

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

به نام خدای بخشاینده و مهربان

In the name of Allah, the Beneficent, the Merciful.

چرا ساعت اول اهمیت دارد؟ و چالش‌های مربوطه



شرایط توفیق در شیردهی

• نقش حیاتی تغذیه با شیر مادر در:

• سلامت عمومی،

• بقای کودک،

• سلامت مادر، خانواده-جامعه

• راهکارهای ملی و بین المللی

شرایط توفیق در شیردهی

● معرفی "استراتژی جهانی موثر بر وضعیت تغذیه، رشد، سلامت، تکامل و نهایتاً بقای

شیرخوار و کودک، توسط سازمان جهانی بهداشت و یونیسف ”**حفظ، حمایت و ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر برای ۶ ماه اول زندگی، سپس استمرار تغذیه با شیر مادر به همراه ارائه غذاهای سالم و مناسب کمکی تا دو سالگی و حتی بیشتر**“

آموزش بارداری

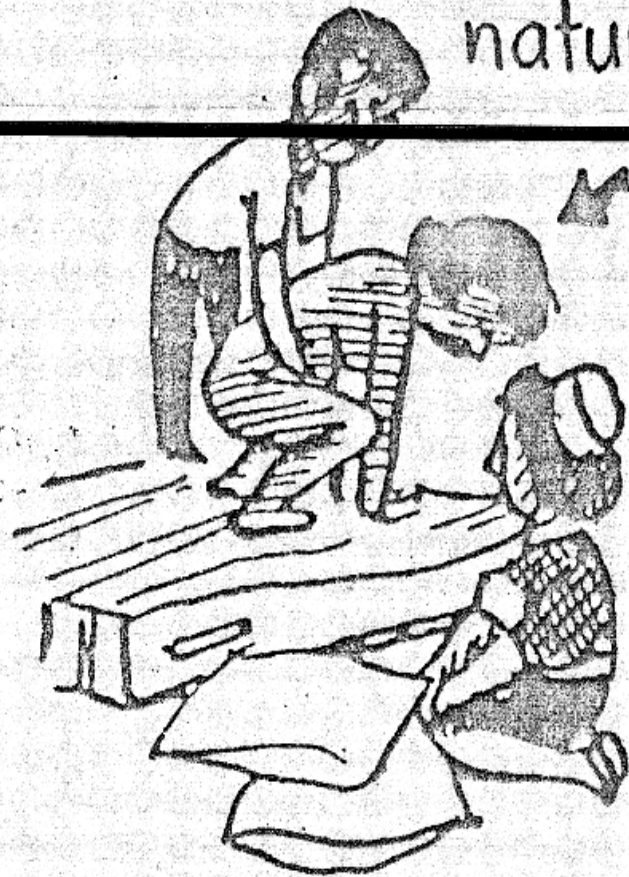
- عوارض تغذیه مصنوعی را بداند
- اهمیت ساعت اول
- درست به پستان گذاشتن
- تغذیه انحصاری
- هم اتاقی و اهمیت آن
- تغذیه بر اساس خواست شیرخوار
- راه اطمینان از کافی بودن شیر
- فواید برای مادر
- پیشرفت خوب شیردهی

۱۰ اقدام

- سیاست
- آموزش پرسنل
- آموزش مادر
- ساعت اول
- آموزش مادر
- تغذیه انحصاری
- هم اتاقی
- تغذیه بر اساس خواست شیرخوار
- عدم استفاده از گول زنک
- معرفی به گروه حامی

زایمان طبیعی ؟؟؟؟؟؟ فیزیولوژیک

Squatting is the healthiest and most natural way to have a baby.



Either squat on a mattress or on cushions on the floor

OR sit on a birthing stool



Copyright: Bernard van Leer Foundation, The Hague.

• اپیزیوتومی و عوارض Ⓢ اندیکاسیون : دیستوشی شانه و فورسپس)

• بطور طبیعی پارگی کمتر بافت و عضله را صدمه میرساند و بهبود خود بخود و درد کمتر

• خونریزی عفونت فاشئیت نکروزان

• نوع وسط و پیشرفت تارکتوم و حتی دیواره آن

• مدت‌ها درد شدید و اختلال رفلکس جهش شیر

• برای کاهش مصرف دارو و بهتر از حمام گرم و شیاف دیکلوفناک

• شیردهی تکیه به عقب یا پهلو یا کوسن نرم زیر باسن

بستن بندناف

صاف وبدون نبض
منتظر شويد تا سفيد شود

کلابه و رنگ پریده

حداقل ۳ دقیقه

سزارين بيش از ۳۰ ثانيه ???

چه وقت ??? اصلا ???

• اولین تغذیه؟؟؟

اولين اقدام؟؟؟•

مداخلات مناسب:

اولین اقدام مناسب

STS

STS

STS

درمادرونوزاد استییل

مداخلات مناسب:

• تعویق اقدامات معمول نظیر تزریق ویتامین K ، توزین ، پیشگیری از عفونت چشم به پس از انجام موفقیت آمیز اولین تغذیه با شیر مادر

مسكن؟

- **Narcotic analgesics**

- A side effect of such narcotic analgesics as petidine is central nervous system **depression, in both the mother and the infant.**
- The plasma half life of petidine is 3.0-4.5 hours in the mother, but as long as 13-23 hours in the infant ,
Consequently, the infant is depressed for much longer time than the mother.
- The plasma concentration of petidine in the infant is almost as high as that in the mother, **reaching a maximum after 2-3 hours**

مسكن

- Evidence suggests that breastfeeding success is affected by the behavior of the newborn.
- **Depressed or delayed suckling**, which can be caused by
 - medications given to mothers, can lead to
 - delayed or suppressed lactogenesis and
 - **risk of excess infant weight loss.**
- Intravenous opiates for labor may
 - block the **newborn's normal reflexes to seek the breast,**
 - root, and
 - suckle within the first hour after birth.
- Meperidine/petidine generally should not be used except in small doses less than 1 hour before anticipated delivery because of greater incidence and duration of neonatal **depression, cyanosis, and bradycardia.**

ABM Clinical Protocol #15:
Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding
Mother
BREASTFEEDING MEDICINE
Volume 1, Number 4, 2006

Maternal infant separation

- Separation “distress cry” when separated. (Christensson et al., 1995, cited by McKenna, 2007)
- Levels of stress hormones rise and temperature, blood sugar, breathing, and heart rate become unstable when separated. (Christensson et al., 1995, cited by McKenna, 2007)
- Separation causes “protest-despair” behavior, with dysregulation of all major physiological systems, and severe psychosocial consequences. Nils Bergman, MD PhD 2008
- “Separation tolerance” can be measured in minutes for some mammals, and damage is seen in limbic and frontal lobe areas, responsible for emotional and social development. Nils Bergman, MD PhD 2008 Uppsala sweden

MATERNAL-INFANT

SEPARATION

= ABUSE

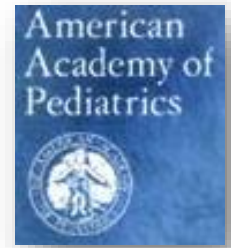
Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding

Place babies in skin-to-skin contact with their mothers immediately following birth for at least an hour and encourage mothers to recognize when their babies are ready to breastfeed, offering help if needed.

Getting Breastfeeding off to a Good Start The First Hour After Birth


- **Evidence for Skin to Skin** Care in the Immediate Postpartum Period
 - Increased Infant **Survival**
 - Decreased **Stress** and Increased **Homeostasis** for the Baby
 - Improved **Temperature** Regulation
 - Improved **Breastfeeding Outcomes** and BONDING Behavior
 - **Spontaneous Breastfeeding**

Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding



Healthy infants should be placed and remain in direct skin-to-skin contact with their mothers immediately after delivery until the first feeding is accomplished.

Pediatrics 115(2), 496-506.



Let baby seek and find the nipple
before removal from the mothers chest.

This provides the opportunity for the pre-feeding sequence of behaviors to occur, which increases the likelihood of proper attachment to the breast.

Every minute after birth is crucial



- The mother-baby interactions are extremely complex and precise like a computerized programme.
- **Crucial time**

Skin-to-Skin Contact

1. **Maintains body warmth**, **Less apnoea** particularly premature and low birth weight babies. (Gardner 1979), (Christensson et al, 1992)
2. **More quiet sleep periods**, and helps with arousal. (McKenna, 2007)
3. **Enables colonization** of the baby's gut with the mother's normal body bacteria gut.
4. **Serves as a pain analgesic** (Ludington-Hoe 2000 , Céleste Johnston 2008)
5. **Calms both** the mother and the baby and helps to **stabilize the baby's heart beat and breathing.**
6. **Facilitates metabolic adaptations** especially sugar levels and acid-base balance (Christensson et al, 1992).

Skin-to-Skin Contact

7. Releases oxytocin, which has a sedative effect on infants. (Uvnas, 1998)
8. Reduces infant crying thus reducing stress and energy use, (Christensson et al, 1992; Christensson et al, 1995 , Kerstin Erlandsson,2008, Kiran Kumar BV, Rekha H. Udani 2008)
9. Improves maternal attachment (Feldman 2006)
10. Lowers stress levels and depression scores in mothers and maternal relaxation (Feldman 2006 , Azza Abul-Fadl 2008, Sheau-Huey Chiu , Gene Cranston Anderson, 2008)
11. Maternal responsiveness to infant behavior. (Ann E. Bigelow,2008)
12. Improves immediate and long term breastfeeding

SUCCESS (Righard and Alade, 1990; WHO, 1998; DeChateau and Wiberg, 1977, Anderson 2003, M. Heiderzadeh 2008, Laurence M. Grummer Strawn 2008)

Thermal Images

No-Lactating Breasts



Lactating Breasts



Oxytocin, acting on multiple oxytocin receptors in the brain

- Stimulation of the vagal motor nucleus, releasing **19 different gastrointestinal hormones** including **insulin**, **cholecystinin** and **gastrin** (Tafari and Ross, 1973).
 - Five of these 19 hormones stimulate growth of the baby's and mother's villi and increase the surface area and the absorption of calories with each feeding (Uvnas-Moberg, 1989).
- Important for the initiation of maternal behaviour and for the **facilitation of bonding** between the mother and the baby (Klaus and Kennel, 2001).
- In mothers it results in **slight sleepiness**, **euphoria**, **increased pain threshold** and **feeling of increased love** for the infant.

LABOR AND DELIVERY

- **1. Women will benefit from the continuous presence of a close companion (e.g., doula, spouse/partner, or family member) throughout labor and delivery.**
- The presence of a doula is known to enhance breastfeeding initiation and duration.
- **Many risk factors are associated with early cessation of breastfeeding, including the mean length of labor, the need for surgical intervention, and the use of pain-reducing interventions such as epidurals and other medications.**
- These risks may be reduced by the **presence of a doula.**

- 2. Intrapartum analgesia may also have an impact on breastfeeding, and consideration needs to be given to the type and dose of analgesia
- **Epidural analgesia, intramuscular opioids, exogenous oxytocin, and ergometrine have all been associated with lower rates of breastfeeding initiation.**

IMMEDIATE POSTPARTUM

- 1. The **healthy newborn** should be given directly to the mother for **skin-to-skin contact until after the first feeding.**
- The infant may be dried and assigned Apgar scores, and the initial physical assessment may be performed as the infant is placed with the mother.
- Such physical contact provides the **infant with optimal physiologic stability, warmth, and opportunities for the first feeding.**

- **Extensive early skin-to-skin contact likely increases the duration of any and exclusive breastfeeding.**
- **Delaying procedures such as weighing, measuring, administering eye prophylaxis as well as vitamin K, up to 6 hours after birth, and the initial bath enhances early parent infant interaction.**
- **Infants are to be put close to the breast, as soon after birth as is feasible for both mother and infant, to allow for a latch and feeding, ideally within an hour of birth.**
- **This practice is to be initiated in the delivery, operating, or recovery room, and every mother should be instructed in proper breastfeeding technique**

Promotion of Family-Centered Care

- تبدیل نرسری به هم اتاقی مشوق والدین و خانواده برای مراقبت نوزاد در یک مرکز خانواده محور هستند.
- عملکرد در هم اتاقی این است که مادر و نوزاد نزدیک هم هستند که مادر بتواند نشانه های تغذیه ای شیرخوار را مشاهده کند و به آنها پاسخ دهد. اجازه دهد شروع و استقرار تغذیه پستانی موفق آمیز تر شود.
- ممکنست نوزادان بیمار یا در معرض خطر نیاز به سطح مراقبتی بالاتر داشته باشند ولی مشاهده برای انتقال اولیه در اتاق زایمان با پرسنل و امکانات مناسب و انجام اقداماتی چون مراقبتهای روتین نوزاد و درمانهای روتین و اقدامات طبی کم خطر مثل فوتوتراپی در مراقبت خانواده محور انجام می شود و اگر همه چیز خوب باشد اجازه می دهد مادر و نوزاد تغذیه پستانی را ادامه دهند.
- **احتیاط های خاص در خلال ساعات اول بعد زایمان در انتقال از رحم به بیرون مدنظر خواهد بود.**

Labor Management to Facilitate Breastfeeding and Newborn Transition

- لیبرمولد درد زیاد برای بعض خانمها است و
- کالج زنان و مامایی امریکا شرح کاملی در این باره داده است. (مارچ ۲۰۱۹).
- تسکین درد چیزی نیست که برای همه یکسان باشد.
- انتظارات مادران از درد و درک آن و تمایل به تسکین آن یا داشتن زایمانی که بدون استفاده از مسکن انجام شود متفاوت است.
- لذا باید پرسنل پزشکی بحث باز را ارائه دهند تا در مورد تسکین درد و اثرات احتمالی بر تغذیه نوزاد و انتقال..... داشته باشند

- روشهای بدون دارو میتواند همراه روشهای دارویی یا جایگزین به مادر ارائه شود.

- **اپیوئیدها از جفت عبور می کند و ممکنست برنوزاد درحال انتقال اثرکرده افسردگی پری ناتال بوجود آورد.**

- **بعلاوه متابولیسم نابالغ نوزاد ممکنست منجر به خواب الودگی طولانی نوزاد شود.**
و ممکنست نوزاد **درخطر رفتار تغذیه ای نامطلوب ازپستان** درفازانتقالی قرارگیرد
و نیاز بیشتری برای حمایت تغذیه پستانی داشته باشد.

- ازطرف دیگر مقدار اپیوئیدی که واردشیرمی شودخیلی کم است و همراه حجم کم آغوز بعیداست به انتقال نوزاد اثر بگذارد.

Epidural Anesthesia

- گرچه گفته شده اثر نارکوتیک اپیدورال یا اینتراتکال بر شروع تغذیه پستانی اثر منفی داشته باشد ولی بنظر نمی رسد آنالژزی neuraxial فعلی چنین اثری داشته باشد.
- آنستزی اپیدورال تسکین درد عالی و ایمن در خلال لیبر ایجاد کرده مقدار پلاسمایی در پلاسمای مادر ناچیز است و باید اثر حداقلی بر موفقیت تغذیه پستانی داشته باشد

Trained Labor Support Personnel

- داشتن کمک حامی درلیبر یا همراهی سایر اعضای خانواده مثل doula یا سایر پرسنل آموزش دیده که حمایت نفر به نفر انجام دهند یک روش موثر حمایت برای بعض خانمها برای کاهش نیاز به استفاده از آنالژزی درلیبر است.
- گرچه لزومی ندارد آموزش دیده های رسمی تغذیه از پستان مادر باشند،
- نشان داده شده دولا موفقیت در تغذیه از پستان را با دادن تجربه تشویق و ایجاد اطمینان بهبودی بخشد.

Cesarean Delivery

- در سزارین ممکنست میزان موفقیت برای تغذیه پستانی کمتر از زایمان واژینال باشد.
- پرسنلی از بیمارستان نگران استراحت و بهبود مادر بوده احتمال این که اجازه دهند نوزاد کنار مادر باشد یا نوزاد را بلافاصله به پستان مادر بگذارد یا تشویق به تغذیه مکرر زود هنگام بکند کمتر است.
- در حالی که مهم است
- اما استراحت و بهبود مادر نباید مانع تغذیه از پستان شود.

Cesarean Delivery

- اخیراً بیمارستانهایی که در مراقبت خانواده محور کار می کنند و حمایت تغذیه از سینه مادر را انجام می دهند با حمایت پرسنل هوشبری به مادران سزارین شده این فرصت را می دهند که در اتاق زایمان یا بمجرد بیداری و هشیاری و توان مادر به پاسخگویی نوزاد تماس پ پ ب پ برقرار کنند.
- اینکار با موفقیت و بی خطر در خیلی از مراکز انجام و باید روش طبیعی جدید مراقبت مادر نوزاد تلقی شود.
- این تماس زودهنگام موجب افزایش موفقیت در تغذیه پستانی شده ممکنست کمک کند که مشکلات زایمان با جراحی خنثی شود.
- سزارین از پیش طراحی شده در تغذیه پستانی موفق تر از پیش بینی نشده است که ممکنست از لیبرطولانی وسخت رنج برده باشد.

بعدز ایمان

Skin-to-Skin Contact

- تماس پ ب پ در اتاق زایمان عمل یا ریکاوری
- دمای بدن نوزاد را در محدوده طبیعی نگهداشته
- دسترسی زودهنگام به پستان فراهم میشود.
- موضوعات سلامت و بی خطر کردن مرحله انتقال فیریولوژیک نوزاد در ساعات اول لازم و اجباری است ولی اکثر نوزادان رسیده از مراقبت تماس پوست با پوست بعد از زایمان بهره می برند.؟؟
- رسومات و عقاید برای زودکامل کردن روشهای استاندارد نوزادی جایش را به یک مطلب ارزشی داده که زمانی است که اجازه داده شود
- خانواده و نوزادشان از ساعت (ساعات) طلایی بعد از زایمان بهره ببرند و
- کارهای غیر اورژانس برای چند ساعت اول بعد از زایمان بتاخیر افتد.

Early Attachment to the Breast

- زودگرفتن پستان:
- باید در ساعت اول بعد از تولد تشویق شوند که تغذیه از پستان زود شروع شود. مگر اینکه شرایط مادر یا نوزاد مسیر دیگری را مشخص کند.
- نوزادانی که بعد از تولد روی سینه مادر گذاشته شده اند و در ساعت اول تولد پستان را بگیرند پیش آگهی بهتری برای تغذیه پستانی دارند تا آنها که نگذاشته اند.
- زود شروع کردن تغذیه از پستان در اتاق زایمان همراه افزایش درصد مادرائی است که تغذیه پستانی را در ۲-۴ ماهگی ادامه داده اند تا آنها که دیرتر شروع کرده اند.
- بسیاری از نوزادانی که در خلال فاز هشجاری و فعال ساعت اول زایمان روی سینه مادر قرار دارند خود بخود سینه مادر را می گیرند.
- **اگر نوزاد خودش پستان را نگیرد باید مادر آموزش و تشویق شود که پستان را با دست بدوشد که هم تولید شیر را تحریک کرده باشد و هم آغوز را برای تغذیه نوزاد تامین کرده باشد که به نوزاد بدهد.**

Delay of Routine Newborn Therapies

- تاخیر درمانهای روتین:
- گرچه الصاق دسبند هویتی نوزاد بلافاصله بعد تولد الزامی باشد ،
- پروفیلاکسی چشم، تزریق ویتامین K واکسن هپاتیت B توزین وسایر اقدامات روتین را می توان بتاخیر انداخت تا اولین تغذیه باموفقیت به اتمام رسیده باشد.
- ایده آل این است که تغذیه اولیه نباید قطع شود و تازمانی که بلحاظ شرایط طبی ایمن وبدون خطر است مادر و نوزاد باهم باشند.
- انجام این مداخلات درحالی که نوزاد در تماس پوست با پوست با مادر یا در حال تغذیه ازپستان است میتواند پاسخ درد را به حداقل برساند.

Cesarean section

- **Cesarean section**, and separation of mother and baby after birth may lead to higher risks of difficulty with breastfeeding initiation.
- Urgent cesarean births have been associated with delayed lact2, possibly related to the stress involved.
- However, **lots of skin-to-skin contact** and frequent nursing as soon as is practical will go a long way toward minimizing potential problems

A mother's breastfeeding experience can be

- **“Profoundly affected by what happens during the first hours after birth**

Fatigue and Depression

- خستگی و افسردگی وزایمان طولانی و سخت، نبودن خواب، قطع ریتم طبیعی سیرکادین ممکنست بر نتایج تغذیه ازپستان مادر در کوتاه و بلندمدت اثر بگذارد.
- پرسنل بیمارستان می توانند با اقداماتی کاهش دهند قطع ریتم سیرکادین اتفاق نیفتد.
- مراقبتی بعمل آورند که **مراقبت یکپارچه پیوسته ایجاد زمان سکوت و آرامش و ایجاد ارتباط خوب بین پرسنل و اعضای خانواده به عمل آورند.**
- افسردگی بعد زایمان غیر معمول نیست و ممکنست **با خستگی مادر و بی خوابی تشدید شود.**

Safe Sleep and Prevention of Sudden Unexpected Postnatal Collapse

- نوزاد در ساعات و روزهای اول تولد آسیب پذیر است که در وضعیت خوبی نباشد
بخصوص که بیمار، نارس، یا تحت استرس احیا یا فرایند زایمان طولانی باشد
- تماس پ ب پ (آغوشی-مادرانه) ممکنست به بهبود نوزاد کمک کند ولی باید از نزدیک
تحت نظر باشد بخصوص در ۲ ساعت اول بعد زایمان همراه با توجه به پوزیشن نوزاد
. توجه به مطالب جدول ۵-۷ برای اجزا پوزیشن ایمن به عمل آید
- باید والدین بوضوح اجزاء تماس پ ب پ ایمن را بدانند و مادر و در زمان خستگی
مادر پدر هم میتواند برای پیوند عاطفی و زمان خستگی مادر تماس پ ب پ را با نوزاد
انجام دهد.

Safe Sleep and Prevention of Sudden Unexpected Postnatal Collapse

- SUPC شرایط توقف ناگهانی تنفس یا شکست قلبی تنفسی در نوزاد سالم ترم یا اواخر نارسایی در ۷ روز اول است.
- غالباً نتیجه عدم آموزش در مورد نگرانی گیر افتادن یا خفه شدن است و ممکنست نتایج فجیعی داشته باشد.
- لذا AAP در سال ۲۰۱۶ توصیه هایی دارد که خلاصه آن در جدول ۶-۷ برای خوابیدن ایمن و تماس پ پ در دوره نوزادی نوزاد رسیده سالم و نقش پزشک اطفال آمده است.

Components of Safe Positioning for the Newborn During Skin-to-Skin Contact

- صورت نوزاد قابل مشاهده باشد.
- سرش در وضعیت اسنیف باشد.
- بینی و دهانش پوشیده نباشد.
- سرش به یک طرف باشد.
- گردن مستقیم باشد و خمیده نباشد.
- شانه ها و قفسه سینه روبروی مادر باشد.
- پاها خمیده باشد (فلکس).
- پشتش با پتو پوشیده باشد.
- مادر و نوزاد در محل زایمان و واحد بعد زایمان توسط پرسنل مداوما پایش شوند.
- هنگامی که مادر بخواهد بخوابد نوزاد در گهواره سبکی روپوش دار bassinet یا توسط فرد همراهش که بیدار و هشیار است نگهداری شود.

Prevention of Falls and Drops

افتادن و سقوط با افزایش مراقبت خانواده محور بیشتر شده است. با هر ۱۰۰۰۰ از ایمان ۴ نوزاد چنین می شوند. و بیشتر در روز دوم بیمارستان پیش می آید. سایر

ریسک فاکتورها عبارتند از **خستگی خانواده**

شیردهی در شب و ساعات **صبح زود که مادر با فرزندش تنهاست.**

و محیط خواب ایمن نیست و منجر به سقوط از روی couch یا صندلی میشود.

مادران **سزارین شده**

و آنها که **اپیونید** دریافت کرده اند ممکنست بیشتر در خطر باشند.

باید بیمارستانها استراتژی هایی برای پیشگیری از جمله آموزش **برای خواب بی خطر و کاهش خستگی**

The Pediatrician's Role in Supporting Safe Sleep and Skin-to-Skin Contact in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns

- ایجاد روش استاندارد مراقبت پوست با پوست بلافاصله و تداوم آن با پایش و ارزیابی مداوم:
- استانداردسازی سکانس رخدادهای بلافاصله بعد زایمان برای ارتقای انتقال ایمن، تنظیم دما تماس پ ب پ بدون قطع شدن و مشاهده مستقیم اولین جلسه تغذیه از پستان.
- به ثبت رساندن ارزیابی مادر و نوزاد و هر تغییر در شرایط.
- مشاهده مستقیم مادر نوزاد هنگامی که در اتاق زایمان هستند. نوزاد در وضعیتی قرار گیرد که راه هوایی اش مسدود نشود. ارزیابی و پایش مکرر مادر نوزاد. ارزیابی سطح خستگی مادر بطور پریودیک.
- نوزاد را در رختخواب خود خواباند.
- همه نوزادان و شیرخواران در وضعیت طاقباز بخوابند.
- همه پرسنل در این رابطه آموزش ببینند.

توانمند کردن مادر

• مادر را توانمند کنیم که خودش بتواند مشکلش را برطرف کند

• بابرقراری تماس پوست با پوست هرچه بیشتر و محیط دلیپذیر باید محیط مملو از اکسی توسین تولید کرد تا اثر مثبت فیزیولوژیک و روان شناختی ایجاد کند

• مشاور شیر مادر حضور داشته باشد

Biologic Nurturing

- برای آزادسازی رفلکسهای اولیه نوزاد برای تغذیه از پستان
- جستجو، مکیدن، بلع، رفلکسهای سر، گونه، زبان، لب، دست بدهان، گام زدن، خزیدن و:
- در نتیجه رفع بسیاری از مشکلات
- و برای نوزادان اواخر نارسایی
- بنظر میرسد شیرخوار خواب است ولی قوی میمکد و می بلعد و لازم نیست کاملاً بیدار باشد
- مداخله مناسب برای شیرخواری است که با پستان می جنگد.
- واگر کمانه می کنند و از پستان دور میشوند مادر بنحوی نگه میدارد که از حرکات اضافی پیشگیری کند
- جلو آوردن چانه و زبان برای موانع لچ

Biologic Nurturing

- در ۲۷ ساعت اول محرک تولید زودتر حداکثری اکسی توسین است تا اثر اکسی توسین خارجی اپیدورال را خارج کند

- اکسی توسین سنتتیک رفلکسهای اولیه را مختل می کند چون سیستم عصبی راتحت تاثیر قرار می دهد. و ۱۱ بار کمتر نشانه های قبل از تغذیه را نشان می دهند و هرچه اکسی توسین بیشتر استفاده شود اکسی توسین مادر در دو روز اول کمتر است

Nurturing

- در این وضعیت رفلکسهای انٹی گراویتی باعث میشود پستان را بیابد و سرسینه را بدون حمایت سروتنه بگیرد
- وقتی روشهای دیگر مشکل دار میشود این روش کمک کننده است
- روش راحت بدون درد است
- به وضعیت سرشیرخوار هنگام خوردن و خلال نگهداری توجه شود که در پستان پاندولوز فرو نرود. و خطر ساز نباشد
- در خلال تماس پوست با پوست سر بیکطرف باشد که سوراخ بینی دیده شود

اکسی توسین دریافتی

• ارتباط بین مقدار اکسی توسین دریافتی حین لیبر
و مشکل لیج و مکیدن وجود دارد. اکسی توسین
بادوز بالاتر موجب مسدود شدن بسیاری
از فلکسهای نوزادی مربوط به تغذیه
پستانی (مکش، حرکت فک، بلع و نگاه و چشم
دوختن) میشود.

• مهار مکیدن ۲۴-۴۸ ساعت بعد زایمان مشاهده
میشود. اکسی توسین رفتار خوردن را تنظیم می
کند.

• و دوز بیشتر اکسی توسین اینتراپارتوم همراه
ناتوانی تغذیه انحصاری در ۳ ماهگی است

مداخلات زایمان

- مداخلات زایمان از جمله اینداکشن و دارو و سزارین بر تغذیه از پستان اثر می گذارند.
- در نوزاد رسیده رفتار مکیدن سازمان یافته و قابل پیش بینی در خلال ساعات ابتدایی وجود دارد.
- ابتدا مکیدن خود بخود (در دقیقه ۱۵ کم و در ۴۵ دقیقه ماگزیم و در ۲-۲/۵ ساعت بعد که خواب است وجود ندارد) و
- حرکات جستجوگری با دهان (در ۱۵ دقیقه کم و ۶۰ دقیقه حداکثر).
- بعد پیشرفت به حرکت دست به دهان ۳۲-۳۶ دقیقه، فعالیت جستجوگری شدیدتر و مکیدن بیشتر و جستجوی پستان و گرفتن پستان انجام می شود.
- و اگر تحت تاثیر دارو نباشند طی ۵۱-۵۹ دقیقه پستان را یافته مکیدن قوی را شروع می کنند

اگر در ساعت اول تماس قطع نشود ۹ مرحله را طی خواهند کرد:

- ۱- گریه تولد کمک به باز شدن ریه می کند
- ۲- ریلکس شدن چند دقیقه ای بدون حرکت هستند، شاید بدلیل اکسی توسین بالا و اثر آرامش بخشی آن است
- ۳- بیداری با حرکات ظریف سر و شانه
- ۴- فعالیت با حرکات دهانی و مکیدنی و جستجوگری با دهان
- ۵- استراحت بین دوره های فعالیت
- ۶- حرکات خزیدنی برای جستجوی نیپل/آرنول
- ۷- آشنایی با پستان از طریق لمس و لیس زدن آرنول و حرکات شبیه ماساژ پستان با دست برای منبع غذا
- ۸- مکیدن: پستان را می گیرد و میمکد و اگر مادر دارو گرفته باشد این امر دیرتر اتفاق می افتد
- ۹- خواب: که ۱-۲ ساعت بعد زایمان بخواب می روند

Labor and delivery care

- **13. Physiological labor and birth will be promoted and harmful practices and unnecessary outdated interventions will be avoided.**
- A. All practices and interventions during labor, childbirth, and the early postnatal period in this institution conform to a written, up-to-date guidance that **minimize the risk of cesarean delivery and instrumental vaginal delivery.**
- **Both have been associated with adverse mother child health outcomes and adverse breastfeeding outcomes**

- **The benefits, risks, and possible complications of interventions, such as pain control measures, route and type of narcotic analgesia, planned Cesarean delivery, and induced delivery, will be discussed**
- **Mothers will be encouraged to choose the companion(s) of their choice during labor**
- **Women with low-risk pregnancies who have the expectation of a normal delivery should be offered the option of a Midwife-Led Continuity of Care model service, with one-on-one support being offered whenever possible**

- **E. A trained birth companion or doula, will be allowed following the mother's wishes and the country/ institution policies**
- **F. Non pharmacological measures will be favored for uncomplicated cephalic deliveries.**
- **Medication, timing, and route of narcotic analgesia will be carefully chosen and discussed with the mother to minimize risks for the dyad's health and breastfeeding**

Postnatal care

- **14. Immediately after vaginal and Cesarean births, SSC will be offered and encouraged for all mothers and newborns without complications, regardless of feeding choice, and including late preterm (LPT) infants (34-36 6/7 weeks gestation) and low birth weight (LBW) (between 1,200 and 2,500 g), whenever stability of mother/infant allows.**

- **A. All well and alert newborns will be placed prone on mother's bare chest, naked, immediately after birth. They will then be thoroughly dried (except hands), a diaper placed (if mother desires), and cover provided with a warm blanket to contain mother's heat.**
- **Dyad and partner will be allowed to bond while being carefully observed.**

Infants should be left to experience the nine phases of newborn behavior that occur naturally when an infant is placed skin-to skin at birth, such as smelling, licking, resting, and crawling toward the nipple before latching spontaneously

- **B. SSC will not be interrupted for at least 2 hours (Table 4) or until first breastfeed, unless required for justified medical reasons. If a delay or interruption of initial SSC has been necessary, staff will ensure that mother and infant receive SSC as soon as clinically possible**
- Time of initiation and end of SSC shall be documented in the medical record.

- C. The room temperature in the birthing environment will be set at or **above 25C (77 F) and free of draughts.** Staff will **avoid bright lights and loud noises to help the infants** unfold their innate reflexes.
- D. Needed measures will be in place to facilitate immediate (or as soon as possible) **SSC after a Cesarean delivery, ideally in the operating room or the recovery area**
- Use of **transparent surgical drapes** will be favored attending to the mother's wishes to provide a positive experience for the mother.

- **E. Continuous supervision (intervening only if needed) and safe positioning to minimize the risk of Sudden Unexpected Postnatal Collapse with directions for staff and the mother's companions to monitor the mother and infant are included in skin-to-skin procedures protocol.**
- A protocol with recommendations on safe sleep and SSC in the neonatal period based on evidence will guide staff practice.

- **F. Apgar scores will be performed with the infant skin-to-skin.**
- **Oral, nasal, or tracheal suction will not be done for babies who start to breathe on their own even when meconium is present in the amniotic fluid**
- **G. Umbilical cord clamping will be delayed in both preterm and term infants except when mother or infant are unstable or if harvesting of cord blood is desired.**

- **H. The infant's anthropometric measurements, intramuscular vitamin K administration, ophthalmic prophylaxis, and hepatitis B vaccine administration will be delayed at least after the first hours of uninterrupted mother infant contact or first breastfeeding.**
- **I. Bathing will be delayed for at least 24 hours.**
- **J. Immediate SSC with father or partner will be offered only if mother is not available**
- **K. All parents (with preference time for the mother) will be encouraged to have their newborns SSC during their stay in the postpartum unit**

- **15. All mothers and all newborns able to breastfeed (including LBW and preterm infants) shall be supported to breastfeed as soon as possible within the first hour of birth**
- **A. Help will be offered to facilitate the infant's first latch, if the infant does not latch spontaneously in the first hour or at the request of the mother**
- **B. Preterm infants, and early term babies will be offered special help to ensure latch and adequate transfer of milk**
- **Close observation needed by preterm and LBW infants for the first 12-24 hours will be offered during skin-to-skin care, Kangaroo care, breastfeeding , and rooming-in.**

Mothers will be encouraged to **breastfeed on demand** as soon as the infant's condition permits.

16. Every mother shall be offered as much help as needed with breastfeeding.

The staff will ensure that the mother is able to position and attach her infant at the breast.

At-risk mothers (complicated and Cesarean deliveries, obese, adolescents, patients with tobacco use, lack of partner support, intimate partner violence) will have tailored درخور extra help.

- D. Enough staffing time will be allocated to ensure that adequate supervision and help is possible for all new mothers and infants.
- E. **Painful procedures, such as Immunizations, vitamin K administration , or heel pricks shall be done while breastfeeding as it is the best method to soothe pain in the neonate.**

- D. Infants who need intravenous antibiotics or phototherapy, but are otherwise healthy and stable, will be allowed to remain with the mother
- E. Safe rooming-in practices training to prevent infant **falls and suffocation incidents**, will be regularly offered to families, including information about high-risk **hours (early morning)** and risk factors (**exhausted parents**), particularly advice to feed the infant in an adult bed at night or when tired, instead of on a sofa or recliner. Increased surveillance will be offered to mother infant dyads that have been identified at higher risk

تروما مداخلات و مراقبت ها

- STS ۳ ساعت اول تولد همراه EBF موقع ترخیص است.
- رفتن بطرف پستان ذاتی است.
- جدایی نوزاد از مادر بدو تولد لچ و مکیدن بعدی را مختل می کند.
- مادرانی که شدیداً تحت تاثیر دارو هستند نیاز به زمان بیشتر دارند.
- کشش سر هنگام زایمان واژینال یا سزارین و هیپراکستانسیون کردن ممکنست منجر به جابجایی اکسی پوت و در نتیجه سوراخ ژوگولر یا مگنوم شود که محل عبور اعصاب ۹-۱۰-۱۱-۱۲ که در عمل تغذیه دخالت دارند و مشکل تغذیه بوجود آورند.
- پرزانتاسیون صورت، چانه، بازو و پا (بریچ) نیز چنین است.

تروما

• نوزادی که سر یا استخوانهای سرش تغییر شکل داده نیز ممکن است مشکل تغذیه داشته باشد و مراقبت بیشتر می خواهد.

• **CST=craniosacral therapy** می تواند مشکلاتی را برطرف کند.

• کایروپراکتیک هم می تواند مشکلات فقرات و جابجایی و مفصل فک را بهبود بخشد.

• بعضی از نوزادان بدلیل مشکلات عصبی که به تحرکات حسی پاسخ نمی دهند دچار مشکل تغذیه از پستان میشوند.

- باید دستگاه عصبی اطلاعات حسی را پذیرفته، فرایندسازی کند و پاسخ های مناسب حرکتی رفتاری ایجاد کند.
- باید سیستم عصبی تحریکات محیط را متعادل کند و پاسخ های درجه بندی ارائه دهد.
- با مشکلات فرایندسازی حسی، ممکن است اختلال در هماهنگی، تدافع حسی یا بیش واکنشی حسی (واکنش زیاده احساس معمول)، و مشکل هماهنگی و تعادل حسی (سطح فعالیت، هیجان، بیداری) بوجود آورد.
- نوزاد می تواند به بعض محرکها بیش حساس و به بعضی کم حساس باشد.

نوزادی که فرایند سازی لمسی خوبی ندارد و نمی تواند جستجوگری کند، پستان را بگیرد یا پستان را فراموش میکند، ممکن است از رابط نوک (شیلد) بهره ببرد.

• ممکن است رابط نوک محرک قوی تر برای این شیرخواران باشد و دهان باز کنند و باد دهان جستجو کنند.

• بعضی نوزادان با دستکاری توسط افراد زیاد، صدای بلند، نور زیاد، رادیو، تلویزیون، و زنگ تلفن بسیار برآشفته می شوند. و ممکن است خاموش شوند و این حالت ادامه یابد تا وقتی محیط مناسب شود

Sensory integration difficulties

- تظاهر دیگر مشکل ادغام حسی می تواند تنفر دهانی یا بیش حساس بودن دهان در لمس باشد که بیشتر ایاتروژنیک است. و میتواند ناشی از نارس بودن، بیماری، تاخیر تغذیه دهانی، و تجربه ناخوشایند دهانی باشد.
- امتناع میتواند بعلت حک شدن غلط دهانی، تکنیک غلط مکیدن، بلع سخت (دیسفاژی) باشد. ساکشن، انتوباسیون، گواژ رفتارهای تهاجمی دهانی هستند.
- پتشی و خونمردگی پشت حلق بعلت ترومای عقب حلق ناشی از پوار کردن ایجاد میشود.
- دیسفاژی بعلت ساکشن تهاجمی و روشهای دیگر اثر منفی بر بلع دارد.
- لاواژ معده، گول زنک، ونوک های مصنوعی، ارزیابی انگشتی دهان، تغذیه انگشتی، دستکش لاتکس یا انگشتی، مایعات بدمزه، تکرار ساکشن میتواند رفتار امتناعی دهان ایجاد کند.
- بچه های شل و فلایپی که گریه ضعیف، رفلکسها و مکیدن ضعیف، دهان باز، گگ ضعیف؛ فاسیکولاسیون زبان و در رحم هم حرکت چندانی نداشته اند مشکل لچ خواهند داشت.
- مشکلات نخاع و عضلانی هم مشکل لچ خواهند داشت. بعضی آرتروگریپوز دارند.
- آسفیکسی پریناتال و خونریزی داخل بطن نیز میتواند هیپوتونی ایجاد کند.
- نارس و سندرم داون نیز هیپوتون اند. باید کمک به لچ و مکیدن کرد، نه اینکه بخواهند توان خود را صرف نگهداری پوزیشن کنند. ممکن است مادر نیاز به دو دستش برای گرفتن پستان و شیرخوار داشته باشد و استفاده از کیسه گردنی و بالش برای نگهداری نوزاد لازم باشد.
- در کمبود B12 هم هیپوتونی، FTT، لتارژی، میکروسفالی و تاخیر تکامل وجود دارد که بعد از چندماه ظاهر می شود.
- در اعمال جراحی معده و گیاهخواران کمبود B12 بررسی شود

نوزاد مادران حامله که SSRI مصرف کرده اند

- بیشتر دچار لرزش و مشکل هشیاری هستند.
- poor neonatal adaptation syndrome دارند شامل ترمور، لرزش، آژیتاسیون، اسپاسم، هیپویاهیپرتونی، تحریک پذیری، هیپوگلیسمی، اختلال خواب و عدم ثبات دما.
- گرفتاری تنفسی بصورت توکشیدگی، آپنه، تاکی پنه، برادیکاردی و رفع علائم طی ۳-۵ روز.
- استفراغ و تاکیکاردی و زردی نیز بیشتر گزارش شده و در بعض مطالعات هیپرتانسیون ریوی گزارش شده است. باید نوزادان نارس و غیر پایدار بیشتر مراقبت شود.
- علائم افسردگی اوایل بارداری همراه کاهش غلظت DHA در شیر مادر بوده است. لذا غربالگری افسردگی مازور در خلال بارداری بعمل آید و راههای بهبود وضعیت DHA بررسی شود.
- سندرم ترک در مادرانی که در بارداری درمان افسردگی می شدند شامل لرزش، استفراغ، تحریک پذیری، دمای پائین بدن، لرز و مشکل خوردن و خواب بود. و بالاخره مادران مصرف کننده SSRI ۲ برابر بیشتر در خطر تاخیر لاکتوژنز ۲ هستند. سروتونین تنظیم کننده شیرسازی در پستان است و این داروها آن را مختل می کنند.
- بالاخره نگرفتن پستان و اختلال لچ دلایل مختلف دارد و استفاده از رابط فوق العاده نازک نوک (شیلد) می تواند کمک کند

نوزاد خواب الود

- ۲ ساعت اول تولد زودترین فرصت حک شدن و هویت دار شدن دهان ولچ است. ولی اکثر نوزادان در بقیه ۲۴ ساعت اول به خواب عمیق نمی روند. لذا مادر و نوزاد باهم باشند تا از فرصتهای خواب و بیداری برای تغذیه بهره ببرند.
- مادران فکرمی کنند وقتی نوزاد گریه می کند گرسنه است. ایما و اشاره های گرسنگی ممکن است در بعض نوزادان نهفته باشد و بر راحتی از دست برود.
- داروها می تواند نوزاد را خواب آلود کند که شیر نخورد و ممکن است با بیدار شدن از خواب گریه سختی را شروع کند. از طرفی بخواب رفتن دلیل دریافت شیر کافی.
- شیر خواری که با شیر مادر تغذیه میشود بیدار شدن خود بخودش بیشتر است بخصوص اوایل صبح. و تکامل سیستم عصبی زودتر نسبت به تغذیه مصنوعی دارند.
- عده ای سعی می کنند خواب شبانه را بیشتر کنند بخصوص در ماههای اول که خطر SIDS بیشتر است.
- بیدار شدن از خواب یک مکانیسم حیات بخش است. که با سیگار مادر و خوابیدن به شکم مختل میشود.
- شیرخواران ۲-۳ ماهه شیر مادر خوار راحت تر از خواب بیدار میشوند، اما تغذیه مصنوعی نه.
- در ۲-۴ ماهگی اگر بیدار شدن در خواب فعال مشکل شود خطرناک خواهد بود و لذا تغذیه از پستان مادر مهم است.

راهکار بالینی تغذیه از پستان در نوزاد با سن داخل رحمی ۳۷ هفته و بالاتر در ۲۴ ساعت اول تا زمان ترخیص

- تغذیه از پستان طی ساعت اول تولد انجام میشود (چنانچه نتواند پستان را بگیرد تماس پوست با پوست ادامه یابد)
- بر اساس ایما اشاره ها و بدون محدودیت زمان ۸-۱۲ بار در شبانه روز تغذیه شود
- اگر نوزاد خواب الوداست تا زمانی که خودش بیدار شود و طلب کند ، هر ۲-۳ ساعت یکبار طی روز و هر ۳-۴ ساعت یکبار طی شب برای شیر خوردن بیدارش کنید
- لچ و شیر خوردن موثر (پستان بدهان بردن خوب)
- وضعیت در آغوش مادر بودن:
- با مادر شکم به شکم است
- بابینی بطرف نوک پستان می آید
- گوش و شانه و مفصل هانش در یک امتداد است
- پستان را بفرم C نگه میدارد
- روش:
- مادر نوزاد را به خود نزدیک می کند و ابتدا چانه به پستان نزدیک می شود
- نوک سینه را بالاب بالا تماس میدهد و منتظر میشود دهانش را خوب باز کند
- نشانه ها:
- مادر حرکت وسیع فک را می بیند و صدای بلع را می شنود
- مادر در خلال شیردهی درد ندارد

اگر بله مراجعه به دستورالعمل تغذیه ای اگر خیر است مراجعه به لچ و تغذیه ناموثر

- لچ و شیرخوردن ناموثر
- شاخص ها:
- بداخل کشیده شدن گونه یا سروصدای دهان موقع شیرخوردن
- دردنوک سینه هنگام شیرخوردن
- بخواب رفتن نوزاد بعد از دوسه مکیدن
- ناآرامی و تحریک پذیری موقع شیرخوردن یا آرام نشدن بعد از شیرخوردن
- بیرون لغزیدن نوک پستان از دهان نوزاد
- **مداخله کنید:**
- تماس پوست با پوست
- شیردادن هر دوسه ساعت یکبار براساس نشانه ها
- اصلاح وضعیت شیردهی و لچ
- بیرون راندن نوک و دوشیدن آغوز با دست
- خوب نگهداشتن پستان
- چنانچه نوزاد خواب آلود است کم کردن پوشش و حتی عریان کردن
- لمس ملایم دهان نوزاد با نوک پستان یا انگشت تا حرکات جستجوگری را آغاز کند
- آیا پستان را خوب بدهان می برد و خوب میخورد؟

اگر بلی به دستور العمل تغذیه از پستان مراجعه در غیر این صورت نوزاد ۱۲ ساعته است ولچ و تغذیه ناموثر دارد :

- نوزاد ۱۲ ساعته ولچ و شیر خوردن ناموثر دارد
- آیا پس از تولد از پستان تغذیه شده است
- تماس پوست با پوست انجام دهید
- سعی کنید هر ۲-۳ ساعت یکبار یا بر حسب میلش شیر بدهید
- لچ و پوزیشن را اصلاح کنید
- مراقبت علائم و نشانه های هیپوگلیسمی را بعمل آورید
- قبل از لچ یکی دو دقیقه شیردوش تکی بگذارید و اگر پستان متورم است از فشار معکوس برای نرم کردن آرئول استفاده کنید
- برای مکیدن غیر ارگانیزه یا نوزاد موکوزی صبور باشید و قبل از ارائه پستان انگشت بدهید بمکد
- بمادر کمک کنید آغوز را بادست بدوشد یا با شیردوش بدوشید
- باسرنگ وابتدا ۱-۲ سی سی آغوز به نوزاد داده شود
- آیا لچ و مکیدن موثر شد؟
- اگر بلی به دستور العمل تغذیه از پستان مراجعه کنید اگر خیر و نوزاد ۲۴ ساعته شده به دستور العمل زیر مراجعه کنید
- لچ و شیر خوردن ناموثر است و نوزاد ۲۴ ساعته است
- دوشیدن با شیردوش برقی یادستی را شروع کنید
- آغوز را بدهید بخورد
- دفعات دفعش را کنترل کنید که ۲۴ ساعت اول حداقل یک ادرار و ۱ مدفوع داشته باشد
- تماس پوست با پوست انجام دهید
- وضعیت شیردهی و لچ را اصلاح کنید
- اگر بعد از ۲۴ ساعت پستان رانمی گیرد به متخصص اطفال اطلاع دهید و به مشاور مخصوص ارجاع دهید
- بررسی کنید نیاز به ساپلمنت و مقدار و چگونگی اش را

دستور العمل شیردهی

- به نشانه های شیرخواستن توجه کنید(حرکات جستجوگری دهانی، مکیدن و دست بدهان بردن)و بر حسب خواستش شیر بدهید
- ۸-۱۲ بار در شبانه روز شیر بدهید
- اجازه بدهید از یک پستان سیر شود و رها کند و سپس پستان دیگر را بدهید
- برای ادامه مکیدنش پستان را فشار دهید
- انتظار مکیدن ریتمیک داشته باشید و به بلع شیر گوش فرا دهید
- در هر شیفته حداقل یکبار از سیستم LATCH استفاده کنید
- کمک کنید تماس پوست با پوست انجام شود
- تشویق کنید در کلاسهای شیردهی شرکت کند
- از بیمارستان وینچستر ماساچوست

چک لیست آبخار تصمیم گیری تغذیه طبیعی

- هر ۱/۵-۳ ساعت یکبار بیدار شده شیر میخورد
- ۸-۱۲ بار در شبانه روز میخورد
- ممکنست طی ۴-۵ ساعت مکرر بخورد و سپس ۴-۵ ساعت بخوابد
- روزهای اول شب بیشتر طلب شیر می کند تا روز
- در حالت آرامش بدنی بیشتر میخورد quiet alert
- تماس پوست با پوست بامادر موجب میشود موثرتر بمکد و شیر بخورد
- وقتی نشانه های گرسنگی دیده شد در تماس پوست با پوست قرار گیرد و پستان ارائه شود
- از دادن گول زنگ اجتناب شود چون گول زنگ نشانه های خواستن را از بین می برد و کمتر میخورد و کمتر برداشت می کند و تولید شیر کم میشود
- هم اتاقی باعث میشود لچ موثر تر ، تولید بیشتر و مدت زمان تغذیه از پستان بیشتر شود
- **نشانه های انتقال شیر**
- وجود انقباضات رحم در مادر
- تشنه شدن مادر
- خواب الود شدن مادر
- مکیدن غیر تغذیه ای شیر خوار به مکیدن تغذیه ای طولانی تر مکیدن بلعیدن تبدیل می شود
- روز اول یکبار یا بیشتر ادرار و مدفوع خواهد داشت و روز دوم ۲ و بیشتر
- روز سوم سه یا بیشتر ادرار و ۲ یا بیشتر مدفوع و روز چهارم ۴ ادرار و ۲ مدفوع یا بیشتر
- **تغذیه انحصاری روزهای اول همراه توان لچ موثرتر تولید بیشتر شیر و تداوم تغذیه از پستان و کاهش در معرض پروتئین خارجی بودن است**
- اگر ساپلمنت لازم است بر اساس ۸ بار تغذیه در شبانه روز: روز اول ۴-۵ سی سی هر وعده با مقدار کلی شبانه روز یک اونس
- روز دوم ۱۵-۲۰ و مقدار کلی ۳-۴ اونس
- روز سوم ۳۰ سی سی و مقدار کلی ۸ اونس
- روز چهارم ۶۰ سی سی و مقدار کلی ۱۶ اونس

فلوچارت تغذیه پستانی نوزاد رسیده

- نوزاد در تماس پوست با پوست بامادر قرار گرفت و طی ۶۰ دقیقه بطور موثر از پستان تغذیه کرد
- اگر بلی
- انتظار می رود همه نوزادان طی ۳ ساعت از آخرین تغذیه بیدار شوند و بطور موثر از پستان تغذیه کنند
- اگر در ساعت اول پستان را نگیرد طی ۳ ساعت از آخرین تغذیه بیدار نشود و بطور موثر نخورد:
- **بکارگیری استراتژی های تشویق آمادگی رفتار تغذیه از پستان:**
 - • تماس پوست با پوست
 - • آرام کردن نوزاد عصبانی
 - • تشویق والدین به تحریک رفلکس جستجوگری دهانی و مکیدن نوزاد
 - • به مادر آموزش دهید و کمک کنید شیر را داخل قاشق یا دهان نوزاد بچکاند
 - • مادر و نوزاد را از هم جدا نکنید
 - • اگر موثر نمیگردد پیگیری کنید طی ۳ ساعت بیدار می شود و موثر پستان را میمکد
 - • اگر مکیدن موثر ندارد ارزیابی کنید برای

• اگر موثر میمکد پیگیری کنید طی 3 ساعت بیدار می شود و موثر پستان را میمکد

• اگر مکیدن موثر ندارد ارزیابی کنید برای

• الف: عواملی که ممکنست تمایل نوزاد به شیر خوردن یا توان تغذیه موثر او را مهار کند را بررسی کنید

• ب: علایم و نشانه های هیپوگلیسمی را بررسی کنید

• ج: علایم و نشانه های سپسیس را جستجو کنید

• د: علایم و نشانه های کم آبی را ارزیابی کنید (بعد ۲۴ ساعت)

• ه: علایم و نشانه های محرومیت کالری را ارزیابی کنید (بیش از ۱۰٪ کاهش وزن)

• اگر نوزاد رسیده طی ۸-۱۲ ساعت از تولد لچ موثر ندارد و هیچ علامتی ندارد

• ۱- بطور روتین هر ۳-۴ ساعت یکبار بایابدون شیردوش برقی بدوشید و با ۱۰-۱۵ سی سی تغذیه اش کنید یا جایگزین کنید

• ۲- از استراتژی های تحریک رفتار تغذیه ای استفاده کنید

• ۳- بعد از ۲۴ ساعت از طرح تغذیه بعد از ۲۴ ساعت استفاده کنید

• اگر موجود نیست طی ۱-۳ ساعت انتظار کشیدن از استراتژی های تشویق آمادگی و رفتار تغذیه استفاده کنید

اگر شرایط فوق موجود است

- ۱- به یافته های غیرطبیعی توجه کنید و گزارش کنید
- ۲- اگر هیپوگلیسمی قابل استناد است به الگوریتم هیپوگلیسمی توجه کنید
- ۳- به الگوریتم SGA مراجعه کنید
- ۴- بر اساس نیاز شیر کمکی داده شود
- و ببینید طی ۳ ساعت از آخرین تغذیه بیدار میشود و موثر میمکد و در صورت لزوم تحریک رفتار تغذیه ای انجام شود
- نکات کلیدی:
- ۱- نوزاد ارزیابی شده و سالم است ۲- تلاش شود مادر و شیرخوار هم اتاق باشند ۳- مادر به نشانه های زودرس گرسنگی توجه کند و بداند که اگر بخواهد گریه را ملاک قرار دهد دیر است ۴- شیر کمکی بدون اندیکاسیون اثر منفی بر شیردهی دارد ۵- اگر اداره تغذیه از پستان درست انجام شود موارد اندیکاسیون شیر کمکی انگشت شمار خواهد بود
- از بیمارستان منچستر-

آبشار تصمیم گیری بلافاصله بعدزایمان

- ۱- همه نوزادان که از پستان تغذیه می شوند قبل از خروج از بیمارستان ارزیابی شوند
- ۳- ارزیابی وضعیت در آغوش مادر بودن و پستان بدهان بردن و دریافت شیر انجام شود
- ۲- نگرانی در مورد کم شیری
- نگرانی کاهش وزن
- سیر نشدن نوزاد
- نوزاد خواب الود
- درد و زخم نوک سینه
- کم آبی نوزاد
- طول کشیدن تغذیه
- **با این شرایط**
- **آیا شیر کافی دریافت می کند**
- ۴- بله
- ۷- در این صورت مادر را برای دریافت کافی شیر مطمئن کنید
- اگر لچ دردناک است اصلاح کنید
- ۸- قبل از ترخیص چک لیست کمک برای شیردهی را مرور کنید

- ۵- پرسنل مطمئن نیستند که نوزاد شیرکافی دریافت می کند پس
- ۹- اتخاذ وضعیت دهی ولچ مجدد و کمپرس پستان انجام شود
- و ۱۰- هنوز خوب نمی خورد یا مطمئن نیستیم
ایا مداخله لازم است؟ اگر بلی
- از سیستم مکمل رسان برای شیرکمی استفاده کنید و اگر نه
- ارجاع زودرس به متخصص بیرون از بیمارستان
- ۶- ۶ شیرکافی دریافت نمی کند
- ۹- اتخاذ وضعیت و لچ مجدد و کمپرس پستان
- ۱۳- نوزاد درست پستان را نمی گیرد
- اگر مداخله لازم است
- ۱۴- تغذیه انگشتی یا فنجان‌ی را انجام دهید و اگر لازم نیست
- ۱۲- ارجاع زودرس به متخصص بیرونی

هیپوگلیسمی

- هیپوگلیسمی موقت در ۳ ساعت اول عمر طبیعی است و خودش بهتر میشود. گرچه شیردهی ساعت اول برای شیرسازی مهم است ولی قندخون نوزاد سالم رسیده را بالا نمی برد. نوزاد مادری که دیابت بارداری دارد و ساعت اول از پستان مادر تغذیه شود هیپوگلیسمی کمتر دارد.
- ۹۰٪ گلیکوژن کبدی ۳ ساعت و بقیه در ۱۲ ساعت تخلیه شده است.
- در گلوکونئوژنز، کبد و کلیه از اسیدچرب و اسید آمینه گلوکز می سازند. تولید گلوکز ۴-۶ mg/k/min است. مغز نیاز به ۷/۳ mg/k/min دارد. ۷۰٪ نیاز از اکسیداسیون گلوکز و بقیه سایر منابع تامین می شود.
- بقیه سوخت مغز از کتون و لاکتات تامین میشود:
- کمترین قند بین ساعت ۱-۲ تولد است. بعد از ۱۲ ساعت، از گلوکزی که از شیر مادر و گلوکونئوژنز حاصل میشود استفاده می کنند تا قند خون را حفظ کند. و از اسیدهای چرب چربی ذخیره و شیر تامین می شود.
- شیر مادر نسبت به فرمولای بیشتر کتوژنیک است (منبع دیگر سوخت مغز). کتون، سوخت مغز، قلب و عضلات در زمان بلافاصله بعد از تولد را که قند پائین است را تامین می کند.
- در تغذیه از پستان کتون بیشتری تولید می شود و شاید علت این که نوزاد سالم شیر مادر خوار با قند پائین تری بدون علامت است همین باشد.
- لاکتات منبع مفید سوخت مغز در نوزاد هیپوگلیسمیک است و نوزاد هیپوگلیسمیک که لاکتات پلاسمایی کمتر دارد در خطر بیشتر عوارض عصبی آن قرار دارد.

شرایطی که نوزاد را در خطر هیپوگلیسمی و علائم بالینی قرار می دهد و توصیه به پایش و اندازه گیری قندخون میشود عبارتند از:

- نوزاد نارس و نارس SGA و فول ترم SGA،
- نارسایی قلب،
- اریتروبلاستوز قتالین،
- دیسترس تنفسی،
- اختلالات آندوکراین،
- توکسمی مادر،
- دوقلوی Discordant،
- LGA،
- آسفیکسی،
- سپسیس،
- پلی سیتی،
- دریافت سرم قندی توسط مادر،
- بیماری های متابولیک ،
- تب حین زایمان،
- نوزاد پست ماچور،
- استرس سرما،
- بیماری Rh،
- میکروفالوس و نقائص خط وسط،
- مادری که اپیدورال شده
- دیابت مادر.

- بعنوان اقدام عملی برای هیپوگلیسمی، نوزادان در خطر عبارتند از نوزاد LGA-SGA
- نوزاد مادر دیابتی، و اواخر نارسایی و بر اساس دستورالعمل زیر درمان شوند.
- قندخون در نوزاد رسیده که علامت بالینی دارد یا در خطر هیپوگلیسمی است اندازه گیری شود.
- نوزاد علامت دار و قند زیر ۴۰ سرم قندی دریافت کند
(علائم: تحریک پذیری، ترمور، لرزش، رفلکس موروی شدت یافته، گریه با صدای زیر، تشنج، لتارژی، شلی، سیانوز، آپنه، خوب شیر نخوردن)

• بدون علامت:

- تولدتا ۴ ساعت: طی ساعت اول شیر داده شود و ۳۰ دقیقه بعد از اولین تغذیه اسکرین قندشود. اسکرین اول کمتر از ۲۵ mg/dl است، تغذیه شود و طی یکساعت کنترل شود.
- قند زیر ۲۵ سرم قندی وصل شود .
- بین ۲۵-۴۰ تغذیه مجدد/سرم قندی بر اساس نیاز.
- ۴-۲۴ ساعت بعد: تغذیه هر ۲-۳ ساعت یکبار و قبل از هر تغذیه اسکرین قند شود.
- اگر زیر ۳۵ است تغذیه و کنترل طی ۱ ساعت،
- اگر زیر ۳۵ است سرم قندی واگر
- ۳۵-۴۵ تغذیه /سرم بر اساس نیاز
- هدف اسکرین قند ۴۵ یا بیشتر است.
- دوز قند ۲۰۰ م/ک و یا ۵-۸ م/ک در دقیقه است. رساندن قند پلاسما به ۵-۴۰ میلیگرم/دسی لیتر است

مشکلات تعیین سطح قندخون

- قندخون کامل ۱۰-۱۵% کمتر از پلاسماست. قندخون در هفته اول بطور طبیعی ۲۷- ۱۰۸ mg/dl است باید بررسی آزمایشگاهی صورت گیرد و چون طول می کشد از point-of-care استفاده می شود که روی خون کامل انجام میشود. این روشهای بالینی در هر ۴ مورد نورموگلیسمی یک مورد راهیوگلیسمی نشان میدهد.
- در نوزاد کم وزن، در کاهش هماتوکریت و تغذیه وریدی دقتش کم میشود.
- در روش گلوکومتری درآمی بطور کاذب بالا و در پلی سیتی پائین نشان میدهد.
- گلوکومتر برای غربالگری اولیه است و باید از طریق آزمایشگاه و بالین اثبات شود.
- روشهای دیگر از جمله زیر جلدی و اسپکتروسکوپی هم وجود دارند.
- باید نکات زیر را در نظر داشت: دکستروز تیکس برای بالغین طراحی شده- در این روشها قند ± 5 - ۱۵ mg/dl بخصوص در حد پائین تر آنرا درست نشان نمی دهد.
- قبل از درمان باید توسط آزمایشگاه ثابت شود.
- هماتوکریت تعیین شود چون در هماتوکریت بالا قند پائین نشان داده میشود.
- ارتفاع و هیپوکسی و فشار نسبی اکسیژن هم بر عدد گلوکز اثر می گذارد.
- سرم قندی مادر کاهش قند را موجب میشود.
- سوزن زدن مکرر پاشنه و خونگیری مولد افزایش استرس هورمون و کاهش قند است.
- فشردن پاشنه بصورت دوشیدن موجب لیز گلیبول شده، کاهش قند را نشان می دهد.
- باید جریان خون آزاد باشد. و خون در لوله محتوی مهار کننده گلیکولیتیک مثل فلوراید نگهداری شود، چون تاخیر باعث مصرف قند میشود.
- و در سطح پائین قند، دستگاهی که برای هیپوگلیسمی نوزاد معتبر باشد وجود ندارد.

- بین ساعت ۳ و ۷۲ تولد، نوزاد سالم که از پستان مادر تغذیه می شود تغییر قابل ملاحظه در قند نشان نمی دهد و حتی اگر تا ۶ ساعت هم چیزی نخورد سطح قند خون ایمن باقی میماند.
- سطح قند خون در ۲۴ ساعت اول کمتر است.
- اگر نوزاد سالم رسیده مکرر به پستان گذاشته شود ریسک فاکتوری نداشته باشد و پائین ترین قند در یک ساعت از عمر داشته باشد ($2.5/2 - 2.8/7$ mg/dL) علامتی از هیپوگلیسمی نشان نمی دهد. برای نوزادان آستانه عملیاتی تعریف شده تا بر خورد بهتری انجام شود. این آستانه ها متفاوت از اهداف درمانی محدوده ۷۲-۹۰ mg/dL است

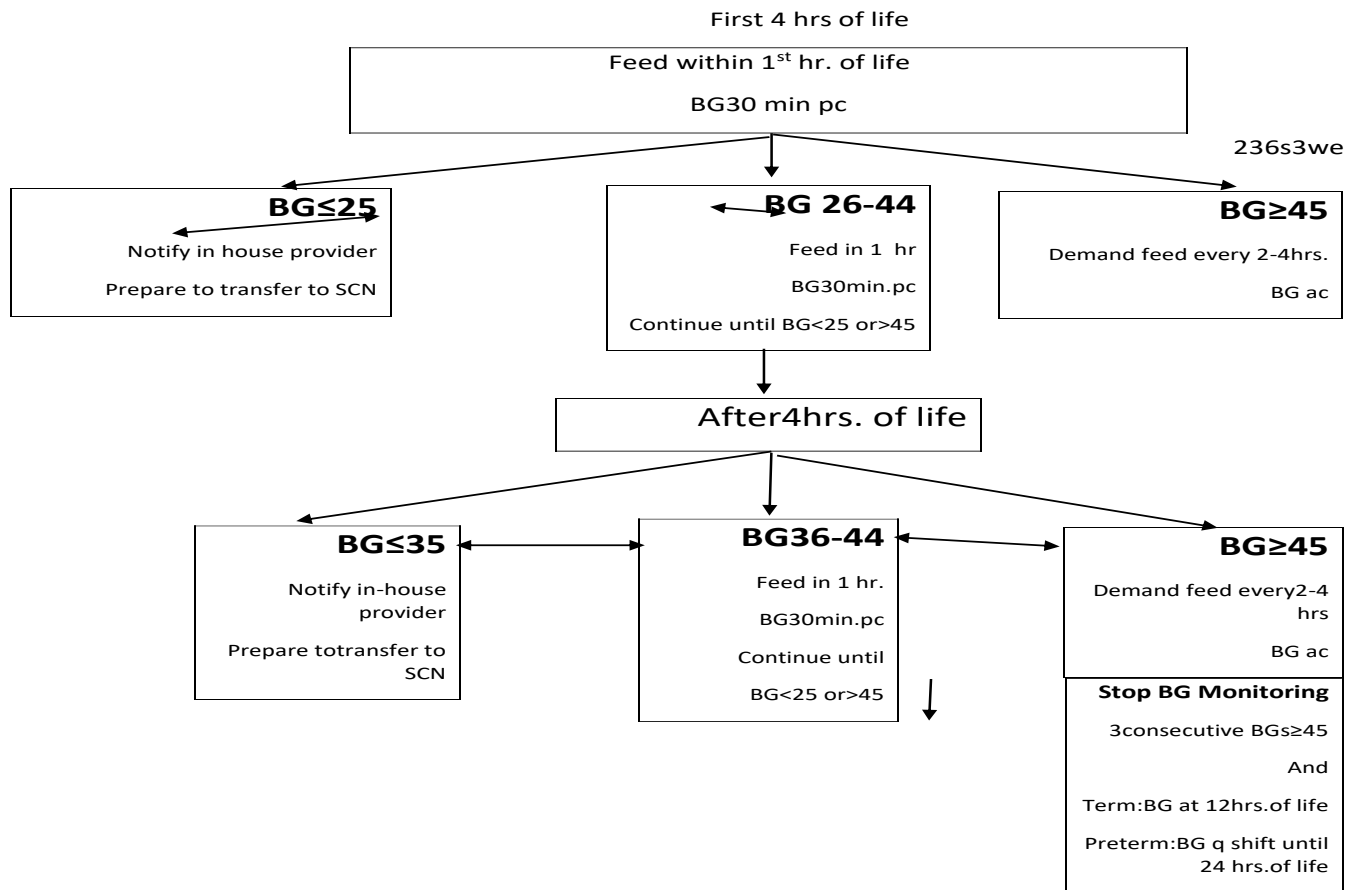
- نوزاد با علائم بالینی غیر طبیعی: اگر علامت دارد قند خون تعیین شود. اگر قند خون کمتر از 45 mg/dL است باید مداخله بالینی شروع شود.

- نوزادان **At-risk**: باید قبل از هر علامت غربالگری شوند. ساعت اول تغذیه شوند و ۳۰ دقیقه بعد غربالگری شوند. باید بعد از تولد بمجردامکان، یادرپذیرش به بخش یا ۳۰-۶۰ دقیقه از تولد بطورروتین اندازه گیری قند انجام شود. باید برای نوزادی که درمان هیپوگلیسمی شده هر ۳۰ دقیقه و قبل از تغذیه یا هرگاه علائم غیر طبیعی موجود است غربالگری انجام شود. گلوکز کمتر از 36 mg/dL پلاسما نیاز به دیده وری نزدیک دارد. مداخله در صورت پائین ماندن قند، افزایش نیافتن بعد از غذا یا علائم بالینی غیر طبیعی لازم است. در قند خون خیلی پائین کمتر از ۲۰-۲۵ قندوریدی شروع شود که قند بالای 45 mg/dL شود. هدف درمانی ۴۵ میلیگرم متفاوت تکنیک از آستانه مداخله ۳۶ میلیگرم است (۲ میلی مول)

هیپوگلیسمی

- نوزادی که در خطر هیپوگلیسمی است باید مکرر تغذیه شود. پروتئین و چربی آغوز برای گلوکونئوزنز مورد استفاده قرار می گیرد. آغوز و شیر مادر کتوزنز را تسهیل می کند. آغوز موجب افزایش حرکت روده و تخلیه معده و جذب سریع مواد غذایی میشود.
- اگر نوزاد نتواند لچ کند یا بطور موثر آغوز را دریافت کند مادر با دست بدوشد و داده شود.
- اگر شیردوش استفاده شود آغوز به جدارها می چسبد. اگر ندارد و از قبل دوشیده و باخود به بیمارستان آورده مورد استفاده قرار گیرد. از پروتوکل ABM استفاده شود که بر ۴ اصل استوار است: پایش نوزادی که در معرض بیشترین خطر قرار دارد. اثبات کم بودن قند و این که مسئول علائم بالینی است. و علائم به گلوکز درمانی و طبیعی شدن آن پاسخ دهد. مشاهده و ثبت دقیق همه موارد بالا. الگوریتم زیر برای درمان هیپوگلیسمی تلخیص شده اولین خط درمانی تغذیه از پستان است.
- دوشیدن آغوز قبل از زایمان یا مرحله اول زایمان و نگهداری در یخچال یا روی یخ در مادران دیابتی که احتمالاً نیاز به شیر کمکی دارند انجام میشود.

تشخیص و مداخله زودهنگام در معرض خطر ها



اداره تغذیه ازپستان

• :

- باید از ایجاد هیپوگلیسمی پیشگیری کرد. تغذیه از پستان قندخون را بالاتر نگه میدارد. تغذیه زودهنگام از پستان و بلع آغوز تسهیل کننده تثبیت قندخون بخصوص برای نوزاد مادر دیابتی است. باید تغذیه موثر از پستان هرچه زودتر بعد از زایمان شروع شود و باید مطمئن شد آغوز را می بلعد. اقدامات برای پیشگیری عبارتند از:
 - تغذیه مکرر از پستان بر اساس ایما اشاره ها، قبل از گریه ممتد، و اجتناب از فاصله زیاد بین شیردهی ها
 - نوزادی که از مادر جدا شود دمای بدنش کمتر است، بیشتر گریه می کند و قندخون کمتر دارد.
 - در جدایی نوزاد از مادر قند ۹۰ دقیقه ۱۰ میلیگرم کمتر است نسبت به نوزادی که در تماس پوست با پوست با مادر قرار دارد.
 - استرس محیط مثل هیپوترمی نیاز به صرف انرژی دارد. STS در یک دقیقه از تولد دمای بدن نوزاد را بالایی برد و قند در ۶۰ دقیقه از تولد در حد ۴۳-۸۵ میشود حتی اگر تغذیه نشده باشد (۴۸-۱۱۸ mg/dL). در ساعات اول تولد مادر و نوزاد را STS نگهدارید چون همه بدن نوزاد را گرم نگه میدارد و مثل وارمر نیست که فقط تنه را گرم نگه میدارد. استحمام نیز باید بتأخیر افتد.
- نوزاد کنار مادر باشد حتی شب اجازه ندهید نوزاد گریه کند. بلافاصله به هر گریه ای پاسخ داده شود کاهش طبیعی قند در ساعت ۱-۴ بعد از تولد وجود دارد لذا آب قند داده نشود چون سریع متابولیزه میشود و هیپوگلیسمی واکنشی ایجاد می کند. در این مدت قندخون با نوار تعیین نشود (در نوزاد کم خطر بدون علامت). مطمئن شوید دسترسی به پستان نامحدود است و اطمینان حاصل کنید نوزاد آغوز را دریافت میکند. اگر نتواند لچ کند یا خوب نمی خورد با آغوز دوشیده تغذیه اش کنید. تجویز آغوز موجب تداوم تغذیه انحصاری، نگهداری قندخون در حد قابل قبول و کاهش خطر دیابت و حساسیت می شود.

مشاهده قبل از شیردهی:

- در صورت امکان قبل از شیردهی با ترازوی دیجیتال وزن و بعد از شیر خوردن مجدداً همان لباس و پوشک وزن کنید
- آیا STS انجام شد
- مادر با مشاهده کدام علامت شیرداد
- آیا شیرخوار خیلی گرسنه بود (گریه با عصبانیت)
- آیا اصلاً گرسنه نبود (خواب عمیق-خاموش)
- مادر چگونه خود را آماده کرد
- از مشاهده علائم شیرخوار تا شیردهی چقدر طول کشید
- شما کنار یا پشت مادر ایستادید؟
- زمانی که شیرخوار لچ می کند
- شکل و رنگ نیپل چگونه است
- چه وضعیتی را انتخاب می کند
- بدن شیرخوار بطرف مادر؟
- گوش و شانه و هاتش در یک امتداد و دست و پاخمیده بطرف خط وسط
- دستش پشت سر یا طرفین گونه اش؟
- آیا بادستش شکل طبیعی پستان را تغییر می دهد و یا tilt نیپل را
- وضعیت شیرخوار نسبت به مادر

- چه وقت دهانش را باز می کند
- زاویه بین گوشه های لب چقدر است
- آیا مادر به دهان کاملاً باز با جلو آوردن او پاسخ می دهد
- آیا میتواند سرش را بطرف عقب متمایل کند یا بطرف قفسه سینه اش نگاه داشته شده
- آیا ابتدا لب تحتانی و زبان به پستان میرسد و بعد لب بالا چفت و بست ایجاد می کند
- آیا دهانش نسبت به نیپل خارج از مرکز است
- آیا چانه اش در پستان فرورفته
- آیا دماغ نزدیک پستان است
- آیا دستان او دور پستان است

• در خلال تغذیه

- مشاهده زبان بدن مادر هنگام شیردهی و تحت فشار بودن دست و شانه و پا و صورت
- زبان بدن شیرخوار تنش یادسترس
- آیا فک او حرکت پیستونی دارد که حاکی از مکیدن غیرتغذیه ای و انتقال ناکافی شیر است؟
- آیا فک حرکت گهواره ای دارد که بطرف پستان میرود و حاکی از انتقال شیر است
- چگونه با سرعت شیربرخورد می کند
- در خلال شیر خوردن عجله عجله می خورد یا به حلقش می پرد
- آیا توقمی کند که نفس بکشد
- در خلال تغذیه تقف می کند یا رهامی کند و دوباره می گیرد
- آیا موقع شیر خوردن تنفسش مشکل میشود
- آیا موقع شیر خوردن رنگ پوست لب و دور دماغش طبیعی است (آبی شدن نیاز به ارجاع سریع به پزشک دارد)
- نسبت مکیدن به بلع را بشمارید باید یک به یک یا دوبه یک باشد

• بعد از تغذیه

- شیرخوار خودش رها کرد یا نه
- نوک پستان بجز دراز تر و حجیم تر شدن تغییر دیگری داشت
- آیا رنگش عوض شد

زردی-هیپوگلیسمی-کم آبی-هیپوترمی-

دستور العمل کشوری (برقراری تماس پوست با پوست
مادر و نوزاد
و تغذیه با شیرمادر طی ساعت اول تولد)

مصوب کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر
اردیبهشت ماه ۱۳۹۲

وظیفه تیم پزشکی

۱_ در ساعات اول تولد : اتاق زایمان و ریکاوری

(الف) زایمان طبیعی

(ب) زایمان از طرق سزارین

* با بی حسی ناحیه ای

* با بیهوشی عمومی

۲_ در بخش (پس از زایمان)

وظیفه تیم پزشکی در ساعت اول تولد

الف (زایمان طبیعی

- * برای هر مادر از آغاز لیبر تا پایان ساعت اول تولد نوزاد **یک ماما** باید موظف به انجام خدمات زیر و مسئول حسن اجرای آن باشد .
- * گفتگو با مادر قبل از انجام زایمان حداقل چند دقیقه در مورد اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و...
- * شرایط مناسب اتاق مادر
- * لباس مادر
- * آزادی مادر و تحرک ، خوردن ، آشامیدن و داشتن همراه
- * اجتناب از شستشوی پستان
- * حتی الامکان پرهیز از اقدامات تهاجمی نظیر اینداکشن
- * پرهیز از وصل کردن سرم به طور روتین
- * عدم؟؟؟ تاکید بر انجام زایمان در وضعیت لیتوتومی و اپیزیوتومی

توجه :

در صورت انجام اپیزیوتومی ، همزمان با ترمیم پرینه تماس پوست با پوست مادر و نوزاد را برقرار نماید

وظایف ماما

- ۱_ گزاردن نوزاد از طرف شکم (دمر) به روی شکم مادر بلافاصله پس از تولد.
- ۲_ خشک کردن سریع نوزاد از طرف سر به طرف تنه و اندام ها و همزمان ارزیابی سلامت او

اگر نوزاد سالم و نیاز به احیاء ندارد :

- * ادامه خشک کردن نوزاد با حوله یا پارچه گرم و نرم و لطیف به استثنای خشک کردن دست ها (از مچ به پایین) و بدون صدمه زدن به ورنیکس
- * پوشاندن سر نوزاد با کلاه
- * عدم نیاز به استفاده از وارمر

اگر نوزاد نیاز به احیاء دارد :

انجام عملیات طبق پروتکل احیاء نوزاد نیازی به ساکشن دهان و بینی به طور روتین نیست اگر :

- * نوزاد رسیده (ماچور) باشد .
- * بلافاصله پس از تولد نفس کشیده باشد (گریه بلند ابتدایی)
- * زایمان تسریع نشده باشد .

۳) نیازی به گزاردن لوله در دهان یا بینی نوزاد به منظور تخلیه محتویات معده نیست مگر اندیکاسیون علمی داشته باشد .

۴) بریدن بند ناف _ یک دقیقه پس از تولد در ۵_۲ سانتیمتری . قطع آن با قیچی استریل . عدم نیاز به استفاده از مواد ضد عفونی کننده (بتادین ، الکل و....)

۵) گزاردن نوزاد همچنان لخت کمی بالاتر و نزدیک پستان های مادر ، چشم های نوزاد در سطح نوک پستان مادر قرار گیرد .

*** پوشاندن نوزاد و مادر با پتوی گرم ، تمیز و لطیف**

*** اگر مادر احساس سرما می کرد ، استفاده از وارمر _ رعایت فاصله مناسب و قرار گرفتن وارمر بالای قفسه سینه مادر**

*** کمی بالاتر قرار دادن سر مادر به منظور تماس چشم با چشم مادر و نوزاد**

(فاصله کانونی دید نوزاد ۱۹ سانتیمتر)

۶) کنترل و ثبت سلامت نوزاد ، تنفس ، دما ، رنگ بدن هر ۱۵ دقیقه یک بار در تمام مدت یک ساعت تماس

*** نگهداری نوزاد به طور مناسب در تماس با مادر (نیفتد و سقوط نکند) .**

*** مراقبت روتین و کنترل علائم حیاتی مادر طبق دستورالعمل مربوطه**

۷) عدم استحمام نوزاد در طی ۶ ساعت اول تولد (ترجیحا" ۲۴ ساعت بعد انجام شود) .

۸) به تاخیر انداختن مراقبت هایی نظیر :

* تزریق ویتامین K و واکسن ، گرفتن اثر کف پا ، مراقبت از چشم ، توزین نوزاد ، سایر اندازه گیری ها و.... به بعد از اتمام اولین تغذیه با شیرمادر و یا ترجیحا" بعد از ساعت اول تولد .

۹) کمک به نوزاد برای گرفتن پستان و شروع اولین تغذیه :

* توجه به علائم و آمادگی نوزاد برای شروع تغذیه

(حرکات سر به طرفین ، بازکردن دهان ، بردن دست به طرف دهان ، ملچ ملوچ کردن خروج بزاق از دهان)

* نزدیک بردن سر نوزاد به پستان مادر

توجه :

علیرغم کمک کردن به نوزاد اگر تغذیه با شیرمادر (آخوز) انجام نشد سلامت نوزاد باید بررسی شود

۱۰) نگهداری مادر و نوزاد در طی ساعت اول پس از زایمان در اتاق زایمان یا ریکاوری سپس همزمان انتقال به بخش (بخش پس از زایمان)

ب) زایمان از طریق سزارین با بی حسی ناحیه ای

بعد از ساکشن دهان و بینی ، قطع بند ناف ، خشک کردن نوزاد در صورتی که مادر و نوزاد در وضعیت پایداری باشند ماما یا یک فرد مسئول باید :

* تماس پوستی را حداقل به صورت تماس گونه به گونه همچنین تماس چشم با چشم مادر و نوزاد را برقرار کند .

* برای ادامه تماس فوق و شروع اولین تغذیه (ضمن این که عمل جراحی داشته باشد) از سه روش زیر استفاده کند :

۱_ قرار دادن نوزاد از بالای شانه مادر

۲_ قرار دادن نوزاد از زیر بغل مادر (تماس قفسه سینه نوزاد با پهلوی مادر)

۳_ قرار دادن نوزاد به طور مایل روی قفسه سینه مادر (سر نوزاد نزدیک پستان طرف مقابل)

* ماما یا فرد مسئول در تمام مراحل فوق باید از مادر و نوزاد و مراقبت کرده و آن ها را تنها نگذارد .

* در موارد بسیار نادر اگر امکان تحقق موارد فوق (تماس و تغذیه) انجام نشد باید در اتاق ریکاوری انجام گیرد .

* از بند ۶ به بعد آن چه که در زایمان طبیعی گفته شد را رعایت نماید .

ج) زایمان از طریق سزارین با بیهوشی عمومی

* اقدامات اولیه (ساکشن) ، قطع بند ناف ، خشک کردن نوزاد ، بررسی سلامت و نیاز یا عدم نیاز به احیاء و.....) مانند موارد قبل است .

مامای مسئول باید :

* نوزاد را با یک حوله گرم و خشک و تمیز دیگر بپوشاند و در پهلوی مادر طوری قرار دهد که بندناف و شکم نوزاد با پوست مادر در تماس باشد .

* مدت این تماس هر چه طولانی تر باشد بهتر است .

* پس از این تماس نوزاد را لباس گرم و لطیف بپوشاند و او را در کت نوزاد قرار داده و کت را در کنار تخت مادر بگذارد .

* پس از اتمام عمل جراحی ، مادر و نوزاد را با هم به اتاق ریکاوری منتقل نماید .

* در تمام مدت اقامت مادر و نوزاد در اتاق ریکاوری از آنان مراقبت کند .

* در اتاق ریکاوری هنگامی که مادر توانایی پاسخگویی پیدا کرد حتی اگر کمی خواب آلود باشد باید به او و نوزاد کمک کند تا اولین تغذیه نوزاد با شیرمادر (آغوز) انجام شود .



ساعت اول پس از تولد بعد از سزارین با بیهوشی عمومی در اتاق ریکاوری یا بخش بعد زایمان

Multistage progression of infant's orientation to the breast in the first hour of life

Birth cry

Relaxation when there are no mouth movements and hands are relaxed

Awakening when small twitches and movements are seen in the head and shoulders

Activity where mouth and sucking movements and rooting reflexes begin and increase

Crawling the baby approaches the breast with short periods of crawling types of movements

Resting in between periods of activity

Familiarization where the baby becomes acquainted with the breast by licking and touching

Suckling where the baby begins to feed and finally

Sleeping after the baby has satisfied it's natural desire to suckle

No gift is more precious



Breastfeeding... the gift that lasts a lifetime