

Institutul **Lamaze**

pentru **Naștere Normală**

Practici de Îngrijire care Promovează Nașterea Normală

NR. 6: NE-SEPARAREA MAMEI ȘI A COPILULUI CU POSIBILITĂȚI PENTRU ALĂPTARE NELIMITATE

O tânără mamă stă într-o rezervă mamă/copil a spitalului unde a născut. Prietena ei sugerează să își timită bebelușul în salonul pentru nou-născuți pe perioada nopții astfel încât să se poată odihni mai bine, dar asistenta recomandă să țină bebelușul cu ea. Ce dezvăluie studiile despre necesitățile mamelor și bebelușilor după naștere?



De-a lungul aproape întregii istorii, mamele și nou-născuții lor au stat împreună după naștere. Bebelușii au stat în siguranță și la căldură, cu acces ușor la laptele matern, iar mamele și bebelușii au învățat unii despre ceilalți. Începând cu secolul al XX-lea, pe măsură ce nașterea a intrat în spitale, majoritatea bebelușilor nu au mai stat împreună cu mamele lor după naștere. Mama a fost trimisă într-o cameră de spital, în timp ce bebelușul ei era dus într-un salon pentru nou-născuți. Mamele așteptau îndelung până să își vadă copiii, iar nou-născuții lor le vizitau, de obicei, numai după un program de hrănire bine stabilit. Comunitatea medicală credea că bebelușii sunt mai în siguranță și mamele mai odihnite dacă bebelușii sunt în alt salon, separat. În ultimii ani s-au realizat cercetări care au indicat că cel mai bine pentru mame și copii este să rămână împreună după naștere.¹ Perioada de timp întreruptă, întârziată sau limitată pe care o mamă o poate petrece cu copilul ei poate avea efecte negativ asupra relației lor și asupra alăptării. Bebelușii rămân încălziți și plâng mai puțin, iar alăptarea pornește foarte bine, atunci când mamele și copiii lor petrec timp mult împreună, începând imediat după naștere. Mamele învață să recunoască necesitățile copilului lor, răspund cu tandrețe și dragoste. Începe să se formeze o conexiune care va dura toată viața.

Contactul Timpuriu

Natura pregătește o mamă și bebelușul pentru nevoia unul de altul, chiar din momentul nașterii. *Oxitocina*, hormonul care determină contracțiile uterine, determină totodată și creșterea temperaturii sânului ei, ceea ce o ajută să se simtă calmă și gata să răspundă la nevoile copilului.² Acest hormon stimulează sentimentele „materne” pe măsură ce femeia atinge, privește și alăptează copilul nou-născut. Pe măsură ce ea își ține bebelușul în brațe și în contact piele-pe-piele, este eliberată mai multă oxitocină. Endorfinele, hormoni asemănători cu narcoticele, sunt de asemenea eliberate și cresc sentimentele materne. Nivele mari de adrenalină, care sunt normale la bebeluși la naștere, fac bebelușul să fie alert și îl pregătesc pentru întâlnirea cu mama lui, să o privească, să își găsească drumul către sânul ei și să se hrănească. În timpul primelor ore

și zile după naștere, o mamă învață să înțeleagă semnalele transmise de bebelușul ei și modul lui unic de comunicare cu ea.

Experții recomandă ca imediat după naștere nou-născuții să fie plasați piele-pe-piele pe abdomenul sau pieptul mamei lor, uscați, și acoperiți cu prosoape calde.^{1,3,4,5,6} Unii cercetători numesc acest contact piele-pe-piele „îngrijire tip mamă-cangur” sau „îngrijire cangur”. Fiind plasați în pielea goală pe pielea mamei este un mod perfect pentru bebeluș de a se adapta la noua sa viață în afara corpului ei.⁷ Temperatura corpului mamei se ajustează în mod natural pentru a feri bebelușul de frig. Nou-născuții plasați piele-pe-piele cu mamele lor plâng mai puțin, rămân mai calzi decât bebelușii puși în incubatoare sau leagăne.^{8,9,10} Deasemenea, bebelușii cărora le este frig, inclusiv cei prematuri, revin la o temperatură normală mult mai rapid atunci când sunt ținuti piele-pe-piele de mamele lor.

Cu ani în urmă, profesioniștii credeau că bebelușii sunt mai în siguranță în saloanele de nou-născuți pentru că sunt mai puține șanse ca ei să fie expuși germenilor. Acum știm că acest contact, piele-pe-piele, oferă oportunitatea pentru bebeluș să fie expus la bacteriile normale de pe pielea mamei, descrescând astfel riscul infectării ulterioare a bebelușului cu germeni patogeni.⁶

Alte beneficii pentru bebelușii cu contact piele-pe-piele includ respirație mai ușoară, nivele de zahăr sanguin mai ridicate și progresie naturală a alăptării la sân.^{8,11,12} Cei mai mulți bebeluși plasați în contact piele-pe-pielea mamei lor imediat după naștere se vor atașa instinctiv la sân și vor începe să se alăpteze, de obicei în cursul primei ore după naștere.^{13, 14} Mamele care își țin bebelușii în contact direct pe piele după naștere sunt mai dispuse să continue alăptarea la sân și mai puțin predispuse la înlocuirea cu lapte praf.⁷ Totuși, atunci când bebelușii sunt separați de mamele lor timp de 20 de minute sau mai mult după naștere, bebelușii sunt mai puțin disponibili pentru alăptare în timpul primei ore după naștere.¹⁵

Mulți cercetători care au studiat comportamentul animalelor consideră că, la fel ca și la animale, bebelușii umani care sunt separați de mamele lor la naștere plâng semnificativ mai mult din cauza disconfortului, nevoii fizice de căldură, protecției și accesului la laptele matern care pot fi găsite numai în brațele mamelor lor.

Rooming-In

Whether a woman has her baby in a hospital, at a birth center, or at home, it is best for her to be with her baby as much as possible. In the hospital setting, a mother and baby staying together is called rooming-in. Experts recommend that mother and baby room together throughout their hospital stay and that the two be cared for as a “couple.”^{3,4,6}

Rooming-in with her baby makes breastfeeding easier for a mother. When she and her baby are together, she learns to recognize her baby’s first “requests” for comfort and food, and to offer quickly what he needs. Mothers who room-in with their babies breastfeed sooner and more often compared to mothers who have limited contact with their babies or whose babies are in the nursery at night.^{16,}

^{17,18,19} Mothers who room-in have better milk supplies¹⁹

and are more likely to be breastfeeding successfully when their babies are 4 months old.²⁰

Well-meaning friends and family may advise a woman to let her baby stay in the nursery at night so that she can get more sleep. However, some studies have found that mothers whose babies are cared for in the nursery do not get more sleep than mothers who room-in with their babies at night.^{21,22,23} A mother may sleep more peacefully knowing that her baby is with her. It makes sense that the more time two people spend together, the sooner they get to know each other. Mothers who are with their babies for longer periods of time, including during the night, have higher scores on tests that measure the strength of a mother's attachment to her baby.^{24,25,26}

Rooming-in is also better for babies. Babies who room-in with their mothers cry less and spend more time in quiet sleep,^{22, 23} gain more weight per day,¹⁸ and are less likely to become jaundiced.¹⁹ Rooming-in may have other longterm benefits for mothers and babies. Studies suggest that rates of child abuse, neglect, and separation are lower for mothers who have frequent and extended contact with their newborns during the early postpartum period.²⁷

Recommendations from Lamaze International

You will have waited 9 months to meet your baby. You will have dreamt about your baby and looked forward to the moment of birth with excitement. After birth, you and your baby will want and need to be together. And research shows that being together is best for both of you. Choose to have your baby in a place where this need will be met. If you are having your baby in a hospital, tell your caregiver that you wish to hold your baby skin-to-skin after birth and to keep your baby with you throughout our postpartum stay. You can reassure your friends and family that the best place for your baby is with you.

Photo © 2003 Robyn Osten - www.firstbreath.com

Photo © 2003 Wernher Krutein - www.photovault.com

2

References

1. Anderson, G.C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, 3. Oxford: Update Software.
2. Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819–838.

3. American Academy of Pediatrics (AAP) and American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). *Guidelines for perinatal care*. Elk Grove Village, IL: ACOG. Washington, DC: 4.
4. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee: Chantry, C., Howard, C.R., & McCoy, R.C. (2003). Clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term. *Academy of Breastfeeding Medicine News and Views*, 9(1).
5. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2000). *Evidencebased clinical practice guideline: Breastfeeding support: Prenatal care through the first year*. Washington, DC: AWHONN.
6. World Health Organization (WHO). (1998). *Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding* (rev. ed., WHO/CHD/98.9). Geneva, Switzerland: WHO.
7. Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J., & Boltruszko, I. (2002). Effect of skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 91(12), 1301–1306.
8. Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., et al. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica* 81(6–7), 488–493.
9. Christensson, K., Bhat, G.J., Amadi, B.C., Eriksson, B., & Hojer, B. (1998). Randomised study of skinto-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *Lancet*, 352(9134), 1115.
10. Bystrova, K., Widstrom, A.M., Matthiesen, A.S., Ransjo-Arvidson, A.B., Welles-Nystrom, B., & Wassberg, C., et al. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": A study on temperature in newborn infants subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*, 92(3), 320–326.
11. Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnas-Moberg, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica*, 84(5), 468–473.
12. Johanson, R.B., Spencer, S.A., Rolfe, P., Jones, P., & Malla, D.S. (1992). Effect of post-delivery care on neonatal body temperature. *Acta Paediatrica*,

81(11), 859–863.

13. Righard, L., & Alade, M.O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 336(8723), 1105–1107.

14. Widstrom, A.M., Wahlberg, V., Matthiesen, A.S., Eneroth, P., Uvnas-Moberg, K., & Werner, S. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*, 21(3), 153–163.

15. DiGirolamo, A.M., Grummer-Strawn, L.M., & Fein, S. (2001). Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *Birth*, 28(2), 94–100.

16. Flores-Huerta, S., & Cisneros-Silva, I. (1997). Mother-infant rooming-in and exclusive breast feeding. *Salud p'ublica de Mexico*, 39(2), 110–116.

17. Perez-Escamilla, R., Pollitt, E., Lonnerdal, B., & Dewey, K.G. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: An analytical overview. *American Journal of Public Health*, 84(1), 89–97.

18. Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 79(11), 1017–1022.

19. Syafruddin, M., Djauhariah, A.M., & Dasril, D. (1988). A study comparing rooming-in with separate nursing. *Paediatrica Indonesiana*, 28(5–6), 116–123.

20. Lindenberg, C.S., Cabrera Artola, R., & Jimenez, V. (1990). The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International Journal of Nursing Studies*, 27(3), 179–186.

3

© 2003 Lamaze International. "Lamaze" is a registered trademark of Lamaze International, Inc. Paper may be copied and distributed as long as attribution to Lamaze International is included. For more information about Lamaze International, visit our Web site at <http://www.lamaze.org> or call (800) 368-4404 or (202) 367-1128.

Developed by the Lamaze International Education Council

Principal Author:

Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE

Contributors and Reviewers:

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE

Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE, FACCE

© 2003 Lamaze International. "Lamaze" este o marcă înregistrată de Lamaze International, Inc. documentul poate fi copiat și distribuit atâta timp cât atribuirea lui la Lamaze International este inclusă. Pentru mai multe informații despre Lamaze International, vizitați Web site-ul nostru la <http://www.lamaze.org> sau sunați la (800) 368-4404 sau (202) 367-1128.

Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE
Caroline Donahue, RN, MA, LCCE, FACCE
Jeanne Green, MT, CD(DONA), LCCE, FACCE
Barbara Hotelling, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE
Judith Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE
Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE
Teri Shilling, MS, IBCLC, CD(DONA), LCCE, FACCE
Sandra Steffes, RN, MS, LCCE, FACCE

21. Waldenstrom, U., & Swenson, A. (1991). Roomingin in the postpartum ward. *Midwifery*, 7(2), 82–89.

22. Keefe, M.R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research*, 36(3), 140–144.

23. Keefe, M.R. (1988). The impact of infant roomingin on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 17(2), 122–126.

24. Prodromidis, M., et al. (1995). Mothers touching newborns: A comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth*, 22(4), 196–200.

25. Klaus, M.H., Jerauld, R., Kreger, N.C., McAlpine, W., Steffa, M., Kennel, J.H., et al. (1972).

Maternal attachment: Importance of the first postpartum days. *The New England Journal of Medicine* 286(9), 460–463.

26. Norr, K.F., Roberts, J.E., & Freese, U. (1989). Early postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *J Nurse-Midwifery*, 34(2), 85–91.

27. O'Connor, S., Vietze, P.M., Sherrod K., Sandler, H.M., & Altemeier, W.A. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2), 176–182.

4

Așa cum apare și în arta ilustrată de-a lungul istoriei, femeile din diferite culturi au utilizat atât pozițiile verticale cât și pe cele cu gravitate neutră (ex. întinsă pe o parte, în patru labe) pentru a naște. Până la evenimentul numit forceps, în secolul al XVII-lea, femeile au fost arătate rareori dând naștere într-o poziție supină (întinsă pe spate). Femeile erau de obicei vegheate în timpul nașterii de către „femei înțelepte” din comunitatea lor, care le încurajau să se lase purtate de înțelepciunea lor interioară și de suportul celor care le înconjoară. Femeile utilizat obiecte de tipul stativelor, copacilor și frânghiilor pentru a îmbunătăți capacitatea lor de împingere. Ele foloseau desemenea suporturi de naștere sau taburete făcute din lemn, cărămizi sau pietre pentru a le ajuta să stea pe vine, să se ghemuiască sau să îngenuncheze.¹ Utilizarea unei varietăți de poziții în timpul stadiului al doilea al travaliului (partea de travaliu legate de împingere) vă va

© 2003 Lamaze International. “Lamaze” este o marcă înregistrată de Lamaze International, Inc. documentul poate fi copiat și distribuit atâta timp cât atribuirea lui la Lamaze International este inclusă. Pentru mai multe informații despre Lamaze International, vizitați Web site-ul nostru la <http://www.lamaze.org> sau sunați la (800) 368-4404 sau (202) 367-1128.

permite să răspundeți la schimbarea poziției bebelușului vostru pe măsură ce el coboară, se rotește și se întinde pentru a se naște. Pozițiile pe care le alegeți vor mări aproape întotdeauna senzația de confort și vor facilita progresul bebelușului. Fiecare poziție are posibile avantaje și dezavantaje.

Pozițiile verticale

Pozițiile verticale cum este statul în picioare, îngenuncherea sau statul pe vine au avantajul gravitației care ajută bebelușul să coboare. Radiografiile au indicat că poziția pe vine lărgeste diametrul pelvisului, creând mai mult loc pentru bebeluș ca acesta să coboare.² Totuși, este poziția în care mama este cel mai expusă la ruperea perineului. În cele mai multe culturi vestice, femeile nu sunt obișnuite să stea pe vine pentru o perioadă lungă de timp; de aceea ele trebuie să se odihnească într-o poziție semiașezată între contracții. Respectata educatoare prenatală și autoarea Penny Simkin recomandă o poziție „pe vine susținută” sau „atârnată”, în special pentru femeile cu un stadiu al doilea prelungit. În această poziție, femeia este susținută de sub brațele sale, fără să pună greutate pe picioare. Trunchiul ei este alungit, oferind mai mult spațiu de manevră bebelușului. În completare, nu există presiune asupra pelvisului permițându-i să se miște liber pe măsură ce coboară de-a lungul lui.³

Poziții cu Gravitate-Neutră

Pozițiile cu gravitate neutră, cum ar fi „în patru labe”, întinsă pe o parte și semi-așezată sunt odihnitoare și pot fi bune pentru femeia care este extenuată. O poziție întinsă pe o parte poate ajuta la încetinirea unui travaliu care progresează prea rapid.

După ce bebelușul a intrat în pelvis, el își va întoarce capul fie într-o poziție anterioară (cu spatele către abdomenul mamei) fie într-una posterioară (cu spatele către spatele mamei). Este mult mai ușor pentru bebeluș să coboare și mult mai confortabil pentru femeia în travaliu, dacă bebelușul ei este într-o poziție anterioară. Bebelușii în poziție posterioară pot cauza un „travaliu posterior” dureros. Poziția „în patru labe” preia greutatea bebelușului de pe regiunea inferioară a spatelui mamei și de pe cocis și poate oferi spațiu pentru bebeluș să se rotească într-o poziție anterioară.³

Ce ne spun Cercetările

Conform Grupului pentru Sarcină și Naștere Cochrane, o sursă de informații bazate pe evidență respectată la nivel mondial, utilizarea oricărei poziții verticale sau întinsă-pe-o-parte, comparate cu pozițiile supine sau litotomice (pe spate cu picioarele sprijinite pe suporturi), este asociată cu următoarele rezultate:

- o durată redusă a celui de-al doilea stadiu,
- o reducere mică a nașterii asistate,
- o reducere a epiziotomiilor,
- mai puține tipare anormale ale bățăilor cordului fetal (numai în grupul cu poziții verticale) și
- o creștere a pierderii estimate de sânge.⁴

În completare, stând întinsă pe spate poate determina coborârea tensiunii sanguine a femeii aflate în travaliu și reduce curgerea sângelui către bebeluș, datorită greutății uterului pe vasele majore de sânge.^{2,6} În poziția litotomică, femeia este de fapt, pusă în situația să împingă împotriva gravitației!

Recomandări din partea Asistentelor

(Asociația pentru Sănătatea Femeilor, Obstetrică și Asistente Neo-natologie) the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses – AWHONN – recomandă ca toate femeile gravide să primească informații despre beneficiile pozițiilor verticale pentru stadiul al doilea al travaliului. Ei recomandă deasemenea ca asistentele să descurajeze pozițiile supine și să încurajeze, în schimb, pozițiile pe vine, semi-așezată, în picioare sau vertical în genunchi. (Semi-așezată este poziția în care fiecare femeie este înclinată dar nu complet lăsată pe spate.) În completare, AWHONN recomandă ca femeile să nu înceapă să împingă până când nu simt nevoia să o facă; și, atunci când împing, ele împing conform cu ceea ce le comunică propriul lor corp. Gemând, mormăind, exhalând când împing și ținându-și respirația mai puțin de 6 secunde în timpul unei împingeri că răspuns la contracțiile resimțite trebuie să fie încurajate de către asistente.⁷

Recomandări de la Lamaze International

Lamaze International recomandă să alegeți pozițiile verticale sau întinsă pe o parte pentru naștere. Tu și partenerul tău ar trebui să observați și să exersați aceste poziții pentru stadiul al doilea al travaliului în timpul cursurilor de educație prenatală. Ar trebui să vă întrebați medicul care poziții sunt încurajate în spitalul respectiv pentru naștere și care sunt restricțiile, dacă ele există, pe care ei consideră că este necesar să le aplice. În timpul travaliului, ar trebui să ascultați de corpul vostru și să alegeți poziții pentru naștere care sunt mai confortabile pentru voi, ca răspuns la ceea ce simțiți, putând astfel să faceți travaliul și nașterea mai confortabile atât pentru voi cât și pentru bebelușul vostru.

Bibliografie

1. Gupta, J.K., & Nikoderm, C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 92(2), 273–277.
2. Johnson, N., Johnson, V.A., & Gupta, J.K. (1991). Maternal positions during labor. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 46(7), 428–434.
3. Simkin, P., & Anчета, R. (2000). *The labor progress handbook*. Malden, MA: Blackwell Science.
4. Gupta, J.K., & Nikdem, V.C. (2003). Position for women during second stage of labor. In *The Cochrane review, issue 2*. Oxford: Update Software.
5. Roberts, J.E. (2002). The “push” for evidence: Management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(1), 2–15.
6. Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
7. Mayberry, L.J., Wood, S.H., Strange, L.B., Lee, L., Heisler, D.R., & Nielsen-Smith, K., et al. (2000). *Second-stage management: promotion of evidence-based practice and a collaborative approach to patient care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).

Realizat de Lamaze International Consiliul de Educație

Autori Principali:

Ruth Keen, CNM, MPH, LCCE, FACCE

Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA),
LCCE, FACCE

Contribuții și Recenzori:

Caroline Donahue, RN, MA, LCCE,
FACCE
Jeanne Green, MT, CD(DONA), LCCE,
FACCE

Judy Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE
Michele Ondeck, RN, Med, IBCLC, LCCE,
FACCE