگی در روز	تعداد دفعات تغذیه	تعداد دفعات ادرار*	تعداد دفعات مدفوع*	رنگ مدفوع	کاهش وزن طبیعی #	کاهش وزن شدید#	حجم شیر مکمل (ml)
۱	۰-۲۴	۰-۵	قطرات	هر نوعی ممکن و قابل قبول است.	>۶	>۱	>۱	مکونیوم	وزن تولد	-	۵-۱۰
۲	۲۴-۲۸	۵-۱۰	یک قاشق چایخوری	شیر خوردن سریع و با هیجان	≥۸**	۲-۳	۱-۲	مکونیوم	<۳%	>۵%	۰-۲۰
۳	۴۸-۷۲	۱۰-۲۰	یک قاشق غذاخوری	شروع دریافت شیر	≥۸**	۴-۶	>۳	بینابینی	<۶%	>۸%	۲۰-۳۰
۴	۷۲-۹۶	۲۰-۳۰	۱ اونس	تطابق با حجم شیر	≥۸	۴-۶	>۴	بینابینی	<۸% (ممکن است وزن اضافه کند)	>۱۰%	۳۰-۴۰
۵	>۹۶	>۳۰	بیش از یک اونس	در حال رشد	≥۸	۶-۸	>۴	زرد	نوزاد باید وزن گرفته باشد	>۱۰%	۴۰-۵۰*

* نوزاد باید در ۲۴ ساعت اول پس از تولد دفع ادرار و در ۴۸ ساعت اول دفع مدفوع داشته باشد.
 * + پس از پاک شدن مکنونیوم و زمانی که شیرخوار منتظر جریان یافتن شیر است، ممکن است وقفه کوتاهی در دفع مدفوع وجود داشته باشد.
 # اعداد ذکر شده برای میزان طبیعی کاهش وزن و کاهش وزن شدید تقریبی می باشد و ممکن است برای نوزادان قوی تر یا آسیب پذیرتر متفاوت باشد.
 ** نوزادان ممکن است قبل از جریان یافتن شیر، بسیار مکرر شیر بخورند، حتی در چند شب اول هر ساعت یک بار.
 برگرفته از:

Adapted from Stellwagen L, Schanler RJ. Breastfeeding the newborn. AAP Textbook of Pediatric Care. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2013.

انواع شیر خوردن

شیرخواران بر اساس رفتارهای تغذیه‌ای تقسیم بندی می شوند. کلید یک مشاوره خوب، شناخت همین تفاوت‌ها در شیرخواران و پاسخ مناسب به آنهاست (جدول ۵-۷).

رفتار شیرخواران

شیرخوار خواب‌آلود

بسیاری از شیرخواران، بعد از ۱ تا ۲ ساعت هشیاری نسبی بلافاصله پس از تولد (که بهترین زمان برای شروع تغذیه با شیرمادر است)، به خواب عمیق رفته و تا چند ساعت فقط بیداری‌های نسبی و مختصر دارند. این یک الگوی طبیعی است و نیازی به مصرف شیر کمکی یا چیز دیگری نیست. گاهی اوقات کنار زدن پوشش شیرخوار، ماساژ ملایم، ایستاده نگه داشتن شیرخوار، حرکت ملایم، تعویض پوشک، صحبت کردن با شیرخوار یا تماس پوست با پوست شیرخوار با قفسه سینه مادر، شیرخوار خواب‌آلود را بیدار می‌کند. شیرخوار در چند روز اول تولد، دوره‌های بیداری کوتاهی دارد که ممکن است در صورت عدم تغذیه با شیرمادر، از دست برود. هم‌اتاقی مادر و شیرخوار که در آن شیرخوار در نزدیکی کامل با مادر می‌خوابد، اجازه می‌دهد تا مادر بتواند علائم گرسنگی ظریف و غیر آشکار (Subtle) شیرخوار را شناسایی کند. نوزادی که مادرش مقادیر زیادی داروهای خواب‌آور (نارکوتیک و سداتیو) و یا مسکن دریافت کرده، ممکن است دوره خواب طولانی‌تری داشته باشد و ممکن است لازم باشد که او را هر ۴ ساعت برای تغذیه بیدار کنند.

جدول ۵-۷- انواع مختلف تغذیه شیرخواران

توضیح	نوع
پستان را می‌گیرد و ۲۰-۱۰ دقیقه با انرژی پستان را می‌مکد.	Barracuda (or excited /effective (با هیجان و مؤثر)
در تغذیه از پستان بسیار مشتاق و فعال است، و وقتی شیر از پستان نمی‌آید، ناامید می‌شود و گریه می‌کند.	Excited ineffective (با هیجان و غیر مؤثر)
قبل از مکیدن صبر می‌کند تا شیر ظاهر شود و پس از این که شیر خارج شد، به خوبی وارد عمل می‌شود.	(Procrasinator) (Slow to Start برای شروع کردن تعلل می‌کند)
قبل از گرفتن پستان، آن را لبس می‌زند، قطرات شیر را مزه مزه می‌کند، تلاش برای تعجيل در این زمینه با اعتراض شدید شیرخوار روبه‌رو می‌شود.	(Gourmet) (Slow Feeder (تغذیه کننده آرام)
ترجیح می‌دهد چند دقیقه شیر بخورد، سپس چند دقیقه استراحت کند. این شیرخوار نسبت به سایر شیرخواران، به تغذیه طولانی تری نیاز دارد.	(Rester) (Protracted Feeder (تغذیه کننده طولانی مدت)

شیرخواران بدخلق و ناآرام

شیرخوار بدخلق یا ناآرام ممکن است بعد از یک بار تغذیه، به خصوص قبل از کامل شدن مرحله دوم لاکتوژن، بدخلی کند. اما معمولاً با یک یا دو دقیقه تغذیه بیشتر از پستان، تعویض پوشک یا نوازش راضی می‌شود. اگر شیرخوار مکرراً بعد از هر بار تغذیه بدخلی می‌کند (حتی بعد از برقرار شدن جریان شیر)، مادر و شیرخوار باید از نظر تولید شیر، انتقال شیرو و وزن‌گیری شیرخوار بررسی شوند. تغذیه با شیر مادر باید در زمانی که شیرخوار در حالت هشپاری نسبی است، شروع شود. اگر شیرخوار در مرحله هشپاری فعال یا در حال گریه باشد، برای تغذیه موفق با شیر مادر باید او را آرام کرد.

گریه

گرچه سال‌ها است که گریه به عنوان علامت نیرو و توان شیرخوار، ریه‌های سالم و سلامت عمومی وی تفسیر گردیده، اما گریه سبب افزایش فعالیت، صرف انرژی و بلع هوا می‌شود که ممکن است منجر به استفراغ شود. به علاوه، گریه ذخایر متابولیک شیرخوار را تخلیه می‌کند و ممکن است موجب هیپوگلیسمی شود و رفتارهای ابتدایی تغذیه‌ای شیرخوار را مختل کند. گریه علامت بسیار دیررس گرسنگی است. شیرخوارانی که برای مدت

طولانی گریه می‌کنند خسته می‌شوند و بدون تغذیه یا قبل از تغذیه کامل، به خواب می‌روند. تغذیه مکرر، دوره‌های گریه را کاهش می‌دهد. باید تلاش کرد گریه شیرخوار را به حداقل رساند.

ارزیابی شیرخوار

معاینه فیزیکی شیرخوار

معاینه فیزیکی شیرخوار باید شامل معاینه عمومی، بررسی علایم حیاتی، بررسی صدک‌های رشد و درصد تغییر وزن از هنگام تولد و یک معاینه دقیق تر دهانی-حرکتی (شامل اندازه فک تحتانی، فرنولوم، رفلکس جستجو و مکیدن) باشد. وجود ناهنجاری‌های مادرزادی و تونیسیته کلی شیرخوار باید مورد توجه قرار گیرد.

مشاهده شیردهی

مشاهده یک وعده تغذیه و ارزیابی وضعیت بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوار، رفلکس جهش شیر و انتقال شیر به شیرخوار، توسط پزشک یا نیروهای تحت نظر پزشک بسیار مفید خواهد بود. ضمناً به عکس‌العمل‌های مادر نیز در هنگام تغذیه شیرخوار باید توجه کرد (مثل احساس درد، لذت، نگرانی، آرامش و...). پرسنل بیمارستان باید شیردهی مادر را حداقل دو بار در روز مشاهده و ثبت نمایند (جدول ۶-۷)

نحوه پستان گرفتن (Latch)

دهان شیرخوار باید کاملاً باز باشد و لب‌ها به بیرون برگشته باشد (مانند لب‌های ماهی) و نوک پستان و قسمت بیشتری از هاله اطراف نوک را در بر گرفته باشد. برخی از فاکتورهای مهم در ارزیابی نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار عبارتند از:

توانایی شیرخوار در گرفتن پستان، کیفیت گرفتن پستان، شنیدن صدای بلع شیر، خصوصیات آناتومیکی و فیزیولوژیک نوک پستان، احساس مادر و این که آیا فرد مراقب در شیردادن به مادر کمک می‌کند.

جدول ۶-۷- مرور کلی: نظارت و ارزیابی وضعیت تغذیه نوزاد با شیر مادر در بیمارستان**ارزیابی تغذیه با شیر مادر**

- مستندات ثبت شده در پرونده در مورد وضعیت بارداری مادر، زایمان و ریکواری نوزاد و انتقال وی را مرور کنید.
- در مورد زمان و اتفاقات مربوط به اولین تغذیه شیرخوار بحث کنید.
- آیا مادر سابقه شیردهی قبلی دارد؟
- مادر چه می‌کند و چه احساسی در مورد شیردهی دارد؟
- آیا نوزاد را برای تغذیه باید از خواب بیدار کرد؟
- آیا نوزاد به راحتی پستان را می‌گیرد و مشتاقانه شیر می‌خورد؟
- در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول، چند بار نوزاد به پستان گذاشته شده است؟
- آیا نوزاد شیر کمکی دریافت می‌کند؟
- کهنه‌های مرطوب شیرخوار در ۲۴ ساعت گذشته چه تعداد بوده است؟
- دفعات دفع مدفوع در ۲۴ ساعت گذشته چه تعداد بوده است؟
- مدفوع نوزاد چه رنگی است؟
- آیا پستان‌های مادر راحت (بدون درد و حساس به لمس) است؟
- آیا مادر دارویی مصرف می‌کند؟
- اعضای خانواده در مورد تغذیه با شیر مادر چه احساسی دارند؟

معاینه مادر و نوزاد

- سن داخل رحمی و وزن هنگام تولد نوزاد را به دست آورید.
- وضعیت عصبی رفتاری نوزاد را بررسی کنید.
- مقدار افزایش وزن یا کاهش وزن نوزاد از زمان تولد را محاسبه کنید.
- شیردهی مادر را مشاهده کنید.
- پستان‌های مادر را معاینه کنید یا در صورت نیاز، وی را برای بررسی بیشتر ارجاع دهید.
- نوزاد را با توجه به وضعیت دهانی-حرکتی، معاینه کنید.
- وضعیت هیدراتاسیون نوزاد را ارزیابی کنید.
- وضعیت زردی شیرخوار را بررسی کنید.

آموزش و راهنمایی به موقع و مورد انتظار

- مادر را تشویق کنید شیرخوار را بنا به تقاضای وی، تقریباً ۱۲-۸ بار در شبانه‌روز شیر دهد.
- در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول، نوزاد ممکن است علاقه کمی به تغذیه با شیر مادر نشان دهد.
- نوزادانی که برای تغذیه از خواب بیدار نمی‌شوند را باید حداقل هر ۴ ساعت یک بار برای تغذیه بیدار کنند.
- استفاده از پستانک و سرشیشه را منع کنید و در مورد خطرات بالقوه آن توضیح دهید.
- الگوهای طبیعی تغذیه با شیر مادر را مرور کنید.
- الگوهای طبیعی دفع شیرخوار را مرور کنید.

مداخلات تغذیه با شیر مادر

- در طول ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول مراقبت حمایتی مستمر (و نه مختل کننده) از اهمیت خاصی برخوردار است.
- نشانه‌های تولید یا دریافت ناکافی شیرمادر را شناسایی کنید و فاکتورهای بالقوه مرتبط با آن را برطرف کنید.
- اگر مادر و شیرخوار از هم جدا می‌باشند، تولید شیر را حفظ کنید.
- اگر مشکلات در حال پیشرفت است، ارجاع به متخصص شیردهی را در نظر داشته باشید.

ویزیت ترخیص از بیمارستان

- به والدین به خاطر تصمیم برای تغذیه نوزاد با شیر مادر تبریک بگوئید.
- برخی از مزایای تغذیه با شیر مادر را مرور کنید.
- به مادر یادآوری کنید هر زمان که گرسنه یا تشنه است، بخورد و بیاشامد.
- ویزیت پیگیری در مطب را در سن ۳-۵ روزگی یا در صورت نیاز زودتر، ترتیب دهید.

برگرفته از:

Adapted from Checklists for Breastfeeding Health Supervision. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1999.

تغییرات وزن

صحيح‌ترین روش ارزیابی کفایت تغذیه با شیرمادر، اندازه‌گیری دوره ای وزن شیرخوار بدون لباس می‌باشد. تقریباً همه شیرخواران در ۲ تا ۴ روز اول پس از تولد، وزن از دست می‌دهند. شیرخوارانی که خوب تغذیه می‌شوند، نباید پس از مرحله دوم لاکتوژنز کاهش وزن داشته باشند. کاهش وزن بیشتر از ۸ تا ۱۰ درصد وزن هنگام تولد، حتی اگر به نظر می‌رسد که لاکتوژنز و انتقال شیر به خوبی پیش می‌رود، نامطلوب است. در چنین شرایطی، تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار باید ارزیابی شود. پس از تکمیل مرحله دوم لاکتوژنز، شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده و خوب تغذیه می‌شود، باید شیر کافی دریافت کند تا از روز ۴ یا ۵ پس از تولد شروع به افزایش وزن به میزان تقریبی ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز (نیم تا یک اونس در روز) نماید. با این مقدار افزایش وزن، اغلب شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند تا روز ۱۰ الی ۱۴ وزنی بیشتر از وزن تولد خود خواهند داشت و طی دو ماه اول ۱۵۰ تا ۲۱۰ گرم در هفته (۷-۵ اونس در هفته) افزایش وزن خواهند داشت. شیرخواری که با شیرمادر تغذیه می‌شود و در ۲ هفته وزنی کمتر از وزن هنگام تولدش می‌باشد، نیازمند ارزیابی دقیق و مداخله است. برای اطلاع از متوسط افزایش وزن دختران و پسران شیرمادرخوار جدول ۲-۸ را مطالعه کنید.

الگوی دفع

میزان دفع ادرار در ۳ تا ۴ روز اول پس از تولد، معمولاً از میزان مایع دریافت شده بیشتر است که یک پاسخ فیزیولوژیک برای کاهش فضای مایع خارج سلولی می‌باشد. الگوی دفع ادرار و مدفوع شیرخوار پس از چند روز اول تولد، شاخص خوبی برای بررسی دریافت کافی شیر می‌باشد (جدول ۴-۷). ثبت روزانه میزان تغذیه و دفع شیرخوار در چند هفته اول توسط مادر می‌تواند مفید باشد.

دفع ادرار

در روزهای ۵ تا ۷ تولد (معمولاً یک تا دو روز پس از کامل شدن مرحله دوم لاکتوژنز)، نوزاد شیرمادرخوار باید ۶ بار در روز یا بیشتر ادرار بی‌رنگ و رقیق دفع نماید.

دفع مدفوع و ویژگی‌های آن

مدفوع شیرخوار و خصوصیات آن هر دو، از شاخص‌های مهم بررسی میزان دریافت شیرمادر می‌باشد. مدفوع مکنونیومی طبیعی و سبز-سیاه شیرخوار باید تا روز ۴ یا ۵ پس از تولد به مدفوع بینابینی سبز، سپس مدفوع نرم، دانه دانه و زرد تبدیل شود. در روز پنجم تا هفتم، شیرخواری که خوب با شیرمادر تغذیه می‌شود، حداقل ۳-۴ بار در روز مدفوع زردرنگ با حجم متوسط دفع می‌نماید. برخی از شیرخواران، پس از اکثر دفعات تغذیه، مدفوع می‌کنند. پس از ماه اول، حجم هر بار مدفوع افزایش یافته و دفعات آن کاهش می‌یابد. آموزش‌های

به هنگام در این زمینه ضروری است زیرا مدفوع طبیعی شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند کاملاً شل بوده و ممکن است با اسهال اشتباه شود، به خصوص اگر والدین به دیدن مدفوع سفت و قهوه‌ای خاص شیرخوارانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند، عادت داشته باشند. دریافت ناکافی شیر مادر در شیرخوار بالای ۵ روز، ممکن است به صورت وجود مدفوع مکنونی، مدفوع بینابینی سبز-قهوه‌ای، تعداد کم دفعات دفع مدفوع (کمتر از ۳ بار در روز) یا مدفوع بسیار اندک تظاهر نماید.

هیپوگلیسمی

یکی از شایع‌ترین نگرانی‌های بیان شده توسط پزشکان در مورد شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند، هیپوگلیسمی است. خطر هیپوگلیسمی با تماس فوری پوست ب پوست مادر و شیرخوار و تداوم آن، همچنین شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر کاهش می‌یابد. مصرف انرژی شیرخوار و در نتیجه مصرف گلوکز با برقراری تماس زود هنگام پوست با پوست مادر و شیرخوار کاهش می‌یابد. غلظت قند خون نوزاد ۲-۱ ساعت پس از تولد به کمترین حد خود می‌رسد. پاسخ تطابقی بدن به غلظت پائین قند خون در شیر مادر خواران، به صورت افزایش میزان اجسام کتون و سایر ترکیبات فرعی می‌باشد که به عنوان سوخت جایگزین، تا زمان برقراری تغذیه با شیر مادر برای شیرخوار عمل می‌کنند. مصرف انرژی شیرخوار و در نتیجه مصرف گلوکز، با برقراری تماس زود هنگام پوست با پوست مادر و شیرخوار کاهش می‌یابد.

علائم و نشانه‌ها: علائم بالینی هیپوگلیسمی ممکن است بروز نکند و غیر اختصاصی باشد یا به صورت تغییرات رفتاری (بی‌قراری و تحریک‌پذیری، بی‌حالی، گیجی، کما)، آبنه، تاکی پنه، حملات سیانوتیک، هیپوترمی، هیپوتونی، لرزش، تشنج، بی‌ثباتی دمای بدن و تغییر در الگو یا پاسخ‌های تغذیه‌ای بروز نماید.

علل: بطور کلی نوزاد ترم، سالم و شیر مادر خوار به هیپوگلیسمی علامت‌دار دچار نمی‌شود. اگر این نوزاد به هیپوگلیسمی علامت‌دار دچار شود، یک بیماری زمینه‌ای وجود دارد. نوزادان مادران دیابتیک، نوزادانی که نسبت به سن بارداری کوچک هستند (SGA) یا نوزادان نارس، در معرض خطر هیپوگلیسمی هستند.

ارزیابی: اندازه‌گیری روتین میزان قند خون در نوزادان ترم بدون علامت و نوزادان بدون فاکتور خطر، ضروری نیست. غلظت قند خون باید در نوزادان در معرض خطر و یا نوزادانی که علائم بالینی به نفع هیپوگلیسمی دارند، اندازه‌گیری شود. تست‌های غربالگری بر بالین بیمار باید با مقیاس‌های آزمایشگاهی قند خون تأیید شوند. شیرخواران در معرض خطر و شیرخواران دارای قند خون غیرطبیعی باید قبل از هر بار تغذیه کنترل شوند و این کنترل تا زمانی ادامه می‌یابد که چند آزمایش قند خون نرمال قبل از تغذیه وجود داشته باشد.

اندازه‌گیری دوره ای (سریال) قند خون، مانع تغذیه روتین با شیرمادر نمی‌باشد.

درمان: هیپوگلیسمی با شروع زود هنگام تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیرمادر ظرف یک ساعت اول پس از تولد کاهش می‌یابد. شروع زود هنگام تغذیه با شیرمادر نباید حذف یا قطع شود حتی اگر شیرخوار نیازمند اندازه‌گیری و کنترل گلوکز خون باشد. در شیرخوار بدون علامت که با شیرمادر تغذیه می‌شود، باید دفعات تغذیه با شیرمادر را هر ۲-۱ ساعت ادامه داد و قند خون را قبل از تغذیه بعدی چک کرد. اگر تغذیه با شیرمادر به تنهایی نمی‌تواند غلظت قند خون مناسب را حفظ و اصلاح نماید، در این صورت شیر دوشیده شده مادر یا شیر مصنوعی باید داده شود. هیپوگلیسمی علامت دار، نیازمند درمان با گلوکز داخل وریدی است. به محض اینکه شیرخوار از نظر بالینی تثبیت شد، تغذیه با شیرمادر باید ادامه یابد حتی اگر هنوز دادن گلوکز وریدی برقرار باشد.

تغذیه از پستان در مقایسه با تغذیه با بطری

کلیات

تفاوت عمده‌ای در حرکات زبان و فک شیرخوارانی که از پستان تغذیه می‌کنند با شیرخوارانی که توسط بطری تغذیه می‌شوند، وجود دارد. در تغذیه از پستان، تنفس با مکیدن و بلع هماهنگ است و معمولاً از الگوی یک/یک/یک پیروی می‌کند. جریان سریع شیر از بطری سبب وقفه تنفسی شده و بازدنم را کوتاه می‌کند. اغلب چنین تصور می‌شود که شیرخوارانی که از پستان تغذیه می‌شوند و برای دریافت شیر مشکل دارند در صورتی که بطری در اختیارشان گذاشته شود، تمایل بیشتری به تغذیه با بطری نشان خواهند داد. برخی شیرخواران ممکن است جریان سریع تر شیر از بطری را که وابسته به جاذبه زمین است به تغذیه از پستان مادر ترجیح دهند. از آنجا که آشنا کردن شیرخوار با بطری، خطر بالقوه قطع و اختلال رفتارهای مؤثر تغذیه با شیر مادر را به همراه دارد، لذا باید تا زمانی که تغذیه از پستان به خوبی در شیرخوار تثبیت نشده، از بطری استفاده نگردد.

گول‌زنک (پستانک)

استفاده از پستانک بهتر است در شروع تغذیه با شیرمادر اجتناب شود و فقط پس از تثبیت کامل تغذیه با شیرمادر استفاده شود. در برخی شیرخواران، استفاده زود هنگام از پستانک ممکن است با تثبیت رفتارهای مناسب تغذیه ای شیرخوار تداخل کند، و در برخی دیگر ممکن است نشان دهنده وجود یک مشکل شیردهی باشد که نیازمند مداخله است.

ارزیابی مادر

درد نوک پستان

زخم نوک پستان شایع‌ترین شکایت مادران شیرده بلافاصله پس از زایمان است. درد واقعی نوک پستان نباید طبیعی قلمداد شود. درد نوک پستان که فراتر از یک درد یا ناراحتی ساده باشد، یا حتی دردی که پس از شروع تغذیه یا بعد از رفلکس جهش شیر ادامه یابد، باید سریعاً مورد بررسی قرار گیرد. بی‌توجهی به این مسئله منجر به بروز مشکلات دیگری مثل احتقان پستان، ماسیتت یا قطع زود هنگام شیردهی خواهد شد (فصل ۹).

علائم و نشانه‌ها: ناراحتی خفیف و زود هنگام نوک پستان در زنان شیرده شایع است. درد گذرای نوک پستان در نتیجه کشش پوست، معمولاً از روز دوم پس از زایمان شروع شده، در روزهای ۳ تا ۵ افزایش یافته و سپس بهبود می‌یابد. درد شدید نوک پستان یا دردی که در تمام طول تغذیه شیرخوار ادامه یابد یا دردی که در پایان هفته اول هنوز بهبود نیافته باشد، نباید طبیعی تلقی شود.

علل: برخی از علل بالقوه زخم نوک پستان در دوره بلافاصله پس از زایمان شامل موارد زیر است:

- تکنیک نادرست شیردهی، بخصوص وضعیت نادرست بغل کردن و به پستان گذاشتن که شایع‌ترین علامت درد نوک پستان بلافاصله پس از زایمان می‌باشد. وقتی شیرخوار پستان مادر را صحیح نگرفته باشد، انتقال شیر محدود می‌شود و در نتیجه وزن‌گیری شیرخوار کاهش یافته و تولید شیر مختل می‌گردد. مادرانی که برش شکمی ناشی از سزارین یا سایر جراحی‌ها را دارند باید وضعیت‌های راحت‌تری برای تغذیه شیرخوار مثل روش زیر بغلی (فوتبالی) در نظر بگیرند.
- ترومای نوک پستان که سبب ایجاد ترک در نوک پستان می‌شود مثل شستن و تمیز کردن بیش از حد پستان، کشیدن پستان به زور از دهان شیرخوار قبل از قطع مکش، تغییرات آب و هوایی و حساسیت‌های پوستی از دیگر علل بالقوه زخم نوک پستان است. احتیاجی به شستشوی نوک پستان نیست و حمام کردن معمول کفایت می‌کند. با مادر در مورد عدم استفاده از صابون برای شستن نوک پستان به دلیل ایجاد تحریک و صدمه به نوک پستان مشاوره کنید.

ارزیابی: در کنار مشاهده نحوه شیردهی مادر، باید بررسی تاریخچه تغذیه، معاینه پستان و نوک پستان مادر و معاینه دهانی - حرکتی شیرخوار نیز انجام شود. نحوه پستان گرفتن شیرخوار و وضعیت بغل کردن شیرخوار باید به دقت ارزیابی شود. نحوه مکیدن شیرخوار نیز باید بررسی شود. از مادر باید در مورد استفاده از شوینده‌ها و پاک‌کننده‌های قوی یا هر کرم یا پماد دیگر روی پستان سؤال شود. به ندرت کشت قارچی یا باکتریایی نیاز خواهد شد (فصل ۹).

درمان: محدود کردن مدت به پستان گذاشتن شیرخوار، حتی به منظور افزایش تدریجی مدت زمان شیردهی، از ایجاد درد نوک پستان جلوگیری نمی‌کند. درمان درد نوک پستان بستگی به عامل زمینه‌ای ایجاد کننده آن دارد. مداخلات اصلی درمان زخم نوک پستان شامل کمک ماهرانه به مادر در زمینه اصلاح وضعیت بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار می‌باشد. عفونت‌های خاص و درماتوزها نیازمند درمان مستقیم می‌باشند. برخی کرم‌ها و لوسسیون‌ها تحریک کننده بوده و منجر به تظاهرات آلرژیک می‌شوند. در حال حاضر متخصصین علم بهبود زخم، برای درمان بهتر، پوشش‌های محافظتی نگهدارنده رطوبت را به جای استفاده از گرمای خشک توصیه می‌کنند. درد را می‌توان با مصرف مسکن‌هایی مثل ایبوپروفن یا استامینوفن، نیم ساعت قبل از شیر دادن کاهش داد. اگر تروما شدید باشد، ممکن است لازم باشد شیرمادر به صورت دستی یا مکانیکی دوشیده شود تا بافت نوک پستان بهبود یابد و تغذیه از پستان ادامه یابد. اگر مقداری از شیرمادر پس از تغذیه شیرخوار، روی محل زخم گذاشته شود بهبود زخم نوک پستان تسریع می‌گردد. شیردهی در وضعیت‌های مختلف نیز می‌تواند از افزایش حساسیت یا صدمه به نوک پستان جلوگیری نماید. اگر فقط یک پستان درگیر باشد، تغذیه باید از پستان سالم شروع شود تا رفلکس جاری شدن شیر(رگ کردن) اتفاق افتد و سپس شیرخوار به پستان مبتلا گذاشته شود زیرا در این هنگام مکیدن‌های شیرخوار از شدت کمتری برخوردار خواهد بود. استفاده از محافظ سیلیکونی نوک پستان نیز درد نوک پستان را کاهش می‌دهد (فصل ۱۱).

احتقان

پری طبیعی پستان به علت پرخونی عروق در طول مرحله دوم لاکتوژنز رخ می‌دهد، اما احتقان عبارت است از تورم و پری بیش از حد، دردناک، منتشر و سفت پستان که به دلیل تخلیه غیر مؤثر یا غیر مکرر شیر از پستان رخ می‌دهد. مادر ممکن است تب خفیف داشته باشد بنابراین بهترین درمان احتقان، پیشگیری از وقوع آن از طریق تغذیه مکرر می‌باشد. احتقان اگر درمان نشود منجر به بروز مشکلاتی در پستان گرفتن شیرخوار شده و تبدیل به ماستیت می‌شود. احتقان پستان نباید با مجرای شیر بسته (plugged milkduct) اشتباه شود. مجرای شیری بسته به صورت یک توده لوکالیزه در یک منطقه از پستان دیده می‌شود (جدول ۱-۹). احتقان پستان در سنین بالاتر شیرخوار نیز ممکن است به دلیل حذف یک وعده شیردهی یا تغییر ناگهانی در دفعات تغذیه ایجاد شود.

علائم و نشانه‌ها: احتقان پستان معمولاً در روزهای ۳ تا ۷ پس از زایمان که میزان تولید شیر بالاست رخ می‌دهد و در زنان اول زا شدیدتر است. پستان‌ها متورم، گرم و حساس به لمس هستند. در موارد شدید، نوک پستان صاف می‌شود به طوری که شیرخوار نمی‌تواند آن را بگیرد. احتقان پستان گاهی با ماستیت اشتباه

می‌شود. اما در احتقان دمای بدن به ندرت بالای ۳۸ درجه سانتیگراد می‌رسد، شکایات سیستمیک وجود ندارد و تعداد گلبول‌های سفید خون نرمال است. تورم و حساسیت پستان‌های محتقن دو طرفه و ژنرالیزه است (نه یک طرفه و لوکانیره مانند آنچه که در عفونت دیده می‌شود) (جدول ۷-۱).

علل: احتقان می‌تواند نتیجه شیردهی غیر مکرر و غیر مؤثر به دلیل وجود زخم یا صدمه نوک پستان، شیرخوار خواب‌آلود یا جدایی مادر و شیرخوار باشد. احتقان به دلیل پرخونی عروق ناشی از پاسخ‌های هورمونی یا انسداد درناژ لنفاتیک ایجاد می‌شود.

ارزیابی: معاینه پستان‌ها باید از طریق مشاهده و لمس کامل هر دو پستان به خصوص توجه به قرمزی، سفتی، حساس بودن به لمس و عدم تقارن آنها انجام شود.

درمان: درمان احتقان پستان، تخلیه مؤثر و مکرر شیراز پستان‌ها است (جدول ۷-۷). زمانی که احتقان بهبود یافت، مادر باید اقداماتی را برای پیشگیری از عود مجدد آن انجام دهد. مادر باید در صورت جدایی از شیرخوار به یک شیردوش مناسب دسترسی داشته باشد یا در زمینه دوشیدن پستان با دست آموزش ببیند.

جدول ۷-۷ - درمان احتقان پستان

- کمپرس گرم و مرطوب به مدت ۲۰ دقیقه یا دوش آب گرم قبل از تغذیه شیرخوار به منظور تحریک جریان شیر.
- ماساژ ملایم پستان و دوشیدن شیر با دست به منظور تسهیل پستان گرفتن شیرخوار.
- تغذیه مکرر و مؤثر شیرخوار هر ۳-۱ ساعت.
- تخلیه مکرر و مؤثر پستان با دست یا شیردوش در صورتی که مادر و شیرخوار از هم جدا هستند، یا پستان آنقدر حساس است که پستان گرفتن شیرخوار غیر ممکن باشد.
- کمپرس سرد پستان به مدت ۲۰ دقیقه پس از تغذیه شیرخوار.
- استفاده از کرست‌های مناسب مخصوص حمایت از پستان‌های سنگین.
- استفاده از آنالژژیک‌ها (ایبوپروفن یا استامینوفن - فصل ۶)

برنامه‌ریزی برای ترخیص از بیمارستان

ارائه آموزش‌های لازم و برنامه‌ریزی شده

میزان موفقیت در تغذیه با شیرمادر، با طول مدت شیردهی همچنین تغذیه انحصاری با شیرمادر سنجیده می‌شود (ونه فقط با شروع تغذیه با شیرمادر). توجه به موقع به نیازهای مادر و شیرخوار در زمان ترخیص از بیمارستان، موجب تغذیه طولانی مدت و موفقیت‌آمیز با شیرمادر می‌گردد. چنین فرض می‌شود که خانواده آمادگی کافی برای تغذیه شیرخوار با شیرمادر را طی کلاس‌های آموزشی دوران بارداری کسب کرده است. بر پایه چنین آمادگی، مادر باید مجدداً آموزش‌های اساسی را در مورد تغذیه با شیرمادر در زمان ترخیص دریافت نماید. این آموزش‌ها باید ساده، هدف مند و متناسب با فرهنگ وی باشد و باید دانست که فاکتورهای هورمونی و خستگی مادر می‌تواند مانع پذیرش اطلاعات جدید گردد.

آموزش عمومی

این آموزش‌ها باید شامل اطلاعاتی در مورد وضعیت صحیح بغل گرفتن و به پستان گذاشتن شیرخوار، الگوهای مورد انتظار تغذیه و دفع شیرخوار، زردی و سایر علائم نیازمند توجه و ویزیت پزشک باشد. این اطلاعات را می‌توان از طریق کلاس‌های مراقبت از شیرخوار قبل از ترخیص از بیمارستان، آموزش‌های فردی، استفاده از متون غیر تجاری یا نمایش فیلم ارائه نمود. به مادران باید در مورد گروه‌های محلی و قابل اعتماد حامی شیرمادر اطلاعات داد. ترخیص زودهنگام از بیمارستان و کمک و حمایت ناکافی خانواده، نیاز مادر به حمایت پس از ترخیص از بیمارستان را افزایش می‌دهد. گروه‌های حامی، اعتماد به نفس مادران را در توانایی برای شیر دادن افزایش می‌دهند. استراتژی‌هایی که تماس چهره به چهره فراهم می‌کنند اثربخشی زیادی دارند اما فراهم کردن خط تلفن ۲۴ ساعته برای کمک به مادران نیز ارزشمند است. مادران شیرده باید در مورد روش‌های دوشیدن شیر با دست یا وسایل مکانیکی آموزش ببینند تا تولید شیر برای شیرخوار ادامه یابد و در صورت جدایی از شیرخوار، بتوانند شیر خود را دوشیده و به شیرخوار بدهند. بسته‌های حاوی شیر مصنوعی، گول‌زنک و یا سایر مواد تجاری تبلیغاتی نباید هنگام ترخیص به مادران داده شود. همسر و سایر اعضای خانواده نیز باید برای حمایت از مادر تازه‌زایمان کرده تشویق شوند. آنها می‌توانند در ارزیابی نحوه شیردهی مادر، گرفتن آروغ شیرخوار، درآغوش گرفتن و نوازش کردن، حمل کردن و حمام کردن شیرخوار، همچنین کمک در سایر کارهای روزمره خانه به مادر کمک کنند.

مراقبت‌های اساسی از پستان

در مورد مراقبت‌های اساسی از پستان باید به مادر اطلاعات داده شود. باید به مادر آموزش داد که مراقبت اختصاصی مختصری از پستان لازم است و باید از مصرف صابون و پاک‌کننده‌های تند و قوی روی نوک پستان و آرنول خودداری کند. استفاده از کرست مخصوص شیردهی که راحت و شل باشد توصیه می‌شود. اگر از کرست فنردار (underwire-type bra) استفاده می‌شود، باید مراقب بود که اندازه مناسب داشته باشد تا سبب فشار به بافت‌ها و در نتیجه تخلیه ناقص و بروز مجرای بسته نگردد. استفاده از پدهای مخصوص پستان برای جذب شیرنشست شده به مادر توصیه می‌شود. این پد می‌تواند پارچه‌ای و چند بار مصرف یا پد یک بار مصرف باشد. اگر پدهای یک بار مصرف استفاده می‌شود از انواعی که دارای لایه پلاستیکی است نباید استفاده شود زیرا رطوبت را در خود نگه داشته و سبب ایجاد زخم نوک پستان می‌گردد. پدهای چندبار مصرف باید مکرراً پس از خیس شدن تعویض و شسته شوند.

تغذیه مادر

در مورد خوردن غذای کافی و سالم باید به مادر تازه زایمان کرده آموزش داد. از القای این نکته که اگر رژیم غذایی مادر کاملاً متعادل نباشد، شیر کافی نخواهد بود، اجتناب کنید (فصل ۹).

پیشگیری از بارداری

قبل از ترخیص از بیمارستان، باید از مادر تازه زایمان کرده در مورد پیشگیری از بارداری سؤال کرد. این موضوع باید مجدداً در مراقبت پس از زایمان نیز مورد توجه قرار گیرد. مادر باید بداند که در صورت نیاز می‌تواند از نرم‌کننده‌های واژینال برای درمان خشکی واژن در دوران شیردهی استفاده نماید. روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری می‌توانند شیردهی را به طرق مختلف، تحت تأثیر قرار دهند (فصل ۱۳).

پیگیری

حمایت‌های کلی

به هر مادر شیرده باید اسامی و شماره تلفن افرادی که بتوانند به صورت ۲۴ ساعته وی را راهنمایی کرده و با وی مشاوره نمایند، داده شود. گرچه پزشکان در مطب حمایت‌های کلی از مادر شیرده را به عمل می‌آورند، اما منابع دیگری نیز در اجتماع برای کمک وجود دارند مثلاً WIC (برنامه حمایت از مادران، شیرخواران و کودکان) و گروه مادران دارای تجربه شیردهی (مثل La Lech League مشابه داوطلبان سلامت محلات در کشور ما). اطلاعات لازم با تماس با این گروه‌ها باید به همه ارایه شود و مادران برای شرکت در این گروه‌ها تشویق شوند.

پیگیری‌های مربوط به شیرخوار

قبل از ترخیص شیرخوار، باید یک وقت ملاقات در مطب تعیین شود. نوزادی که زودتر از ۷۲ ساعت از بیمارستان ترخیص می‌شود، باید حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص دیده شود. اگر مادر آماده ترخیص از بیمارستان است ولی شیرخوار نباید ترخیص شود، باید تلاش کرد مادر نیز در بیمارستان بماند (چه به عنوان یک بیمار یا به عنوان مادر مقیم) تا برای تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر به شیرخوار دسترسی داشته باشد.

پیگیری‌های مربوط به مادر

ارزیابی تغذیه با شیرمادر باید جزء اساسی و ادغام یافته در ارزیابی‌های مامایی پس از زایمان مادر باشد. اگر مادر سزارین شده است، باید در هفته اول تا دوم پس از زایمان ویزیت شود (فصل ۹). در ویزیت روتین ۴-۶ هفته پس از زایمان، متخصص زنان و مامایی باید تغذیه با شیرمادر را بررسی کرده و از تصمیم مادر برای شیردهی حمایت کند (فصل ۹).

بازگشت به کار

پزشک می‌تواند با مادری که قصد دارد به زودی پس از زایمان به محل کار خود بازگردد یا در محل تحصیل حضور یابد در مورد ادامه برنامه شیردهی بحث و تبادل نظر کند. زمان بازگشت به کار و تنظیم یک برنامه برای تطابق تغذیه شیرخوار و تداوم شیردهی مادر باید مدت‌ها قبل از زمان پیش بینی شده، بررسی و مورد بحث قرار گیرد (فصول ۸، ۱۰ و ۱۱).

ارتباط مستمر بین ارائه دهندگان مراقبت‌های مادر و کودک

با ایجاد هر مسئله‌ای در ارتباط با تغذیه با شیرمادر که می‌تواند روی تغذیه کودک با شیرمادر اثر بگذارد، مادر باید از سوی متخصصین زنان و مامایی به متخصصین کودکان (یا برعکس) ارجاع داده شود.