

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

راهنمای تغذیه با شیرمادر برای پزشکان
آکادمی طب کودکان آمریکا، کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا

ویرایش دوم

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

مترجمین:

شیدا فیوض یوسفی، دکتر عزیزه قرنجیک، دکتر فاطمه عرب عامری، دکتر خدیجه کردی، دکتر
سراج الدین عارف نیا، دکتر جبار پرهیز، دکتر سید مهدی صداقت، دکتر محمدرضا هنرور

ویراستاران علمی:

دکتر محمود راوری، دکتر ناهید عزالدین زنجانی، دکتر سید حامد برکاتی، سوسن سعدوندیان

ناشر: اندیشه ماندگار

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۳۴-۶۸-۲

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۷



راهنمای تغذیه با شیرمادر برای پزشکان

آکادمی طب کودکان آمریکا، کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا

ویرایش دوم

Breastfeeding Handbook for Physicians 2nd Edition 2014

فهرست

پیشگفتار.....	۷
مقدمه	۹
فصل اول: دورنمای تغذیه با شیر مادر.....	۱۳
فصل دوم: اهمیت تغذیه با شیر مادر؛ فواید آن برای شیرخواران، مادران و جامعه	۳۹
فصل سوم: ترکیبات شیر مادر	۵۱
فصل چهارم: آناتومی پستان و فیزیولوژی شیردهی	۶۳
فصل پنجم: تغذیه با شیر مادر؛ مدیریت شیردهی قبل و پس از بارداری	۷۳
فصل ششم: مراقبت های حوالی زایمان؛ انتقال به دوران شیردهی	۸۵
فصل هفتم: تغذیه با شیر مادر در بیمارستان؛ پس از زایمان	۹۹
فصل هشتم: تداوم تغذیه با شیر مادر - جنبه های مرتبط با شیرخوار	۱۱۷
فصل نهم: تداوم شیردهی - جنبه های مادری	۱۴۵
فصل دهم: حمایت از تغذیه با شیر مادر در زمان جدایی مادر و شیرخوار	۱۶۳
فصل یازدهم: تکنولوژی حمایت از شیردهی	۱۷۱
فصل دوازدهم: داروها و شیردهی	۱۸۷
فصل سیزدهم: پیشگیری از بارداری در مادران شیرده	۲۰۵
فصل چهاردهم: تغذیه با شیر مادر و شیرانسان برای شیرخواران نارس	۲۰۹
فصل پانزدهم: تغذیه با شیر مادر در شرایط خاص	۲۲۱
فصل شانزدهم: چه کسی می تواند به کودک خود شیر دهد و چه کسی نمی تواند؟	۲۲۹
فصل هفدهم: مطب دوستدار تغذیه با شیر مادر	۲۳۷
فصل هجدهم: تغذیه با شیر مادر در زمان بحران	۲۴۷
ضمیمه ۱: منابع تغذیه با شیر مادر	۲۵۳
ضمیمه ۲: بیانیه سیاست: تغذیه با شیر مادر و استفاده از شیرانسان	۲۵۶
ضمیمه ۳: گزارش بالینی	۲۷۹
ضمیمه ۴: نظریه کمیته ACOG	۲۹۹
ضمیمه ۵: بررسی و مرور بالینی ACOG	۳۰۳
ضمیمه ۶: نظریه کمیته - شماره ۵۷۰ - آگوست ۲۰۱۳	۳۳۵

پیشگفتار

دوره زمانی هزار روز اول؛ از بارداری تا دومین سالگرد تولد کودک بعنوان ایامی حساس و طلایی در زندگی هر فرد شناخته شده و نقش بی نظیری در آینده فرد، اجتماع و کشور دارد. هزار روز طلایی فرصت بی نظیری برای آینده سالم تر و شکوفاتر عرضه می‌کند. اتفاقاتی که در هر ثانیه از این هزار روز برای جنین و کودک رخ می‌دهد، اثری حیاتی دارد. در این مدت تخمک لقاح یافته تبدیل به انسانی می‌شود که بیش از ۷۰ درصد رشد مغزی، ۴۰ درصد رشد قدی و ۲۵ درصد رشد وزنی خود را بدست آورده است. فرصت‌های این هزار روز در هیچ مرحله دیگری از زندگی تکرار نخواهند شد. در این هزار روز، سلامت، رشد و تکامل، تغذیه، آموزش، ایمنی و مراقبت برای کودک و خانواده وی نقش حیاتی و کلیدی دارند.

تغذیه مناسب در این دوره هزار روزه تاثیر عمیقی بر توانایی کودک برای رشد و یادگیری، سلامت وی و جامعه دارد. شیرخوارانی که از ساعت اول تولد تغذیه با شیرمادر را شروع کرده و چیزی جز شیرمادر از زمان تولد تا ۶ اول عمر خود دریافت نمی‌کنند، بهترین شروع زندگی را خواهند داشت. تغذیه انحصاری با شیرمادر زیربنای بقا و سلامت کودک است به دلیل آنکه تغذیه ای ضروری، بی نظیر و بدون جایگزین برای رشد و تکامل مغز کودک فراهم کرده و آنان را در برابر بسیاری بیماری‌های بالقوه تهدید کننده زندگی حفظ می‌کند و همچنین دارای اثر حفاظتی در برابر چاقی و دیابت و برخی دیگر از بیماری‌های غیرواگیر در حال گسترش در مراحل بعدی زندگی است.

با ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی از طریق تیمی هماهنگ و منسجم می‌توان حلقه‌های زنجیره سلامت مادر، جنین و کودک را مستحکم نمود. این تیم متشکل از پزشکان، متخصصین زنان، متخصصین کودکان، ماماها، پرستاران، مشاورین شیردهی و مراقبین سلامت، باید اطلاعات لازم در مورد تغذیه سالم شیرخواران؛ مزایای شیرمادر، مخاطرات تغذیه مصنوعی برای سلامت و مهارت‌های عملی شیردهی را داشته باشند و هر یک در موقعیت و وظایف خود، مادر را فعالانه حمایت و مشکلات وی را رفع نمایند.

متأسفانه آموزش در زمینه تغذیه با شیرمادر در بیشتر دانشکده‌های پزشکی، مطلب مهمی به حساب نمی‌آید. در حالی که آموزش و مهارت کافی پزشکان در ترویج شیرمادر، خواه در بیمارستان و خواه در مطب و جامعه در ایجاد انگیزه و ترغیب مادران و خانواده‌ها اهمیت بسزا دارد. متخصصین کودکان مناسب‌ترین فرد برای آموزش دانشجویان، دستیاران و پزشکان هستند که می‌توانند سیاست‌های بیمارستان را به گونه‌ای ارتقا

بخشند که ده اقدام دوستدار کودک اجرا گردد. متخصصین کودکان باید با همفکری و همکاری متخصصین زنان برنامه‌های مطلوب و جامعه محور برای ترویج تغذیه با شیرمادر داشته باشند.

بیمارستان جایگاه کلیدی برای آموزش است اما مراقبت‌های بعدی شیرخوار و بویژه مراقبت ۳ تا ۵ روز پس از تولد نیز زمان مهمی برای مرور آموزش‌ها، ارزیابی سلامت و تغذیه شیرخوار، رفع نگرانی‌های مادر و ترغیب وی به ادامه شیردهی است. در این ملاقات باید نحوه شیردهی مادر مشاهده گردد و با رفع مشکلات احتمالی و تمجید از موفقیت‌های مادر برای تداوم شیردهی به او اطمینان داده شود.

پزشکان کودکان رهبر تیم مراقبت‌های سلامت کودکان اند. مهارت‌های مدیریتی و ترویجی آنان باید تقویت شود و آنان باید از این مهارت‌ها در بیمارستان، مطب و جامعه استفاده کنند. آموزش پزشکان باید در زمینه مبانی تغذیه با شیرمادر و نیز دانش مدیریتی تشخیصی و حل عملی مشکلات تغذیه با شیرمادر صورت پذیرد. پزشکان باید در هر ویزیت مطابق سن شیرخوار مداخلات لازم تغذیه با شیرمادر را بعنوان بخشی از مراقبت‌های رایج مادر و کودک بعمل آورند. بحث‌های مربوط به تغذیه با شیرمادر و مشاوره‌ها لازم است توسط متخصصین زنان و ماماها قبل از تولد شروع شود و این فرصتی برای خانواده‌هاست تا در مراحل مختلف متخصصین علاقمند را انتخاب کنند. تشویق خانواده‌ها و جامعه به تغذیه با شیرمادر قسمت عمده‌ای از وظیفه حرفه‌ای آنان است و باید منابع علمی مناسبی در اختیار داشته باشند.

همانطور که نویسندگان کتاب اذعان داشته‌اند گرچه این کتاب با تلاش متخصصین رشته‌های مختلف برای پزشکان تدوین یافته است اما سایر کارکنان تیم مراقبت‌های مادر و کودک از جمله ماماها، پرستاران، متخصصین تغذیه، مشاورین شیردهی، و نیز دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و فلوشیپ‌ها از آن بهره می‌برند. امید است ترجمه فارسی این کتاب در ارتقا دانش، بهبود عملکرد و اعتماد بنفس کلیه همکاران موثر باشد و منجر به افزایش قابل توجه شاخص‌های تغذیه با شیرمادر گردد.

دکتر علیرضا رئیسی

معاون بهداشت

مقدمه

راهنمای تغذیه با شیرمادر برای پزشکان با این هدف تدوین گردیده که مرجع مختصر و کمک آموزشی در زمینه تغذیه با شیرمادر و شیردهی برای پزشکان در تمام تخصص‌ها فراهم آورد. با این کتاب انتظار می‌رود که پزشکان با ارتقاء دانش تغذیه با شیرمادر، از فیزیولوژی تا عملکرد بالینی، بتوانند در وضعیتی به مراتب بهتر تغذیه با شیرمادر را به سهولت ترویج و حمایت کنند و تیم همکاران ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را هدایت نمایند.

این کتاب نشان‌دهنده تلاش‌های مشترک آکادمی طب کودکان آمریکا و کالج متخصصین زنان و زایمان و مامایی است. تدوین مشترک کتاب توسط متخصصین رشته‌های مختلف این مزیت را دارد که همکاری میان پزشکان، و نیز بین پزشکان با دیگر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه متخصصین شیردهی را ترغیب می‌نماید. اذعان داریم که پزشک در مرکز تیمی متشکل از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی است که مراقبت پزشکی مادر و شیرخوار را بعهده دارند. بدین ترتیب، مفهوم خانه پزشکی برای شیرخوار و مادر تأکید شده، و از این رو قابل درک است که تمام پزشکان باید آموزش مناسب در تغذیه با شیرمادر و شیردهی دریافت نمایند.

با این وجود، گرچه این کتاب در درجه اول برای پزشکان طراحی شده، اما استفاده از آن توسط سایر کارکنان بهداشتی درمانی از جمله پرستاران، ماماها، متخصصین تغذیه و متخصصین شیردهی توصیه می‌شود. این کتاب به عنوان پلی بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که علاقمند به دستیابی مراقبت هماهنگ و مطلوب برای شیرخواران و مادران هستند، خدمت می‌کند.

بازنگری این کتاب در زمان مهمی در ایالات متحده رخ داد که علاقه ملی در حمایت از تغذیه با شیرمادر و شیردهی افزایش یافته است. همانطور که توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) گزارش شده است، میزان تغذیه با شیرمادر در ایالات متحده در حال افزایش است؛ با ۷۷٪ شروع شیرمادر و میزان ۲۶٪ برای هر نوع تغذیه با شیرمادر در ۱۲ ماهگی. با این حال هنوز امکان ارتقاء وجود دارد، با ۱۶٪ میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماهگی، و انجام فقط ۶٪ تولدها در بیمارستان دوستدار کودک و ۲۵٪ نوزادان در ۴۸ ساعت اول به طور روتین فرمولا دریافت می‌کنند! مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) که به روزرسانی سالانه آمارهای تغذیه با شیرمادر، تنوع فرهنگی، و ارزیابی‌های عملکرد بیمارستان را گزارش می‌کند،

پژوهش‌هایی در زمینه شیرانسان و شیردهی اجرا می‌کند (ضمیمه را ملاحظه کنید) و حالا میزان‌های تغذیه انحصاری با شیرمادر را در یک سال، تجهیزات لازم برای شیردهی در محل کار، و تولدها در بیمارستان دوستدار کودک را شامل کرده است. کمیسیون مشترک حالا میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر را در بیمارستان‌ها ارزیابی می‌کند.

سایر طرح‌های ملی با تمرکز بر تغذیه با شیرمادر شامل طرح‌های ذیل و طرح‌هایی که در این کتاب بحث شده‌اند، همه تغذیه با شیرمادر را ترویج و حمایت می‌کنند:

Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding 2011, updated Healthy People 2020 targets for breastfeeding, the Maternal and Child Health Bureau's *publication of the Business Case for Breastfeeding*, changes to the Women, Infants, and Children (WIC) program, and many provisions in the 2010 Patient Protection and Affordable Care Act

آکادمی طب کودکان آمریکا AAP نیز اخیراً بیانیه سیاست خود را با عنوان «تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیرانسان» را بازنگری و منتشر کرده که دانش ما را به روز می‌کند و از روش‌های تغذیه با شیرمادر در جهان حمایت می‌نماید (به ضمیمه مراجعه کنید). AAP از تغذیه با شیرمادر به عنوان یک موضوع بهداشت عمومی برای شیرخواران و کودکان حمایت می‌کند. هدف تغذیه انحصاری با شیرمادر برای مدت ۶ ماه است و پس از آن تغذیه با شیرمادر همراه با شروع تغذیه تکمیلی تداوم می‌یابد. علیرغم وجود این هدف، ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها باید به یاد داشته باشند که تغذیه با شیرمادر برای هر زن یک انتخاب شخصی است. اما عملاً تمام مادرانی که در ابتدا تصمیم به شیردهی نگرفته‌اند یا مردد هستند، با مشاوره مناسب، آموزش، آگاهی و حمایت قادر به شیردهی موفق خواهند شد. تغذیه با فرمولا نباید به عنوان معادل تغذیه با شیرمادر نمایش داده شود. با این حال، اگر مادر پس از این مداخلات، شیردهی را انتخاب نکند، باید در تصمیمش حمایت شود.

مادر این بازنگری نه تنها تلاش‌های فوق و سایر به روزرسانی‌ها در بسیاری از مطالب اولین نسخه را به روزرسانی کرده‌ایم، بلکه تغییرات مهمی منظور کرده‌ایم از جمله فصل مربوط به مزایای شیرمادر گسترش یافته است و مفهوم وابسته به دوز بودن اضافه شده است. مزیت بی‌نظیر تغذیه با شیرمادر و شیرانسان برای نوزادان نارس به طور مفصل در فصل مربوط به خود بحث شده است و فصل مربوط به ایجاد مطب و مرکز دوستدار کودک گسترش یافته است. چک لیست‌های مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه به منظور انعکاس بیشتری از تغذیه با شیرمادر، بازبینی شده است و یک فصل جدید به تغذیه با شیرمادر در بحران‌ها اختصاص داده شده است.

ما امیدواریم که این نسخه بازنگری شده کتاب تغذیه با شیرمادر برای پزشکان، بتواند به عنوان یک راهنما برای تدریس تئوری شیردهی و روش‌های تغذیه با شیرمادر به دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و فلوشیپ‌ها استفاده شود. به طور مشابه، برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی می‌تواند حول این مطالب تنظیم شود. امید است که این کتاب، پزشکان را تشویق کند تا مدرس طب تغذیه با شیرمادر و شیردهی شوند و می‌تواند چارچوبی برای سیاست‌های بیمارستان و مطب فراهم نماید.

کتاب راهنمای تغذیه با شیرمادر برای پزشکان دستاورد کارشناسان متعدد در زمینه تغذیه با شیرمادر و شیردهی است. امیدواریم که این مرجع برای آموزش شیرمادر و حمایت از آن در بسیاری عرصه‌ها مفید باشد. نویسندگان

فصل اول

دورنمای تغذیه با شیر مادر

تغذیه با شیر مادر، استاندارد و هنجار طبیعی تغذیه هر شیرخوار است و نه تنها به عنوان یک سبک زندگی، بلکه به عنوان یک اولویت ملی و بین‌المللی بهداشت عمومی باید مورد توجه قرار گیرد. پزشکان در هر رشته تخصصی، در صورت درک بیولوژی و فیزیولوژی تغذیه با شیر مادر، و همچنین آگاهی از شیوع تغذیه با شیر مادر و رفتارهای اجتماعی مرتبط با آن از تغذیه با شیر مادر بهره خواهند برد. آکادمی طب کودکان آمریکا (AAP) و جامعه متخصصین زنان و مامایی آمریکا (ACOG) به تمام مادران توصیه می‌کند شیرخواران خود را، مگر در موارد استثنایی و بسیار نادر، در شش ماه اول تولد بصورت انحصاری با شیر مادر تغذیه کنند. آکادمی طب کودکان آمریکا توصیه می‌کند پس از این شش ماه و با شروع غذای کمکی، تغذیه با شیر مادر برای مدت حداقل یک سال یا تا هر زمان که مادر و کودک هر دو تمایل دارند، ادامه یابد. ایالات متحده شیوع تغذیه با شیر مادر را در جمعیت‌های مختلف پیگیری می‌نماید و از این داده‌ها برای تعیین اهداف تغذیه با شیر مادر در سطح ملی استفاده می‌کند. علاوه بر این، شاخص‌های متعدد فرآیندی نیز در زمینه حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر پیگیری می‌شود. این شاخص‌ها به افراد متخصصین در مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند تا با طراحی مداخلات لازم روند تغذیه با شیر مادر در ایالات متحده را افزایش دهند.

تغذیه موفق با شیر مادر، نیازمند آموزش، حمایت و جامعه‌ای است که تغذیه با شیر مادر را یک ارزش دانسته و درک نماید. این نیاز به حمایت، از این واقعیت نشأت می‌گیرد که فرهنگ مدرن جامعه ما، در معرض پیام‌هایی است که مانع از بروز رفتارهای طبیعی و اتوماتیک تغذیه با شیر مادر می‌شود.

علاوه بر این، داده‌های روزافزونی موجود است که اثرات سودمند استفاده از شیر مادر بر شیرخوار نارس را نشان می‌دهد. این موضوع در فصول ۲ و ۱۴ مرور خواهد شد.

دسته‌بندی انواع تغذیه با شیر مادر

شدت تغذیه با شیر مادر (از جنبه انحصاری بودن آن) به روش‌های مختلف تقسیم بندی شده، شفاف‌سازی این اصطلاحات می‌تواند آموزش، پژوهش و ارزیابی‌های بالینی را تسهیل نماید (جدول ۱-۱). اصطلاح «هر مقدار تغذیه با شیر مادر» (any breastfeeding) ممکن است گیج‌کننده باشد، این عبارت اغلب برای جمعیتی شامل دو گروه استفاده می‌شود، گروهی که تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند به علاوه گروهی که تغذیه توأم

یعنی ترکیبی از تغذیه با شیرمادر و فورمولا دارند. علاوه بر این، شیوع واقعی تغذیه با شیرمادر تا ۶ ماهگی در ایالات متحده پائین است و این خود نشان می‌دهد که تفسیر فواید تغذیه انحصاری با شیرمادر (ندادن هر نوع غذا یا مایعات دیگر) به خوبی صورت نگرفته است. خیلی از مادران ممکن است چند ماه اول یا حتی بیشتر در طول ۶ ماه اول به صورت انحصاری شیر داده و وقفه‌های موقتی با دادن غذا یا فورمولا داشته باشند. با این حال، این مادران ممکن است اظهار کنند که تغذیه انحصاری با شیرمادر انجام می‌دهند. این مسئله شیوع واقعی تغذیه انحصاری با شیرمادر را دچار اختلال کرده و در نتیجه تفسیر و تعبیر پیامدها و نتایج تحقیقات بهداشتی را با مشکل مواجه می‌سازد.

مدت تغذیه با شیرمادر نیز برای درک بهتر پیامدهای بهداشتی و همچنین توصیف کامل تجربه مادر و شیرخوار اهمیت دارد.

جدول ۱-۱: دسته بندی انواع تغذیه با شیر مادر

تغذیه انحصاری (exclusive): شیر مادر تنها غذای داده شده به شیرخوار است. داروها، مواد معدنی و ویتامین‌ها نیز به شیرخوار داده می‌شود اما آب، آب میوه و سایر ترکیبات داده نمی‌شود. شیرخواری که با شیر دوشیده شده مادر خودش یا از بانک شیر به وسیله لوله گاواژ، فنجان یا بطری تغذیه شده، به شرط اینکه غیر از شیر مادر، شیر یا غذای دیگری دریافت نکرده باشد، نیز در این گروه قرار می‌گیرد.

تقریباً انحصاری یا انحصاری غالب (Almost/Predominantly Exclusive): شیر مادر غذای غالب شیرخوار است و بندرت از شیر یا غذای دیگری تغذیه می‌کند. به شیرخوار ممکن است در چند روز اول زندگی، یک یا دو بطری شیر مصنوعی داده شده باشد ولی در روزهای بعد قطع شده است.

تغذیه نسبی یا توأم (Partial or Mixed): این شیوه تغذیه سه نوع تعریف دارد:

نسبی بالا (high partial): تغذیه غالب با شیر مادر همراه با مقادیر یا دفعات اندک تغذیه با سایر شیرها و غذاها.

نسبی متوسط (medium partial): شیرخوار در کنار شیرمادر، مقادیر قابل توجهی از سایر شیرها و غذاها دریافت می‌کند.

نسبی پایین (low partial): تغذیه غالب شیرخوار با سایر شیرها و غذاهاست و کمی شیرمادر نیز می‌خورد.

Token: شیرخوار تقریباً به طور کامل با سایر غذاها و شیرها غیر از شیر مادر تغذیه می‌شود اما مدت کوتاهی پس از تولد یا به صورت گاه‌گاهی تغذیه با شیر مادر را تجربه کرده است. این نوع تغذیه با شیر مادر در اواخر فرآیند از شیرگیری دیده می‌شود.

هر مقدار شیردهی (Any breastfeeding): این دسته کلیه انواع روش‌های فوق را شامل می‌شود.

هرگز شیر مادر نخورده (Never breastfed): این شیرخوار هرگز شیر مادر نخورده است، چه به صورت مستقیم از پستان مادر و چه از طریق شیر دوشیده شده با وسایل انتقال دهنده و غیر مستقیم.

سایر عوامل از قبیل تعداد دفعات تغذیه در یک شبانه‌روز کمک می‌کند تا کفایت برنامه تغذیه شیرخوار را بررسی کرده و الگوهای وزن‌گیری نوزاد را تجزیه و تحلیل کنیم. در حال حاضر مفاهیمی چون تعداد دفعات تغذیه (مثلاً هر چند ساعت یکبار) و طول مدت تغذیه از هر پستان بحث نمی‌شود و به حمایت از این مفهوم می‌پردازیم که شیرخواران در الگوهای متغیری تغذیه می‌شوند و بهتر از همه این که تغذیه باید بر اساس علائم گرسنگی (cue-based) یا بنا به تقاضا و میل شیرخوار (on-demand) باشد. برخی از دفعات تغذیه ممکن است خیلی کوتاه و برخی دیگر طولانی باشند و این الگوی متغیر، در هر شیرخوار مختص رفتار و نیازهای وی بوده و تفاوت در میزان تولید شیر مادر در طول روز، یا هفته یا ماه‌های شیردهی را نشان می‌دهد.

تغذیه با شیرمادر در ایالات متحده

ایالات متحده از جولای ۲۰۰۱ با استفاده از پیمایش ملی ایمن سازی، که نظام مراقبت ملی برنامه ایمن سازی CDC است، و با مشارکت مرکز ملی آمار سلامت CDC میزان های تغذیه با شیرمادر را پیگیری و دنبال می نماید. در این پیمایش از سیستم شماره گیری تلفنی تصادفی استفاده می شود و وضعیت تغذیه با شیرمادر کودکان ۱۹ تا ۳۵ ماهه خانوارها مورد بررسی قرار می گیرد. از مادران یک سری سوالات گذشته نگر پرسیده می شود مثلاً آیا کودک هرگز شیرمادر خورده است، چه موقع تغذیه با شیرمادر قطع شده است و تغذیه شیرخوار با شیر مصنوعی اولین بار در چه سنی آغاز گردید.

۷۴/۶ درصد از کل زنان ایالات متحده در سال ۲۰۰۸ تغذیه با شیرمادر را آغاز نموده بودند و کشور به هدف تعیین شده در « برنامه جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰ » یعنی ۷۵ درصد دست یافت، اما هنوز به اهداف تعیین شده برای سال ۲۰۲۰ دست نیافته ایم. (جدول ۲-۱)

اهداف برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۲۰» شامل شاخص های پیامد (outcome) برنامه شیرمادر مثل میزان شروع تغذیه با شیرمادر بررسی در (۶ ماه و یک سالگی)، تغذیه انحصاری (در ۳ و ۶ ماهگی)، همچنین شاخص های فرآیندی (process) مثل میزان مصرف شیر مصنوعی در ۲ روز اول تولد، تعداد زایمان ها در بیمارستان های مراکز دوستدار کودک و حمایت در محیط کار می باشد.

جدول ۲-۱: اهداف کلی «جمعیت سالم تا سال ۲۰۲۰»

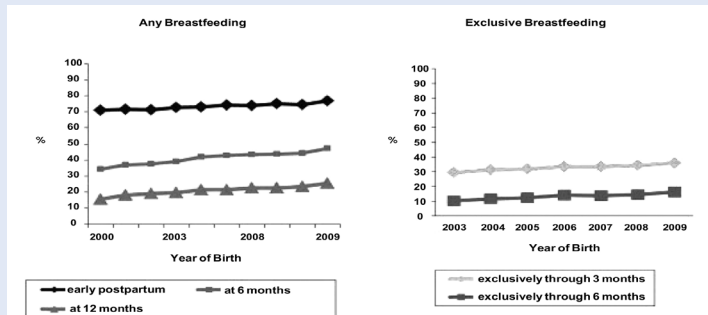
اهداف اختصاصی «جمعیت سالم تا سال ۲۰۲۰»		
MICH-21: افزایش نسبت شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه شده اند.		
MICH-21.1	تغذیه با شیرمادر تا هر سنی و هر مقداری	۸۱/۹ درصد
MICH-21.2	در ۶ ماهگی	۶۰/۶ درصد
MICH-21.3	در یک سالگی	۳۴/۱ درصد
MICH-21.4	انحصاری با شیرمادر در طول ۳ ماه اول	۴۶/۲ درصد
MICH-21.5	انحصاری با شیرمادر در طول ۶ ماه اول	۲۵/۵ درصد
MICH-22	افزایش نسبت کارفرمایانی که برنامه های حمایت از شیردهی را در محیط کار فراهم می کنند.	۳۸ درصد
MICH-23	کاهش نسبت شیرمادرخوارانی که در ۲ روز اول تولد شیر مصنوعی دریافت می کنند.	۱۴/۲ درصد
MICH-24	افزایش نسبت تولدهای زنده در مراکز زایمانی که مراقبت های لازم را برای مادران شیرده و شیرخواران را فراهم می کنند.	۸/۱ درصد

میزان تغذیه با شیر مصنوعی در ۲ روز اول تولد ۲۴ درصد (در سال ۲۰۰۶) در حال افزایش می باشد و هدف

تعیین شده برای آن در سال ۲۰۲۰ نیز ۱۴ درصد می باشد. تولد در بیمارستان دوستدار کودک بهترین فرصت را برای کاهش استفاده از شیر مصنوعی در روزهای اول فراهم می کند. در حال حاضر فقط ۳ درصد تولدها در بیمارستان ها و مراکز دوستدار کودک (سال ۲۰۰۹) رخ می دهد و هدف تعیین شده تا سال ۲۰۲۰، (۸) درصد می باشد. پس از طی دوره نوزادی، مادر نیازمند حمایت برای بازگشت به محیط کار می باشد. هدف «جامعه سالم تا ۲۰۲۰» این است که ۳۸ درصد کارفرمایان برنامه های حمایت از شیردهی مادران داشته باشند و این در حالی است که تا سال ۲۰۰۹، فقط ۲۵ درصد کارفرمایان چنین برنامه هایی داشتند.

شاخص میزان تغذیه با شیر مادر به هر اندازه (any breastfeeding)، و تغذیه انحصاری تا ۳ ماهگی و ۶ ماهگی (شکل ۱-۱) افزایش یافته است، گرچه شروع تغذیه انحصاری همچنان یک چالش است و اغلب داده ها نشان می دهد که شروع زودهنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر در دوره نوزادی کاهش یافته است. در مقایسه با سال ۲۰۰۳ که ۶۲/۵ درصد از نوزادان ایالات متحده در ۷ روز اول تولد به صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه می شدند، در حال حاضر فقط ۵۳/۹ درصد در ۷ روز اول تولد تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند (جدول ۱-۳ و شکل ۱-۲).

درصد کودکان ایالات متحده که با شیر مادر تغذیه شدند، به تفکیک سال* هر مقدار تغذیه با شیر مادر



* اهداف اختصاصی «جمعیت سالم تا سال ۲۰۲۰» در زمینه تغذیه با شیر مادر در روزهای اول پس از زایمان، تا ۶ ماهگی و ۱۲ ماهگی به ترتیب ۸۱/۹، ۶۰/۶ و ۳۴/۱ درصد می باشند. این اهداف برای تغذیه انحصاری تا ۳ ماهگی و ۶ ماهگی به ترتیب ۴۶/۲ و ۲۵/۵ درصد تعیین شده است. داده های ملی در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان متولد شده قبل از سال ۲۰۰۳ موجود نمی باشد.

** تغذیه انحصاری با شیر مادر به صورت تغذیه فقط با شیر مادر- بدون مواد جامد، بدون آب یا سایر مایعات تعریف می شود. اقتباس از مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، دپارتمان سلامت و خدمات انسانی. بررسی ملی ایمنسازی سال ۲۰۰۹.

http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nls_data/index.htm

شکل ۱-۱- تغذیه با شیر مادر در کودکان متولد سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ در ایالات متحده، بررسی ملی ایمن سازی CDC

شاخص تداوم تغذیه با شیرمادر نیز در ایالات متحده با مشکل روبرو است. گرچه هدف برنامه «جمعیت سالم تا سال ۲۰۱۰» برای تداوم تغذیه با شیرمادر تا ۱۲ ماهگی، ۲۵ درصد تعیین شده بود و هدف سال ۲۰۲۰ نیز ۳۴/۱ درصد تعیین شده است، فقط ۲۵/۵ درصد از مادران ایالات متحده تداوم تغذیه با شیرمادر تا یک سالگی را گزارش می دهند و این مقدار تا سن ۱۸ ماهگی کمتر نیز می شود (جدول ۳-۱). با این حال این شاخص نسبت به مقدار ۱۷/۲ درصد تغذیه با شیرمادر تا یک سالگی و ۵/۷ درصد تا ۱۸ ماهگی که در سال ۲۰۰۳ گزارش شد افزایش داشته است. CDC به طور مستمر وبسایت خود را در مورد آخرین داده های تغذیه با شیرمادر به روز می نماید. (http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm)

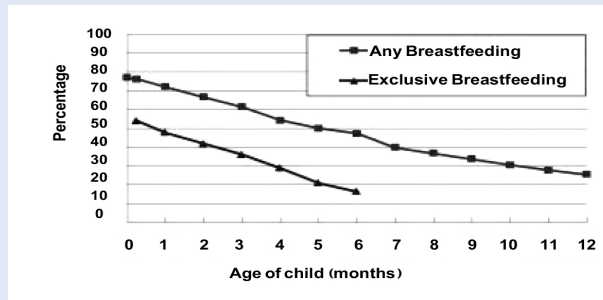
جدول ۳-۱: میزان های تغذیه با شیرمادر به هرمدتی (any breastfeeding) و تغذیه انحصاری با شیرمادر به تفکیک سن در نوزادان متولد شده در سال ۲۰۰۹ (percent ± half 95% confidence interval)

میزان های ملی تغذیه با شیرمادر در ایالات متحده، سال ۲۰۰۹		
تغذیه انحصاری با شیرمادر* (n=۱۳۵۱۴)	تغذیه با شیرمادر (n=۱۳۷۵۷)	سن کودک
	۷۶/۹ ± ۱/۲	در زمان تولد
۵۳/۹ ± ۱/۵	۷۶/۱ ± ۱/۲	۷ روز اول
۵۱/۷ ± ۱/۵	۷۵/۳ ± ۱/۲	۱۴ روزگی
۴۹/۴ ± ۱/۵	۷۳/۵ ± ۱/۳	۲۱ روزگی
۴۸/۴ ± ۱/۵	۷۲/۵ ± ۱/۳	۲۸ روزگی
۴۳/۱ ± ۱/۵	۶۸/۴ ± ۱/۴	۴۲ روزگی
۴۷/۷ ± ۱/۵	۷۲/۰ ± ۱/۳	۱ ماهگی
۴۱/۸ ± ۱/۵	۶۶/۵ ± ۱/۴	۲ ماهگی
۳۶/۰ ± ۱/۵	۶۱/۳ ± ۱/۵	۳ ماهگی
۲۸/۸ ± ۱/۴	۵۴/۲ ± ۱/۵	۴ ماهگی
۲۱/۰ ± ۱/۳	۵۰/۰ ± ۱/۵	۵ ماهگی
۱۶/۳ ± ۱/۲	۴۷/۲ ± ۱/۵	۶ ماهگی
	۳۳/۷ ± ۱/۴	۹ ماهگی
	۲۵/۵ ± ۱/۳	۱۲ ماهگی
	۹/۰ ± ۰/۹	۱۸ ماهگی

مصاحبه با مراقبین کودکان متولد سال ۲۰۰۹ تا دسامبر ۲۰۱۲ ادامه یافت؛ میزان های موقتی باید با تخمین های نهایی در آگوست ۲۰۱۳ که داده ها فراهم می گردد، به روز شود.

*تغذیه انحصاری با شیرمادر به صورت تغذیه فقط با شیرمادر- بدون مواد جامد، بدون آب یا سایر مایعات تعریف می شود برگرفته از: مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، دپارتمان سلامت و خدمات انسانی. بررسی ملی ایمنسازی سال ۲۰۰۹.

میزان های موقتی تغذیه با شیر مادر به هر مدتی و تغذیه انحصاری با شیر مادر به تفکیک سن در کودکان متولد سال ۲۰۰۸، بررسی ملی ایمنسازی* §



*مصاحبه با مراقبین کودکان متولد سال ۲۰۰۹ تا دسامبر ۲۰۱۲ ادامه یافت؛ میزان های موقتی باید با تخمین های نهایی در آگوست ۲۰۱۳ که داده ها فراهم می گردد، به روز شود.

§ تغذیه انحصاری با شیر مادر به صورت تغذیه فقط با شیر مادر- بدون مواد جامد، بدون آب یا سایر مایعات تعریف می شود.

اقتباس از مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، دپارتمان سلامت و خدمات انسانی. بررسی ملی ایمنسازی سال ۲۰۰۹.

http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nls_data/index.htm

شکل ۱-۲- میزان های تغذیه با شیر مادر به تفکیک سن

تفاوت در وضعیت تغذیه با شیر مادر

علیرغم افزایش به ظاهر تاثیرگذار در تغذیه با شیر مادر در ایالات متحده، هنوز تفاوت های قابل ملاحظه ای در تغذیه با شیر مادر بین گروه های قومیتی و نژادی، همچنین در چند متغیر مهم اجتماعی دموگرافیک دیگر وجود دارد. میزان شروع تغذیه با شیر مادر در جمعیت Hispanic یا لاتین در سال ۲۰۰۸، (۸۰/۶) درصد بود اما در جمعیت سیاه پوست غیر Hispanic یا آفریقایی آمریکایی، ۵۸/۱ درصد بود. در مادران کم درآمد (شرکت کنندگان در برنامه اختصاصی حمایت تغذیه ای از زنان، شیرخواران و کودکان (WIC)، میزان شروع تغذیه با شیر مادر ۶۷/۵ درصد بود، اما در زنان با درآمد بالاتر که واجد شرایط برنامه WIC نبودند، ۸۴/۶ درصد بود. میزان شروع تغذیه با شیر مادر در مادران کم درآمد سیاه پوست غیر Hispanic فقط ۳۷ درصد بود. تفاوت های

1. (supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and children :WIC)

مشابهی نیز مرتبط با سن وجود دارد، مثلاً ۷/۵۹ درصد مادران زیر ۲۰ سال، تغذیه با شیرمادر را شروع نمودند در مقایسه با ۳/۷۹ درصد در مادران بالای ۳۰ سال. کمترین میزان شروع تغذیه با شیرمادر مربوط به مادران سیاه‌پوست غیر Hispanic زیر ۲۰ سال (۳۰ درصد) می‌باشد. (جدول ۴-۱)

جدول ۴-۱ - میزان‌های تغذیه با شیرمادر به هر مدتی و تغذیه انحصاری با شیرمادر براساس عوامل اجتماعی دموگرافیک در میان کودکان متولد شده در سال ۲۰۰۷ (percent ± half 95% confidence interval)

Sociodemographic Factors	n	Ever Breastfeeding	Breastfeeding* at 6 Months	Breastfeeding* at 12 Months	n	Exclusive Breastfeeding† Through 3 Months	Exclusive Breastfeeding† Through 6 Months
US national	16,629	75.0 ± 1.2	43.0 ± 1.3	22.4 ± 1.1	16,336	33.0 ± 1.2	13.3 ± 0.9
Sex							
Male	8,538	75.4 ± 1.6	42.6 ± 1.8	22.0 ± 1.5	8,393	33.1 ± 1.7	12.9 ± 1.2
Female	8,091	74.6 ± 1.7	43.5 ± 1.9	22.8 ± 1.7	7,943	32.9 ± 1.8	13.7 ± 1.3
Race /Ethnicity							
American Indian or Alaska Native	552	73.8 ± 6.9	42.4 ± 8.8	20.7 ± 7.0	538	27.6 ± 7.3	13.2 ± 6.3
Asian or Pacific Islander	1,077	83.0 ± 5.2	56.4 ± 6.3	32.8 ± 6.5	1,048	34.1 ± 6.0	14.5 ± 4.3
Asian	886	86.4 ± 5.7	58.6 ± 7.1	34.8 ± 7.5	860	34.5 ± 6.6	16.8 ± 5.2
Native Hawaiian and other	239	72.4 ± 11.1	45.3 ± 12.1	23.9 ± 10.8	234	31.0 ± 11.8	6.5 ± 3.9
Black or African American	2,606	59.7 ± 2.9	27.9 ± 2.5	12.9 ± 1.9	2,569	22.7 ± 2.4	8.2 ± 1.5
White	1,3425	77.7 ± 1.2	45.1 ± 1.5	23.6 ± 1.3	13,194	35.3 ± 1.4	14.4 ± 1.0
Hispanic or Latino	2,895	80.6 ± 2.4	46.0 ± 3.1	24.7 ± 2.8	2,855	33.4 ± 3.0	13.4 ± 2.2
Not Hispanic or Latino (NH)	13,734	72.8 ± 1.3	41.9 ± 1.4	21.5 ± 1.2	13,481	32.9 ± 1.3	13.2 ± 0.9
NH Black or African American	2,309	58.1 ± 3.1	27.5 ± 2.7	12.5 ± 1.9	2,276	21.9 ± 2.5	8.0 ± 1.5
NH White	10,937	76.2 ± 1.4	44.7 ± 1.5	23.3 ± 1.3	10,738	35.8 ± 1.5	14.8 ± 1.0
Birth order							
Firstborn	8,834	74.5 ± 1.6	44.1 ± 1.8	23.7 ± 1.6	8,679	33.4 ± 1.7	13.8 ± 1.2
Not firstborn	7,795	75.6 ± 1.6	41.8 ± 1.9	20.8 ± 1.7	7,657	32.6 ± 1.8	12.6 ± 1.2
Receiving WIC							
Yes	6,814	67.5 ± 1.8	33.7 ± 2.0	17.5 ± 1.7	6,725	25.5 ± 1.8	9.2 ± 1.2
No, but eligible	939	77.5 ± 4.7	48.2 ± 5.7	30.7 ± 5.4	916	39.9 ± 5.6	19.2 ± 4.8
Ineligible	8,143	84.6 ± 1.4	54.2 ± 1.9	27.6 ± 1.6	8,007	41.9 ± 1.8	17.7 ± 1.3

Sociodemographic Factors	n	Ever Breastfeeding	Breastfeeding* at 6 Months	Breastfeeding* at 12 Months	n	Exclusive Breastfeeding† Through 3 Months	Exclusive Breastfeeding† Through 6 Months
Maternal age, yr							
<20	360	59.7 ± 7.9	22.2 ± 7.5	10.7 ± 5.7	356	18.1 ± 6.4	7.9 ± 4.7
20–29	5,449	69.7 ± 2.1	33.4 ± 2.1	16.1 ± 1.7	5,370	28.8 ± 2.1	10.2 ± 1.3
≥30	10,820	79.3 ± 1.4	50.5 ± 1.7	27.1 ± 1.6	10,610	36.6 ± 1.6	15.5 ± 1.2
Maternal education							
Not a high school graduate	1,808	67.0 ± 3.4	37.0 ± 3.8	21.9 ± 3.5	1,784	23.7 ± 3.3	9.2 ± 2.3
High school graduate	3,056	66.1 ± 2.5	31.4 ± 2.5	15.1 ± 2.0	3,017	25.8 ± 2.5	8.9 ± 1.5
Some college	4,290	76.5 ± 2.1	41.0 ± 2.5	20.5 ± 2.2	4,224	34.1 ± 2.5	14.4 ± 2.1
College graduate	7,475	88.3 ± 1.1	59.9 ± 1.8	31.1 ± 1.7	7,311	45.9 ± 1.9	19.6 ± 1.4
Maternal marital status							
Married	12,444	81.7 ± 1.3	51.6 ± 1.6	27.5 ± 1.5	12,200	39.0 ± 1.5	16.7 ± 1.2
Unmarried‡	4,185	61.3 ± 2.4	25.5 ± 2.3	11.9 ± 1.8	4,136	20.9 ± 2.2	6.4 ± 1.2
Residence							
MSA, central city	7,163	75.5 ± 1.8	43.9 ± 2.1	24.4 ± 2.0	7,051	32.8 ± 2.0	13.3 ± 1.3
MSA, non–central city	6,004	77.9 ± 1.7	45.3 ± 2.1	22.3 ± 1.8	5,880	34.9 ± 2.0	13.9 ± 1.5
Non–MSA	3,462	66.4 ± 2.9	35.0 ± 2.6	17.4 ± 2.0	3,405	28.8 ± 2.4	11.8 ± 1.7
Poverty income ratio, § %							
<100%	3,196	67.0 ± 2.7	34.7 ± 3.0	19.0 ± 2.7	3,153	25.0 ± 2.7	8.6 ± 1.7
100%–184%	2,520	71.2 ± 2.8	36.9 ± 3.0	18.9 ± 2.4	2,487	31.7 ± 3.0	12.7 ± 2.1
185%–349%	3,745	77.7 ± 2.4	45.0 ± 2.7	23.9 ± 2.2	3,670	36.0 ± 2.5	14.6 ± 1.7
≥350%	5,755	84.4 ± 1.7	54.0 ± 2.2	26.7 ± 2.0	5,675	41.1 ± 2.1	17.6 ± 1.6

* Breastfeeding with or without the addition of complementary liquids or solids.

† Exclusive breastfeeding is defined as ONLY human milk—NO solids, no water, and no other liquids.

‡ Unmarried includes never married, widowed, separated, or divorced.

§ Poverty income ratio is the ratio of self-reported family income to the federal poverty threshold value depending on the number of people in the household.

WIC = Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children; MSA = Metropolitan Statistical Area defined by the Census Bureau.

Adapted from Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services. 2009 National Immunization Survey. Available at:

http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm. Sample sizes appearing in the National Immunization Survey (NIS) breastfeeding tables are slightly smaller than the numbers published in other NIS publications because of the fact that in the Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity breastfeeding analyses, the sample was limited to records with valid responses to the breastfeeding questions.

(Us Surgeon General) مقام ارشد بهداشت عمومی ایالات متحده در سال ۲۰۱۱، فراخوان اقدام برای حمایت از تغذیه با شیرمادر (call to Action to support Breastfeeding) را صادر نمود تا موانع تغذیه با شیرمادر و استراتژی‌های غلبه بر آن را در ایالات متحده تبیین کند. موانع زیر در زمینه تغذیه با شیرمادر شناسایی شد:

- فقدان تجربه یا درک بین اعضای خانواده در زمینه نحوه حمایت از مادران و شیرخواران به بهترین نحو.
 - نبود فرصت‌های کافی برای برقراری ارتباط با سایر مادران شیرده.
 - به روز نبودن اطلاعات و دستورالعمل‌های پرسنل بهداشتی درمانی در زمینه شیرمادر.
 - برخی اقدامات در بیمارستان‌ها که شروع موفق تغذیه با شیرمادر را با مشکل روبرو می‌کند.
 - عدم وجود مکان‌های مناسب برای شیردهی یا دوشیدن شیر در محل کار.
- فرصت‌های موجود نیز که پرسنل بهداشتی درمانی می‌توانند با استفاده از آنها به شیردهی کمک کنند به قرار زیر است:

- بیمارستان‌ها می‌توانند در نهضت دوستدار کودک مصوبه صندوق کودکان سازمان ملل و سازمان جهانی بهداشت مشارکت نمایند.
 - آموزش پرسنل مراقبت‌های بهداشتی که به مادران و کودکان در زمینه تغذیه با شیرمادر ارائه خدمت می‌کنند.
 - دسترسی به مشاوران شیردهی از جمله افرادی که گواهی‌نامه بین‌المللی مشاوره شیردهی دارند (IBCLC) یا دستیار فوق تخصصی طب تغذیه با شیرمادر هستند (FABM).
- علاوه بر این، توجه به تفاوت‌های فرهنگی و زبانی هر ملت از اهمیت خاصی برخوردار است. باورها و رفتارهای سنتی روی روش و نحوه شیردهی، و نحوه پاسخ‌دهی خانواده‌ها به آموزش‌ها و اقدامات ترویجی و همچنین توصیه‌های پزشک در مورد تغذیه با شیرمادر تأثیر می‌گذارد. اگر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی، پایه و اساس این رفتارهای سنتی را آموخته و درک نمایند، در حمایت از تغذیه با شیرمادر موفقیت بیشتری خواهند داشت.

آموزش تغذیه با شیرمادر

آموزش شیردهی به مادر، به منظور دستیابی وی به هدف تغذیه با شیرمادر ضروری است و می‌تواند مخاطبین مختلفی از جمله پرسنل بهداشتی، والدین و عموم مردم داشته باشد. مطالعات متعددی، نیاز به ارتقا آموزش و مهارت‌های لازم برای حمایت از تغذیه با شیرمادر را تایید کرده است. علاوه بر این، پایین بودن میزان تغذیه

با شیرمادر در نسل‌های قبل، منجر به ایجاد جمعیتی بدون اعتماد به نفس در حمایت و مدیریت تغذیه با شیرمادر شده است. شناخت این نقیصه، منجر به تهیه کوریکولوم‌های جدید از جمله آموزش تغذیه با شیرمادر در مدارس، از مهد کودک تا دانشگاه شده است. انجمن تغذیه با شیرمادر ایالات متحده نیز توانایی‌ها و صلاحیت‌های اساسی و لازم برای پرسنل بهداشتی درمانی (جدول ۵-۱) را تبیین کرده که AAP نیز آن را تأیید کرده است.

جدول ۵-۱: صلاحیت‌ها و توانایی‌های اساسی کارکنان بهداشتی درمانی (تبیین شده توسط انجمن شیرمادر ایالات متحده)

هر کارمند بهداشتی باید حداقل، نقش تغذیه با شیرمادر، شیرانسان و شیردهی را در موارد زیر درک نماید:

- بعنوان تغذیه ایده‌آل شیرخواران و کودکان خردسال
 - افزایش سلامتی و کاهش:
 - بیماری‌های طولانی‌مدت در شیرخواران و کودکان خردسال
 - بیماری‌های مادران
- همه کارکنان بهداشتی باید قادر باشند فرآیند مراقبت تغذیه با شیرمادر را به طرق زیر تسهیل نمایند:**
- آماده‌سازی خانواده‌ها برای انتظارات واقع‌بینانه
 - تبادل اطلاعات مناسب با اعضای تیم مراقبت شیردهی
 - پیگیری خانواده، در صورت لزوم و به روشی متناسب با بافت فرهنگی خانواده پس از ارائه خدمات و مراقبت‌های تغذیه با شیرمادر.

انجمن تغذیه با شیرمادر ایالات متحده، به سازمان‌های حرف پزشکی توصیه می‌کند:

- اهمیت حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر را به عنوان اولویت بهداشت عمومی درک نموده و به آن عمل نمایند.
- شاغلین خود را آموزش دهند تا:
- محدودیت‌های مهارتی خود در زمینه تغذیه با شیرمادر را ارزیابی کنند.
- بدانند چه موقع و چگونه مادر را به مشاوران شیردهی ارجاع دهند.
- به طور منظم عملکرد مراقبتی شاغلین خود را بررسی نموده و صلاحیت‌های اساسی آنان را در زمینه خدمات و مراقبت‌های تغذیه با شیرمادر تثبیت نمایند.

برگرفته از:

Adapted from United States Breastfeeding Committee. Core Competencies in Breastfeeding Care and Services for All Health Professionals. Rev. ed. Washington, DC: US Breastfeeding Committee; 2010.

مخاطبین خاص

پزشکان

نواقص موجود در آماده‌سازی رزیدنت‌ها برای برنامه‌های مراقبت‌های اولیه در اواسط دهه ۱۹۹۰ شناسایی شد. برای رفع این نواقص، AAP با همکاری ACOG و آکادمی پزشکان خانواده آمریکا (AAFP) کوریکولوم چند تخصصی برای رزیدنت‌ها تهیه نمودند و یافته‌های حاصل از اجرای پایلوت «کوریکولوم رزیدنتی تغذیه با شیرمادر» را منتشر ساختند. آموزش سیستماتیک تئوری و عملی رزیدنت‌ها با استفاده از کوریکولوم نه تنها دانش، اعتماد به نفس و الگوهای عملی آنها را بهبود داد، بلکه سبب افزایش میزان‌های تغذیه با شیرمادر شد. شاخص‌ترین اثر آن در افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی بود. گنجاندن سؤالات شیرمادر در امتحانات بود، بیش از یک دهه است که جزء استانداردها بوده، همچنین تمرین‌هایی برای پزشکان فراهم شده است تا تمدید گواهینامه خود را از طریق آنلاین انجام داده و کیفیت خدمات تغذیه با شیرمادر خود را افزایش دهند. ضمناً پزشکان از طریق افزایش فعالیت در بیمارستان‌ها و سیستم‌های بهداشتی دوستدار کودک نیز در حال آموزش می‌باشند. یک جزء الزامی فرآیند دریافت عنوان دوستدار کودک، این است که پزشکان نیز باید همانند همکاران پرستار خود، آموزش تئوری و عملی را دریافت کنند تا به همان سطح از دانش و مهارت‌های بالینی برسند. در نتیجه، تعداد پزشکان در چنین مراکز و تسهیلاتی ثبت می‌شود تا در برنامه آموزشی قرار گیرند و بتوانند حمایت و مراقبت اساسی از تغذیه با شیرمادر را فراهم کنند.

ماماها، پرستاران مراقبت‌های پیشرفته و پرستاران پریناتال

در حال حاضر کلیه پرستاران و ماماها از اعضای فعال تیم سلامت در دوره پری‌ناتال هستند که به صورت مستقل، یا به صورت همکاری در تیم بارداری و یا در بیمارستان نقش مثبتی در تغذیه با شیرمادر دارند. بسیاری از آنها به طور تئوری و عملی در زمینه شیردهی و تغذیه با شیرمادر آموزش دیده و می‌توانند حمایت بسیار خوبی از مادران شیرده فراهم نمایند. برخی نیز آموزش بیشتری دیده‌اند و گواهینامه مشاوره شیردهی دریافت کرده‌اند. از این مهارت تخصصی می‌توان به عنوان بخشی از یک تیم بارداری استفاده نمود و کمک‌های بیشتری در زمینه تغذیه با شیرمادر برای مادران نیازمند فراهم کرد.

والدین

از آنجا که ضرورت داشتن آگاهی پایه در مورد تغذیه با شیرمادر برای والدین و خانواده‌ها مدت زیادی نیست که پذیرفته شده و باورهای متعددی در این زمینه وجود دارد، بر همه بخش‌های سیستم بهداشتی واجب

و لازم است که آنان را در بارداری پیش از تولد فرزند و پس از آن مستمرا در مورد فواید و مدیریت تغذیه با شیر مادر، آموزش دهند. این آموزش‌ها باید به تغییرات فرهنگی حساس بوده و تا حد ممکن در ارتباط با برداشت‌ها و سوء برداشت‌های هر فرد انجام شود. مصاحبه‌های انگیزشی یک استراتژی مفید برای جمع‌آوری اطلاعات و راهنمایی خانواده‌ها در مسیر تصمیم‌گیری است و انجام رفتارهای تغذیه‌ای ایده‌آل را ممکن می‌سازد. هر مراجعه جهت انجام مراقبت‌های بهداشتی، در دوران بارداری یا پس از زایمان، یک فرصت است که باید والدین را در مورد تغذیه با شیر مادر آموزش داد.

گرچه ملاحظات متعددی برای تأثیرات بالقوه در تصمیم یک مادر برای شیردهی وجود دارد، اما از پدر، به عنوان یک فرد کلیدی، نباید غفلت کرد. برنامه‌های آموزشی تغذیه با شیر مادر، به خصوص در دوران بارداری، زمانی بیشترین اثربخشی را خواهند داشت که پدر را هم شامل شود تا او بتواند تشویق‌های اساسی و حمایت‌های روحی روانی را فراهم نماید. یک پدر آگاه می‌تواند از طریق کمک در وضعیت دهی مادر برای شیردهی، ارزیابی نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار و انتقال شیر، انجام کارها و وظایف خانه و کودک، و آزاد گذاشتن مادر برای پرداختن به تغذیه شیرخوار، همکاری و مشارکت مستقیم در تغذیه با شیرمادر داشته باشد. گرچه پدران ممکن است هراس داشته باشند که به دلیل انجام شیردهی توسط مادر، از مراقبت نوزاد کنار گذاشته شوند اما پزشکان می‌توانند پدر را تشویق نمایند تا در امر پرورش و تربیت کودک مشارکت فعال داشته باشند.

مادر و شیرخوار، به صورت یک زوج، باید به بهترین نحو توسط سایر افراد در جامعه حمایت شوند. مادر بزرگ‌ها، دوستان و حتی افراد غریبه می‌توانند سبب تشویق و توانمندی مادر شده و حتی به برخی سوالات ساده مادر که در محیط‌ها و مراکز بالینی پاسخ داده نشده، پاسخ دهند. حمایت مادر از مادر (حمایت همتایان) از طریق تشکیل گروه‌های حمایتی جامعه محور تسهیل می‌شود. این گروه‌های حمایتی ثابت و دائمی نشان داده‌اند که تغذیه انحصاری با شیر مادر و طول مدت شیردهی را افزایش می‌دهند.

قانون‌گذاران، رهبران کسب و کار و عموم مردم

مقامات دولتی، قانون‌گذاران، قضات و مدیران دولتی جایگاه ویژه‌ای در نظارت و رسیدگی به سلامت و رفاه عمومی جامعه و حمایت از تغذیه با شیر مادر از طریق قانون‌گذاری، تقویت قوانین، تأمین اعتبار برای برنامه‌ها و آموزش دارند. در چند سال گذشته، بسیاری از ادارات ایالتی و منطقه‌ای حوزه سلامت، منابع مالی مورد نیاز برای پروژه‌های خاص در زمینه افزایش تغذیه با شیر مادر را تأمین نموده‌اند. دو برنامه مهمی که از طریق American Recovery and Reinvestment Act و CDC تأمین اعتبار شدند، مراقبت از مادران باردار در بیمارستان‌ها و برنامه‌های حمایتی در محیط کار را دربرداشتند. علاوه بر این، برنامه Affordable Care

Act تأمین امکانات لازم در محیط کار برای زنان شیرده را الزامی می‌داند. در حال حاضر بخش منابع انسانی سازمان‌ها نیز آموزش می‌بینند که چگونه از این قانون پیروی کنند و از تلاش کارمندان خود برای تداوم تغذیه با شیرمادر پس از برگشت به کار حمایت کنند. اجرای چنین برنامه‌هایی غیبت کارکنان از محیط کار را کاهش داده، رضایت و بهره‌وری کارکنان را افزایش می‌دهد، همچنین موجب صرفه‌جویی در منابع مالی سازمان می‌شود. از آنجا که اغلب زنان ایالات متحده شاغل هستند و در ۳ ماه اول پس از زایمان به سرکار خود بر می‌گردند، حمایت از تغذیه با شیرمادر در زمان بازگشت به کار برای دستیابی به اهداف تعیین شده در زمینه شیرمادر در برنامه جمعیت سالم تا سال ۲۰۲۰ ضروری است. (فصل ۱۰). دفتر سلامت مادر و کودک، با مشارکت دفتر سلامت زنان یک بسته و ابزار راهنما برای تغذیه با شیرمادر در ادارات تهیه نموده است تا به ادارات در پیروی از برنامه Affordable care Act کمک کند.

مطب‌ها و پرسنل پزشکی

پزشکان هم به عنوان افراد ارائه دهنده خدمات مراقبتی تغذیه با شیرمادر و هم به عنوان مدیران فرایندهای پزشکی و بالینی، فعالیت می‌نمایند. در نقش مدیریتی خود، پزشکان فرصت منحصر به فردی برای برنامه‌ریزی در مطب یا دفتر کار برای حمایت از مادران شیرده، حذف بازاریابی جانکشین شونده‌های شیرمادر و حمایت از مادران شاغل شیرده دارند (فصل ۱۷). اما به هر حال فراهم کردن حمایت کامل، با توجه به مشکلات بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی از جمله کمبود زمان، محدودیت‌هایی دارد.

پزشکان می‌توانند اعضای سیستم حمایت از مادر را تحت تأثیر قرار داده، سایر پزشکان و ارائه دهندگان مراقبت‌های کودکان را آموزش داده، تغذیه با شیرمادر را در کوریکولوم آموزشی رزیدنت‌ها و دانشجویان رشته‌های پزشکی بگنجانند، به اتخاذ خط‌مشی یا ایجاد قوانین حمایتی از تغذیه با شیرمادر در بیمارستان یا مراکز بهداشتی کمک کنند و جبران عادلانه پرداخت هزینه به کارفرمایان را تایید نمایند، از ورود موضوع تغذیه با شیرمادر در اعتباربخشی حمایت کنند، و به اجرای توصیه‌های (The Joint Commission: TJC)، مؤسسه دارو و سایر آژانس‌ها و مؤسسات ملی کمک کنند. به علاوه، متخصصین اطفال می‌توانند با تبیین نقش خود در ۲۰ استراتژی تبیین شده توسط مقام ارشد بهداشت در سال ۲۰۱۱ به اجرای برنامه Call to Action to Support Breastfeeding کمک کنند. (جدول ۶-۱)

جدول ۶-۱: استراتژی‌های پیشنهادی برای پرسنل حرف پزشکی در پاسخ به فراخوان اقدام برای حمایت از تغذیه با شیر مادر (The Surgeon General's call to Action to support Breastfeeding)

مثال‌ها	محیط‌ها و افراد بالقوه	استراتژی‌ها
اجرای کوریکولوم رزیدنتی AAP، ادغام موضوع تغذیه با شیر مادر و شیردهی در دروس پایه مثل آناتومی، فیزیولوژی، تغذیه، ارتقاء سلامت/پیشگیری از بیماری‌ها.	دانشکده پزشکی و دانشکده‌های سایر حرف پزشکی	بهبود محتوای آموزشی حرف پزشکی (در دوران تحصیل و پس از فارغ التحصیلی)
تصویب توانایی‌ها و صلاحیت‌های اساسی USBC به وسیله AAP، ABP، و سایر هیئت‌های اعتباربخشی محتوایی را به آزمون‌های اعطاء کننده گواهینامه اضافه کردند، ساختارهای ارزیابی مهارت به برنامه دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها اضافه شد.	سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی مثل AAFP، AAP، ACOG، و هیئت‌های اعتباربخشی مثل ABP	تبیین و ثبت حداقل توانایی‌ها و صلاحیت‌های لازم در پرسنل بهداشتی درمانی در زمینه تغذیه با شیر مادر
فرصت‌های مطالعاتی NCE توسط AAP، همایش و اجلاس سالانه ABM، فرصت‌های مطالعاتی مبتنی بر دانشگاه یا دوره‌های یادگیری آنلاین، MOC توسط ABP.	سازمان‌های حرف پزشکی، مراکز آکادمیک پزشکی و هیئت‌های ارائه دهنده گواهینامه.	اضافه کردن موضوعات تغذیه با شیر مادر در آموزش مداوم و MOC.
ابتکارات حمایتی مثل پرداخت به ازای عملکرد و مراقبت مسئولانه که مراقبت ایده‌آل و مبتنی بر شواهد در زمینه تغذیه با شیر مادر را نشان می‌دهد، به منظور کاهش هزینه‌های غیر ضروری بر سلامت و حمایت از تغذیه انحصاری با شیر مادر.	پزشکان ارائه دهنده مراقبت‌های مادر و کودک، گروه‌های حامی جامعه که با شرکای فدرال کار می‌کنند و مراکز بهبود کیفیت برای ارتقای استانداردها.	تبیین استانداردهای خدمات بالینی که تداوم خدمت را تضمین کند به خصوص در ۴ هفته اول تولد.
انجام مطالعه هزینه و اثربخشی آموزش و یادگیری در حمایت جامع‌تر و کارآتر از تغذیه با شیر مادر.	پزشکان، خدمات سلامت و مراکز بهبود کیفیت مثل AHRQ	مطالعه در زمینه مقایسه اثربخشی مدل‌های مختلف مراقبت که حمایت متبخرانه از تغذیه با شیر مادر توسط ارائه دهندگان مراقبت مادر و کودک را در خود ادغام کردند.

AAP = American Academy of Pediatrics; ACOG = American Congress of Obstetricians and Gynecologists; AAFP = American Academy of Family Physicians; USBC = US Breastfeeding Committee; ABM = Academy of Breastfeeding Medicine; MOC, Maintenance of Certification; AHRQ = Agency for Healthcare Research and Quality; NCE = National Conference and Exhibit; ABP = American Board of Pediatrics.

Adapted from Appendix 1 of the US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; January 20, 2011.

بیمارستان‌ها

محیطی که مادر در آن زایمان می‌کند، ارتباط قوی با نتایج شیردهی وی از جمله: میزان استفاده از شیر مصنوعی و احتمال کلی هر مقدار تغذیه با شیر مادر دارد. بیمارستان‌هایی که ده اقدام تغذیه موفق با شیر مادر را پیگیری می‌کنند (فصل ۶، جدول ۳-۶) و از کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیر مادر

حمایت می‌کنند، به عنوان دوستدار کودک برگزیده می‌شوند و این عنوان با افزایش میزان‌های تغذیه با شیر مادر به صورت کلی و تغذیه انحصاری با شیرمادر در نوزادان سالم، و همچنین در افزایش تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیرانسان در شیرخواران نارس ارتباط دارد. بیمارستان‌ها باید خط مشی‌ها و فعالیت‌هایی را تبیین نمایند که براساس شواهد از تغذیه با شیرمادر حمایت می‌کند و سیاست‌ها و فعالیت‌هایی را که در قطع شیر مادر شناخته شده‌اند، حذف نمایند.

بیمارستان‌های حامی شیرمادر، همه مسئولین کلیدی، مدیران، پرسنل بالینی، پزشکان و کلیه نیروهای پشتیبان و کمکی را که ممکن است با مادر و شیرخوار در طول دوران حساس برقراری تغذیه با شیرمادر تماس داشته باشند را سهیم می‌کنند (فصل ۶). بیمارستان‌ها باید نیروهای کار چندپیشه را بکارگیرند و همچنین مدیران، شرکای اجتماعی و خانواده‌هایی را که در آن بیمارستان تجربه زایمان داشته‌اند را درگیر کنند، به صورت منظم با آنها ملاقات کنند و فرهنگ حمایت از تغذیه با شیرمادر و بهبود مستمر کیفیت، تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و عدم تجویز شیر مصنوعی بدون اندیکاسیون پزشکی را ارتقا دهند. بیمارستان‌ها می‌توانند گروه‌های حامی تشکیل دهند و بیماران را به این گروه‌ها ارجاع دهند.

سازمان‌های مراقبت مدیریت شده

تغذیه با شیرمادر سبب بهبود پیامدهای سلامت شده و هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی کودکان در سال اول تولد را کاهش می‌دهد. بنابراین، برخی شرکت‌های بیمه سلامت از جمله سازمان‌های مراقبت مدیریت شده، برنامه‌های گسترده‌ای را برای ارتقا و حمایت از تغذیه با شیرمادر در بیمه شدگان خود دنبال می‌کنند. اخیراً Kaiser Permanente به عنوان هدف کلی اعلام کرد که تمام بیمارستان‌ها باید دوستدار کودک شوند. پزشکانی که با سازمان‌های مراقبت مدیریت شده همکاری می‌کنند، به دلایل اقتصادی و سلامتی، انگیزه برای افزایش حمایت از تغذیه با شیرمادر و گسترش برنامه‌ها دارند. (فصل ۲)

دولت‌های ایالتی و فدرال

برنامه WIC در سال ۲۰۱۰، به ۹ میلیون مادر و کودک خردسال، ۱/۵ میلیون مادر باردار و شیرده و ۲/۱۷ میلیون شیرخوار ارایه خدمت نمود. این برنامه تأثیرات قابل ملاحظه‌ای بر حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر در مادران و خانواده‌ها در ایالات متحده دارد. در اکتبر سال ۲۰۰۹، بازنگری عمده‌ای در این برنامه انجام شد و برای اولین بار در سابقه آن، مجوز داده شد تا ۱۰۰ درصد نیازهای غذایی شرکت‌کنندگانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر را رعایت می‌کنند، با بسته‌های فراهم شده از سوی مؤسسه Institute of Medicine تأمین شود تا بدینوسیله از تغذیه انحصاری با شیرمادر حمایت شود (در مقایسه با توزیع مکمل سنتی یعنی شیرمصنوعی

شیرخوار در این گروه که ۱۰۰ درصد نیازهای آنان مرتفع نمی گردید).

علاوه بر غذا برای مادران، برنامه WIC، در ایالت‌های مختلف، خدمات حمایتی دیگری از قبیل ارائه مشاوره‌های شیردهی، حمایت‌های مردمی از طریق مادران با تجربه، ارائه مشاوره تلفنی، تأمین زنجیره گرم و تجهیزات مثل شیردوش برای مادران شیرده را فراهم می‌کند. در مقایسه با اقدامات گذشته WIC که مادران دسترسی رایگان به شیر مصنوعی داشتند، این بازنگری‌های جدید سبب افزایش قابل توجه میزان تغذیه با شیر مادر در افراد تحت پوشش برنامه WIC گردیده است. با این حال، تفاوت بین مادرانی که از مزایای WIC برخوردار می‌شوند و مادرانی که از این حمایت‌ها برخوردار نیستند، ادامه دارد و این تفاوت‌ها، اختلافات نژادی و اقتصادی را افزایش داده و سبب کاهش میزان‌های تغذیه با شیر مادر شده است. در سال ۲۰۱۰، از ۲/۲ میلیون شیرخواری که در برنامه WIC شرکت داشتند، فقط ۲۷ درصد با شیر مادر تغذیه شدند و ۱۰ درصد تغذیه کاملاً انحصاری داشتند. در سال ۲۰۱۰ برنامه اجرایی تحت عنوان (Healthy, Hunger-Free Kids Act) تصویب شد تا علیرغم محدودیت‌های بودجه‌ای، استفاده از منابع مالی WIC در ایالات محدود نشود و بدین ترتیب فعالیت‌های برنامه WIC تا سال ۲۰۱۵ به طور مؤثر ادامه یافته است. بنابراین حمایت از تغذیه با شیر مادر از طریق هماهنگی مستمر بین پرسنل WIC (شامل متخصصین شیردهی و مشاورین مردمی) با سیستم بهداشتی و بیمارستان‌ها قابل انجام و قابل افزایش است.

مقام ارشد بهداشت ایالات متحده، دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، اداره سلامت زنان، اداره خدمات و منابع سلامت، دفتر سلامت مادر و کودک، اداره غذا و داروی ایالات متحده، و مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، همه در آموزش و حمایت از تغذیه با شیر مادر از طریق انتشار گزارشات متعدد، مستندات و برنامه‌های مختلف مشارکت دارند که از جمله این برنامه‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding، در سال ۲۰۱۱، CDC's Vital Signs در آگوست ۲۰۱۱، Hospital Support for Breastfeeding: Preventing Obesity Begins in Hospitals و تحقیق مرتبط با بررسی طولی تغذیه شیرخوار، انتشار بسته Business Case for Breastfeeding توسط دفتر سلامت مادر و کودک به منظور حمایت از شیردهی در محیط کار، برنامه‌های آموزشی و گرانته‌های اداره خدمات و منابع سلامت در زمینه تغذیه با شیر مادر از جمله AAP Breastfeeding Residency Curriculum، راه‌اندازی خط مشاوره تلفنی اداره سلامت زنان در زمینه تغذیه با شیرمادر، طراحی صفحات وب، تهیه مجله به زبان‌های مختلف برای مادران تحت عنوان Your Guide to Breastfeeding. با توجه به تعداد انتشارات رایگان در زمینه آموزش کارکنان بهداشتی درمانی و مادران که توسط دولت فدرال تولید می‌شود، اساساً دیگر نیازی به استفاده از مواد آموزشی تولید شده با حمایت صنایع نمی‌باشد. به علاوه، انتشار روزافزون مواد آموزشی با حمایت دولت فدرال، دانش ما را در مورد

چگونگی حمایت بهینه از تغذیه با شیرمادر، مدیریت مشکلات شیردهی و افزایش تغذیه با شیرمادر در جامعه افزایش می‌دهد.

سازمان‌های مردم نهاد (NGO)

USBC یک سازمان مشورتی دولت ایالات متحده است که در سال ۲۰۰۰ و با حضور نمایندگان سازمان‌های مختلف ایالات متحده تأسیس شده است. مأموریت USBC در زمان آغاز دستور کار ملی و پس از آن در طول برنامه ۵ ساله استراتژیک (۲۰۱۳-۲۰۰۹)، ارتقاء سلامت مردم و تشریک مساعی برای حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر از طریق رهبری، همکاری و جلب حمایت بوده است. بسته The Core Competencies in Breastfeeding Care and Services for All health Professionals نیز تهیه شد و حداقل استانداردهای مهارتی اساسی برای کلیه پرسنل بهداشتی درمانی مشخص گردید تا بتوانند مراقبت‌های مربوط به تغذیه با شیرمادر را ارائه نمایند (جدول ۵-۱).

کمیسیون مشترک (TJC) یک سازمان غیرانتفاعی مستقل است که در سال ۱۹۵۱ تأسیس شد تا بیش از ۱۹۰۰۰ سازمان و برنامه در زمینه خدمات سلامتی را ارزیابی و اعتبارسنجی نماید. در سال ۲۰۰۳، دو مرکز خدمات TJC و Medicare & Medicaid اقدام به تهیه بسته‌های اقدامات اساسی نمودند که یکی از آنها مربوط به اقدامات اساسی مراقبت‌های پری‌ناتال می‌باشد. این بسته شامل ۵ بخش، از جمله تغذیه انحصاری با شیرمادر می‌باشد. TJC برای زایشگاه‌ها سیستم ثبت شاخص تعریف کرد تا از طریق جمع‌آوری و پیگیری این داده‌ها بتواند شروع تغذیه انحصاری با شیرمادر را افزایش دهد و پس از آن، USBC یک ابزار آموزشی برای پرسنل بهداشتی در زمینه نحوه جمع‌آوری و استفاده از این داده‌ها را منتشر کرد.

(<http://www.usbreastfeeding.org/healthcare/hospitalMaternityCenterPractices/ToolkitImplementingTJCCoreMeasure/tabid/184/Default.aspx>)

اجرای فرایندهای مورد نیاز برای جمع‌آوری داده‌های صحیح در زمینه تغذیه انحصاری با شیرمادر در کل بیمارستان‌های ایالات متحده نیازمند آموزش و منابع کافی می‌باشد و در عین حال فرصت‌های زیادی را برای حذف موارد غیر ضروری تغذیه با شیرمصنوعی فراهم می‌نماید. همزمان با ایجاد بسته اقدامات اساسی توسط TJC، بسیج اطلاع‌رسانی تحت عنوان Speak Up: What You Need to Know About Breastfeeding برپا شد و بروشوری تهیه گردید تا آگاهی استفاده‌کنندگان از خدمات را افزایش داده و از فعالیت‌های بیمارستانی در زمینه تغذیه با شیرمادر منجمله ده اقدام تغذیه موفق با شیرمادر حمایت نماید. این بروشور برای توزیع در مراکز مراقبت پره‌ناتال مناسب بوده و آموزش در زمینه فواید تغذیه با شیرمادر و مدیریت آن را تقویت می‌نماید.

سازمان جهانی بهداشت و یونیسف از جمله مؤثرترین سازمان‌های جهانی می‌باشند که با آموزش، ارائه خدمات مستقیم و انجام برنامه‌های خاص نظیر راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک از تغذیه با شیر مادر حمایت می‌کنند.

سازمان‌های تخصصی پزشکی که تغذیه با شیر مادر را آموزش داده و یا از آن حمایت می‌کنند شامل (AAFP, AAP Academy of Breastfeeding Medicine ABM, ACOG) می‌باشند که مورد اخیر سازمان بین‌المللی پزشکی، علاقمند به آموزش حرفه‌ای در زمینه شیر مادر و عملی کردن نتایج تحقیقات (Translation of research into practice) می‌باشد. ABM، پزشکان دارای فلوی تغذیه با شیر مادر (FABM) را شناسایی می‌کند. علاوه بر این، پژوهش‌هایی در زمینه تغذیه با شیر مادر از طریق انجمن تحقیقاتی بین‌المللی و چند پیشه‌های International Society for Research in Human Milk and Lactation انجام و حمایت شده است. سازمان‌های متعدد غیرپزشکی نیز وجود دارد که به صورت چند پیشه تغذیه با شیر مادر را آموزش داده و حمایت می‌کنند. این سازمان‌ها شامل (AND) Academy of Nutrition and Dietetics که سابقاً ADA نامیده می‌شد، انجمن بهداشت عمومی آمریکا (APHA) و چندین سازمان پرستاری مثل (National Association of Pediatric Nurse Practitioners, NAPNAP)، انجمن سلامت زنان، پرستاران مراقبت بارداری و نوزادی (AWHONN)، کالج پرستاران آمریکا (CAN) و پایگاه داده ملی شاخص‌های کیفیت پرستاری (NDNQI) می‌باشند که در آموزش و تعیین استانداردهای مراقبتی مشارکت می‌کنند.

سازمان بین‌المللی Wellstart، پزشکان را در زمینه تغذیه با شیر مادر و شیردهی در سطح جهان آموزش می‌دهد و کوریکولومی برای پزشکان تهیه نموده که در حال حاضر بخش اصلی و پایه کوریکولوم AAP در زمینه شیر مادر برای رزیدنت‌ها می‌باشد. Wellstart کوریکولوم‌های چند سطحی برای آموزش پرسنل بهداشتی درمانی در تمام سطوح مراقبتی، از حداقل استاندارد گرفته تا سطح سوم مشاوره در زمینه تغذیه با شیر مادر تهیه نموده است. کارشناسان تغذیه با شیر مادر از طریق اعتبارنامه IBCLC شناسایی شده و به وسیله انجمن بین‌المللی مشاوره شیردهی (ILCA) و مؤسسه جدید ILCA و انجمن مشاوره شیردهی ایالات متحده (USLCA) معرفی می‌شوند. AAP با ILCA و سازمان بین‌المللی مردمی La Leche League که یک سازمان حمایتی متشکل از مادران با تجربه است، سابقه همکاری دارد و در زمینه تغذیه با شیر مادر به پرسنل بهداشتی درمانی و مادران آموزش می‌دهد.

اخلاق در تغذیه با شیر مادر

در ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت آن همانند سایر مراقبت‌های پزشکی باید مسائل اخلاقی لحاظ گردد.

این مسائل شامل موارد ذیل می‌شود: انتخاب آگاهانه، مادرانی که تغذیه با شیرمادر را انتخاب نمی‌کنند، مسئولیت‌های مراقبت‌های پزشکی، حقوق حضانت در جدایی والدین و طلاق، حقوق محیط کار، شیردهی در مکان‌های عمومی، طول مدت شیردهی و بازاریابی شیرمصنوعی می‌باشد. پاسخ به بسیاری از این موضوعات اخلاقی، کار ساده‌ای نیست.

انتخاب آگاهانه

پزشکان و کلیه پرسنل بهداشتی درمانی باید زن باردار و مادر تازه زایمان کرده را از خطرات تغذیه با شیر مصنوعی برای سلامت وی و کودکش آگاه سازند. مادر می‌تواند با اطلاعات دریافت کرده و با توجه به شرایط خود، انتخاب مناسب را انجام دهد (فصل ۲).

مرکز پزشکی (Medical Home)

مدیریت تغذیه با شیرمادر اغلب مسئولیت و همکاری مشترک ارائه دهندگان مراقبت‌های بارداری و زایمان، نوزادان و کودکان، و متخصصین شیردهی می‌باشد. برای ایجاد این هماهنگی، بسیار مهم است که مادر و شیرخوار تحت پوشش یک مرکز پزشکی معین باشند. Medical Home یعنی رویکردی که در آن خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی در دسترس، مستمر، جامع، خانواده محور، هماهنگ، دلسوزانه و متناسب با فرهنگ رایج فراهم می‌گردد. پرسنل بهداشتی درمانی و والدین، اعضای این مرکز پزشکی هستند که خدمات پزشکی و غیرپزشکی مورد نیاز را تعیین و فراهم می‌کنند. ارتباطات بین افراد ذیربط، از طریق این ساختار به طور مؤثر برقرار می‌شود.

حقوق محیط کار

حق مادر برای تداوم تغذیه با شیرمادر در زمان برگشت به محل کار خود، اخیراً موضوع بحث‌ها و قانون‌گذاری‌های متعدد بوده است. فقط چند ایالت آمریکا، قوانینی را مصوب نمودند که به مادران این حق را می‌دهد که در محیط کار اقدام به دوشیدن شیر نمایند. همچنین سیاست‌هایی برای مراقبت از کودک در محل کار تبیین شده است (فصل ۱۰).

تغذیه با شیرمادر در اماکن عمومی

حق مادر برای تغذیه با شیرمادر در مکان‌های عمومی در بسیاری از ایالات و مکان‌های فدرال آمریکا قانونی شده است. این قوانین، محدودیت قانون indecent exposure (نمایش ارگان‌های جنسی در انظار) را برای شیردهی مادر حذف نموده و حق اختصاصی برای شیردهی مادر در جامعه را فراهم می‌کند.

طولانی شدن مدت تغذیه با شیرمادر

در مورد حداکثر طول مدت تغذیه با شیرمادر سوال شده است. داده‌هایی مبتنی بر معیارهای علمی وجود ندارد که نشان دهد تداوم شیردهی از یک سن معین به بعد برای کودک مناسب نبوده یا ضرر دارد. همچنین مخاطراتی در مورد این روش که یک ارتباط متقابل اجتماعی/تغذیه‌ای بین مادر و شیرخوار می‌باشد، گزارش نگردیده است. از نظر ملاحظات اخلاقی، ممکن است سؤالاتی در مورد تغذیه کودک از پستان مادر تا هر زمان که هر دو مایل هستند، مطرح شود (فصل ۸). گرچه این سوالات وجود دارد، هنجارهای فرهنگی موجود در این زمینه باید مورد حمایت قرار گیرد.

بازاریابی شیر مصنوعی

پزشکان و سایر مراقبین خدمات بهداشتی باید نسبت به فعالیت‌های بازاریابی تغذیه مصنوعی که تأثیر منفی در انتخاب یا تداوم شیردهی مادر دارند، هوشیار باشند. هیچ موضوعی در قلمرو اخلاق و شیردهی به اندازه موضوعات مرتبط با بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر مورد توجه قرار نگرفته است. کد بین‌المللی بازاریابی جانشین شونده‌های شیرمادر (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en>) و قطعنامه بعدی WHO، راهنما و دستورالعمل تفصیلی بازاریابی فورمولا را تهیه کرده تا اطمینان حاصل شود که این مسئله از شروع تغذیه با شیرمادر یا تداوم آن نمی‌کاهد. گرچه تمامی کشورهای جهان (از جمله ایالت متحده) کد بین‌المللی بازاریابی را تأیید کرده‌اند اما در واقع بسیاری از این کشورها (از جمله ایالات متحده) قوانینی را برای اعمال قانونی چنین دستورالعملی در کشور خود وضع نکرده‌اند. علیرغم نبود چنین اختیارات قانونی، اصول کد بین‌المللی، یک بسته اخلاقی استوار برای ارزیابی فعالیت‌های بازاریابی توسط کارخانجات و توزیع‌کنندگان شیر مصنوعی فراهم نموده است. پزشکان باید برای حذف سیاست‌ها و اقداماتی که ناقض شیردهی در بیمارستان و مطب می‌باشند، تلاش کنند. (فصول ۶ و ۱۵).

حقوق حضانت

یکی از مشکل‌ترین و شدیدترین بحث‌های اخلاقی در زمینه جدایی زوجین و طلاق، زمانی است که پای یک کودک شیرخوار در بین است. دیدارهای جداگانه شیرخوار با پدر موضوعی است که به خصوص در تغذیه کودک بالای یک سال با شیرمادر تأثیر منفی دارد. سلامت و رفاه کودک و تداوم شیردهی باید بیشترین اولویت را داشته باشد. تشخیص این که تغذیه با شیرمادر یک نیاز قانونی و برحق است یا برای پایمال کردن حق ملاقات پدر مورد سوء استفاده قرار گرفته، برای کارشناسان حامی هر دو طرف بی‌اندازه دشوار است.

فعالیت‌های پیشنهادی

در جدول ۷-۱، موانع تغذیه با شیرمادر که در گزارش مقام ارشد بهداشت تبیین شده، خلاصه گردیده است. موانع موجود از جمله فقدان دانش، هنجارهای اجتماعی ناپایدار و متناقض، حمایت ناکافی خانواده و جامعه، نگرانی‌ها، مشکلات شیردهی، اشتغال و خدمات بهداشتی درمانی همه از طریق ارتقای دانش، نگرش و مهارت پزشکی که در جایگاه‌های حمایت از شیرمادر قرار دارند قابل جبران و اصلاح می‌باشد (جدول ۶-۱). در جدول ۸-۱ فعالیت‌های پیشنهادی در زمینه تغذیه با شیرمادر که در بیانیه خط مشی سال ۲۰۱۲ AAP آمده، خلاصه شده است و جدول ۹-۱ نقش متخصصین اطفال را در حمایت از تغذیه با شیرمادر نشان می‌دهد. جدول ۱۰-۱ نیز نقش متخصصین زنان را خلاصه نموده است.

جدول ۷-۱: موانع تغذیه با شیرمادر در ایالات متحده

- آموزش ناکافی در دوران بارداری در مورد تغذیه با شیرمادر
- سیاست‌ها و اقدامات بیمارستانی از هم گسیخته
- قطع بی مورد شیردهی
- ترخیص زودهنگام از بیمارستان در برخی جوامع
- فقدان مراقبت‌های به موقع و روتین برای پیگیری و فقدان مراقبت‌های بهداشتی پس از زایمان در منزل از جمله منفک بودن مراقبت‌های بیمارستانی از مراقبت‌های پیگیری کودکان
- اشتغال به کار مادر
- کمبود حمایت خانواده و حمایت‌های وسیع اجتماعی
- نمایش تغذیه با بطری در رسانه‌ها به صورت یک هنجار معمول
- وجود تبلیغات بازرگانی در مورد شیر مصنوعی
- اطلاعات نادرست و نیز توجه و مشارکت ناکافی پرسنل بهداشتی درمانی

جدول ۸-۱: اقدامات پیشنهادی در زمینه تغذیه با شیر مادر**۱- تغذیه انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه**

- ترجیحاً تغذیه از پستان مادر، یا به عنوان جایگزین تغذیه با شیر دوشیده شده مادر، یا شیر اهدایی
- تداوم تغذیه با شیر مادر برای حداقل یک سال و بیشتر تا هر زمان که مادر و شیرخوار هر دو تمایل دارند
- غذاهای کمکی غنی از آهن و سایر ریز مغذی ها باید در حدود ۶ ماهگی اضافه شود

۲- سیاست ها و اقدامات حول و حوش زایمان که شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر را ارتقا می دهد و با سیاست های آکادمی طب کودکان آمریکا و Academy of Breastfeeding Medicine Model Hospital تطابق دارد. این موارد شامل:

- برقراری تماس مستقیم پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد تا انجام اولین تغذیه شیرخوار با شیر مادر و تشویق به تداوم شیردهی در دوره پس از زایمان
- تأخیر در انجام فرایندهای روتین (توزین نوزاد، اندازه گیری قد و وزن، حمام کردن، انجام تست های آزمایشگاهی، واکسیناسیون و پروفیلاکسی برای عفونت چشم) تا کامل شدن اولین تغذیه شیرخوار با شیر مادر
- تأخیر در تزریق عضلانی ویتامین K به شیرخوار تا زمان تکمیل اولین تغذیه شیرخوار و انجام تزریق ۶ ساعت اول پس از تولد
- اطمینان از ۱۲ - ۸ بار تغذیه از پستان در هر شبانه روز
- اطمینان از ارزیابی و ثبت صحیح تغذیه با شیر مادر توسط پرسنل آموزش دیده (شامل نحوه بغل کردن، پستان گرفتن، انتقال شیر، معاینه) حداقل یک بار در هر شیفت
- پرهیز از دادن مکمل ها (آب، آب قند، شیر مصنوعی یا سایر مایعات) به شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند مگر اینکه بر اساس دستورالعمل های استاندارد مبتنی بر شواهد در زمینه مدیریت هیپر بیلی روبینمی و هیپوگلیسمی ضرورت پزشکی داشته باشد
- اجتناب از مصرف روتین گول زنگ (پستانک) در دوره پس از زایمان
- شروع قطره خوراکی ویتامین D به میزان ۴۰۰ واحد بین المللی روزانه پس از ترخیص از بیمارستان.

۳- کلیه نوزادان شیر مادر خوار باید در ۳ تا ۵ روزگی توسط متخصصین اطفال ویزیت شوند که این ویزیت ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد ترخیص از بیمارستان است

- ارزیابی هیدراتاسیون (الگوهای حذف کم آبی)
- ارزیابی وضعیت وزن گیری شیرخوار (کاهش وزن شیرخوار نباید بیشتر از ۷ درصد وزن تولد باشد و نیز کاهش وزن پس از روز پنجم تولد نباشد: وضعیت تغذیه را ارزیابی کنید و به صورت مکرر پیگیری کنید).
- در مورد نگرانی های مادر / شیرخوار بحث و گفتگو کنید
- نحوه شیردهی را مشاهده کنید

۴- مادر و شیرخوار باید در جوار یکدیگر بخوابند تا تغذیه با شیر مادر تسهیل گردد.

۵- پستانک نباید زودتر از سن ۳ تا ۴ هفتگی داده شود و فقط پس از تثبیت تغذیه با شیر مادر و در زمان قرار دادن شیرخوار در وضعیت خواب قابل استفاده می باشد.

جدول ۹-۱: نقش متخصصین اطفال

- ۱- تغذیه با شیرمادر را به عنوان تغذیه طبیعی شیرخوار ترویج نمایند.
- ۲- از دانش اصول تغذیه با شیرمادر و مدیریت شیردهی مطلع باشند.
- ۳- مهارت‌های لازم برای ارزیابی کفایت تغذیه با شیرمادر را کسب نمایند.
- ۴- آموزش تئوری و عملی دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و متخصصین فارغ‌التحصیل شده را در زمینه تغذیه با شیرمادر و شیردهی حمایت نمایند.
- ۵- سیاست‌های بیمارستانی را که با سیاست‌های AAP, Academy of Breastfeeding Medicine Model Hospital Policy و سازمان جهانی بهداشت / یونیسف تطابق دارد، ترویج نمایند.
- ۶- ده اقدام تغذیه موفق با شیرمادر را در بیمارستان اجرا کنند.
- ۷- با جامعه متخصصین زنان برای توسعه برنامه‌های حمایتی تغذیه با شیرمادر، همکاری و تشریک مساعی نمایند.
- ۸- با پرسنل بهداشتی درمانی جامعه محور و مشاورین دارای مدرک تغذیه با شیرمادر به منظور اطمینان از حمایت‌های جامع و یکسان تغذیه شیرمادر هماهنگی و همکاری نمایند.

جدول ۱۰-۱: نقش متخصصین زنان و مامایی

قبل از زایمان:

۱- از مادر در اسرع وقت و مکرراً در مورد تغذیه با شیر مادر سؤال کنید.

- در هر معاینه سالانه ژنیکولوژیک
- در اولین ویزیت بارداری
- در ویزیت‌های بعدی
- در ویزیت قبل از زایمان توسط متخصصین اطفال

۲- پستان‌ها را معاینه کنید.

- نوک پستان فرورفته
- سابقه عمل جراحی روی پستان‌ها
- عدم تقارن در پستان‌ها
- پستان‌های توبولر

۳- افراد و منابعی را برای آموزش تغذیه با شیر مادر در دوران بارداری به مادر پیشنهاد کنید.

حین زایمان:

۴- فرآیندهای روتین پس از زایمان را به تأخیر اندازید.

- محدود کردن مداخلات غیر ضروری
- قرار دادن نوزاد در تماس پوست با پوست مادر
- شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد
- به تأخیر انداختن تزریق ویتامین k و پروفیلاکسی روتین عفونت چشم
- پرهیز از مداخلات آسیب‌زننده (مانند ساکشن)

۵- ترغیب و تشویق اجرای ده اقدام (جدول ۳-۶)

پس از زایمان:

۶- مراجع را معرفی کنید.

- معرفی متخصصین شیردهی
- در مطب:

۷- تبلیغات فورمولا و شیر مصنوعی را از مطب حذف کنید.

۸- نحوه مدیریت و درمان مشکلات شایع شیردهی را بدانید.

- تصور ناکافی بودن شیر مادر
- احتقان پستان
- ماستیت/ عفونت قارچی
- درد پستان

۹- از داروها و سایر محصولات سالم قابل استفاده در دوران شیردهی اطلاع داشته باشید.

- پیشگیری از بارداری
- سایت LactMed

۱۰- اطلاعات و دانش خود را افزایش دهید.

- منابع ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists)
- منابع AAP شامل مدول‌های آموزشی
- Gold Book
- مجله آکادمی طب تغذیه با شیرمادر پزشکی انجمن شیرمادر به نام Breastfeeding Medicine

فصل دوم

اهمیت تغذیه با شیر مادر: فواید آن برای شیرخواران، مادران و جامعه

تصمیم زنان برای شیردهی فواید زیادی از جمله سلامت شیرخوار، سلامت مادر شیرده و نیز فواید اجتماعی اقتصادی برای جامعه به دنبال دارد. با توجه به مستندات موجود در خصوص فواید کوتاه مدت و درازمدت پزشکی و عصبی تکاملی، تغذیه با شیر مادر باید نه تنها بعنوان یک انتخاب در شیوه زندگی، بلکه به عنوان یک اولویت سلامت جامعه در نظر گرفته شود. در این فصل به تشریح کلی در مورد فواید شیردهی در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها و ناخوشی‌های حاد و مزمن شیرخوار و مادر، و تأثیرات اقتصادی تغذیه با شیر مادر پرداخته می‌شود.

فواید تغذیه با شیر مادر برای شیرخوار

اطلاعات گسترده موجود نشان می‌دهد که بسیاری از اختلالات حاد و مزمن کودکان نظیر اوتیت مدیا (عفونت گوش میانی)، بیماری‌های اسهالی حاد، ناخوشی‌های دستگاه تنفسی تحتانی، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)، بیماری‌های التهابی روده، لوکمی دوران کودکی، دیابت ملیتوس، چاقی، آسم و درمانیت‌آتوپیک در کودکانی که در دوره شیرخواری با شیر مادر تغذیه شده‌اند به دفعات کمتری اتفاق می‌افتد (جدول ۱-۲). جامع‌ترین گزارش منتشره که مقالات علمی موجود در زمینه پیامدهای بهداشتی تغذیه با شیر مادر و تغذیه با شیر مصنوعی را مقایسه، بررسی و تحلیل می‌کند، توسط مرکز عملکرد مبتنی بر شواهد آژانس تحقیقات خدمات سلامت و کیفیت دپارتمان وزارت بهداشت (AHRQ)* تحت عنوان «تغذیه با شیر مادر و پیامدهای بهداشتی آن برای شیرخوار و مادر در کشورهای توسعه یافته» منتشر شده است. پاسخ و اثرات وابسته به دوز تغذیه با شیر مادر و پیامدهای حاد و مزمن آن بر سلامت قابل اندازه‌گیری است (جدول ۲-۲).

*The Agency for Healthcare Research and Quality

جدول ۱-۲- تغذیه با شیرمادر از بروز بسیاری از بیماری‌ها در دوران کودکی محافظت می‌کند.

مشکلات حاد:

- اسهال و عفونت‌های گوارشی
- عفونت‌های تنفسی و بستری شدن در بیمارستان
- اوتیت مدیای حاد و مزمن
- عفونت دستگاه ادراری
- سپتی سمی و مننژیت باکتریال
- انتروکولیت نکرروزان
- سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار
- مرگ شیرخوار بعد از دوران نوزادی

مشکلات مزمن:

- دیابت ملیتوس وابسته به انسولین (تیپ ۱)
- دیابت ملیتوس غیر وابسته به انسولین (تیپ ۲)
- چاقی و اضافه وزن
- آسم و آلرژی
- بیماری‌های التهابی روده (بیماری سلیاک و کرون)
- لوکمی دوران کودکی (لوکمی حاد لنفوسیتی و لوکمی حاد میلوژنوس)

برگرفته از:

American Academy of pediatrics section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. pediatrics. 2012, 129 (3):e 82741-.

تأثیر تغذیه با شیرمادر در پیشگیری از بیماری‌های حاد

تغذیه با شیرمادر فاکتورهای بیوشیمیایی و فیزیکی را فراهم می‌کند که از فعالیت عوامل عفونی جلوگیری نموده و ایمنی و دفاع شیرخوار را افزایش می‌دهد (جدول ۲-۳).

نه تنها میزان بروز بیماری در شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند کمتر است، بلکه طول مدت بیماری و شدت آن نیز کوتاه‌تر است. شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند مانند شیرمصنوعی خواران عفونت‌های مشابهی را تجربه می‌کنند، اما این عفونت‌ها عموماً بدون علامت یا با علائم خفیف‌تر هستند. این اثرات هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای صنعتی دیده می‌شوند. علاوه بر این، تغذیه با شیرمادر، امکان تماس شیرخوار با پاتوژن‌های محیطی (میکروارگانیسم‌ها و مواد شیمیایی) را که ممکن است از طریق شیرمصنوعی، غذا و مایعات یا وسایل خورانش آلوده منتقل شوند، محدود می‌کند. همچنین شیرخوارانی که

با شیر مادر تغذیه می‌شوند، به واکسیناسیون در مقابل BCG (باسیل کالمت-گرین)، هموفیلوس آنفلولانزای تیپ b، پولیو، کزاز و توکسوئید دیفتتری پاسخ ایمنی بهتری می‌دهند.

جدول ۲-۲ - اثرات مفید وابسته به دوز تغذیه با شیر مادر

بیماری	درصد ریسک کمتر* (lower risk%)	توضیح	OR	CI %۹۵
اوتیت مدیا	۵۰	تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه یا بیشتر، در مقابل ۳ ماه	۰/۵۰	۰/۳۶-۰/۷۰
عفونت گوش میانی تکرار شونده	۴۹	تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه یا بیشتر، در مقابل ۶-۴ ماه	۰/۵۱	۰/۲۸-۰/۹۴
عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	۷۰	تغذیه انحصاری با شیرمادر بیش از ۶ ماه در مقابل کمتر از ۶ ماه	۰/۳۰	۰/۱۸-۰/۷۴
عفونت دستگاه تنفسی تحتانی	۷۷	تغذیه انحصاری با شیرمادر ۶-۴ ماه در مقابل ۶ ماه یا بیشتر	۰/۲۳	۰/۰۷-۰/۷۹
آسم	۴۰	تغذیه انحصاری با شیرمادر ۳ ماه یا بیشتر، سابقه فامیلی مثبت آتوپیک	۰/۶۰	۰/۴۳-۰/۸۲
آسم	۲۷	تغذیه انحصاری با شیرمادر ۳ ماه یا بیشتر، سابقه فامیلی منفی آتوپیک	۰/۷۳	۰/۶۰-۰/۹۲
برونشیولیت RSV	۷۴	تغذیه انحصاری با شیرمادر بیش از ۴ ماه	۰/۲۶	۰/۰۷-۰/۹۰
انتروکولیت نکروزان	۷۷	تغذیه انحصاری با شیرانسان	۰/۲۳	۰/۵۱-۰/۹۴
درماتیت آتوپیک	۲۷	تغذیه انحصاری با شیرمادر بیش از ۳ ماه، سابقه فامیلی منفی	۰/۸۴	۰/۵۹-۱/۱۹
درماتیت آتوپیک	۴۲	تغذیه انحصاری با شیرمادر بیش از ۳ ماه، سابقه فامیلی منفی	۰/۵۸	۰/۴۱-۰/۹۲
گاستروانتریت	۶۴	مصرف هر مقدار شیرمادر	۰/۳۶	۰/۳۲-۰/۴۰
بیماری التهابی روده	۳۱	مصرف هر مقدار شیرمادر	۰/۶۱	۰/۵۱-۰/۹۴
چاقی	۲۴	مصرف هر مقدار شیرمادر	۰/۷۶	۰/۶۷-۰/۸۶
بیماری سلیاک	۵۲	تماس با گلوتن بیش از ۲ ماه در زمان تغذیه انحصاری	۰/۴۸	۰/۴۰-۰/۸۹
دیابت تیپ ۱	۳۰	تغذیه انحصاری با شیرمادر بیش از ۳ ماه	۰/۷۱	۰/۵۴-۰/۹۳
دیابت تیپ ۲	۴۰	مصرف هر مقدار شیرمادر	۰/۶۱	۰/۴۴-۰/۸۵
لوکمی (ALL)	۲۰	بیش از ۶ ماه	۰/۸۰	۰/۷۱-۰/۹۱
لوکمی (AML)	۱۵	بیش از ۶ ماه	۰/۸۵	۰/۷۳-۰/۹۸
سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار	۷۳	تغذیه انحصاری با شیرمادر	۰/۲۷	۰/۲۴-۰/۳۱

*درصد ریسک کمتر به کاهش خطر در موارد تغذیه با شیر مادر در مقایسه با تغذیه با شیر مصنوعی یا گروه‌های خاص ذکر شده اشاره دارد. ALL=acute lymphocytic leukemia; AML=acute myelogenous leukemia; CI=confidence interval; EBF=exclusive breastfeeding; hx=history; OR=odds ratio; RSV=respiratory syncytial virus.

برگرفته از:

American Academy of pediatrics section on Breastfeeding and the use of human milk pediatrics. 2012, 129 (3):e 41 - 827.

عفونت‌های گوارشی

شیرمادر اگر از عفونت‌های گوارشی جلوگیری نکند، با اثرات ویژه‌ای که در مقابل پاتوژن‌های روده‌ای مانند روتاویروس، زیا ردیا، شیگلا، کامپیلوباکتر، اشرشیاکولی انتروتوکسیژنیک دارد شدت آنها را کاهش می‌دهد. با در نظر گرفتن نقش مخدوش‌کننده‌های بالقوه، خطر ابتلا به گاستروانتریت‌های غیر اختصاصی در شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند در مقایسه با شیرخوارانی که تغذیه با شیرمادر نداشته‌اند، ۶۴ درصد کاهش داشته است.

بیماری‌های تنفسی

ویزینگ و بیماری‌های دستگاه تنفسی تحتانی در شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند به دفعات و طول مدت کمتری دیده می‌شوند. مرکز تحقیقات AHRQ گزارش کرده است خطر بستری شدن به علت بیماری‌های دستگاه تنفسی تحتانی در شیرخواران زیر یک سالی که به مدت ۴ ماه یا بیشتر تغذیه انحصاری با شیرمادر داشته‌اند، ۷۲ درصد کاهش داشته است. نتایج، پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده نیز تغییری نداشت. قبل از آغاز واکسیناسیون این بیماری‌ها، تغذیه با شیرمادر نقش عمده‌ای در پیشگیری از ابتلا به بسیاری از بیماری‌های ناشی از هموفیلوس انفلولانزای تیپ b و استرپتوکوک پنومونیه داشته است.

عفونت گوش میانی

نتایج تعداد زیادی از تحقیقات آینده‌نگر، آثار حفاظتی تغذیه با شیرمادر را بر روی عفونت‌های گوش میانی نشان داده است. مرکز تحقیقات AHRQ تخمین زده است، هر مقدار تغذیه با شیرمادر در مقایسه با تغذیه انحصاری با شیر مصنوعی خطر عفونت حاد گوش میانی را تا ۲۳ درصد کاهش می‌دهد. تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۳ تا ۶ ماه در مقایسه با تغذیه انحصاری با شیر مصنوعی، بروز عفونت گوش میانی را ۵۰ درصد کاهش می‌دهد. این نتایج بعد از کنترل عوامل مخدوش‌کننده‌ای همچون وضعیت اجتماعی اقتصادی، فاکتورهای هم‌نژادی (Sibling Factors) و مصرف سیگار توسط مادر نیز معنادار باقی مانده است.

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار

تغذیه با شیرمادر در برابر سندرم مرگ ناگهانی (SIDS) اثر حفاظتی دارد و این اثر با تغذیه انحصاری با شیرمادر قوی‌تر می‌شود. در تمام گروه‌های سنی مورد مطالعه، شیرخواران گروه کنترل در مقایسه با قربانیان SIDS مدت بیشتری با شیرمادر تغذیه شده بودند و اثر حفاظتی تغذیه با شیرمادر نسبی یا انحصاری، حتی بعد از کنترل فاکتورهای مخدوش‌کننده معنادار بوده و مستقل از وضعیت خواب بوده است. مطالعاتی که (OR (Odd's Ratio

آنها تطبیق داده شده بود در یک متآنالیز شامل شدند، OR برای کاهش SIDS در شیرمادرخواران، ۵۵/۰ / گزارش شد (۶۹/۰ - ۴۴/۰ CI: ۹۵٪). برای کاهش خطر بروز سندرم مرگ ناگهانی، توصیه به تغذیه با شیرمادر باید در کنار سایر آموزش‌های کاهش خطر این سندرم لحاظ گردد تا هم خطر مرگ ناگهانی کاهش یابد و هم تغذیه با شیرمادر به دلیل سایر فواید متعدد آن برای سلامتی مادر و شیرخوار ترویج شود.

تأثیر تغذیه با شیر مادر در پیشگیری از بیماری‌های مزمن دوران کودکی

دیابت

در شیرخوارانی که حداقل به مدت ۳ ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته و در نتیجه در معرض دریافت پروتئین شیر گاو نبوده‌اند، بروز دیابت قندی تیپ یک نزدیک به ۳۰ درصد کاهش داشته است. فرضیه و مکانیسم مورد قبول در بروز دیابت قندی تیپ یک این است که مواجهه شیرخوار با بتا لاکتوگلوبولین موجود در شیر گاو منجر به تحریک سیستم ایمنی و واکنش متقابل با سلول‌های بتا پانکراس می‌شود. تغذیه با شیر مادر، مکانیسم‌های موثر زیادی برای حفاظت در برابر دیابت نوع یک ارائه می‌کند که شامل حفاظت در برابر عفونت‌ها، تأثیر بر بلوغ بافت‌های لنفوئیدی روده و تنظیم پاسخ ایمنی به انسولین می‌باشد. در کودکان دیابتی وابسته به انسولین، در پاسخ به آلبومین سرم گاوی، افزایش غلظت پادتن‌های اختصاصی IgG که با پروتئین سطحی ویژه سلول‌های بتا واکنش متقابل دارند، دیده شده است.

علاوه بر این، در شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه شده‌اند، بروز دیابت قندی نوع ۲، ۳۹٫۲ درصد کاهش نشان داده است که احتمالاً به دلیل اثرات مثبت و درازمدت تغذیه با شیر مادر بر مکانیسم خود تنظیمی تغذیه و کنترل وزن می‌باشد.

چاقی

از آنجا که میزان چاقی در شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه شده‌اند بطور قابل توجهی پایین‌تر است کمپین‌های ملی پیشگیری از چاقی کار خود را با حمایت از تغذیه با شیر مادر آغاز می‌کنند. با اینکه عوامل پیچیده‌ای ممکن است مطالعات چاقی را مخدوش کنند، اما هر مقدار تغذیه با شیر مادر - در مقایسه با عدم تغذیه با شیر مادر - سبب کاهش مختصری در میزان چاقی دوران نوجوانی و بزرگسالی شده است. یافته‌های حاصل از مطالعات سیستمیک و متآنالیز، حتی پس از کنترل مخدوش‌کننده‌های بالقوه نیز کاهش قابل توجه در چاقی را نشان می‌دهند. در یک مطالعه خطر بروز اضافه وزن / چاقی در افرادی که با شیر مادر تغذیه شده‌اند در مقایسه با افرادی که تغذیه با شیر مادر نداشتند ۲۴ درصد کمتر (۱۴٪ - ۳۳٪ CI) (۹۵ confidence intervall) گزارش

شد. مطالعه دیگری این کاهش را ۷ درصد گزارش نمود (۱۲٪-۱٪ CI: ۹۵٪). مطالعه سومی با استفاده از روش رگرسیون متا نشان داد که طول مدت تغذیه با شیرمادر ارتباط معکوس با خطر بروز افزایش وزن دارد به نحوی که هر یک ماه تغذیه با شیرمادر خطر بروز افزایش وزن / چاقی را ۴ درصد کاهش می‌دهد.

اثر حفاظتی تغذیه با شیرمادر در برابر افزایش وزن و چاقی در شیرخوارانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر داشته‌اند، در مقایسه با آنهایی که با شیر مصنوعی و یا ترکیبی از شیرمادر و شیر مصنوعی تغذیه شده‌اند بیشتر می‌باشد. مادرانی که شیرخوارشان را به صورت ترکیبی با شیرمادر و شیر مصنوعی، و یا به صورت انحصاری با شیر مصنوعی تغذیه می‌کنند به نشانه‌های سیری و تغذیه در شیرخوارشان آشنا نبوده و کمتر به این نشانه‌ها توجه می‌کنند. سایر مکانیسم‌های فرضی برای این ارتباط این است که شیرخوار شیرمادرخوار، صرف نظر از مانورهایی که حجم شیر را افزایش می‌دهند، حجم شیر دریافتی خود را تنظیم می‌کند، و این برقراری زودهنگام خودتنظیمی بر وضعیت وزن‌گیری در بزرگسالی اثر می‌گذارد. اثبات این مسئله مشاهده شیرخوارانی است که با بطری شیر مصنوعی یا شیر دوشیده شده تغذیه شده بودند و تخلیه بطری در آنها افزایش داشته، خود تنظیمی در آنها ضعیف‌تر بوده و افزایش وزن شدید در اواخر شیرخوارگی (پس از ۶ ماهگی) داشته‌اند - در مقایسه با شیرخوارانی که از پستان مادر تغذیه شده‌اند.

علاوه بر آن، در شیرخوارانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند، شروع غذای جامد (کمکی) قبل از ۴ ماهگی، شانس بروز چاقی در ۳ سالگی را شش برابر افزایش می‌دهد. گرچه در شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه شده‌اند زمان شروع غذای کمکی با افزایش خطر چاقی ارتباط ندارد. در نتیجه، بین تغذیه با شیرمادر و کاهش خطر بروز افزایش وزن یا چاقی در نوجوانی و بزرگسالی ارتباط وجود دارد.

آسم و آلرژی

تغذیه انحصاری با شیرمادر به منظور کاهش بروز درماتیت آتوپیک، ویزینگ زودرس (قبل از ۴ سالگی) و آلرژی نسبت به شیر گاو در ۲ سال اول زندگی توصیه می‌شود. در شیرخوارانی که سابقه فامیلی مثبت بیماری‌های آتوپیک دارند، فواید تغذیه با شیرمادر ممکن است (تا ۴۰ درصد) بیشتر باشد. در مورد اثرات حفاظتی تغذیه با شیرمادر در برابر آلرژی، اطلاعات متفاوت و ضد و نقیضی وجود دارد زیرا احتمالاً در بعضی از تحقیقات و بررسی‌ها، آنتی‌ژن‌های بالقوه مزاحم بخصوص پروتئین‌های شیر گاو از رژیم غذایی مادر حذف نشده بودند. برای پیشگیری از بیماری‌های آلرژیک اغلب توصیه‌ها بر تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت حداقل ۴ تا ۶ ماه تاکید دارد.

بیماری‌های التهابی روده

تغذیه با شیر مادر با کاهش ۳۱ درصدی خطر بروز بیماری‌های التهابی روده در دوران کودکی همراه است. این اثر حفاظتی ممکن است نتیجه اثر تعدیل‌کننده شیر انسان بر سیستم ایمنی و استعداد ژنتیکی زمینه‌ای شیرخواران، یا به علت تغییر کلونیزاسیون روده شیرخواران شیرمصنوعی خوار باشد. خطر بروز بیماری سلیاک در شیرخواران شیر مادرخواری که در معرض گلوتن بوده‌اند ۵۲ درصد کاهش دارد.

لوکمی دوران کودکی

تغذیه با شیر مادر به مدت حداقل ۶ ماه، خطر بروز لوکمی لنفوسیتیک حاد دوران کودکی را ۱۹ درصد و لوکمی میلوزنوس حاد را ۱۵ درصد کاهش می‌دهد.

شیرخواران پره‌ترم

انتروکولیت نکروزان

مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی خلاصه شده در متآنالیز نشان می‌دهد تغذیه شیرخواران پره‌ترم با شیر انسان با کاهش قابل توجه (۵۸ درصد) بروز انتروکولیت نکروزان همراه است. انتروکولیت نکروزان در شیرخواران پره‌ترم که تغذیه انحصاری با شیر انسان داشته‌اند، در مقایسه با شیرخوارانی که همراه با شیر انسان، شیرخشک بر پایه شیرگاو دریافت کرده‌اند، ۷۷ درصد کاهش داشته است. تغذیه با شیر انسان، شیرخواران نارس را در مقابل عفونت‌های بیمارستانی و انتروکولیت نکروزان محافظت می‌کند که احتمالاً به دلیل فاکتورهای متعدد موجود در شیر انسان است، نظیر IgA ترشچی، استیل هیدرولاز، فاکتور رشد اپیدرمال و سیتوکین‌ها. در شیرخواران نارس، فواید تغذیه با شیر انسان نه تنها در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) مشاهده می‌شود، بلکه پس از ترخیص از NICU دفعات بستری مجدد در سال اول را نیز کاهش می‌دهد.

رفتار عصبی

وابستگی عاطفی مادر و شیرخوار در طول شیردهی افزایش می‌یابد. در شیرخواران نارس بهبود تکامل شناختی در درازمدت، با تغذیه با شیر انسان از جمله تغذیه با شیر پاستوریزه موجود در بانک شیر در زمان بستری در بیمارستان، رابطه دارد. مطالعات متآنالیزی که عوامل مخدوش‌کننده زیادی (همچون تحصیلات و هوش مادر) را در نظر گرفته‌اند، دلالت بر این دارند که تغذیه با شیر مادر، تأثیر مهم و برجسته‌ای بر عملکرد شناختی شیرخوار در زمانی فراتر از دوران شیردهی دارد. اخیراً دیده شده شیرخواران نارس با وزن خیلی پایین که در NICU مقادیر بیشتری از شیر انسان دریافت کرده‌اند، در پیگیری‌های بعدی در سنین ۱۸ و ۳۰ ماهگی،

در امتیازبندی وضعیت‌های ذهنی، حرکتی و رفتاری نمرات بالاتری داشتند. این اطلاعات همچنین نشان داد پس از کنترل عوامل مخدوش کننده مهم نظیر سن مادر، تحصیلات، وضعیت ازدواج، نژاد و موربیدیتی شیرخوار، کودکان تغذیه شده با شیرانسان پیشرفت قابل توجهی داشتند.

سایر فواید

گزارش شده است تغذیه با شیرمادر سبب تسکین درد در شیرخواران در طول انجام فرایندهای دردناک در آنها می‌شود. در شیرخواران نارس، تغذیه با شیرمادر ابتلا به رتینوپاتی نارس (ROP) را کاهش می‌دهد. قوه بینایی به ویژه در شیرخواران پره‌ترم با تغذیه با شیرمادر، در مقایسه با تغذیه با شیرمصنوعی، افزایش پیدا می‌کند. اسیدهای چرب غیراشباع با زنجیره بلند (LCPUFAs) فاکتور موثر در بهبود بینایی شیرخوارانی است که با شیرمادر تغذیه شده‌اند. همچنین مطالعات طولانی مدت روی شیرخواران نارس نشان داده تغذیه با شیرمادر سبب کاهش سندرم‌های متابولیک در آنها شده و در نوجوانی موجب فشارخون کمتر و غلظت کمتر لیپوپروتئین با تراکم پایین (LDL) خواهد شد.

فواید تغذیه با شیرمادر برای مادران

فواید فوری شیردهی برای سلامت مادر

خونریزی پس از زایمان

زنانی که شیر می‌دهند، انقباض‌های رحمی مشابه زنانی که به آنها اکسی‌توسین تزریق شده، دارند. در مادرانی که تغذیه با شیرمادر دارند، خونریزی پس از زایمان کاهش پیدا می‌کند و رحم سریع‌تر به حالت قبل باز می‌گردد. اکسی‌توسین که در زمان جریان یافتن شیر آزاد می‌شود، فعالیت رحم را افزایش داده و خونریزی مادر را کاهش می‌دهد. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت برای کاهش خونریزی بعد از زایمان در مناطقی که اکسی‌توسین به صورت آماده در دسترس نیست، تحریک نوک پستان و یا شیردهی را توصیه می‌کند.

وابستگی عاطفی (Bonding) و کاهش استرس

مزایای روحی روانی تغذیه با شیرمادر آشکار است زیرا شیردهی اوقاتی توأم با آرامش ایجاد نموده و وابستگی عاطفی را تقویت می‌کند. اطلاعات موجود انسانی بیانگر کاهش سطوح هورمون‌های استروئیدی در زنان شیرده است. به نظر می‌رسد پاسخ ضعیف به هورمون‌های استرس، مکانیسمی تطبیقی است برای روبه‌رو شدن با زمان‌های پر استرس پس از زایمان. اکسی‌توسین همچنین علاوه بر کاهش پاسخ اضطرابی، رابطه

عاطفی مادر و شیرخوار را تقویت نموده و در تضعیف فرآیند درک درد از طریق مسیر دوپامینرژیک نقش دارد.

افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان با سابقه‌ی تغذیه کوتاه مدت با شیر مادر و یا عدم تغذیه با شیر مادر همراه است. مطالعات کوهورت آینده‌نگر نشان داده است در مادرانی که تغذیه با شیر مادر نداشته‌اند و یا مادرانی که به دلیل شیردادن درد ناک، شیرخوارشان را زودتر از شیر گرفته‌اند، افسردگی پس از زایمان افزایش می‌یابد. این موضوع شفاف نیست که آیا مشکلات تغذیه با شیر مادر یک مادر ضعیف را مستعد افسردگی می‌کند یا مادران افسرده، به تغذیه با شیر مادر تمایل ندارند. برخی از محققین این فرضیه را رایج دانند که ممکن است یک مکانیسم نورواندوکرین (عصبی-هورمونی) مشترک، منجر به اختلال در شیردهی و اختلال خلقی حول حوش تولد می‌گردد.

کاهش وزن

کاهش وزن پس از زایمان ممکن است در زنانی که شیرخوار خود را شیر می‌دهند، تسهیل شود. گرچه با وجود به تعداد زیاد عوامل مخدوش کننده روی کاهش وزن (نظیر رژیم غذایی، فعالیت، BMI و قومیت)، تأثیر کلی تغذیه با شیر مادر بر برگشت مادر به وزن قبل از بارداری نامشخص می‌باشد.

فواید شیردهی برای مادر در دراز مدت

آمنوره / فاصله‌گذاری در تولد فرزندان

تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر، شروع مجدد سیکل‌های معمول تخمدان و بازگشت باروری را، در اکثر مادران شیرده، به تأخیر می‌اندازد. به دلیل چنین تأثیری که شیردهی بر پیشگیری از بارداری دارد، عموماً در افزایش فاصله‌گذاری در تولد فرزندان موثر است (فصل ۱۳). آمنوره، تقریباً در بیشتر زنانی که فرزند خود را فقط با شیر خود تغذیه می‌کنند به ویژه در ۶ ماه نخست پس از زایمان اتفاق می‌افتد. این امر، موجب پر شدن ذخایر آهن مادر و رفع آنمی می‌شود. داده‌های اپیدمیولوژیک جهانی نشان می‌دهد که تداوم مدت شیردهی به سال دوم، اما نه به صورت انحصاری پس از ۶ ماهگی، فاصله بین دو حاملگی را تا یک سال افزایش می‌دهد و در نتیجه تولد شیرخوار بعدی ۲۰ تا ۲۴ ماه بعد از شیرخوار قبلی روی می‌دهد. این فاصله طولانی‌تر، می‌تواند عاملی در کاهش مرگ شیرخواران باشد.

بیماری‌های قلبی عروقی

یک مطالعه طولی (Longitudinal study) در زمینه سلامت زنان که بر روی ۱۳۹۰۰۰ زن آمریکایی در دوره پس

از یائسگی انجام گرفت، بین مدت زمان تجمع تغذیه با شیرمادر و بروز بیماری‌های قلبی عروقی بزرگسالی ارتباط نشان داد. زنانی که سابقه ۱۲ تا ۲۳ ماه تغذیه با شیرمادر داشتند، کاهش قابل توجهی در سندرم متابولیک (افزایش فشار خون، هایپرلیپیدمی، بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت) نشان دادند.

سرطان

تغذیه شیرخوار با شیرمادر، خطر سرطان پستان و سرطان تخمدان را کاهش می‌دهد. تغذیه با شیرمادر، کل مدت شیردهی بیشتر از ۱۲ ماه با کاهش ۲۸ درصدی سرطان پستان (به ویژه در دوره قبل از یائسگی) و سرطان تخمدان همراه است. مطالعات اپیدمیولوژیک جهانی نشان می‌دهد هر یک سال تغذیه با شیرمادر، ۴/۳ درصد سرطان پستان را کاهش می‌دهد. خطر نسبی سرطان پستان پیش از یائسگی، در بین آن دسته از زنانی که در سن زیر ۲۰ سال حداقل ۶ ماه شیر داده‌اند به وضوح کاسته شده است. همچنین مشاهده شده است، زنان بالای ۲۰ سالی که ۳ تا ۶ ماه به فرزندان خود شیر داده‌اند در مقایسه با زنانی که شیر نداده‌اند، کم‌تر در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان قرار داشته‌اند. قطع تخمک‌گذاری ناشی از شیردهی، می‌تواند از زنان در برابر سرطان تخمدان محافظت کند زیرا سرطان تخمدان با افزایش دفعات تخمک‌گذاری افزایش می‌یابد.

دیابت تیپ ۲ مادری

در زنان شکم اول در آمریکا بدون سابقه دیابت بارداری، هر یک سال افزایش تغذیه با شیرمادر با کاهش خطر (۱۲-۴ درصد) بروز دیابت نوع ۲ همراه است. در زنان با سابقه دیابت بارداری، تغذیه با شیرمادر تأثیر قابل توجهی بر خطر افزایش ابتلا به دیابت برای مادر ندارد.

تأثیر روی تراکم استخوان

کاهش تراکم استخوان (تقریباً ۵ درصد) در طی دوره شیردهی دیده می‌شود و استخوان مجدداً در دوران از شیر گرفتن شیرخوار مینرالیزه می‌شود. تجویز کلسیم بیشتر از میزان دریافت طبیعی، از حذف مینرال‌های استخوان پیشگیری نمی‌کند. نیاز کلسیم در طول مدت شیردهی از طریق کاهش دفع آن در ادرار جبران می‌شود. تحقیقات اپیدمیولوژیک بر این نکته دلالت دارند که تغذیه با شیرمادر بر تغییرات طولانی مدت تراکم مینرال استخوان اثر نداشته و خطر استئوپروز در دوره پس از یائسگی را افزایش نمی‌دهد. در حال حاضر ارتباط بین طول مدت شیردهی و خطر شکستگی ناشی از اوستئوپورز فعلاً نامشخص می‌باشد.

اثرات اقتصادی تغذیه با شیرمادر

منافع اقتصادی تغذیه با شیرمادر را می‌توان در ابعاد فردی، اجتماعی و ملی محاسبه کرد. مزیت شخصی

آن، ذخیره مبلغی معادل ۷۵۰ تا ۱۲۰۰ دلار در سال ناشی از نخریدن شیر مصنوعی است. تحقیقات انجام شده توسط سازمان‌های مدیریتی مراقبتی نشان می‌دهند که تغذیه با شیر مادر برای مدت ۳ ماه، به صورت آشکاری هزینه‌های مستقیم مراقبت‌های پزشکی (هزینه دارو و ویزیت پزشک) را در مقایسه با عدم تغذیه با شیر مادر کاهش می‌دهد. براساس چشم‌انداز هزینه‌ی کلی بیماری‌ها در سال ۲۰۰۱، تخمین زده شد افزایش میزان تغذیه با شیر مادر در اهداف برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰» (۷۵ درصد شروع تغذیه با شیر مادر، ۵۰ درصد تغذیه تا ۶ ماهگی) با تأثیر بر سه بیماری، منجر به صرفه‌جویی به مبلغ ۳/۶ بیلیون دلار گردیده است. مرکز AHRQ در گزارش اخیر خود در سال ۲۰۰۷ در زمینه تجزیه و تحلیل جزئیات هزینه صرف شده برای کودکان نشان داده است اگر ۹۰ درصد مادران آمریکایی به مدت ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشند، هزینه‌ی ای معادل ۱۳ بیلیون دلار در سال صرفه‌جویی خواهد بود. ضمناً این صرفه‌جویی‌های تخمین زده شده، موارد غیبت از محیط کار یا مرگ بزرگسالان به دلیل بیماری‌های اکتسابی در کودکی نظیر آسم، دیابت نوع ۱ یا شرایط وابسته به چاقی را شامل نمی‌شود.

به علاوه، در سال ۱۹۹۷ در ایالات متحده، با اجرای برنامه مکمل غذایی برای زنان، شیرخواران و کودکانی که به مدت ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند مبلغی بیش از ۹۵۰ میلیون دلار - در مقایسه با عدم تغذیه با شیر مادر به مدت ۶ ماه - صرفه‌جویی شد. این ذخیره منابع مالی، هم از محل کاهش هزینه خانوار برای خرید شیر مصنوعی و هم از کاهش مخارج مراقبت‌های بهداشتی حاصل گردید.

اداره سلامت مادر و کودک وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا با حمایت دفتر سلامت زنان، برنامه‌ای تحت عنوان «The Business Case for Breastfeeding» تهیه کرده که در آن جزییات فواید اقتصادی تغذیه با شیر مادر برای کارفرمایان، و بسته‌های آموزشی برای ایجاد محیط‌های کار دوستدار مادر فراهم شده است. محیط کار دوستدار مادر، فواید اثبات شده‌ای برای کارفرمایان دارد از جمله: کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی شرکت، غیبت کمتر کارمند از محیط کار، کاهش تغییر و تعویض کارمندان، افزایش روحیه کار و بهره‌وری کارکنان. برای هر یک دلار سرمایه‌گذاری در ایجاد و حفظ محیط کار دوستدار مادر و برنامه حمایت از شیردهی (شامل یک مکان برای دوشیدن شیر، فراهم کردن محیط خصوصی همراه با تسهیلات شستن دست و یخچال برای نگهداری شیر و مرخصی ساعتی برای مادر)، ۲ تا ۳ دلار بازگشت سرمایه محاسبه شده است.

به طور خلاصه، تغذیه با شیر مادر باعث می‌شود که بار بیماری‌های حاد و مزمن دوران شیرخوارگی، بار بیماری‌های مادر، هزینه‌های سالانه مراقبت‌های بهداشتی، هزینه سلامت جامعه و زنان، شیرخواران و کودکان برای شیر مصنوعی، هزینه کارفرمایان و هزینه غیبت کارمندان (و کم شدن درآمد خانواده مرتبط با

غیبت از کار) کاهش یابد. همچنین بار وارده به محیط زیست ناشی از قوطی‌های شیر مصنوعی و بطری‌های شیر را کاهش داده و از انرژی لازم برای تولید و نیز حمل و نقل محصولات تغذیه مصنوعی می‌کاهد.

فصل سوم

ترکیبات شیر مادر

در هیچ مرحله‌ای از زندگی نیست که تنها یک ماده غذایی مانند شیر مادر بتواند به عنوان تنها منبع کافی غذا برای انسان عمل کند مگر در اوایل دوران شیرخوارگی. شیر مادر یک مایع پیچیده و پویا است که مواد مغذی و فاکتورهای زیست فعال (بیواکتیو) مورد نیاز برای سلامت و تکامل شیرخوار را دارد. در این فصل به شرح ترکیبات حفاظتی تغذیه‌ای و غیر تغذیه‌ای منحصر به فرد شیر مادر می‌پردازیم.

ترکیبات غذایی

ترکیبات تغذیه‌ای شیر انسان، دائماً در حال تغییر است به طوری که ممکن است در طول مدت شیردهی، در طول یک روز، در یک وعده تغذیه و از زنی به زن دیگر تغییر نماید. ترکیبات متنوع در شیر انسان، مواد مغذی ویژه‌ای را فراهم می‌کند که با نیازهای در حال تغییر شیرخوار تطابق داشته و همچنین مجموعه‌ای از طعم‌ها و مزه‌ها در آن وجود دارد که قوای حسی شیرخوار را تحریک می‌کند. درک این مسئله که شیر انسان ویژگی‌های منحصر به فردی برای فرزندان وی دارد، از اهمیت خاصی برخوردار است. بسیاری از ترکیبات شیر انسان، وظایف دوگانه‌ای بر عهده دارند، بدین معنا که یک ترکیب به تنهایی ممکن است باعث بهبود تغذیه و سیستم دفاعی میزبان و یا بهبود تغذیه و تکامل سیستم عصبی او شود.

«کلستروم» شیر تولید شده در چند روز اول پس از زایمان است که به علت غلظت زیاد پروتئین و پادتن موجود در آن، نسبتاً غلیظ تر است. عبور از این مرحله به مرحله شیر رسیده، در حوالی روزهای سوم تا پنجم پس از زایمان با شروع مرحله لاکتوژنز II آغاز می‌شود و شیر رسیده حوالی روز دهم پس از زایمان ظاهر می‌شود. در جدول ۱-۳ میزان مواد تشکیل دهنده شیر رسیده مادر ذکر شده است.

جدول ۱-۳ - مقدار مواد تشکیل دهنده شیر انسان

شیر رسیده (در هفته دوم شیردهی)	ترکیبات (در لیتر)
۶۵۰-۷۰۰	انرژی (کیلوکالری)
درشت مغذی‌ها (macronutrients)	
۶۷-۷۰	لاکتوز (گرم)
۱۲-۱۴	اولیگوساکاریدها (گرم)
۱/۹	نیترژن کل (گرم)

۲۳	نیترژن غیر پروتئینی (درصد از نیترژن کل)
۷۷	نیترژن پروتئینی (درصد از نیترژن کل)
۹	پروتئین کل (گرم)
۳۵	چربی کل (گرم)
۹۷-۹۸	تری گلیسیرید (درصد از چربی کل)
۰/۴-۰/۵	کلسترول (درصد از چربی کل)
۰/۶-۰/۸	فسفولیپیدها (درصد از چربی کل)
ویتامین های محلول در آب	
۱۰۰	اسید اسکوربیک (میلی گرم)
۲۰۰	تیامین (میکروگرم)
۴۰۰-۶۰۰	ریبوفلاوین (میکروگرم)
۱/۸-۶/۰	نیاسین (میلی گرم)
۰/۰۹-۰/۳۱	ویتامین ب ۶ (میلی گرم)
۸۰-۱۴۰	فولات (میکروگرم)
۰/۵-۱/۰	ویتامین ب ۱۲ (میکروگرم)
۲-۲/۵	اسید پانتوتنیک (میلی گرم)
۵-۹	بیوتین (میکروگرم)
ویتامین های محلول در چربی	
۰/۳-۰/۶	رتینول (میلی گرم)
۰/۲-۰/۶	کاروتنوئیدها (میلی گرم)
۲-۳	ویتامین K (میکروگرم)
۰/۳۳	ویتامین D (میکروگرم)
۳-۸	ویتامین E (میلی گرم)
۲۰۰-۲۵۰	کلسیم (میلی گرم)
۳۰-۳۵	منیزیم (میلی گرم)
۱۲۰-۱۴۰	فسفر (میلی گرم)
۱۲۰-۲۵۰	سدیم (میلی گرم)
۴۰۰-۵۵۰	پتاسیم (میلی گرم)
۴۰۰-۴۵۰	کلراید (میلی گرم)
عناصر کمیاب	
۰/۳-۰/۹	آهن (میلی گرم)
۱-۳	روی (میلی گرم)

۰/۲-۰/۴	مس (میلی گرم)
۳	منگنز (میکروگرم)
۷-۳۳	سلنیوم (میکروگرم)
۱۵۰	ید (میکروگرم)
۴-۱۵	فلوراید (میکروگرم)

برگرفته از:

Picciano MF. Representative values for constituents of human milk. *Pediatr Clin North Am.* 2001, 48:263264-, with permission from Elsevier.

نیتروژن

نیتروژن شیر مادر از ۸۰ درصد پروتئین و ۲۰ درصد ترکیب غیر پروتئینی تشکیل شده است. در چند هفته اول پس از زایمان، میزان کل نیتروژن شیر مادرانی که شیرخوار نارس دارند (شیر نارس) از شیر زنانی که شیرخوار ترم دارند (شیر رسیده) بیشتر است. در طی ۲ تا ۴ هفته پس از زایمان، میزان نیتروژن پروتئین شیر مادر کاسته می شود و پس از آن تا زمان از شیر گرفتن شیرخوار، نسبتاً ثابت می ماند. در طول دوره شیردهی، ترکیبات نیتروژنی غیر پروتئینی مانند اسیدهای آمینه آزاد، نوکلئوتیدها، کارنی تین، کراتی نین و اوره نسبتاً ثابت می ماند و در مقایسه با شیر گاو (۵ درصد) نسبت بیشتری از کل نیتروژن شیر (۲۰ درصد) را تشکیل می دهد.

پروتئین وی (Whey) و کازئین (Casein)

در کیفیت پروتئین بین شیر انسان و گاو تفاوت وجود دارد. در شیر انسان ۷۰ درصد وی و ۳۰ درصد کازئین وجود دارد در حالیکه در شیر گاو ۱۸ درصد وی و ۸۲ درصد کازئین موجود است. کازئین ها پروتئین هایی با قابلیت حلالیت پایین در محیط اسیدی هستند. پروتئین های وی محلول بوده و بعد از اسیدی شدن به صورت محلول باقی می ماند. به طور کلی، جزء وی در شیر آسان تر هضم می شود و با سرعت بیشتری از معده تخلیه می گردد.

الگوی اسید آمینه پلاسما در کودکانی که با شیر مادر تغذیه می شوند مدلی برای محلول های اسید آمینه خوراکی و تزریقی است. پروتئین وی، غلظت کمتری از فنیل آلانین، تیروزین و متیونین فراهم می کند که این ویژگی نیز برای شیرخوار انسان اختصاصی می باشد.

ترکیبات پروتئین شیر انسان در اعمال و بخش های متنوعی شرکت دارند از جمله نقش تغذیه ای (اسیدهای آمینه)، فاکتورهای حفاظتی سیستم دفاعی میزبان (ایمونوگلوبولین ها، لیزوزیم ها و لاکتوفرین)، فاکتورهای فعال آنزیمی (آمیلاز و نمک صفراوی- محرک لیپاز) و سایر فاکتورهای فعال بیولوژیکی (انسولین و فاکتور رشد

اپیدرمال (EGF). در مقایسه با شیر گاو در جزء وی شیر انسان، پروتئین‌های مختلفی وجود دارند. پروتئین اصلی وی در شیر انسان، آلفا لاکتالبومین است که کاملاً قابل تمایز از پروتئین اصلی وی در شیر گاو یعنی بتا لاکتوگلوبولین است. لاکتوفرین، لیزوزیم و ایمونوگلوبولین ترش‌حی (SIgA) پروتئین‌های اختصاصی موجود در جزء وی هستند که فقط در شیر انسان موجود بوده و در سیستم دفاعی بدن میزبان نقش دارند. از آنجا که این پروتئین‌ها در مقابل هضم پروتئولیتیک (Proteolytic) مقاوم هستند، با لایه‌ای که همانند آستر وی دستگاه گوارش می‌کشند، مانند خط مقدم دفاعی عمل می‌کنند.

کربوهیدرات‌ها

اصلی‌ترین کربوهیدرات در شیر انسان، دی ساکارید لاکتوز است که میزان و حجم آن همزمان با پیشرفت لاکتوژنز از مرحله کلاستروم تا شیر رسیده، افزایش می‌یابد. محتوای لاکتوز شیر رسیده، تقریباً ثابت می‌ماند. تنها بخش کوچکی از لاکتوز جذب نمی‌شود. این مقدار لاکتوز غیر قابل جذب، موجبات قوام نرم‌تر مدفوع، کاهش فلور باکتری‌های بیماری‌زای مدفوع و جذب بیشتر مواد معدنی را فراهم می‌کند. اولیگو ساکاریدها، پلیمرهای کربوهیدراته هستند که حدود ۵ تا ۱۰ درصد کل کربوهیدرات شیر انسان را تشکیل می‌دهند. بیشتر از ۱۰۰ نوع اولیگوساکارید مختلف در شیر انسان وجود دارد. اولیگوساکاریدها علاوه بر نقشی که در تغذیه دارند، نقش مهمی در سیستم دفاعی شیرخوار داشته و به عنوان پره بیوتیک (prebiotic) کلونیزاسیون باکتری‌های مفید روده‌ای را تحریک و کلونیزاسیون باکتری‌های بیماری‌زا را کاهش می‌دهند.

چربی‌ها

چربی‌ها بخش عمده تولید کننده انرژی شیر انسان را تشکیل داده و تقریباً ۵۰ درصد کالری شیر مربوط به این جزء است.

ترکیب چربی شیرمادر

ترکیب چربی شیر انسان، از یک گلوبول چربی شیرارگانیزه، یک نمک صفراوی محرک لیپاز و مقدار زیادی اسیدهای چرب ضروری [اسیدهای لینولئیک (C₁₈:₂ ω₆) و لینولنیک] (C₁₈:₃ ω₃) تشکیل شده است. اسیدهای چرب شیر مادر به صورت تری‌گلیسیرید هستند.

جذب چربی

محصول نهایی فعالیت لیپاز روی مولکول تری‌گلیسیرید در قسمت‌های ابتدایی روده کوچک، به صورت اسیدهای چرب آزاد و ۲ مونوگلیسیرید است. اسید پالمیتیک (Palmitic acid) اسید چرب غالب است که در

وضعیت دوگانه مولکول تری گلیسیرید استریفیه می شود. لذا پس از هیدرولیز، به مولکول گلیسرول دوگانه باند می شود و از تشکیل صابون که بر اثر واکنش با مواد معدنی ایجاد می گردد، جلوگیری می گردد. بنابراین این ارتباط ساختاری، شبکه جذب مواد معدنی و چربی شیرانسان را افزایش می دهد. جذب چربی و مواد معدنی شیرانسان به همین دلیل بالاتر است.

اسیدهای چرب

الگوی اسیدهای چرب شیرانسان از نظر ترکیب اسیدهای چرب اشباع نشده با زنجیره بلند منحصر به فرد است. اسید آراشیدونیک (C₂₀:₄ ω₆) و اسید دوکوزاهگزانوئیک (C₂₂:₆ ω₃) که به ترتیب مشتقاتی از اسیدهای چرب ضروری لینولئیک و لینولنیک هستند، فقط در شیرانسان یافت شده و در شیر گاو وجود ندارند. در شیرخواران کوچکتر اسیدها نه تنها برای تأمین انرژی جهت رشد، بلکه برای عملکرد بافت شبکیه و بافت عصبی نیز مهم و ضروری می باشند. اسید آراشیدونیک و دوکوزاهگزانوئیک اسید، اجزای تشکیل دهنده غشاهای فسفولیپیدی مغزو شبکیه بوده و بنابراین در بهبود عملکرد بینایی و پیامدهای عصبی تکاملی دخالت دارند.

تغییرپذیری محتوای چربی

در بین ترکیبات شیرانسان، محتوی کلی چربی بیشترین تنوع و تغییرپذیری را دارد. چربی شیرانسان در طول دوران شیردهی اندکی افزایش می یابد، میزان آن در طول روز در هر وعده تغییر می کند. همچنین در مدت یک وعده شیردهی (از شیر پیشین به شیر پسین) افزایش پیدا می کند و از مادری به مادر دیگر نیز میزان آن متفاوت است. در طول یک وعده شیردهی، میزان لیپید شیر مادر از شروع (شیر پیشین) تا خاتمه شیردهی (شیر پسین) ۲ تا ۳ برابر افزایش می یابد. شیرمادران چاق و دارای اضافه وزن، میزان چربی بیشتری دارد. وقتی شیرانسان مدتی در یک ظرف میماند چون هموژنیزه نیست چربی آن از اجزای دیگر شیر جدا می شود. این غیر هموژن بودن شیرانسان، در جمع آوری و ذخیره ی شیر کاربرد دارد (فصل ۱۱).

شیر پیشین زیاد؟

اگر مادر طول مدت شیردهی را محدود کند و قبل از اینکه یک پستان تخلیه شود، شیرخوار را به پستان دیگر بگذارد، شیرخوارش ممکن است به دفعات بیشتری شیر بخورد اما کالری کمتری دریافت خواهد کرد. افزایش وزن شیرخوار نیز ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرد، گرسنگی شیرخوار برطرف نشده و به علت وجود نسبت بیشتر لاکتوز (و چربی کمتر) در شیر دریافتی، مدفوع وی ممکن است حجیم و حباب دار شود. در چنین

مواردی شیرخوار دوست دارد زود به زود تغذیه شود و دفعات تغذیه افزایش پیدا می‌کند. این موضوع تولید شیر را تحریک نموده اما شیرخوار علی‌رغم دریافت حجم خوبی از شیر و انتقال شیر، گرسنه به نظر می‌رسد. طولانی کردن مدت شیردهی برای کسب اطمینان از تخلیه کافی پستان، اغلب این مشکل را برطرف می‌کند. به طور مشابه، در صورت تخلیه ناکامل پستان در زمان دوشیدن مکانیکی شیر، ممکن است چربی کافی از شیرپسین رافراهم نکند.

مواد معدنی و عناصر کمیاب

اگرچه میزان کلسیم و فسفر شیرانسان در طول دوره شیردهی تقریباً ثابت است، اما میزان آن‌ها نسبت به شیر گاو و شیر مصنوعی بطور قابل توجهی کم‌تر است. مینرال‌های درشت در شیرانسان در مقایسه با مواد معدنی موجود در شیر مصنوعی، زیست دسترسی بیشتری (قابلیت جذب آسان) دارند زیرا این ترکیبات به پروتئین‌های قابل هضم متصل شده، کمتر به اسیدهای چرب باند میشوند و در اشکال یونیزه و پیچیده وجود دارند که قابلیت جذب بیشتری دارند. با آن که دریافت مواد معدنی از طریق شیرانسان کم‌تر است، اما مواد معدنی موجود در استخوان شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند طبیعی تلقی شده و به عنوان معیاری برای مینرالیزاسیون استخوان در کودکان شیر مصنوعی خوار در نظر گرفته می‌شود.

غلظت آهن شیرانسان کم است، در حالی که غلظت روی در ابتدا چندین برابر بالاتر بوده و در طول دوره شیردهی به سرعت کم می‌شود. در ماه‌های اول زندگی، شیرخواران برای رفع نیازهای فیزیولوژیک به آهن ذخیره خود در بدو تولد وابسته هستند. تا حدود ۶ ماهگی، معمولاً ذخایر آهن مصرف می‌شود و برای حمایت از اریتروپوئیزیس (erythropoiesis) و پیشگیری از کمبود، لازم است آهن مورد نیاز از منابع دیگر تأمین شود. همچنین کاهش فیزیولوژیک غلظت روی در شیر مادر نیازمند استفاده از غذاهای کمکی بعد از ۶ ماهگی می‌باشد.

ویتامین‌ها

به طور کلی میزان ویتامین شیرانسان تحت تأثیر وضعیت تغذیه و دریافت ویتامین مادر می‌باشد.

ویتامین K

در شیرخواران کم سن که ویتامین k دریافت نکرده باشند، کمبود ویتامین k می‌تواند منجر به اختلالات انعقاد خون و بیماری‌های خونریزی دهنده شود. میزان ویتامین k در شیرانسان پایین است. بنابراین برای اطمینان از کفایت میزان ویتامین k، همه شیرخواران باید در زمان تولد یک دُز داخل عضلانی ویتامین k (۱-۱)

۰/۵ میلی گرم) دریافت کنند. گرچه، تک دز خوراکی ویتامین k برای پیشگیری از بیماری های خونریزی دهنده در نوزادان کافی نمی باشد (فصل ۸).

ویتامین D

از آنجا که میزان ویتامین D موجود در شیر مادر کم است منابع تغذیه ای طبیعی ویتامین D برای شیرخوار پایین می باشد. تماس و مواجهه کافی با نور خورشید برای سنتز جلدی ویتامین D نیز به راحتی حاصل نمی شود. علاوه بر این، تجویز خوراکی ویتامین D به مادران شیرده نیز نمی تواند مقدار ویتامین D کافی برای شیرخوار وی فراهم نماید، مگر در دوزهای بسیار بالا. بنابراین توصیه برای اطمینان از کفایت ویتامین D بازنگاری شده و همه شیرخواران از جمله شیرخواران دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر را نیز در برمی گیرد. کلیه شیرخواران باید روزانه IU ۴۰۰ ویتامین D بصورت خوراکی، همزمان با ترخیص از بیمارستان یا بلافاصله پس از تولد دریافت کنند (فصل ۸).

اجزای غیر تغذیه ای شیر انسان

پروتئین های زیست فعال (بیواکتیو)

عوامل خاص مانند لاکتوفرین، لیزوزیم و SIgA در جزء وی شیر انسان قرار دارند (جدول ۲-۳). لاکتوفرین یک پروتئین فعال است که در حالت عدم اتصال به آهن (آپولاکتوفرین)، فعالیت ضد میکروبی خود را نشان می دهد. لاکتوفرین با اتصال به آهن اضافی، از برداشت آهن به وسیله باکتری جلوگیری نموده و رشد باکتری های غیر بیماری زا را تقویت می کند. همچنین لاکتوفرین به همراه سایر پروتئین های دفاعی بدن میزبان، باکتری ها و ویروس ها را از بین می برد. لاکتوفرین به عنوان محرکی در رشد مخاط روده مشارکت دارد. لیزوزیم نیز با اتصال آمینواسیدها به دیواره سلول باکتری، بر علیه آنها عمل می کند.

ایمونوگلوبولین ترشحی (sIgA) IgA عمده ترین ایمونوگلوبولین در شیر انسان است و به وسیله بافت لنفوئیدی روده مادر در مقابله با آنتی ژن های خاص ساخته می شود و به سرعت به داخل شیر انتقال می یابد و برای خنثی نمودن آنتی ژن های خارجی وارد عمل می شود. بیشترین غلظت IgA در کلستروم است و در ۴ هفته اول پس از زایمان، کاهش می یابد. کمترین میزان آن نیز در ۶ ماهگی است و سپس به میزان کمی افزایش می یابد و بعد از آن در طول ۲ سال شیردهی، تقریباً به همان میزان ثابت می ماند. در شیر انسان، IgM، IgG، IgE و IgD نیز وجود دارد.

سیتوکین ها، پروتئین های چندکاره ای هستند که به وسیله سلول های ایمنی تولید می شوند و بر روی فعالیت

و تکامل سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارند. سیتوکین‌های پیش التهابی شامل اینترلوکین‌ها (ILs) هستند. IL-6، IL-8، IL-10 و IL-12، پیش التهابی بوده و فعالیت سلول‌های B را تحریک و نوتروفیل‌ها را به کار می‌گیرند. و سیتوکین‌های ضد التهابی شامل IL-10 و فاکتور رشد β -transforming growth factor می‌باشد. برخی اسیدهای آمینه آزاد خاص، دو نقش را در بدن شیرخواران ایفا می‌کنند. تورین رشد روده را سبب گردیده و گلوتامین به منزله سوخت برای انتروسیست عمل می‌کند و بر سیستم ایمنی روده تأثیر می‌گذارد.

چربی‌ها و کربوهیدرات‌های زیست فعال (بیواکتیو)

محصول هیدرولیز چربی‌ها یعنی اسیدهای چرب آزاد و مونوگلیسیریدها، از طریق جلوگیری از اتصال باکتری‌های بیماری‌زا، در برابر طیفی از پاتوژن‌ها و در نتیجه، در برابر بروز عفونت از خود فعالیت ضد میکروبی نشان می‌دهند (جدول ۲-۳). اولیگوساکاریدها و گلیکوپروتئین‌ها، شبیه به گیرنده‌های اپی‌تلیوم باکتری‌ها در دستگاه تنفسی و دستگاه گوارش عمل می‌کنند و با این روش، از چسبیدن عوامل پاتوژنیک به پوشش اپی‌تلیوم سطوح مخاطی جلوگیری می‌کنند. باکتری غالبی که در دستگاه گوارش شیرخواران شیرمادر خوار یافت می‌شود، لاکتوباسیلوس بیفیدوس است. یک نوع کربوهیدرات محتوی نیتروژن در شیرانسان (فاکتور بیفیدوس) وجود دارد که در شیر سایر پستانداران یافت نمی‌شود و از رشد لاکتوباسیل غیر بیماری‌زا حمایت می‌کند. نتیجه این عمل مهار رشد باکتری‌های بیماری‌زا است.

جدول ۲-۳- فاکتورهای زیست فعال (بیواکتیو) در شیر انسان

عملکرد ضد عفونت بر علیه آنتی ژن خاص	ایمنوگلوبولین ترشحي A (SIgA)
دارای خاصیت تقویت سیستم ایمنی (Immunomodulation)، ترکیب شدن با آهن، ضد چسبندگی، محرک رشد روده‌ای	لاکتوفرین
تخریب باکتری، رساندن پاسخ ایمنی به حد مطلوب	لیزوزیم
دارای اثر ضد چسبندگی برای فلور باکتریایی، بهبود رشد	k-کارئین
پره بیوتیک، محرک کلونیزاسیون باکتری‌های مفید و مهارکننده اتصال باکتری‌های پاتوژن	الیگوساکاریدها
تنظیم عملکرد محافظتی مخاط روده	سیتوکین‌ها
خاصیت پیش التهابی	اینترلوکین‌ها (IL-6, IL-8)
خاصیت پیش التهابی	اینترفرون (IFN)
محرک فعال سازی سیستم دفاعی التهابی	فاکتور نکروز کننده تومور (TNF)
فاکتورهای رشد	
محافظت از لوله گوارش، ترمیم روده	فاکتور رشد اپیدرمی (EGF)
بهبود رشد سلول‌های اپی تلیال، مهار عمل لنفوسیت‌ها	فاکتور تبدیل به رشد (TGF)
رشد سلول‌ها و بافت‌های عصبی، کبدی و روده‌ای	فاکتور رشد عصبی (NGF)
	فاکتور رشد شبه انسولین (IGF)
	فاکتور محرک کلونی گرانولوسیت (G-CSF)
بهبود ساخت عروق و ترمیم بافتی	فاکتور رشد اندوتلیوم عروقی (VEGF)
آنزیم‌ها	
تولید اسیدهای چرب آزاد، فعالیت آنتی باکتریال	لیپاز محرک نمک صفراوی (BSSL)
مهار فعالیت فاکتور فعال کننده پلاکت	استیل هیدرولاز-فاکتور فعال کننده پلاکت
پیشگیری از پراکسیداسیون چربی، ضد التهاب	گلوکاتایون پراکسیداز
افزایش بلوغ سلول‌های T، پاسخ پادتن، فلور باکتریایی	نوکلئوتیدها
آنتی اکسیدان (جستجوی رادیکال‌های اکسیژن)	ویتامین‌های C, E, A
آمینو اسیدها	
رساندن سوخت به سلول‌های روده‌ای، پاسخ ایمنی	گلوتامین
خواص ضد عفونت، رساندن پاسخ ایمنی به حد مطلوب	هورمون‌ها
تنظیم دریافت غذا و سوخت و ساز انرژی	لپتین
کاهش سیتوکین‌های پیش التهابی، بهبود حساسیت به انسولین، افزایش سوخت و ساز اسیدهای چرب	ادیپونکتین
محرک تولید گلبول‌های قرمز خون	اریتروپویتین (EPO)

برگرفته از:

Hamosh M. Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48:6986-., with permission from Elsevier.

عناصر سلولی

شیرانسان، حاوی سلول‌های زنده‌ای همچون ماکروفاژها، لنفوسیت‌ها، نوتروفیل‌ها و سلول‌های اپی‌تلیومی است. کلاستروم حاوی بیشترین سلول است که بیشتر آن را نوتروفیل‌ها تشکیل می‌دهند. با رسیده شدن شیر، تعداد سلول‌های آن کاهش می‌یابد و نوع سلول‌ها به سلول‌های مونونوکلئوثر (تک هسته‌ای) مانند ماکروفاژها (۹۰ درصد) و لنفوسیت‌ها (۱۰ درصد) تغییر می‌یابد. نوتروفیل‌های موجود در کلاستروم، کشتن باکتری‌ها، فاگوسیتوز و کموتاکسی را بهبود می‌بخشند. برخی از محققان، نوتروفیل را به عنوان محافظ غده پستان در مقابله با التهاب می‌دانند. ماکروفاژ در شیرانسان، در عمل فاگوسیتوز، ترشح لیزوزیم، کشتن باکتری‌ها و کمک به لنفوسیت‌ها برای دفاع از میزبان نقش دارند.

نوکلئوتیدها

پیش‌سازهای ضروری (مستقیم) سنتز DNA و RNA هستند. گزارش شده است که نوکلئوتیدهای موجود در رژیم غذایی، در فعالیت‌های دفاعی، جذب آهن، فلور روده‌ای، سوخت و ساز لیپوپروتئین و رشد سلولی بافت‌های روده‌ای و کبدی مؤثرند.

هورمون‌ها و فاکتورهای رشد

بسیاری از هورمون‌ها (از قبیل کورتیزول، سوماتومدین C، فاکتورهای رشد شبه انسولین، انسولین و هورمون تیروئید)، فاکتورهای رشد (مانند EGF، فاکتور رشد عصبی) و واسطه‌های معدی-روده‌ای (مثل نوروتنسنین و موتیلین) در شیرانسان موجودند که در اعمال معدی روده‌ای و یا ترکیبات بدنی مؤثر می‌باشند (جدول ۲-۳). مثلاً EGF، یک پلی‌پپتید محرک سنتز DNA، سنتز پروتئین و تکثیر و رسیده شدن سلول‌های روده‌ای است. EGF، از هضم پروتئولیتیک جلوگیری می‌کند و یکی از وظایفش، حفاظت از لوله گوارش و ترمیم صدمات مخاط روده است. فاکتورهای رشد عصبی (NGF) در تکوین اعصاب دستگاه روده‌ای، از طریق بهبود رشد و بلوغ عصب ایفای نقش می‌کنند.

لپتین و آدیپونکتین هورمون‌هایی هستند که در پستان تولید شده و در شیرانسان یافت می‌شوند. این مواد به ترتیب نقش مهمی در تنظیم دریافت غذا و سوخت و ساز انرژی، حساسیت به انسولین و سوخت و ساز اسیدهای چرب ایفا می‌کنند. میزان لپتین و آدیپونکتین در شیرانسان بسته به چاقی مادر، نژاد و طول مدت شیردهی متفاوت است. تأثیر فنوتیپ مادر بر این مواد و سایر ترکیبات زیست فعال در شیرانسان و اثرات آنها بر رشد شیرخوار، زمینه‌هایی برای تحقیقات فراوان هستند.

سیستم‌های ایمنی روده‌ای-پستانی و برونشی-پستانی

(Enteromammary and Bronchomammary Immune System)

هنگامی که مادر، چه از طریق سیستم روده‌ای و چه از سیستم تنفسی، در معرض حملات آنتی‌ژن‌های خارجی قرار می‌گیرد سیستم‌های ایمنی روده‌ای-پستانی و برونشی-پستانی وی شروع به تولید پادتن SIgA می‌کند. پلاسماسل‌ها، سیستم لنفاتیکی را طی می‌کنند و در سطوح مخاطی از جمله پستان ترشح می‌شوند. بنابراین مصرف شیر انسان، سبب کسب ایمنی پاسیو توسط آنتی‌بادی SIgA در شیرخوار بر علیه آنتی‌ژن‌های مختلف می‌گردد. این پاسخ نسبتاً سریع و در عرض ۳ تا ۴ روز بعد از تماس مادر با آنتی‌ژن خارجی رخ می‌دهد و پادتن‌ها در شیر ظاهر می‌شوند. تماس بسیار نزدیک مادر و شیرخوار در زمان شیردهی، چنین سیستمی را فعال می‌نماید. اجرای پروتکل‌های تماس پوست به پوست برای شیرخواران نارس بستری در بیمارستان، این نزدیکی و تماس بیولوژیکی را تسهیل می‌کند.

تغییرات ایجاد شده در برخی از ترکیبات ایمنی بخش شیر مادر در پاسخ به عفونت در شیرخواران شیرمادرخوار اندازه‌گیری شده است. در شیرخواران شیرمادرخوار در طول عفونت فعال، میزان ماکروفاژها و فاکتور tumor necrosis factor- α در شیرمادر افزایش داشته است که نشان دهنده یک واکنش پویا و دینامیک بین وضعیت سلامت شیرخوار و مواد دفاعی ایمنولوژیک موجود در شیرمادر می‌باشد.

فصل چهارم

آناتومی پستان و فیزیولوژی شیردهی

از خصوصیات بارز و مشخص پستانداران تولید شیر است، مایعی که ترکیباتش نیازهای شیرخوار را به طور کامل برآورده می‌کند. در پستان انسان، شیر در واحدهای تمایز یافته آلوئولی به نام لوبول تولید و ذخیره می‌شود. این لوبول‌ها حاوی مجاری کوچکی هستند که به یکدیگر متصل شده و تشکیل مجاری اصلی را می‌دهند که ترشحات بخش‌های غده پستان را تخلیه نموده و مستقیماً به نوک پستان باز می‌شوند. مقدار شیر تولید شده به وسیله پرولاکتین و عوامل موضعی تنظیم می‌شود. برداشت شیر از پستان توسط فرایندی به نام جهش شیر تنظیم می‌شود که خود بوسیله یک رفلکس نورواندوکرین ایجاد می‌شود. تحریکات وارده سبب ترشح اکسی‌توسین از غده هیپوفیز خلفی به داخل جریان خون و از آنجا به سلول‌های میوایی تلیالی که اطراف آلوئول‌ها و مجاری شیری را احاطه کرده‌اند، می‌رسد. انقباض این سلول‌ها سبب «جهش شیر» می‌شود.

آناتومی پستان

پستان شامل یک پارانشیم آلوئولی لوله‌ای است که در استرومایی از بافت هم‌بند و چربی قرار دارد. در پستان یک زن بالغ غیر باردار و غیر شیرده، ۶ تا ۱۰ شاخه از مجاری، نمای درخت‌مانندی را تشکیل می‌دهند که از نوک پستان به لبه‌های بالشتک چربی مخصوصی در دیواره قدامی قفسه سینه کشیده می‌شوند. لوبول‌هایی با اشکال متنوع از این مجاری منشعب می‌شوند. این لوبول‌ها ساختمان‌های آسینی شکلی را تشکیل می‌دهند که در نهایت به عضو مترشح شیر تبدیل می‌شوند. واحد ترشح‌کننده شیر یک لایه منفرد از سلول‌های اپی‌تلیال است که توسط بافت‌های اطراف حمایت می‌شوند. این بافت حمایتی شامل سلول‌های میوایی تلیال، سلول‌های منقبض‌شونده مسئول جهش شیر و یک استرومای بافت هم‌بند است که حاوی تعداد زیادی سلول‌های چوبی و جریان خون فراوان می‌باشد.

مراحل رشد و تکامل پستان

پستان یا غده شیری، مانند دیگر اعضای باروری، تا زمان بلوغ جنسی به طور کامل رشد نمی‌کند. رشد و تکامل غده پستانی طی ۵ مرحله اصلی صورت می‌گیرد. مرحله جنینی، تکامل حین بلوغ، تکامل در دوران حاملگی، دوران شیردهی و مرحله پسرقت.

مرحله جنینی

از هفته ۱۸ تا ۱۹ جنینی شروع می‌شود. در این زمان یک جوانه پستانی پیازی شکل از اپیدرم به سمت مزانشیم متراکم زیر اپیدرم رشد می‌کند. همزمان مزانشیم شل به سمت زیر درم گسترش می‌یابد تا پیش سازهای بالشتک‌های چربی را تشکیل دهد. همچنین مجاری طویل می‌شوند تا جوانه پستانی را بسازند. سپس به پیش سازهای بالشتک چربی هجوم برده، شاخه شاخه شده و سپس کانالیزه می‌شود تا مجاری اولیه پستانی را تشکیل دهند که در هنگام تولد، در بافت همبند زیر نوک پستان قرار دارد. ممکن است مقداری ترشح شیر در هنگام تولد رخ دهد که تحت تأثیر تغییرات هورمونی مادر است. پس از تولد، غده پستانی به صورت مجموعه‌ای از مجاری کوچک شاخه شاخه می‌باشد که به موازات رشد کودک رشد می‌کنند. سپس پستان تا زمان بلوغ غیر فعال باقی می‌ماند.

تکامل پستان در دوران بلوغ

ماموئنز در دوران بلوغ

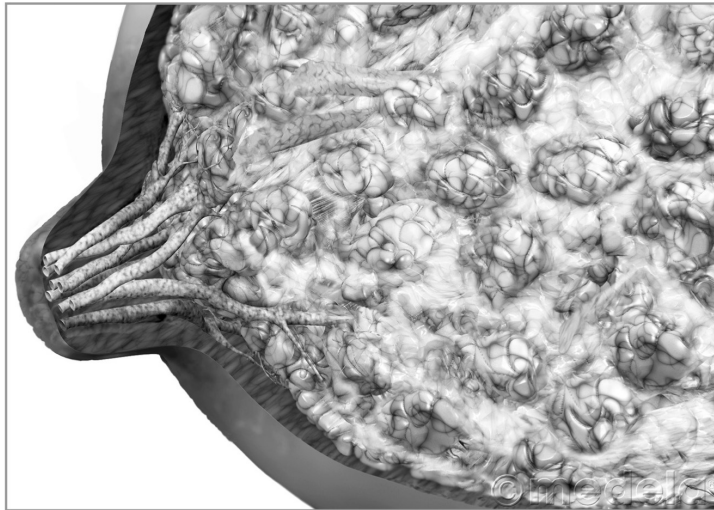
تلاک (Thelarche)، که شروع بلوغ را نشان می‌دهد؛ به دوره‌ای اطلاق می‌شود که تکامل پستان‌ها رخ می‌دهد. مراحل اولیه تغییرات شامل افزایش اندازه و پررنگ شدن هاله پستان و رشد توده بافتی زیر هاله پستان (جوانه پستانی) می‌باشد. تلاک به طور معمول از ۹/۶ سالگی شروع می‌شود، اما ممکن است به طور زودرس در ۸ سالگی نیز آغاز شود که عوامل نژادی و محیطی در این زمینه مؤثرند. رشد طبیعی پستان ۳ الی ۳/۵ سال طول می‌کشد. تلارش به طور معمول ۲/۵ الی ۳ سال قبل از شروع اولین قاعدگی (منارک) (menarche) اتفاق می‌افتد.

در زمان بلوغ هورمون استروژن و هورمون مترشحه از هیپوفیز که احتمالاً هورمون رشد می‌باشد، سبب رشد مجاری شیر در توده چربی پستان می‌شوند. در اوایل بلوغ مجاری ساده در درون چربی حرکت می‌کنند. با آغاز قاعدگی و دوره‌های تخمک‌گذاری، پروژسترون مترشحه از تخمدان در طول مرحله لوتئال تا حدی سبب رشد آلوئولی-توبولی می‌شود. خوشه‌های آلوئولی، ساختارهای دینامیکی هستند که در طی هر مرحله لوتئال رشد نموده و تکامل می‌یابند. اما با آغاز قاعدگی و فقدان حمایت هورمونی تمایل به سرفست دارند. هر چند در دوره‌های متوالی، افزایش تدریجی در بافت اپی تلیال رخ می‌دهد.

غده پستان بالغ

در پستان بالغ هر ۶ تا ۱۰ لوب دارای یک منفذ مجزا (گالاکتوفور) در نوک پستان می‌باشند. هر آسینوس پستانی

از مجاری کوچک پوشیده شده از سلول‌های اپی‌تلیالی تشکیل شده که آلوئول‌های دایره‌ای شکل را می‌سازد. سلول‌های میو‌اپی‌تلیال اطراف سلول‌های مکعبی آلوئول‌ها، تحت تأثیر اکسی‌توسین منقبض شده و منجر به جهش شیر می‌شوند. آلوئول‌های چندگانه به لوبول‌ها تبدیل شده و از طریق مجاری لاکتی فروس تشکیل لوب‌های پستانی جداگانه را می‌دهند. هر لوب از لحاظ ساختمانی از بقیه لوب‌ها جدا می‌باشد. این موضوع در هنگام معاینه پستان از جهت کشف ترشحات غیر طبیعی پستان از اهمیت برخوردار است. بررسی‌های سونوگرافیک نشان داده‌اند که تعداد مجاری پستان از آن چه که در گذشته تصور می‌شد، کمتر است (بطور متوسط ۹ مجرا در هر پستان) که متسع نمی‌شوند و تشکیل سینوس لاکتی فروس نداده بلکه مستقیم به گالاکتوفور نوک پستان باز می‌شوند (شکل ۱-۴). هاله پستان دارای تعداد زیادی غدد سبابه کوچک به نام مونتگومری است که معمولاً قبل از حاملگی و شیردهی قابل رؤیت نمی‌باشد. این غدد مایعی لغزنده و پاک‌کننده ترشح می‌کنند که رشد و تکثیر باکتری را متوقف می‌کند.



تصویر ۱-۴: نسبت بافت غده‌ای به بافت چربی در پستان زن شیرده ۲ به ۱ افزایش می‌یابد در مقایسه با نسبت ۱ به ۱ در زنان غیرشیرده. بیشتر بافت غده‌ای پستان، نزدیک نوک پستان تجمع دارد. شیراز طریق مجاری شیری به نوک پستان منتقل می‌شود. مجاری نزدیک نوک پستان نقشی در ذخیره شیر ندارند. منبع: medela AG ۲۰۰۶.

رشد و تکامل پستان در حاملگی

مرحله اول لاکتوژنز

در دوران حاملگی تغییرات واضحی در پستان اتفاق می‌افتد. این تغییرات از نظر ظاهری شامل دو برابر شدن

وزن پستان، افزایش جریان خون، رشد لوبولی و آلوئولی و افزایش فعالیت ترشحی می‌باشد. هورمون‌های ویژه این دوران موجب کامل شدن رشد آلوئول‌ها می‌شوند. به نظر می‌رسد علاوه بر افزایش سطح هورمون پروژسترون، یک هورمون شیرزا، یعنی پرولاکتین یا هورمون لاکتوژن جفتی انسان نیز برای تکمیل و نهایی شدن رشد و تمایز پستان، ضروری است. تا اواسط حاملگی، خوشه‌های لوبولی پستان به حداکثر رسیده و در واقع مقدار کمی مایع ترشح شده و لاکتوز در ادرار و خون پدیدار می‌شود. گاهی اوقات به این فرایند تکامل، مرحله (۱) لاکتوژن‌اطلاق می‌شود. بعضی از زنان در نیمه دوم بارداری متوجه نشت خفیف کلوستروم از پستان خود می‌شوند که پدیده‌ای طبیعی است. علاوه بر این مادران همزمان با بزرگ شدن پستان‌ها، متوجه وجود وریدهای سطحی در پستان، بزرگ و تیره رنگ تر شدن آرئول می‌شوند. همچنین دکمه‌های مونتهگومری نیز از هاله پستان به بیرون برجسته می‌شوند. پستان تا زمان زایمان، به رشد خود ادامه می‌دهد و فرآیند ترشحی به دلیل بالا بودن غلظت پروژسترون اتفاق نمی‌افتد.

مرحله دوم لاکتوژن

این مرحله، که با تبدیل مقادیر کم کلوستروم به مقادیر زیاد شیر مشخص می‌شود، از پس از زایمان و با کاهش ناگهانی میزان پروژسترون، برداشت شیراز پستان و تولید و تداوم میزان پرولاکتین در خون مادر اتفاق می‌افتد. افزایش قابل ملاحظه حجم شیر که در حدود ۴۰ ساعت پس از زایمان روی می‌دهد اغلب به صورت «به شیرآمدن» اطلاق می‌شود. در اکثر زنان تغییر در حجم پستان‌ها بین دومین تا پنجمین روز بعد از زایمان اتفاق می‌افتد که در نخست‌زها دیرتر از چندزها رخ می‌دهد. اگر چه حجم شیر در طی دوروز اول بعد از زایمان کم است ولی معمولاً مقدار آغوز موجود برای تأمین نیازهای شیرخوار ترم کافی می‌باشد. پس از زایمان اعم از این که مادر شیرخوارش را با شیر خود تغذیه کند یا نه، تولید شیر شروع می‌شود، بنابراین حتی مادرانی که شیرخوار خود را با پستان تغذیه نمی‌کنند روند پری پستان و نشت شیر را تجربه می‌نمایند. این روند با افزایش جریان خون پستان‌ها، افزایش حجم شیر، تغییر در ترکیب شیر مشخص می‌شود بطوریکه آغوز غلیظ و زردرنگ تبدیل به شیرکرم رنگ و مایع می‌شود. در این مرحله برخی از زنان پرخونی یا پری بیش از حد پستان را، به ویژه زمانی که نوزاد به طور مکرر تغذیه نمی‌شود، تجربه می‌کنند. در طول این مرحله و بعد از آن تداوم تولید شیر به برداشت منظم شیراز پستان بستگی خواهد داشت.

تاخیر در مرحله دوم لاکتوژن

این مرحله عموماً به صورت احساس مادر از لاکتوژن ۲ پس از گذشت ۷۲ ساعت بعد از زایمان تعریف می‌شود. شیوع لاکتوژن‌تأخیری مرحله ۲ در ایالات متحده بیشتر از کشورهای کمتر توسعه یافته است. مثلاً شیوع تأخیر

در لاکتوژنز مرحله ۲ در مادران نخست‌زا در کالیفرنیا ۴۴ درصد و در مادران نخست‌زا در پرو ۱۷ درصد بود. در مطالعه کالیفرنیا فاکتورهای خطر معنی دار و مستقل برای ایجاد لاکتوژنز مرحله ۲ تأخیری شامل شاخص توده بدنی اضافه وزن و چاق، سن بالای ۳۰ سال، وزن بدو تولد بیشتر از ۳۶۰۰ گرم در شیرخوار و عدم شیردهی مؤثر در ۲۴ ساعت اول بودند. در ایالت متحده لاکتوژنز مرحله ۲ تأخیری می‌تواند بدلیل تأخیر در شروع اولین شیردهی یا تفاوت در رژیم غذایی مادر مرتبط باشد. در مادران دارای شیرخوار نارس که شیردهی یا شیردوشی را در ساعت اول تولد شروع می‌کنند، لاکتوژنز مرحله ۲ زودتر آغاز می‌شود. مطالعه روی موش‌های دارای رژیم غذایی پرچرب نشان داد، تعداد واحدهای آلوئولی سالم که بطور طبیعی برای تولید شیر نیاز است، کاهش پیدا می‌کند. عوامل مرتبط با تحمل گلوکز مادری نیز اهمیت دارند؛ ۵۶ درصد موارد تفاوت در زمان لاکتوژنز مرحله ۲ با غلظت انسولین و آدیپونکتین قابل توضیح می‌باشد. بنظر می‌رسد دسترسی الوئول‌های پستان به انسولین، عامل محدود کننده در سنتز لاکتوز می‌باشد که خود جزء کلیدی در مرحله لاکتوژنز ۲ می‌باشد. در حالی که هورمون آدیپونکتین باعث افزایش حساسیت نسبت به انسولین می‌شود. تعداد غدد هاله پستان (دگمه‌های مونتگومری) نیز با سرعت لاکتوژنز مرحله ۲ مرتبط می‌باشد. مکانیزم احتمالی به این صورت است که افزایش تعداد غدد ترشحی در هاله پستان سبب می‌شود نوزاد مکیدن موثرتری داشته، در نتیجه تحریک بیشتری صورت گرفته و تولید شیر زودتر آغاز می‌شود. صرف نظر از علت، مطالعات اخیر نشان داده‌اند لاکتوژنز مرحله ۲ تأخیری یک عامل خطر مستقل برای قطع شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر در ماه اول می‌باشد. در اولین ویزیت پس از زایمان، کارکنان بهداشتی باید از مادر بپرسند آیا شیرمادر ظرف ۳ روز اول جریان یافته است و از این طریق مادرانی را که در معرض خطر قطع تغذیه با شیر مادر می‌باشند، شناسایی کنند.

تولید شیر

فرایند ترشح شیر (تولید شیر)، تا زمانی که برداشت شیر از پستان به طور منظم انجام می‌شود، ادامه می‌یابد. پرولاکتین جهت حفظ ترشح شیر و اکسی توسین برای جهش شیر لازم است. جهش شیر به شیرخوار اجازه می‌دهد که شیر را از پستان بمکد.

پسرفت (برگشت به حالت اولیه)

پسرفت زمانی رخ می‌دهد که برداشت منظم شیر از پستان کاهش می‌یابد (مانند از شیر گرفتن شیرخوار) یا

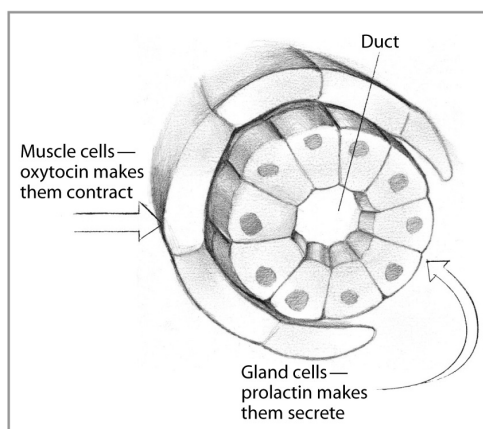
در بسیاری از گونه‌ها، نه تمام آن‌ها، زمانی است که پرولاکتین قطع می‌شود. این مرحله نیز همانند شروع شیردهی، دارای مراحل منظم و پشت سرهم است که پستان را به وضعیت قبل از بارداری برمی‌گرداند.

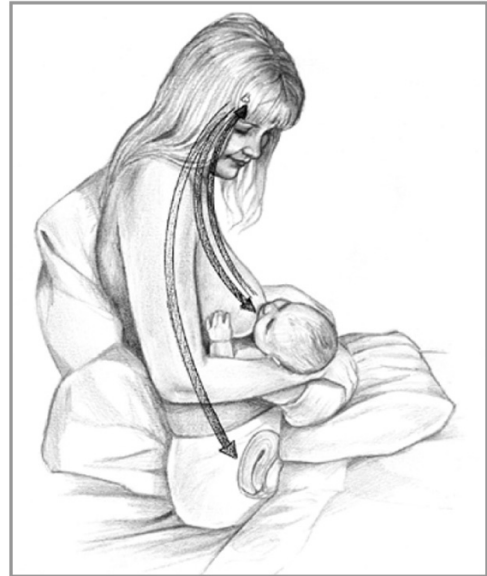
فیزیولوژی شیردهی

تنظیم تولید شیر، ترشح و جهش شیر

شیر به طور مداوم ساخته شده و درون فضای آلوئولی ترشح می‌شود و تا زمان برداشت شیراز پستان در آنجا ذخیره می‌شود. این بدان معنی است که تنظیم در ۲ سطح باید انجام گیرد: تنظیم سرعت ساخت و ترشح شیر، تنظیم جهش شیر. اگر چه هر دو فرایند در نهایت وابسته به مکیدن شیرخوار یا سایر تحریکات نوک پستان می‌باشند، ولی مکانیزم‌های مرکزی و موضعی دخیل، بسیار متفاوت هستند. وجود پرولاکتین برای ترشح شیر ضروری است و ترشح پرولاکتین ارتباط مستقیم با تحریک پستان از طریق مکیدن دارد و شدت مکیدن نیز با حداکثر مقدار پرولاکتین ارتباط دارد. سطح پرولاکتین پلازما ارتباط مستقیم با مقدار شیر تولید شده ندارد بلکه تولید شیر، تحت تاثیر فاکتور موضعی تولید شده در خود پستان (FIL) بوده و نیز بستگی به برداشت شیراز پستان دارد. اکسی توسین در نتیجه یک رفلکس عصبی هورمونی منجر به تحریک سلول‌های میوایپ لیال اطراف مجاری شیری و آلوئول‌ها می‌شود. (شکل ۲-۴ و ۳-۴). انقباض این سلول‌ها باعث می‌شود که شیر با فشار از آلوئول‌ها به طرف نوک پستان حرکت کند (رفلکس جاری شدن شیر-letdown reflex). تنها تحت تاثیر این شرایط است که شیر جهت مکیدن شیرخوار در دسترس وی قرار می‌گیرد. اگر این رفلکس مهار شود، شیراز پستان قابل برداشت نبوده و مکانیسم‌های موضعی سبب مهار ترشح شیر می‌شوند. با برداشت نسبی شیر بصورت منظم، عوامل موضعی ترشح شیر را در یک وضعیت ثابت نگه می‌دارند. اما اگر برداشت شیر کاملاً متوقف شود، پسرخت رخ داده و پستان قابلیت خود برای ترشح شیر را از دست می‌دهد.

شکل ۲-۴- شیردهی سبب افزایش هورمون‌های اکسی توسین و پرولاکتین می‌شود.





شکل ۳-۴-ب قرار گرفتن دهان نوزاد روی نوک پستان مادر، سیگنال هایی برای رهاسازی اکسی توسین به مغز فرستاده می شود که سبب انقباض مجاری شیری و در نتیجه خروج شیر و انقباض رحم مادر می شود.

تولید شیر

تولید شیر در زنان شیرده بنا به درخواست شیرخوار تنظیم می شود. وقتی که کالری شیر کم تر است، تصور بر این است که افزایش مکیدن توسط شیرخوار سبب افزایش تخلیه پستان و در نتیجه افزایش ترشح شیر می شود. مادرانی که دارای شیرخواران دوقلو و یا حتی سه قلو هستند نیز قادر به تولید میزان کافی شیر و برآورده کردن نیازهای شیرخوارانشان می باشند. از سوی دیگر، اگر شیرخوار با شیر دیگری غیر از شیرمادر تغذیه شود، ترشح شیر به همان نسبت کم می شود. بنابراین مکیدن پستان توسط شیرخوار ۸ تا ۱۲ بار در روز یا وقتی که کودک علائم آمادگی تغذیه را نشان می دهد، اهمیت دارد.

ترشح پرولاکتین

ترشح پرولاکتین به طور دوره ای ۷ تا ۲۰ بار در روز با حداکثر اوج آن به مدت ۷۵ دقیقه اتفاق می افتد. در دوران بارداری سطح پرولاکتین سرم به طور یکنواخت افزایش می یابد و تقریباً از ۱۰ نانوگرم در میلی لیتر در وضعیت غیر بارداری به حدود ۲۰۰ نانوگرم در میلی لیتر در زمان زایمان ترم می رسد. پس از زایمان سطح پایه پرولاکتین کاهش یافته و در زمانی که شیر نمی دهند طی دو تا ۳ هفته پس از زایمان به سطح غیر بارداری می رسد. در زنان شیرده، مکیدن سبب افزایش سریع ترشح پرولاکتین می شود. اگر فعالیت اعصاب نوک پستان به هر دلیل مهار شود، افزایش پرولاکتین روی نمی دهد. اگر چه سطح پرولاکتین خون در دوران شیردهی به طور

مداوم بالاتراز مقادیر پایه است ولی این مقدار متناسب با حجم شیر نمی باشد. بنابراین گرچه پرولاکتین برای ترشح شیر ضروری است اما غلظت پرولاکتین پلاسما به طور مستقیم ساخت و ترشح شیر را تنظیم نمی کند.

تنظیم موضعی تولید شیر

دو مکانیسم موضعی در تنظیم حجم شیر تولید شده دخالت دارند. اول پروتئین مهارکننده ترشح شیر (به نام Feedback Inhibitor of Lactation) که به محض تجمع شیر در پستان ساخته می شود. بنابراین ترشح شیر، چنانچه پستان به طور مناسب و کافی تخلیه نشود، ممکن است کاهش یابد. انبساط یا کشش آلونول ها نیز می تواند ساخت و ترشح شیر را تنظیم نماید.

نقش اکسی توسین در جهش شیر

خروج شیر از پستان با انقباض سلول های میوایی تلیال و همزمان با مکیدن شیرخوار انجام می شود. این سلول ها شبکه سبدمانندی را در اطراف آلونول های محل ذخیره شیر ایجاد می کنند. وقتی شیرخوار پستان را می مکد ایمپالس های آوران ناشی از تحریک حسی انتهای اعصاب ناحیه آرئول، به سیستم عصبی مرکزی رسیده و اکسی توسین از هیپوفیز خلفی آزاد می شود. در زنان شیرده آزادسازی اکسی توسین به دنبال تحریکات بینایی، شنوایی، حتی اندیشیدن به شیرخوار صورت گرفته که بیانگر جزء مهم روانشناختی این رفلکس عصبی-هورمونی می باشد. اکسی توسین از طریق جریان خون به غده پستانی رسیده و در آغاز با تأثیر بر گیرنده های خاص موجود بر روی سلول های میوایی تلیال سبب انقباض آن ها و خروج شیر از آلونول ها به داخل مجاری می شود. فرایندی که منجر به خروج با فشار شیر از آلونول ها می شود جهش شیر یا جاری شدن شیر (milk ejection reflex or letdown) نامیده می شود. این پدیده برای برداشت شیر از پستان ضروری است. از نظر بالینی برداشت شخصی زنان از پدیده جاری شدن شیر تا حد زیادی متفاوت است. در چند روز اول پس از زایمان، انقباضات رحمی یا اصطلاحاً پس دردهایی که به دنبال مکیدن نوزاد ایجاد می شود نشان می دهد که اکسی توسین آزاد شده است که به بازگشت رحم به وضعیت اولیه قبل از بارداری کمک می کند. بعضی از مادران شیرده در زمان جهش شیر، نشت شیر از پستان و بعضی احساس خاصی در پستان دارند و بعضی نیز هیچ احساس فیزیکی را تجربه نمی کنند. اگر این احساس وجود داشته باشد، وضعیت عادی است و اگر وجود نداشته باشد هیچ نتیجه خاصی را بدون بررسی بیشتر در این زمینه نمی توان گرفت.

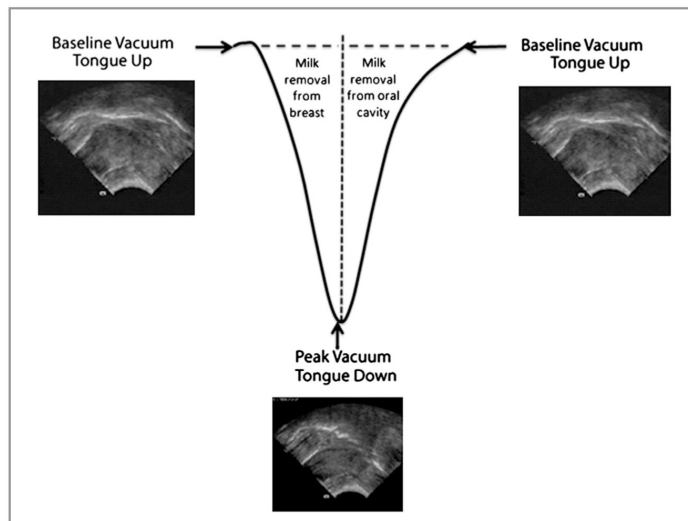
تأثیر مکیدن

هنگام مکیدن صحیح، نوک و قسمت زیادی از هاله پستان داخل دهان شیرخوار قرار می گیرد. برداشت شیر از

پستان از ترکیب ۲ عامل فشار مثبت ناشی از رفلکس جهش شیرمادر و فشار منفی (خلا) ایجاد شده به وسیله دهان شیرخوار انجام می‌شود. این فشار منفی از حرکت رو به پایین زبان شیرخوار در طی نیمه اول چرخه مکیدن حاصل می‌شود. چنین تصور می‌شود که فشار زبان در طی نیمه دوم چرخه مکیدن، باعث تخلیه شیر از حفره دهان می‌شود.

تأثیر حالات روحی- روانی و داروها

استرس‌های روانی، درد یا خستگی به دلیل مهار آزادسازی اکسی‌توسین سبب کاهش برون ده شیر می‌شود. در مادران آرام و بی‌دغدغه، ترشح اکسی‌توسین با شروع مکیدن آغاز می‌شود. ولی زمانی که شیرخوار گریه یا بی‌قراری می‌کند می‌تواند قبل از مکیدن اتفاق افتد. الکل و مواد مخدر آزادسازی اکسی‌توسین را مهار می‌کنند.



شکل ۴-۴: وضعیت قرارگیری زبان شیرخوار در چرخه مکیدن که بوسیله تصویربرداری سونوگرافیک مشخص شده است. قسمت میانی زبان در خط پایه در تماس با کام بوده و خلا اعمال می‌شود. در طی نیمه اول چرخه مکیدن، وقتی که زبان به سمت پایین می‌آید، خلا افزایش یافته و شیر به درون حفره دهان جاری می‌شود. در طی نیمه دوم چرخه مکیدن، وقتی که زبان به طرف بالا حرکت می‌کند خلا کاهش یافته و شیر از حفره دهان خارج می‌شود.

فصل پنجم

تغذیه با شیرمادر: مدیریت شیردهی قبل و پس از بارداری

ویزیت‌های سالیانه در مطب و سایر ویزیت‌های نوجوانان و زنان در سنین باروری و پیش از بارداری فرصتی برای بحث در مورد مزایای تغذیه با شیرمادر و اهمیت سیستم‌های حمایتی قوی را فراهم می‌کند. در ویزیت‌های دوره‌ای در مطب‌های پزشکی دوستدار شیرمادر، توجه به تغذیه با شیرمادر امری طبیعی بوده و فرصت‌های زیادی را برای بیماران فراهم می‌کند تا سوالات خود را بپرسند و دنبال منابع باشند. این امر شانس موفقیت در شیردهی را افزایش می‌دهد. به منظور بهینه‌سازی بیشتر تغذیه با شیرمادر، پرسنل بهداشتی درمانی می‌توانند تاریخچه فردی و خانوادگی بیمار را ارزیابی کرده، بستان را از نظر وجود هرگونه مشکل معاینه کنند و یا تغییراتی در شیوه زندگی و درمان بیمار پیشنهاد کنند. علاوه بر آن کشف سرطان پیش از بارداری یا شیردهی راحت‌تر است. بنابراین فرصت را نباید از دست داد.

اولین ملاقات

هنگامی که بیمار برای مراقبت‌های پره‌ناتال مراجعه می‌کند، ملاقات‌های اولیه و بعدی پره‌ناتال فرصت‌های مناسبی برای متخصصین زنان و مامایی جهت شناساندن و تشویق به شیردهی فراهم می‌آورد. اکثر زنان روش انتخابی تغذیه کودک خود را زود تعیین می‌کنند. در واقع در یک مطالعه نشان داده شد که ۷۸ درصد زنان روش تغذیه کودک خود را قبل از بارداری یا طی ۳ ماهه اول بارداری تعیین می‌کنند. مداخلات زودهنگام متخصصین زنان و مامایی تأثیر مثبتی بر آغاز و ادامه شیردهی می‌گذارد. مداخلات اولیه توسط پرسنل مامایی به مادر اعتماد به نفس کافی برای پیگیری و تداوم هدف خود در زمینه تغذیه با شیرمادر خواهد داد. ایده آل این است که پزشک و بیمار در مورد تغذیه با شیرمادر با هم گفتگو کرده به نحوی که مادر تا قبل از زایمان برای یک روش خوب تصمیم‌گیری کند. اگر در ویزیت‌های متعدد مزایا و فواید تغذیه با شیرمادر تقویت شود، احتمال شیردهی موفق بیشتر خواهد شد. در شرایط خاص در حاملگی یا وضعیت سلامت مادر که نگرانی در مورد موفقیت شیردهی ایجاد می‌شود، ارجاع به مشاور شیردهی اغلب باعث رفع مشکل یا کاهش نگرانی‌ها می‌شود. برای مثال اگر شک به وجود شکاف کام در جنین در دوران پره‌ناتال وجود داشته باشد برنامه‌هایی را برای یادگیری نحوه استفاده از پمپ، آموزش تکنیک‌های مناسب دوشیدن شیر و ارجاع برای تهیه پروتز که می‌تواند مکش خوبی برای مکیدن شیرخوار ایجاد کند، می‌توان شروع کرد. همچنین مادری که دارای دیابت بارداری است، می‌تواند یاد بگیرد برای جلوگیری از هیپوگلیسمی احتمالی پیش‌بینی شده در نوزاد، چگونه

بلافاصله پس از زایمان، همان مقدار کم آغوز را دوشیده و مورد استفاده قرار دهد.

تاریخچه

اگر خانمی برای ویزیت قبل از بارداری و یا دوران بارداری مراجعه می‌کند، باید اطلاعات کاملی از او جمع‌آوری شود که پایه و اساس مراقبت‌های آینده او را تشکیل می‌دهد و در کشف هرگونه مشکلی در ارتباط با شیردهی او در آینده، به ما کمک خواهد کرد. علاوه بر یک شرح حال مامایی، تاریخچه کامل پزشکی شامل فهرستی از بیماری‌های مزمن، داروها، رژیم غذایی و مکمل‌های غذایی، سیگار، مصرف الکل یا سوء مصرف مواد باید تهیه گردد. این اطلاعات را می‌توان در اولین ویزیت مامایی مورد بررسی مجدد قرار داد. جدول ۱-۵ فاکتورهای قابل شناسایی قبل از زایمان، یا حتی بارداری را که می‌توانند به طور بالقوه بر موفقیت شیردهی اثر بگذارند لیست کرده است.

تاریخچه پزشکی

وضعیت پزشکی

شرایط پزشکی که می‌توانند بر روی شیردهی اثر بگذارد شامل تاریخچه عفونت با ویروس نقص ایمنی (HIV) یا ضایعات هرپسی پستان باید مورد بررسی قرار گیرد.

داروها

داروهایی که در شیردهی مشکل ایجاد می‌کنند شناسایی شده و داروهای جایگزین آن تجویز گردند (فصل ۱۲ را مشاهده کنید). استفاده از مکمل‌ها و داروهای جایگزین باید ارزیابی شوند.

جراحی قبلی پستان

هر نوع جراحی قبلی روی پستان، بیماری‌های پستان یا ضربه، خصوصاً شرایطی که ناحیه آرنول را درگیر می‌کنند باید بررسی شوند زیرا بریدگی‌های اطراف آرنول ممکن است سبب قطع مجاری شیری و اعصاب شود. جراحی کوچک کردن پستان نسبت به سایر جراحی‌ها، به احتمال بیشتری سبب اختلال در تولید کافی شیر خواهد شد. (فصل ۱۶).

ارزیابی تغذیه‌ای

مصرف غذای کافی باید مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورت تشخیص مشکلات تغذیه‌ای، باید با مادر برای بهبود تغذیه مصاحبه و مشاوره نمود. بر اساس مصاحبه عادات غذایی مناسب مورد تشویق قرار گیرد. حتی پیش

از بارداری، بیمار باید مولتی ویتامین‌های پره‌ناتال (شامل فولیک اسید، آهن و ویتامین D) را دریافت کند. به منظور کاهش نگرانی مادر، باید به او تاکید کرد که رژیم‌های غذایی معمول بر ترکیب شیرمادر اثری ندارد.

تاریخچه اجتماعی

مصرف / سوء مصرف مواد و سایر عادات بالقوه مضر باید ارزیابی شود. قطع این مواد قبل از بارداری توصیه می‌شود و خدمات حمایتی مناسب باید فراهم گردد. به علاوه حمایت مناسب شیردهی نیز باید ارزیابی شود.

تاریخچه قبلی شیردهی

ثبت وضعیت شیردهی قبلی فرصت بسیار خوبی برای بررسی و طرح موضوع شیردهی مادر در آینده است و به بیمار کمک می‌کند تا موانع شیردهی را که قبلاً تجربه کرده و نگرانی‌های خود، خانواده و دوستانش در زمینه شیردهی را بیان کند.

جدول ۱-۵- ریسک فاکتورهای بروز مشکلات شیردهی که می‌توانند پیش از زایمان شناسایی شوند

وجود فاکتورهای اجتماعی یا تاریخچه آن

- تصمیم‌گیری زودهنگام برای شیردهی از پستان و تغذیه با بطری
- سابقه مشکلات قبلی در شیردهی یا داشتن شیرخوار شیرمادر خوار با وزن‌گیری کم
- سابقه ناباروری وابسته به هورمون، قصد استفاده از قرص‌های ضد بارداری خوراکی
- مشکلات پزشکی مهم (مثل هیپوتیروئیدسم درمان نشده، دیابت، سیستمیک فیبروزیس)
- سن مادر (مثلاً مادر نوجوان)
- مشکلات روانی اجتماعی به خصوص افسردگی

فاکتورهای آناتومیک / فیزیولوژیک

- نوک پستان صاف و یا فرورفته
- اختلاف در ظاهر پستانها (غیر قرینگی واضح، پستان هیپوپلاستیک یا توبولار)
- جراحی قبلی پستان که مجاری شیر یا اعصاب آوران نوک پستان را قطع کرده است.
- جراحی قبلی پستان برای اصلاح ظاهر غیرطبیعی یا تغییرات تکاملی
- آبسه قبلی پستان

برای سایر فاکتورهای شناسایی شده پس از زایمان جدول ۱-۷ را ببینید.
برگرفته از:

معاینات فیزیکی

معاینه پستان باید در وبزیت های سالانه و یا قبل از بارداری انجام گیرد. اگر نتایج آزمایشات قبلی پستان موجود نباشد، در اولین وبزیت پره ناتال باید معاینه پستان به آرامی و به طور دقیق انجام شود، چرا که پستان ها در اوایل بارداری بسیار حساسند. این معاینه فرصتی ایده آل برای اطمینان دادن به بیمار در این مورد است که او از نظر بالینی می تواند کودک خود را با شیر خود تغذیه کند. بهتر است مرحله (وضعیت) تکامل پستان در گزارش معاینه پزشکی ثبت گردد. (شکل ۱-۵)

زمان مناسب

اگر زن باردار نباشد بهترین زمان برای معاینه پستان در مراحل اولیه فاز فولیکولر است، یعنی پس از پایان قاعدگی و قبل از افزایش ادم، درد سینه و حساسیت لمس پوستی در وسط سیکل ماهیانه.

ارزیابی ساختاری پستان

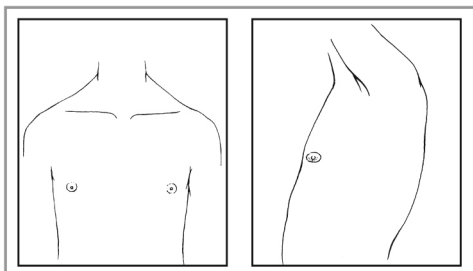
ارزیابی ساختاری باید شامل شناسایی اسکارها یا ضایعات، تعیین مرحله بلوغ و قرینه بودن پستان ها باشد. نیپل داخل برگشته (فرو رفته) و پستان های توبولار یا هیپوپلاستیک نیز می توانند شناسایی شوند.

قرینه بودن پستان

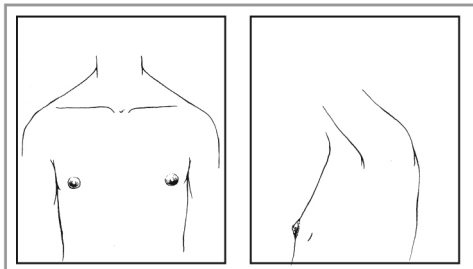
زنان دارای پستان های هیپوپلاستیک یا با رشد ناکافی، باید از نظر نقایص هورمونی قبلی در مراحل تکاملی مورد ارزیابی بیشتر قرار گیرند. بسیاری از بیماران غیر قرینگی خفیف پستان دارند که طبیعی است. غیر قرینگی واضح بین پستان ها نیازمند توجه بیشتری است به خصوص اگر غیر قرینگی اخیراً ایجاد شده باشد.

نیپل های فرو رفته (به داخل برگشته)

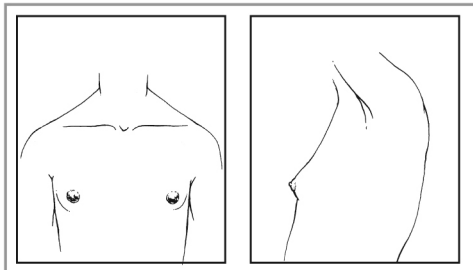
اندازه و شکل نیپل عمدتاً تأثیری بر توانایی شیردهی ندارد (شکل ۲-۵). بیمار ممکن است از نیپل برگشته (به داخل فرو رفته) شکایت کند (شکل ۳-۵) و یا در مورد تأثیر آن در آینده شیردهی اش سؤال کند. زنی که نیپل صاف (شکل ۴-۵) یا به داخل برگشته دارد اگر نیپل ها قابلیت نعوظ و برجسته شدن داشته باشند قادر به شیردهی خواهد بود. در تحقیقات محدودی که تا امروز صورت گرفته استفاده از shell (محافظ پستان) برای نیپل های به داخل برگشته موثر شناخته نشده است. کشیدن و یا چرخاندن نیپل در طول بارداری نیز موثر شناخته نشده است. چرخاندن نیپل می تواند منجر به آزاد شدن اکسی توسین شود که ممکن است انقباضات رحمی را القاء کند.



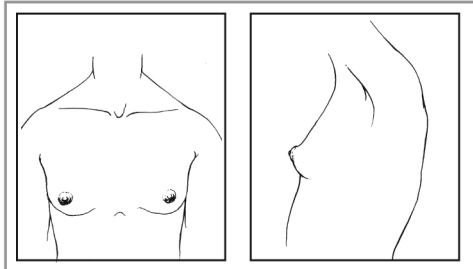
شکل ۱۸-۵ - مرحله پستانی ۱: هیچ رشدی وجود ندارد. فقط پاپیلا برآمده است.



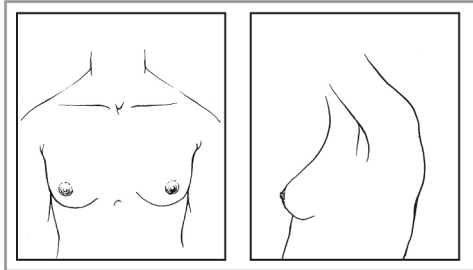
شکل ۱۸-۵ - مرحله پستانی ۲: مرحله جوانه پستانی. آرئول پهن می‌شود. کمی تیره شده و مثل یک برجستگی کوچک از بقیه پستان جدا می‌شود. جوانه بافت پستانی زیر تیپل قابل لمس است.



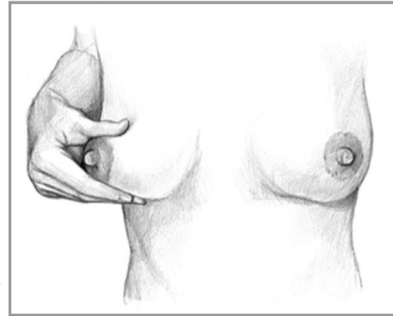
شکل ۱۸-۵ - مرحله پستانی ۳: پستان و آرئول به مراتب بزرگ‌تر شده و به صورت یک محدوده گرد نمایان می‌شود. مرز مشخصی بین نیپل و آرئول وجود ندارد. توجه کنید که عدم تفکیک بین آرئول و بقیه پستان نیز مشخصه‌ای از مرحله ۵ می‌باشد. این مراحل از روی قطر بزرگتر بافت پستان در مرحله ۵، از سایر مراحل افتراق داده می‌شوند. در مرحله ۳، بافت پستان مخروط کوچکی ایجاد می‌کند اما در مرحله ۵ مخروط بزرگتر است.



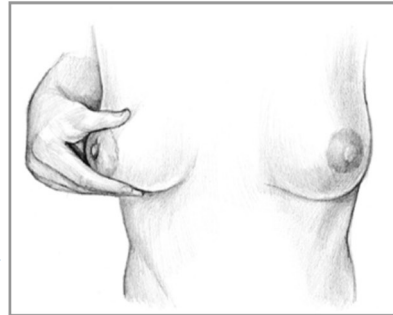
شکل ۱۸-۵ - مرحله پستانی ۴: پستان رشد را ادامه می‌دهد. پاپیلا و آرئول برجسته می‌شوند و برآمدگی ثانویه ای بر روی باقی مانده بافت پستانی ایجاد می‌کنند. میانگین سن در این مرحله تقریباً ۱۲ سال است.



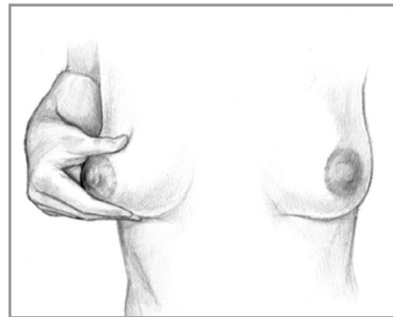
شکل ۱۸-۵ - مرحله پستانی ۵: مرحله پستان بالغ بزرگسال. برجستگی ثانویه ایجاد شده توسط نیپل و آرئول که در مرحله ۴ ایجاد شده، ناپدید می‌شود. فقط پاپیلا برجسته است. حتی در افراد دارای پستان‌های کوچک، قطر بافت پستانی (برخلاف ارتفاع آن) افزایش یافته تا مقدار بیشتری از فضای بین استرنوم و دیواره طرفی قفسه سینه را بپوشاند.



شکل ۲-۵ - نیپل برجسته یا بیرون زده نرمال در صورت فشار دادن آرئول بین دو انگشت نعوظ پیدا می‌کند.



شکل ۳-۵ - نیپل به داخل برگشته (invert) در هنگام فشار دادن به آرئول به سمت داخل پستان کشیده می‌شود.



شکل ۴-۵ - نیپل صاف که نه برجسته می‌شود و نه به داخل فرو می‌رود.

اندازه پستان

باید به مادران با پستان‌های کوچک اطمینان داده شود که پتانسیل شیردهی آنان تحت تأثیر اندازه پستان نیست.

توده‌های مشکوک

هر توده مشکوک باید با مشاوره جراحی مناسب به خوبی کنترل شده و تحت درمان قرار گیرد (فصل ۹).

آموزش

گرفتن تاریخچه و معاینات بالینی فرصت بسیار مناسبی را برای شروع بحث و تشویق شیردهی فراهم می‌کند. ملاحظات آناتومیک، نگرانی‌های عملی و ترس‌ها می‌توانند شناسایی شوند. ارایه اطلاعات در مورد تغذیه با شیرمادر و سایر روش‌های تغذیه نوزاد و ارتباط آن با سلامت مادر و شیرخوار، حمایت از شیردهی و ارائه منابع دارای اهمیت زیادی می‌باشد. شرکت در کلاس‌های آموزشی تغذیه با شیر مادر باعث افزایش موفقیت شیردهی می‌شود. توصیه‌های پزشک و اطمینان بخشی او به بیماران بسیار مهم است و نباید دست کم گرفته شود. زمان بندی اجرای مداخلات مرتبط با تغذیه با شیرمادر در جدول ۲-۵ خلاصه شده است.

آموزش فردی

منابع آموزشی بیماران

در مورد اهمیت بحث به موقع و مداوم درباره تصمیم‌گیری برای تغذیه با شیر مادر باید بیش از حد تأکید نمود. بحث‌های فردی و گروهی بین کارکنان بهداشتی و مادران آینده خیلی موثر می‌باشد. برقراری تماس با مادر توسط پرسنل خدمات کودکان، پرستاران، متخصصان شیردهی و گروه‌های حامی تغذیه با شیر مادر می‌تواند تلاش‌های آموزشی پرسنل بهداشتی درمانی زن را تقویت کند. ضمناً اطلاعات موجود در اینترنت به مادران شیرده کمک می‌کند تا مزایای متعدد تغذیه با شیر مادر برای کودک را جستجو کنند. (به فصل ضمیمه مراجعه کنید).

برنامه‌های اجرایی و انتظارات

برنامه ریزی مناسب در طول مراقبت‌های قبل از زایمان در کسب اطمینان از موفقیت شیردهی مادر کمک زیادی می‌کند. بیش از ۶۰ درصد مادران تازه زایمان کرده، پس از زایمان به محل تحصیل یا کار خود برگشته و این زنان اغلب شیردهی ندارند. باید به بیماران اطمینان داد که شیردهی موفق حتی زمانی که مادر برای مدتی از کودک جدا باشد، امکان پذیر خواهد بود. گفتگوهای به موقع در مورد راهکارهای عملی مثل شیردوش‌ها و ذخیره کردن شیر می‌تواند به مادران کمک کند که شیردهی راحتی در زمان جدایی از طفل نیز ادامه دهند (فصل ۱۰). پیشنهاد می‌شود که مادر قبل از زایمان در مورد موضوع زمان و مکان شیردهی و پوشیدن شیر با مدیر محل تحصیل یا کارفرمای خود صحبت کند.

دوستان و خانواده

تجربیات خانواده و دوستان در رابطه با شیردهی قبلی مادر، پیش‌بینی کننده نوع حمایتی است که مادر

دریافت خواهد کرد. تجربیات و نگرش‌های منفی می‌تواند به بحث گذاشته شود تا بر ترس بیمار غلبه کرده و راه‌حلی برای هرگونه مشکل پیش‌رو پیشنهاد گردد. در صورتی که قابل اجرا بوده و از نظر فرهنگی امکان‌پذیر باشد، همسر و دیگر اعضای مهم خانواده نیز باید در بحث‌های مربوط به شیردهی شرکت کنند. همسر مهمترین شخص حامی مادر است (فصل ۱).

جدول ۲-۵- راهنمای حمایت از تغذیه با شیرمادر در دوران پره‌ناتال طی ویزیت‌های زنان و مامایی

ویزیت زنان و مامایی	بحث و گفتگو	معاینات
ویزیت اولیه	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌های شیردهی: تقویت و یا کشف علت، آموزش و اصلاح باورهای غلط • توجه به تاریخچه قبلی جراحی پستان • توجه به رشد پستان در طی بارداری • توجه به تجربه شیردهی قبلی • بررسی تاثیر شرایط طبی و داروهای مورد استفاده در بارداری و شیردهی 	لمس کبد برای کشف توده یا آدنوپاتی ارزیابی از نظر نیپل فرو رفته و وجود اسکار جراحی‌های قبلی
هفته ۲۰-۱۴	<ul style="list-style-type: none"> • توضیح در مورد رشد پستان (اگر قبلاً به آن توجه نشده است). • صحبت درباره برنامه تغذیه شیرخوار 	
هفته ۲۸-۲۴	<ul style="list-style-type: none"> • توصیه به شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان • تقویت تصمیم مادر برای تغذیه با شیرمادر 	تکرار معاینات پستان و بررسی شکایات پستانی ابرازشده توسط بیمار در هر یک از ویزیت‌های بعدی
هفته ۳۲	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت امکان مجدداً عمل جراحی قبلی پستان را بررسی کنید 	معاینات روتین را در حوالی این زمان در نظر داشته باشد
هفته ۳۶-۳۴	<ul style="list-style-type: none"> • در مورد موانع بالقوه موجود در بیمارستان و استراتژی‌های ممکن جهت فائق آمدن بر آن‌ها (مثل جدایی مادر و شیرخوار) بحث کنید. • تشویق به شیردهی مادر طی ساعت اول بعد از زایمان، هم‌اتاقی مادر و نوزاد و اجتناب از دادن هر مکمل دیگر مگر در صورت اندیکاسیون پزشکی، جلوگیری از مصرف سرشیشه و پستانک و... • بحث در مورد برگشت به کار، استفاده از پمپ‌های شیردوش و انتخاب‌های مراقبت از کودک و... • مرور نکات پزشکی و درمانی مربوطه و بیان تغییرات بالقوه بعد از زایمان و در طول شیردهی • بررسی مجدد تجربیات شیردهی قبلی در صورت نیاز • بحث و گفتگو در مورد ملاقات‌های تخصصی شیرخوار 	
هفته ۳۶ به بعد	<ul style="list-style-type: none"> • مرور دانش بیمار و سوالات مرتبط • مذاکره در مورد ملاقات با یک متخصص اطفال • بحث در مورد برنامه‌ریزی برای فرزندآوری / تنظیم خانواده 	

ملاقات با متخصص اطفال

ملاقات با متخصص اطفال در سه ماهه سوم بارداری باید مورد تشویق قرار گیرد تا روش های تغذیه کودک بحث شود و هرگونه نگرانی در مورد بارداری برطرف شود. مادر باید متخصص اطفالی را انتخاب کند که نیازهای او را برطرف کند خصوصاً کسی که در زمینه حمایت از تغذیه با شیرمادر آگاه باشد (جدول ۳-۵).

جدول ۳-۵- ویژگی های دوران بارداری

جمع آوری اطلاعات / مشاوره پیشگیرانه

- در مورد تفکرات و احساس خانواده درباره تغذیه با شیرمادر گفتگو و بحث کنید.
- نگرانی های خانواده را تصدیق کرده و پذیرش کنید.
- در مورد موضوعاتی که خانواده را نگران کرده، اطلاعات دقیق فراهم کنید.
- حمایت خود را از تغذیه انحصاری با شیرمادر اعلام کنید.
- فواید تغذیه انحصاری با شیرمادر را مرور کنید.
- جنبه های مهم مدیریت تغذیه با شیرمادر را بررسی کنید.
- مادر باید از ده اقدام تغذیه موفق با شیرمادر (برنامه سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان ملل متحد) آگاه شود تا از واحد زایمان خود این فرصت ها را درخواست و مطالبه نماید.
- در مورد اهمیت تماس پوست با پوست و شروع اولین تغذیه با شیرمادر در ۳۰ دقیقه یا یک ساعت اول پس از تولد توضیح دهید.
- درباره تجارب شیردهی قبلی اطلاعات کسب کنید.
- سابقه پزشکی مرتبط با پستان، شامل جراحی یا صدمات پستانی را مرور کنید.
- درباره اهمیت معاینات پستان در دوران بارداری و ارزیابی تغییرات پستان در حاملگی گفتگو کنید.
- متخصص اطفال می تواند این معاینات را انجام دهد یا مادر را به پزشکش ارجاع دهد.
- در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیرمادر تا سن ۶ ماهگی بحث کنید.
- درباره کلاس های موجود در منطقه در زمینه تغذیه با شیرمادر گفتگو کنید.
- کتاب یا ویدئوهای مناسب داشته باشید تا والدین بتوانند خریداری نموده یا امانت بگیرند.
- از مادر در مورد داروهای مورد استفاده سوال کنید.

خاتمه ملاقات

- از مادر بپرسید «آیا سوال دیگری در مورد تغذیه با شیرمادر دارید؟»
- بر اهمیت مراقبت های مادر تاکید کنید و خانواده را توانمند کنید تا خدمات منطبق با ده اقدام تغذیه موفق شیرخوار را تقاضا کند.
- از عبارات مثبت و تشویق کننده برای شیردهی استفاده کنید.
- در مورد افرادی که می توانند حمایت های تخصصی شیردهی داشته باشند گفتگو کنید.

آموزش عمومی

رسانه‌های جمعی

استفاده از رسانه‌های جمعی، فرصتی برای تأثیرگذاری بر مادران امروز، مادران آینده و خانواده‌های حمایت کننده آن‌ها فراهم می‌نماید. رسانه‌ها باید تمرکز بیشتری بر تغذیه با شیر مادر به عنوان تغذیه استاندارد و طبیعی شیرخوار داشته باشند. بسیار مهم است که از نظر محتوایی و تصویری مطالب صحیحی تولید شود. استراتژی‌های زیرکانه بازاریابی ممکن است به تغذیه با شیر مادر صدمه بزند. کارکنان نظام سلامت باید خطر این استراتژی‌ها را بشناسند، در شناساندن این خطرات به بیمارشان کمک کنند و برای کاهش تأثیر این استراتژی‌ها تلاش کنند. برخی پروژه‌های هنری عمومی گفتگوهایی را درباره حق تغذیه کودک در مکان‌های عمومی آغاز نموده است.

قوانین حمایتی

بسیاری قوانین اولیه، شرایط را برای مادرانی که می‌خواهند در مکان‌های عمومی نوزاد خود را شیر دهند یا نیازمند دوشیدن شیر در محل کار خود می‌باشند، بهبود بخشیده‌اند. در بیشتر ایالات آمریکا قوانینی برای رفع نگرانی‌های مرتبط با تغذیه با شیر مادر وجود دارد. این قانون‌های ایالتی ۳ دسته‌اند:

۱- حمایت از حق تغذیه با شیر مادر

۲- تغذیه با شیر مادر در محل کار

۳- معافیت مادران شیرده از محاکمه

اکثر ایالات، قوانین حمایتی برای تغذیه با شیر مادر در مکان‌های عمومی دارند. برنامه Affordable health care Act در سال ۲۰۱۰ حمایت کارفرمایان از مادران شاغل شیرده را تصویب کرد. برنامه Case for Breastfeeding Business به کارفرمایان کمک می‌کند تا برنامه‌های حمایتی از تغذیه با شیر مادر داشته باشند. در بعضی ایالات، شرکت‌ها و سازمان‌هایی که برنامه‌های اختصاصی برای ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر برای کارمندان‌شان فراهم کرده‌اند به عنوان مراکز دوستدار تغذیه با شیر مادر شناخته می‌شوند (فصل ۱۰). مشاغلی که معیارهای خاصی داشته باشند می‌توانند فواید آن را برای کارکنان خود تبلیغ نمایند. در حال حاضر قوانینی در دست اقدام است که حداقل استاندارد مورد نیاز برای پمپ‌های شیردوش و وسایل تغذیه با شیر مادر معاف از مالیات را الزامی می‌نماید.

فصل ششم

مراقبت‌های حوالی زایمان؛ انتقال به دوران شیردهی

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

مراقبت‌های حین درد زایمان و زایمان

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

شروع زودهنگام تغذیه با شیر مادر

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

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

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

برگرفته از:

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

شروع تغذیه با شیر مادر

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

تکنیک شیردهی

کلیات

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

وضعیت‌های شیردهی مادر

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

روش گهواره‌ای (Cradle hold)

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



تصویر ۱-۶- وضعیت Cradle

روش گهواره‌ای متقابل (Cross-Cradle)

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



تصویر ۲-۶- وضعیت Cross-Cradle

روش فوتبالی یا زیر بغلی (football or clutch hold)

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



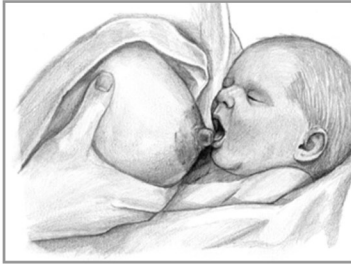
تصویر ۳-۶- وضعیت فوتبالی یا زیربغلی روشی آسان و مخصوصاً پس از عمل سزارین مفید است زیرا مانع از فشار وزن شیرخوار روی محل جراحی می‌گردد.

وضعیت خوابیده به پهلو (side-lying position)

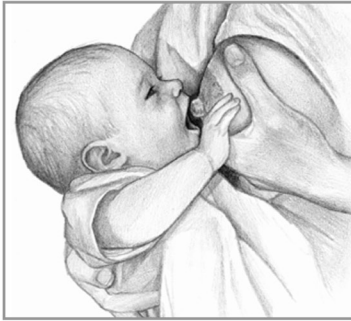
در این وضعیت، مادر و شیرخوار روبه‌روی هم به پهلو خوابیده‌اند. (تصویر ۴-۶). شیرخوار روبه‌روی مادر و دهان او روبرو و زیر نوک پستان قرار دارد. باید مراقب بود شیرخوار به وسیله لباس‌های گشاد یا ملحفه محصور نشده باشد. همچنین باید مراقب بود که مادر خواب آلود نباشد تا از خفگی شیرخوار جلوگیری شود.



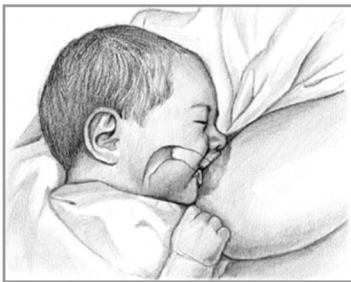
تصویر ۴-۶- وضعیت side-lying



تصویر ۵A-۶- حمایت پستان به روش C



تصویر ۵B-۶- مطمئن شوید دهان شیرخوار کاملاً باز باشد.



تصویر ۵C-۶- این کودک به درستی پستان را گرفته است، لب‌ها آرنول را به خوبی احاطه کرده‌اند و نوک پستان کاملاً داخل دهان است.

نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار (latch-on)

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

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

رفلکس جستجو (Rooting Reflex)

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

گرفتن آرنول (Areola grasp)

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

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

مکیدن، بلع و انتقال شیر

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

رها کردن پستان

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



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

علامه پستان گرفتن نادرست

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

رفع مشکلات شیردهی

تسکین درد حین و پس از زایمان

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

مصرف مخدرها حین زایمان

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

بی‌حسی اپیدورال

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

پرسنل آموزش دیده حامی زایمان

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

جدول ۲-۶- کنترل درد پس از زایمان

دارو	شروع اثر با تجویز وریدی	شروع اثر با تجویز عضلانی	نیمه عمر نوزادی
مپریدین	۵ دقیقه	۳۰-۴۵ دقیقه	۱۳-۲۲ ساعت (۶۳ ساعت برای متابولیت‌های فعال)
مورفین	۵ دقیقه	۳۰-۴۰ دقیقه	۷ ساعت
نالbufین	۲-۳ دقیقه	۱۵ دقیقه	۴ ساعت
بوتورفانول	۱-۲ دقیقه	۱۰-۳۰ دقیقه	نامعلوم (مشابه داروی نالbufین در بزرگسالان)

تسکین درد پس از زایمان

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

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

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

تسکین درد پس از عمل جراحی

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

زایمان به روش سزارین

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

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

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

خستگی

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

بیمارستان‌ها در موفقیت تغذیه با شیرمادر تأثیرگذار می‌باشند

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

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

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

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

آموزش کارکنان

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

برگرفته از:

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

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

اقدامات مربوط به شیرخوار

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

تغذیه بر حسب میل و تقاضای شیرخوار

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

هم‌اتاقی مادر و شیرخوار

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

شیر کمکی

شیر کمکی لازم نیست

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

دادن هدیه و بسته‌های تشویقی به مادر

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

جدایی مادر و شیرخوار

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

گول‌زنک یا پستانک

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

حمایت مادر پس از ترخیص

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

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 تونیسیته)
- 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 علائم 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. علائم سیری (مثل مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای با فواصل طولانی بین مکیدن‌ها، رهاسازی پستان توسط شیرخوار، برطرف شدن علائم 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 نوزاد شیرمصنوعی 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 شیردر 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 مکونیوم 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 تعجیل 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 شیر 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

صحیح‌ترین روش ارزیابی کفایت تغذیه با شیرمادر، اندازه‌گیری دوره‌ای 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 هفتگی وزنش 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 ۶-۴ 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.

فصل هشتم

تداوم تغذیه با شیرمادر - جنبه های مرتبط با شیرخوار

ارائه آموزش های برنامه ریزی شده و ماهرانه و حمایت واقعی از مادر شیرده، برای حفظ و تداوم شیردهی حیاتی است. درک خوب پزشک از مشکلات شایع تغذیه با شیرمادر کمک می کند تا شیرخوار، رشد سالمی داشته باشد و مادر شیر کافی تولید کرده و در شیردهی از پستان آرامش و اعتماد به نفس داشته باشد. در این فصل به مشکلات شایع در تداوم تغذیه با شیرمادر از جانب شیرخوار اشاره می شود.

سندرم شیرناکافی

کم شیری، چه واقعی، چه ذهنی به تصور مادر، علت شایع قطع تغذیه با شیرمادر است. سندرم شیرناکافی یک واژه مبهم و نادرست است زیرا به ناتوانی مادر در تولید شیر (اولیه یا ثانویه) و یا ناتوانی شیرخوار در تخلیه شیر اشاره دارد. از آنجایی که اکثر شیرخواران بین ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از تولد بیمارستان را ترک می کنند دریافت ناکافی شیرو کم آبی از مسائلی هستند که در پیگیری و ویزیت بعدی شیرخوار ممکن است دیده شوند. در هر حال مشکلاتی که از دریافت ناکافی شیر ناشی می شود با انجام مداخلات مناسب قابل پیشگیری هستند. ارزیابی دقیق و کامل تغذیه با شیرمادر قبل از ترخیص از بیمارستان، برای کسب اطمینان از روش مناسب شیردادن ضروری است.

علائم و نشانه ها: علائم و نشانه های تغذیه ناکافی شیرخوار شامل تأخیر در دفع مدفوع یا حرکات ناکافی روده، کاهش دفع ادرار، ایکتر زودرس، نوزاد گرسنه و نا آرام، لتارژی و یا از دست دادن بیش از ۸ تا ۱۰ درصد وزن بدن خواهد بود. معمولاً اختلالات قابل توجهی در میزان تولید شیر (جدول ۳-۷)، تغذیه و الگوی دفع (جدول ۴-۷) وجود دارد.

علل: دریافت شیر ناکافی می تواند هم مربوط به تولید ناکافی شیر توسط مادر، هم ناتوانی شیرخوار در تخلیه شیر باشد (جدول ۱-۷ و ۲-۷ و ۱-۸). اگر چه نارسایی اولیه در تولید شیر، نادر است (و اغلب با فقدان رشد پستان در طی حاملگی مشخص می شود)، تأخیر در مرحله ۲ لاکتوژنز می تواند با باقی ماندن اجزای جفتی، نارسایی اولیه هیپوفیز، دیابت و یا مصرف داروهای خاص در مادر بروز کند. مادرانی که جراحی پستان داشته اند (به ویژه اگر اعصاب و مجاری پستان درگیر شده باشند) نیز در معرض خطر تولید ناکافی شیرو یا عدم توانایی در انتقال شیر خواهند بود. علت شایع تر تولید ناکافی شیر، ناشی از روش تغذیه ای نامناسب نوزاد در

ابتدا، مثلاً استفاده از شیرمصنوعی کمکی می باشد. گاهی نوزاد ممکن است قادر به تخلیه موثر پستان نباشد که منجر به کاهش تدریجی در میزان تولید شیر می شود. در نوزادان اواخر نارسایی ۳۶-۳۴ هفته (late preterm) که به روش دهانی تغذیه می شوند و نوزادان مبتلا به بیماری های نورولوژیک و یا ناهنجاری های دهانی نیز این مشکل دیده می شود. هر عاملی که برداشت شیر از پستان را محدود نماید می تواند منجر به کاهش سنتز شیر شود زیرا فاکتورهای موضعی در پستان (FIL)، تولید شیر را کنترل می کنند (فصل ۴).

جدول ۱-۸- علل بالقوه سندرم شیرناکافی اولیه

انواع گوناگون پستان از نظر آناتومیکی
• هیپوپلازی پستان
• پستان های توبولار
• غیر قرینگی واضح پستان
جراحی پستان
• کوچک کردن پستان
• بزرگ کردن پستان
• آبسه پستان
• کانسر پستان
• رادیوتراپی
اختلالات اندوکراین
• نارسایی هیپوفیز

ارزیابی: مرور تاریخچه دوران بارداری (پری ناتال) (جدول ۱-۷ و ۲-۷) اغلب، فاکتورهای مادری و یا شیرخواری و یا هر دو را که نیازمند برطرف کردن می باشد، مشخص می کند. مادری که پستان هایش طی حاملگی رشد نداشته و یا تا ۵ روز پس از زایمان پر نشده باشد ممکن است مشکلات ساختمانی و یا هورمونی داشته باشد که منجر به تولید ناکافی شیر شود. مشاهده مستقیم تغذیه شیرخوار از پستان مادر، اشکالات موجود در پستان گرفتن شیرخوار (Latch)، وضعیت بغل کردن شیرخوار، یا تلاش ناکافی شیرخوار را مشخص خواهد ساخت. قبل از شروع هر مداخله ای معیارهای قابل اندازه گیری رشد شیرخوار باید بررسی شود. از دست دادن قابل

توجه وزن معمولاً نشانه مشکلی در میزان تولید شیر و یا انتقال شیر به شیرخوار و یا هر دو است. وزن زمان تولد شیرخوار ممکن است به علت تجویز مایعات داخل وریدی به مادر طی یک زایمان طول کشیده، به طور کاذب بالا باشد که با از دست دادن (diuresis) این آب بعد از زایمان، وزن از دست رفته شیرخوار بیشتر به نظر می رسد. لذا تحقیق در مورد مایعات تجویز شده داخل وریدی حین زایمان می تواند در بررسی کاهش وزن شدید نوزاد در روزهای اول پس از زایمان مفید باشد. همچنین از دست دادن وزن آشکار ممکن است به علت خطای اندازه گیری باشد، به ویژه اگر ترازوهای مجزا در اتاق زایمان و پست پارتوم وجود داشته باشد.

ترازوهای الکترونیک مخصوص شیرخوار وجود دارند که می توانند با دقت، وزن قبل و بعد تغذیه را اندازه گیری کرده و میزان شیر دریافتی شیرخوار را تخمین بزند (فصل ۱۱). برخی از پزشکان معتقدند اگر تغییر وزن شیرخوار قبل و بعد از تغذیه در چند هفته اول زندگی کمتر از ۴۵ گرم باشد، به احتمال زیاد عدم کفایت تغذیه با شیرمادر پیش بینی می شود. برای اطمینان از حجم کل شیر قبل از تغذیه و یا حجم شیر باقیمانده در پستان بعد از تغذیه، ممکن است دوشیدن پستان با دست و یا روش مکانیکی نیاز شود. اگر حجم شیر باقیمانده در پستان پس از تغذیه زیاد باشد (بیش از ۳۰ سی سی)، نگران کننده است. قبل از انجام اقداماتی چون اندازه گیری وزن قبل و بعد تغذیه یا حجم شیر باقیمانده پس از تغذیه، باید از روش های ساده تری نظیر مشاهده تغذیه یا انجام معاینه فیزیکی استفاده کرد. این اقدامات اضافی ممکن است به مادر در درک ناکافی بودن شیر و افزایش اعتماد به نفس وی کمک نماید چون موفقیت شیردهی با اعتماد به نفس مادر در کفایت تغذیه ارتباط دارد.

درمان و اداره مشکل: هدف عمده در درمان، افزایش تولید شیر و انتقال شیر است. صرف نظر از علت مشکل، مشاوره با مشاور شیردهی باید مدنظر باشد.

- **درمان اولیه** وابسته به علت است اما معمولاً شامل افزایش دفعات شیردهی و تغذیه موثر از پستان است. همچنین ممکن است لازم باشد مادر برای افزایش تحریک و تخلیه پستان، بعد از هر بار شیردهی پستان خود را بدوشد.
- **تغذیه شیرخوار با شیر مصنوعی** یا سایر مواد، از طریق کاهش دفعات تخلیه پستان و عدم تخلیه کامل آن، اثر معکوس در برقراری کامل تولید شیر دارد و منجر به احتباس شیر و کاهش تولید شیر خواهد شد. در هر حال اگر تولید شیر با افزایش دفعات شیردهی در شیرخواری که به خوبی پستان را گرفته، افزایش نیابد و حجم شیر بطور واضحی ناکافی باشد یا علائم دهیدراسیون و یا سوء تغذیه در شیرخوار ظاهر شده باشد، ممکن است تغذیه مکمل ضرورت یابد.
- **هرگاه دریافت شیر ناکافی باشد**، تغذیه مکمل داده می شود. مایعاتی که برای تغذیه مکمل ارجح

سال های اخیر حدود ۷۵ درصد نوزادانی که مبتلا به کرنیکتروس شده اند، از شیرمادر ولیکن بطور ناکافی تغذیه می شدند درحالی که این عارضه همیشه قابل پیشگیری است.

علائم و نشانه ها: شیرخوارانی که در هفته اول زندگی، دریافت ناکافی شیر دارند سطح بیلی روبین غیرکونژوگه سرم آنها افزایش می یابد، معمولاً شرح حالی از کاهش تولید شیرمادر و یا دریافت کم شیر توسط شیرخوار دارند. ممکن است دهیدراتاسیون، از دست دادن وزن، عدم وزن گیری و یا هیپرناترمی نیز مشاهده شود (به جدول ۷-۱ و ۷-۲ مراجعه کنید). نوزادان اواخر نارس (late preterm) در خطر بالای بروز کرنیکتروس هستند به ویژه اگر با شیرمادر بخوبی تغذیه نشوند. این نوزادان نمی توانند مشابه نوزادان رسیده تغذیه شوند. لذا در بیمارستان ممکن است به نظر برسد این نوزادان اواخر نارس به خوبی شیر می خورند. اما پس از ترخیص و در منزل، ممکن است قادر به دریافت حجم شیر بیشتر نباشند. این شیرخواران ممکن است تلاش زیادی برای دریافت شیر کافی داشته باشند، اما افزایش وزن کند دارند. علاوه بر آن، ممکن است برداشت شیر کمتر از حد لازم باشد و تولید شیرمادر را به اندازه کافی تحریک نکند. نظارت دقیق بر این نوزادان اواخر نارس ضروری می باشد.

علل: شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند و در طی روزهای اول تولد به میزان کافی شیر دریافت نمی کنند، به علت افزایش سیکل انتروهِپاتیک بیلی روبین، دچار افزایش بیلی روبین غیر کونژوگه سرم می شوند. گرچه، این وضعیت به عنوان ایکتر ناشی از تغذیه با شیرمادر (breastfeeding jaundice) اطلاق می شود، اصطلاح مناسب تر آن به علت عدم دریافت کافی و مناسب شیر، ایکتر ناشی از عدم تغذیه با شیرمادر (breast non-feeding jaundice) می باشد.

ارزیابی: مشابه اقداماتی است که در سندرم شیر ناکافی انجام می شود. ابتدا بیلی روبین توتال، کونژوگه و غیر کونژوگه سرم باید چک شود. سپس بیلی روبین توتال سرم باید به طور سریال پیگیری شود. علل دیگر ایکتر (همولیتیک، عفونت، متابولیک) را نیز باید در نظر داشت تا درمان مناسب و همه جانبه انجام گردد.

اداره و درمان: درمان ایکتر ناشی از عدم تغذیه کافی با شیرمادر (breastfeeding jaundice) شامل استراتژی های ذیل می باشد:

- **تثبیت و برقراری تغذیه خوب از پستان،** که موجب تولید کافی شیر و دریافت کافی شیر توسط شیرخوار

- می‌گردد، از ایکتر ناشی از تغذیه با شیرمادر جلوگیری می‌کند.
- **اندازه‌گیری بیلی روبین**، از طریق دستگاه بیلی متر زیرجلدی معتبر یا اندازه‌گیری بیلی روبین توتال سرم، قبل از ترخیص از بیمارستان توصیه می‌شود. نقطه گذاری میزان بیلی روبین سرم بر روی نمودار بیلی روبین، برای پیش بینی خطرات بعدی در نوزاد کمک کننده است.
- **پیگیری** همه نوزادانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند در روز سوم تا پنجم بعد از تولد برای ارزیابی وضعیت کلی سلامت نوزاد، درصد کاهش وزن از زمان تولد، و کفایت تغذیه با شیرمادر و نیز وجود ایکتر لازم است. با تشخیص زودرس می‌توان فوراً به ایکتر توجه کرد و هر نوع مشکل در تغذیه از پستان را که می‌تواند منجر به ایکتر شود، برطرف نمود. این روش سبب حمایت از تغذیه موفق با شیرمادر خواهد شد.
- **پایش دقیق بیلی روبین** سرم برای تعیین زمان شروع فتوتراپی و یا تعویض خون لازم است. نوزادانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند، باید با همان معیارهای نوزادانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند مداخله و پیگیری شوند. توصیه‌های آکادمی پزشکان اطفال آمریکا در خصوص ارزیابی، مراقبت و درمان هیپر بیلی روبینمی منتشر شده است.
- **اگر فتوتراپی شروع شود**، تغذیه شیرخوار ادامه داشته و شیرخوار می‌تواند شیردوشیده شده مادر را دریافت کند و بر حسب شرایط او تغذیه مسقیم از پستان مادر صورت گیرد. در هیپر بیلی روبینمی شدید، فتوتراپی شدید و مداوم برای درمان شیرخوار در فواصل زمانی کوتاه مدت با حداقل زمان جدایی مادر و کودک باید انجام شود. به محض کاهش سطح بیلی روبین، تغذیه با شیرمادر همچنان باید ادامه یابد. در طی این مدت مادر باید در مورد نحوه دوشیدن شیر آموزش ببیند.

ایکتر ناشی از شیرمادر

در بسیاری از نوزادانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند غلظت بیلی روبین غیر کونژوگه سرم بالا باقی می‌ماند و در تعداد کمی از شیرخواران ممکن است حدود ۱۲-۶ هفته طول بکشد. در نوزادانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند سطح بیلی روبین سرم افت می‌کند و تا روز ۱۲-۱۱ بعد از تولد به مقادیر کمتر از $1/5 \text{mg/dl}$ می‌رسد. برعکس ۶۵ درصد نوزادان نرمال و در حال رشد که با شیرمادر تغذیه می‌شوند، تا هفته سوم تولد غلظت بیلی روبین بالای $1/5 \text{mg/dl}$ دارند و ۳۰ درصد آن‌ها ممکن است ایکتر بالینی پیدا کنند. گفته می‌شود که بالا بودن بیلی روبین سرم می‌تواند نقش محافظتی بر علیه صدمات اکسیداتیو داشته باشد زیرا اثر آنتی اکسیدان موثر بیلی روبین در محیط آزمایشگاهی ثابت شده است.

علائم و نشانه‌ها: از آنجایی که این عارضه پاسخ طبیعی به تغذیه با شیرمادر است، نوزاد سالم و رو به رشد

به نظر می‌رسد و فقط زرد می‌باشد. این شیرخواران رشد طبیعی داشته و علائم بالینی غیرطبیعی که مویذ همولیز، عفونت یا بیماری متابولیک باشد، ندارند.

علل: شیررسیده مادر حاوی فاکتور نامشخصی است که جذب روده‌ای بیلی روبین را افزایش می‌دهد و منجر به ایکتر ناشی از شیرمادر می‌شود. هر زمان که شیرخوار به این فاکتور پاسخ دهد و یا تولید مادری این فاکتور به مرور زمان کاهش یابد و کبد نوزاد نیز تکامل یابد، غلظت بیلی روبین سرم در نهایت به حد نرمال برمی‌گردد.

ارزیابی: شیرخوار باید از نظر بالینی ارزیابی شود. در صورت وجود اندیکاسیون بالینی، بیلی روبین توتال سرم یا بیلی روبین جلدی باید اندازه‌گیری شود. اگر ایکتر ادامه داشته باشد، بیلی روبین کونژوگه و غیرکونژوگه نیز باید چک شود. سایر علل هیپربیلی روبینمی غیر کونژوگه (شامل گالاکتوزومی، هیپوتیروئیدیسم، عفونت ادراری، استنوز پیلور، همولیز خفیف) نیز باید در شرایط بالینی مناسب مدنظر باشد.

اداره و درمان: تغذیه با شیرمادر باید ادامه یابد و تشویق شود. باید به والدین اطمینان داد. افزایش مقاوم بیلی روبین سرم ممکن است نیاز به اقدام تشخیصی یعنی قطع شیرمادر برای ۲۴-۴۸ ساعت داشته باشد. به دنبال قطع شیرمادر، بیلی روبین سرم به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش خواهد یافت و با تغذیه مجدد از سینه مادر به اندازه قبلی افزایش نمی‌یابد. اگر تغذیه با شیرمادر قطع شود مادر باید کمک و تشویق شود تا تولید شیر خود را حفظ کند. مادر ممکن است به علت ارتباط ایکتر با شیرخود، تمایلی به دادن شیر به نوزاد، نداشته باشد. لذا نگرش مثبت از جانب متخصصین کودکان و پرسنل بهداشتی درمانی و اطمینان بخشیدن به مادر که این عارضه دوباره اتفاق نخواهد افتاد، می‌تواند مانع از قطع تغذیه با شیرمادر شود.

طغیان اشتها و یا جهش‌های رشد (Growth spurts)

طغیان اشتها و جهش‌های رشد هر دو شایع هستند اما به عنوان بحران‌های گذرای شیردهی (transient lactational crises) تعبیر می‌شوند.

علائم و نشانه‌ها: شیرخوار گرسنه تر از قبل عمل می‌کند و از تغذیه خود راضی نمی‌باشد. این مسئله باعث می‌شود مادر تصور کند شیرش کافی نیست و فکر می‌کند باید از مایعات مکمل یا غذای کمکی برای ارضاء اشتها و شیرخوار استفاده نماید.

علل: تقریباً یک سوم مادران شیرده این جهش‌ها را یک بار یا بیشتر در طی دوره شیردهی تجربه می‌کنند. این جهش‌ها بیشتر طی ۳ ماهه اول شیردهی اتفاق می‌افتد (به طور معمول حوالی هفته ۳-۲، هفته ۶ و ۳ ماهگی) و مدت زمان کوتاهی دارند.

ارزیابی: شرح حال و معاینه فیزیکی تغییری نکرده است. بررسی کنید داروی جدیدی که تولید شیر را کاهش می دهد نظیر کنتراستپتو خوراکی استفاده نشده باشد.

اداره و درمان: افزایش تغذیه از پستان، ظرف چند روز موجب تحریک و افزایش تولید شیر می گردد و شیرخوار را قادر می سازد الگوی تغذیه معمول خود را ادامه دهد. آموزش های به موقع در زمینه الگوی تغذیه شیرخوار اغلب از شروع شیر کمکی و تغذیه کمکی و از شیر گرفتن زودهنگام، جلوگیری می کند. اگر این مسئله بیش از ۴-۳ روز به طول انجامد، لازم است مادر و شیرخوار ارزیابی شوند تا چگونگی تولید شیر مادر و وزن گیری شیرخوار بررسی شود.

امتناع از شیر خوردن

علائم و نشانه ها: امتناع ناگهانی شیرخوار از شیر خوردن، اغلب اعتصاب شیرخوار (nursing strike) نامیده می شود و می تواند در هر زمانی بروز کند. مادر اغلب تصور می کند که این تصمیم شخصی شیرخوار یا پس زدن ارتباط شیردهی توسط اوست یا آن را دلیلی مبنی بر بد بودن و یا کافی نبودن شیرش تلقی می کند. مادران اغلب این اتفاق را با از شیر گرفتن شیرخوار پاسخ می دهند.

علل: اعتصاب شیرخوار، نوعی تغییر در الگوهای رفتاری شیرخوار است که ممکن است به علت عادت ماهیانه مادر، تغییر در رژیم غذایی مادر، تغییر در نوع صابون، عطر یا دئودورانت مادر و یا استرس مادر ایجاد شود. گرفتگی بینی شیرخوار، ریفلاکس معدی-مری و دندان در آوردن نیز می تواند از علل اعتصاب در شیر خوردن باشد. در شیرخواران بزرگ تر زمانی که مادر به سر کار برمی گردد و شیر با بطری به شیرخوار داده می شود، یا در جدایی مادر و شیرخوار، ممکن است شیرخوار به طور ناگهانی از شیر خوردن امتناع کند. گاهی شیرخوار از تغذیه از یک پستان امتناع می کند. این اتفاق پس از بروز ماستیت وقتی که طعم شیر کمی شورتر می شود، ممکن است ایجاد شود. اگر علت شناسایی و رفع شود معمولاً شیر خوردن از سر گرفته می شود.

ارزیابی: شرح حال و معاینه فیزیکی تغییری نکرده است.

اداره و درمان: هرگاه کودک از گرفتن پستان امتناع کند، تلاش برای برقراری مجدد تغذیه از پستان ممکن است چندین روز یا بیشتر طول بکشد. این شیرخواران زمانی که خواب آلوده هستند یا تازه بیدار شده اند بهتر شیر می خورند. روش های دیگر برقراری مجدد رابطه شیردهی، شامل تغذیه شیرخوار در سکوت و بدون حواس پرتی، در آغوش گرفتن و نوازش کردن او بصورت تماس پوست با پوست و استفاده از حمام (شیرخوار و مادر با هم) به عنوان استراتژی آرام بخش و ایجاد تماس مجدد عاطفی می باشد. اجتناب از تغذیه با بطری

شیر و به کار بردن سایر روش های تغذیه از جمله تغذیه با فنجان، اغلب در غلبه بر امتناع از پستان موفقیت آمیز است. به مادر باید توصیه شود برای حفظ شیر خود پستان را با روش های دوشیدن دستی یا مکانیکی بدوشد تا مشکل امتناع از گرفتن پستان با کاهش تولید شیر مادر پیچیده تر نشود.

آنکیلوگلوسیا (Ankyloglossia)

معمولاً به عنوان «بند زبان» (Tongue-Tie) شناخته می شود و یک ناهنجاری مادرزادی دهان است که می تواند منجر به اختلال در گرفتن صحیح پستان، مکیدن و در نتیجه زخم نوک پستان، کاهش تولید شیر و وزن گیری ناکافی شیرخوار، خستگی و ناامیدی مادر گردد. این عارضه، تغذیه از پستان را بیشتر از تغذیه با بطری شیر، به دلیل تفاوت در حرکات زبان در این دو روش، تحت تاثیر قرار می دهد.

علائم و نشانه ها: شیرخوار قادر به خارج ساختن زبان جلوتر از خط لثه نمی باشد و این امر مانع از فشار زبان روی نیپل و هاله پستان شده و مکیدن موثر را کاهش می دهد. دریافت شیر ممکن است کم باشد و شیرخوار ناامید گردد. شیر خوردن بی تابانه می تواند باعث آسیب به نیپل شود. درد مادر می تواند منجر به بیرون کشیدن پستان از دهان شیرخوار و یا مهار رفلکس جاری شدن شیر (Let-down) گردد.

علت: فرنولوم زبان به طور غیر طبیعی کوتاه یا ضخیم است.

ارزیابی: ارزیابی دقیق دهان نوزاد با بررسی توانایی خارج کردن زبان از حد لثه تحتانی و مشاهده محدودیت در حرکت زبان به ویژه در توانایی بالا بردن زبان، لازم است. ارزیابی دهان شیرخوار به وسیله حرکت دادن یک انگشت زیر سطح زبان، برای لمس فرنولوم ضخیم کمک کننده است. مادر باید از نظر درد نوک پستان و یا شواهد صدمه به نوک پستان بررسی شود. در صورت احتمال عدم توانایی در شیردهی یا وجود درد در مادر، Frenotomy (جراحی) باید در بیمارستان یا در مطب انجام شود.

اداره و درمان: طی یک اقدام جراحی که Frenotomy نام دارد، قسمت قدامی سفت یا ضخیم فرنولوم با یک قیچی بریده می شود. معمولاً بیهوشی و بخیه زدن نیاز نمی باشد. شیرخوار را از نظر بروز خونریزی از محل برش باید تحت نظر گرفت. اگر چه معمولاً خونریزی وجود ندارد یا بسیار خفیف است، به این دلیل که لیگامانی که به زبان متصل می شود نسبتاً بدون عروق است. بلافاصله بعد از این عمل شیرخوار را می توان به پستان گذاشت.

الگوهای رشد شیرمادرخواران

اگر منحنی رشد مورد استفاده کاملاً بیانگر رشد نرمال شیرخواری که با شیرمادر تغذیه می شود نباشد، نتایج حاصل از نقطه گذاری وزن شیرخواری که با شیرمادر تغذیه می شود روی این منحنی ها، می تواند موجب اشتباه شود. (جدول ۲-۸).

منحنی‌های رشد

در سال ۲۰۱۰ استانداردهای رشد سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) بعنوان منحنی‌های رشد کودکان در ۲ سال اول زندگی، توسط مرکز پیشگیری و کنترل بیماریها (CDC) پذیرفته شد و استفاده از آنها توسط AAP نیز تایید گردید. این منحنی‌ها از یک مطالعه چندملیتی و چندفرهنگی کوهورت روی شیرخواران سالم و شیرمادرخوار استخراج شد. منحنی‌ها در وبسایت مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، قابل دسترسی می‌باشد و به عنوان استانداردهای مراقبت برای ارزیابی رشد همه شیرخواران استفاده می‌شود.

تأخیر رشد

هرگاه منحنی وزن برای سن (یا وزن برای قد) بیش از دو انحراف معیار زیر میانه (صدک ۵) باشد و یا منحنی وزن برای سن بیش از دو صدک روی چارت رشد نزول یابد، نگران کننده است. ارزیابی تغذیه‌ای شیرخوار دارای وزن‌گیری آهسته یا تأخیر رشد، شامل بررسی میزان تولید شیر و دریافت شیرخوار، متناسب بودن غذاهای مکمل، دریافت ریز مغذی‌ها (مثل ویتامین د، روی) و محیط تغذیه‌ای می‌باشد. اصول ارزیابی سندرم شیر ناکافی نیز در این شیرخواران باید در نظر گرفته شود.

جدول ۲-۸- میانگین مقادیر وزن‌گیری برای شیرخواران سالم با تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول تولد

پسران g/day	دختران g/day	فواصل زمانی (ماه)
۳۳	۳۰	۰-۱
۳۴	۲۸	۱-۲
۲۳	۲۲	۲-۳
۲۰	۱۹	۳-۴
۱۶	۱۵	۴-۵
۱۴	۱۳	۵-۶
۱۱	۱۲	۶-۷
۱۲	۱۰	۷-۸
۹	۸	۸-۹
۱۰	۱۱	۹-۱۰
۶	۸	۱۰-۱۱
۹	۷	۱۱-۱۲

برگرفته از:

Adapted with permission from Krebs NF, Reidinger CJ, Robertson AD, Hambidge KM. Growth and intakes of energy and zinc in infants fed human milk. J Pediatr. 1994;124:32-39; and Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lönnnerdal B. Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: the DARLING Study. Pediatrics. 1992;89:1035-1041.

مکمل ویتامین و مواد معدنی

ویتامین های محلول در چربی

ویتامین k

کمبود ویتامین k موجب مشکلات انعقاد خون شده و ممکن است باعث خونریزی زودرس، کلاسیک یا دیررس نوزادی در پوست، غشاء مخاطی، دستگاه گوارش یا مغز شود. کافی بودن ویتامین k بستگی به تولید آن توسط فلور روده ای دارد. فلور روده ای شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شود ویتامین k نسبتاً کمتری در هفته های اول تولید می کند. میزان ویتامین k در شیر مادر کم است. ویتامین k به شیر مصنوعی افزوده می شود. برای اطمینان از کافی بودن آن و پیشگیری از بیماری های خونریزی دهنده در نوزادان، یک دز ویتامین k (۱mg-۰/۵ تزریق عضلانی) به همه نوزادان در بدو تولد تجویز می شود (فصل ۲).

ویتامین D

نیاز به ویتامین D را می توان از طریق مواجهه با نور خورشید تأمین کرد، اما امکان تعیین میزان کافی نور خورشید برای هر شیرخوار وجود ندارد، و از نظر تولید ویتامین D آندوژن، تنوع نژادی و جغرافیایی زیادی وجود دارد. به علاوه در سال های اخیر نگرانی در مورد خطر سرطان پوست منجر به توصیه هایی علیه تماس با نور خورشید در کودکان و استفاده از پمادهای ضد آفتاب شده است که تولید ویتامین D را کاهش می دهد. مقدار کافی دریافت ویتامین D برای شیرخواران (۴۰۰IU/day) با مصرف شیر مادر به تنهایی یا دریافت کمتر از ۱ لیتر شیر مصنوعی، تأمین نمی شود.

مواردی از ریکتز ناشی از دریافت ناکافی ویتامین D و مواجهه محدود با نور خورشید در شیرخواران گزارش شده است. لذا این شیرخواران بدون دریافت مکمل ویتامین D در معرض افزایش خطر ریکتز هستند. برای همه شیرخواران پس از ترخیص از بیمارستان باید مصرف ۴۰۰IU در روز ویتامین D شروع شود. این مقدار باید تا زمانی که شیرخوار با شیرمادر تغذیه می شود ادامه یابد.

در صورتی که شیرخوار روزانه یک لیتر شیر مصنوعی یا شیر گاو غنی شده با ویتامین D مصرف می کند (بعد از سن ۱۲ ماهگی)، تجویز مکمل ویتامین D باید قطع شود. مکمل های غذایی مادر، نیاز شیرخوار به مکمل ویتامین D را رفع نمی کند. با توجه به وجود اختلاف در مقدار ویتامین D محصولات تجاری، مقادیر توصیه شده به صورت واحد (۴۰۰IU) باشد نه به صورت حجم (ml).

مولتی‌ویتامین‌ها

مولتی‌ویتامین‌ها باید برای شیرخواران نارس که با شیرمادر تغذیه می‌شوند تجویز گردد. در اکثر مناطق دنیا، برای شیرخواران ترم و رسیده‌ای که با شیرمادر تغذیه می‌شوند، نیازی به تجویز روتین مکمل مولتی‌ویتامین نمی‌باشد. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، در شیرخواران و کودکانی که با شیرمادر تغذیه شده‌اند، کمبود ویتامین A مشاهده شده و برنامه‌هایی برای تجویز دوره‌ای مکمل توصیه می‌شود. غلظت ویتامین شیر انسان ممکن است تحت تأثیر رژیم غذایی مادر باشد. سوء تغذیه مادر و الکلیسم مواردی هستند که در بازتوانی تغذیه‌ای باید مکمل مولتی‌ویتامین برای مادر در نظر گرفته شود. مادرانی که رژیم غذایی گیاهی دارند، مقدار کافی ویتامین B_{۱۲} از طریق رژیم غذایی دریافت نمی‌کنند که منجر به کمبود غلظت B_{۱۲} در شیرشان می‌شود. شیرخواران این مادران ممکن است کمبود ویتامین B_{۱۲}، بدون علائم قابل مشاهده در مادر را نشان بدهند. بنابراین مادران گیاه‌خوار، برای اطمینان از دسترسی کافی به ریز مغذی‌ها، باید مکمل مولتی‌ویتامین دریافت کنند. اگر مادر مکمل دریافت کند، دیگر نیازی به دادن مکمل ویتامین‌های محلول در آب به شیرخوار نیست.

آهن

ذخایر آهن در بدو تولد، فاکتور مهم و تعیین کننده‌ای برای خطر بروز آنمی در دوره شیرخواری می‌باشد. در نوزاد رسیده و طبیعی که معمولاً ذخایر کافی آهن دارد خطر بروز کم‌خونی با تغذیه انحصاری با شیرمادر تا قبل از سن ۹ ماهگی کم است. اگرچه ممکن است نشانه‌های بیوشیمیایی، کمبود میزان آهن در برخی از شیرخواران ۶ تا ۹ ماه را نشان دهد. برخی از شیرخواران ممکن است برای تأمین ذخایر آهن به قطره‌های خوراکی آهن قبل از ۶ ماهگی نیاز داشته باشند. حدود ۶ ماهگی آهن باید به شکل غذاهای تکمیلی حاوی آهن و یا غنی شده با آهن و یا قطره آهن (mg/kg/day) داده شود. گوشت قرمز منبع خوبی برای آهن هم (heme) می‌باشد. آهن موجود در غلات غنی شده با آهن، زیست دسترسی کمتری دارند اما هنوز یک منبع نسبتاً خوب برای آهن هستند. خطر کمبود آهن به صورت کم‌خونی به طور عمده در شیرخواران نارس یا با وزن تولد پایین (LBW) بیشتر است که به علت کم بودن ذخایر آهن در بدو تولد می‌باشد زیرا انتقال آهن از جفت به طور عمده در سه ماه آخر بارداری اتفاق می‌افتد.

نیاز آهن در این شیرخواران، احتمالاً با شروع مکمل آهن (۲ mg/kg/day) از دو هفته‌گی یا زمانی که شیرخوار بتواند غذا را در روده خود تحمل کند، به خوبی مرتفع می‌گردد. میزان آهنی که فراورده‌های مولتی‌ویتامینی حاوی آهن فراهم می‌کنند احتمالاً برای رفع نیازهای نوزادان نارس شیرمادرخوار کافی نمی‌باشد. درمان کمبود آهن باید با قطره آهن ۲ تا ۴ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز انجام شود.

فلوراید

مکمل فلوراید برای شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند طی ۶ ماه اول تولد توصیه نمی‌شود. پس از آن اگر غلظت فلوراید در آب منطقه کم‌تر از ۰/۳ppm باشد، مکمل ۰/۲۵ میلی‌گرم در روز توصیه می‌شود. دریافت فلوراید توسط مادر بر محتوای فلوراید شیرمادر اثری ندارد.

روی

دریافت روی از طریق شیرمادر تا حدود ۶ ماهگی کافی می‌باشد و پس از آن شیرخواران به مکمل یا تغذیه تکمیلی وابسته می‌باشند. شیرخواران نارس یا شیرخواران با وزن کم زمان تولد (LBW) در معرض خطر کمبود روی قرار دارند که معمولاً فقط با اختلال رشد تظاهر می‌کند.

اغلب موارد کمبود شدید روی با درماتیت اطراف منافذ بدن (Peri-orificial Dermatitis) همراه است. روی در فرآورده‌های مایع مولتی ویتامینی شیرخواران وجود ندارد. یک مکمل مایع روی که می‌تواند ۱۰mg/ml روی المنتال را فراهم نماید، دوز مصرفی آن به عنوان مکمل ۱mg به ازای هر کیلوگرم وزن بدن شیرخوار در روز می‌باشد. گوشت خالص یا غلات مخصوص شیرخواران که غنی شده و حاوی ریز مغذی‌ها هستند، منابع بسیار خوب روی برای شیرخواران بزرگتر هستند که غذاهای کمکی دریافت می‌کنند.

طول مدت تغذیه انحصاری با شیرمادر

AAP (آکادمی طب کودکان آمریکا) تغذیه انحصاری با شیرمادر را تا ۶ ماهگی توصیه می‌کند، توصیه‌ای که سازمان جهانی بهداشت و انستیتو پزشکی نیز آن را تأیید کرده‌اند. تأیید این توصیه، یافته‌هایی است که نشان می‌دهد تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه در مقایسه با ۴ ماه منجر به ایجاد تفاوت‌هایی در وضعیت سلامتی شیرخواران می‌شود (جدول ۲-۲). مطالعه PROBIT، کاهش بیماری‌های دستگاه گوارش و بهبود وضعیت شناختی را در شیرخوارانی که به مدت ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیرمادر داشتند در مقایسه با تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۳ تا ۴ ماه را نشان داده است. همچنین در شیرخواران دارای تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه، کاهش آسم و لوکمی دوران کودکی نیز نشان داده شده است. اطلاعات موجود در خصوص اوتیت مدیای حاد نیز نشان دهنده اثر حفاظتی تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه می‌باشد.

شیرخوارانی که به مدت ۴ ماه و کمی بیشتر تغذیه انحصاری داشتند در مقایسه با شیرخوارانی که هرگز شیرمادر نخوردند ۳۵ درصد خطر عفونت کمتری دارند و در شیرخواران با تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه، این خطر ۶۴ درصد کاهش داشته است. مقایسه شیرخواران با تغذیه انحصاری به مدت ۶ ماه یا بیشتر

با شیرخواران با تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۴ تا ۶ ماه، نشان داد در گروه دوم خطر بروز پنومونی ۴ برابر بیشتر می‌باشد. علاوه بر آن تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه با افزایش طول دوره آمنوره ناشی از شیردهی، قادر است فاصله بین فرزندآوری را بهبود بخشد.

تغذیه تکمیلی

AAP پی برده است که در برخی شیرخواران، به دلایل سابقه طبی و خانوادگی، وضعیت تکامل فردی و یا وضعیت اجتماعی و فرهنگی، تغذیه تکمیلی شامل دانه‌های حاوی گلوتن بین ۴ تا ۶ ماهگی شروع می‌شود. گفته می‌شود تغذیه با شیرمادر، حفاظت کننده سیستم ایمنی در برابر بیماری سللیاک، آلرژی به گندم، فرآیند اتوایمون جزایر سلولی و دیابت می‌باشد. بنابراین توصیه می‌شود غذاهای تکمیلی زمانی شروع شود که شیرخوار فقط با شیرمادر تغذیه می‌شود و در معرض پروتئین شیر گاو به هیچ فرمی قرار نگرفته باشد. مادران باید پس از شروع غذای تکمیلی نیز به تغذیه با شیرمادر در سال اول و پس از آن تشویق شوند. تعیین زمان دقیق شروع تغذیه تکمیلی برای شیرخوار که با شیرمادر تغذیه می‌شود مشکل است و در حقیقت سن مناسب یکسانی برای همه شیرخواران وجود ندارد. اکثر مؤلفین پی برده‌اند که بسیاری از شیرخواران از نظر تکاملی آماده پذیرش تغذیه تکمیلی قبل از ۶ ماهگی می‌باشند، اما تأخیر در شروع غذاهای جامد می‌تواند مفید باشد. تصمیم‌گیری در مورد شروع تغذیه تکمیلی برای هر شیرخوار لازم است براساس ملاحظاتی از جمله وزن زمان تولد، میزان رشد بعد از تولد و آمادگی تکامل او صورت گیرد. شیرخوارانی که نارس و یا با جثه کوچک برای سن حاملگی (SGA) متولد شده‌اند، ممکن است زودتر نیاز به ریز مغذی‌های فراهم شده از طریق غذای کمکی داشته باشند، به ویژه آهن و روی. تأخیر در شروع تغذیه تکمیلی پس از ۶ ماهگی توصیه نمی‌شود زیرا خطر کمبود ریز مغذی‌ها و خطر بروز بیماری‌های اتوایمیک افزایش می‌یابد.

الگوهای خواب

کمبود خواب در مادر و شیرخوار از نگرانی‌های شایع والدین است. توقع پزشک و والدین در ارتباط با خواب براساس عادات فرهنگی شکل می‌گیرد و لذا ممکن است براساس فیزیولوژی طبیعی نباشد.

مادر

در مراحل اولیه تثبیت شیردهی بسیار مهم است که مادر حداقل ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت شیرخوار را شیر بدهد که به معنی تغذیه هر ۵/۱ الی ۳ ساعت، از جمله در شب، می‌باشد. مادرانی که در مدت بستری در بیمارستان، با نوزاد خود هم اتاقی دائم (Rooming-in) دارند، به همان اندازه مادرانی که نوزاد آن‌ها در بخش

نوزادان نگهداری می شود، می خوابند. وقتی میزان تولید شیرمادر به خوبی تثبیت شد، یک خواب طولانی حدود ۴ ساعت برای نوزادان رسیده امکان پذیر خواهد بود، اما این امر در شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند و تغذیه انحصاری دارند در ۲ تا ۳ ماه اول تولد طبیعی و معمول نمی باشد. مادر باید تشویق شود همزمان با زمانی که شیرخوارش خواب است، بخوابد.

با هم خوابیدن

نگرانی در مورد تغذیه در شب هنگام را می توان با فراهم کردن امکان خواب شیرخوار در مجاورت و نزدیک مادر (ولی ترجیحاً در بستر مجزا از مادر) کاهش داد. در این حالت امکان شیردهی متناوب در طول شب فراهم گردیده و خواب مادر کمتر مختل می شود. برخی خانواده ها ممکن است تخت و یا گهواره متصل به تخت مادر را ترجیح دهند. استفاده از تخت مشترک یا با هم خوابیدن در یک سطح، شکل شایع خوابیدن در اکثر دنیا، از جمله در کشورهای توسعه یافته است و اثرات مفیدی در موفقیت شیردهی داشته است. AAP این وضعیت خوابیدن را به دلیل نگرانی از وقوع سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار یا مرگ ناگهانی و غیرمنتظره شیرخوار (SUID) تأیید نمی کند. خانواده هایی که این شکل از خوابیدن را انتخاب می کنند باید از خطرات آن آگاه شوند زیرا که این وضعیت ممکن است در شرایط خاص خطر آفرین باشد. اگر مادری به خاطر تغذیه از پستان، شیرخوارش را در تخت خود می خواباند، باید وی را در وضعیت خوابیده به پشت (supine) بخواباند، از روانداز شل یا نرم اجتناب کند و از تشک های آبی استفاده نکند و مطمئن شود که احتمال به دام افتادن شیرخوار وجود ندارد. بزرگسالان (غیر از والدین)، بچه ها و خواهران و برادران دیگر باید از خوابیدن در تخت شیرخوار به صورت مشترک اجتناب کنند. والدینی که تخت مشترک با شیرخوار خود دارند، نباید سیگار بکشند یا موادی مانند الکل یا دارو (چه تجویز شده توسط پزشک یا بدون نسخه یا مواد اعتیاد آور) مصرف کنند زیرا منجر به اختلال و تحریک پذیری می شود. خوابیدن روی مبل یا صندلی با شیرخوار خطرناک است و نباید انجام شود.

بهداشت دهان و دندان

برای بچه هایی که با شیرمادر تغذیه می شوند خطر پوسیدگی دندان، همچون کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند وجود دارد. پوسیدگی زودرس دندان در کودکی ترکیبی از عوامل پیچیده ای مثل فاکتورهای ژنتیک، تغذیه عمومی، مراقبت های پیشگیرانه دندان و وجود یا عدم وجود *Streptococcus mutans* - که معمولاً از طریق تماس دهانی نزدیک با مادر یا سایر بزرگسالان کسب می شود - می باشد. تغذیه با شیرمادر بر این بیماری دلالت دارد اما مطالعات مبتنی بر جمعیت ارتباطی مشخص بین تغذیه طولانی از شیرمادر و پوسیدگی دندان را تأیید نمی کند. کودکان باید در ۶ ماهگی توسط دندانپزشک ویزیت شوند و این ویزیت

نباید دیرتر از ۶ ماه پس از نیش زدن اولین دندان شیری یا سن ۱۲ ماهگی (هر کدام که زودتر حاصل شود) انجام شود. رعایت بهداشت دهان و دندان برای کودکان شیرمادرخوار همانند کودکان با تغذیه مصنوعی مهم می‌باشد.

بیماری شیرخوار

در صورت تداوم تغذیه با شیرمادر، در کل بیماری‌های شیرخوار از جمله عفونت تنفسی فوقانی یا تحتانی، اوتیت مدیا و گاستروانتریت کاهش می‌یابد. شیرمادر به علت املاح کم، قادر است در زمان تب، اسهال یا سایر مواردی که با دفع مایعات بدن همراه است، آب بدن شیرخوار را حفظ و تامین کند. تداوم تغذیه با شیرمادر به کاهش شدت و مدت زمان اسهال کمک می‌کند و در حفظ یکپارچگی و سلامت مخاط روده نیز موثر است. در صورت وجود علائم تنفسی واضح، شیرخوار از پستان بهتر از بطری شیر تغذیه می‌کند، زیرا در تغذیه از پستان کنترل بهتری بر جریان شیر خواهد داشت. اگر شیرخوار قادر به مکیدن نباشد، شیرمادر را می‌توان دوشید و از طریق سرنگ، فنجان کوچک یا لوله معده به شیرخوار داد. علاوه بر مناسب بودن شیرمادر برای شیرخوار بیمار، شیرخوار در تغذیه با شیرمادر آرامش و راحتی بیشتری به دلیل نزدیکی به مادر خواهد داشت.

بستری شدن مجدد در بیمارستان

نظر به اینکه میزان تغذیه با شیرمادر افزایش یافته است، بستری شدن مجدد نوزاد در بیمارستان به علت از دست دادن شدید وزن، دهیدراتاسیون، هیپر بیلی روبینمی و هیپرناترمی ناشی از روش‌های نادرست تغذیه با شیرمادر و پیگیری ناکافی شیرخوار، اتفاق می‌افتد. در جریان هر گونه بستری شدن، باید تلاش کرد شیردهی مادر تداوم یافته، و در صورت نیاز مکمل غذایی مناسب برای شیرخوار فراهم گردد، شیردهی مادر مورد ارزیابی قرار گرفته و مداخلات لازم برای شیردهی موفق انجام گیرد. میزان تولید شیر باید با روش‌های مناسب تغذیه و در صورت لزوم دوشیدن شیر (مکانیکی یا دستی) افزایش یابد. باید هر تلاشی انجام شود تا مادر و شیرخوار در کنار یکدیگر باشند. هر گاه مادر شیرده نیاز به بستری شدن داشته باشد باید تلاش کرد تا شیردهی تداوم یابد، چه از طریق نگهداری شیرخوار در بیمارستان در کنار مادر و یا آوردن شیرخوار نزد مادر، یک بار یا بیشتر در روز تا فرایند تخلیه پستان تکمیل شود. (فصل ۱۰).

آموزش تغذیه با شیرمادر حین مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه کودک

شیردهی مانند رشد و تکامل یک پروسه دینامیک و پویا است. بنابراین مراقبین بهداشتی در هر ویزیت پیگیری باید متوجه احتمال بروز مشکل در برنامه شیردهی مادر باشند. ارزیابی تغذیه با شیرمادر، همراه با

تشویق و آموزش به موقع می تواند نتایج شیردهی موفق را افزایش دهد. خلاصه ای از نکات کلیدی که باید در هر ویزیت پیگیری، از زمان اولین ویزیت نوزاد تا ۱۲ ماهگی مورد توجه قرار گیرد در جداول ۳-۸ تا ۱۰-۸ آمده است.

تغذیه با شیرمادر در سال دوم زندگی و پس از آن

تغذیه با شیرمادر همراه با تغذیه تکمیلی مناسب، باید تا هر زمانی که مادر و شیرخوار هر دو تمایل دارند ادامه یابد. در جوامعی که کودکان اجازه دارند تا هر زمان که بخواهند با شیرمادر تغذیه شوند، معمولاً کودک بدون آسیب روحی، بین ۳-۴ سالگی خود را از شیر می گیرد. این مطلب ممکن است برای پزشکان عجیب باشد که بیمار آن ها، در واقع طولانی تر از آنچه آنها اعتقاد دارند شیردهی را ادامه می دهد. مادران ممکن است از افشای این مطلب که شیردهی به شیرخوار یا کودک خود را ادامه می دهند خودداری کنند، زیرا تصور می کنند پزشک شان ممکن است تداوم شیردهی را حمایت یا تأیید نکند.

مطالعاتی که فواید شیرمادر برای شیرخوار و مادر را نشان می دهد، موید آن است که بسیاری از فواید شیرمادر مستقیماً با مدت زمان شیردهی ارتباط دارد. ترکیب شیرمادر، از جمله بسیاری از مواد مغذی و فاکتورهای فعال بیولوژیک آن، از ۱۲ تا ۲۴ ماهگی تغییر قابل ملاحظه ای نمی کند. از آنجایی که تکامل کامل سیستم ایمنی انسان ممکن است تا چندین سال طول بکشد، محتویات شیرمادر به حمایت از سیستم دفاعی شیرخوار ادامه می دهد. تغذیه با شیرمادر آرامش و توجه را نیز بهبود می دهد. رابطه عاطفی قوی با مادر طی سال های اولیه دوران زندگی می تواند اثرات رفتاری-عصبی مثبتی داشته باشد. تغذیه طولانی با شیرمادر، یک تجربه مثبت دو طرفه برای مادر و کودک خواهد بود.

جدول ۳-۸- اولین ویزیت نوزاد

ارزیابی تغذیه با شیرمادر

- پرونده دوران بارداری و حین زایمان مادر، و پرونده ریکآوری و انتقال نوزاد را مرور و بررسی کنید.
- در مورد زمان و وقایع زایمان و اولین تغذیه سوال کنید. آیا اولین تغذیه طی ۳۰ دقیقه اول پس از زایمان انجام شده است؟
- آیا مادر قبلاً شیردهی داشته است؟
- مادر چگونه شیر می دهد و احساس وی در مورد شیردهی چیست؟
- آیا مادر و شیرخوار تماس پوست با پوست داشته اند و تغذیه بر اساس علائم و نشانه های گرسنگی (cue-based feedings) است؟ (اغلب مادران ترجیح می دهند تماس پوست با پوست را ادامه دهند).
- آیا نوزاد بیش از حد خواب آلود است و برای تغذیه به سختی بیدار می شود؟
- آیا نوزاد به راحتی پستان را می گیرد و با اشتیاق شیر می خورد؟
- تعداد دفعات تغذیه نوزاد در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول چند بار بوده است؟
- آیا نوزاد غیر از شیرمادر چیز دیگری دریافت می کند؟
- تعداد پوشک (کهنه) مرطوب شیرخوار در ۲۴ ساعت گذشته چند عدد بوده است؟
- تعداد دفعات دفع مدفوع شیرخوار در ۲۴ ساعت گذشته چند بار بوده است؟
- به هر نوع ناراحتی (یا درد) مادر توجه و آن را برطرف کنید.
- آیا مادر دارویی دریافت می کند؟
- احساس سایر اعضاء خانواده در ارتباط با تغذیه با شیرمادر چیست؟

معاینه مادر و نوزاد

- وزن زمان تولد و سن حاملگی را بدست آورید.
- وضعیت عصبی-رفتاری نوزاد را ارزیابی کنید.
- مقدار افزایش وزن شیرخوار یا وزن از دست رفته او را از زمان تولد محاسبه کنید.
- معاینه روتین نوزاد را با توجه به معاینات حرکتی-دهانی انجام دهید.
- وضعیت هیدراتاسیون نوزاد را ارزیابی کنید.
- شیرخوار را از نظر ایکنتر مشاهده کنید و مقدار بیلی روبین و ناحیه خطر آن را (risk zone) بررسی کنید.
- شیردهی مادر را مشاهده کنید.
- روش دوشیدن شیر با دست را به مادر آموزش دهید.
- مادر را تشویق کنید نگرانی هایش در خصوص تغییرات پستان در طول مدت شیردهی را بیان کند. او را معاینه کنید و در صورت لزوم برای بررسی بالینی به مشاور شیردهی ارجاع دهید.

ارایه آموزش های به هنگام

- رفتار تغذیه ای طبیعی نوزاد را توضیح دهید.
- الگوهای طبیعی کاهش وزن و وزن گیری شیرخوار را با استفاده از استانداردهای رشدی موجود بررسی کنید. (منابع قدیمی تر رشد ممکن است صدک های طبیعی را اشتباه تفسیر کند).
- تغذیه بر اساس میل و تقاضای شیرخوار را تشویق کنید، تقریباً ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت.
- در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی بحث کنید.
- استفاده از پستانک را منع کنید و در ارتباط با خطرات بالقوه آن بحث کنید.
- الگوهای طبیعی دفع را مرور کنید.
- دریافت ۴۰۰ واحد مکمل ویتامین D در روز را برای نوزاد توصیه کنید.

مداخلات در تغذیه با شیرمادر

- مراقبت و حمایت منسجم ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول مهم است.
- تلاش کنید علل تولید ناکافی شیر مادر را قبل از اینکه چیز دیگری غیر از شیرمادر شروع شود، تشخیص داده و درمان کنید.
- دیابت و سایر بیماری های مادر را که ممکن است بر تولید شیر تأثیر بگذارد غربالگری و شناسایی کنید.
- اگر مادر و نوزاد جدا از هم هستند، تدابیر تداوم تولید شیر را برقرار کنید.
- اگر مشکل ادامه دارد، ارجاع به مشاور شیردهی را در نظر داشته باشید.

ویزیت ترخیص:

- والدین را بخاطر تصمیم شان برای تغذیه با شیرمادر تایید کنید.
- برخی فواید تغذیه انحصاری با شیرمادر را مرور کنید.
- به مادر یادآوری کنید برای رفع نیازهایش، غذا و مایعات کافی مصرف نماید.
- برنامه ویزیت شیرخوار را ۴۸ ساعت پس از ترخیص یا در سن ۳ تا ۵ روزگی، در مطب یا منزل تنظیم نمایید (در صورت وجود اندیکاسیون، می توان زودتر ویزیت کرد).
- مادر را به خدمات یا گروه های اجتماعی حمایت از تغذیه با شیرمادر ارجاع دهید.

برگرفته از:

Checklists for Breastfeeding Health supervision. EIK Grove village, IL: American Academy of pediatrics; 2013.

جدول ۴-۸-۴ تا ۷۲ ساعت پس از ترخیص

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

- تعداد دفعات تغذیه در ۲۴ ساعت گذشته چند بار بوده است؟
- تعداد پوشک (کهنه) مرطوب شیرخوار در ۲۴ ساعت گذشته چند بار بوده است؟
- تعداد دفعات دفع مدفوع و زنگ آن در ۲۴ ساعت گذشته چند بار بوده است؟
- آیا نوزاد برای تغذیه نیاز به بیدار کردن دارد؟
- آیا نوزاد به راحتی پستان را می‌گیرد و با اشتیاق شیر می‌خورد؟
- آیا به نوزاد غیر از شیرمادر چیز دیگری داده می‌شود؟
- مادر چگونه شیر می‌دهد و احساس وی در مورد شیردهی چیست؟
- به هر نوع ناراحتی (یا درد) مادر توجه و آن را برطرف کنید.
- آیا مادر نشانه‌های افزایش تولید شیر را تجربه کرده است؟ اگر بلی، چه زمانی؟ و اگر خیر، اهمیت کنترل کردن مادر و نوزاد را تا زمان ایجاد این علائم توضیح دهید.
- آیا مادر دارویی دریافت می‌کند؟
- تغذیه مادر چگونه است؟
- احساس سایر اعضای خانواده در ارتباط با تغذیه با شیرمادر چیست؟

معاینه مادر و نوزاد:

- مقدار افزایش وزن شیرخوار یا وزن از دست رفته او را از زمان تولد محاسبه کنید (جدول ۲-۸).
- شیردهی مادر را مشاهده کنید.
- مادر را تشویق کنید نگرانی‌هایش در خصوص تغییرات پستان در طول مدت شیردهی را بیان کند. او را معاینه کنید و در صورت لزوم برای بررسی بالینی به مشاور شیردهی ارجاع دهید.
- معاینه روتین نوزاد را با توجه به معاینات حرکتی-دهانی انجام دهید.
- وضعیت هیدراتاسیون نوزاد را ارزیابی کنید.
- شیرخوار را از نظر کمتر مشاهده کنید و مقدار بیلی‌روبین و ناحیه خطر آن را (risk zone) بررسی کنید.

ارایه آموزش‌های به هنگام

- در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی بحث کنید.
- تغذیه بر اساس میل و تقاضای شیرخوار را تشویق کنید.
- الگوهای طبیعی تغذیه از پستان را مرور کنید.
- استفاده از پستانک را منع کنید و در ارتباط با خطرات بالقوه آن بحث کنید.
- به مادر توصیه کنید در نزدیکی و مجاورت شیرخوار بخوابد اما از خوابیدن در یک بستر مشترک اجتناب کنند.
- فاصله دفعات شیردهی شبانه طولانی نشود.
- الگوهای طبیعی دفع را مرور کنید.
- بر اهمیت مصرف مکمل ویتامین D تأکید کنید.

مداخلات در تغذیه با شیرمادر

- تلاش کنید علت تولید ناکافی شیرمادر را قبل از اینکه چیز دیگری غیر از شیرمادر شروع شود، تشخیص داده و درمان کنید.
- ارجاع به مشاور شیردهی را در صورت ادامه مشکل، در نظر داشته باشید.
- یک گروه حمایتی تشکیل دهید یا مادر را به گروه های موجود در زمینه حمایت از شیرمادر ارجاع دهید.
- پایان ویزیت
- به والدین بخاطر تصمیم شان برای تغذیه با شیرمادر تبریک بگویید.
- برخی فواید تغذیه با شیرمادر را مرور کنید.
- به مادر یادآوری کنید برای رفع نیازهایش، غذا و مایعات کافی مصرف نماید.
- برنامه پیگیری مناسبی را تا زمان وزن گیری کافی و پیشرفت خوب در تغذیه با شیرمادر تنظیم نمایید.

برگرفته از

Checklists for Breastfeeding Health supervision. EIK Grove village, IL: American Academy of pediatrics; 2013.

جدول ۵-۸- ویزیت یک ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

- الگوی تغذیه شیرخوار چگونه است؟
- تعداد دفعات تغذیه در ۲۴ ساعت چند بار است؟
- آیا تغذیه از پستان بر اساس میل و تقاضای شیرخوار است؟
- تعداد دفعات دفع ادرار و مدفوع در ۲۴ ساعت چند بار است؟
- آیا نوزاد غیر از شیرمادر چیز دیگری دریافت می‌کند؟
- احساس مادر چگونه است؟
- تصور مادر از میزان شیر خود چگونه است؟
- وضعیت تغذیه مادر را ارزیابی کنید.
- احساس سایر اعضای خانواده در ارتباط با تغذیه با شیرمادر چیست؟

معاینه مادر و نوزاد:

- تغییر وزن نوزاد از بدو تولد و از ویزیت قبلی را محاسبه کنید. (جدول ۲-۸)
- نوزاد باید در هر هفته ۱۴۰ تا ۲۰۰ گرم (۷-۵ اونس) وزن گرفته باشد.
- اگر وزن‌گیری کافی نیست یا تغذیه غیر مؤثر است، تغذیه از پستان را مشاهده کنید.
- مادر را با استفاده از ابزارهای استاندارد غربالگری افسردگی، ارزیابی کنید.
- معاینه کامل انجام دهید.

ارایه آموزش‌های به هنگام

- در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی بحث کنید.
- آیا مادر معمولاً ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت شیر می‌دهد؟
- مادر را تشویق کنید بدون محدودیت به شیرخوار شیر بدهد.
- الگوهای طبیعی تغذیه شبانه، معمولاً ۱ یا ۲ بار در شب را مرور کنید.
- اهمیت مصرف مکمل ویتامین D را به خانواده یادآوری کنید.
- استفاده از پستانک را منع کنید و در ارتباط با خطرات بالقوه آن بحث کنید.
- تغییرات در الگوی طبیعی دفع را توضیح دهید.
- تغذیه مادر را مرور کنید.
- در ارتباط با تصمیم مادر برای برگشت به کار یا محل تحصیل صحبت کنید.
- تکنیک‌های دوشیدن شیر و ذخیره‌سازی شیر را توضیح دهید.
- در مورد داروهای رایج بدون تجویز پزشک صحبت کنید.

مداخلات تغذیه با شیرمادر

- تلاش کنید تولید ناکافی شیرمادر را قبل از اینکه چیز دیگری غیر از شیرمادر شروع شود، تشخیص داده و درمان کنید.
- اگر مشکلی در حال وقوع است، ارجاع به متخصص شیردهی را در نظر داشته باشید.

پایان ویزیت:

- موفقیت‌های شیردهی مادر را به وی یادآوری کنید.
- برخی فواید شیردهی را مرور کنید.
- در صورتی که شیرخوار قرار است در مراکز مراقبت از کودک ثبت نام شود، تداوم تغذیه با شیرمادر را تشویق کنید (فصل ۱۰).

برگرفته از:

جدول ۶-۸- ویزیت ۲ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

- الگوی تغذیه شیرخوار چگونه است؟
- آیا شیرخوار از تغذیه راضی است؟
- آیا تغذیه شیرخوار بر اساس میل و تقاضای اوست؟
- آیا شیرخوار غیر از شیرمادر، چیز دیگری می خورد؟
- احساس مادر چگونه است؟
- تصور مادر از میزان شیر خود چگونه است؟
- آیا مادر دارویی دریافت می کند؟
- تغذیه مادر چگونه است؟
- آیا مادر محدودیتی در مصرف برخی غذاها دارد؟
- احساس اعضای خانواده در ارتباط با تغذیه با شیرمادر چگونه است؟

معاینه مادر و شیرخوار:

- تغییر وزن شیرخوار از تولد و ویزیت قبلی را محاسبه کنید (جدول ۲-۸).
- شیرخوار باید ۱۴۰ تا ۲۰۰ گرم (۷-۵ اونس) در هفته وزن بگیرد.
- اگر وزن گیری ناکافی است یا تغذیه غیر موثر است، تغذیه از پستان را مشاهده کنید.
- معاینه روتین را انجام دهید.

ارایه آموزش های به هنگام

- در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی بحث کنید.
- آیا مادر ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت شیر می دهد؟
- مادر را تشویق کنید بدون محدودیت به شیرخوار شیر بدهد.
- الگوهای طبیعی تغذیه شبانه، معمولاً ۱ یا ۲ بار در شب را مرور کنید.
- در شیرخواری که با شیرمادر تغذیه می شود، به طور طبیعی ممکن است دفعات مدفوع کم تر شود.
- در ارتباط با تغذیه با شیرمادر در دوران دندان درآوردن صحبت کنید.
- تغذیه مادر را مرور کنید.
- در ارتباط با تصمیم مادر برای برگشت به محل تحصیل یا کار صحبت کنید.
- تکنیک های دوشیدن و ذخیره سازی شیر را توضیح دهید.
- در مورد داروهای رایج بدون تجویز پزشک صحبت کنید.

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

- تلاش کنید تولید ناکافی شیرمادر را قبل از اینکه چیز دیگری غیر از شیرمادر شروع شود، تشخیص داده و درمان کنید.
- اگر مشکلی در حال وقوع است، ارجاع به متخصص شیردهی را در نظر داشته باشید.

پایان ویزیت:

- موفقیت های شیردهی مادر را به وی یادآوری کنید.
- فواید تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماه را مرور کنید.
- در صورتی که شیرخوار قرار است در مراکز مراقبت از کودک ثبت نام شود، تداوم تغذیه با شیرمادر را تشویق کنید (فصل ۱۰).

برگرفته از:

جدول ۷-۸- ویزیت ۴ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

- الگوی تغذیه شیرخوار چگونه است؟
- آیا شیرخوار از تغذیه راضی است؟
- آیا تغذیه شیرخوار بر اساس میل و تقاضای اوست؟
- آیا طولانی‌ترین خواب شیرخوار در شب است؟ اگر نیست، چه موقع است؟
- آیا شیرخوار چیزی غیر از شیرمادر می‌خورد؟ اگر بله، چه چیزی؟
- تصور مادر از میزان شیر خود چگونه است؟
- آیا مادر دارویی دریافت می‌کند؟
- تغذیه مادر چگونه است؟
- احساس اعضای خانواده در ارتباط با تغذیه با شیرمادر چگونه است؟

معاینه مادر و شیرخوار

- تغییر وزن شیرخوار از زمان تولد و از ویزیت قبلی را محاسبه کنید (جدول ۲-۸).
- شیرخوار باید ۱۴۰ تا ۲۰۰ گرم (۷-۵ اونس) در هفته افزایش وزن پیدا کند.
- اگر وزن‌گیری ناکافی است یا تغذیه غیر موثر است، یا مادر نگرانی در این زمینه دارد تغذیه از پستان را مشاهده کنید.
- معاینه روتین را انجام دهید.
- مادر را با استفاده از ابزارهای استاندارد غربالگری افسردگی، ارزیابی کنید.

ارایه آموزش‌های به هنگام

- آیا مادر در ۴ ماهگی، ۱۲-۶ بار در روز شیرخوار را شیر می‌دهد؟
- اهمیت تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی را بحث کنید.
- مادر را تشویق کنید بدون محدودیت به شیرخوار شیر بدهد.
- الگوهای طبیعی تغذیه شبانه، معمولاً ۱ یا ۲ بار در شب را مرور کنید.
- در خصوص لزوم استفاده از مکمل آهن را در آینده نزدیک بحث کنید.
- تعداد دفعات دفع مدفوع در شیرخواری که به طور طبیعی با شیرمادر تغذیه می‌شود، ممکن است کم‌تر شود.
- در مورد تغذیه با شیرمادر در دوران دندان درآوردن صحبت کنید.
- در مورد افزایش بازیگوشی کودک حین تغذیه صحبت کنید.
- تغذیه مادر را مرور کنید.
- در مورد تصمیم مادر برای برگشت به کار یا محل تحصیل صحبت کنید.
- تکنیک‌های دوشیدن و ذخیره‌سازی شیر را توضیح دهید.
- در مورد داروهای رایج بدون تجویز پزشک صحبت کنید.

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

- تلاش کنید تولید ناکافی شیرمادر را قبل از اینکه چیز دیگری غیر از شیرمادر شروع شود، تشخیص داده و درمان کنید.
- در صورتی که شیرخوار وزن‌گیری مناسب دارد و مادر از رفتار تغذیه‌ای شیرخوار رضایت دارد، معمولاً هیچ مداخله‌ای لازم نیست.

پایان ویزیت:

- موفقیت‌های شیردهی مادر را به وی یادآوری کنید.
- برخی از فواید شیردهی را مرور کنید.

برگرفته از:

جدول ۸-۸ - ویزیت ۶ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر

- الگوی تغذیه شیرخوار چگونه است؟
- آیا شیرخوار از تغذیه راضی است؟
- آیا طولانی ترین دوره خواب شیرخوار در شب است؟ در غیر این صورت، چه زمانی است؟
- آیا شیرخوار چیز دیگری غیر از شیر مادر می خورد؟ اگر بله، چه چیزی؟
- تصور مادر از میزان شیر خود چگونه است؟
- آیا مادر دارویی دریافت می کند؟
- تغذیه مادر چگونه است؟
- احساس اعضای خانواده در ارتباط با تغذیه با شیر مادر چگونه است؟

معاینه مادر و شیرخوار:

- تغییر وزن شیرخوار از بدو تولد و از ویزیت قبلی را محاسبه کنید (جدول ۲-۸).
- روند وزن گیری شیرخوار را با استفاده از منحنی های رشد استاندارد ارزیابی کنید.
- اگر وزن گیری ناکافی است، یا تغذیه غیر مؤثر است یا مادر نگرانی در این زمینه دارد، تغذیه از پستان را مشاهده کنید.
- معاینه کامل انجام دهید.
- مادر را با استفاده از ابزارهای استاندارد غربالگری افسردگی، ارزیابی کنید.

ارایه آموزش های به هنگام

- آیا مادر معمولاً شیرخوار را ۱۲-۶ بار در ۲۴ ساعت شیر می دهد؟
- اهمیت تداوم تغذیه با شیرمادر را مرور کنید.
- در خصوص آمادگی برای شروع تغذیه تکمیلی صحبت کنید.
- اهمیت مصرف غذاهای حاوی آهن را بیان کنید.
- در مورد دادن شیر دوشیده مادر یا مایعات مکمل با فنجان صحبت کنید.
- در مورد افزایش بازیگوشی شیرخوار طی تغذیه صحبت کنید.
- در مورد تغذیه با شیرمادر در دوران دندان درآوردن صحبت کنید.
- در صورت لزوم مکمل فلوراید را شروع کنید.
- تغذیه مادر را مرور کنید.
- توصیه کنید مادر معاینه روتین پستان توسط پزشک را انجام دهد.

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

- اگر کودک در حال وزن گیری است و مادر از رفتار تغذیه ای شیرخوار رضایت دارد، معمولاً هیچ مداخله ای ضرورت ندارد.

پایان ویزیت:

- موفقیت های شیردهی مادر را به وی یادآوری کنید به ویژه اگر شیرخوار تا ۶ ماهگی به صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه شده باشد.
- برخی از فواید تداوم تغذیه با شیرمادر حداقل به مدت یک سال و بیشتر را مرور کنید.

برگرفته از:

جدول ۹-۸- ویزیت ۹ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

- الگوی تغذیه شیر چگونه است؟
- آیا طولانی‌ترین دوره خواب شیرخوار در شب است؟ در غیراین صورت چه زمانی است؟
- شیرخوار چه غذاهایی غیر از شیرمادر دریافت می‌کند؟
- آیا مادر دارویی دریافت می‌کند؟
- تغذیه مادر چگونه است؟
- احساس اعضای خانواده در ارتباط با تغذیه شیرخوار با شیرمادر چگونه است؟

معاینه مادر و شیرخوار:

- تغییر وزن شیرخوار از بدو تولد و از ویزیت قبلی را محاسبه کنید. (جدول ۲-۸)
- روند وزن‌گیری شیرخوار را با استفاده از منحنی‌های رشد استاندارد ارزیابی کنید.
- اگر وزن‌گیری ناکافی است، یا تغذیه غیر مؤثر است یا مادر نگرانی در این زمینه دارد، تغذیه از پستان را مشاهده کنید.
- معاینه کامل انجام دهید.
- مقدار هموگلوبین یا هماتوکریت را اندازه‌گیری کنید.

ارایه آموزش‌های به هنگام

- آیا مادر معمولاً شیرخوار را کمتر از ۸-۶ بار در ۲۴ ساعت (برحسب میل او) شیر می‌دهد؟
- اهمیت تداوم تغذیه با شیرمادر را مرور کنید.
- اهمیت مصرف غذاهای حاوی آهن را بیان کنید.
- در مورد دادن شیر دوشیده مادر یا مایعات مکمل با فنجان صحبت کنید.
- در مورد تغذیه با شیرمادر در دوران دندان درآوردن صحبت کنید.
- در مورد رفتار تغذیه ای شیرخوار بزرگ‌تر، از جمله اعتصاب در شیرخوردن بحث کنید.
- در مورد مهارت‌های جدید ارتباطی شیرخوار که روی رفتارهای تغذیه با شیرمادر تأثیر می‌گذارد، بحث کنید.
- در مورد فشارهای احتمالی خانواده یا اطرافیان برای از شیر گرفتن شیرخوار بحث کنید.
- فواید تغذیه طولانی‌مدت با شیرمادر را بحث کنید.
- تغذیه مادر را مرور کنید.
- توصیه کنید مادر معاینه روتین پستان توسط پزشک را انجام دهد.

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

- اگر کودک در حال وزن‌گیری است و مادر از رفتار تغذیه‌ای شیرخوار رضایت دارد، معمولاً هیچ مداخله‌ای ضرورت ندارد.

پایان ویزیت:

- موفقیت‌های شیردهی مادر را به وی یادآوری کنید، به ویژه اگر شیرخوار تا ۶ ماهگی به صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه شده باشد.
- فواید تداوم تغذیه با شیرمادر را مرور کنید.

برگرفته از:

جدول ۱۰-۸- ویزیت ۱۲ ماهگی و پس از آن در مطب**ویزیت ۱۲ ماهگی در مطب:**

- ارزیابی تغذیه با شیر مادر
- الگوی تغذیه شیرخوار چگونه است؟
- آیا طولانی ترین دوره خواب شیرخوار در شب است؟ اگر خیر، چه زمانی است؟
- شیرخوار چه غذاهای دیگری دریافت می کند؟
- آیا مادر دارویی مصرف می کند؟
- تغذیه مادر چگونه است؟
- احساس اعضای خانواده درباره تغذیه با شیر مادر چگونه است؟

معاینه مادر و شیرخوار:

- تغییر وزن کودک از بدو تولد و از ویزیت قبلی را محاسبه کنید. (جدول ۲-۸)
- معاینه کامل انجام دهید.
- در صورت لزوم، هموگلوبین یا هماتوکریت را اندازه گیری کنید.
- اگر وزن گیری ناکافی است، یا تغذیه غیر موثر است یا مادر نگرانی در این زمینه دارد، تغذیه از پستان را مشاهده کنید.

ارایه آموزش های به هنگام

- آیا مادر ۸-۴ بار در ۲۴ ساعت شیر می دهد؟
- اهمیت تداوم تغذیه با شیرمادر را مرور کنید.
- در مورد اهمیت مصرف غذاهای حاوی آهن و شروع غذاها و طعم های متنوع بحث کنید.
- در مورد دادن شیر دوشیده مادر یا مایعات مکمل با فنجان صحبت کنید.
- در مورد تغذیه با شیرمادر در دوران دندان درآوردن صحبت کنید.
- در مورد رفتار تغذیه ای شیرخوار در سنین بالاتر بحث کنید.
- در مورد مهارت های جدید ارتباطی شیرخوار که روی رفتارهای تغذیه با شیرمادر تاثیر می گذارد، بحث کنید.
- در مورد فشارهای احتمالی خانواده یا اطرافیان برای از شیر گرفتن شیرخوار بحث کنید.
- اگر مادر در نظر دارد شیرخوار را از شیر بگیرد، در مورد تکنیک های صحیح از شیر گرفتن شرح دهید.
- تغذیه مادر را مرور کنید.
- به مادر معاینه روتین پستان توسط پزشک خود را توصیه کنید.

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

- مداخله یا حمایت مورد نیاز را فراهم کنید.

پایان ویزیت:

- موفقیت های شیردهی مادر تا ۱۲ ماهگی را به وی یادآوری کنید.
- برخی از فواید تغذیه با شیرمادر در یک کودک نوپا را مرور کنید.
- ویزیت ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی و پس از آن:
- حمایت از تغذیه با شیرمادر و راهنمایی های مورد نظر باید تا مادامی که مادر و کودک به تغذیه با شیرمادر ادامه می دهند، در ویزیت های مراقبتی کودک سالم ادامه یابد.

برگرفته از:

از شیر گرفتن

از شیر گرفتن می‌تواند یا به معنای شروع فرآیند معرفی تدریجی غذاهای کمکی و کاهش تغذیه با شیرمادر، و یا قطع کامل تغذیه با شیرمادر باشد. از شیر گرفتن روند پیچیده‌ای است که تطابق تغذیه‌ای، میکروبیولوژیک، ایمنولوژیک، بیوشیمیایی و روانی را در بر می‌گیرد.

از شیر گرفتن با هدایت و تمایل شیرخوار

این مسئله ممکن است به سهولت با اعتصاب شیرخوار اشتباه شود، دلایلی که به طور معمول در تلاش شیرخوار برای از شیر گرفتن خود دخالت دارند، شامل تولید ناکافی (مثلاً ناشی از بیماری مادر، برگشت مادر به کار) و بیماری شیرخوار می‌باشد.

از شیر گرفتن با هدایت و تمایل مادر

این نوع از شیر گرفتن باید به تدریج انجام شود و هر یک بار تغذیه با شیرمادر، بسته به سن شیرخوار و مرحله تکامل او با غذای جامد، یا با دادن شیر یا مایعات دیگر با فنجان، جایگزین شود. تغذیه در شب اغلب آخرین وعده‌ای است که باید قطع شود. گاهی قطع ناگهانی شیرمادر به علت بیماری شدید مادر یا جدایی طولانی مدت مادر و شیرخوار لازم می‌شود. مادر باید از روش‌های دستی یا مکانیکی دوشیدن شیر برای رفع سفتی و پری پستان استفاده کند، واز سینه بند راحت و نگهدارنده استفاده نماید و همچنین مراقب بروز علائم مجرای بسته یا عفونت پستان باشد. اقدامات دیگر از جمله کمپرس سرد می‌تواند در کاهش احتقان پستان کمک کننده باشد. از شیر گرفتن سریع، خطر بروز ماستیت در مادر را افزایش می‌دهد. شیرخوار باید بیشتر در آغوش گرفته شود و مورد نوازش قرار گیرد. البته مادر نیز به توجه بیشتری نیاز دارد.

فصل نهم

تداوم شیردهی - جنبه‌های مادری

حمایت از مادران شیرده باید بلافاصله پس از زایمان ادامه یابد. متخصصین زنان و مامایی باید در ویزیت‌های مختلف پس از زایمان وضعیت پستان‌ها را ارزیابی کنند و از نحوه ارزیابی و درمان مشکلات مختلف مادر و مسائل مربوط به شیردهی آگاه باشند.

ویزیت‌های پیگیری پس از زایمان

ویزیت روتین مامایی

معمولا ویزیت روتین مادر توسط متخصص مراقبت‌های زنان و مامایی برای ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان، برنامه‌ریزی می‌شود. متخصصین زنان و مامایی باید مادر را تشویق نمایند تا در این ویزیت‌ها شیرخوار را همراه خود بیاورد.

ارزیابی تغذیه با شیرمادر

بجز مشاهده و ارزیابی اولیه تغذیه با شیرمادر و چگونگی وضعیت پستان‌ها در روز ۵-۳ پس از تولد در این ارزیابی نیز اطلاعاتی در زمینه مشکلات مشاهده شده در تغذیه با شیرمادر و همچنین نگرانی‌های مادر استخراج می‌شود. این ویزیت زمان مناسب و ایده‌آلی برای ارزیابی و مشاهده وضعیت شیرخوردن شیرخوار، به ویژه ارزیابی وضعیت درآغوش گرفتن شیرخوار، چگونگی گرفتن پستان توسط شیرخوار و انتقال شیر از مادر به شیرخوار می‌باشد.

حمایت از مادر شیرده

ثابت شده که حمایت پرسنل ارایه دهنده خدمات زنان و مامایی از تصمیم مادر در مورد تغذیه شیرخوار از پستان موجب تداوم تغذیه با شیرمادر می‌شود. این زمان، موقع بسیار مناسبی جهت تشویق مادر برای تجربه موفق شیردهی است و به رفع نگرانی‌های مادر کمک می‌کند.

ارزیابی و معاینه پستان

ارایه دهنده خدمت باید معاینه پستان را به منظور بررسی وضعیت پستان و کشف هر نشانه‌ای از ضربه یا صدمه، عفونت یا توده‌های پستانی انجام دهد. اگر پستان مادر دچار احتقان و پرخونی است، ضمن بررسی علل بروز احتقان و توصیه‌های لازم، می‌توان از مادر تقاضا کرد که قبل از معاینه شیرخوارش را شیر بدهد. این مسئله از مخفی ماندن مشکلات پستان طی معاینه بالینی جلوگیری می‌کند. مراقبین مامایی باید مادر را به تداوم تغذیه با شیرمادر تشویق نموده و مزایای تغذیه انحصاری با شیرمادر تا سن ۶ ماهگی را تأکید نمایند. همچنین به مادر توصیه کنند که خودآزمایی منظم پستان را ادامه داده و هرگونه یافته غیرطبیعی را به پزشک معالج خود گزارش دهد.

برنامه‌ریزی برای بازگشت به کار

در این مراقبت پس از زایمان، ارائه دهنده مراقبت باید با مادر تازه زایمان کرده در مورد برنامه او برای بازگشت به کار در خارج از منزل صحبت نموده و راه‌های مختلف تغذیه شیرخوار با شیرمادر و دوشیدن شیر را بحث نماید. دوشیدن شیر باید قبل از شروع به کارمادر در خارج از منزل آغاز شود. این امر سبب می‌شود که مقادیر کافی شیر را ذخیره نماید و پاسخگوی مقادیر مختلف مصرف روزانه شیرخوار باشد (فصل ۱۰). لازم به ذکر است که در سال ۲۰۱۰، برنامه عمل «Patient Protection and Affordable Care Act»، ماده ۷ استانداردهای کار عادلانه (FLSA) Fair Labor Standards Act را اصلاح نموده و کارفرماها را ملزم کرده به کارکنان زن برای دوشیدن شیر و مراقبت از کودک تا یک سالگی مرخصی ساعتی اعطا نمایند. همچنین کارفرماها موظف اند مکانی (غیر از سرویس بهداشتی) را که از دید و ورود سرزده همکاران و عموم مردم در امان باشد، برای مادران شیرده فراهم نمایند.

گروه‌ها و افراد حامی

مادران باید اسامی و شماره تلفن افرادی را که می‌توانند بصورت شبانه‌روزی به آنها مشاوره شیردهی و کمک ارائه نمایند، در اختیار داشته باشند. مادران شیرده همچنین باید با گروه‌های همسان (مادرانی که خود قبلاً تجربه شیردهی موفق داشته‌اند) تماس برقرار کرده، از کمک و حمایت آن‌ها برخوردار شوند (به ضمیمه مراجعه شود).

مراقبت‌های بعد از سزارین

چنانچه مادری تحت عمل سزارین قرار گرفته باشد، ممکن است قبل از زمان مراقبت‌های معمول (۶-۴ هفته

پس از زایمان) نیاز به یک ویزیت اولیه داشته باشد. هر چند که این مراقبت به طور عمده به مشکلات ناشی از عوارض جراحی توجه دارد، اما در ضمن می تواند زمان مناسبی برای بررسی هر گونه شکایت و مشکل ناشی از تغذیه با شیر مادر باشد. زیرا مادرانی که تحت عمل سزارین قرار گرفته اند، مشکلات بیشتری در زمینه شروع و تداوم شیردهی خواهند داشت.

مشکلات شیردهی مربوط به مادر - در کوتاه مدت

درد نوک پستان و احتقان پستان بیشترین شکایت زنان شیرده می باشد و این شکایات ممکن است به طور خیلی زودرس، بلافاصله پس از زایمان بروز کند، اما در هر زمان دیگری در طول دوره شیردهی نیز ممکن است بروز نماید.

درد نوک پستان

ارزیابی تکنیک شیردهی و نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار مهمترین قسمت پیشگیری و مدیریت زود هنگام درد و ترک نوک پستان می باشد. جزئیات تاریخچه مثل شروع درد، محل و زمان آن مهم است. تشخیص های افتراقی شامل التهاب ساده، خراشیدگی، شقاق، درماتیت تماسی، عفونت و اسپاسم عروقی نوک پستان می باشد. مشخص شده هیچ ماده موضعی بهتر از مالیدن شیر دوشیده شده به نوک پستان پس از هر بار شیردهی کمک کننده نیست.

عفونت های میکروبی نوک پستان

عفونت یکی از علل درد نوک پستان بعد از طی دوره اولیه پس از زایمان می باشد. با هر نقصی (defect) در پوست، ترک نوک پستان یا خراش آن، ممکن است استافیلوکوک آرنوس در آن رشد کند. درمان موضعی با پمادهای آنتی بیوتیک و مراقبت های موضعی از زخم باعث بهبود موضع زخم در ظرف چند روز می شود.

عفونت قارچی نوک پستان

یکی از معمول ترین دلایل بروز این عفونت، برفک دهان شیرخوار است.

شکایات: عفونت سطحی در نوک پستان یا پوست که عامل آن قارچ می باشد، با درد نوک پستان، خارش یا صورتی رنگ شدن پوست تظاهر می کند.

علل: عوامل مستعد کننده ابتلا به عفونت کاندیدایی پستان شامل ضربه به پستان، استفاده از آنتی بیوتیک، دیابت، استفاده از استروئید و نقص ایمنی می باشد. برخی کارشناسان متوجه شدند که استفاده از پدهای

پستان که دارای لایه پلاستیکی بوده و رطوبت را در خود نگه می‌دارند، با بروز کاندیدا همراه بوده است.

ارزیابی: چنانچه تشخیص دیگری موجود نباشد، بر مبنای علائم بالینی به تنهایی می‌توان کاندیدا را درمان کرد. در بسیاری از موارد اثبات این که کاندیدا تنها ارگانیسم عامل ایجاد بیماری است مشکل می‌باشد. به دلیل وجود قارچ در همه جای سطح پوست، کشت پوست ممکن است به صورت فلور نرمال پوست تظاهر نماید حتی در مادران بدون علامت نیز مثبت شود. بنابراین کشت دادن شیر یا سطح پوست مفید نمی‌باشد و به طور معمول انجام آن توصیه نمی‌شود.

درمان: درمان عفونت سطحی کاندیدایی نوک پستان باید بصورت همزمان در مادر و شیرخوار انجام شود. همسر نیز ممکن است به درمان نیاز داشته باشد. درمان‌ها شامل موارد زیر است:

- **درمان ضد قارچ:** ترکیبات ضد قارچ مؤثر و متنوعی در دسترس هستند. به طور معمول مادران با ترکیبات ضد قارچ موضعی مانند کتوکونازول، نیستاتین و مایکونازول درمان می‌شوند. کرم ضد قارچ برای پستان مادر، بعد از شیردهی استفاده می‌شود. محلول‌های ضد قارچ مثل سوسپانسیون نیستاتین که بعد از تغذیه در داخل گونه‌ها و زبان شیرخوار مالیده می‌شود مؤثر هستند. ناحیه پوشک (تناسلی) شیرخوار نیز ممکن است نیاز به درمان داشته باشد. این درمان به طور معمول باید برای مدت ۱۴ روز یا حداقل چندین روز پس از برطرف شدن علائم بیماری ادامه یابد.

- **ویوله دوژانسین:** روش دیگر برای درمان موضعی این عفونت استفاده از ویوله دوژانسین ۰/۲۵ درصد تا ۱ درصد است که بر روی ناحیه مبتلا به مدت ۳ روز با سواب مالیده می‌شود. این دارو ممکن است سبب ایجاد لکه‌های پایدار بر روی لباس، تغییر رنگ موقت دهان شیرخوار و اغلب التهاب، زخم دهانی، استوماتیت (التهاب دهان)، تهوع، استفراغ و اسهال شود.

- **فلوکونازول خوراکی:** برای مادرانی که نوک پستان شان بعد از چند روز استفاده از درمان موضعی بهتر نشده، علائم پایدار بود یا بدتر شد، استفاده می‌شود. شیرخوار هم در موارد عود یا کاندیدیا مقاوم به درمان ممکن است به فلوکونازول خوراکی نیاز داشته باشد.

- **درمان اضافی (مکمل):** هر شیئی که در تماس با دهان شیرخوار (مانند پستانک، نوک‌های مصنوعی) یا پستان مادر (مثل لوازم شیردوش) است، باید هر روز با محلول آب صابون داغ، شسته و جوشانده شود. لباس‌ها مانند کرس‌ت و بلوزهای مادر باید هر روز با استفاده از محلول‌های رقیق سفید کننده، شسته و یا در معرض نور خورشید خشک شوند. در صورت استفاده از پد، انواع یک بار مصرف آن ارجح است. قرار دادن پستان‌ها در معرض هوای آزاد و مراقبت صحیح از زخم نیز به بهبود سریع آن کمک می‌کند. سایر

نواحی مبتلا به عفونت قارچی مانند عفونت قارچی واژن یا تینه آکروریس در همسر و یا وجود ضایعات ناشی از کهنه (diaper rash) در شیرخوار نیز باید بررسی شوند. صرف نظر از نوع رژیم درمانی مورد استفاده، مادر باید در مورد رعایت بهداشت و جلوگیری از ابتلای مجدد به عفونت های احتمالی آموزش ببیند.

احتقان پستان

احتقان، تورم و انبساط ناشی از تخلیه ناکافی پستان است که معمولاً در زمان افزایش تولید شیر در حدود روزهای ۳ تا ۷ بعد از زایمان رخ می دهد (فصل ۷). همچنین، احتقان ممکن است دیرتر، بدلیل حذف وعده هائی از شیردهی و یا تغییر ناگهانی در دفعات شیردهی رخ دهد. احتقان پستان نباید با انسداد مجرای پستان که منجر به ایجاد توده یا طنابی در پستان می شود، اشتباه گردد. همچنین نباید با التهاب پستان (ماستیت) که منجر به تب، علائم سیستمیک شبیه آنفولانزا و افزایش تعداد گلبول های سفید می شود، اشتباه گرفته شود (جدول ۹-۱). احتقان ممکن است به علت شیردهی غیر مؤثر یا دفعات کم تغذیه شیرخوار که خود ناشی از زخم نوک پستان، خواب آلودگی شیرخوار یا جدایی مادر و شیرخوار است، رخ دهد. پستان باید از نظر احتمال ماستیت و انسداد مجرای شیر مورد بررسی قرار گیرد. درمان نکردن احتقان می تواند منجر به بروز مشکلاتی در گرفتن صحیح پستان توسط شیرخوار و ماستیت شود. بهترین درمان احتقان پستان جلوگیری از بروز آن است و بهترین راه پیشگیری، تغذیه مکرر شیرخوار با شیر مادر یا تخلیه و دوشیدن پستان ها (۸ تا ۱۲ بار در روز از هر دو پستان) می باشد.

جدول ۹-۱ - تفاوت یافته ها در احتقان پستان، انسداد مجرای شیری و ماستیت

خصوصیات	احتقان پستان	انسداد مجرا	ماستیت
زمان شروع	تدریجی، بلافاصله پس از زایمان	تدریجی، بعد از دفعات تغذیه با شیر مادر	ناگهانی، پس از ۱۰ روز
محل	دو طرفه	یک طرفه	معمولاً یک طرفه
تورم و گرمی	منتشر	ممکن است جابجا شود، بدون گرمی یا با گرمی کم	موضعی، قرمز، خیلی گرم و متورم
درد	منتشر	خفیف، ولی موضعی	شدید، ولی موضعی
درجه حرارت بدن	کمتر از ۳۸,۴ درجه سانتیگراد (۱۰۱ درجه فارنهایت)	کمتر از ۳۸,۴ درجه	بیش از ۳۸,۴ درجه
علائم سیستمیک	حال عمومی خوب	حال عمومی خوب	علائم شبه آنفولانزا

انسداد مجاری شیری (توقف جریان شیر یا استاز شیر)

شکایات: انسداد مجرای شیری در واقع یک انسداد موضعی جریان شیر می باشد و اغلب به صورت یک گره دردناک در پستان ظاهر می شود و اندازه این توده ممکن است با شیردهی کاهش یابد.

علل: این وضعیت (توقف جریان شیر) می تواند به دلایل گوناگون از جمله تغییر ناگهانی در برنامه زمان بندی شیردهی، تخلیه ناکافی پستان، استفاده صرفاً از یک وضعیت شیردهی، پوشیدن لباس های تنگ و چسبان (مانند سینه بند های فنردار تنگ) و یا وضعیت خوابیدن مادر ایجاد شود. به خصوص اگر این شرایط در یک قسمت از پستان تکرار شود، ممکن است با مشکلات آناتومیکی ایجاد شده منجر به انسداد مجاری شیری شود. به ندرت ممکن است چیزی که به عنوان انسداد مجرای شیری قلمداد می شود یک تومور خوش خیم یا بدخیم باشد که باعث انسداد مجرا شده است.

ارزیابی: انسداد مجرا به راحتی از احتقان و ماستیت قابل تشخیص است، به این دلیل که در انسداد مجرا علائم سیستمیک بیماری و تب دیده نمی شود (جدول ۱-۹). اگر انسداد مجرای شیری طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت برطرف نشود و یا تب ایجاد شود مادر باید توسط متخصص و مشاور شیردهی مورد بررسی قرار گیرد.

درمان: درمان انسداد مجرا با استفاده از کمپرس گرم و مرطوب قبل از تغذیه شیرخوار و ماساژ ناحیه مبتلا قبل و حین تغذیه شیرخوار صورت می گیرد. در صورت امکان بهتر است تغذیه شیرخوار از پستان مبتلا شروع شود. شیردهی در وضعیت های مختلف انجام گیرد تا تخلیه پستان بهتر صورت گیرد به طوری که بینی شیرخوار در امتداد انسداد باشد. مطمئن شوید که بافت پستان فشار داده نمی شود مثلاً هنگامی که مادر با فشار انگشتش روی پستان می خواهد راهی برای تنفس شیرخوارش باز کند.

ماستیت

ماستیت به طور معمول به صورت یک عفونت باکتریال یک طرفه پستان تعریف می شود و در ۲ تا ۳ درصد زنان شیرده رخ می دهد.

شکایات: ماستیت اغلب به صورت ناحیه ای مشخص، گرم، با درد هنگام لمس، تورم و قرمزی موضعی یک طرفه پستان ظاهر می شود که بعد از روز دهم پس از زایمان دیده می شود.

بیشترین میزان شیوع ماستیت در هفته دوم و سوم بعد از زایمان می باشد. بسته به شدت عفونت، محدوده ناحیه التهاب می تواند از چند سانتی متر تا تقریباً یک پستان کامل باشد. التهاب پستان ممکن است با شروع درد ناگهانی در پستان، درد عضلانی و تب ناگهانی همراه باشد. ماستیت در بعضی مواقع با علائمی مشابه

آنفلوآنزا مانند احساس خستگی شدید، حالت تهوع، استفراغ، تب و سردرد خود را نشان می دهد.

علل: عفونت معمولاً از طریق یک شکاف در پوست (پستان)، معمولاً شقاق نوک پستان وارد بدن می شود. هر چند که استاز شیرو پرخونی ناشی از احتقان، یا انسداد مجاری شیری نیز می تواند منجر به ماستیت شود. ۵۰ درصد ارگانایسم های بیماری زا از نوع استافیلوکوک اورئوس مقاوم به پنی سیلین هستند. دیگر ارگانایسم های مشاهده شده شامل ایشرشیاکولی، استرپتوکوک گروه A، پیتواستریتوکوک، هموفیلوس آنفلوآنزا، کلبسیلا پنومونیه و باکتریوئیدها می باشند.

ارزیابی: پستان را برای تشخیص صحیح ماستیت و رد وجود آبسه به دقت معاینه کنید. پزشکان باید از ارگانایسم های مقاوم موجود در جامعه آگاهی داشته و در صورت عدم پاسخ به درمان های خط اول، باید کشت شیر مادر و تست حساسیت آنتی بیوتیک درخواست نمایند.

درمان: درمان ماستیت باید بلافاصله پس از تشخیص صورت پذیرد و اقدامات زیر انجام شود:

- یک آنتی بیوتیک مؤثر علیه استافیلوکوک مقاوم به پنی سیلین تجویز شده و درمان ۱۰ تا ۱۴ روزه انجام شود.
- آنتی بیوتیک های ایمن برای درمان شامل سفالوسپورین های نسل اول یا دی کلوگزاسیلین می باشند. در صورت حساسیت بیمار به پنی سیلین، ارتیروماپسین و مشتقات آن نیز مؤثر هستند. در صورت شک به استاف آرئوس مقاوم به متی سیلین، درمان جایگزین (آلترناتیو) توصیه می شود.
- به مادر آموزش دهید شیردهی را به طور صحیح ادامه دهد زیرا شیر مادر برای شیرخوار مضر نیست. شیردهی مکرر توصیه شود. در صورت تحمل مادر، شروع شیردهی از پستان مبتلا رجحیت دارد. اما اگر شیردهی از پستان مبتلا با درد زیاد همراه است شیردهی از پستان غیر مبتلا شروع شود تا علایم تخفیف یابد. پستان مبتلا باید در هر نوبت تغذیه شیرخوار، از طریق شیردهی، دوشیدن شیر (توسط شیردوش) یا هردو تخلیه شود. در شرایط خاص ممکن است دوشیدن دستی یا استفاده از شیردوش برای تخلیه شیر از پستان مورد نیاز باشد، به این دلیل که درد شدید مانع از شیردهی می شود. حذف دفعات شیردهی در زمان ماستیت توصیه نمی شود، چرا که خود این امر ممکن است مادر را مستعد ابتلا به آبسه پستان نماید.
- مادر باید به دریافت مایعات کافی، توصیه و تشویق شود.
- به مادر توصیه شود حداقل تا ۲۴ ساعت پس از فروکش کردن تب در بستر استراحت کند. مادر می تواند در طی این مدت شیرخوار را در کنار خود داشته باشد و از اعضای خانواده درخواست کمک کند.
- **مسکن ها:** تسکین علامتی با تجویز مسکن های ملایم (استامینوفن، ایبوپروفن)، کمپرس سرد یا گرم (هر

کدام که بهتر عمل کند) و کرسر نگهدارنده پستان انجام می‌شود.

- موارد شدید ماستیت که به سرعت به درمان سرپایی جواب نمی‌دهد، نیاز به بستری شدن در بیمارستان و درمان تزریقی خواهند داشت.

ماستیت مزمن و یا راجعه

علائم: علائم ماستیت مزمن یا راجعه مشابه علائم ماستیت حاد است با این تفاوت که ماستیت مزمن به درمان مقاوم است.

علل: ماستیت مزمن یا راجعه معمولاً از درمان ناکامل ماستیت یا استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های غیر مؤثر و نامناسب ناشی می‌شود. بیماران مبتلا به ماستیت به طور معمول پس از یک دوره کوتاه مدت دریافت آنتی‌بیوتیک احساس بهبودی می‌کنند، اما باید به آنان توصیه شود که دوره درمان را کامل نمایند. علت دیگر ماستیت راجعه، درمان ناقص عوامل زمینه‌ای مستعد کننده مانند تروما و شقاق پایدار یا ضایعه انسدادی می‌باشد.

ارزیابی: در موارد عود عفونت، باید بعد از درمان عفونت، معاینه کامل پستان و بررسی دقیق از نظر وجود هر گونه توده کیستیک یا جامد در بافت پستان انجام شود. همچنین بررسی با سونوگرافی نیز مفید می‌باشد.

درمان: کشت نمونه وسط شیر دوشیده شده می‌تواند برای تشخیص، درمان و خصوصاً برای موارد عود مرتبط با پاتوژن‌های غیر شایع یا مقاومت آنتی‌بیوتیکی مؤثر باشد. به طور معمول نباید در کشت‌های نمونه وسط شیر پاتوژنی موجود باشد. بیمار باید به مدت دو هفته کامل تحت درمان قرار گیرد و هر عامل مساعد کننده بیماری برطرف شود. در برخی موارد دوره طولانی‌تر درمان با آنتی‌بیوتیک نیاز می‌شود.

آبسه پستان

ناحیه‌ای با محدوده (دیواره) مشخص در پستان است که حاوی ترشحات چرکی بوده و در ۵ تا ۱۱ درصد از زنان مبتلا به ماستیت رخ می‌دهد.

علائم: علائم و نشانه‌های آبسه شبیه ماستیت است ولی علائمی مانند لمس توده موج یا سفتی مشخص در پستان اضافه می‌شود. چنانچه پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت از شروع درمان علائم ماستیت برطرف نشود، پستان باید از نظر احتمال وجود آبسه مورد بررسی قرار گیرد.

علل: یکی از علل احتمالی تشکیل آبسه، عدم درمان یا درمان ناکافی ماستیت می‌باشد.

ارزیابی: پستان باید به منظور تشخیص سایر علل بروز توده پستانی، به دقت مورد ارزیابی قرار گیرد.

درمان: درمان فوری با ایجاد برش و تخلیه محتوای آبنسه، تجویز آنتی بیوتیک ها و تخلیه کامل پستان (از شیر) هر چند ساعت یک بار ضروری است. در این موارد، مایع آبنسه باید کشت داده شود تا آنتی بیوتیک مناسب تجویز شود. در بعضی موارد بستری شدن و تجویز آنتی بیوتیک تزریقی وریدی الزامی خواهد بود. تغذیه شیرخوار سالم و ترم می تواند از پستان دیگر (پستان سالم) ادامه یابد. شیردهی از پستان مبتلا بستگی به ملاحظات بالینی دارد. اگر برش ایجاد شده به اندازه کافی از آرئول پستان دور باشد به گونه ای که شیرخوار بتواند به راحتی پستان را بگیرد، تغذیه با شیرمادر از پستان مبتلا قابل انجام خواهد بود. اگر شیردهی از پستان مقدور نباشد، شیر باید با روش های دستی یا مکانیکی از پستان تخلیه شود. گاهی اوقات اعمال فشار بر روی محل برش با استفاده از گاز استریل در طول مدت شیردهی یا شیردوشی، از ایجاد فیستول جلوگیری می کند.

تغییرات خلقی پس از زایمان

افسردگی و افسردگی خفیف (حزن و اندوه) بعد از زایمان *postpartum Blues and Depression*

افسردگی خفیف یا اندوه پس از زایمان (*Blues postpartum*) یک وضعیت شایع پس از تولد نوزاد است و تخمین زده می شود که تا ۸۵ درصد مادران تازه زایمان کرده به آن مبتلا شوند. ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان درجاتی از افسردگی متوسط تا شدید پس از زایمان را تجربه می کنند. سایکوز (*psychosis*) پس از زایمان کمتر شایع است و در یک دهم تا دو دهم درصد از زنان رخ می دهد. این حالت نه تنها بر سلامت مادر تأثیر می گذارد، بلکه می تواند بر چگونگی مراقبت مادر از فرزند (فرزندانش) و شیردهی او نیز مؤثر باشد، لذا آگاهی مادران از این وضعیت و درمان آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

علائم: افسردگی خفیف (اندوه) بعد از زایمان زودگذر است و با حزن خفیف یا گریه مشخص می شود. علائم افسردگی (*Depression*) پس از زایمان مانند انواع دیگر افسردگی می باشد و شامل علائمی چون تغییر در الگوی خواب، تغییر در اشتها، احساس خستگی شدید، حزن، یأس و ناامیدی، احساس بیهودگی و بی علاقه ای یا گریه های پایدار می باشد. در موارد نادر، علائم ممکن است شدید باشد و افکاری از قبیل صدمه به خود یا شیرخوار، ناتوانی در مراقبت از خود یا شیرخوار را در پی داشته باشد و سایکوز پس از زایمان را نشان می دهد.

علل: تغییرات خلقی پس از زایمان ممکن است ناشی از تغییرات ناگهانی هورمونی، خستگی شدید، استرس، بی خوابی یا ترکیبی از آنها باشد. عوامل خطر ابتلا به افسردگی شامل سابقه قبلی افسردگی، سابقه افسردگی

پس از زایمان، سابقه مثبت فامیلی و مشکلات ناشی از تطابق با تولد نوزاد است. مشکلات پزشکی نظیر هیپوتیروئیدی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

ارزیابی: باید علایم و روش‌های غلبه بر این نوع افسردگی با مادر در میان گذاشته شود.

تدابیر درمانی: تغییرات خلقی خفیف یا زودگذر نیاز به کمک و حمایت دارد. اگر علایم مادر تازه زایمان کرده هر چه سریع‌تر رفع نشود، مادر باید به پرسنل بهداشتی درمانی روانشناس برای کمک‌های بیشتر ارجاع داده شود. بسته به شدت وضعیت، درمان دارویی ممکن است مورد نیاز باشد. در صورت نیاز به درمان دارویی، ضد افسردگی‌ها و مهارکننده‌های جذب مجدد سروتونین (SSRI) در طول شیردهی قابل استفاده خواهند بود.

مشکلات شیردهی مربوط به مادر - در بلندمدت

بیماری مادر

مادر بیمار، اعم از این که بیماری او مزمن یا حاد باشد، اغلب درمی یابد که در مورد توصیه‌های شیردهی در دوران بیماری بین کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی اتفاق نظر وجود ندارد. فاکتورهایی که باید در نظر گرفته شوند عبارتند از:

- آیا شیردهی موجب تشدید بیماری مادر می‌شود؟
- آیا ترکیب و یا تولید شیر تحت تأثیر قرار خواهد گرفت؟
- آیا بیماری مادر یا داروهای مصرفی او شیرخوار را تحت تأثیر قرار خواهد داد؟

پاسخ به همه این سوالات معمولاً منفی است و تغذیه با شیر مادر می‌تواند ادامه یابد. پرسنلی که در امر مراقبت مادر دخیل هستند باید به طور کامل با مادر ارتباط برقرار کنند تا بهترین و موثرترین توصیه‌ها و درمان را ارائه نمایند.

بیماری حاد

در موارد ابتلا مادر به بیماری بلافاصله بعد از زایمان، به شیرخوار باید اجازه هم‌اتاقی با مادر داده شود یا حداقل برای تغذیه مکرر از پستان نزد مادرش آورده شود. تولید شیر مادر باید با تغذیه مکرر شیرخوار از پستان یا دوشیدن شیر، تثبیت شده و تداوم یابد. اکثر بیماری‌های حاد (مانند عفونت‌های تنفسی مادر و گاستروانتریت) با شیردهی منافات نداشته و تغذیه با شیر مادر می‌تواند برای شیرخوار آنتی‌بادی‌های محافظ را فراهم کند. وقفه در شیردهی در زمان شروع علایم بیماری مادر، خطر ابتلا به عفونت در شیرخوار را افزایش می‌دهد.

بیماری مزمن

بیماری مزمن اثر بیشتری روی توان شیردهی مادر دارد، زیرا سبب تغییر در عملکرد خود مادر، تغییر در تولید شیرو و بروز عوارض جانبی احتمالی دارو بر شیرخوار می‌گردد. اطلاعات لازم در مورد خطرات و مزایای تغذیه با شیر مادر برای مادر و شیرخوار باید به مادر داده شود. اکثر بیماری‌های مزمن با شیردهی سازگار می‌باشند و تغذیه با شیرمادر می‌تواند فعالیتی باشد که تجربه مادر در ارتباط با شیرخوارش را طبیعی و عادی می‌کند. (به فصل ۱۶ مراجعه کنید)

بررسی های تشخیصی

تست های کمک تشخیصی، به ویژه آنهایی که نیازمند استفاده از رادیوایزوتوپ‌ها هستند، به منظور حفاظت از شیرخوار موقتا به روش هایی همچون دوشیدن و تخلیه پستان و دور ریختن شیر (pump and dump) نیاز خواهند داشت (فصل ۱۶).

بی هوشی و جراحی

اگر مادر شیرده به جراحی، اعم از اورژانسی و یا الکتیو، نیاز داشت کارکنان بهداشتی درمانی و بیمار باید نوعی از بی هوشی و داروهای مسکن بعد از عمل را انتخاب کنند که علاوه بر تأمین سلامت مادر و آرامش وی، کمترین عارضه را بر شیرخواری که با شیرمادر تغذیه می‌شود، داشته باشد (فصول ۶ و ۱۲). سیاست و حمایت های بیمارستانی باید در راستا و منطبق با تداوم شیردهی باشد، به ویژه اگر بستری شدن طولانی مادر در بیمارستان نیاز باشد. در موارد جدایی طولانی مدت مادر و شیرخوار، قبل و بعد از عمل جراحی، باید شرایط و برنامه ریزی برای دوشیدن و ذخیره شیر، در هر زمان ممکن فراهم شود. بعد از عمل مادر باید حداقل هر ۳ ساعت یک بار شیرخوار را با شیر خود تغذیه نماید یا شیر خود را بدوشد تا هم تولید شیر ادامه یابد و هم از احتقان پستان جلوگیری شود.

تغذیه مادر در دوران شیردهی

به منظور اطمینان از رژیم غذایی کافی و مناسب مادر در دوران شیردهی، ارزیابی وضعیت تغذیه ای مادر مهم است. در زمانی که از وضعیت تغذیه ای کافی و مناسبی برخوردار هستند مصرف بیشتر کالری و مایعات اضافی تأثیر چندانی در افزایش حجم شیر نخواهد داشت. به طور کلی کیفیت شیر مادر با طیف وسیعی از رژیم غذایی مادر حفظ می‌شود، هر چند که برخی اجزای اختصاصی شیر ممکن است تحت تأثیر وضعیت دریافت مواد غذایی و تغذیه مادر باشد.

مصرف مایعات

مصرف مایعات توسط مادر اثری بر حجم شیر در طول شیردهی ندارد. زنان شیرده باید به قدر رفع تشنگی خود مایعات مصرف نمایند. مادران باید به مصرف مایعات تشویق شوند تا جایی که رنگ ادرار آن‌ها زرد کم‌رنگ باقی بماند، که خود نشان دهنده دریافت کافی مایعات می‌باشد. دریافت ناکافی مایعات ممکن است باعث یبوست گردد.

دریافت انرژی

میزان پایه (مرجع) دریافت انرژی از رژیم غذایی در طول ۶ ماهه اول شیردهی ۵۰۰ کیلوکالری در روز بیشتر از رژیم معمولی متناسب با قد مادر، وزن طبیعی و میزان فعالیت وی می‌باشد. در طی ماه‌های ۷ تا ۹ شیردهی دریافت انرژی به میزان روزانه ۴۰۰ کیلوکالری اضافی (نسبت به رژیم معمول) کاهش می‌یابد. اگر مقدار کالری کافی مصرف نشود ذخایر غذایی بدن مادر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مصرف روزانه کمتر از ۱۵۰۰ کیلوکالری ممکن است سبب ایجاد خستگی شدید در مادر و کاهش حجم شیر شود.

دریافت مواد مغذی

به طور کلی نیاز به برخی مواد مغذی خاص در دوران شیردهی نسبت به دوران بارداری بیشتر می‌باشد (جدول ۲-۹). میزان بسیاری از مواد مغذی موجود در شیر مادر ارتباطی به مصرف روزانه آنها توسط مادر ندارد. گرچه غلظت ویتامین‌های محلول در آب شیر مادر نشان دهنده میزان مصرف این ویتامین‌ها توسط مادر می‌باشد و یک رژیم غذایی نرمال می‌تواند برای مادر مقادیر کافی ویتامین رافراهم نماید. گیاه خواران محض یعنی کسانی که از مصرف هرگونه محصولات حیوانی اجتناب می‌نمایند، در معرض خطر کمبود ویتامین B_{۱۲} قرار دارند و لذا باید به آن‌ها مصرف مکمل ویتامین B_{۱۲} توصیه گردد. اگر ذخایر ویتامین B_{۱۲} مادر به مقدار زیاد کاهش یابد شیر او نیز از نظر همین ویتامین دچار کمبود شده و این کمبود در شیرخوار نیز بروز خواهد کرد. دریافت برخی مواد مغذی توسط مادر (نظیر ویتامین B_{۱۲}، ویتامین D، ید، سلنیوم) غلظت این مواد را در شیر مادر افزایش خواهد داد. برای مادرانی که در معرض خطر کمبود ویتامین D هستند، یا آن‌ها که در آب و هوای شمالی زندگی می‌کنند یا آنهایی که منابع خارجی این ویتامین را دریافت نمی‌کنند، دریافت مکمل اضافی برای بهبود وضعیت ویتامین D مادر مفید است. میزان برخی از مواد مغذی شیر مادر، به ویژه فولات و کلسیم، با استفاده از ذخایر مادری در سطح قابل قبولی نگه داشته می‌شود. به همین دلیل مصرف اسید فولیک (به میزان ۴۰۰ میکروگرم در روز) توسط مادر باید ادامه یابد. در صورتی که رژیم غذایی مادر حاوی کلسیم کافی باشد نیازی به مصرف مکمل کلسیم نیست. البته در اوایل شیردهی مقداری از کلسیم بافت اسکلتی مادر کاهش

می‌یابد که با از شیرگیری کودک مجدداً کلسیم از دست رفته ذخیره و جبران می‌شود. غلظت کلسیم، آهن و روی کلاً غیروابسته به دریافت مادر می‌باشد. دریافت چربی بالا از طریق رژیم غذایی مادر و چاقی، با محتوای چربی شیرمادر ارتباط دارد. همچنین برخی از مطالعات نشان می‌دهند که ذخایر چربی بدن مادر با محتوای چربی شیرمادر ارتباط دارد. الگوی اسیدهای چرب نیز تحت تأثیر رژیم غذایی مادر قرار می‌گیرد. رژیم غذایی حاوی مقادیر بالای اسیدهای چرب غیراشباع، مقدار این اسیدهای چرب را در شیرمادر افزایش می‌دهد. اغلب متخصصین بهداشتی درمانی، توصیه می‌کنند دریافت ویتامین‌های تجویز شده در دوران بارداری، در شیردهی نیز ادامه یابد.

کاهش وزن

زنان شیردهی که رژیم غذایی انتخابی خود را مصرف می‌کنند، در ۴ تا ۶ ماه اول شیردهی ۰/۵ تا ۱ کیلوگرم (تقریباً یک تا ۲ پوند) در ماه وزن از دست می‌دهند. هر چند که تقریباً ۲۰٪ زنان در طول این مدت کاهش وزن ندارند. مادران می‌توانند در هفته یک پوند کاهش وزن داشته باشند، بدون این که تأثیری بر روی حجم شیرشان داشته باشد. در زنان شیردهی که نمایه توده بدنی آن‌ها قبل از بارداری افزایش داشته یا کسانی که می‌خواهند افزایش وزن شدید دوران بارداری خود را سریع‌تر از دست دهند، محدود کردن کالری دریافتی موثرتر از افزایش فعالیت بدنی به تنهایی است. بر اساس مطالعات مروری سیستماتیک فعالیت بدنی مادر، به هر حال برای تثبیت وضعیت متابولیک مفید است بدون این که ضرری متوجه تولید شیرمادر یا رشد شیرخوار بشود. کاهش سریع وزن به خاطر این که می‌تواند حجم شیر را کاهش دهد، نباید تشویق شود. استفاده از داروهای کاهش وزن و رژیم مایعات در زمان شیردهی توصیه نمی‌شود و به طور کلی در ۴ تا ۶ هفته اول بعد از زایمان رژیم کاهش وزن تأیید نمی‌شود. زمان متوسط لازم برای برگشت به وزن قبل از حاملگی ۵ ماه است. به مادران باید توصیه‌های تغذیه‌ای صحیح ارائه شود تا اطمینان حاصل گردد که به میزان کافی مواد مغذی دریافت می‌کنند.

جدول ۲-۹ - میزان مواد مغذی توصیه شده در زنان شیرده

درصد افزایش در زنان شیرده نسبت به زنان بالغ خارج از سن باروری	میزان مواد غذایی توصیه شده ^a			
درصد افزایش نیاز	شیردهی	حاملگی	زنان بالغ ^b	نوع ماده مغذی
افزایش	افزایش ۵۰۰ کیلو کالری در روز در طی ۶ ماه اول افزایش ۴۰۰ کیلو کالری در روز در طی ۹-۷ ماه بعد از زایمان	افزایش ۳۴۰ کیلو کالری در روز در تراپیستردوم و افزایش ۴۵۲ کیلو کالری در روز در تراپیسترسوم	۱۹-۵۰ سال	انرژی (کیلو کالری) ^c
۵۴	۷۱	۷۱	۴۶	پروتئین (گرم) ^d
۶۰	۱۲۰	۸۵	۷۵	ویتامین C (میلی گرم) ^d
۲۷	۱/۴	۱/۴	۱/۱	تیامین (میلی گرم) ^d
۴۵	۱/۶	۱/۴	۱/۱	ریبوفلاوین (میلی گرم) ^d
۲۱	۱۷	۱۸	۱۴	نیاسین (نانوگرم)
۵۴	۲	۱/۹	۱/۳	ویتامین B _۶ (میلی گرم) ^d
۲۵	۵۰۰	۶۰۰	۴۰۰	فولات (میکروگرم) ^d
۱۷	۲/۸	۲/۶	۲/۴	ویتامین B _{۱۲} (میکروگرم) ^d
۴۰	۷	۶	۵	اسید پانتوتیک (میلی گرم) ^c
۱۷	۳۵	۳۰	۳۰	بیوتین (میکروگرم) ^c
۲۹	۵۵۰	۴۵۰	۴۲۵	کولین (میلی گرم) ^c
۸۶	۱۳۰۰	۷۷۰	۷۰۰	ویتامین A (میکروگرم) ^d
۰	۵	۵	۵	ویتامین D (میکروگرم) ^c
۲۷	۱۹	۱۵	۱۵	(ویتامین E میلی گر (TE) ^d)
۰	۹۰	۹۰	۹۰	ویتامین K (میکروگرم) ^c
۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	کلسیم (میلی گرم) ^c
۰	۷۰۰	۷۰۰	۷۰۰	فسفر (میلی گرم) ^c
۰	۳۱۰	۳۵۰	۳۱۰	منیزیم (میلی گرم) ^d
-۵۰	۹	۲۷	۱۸	آهن (میلی گرم) ^d
۵۰	۱۲	۱۱	۸	روی (میلی گرم) ^d
۹۳	۲۹۰	۲۲۰	۱۵۰	ید (میکروگرم) ^d
۲۷	۷۰	۶۰	۵۵	سلنیوم (میکروگرم) ^d
۰	۳	۳	۳	فلوراید (میلی گرم) ^c

a Values are from the Institute of Medicine.

b Assumes age older than 19 years. Women younger than 19 years have greater nutrient needs for calcium (1,300 mg), phosphorus (1,240 mg), and zinc (13 mg).

c Calculations are based on recommended intakes per day, assuming 9 months is equivalent to 270 days.

d Recommended Dietary Allowance (RDA), the average daily dietary intake level that is sufficient to meet the nutrient requirements of nearly all (97% and 98%) individuals in a life stage and gender group, and based on the Estimated Average Requirement (EAR).

e Adequate Intake (AI), the value used instead of an RDA if sufficient scientific evidence is not available to calculate an EAR.

DFE = dietary folate equivalents; NE = niacin equivalents; RE = retinal equivalents; TE = tocopherol equivalents.

Adapted with permission from Picciano MF. Pregnancy and lactation: Physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. J Nutr. 2003;133:1997S-2002S

ارزیابی پستان در طول شیردهی

غربالگری به منظور تشخیص توده های پستانی

بروز بدخیمی های پستان در طول دوران بارداری و شیردهی ۱:۳۰۰۰ تا ۱:۱۰۰۰۰ تخمین زده می شود. به طور تقریبی ۳ درصد از زنانی که برای آنها کانسر پستان تشخیص داده می شود، باردار یا شیرده هستند. با افزایش فرزندآوری در طی سال های آینده انتظار می رود که این درصد نیز افزایش یابد. تأخیر در تشخیص کانسر پستان در زنان باردار و شیرده گزارش شده است. اگر مادر شیرده متوجه توده ای در پستان خود می شود که اندازه این توده با شیردهی کاهش پیدا نمی کند یا این که اندازه آن رو به افزایش است، باید بلافاصله مورد ارزیابی قرار گیرد. چنانچه توده باقی بماند معاینات تشخیصی باید انجام شود (فصل ۱۶).

ماموگرافی تشخیصی

ماموگرافی در طول دوران شیردهی بی خطر می باشد اما در صورت وجود توده قابل لمس نباید به طور کامل به نتیجه طبیعی ماموگرافی اطمینان کرد. مادر باید بلافاصله قبل از انجام ماموگرافی شیرخوار خود را با شیرش تغذیه کند یا این که پستان را تخلیه نماید تا بدین ترتیب امکان دید بهتر توده یا ضایعات احتمالی فراهم گردد.

اولتراسوند

استفاده از اولتراسوند در بررسی توده های قابل لمس پستانی در طول شیردهی (توده های جامد یا پراز مایع) می تواند مؤثرتر باشد.

بررسی های تشخیصی

آسپیراسیون سوزنی یا بیوپسی سوزنی، همچنین سایر مطالعات تشخیصی می تواند بدون نیاز به قطع قابل توجه شیردهی انجام شود. حدود ۸۰ درصد توده های بیوپسی شده در طی حاملگی و شیردهی خوش خیم هستند و این بیوپسی هیچ صدمه ای به مادر، جنین و شیرخوار وارد نمی کند. حدود ۳۰ درصد از بیوپسی ها دارای تغییرات پاتولوژیک خاص در پستان شیرده می باشند. انواع توده های خوش خیم پاتولوژیک دوران شیردهی شامل آدنومای شیردهی، فیبروآدنومای اینفارکته، بافت های پیرتروفیک پستان، گالاکتوسل ها، ماستیت یا ضایعات التهابی و پاپیلوما می باشند.

ترشحات خونی نوک پستان

پدیده ای نسبتاً فراوان در ارتباط با صدمه نوک پستان و احتقان در ابتدای دوران شیردهی به خصوص حوالی روزهای ۳ تا ۷ پس از زایمان است. بررسی نوک پستان از نظر صدمه یا آسیب و اصلاح وضعیت گرفتن پستان توسط شیرخوار می تواند به حل مشکل کمک نماید.

گاهی اوقات زنان از تغییر رنگ شیر به قرمز متمایل به قهوه ای شاکی هستند که به علت گشاد شدن مجرای شیرو نشست مابعد از داخل مویگ ها به داخل مجرای شیری می باشد (سندرم لوله زنگ زده یا اکتازی مجاری). این مشکل معمولاً در طی هفته اول شیردهی حل می شود. اگر شیر کمی خون آلود باشد معمولاً به خوبی توسط شیرخوار تحمل می شود ولی گاهی اوقات ممکن است با استفراغ یا مدفوع آغشته به مختصری خون همراه شود. اگر ترشح خونی نوک پستان فقط از یک مجرای منفرد بوده و تداوم داشته باشد، ارزیابی بیشتر مادر مورد نیاز است. به طور شایع، این وضعیت (ترشح خونی نوک پستان از یک مجرای منفرد) ممکن است مربوط به پاپیلوما داخل مجرا باشد. کارسینوم داخل مجرای نادر بوده و می تواند در ارتباط با یک توده در پستان باشد.

توصیه هایی برای ارزیابی پستان در طول شیردهی

خودآزمایی منظم پستان: هر چند که از نظر تکنیکی، عملاً مشکل می باشد ولی برخی از زنان در طول دوران شیردهی به طور منظم خودآزمایی پستان را انجام می دهند.

معاینات بالینی پستان: باید توسط پزشک در شروع دوران بارداری، در دوره پس از زایمان و پس از آن به طور سالانه حتی در دوران شیردهی انجام شود.

ماموگرام: ماموگرافی غربالگری روتین، برخلاف ماموگرافی های تشخیصی، همان گونه که قبلاً نیز به آن اشاره

شد باید تا چندین ماه پس از، از شیر گرفتن شیرخوار به تعویق بیفتد.

بیوپسی: اگر ضروری باشد در طول حاملگی و شیردهی منعی برای انجام ندارد.

کانسر پستان: به طور کلی کانسر پستانی که در طول دوران شیردهی و بارداری تشخیص داده می شود، مرحله به مرحله مانند یک کانسر پستان در سن قبل از یائسگی و نیز زنان غیر باردار و غیر شیرده می باشد و از پیش آگهی مشابهی برخوردار است. تشخیص زودهنگام بسیار مهم بوده و درمان نباید به تعویق بیفتد. در صورتی که دلیلی برای نگرانی وجود داشته باشد، مراجعه فوری به جراح پستان برای ارزیابی بیشتر پستان توصیه می شود.

شیردهی: بعد از بیشتر جراحی های پستان و درمان های سرطان پستان شیردهی امکان پذیر است (حتی اگر یک طرفه باشد).

حمایت از تغذیه با شیر مادر در زمان جدایی مادر و شیرخوار

شرایطی مانند بستری شدن مادر در بیمارستان، بازگشت وی به محل کار یا تحصیل ممکن است سبب قطع تداوم شیردهی شود. پزشکان می‌توانند با راهنمایی و ارائه راهکارهای اختصاصی و برنامه‌های مناسب، به تداوم شیردهی مادران کمک کنند.

مادر شاغل به کار یا تحصیل

شاغل بودن مادر و تحصیل شایع‌ترین دلایل جدایی مادر و کودک در زمان شیردهی هستند و راهنمایی‌های مورد نظر باید از قبل انجام شود و کارکنان بهداشتی در مورد راه‌های انتخابی برای ادامه شیردهی با مادر بحث و گفتگو کنند. مشاوره و گفتگو در زمینه راه‌های تداوم شیردهی باید از مراقبت‌های دوران بارداری شروع شده، در ویزیت‌های پزشک ادامه یافته و در دروس کلاس‌های تغذیه با شیرمادر و سایر منابع لحاظ گردد.

حمایت از شیردهی در محل کار

مراقبت از شیرخوار در محل کار

برای تداوم تولید شیر، شیردهی مستقیم از پستان ارجح است. برای مادرانی که در بیرون از منزل شاغل هستند تسهیلات نگهداری کودک در محل کار یا نزدیک محل کار به مادر اجازه می‌دهد در زمان استراحت به شیرخوار شیردهد. یا کارفرما ممکن است اجازه دهد شیرخوار، با یا بدون مراقب، در طول روز برای شیردهی به محل کار آورده شود. این روش ممکن است در همه محیط‌های کاری امکان‌پذیر نباشد.

مراقبت از شیرخوار در خارج از محل کار

برخی کارفرمایان برای ادامه شیردهی مادرانی که به سرکار برگشته‌اند برنامه دارند. این برنامه‌ها ممکن است شامل استفاده از مشاوران شیردهی در محل کار، عقد قرار داد با مشاوران شیردهی در بیمارستان یا جامعه، تأمین فضایی برای شیردهی یا شیردوشی و یا تهیه یک اتاق کاملاً مجهز برای شیردهی باشد. در صورتی که برنامه‌ای برای کمک به تداوم شیردهی در محل کار وجود نداشته باشد، مادر شیرده باید حداقل به تسهیلات مناسب برای دوشیدن شیر در محل کار دسترسی داشته باشد (جدول ۱-۱۰).

استفاده خلاقانه از زمان استراحت و زمان ناهار همراه با راهکارهایی از قبیل پمپ شیردوش دوتایی که دوشیدن شیر به طور همزمان از هر دو پستان را ممکن می‌سازد، ممکن است تداوم شیردهی را تسهیل کند.

دوشیدن شیر باید حداقل هر ۳ تا ۴ ساعت یک بار در زمان جدایی مادر و شیرخوار - که تقریباً مطابق برنامه تغذیه شیرخوار می باشد - صورت گیرد. مراقبت از کودک در خارج از محل کار باید متناسب با باور والدین و میل مادر برای ادامه شیردهی انتخاب شود. مواردی که باید در مصاحبه برای انتخاب پرستار کودک مد نظر قرار گیرد در جدول ۲-۱۰ آمده است.

جدول ۱-۱۰ - تسهیلات لازم برای حمایت از تغذیه با شیرمادر در محل کار

- ۱- مکانی خصوصی برای دوشیدن شیر (دفتر، اتاق استراحت، سالن)، ترجیحاً با یک قفل روی در و یک پرز برق.
- ۲- پمپ شیردوش که توسط کارفرما تهیه شده یا توسط مادر آورده شده است.
- ۳- روشویی و سینک برای شستن دست قبل از استفاده از وسایل پمپ یا شیر و برای شستن وسایل.
- ۴- یخچال برای ذخیره کردن و جلوگیری از خراب شدن شیر، غیر از یخچالی که برای نگهداری مواد غذایی در مکان استراحت عمومی به کار می رود، یا به جای آن یک محفظه با بسته های یخ (Cool box) برای ذخیره فوری شیر بعد از دوشیدن و انتقال شیر به منزل یا محل مراقبت از کودک.
- ۵- جایگاهی راحت برای دوشیدن شیر یا شیردهی

جدول ۲-۱۰ - سؤالاتی برای والدین جهت پرسش از فردی که برای مراقبت کودک در نظر گرفته شده است.

- ۱- تجربه قبلی شما در مورد تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیر دوشیده خودتان چیست؟
- ۲- آیا شما با نظرات و روش معمول ما / من در نگهداری از کودک موافق هستید؟
- ۳- آیا شما روش خاصی را در تغذیه با شیر دوشیده شده انسان دنبال می کنید؟
- ۴- اگر من تأخیر کنم شما جهت آرام کردن کودک تلاش خواهید کرد؟ یا برای تغذیه وی مدت کوتاهی منتظر می مانید؟
- ۵- آیا شما برنامه ما / مرا برای شروع غذای کمکی اجرا می کنید؟

قوانین عملی Affordable Care Act

ماده ۴۲۰۷ حمایت بیمار و Affordable Care act در سال ۲۰۱۰، قانون استانداردهای کار در سال ۱۹۳۸ را اصلاح کرد و اخیراً برای کارکنان پاس ساعتی را با مقررات ذیل فراهم نموده است:

- برای کارکنان زن تا یک سال پس از تولد فرزند، باید زمان مناسبی برای دوشیدن شیر، هر زمان که او به دوشیدن شیر نیاز داشته باشند، فراهم شود و برای اینکار مکانی غیر از سرویس بهداشتی، که دور از نظرو

- امن بوده و سایر همکاران نتوانند بدون اجازه وارد شوند تامین گردد.
- دپارتمان کار نیز راهنمای این قانون در زمینه شیردهی در زمان استراحت بین کار روزانه برای مادران شیرده مشمول FLSA (Fair Labor Standards Act) را تهیه نموده است.
 - قوانین ایالتی، دستورالعمل‌های سخت‌گیرانه تری برای حمایت مادران شیرده در محیط کار نسبت به حمایت‌های فدرال ایجاد می‌کنند. به علاوه شیردوش‌ها و سایر ملزومات کمکی برای تسهیل شیردهی هزینه‌های پزشکی برگشت پذیر هستند و می‌توان آنها را تحت حساب‌های پس‌انداز سلامت پرداخت نمود.

جلب حمایت از تغذیه با شیرمادر

حمایت مداوم از شیردهی در محیط کار مورد نیاز است.

مواد آموزشی

تهیه متونی که فواید تغذیه با شیرمادر را توضیح دهد و مقرون به صرفه بودن شیردهی برای کارکنان را به تصویر بکشد، مفید است. کارکنان سلامت می‌توانند با نوشتن نامه یا ملاقات با کارفرمایان و مدیران مدارس از فواید مراقبت‌های بهداشتی برای مادر و شیرخوار و ضرورت تداوم شیردهی حمایت کنند.

نقش کارکنان

کارکنان نظام سلامت باید برای پوشش بیمه یا پوشش خدمات مدیریت شده جلب حمایت کنند تا با تامین هزینه یک شیردوش و خدمات شیردهی مادر بتواند دوشیدن شیر در محل کار و تحصیل را ادامه دهد. به علاوه کارکنان نظام سلامت باید از قوانین حمایتی و سیاست‌های محلی، منطقه‌ای و ملی حمایت کنند. این تلاش‌ها ممکن است شامل دادن مرخصی زایمان با حقوق باشد.

قوانین کسب و کار برای تغذیه با شیرمادر

وزارت بهداشت ایالات متحده، دفتر سلامت مادر و کودک، و دفتر سلامت زنان راهنماهای آموزشی و دستورالعمل‌هایی را برای پرسنل بخش‌های نیروی انسانی، صاحبان مشاغل، مدیران و کارکنان در زمینه کمک به کارکنان زن شیرده و کارفرمایان آن‌ها تهیه نموده است. این مطالب چارچوب کلی را ارائه می‌دهد که چگونه با حمایت یک مادر شیرده، می‌توان به کسب و کار از طریق کاهش غیبت کارمند از محیط کار، کاهش هزینه‌های بهداشتی درمانی، کاهش هزینه‌های تغییر نیرو، و افزایش بهره‌وری کمک نمود. این برنامه پرسنل آموزش دیده برای حمایت در محیط کار داشته که ابزار و کمک‌های فنی برای ایجاد برنامه‌های شیردهی در محل کار را فراهم می‌نماید.

تداوم شیردهی پس از بازگشت به کار یا تحصیل

همه راه‌های تداوم شیردهی باید قبل از آغاز جدایی مادر و کودک مورد توجه قرار گیرد. به طور ایده‌آل مادر باید قبل از رفتن به مرخصی زایمان یا تولد کودک یا قبل از تنظیم خانواده با سوپروایزر، رئیس کارگزینی، مشاور تحصیلی یا مدیر مدرسه خود در مورد تمایلش برای شیردهی، تداوم شیردهی یا دوشیدن شیر پس از بازگشت به کار گفتگو کند. پزشک نیز ممکن است نیاز باشد با کارفرما یا مسئول محل تحصیل مادر صحبت کرده و برای تغذیه با شیرمادر و دوشیدن شیر جلب حمایت نماید.

آماده‌سازی برای بازگشت به محل کار یا محل تحصیل

استراتژی‌ها

راهکارهای آمادگی مادر برای برگشت به محل کار در جدول ۳-۱۰ آمده است.

دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها

دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها به علت برنامه زمان بندی و حجم کار، شرایط خاصی دارند. رزیدنت‌هایی که تجربه شیردهی موفق داشته‌اند، شخصاً یا با همسرشان، دانش بیشتری در مورد تغذیه با شیرمادر داشته، می‌توانند حامیان بالقوه قوی برای تغذیه با شیرمادر باشند و پس از اشتغال به کار (طبابت) برای هم‌تایان و بیمارانشان الگو خواهند بود.

مسئولین دانشکده‌های پزشکی و مدیران برنامه آموزش رزیدنت‌ها و دانشکده‌ها باید از تغذیه با شیرمادر حمایت کرده و آن را بین دانشجویان پزشکی و اساتید رزیدنت‌ها تشویق کنند. حمایت مطلوب ممکن است شامل انعطاف در تکالیف کاری در طول ترم و یا برنامه‌ریزی برای اقامت آن‌ها در مدت کوتاهی باشد.

جدول ۳-۱۰- روش‌های پیشنهادی برای مادری که به کار یا تحصیل باز می‌گردد.

A- آمادگی قبل از روز جدایی

- ۱- در صورتی که امکان پذیر باشد، یک دوره مرخصی هر چه طولانی‌تر ترتیب دهید.
- ۲- قبل از روز جدایی، قرار ملاقاتی با کارفرما یا مدیر مؤسسه/محل تحصیل بگذارید.
- ۳- قرار ملاقات ترجیحاً قبل از شروع مرخصی زایمان باشد
- ۴- حداقل ۲ هفته قبل از تصمیم برای جدایی، استفاده از پمپ شیردوش را تمرین کنید.
- ۵- به منظور ذخیره مقادیر کافی شیر، دوشیدن شیر را زودتر شروع کنید.
- ۶- روش‌های تغذیه جایگزین را از پیش تر آغاز کنید.
- ۷- برای شیر دوشیده شده فنجان را امتحان کنید تا شیرخوار با آن آشنا شود و استفاده از آن را یاد بگیرد.
- ۸- پدر یا سایر وابستگان و دوستان را تشویق کنید تا با انجام کارهای خانه یا مراقبت از سایر کودکان کمک کنند تا این مرحله به آسانی بگذرد.
- ۹- شیرخوار یا کودک را، قبل از اولین روز برای دوره‌های کوتاه با مراقب وی تنها بگذارید.
- ۱۰- اجازه دهید مراقب، قبل از جدایی شما از کودک، تغذیه وی با فنجان را تمرین کند.

B. آمادگی در محل کار/محل تحصیل

- ۱- لیستی از همکارانی (یا معلمین، رؤسا یا مشاورین راهنما) که در دوران شیردهی هستند یا قبلاً تجربه شیردهی داشته‌اند، تهیه و از آنان تقاضای کمک کنید.
- ۲- اگر امکان دارد ترتیبی دهید که به تدریج به برنامه کاری برگردید، با نصف روز شروع کنید.
- ۳- اگر به صورت تمام وقت به کار برمی‌گردید، شروع به کار را در روز پنج‌شنبه یا جمعه (با توجه به تعطیلات آخر هفته پس از آن) برنامه‌ریزی کنید تا مجبور نباشید در اولین هفته کاری، ۵ روز کامل کار کنید.
- ۴- درست قبل از ترک شیرخوار و به محض برگشت به خانه، شیرخوار را با شیر خود تغذیه کنید.
- ۵- برای ادامه تولید شیر دفعات تغذیه با شیرمادر را عصر و در طول شب تا حد ممکن افزایش دهید. برای تسهیل در تغذیه مکرر، در طول شب نزدیک شیرخوار بخواهید. حداکثر تماس پوست با پوست را برقرار کنید.
- ۶- به خاطر بسپارید پمپ شیردوش، بطری‌ها و سایر وسایل را از قبل بسته‌بندی و آماده کنید.
- ۷- کیف حاوی یخ برای انتقال شیر دوشیده شده به خانه یا برای ذخیره شیر وقتی که از شیرخوار دور هستید، همراه داشته باشید.
- ۸- عکسی از شیرخوار خود (یا پتوی آغشته به بوی کودک، یک نوار ضبط شده یا فایل ویدئویی از صدای آرام، جیغ یا گریه کودک را همراه داشته باشید) تا در موقع دوشیدن به رفلکس جهش شیر (Let Down) کمک کند.
- ۹- لباس اضافی همراه داشته باشید تا در موارد نشت یا ریختن شیر، استفاده کنید.
- ۱۰- لباس طرح‌دار بپوشید یا یک ژاکت یا پیراهن روی بلوز بپوشید تا نشت ناگهانی شیر را نشان ندهد.
- ۱۱- لباس‌های دو تکه گشاد یا بازاری که برای زنان شیرده طراحی شده‌اند و اجازه دسترسی راحت به پستان برای تغذیه یا دوشیدن شیر را میسر می‌سازند بپوشید.

جدایی مادر و شیرخوار به دلیل بیماری نوزاد یا شیرخوار

نارسی یا بیماری نوزاد ممکن است مانع ادامه هم‌اتاقی نوزاد و مادر گردد و یا ترخیص زودتر مادر قبل از ترخیص نوزاد را سبب شود. یکی از راه‌های تداوم رابطه عاطفی و تحریک تولید شیرمادر، تماس پوست با پوست و ایجاد تسهیلات لازم به منظور ماندن مادر در کنار نوزاد در طول شب و افزایش حداکثر زمانی است که مادر می‌تواند با نوزاد خود بگذراند. این برنامه (برنامه اقامت مادر) به شیرخوار این امکان را می‌دهد که به طور مداوم و یا متناوب با مادر خود در اتاق بماند. بخش‌های جدید مراقبت‌های ویژه نوزادی طوری طراحی شده‌اند که اتاق‌های شخصی برای بیمار و امکانات خواب برای والدین در نظر گرفته شده است. اگر جدایی فیزیکی مادر و نوزاد صورت بگیرد باید امکانات شیردوشی توسط پمپ الکتریکی دوتایی فراهم شود و باید به مادر برای جمع‌آوری و ذخیره شیر دوشیده شده کمک شود. راه‌های کمک به شیردهی در مواردی که نوزاد بیمار است در فصول ۱۱ و ۱۴ آمده است.

جدایی مادر و شیرخوار به دلیل بیماری یا جراحی مادر

بیماری حاد و جزئی مادر

در بیماری‌های حاد و جزئی مادر از جمله تب تغذیه با شیرمادر نباید قطع گردد. در این موارد قبل از این که علائم بیماری در مادر ظاهر شود شیرخوار در معرض عامل عفونی قرار گرفته است. ادامه شیردهی برای نوزاد نقش محافظت‌کننده دارد (فصول ۸ و ۹).

جراحی انتخابی و برنامه‌ریزی شده (الکتیو)

در صورتی که تعویق این‌گونه عمل جراحی در طی دوران شیردهی امکان‌پذیر نباشد باید به منظور انتخاب مناسب‌ترین دارو برای بیهوشی، کنترل درد و دیگر درمان‌های مادر با جراح و یا متخصص بیهوشی گفتگو کرد (فصول ۶، ۸، ۹ و ۱۲). هر زمان که امکان داشت، در فواصل موجود باید هم‌اتاقی یا ملاقات نوزاد به منظور تداوم شیردهی انجام شود. خانواده یا دوستان باید برای همکاری در مراقبت از نوزاد طی این ملاقات‌ها تشویق شوند. در بعضی بیمارستان‌ها نوزادانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند با مادرانشان در بخش‌های پس از عمل جراحی نگهداری می‌شوند. شیرمادر باید از قبل دوشیده و ذخیره شود تا در مواردی که جدایی بیش از مدت پیش بینی شده طولانی شد استفاده شود. در مواردی که وضعیت مادر جدی‌تر است یا جراحی اورژانسی لازم است، باید برای مادر یک پمپ الکتریکی تهیه شده، و در جمع‌آوری و نگهداری شیر به او کمک شود. این کار باید برای مادرانی که در بخش مراقبت ویژه هستند نیز انجام شود. در این موارد کمک پرستاران یا متخصصین شیردهی نیز نیاز می‌باشد.

دوشیدن شیر

در طول مدت جدایی مادر و شیرخوار، دوشیدن شیر باید به طور منظم به منظور تداوم تولید شیر کافی و جلوگیری از احتقان پستان ادامه یابد.

الف- جدایی پیش‌بینی نشده و غیرمنتظره

دفعات دوشیدن شیر به منظور تأمین شیر کافی باید تقریباً به اندازه دفعاتی باشد که شیرخوار از پستان تغذیه می‌کند (هر ۲-۳ ساعت برای نوزادان، هر ۵-۴ ساعت برای شیرخواران بزرگتر).

ب- جدایی پیش‌بینی شده

در موارد جراحی الکتیو و یا بازگشت به کار یا محل تحصیل، شیر باید قبل از جدایی و برای استفاده‌های بعدی دوشیده و ذخیره شود. با افزایش دفعات شیردوشی از یک تا دو هفته قبل از تاریخ پیش‌بینی شده، حجم شیر افزایش می‌یابد.

تغذیه با بطری

(توجه: تغذیه با بطری در دستورالعمل کشوری توصیه نمی‌شود و این قسمت صرفاً به لحاظ حفظ امانت ترجمه شده است: مترجمین)

در صورتی که مادر تمایل دارد کودک شیرخوردن از بطری را بیاموزد، باید چند هفته قبل از تاریخ پیش‌بینی شده استفاده از بطری را به طور تدریجی آغاز کند. پذیرش بطری در صورتی که فردی غیر از مادر آن را به کودک بدهد، محتمل‌تر خواهد بود. شیرخوار معمولاً شیر دوشیده شده با بطری را بهتر از شیر مصنوعی با بطری می‌پذیرد. اگر بطری در اولین تلاش توسط کودک پذیرفته نشد، تلاش در دفعات بعد به صورت روزانه یا دو بار در روز ضروری است. استفاده از مدل‌ها، سایزها و شکل‌های دیگر سرشیشه می‌تواند کمک‌کننده باشد. اگر نوزاد از پستانک استفاده می‌کند، استفاده از یک سرشیشه هم اندازه و هم شکل با پستانک می‌تواند کمک‌کننده باشد. تلاش در زمانی که نوزاد گرسنه است البته نه زمانی که شدیداً گریه می‌کند، شانس پذیرش موفق بطری توسط نوزاد را افزایش می‌دهد. به دلیل احتمال عوارض ناشی از استفاده با بطری تمامی شیرخواران حتی نوزادان نارس را می‌توان با جایگزین مناسب آن یعنی فنجان تغذیه کرد.

فصل یازدهم

تکنولوژی حمایت از شیردهی

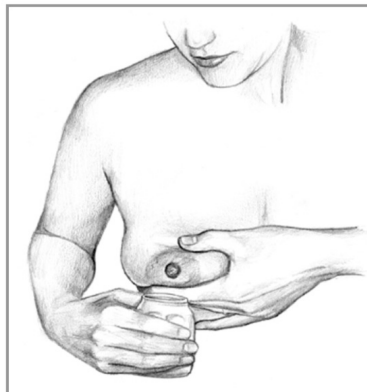
تکنولوژی حمایت از شیردهی به تجهیزات و روش‌های مورد استفاده برای حمایت از شیردهی موفق اشاره می‌کند. این وسایل شامل شیردوش و پمپ‌های شیردوش، محافظ پستان، محافظ نوک پستان (نوک مصنوعی یا کمک نوک)، لوله‌های تغذیه، ترازو و روش‌های ذخیره صحیح شیرو یا هر چیز دیگری است که بتواند در حمایت از زنان برای شروع شیردهی و یا استمرار تولید شیر مفید بوده و در نهایت منجر به تغذیه با شیرمادر شود.

تکنیک‌های دوشیدن دستی و مکانیکی شیرمادر

هر دو تکنیک دستی و مکانیکی دوشیدن شیر، در کمک به شروع و تداوم تولید شیر در زمان جدایی مادرو شیرخوار، زمان بیماری مادرو یا شیرخوار، ناتوانی شیرخوار در گرفتن پستان و در شرایطی که تولید شیرمادر کم است مؤثر می‌باشند.

دوشیدن شیر با دست

این روش در موارد جدایی کوتاه مدت مادرو شیرخوار، تسکین احتقان یا زخم نوک پستان به خوبی جواب می‌دهد (تصویر ۱-۱۱). مادرو می‌تواند با کمی تمرین در این عمل ساده مهارت یابد (جدول ۱-۱۱). ویدئوهای آموزشی با کیفیت بالا برای آموزش مادران در این زمینه به صورت آنلاین در دسترس می‌باشد. (<http://newborns.stanford.edu/breastfeeding/handexpression.html>)



تصویر ۱-۱۱. دوشیدن شیر با دست

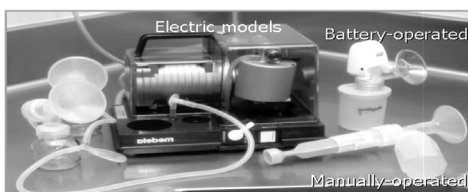
جدول ۱-۱۱- روش دوشیدن شیر با دست

- ۱- دست‌ها را به دقت بشویید.
- ۲- به آرامی پستان را در تمام نواحی از قاعده به سمت هاله پستان ماساژ دهید. از مالش یا فشار شدید بپرهیزید.
- ۳- می‌توانید قبل از دوشیدن شیر یک پارچه گرم و مرطوب را به مدت ۵ دقیقه روی پستان قرار دهید.
- ۴- چهار انگشت دست را زیر پستان و انگشت شست را بالای آن و در فاصله ۳ سانتی متری از قاعده نوک پستان قرار دهید. ابتدا پستان را کمی به سمت قفسه سینه بفشارید، سپس انگشت شست و بقیه انگشتان را با یکدیگر و به سمت نوک پستان بفشارید. دست را در تمام اطراف هاله پستان به گونه‌ای حرکت دهید که مجاری شیر را در برگیرد. از دست دیگران برای ماساژ دادن پستان از خارجی‌ترین ربع آن به سمت نوک پستان استفاده کنید. هاله و نوک پستان را هرگز فشار ندهید.
- ۵- دوشیدن کامل دو پستان با روش دستی حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول می‌کشد.
- ۶- برای مشاهده ویدئوهای این تکنیک به آدرس زیر مراجعه کنید:

<http://newborns.stanford.edu/breastfeeding/handexpression.html>.

دوشیدن شیر به روش مکانیکی

دوشیدن مکانیکی شیر می‌تواند با استفاده از یک شیردوش باطری دار کوچک و دستی یا شیردوش‌های برقی بیمارستانی انجام شود (تصویر ۲-۱۱). دوشیدن مکانیکی پستان مؤثرترین روش برای آن‌هایی است که در نظر دارند در مواردی مانند بازگشت مادر به محل کار یا محل تحصیل و بیماری مادر یا شیرخوار، تخلیه منظم و مداوم پستان داشته باشند. در جدول ۲-۱۱ فهرستی از سؤال‌های رایج جهت ارزیابی شیردوش قبل از خرید ارائه شده است.



تصویر الف ۲-۱۱. انواع مختلف شیردوش دستی و الکتریکی



تصویر ب ۲-۱۱. انواع مختلف شیردوش دستی و الکتریکی

جدول ۲-۱۱ - پرسش‌هایی که قبل از تهیه یا خرید شیردوش باید به آن‌ها پاسخ داده شود.

- ۱- شیردوش برای مصرف کوتاه‌مدت است یا بلندمدت؟
- ۲- قیمت شیردوش چقدر است؟
- ۳- وزن شیردوش چقدر است؟
- ۴- آیا کار کردن با آن راحت است؟
- ۵- آیا شیردوش به خوبی پستان را تخلیه می‌کند؟
- ۶- آیا شستشو و نظافت شیردوش و لوازم آن آسان است؟
- ۷- آیا شیردوش دارای دستورالعمل واضحی در مورد نحوه استفاده از آن می‌باشد؟
- ۸- آیا با بطری‌های استاندارد می‌توان شیر حاصل از شیردوش را جمع‌آوری نمود؟
- ۹- در هر دقیقه چند دور مکش انجام می‌دهد؟
- ۱۰- آیا شیردوش به خودی خود دور مکش را تنظیم می‌کند؟
- ۱۱- آیا شیردوش دارای بطری‌های جمع‌آوری شیر با اندازه‌های مختلف می‌باشد؟
- ۱۲- آیا راهکارهایی برای جلوگیری از آلودگی شیردوش وجود دارد؟
- ۱۳- آیا شیردوش بدون صدا کار می‌کند؟
- ۱۴- طول سیم برق شیردوش چقدر است؟
- ۱۵- آیا می‌توان هر دو پستان را همزمان با هم دوشید؟
- ۱۶- آیا این مدل شیردوش برای استفاده در بیمارستان مورد تأیید قرار گرفته است؟
- ۱۷- ضمانت‌نامه سازندگان آن چه شرایطی دارد؟
- ۱۸- آیا شیردوش برای استفاده یک نفره می‌باشد یا افراد مختلف می‌توانند از آن استفاده کنند؟
- ۱۹- آیا شیردوش دارای جعبه یا کیف همراه می‌باشد؟
- ۲۰- برای کار با شیردوش آیا باید از هر دو دست استفاده شود؟
- ۲۱- آیا شیردوش مؤثر و کارآ است؟

برگرفته از:

Adapted from Slusser W, Frantz K. High-Technology Breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:505-516, copyright 2001, with permission from Elsevier.**شیردوش‌های باطری‌دار و برقی**

به طور کلی از نظر وزنی سبک بوده و از نظر فرکانس (۲ تا ۷۶ دور در دقیقه)، فشار مکش (۸ تا ۳۶۰ میلی‌متر

جیوه) و توانایی تخلیه همزمان دو پستان دارای انواع مختلفی می باشند. شیردوش برقی با دور خودکار شیری فراهم می کند که در مقایسه با دوشیدن به روش دستی کالری بیشتری دارد (زیرا بر اثر تخلیه کامل پستان، غلظت چربی در شیر افزایش می یابد). راهنمای دوشیدن شیر به روش مکانیکی در جدول ۳-۱۱ ارائه شده است.

شیردوش های مخصوص و با ویژگی خاص به نظر می رسد برای مادران وابسته به شیردوش، بهتر و قابل قبول تر باشد مثلاً برای مادرانی که کودکان نارس دارند. در بخش نوزادان مراقبت ویژه (NICU)، داشتن پمپ شیردوش الکتریکی مؤثر، اثربخش، راحت و آسان برای مادران ضروری است. وجود مشاور شیردهی در بخش NICU بسیار ارزشمند خواهد بود زیرا می تواند به مادران دارای شیرخوار نارس کمک نموده، برای آنان شیردوش تهیه کند و آموزش دهد.

جدول ۳-۱۱- دستورالعمل کلی دوشیدن شیر به روش مکانیکی

- ۱- قبل از دوشیدن شیر پستان خود را با آب و صابون بشوئید.
- ۲- برای شروع و تداوم تولید شیر در شیرخوار بستری در بیمارستان، دوشیدن شیر به روش مکانیکی را در اسرع وقت شروع کنید (ترجیحاً در ۶ ساعت اول پس از تولد) و ۸ بار در شبانه روز انجام دهید. بعد از آن که تولید شیر تثبیت شد می توان دفعات شیردوشی را کم کرد که عموماً ۲ تا ۳ هفته پس از تولد بوده یا زمانی که تولید شیر به ۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت می رسد. برای شیرخواران با شرایط دیگر، دفعات می تواند کمتر باشد.
- ۳- برای تداوم تولید شیر کافی ۱۰ دقیقه دوشیدن هر پستان مناسب است. ترجیحاً هر دو پستان به طور همزمان دوشیده شوند.
- ۴- روش های آرامش بخش نظیر نشستن در محیط راحت و آرام را انجام دهید. به شیرخوار فکر کنید یا به تصویر او نگاه کنید. یا در کنار شیرخوار بستری بنشینید. قبل و حین شیردوشی با ملایمت پستان ها را ماساژ دهید.
- ۵- لازم نیست چند سی سی اولیه شیر را دور بریزید.
- ۶- یک مجموعه شیردوش فقط باید توسط یک نفر استفاده شود مگر آن که بعد از هر بار شیردوشی وسایل استریل شوند. برای استریل کردن به دستورالعمل سازنده شیردوش توجه کنید.
- ۷- شیردوش های یک نفره مخصوص استفاده در منزل را میتوان برای هر مادر جداگانه استفاده کرد.
- ۸- بررسی های روتین میکروبیولوژیک گران هستند و کاربردی ندارند.
- ۹- برای شستشو و نظافت وسایل شیردوشی توصیه های شفاهی و مکتوب آن را مرور کنید. (معمولاً دستورالعمل ها همراه شیردوش می باشند).

نگهداری شیردوش

- **متصل کردن قطعات:** یک فرد آگاه باید طبقه باز و بسته کردن قطعات را به خانواده نشان دهد.
- **تمیز کردن:** هر مادری باید وسایل جمع‌آوری شیر و ظروف نگهداری مخصوص خود را داشته باشد. این وسایل باید بعد از هر بار مصرف به خوبی آب کشیده شوند تا باقیمانده شیر از روی آن‌ها پاک شود، سپس با آب داغ و آب صابون شسته و در هوای آزاد خشک شوند. شستشو با ماشین ظرفشویی هم کافی است. در جاهایی که امکان آلودگی آب وجود دارد، باید از آب جوشیده یا آب بطری (بسته‌بندی) برای نظافت قسمت‌های مختلف شیردوش استفاده کرد. باید در زمینه تمیزکردن دستگاه، دستورالعمل کارخانه سازنده رعایت شود. وقتی که بیش از یک مادر از شیردوش استفاده می‌کنند، مثلاً در اتاق شیردهی بیمارستان، کارکنان بیمارستان مسئول نظافت روزانه شیردوش، کنترل مقدار شیر مانده در شیردوش و نیز کنترل مستمر وسایل مکش می‌باشند.
- **سیستم شیردوش دوتایی:** جدایی طولانی مدت مادر و شیرخوار، استفاده از شیردوشی را که توان تخلیه هم‌زمان هر دو پستان با هم را داشته باشند الزامی می‌کند. زیرا علاوه بر صرفه‌جویی در زمان، پرولاکتین بیشتری آزاد می‌شود و مقدار بیشتری شیر تولید می‌شود (تصاویر ۳-۱۱). در حال حاضر کرس‌های شیردهی موجود است که می‌توان بصورت هم‌زمان هر دو سر شیردوش را روی پستان قرار داد.



تصویر ب ۳-۱۱ - سیستم شیردوش دوتایی

تصویر الف ۳-۱۱ - یک شیردوش برقی که امکان تخلیه هم‌زمان دو پستان را فراهم می‌کند برای مادرانی که به طور معمول نیازمند شیردوشی هستند بهتر است، به ویژه برای آن‌هایی که شیرخوار بستری در بیمارستان دارند.

• **سوار کردن قیف شیردوش** (بخشی که بر روی پستان قرار می‌گیرد): تنوره شیردوش یعنی جایی که نوک پستان در آن قرار می‌گیرد، باید به اندازه کافی بزرگ باشد تا نوک پستان به آسانی و بدون درد و سایش به داخل و خارج حرکت کند. این کیت‌های شیردوش قیف‌های متفاوتی دارند که برای اندازه‌های مختلف نوک پستان مناسب است. استفاده مکرر از قیف شیردوش که به درستی روی پستان قرار نگیرد باعث آسیب و درد نوک پستان می‌شود.

شیردوش‌های دستی

این شیردوش‌ها به سه شکل موجود است:

- **شیردوش‌های پیستونی یا سیلندری** (piston or cylinder pumps): برای تخلیه متناوب، وسیله‌ای ساده و مؤثرند. البته در موارد جدایی بلندمدت مادر از شیرخوار، در افزایش تولید شیر یا تداوم تولید شیر مناسب نیستند. مادرائی که استفاده از شیردوش‌های دستی را انتخاب می‌کنند لازم است کاربرد صحیح آن را آموزش ببینند زیرا با استفاده نادرست از شیردوش‌های دستی مدل شیپوری (Trombone action-like) عارضه کندیلیت جانبی یا آرنج تنیس بازان (Tennis elbow) ایجاد خواهد شد.
- **پمپ‌های دستی ماشه‌ای** (squeeze-handle pumps): برای تخلیه شیر مفید هستند اما در استفاده طولانی مدت باعث ایجاد خستگی و ضعف دست‌ها می‌شود.
- **شیردوش لاستیکی** (rubber bulb) یا **بوق دوچرخه‌ای**: به دلیل این که باکتری می‌تواند در درون قسمت لاستیکی آن رشد کند و باعث آلودگی شیر شود توصیه نمی‌شود.

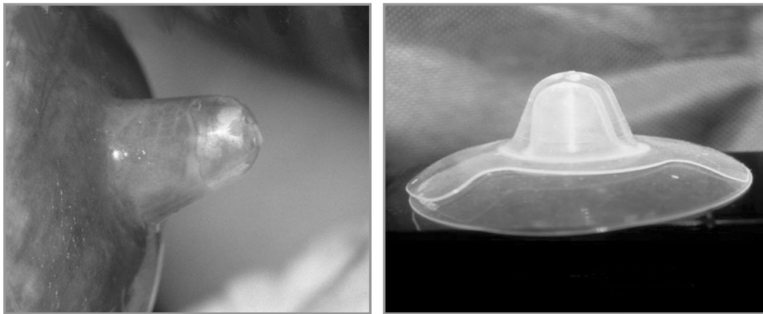
مسائل اقتصادی خرید یا کرایه شیردوش

اگر پزشکی برای بیمار شیردوش تجویز کند بعضی از شرکت‌های بیمه پزشکی و برنامه حمایت تغذیه‌ای از برای زنان، شیرخواران و کودکان (WIC)، هزینه خرید یا کرایه شیردوش را پوشش می‌دهند. همچنین بسیاری از کارفرمایان در برنامه‌های حمایتی خود از تغذیه با شیرمادر، هزینه خرید یا کرایه شیردوش را می‌پردازند. در این رابطه ممکن است از پزشکان درخواست شود که ضرورت پزشکی استفاده از شیردوش را بصورت مکتوب تایید کنند.

محافظ نوک پستان، محافظ پستان

محافظ نوک پستان (Nipple Shields)

این محافظ ها از جنس لاتکس یا سیلیکون ساخته شده و سد محافظتی نازکی را روی نوک و هاله پستان ایجاد می کنند که انتقال شیر را ممکن می سازد (تصویر ۴-۱۱). این محافظ ها به شیرخوار کمک می کند تا نوک پستان فرورفته و یا صاف و همچنین پستان احتقان یافته را به خوبی بگیرد. همچنین در محافظت از پستان های شقاق دار و کاهش جریان خیلی سریع شیر مؤثر است. گاهی اوقات محافظ نوک پستان توجه شیرخواری را که به سرشیشه عادت کرده است به پستان جلب می کند. نشان داده شده که محافظ پستان سیلیکونی خیلی نازک برای بهبود انتقال شیر به شیرخوار نارس و تبدیل تغذیه لوله ای یا تغذیه بطری به تغذیه با پستان مفید است. استفاده از محافظ نوک پستان برای شیرخواران نارس برای تثبیت و تداوم تغذیه با شیر مادر مفید است اما به هر حال نباید به صورت روتین استفاده شود. البته در نوزادان پره ترم یا بیمار که مشکل مداوم در تغذیه با شیر مادر و انتقال شیر دارند میتواند مورد استفاده قرار گیرد.



تصویر ۴-۱۱. محافظ نوک پستان. برگرفته از Wilson-Clay B, Hoover K. The Breastfeeding Atlas ۱۹۹۹.

مرور ۱۳ گزارش منتشر شده در مورد استفاده از محافظ نوک پستان نشان داد حمایت کافی در مورد اقدامات لازم برای استفاده از محافظ نوک پستان انجام نمی شود و این ابزارها در استفاده طولانی مدت برای تولید شیر، وزن گیری شیرخوار و طول مدت تغذیه با شیر مادر بی خطر نیستند. به دلیل این که محافظ با انتقال شیر تداخل کرده و تحریک هاله پستان را کاهش می دهد، متخصصان باید شیرخوار را از نظر وزن گیری پیگیری کنند تا از میزان دریافت کافی شیر در مدت استفاده از محافظ مطمئن شوند. کارکنان نظام سلامت باید محافظ نوک پستان را یک خطر ناشناخته در نظر بگیرند و تا حد ممکن مدت استفاده از آن را محدود کنند.

محافظ پستان (breast cups and shells)

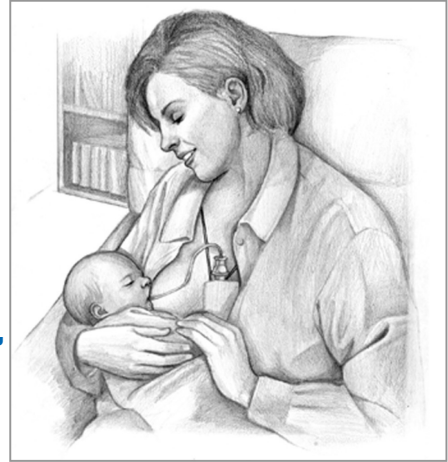
از جنس سیلیکون، پروپیلن سخت یا انواع دیگر پلاستیک‌های سخت ساخته شده‌اند و به شکل فنجان با منافذ هوا در یک طرف و یک سوراخ بزرگ‌تر در طرف دیگر طراحی شده‌اند تا نوک پستان از میان آن به درون کاپ یا پوشش وارد شود. این قالب‌ها به تسکین درد نوک پستان، و همچنین جلوگیری از نشست شیر به لباس کمک می‌کنند. از مهم‌ترین ویژگی‌های این قالب‌ها یا پوشش‌ها، سوراخ‌های تهویه و اندازه مناسب این وسایل در جلوگیری از جاری شدن شیر بر روی لباس و وجود یک سوراخ نسبتاً بزرگ برای نوک پستان است. در فواصل بین شیردهی این محافظ‌ها داخل کمرست و روی سینه مادر باقی می‌مانند. گرچه گاهی از این وسایل در دوران قبل و بعد از زایمان جهت اصلاح نوک پستان فرورفته استفاده می‌شود اما هنوز هیچ شواهدی مبنی بر مؤثر بودن آن‌ها وجود ندارد.

روش‌های جایگزین تغذیه از پستان

برای شیرخواری که قادر به مکیدن پستان نیست یا تمایلی به این کار ندارد روش‌های دیگری وجود دارد که می‌توان شیر دوشیده شده را به وی داد مانند سیستم کمک رسان، فنجان، بطری و تغذیه انگشتی. متأسفانه، مطالعات کمتری در مورد بی‌خطر بودن یا مؤثر بودن اکثر روش‌های فرعی تغذیه با شیرمادر و اثرشان بر شیردهی صورت گرفته است. در زمان انتخاب روش‌های جایگزین، باید به قیمت و دردسترس بودن روش، آسان بودن روش و نحوه تمیز کردن وسایل، استرس آن به شیرخوار، این که آیا شیرخوار می‌تواند در عرض ۲۰ تا ۳۰ دقیقه حجم کافی شیردریافت کند، آیا برای استفاده کوتاه مدت است یا بلندمدت، ترجیح مادر و این که آیا روش مورد استفاده باعث تقویت مهارت‌های شیردهی می‌شود توجه نمود.

سیستم کمک رسان (supplemental Nursing systems (SNS)

این سیستم از لوله معده‌ی بسیار نازک (معمولاً شماره ۵) از جنس پلاستیک نرم تشکیل شده که از یک طرف به ظرف حاوی شیر و از طرف دیگر به نزدیکی نوک پستان مادر با یک قطعه نوارچسب کوچک متصل می‌شود (تصویر ۵-۱۱). این وسیله کمک می‌کند در زمانی که شیرخوار برای تولید شیر بیشتر پستان را می‌مکد شیر مکمل هم دریافت می‌کند و در نتیجه تغذیه شیرخوار از پستان تقویت می‌شود. این روش در مواردی که مادر مایل به شیردهی مجدد یا القای شیردهی باشد مفید است. استفاده از سیستم کمک رسان معمولاً به نظارت یک مشاور شیردهی دوره دیده نیاز دارد. استفاده از این سیستم‌ها با نوع تجارتهای آن سخت بوده و تمیز کردن آن مشکل است، گران هستند و نیاز به آموزش نسبتاً پیچیده دارد. اگرچه این سیستم لوله‌ای پستان را به گونه‌ای تحریک می‌کند که ممکن است نیازی به شیردوش نباشد اما در بعضی از مواقع مادران از هر دو این وسایل با هم استفاده می‌کنند.



شکل ۵-۱۱- سیستم تغذیه لوله ای

تغذیه با فنجان

تغذیه با فنجان زمانی که مادر نتواند تغذیه از پستان داشته باشد، یا والدین مخالف استفاده از بطری باشند جایگزین تغذیه با بطری است (تصویر ۶-۱۱). بسیاری از پزشکان از مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده که در بچه های ترم انجام شده و تغذیه با فنجان با تغذیه با بطری مقایسه شده است مطلع نیستند. در مطالعات نشان داده شده که تغذیه با فنجان از نظر مدت تغذیه با شیر مادر، حجم شیر دریافتی و پایداری فیزیولوژیک شیرخوار (ضربان قلب، تعداد تنفس و اشباع اکسیژن) قابل مقایسه با تغذیه با بطری است. به علاوه تغذیه با فنجان به حفظ مدت شیردهی در شیرخوارانی که از چند روش تغذیه کمکی استفاده می کنند کمک می کند. مزایای تغذیه با فنجان برای نوزادان نارس هم گزارش شده است.



شکل ۶-۱۱- تغذیه با فنجان

در بعضی از شیرخواران تغذیه با بطری ممکن است با برقراری تغذیه از پستان تداخل نماید. بنابراین تغذیه با فنجان یک روش جایگزین منطقی خواهد بود به شرط اینکه توسط مادر و یا یک فرد آموزش دیده این کار را انجام دهد. این روش، مستلزم استفاده از یک فنجان شیشه ای یا پلاستیکی کوچک طبی حاوی شیرمادر می باشد. شیرخوار در موقعیت تقریباً نشسته در حالی که از ناحیه سروپشت حمایت می شود، تغذیه می شود. لبه فنجان با لب

پایینی شیرخوار تماس داده شده تا شیرخوار تحریک شود. وقتی که لبه فنجان در تماس با روی لب پایینی قرار

گیرد و کمی کج شود، شیرخوار شیر را مزه مزه می‌کند یا لیس می‌زند. شیر نباید به داخل دهان شیرخوار چکانده یا ریخته شود. بعضی از شیرخواران قادر به لیس زدن یا مزه مزه کردن مداوم نیستند و نمی‌توانند مقدار کافی شیر دریافت کنند و یا ممکن است مقدار زیادی از شیر را به علت چکیدن شیر از کنار دهانشان از دست بدهند.

تغذیه با بطری

اگر چه تغذیه با بطری معمولترین و شایع‌ترین روش مورد استفاده در تغذیه کمکی می‌باشد اما به دلیل تفاوت‌های ذاتی در حرکات زبان و فک، تفاوت در جریان شیر و عوارض جانبی در رشد و تکامل دهان و فک در دراز مدت و ساختارهای حرکتی دهانی، استفاده از این روش سبب نگرانی می‌شود. به طور کلی تغذیه با بطری در چند هفته اول تولد، تا زمانی که وضعیت شیردهی مادر تثبیت شود، توصیه نمی‌شود. چون نحوه استفاده از دهان، زبان و لب‌ها در تغذیه با بطری و تغذیه با پستان با هم متفاوت است و شیرخوار تغذیه شده با پستان مادر به نوک نرم و قابل انعطاف آن عادت می‌کند، ممکن است سرشیشه بطری را به آسانی نپذیرد. در زمان تغذیه با بطری، کودک باید به حالت نیمه نشسته در میان بازوان مراقب وضعیت راحتی داشته باشد. در ابتدا شیرخوار را باید از طریق تماس بطری شیر با لب پایین وی با بطری شیر آشنا کرد تا رفلکس جستجو ایجاد شود. سپس هنگامی که شیرخوار دهان خود را باز می‌کند سر پستانک بطری را به آرامی به داخل دهان او وارد کنید. در بعضی از شیرخواران آشنایی زود هنگام با بطری شیر ممکن است به مکیدن غیر موثر پستان یا به امتناع از گرفتن پستان منجر شود. گاهی ممکن است لازم باشد شیرخوارانی که مادرانشان نباید شیر بدهند و یا به زودی از آن‌ها جدا خواهند شد، با بطری آشنا شوند (فصل ۱۰).

سایر روش‌های موقت تغذیه‌ای

شیرخوار را زمانی که امکان تغذیه مستقیم از پستان با شیرمادر وجود ندارد با روش‌های تغذیه‌ای موقتی دیگر تغذیه می‌کنند. این روش‌ها شامل استفاده از قاشق، قطره چکان یا ویا تغذیه انگشتی (Finger Feeding) است. در روش تغذیه انگشتی، لوله تغذیه بوسیله انگشت فرد تغذیه کننده نزدیک محل اتصال کام نرم به کام سخت نگه داشته می‌شود. این روش مانع استفاده از بطری شیر یا سر پستانک می‌شود. وقتی که از سرنگ یا قطره چکان استفاده می‌کنید، از ریختن و پاشیدن شیر به داخل دهان شیرخوار پرهیز کنید. چند قطره از شیر را روی لب شیرخوار قرار دهید و اجازه دهید شیرخوار خودش شیر را مکیده و دریافت کند. هنوز مطالعاتی در زمینه مخاطرات و مزایای درازمدت این روش‌های جایگزین انجام نشده است.

تغذیه با لوله داخل معده‌ای (oro gastric / naso gastric)

این روش معمولاً زمانی استفاده می‌شود که شیرخوار نارس یا خیلی بیمار است و توانایی مکیدن پستان را ندارد. دو روش در این مدل تغذیه وجود دارد: بولوس متناوب یا انفوزیون پیوسته. در روش متناوب شیر در اثر نیروی ثقل داخل لوله جریان می‌یابد.

در روش پیوسته لازم است سرنگ حاوی شیرروی پمپ انفوزیون قرار گیرد و سپس به لوله تغذیه وصل شود. به دلیل جدا شدن چربی از شیر در حالت سکون و چسبیدن آن به جدار لوله باید تمهیداتی اندیشید تا چربی شیر داخل لوله باقی نماند و شیرخوار از شیر بدون چربی تغذیه نشود. برای اطمینان از انتقال مناسب چربی با روش تغذیه لوله‌ای پیوسته، باید از یک پمپ انفوزیون با کوتاه‌ترین طول لوله استفاده شود. سر سرنگ باید بالا قرار گیرد و بعد از هر بار مصرف به طور کامل تخلیه گردد (تصویر ۷-۱۱). در تغذیه انفوزیون پیوسته با سرنگ، سرنگ و لوله باید هر ۳ تا ۴ ساعت یک بار تعویض شود.



شکل ۷-۱۱ - جهت‌گیری سرنگ در روش تغذیه لوله‌ای پیوسته

Source: Schanler RJ. Special methods in feeding the preterm infant. In: Tsang R, Nichols BL, eds. Nutrition in Infancy. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.; 1988:315-325

آزمایش توزین

آزمایش توزین روشی برای اندازه‌گیری شیر مصرف شده توسط شیرخوار است که در آن شیرخوار قبل و بعد از هر بار تغذیه تحت شرایط یکسان وزن می‌شود. وزن شیر دریافت شده برحسب گرم (تقریباً معادل حجم شیر برحسب میلی‌لیتر) با تفریق وزن قبل از تغذیه و وزن بعد از تغذیه به دست می‌آید. تست توزین به راحتی هم در بیمارستان و هم در منزل به عنوان روشی برای ارزیابی کفایت دریافت شیر و ارزیابی تولید شیر پس از تغییر در عملکرد شیردهی قابل استفاده می‌باشد. استفاده کوتاه مدت از ترازوهای الکترونیکی مخصوص شیرخوار برای تخمین شیر دریافتی در شیرخواران نارس پس از انتقال از بیمارستان به منزل مفید است. یک ترازوی دقیق (با حساسیت گرم) با شماره‌انداز دیجیتالی و محاسبات کامپیوتری برای تصحیح حرکات کودک توصیه می‌شود. مطالعات وسیع کارآزمایی بالینی کور اثبات کرده‌اند که آزمایش توزین دقیق و قابل پذیرش برای

مادر بوده، و به سایر روش‌ها یا سیستم‌های امتیازدهی قبلی که برای تخمین شیردریافتی استفاده می‌شد، ارجح می‌باشد. تست توزین با ترازوهای غیرالکترونیک غیر قابل اعتماد است و توصیه هم نمی‌شود. گرچه این آزمایش به منظور تخمین بهتر شیردریافتی در یک بار تغذیه انجام می‌شود اما برای تخمین بهتر میزان شیر دریافتی، تست توزین باید برای هر بار تغذیه در کل ۲۴ ساعت انجام شود زیرا نوبت‌های تغذیه با هم متفاوتند. شیرخوار باید در همه اندازه‌گیری‌های قبل و بعد از تغذیه، لباس و پوشاک مشابه بیوشد تا میزان مصرف دقیق شیر به دست آید.

ذخیره کردن شیرمادر

شیرمادر باید در محلی خنک و مطمئن نگه داشته شود تا ترکیبات آن به خوبی حفظ شود و در ضمن کم‌ترین خطر آلودگی را داشته باشد. شیرمادر دارای مواد ایمنولوژیک مهمی می‌باشد که آن را از آلودگی حفظ می‌کند. ولی وقتی شیر در ظرفی دوشیده می‌شود بعضی از باکتری‌های پوست وارد آن می‌شوند. با این وجود تعداد باکتری در شیر ذخیره شده کاهش می‌یابد. جدول ۴-۱۱ را جهت ذخیره‌سازی شیر مطالعه نمایید.

جدول ۴-۱۱. راهنمای پیشنهادی ذخیره و نگهداری شیرمادر برای تمام شیرخواران

روش نگهداری و دما	حداکثر زمان نگهداری
دمای اتاق (25°C = 77°F)	۴ ساعت*
یخچال (4°C = 39°F)	۹۶ ساعت
نگهداری شیر ذوب شده در یخچال	۲۴ ساعت
فریزر (0°F = -20°C)	۳ تا ۹ ماه

* شیر در روش تجویز پیوسته با لوله برای نوزادان، عموماً در دمای اتاق به مدت ۳ تا ۴ ساعت قابل استفاده است.

راهنمای کلی نگهداری شیرمادر

در دمای اتاق (۲۵ درجه سانتی گراد، ۷۷ درجه فارنهایت)

توافق همگانی بر این است که شیر تازه مادر در دمای اتاق تا ۴ ساعت قابل نگهداری و استفاده می‌باشد. سرنگ‌های تغذیه لوله‌ای پیوسته که در بخش نوزادان استفاده می‌شوند نیز در دمای اتاق تا ۴ ساعت قابل نگهداری است.

نگهداری در یخچال (۴ درجه سانتی گراد، ۳۹ درجه فارنهایت)

مطالعات زیادی روی شیر نگهداری شده در یخچال، هم از نظر ارزیابی ظرفیت باکتری‌کشی شیر به عنوان نشانگری برای کیفیت شیر، ترکیبات شیر، و هم از نظر رشد باکتری در نمونه‌های شیر ذخیره شده انجام شده است و سالم بودن شیر ذخیره شده در یخچال را ثابت کرده است. ظرفیت باکتری‌کشی شیر مادر ذخیره شده در یخچال بطور قابل ملاحظه‌ای در ۴۸ تا ۷۲ ساعت اول کاهش می‌یابد. گرچه مطالعات انجام شده روی شیر مادر دوشیده شده نشان می‌دهد که این شیر را می‌توان در دمای یخچال (۴) در NICU به مدت ۹۶ ساعت نگهداری کرد. این اطلاعات از یخچال‌هایی بدست آمده که چندین بار در روز باز و بسته می‌شوند و دمای آنها بصورت روزانه کنترل می‌شود.

فریز کردن شیر (۲۰- درجه سانتی گراد، صفر درجه فارنهایت)

فریز کردن روش ارجح برای ذخیره‌سازی شیری است که قرار نیست در عرض ۴۸ ساعت مصرف شود. شیر حاصل از هر بار دوشیدن باید در ظرف جداگانه‌ای منجمد شود. برخلاف حرارت دادن، منجمد کردن شیر بسیاری از خواص ایمنولوژیک و تغذیه‌ای آن را حفظ می‌کند. اگر شیر به روش صحیح منجمد شود تا ۳ ماه قابل نگهداری است، قبل از آن که سطح اسیدهای چرب آزاد آن افزایش پیدا کند (نشانه ترش شدن شیر). شیر نباید در قسمت درب فریزر نگهداری شود. فریزرهای بانک شیر باید دماسنج و آژیر هشداردهنده داشته باشد و درب آن، به ویژه در نگهداری بلندمدت زیاد باز و بسته نشود. در چنین شرایطی نگهداری بلندمدت شیر مادر تا ۹ ماه هم مجاز است.

ذوب کردن شیر منجمد

شیر منجمد باید بوسیله یک وارمر خشک یا از طریق نگهداشتن ظرف حاوی شیر زیر آب ولرم (نه داغ) ذوب شود. شیر هرگز نباید در داخل ماکروویو ذوب شود و یا بدون مراقبت در داخل ظرف آب رها شود. شیر نباید پس از ذوب شدن مجدداً فریز شود ولی می‌تواند در یخچال نگهداری شود. شیر ذوب شده باید در مدت ۲۴ ساعت مصرف شده یا دورریخته شود. در شیرخواران بستری، باقی مانده شیر دوشیده شده داخل بطری باید دورریخته شود.

تعیین هویت شیر

در بیمارستان‌ها، تمام ظروف مورد استفاده برای انجماد شیرهای دوشیده شده باید برچسب استاندارد شامل نام نوزاد، شماره پرونده، تاریخ و زمان دوشیدن شیر داشته باشند. بعضی از بیمارستان‌ها از مادران

می‌خواهند که داروهای مصرفی یا بیماری‌های فعلی خود را نیز بر روی برچسب قید کنند تا پرسنل بتوانند در مورد قابل استفاده بودن شیر مطمئن شوند. سیاستی که باید اعمال شود این است که از تغذیه شیرخوار با شیرمادر دیگر پرهیز شود. در مراکز نگهداری کودکان شیرها باید برچسب واضحی داشته باشند.

ظروف نگهداری شیر

این ظروف باید درب داشته باشند تا مانع از نفوذ هوا به داخل ظرف شوند. این ظروف می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- **ظرف نگهداری از جنس پلاستیک سخت:** برای نگهداری بلندمدت شیر دوشیده شده مادر استفاده از ظروف نگهداری از جنس پلی‌کربنات (پلاستیک‌های شفاف)، پلی‌پروپیلن (پلاستیک‌های غیرشفاف) یا انواع دیگر پلاستیک‌های سخت پیشنهاد می‌شوند.
- **ظرف نگهداری شیشه‌ای:** ظروف شیشه‌ای هم می‌توانند برای نگهداری بلندمدت به کار روند. اما باید دقت کرد که خیلی پر نشوند یا ترک نخورند.
- **ظرف نگهداری از جنس پلاستیک نرم:** کیسه‌های نگهداری از جنس پلاستیک‌های نرم (پلی‌اتیلن) سبب آلودگی شیر از محل خراش داخل کیسه، کاهش خواص تغذیه‌ای شیر به ویژه چربی و ویتامین‌های محلول در چربی، هدر رفتن شیر به دلیل نشست شیر از کیسه شده و همچنین گران هستند. این پلاستیک‌ها برای شیرخواران نارس بستری توصیه نمی‌شود و بعضی از کارشناسان آن را برای بقیه شیرخواران هم مناسب نمی‌دانند. با این وجود کیسه‌های پلی‌اتیلن که مخصوص ذخیره شیرمادر طراحی شده‌اند، ممکن است برای مادرانی که به محل تحویل یا محل کار می‌روند و شیر دوشیده خود را در پایان روز به خانه برمی‌گردانند مناسب باشد. البته در صورتی که مادر میخواهد این شیر برای تغذیه شیرخوار استفاده کند باید آن را قبل از ذخیره در فریزر، داخل ظروف پلاستیکی سخت بریزد.

نظافت ظروف نگهداری و جمع‌آوری شیر

جهت پاک شدن شیر چسبیده به ظروف آن را با آب شسته، سپس با آب داغ و صابون شسته شده و در معرض هوا خشک شود. شستشو با ماشین ظرفشویی هم قابل قبول است.

شیر اهدایی مادران

شیر اهدایی شیری است که توسط مادران شیرده دیگر، به جز مادر بیولوژیک طفل که وی را به دنیا آورده است فراهم می‌گردد. به طور کلی شیر اهدایی در زمانی که شیرمادر در دسترس نیست جایگزین خوبی است.

مزایای بالقوه شیر مادر آن قدر زیاد است که در حال حاضر AAP توصیه می‌کند تمام شیرخواران پره‌ترم باید شیرانسان دریافت کنند. شیر مادر خود شیرخوار پره‌ترم، چه تازه چه فریز شده، باید غذای اصلی او باشد و باید به روش صحیح برای شیرخوار با وزن زیر ۱/۵ کیلوگرم غنی‌سازی شود. اگر علی‌رغم حمایت‌های شیردهی، شیر مادر خودش در دسترس نبود باید از شیراهدایی پاستوریزه شده استفاده شود. در ایالات متحده شیر انسانی اهدایی باید توسط بانک شیر جمع‌آوری و ذخیره شود. به دلیل خطرات انتقال بیماری‌های عفونی، شیرهای اهدایی بانک شیر باید پاستوریزه شوند. AAP، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، و سازمان غذا و داروی ایالات متحده همگی استفاده از شیراهدایی پاستوریزه نشده یا شیرفراهم شده از طریق اینترنت به صورت رایگان از اهداکنندگان غربال نشده را رد می‌کنند و اعلام می‌کنند شیراهدایی باید از بانک شیر تهیه شود که پروتکل‌های انجمن نگهداری شیرانسانی امریکای شمالی (HMBANA) را رعایت نموده باشد. اگر چه روش‌های پاستوریزاسیون مورد استفاده بانک‌های شیر ایالات متحده با هم متفاوت است، روش‌های فعلی مورد استفاده به صورت مؤثری HTLV، HIV، و ویروس لنفوسیتیک T-Cell انسانی، سیتومگالوویروس (CMV)، ویروس هپاتیت B، و ویروس هپاتیت C و باکتری‌ها را از بین می‌برد.

قبل از استفاده از شیراهدایی بانک شیر، مزایای بالقوه شیر پاستوریزه انسانی باید با خطرات بالقوه استفاده آن از قبیل مواجهه ناشناخته با مواد و داروها، محصولات گیاهی یا عوامل عفونی مقایسه و بحث شود. برخی کارشناسان معتقد به دریافت رضایت کتبی و آگاهانه از بیمار هستند و برخی چنین اعتقادی ندارند. HMBANA مرجعی برای اطلاعات، خط‌مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شیراهدایی بانک شیر است. تمام بانک‌های عضو HMBANA باید از دستورالعمل‌های مصوب نظیر انتخاب دقیق اهداکنندگان و کنترل آنها، اجرای دقیق روش‌های گرم کردن و نگهداری شیراهدایی، و ارزیابی شیرپروسس شده از نظر استریل بودن پس از پاستوریزاسیون، پیروی کنند. کلیه متخصصین مراقبت‌های بهداشتی که به کاربردهای بالقوه شیر انسانی اهدایی علاقمند هستند باید با www.HMBANA.com یا یکی از بانک‌های شیر عضو آن مشورت کنند. سازمان (prolacta Bioscience) www.Prolacta.com نیز یکی از منابع شیرانسانی اهدایی و محصولات شیر می‌باشد.

مراقبت باکتریایی شیر خود مادر

شیرانسان بالقوه می‌تواند عاملی جهت انتقال عفونت‌ها باشد و این مسئله به ویژه وقتی که از شیردوش یا تجهیزات دیگر استفاده می‌شود نگران‌کننده است. برای مثال قسمت لاستیکی شیردوش بوق دوچرخه‌ای به طور مناسبی تمیز یا استریل نمی‌شود، لذا استفاده از آن توصیه نمی‌شود. شیردوش‌های برقی که به درستی

ضد عفونی نشده‌اند نیز می‌توانند یک منبع عفونت در بخش نوزادان باشند. نمونه‌های شیر دوشیده شده عموماً حاوی باکتری‌های مختلف هستند.

کشت باکتریال شیرمادر

ممکن است در شرایط خاص و به منظور بررسی عفونت‌های نامشخص در شیرخوار انجام کشت باکتریولوژیک شیرمادر خودش نیاز باشد. بعضی از پزشکان اگر کودک مبتلا به عفونت با یک ارگانیزم غیرمعمول شود شیر را کشت می‌دهند. گزارش‌هایی از عفونت استرپتوکوک گروه B، استافیلوکوک آرنوس یا سایر عوامل عفونی در نوزادان بستری در NICU رخ داده که با کولونیزاسیون، ماستیت یا هر دو در مادر مرتبط بوده است. علی‌رغم این احتمال، انجام کشت روتین شیرمادر گران است و نگرانی بی‌مورد ایجاد می‌کند و توصیه نمی‌شود. در واقع در اکثر موارد گزارش شده رابطه علت و معلولی ثابت نشده است. مواجهه همزمان مادر و شیرخوار با ارگانیزم پاتولوژیک محتمل تر است. علاوه بر این، نتایج کشت اولیه شیر با کشت‌های بعدی شیر همان مادر ارتباطی ندارند.

نتایج غربالگری باکتریولوژیک

باکتری‌های یافت شده در غربالگری معمولاً با آنچه در نوک پستان و پوست مادر یافت می‌شود مشابه است. طیف وسیعی از میکروب‌ها شیراهدایی مادران را آلوده می‌کند. این باکتری‌ها شامل ارگانیزم‌های گرم مثبت (اغلب کمتر از ۱۰ به توان ۵ ارگانیزم در میلی‌لیتر) و برخی ارگانیزم‌های گرم منفی می‌باشد. در ایالات متحده بانک‌های شیر برای غربالگری کفایت حرارت داده شده به شیر، نمونه‌های شیر را پس از پاستوریزاسیون به صورت متحدالشکل کشت می‌دهند.

با کشت مثبت چه باید کرد

اگر ارگانیزم پاتوژنیک باشد یا تعداد آن زیاد باشد، شیردوش و تجهیزات مورد استفاده مادر باید از نظر آلودگی بررسی شوند. ضمناً نحوه دوشیدن شیرمادر هم باید مورد ارزیابی قرار گیرد.

فصل دوازدهم

داروها و شیردهی

مصرف دارو توسط مادران شیرده همچنان یک علت شایع قطع غیرضروری شیر مادر می باشد. معمولاً این موضوع از آنجا نشأت می گیرد که مادر اطلاعات و توصیه های گمراه کننده و گیج کننده در مورد بی خطر بودن دارو برای شیرخوار دریافت می کند. هدف درمان موفق مادر در دوران شیردهی این است که در صورت ضرورت، دارو برای مادر شیرده تجویز شود و در عین حال حداقل مقدار دارو وارد شیر مادر شده، و از اثرات سوء دارو روی شیرخوار یا کاهش تولید شیر جلوگیری شود. تصمیم گیری برای انتخاب یک درمان خاص برای هر مادر شیرده باید به صورت جداگانه و با توجه به شرایط وی، تحمل او برای ریسک و سن و شرایط شیرخوارش انجام شود.

انتقال دارو به شیر مادر

در دوران بارداری، دارو از بدن مادر به صورت مستقیم از طریق جفت و با غلظت سرمی مشابه به بدن جنین منتقل می شود. اما در یک زن شیرده، مراحل انتقال دارو به شیر مادر و سپس جذب آن از دستگاه گوارش شیرخوار و متابولیسم احتمالی دارو، سبب می شود که همواره حداکثر سطح سرمی دارو در بدن شیرخوار خیلی پایین تر از سطح مادری باشد. مسئله ای که اغلب از آن چشم پوشی می شود این است که داروها خارج از شیر مادر منتشر می شوند. وقتی غلظت دارو در خون مادر به دلیل متابولیسم مادری و دفع به کمتر از غلظت آن در شیر مادر می رسد، دارو می تواند از شیر به داخل پلاسما می رسد.

غیرالکترولیت های کوچک محلول در آب مانند الکل و اوره به روش انتشار ساده از طریق فضاهای بین سلولی در اپی تلیوم پستان، به داخل شیر رفت و آمد می کنند. توازن و تعادل دارو بین پلاسما می مادر و شیر مادر به سرعت رخ می دهد و سطح دارو در شیر مادر همیشه نزدیک به سطح پلاسمایی آن در بدن مادر است. البته داروهای محدودی از این طریق وارد شیر می شوند. در مورد مولکول های بزرگتر، فقط اشکال غیر یونیزه و آزاد از طریق انتشار غیرفعال ناشی از تفاوت غلظت دارو بین پلاسما می مادر و شیر مادر، از اپی تلیوم پستانی عبور می کنند. برخی فاکتورهای شیمیایی و فیزیکی مانند وزن مولکولی پایین، باندینگ کم با پروتئین، بازهای ضعیف و قابلیت انحلال زیاد در چربی، عبور دارو به شیر مادر را افزایش می دهد. البته هیچ یک از این عوامل به تنهایی برای پیش بینی عبور دارو به شیر مادر قابل استفاده نیست زیرا این عوامل با یکدیگر تداخل می کنند. به عنوان مثال در داروهای بتابلاکر، قابلیت انحلال زیاد در چربی سبب اتصال بیشتر با پروتئین پلاسما می شود

بنابراین بتا بلاکرهاى محلول در آب در مقایسه با بتابلاکرهاى محلول در چربی، با غلظت بالاترى در شیرمادر یافت مى شوند.

اتصال زیاد به پروتئین (بیش از ۸۵ درصد) و وزن مولکولى بالا (بزرگتر و مساوى ۸۰۰ دالتون) فاکتورهاى نسبتاً قابل اعتمادى برای پیشگویی عبور کم دارو به شیرمادر هستند، اما برخى از مولکولهاى بزرگ که مشابه مواد آندوزن موجود در شیرمادر هستند (مانند انسولینهاى سنتتیک و انترفرونها) احتمالاً از طریق انتقال فعال در شیرمادران مصرفکننده این داروها دیده شده اند.

معدودی از داروهای مولکول کوچک (مثل آسیکلوویر، سایمتیدین، نیتروفورانتوئین) به صورت فعال به داخل شیرمادر منتقل مى شوند. تحقیقات فارماکوکینتیک بهترین روش برای بررسی دقیق میزان عبور دارو به داخل شیرمادر مى باشد.

شاخص نسبت غلظت یک دارو در شیرمادر به پلاسما (نسبت milk/plasma, M/P, ratio) به عنوان مقیاسی برای عبور یک دارو به داخل شیرمادر استفاده مى شود. گرچه نسبت M/P نواقصی دارد که باعث مى شود این شاخص به عنوان مقیاسی برای بی خطر بودن دارو در نظر گرفته نشود. در حال حاضر روش مورد قبول برای بیان عبور دارو به داخل شیر، «درصد دوز مادری دارو بر اساس وزن» (weight-adjusted percentage of maternal dosage) یا «دوز نسبی شیرخوار» (Relative Infant Dose - RID) مى باشد که به صورت زیر تعریف مى شود:

$$\frac{\text{دوز روزانه شیرخوار در شیرمادر (میلی گرم / وزن شیرخوار به کیلوگرم)}}{\text{دوز روزانه مادر (میلی گرم / وزن مادر به کیلوگرم)}} \times 100$$

«دوز نسبی شیرخوار» در بررسی سلامت دارو برای استفاده در دوران شیردهی ارزش بیشتری در مقایسه با نسبت M/P دارد و در مطالعات دقیق فارماکوکینتیک و در برخی پایگاههاى اطلاعات دارویی گزارش مى شود. به طور کلی، اگر دوز نسبی شیرخوار کمتر از ۱۰ درصد دوز مادری باشد، این دارو برای استفاده در دوران شیردهی قابل قبول است و اگر دوز نسبی شیرخوار بیشتر از ۲۵ درصد باشد، مصرف دارو در شیردهی غیر قابل قبول است. حدود ۹۰ درصد داروها در دسته زیر ۱۰ درصد قرار مى گیرند و فقط حدود ۳ درصد داروها با دوز بیشتر از ۲۵ درصد به شیرخوار منتقل مى شوند. گرچه این سیستم برای اغلب داروها جواب مى دهد، استثنائات محدودی برای داروهایی که نیمه عمر خیلی طولانی دارند (مثل دیازپام، فلوکستین) وجود دارد که در بدن شیرخوار تجمع مى یابند. علاوه بر این، باید به برخی داروهای خاص (شیمی درمانی سرطان، برخی داروهای پرتودرمانی) و برخی شیرخواران که حساسیت ژنتیکی غیر معمول دارند توجه خاص شود.

فاکتورهای بالینی

سن شیرخوار، یک فاکتور فوق العاده مهم در تعیین سلامت داروی تجویز شده برای مادر می باشد. اغلب عوارض جانبی داروها در شیرمادر در دو ماه اول پس از زایمان و به طور عمده در ماه اول رخ می دهد. این حساسیت بالا احتمالاً به متابولیسم و دفع کند دارو توسط نوزاد و همچنین فاکتورهایی مانند استعداد گلوبول های قرمز به همولیز، باندینگ پائین به پروتئین و سد خونی- مغزی نسبتاً نفوذپذیر مرتبط می شود.

جنین با داروهایی که مادر در دوران بارداری مصرف می کند، مواجه می شود که تأثیرات آن در نوزادی بروز خواهد کرد. داروهای طولانی اثر، پس از تولد در جریان خون شیرخوار باقی مانده و عوارض جانبی ایجاد می کنند. برعکس، نوزادان مادرانی که داروهای خاصی در بارداری دریافت کرده اند، با پائین آمدن سطح سرمی دارو، علائم محرومیت را تجربه می کنند. علائم محرومیت نوزادی که در طول تغذیه با شیرمادر ادامه می یابد، از عبور کم دارو به داخل شیرمادر ناشی می شود. ولی برخی داروها که مقدار کافی از آن به داخل شیر وارد می شود علائم محرومیت آن را تخفیف می دهد مانند ضد تشنج ها، ضد افسردگی ها و متادون.

خطر استفاده از برخی داروها در دوران بارداری با سلامت همان دارو در شیردهی ارتباط زیادی ندارد زیرا مواجهه جنین با دارو معمولاً خیلی بیشتر از مواجهه شیرخوار از طریق شیرمادر (حدود ۱۰ برابر و بیشتر) است. متخصصین بالینی گاهی اوقات به این واقعیت توجه نمی کنند و اشتباهاً هشدارهای مصرف دارو در بارداری یا دسته بندی داروها در دوران بارداری توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (A, B, C, D, X) را به شیردهی تعمیم می دهند. به مادری که نگران مواجهه شیرخوارش با دارویی است که از دوران بارداری مصرف می کرده باید اطمینان داد که چون مواجهه شیرخوار با دارو در طی شیردهی به طور قابل ملاحظه ای کمتر از مواجهه در دوران بارداری است، مشکلی بروز نخواهد کرد.

در فاز کلاسترومی، دوز داروی رسیده به شیرخوار به دلیل حجم پائین کلاستروم مصرفی پائین است. بعد از مرحله لاکتوژنز ۲، حجم داروی رسیده به شیرخوار به نسبت افزایش حجم شیر دریافتی، افزایش می یابد. از آنجا که نوزادان در طول شبانه روز اغلب هر ۳-۲ ساعت یکبار بدون وقفه با شیرمادر تغذیه می شوند، تلاش برای تعیین زمان مصرف دارو مطابق با شیردهی برای کاهش مواجهه شیرخوار با دارو امکان پذیر نیست. لذا انتخاب دقیق دارو برای مادر در دوره نوزادی اهمیت ویژه ای دارد. همچنین در ماه اول پس از زایمان، تداخلاتی در شیردهی مادر چه به دلیل مصرف دارو و یا توصیه های نامناسب پرسنل بهداشتی در مورد خطرات دارو برای شیرخوار، ایجاد می شود که تأثیر شگرفی بر تولید شیر و موفقیت شیردهی خواهد داشت. پس از این زمان، شیردهی معمولاً به حالت قبل بر می گردد.

از زمانی که شیرخوار در کنار شیرمادر فورمولای یا غذای جامد دریافت می کند، دوز انتقال دارو از طریق شیرمادر

به تناسب کاهش می‌یابد و واکنش‌های ناسازگار کمتر دیده می‌شود. برخی شیرخواران بعد از سال اول، اغلب یک یا دو بار در روز، اغلب هنگام صبح یا قبل از خواب‌های نیمروزی و یا در زمان خواب شب شیر می‌خورند. در این شرایط، دوز دارویی که شیرخوار از طریق شیرمادر دریافت می‌کند خیلی کم خواهد بود و تغییر زمان دریافت دارو توسط مادر به بعد از وعده‌های شیردهی، می‌تواند مواجهه شیرخوار با دارو را کمتر کند.

منابع اطلاعاتی

LactMed از National Library of medicine (<http://lactmed.nlm.nih.gov>) و مرکز Dr. Thomas Hale's Infant Risk Center (<http://www.infantrisk.com>) منابع اطلاعاتی آنلاین معتبر می‌باشند. اغلب مراکز خدماتی اطلاعاتی تراژون نیز به سؤالات دارو در دوران شیردهی پاسخ می‌دهند. این سؤالات را می‌توان در وبسایت The Organization of Teratology Information Specialists (<http://www.otispregnancy.org>) قرار داد. فرانس‌های موجود در مطب پزشکان و بسته بندی دارو الزاماً تمام اطلاعات لازم در مورد سلامت دارو برای شیرخوار شیرمادرخوار را ندارند. بیانیه خط مشی کمیته دارویی AAP تحت عنوان "The transfer of drugs and Therapeutics into Human Breast Milk" در ضمیمه این کتاب آورده شده است.

دسته بندی داروها

داروهای انتخابی ذیل اغلب موجب نگرانی در مادران می‌شوند:

داروهای اجتماعی

سیگار

در صورت سیگاری بودن مادر، شیرخوار به صورت مستقیم از طریق شیر یا غیرمستقیم از طریق دود دست دوم با نیکوتین و سایر ترکیبات از جمله فلزات سنگین، سیانید و منوکسید کربن مواجه می‌شود. شیرمادران سیگاری در مقایسه با مادران غیرسیگاری چربی کمتری دارد، بیشتر از شیر مصنوعی استفاده می‌کنند و شیرخواران خود را زودتر از شیر می‌گیرند. سیگار کشیدن در دوران شیردهی، خطر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار را تا حد خطر مصرف شیرمصنوعی در غیرسیگاری‌ها افزایش می‌دهد، ظرفیت آنتی‌اکسیدان شیر مادر را کاهش می‌دهد و سبب ایجاد تغییرات رفتاری در شیرخوار می‌شود. علیرغم این نگرانی‌ها، تغذیه با شیر مادر در مادران سیگاری باید تشویق شود زیرا شیرمادر شیرخوار را از بیماری‌های تنفسی که بین شیرخواران ساکن در خانه‌های افراد سیگاری شایع است، محافظت کرده و فواید متعدد دیگری نیز برای وی دارد. دوران بارداری و شیردهی فرصت‌های مغتنمی هستند تا با مادر در مورد قطع سیگار برای حفظ سلامت خود و

شیرخوارش مشاوره شود. باید به مادران شیرده توصیه کرد:

- ۱- تا حد ممکن سیگار را محدود یا قطع کنند.
- ۲- شیرخوار خود را قبل از سیگار کشیدن شیر دهند نه بعد از سیگار کشیدن.
- ۳- هرگز در خانه، ماشین و نزدیک شیرخوار سیگار نکشند.

قطع سیگار

سیگاری ها قادر خواهند بود از طریق مشاوره، با یا بدون مصرف داروهای کمکی، سیگار را ترک کنند. به طور کلی، کلیه اشکال درمانی جایگزین، بهتر از سیگار خواهند بود.

- **برچسب های نیکوتینی**، مقدار ثابتی نیکوتین را از طریق پوست آزاد می کنند. با یک برچسب پوستی ۲۱ میلی گرمی در روز، مقدار معادل مصرف ۱۷ سیگار در روز نیکوتین به داخل شیر وارد می شود. برچسب های با قدرت کمتر مثلاً ۷ و ۱۴ میلی گرمی، مقادیر نیکوتین کمتری به شیرخواری که شیر مادر می خورد منتقل می کنند. ترک سیگار به کمک کاهش تدریجی قدرت برچسب های نیکوتینی در مقایسه با ادامه سیگار ارجح است. گرچه مطالعات انجام شده روی حیوانات نشان می دهد که مواجهه با نیکوتین در طول دوران شیردهی، تکامل طبیعی ریه شیرخوار را مختل می کند. چون نیکوتین در شیر ظاهر می شود، خطر بروز علایمی همچون بی قراری، عصبانیت، تغذیه ضعیف و الگوهای غیر طبیعی خواب در شیرخوار وجود دارد. سایر اشکال جایگزینی نیکوتین مثل (آدامس و اینهالرها)، سطوح مختلفی از نیکوتین در پلاسما ایجاد می کنند که استفاده از آنها در طول شیردهی توصیه نمی شود.
- **بوپروپیون (Bupropion)** یک داروی ضد افسردگی است که برای کمک به ترک سیگار نیز استفاده می شود. به نظر می رسد انتقال بوپروپیون به شیرخوار از طریق شیر مادر کم بوده و معمولاً به خوبی تحمل می شود، گرچه اطلاعات منتشر شده در زمینه استفاده در طول شیردهی محدود است. یک مورد تشنج در شیرخوار گزارش شده که محرز نیست مربوط به بوپروپیون در شیر ذخیره شده مادر باشد.
- **وارنيسيلين (Varenicline)** یک داروی آگونیست نسبی با نیکوتین است که به ترک سیگار کمک می کند. هیچ اطلاعاتی در مورد استفاده از وارنيسيلين در شیردهی موجود نیست، لذا سایر روش ها ارجح است.

الکل

مصرف الکل (اتانول) توسط مادر شیرده، مقدار شیر مصرفی توسط شیرخوار را کاهش می دهد، الگوی خواب شیرخوار را به هم ریخته و تعاملات مادر و شیرخوار را مختل می کند. استفاده روزانه زیاد (بیشتر از ۲ نوبت در روز)، روی تکامل شیرخوار اثر منفی می گذارد. نوشیدن مقادیر زیاد الکل در مدت کوتاه، رفلکس جهش شیر

را مختل می‌کند. الکل به سرعت بین پلاسمای مادر و شیر به توازن می‌رسد، در نتیجه انتظار کشیدن برای کاهش سطح الکل خون مادر، مواجهه شیرخوار را کاهش می‌دهد. در زنان با وزن متوسط هر بار نوشیدن (حدود ۶-۴ اونس مشروب، ۱ آبجو، ۱ نوشیدنی مخلوط) حدود ۲ ساعت طول می‌کشد تا سطح الکل در شیر به صفر برسد. مادران شیرده باید مصرف الکل را به یک بار (1 drink) یا کمتر در روز محدود کنند و ترجیحاً مدت انتظار کافی از دفعه قبل داشته باشند. مؤسسه دارو به مادران شیرده توصیه می‌کند مصرف الکل را به نیم گرم یا کمتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن مادر در روز محدود کنند و بین آخرین وعده مصرف الکل تا شیر دادن، ۴ ساعت فاصله بگذارند (فصل ۱۶).

کافئین

عوارض منفی کافئین در شیرخوار (عصبانیت، تحریک پذیری و بد خوابی) فقط زمانی بروز می‌کند که مادر مقدار زیادی کافئین مصرف کرده باشد، یا شیرخوار نارس بوده و متابولیسم کبدی محدود داشته باشد. مقدار کافئین موجود در نوشیدنی‌ها و غذاها بستگی کامل به نوع محصول و نحوه آماده‌سازی آن دارد. مهمتر اینکه مقدار سرو در هر وعده این نوشیدنی‌ها (Serving size) طی سال‌های اخیر به شدت افزایش یافته است. مصرف روزانه ۳۰۰ میلی‌گرم کافئین توسط مادر محدودده‌ای است که بر شیرخوار شیرمادر خوار اثری ندارد. در مواردی که میزان مصرف از ۲ واحد ۸ اونسی قهوه یا ۲ واحد ۱۶ اونسی چای یا سودا بیشتر باشد ارزیابی فردی دریافت کافئین نیاز است.

ماری‌جوآنا

اطلاعات محدود نشان می‌دهد که بعد از کشیدن ماری‌جوآنا، ترکیب فعال THC موجود در ماری‌جوآنا از طریق شیرمادر در مقادیر کم وارد جریان خون شیرخوار می‌شود. دو مطالعه یک ساله، تأثیرات اندکی روی شیرخواران شیرمادر خواری که مادرانشان ماری‌جوآنا می‌کشیدند نشان داد، گرچه کاهش مختصری در عملکرد حرکتی در یک شیرخوار مشاهده شد. خطر مواجهه با دود بر سلامت تنفسی شیرخوار را نمی‌توان بزرگنمایی کرد. تخریب قضاوت در مادرانی که محصولات ماری‌جوآنا در دوران شیردهی مصرف می‌کنند، نگران‌کننده است.

کوکائین

مصرف کوکائین در زنان شیرده مطالعه نشده است، اما این دارو خطرناک‌ترین داروی خیابانی برای مادران شیرده می‌باشد زیرا نوزاد به سختی کوکائین را متابولیزه می‌کند و با دوزهای نسبتاً کم نیز دچار تشنج می‌شود.

کشیدن کوکائین کراک در حضور شیرخوار نیز خیلی خطرناک است. قضاوت مادران با تداوم سوء مصرف کوکائین مختل می‌شود و به صورت غیرمستقیم روی شیرخوار اثر منفی می‌گذارد. مصرف کوکائین در دوران شیردهی کنتراندیکه است. مادران شیردهی که کوکائین را آگاهانه مصرف می‌کنند تا ۲۴ ساعت بعد از مصرف آن نباید شیر بدهند.

ضد انعقادها

استفاده از هپارین‌های با وزن مولکولی پائین و غیر یونیزه (مثل دالتپارین، انوکسپارین) در مادر شیرده، به دلیل اینکه وزن مولکولی بالای این داروها از ورود آنها به شیرمادر جلوگیری می‌کند، برای شیرخوار بی‌خطر است. وارفارین به دلیل اینکه اتصال بالای آن به پروتئین‌های پلاسمائی، غلظت آن در شیر را کم می‌کند خطری ندارد. مصرف ضد انعقادهاى جدید (مثل rivaroxaban, dabigatran) و مهارکننده‌های تجمع پلاکت (مثل clopidogrel, ticlopidine) در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته و بهتر است تا جمع‌آوری اطلاعات کافی از مصرف آنها خودداری شود. همه داروهای جدیدتر دارای مولکول‌های کوچک بوده و از نظر تئوریک راحت‌تر از هپارین‌ها یا وارفارین وارد شیرمادر می‌شوند.

آسم

کورتیکواستروئیدها

کورتیکواستروئیدها، در مصرف خوراکی یا به وسیله اینهالر، در مقادیر بسیار مختصر وارد شیرمادر می‌شوند. مصرف کورتیکواستروئیدها برای درمان آسم در مادران شیرده، برای شیرخوار ضرری ندارد. بتامتازون و دکزامتازون استثناء هستند چون مطالعه نشده‌اند و نسبت به سایر کورتیکواستروئیدها طولانی‌اثرتر می‌باشند.

بتا آگونیست‌ها

آلبوترول و سایر بتا آگونیست‌ها پس از استنشاق سطح سرمی پائینی دارند و برای شیرخوار ضرری ندارند.

مهارکننده‌های لکوترین

داده‌های شرکت‌های سازنده نشان می‌دهد که سطح داروهای Zileuton و Zafirlukast در شیرمادر پائین است. اما چنین اطلاعاتی در مورد montelukast موجود نیست. اگر کنترل آسم در مادر ضروری باشد، Zafirlukast داروی ترجیحی است.

افسردگی مادر

افسردگی مادر، اغلب با اضطراب همراه است و منجر به تکامل غیر طبیعی در کودک می‌شود (فصل ۹). برای درمان باید خطرات و فواید برای هر مورد جداگانه در نظر گرفته شوند. افسردگی خفیف بهتر است با درمان‌های سایکولوژیک درمان شود. اگر درمان‌های سایکولوژیک با شکست روبرو شود و مادر از دپرسیون متوسط تا شدید رنج می‌برد، داروهای آنتی‌دپرسان تجویز می‌شود. اگر افسردگی مادر در دوران بارداری با موفقیت انجام شده باشد، درمان باید پس از زایمان با همان داروی ضد افسردگی ادامه یابد (بولتن AGOG practice، شماره ۹۲، آوریل ۲۰۰۸ تحت عنوان use of psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation را مطالعه کنید). داروهای ضد افسردگی قدیمی‌تر مثل سه حلقه‌ای نورتریپتیلین و آمی‌تریپتیلین در شیردهی و از نظر پیامدهای طولانی مدت عصبی تکاملی در شیرخوار بی‌ضرر هستند.

گرچه، به دلیل عوارض جانبی ناشی از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، در حال حاضر مهارکننده‌های جذب سروتونین (SSRIs) بیشترین داروهای ضد افسردگی تجویز شده می‌باشند. بی‌قراری شیرخوار، تحریک پذیری، کولیک، وزن‌گیری ناکافی و اختلالات خواب در شیرخوارانی که مادرشان با SSRIs درمان شده‌اند گزارش شده است، به خصوص در SSRIsهایی که بیشتر به داخل شیر نفوذ می‌کنند (مثل سیتالوپرام، فلوکسیتین). پاروکسیتین و سرتالین سطح پائین‌تری در شیر دارند و استفاده از آنها در دوران شیردهی با کنترل دقیق عوارض جانبی ارجح می‌باشد. داده‌های نسبتاً محدودی در مورد پیامدهای طولانی مدت عصبی تکاملی در شیرخواری که از طریق شیرمادر در معرض SSRIs قرار گرفته موجود است. روی سایر ضد افسردگی‌ها (مثل بوپروپیون، میرتازاپین، ونلافاکسین) مطالعه زیادی نشده است و خط اول درمان نیستند مگر اینکه بیمار قبلاً به دارو خوب پاسخ داده باشد.

اضطراب

بنزودیازپین‌های طولانی‌اثر (long-acting) مثل دیازپام در شیرمادر تجمع می‌یابند به خصوص در استفاده طولانی مدت، و سبب ایجاد علائمی چون لتارژی، خواب‌آلودگی و مکیدن ضعیف در شیرخوار می‌شوند. استفاده اسپورادیک از داروهای طولانی‌اثر و استفاده از داروهای کوتاه‌اثر (لورازپام، میدازولام، اگزازپام) خطرات کمتری به همراه دارند.

دیابت

انسولین

انسولین یک جزء طبیعی از شیرانسان است. مقادیر کمی از انسولین‌های نیمه سنتتیک (مثل glargine, aspart)

در شیر مادرانی که از این داروها استفاده می‌کنند یافت شده است اما به نظر می‌رسد هیچ ضرری برای شیرخوار ندارد. شیردهی نیاز مادر به انسولین را کاهش می‌دهد لذا کنترل دقیق قند خون در طول شیردهی در مادران وابسته به انسولین اهمیت دارد.

داروهای خوراکی پائین آورنده قند خون

سولفونیل اوره‌ها، کلرپروپامید، glipizide، گلی بوراید و تولبوتامید به مقدار ناچیز در شیر ترشح می‌شوند و با شیردهی سازگارند. سایر داروهای هیپوگلیسمیک مطالعه نشده‌اند. گرچه هیپوگلیسمی گزارش نشده است، ممکن است کنترل قند خون شیرخوار لازم باشد. مهارکننده‌های آلفا گلوکوزیداز (miglitol, acarbose) تقریباً زیست دسترسی خوراکی ندارند و قابل استفاده می‌باشند. تجربیات اساسی و قابل توجه در مورد متفورمین در مادران شیرده مبتلا به دیابت و سندرم تخمدان پلی کستیک نشان می‌دهد که این دارو در دوران شیردهی قابل استفاده است.

سایر داروها

تiazolidinedioneها (rosiglitazone, pioglitazone)، مهارکننده‌های IV-دی پپتیدیل پپتیداز (Sitagliptin)، Saxagliptin, Linagliptin) و داروهای تزریقی جدیدتر ضد دیابت (exenatide, liraglutide, pramlintide) در دوران شیردهی بررسی نشده‌اند.

بیماری‌های گوارشی

عوامل بلوک کننده رسپتورهای H₂

مصرف فاموتیدین، رانیتیدین، نیزاتیدین و سایر بلوک کننده‌های رسپتور H₂ در دوران شیردهی بی‌خطر می‌باشد. استفاده از سایمتیدین به دلیل پتانسیل مهار آنزیم کبدی توصیه نمی‌شود. مهارکننده‌های پمپ پروتون امپرازول و پنتاپرازول به مقدار ناچیز در دوران شیر ترشح می‌شوند و به نظر نمی‌رسد در کودکان شیر مادرخوار عوارض جانبی ایجاد کند. سایر مهارکننده‌های پمپ پروتون در دوران شیردهی مطالعه نشده‌اند. آنتی اسیدهای خوراکی (مثل کلسیم کربنات، هیدروکسید منیزیم) برای استفاده در دوران شیردهی بی‌خطر هستند.

فشار خون بالا و پره اکلامپسی

درمان فشار خون بالا در بزرگسالان اغلب نیازمند استفاده از چند دارو می‌باشد.

دیورتیک‌ها

به نظر می‌رسد استفاده از دیورتیک‌ها با دوز معمول ضد فشار خون، در دوران شیردهی بی‌خطر باشد. هیدروکلروتیازید و کلروتیازید چندین دهه است که استفاده شده و هیچ مشکلی در شیرخواران شیرمادرخوار ایجاد نکرده است. دوزهای بالای دیورتیک‌ها می‌تواند شیردهی را مهار کند.

عوامل بلوک کننده بتا

در این دسته، داروهایی که به نظر می‌رسد برای استفاده در دوران شیردهی بی‌خطرند شامل پروپرانولول، لابتالول و متوپرولول می‌باشند. آتینولول و Acebutolol به دلیل ترشح زیاد در شیر و دفع کند توسط شیرخوار، مشکلاتی را برای شیرخوار شیرمادرخوار ایجاد می‌کنند. بهتر است احتیاطاً از مصرف این داروها در مادران شیرده اجتناب شود. شیرخوار مادری که داروی بتا بلوکر مصرف می‌کند باید از نظر ضربان قلب، مشکلات تغذیه‌ای، الگوی تنفسی و فعالیت تحت نظر قرار گیرد.

مهارکننده‌های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین (Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors):

مهارکننده‌های ACE که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند شامل بنازپریل، کاپتوپریل، انالاپریل و کوئیناپریل می‌باشد که در مقادیر محدود به داخل شیر ترشح می‌شوند. گزارشی مبنی بر بروز مشکلات پس از استفاده از این داروها وجود ندارد. بلاک‌های گیرنده آنژیوتانسین (مثل لوزارتان) در طول شیردهی مورد بررسی قرار نگرفته است.

عوامل بلوک کننده کانال کلسیم

داروهای بلوک کننده کانال کلسیم که در طول شیردهی مطالعه شده‌اند شامل diltizem، نیفیدپین، نیتزندپین و وراپامیل می‌باشد. مقادیر کمی از دارو به شیر مادر وارد می‌شود و به نظر می‌رسد مصرف این داروها در دوران شیردهی بی‌خطر است. نیفیدپین ۱۰ میلی سه بار در روز برای درمان پدیده Raynaud نوک پستان در مادران شیرده به خوبی استفاده شده است. مصرف سایر بلوک کننده‌های کانال کلسیم در طول شیردهی مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

سولفات منیزیم

سولفات منیزیم آزادانه از جفت عبور می‌کند و بر توانایی نوزاد برای شیر خوردن اثر می‌گذارد. استفاده داخل وریدی از سولفات منیزیم برای پره اکلامپسی، سطح منیزیم شیرمادر را افزایش نمی‌دهد و منیزیم دسترسی خوراکی مختصری دارد لذا استفاده از آن در طول شیردهی بی‌خطر است.

عوامل تنظیم کننده ایمنی

فاکتور نکروز ضد تومور

این داروها در مقادیر غیر قابل کشف (مثل داروی Certolizumab, adalimumab) یا مقادیر بسیار ناچیز (infliximab, etanercept) به شیر مادر منتقل می شوند. نظریه کارشناسی این است که استفاده از این داروها در زمان شیردهی قابل قبول است.

کلروکین و هیدروکسی کلروکین

مصرف کلروکین و هیدروکسی کلروکین در زنان شیرده و شیرخوارانشان مورد بررسی قرار گرفته است. مقادیر این داروها در شیر کم است و در پیگیری شیرخواران شیر مادرخوار تا سن یک سالگی، عوارض جانبی دیده نشده است.

ایمنو ساپرسیوها

شواهد بالینی و فارماکوکینتیک فراوان نشان داد که داروی سیکلوسپورین معمولاً روی شیرخوار شیر مادرخوار تأثیری ندارد. شواهد کمتری در مورد داروی Tacrolimus موجود است، اما دارو در شیر مادر یا در سرم شیرخوار شیر مادرخوار دیده نشده است. در مصرف این دو دارو، سطح سرمی دارو در بدن شیرخوار باید از نظر شک به مسمومیت اندازه گیری شود. استفاده از azathioprine و متابولیت آن به نام mercaptopurine در دوران شیردهی در زنانی که بیماری التهاب روده، لوپوس و پیوند ارگان داشته اند بی خطر گزارش شده است. برخی سازمان های تخصصی استفاده از داروهای فوق در دوران شیردهی را تأیید کرده اند اما توصیه می کنند شیرخواران دارای تغذیه انحصاری با شیرمادر از نظر شمارش کامل سلول های خون به تفکیک نوع و تست های عملکردی کبدی کنترل شوند. از مصرف متوتروکسات در دوزهای مورد استفاده در درمان سرطان باید اجتناب شود، گرچه اطلاعات محدود نشان می دهد که مقادیر کمی از دارو با مصرف تک دوز آن تا ۶۵ میلی گرم، به شیر مادر منتقل می شود. گرچه اتفاق نظر همگانی بر سر این موضوع وجود ندارد، استفاده متناوب از دوزهای پایین قابل قبول است اما شیرخوار شیر مادرخوار باید از نظر شمارش کامل سلول های خونی به تفکیک نوع کنترل شود. در مورد Sirolimus, Mycophenolate مطالعه ای صورت نگرفته است و بهتر است از مصرف آنها در دوران شیردهی اجتناب شود.

ایمنوگلوبولین داخل وریدی

استفاده از IVIG بی خطر است و داروی انتخابی درمان مالتیپل اسکلروزیس در دوران شیردهی می باشد.

مزالامین

استفاده از Mesalamine و مشتقاتش (مثل balsalazide) در دوران شیردهی قابل قبول است، گرچه شیرخوار باید از نظر اسهال که ممکن است به ندرت رخ دهد، تحت نظر باشد. از مصرف سولفاسالازین به دلیل ترکیبات سولفونامیدی بهتر است اجتناب شود.

داروهای ضد میکروبی

عموماً همه داروهای ضد میکروبی به شیرمادر منتقل می‌شوند. بیشترین داروها برای درمان بیماری‌های عفونی کودک نیز استفاده می‌شوند. دوزهای دریافتی از طریق شیرمادر همیشه کمتر از مقادیری است که برای درمان به صورت مستقیم به شیرخوار داده می‌شود. استفاده از داروهای ضد میکروبی وسیع الطیف، ترکیبی از داروها و درمان طولانی مدت یا تکرار درمان برای مادر، مثلاً در ماستیت عود کننده، خطر بروز اسهال، برفک و سوختگی محل کهنه در شیرخوار را افزایش می‌دهد.

داروهای ضد قارچ

نیستاتین و آمفوتریسین B جذب خوراکی ندارند. بنابراین هیچ خطری برای شیرخوار شیرمادرخوار ندارند. استفاده از فلوکونازول توسط مادر، برای شیرخوار بی‌خطر است و برای درمان مستقیم شیرخوار هم استفاده می‌شود. کتوکونازول و ایتراکونازول کمتر مطالعه شده‌اند و بالقوه سمی تر هستند، اما اگر جایگزینی موجود نباشد با احتیاط قابل استفاده هستند. کتوکونازول به دلیل احتمال خورده شدن دارو توسط شیرخوار نباید به صورت موضعی روی نوک پستان استفاده شود. کلوتریمازول و مایکونازول در استفاده خوراکی، زیست دسترسی کمی دارند و برای مصرف واژینال یا موضعی، از جمله روی نوک پستان انتخاب‌های خوبی هستند.

سفالوسپورین‌ها و پنی‌سیلین‌ها

این آنتی‌بیوتیک‌ها در مقادیر بسیار جزئی در شیرمادر ظاهر می‌شوند و معمولاً بی‌خطر هستند. احتمال کمی از بروز واکنش‌های آلرژیک در شیرخوار وجود دارد.

کلیندامایسین

کلیندامایسین، در عفونت‌های استافیلوکوک آرئوس مقاوم به متی‌سیلین (مثل ماستیت) انتخاب بعدی است اما شیرخوار باید از نظر اسهال و وجود خون در مدفوع کنترل شود.

Linezolid

یکی از انتخاب‌های درمان عفونت‌های استافیلوکوک آرنئوس مقاوم به متی‌سیلین، Linezolid است. این دارو در شیرمادر، در مقایسه با داروهایی که برای شیرخوار استفاده می‌شود، در مقادیر کمتری ظاهر می‌شود.

ماکرولیدها

اریترومایسین، کلاریترومایسین، آزیترومایسین و سایر ماکرولیدها معمولاً برای استفاده در دوران شیردهی بی‌خطر هستند، گرچه در مصرف اریترومایسین، افزایش خطر بروز استنوز هیپرتروفیک پیلور در شیرخوار به خصوص در هفته‌های اول احتمال می‌رود.

مترونیدازول

احتیاط در مصرف مترونیدازول به نظر می‌رسد به توانایی آن در ایجاد تخریب کروموزومی در محیط آزمایشگاه ارتباط داشته باشد که می‌تواند کارسینوژن باشد. این اثر در افراد دریافت‌کننده دارو یا در شیرخوارانی که مادرشان این دارو را دریافت کرده‌اند گزارش نشده است، گرچه انجام یک مطالعه معتبر در این زمینه تقریباً غیرممکن است. مترونیدازول در موارد خاص در شیرخواران برای درمان ژیاوردیا و برخی عفونت‌های غیر هوازی، همچنین در دوران بارداری استفاده می‌شود. این دارو به نظر می‌رسد در کوتاه‌مدت برای شیرخوار شیرمادرخوار بی‌خطر باشد اما گزارشاتی در مورد افزایش کلونیزاسیون کاندیدا و poor feeding موجود است.

فلوروکینولون‌ها

فلوروکینولون‌ها (مثل سیپروفلوکساسین، لووفلوکساسین) در مقادیر کم در شیرمادر ظاهر می‌شوند. اگر داروی انتخابی دیگری برای درمان مادر موجود نیست، یک دوره کوتاه مواجهه با سیپروفلوکساسین (یک تا دو هفته) در شیرخوار قابل قبول است. اطلاعاتی در مورد بی‌خطر بودن استفاده از لووفلوکساسین در شیرخوار، موجود نیست. قطره‌های چشمی یا قطره‌های گوش خطری برای شیرخوار شیرمادرخوار ندارند.

سولفونامیدها

از مصرف سولفونامیدها در مادران شیرده به دلیل افزایش خطر بروز کرنیکتروس در شیرخواران مبتلا به زردی و نگرانی از همودیالیز در شیرخواران دارای نقص گلوکز-۶-فسفات دهیدروژناز باید اجتناب شود. تری متوپریم-سولفامتوکسازول درمان انتخابی برای عفونت‌های استافیلوکوک آرنئوسی مقاوم به متی‌سیلین (مثل ماستیت) در مادری است که شیرخوارش سن بالاتری داشته و نقص گلوکز-۶-فسفات-دهیدروژناز ندارد.

تتراسایکلین‌ها

استفاده کوتاه مدت از تتراسایکلین‌ها در مادران شیرده بی‌خطر است. مقدار تتراسایکلین که در شیر ظاهر می‌شود کم است و زیست دسترسی خوراکی آن به دلیل کلسیم موجود در شیر پائین است. از استفاده روزانه و طولانی مدت دارو (مثلاً در آکنه) بهتر است اجتناب شود.

میگرن

درمان سردرد میگرنی در بزرگسالان به دو بخش پروفیلاکسی حملات و درمان اپیزودهای حاد تقسیم می‌شود. داروهای پروفیلاکسی میگرن که بهترین انتخاب در دوران شیردهی هستند شامل آمی‌تریپتیلین، گاباپنتین، متوپرولول، نورتریپتیلین، پروپرانولول، سرتالین و والپروئیک اسید می‌باشند.

شروع درمان برای سردرد میگرنی حاد

شروع درمان سردرد میگرنی حاد ممکن است از اقداماتی نظیر استراحت، تاریک کردن اتاق و گذاشتن پارچه مرطوب روی پیشانی تا استفاده از برخی داروهای جدید متفاوت باشد. استفاده از استامینوفن و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی در دوران شیردهی قابل قبول است زیرا بیشترین داروها اسیدهای ضعیفی بوده که باندینگ قوی با پروتئین دارند، گرچه در شیردهی استفاده از داروهای کوتاه اثر (مثل ایبوپروفن) ارجح است. داروهایی که ترکیبی از استامینوفن و کافئین می‌باشند در طول شیردهی بی‌خطر هستند (فصل ۶).

تریپتان‌ها

داده‌های موجود در مورد سوماتریپتان و التریپتان نشان می‌دهد که ترشح این دو دارو در شیر کم می‌باشد. سایر تریپتان‌ها مطالعه نشده‌اند.

آکالوئیدهای ارگوت

این آکالوئیدها (ارگوتامین، دی‌هیدروارگوتامین) بررسی نشده‌اند. این داروها با پرولاکتین تداخل کرده و روی شیرخواری که از شیرمادر تغذیه می‌کند اثر منفی می‌گذارد. لذا مصرف آنها در دوران شیردهی توصیه نمی‌شود.

کنترل درد

درد در مادر شیرده با دوزهای مناسب از استامینوفن یا ضد التهاب‌های غیر استروئیدی مثل ایبوپروفن قابل کنترل است. اپیات‌های خوراکی (مثل هیدروکودون، اکسی‌کودون) را می‌توان در دوزهای کم و زمان‌های کوتاه یا در صورتی که تسکین غیر اپیوئیدها کافی نباشد، اضافه کرد. کدئین خوراکی دیگر چندان طرفداری

ندارد چون سبب خواب‌آلودگی شدید در برخی مادران و شیرخواران با ژنوم دارویی متفاوت می‌شود. دردهای شدیدتر مثل درد بلافاصله پس از زایمان یا عمل جراحی، را می‌توان با استفاده از نازکوتیک‌های کوتاه اثر داخل وریدی یا داخل عضلانی مثل فنتانیل یا dilaudid (دیلودید) کنترل کرد. کنترل دقیق شیرخوار از نظر خواب‌آلودگی و دپرسیون تنفسی در زمان استفاده مادر از اپیوئیدها ضروری است. برای بحث بیشتر در مورد کنترل درد در دوران شیردهی فصل ۶ را مطالعه کنید.

کنترل تشنج

گزارشات متعددی از بروز عوارض جانبی در شیرخواران مادرانی که داروی ضد تشنج می‌گیرند وجود دارد، اما روی اغلب آنان تأثیر قابل توجهی ندارد. با توجه به استفاده گسترده از این داروها طی سال‌های متعدد، مشخص نیست که این اثرات به دلیل مواجهه در شیرمادر باشد. بسیاری از این گزارشات مربوط به شیرخوارانی است که مادرانشان این دارو را در بارداری هم مصرف می‌کردند یا مادرانی که بیش از یک ضد تشنج یا درمان سایکوتروپیک مصرف می‌کردند. سابقاً، مصرف داروهای ضد تشنج خواب‌آور (فنوباریتال، پریمیدون) سبب خواب‌آلودگی در شیرخوارانی شده است که از طریق شیرمادر دارو را دریافت کرده بودند. در نوزادی که در دوران بارداری و شیردهی در معرض داروی فنی توئین قرار گرفته بود، متهموگلوبینمی گزارش شده است. گزارشاتی از خواب‌آلودگی و بدی عملکرد کبد در شیرخواری که مادرش کاربامازپین مصرف کرده، منتشر شده است. بروز ترمبوسیتوپنمی و آنمی در یک شیرخوار احتمالاً مرتبط با والپورئیک اسید در شیرمادر بوده است. ethosuximide, Lamotrigine که توسط مادر شیرده مصرف می‌شود، سبب ایجاد سطح پلاسمایی نزدیک به درمان در بدن شیرخوار می‌شود. Zonisamide نیز در مقادیر زیاد به داخل شیر ترشح می‌شود. داروهایی که ترشح نسبتاً کمی به داخل شیر دارند شامل گاباپنتین، pregabalin، topiramate، Vigabatrin می‌باشند. پیگیری شیرخواران شیرمادر خواری که مادرشان داروی کاربامازپین، Lamotrigine، فنی توئین یا والپروآت مصرف می‌کردند نشان داد ضریب IQ این شیرخواران در سن ۳ سالگی تفاوتی با شیرخوارانی که مادرشان دارو را مصرف می‌کردند ولی شیر نمی‌دادند، ندارد. صرف نظر از اینکه چه دارو یا داروهایی برای کنترل صرع مادر نیاز می‌باشد، احتیاطاً نه تنها باید شیرخوار را از نظر بالینی تحت نظر گرفت بلکه در صورت شک به عوارض منفی باید غلظت دارو را در پلاسمای شیرخوار اندازه گرفت یا در صورت بروز زردی، به خصوص در ۲ ماه اول، تست‌های کبدی را انجام داد.

تیروئید و درمان ضد تیروئیدی

لووتیروکسین در افرادی که کمبود این هورمون دارند، برای تأمین هورمون تیروئید در سطح سرمی طبیعی

آن مصرف می‌شود. در صورت تنظیم دوز مناسب، دارو تأثیری بر عملکرد تیروئید شیرخوار نخواهد داشت. در ایالات متحده در زنان مبتلا به پرکاری تیروئید، پروپیل تیواوراسیل داروی ارجح است زیرا به مقدار کم به شیر منتقل می‌شود و بر عملکرد تیروئید شیرخوار اثری ندارد. پروپیل تیواوراسیل می‌تواند سبب نارسایی کبدی غیر قابل برگشت شود گرچه گزارشی در این مورد در دوران شیردهی در شیرخواران گزارش نشده است. بنابراین، متی مازول علیرغم انتقال بیشتر به شیر، ترجیح دارد. متی مازول در مقدار ۲۰ میلی‌گرم در روز بر عملکرد تیروئید شیرخوار اثری ندارد. مواجهه شیرخوار با دارو در صورت شیردهی ۳ ساعت پس از مصرف دارو به حداقل می‌رسد. استفاده موضعی از ید (مثلاً Povidone iodine)، همچنین دریافت دوزهای بالای یدیدها باید به حداقل برسد چون این عوامل سبب ایجاد کم کاری تیروئید در شیرخوار می‌شود. استفاده از دوزهای کم در مادران دارای کمبود ید و محافظت از تیروئید پس از مواجهه با اشعه استثناء است که در صورت لزوم یدید پتاسیم به مادر و شیرخوار داده می‌شود (فصل ۱۸).

داروهای تشخیصی

داروهای یددار واسطه کنتراست و داروهای کنتراست بر پایه gadolinium که در حال حاضر برای MRI استفاده می‌شوند، پس از استفاده خطری برای شیرخوار شیرمادرخوار ایجاد نمی‌کند زیرا ترشح به داخل شیرمادر و جذب خوراکی آن کم است. پس از استفاده از این داروها نیازی به قطع موقت شیردهی نیست.

ایزوتوپ‌های رادیواکتیو

بهتر است فرایندهای الکتیو تشخیصی با داروهای هسته‌ای تا قطع شیردهی مادر به تأخیر انداخته شود. اگر یک داروی رادیوایزوتوپ تشخیصی باید برای مادر شیرده استفاده شود، باید از داروی دارای نیمه عمر کوتاه استفاده کرد. باید به مادر گفته شود که چه مدت نباید شیر دهد، باید در طول درمان شیرش را بدوشد و دور بریزد و اگر لازم است از بغل کردن و تماس نزدیک با شیرخوار برای مدت کوتاهی پس از انجام عمل اجتناب کند. این اطلاعات به مادر کمک می‌کند تا قبل از عمل، شیرش را دوشیده و ذخیره نماید تا در زمانی که نمی‌تواند به شیرخوار شیر دهد، از آن استفاده کند. نگران کننده‌ترین ایزوتوپ تشخیصی ید-۱۳۱ است. انجمن تیروئید آمریکا استفاده از ید-۱۲۳ یا اسکن‌های technetium برای تشخیص پرکاری تیروئید در مادران شیرده توصیه می‌کند. مادرانی که ایزوتوپ‌های رادیواکتیو درمانی دریافت می‌کنند قادر نخواهند بود برای مدت طولانی شیر دهند زیرا دوز اشعه برای مدت مستمر بالا باقی می‌ماند. The US Nuclear Regulatory Agency دستورالعمل‌هایی را در زمینه مدت لازم برای قطع شیردهی و تماس نزدیک با شیرخوار، تماس با پدر و سایرین که در ارتباط نزدیک با شیرخوار هستند تهیه و منتشر کرده است. اندازه‌گیری رادیواکتیویته

شیر دوشیده شده می‌تواند در تعیین زمان برگشت به شیردهی مادر کمک کند. باید برای هر بیمار به صورت جداگانه با پزشک طب هسته‌ای مشورت کرد.

داروهای محرک تولید شیر (galactagogues)

داروهای محرک تولید شیر باید فقط زمانی استفاده شوند که تلاش‌های معمول برای افزایش تولید شیر (مثلاً وضعیت بغل کردن، شیردهی مکرر، دوشیدن شیر) با شکست مواجه شده باشد. متوکلوپرامید، پرولاکتین سرم را افزایش می‌دهد و در بعضی زنان سبب افزایش تولید شیر می‌شود، گرچه مطالعات در این زمینه ابهام دارد. مدت استفاده از متوکلوپرامید نباید بیشتر از ۱۴ روز طول بکشد زیرا می‌تواند سبب افسردگی مادر و tardive dyskinesia شود. این دارو عوارض جانبی کوتاه مدت نیز در مادر دارد شامل خستگی، تهوع، سردرد، اسهال، خشکی دهان، احساس ناراحتی در پستان‌ها، سرگیجه، احساس بی‌قراری در پاها، ریزش مو و اضطراب. دومپریدون نیز مشابه متوکلوپرامید عمل می‌کند و بیشتر در کانادا و سایر کشورها استفاده می‌شود. مطالعات متاآنالیز نشان داده است که این دارو به عنوان محرک تولید شیر مؤثر است، گرچه تعداد کل بیمارانی که در مطالعات با طراحی خوب قرار گیرند، کم است. دومپریدون در مقایسه با متوکلوپرامید عوارض جانبی کمتری در سیستم اعصاب مرکزی دارد اما ممکن است سبب افزایش فاصله QT شود و لذا US food and drug administration and health Canada در مورد استفاده از آن هشدار داده است. این دارو در ایالات متحده فروش نمی‌شود.

سایر داروهای محرک تولید شیر، مثل هورمون آزادکننده تیروتروپین و هورمون رشد انسانی ممکن است از طریق افزایش ترشح پرولاکتین یا همکاری با پرولاکتین در تولید طبیعی و مداوم شیر، سبب افزایش تولید شیر شود. مطالعات در مورد استفاده از این هورمون‌ها کافی نیست و به قدری گران هستند که استفاده معمول از آنها برای افزایش تولید شیر، توصیه نمی‌شود. در گذشته اسپری اکسی توسین برای بهبود جهش شیر موجود بود. اثربخشی و راندمان این اسپری به عنوان یک محرک تولید شیر زیر سؤال است و در بسیاری از کشورها دیگر موجود نمی‌باشد. گفته می‌شود استفاده از محصولات گیاهی به مقدار زیاد می‌تواند محرک تولید شیر باشد اما هیچکدام به اندازه کافی مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

داروهای گیاهی

داروهای گیاهی مکرراً برای شرایط مختلف استفاده می‌شوند. مادرانی که در مورد استفاده از ترکیبات گیاهی سؤال می‌کنند، باید بدانند که ترکیب، درجه خلوص و اثربخشی این مواد به خوبی تنظیم نشده است و باید با احتیاط استفاده شوند. اطلاعات کمی در مورد اثربخشی این داروها موجود است اما در شیرخوارانی که

مادرانشان ترکیبات حاوی مواد مختلف گیاهی استفاده کرده‌اند عوارض جانبی دیده شده است مثلاً ترکیبات حاوی arnica سبب همولیز نوزادی، جلبک دریایی سبب کم‌کاری تیروئید ناشی از ید فراوان، گزنه خاردار سبب کهیر و خارش، مخمر st. John's سبب احتمال کولیک، گیجی یا لتارژی، و مخلوط چای گیاهی سبب هیپوتونی، لتارژی، استفراغ، گریه ضعیف، مکیدن ضعیف مرتبط با ماده anethole موجود در بادیان رومی و رازیانه می‌شود.

عوامل محیطی

عوامل محیطی ممکن است روی تغذیه با شیرمادر اثر بگذارد و این عوامل همانگونه که ممکن است در فراورده‌های غذایی عمومی و در شیر خشک موجود باشد در شیرمادر هم ممکن است یافت شود. اما مادری که در محیط به شدت آلوده زندگی یا کار می‌کند متفاوت خواهد بود.

مواجهه با سرب و تغذیه با شیرمادر

مادرانی که در مواجهه با سرب هستند باید در صورت تصمیم به شیردهی، از نظر میزان سرب خون آزمایش شوند. مادری که سطح خونی تایید شده ۴۰ میکروگرم در دسی‌لیتر دارد نباید شیرخوارش را شیر دهد (او باید شیر خود را دوشیده و بیرون بریزد) تا زمانی که غربالگری مجدد سطح پائین‌تری از سرب را نشان دهد و منبع مواجهه مادر و شیرخوار با سرب حذف گردد.

فصل سیزدهم

پیشگیری از بارداری در مادران شیرده

باید به زنان در دوره بارداری آموزش داد برای فرزندآوری طوری برنامه‌ریزی نمایند که فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان رعایت شود. لذا آموزش و خدمات در دوران بارداری باید به گونه‌ای ارائه شود که آنان را در رسیدن به این هدف یاری نماید تا مادران برای نوزاد جدید، وقت و انرژی کافی داشته باشد.

مشاوره پیشگیری از بارداری

منطق و دلیل

یک بارداری برنامه‌ریزی نشده ظرف سال اول بعد از زایمان، نه تنها ممکن است سبب فشار روانی و تغذیه‌ای بر مادر شود، بلکه می‌تواند تأثیر منفی بر تعهد مادر به شیردهی او نیز داشته باشد.

فرصت‌های مناسب برای مشاوره

ویزیت‌های مکرر توسط کارشناس بهداشتی در دوره‌های قبل از زایمان و بعد از آن، فرصت‌های مناسبی برای بحث در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد.

قبل از زایمان

هر ویزیت قبل از زایمان فرصتی برای روشن شدن دیدگاه‌های مادر نسبت به پیشگیری از بارداری، تجربه وی در استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری، روش‌های ترجیحی وی، نظرش در مورد فاصله‌گذاری بین زایمان‌ها یا حتی عقیم‌سازی است. در این ویزیت مزایا و معایب روش‌های مختلف با توجه به وضعیت سلامت مادر و تصمیم او برای شیردهی مرور و بررسی می‌شود.

بلافاصله پس از زایمان

در زمان ترخیص مادر از بیمارستان پس از زایمان، برنامه مادر برای پیشگیری از بارداری را می‌توان بررسی نموده و در صورت نیاز تقویت یا بازنگری نمود. اگر نحوه شیردهی مادر معیارهای لازم برای آمنوره شیردهی و اطمینان از عدم تخمک‌گذاری را ندارد، باید به خطر بالقوه وقوع حاملگی برنامه‌ریزی نشده قبل از ویزیت پیشگیری توجه نمود.

ویزیت پس از زایمان در مطب

ویزیت پس از زایمان که معمولاً ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان صورت می‌گیرد، زمان مناسبی برای ارزیابی دفعات و مدت تغذیه با شیرمادر برای ایجاد پیشگیری طبیعی از بارداری است. اگر مادر تمایل یا نیاز بیشتری به پیشگیری از بارداری ناخواسته داشته باشد باید در مورد روش‌های مختلف بحث نموده و جلوگیری از بارداری را آغاز کرد.

انتخاب روش‌های جلوگیری از بارداری

روش‌های غیرهورمونی

وسایل داخل رحمی (IUDs)

آیودی روشی مطمئن، مؤثر و طولانی اثر برای جلوگیری از بارداری می‌باشد و برای تمام زنانی که دنبال یک روش جلوگیری از بارداری قابل برگشت، مؤثر و مستقل از زمان مقاربت می‌باشند، توصیه می‌شود. این وسایل، بسته به مدلی که انتخاب می‌شوند به مدت طولانی برای ۵ تا ۱۰ سال از بارداری جلوگیری می‌کنند. این وسایل را می‌توان به راحتی در زمان ویزیت پس از زایمان کار گذاشت. مزیت اصلی استفاده از آیودی اثربخشی طولانی مدت ۹۹ درصد یا بیشتر می‌باشد. ضمناً هیچ اثر جانبی تایید شده‌ای بر شیردهی ندارد. البته باید توجه کرد که بعضی از آیودی‌ها دارای پروژستین می‌باشند. خصوصیات پروژستین در ارتباط با شیردهی در زیر اشاره شده است.

روش‌های محافظتی (Barrier)

مزایای روش‌های پیشگیری از بارداری محافظتی مانند کاندوم‌های لاتکس لغزنده (لوبریکنت)، دیافراگم، اسپرم‌کش‌ها (spermicides) این است که هیچ اثری بر شیردهی ندارند. کاندوم علاوه بر اثر ضد بارداری، در جلوگیری از انتقال بیماری‌های مقاربتی نیز مؤثر است. عیب روش‌های محافظتی اثربخشی کم‌تر از معمول و درصد شکست تقریبی ۱۰ تا ۲۰ درصد در مقایسه با سایر روش‌های محافظتی است. این اطلاعات برای زنانی است که قاعدگی‌های طبیعی دارند. بنابراین در دوره شیردهی احتمالاً تا شروع عادت ماهانه می‌تواند کاربرد داشته باشد. کاندوم را می‌توان در هر زمان استفاده کرد ولی استفاده از کلاهک یا دیافراگم بهتر است تا شش هفته پس از زایمان به تأخیر افتد.

روش آمنوره ناشی از شیردهی (LAM)

این روش در بسیاری از فرهنگ‌ها، نظام‌های ارائه خدمات بهداشتی و شرایط اقتصادی اجتماعی به عنوان

روش بسیار مؤثری در جلوگیری از بارداری شناخته شده است و در مجموع به دلیل افزایش فاصله بین فرزندان، سبب کاهش نارسای می شود. LAM برای زنانی که می خواهند به مدت ۶ ماه یا بیشتر تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشند، مناسب ترین روش می باشد. اگر شیرخوار تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد (یا ندرتاً با شیر کمکی تغذیه می شود) و اگر مادر هنوز پس از زایمان عادت ماهیانه نشده است، تغذیه با شیر مادر در ۶ ماه اول پس از زایمان، بیش از ۹۸ درصد از بارداری جلوگیری می کند. برای اثربخشی مطلوب این روش، فواصل بین شیردهی نباید بیش از ۴ ساعت در روز یا ۶ ساعت در شب باشد. غیر از شیر دادن از پستان، استفاده از روش های دیگر مانند دوشیدن شیر، ممکن است سبب کاهش دفعات و قدرت مکیدن شده، در نتیجه پاسخ های نورواندوکراین مادری تغییر یابد و به احتمال زیاد تخمک گذاری از سر گرفته شود. اگر توصیف مادر از وضعیت شیردهی اش نشان دهد که کافی برای مهار تخمک گذاری نمی باشد، باید از یک روش جایگزین پیشگیری از بارداری استفاده شود. اگر مادر شرایط مهار تخمک گذاری با استفاده از روش LAM را ندارد، باید از یک روش جایگزین در چارت استفاده کرد. علاوه بر این، مادرانی که از روش LAM استفاده می کنند، باید از مشاوره استاندارد در مورد راهکارهای پیشگیری از بیماری های منتقله از راه جنسی بهره مند شوند.

روش های جلوگیری از بارداری هورمونی (اگزوژن)

این روش ها، بسیار مورد پذیرش بوده و به منظور پیشگیری از بارداری کاملاً مؤثر هستند. اما معایب بالقوه ای دارند که به طور کلی به شرایط پس از زایمان و به صورت اختصاصی به وضعیت شیردهی مرتبط می شود و در هر روش هورمونی، این معایب متفاوت خواهد بود.

جلوگیری از بارداری با پروژستین تنها (Progestin-only)

- **فواید:** این روش شامل قرص های پروژستین خالص (مینی پیل ها)، دیومدروکسی پروژسترون استات (DMPA)، کاشتنی های لوونورژسترون، و آبیودی های حاوی لوونورژسترون می باشد که در مقایسه با روش های غیر هورمونی اثر ثابت شده ای روی کیفیت یا حجم شیر مادر ندارند. پروژستین خالص، روش هورمونی انتخابی برای مادران شیرده بوده و به طور معمول استفاده می گردد.
- **زمان استفاده:** مدارک علمی مصرف زودرس روش های پروژستینی را پس از زایمان منع نمی کند. گرچه، کاهش معمول پروژسترون ۲ تا ۳ روز اول پس از زایمان، بخش فیزیولوژیک فرایند شروع تولید شیر می باشد. بنابراین از نظر تئوریک این نگرانی وجود دارد که دادن پروژستین در چند روز اول و قبل از تثبیت تولید شیر می تواند با شیردهی مطلوب تداخل نماید. در سه هفته اول پس از زایمان نیازی به پیشگیری از بارداری نیست زیرا برگشت تخمک گذاری پس از زایمان در همه زنان با تأخیر صورت می گیرد و این تأخیر در

زنانی که به طور انحصاری شیر می دهند طولانی تر است. کارکنان بهداشتی باید شروع مصرف قرص های پروژستینی خالص را در زنانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر دارند ۶ هفته پس از زایمان و در سایر زنان ۳ هفته پس از زایمان در نظر داشته باشند. به هر حال اگر دلایل عملی مثل عدم امکان انجام ویزیت های بعدی مادر وجود داشته باشد، پروژستین را می توان بلافاصله پس از زایمان نیز شروع کرد.

روش های جلوگیری از بارداری ترکیبی استروژن-پروژسترون

- **مضرات:** استفاده از قرص های خوراکی ترکیبی پیشگیری از بارداری در زنان شیرده مضرات متعددی دارد. عیب اول، آن که در مورد همه زنان پس از زایمان صدق می کند، توانایی بالقوه جزء استروژنی در افزایش انعقادپذیری خون در دوره پس از زایمان می باشد. به علاوه، استفاده از روش های جلوگیری از بارداری ترکیبی پس از زایمان اثر منفی روی شیردهی داشته، سبب کاهش تولید شیر و در نتیجه کاهش مدت تغذیه با شیرمادر و افزایش مصرف شیر مصنوعی خواهد شد. از طرف دیگر، استروژن ممکن است وارد شیرمادر هم بشود.
 - **زمان مصرف:** آخرین دستورالعمل مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها اعلام نمود که زنان در ۲۱ روز اول پس از زایمان به دلیل خطر ترومبوآمبولی وریدی، نباید قرص های خوراکی ترکیبی استفاده نمایند. البته زنانی که فاقد ریسک فاکتور هستند، با احتیاط می توانند در ۲۱ تا ۴۲ روز پس از زایمان از قرص های خوراکی ترکیبی استفاده نمایند.
- محافظه کارترین توصیه، این است که در زنان شیرده استفاده از قرص های ترکیبی خوراکی حداقل تا ۶ ماه پس از زایمان به تأخیر بیفتد. این مسئله از مطالعات قبلی در زمینه روش های خوراکی ترکیبی که دوزهای بالای استروژن داشتند، استخراج شده است. جدیدترین فورمولاسیون این قرص ها دارای ۳۵ میکروگرم یا کمتر استروژن، تا حداقل ۱۰ میکروگرم می باشد. گرچه ترکیبات فقط پروژستینی، روش خوراکی انتخابی پیشگیری از بارداری برای زنان شیرده است، قرص های خوراکی ترکیبی را -اگر شیردهی خوب برقرار شده باشد و وضعیت تغذیه شیرخوار کنترل شود- ۶ هفته پس از زایمان می توان شروع کرد.

فصل چهاردهم

تغذیه با شیر مادر و شیرانسان برای شیرخواران نارس

فوایدی که در مورد شیرانسان برای شیرخواران نارس گزارش شده شامل: کاهش عفونت، کاهش خطر انتروکولیت نکروزان و کاهش عدم تحمل تغذیه‌ای می‌باشد. مادران شیرخواران نارس برای توانمند شدن جهت تغذیه شیرخوارشان، نیازمند کمک اختصاصی در زمینه تثبیت و تداوم تولید شیر، جمع‌آوری و ذخیره شیر و شیردهی فرزندشان هستند. تغذیه شیرخوار نارس با شیرانسان همچنین نیازمند ملاحظاتی در زمینه تغذیه از طریق لوله، مکمل‌های تغذیه‌ای و رشد و تکامل می‌باشد. وقتی تولد یک شیرخوار نارس مورد انتظار است، توصیه می‌شود با مادران در خصوص فواید شیر مادر صحبت شود (فصل ۱۱ را ببینید). تغذیه با شیر مادر برای همه شیرخواران نارس اهمیت دارد اما دوزیگروهی که در این فصل بحث خواهد شد شامل شیرخواران با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰gr (VLBW) (وزن تولد خیلی پایین) و شیرخواران با سن داخل رحمی ۳۴ تا ۳۶ هفته (Late preterm infant) می‌باشد.

نوزادان با وزن تولد بسیار کم (VLBW)

وقتی با تولد یک نوزاد با وزن تولد بسیار کم (VLBW) روبه‌رو می‌شویم، بسیاری از زنانی که تمایل به تغذیه نوزادشان با شیر مصنوعی داشته باشند، با تشویق پرسنل بهداشتی درمانی، شیرخود را - ولو برای مدت کوتاه - به عنوان یک روش حفظ سلامت نوزاد به او می‌دهند. به محض مطلع شدن از احتمال تولد یک نوزاد خیلی کم وزن، باید فواید شیر مادر به مادر گفته شود (جدول ۱-۱۴ و فصل ۲). با تولد یک نوزاد VLBW، باید کارکنان آموزش دیده در دسترس باشند تا به مادر روش‌های دوشیدن شیر و تولید کافی شیر را یاد داده، همچنین در خصوص نحوه ذخیره کردن شیر اطلاعات لازم را به مادر بدهند (فصل ۱۱) و سرانجام به مادر و شیرخوار - هر دو - در جلسات تغذیه با شیر مادر کمک کنند. هدف باید در صورت امکان، تولید شیر به مقدار کافی باشد. در صورت کافی نبودن شیر مادر برای همه دفعات تغذیه، استفاده از شیر پاستوریزه شده اهدایی مادران از یک بانک شیر مورد تایید، توصیه می‌شود (فصل ۱۱). از شیر مصنوعی مخصوص نوزادان نارس، فقط در صورتی که شیرانسان در دسترس نباشد یا اندیکاسیون نداشته باشد، استفاده می‌شود.

کلستروم (آغوز) و شروع زود هنگام تغذیه

شروع سریع تر تغذیه نوزاد VLBW مهم است زیرا از آتروفی و یلوزیته و مخاط روده جلوگیری نموده و از طریق

افزایش ترشح هورمون‌های روده‌ای و بهبود حرکات روده، سبب بهبود تکامل دستگاه گوارش می‌شود. تغذیه نوزاد خیلی کم وزن با شیرانسان، مدت زمان لازم برای تغذیه کامل روده‌ای و طول مدت بستری در بیمارستان را کاهش می‌دهد. از آنجا که کلستروم غنی از پروتئین، مواد معدنی و عوامل ایمنولوژیک می‌باشد، یک ماده تغذیه‌ای ایده‌آل است. عوامل ایمنولوژیک محافظت کننده مانند sIgA در کلستروم زنانی که زایمان پره‌ترم دارند بیشتر از زنانی است که زایمان ترم داشته‌اند و این مسئله نشان می‌دهد که کلستروم در مادران دارای نوزاد پره‌ترم، به ویژه در روزهای اول پس از تولد نقش محافظتی دارد. برخی از پزشکان از کلستروم، به عنوان یک روش مراقبتی از راه دهان برای نوزادان VLBW استفاده می‌کنند. کلستروم را باید به همان ترتیبی که دوشیده شده است (براساس تاریخ دوشیدن) به شیرخوار خوراند، حتی اگر منجمد شده باشد.

جدول ۱-۱۴- تغذیه با شیرمادر خطر بروز مشکلات زیر را در نوزادان نارس کاهش می‌دهد.

- انتروکولیت نکروزان
- عدم تحمل تغذیه
- عفونت‌های اکتسابی بیمارستانی
- بستری طولانی مدت در بخش مراقبت ویژه نوزادان
- تأخیر تکاملی
- ضریب هوشی پایین در تست‌های شناختی

برگرفته از:

US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and quality. Breastfeeding & maternal infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment 153. Available at: www.ahrq.gov

غنی‌سازی شیرانسان

دلایل منطقی

تأخیر در شروع تغذیه روده‌ای، محدودیت حجم تغذیه روده‌ای و ترکیب تغییرپذیر شیرمادر از عواملی هستند که مصرف شیرغنی نشده انسان در نوزادان VLBW را محدود می‌سازد. رشد سریع پس از تولد برای نزدیک شدن به میزان رشد داخل رحمی ضروری است. نیاز به مواد مغذی برای تأمین این نیازهای رشدی، در این دوران بیش از هر زمان دیگری است. مواد مغذی موجود در شیرمادر دارای زایمان پره‌ترم، نمی‌تواند تأمین کننده نیازهای این رشد سریع، خصوصاً در نوزادان VLBW باشد. در نوزادان VLBW که با شیرغنی نشده انسان تغذیه شده‌اند، کمبود پروتئین (بصورت پایین بودن مقادیر آلبومین و نیتروژن اوره خون) مشاهده

شده. علائم بیوشیمیایی ریکتز یا استئوپنی نرسی (به صورت پایین بودن غلظت فسفر سرم، بالا بودن غلظت کلسیم سرم و نیز فعالیت بالای آلکالین فسفاتاز سرم خون) و نیز علائم رادیولوژیک آن در نوزادان VLBW که صرفاً با شیر غنی نشده انسان تغذیه شده‌اند، دیده شده است. هیپوناترمی و کمبود ویتامین نیز در نوزادان VLBW که با شیر غنی نشده انسان تغذیه شده‌اند مشاهده شده. کمبود شدید روی با مشخصه درماتیت و اختلال رشد مستمراً در نوزادان VLBW که با شیر غنی نشده انسان تغذیه شده‌اند، گزارش شده است. تغذیه نوزادان VLBW با غنی شده شیرانسان با پروتئین، مواد معدنی و ویتامین‌ها، در مقایسه با تغذیه با شیر غنی نشده، سبب بهبود رشد (افزایش وزن، قد و اندازه دور سر)، مینرالیزاسیون استخوان‌ها و تعادل تغذیه‌ای می‌گردد. مهم‌ترین نکته استفاده از شیرانسان غنی شده، سبب تغییرات قابل ملاحظه در تحمل تغذیه، یا افزایش بروز انتروکولیت نکروزان یا سپسیس نمی‌شود.

چه نوزادانی باید شیر غنی شده انسان دریافت کنند؟

تمام نوزادان VLBW که هنوز در بیمارستان بستری هستند باید تا رسیدن به وزن حدود ۲۰۰۰ گرم، شیر غنی شده انسان دریافت کنند. نزدیک به زمان ترخیص از بیمارستان، شیرخوار باید از نظر رشد، تست‌های بیوشیمیایی و توانایی تغذیه دهانی ارزیابی گردد. در صورت مناسب بودن این پارامترها، تغذیه با شیر غنی نشده انسان و تغذیه با شیر مادر توصیه می‌شود. اگر هر یک از این پارامترها مناسب نباشند، همراه با تغذیه با شیرانسان باید از شیر مصنوعی مخصوص نوزاد نارس یا غنی کننده‌های شیرانسان نیز استفاده گردد.

رویکرد به غنی‌سازی

در شرایط طبیعی، هرگاه شیرخوار هیچ‌گونه عدم تحملی به تغذیه نشان نداد و حجم شیر مصرفی شیرخوار به حدود ۱۰۰-۸۰ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز رسید، غنی کننده‌ها به شیر مادر اضافه می‌شود، گرچه نشان داده شده شروع غنی کننده‌ها در حجم ۴۰ ml/kg/day نیز مناسب می‌باشد. حداکثر غلظت مورد استفاده غنی کننده‌ها توسط کارخانه سازنده مشخص می‌شود.

مقدار چربی شیر

مقدار چربی شیرانسان نسبت به سایر مواد مغذی تشکیل دهنده شیر از بیشترین تغییر برخوردار است. این تغییرات در میان زنان مختلف، در طول دوران شیردهی و در طول روز احتمالاً کمتر از تغییراتی است که به دلیل جدا شدن چربی از شیر و یا چسبیدن آن به ظروف جمع‌آوری (شیر) و وسایل کمکی تغذیه ایجاد می‌شود. ناتوانی در پیش‌بینی مقدار چربی شیر و در نتیجه مقدار انرژی حاصله از آن، از جمله عوامل نگران کننده است

چون چربی شیریکی از عوامل عمده تعیین کننده مقدار کالری شیراست. کریماتوکریت، که در این روش یک لوله موبین از شیرانسان سانتریفوژ شده و درصد چربی شیر تخمین زده می شود، در واقع تخمینی از محتوای چربی (و کالری) شیر می دهد و باید توسط واحد مراقبت ویژه نوزادان (NICU) برای تغذیه مناسب نوزادان VLBW در نظر گرفته شود.

شیرپسین

مقدار چربی شیرانسان از ابتدای یک وعده شیردهی بتدریج به انتهای هر وعده افزایش می یابد. اصطلاحات شیر پیشین (foremilk) و شیر پسین (hindmilk) به ترتیب به شیر ابتدا و نزدیک به انتهای یک وعده شیردهی اشاره دارد. تغذیه نوزاد با شیرپسین به دلیل دارا بودن ۲ الی ۳ برابر چربی بیشتر و در نتیجه کالری بیشتر نسبت به شیرپیشین باعث افزایش رشد شیرخوار می شود اگر چه مقادیر چربی و انرژی در شیرپیشین و پسین متفاوت است، ولی مقادیر پروتئین و مواد معدنی آنها مشابه است. مادران نوزادان VLBW که شیر بیشتر از نیاز نوزادشان تولید می کنند (تقریباً ۱۳۰ درصد بیش از نیاز نوزاد و یا ۵۰۰ ml/d) می توانند آموزش ببینند که شیر خود را به شیرپیشین و شیرپسین تقسیم کنند. شیوه کار به این صورت است که تمام شیری را که در ۳ الی ۵ دقیقه اول شیردوشی خارج می شود به عنوان شیرپیشین و باقیمانده را به عنوان شیرپسین بصورت جداگانه جمع آوری کنند. شیرپسین عموماً به منظور غنی کردن شیرانسان برای کمک به رشد نوزادان پره ترم مورد استفاده قرار می گیرد. استفاده از شیرپسین به تنهایی، باید با احتیاط صورت گیرد چرا که باعث اختلال در توازن پروتئین/انرژی شده و سبب رقیق شدن مواد معدنی و ویتامین های مورد نیاز شیرخوار می گردد. چون همان طور که اشاره شد شیرپسین در مقایسه با شیرپیشین مقادیر چربی و کالری بیشتر، اما مقدار پروتئین و مواد معدنی مشابهی دارد.

غنی سازی انحصاری (Individualized Fortification)

علی رغم فواید غنی سازی، تغذیه با شیر غنی شده مادر با استفاده از غنی کننده های استاندارد، اغلب برای تأمین نیازهای بیشتر نوزادان VLBW و اطمینان از رشد مطلوب، کافی نیست. این موضوع به علت وجود اختلاف در محتوای چربی و پروتئین شیردوشیده شده انسان است. محققین اخیراً روشی را برای تجزیه پروتئین، چربی و انرژی شیر با استفاده از تکنولوژی اشعه مادون قرمز ابداع کردند. اگر این روش جزو استانداردهای مراقبتی قرار گیرد، غنی سازی شیر برای هر شیرخوار بصورت انفرادی با روغن گیاهی یا اسیدهای چرب با زنجیره متوسط برای دست یافتن به ترکیب چربی بیشتر و مکمل پروتئین برای دریافت پروتئین بیشتر قابل انجام خواهد بود، هر چند که با توجه به هزینه بالای تجهیزات و نیروی کار برای این مسئله، عملی شدن

آن در حال حاضر بعید به نظر می‌رسد.

تغذیه انحصاری با غنی‌کننده‌ها بر پایه شیرمادر

تغذیه نوزادان VLBW انحصاراً با شیر انسان، در مقایسه با تغذیه با شیر غنی شده انسان توسط فرآورده‌های شیر گاو که حاوی پروتئین دست نخورده (کامل) شیر گاو است، با بروز بسیار پایین‌تری از انتروکولیت نکروزان (NEC) همراه بوده است. اما تغذیه انحصاری با شیر انسان در نوزادان VLBW به دلیل مشکل در دوشیدن حجم کافی شیر و نیاز به غنی کردن شیر جهت تأمین نیازهای تغذیه‌ای، هنوز دچار چالش‌هایی است. در بسیاری از واحدهای مراقبت ویژه نوزادان، تغذیه با شیر مادر ترویج می‌شود اما آن را با غنی‌کننده‌های ساخته شده از شیر گاو غنی می‌کنند و زمانی که شیر مادر کافی نبوده و یا در دسترس نباشد به نوزاد شیر مصنوعی ویژه نوزاد نارس می‌دهند. در حال حاضر امکان تغذیه انحصاری با شیر انسان با استفاده از غنی‌کننده‌های تهیه شده از شیر انسان و شیرهای اهدایی بانک شیر انسان، به عنوان یک مکمل شیر مادر، فراهم شده است. به هر حال فراهم نمودن چنین تغذیه‌ای برای تعداد زیادی از نوزادان VLBW، نیازمند بررسی‌های بیشتر از نظر ملاحظات دسترسی و هزینه می‌باشد.

چالش‌های تغذیه دهانی

بسیاری از نوزادان VLBW نیازمند تغذیه با لوله معده هستند زیرا هم از نظر پزشکی وضعیت ثابتی ندارند و از نظر تکاملی قادر نیستند به خوبی پستان بگیرند، و هم بین الگو تنفس و بلعیدن آنان هماهنگی وجود ندارد و با تغذیه دهانی زود خسته می‌شوند. روش‌های تغذیه با لوله را می‌توان با تغییراتی استفاده نمود تا شیرمادر را بدون از دست دادن مواد مغذی آن به شیرخوار رساند (فصل ۱۱). نوزادانی که از طریق بطری شیر تغذیه شده‌اند، ممکن است به جریان سریع شیر در بطری که شباهت به تغذیه از پستان ندارد عادت کنند (در تغذیه پستانی لازم است نوزاد ۶۰ تا ۹۰ ثانیه پستان را با مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای، قبل از جریان یافتن شیر بمکد). تغذیه دهانی باید با نیازهای ویژه نوزاد VLBW متناسب گردد. برای پیشرفت از تغذیه لوله‌ای به تغذیه پستانی می‌توان گام‌های زیر را برداشت:

تماس پوست با پوست

اولین قدم به سوی تغذیه دهانی مستقل در نوزاد VLBW، تماس پوست با پوست مادر و نوزاد می‌باشد. در این روش که اولین بار در بوگوتا و کلمبیا به عنوان روشی برای افزایش بقاء نوزادان نارس پس از ترخیص از بیمارستان مورد استفاده قرار گرفت، نوزاد در حالت عمودی بین پستان‌های مادر قرار داده می‌شود و امروزه طرفداران

زیادی در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان دارد. روش تماس پوست با پوست یا «مراقبت کانگورویی» تأثیرات مفیدی در تنظیم درجه حرارت بدن، تثبیت ضربان قلب، اشباع اکسیژن، تنفس پرپودیک و نیز وزن‌گیری دارد. مراقبت پوست به پوست برای مادر از لحاظ روانی و برای نوزاد از جنبه فیزیکی سودمند است. مادرانی که روش کانگورویی را برای مراقبت نوزاد به کار می‌برند، تولید شیر بیشتری داشته و اعتماد به نفسشان در توانایی شیر دادن از طریق پستان افزایش می‌یابد. نوزادان نرسی که در تماس پوست با پوست قرار می‌گیرند، اشباع اکسیژن بیشتری دارند و کمتر دچار آپنه نرسی می‌شوند. به علاوه هنگامی که مادر نوزادش را در تماس پوست با پوست در آغوش خود می‌گیرد، هر دو در معرض فلور یکسان پوست و دستگاه تنفسی قرار می‌گیرند و در نتیجه آنتی‌بادی‌های اختصاصی بر علیه پاتوژن‌های کسب شده از نرسری، در بدن مادر ایجاد می‌گردد و توسط تغذیه با شیر مادر به نوزاد خواهد رسید.

پستانک (گول زنگ)

بر خلاف توصیه‌هایی که در مورد عدم استفاده از پستانک در نوزادان سالم ترم می‌شود، پستانک برای نوزادان پره‌ترم ممکن است مفید باشد. پستانک باعث تقویت عضلات لازم برای مکیدن و افزایش تکامل آنها شده و در حقیقت این مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای تمرینی برای تغذیه دهانی در آینده است. برخی مطالعات نشان داده که استفاده از پستانک در دوره‌ای که نوزادان نارس از طریق لوله تغذیه می‌شوند، باعث وزن‌گیری بهتر و کاهش مدت اقامت در بیمارستان می‌شود.

تغییر از مرحله تغذیه لوله‌ای به تغذیه دهانی

گذر از تغذیه بالوله به تغذیه دهانی معمولاً با تماس پوست به پوست آغاز می‌شود و سرانجام نوزاد تشویق می‌شود که پستان مادر را بمکد، ببوید یا شیر را از نوک پستان لیس بزند. هماهنگی بین اعمال مکیدن-بلعیدن-تنفس حدود هفته ۳۲ تا ۳۴ داخل رحمی آغاز می‌شود، اما تفاوت قابل توجهی در زمان دستیابی به این مرحله تکامل مشاهده می‌گردد. برخی از نوزادان ممکن است خیلی زودتر تغذیه دهانی را شروع کنند. نوزادان نرسی که به آنها اجازه داده می‌شود تا پستان خالی مادر را بلافاصله پس از دوشیده شدن، مک بزنند (مکیدن غیر تغذیه‌ای)، تغذیه دهانی را زودتر شروع می‌کنند تا نوزادانی که پس از شروع مکیدن، تغذیه از پستان را آغاز می‌نماید. این نظریه بیانگر آن است که مکیدن غیر تغذیه‌ای پستان مادر، به هماهنگی اعمال مکیدن و بلعیدن کمک می‌کند.

آمادگی برای تغذیه پستانی

بررسی آمادگی نوزاد برای تغذیه پستانی را باید به صورت سریالی انجام داد که شامل بررسی علائم مکیدن

نظیر مکیدن دست، نوک پستان، لوله و یا پستانک می باشد. به علاوه علائم دیگری نظیر رفلکس جستجو، توانایی شیرخوار در گرفتن پستان ادامه ماندن در زیر پستان، توانایی مکیدن، طول مدت مکیدن، وضعیت رفتاری شیرخوار، تغییر رنگ پوست، علائم حیاتی و نیز میزان آرامش شیرخوار در طول مدت تغذیه، از جمله فاکتورهای نیازمند ارزیابی مثبت هستند. سن داخل رحمی اصلاح شده معیار قابل اعتمادی در تعیین آمادگی تغذیه دهانی نیست.

تغذیه پستانی زود هنگام

مادری که رفلکس قوی جریان شیر و شیر فراوان دارد شاید لازم باشد قبل از شیر دادن مقداری از شیر خود را بدوشد. این عمل خطر خفگی نوزاد در اثر جریان زیاد شیر را کاهش میدهد. برخی از نوزادان نارس به منظور بهتر شدن تغذیه دهانی، نیاز به وسایل کمکی تغذیه مانند محافظ نوک پستان (nipple shield) دارند (فصل ۱۱). استفاده از یک محافظ نوک پستان سیلیکونی نازک به عنوان یک وسیله موقت، انتقال شیر به نوزاد پره ترم را افزایش می دهد. تغذیه لوله ای (نازوگاستریک) خصوصاً در تلاش های ابتدایی تغذیه پستانی می تواند مفید باشد و تغذیه مکمل پس از تغذیه پستانی را بدون استفاده از بطری امکان پذیر می سازد.

- وزن کردن نوزاد قبل و بعد از تغذیه با شیر مادر، اگر با ترازوی الکترونیکی مخصوص شیرخوار انجام شود می تواند دقیق و صحیح باشد. تغییر وزن به گرم، به صورت تقریبی مقدار شیر انتقال یافته به شیرخوار به میلی لیتر را نشان می دهد. در صورت امکان تا زمانی که مادر و نوزاد یک روش مطمئن و با اعتماد تغذیه پستانی داشته باشند، باید از تغذیه با بطری اجتناب نمود.
- بهترین زمان برای تغذیه پستانی نوزاد هنگامی است که نوزاد هشیار و گرسنه بوده، علائم گرسنگی را نشان می دهد؛ در حال گریه و عصبانیت نبوده و تحریک پذیر نباشد. مادر بهتر است بر روی صندلی راحتی با پشتی کاملاً صاف نشسته و نوزاد را بر روی بالش شیردهی قرار دهد، زیرا بالش مادر را به نوزاد نزدیک تر نموده و نوزاد را هم سطح پستان مادر قرار می دهد.
- وضعیت شیرخوار بسیار مهم است. شیرخوار را می توان در وضعیت های خاص، همانگونه که در فصل ۶ گفته شد، بغل کرد. مادران معمولاً به ضعف عضلات گردن، مشکلات وضعیت راه هوایی و تلاش مکیدن نوزاد نارس شان پی نمی برند لذا هر دو باید توسط متخصص شیردهی دارای گواهینامه یا سایر افراد با تجربه مورد کمک و حمایت قرار گیرند. برای مادران نوزادان نارس، روش گهواره ای متقابل (cross-cradle) بهتر است، چرا که در این روش مادر می تواند همزمان سر نوزاد و پستان را کنترل نماید و از بهترین وضعیت پستان گرفتن، اطمینان حاصل نماید. مادر ممکن است مجبور شود وضعیت نگه داشتن پستان خود را

از روش c به روش U تغییر دهد تا مطمئن شود که وزن پستانش مزاحمتی برای شیر خوردن نوزاد ایجاد نمی‌کند. در روش نگهداری U مادر می‌تواند چانه نوزاد را با دست خود حمایت بیشتری نماید. وضعیت نگهداری U حالتی است که انگشت شست در یک طرف پستان در پشت آرنج و چهار انگشت دیگر در طرف دیگر پستان مقابل شست قرار داد.

- هنگامی که نوزاد بیدار و هشیار است از علائم رفتاری وی می‌توان برای تعیین زمان‌های مناسب برای تغذیه استفاده نمود. در صورتی که نوزاد در طی مدت شیر خوردن از پستان، مکرراً به خواب می‌رود می‌توان او را به پستان دیگر گذاشت و یا از لوازم کمکی تغذیه نوزاد به منظور کاستن از خستگی نوزاد طی شیر خوردن استفاده کرد. در صورتی که نوزاد از مکیدن پستان امتناع کند مادر می‌تواند چند قطره شیر روی نوک پستان خود قرار دهد تا در هنگامی که نوک پستان و آرنج را در دهان نوزاد قرار می‌دهد او با مزه کردن شیر به مکیدن تحریک شود. اگر نوزاد مدت کوتاهی شیر می‌خورد مادر باید به منظور تخلیه پستان و تداوم تولید شیر، پس از شیردهی پستان خود را بدوشت.

پایش و کنترل تغذیه ای

ارزیابی شاخص‌های رشدی و بیوشیمیایی در مدیریت تغذیه نوزادان VLBW که با شیرمادر تغذیه می‌شوند از اهمیت زیادی برخوردار است. پارامترهای رشد باید به طور سریال مانیتور شوند (کنترل روزانه وزن و اندازه‌گیری هفتگی قد و دور سر). افزایش وزن تقریبی ۲۰ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد در روز (یا ۳۰-۲۰ گرم در روز در صورتی که وزن نوزاد بیشتر از ۲۰۰۰ گرم باشد) مناسب است. قد و دور سر باید حدوداً یک سانتی‌متر در هفته افزایش یابد. ارزیابی بیوشیمیایی تغذیه عموماً شامل موارد زیر است: اندازه‌گیری سریال الکترولیت‌ها (زیرا کاهش سدیم در طی دوران شیردهی و ایجاد اسیدوز به دلیل کاهش ظرفیت بافری شیرغنی شده انسان مشاهده شده است)، نیتروژن اوره (به منظور ارزیابی کوتاه مدت کافی بودن پروتئین)، و فسفر و الکالین فسفاتاز (به منظور بررسی وضعیت مواد معدنی استخوان). در صورت مشاهده اختلال ممکن است نیاز باشد این ارزیابی‌های بیوشیمیایی را هر ۲ تا ۳ هفته یک بار تکرار کرد.

برنامه‌ریزی برای ترخیص نوزاد از بیمارستان

برنامه‌ریزی برای ترخیص باید یک فرآیند مستمر باشد که قبل از تاریخ واقعی ترخیص شروع شده و والدین را نیز درگیر نماید. تاریخ پیشنهادی ترخیص باید در ویژگی‌های برنامه‌ریزی شده توسط نیروهای چندپیشه، مرتباً به روز شود. همچنین هر زمان که امکان پذیر باشد باید متخصص مشاوره شیردهی دارای گواهینامه و ماهر را در مراقبت نوزاد نارس دخیل نمود. در برنامه‌های ترخیص، فاکتورهای تغذیه ای (از جمله الگوی ثابت

افزایش وزن کافی طی دوره مشخص، ریسک‌های تغذیه‌ای قبلی ارزیابی شده و درمان شده، تغذیه دهانی خوب بدون مشکلات قلبی ریوی (اهمیت بسیار دارد. تا قبل از ترخیص باید به خوبی مشخص شده باشد که آیا نوزاد قادر به تغذیه دهانی آزاد و به میل خود می‌باشد و وزن‌گیری مناسب دارد؟ اختلالات تست‌های بیوشیمیایی (به عنوان مثال افزایش آلکالن فسفاتاز و کاهش فسفر و نیتروژن اوره سرم) باید مورد توجه و درمان قرار گیرد.

تغذیه انحصاری با شیر مادر

اگر نگرانی از نظر دریافت مواد غذایی، رشد یا تست‌های بیوشیمی وجود نداشته باشد، باید مادر را به تغذیه انحصاری پس از ترخیص تشویق کرد. معمولاً منظور از تغذیه انحصاری با شیر مادر ترکیبی از تغذیه پستانی و/ یا تغذیه با شیر دوشیده شده انسان است. پس از ترخیص به تدریج که دفعات تغذیه پستانی افزایش می‌یابد، استفاده از شیر دوشیده شده کم‌تر می‌شود. این موضوع که همه شیرخواران نارس شیرمادرخوار، به تغذیه مکمل با شیر مصنوعی نیاز خواهند داشت یک باور غلط رایج است. نوزادی که با تغذیه انحصاری با شیر مادر به خوبی در حال رشد است نیازی به مکمل شیر مصنوعی ندارد.

تغذیه با شیر مادر و فرمولای غنی شده

در مواردی که مشکلاتی مانند دریافت ناکافی، وزن‌گیری کم یا اختلالات بیوشیمیایی مقاوم وجود داشته باشد، برخی پزشکان برای تغذیه، پس از ترخیص نوزاد، ترکیبی از شیر مادر و شیر مصنوعی غنی شده (یا غنی کننده شیر انسان) را درست می‌کنند. روش‌های متنوعی برای تهیه مکمل‌های غذایی برای شیرخوار شیرمادرخوار در دوره پس از ترخیص وجود دارد. یک روش، اضافه کردن تغذیه با فرمولای غنی شده است که ترکیب غلظت مواد مغذی آن حدفاصل شیر مصنوعی برای نوزاد ترم و نارس می‌باشد (از ۲۲ تا ۳۰ کیلوکالری به ازای هر اونس)، اما خطرات یا فواید استفاده از فرمولاسیون پودری نیازمند بحث و بررسی است. مادران باید تشویق شوند تا تغذیه با شیر مادر را ادامه داده و در کنار آن از ۲ تا ۳ بار مکمل شیر مصنوعی در هر روز استفاده کنند. این برنامه تقریباً تغذیه کامل با شیر مادر را امکان‌پذیر می‌سازد. گرچه اطلاعاتی در زمینه ارزیابی این روش عملی تغذیه با شیر مادر همراه با مکمل پس از ترخیص وجود ندارد. با اینحال برخی کارشناسان توصیه می‌کنند اگر از تغذیه مکمل استفاده می‌شود برای گرفتن بهترین نتیجه این مکمل یاری حداقل ۶ ماه بعد از ترخیص ادامه یابد.

مکمل‌های مولتی ویتامین و آهن

در صورتی که نوزاد نارس در دوره پس از ترخیص، تغذیه انحصاری از پستان یا شیر دوشیده شده دارد، مکمل

بیاری مولتی ویتامین و آهن توصیه می‌شود یعنی روزانه ۱ میلی لیتر مولتی ویتامین و سولفات آهن باید به صورت ۲ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد آهن المنتال استفاده شود. در صورتی که نوزاد در کنار تغذیه با شیرمادر، شیر مصنوعی یا غنی‌کننده شیر را به عنوان مکمل دریافت می‌کند، دوز مکمل مولتی‌ویتامین و آهن دریافتی باید به نسبت شیر مصنوعی مصرفی کاهش یابد. مواردی از خطر کمبود روی، در نوزادان نارس که تغذیه انحصاری با شیرمادر داشته‌اند، چند ماه پس از ترخیص از بیمارستان گزارش شده است. در صورتی که رشد شیرخوار کم باشد، خوب شیر نخورد و راش‌های پوستی اطراف دهان و مقعد مشاهده شود، ممکن است کمبود روی وجود داشته باشد. در این موارد باید تجویز مکمل روی به مقدار $1-2 \text{ mg/kg/d}$ در نظر گرفته شود.

پایش

پایش رشد و شاخص‌های بیوشیمیایی باید یک هفته پس از ترخیص و پس از آن نیز به فواصل ماهانه تا زمان نرمال شدن اندازه‌ها انجام شود. این کنترل به عنوان ملاکی در تشخیص زمان حذف یا اضافه کردن شیر مصنوعی کمک می‌کند. هنگام رسم و نقطه‌گذاری پارامترهای رشد، باید از سن اصلاح شده شیرخوار نارس به جای سن تقویمی وی استفاده شود.

شیرخواران Late Preterm

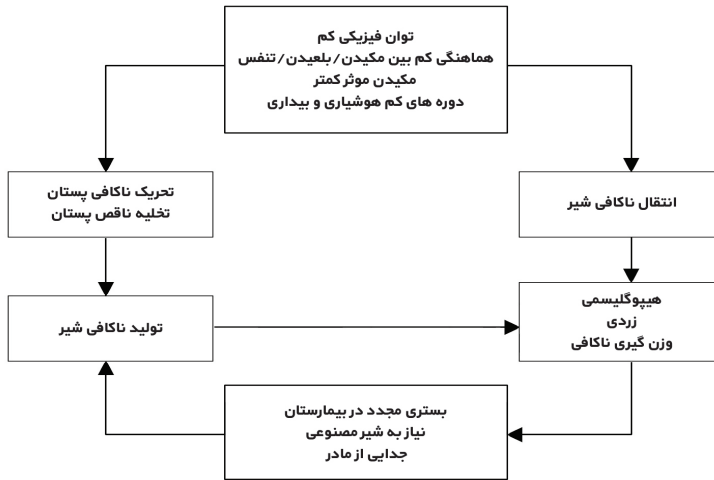
نوزادی که بین $\frac{34}{7}$ هفته تا $\frac{36}{7}$ هفته سن داخل رحمی به دنیا بیاید، Late Preterm infant می‌باشد که نزدیک به سه چهارم زایمان‌های پره‌ترم در آمریکا را تشکیل می‌دهد. با وجود اینکه نوزادان Late preterm، ظاهری قابل مقایسه با نوزادان ترم دارند، این نوزادان از نظر تکامل قلبی تنفسی، متابولیک، ایمنونولوژیک، نورولوژیک و حرکتی تأخیر دارند. در این نوزادان بروز زردی، سپسیس، دیسترس تنفسی، تغذیه ضعیف، بی‌ثباتی درجه حرارت بدن یا هیپوگلیسمی، پس از تولد در بیمارستان بیشتر بوده و علاوه بر آن، احتمال ارجاع مجدد به بیمارستان و بستری پس از ترخیص در این نوزادان به علت زردی، مشکلات تغذیه‌ای، کم‌آبی، سپسیس و آپنه نیز بیشتر است. نگرانی ویژه در نوزادان Late preterm از نظر تغذیه با شیرمادر، خطر بستری مجدد در بیمارستان بخصوص به علت زردی و یا دهیدراسیون می‌باشد که به دریافت ناکافی شیر مادر ارتباط دارد.

با توجه به افزایش بروز مشکلات طبی در نوزادان Late preterm در مقایسه با نوزادان ترم، مشاهده و پایش زود به زود آنان به ویژه در روز اول پس از تولد توصیه می‌شود. هر چند که هم‌اتاقی مادر و نوزاد برای حمایت از تغذیه با شیرمادر برای این نوزادان بسیار مفید است، لازم است خدمات زایمانی، سطح مراقبت مورد نیاز نوزاد را بر اساس وضعیت و سن حاملگی وی تعیین نماید. برای نوزاد دارای وضعیت پایدار و رسیده‌تر تغذیه

با شیرمادر در ساعت اول تولد، هم اتاقي و تغذيه برحسب ميل و تقاضا توصيه مي شود. در صورت پذيرش نوزاد در NICU، بايد سياست ها و خط مشي هايي براي حمايت مادر و نوزاد (هر دو) و تغذيه با شير مادر وجود داشته باشد. در هر بار تغذيه با شير مادر، انتقال کافي شير بايد ارزيابي و نوزاد از نظر کاهش وزن، دهيديراسيون و زردی پيگيري شود. اين نوزادان به دليل رشد سريعشان و کامل نشدن فرايند دريافت آهن در چند هفته آخر داخل رحمی، براي دريافت آهن کافي به ۲ ميلي گرم آهن به ازاي هر کيلوگرم وزن در روز (2mg/kg/d) نياز دارند.

ترخيص نبايد قبل از ۴۸ ساعت انجام شود. معيارهاي ترخيص بايد تثبيت شده باشد شامل: ثبات وزن، (وزن از دست رفته نبايد بيشتراز ۸-۷٪ وزن زمان تولد باشد)، ثبات درجه حرارت، توليد شير کافي توسط مادر يا وجود برنامه اي براي دريافت مکمل، انتقال موثر شير براساس مستندات، سطح بيلي روبين ارزيابي شده بانضمام يک برنامه پيگيري، برنامه ريزي تغذيه پس از ترخيص به صورت مکتوب و برنامه ريزي کردن براي ويزيت سرپايي شيرخوار ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از ترخيص. ويزيت پس از ترخيص بايد شامل گرفتن يک تاريخچه دقيق، ارزيابي وزن از دست رفته (کمتر از ۸ درصد) يا وزن اضافه شده (بيش از ۲۰ گرم در روز)، دفع ادرار (۶ تا ۸ بار در روز)، اجابت مزاج (مدفوع زرد دانه دانه در روز چهارم)، زردی و توانايی تغذيه با شير مادر. مشکلات تغذيه با شير مادر و نگرانی های آن بايد بررسی و رفع شود و نياز به شير مکمل بايد مورد ارزيابي قرار بگيرد. نوزادان Late preterm که کاهش وزن آنها ادامه مي يابد يا مشکل در وزن گيري دارند معمولاً نياز به «تغذيه سه گانه (triple feeding)» دارند. روش تغذيه سه گانه شامل: تغذيه با شير مادر از پستان، تغذيه با بطري (شير انسان يا شير مصنوعي) و دوشيدن شير براي تداوم توليد شير مادر می باشد. وزن کردن نوزاد قبل و بعد از تغذيه با شير مادر، در ارزيابي کفايت انتقال شير در جريان شيردهی و همچنين براي تعيين مقدار شير کمي مورد، نياز مفيد است. (به شکل ۱-۱۴ مراجعه شود).

تغذیه با شیرمادر در شیرخوار late Preterm Breastfeeding cascade



شکل ۱-۱۴- خطرات افزایش یافته در نوزادان Late preterm

برگرفته از:

Weight NE. Breastfeeding the borderline (near term) preterm infant. *pediatr Ann.* 2003;32:329-336.

فصل پانزدهم

تغذیه با شیر مادر در شرایط خاص

لب شگری و شکاف کام

تغذیه دهانی در نوزادانی که به صورت مادرزادی دارای ناهنجاری های شایع هستند یک مشکل عمده است. ناهنجاری های فوق مانع چفت شدن (seal) موثر دهان به پستان شده و در نتیجه این نوزادان برای تغذیه دهانی نیازمند کمک هستند.

فواید تغذیه با شیر مادر

تغذیه شیرخواران دچار لب شگری و یا شکاف کام با شیرمادر فواید متعددی دارد از جمله بهبود تکامل ماهیچه های دهان و صورت، پر شدن بهتر شکاف لب بوسیله پستان به دلیل انعطاف پذیری پستان، کاهش التهاب گوش میانی، و ایجاد آسایش و لذت ناشی از مکیدن غیر تغذیه ای برای این شیرخواران که توانایی مکیدن تغذیه ای ندارند. به مادران این نوزادان که تغذیه موثری از پستان ندارند باید تکنیک های دوشیدن شیر آموزش داده شود، تا شیر همواره در دسترس باشد.

شکاف در کام سخت

این نوزادان قادر نیستند فشار منفی مکش مناسب در حفره دهانی ایجاد کنند، در نتیجه دچار بلع هوای فراوان می شوند. آن ها اغلب برگشت شیر (رگورژیتاسیون) از بینی داشته و در اثر تلاش طولانی برای تغذیه از پستان خسته می شوند. این موانع سبب دریافت ناکافی شیر و در نتیجه وزن گیری ناکافی در ماه های اول بعد از تولد می گردد. در صورتی که فشار منفی برای مکیدن ایجاد شود تغذیه پستانی موفقیت آمیز خواهد بود. در غیر این صورت یک نیپیل مصنوعی مخصوص نرم با سوراخی بزرگ یا انتقال مستقیم شیر به دهان نوزاد مورد استفاده قرار می گیرد. پروتزهای کامی نیز به منظور کمک به ایجاد فشار منفی مکش، موجود می باشند. در استفاده از پروتز و نیپیل مصنوعی مخصوص باید احتیاط کرد تحریک و یا ساییدگی لبه های کام ایجاد نشود.

لب شگری تنها

این ناهنجاری به احتمال زیاد با موفقیت شیردهی همراه است. در این شیرخواران در صورتی که شکاف لب پرشود، فشار منفی مناسب مکیدن ایجاد خواهد شد. برای این منظور با استفاده از انگشت شست دست

حمایت‌کننده پستان در حالت C، می‌توان شکاف را پر نمود و در نتیجه چفت شدن لب‌ها به پستان کامل می‌شود.

نوزادان دارای لب شکری و شکاف کام توأم

این نوزادان به احتمال کم‌تری موفق به تغذیه پستانی خواهند شد چرا که نمی‌توانند فشار منفی کافی ایجاد کنند و معمولاً عملکرد دهانی-حرکتی ضعیفی دارند. این شیرخواران معمولاً نیاز به برنامه تغذیه‌ای اختصاصی دارند که در آن شیرمادر توسط وسایل مخصوص در اختیار وی قرار می‌گیرد (فصل ۱۱). تکنیک‌های کمک به مادر برای تغذیه نوزاد مبتلا به شکاف کام و یا لب شکری با شیرمادر در جدول ۱-۱۵ آورده شده است. در ضمن مادر می‌تواند به منظور تداوم تولید شیر کافی، شیرش را بدوشد.

ترمیم جراحی

ترمیم لب شکری از طریق جراحی معمولاً در ماه‌های اولیه پس از تولد صورت می‌گیرد (۱ تا ۴ ماهگی)، در حالی که شکاف کام حدوداً ۹ تا ۱۲ ماهگی ترمیم می‌شود. سابقاً شیرخوارانی که تحت عمل ترمیم لب شکری قرار می‌گرفتند، در طول دوره‌ی ریکاوری پس از جراحی از طریق فنجان، قطره‌چکان یا قاشق تغذیه می‌شدند. مطالعات نشان می‌دهد شیرخوارانی که پس از ترمیم لب شکری، از پستان تغذیه شدند، بهبودی بهتری داشتند. نتایج حاصل از یک مطالعه، نشان داد شش هفته پس از جراحی، شیرخوارانی که از طریق پستان تغذیه شده‌اند در مقایسه با شیرخواران تغذیه شده از طریق وسایل فوق، وزنگیری بهتری داشته، طول مدت بستری آن‌ها پس از جراحی در بیمارستان کوتاه‌تر بود، تجویز داروهای ضد درد و مسکن برای آن‌ها کم‌تر و نیاز به استفاده از مایع داخل وریدی در آن‌ها نیز کم‌تر بوده است. بنابراین در برخی موارد لازم است تا هر چه زودتر پس از عمل جراحی، تغذیه پستانی از سر گرفته شود.

جدول ۱-۱۵- تکنیک‌های تغذیه با شیر مادر در شیرخواران مبتلا به لب شکری و یا شکاف کام

- ۱- هر ۲ الی ۳ ساعت به طور مکرر نوزاد را تغذیه کرده و روش‌های تحریک رفلکس جهش شیر (let-down) و درست گرفتن پستان (Latch-on) را فرا بگیرید.
- ۲- برای نگهداشتن پستان از روش C یا روش کف دست (شست بالا و سایر انگشتان در زیر پستان) استفاده کنید. از روش نگهداری U نیز برای نگهداشتن پستان می‌توانید استفاده کنید.
- ۳- نوزاد را هم سطح پستان نگه دارید. در شیرخواران هیپوتونیک، تنه و سر باید به کمک بالش هم سطح پستان قرار گیرد.
- ۴- به منظور جلوگیری از انسداد راه‌های هوایی و برگشت شیر از بینی، از وضعیت‌های نیمه نشسته مثل زیر بغلی استفاده کنید.
- ۵- برای شیرخواران مبتلا به شکاف کام و لب شکری دو طرفه از روش بغل کردن straddle استفاده گردد (شیرخوار در دامن مادر نشسته و پاهای او در طرفین شکم مادر قرار می‌گیرد). در این روش نیروی جاذبه در رساندن شیر به نوزاد کمک کرده و نیز برگشت شیر از بینی و آسپیراسیون کاهش می‌یابد.
- ۶- پستان را در سمتی از کام که بیشترین استخوان سالم را دارد قرار دهید و نیپل را به سمت پایین قرار دهید تا به داخل شکاف وارد نشود.
- ۷- پستان را با ملایمت به طور ریتیمیک ماساژ دهید تا شیر بیشتری انتقال یابد. مادر میتواند برای جبران فقدان مکش توسط شیرخوار و تحریک رفلکس جهش شیر، پستان را با دست به داخل دهان کودک بدوشد.

برگرفته از: Wagner C. Personal communication

سندرم پیرابین

سندرم پیرابین شامل ناهنجاری‌های دهانی از جمله چانه کوچک، افتادگی زبان به طرف پایین و خلف دهان و شکاف کام بوده که همگی بر توانایی تغذیه نوزاد تأثیر گذاشته و ممکن است مشکلات عمده در تغذیه وی ایجاد کند. این شیرخواران به دلیل افزایش مشکلات تنفسی و انسداد مزمن راه‌های هوایی نیاز به کالری بیشتری دارند. برخی از این شیرخواران با تغییر روش‌های تغذیه پستانی و نیز تکنیک تغذیه با نیپل قادر خواهند بود کالری کافی را دریافت کنند. نوزادانی که قادر به تحمل تغذیه دهانی نباشند، به منظور دریافت مواد مغذی کافی نیازمند تغذیه با لوله هستند.

اختلال در بلع و مکیدن علت عمده مشکلات تغذیه در آغاز دوره نوزادی است. کوچکی فک باعث بروز مشکلاتی در گرفتن پستان می‌شود. شکاف کام در عمل مکیدن تولید اختلال می‌کند زیرا زبان به سمت خلف دهان جابجا می‌شود و شیرخوار به خوبی قادر به حرکت دادن نوک پستان نبوده و در نتیجه در راندن شیر به ناحیه اوروفارنکس دچار مشکل می‌شود. مشکلاتی نیز در عمل بلعیدن ممکن است به دلیل دفورمیتی

زبان (glossoptosis) بروز کند. شیرخوار معمولاً چند بار سریعاً مک زده و سپس تنفس قطع می‌شود. در این شیرخواران هماهنگی و انجام همزمان مکیدن و بلعیدن مشکل می‌باشد. در طی تغذیه دهانی، شیر به قسمت نازوفارنکس راه می‌یابد که این حالت همراه با اختلال بلع و وضعیت نابهنجار زبان، خطر بروز اسپیراسیون را بالا می‌برد. در مواردی که زبان به منظور جلوگیری از خفگی و اسپیراسیون به قسمت قدام دهان فیکس شده باشد (glossopexy)، شیرخوار همچنان در پستان گرفتن مشکل داشته و برای تحرک زبان و بلعیدن نیز دچار مشکل می‌گردد.

شیر مادر برای این شیرخواران به دلیل بالا بودن ریسک اسپیراسیون و متعاقب آن عفونت‌های تنفسی بسیار مفید است. استفاده از شیر مادر باعث کاهش بروز عفونت گوش میانی و نیز عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی در این شیرخواران می‌شود زیرا از نگرانی‌های عمده در این نوزادان، ریسک بالای ابتلا به عفونت گوش میانی و نیز کاهش شنوایی می‌باشد. مادران شیرخوارانی که قادر به تغذیه با شیر مادر بصورت موثر نیستند باید برای تداوم تولید شیر کافی به دوشیدن زود هنگام شیر تشویق شوند.

سندرم داون

شیرخواران مبتلا به سندرم داون، برای یک تغذیه پستانی مناسب نیازمند مداخلات ویژه می‌باشند. ساختار دهانی آن‌ها ممکن است دارای ناهنجاری‌های متفاوتی باشند که بر تغذیه آنان تأثیر می‌گذارد. این ناهنجاری‌ها شامل بزرگی زبان، زبان شیاردار، کام باریک و بینی کوچک همراه با پل بینی پایین می‌باشد. این شیرخواران ممکن است به علت هیپوتونی ژنرالیزه در مکیدن موثر و به علت داشتن زبان بزرگ در گرفتن پستان دچار مشکل شوند. آنان نمی‌توانند زبان را به شکل مقعر و پیاله مانند دور آرئول تغییر شکل دهند، در نتیجه شیر به جای آن که به انتهای حفره دهانی رفته و سپس به راحتی بلع شود، به کناره‌های حفره دهانی ریخته می‌شود. معمولاً رفتار تغذیه‌ای با بهبود تون عضلات بدن بهبود می‌یابد. برای آشنایی با تکنیک‌های تغذیه با شیر مادر مبتلایان به سندرم داون، جدول ۲-۱۵ را ملاحظه کنید.

جدول ۲-۱۵- تکنیک‌های شیردهی برای شیرخواران مبتلا به سندرم داون

- ۱- شیرخوار را در فواصل کوتاه و مکرر (هر ۲ الی ۳ ساعت) شیر بدهید.
- ۲- درحالی که سر شیرخوار را برای کنترل بهتر حمایت می‌کنید تنه و سر شیرخوار را در یک سطح نگه دارید.
- ۳- وضعیت دادن:
 - a- به منظور کنترل بهتر نوک پستان از روش نگهداری C استفاده کنید - انگشت شست در بالا و انگشتان دیگر در زیر پستان.
 - b- با یک انگشت چانه نوزاد را از زیر حمایت کنید. به منظور حمایت بیشتر فک و همچنین ایجاد فشار ملایم رو به پایین بر روی چانه به منظور باز کردن دهان نوزاد، می‌توانید از انگشت اشاره استفاده کنید.
 - c- برای شیرخواران هیپوتونیک، روش نگهداری U، پستان مادر و چانه نوزاد را مورد حمایت قرار داده و فک زیرین می‌تواند در فضای کف دست استراحت کند.
- ۴- در مواردی که بلع هوا و خفگی به صورت مکرر اتفاق می‌افتد، پس سر شیرخوار را بالاتر از نوک پستان قرار دهید. مادر می‌تواند لم داده (روی صندلی پشتی دار) تا گلوی شیرخوار بالاتر از نوک پستان قرار بگیرد. در صورت موثر بودن این روش، باید مکرراً آروغ شیرخوار گرفته شود.
- ۵- در شیرخواران مبتلا به بزرگی زبان، در باز کردن دهان و نیز پستان گرفتن به آن‌ها کمک کنید. نگه داشتن پستان به روش C و روش U در این زمینه مفید خواهد بود.
- ۶- برای رفع مشکل بیرون راندن زبان:
 - a- به شیرخوار، در حالی که چانه اش رو به پایین است، تقریباً در تماس با قفسه سینه، شیر بدهید.
 - b- به گونه شیرخوار به سمت دهانش به آرامی ضربه زده و نیز لبانش را چند بار نوازش کنید.
 - c- با انگشت اشاره (انگشت باید تمیز باشد و ناخن آن کوتاه و صاف گردد) قسمت بیرونی لثه شیرخوار را ماساژ دهید. ابتدا از خط وسط شروع کرده و کم‌کم به سمت کناره‌های لثه بروید.
 - d- هنگامی که شیرخوار دهانش را باز کرد، به آرامی نوک زبانش را با نوک انگشت اشاره به سمت پایین فشار داده و تا سه بشمارید.
 - e- فشار را قطع کنید و در همان حالت ۱ الی ۲ بار زبان را از نوک آن به عقب برانید. مراقب باشید نوزاد عرق نزنند..
 - f- قبل از هر بار شیر دادن ۳ الی ۴ بار، این عمل را تکرار کنید.
- ۷- در شیرخواران هیپوتونیک یا ضعیف، استفاده از محافظ نوک پستان «nipple shield» ممکن است برای عادت دادن او به تغذیه پستانی مفید باشد (فصل ۱۱).

زایمان چندقلو

تغذیه چندقلوها شامل دوقلوها و سه‌قلوها، در بسیاری از موارد با شیرمادر و بدون نیاز به مکمل به خوبی انجام پذیر است. تغذیه چندقلوها با شیرمادر نیازمند صرف وقت بیشتر و نیز تغذیه بهتر مادر است. توصیه رایج در خصوص انرژی مورد نیاز مادر برای تغذیه با شیرمادر، ۵۰۰ تا ۶۰۰ کیلوکالری در روز به ازای هر قل می‌باشد. راه‌های متنوعی برای تغذیه چندقلوها با شیرمادر وجود دارد. دوقلوها به یکی از این سه روش با شیرمادر تغذیه می‌شوند: به صورت همزمان، جداگانه بر اساس برنامه میل و تقاضای شیرخوار و یا جداگانه بر اساس میل و تقاضای تغییر یافته به نحوی که یک شیرخوار بر اساس میل و تقاضای تغذیه شده و سپس بلافاصله شیرخوار دیگر تغذیه می‌شود. در روش شیردهی همزمان، در زمان صرفه جویی می‌شود و همچنین فواید فیزیولوژیک دارد به نحوی که کودک قوی‌تر در یک سمت، رفلکس جاری شدن شیر را برای قل دیگر تحریک و فعال می‌کند. هر چند که متداول‌ترین روش تغذیه هر شیرخوار بصورت انفرادی است زیرا:

- ۱) مدتی زمان لازم است تا مادر از شرایط زایمان بهبود یابد.

- ۲) شیرخواران توانایی بلعیدن یکسانی ندارند.

- ۳) وضعیت جدید اغلب برای خانواده سخت است.

تشویق پدر و یا سایر اعضای خانواده برای کمک به مادر در تغذیه شیرخوار، از برخی استرس‌ها می‌کاهد. بسیاری از مادران و شیرخواران سریع تطابق پیدا می‌کنند و مادر می‌تواند روش و برنامه مورد نظرش را انتخاب کند. برخی از مادران شیرخوارشان را منحصراً با شیر خود، برخی دیگر ترکیبی از تغذیه پستانی همراه با دوشیدن مکانیکی شیر و تغذیه از طریق بطری شیر و یا دیگر لوازم جایگزین، تغذیه می‌کنند.

شیردهی پشت سرهم

شیردهی پشت سرهم (tandem nursing) اشاره به تداوم شیردهی در حاملگی بعدی و پس از زایمان نوزاد بعدی است. یک حاملگی طبیعی نمی‌تواند دلیلی برای از شیر گرفتن فوری باشد. اما زایمان پیش از موعد معمولاً مانع تداوم تغذیه با شیرمادر می‌گردد. در بعضی از فرهنگ‌ها هنگامی که حاملگی قطعی شد، بر اساس اعتقادات فرهنگی، مذهبی، یا گرایش‌های اجتماعی، حکم به از شیر گرفتن نوزاد داده می‌شود. یک بررسی در زمینه شیردهی در دوران حاملگی، نشان داد فقط ۴۳ درصد مادران در طول بارداری شیردهی را ادامه دادند. ۴۸ درصد از شیرخواران، بیشتر در اواخر ترمیستر دوم که مادر کاهش واضح تولید شیر را گزارش می‌دهد، خودشان را از شیر گرفتند. دلایل اصلی از شیر گرفتن شیرخوار از طرف مادر، درد پستان و نوک پستان، خستگی و تحریک پذیری است. فقط ۷ درصد مادران در طول شیردهی، انقباض رحم را گزارش نمودند. حمایت روحی

روانی از کودک از شیر گرفته شده بسیار مهم است.

باید مطمئن شد که نوزاد تازه متولد شده در تغذیه از پستان در اولویت قرار گیرد، تا رشد او به خطر نیفتد. اغلب تغذیه فرزند بزرگتر که از قبل از پستان تغذیه می شده، فقط به منظور حفظ آرامش کودک و نیز اظهار خواسته مادر، انجام گیرد. بعضی مطالعات نشان داد نوزاد تازه متولد شده ای که مادرش عهده دار تغذیه هم زمان دو فرزند بوده، دچار کندی رشد شده است که احتمالاً ناشی از تفاوت در کیفیت ترکیبات شیر مادر در طول زمان می باشد. مادر به اندازه همان مقدار شیری که از پستانش برداشته می شود (خورده می شود)، شیر تولید خواهد کرد. بنابراین در صورتی که وی دو یا چند شیرخوار را شیر می دهد، مقدار بیشتری شیر تولید خواهد کرد.

شیردهی در فرزندخواندگی

تغذیه فرزند خوانده با شیر مادر امکان پذیر است و نیازمند آماده سازی پستان ها برای تولید شیر می باشد. پستان ها در غیر حاملگی، در واکنش به تحریک فیزیکی ناشی از مک زدن یا دوشیدن پستان، دستخوش تغییراتی می شوند. در صورت تحریک پستان، پرولاکتین ترشح شده و شیر تولید می شود. اگر چه افزایش مقدار پرولاکتین و تولید شیر متفاوت است. یک جزء اصلی در شیردهی موفق، رگ کردن و جریان یافتن شیر (Let-down) است که ارتباط مستقیم با مقدار کافی اکسی توسین موجود در گردش خون دارد. رفلکس Let-down را می توان با استفاده از اکسی توسین خارجی تسهیل کرد. تولید شیر ممکن است از ۱ الی ۶ هفته، به طور متوسط حدود ۴ هفته پس از آغاز دوشیدن پستان یا تغذیه از پستان طول بکشد. شیرافزاها اغلب مورد استفاده قرار می گیرند. اما اثربخشی آنها هنوز اثبات نشده است (فصل ۱۲). توصیه متخصصین آن است که این اقدامات قبل از پذیرفتن نوزاد آغاز شود، چرا که پروسه تقبل فرزند، خود استرس زا بوده و با تولید شیر تداخل ایجاد می کند. اگر مادر از لوازم کمکی تغذیه (Supplemental Feeding) و نیز تماس پوست با پوست استفاده کند مفید خواهد بود. این تکنیک ها به نوزاد اجازه می دهد تا طی مکیدن، مواد تغذیه ای ضروری را دریافت کند. میزان موفقیت با توجه به سابقه بارداری متفاوت است. زنان نولی پار ممکن است مشکلات بیشتری داشته باشند.

شیردهی مجدد

مادرانی که شیردهی به نوزاد خود را آغاز کرده اما به دلیل بیماری شدید شیرخوار که قادر به شیر خوردن نبوده و یا به دلیل بیماری خود، شیردهی را متوقف کرده اند، ممکن است تمایل داشته باشند که شیردهی را مجدداً شروع کنند. مادرانی که قبلاً تجربه شیردهی داشته اند در مقایسه با مادرانی که شیردهی یک فرزند خوانده را

برای اولین بار شروع کرده‌اند، از لحاظ روانی برای تولید شیر آمادگی بهتری دارند. با تحریک دوباره نوک پستان، حلقه نورو-اندوکراین مجدداً فعال شده و تولید شیر از سر گرفته می‌شود. در حدود ۷۵ درصد از زنانی که پروسه شیردهی مجدد را آغاز می‌کنند، شیردهی با موفقیت همراه خواهد بود.

فصل شانزدهم

چه کسی می‌تواند به کودک خود شیر دهد و چه کسی نمی‌تواند؟

تخمین زده می‌شود اکثر زنان، اگر مورد ترغیب، تشویق و حمایت خانواده، مسئول مافوق و کارفرما، جامعه و سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی قرار گیرند قادر به برقراری و تداوم شیردهی برای دوره طولانی می‌باشند. هر چند که علیرغم این تشویق و حمایت، ممکن است زنان دارای وضعیت خاص پزشکی واجتماعی روانی موفق به دستیابی به هدف خود برای شیردهی نشوند. موارد نادری نیز وجود دارد که شیرخوار نباید با شیرمادر تغذیه شود.

وضعیت فیزیکی و ظاهری پستان

اندازه پستان

اندازه پستان معیار تعیین میزان موفقیت در شیردهی نیست. از آنجا که بخش عمده پستان را بافت چربی تشکیل می‌دهد، نه بافت غده‌ای و شیری آن، حتی پستان‌های کوچک نیز بافت غددی کافی برای تولید شیر کافی برای تغذیه با شیرمادر خواهند داشت. چون در پستان کوچک محدودیت در میزان حجم شیر قابل ذخیره وجود دارد لذا ممکن است تغذیه مکرر شیرخوار به منظور فراهم‌سازی مقدار کافی شیر لازم باشد.

پستان‌های استوانه‌ای (Tubular) / تکامل نیافته (Hypoplastic)

پستانی که رشد و تکامل غیرطبیعی دارد، گاهی اوقات خود را به شکل یک پستان لوله‌ای و باریک نشان می‌دهد. این نوع پستان، گرچه شایع نیست، با ریسک بالای تولید ناکافی شیر همراه می‌باشد.

بزرگ شدن پستان‌ها در دوران حاملگی

بزرگ شدن پستان‌ها در دوران بارداری، فاکتور مهمی در شیردهی موفق می‌باشد. چنانچه پستان‌ها در طول حاملگی بزرگ نشوند، ممکن است تولید شیر و تغذیه انحصاری با شیرمادر با موفقیت صورت نگیرد. عوامل هورمونی یا آناتومیک می‌تواند علت عدم رشد پستان در بارداری باشد. صرف نظر از علت، نحوه شیردادن و به ویژه دریافت میزان کافی شیر توسط شیرخوار موضوعی است که باید از نزدیک مورد نظارت و توجه دقیق قرار گیرد (فصل ۸).

جراحی و صدمات پستان

صدمه به پستان یا جراحی، چه به منظور کوچک نمودن اندازه پستان، ایمپلنت یا برداشتن توده و چه در اثر

ضربه به پستان، می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در شیردهی شود. به طور کلی در این شرایط نیز مادر باید برای شیردهی مورد تشویق قرار گرفته و در طی روزهای اول شروع شیردهی و پس از آن حمایت و کمک بیشتری شود، مراقبت و نظارت لازم به عمل آورده، و همچنین او را بیشتر ترغیب و دلگرم نمود تا از تولید شیر بصورت مستمر اطمینان حاصل شود. در مورد احتمال بروز مشکل در برقراری و تثبیت شیردهی باید با مادر گفتگو شود و از حمایت و تشویق مستمر برخوردار گردد، ضمناً به مشاور شیردهی با تجربه دسترسی داشته باشد.

جراحی ترمیمی کاهش اندازه پستان

زنانی که تحت عمل جراحی ترمیمی پستان با جابجایی و تغییر در اندازه هاله و نوک پستان قرار می‌گیرند، اغلب در تولید مقدار کافی شیر با مشکل مواجه خواهند بود. برش‌های اطراف هاله پستان احتمالاً باعث قطع مجاری شیری و ایجاد مانع در مسیر جریان شیر به طرف نوک پستان می‌شود. البته به دلیل کانالیزاسیون مجدد مجاری تخریب شده ممکن است مادر مقدار کمی شیر تولید کند. معمولاً احتمال تغذیه انحصاری با شیرمادر کم است ولی در صورتی که قاعده آرنول و نوک پستان در طی جراحی حفظ شود پیش‌آگهی شیردهی موفق، خوب خواهد بود.

جراحی ترمیمی افزایش اندازه پستان

این نوع جراحی، به ویژه اگر ایمپلنت درست در پشت عضله پکتورال و صرفاً به دلیل زیبایی قرار داده شود، با شیردهی موفق سازگار خواهد بود. ایمپلنت‌های بیش از حد بزرگ ممکن است مانع بزرگ شدن پستان در طول شیردهی شوند و در نتیجه حجم شیری که می‌تواند توسط مادر ذخیره شود را کاهش می‌دهند. همچنین ممکن است جریان خون به غدد شیری را کاهش داده و در نتیجه تولید شیر را محدود کند. دلیل اصلی عمل بزرگ کردن پستان باید به وضوح مشخص شود. برای مثال، این جراحی ممکن است برای شکل ظاهری غیر معمول یا غیر قرینگی پستان انجام شده باشد، که می‌تواند بیانگر بافت ناکافی پستان برای تداوم شیردهی باشد. تغییرات پستان در طول دوره بارداری و تولید شیر بلافاصله بعد از زایمان، باید در این مادران به دقت و از نزدیک مورد بررسی و توجه قرار گیرد.

لامپکتومی یا برداشت توده از پستان

برداشت توده از پستان اگر سبب جدا یا برداشته شدن مجاری و اعصاب عمده و مهم پستان شود می‌تواند بر شیردهی تأثیر بگذارد. بیشترین نگرانی، در ارتباط با برش‌های جراحی اطراف هاله پستان می‌باشد. در این مادران تولید شیر و وزن‌گیری شیرخوار باید دقیقاً تحت نظر قرار گیرد.

درمان قبلی سرطان پستان

حاملگی بعد از درمان سرطان پستان، سبب افزایش خطر عود سرطان نشده است و حتی ممکن است به عنوان مزیتی برای بقای بیمار مطرح باشد. توصیه می‌شود که تلاش برای بارداری به ۵ سال بعد از درمان سرطان پستان موکول شود. اگر خانمی زودتر از این مدت حامله شود، معمولاً قادر به شیردهی به شیرخوار از پستان سالم و غیر مبتلا می‌باشد و در بعضی از موارد نیز اگر جراحی یا رادیوتراپی مشکلی ایجاد نکرده باشد، می‌تواند از هر دو پستان شیر دهد. رادیوتراپی بعد از توده برداری ممکن است منجر به تولید ناکافی شیر در پستان مبتلا شود.

تروما و سوختگی

تأثیر تروما و سوختگی بافت پستان بر عملکرد شیردهی مادر، به مقدار آسیبی بستگی دارد که به طور مستقیم به مجاری و بافت غدد شیری وارد شده است. حتی زنانی که از سوختگی شدید ناحیه قفسه سینه و گرفت گسترده پوستی در دوران کودکی رنج می‌برند، به طور موفقیت‌آمیزی قادر به تغذیه شیرخوار با شیر خود می‌باشند.

سوراخ کردن نوک پستان (pierced Nipple)

مادرانی که قبلاً نوک پستان را به دلیل زیبایی سوراخ کرده‌اند، معمولاً مشکلی در شیردهی نخواهند داشت، مگر اینکه با عفونت یا اسکار همراه باشد. به منظور اجتناب از خطر خفگی شیرخوار، آنچه روی نوک پستان قرار داده شده است باید در هنگام شیردهی برداشته شود.

علل مادری منع مطلق و نسبی شیردهی

خطر عفونت

مشخص شده است که انتقال میکروارگانیسم‌ها از مادر به شیرروی می‌دهد ولی میزان خطر در شیرخواران متفاوت می‌باشد.

HIV و ویروس لنفوتروپ سلول T (T-Cell Lymphotropic virus)

در ایالات متحده، مادران مبتلا به ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) و ویروس لنفوتروپ T انسانی (HTLV) نوع ۱ و ۲، به دلیل خطر انتقال عفونت، نباید به شیرخواران خود شیر دهند. همچنین مرکز پیشگیری و کنترل بیماری (CDC) توصیه می‌کند زنانی که داروهای آنتی رتروویرال (ARV) دریافت می‌کنند نباید شیر بدهند.

در کشورهای در حال توسعه که بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه از علل عمده و اصلی مرگ و میر شیرخواران می‌باشند، خطر ناشی از عدم شیردهی به این شیرخواران باید با احتمال خطر ناشی از ابتلاء به HIV مقایسه و سنجیده شود. در سال ۲۰۱۰، سازمان جهانی بهداشت (WHO) توصیه‌ها در زمینه تغذیه با شیر مادر و زنان HIV مثبت را به روز کرد. به متولیان سلامت، توصیه می‌شود زنان را به شیر دادن و دریافت داروهای آنتی رتروویرال (ARV) یا خودداری از شیردهی راهنمایی کنند. در مواردی که داروهای ARV در دسترس نباشد، زنان دارای عفونت HIV، باید برای تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه تشویق شوند و پس از آن نیز تغذیه با شیرمادر را ادامه دهند مگر آنکه فاکتورهای محیطی و اجتماعی برای تغذیه شیرخوار با شیرمصنوعی بی‌خطر باشد. همه این مادران باید اختصاصاً حمایت شوند به نحوی که شیرخوار تغذیه مناسبی را دریافت نمایند.

سل

با توجه به احتمال سرایت این بیماری از طریق تماس نزدیک شیرخوار با مادر مبتلا، زنان مبتلا به سل ریوی فعال به طور موقت نباید خودشان شیرخوار را شیردهند، یعنی حدود ۲ هفته که با نظر پزشک و کارکنان بهداشتی درمانی با آنتی‌بیوتیک مناسب تحت درمان قرار می‌گیرند تا دیگر قابلیت سرایت نداشته باشند. باسیل سل به داخل شیرمادر وارد نمی‌شود.

ویروس واریسلا زوستر (آبله مرغان)

نوزادانی که مادرانشان در طی دوره زمانی ۵ روز قبل و ۲ روز بعد از زایمان مبتلا به آبله مرغان می‌شوند، باید ایمونوگلوبولین آن را دریافت کنند. واکسن واریسلا را می‌توان به مادران شیرده ای که در معرض خطر بالایی برای ابتلا به بیماری هستند، تجویز نمود. این موضوع که آیا ویروس واریسلا به داخل شیر وارد می‌شود یا نه، هنوز شناخته نشده است. برخی از متخصصین، شیردهی را فقط بعد از اینکه شیرخوار در معرض خطر، ایمونوگلوبولین را دریافت کرد، توصیه می‌کنند. شیرخوار نباید تا زمانی که ضایعات پوستی واریسلا خشک نشده‌اند، در تماس مستقیم با آن‌ها قرار گیرد.

ویروس هرپس سیمپلکس

زنان مبتلا به ضایعات تبخال روی پستان، نباید از پستان مبتلا شیر دهند و برای جلوگیری از تماس شیرخوار، باید روی ضایعات را ببوشانند. اگرچه زنان مبتلا به تبخال تناسلی در این خصوص مشکلی نداشته و می‌توانند به فرزندان خود شیر دهند اما باید روش‌های صحیح شستن دست‌ها را رعایت کنند.

ویروس سیتومگال (CMV)

ویروس CMV در شیر مادرانی که سرم آنها مثبت است، یافت میشود. احتمال اینکه شیرخواران ترم و سالم از طریق تغذیه با شیر انسان به CMV علامت دار مبتلا شوند، کم است. نگرانی برای شیرخواران نارس است که ممکن است در معرض خطر بیشتری برای بروز بیماری علامت دار نظیر سندرم های شبه سپسیس قرار داشته باشند. انجماد شیر در دمای ۲۰- درجه سانتیگراد ممکن است باعث کاهش عفونت زایی CMV شود. متخصصین باید مزایای تغذیه با شیر مادر را در مقابل خطر ناشی از سرایت CMV در نوزادان نارس که مادران آنها آلوده به ویروس سیتومگال هستند و یا در طی شیردهی مبتلا شده اند، مورد بررسی و قضاوت قرار دهند.

هپاتیت B

تزریق روتین واکسن هپاتیت B و نیز ایمونوگلوبین B به نوزادان متولد شده از مادران HBSAg مثبت، نگرانی در مورد انتقال این ویروس از طریق شیردهی را برطرف می کند. نیازی به عقب انداختن شروع شیردهی تا بعد از ایمن سازی نوزاد نیست. به دلیل اینکه حتی تا قبل از واکسیناسیون نیز، شیردهی کنتراذیکه نیست.

هپاتیت C

ویروس و آنتی بادی هپاتیت C در شیر انسان کشف شده است ولی هیچ گزارشی مبنی بر انتقال ویروس به شیرخوار حین تغذیه با شیر مادر وجود ندارد. ابتلاء مادر به هپاتیت C، منعی برای شیردهی وی نیست.

آنفولانزای H1N1

مرکز پیشگیری و کنترل بیماری در خصوص ویروس آنفولانزای H1N1- (گاهی swine flu نامیده می شود)- توصیه می کند که زنان شیرده دچار عفونت H1N1، شیر خود را بدوشند و فرد دیگری که بیمار نیست شیرخوار را با شیردوشیده تغذیه کند. در طول مدت درمان مادر با داروهای آنتی ویرال، تغذیه با شیر مادر ایمن می باشد. توصیه می شود زنانی که در تماس با ویروس بوده و برای پیشگیری از آنفولانزای دارو دریافت می کنند، به تغذیه کودک از پستان تا زمانی که علائم تب، سرفه یا گلو درد ندارند ادامه دهند.

مصرف مواد مخدر

زنان مصرف کننده ی مواد مخدر، نیاز به مشاوره داشته و نباید نوزاد خود را شیر دهند تا زمانی که اثرات مضر داروی مخدر برای شیرخوار از بدن آنها پاک شود (فصل ۱۲).

الکل

بلافاصله پس از مصرف مقادیر زیاد الکل توسط مادر، تغییراتی در الگوی تغذیه شیرخوار گزارش شده است. به

مادران باید توصیه شود که مصرف الکل خود را طی دوران شیردهی کاهش داده و محدود نمایند برای این که الکل یکی از چند ماده‌ای است که پس از مصرف توسط مادر با غلظت زیاد در شیروی ترشح می‌شود. انسیتو دارویی توصیه می‌کند که زنان شیرده میزان مصرف روزانه الکل خود را به مقدار ۰/۵ گرم یا کمتر به ازای هر کیلوگرم وزن خود کاهش دهند. به عنوان مثال برای یک زن شیرده ۶۰ کیلویی این مقدار معادل دو قوطی آبجو (beer) یا دو لیوان شراب (table wine) یا دو اونس Liquor می‌باشد (فصل ۱۲). شیر دادن به شیرخوار، ۴ ساعت پس از آخرین نوشیدن مجاز می‌باشد.

سیگار

متابولیت‌های ناشی از دود سیگار در بدن شیرخواران ساکن در محیط‌هایی که تنباکو استعمال می‌شود یافت شده است. مادران باید از مصرف سیگار در طی دوران شیردهی پرهیز نمایند، اما اگر اصرار به کشیدن سیگار داشته باشند شیردهی را به دلیل اثرات محافظتی شیرمادر روی شیرخوار، خصوصاً در مقابل بیماری‌های تنفسی، باید ادامه داده و مورد ترغیب قرار گیرند. به مادر و اطرافیان باید توصیه شود در حضور شیرخواران و کودکان سیگار نکشند (فصل ۱۲).

داروها

مصرف اکثر داروها در دوران شیردهی منعی ندارد ولی اگر مورد منع مصرف برای یک داروی خاص وجود داشته باشد، باید تلاش شود که داروی مناسب دیگری جایگزین آن گردد (فصل ۱۲).

درمان سرطان

زنان دارای سرطان پستان نباید درمان خود را به دلیل شیردهی تعویق بیندازند. بسته به نوع درمان، زنانی که تحت شیمی درمانی با آنتی‌متابولیت قرار می‌گیرند، می‌توانند پس از هر مرحله درمان تا وقتی که اثرات این داروها به طور کامل از بدن زدوده و پاک شود شیر خود را دوشیده و دور بریزند. به طور کلی رادیوتراپی پستان تداخلی با شیردهی ندارد هر چند که اشعه درمانی ممکن است منجر به تخریب بافت‌های حساس پستان شده و این امر می‌تواند عملکرد شیردهی از پستان مبتلا را تحت تاثیر قرار دهد (به بخش قبلی درمان سرطان پستان مراجعه نمایید).

داروهای رادیواکتیو

مادران شیردهی که به منظور تشخیص یا درمان در تماس با ایزوتوپ‌های رادیواکتیو می‌باشند یا به طور تصادفی در معرض این مواد قرار می‌گیرند، تا زمانی که مواد رادیواکتیو در شیرشان وجود دارد، نباید شیرخوار را با شیر خود تغذیه نمایند (فصل ۱۲).

موارد منع مصرف شیر مادر برای شیرخوار

گالاکتوزومی

شیرخواران مبتلا به گالاکتوزومی کلاسیک (کمبود آنزیم گالاکتوز ۱-فسفات یوریدیل ترانسفراز) نمی‌توانند شیر حاوی لاکتوز را هضم نمایند. بنابراین چون لاکتوز، کربوهیدرات اصلی در شیر انسان و شیر گاو می‌باشد، شیرخواران مبتلا به گالاکتوزومی کلاسیک نباید با شیر مادر یا شیر مصنوعی حاوی لاکتوز تغذیه شوند. اما در برخی از انواع خفیف‌تر این بیماری تغذیه نسبی با شیر مادر امکان‌پذیر است.

اختلالات متابولیکی ارثی

شیرخواران مبتلا به انواع دیگر اختلالات متابولیکی ارثی ممکن است قادر به هضم مقداری از شیر مادرشان باشند ولی این موضوع بستگی به جذب پروتئین مورد نظر و دیگر عوامل خواهد داشت. بیماری فنیل کتونوری با تغذیه ترکیبی، تغذیه نسبی با شیر مادر و مصرف شیر مصنوعی فاقد فنیل آلانین قابل کنترل است. شیر انسان در مقایسه با شیر مصنوعی میزان کم‌تری فنیل آلانین دارد.

افزایش بیلی روبین خون

در بیشتر نوزادان مبتلا به زردی و هیپر بیلی روبینمی، تغذیه با شیر مادر می‌تواند و باید بدون وقفه ادامه یابد. در شرایط خاص و نادر که هیپر بیلی روبینمی شدید می‌باشد ممکن است نیاز به قطع موقت شیردهی باشد (فصل ۸).

سندرم شیر ناکافی اولیه

تقریباً ۵ درصد زنان شیر کافی تولید نمی‌کنند. وجود تاریخچه عدم تغییر پستان در طی حاملگی یا تغییرات جزئی، ممکن است نشانه زودرس و مهم برای تشخیص سندرم شیر ناکافی باشد. وجود سابقه جراحی یا ترومای پستان نیز باید ارائه دهندگان خدمت را در مورد مشکلات بالقوه آینده هوشیار کند (فصل ۸).

فصل هفدهم

مطب دوستدار تغذیه با شیر مادر

مطب‌ها و مراکز پزشکی (Medical home)، چه مطب متخصصین کودکان، و زنان و چه کارکنان نظام سلامت، باید محیط کار خود را تبدیل به محیط دوستدار تغذیه با شیر مادر نموده و تغذیه با شیر مادر را در دفتر کار خود تشویق کنند. فعالیت‌های پزشکی در دفاتر کار پزشکی باید در جهت حمایت از اهداف برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۲۰»، برای افزایش درصد مادرانی که کودکان خود را با شیر مادر تغذیه می‌کنند و افزایش طول مدت تغذیه با شیر مادر باشد. به علاوه تمام کارکنان این مطب‌ها، تخصصی و غیرتخصصی، باید درباره ارزش و نحوه تغذیه با شیر مادر، و نحوه حمایت از زوج مادر و شیرخوار در هر روزیت، آموزش ببینند. هر روزیت فرصت ارزشمندی برای ایجاد حمایت اولیه و تداوم حمایت است. به علاوه مدیریت یکپارچه تغذیه با شیر مادر در مطب می‌تواند هم منبعی (کسب اطلاعات لازم و آموزش‌های تئوری و عملی) برای بیماران بوده و در عمل هم مزایای اقتصادی به دنبال داشته باشد.

محیط دوستدار تغذیه با شیر مادر

مطب پزشکان مکان ارزشمندی است که کارکنان نشان دهند که اعتقاد دارند تغذیه با شیر مادر بهترین نوع تغذیه برای تمام کودکان است. در این چنین مکانی قدم بزنید، دقیقاً محیط را زیر نظر بگیرید و از خود بپرسید این محیط چه پیامی را به خانواده‌ها انتقال می‌دهد؟ دكور، مطالب آموزشی و توجه به نیازهای مادران شیرده ارزش‌های این محیط را منعکس می‌کند. تغییر مطب پزشکان به مجموعه‌ای که در آن، تغذیه با شیر مادر یک موضوع مقبول اجتماعی می‌باشد، تجربه آموزشی اثربخش و موثری را برای کودکان و والدین ایجاد خواهد کرد و نشان خواهد داد که این عمل با شور فراوان سبب ترویج، حمایت و حفاظت از تغذیه با شیر مادر می‌شود.

اجزای یک محیط دوستدار تغذیه با شیر مادر

پوستری یا تصاویر بزرگ

در مطب‌ها، پوسترها یا عکس‌های بزرگ از مادران شیرده و کودکان از نژادها و فرهنگ‌های مختلف برای تشویق مادران شیرده به شیردهی نمایش داده شود.

اتاق مادران و اتاق انتظار

محلی خلوت، مجهز به یک صندلی راحت، تخت و یک میز جهت تعویض پوشک کودک، یک شیردوش برقی و در شرایط ایده‌آل یک یخچال کوچک می‌تواند تبدیل به اتاق مادران شیرده شود که مادران (همچنین کارکنان) برای شیردهی یا دوشیدن شیر از آن استفاده کنند. این محیط عملاً تغذیه با شیرمادر را تشویق، حمایت و تأکید خواهد کرد. تغذیه با شیرمادر در اتاق انتظار نیز هرگز نباید تقبیح شود.

ممنوعیت تبلیغات شیر مصنوعی

ارایه بسته‌های دارای شیر مصنوعی به مادران باعث کاهش موفقیت تغذیه با شیرمادر می‌شود. هدایای شرکت‌های تولیدکننده شیر مصنوعی در واقع باور این کارکنان را منعکس می‌کند و باید مورد بازبینی و بحث و تبادل نظر قرار گیرد. اگر تغذیه با شیرمادر عملاً برایمان مهم باشد، بازاریابی شیر مصنوعی و هدایای مشابه آن غیر قابل قبول بوده و باید منع گردد. در اتاق انتظار نیز باید به مجلات و مطالب آموزشی دیگر، توجه ویژه کرد. هدایای شرکت‌های تولیدکننده شیر مصنوعی، قبل یا پس از زایمان، یا فرم‌های ثبت نام شرکت‌های تولیدکننده شیر مصنوعی برای عضویت در «کلوب مادران تازه زایمان کرده» نباید در مطب‌ها توزیع شود. وقتی مادران در چنین کلوب‌هایی ثبت نام می‌کنند احتمالاً قبل یا بعد از تولد نوزاد شیر مصنوعی رایگان به آنها داده خواهد شد. AAP در سال ۲۰۱۲، ممنوعیت تبلیغات صنعت شیر مصنوعی در مطب پزشکان را مصوب نمود.

پیگیری آمار تغذیه با شیرمادر

میزان‌های تغذیه با شیرمادر در محیط کار باید پیگیری و بررسی شود تا تأثیر ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر و مدیریت بالینی مطلوب تعیین گردد. این موضوع جایگاه ما را در اهداف ملی تغذیه با شیرمادر در سطح کشوری تعیین نموده، و به والدین و کارکنان اهمیت تغذیه با شیرمادر را نشان می‌دهد. به علاوه تجزیه و تحلیل شاخص‌های شروع تغذیه با شیرمادر و بررسی تغییرات مدت تغذیه با شیرمادر در مراجعه‌کنندگان، کمک خواهد کرد تا زمان‌های بحرانی را که در ویزیت‌های مراقبتی باید تغذیه با شیرمادر را حمایت بیشتری کنیم، به دقت شناسایی کرده و موفقیت تغذیه با شیرمادر را به طور واضحی افزایش دهیم. این اطلاعات را می‌توان از طریق انجام بررسی‌های مقطعی در مطب، مرور دوره‌ای نمودارها، بحث‌های گروهی و مصاحبه با افراد کلیدی جمع‌آوری کرد.

تشویق و ترغیب

در هر ویزیت فرض بر این است که مادر هنوز در حال تغذیه با شیرمادر است، پس او را به نحو مناسب تشویق کنید.

آموزش کارکنان

کلید ارائه مراقبت از تغذیه با شیر مادر، برای ارائه خدمات مربوطه ادغام اطلاعات و مهارت‌ها با فعالیت‌های روتین روزمره، بدون نیاز به وقت اضافی می‌باشد. پزشکان و همه کارکنان مطب باید در مورد مدیریت تغذیه با شیر مادر آموزش ببینند تا در عمل، پیام‌های مناسب و یکپارچه را به خانواده‌ها ارایه نمایند و با دادن اطلاعات ضد و نقیض آنها را گیج نکنند. همچنین پزشکان و کارکنان باید مهارت‌های خود را در ارزیابی تغذیه با شیر مادر از طریق گرفتن شرح حال و مشاهده شیردهی ارتقاء دهند.

آموزش پزشکان

پزشکان باید رهبر و راهنمای اصلی برای تشویق و حمایت از تغذیه با شیر مادر باشند. آموزش پزشکان باید حین تحصیل در دانشکده پزشکی و در زمان دستیاری انجام شود. بسیاری از باورها و اعتقادات شخصی بر طرز تلقی فرد در زمینه تغذیه با شیر مادر و توصیه‌های ارایه شده تأثیر می‌گذارند. کارکنان نظام سلامت اگر آموزش نبینند، بر پایه تجربیات شخصی خود در مورد شیر مادر توصیه‌هایی خواهند نمود. آموزش افراد بالینی از طریق دوره‌های آموزشی معتبر تغذیه با شیر مادر، کنفرانس‌ها، کتاب‌ها و اینترنت تازه‌هایی را به اصول پایه تغذیه با شیر مادر آنان اضافه نموده، و دانش مدیریت و تشخیص را در پزشکان خبره و ماهر گسترش می‌دهد. پزشکان در هر ویژگی روتین غربالگری مادر و شیرخوار، باید مداخله و راهنمایی‌هایی متناسب با سن شیرخوار ارائه کنند. (فصل ۸).

پرسنل پرستاری

پرسنل پرستاری اغلب می‌توانند در دوره‌های آموزشی یا کنفرانس‌های شیر مادر که توسط بخش‌های آموزش مداوم برگزار می‌شود، شرکت کنند یا ممکن است لازم باشد جهت کسب مهارت، دوره آموزشی تغذیه با شیر مادر را بگذارند. برای پرسنل غیر پرستاری در محل کار و پرسنلی که به نوعی با مادر و شیرخوار تعامل دارند، روش‌های آموزشی کوتاه‌تر از قبیل نشان دادن اسلاید در مورد مزایای تغذیه با شیر مادر و بحث در مورد موضوعات مرتبط قابل ارایه می‌باشد. باید تأکید شود که تسهیلات تغذیه با شیر مادر ارایه شده در محیط کار در اختیار همه کارکنان باشد.

پرسنل پشتیبان

کمک پرستاران، تکنسین‌های آزمایشگاه، پرسنل بخش پذیرش، خدمات و حوزه اداری، و سایر پرسنل پشتیبان از آنجا که با مادران شیرده در ارتباط هستند باید مشمول این آموزش‌ها شوند. این کارکنان باید

تشویق به استفاده از امکانات تغذیه با شیرمادر در محل کار شوند. کارکنان ممکن است تجربه‌های فرهنگی و بومی را با بیماران در میان بگذارند. سرپرستی و مدیریت گروه باید اختلاف سطح آموزشی کارکنان را ارزیابی کند و استراتژی‌های لازم برای پرکردن این فاصله را بکارگیرد. این استراتژیها می‌تواند شامل برگزاری جلسات آموزشی در محل کار یا فرستادن کارکنان به کنفرانس‌های مرتبط با تغذیه با شیرمادر باشد.

مشاوران شیردهی

مشاوران شیردهی ممکن است در عمل بکار گرفته شوند. برخی از پزشکان ترجیح می‌دهند مشاور شیردهی را انتخاب کنند که مدرک IBCLC (International Board Lactation consultant) بورد بین‌المللی مشاوره شیردهی (Examiners) را دریافت کرده باشد. دریافت این گواهینامه منوط به داشتن الزامات خاص و قبولی در آزمون کتبی می‌باشد. این گواهینامه برای پزشکان و پرستاران متقاضی، و سایر افراد واجد شرایط که تجربه کمک به مادران شیرده دارند، آزاد می‌باشد. بعضی پزشکان ممکن است مشاوران شیردهی را استخدام کنند تا نیازهای آموزشی آنان در زمینه تغذیه با شیرمادر را مرتفع کند. روش دیگر، دادن حق ویزیت به مشاور شیردهی به صورت مورد به مورد یا انتخاب مشاور از بخش خصوصی یا بیمارستان است که می‌تواند به صورت منظم موارد اجاعی را ارزیابی کند. پزشکان باید از امکانات و منابع مناسب موجود در اجتماع خود آگاه باشند.

آموزش بیماران

اغلب مادران خودشان در نوع تغذیه انتخابی کودکانشان زود تصمیم می‌گیرند. سه چهارم مادران نوع تغذیه شیرخوار خود را قبل از حاملگی یا در طول سه ماه اول حاملگی انتخاب می‌کنند (فصل ۵).

تشکیل کلاس‌های دوران بارداری

تشکیل گروه‌های حمایتی از مادران تازه زایمان کرده و تشکیل کلاس‌های تغذیه با شیرمادر برای برای مادران تازه زایمان کرده، همچنین کلاس‌های دوران بارداری که موضوعات تغذیه با شیرمادر را نیز پوشش می‌دهد اطلاعات و حمایت‌های اجتماعی خوب و مناسبی برای خانواده‌ها فراهم می‌کند.

ویزیت‌های دوران بارداری

ویزیت‌های روتین دوران بارداری، نه تنها فرصتی برای مادر است برای طرح هرگونه سؤال یا نگرانی در مورد تغذیه با شیرمادر، برای پزشکان و کارکنان نیز فرصتی است تا تعهد خود در ارتباط با شیردهی را نشان دهند. گرچه ویزیت‌های دوران بارداری توسط متخصص اطفال کم است (حداکثر ۱۱ درصد در یک مطالعه) اما ویزیت‌های زود هنگام زنان و مامایی برای تبیین مرحله به مرحله شیردهی ضروری می‌باشد.

خطوط تلفن پشتیبان

خطوط تلفن پشتیبان، که مختص مشاوره برای تغذیه با شیر مادر باشد و یا به صورت مشترک با خط تلفن سیستم تریاژ استفاده شود، و کارکنان بهداشتی درمانی با دانش کافی در مورد تغذیه با شیر مادر پاسخگوی تلفن باشند، سودمند می باشد. محتوای تماس ها باید در پرونده پزشکی ثبت شود. گرچه ارایه راهنمایی در زمینه تغذیه با شیر مادر از طریق تماس تلفنی یا پست الکترونیک می تواند فریبنده باشد، اما اگر سؤالی در مورد کفایت شیر مادر و تولید شیر وجود داشت، بهتر است مادر و کودک حضوراً ارزیابی شوند (فصل ۸). محتوای آموزشی تحت عنوان «تلفن تریاژ تغذیه با شیر مادر» (Breastfeeding Telephone Triage and Advice 2nd edition AAP 2016) از انتشارات AAP، برای کمک به ارایه توصیه های تلفنی موجود می باشد.

بایش و نظارت پیشگیرانه

غربالگری زنان پس از زایمان برای شناسایی علایم افسردگی و سایر ارزیابی های پیشگیری کننده باید انجام شود (فصل ۹).

خدمات مشاوره ای توسط مادران همسان (peer counseling services)

اتحادیه بین المللی La Leche League، برخی از سازمان های حمایتی در تغذیه مادران، شیرخواران و کودکان (WIC) و سایر نهادهای حمایتی تغذیه با شیر مادر، مشاوره همسان توسط سایر مادران شیرده را به یکدیگر پیشنهاد می دهند. بسیاری از مادران تبادل اطلاعات تغذیه با شیر مادر با مادرانی را که زمینه های قومیتی و فرهنگی مشابه دارند ترجیح می دهند.

جامعه مبتنی بر گروه های حامی تغذیه با شیر مادر

منابع اطلاعاتی خوبی در برخی از این گروه ها موجود می باشد. به عنوان مثال گروه های محلی La Leche League، مشاوران همتراز از مادران دارای تجربه شیردهی، و گروه های حمایتی را می توان نام برد. پزشکان می توانند شبکه های حمایتی تغذیه با شیر مادر را با تأمین حمایت های غیر نقدی و نقدی برای گروه های محلی حامی تغذیه با شیر مادر توسعه دهند.

مواد آموزشی چاپی

مواد آموزشی چاپی ارائه شده به مادران باید از نظر دقت و محتوا چک شده و در طی اولین ملاقات خانواده با سیستم سلامت به آن ها داده شود. بهترین جایگزین برای مواد آموزشی کارخانجات تولیدکننده جانشین شونده های شیرمادر، منابع سازمان هایی چون آکادمی طب کودکان امریکا (AAP)، کنگره

متخصصین زنان و مامایی آمریکا (ACOG)، آکادمی پزشکان خانواده آمریکا (American Academy of Family Physicians)، آکادمی طب تغذیه با شیرمادر (ABM) و انجمن بین‌المللی La Leche League، انجمن بین‌المللی Wellstart و سازمان‌های مرتبط با تولد کودک می‌باشد.

موانع بالقوه برای تغذیه مؤثر با شیرمادر

موانع تغذیه با شیرمادر بخصوص موانعی که در ابتدای دوره پس از زایمان بروز می‌کنند، باید از قبل پیش‌بینی و برطرف شوند. مادرانی که تازه زایمان کردند اغلب سؤالاتی درباره برگشت به کار و استفاده از شیردوش‌های برقی دارند. در یک مطالعه یکی از سه علت اصلی عدم تغذیه با شیرمادر این بود که مادر بدلیل برگشت به کار قادر به شیردهی نبوده است. پیش‌بینی این نگرانی از قبل و ارائه آموزش در زمینه دوشیدن و ذخیره شیر، و کمک و حمایت می‌تواند طول دوران تغذیه با شیرمادر را افزایش دهد. فصول ۱۰ و ۱۱ را در مورد اشتغال مادر و استفاده از پمپ‌های شیردوش مطالعه کنید. پزشکان می‌توانند کارفرمایان محیط اطراف خود را برای حمایت از تغذیه با شیرمادر در محل کار، تشویق نمایند.

جنبه بازاریابی تغذیه با شیرمادر

در عمل برای بهبود تغذیه با شیرمادر، باید با مدل‌ها و الگوهای بازاریابی به جنبه‌های شیردهی نگاه کرد. در هر خدمت تجاری، اگر ۷۵ درصد گیرندگان خدمات به محصولات شما نیاز داشته باشند یا متقاضی آن باشند، شما خدمت خوبی را برای ارایه به این گروه انتخاب نموده‌اید. بنابراین تعیین شاخص شروع تغذیه با شیرمادر به میزان ۷۵ درصد در سطح کشوری، دلیل قانع‌کننده‌ای برای کمک به مادران می‌باشد. پزشکان می‌توانند رهبران کلیدی در تشویق و حمایت از تغذیه با شیرمادر باشند و آنها باید تغذیه با شیرمادر را در یک سطح وسیع‌تر بازاریابی حمایت و قدردانی کنند.

سرویس‌های حمایتی تغذیه با شیرمادر

بخش‌های مختلفی می‌توانند خدمات پزشکی و سرپایی در زمینه تغذیه با شیرمادر ارایه کنند. این خدمات ممکن است با مشارکت بسیاری از افرادی که پیش‌تر به آنها اشاره شد انجام شود مثل متخصص شیردهی، کارکنان پرستاری، مامای دولو و مشاوران شیردهی. بسته به مدل ارایه خدمات، این سرویس‌های حمایتی ممکن است با سود، یا ضرر خالص همراه بوده و یا خنثی باشند. اگر این خدمات مؤثر و کارآمد ارایه شود، سبب تداوم خدمات حمایتی از شیرمادر و فواید قابل توجهی برای تبحر واحد ارایه دهنده خدمت و بیمارانش خواهد داشت.

کدگذاری، صورت حساب ها و باز پرداخت هزینه ها

منابعی برای کمک به پزشکان برای جبران هزینه های خدمات سرپایی تغذیه با شیرمادر موجود می باشد. AAP محتوایی تحت عنوان «حمایت از تغذیه با شیرمادر و شیردهی: راهنمای مراقبت اولیه برای متخصصین اطفال برای پرداخت» تهیه نموده است. این منابع در نوامبر سال ۲۰۱۰ به روز گردید و به صورت آنلاین در سایت در دسترس می باشد (<http://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/coding.pdf>).

شیردوش ها و سایر ملزومات شیردهی

در برخی واحدهای ارایه خدمت، شیردوش و سایر ملزومات تغذیه با شیرمادر اجاره داده شده و یا به فروش می رسد که یک خدمت سودمند دارای ارزش افزوده می باشد. گرچه سفارش کالا، انبارداری، بیمه کردن، تهیه و ساماندهی فهرست موجودی ها، تعمیر تجهیزات آسیب دیده و معیوب و سایر مسائل نیاز به تلاش و صرف وقت بسیار دارد.

ابتکارات ملی

کوریکولوم تغذیه با شیرمادر AAP برای رزیدنت ها

پس از تهیه محتوا برای متخصصین اطفال با آخرین اطلاعات علمی، داشتن محتوای آموزشی و افزایش میزان های تغذیه با شیرمادر در راستای اهداف ملی برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۲۰»، AAP کوریکولوم آموزشی تغذیه با شیرمادر را توسعه و بسط داد تا برنامه های آموزشی متخصصین زنان و مامایی، پزشکان خانواده و مراقبین سلامت را نیز در برگیرد و از نظر فرهنگی بر ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر در خانواده هایی که از نظر نژادی و قومیتی متفاوت هستند، اثرگذار باشد. اجرای این کوریکولوم مدیریت و موفقیت تغذیه با شیرمادر را بهبود می بخشد.

برنامه تغذیه با شیرمادر برای مادران شاغل

برنامه ای تحت عنوان (Business Case for Breastfeeding) یک منبع جامع برای آموزش کسانی است که به مادران شیرده پس از بازگشت به کار کمک می کنند. در این برنامه کارفرمایان در مورد ارزش حمایت از کارکنان زن شیرده در محیط کار آموزش می بینند. این برنامه نشان می دهد چگونه چنین حمایت هایی سبب موفقیت کلی کسب و کار شده و ابزارهایی را برای حمایت کارفرمایان از شیردهی در محیط کار و تامین مکان خلوت برای شیردوشی مادران پیشنهاد می دهد. همچنین کارکنان را در زمینه اشتغال و شیردهی راهنمایی می کند.

حمایت از بیماران و نظارت عملی بر تغذیه با شیرمادر

ماده ۴۲۰۷ برنامه Patient Protection and Affordable Care Act چنین بیان می‌کند که کارفرمایان باید در ساعت کاری برای کارکنان شیرده خود مرخصی ساعتی شیردهی (break time) و یک مکان خصوصی، غیر از سرویس بهداشتی، برای دوشیدن شیر تا یکسالگی کودک فراهم کنند.

استفاده از خدمات تشویقی مالیات بر درآمدهای داخلی

این خدمت به مادران شیرده این امکان را می‌دهد که از پول پیش مالیات حاصل از حساب‌های هزینه‌ای خود، برای پوشش مخارج پمپ‌های شیردوش و سایر ملزومات تغذیه شیرمادر استفاده کنند. مادرانی که حساب هزینه‌ای ندارند، اگر کل هزینه‌های پزشکی پرداخت نشده‌ی وی از ۷٫۵ درصد درآمد ناخالص تعدیل شده‌اش بیشتر باشد و اقلام مذکور در اظهار نامه مالیاتی مادر ذکر شده باشد، هزینه‌های این اقلام از آنان کسر خواهد شد.

استراتژی‌هایی برای اجرا

حمایت، اختصاص وقت و تلاش در زمینه تغذیه با شیرمادر ارزشمند و مقرون به صرفه است. مثال‌های زیر می‌تواند نمونه‌هایی برای تفکر بیشتر در زمینه اقدامات ممکن در بیمارستان و در مطب باشد:

- **استراتژی‌های بیمارستانی** برای ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان‌های مختلف موفقیت‌آمیز بوده‌اند (جدول ۱-۶ و ۳-۶).
- **ویزیت پیگیری در روز سوم تا پنجم** باید قبل از ترخیص از بیمارستان برنامه ریزی شود و شیرخوار باید در مطب یا کلینیک ویزیت شود. در این ویزیت تاریخچه، وزن، معاینه فیزیکی باید انجام شده و شیردهی مشاهده شود. اگر پس از ویزیت روتین روزهای ۳ تا ۵، پزشک در مورد تغذیه با شیرمادر نگرانی داشت می‌توان قبل از مراقبت روتین بعدی، یک ویزیت اختصاصی برای آن مشکل ترتیب داد و مادر را به یک مشاور شیردهی کارآمد ارجاع داد (جدول ۳-۸).
- **ویزیت‌های مطب:** تدوین و تنظیم برنامه‌ها و تفاهم نامه‌های مشترک با سایر بخش‌ها و افراد درگیر در زمینه شیرمادر، روش مؤثری برای تقویت مدیریت تغذیه با شیرمادر می‌باشد (جدول ۱-۱۷).
- **نمودارهای رشد:** از آنجا که تغذیه با شیرمادر روش هنجار و قابل قبول تغذیه شیرخواران می‌باشد، باید از نمودارهای رشدی WHO برای بررسی رشد این کودکان استفاده گردد، زیرا در صورت استفاده از سایر منحنی‌های رشد، کودک به اشتباه در طبقه بندی رشد نامطلوب قرار می‌گیرد (فصل ۸).
- **ویزیت‌های بعدی:** راهنمایی و آموزش‌های بهنگام در چک‌لیست‌های اختصاصی برای هر ویزیت

مشخص شده است (فصل ۸).

جدول ۱-۱۷: استراتژی‌های انتخابی برای تشویق و ترغیب تغذیه با شیرمادر در مطب

- با مربیان آموزش خانواده و پرستاران خانواده کار کنید تا مطمئن شوید که پیام‌های یکسان در مورد تغذیه با شیرمادر به خانواده‌ها ارائه می‌شود.
- کلاس‌های سودمند و مفید در دوران بارداری برای بیماران ترتیب دهید.
- با نظارت تیمی پزشک متخصصین شیردهی را در مطب به کار گیرید.
- به مادران بازخورد مثبت دهید (در هر ویزیت یک گواهینامه موفقیت در امر شیردهی تهیه و به مادر ارائه کنید).
- در سطح جامعه یا در مطب فعالیت‌هایی را در زمینه تغذیه با شیرمادر انجام داده و حمایت کنید.
- آموزش تغذیه با شیرمادر را در مدارس تشویق کنید.
- در ویزیت‌های مربوط به نوجوانان در مطب، فواید تغذیه با شیرمادر را وارد کنید.

فصل هجدهم

تغذیه با شیرمادر در زمان بحران

بحران، چه از نوع طبیعی و چه ایجاد شده توسط بشر، سبب محرومیت انسان از غذا، آب سالم، گرما، پناهگاه، لباس، دارو و سایر منابع ضروری حیات می‌شود. شیرخواران در بحران در معرض بیشترین خطر قرار دارند. به همین دلیل سازمان‌های امداد و نجات بلافاصله اقدام به ارسال فرمولا (شیرخشک) به منطقه آسیب دیده می‌کنند. هر چند که معمولاً بدلیل محدودیت دسترسی به آب قابل شرب و ابزار تغذیه ای استریل، فرمولا نیز قابل استفاده نیست. تغذیه با شیرمادر، در هر شرایطی پاکیزه‌ترین و ایمن‌ترین تغذیه برای شیرخواران و کودکان خردسال می‌باشد. شیرمادر سالم و بهداشتی بوده و نیازی به برق و استفاده از یخچال برای آماده‌سازی و ذخیره ندارد. شیرمادر مناسب‌ترین تغذیه بوده، بدون نیاز به وسایل دیگر در دسترس است و با دمای مناسب و بدون نیاز به گرم کردن یا خنک کردن موجود است. به علاوه مادر و کودک را در کنار هم نگه می‌دارد که سبب پیشگیری از هیپوترمی و محافظت از سرما می‌شود. شیرمادر کودک را در مقابل بیماری‌های عفونی، به خصوص اسهال و بیماری‌های تنفسی که خطرآن در طی بحران افزایش پیدا می‌کند، محافظت نماید. امنیت و گرمای ایجاد شده از طریق تغذیه با شیرمادر، برای مادر و کودک در شرایط نابسامان اورژانس، حیاتی است. به علاوه تغذیه با شیرمادر به مادر امکان می‌دهد علی‌رغم درماندگی که در زمان بحران رخ داده است بصورت مستقل از کودکش حمایت و مراقبت کند.

استفاده از فرمولا در طی بحران مضرات زیادی دارد. ممکن است فرمولا از ابتدا در دسترس نباشد یا مقدار آن قبل از اینکه وضعیت تثبیت شود، تمام شود. احتمال آلودگی آن‌ها وجود دارد. اشتباه در آماده کردن فرمولا ممکن است در هر زمانی، به خصوص در طی شرایط آشفته بحران رخ دهد. ممکن است آبی که با پودر یا کنستانتیره فرمولا مخلوط می‌شود آلوده باشد و روشی برای استریل کردن فرمولا، بطری، یا سرشیشه وجود نداشته باشد. به علاوه اگر برق نباشد فرمولای تهیه شده و باز را نمی‌توان در یخچال نگهداری کرد. بنابراین هدف کنترل بحران در شیرخواران و بهترین راه برای نجات جان کودکان آسیب‌پذیر، حفظ تغذیه با شیرمادر و کمک به برقراری مجدد شیردهی در زنانی است که شیردهی را متوقف نموده‌اند (relactation). حمایت‌های غذایی باید برای تغذیه مادر فراهم گردد نه برای شیرخوار. با تغذیه مادر، شما به مادر و کودک کمک نموده و به هیچ یک آسیب نمی‌زنید.

آمادگی برای بحران

به منظور اثربخشی بهتر، آمادگی برای بحران باید قبل از وقوع بحران انجام شود. کارکنان سلامت باید سازمان‌های امدادگرا (در کلیه سطوح نظارتی، کارکنان فنی و غیرفنی، و نیروهای داوطلب) در زمینه تغذیه با شیرمادر آموزش دهند تا آنان در فوریت‌ها و موارد اورژانس به درستی از تغذیه با شیرمادر حفاظت و حمایت نمایند. این آموزش‌ها باید علاوه بر حمایت‌های کاربردی تغذیه با شیرمادر، انتظارات فرهنگی و تجربیات فردی کارکنان و داوطلبینی را که موانعی برای درک و حمایت از تغذیه با شیرمادر دارند، نیز مرتفع سازد. اطلاعات کلیدی درباره تغذیه شیرخواران و خردسالان باید در فرایندهای ارزیابی سریع بحران و برنامه‌های آمادگی اورژانس ادغام شود. آمادگی برای فوریت باید شامل راهکارهایی برای جلوگیری از جدایی مادر و شیرخوار در مراحل تخلیه منطقه بحران، انتقال و اسکان باشد و همچنین مادر و شیرخوار که در بحران از هم جدا شدند مجدداً به هم رسانده شوند. برای کودکانی که علی‌رغم تلاش‌های انجام شده نیاز به فرمولا دارند، باید استانداردهایی تبیین شود تا مطمئن شویم از شیرهای مصنوعی خریداری شده و اهدایی بصورت سالم نگهداری و استفاده می‌شود. برای مثال فرمولاهای آماده مصرف بهتر از فرمولاهایی است که برای تهیه آن باید از آب استریل استفاده کرد.

حمایت از تغذیه با شیرمادر در طول بحران

نقش کارکنان نظام سلامت در طی بحران کلیدی ترمی شود. در مرحله بلافاصله پس از بحران نقش مهم کارکنان سلامت، جلب مشارکت برای ایجاد پناهگاه امن برای زنان باردار و مادران شیرده و نگهداشتن اعضای خانواده با همدیگر است. این پناهگاه‌ها باید ایمن بوده و خدمات مشاوره‌ای، آب سالم و غذا داشته باشد. این پناهگاه‌ها باید محیطی امن و خصوصی برای شیردهی یا دوشیدن شیر مادران باشد. برای ایجاد چنین پناهگاه‌هایی کارکنان بهداشتی می‌توانند از مطب‌ها و بیمارستان‌ها استفاده کنند و یا در درون سایر پناهگاه‌ها چنین مناطقی را بسازند. کارکنان بهداشتی باید مادران شیرده را در زمان ورود به پناهگاه شناسایی کنند و به آنان در مورد تداوم تغذیه با شیرمادر و افزایش تولید آن آموزش و اطمینان داده و مادران را حمایت کنند. مادرانی که در طی بحران زایمان می‌کنند نیز باید در خصوص اهمیت تغذیه با شیرمادر در حفظ و نجات جان شیرخوار آموزش دیده و برای شروع و تداوم شیردهی حمایت شوند.

باید به مادران اطمینان داد که استرس باعث خشک شدن شیرمادر نمی‌شود و حتی زنان دارای سوء تغذیه نیز می‌توانند شیردهی موفق داشته باشند. مادران باید به تغذیه انحصاری با شیرمادر تا حد ممکن تشویق شده و بدانند که تولید حداکثر شیرمادر بر اساس تقاضای شیرخوار بدست می‌آید. مادرانی که اخیراً شیرخوار یا کودکشان را از شیر گرفته‌اند باید بدانند که برقراری مجدد شیردهی یک واقعیت امکان‌پذیر می‌باشد. زنان

شیرده باید در لیست آب سالم و غذا در اولویت باشند. اگر دوشیدن شیر لازم است نحوه دوشیدن شیر با دست به مادران نشان داده شود. اگر کمبود غذای کمکی برای شیرخواران بالای ۶ ماه وجود دارد، کارکنان بهداشتی می‌توانند به مادران اطمینان دهند که شیرمادر، در نبود سایر غذاها، منبع خوب تغذیه‌ای در سال اول زندگی و پس از آن است. شیرمادر منبع غذایی عالی در شرایط فوریت و بحران می‌باشد.

در طی بحران، ارزیابی نیازهای کودکان شیرخوار باید شامل ارزیابی وضعیت آب و غذا باشد. زنان شیرده نیز ممکن است همانند بالغین و بزرگسالان نیازمند واکسیناسیون بر علیه بیماری سرخک، اوریون، سرخچه، کزاز، دیفتری، سیاه سرفه، آنفولانزا، استرپتوکوکوس پنومونیه، نایسریا مننژیتیس، هپاتیت B و A، آبله مرغان و فلج اطفال غیر فعال شده باشند. آنتی بیوتیک‌ها و سایر داروها نیز در صورت نیاز، در طی بحران برای زنان شیرده بدلیل سازگاری با شیردهی، قابل استفاده است. اگر چه مقدار کمی DEET وارد شیرانسان می‌شود اما در صورت توصیه به استفاده از حشره کش‌ها، بهتر است مواجهه مادران شیرده به آن محدود شود. حشره‌کش باید فقط روی لباس و پوست نواحی که پوشش ندارند مثل دست‌ها و صورت استفاده شود و هرگز برای ناحیه پستان استفاده نشود.

کارکنان بهداشتی باید برای انتخاب بهترین نوع تغذیه برای شیرخواران یتیم و شیرخوارانی که از مادرشان جدا شدند یا مادرانی که نمی‌توانند شیر بدهند، آنان را حمایت کنند. وقتی شیر خود مادر کودک در دسترس نمی‌باشد بهترین انتخاب بعدی شیراها کنندگان است. اگر چه ترجیح با شیراهدایی پاستوریزه از یک بانک شیر معتبر است، این شیر باید به صورت یخ زده به ناحیه بحران حمل شود و تا زمان تغذیه کودکان، یخ زده یا در یخچال نگهداری شود. ماهیت بحران به این صورت است که این زیر ساخت‌ها اغلب در روزهای اولیه وجود ندارد. بنابراین شیراهدایی پاستوریزه انتخاب بادوامی در آن مکان نیست. انتخاب دیگر شیراهدایی «غیر رسمی» نامیده می‌شود شیردهی بوسیله مادرشیرده دیگر (wet nursing) یا شیر دوشیده شده از مادران داوطلب می‌باشد. اگر از شیراهدایی «غیر رسمی» استفاده می‌شود، والدین یا فردی که مسئولیت کودک را بعهده دارد باید خطرات و فواید تغذیه با شیرغیرپاستوریزه را بداند (فصل ۱۱). اگر فرمولا داده می‌شود کارکنان بهداشتی باید فرمولای آماده مصرف را توصیف کنند. کنستانتره یا پودر فرمولا باید وقتی استفاده شود که آب جوشیده یا آب بسته بندی در بطری در دسترس باشد. آبی که با قرص‌های ید یا کلر ضد عفونی شده است نباید استفاده شود مگر به عنوان آخرین انتخاب.

در طی بحران، منابع و فعالیت‌های تغذیه‌ای شیرخواران باید ارزیابی و ساماندهی و پایش شوند، مادرانی که از کودک خود جدا هستند باید تشویق و کمک شوند تا شیر خود را برای تداوم تولید شیر بدوشند و در صورت امکان برای استفاده سایر شیرخواران اهدا نمایند تا زمانی که دوباره به کودک خود بپیوندند.

به محض اینکه شرایط محیطی پناهگاه تثبیت شد، تهیه یخچال و امکانات انتقال شیر پاستوریزه اهداکنندگان، تهیه غذاهای کمکی برای کودکان بالای ۶ ماه باید در اولویت قرار گیرد و یک مشاور شیردهی ماهر در تیم کارکنان آموزش دیده فوریت‌ها، قرار گیرد.

برقراری مجدد شیردهی

برای بعضی از مادران و کودکان، شیردهی مجدد (یعنی از سرگیری مجدد شیردهی پس از توقف) امکان‌پذیر است (فصل ۱۵). گام‌های برقراری شیردهی مجدد شامل تشویق مادر به تماس پوست به پوست با شیرخوار و مکیدن مکرر پستان مادر هر ۲ ساعت یک بار توسط شیرخوار، می‌باشد. در صورتی که امکان شستن و تمیزکردن تجهیزات وجود داشته باشد، مکمل‌های تغذیه‌ای باید ترجیحاً با استفاده از سیستم کمکی شیردهی (SNS) داده شود که در آن شیرخوار همزمان پستان رامک می‌زند. میزان شیرمادر اغلب به تدریج طی چند روز تا چند هفته افزایش یافته و تغذیه با مکمل‌ها باید متناسب با آن کاهش پیدا کند. علایم تولید شیر شامل افزایش اندازه پستان و یا پرشدن پستان، کاهش مصرف مکمل‌ها، رضایت شیرخوار پس از تغذیه با پستان، نرم‌تر شدن قوام مدفوع و زرد شدن آن می‌باشد. در طی این پروسه ارزیابی دقیق تغذیه و هیدراتاسیون شیرخوار به وسیله مادر و کارکنان بهداشتی حیاتی است. اگر شیرخوار به تازگی از شیر گرفته شده باشد، یا اگر مادر هنوز گاهی به وی شیر می‌دهد و یا اگر شیرخوار زیر ۶ ماه است، برقراری مجدد شیردهی موفق‌تر خواهد بود. گرچه این امر در شیرخواران بزرگتر و مادرانی که هرگز شیر نداده‌اند (induced lactation) نیز امکان‌پذیر است. شرایط ضروری برای اینکار انگیزه بالای مادر، تحریک پستان‌ها و حمایت مداوم می‌باشند.

اشعه‌ها

وقتی در محل راکتور هسته‌ای نشت یا انفجاری رخ می‌دهد اشعه یونیزان آزاد می‌شود که اغلب بصورت ید رادیواکتیو است. گرچه در نزدیک‌ترین ناحیه به محل حادثه، سوختن با اشعه و اثرات فوری تهدیدکننده حیات رخ می‌دهد، در خارج از این مناطق مصرف آب، شیر و غذای آلوده به تشعشعات یا استنشاق گاز پرتوها نگران‌کننده خواهد بود. کودکان به خصوص آسیب‌پذیرتر هستند، زیرا ذرات سنگین به سرعت به سمت زمین، جایی که کودکان و بچه‌های خردسال زندگی می‌کنند، سقوط می‌کنند. از آن جایی که تعداد تنفس کودکان در دقیقه بیشتر از بزرگسالان است، کودکان در معرض خطر دریافت ذرات آئروسول بیشتری هستند. ید رادیواکتیو به طور فعال به داخل شیر پستانداران منتقل می‌شود، هم شیر انسان و هم شیرگاو، و این مسئله این منابع تغذیه‌ای را برای جمعیت آسیب‌پذیر بالقوه خطرناک می‌کند. اگر آب آلوده برای تهیه فرمولای کودکان استفاده شود، منبع دیگری برای مواجهه داخلی با اشعه اضافه می‌شود. ید رادیواکتیو به سرعت جذب غده تیروئید

شده و در نهایت می‌تواند منجر به سرطان تیروئید شود. میزان ابتلا به سرطان تیروئید در کودکان صفر تا ۴ ساله در زمان حادثه راکتور چرنوبیل (Chernobyl)، ۱۰۰ برابر قبل از حادثه بوده است. این سرطان‌ها در کودکانی که در معرض اشعه با مقادیر بسیار کم بودند، رخ داد. افزایش واضح در کودکانی که در معرض ۵cGy اشعه بوده‌اند، دیده شد در حالی که در کودکانی که در معرض ۱cGy اشعه بوده‌اند موارد محدود بوده است.

بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، تجویز یداید پتاسیم (KI) برای کودکان، شیرخواران، زنان باردار یا شیرده که پیش‌بینی می‌شود تیروئید آنها در معرض ۱cGy اشعه یا بیشتر بوده توصیه می‌شود و مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها ۵ cGy و بیشتر را توصیه می‌کند. درمان با KI افراد را در مقابل ید رادیواکتیو محافظت می‌کند زیرا KI با جذب ید رادیواکتیو توسط غده تیروئید رقابت می‌کند. پس از اشباع با KI، تا ۲۴ ساعت ید رادیواکتیو یا KI جذب نمی‌شود. گرچه برای دریافت KI زمان محدود است و بهترین زمان آن قبل از مواجهه تا بلافاصله پس از مواجهه است. در طی ۱۲ ساعت پس از مواجهه اثر حفاظتی KI کم خواهد شد. اگر ید رادیواکتیو وارد تیروئید شد، KI نمی‌تواند آن را بردارد یا اثرات آن روی سلامتی را تغییر دهد. از آنجایی که اثر حفاظتی KI، ۲۴ ساعت دوام دارد، لذا KI باید روزانه برای مادر استفاده شود. به هر حال از تکرار دوز KI در نوزاد باید اجتناب شود تا خطر هیپوتیروئیدی به حداقل برسد.

اگرچه نگرانی زیادی در مورد خطر آلودگی بالقوه شیر مادر به تشعشع وجود دارد، ما توصیه می‌کنیم در شرایط بحران، مادرانی که در معرض مقادیر غیرکشنده اشعه قرار داشتند می‌توانند و باید شیر بدهند. تصمیم برای شیر دادن مادر باید بر اساس مقدار مواجهه و در دسترس بودن جانشین شونده‌های شیر مادر انجام شود. استفاده از فرمولای بدلیل وضعیت آب‌ناحیه ممکن است ناسالم باشد. شیر گاو نیز ممکن است ناسالم باشد. فرمولای آماده برای تغذیه اگر در دسترس باشد یک انتخاب است. مادران شیرده باید روزانه ۱۳۰ میلی‌گرم KI را تا وقتی که خطر مواجهه قابل توجه با ید رادیواکتیو، چه به صورت استنشاقی یا گوارشی وجود دارد، دریافت کنند زیرا KI مادر و بچه را محافظت می‌کند و مقادیر اشعه را در شیر کاهش می‌دهد. شیرخوار زیر یک ماه یا یک ماهه باید یک دوز ۱۶ میلی‌گرمی KI و شیرخوار بالای یک ماه باید یک دوز ۳۲ میلی‌گرمی دریافت کند. مقادیر بیشتر، کودک را در معرض خطر هیپوتیروئیدیسم قرار می‌دهد. عملکرد تیروئید شیرخوار باید زیر نظر گرفته شود و در صورت بروز هیپوتیروئیدی، درمان با هورمون تیروئید انجام شود. از آنجایی که شیرخواران نسبت به اشعه آسیب‌پذیر هستند، لذا در زمان تخلیه محل یا کنترل مواد غذایی، شیرخواران و مادرانشان باید در اولویت قرار گیرند. اگر KI در دسترس نیست و فرمولای سالم در دسترس است، مکمل یاری با فرمولا باید به عنوان یک راه حل موقتی تلقی شود، تا زمانی که KI در دسترس قرار گیرد یا مسئولین بهداشتی، دوباره سلامت تغذیه با شیرمادر را اعلام کنند. اگر چنین تصمیمی گرفته شد، مادران باید برای دوشیدن شیر و تداوم تولید آن حمایت

شوند تا شیرخوار بتواند دوباره تغذیه با شیرمادر را از سر بگیرد.

ضمیمہ ۱: منابع تغذیہ با شیرمادر

Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession

Lawrence, RA, and Lawrence, RM 7th edition, 2011, Elsevier Mosby, Inc
www.us.elsevierhealth.com

Breastfeeding Answers Made Simple: A Guide for Helping Mothers

Mohrbacher, N 1st edition, 2010, Hale Publishing 800-378/1317
www.ibreastfeeding.com

Breastfeeding and Diseases

Buescher, S, and Hatcher, SW, 1st edition, 2009, Hale Publishing, 8001317-378/
www.ibreastfeeding.com

Breastfeeding and Human Lactation

Riordan, J, and Wambach, K, 4th edition, 2010, Jones and Bartlett Publishers, 8000034-832/
www.jblearning.com

Breastfeeding in the United States: A National Agenda

United States Breastfeeding Committee 2001, US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau
www.usbreastfeeding.org

Breastfeeding Medicine

Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine Mary Ann Liebert, Inc
www.liebertpub.com

Breastfeeding Telephone Triage and Advice

Bunik, M 1st edition, 2013, American Academy of Pediatrics, 8881770-227/
www.aap.org

Publications (continued)

Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents

Hagan, J, Duncan, P, and Shaw, J, eds, 3rd edition, 2008, American Academy of Pediatrics, 8881770-227/
www.aap.org

Checklists for Breastfeeding Health Supervision

American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding, 2nd edition, 2013, American Academy of Pediatrics, 8881770-227/
www.aap.org

Clinical Therapy in Breastfeeding Patients

Hale, TW, and Berens, P, 3rd edition, 2010, Hale Publishing, 8001317-378/
www.ibreastfeeding.com

Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk

Briggs, GG, Freeman, RK, and Yaffe, SJ, 9th edition, 2011, Lippincott Williams & Wilkins, 8003030-683/
www.lww.com

Encounters With Children: Pediatric Behavior and Development

Dixon, SD, and Stein, MT, 4th edition, 2005, Elsevier Mosby, Inc
www.us.elsevierhealth.com

Family Physicians Supporting Breastfeeding (Position Paper)

American Academy of Family Physicians, Breastfeeding Advisory Committee Fall 2008, American Academy of Family Physicians
www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html

Guidelines for Perinatal Care

American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians, and Gynecologists, 7th edition, 2012, American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, 8881770-227/
www.aap.org

Journal of Human Lactation

International Lactation Consultants Association Sage Publications
<http://jhl.sagepub.com/>

Little Green Book of Breastfeeding Management

Hertz, G, 5th edition, 2011, Hale Publishing, 8001317-378/
www.ibreastfeeding.com

Medications and Mothers' Milk

Hale, TW, 15th edition, 2012, Hale Publishing, 800-378/
 1317
www.ibreastfeeding.com

Nonprescription Drugs for the Breastfeeding Mother

Nice, F, 2nd edition, 2011, Hale Publishing, 8001317-378/
www.ibreastfeeding.com

Pediatric Nutrition Handbook

American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition, 6th edition, 2009, American Academy of Pediatrics
 8881770-227/
www.aap.org

Supporting Breastfeeding and Lactation: The Primary Care Pediatrician's Guide to Getting Paid 2010

American Academy of Pediatrics
<http://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/coding.pdf>

Ten Steps to Support Parents' Choice to Breastfeed Their Baby

Breastfeeding Promotion in Physicians' Office Practices 2003, American Academy of Pediatrics
www.aap.org/breastfeeding

Textbook of Human Lactation

Hale, TW, and Hartmann, PE, 1st edition, 2007, Hale Publishing, 8001317-378/
www.ibreastfeeding.com

The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding

Department of Health and Human Services Office of the Surgeon General, 2011, Department of Health and Human Services Office of the Surgeon General, 8009662-994/
www.surgeongeneral.gov

Breastfeeding Education and Training

Breastfeeding Basics

O'Connor, M, Lewin, L, and CWRU, University Hospitals of Cleveland, 1998
www.breastfeedingbasics.org

Breastfeeding Residency Curriculum

American Academy of Pediatrics Breastfeeding Promotion in Physicians' Office Practices, Phase III, 2008
www.aap.org/breastfeeding/curriculum

Breastfeeding Training Course

University of Virginia School of Medicine and Virginia, Department of Health, 2013
<http://bfconsortium.org/>

Lactation Management Self-Study Modules

Wellstart International, 3rd Edition, 2009
www.wellstart.org

Books for Parents

Breastfeeding Your Baby: Answers to Common Questions

American Academy of Pediatrics 2012, American Academy of Pediatrics, 8881770-227/
www.aap.org

Breastfeeding, A Guide to Getting Started (video and companion booklet)

Morton, J, 2nd version, 2009, Breastmilk Solutions, 831-219/5021
www.breastmilksolutions.com

Great Expectations: The Essential Guide to Breastfeeding

Neifert, M, 2009, Sterling Publishing
www.sterlingpublishing.com

New Mother's Guide to Breastfeeding

Meek, JY, ed, American Academy of Pediatrics, 2nd edition, 2011, Bantam, 8881770-227/
www.aap.org

The Nursing Mother's Companion

Huggins, K, 6th edition, 2010, Harvard Common Press
www.harvardcommonpress.com

The Womanly Art of Breastfeeding

Wiessinger, D, West, D, and Pitman, T, 8th edition, 2010, La Leche League International, 8477730-519/

www.lli.org

Internet Resources

Academy of Breastfeeding Medicine

www.bfmed.org

American Academy of Family Physicians

www.aafp.org
familydoctor.org

American Academy of Pediatrics

www.aap.org/breastfeeding
www.healthychildren.org

American College of Obstetricians and Gynecologists

www.acog.org

Baby-Friendly USA

www.babyfriendlyusa.org

Baby Milk Action

www.babymilkaction.org

Breastfeeding Federal Legislative Updates

www.maloney.house.gov/issue/breastfeeding

Breastfeeding Task Force of Greater Los Angeles

www.breastfeedingtaskforla.org

Business Case for Breastfeeding

(Office on Women's Health)
www.womenshealth.gov/breastfeeding/government-in-action/business-case.html

Centers for Disease Control and Prevention

www.cdc.gov

Children's Defense Fund

www.childrensdefense.org

Coalition for Improving Maternity Services

www.motherfriendly.org

DHHS-Healthcare.gov

(Information about Affordable Care Act)
www.healthcare.gov

Food and Drug Administration

www.fda.gov

Healthy People 2020

(National Objectives)

www.HealthyPeople.gov

Human Lactation Center

(University of Rochester Medical Center)
www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/neonatology/lactation.aspx

Human Milk Banking Association of North America

www.hmbana.org

INFACT Canada: Infant Feeding Action Coalition

www.infactcanada.ca

International Baby Food Action Network

www.ibfan.org

International Board of Lactation Consultant Examiners

www.iblce.org

Internet Resources (continued)

International Childbirth Education Association

www.icea.org

International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes

www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/

International Lactation Consultant Association

www.ilca.org

International Society for Research in Human Milk and Lactation

www.isrhml.org

La Leche League International

www.lalecheleague.org

LactMed-Drugs and Lactation Database

www.toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT

Linkages

www.linkagesproject.org

National Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition

www.hmhb.org

National Institutes of Health

www.nih.gov

National WIC Association

www.nwica.org

The InfantRisk Center

www.infantrisk.com

United Nation Children's Fund

www.unicef.org

United States Surgeon General's Call to Action

(Breastfeeding Support)

www.surgeongeneral.gov/initiatives/index.html

US Breastfeeding Committee

www.usbreastfeeding.org

US Department of Health and Human Services

www.dhhs.gov

US Food and Drug Administration

www.fda.gov/medwatch

USDA Food and Nutrition Service

www.fns.usda.gov/wic

World Alliance for Breastfeeding Action

www.waba.org.my

تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیر انسان از آکادمی طب کودکان آمریکا

چکیده

تغذیه با شیرمادر و شیرانسان، استاندارد طبیعی برای تغذیه شیرخوار است. با توجه به مدارک و مستندات موجود در زمینه مزایای کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت تکامل عصبی و دیگر فواید تغذیه با شیرمادر، تغذیه شیرخوار نه تنها باید به عنوان انتخاب یک سبک زندگی در نظر گرفته نشود، بلکه باید یک موضوع سلامتی عمومی تلقی شود. آکادمی طب اطفال آمریکا رسماً تغذیه انحصاری با شیرمادر را تا ۶ ماه تأکید می‌نماید که به دنبال آن تغذیه کمکی ضمن تداوم شیرمادر اضافه می‌شود و تا یک سال (و بنا بر WHO و اکثر منابع علمی دیگر و توصیه کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر به مدت دو سال یا بیشتر) یا بیشتر، بسته به توافق دو طرف مادر و شیرخوار، شیردهی ادامه می‌یابد. کنتراندیکاسیون‌های پزشکی تغذیه با شیرمادر نادر است. رشد شیرخوار باید با منحنی‌های استاندارد رشدی WHO کنترل شود تا اشتباهات تشخیص کم‌وزنی یا سوء تغذیه برای شیرخوار شیرمادر خوار داده نشود. فعالیت‌های روتین بیمارستانی برای تشویق و حمایت از شروع و تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر، باید مطابق با «ده اقدام موفق در تغذیه با شیرمادر» آکادمی طب کودکان آمریکا که به وسیله WHO و یونیسف هم تقویت و تأیید شده، انجام گردد. استراتژی‌های ملی که مورد حمایت فراخوان عمل Surgeon General آمریکا، مرکز کنترل و مبارزه با بیماری‌ها و کمیسیون مشترک می‌باشد، فعالیت‌های تغذیه با شیرمادر در بیمارستان‌های آمریکا و جامعه را تسهیل می‌نماید. متخصصین کودکان نقش حیاتی در این فعالیت‌ها و در جامعه بازی می‌کنند زیرا از تغذیه با شیرمادر حمایت می‌کنند لذا باید در مورد خطرات عدم تغذیه با شیرمادر برای سلامتی، فواید اقتصادی تغذیه با شیرمادر برای جامعه و تکنیک‌های مدیریت و حمایت از مادر شیرده و شیرخوارش کاملاً آگاه باشند. جزئیات چگونگی تداوم شیردهی در محیط کار مادر شیرده شاغل و فواید حاصل از آن برای کارفرمایانی که این مسئله را تسهیل می‌کنند، در «Business Case تغذیه با شیرمادر» آمده است.

مقدمه

شش سال از انتشار آخرین بیانیه رسالت آکادمی طب کودکان آمریکا (AAP) در مورد تغذیه با شیرمادر

می‌گذرد. تحقیقات و بررسی‌های سیستماتیک که اخیراً منتشر شده، این نتیجه را تایید می‌کند که تغذیه با شیرمادر و شیرانسان استاندارد طبیعی برای تغذیه شیرخوار است. بیانیه حاضر شواهد مربوط به این نتیجه را به روز نموده و به عنوان اساس انتشارات AAP شمرده می‌شود که مدیریت تغذیه با شیرمادر و تغذیه شیرخوار را با جزئیات و کامل شرح می‌دهد و شامل بسته‌های «کتابچه تغذیه با شیرمادر برای پزشکان»، «سیاست بیمارستان نمونه AAP برای تغذیه شیرخوار با شیرمادر»، «کوریولوم تغذیه با شیرمادر برای رزیدنت‌ها» و «ابزار آغاز ایمن و سالم» می‌باشد. AAP تغذیه انحصاری با شیرمادر تا شش ماهگی و به دنبال آن تداوم تغذیه با شیرمادر و شروع غذای کمکی را تأکید می‌کند و توصیه می‌کند تا یک سال (و بنا بر WHO و اکثر منابع علمی دیگر و توصیه کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر به مدت دوسال یا بیشتر) یا حتی بیشتر بسته به تمایل دو طرفه مادر و شیرخوار تغذیه با شیرمادر ادامه پیدا کند.

اپیدمیولوژی

اطلاعات مربوط به میزان‌های تغذیه با شیرمادر و فعالیت‌های مربوط به آن در ایالات متحده از منابع گوناگون دولتی از جمله بررسی ایمن‌سازی ملی مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (NHANES، CDC و Maternity practices and infant Nutrition and Care) استخراج می‌شود. CDC براساس این اطلاعات کارت گزارش تغذیه با شیرمادر را منتشر کرده است که پیشرفت‌های حاصل در دستیابی به اهداف «جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰ در زمینه شیرمادر» و همچنین اهداف سال ۲۰۲۰ را مورد تأکید قرار می‌دهد. (جدول ۱) براساس آخرین بررسی کشوری ایمن‌سازی، میزان شروع تغذیه با شیرمادر در کل جمعیت آمریکا ۷۵ درصد است. گرچه این میزان کلی، تفاوت‌های واضح بالینی در زمینه فرهنگی و دموگرافیک اجتماع را شفاف نمی‌کند.

جدول شماره ۱- اهداف برنامه جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰ و ۲۰۲۰ (درصد)

اهداف سال ۲۰۲۰	اهداف سال ۲۰۱۰	۲۰۰۷*	
تغذیه با شیرمادر			
۸۱/۹	۷۵	۷۵/۰	هرمقدار
۶۰/۵	۵۰	۴۳/۸	تا شش ماهگی
۳۴/۱	۲۵	۲۲/۴	یک سالگی
تغذیه انحصاری با شیرمادر			
۴۴/۳	۴۰	۳۳/۵	تا سه ماهگی
۲۳/۷	۱۷	۱۳/۸	تا شش ماهگی
۳۸/۰	-	۲۵	حمایت از شیردهی در محل کار
۱۵/۶	-	۲۵/۶	استفاده از شیر خشک در ۲ روز اول پس از تولد

* داده‌های سال ۲۰۰۷ در سال ۲۰۱۱ گزارش شده است.

پیامدهای شیرخوار

موضوعات متدولوژیک

نتایج تغذیه با شیرمادر در بهبود پیامدهای سلامتی در مادر و شیرخوار هم در کشورهای صنعتی و هم در کشورهای در حال توسعه قابل مشاهده است. موضوعات متدولوژیک اساسی در مورد کیفیت برخی از این مطالعات، به خصوص در مورد اندازه جمعیت مورد مطالعه، کیفیت داده‌ها، تعدیل ناکافی مخدوش‌کننده‌ها، عدم تشخیص و افتراق بین «هر مقدار تغذیه با شیرمادر» و «تغذیه انحصاری با شیرمادر»، و فقدان رابطه علتی تعریف شده بین تغذیه با شیرمادر و پیامدهای خاص آن، ایجاد شده است. علاوه بر این، موضوعات علمی و اخلاقی مهمی وجود دارد که مانع انجام کارآزمایی‌های مداخله‌ای تصادفی بصورت کوهورت در مورد انواع مختلف تغذیه می‌شود. لذا اغلب گزارشات منتشر شده مربوط به مطالعات کوهورت مشاهده‌ای و سیستماتیک مروری/متاآنالیز هستند.

جامع‌ترین مطلب که متون علمی منتشر شده را مرور و آنالیز می‌کند و تغذیه با شیرمادر را با فورمولا از نظر پیامدهای سلامتی مقایسه می‌کند، گزارش آماده شده توسط مراکز عملی مبتنی بر شواهد آژانس AHRQ (Healthcare Research and Quality) دپارتمان خدمات بهداشتی امریکا تحت عنوان «تغذیه با شیرمادر و پیامدهای سلامتی آن در مادر و شیرخوار در کشورهای توسعه یافته» می‌باشد. در قسمت‌های ذیل متاآنالیز AHRQ بصورت خلاصه و به روز آمده است که یک آنالیز گسترده در مورد پیامدهای سلامتی ارائه می‌دهد. در جدول شماره ۲ رابطه فواید وابسته به دوز بین طول مدت شیردهی و اثرات محافظتی آن بطور خلاصه آمده است.

عفونت‌های دستگاه تنفسی و آیت مدیا

خطر بستری در بیمارستان در سال اول عمر به علت عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی در شیرخواری که بیشتر از ۴ ماه تغذیه انحصاری با شیرمادر داشته باشد، ۷۲ درصد کاهش می‌یابد. شیرخواری که مدت ۴ تا ۶ ماه تغذیه انحصاری داشتند در مقایسه با شیرخواری که بیشتر از ۶ ماه تغذیه انحصاری داشتند ۴ برابر بیشتر در ریسک پنومونی هستند. شدت بیماری برونشیتولیت و ویروس سنسیشیال (مدت بستری در بیمارستان و نیاز به اکسیژن) در شیرخواری که ۴ ماه تغذیه انحصاری داشتند، در مقایسه با شیرخواری که هرگز شیرمادر نخوردند یا تغذیه نسبی با شیرمادر داشتند، ۷۴ درصد کاهش می‌یابد.

«هر مقدار تغذیه با شیرمادر» در مقایسه با تغذیه انحصاری با شیر مصنوعی، بروز آیت مدیا (OM) را تا ۲۳ درصد کاهش می‌دهد. تغذیه انحصاری با شیرمادر بیش از سه ماه، ریسک آیت مدیا را تا ۵۰ درصد کاهش

می‌دهد. عفونت‌های سرماخوردگی جدی، گوش و گلو در شیرخوارانی که تا ۶ ماه انحصاراً از شیرمادر تغذیه شده‌اند تا ۶۳ درصد کاهش می‌یابد.

جدول شماره ۲- فواید وابسته به دوز تغذیه با شیرمادر

وضعیت	کمترین ریسک (درصد)	تغذیه با شیرمادر	توضیح	شانس ابتلا (OR)	CI %۹۵
انیت مدیا	۲۳	هرمقدار	-	۰,۷۷	۰,۶۴-۰,۹۱
انیت مدیا	۵۰	بیشتر/ مساوی ۳ تا ۶ ماه	تغذیه انحصاری با شیرمادر	۰,۵۰	۰,۳۶-۰,۷۰
انیت مدیای راجعه	۷۷	تغذیه انحصاری با شیرمادر، بیشتر یا مساوی ۶ ماه	درمقایسه با تغذیه انحصاری ۴ تا کمتر از ۶ ماه	۱,۹۵	۱,۰۶-۳,۵۹
عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	۶۳	بیش از ۶ ماه	تغذیه انحصاری	۰,۳۰	۰,۱۸-۰,۷۴
عفونت دستگاه تنفسی تحتانی	۷۲	بیشتر / مساوی ۴ ماه	تغذیه انحصاری	۰,۲۶	۰,۱۴-۰,۵۴
عفونت دستگاه تنفسی تحتانی	۷۷	تغذیه انحصاری با شیرمادر، بیشتر یا مساوی ۶ ماه	درمقایسه با تغذیه انحصاری ۴ تا کمتر از ۶ ماه	۴,۲۷	۱,۲۷-۱۴,۳۵
آسم	۴۰	بیشتر / مساوی ۳ ماه	سابقه خانوادگی آتوپیک	۰,۶۰	۰,۴۳-۰,۸۲
آسم	۲۶	بیشتر / مساوی ۳ ماه	بدون سابقه خانوادگی آتوپیک	۰,۷۴	۰,۶-۰,۹۲
برونشیت RSV	۷۴	بیش از ۴ ماه	-	۰,۲۶	۰,۰۷۴-۰,۹
NEC	۷۷	بستری در NICU	شیرخوار نارس، تغذیه انحصاری با شیرانسان	۰,۲۳	۰,۵۱-۰,۹۴
درماتیت آتوپیک	۲۷	بیش از ۳ ماه	تاریخچه خانوادگی منفی تغذیه انحصاری با شیرمادر	۰,۸۴	۰,۵۹-۱,۱۹
درماتیت آتوپیک	۴۲	بیش از ۳ ماه	تاریخچه خانوادگی مثبت تغذیه انحصاری با شیرمادر	۰,۵۸	۰,۴۱-۰,۹۲
گاستروانتریت	۶۴	هرمقدار	-	۰,۳۶	۰,۳۲-۰,۴۰
بیماری التهابی روده (IBD)	۳۱	هرمقدار	-	۰,۶۹	۰,۵۱-۰,۹۴
چاقی	۲۴	هرمقدار	-	۰,۷۶	۰,۶۷-۰,۸۶
بیماری سلیاک	۵۲	بیش از ۲ ماه	مواجهه با گلوتن در زمان تغذیه با شیرمادر	۰,۴۸	۰,۴۰-۰,۸۹

وضعیت	کمترین ریسک (درصد)	تغذیه با شیرمادر	توضیح	شانس ابتلا (OR)	۹۵٪ CI
دیابت تیپ ۱	۳۰	بیش از ۳ ماه	تغذیه انحصاری با شیرمادر	۰,۷۱	۰,۵۴-۰,۹۳
دیابت تیپ ۲	۴۰	هر مقدار	-	۰,۶۱	۰,۴۴-۰,۸۵
لوکمی (ALL)	۲۰	بیش از ۶ ماه	-	۰,۸۰	۰,۷۱-۰,۹۱
لوکمی (AML)	۱۵	بیش از ۶ ماه	-	۰,۸۵	۰,۷۳-۰,۹۸
SIDS	۳۶	هر مقدار، بیش از یک ماه	-	۰,۶۴	۰,۵۷-۰,۸۱

عفونت های دستگاه گوارش

تغذیه با شیرمادر به هر اندازه، با کاهش ۶۴ درصدی در بروز عفونت های غیر اختصاصی دستگاه گوارش همراه است و این اثر تا ۲ ماه پس از قطع تغذیه با شیرمادر ادامه دارد.

انتروکولیت نکروزان

متاآنالیز چهار کارآزمایی بالینی تصادفی طی سال های ۱۹۸۳ تا ۲۰۰۵ از این نتیجه حمایت می کند که تغذیه شیرخوار پره ترم با شیرانسان، با کاهش قابل ملاحظه (۵۸ درصدی) در بروز انتروکولیت نکروزان (NEC) همراه است. یک مطالعه اخیر روی شیرخواران پره ترم که انحصاراً با شیرانسان تغذیه شده بودند، ۷۷ درصد کاهش در NEC را در مقایسه با آنهایی که شیرانسان همراه با محصولات فورمولای گاوی خوردند، نشان داد. از هر ده شیرخواری که رژیم غذایی انحصاری با شیرانسان دارند، یک مورد NEC پیشگیری می شود و از هر ۸ شیرخواری که رژیم غذایی انحصاری با شیرانسان دارند، یک مورد از NEC که نیازمند جراحی باشد یا منجر به مرگ شود جلوگیری می شود.

سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار و مرگ و میر شیرخواران

نتایج مطالعات متاآنالیزی که تعریف شفافی از درجه بندی تغذیه با شیرمادر داشتند و از نظر مخدوش کننده ها و سایر ریسک های شناخته شده برای SIDS تعدیل شدند، نشان داد که تغذیه با شیرمادر با کاهش خطر ۳۶ درصدی SIDS همراه است. داده های اخیر که «هر مقدار تغذیه با شیرمادر» را با «تغذیه انحصاری با شیرمادر» مقایسه می کرد نشان داد که در «هر مقدار تغذیه با شیرمادر» شانس ابتلا چند متغیره، $0/55 (0/69 - 0/44)$ است. OR این عدد برای تغذیه انحصاری $0/27 (0/31 - 0/27)$ و $0/95$ CI محاسبه گردید. ۲۱ درصد از میزان مرگ و میر شیرخواران آمریکا به افزایش میزان مرگ ناگهانی در شیرخوارانی نسبت داده

شده است که هرگز شیرمادر نخورده‌اند. در یک مطالعه بزرگ مورد شاهدهی روی شیرخوارانی که در وضعیت Supine می‌خوابیدند، اثرات مثبت تغذیه با شیرمادر روی میزان SIDS، مستقل از پوزیشن خواب تایید شد. محاسبات نشان داده است اگر ۹۰ درصد مادران تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیرمادر را رعایت کنند سالانه می‌توان جان بیش از ۹۰۰ شیرخوار در آمریکا را نجات داد. در ۴۲ کشور در حال توسعه جهان که ۹۰ درصد کل مرگ‌های دوران کودکی جهان در آنها اتفاق می‌افتد، تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی و تداوم شیردهی پس از یک سال مؤثرترین مداخله است که بالقوه از مرگ بیش از یک میلیون شیرخوار در سال (معادل پیشگیری از ۱۳ درصد مرگ و میر کودکان جهان) جلوگیری می‌کند.

بیماری آلرژیک

اثر محافظتی تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۳ الی ۴ ماهگی در کاهش بروز آسم بالینی، درماتیت آتوپیک و اگرما تا ۲۷ درصد در جمعیت باریسک پائین و تا ۴۲ درصد در شیرخواران دارای تاریخچه خانوادگی دیده می‌شود. مطالعات متناقضی وجود دارد که زمان اضافه کردن غذای کمکی پس از ۴ ماهگی و خطر بروز آلرژی از جمله آلرژی غذایی، درماتیت آتوپیک و آسم را هم در افراد مستعد آلرژی و هم افراد غیرآتوپیک بررسی می‌کند. ضمناً داده‌های متقاعد کننده‌ای وجود ندارد که تأخیر در شروع غذاهای بالقوه آلرژن پس از ۶ ماه، اثر محافظتی داشته باشد. یک مشکل در تجزیه و تحلیل این تحقیق، شیوع پائین تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماهگی در جمعیت‌های مورد مطالعه است. بنابراین نتایج تحقیق مطالعاتی که بروز آتوپیی و زمان شروع غذای جامد را در شیرخواران دارای تغذیه نسبی با شیرمادر بررسی می‌کند به شیرخواران دارای تغذیه انحصاری با شیرمادر قابل تعمیم نیست.

بیماری سلیاک

خطر بروز بیماری سلیاک در شیرخوارانی که در زمان مواجهه با گلوتن، با شیرمادر تغذیه شده‌اند ۵۲ درصد کاهش دارد. به طور کلی، بین افزایش طول مدت تغذیه با شیرمادر و کاهش خطر بیماری سلیاک (که با اندازه گیری آنتی‌بادی سلیاک موجود سنجیده می‌شود) ارتباط وجود دارد. فاکتور اصلی پیشگیری کننده به نظر می‌رسد زمان مواجهه با گلوتن نیست بلکه همپوشانی تغذیه با شیرمادر در زمان شروع مصرف گلوتن می‌باشد. بنابراین، غذاهای حاوی گلوتن در شیرخوارانی که فقط شیرمادر دریافت می‌کند قابل استفاده است، برخلاف شیرخوارانی که هورمون یا سایر فرآورده‌های شیر گاو مصرف می‌کنند.

بیماری التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease)

تغذیه با شیرمادر با کاهش ۳۱ درصدی در ریسک بیماری التهابی روده در دوره کودکی همراه است. بنظر

می‌رسد اثر پیشگیری کننده آن نتیجه تقابل اثر تعدیل کننده ایمنی شیرمادر با استعداد ژنتیکی زمینه‌ای شیرخوار می‌باشد. به نقش حفاظتی شیرمادر در کاهش این التهاب، تفاوت الگوی کلونیزاسیون روده‌ای در شیرخوارانی که شیرمادر می‌خورند در مقایسه با شیرخوارانی که شیر خشک‌های تجاری مصرف می‌کنند، اضافه می‌شود.

چاقی

از آنجا که میزان چاقی در شیرخواران شیرمادرخوار به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر است، تلاش‌های ملی پیشگیری از چاقی با حمایت از تغذیه با شیرمادر شروع می‌شوند. گرچه فاکتورهای پیچیده‌ای، مطالعات چاقی را مخدوش می‌کند اما در صورتی که هر مقدار تغذیه با شیرمادر (در مقایسه با عدم تغذیه با شیرمادر) در دوره شیرخوارگی رخ دهد کاهش ۱۵ تا ۳۰ درصدی در میزان چاقی نوجوانان و بزرگسالان اتفاق خواهد افتاد. مطالعه Framingham offspring ارتباط بین تغذیه با شیرمادر با BMI پائین‌تر و غلظت بیشتر (HDL) در بزرگسالی را نشان داد. یک مطالعه با مدل بررسی تفاوت خواهر و برادر، نشان داد که وزن خواهر و برادر تغذیه شده با شیرمادر، ۱۴ پوند کمتر از خواهر و برادری است که با شیرخشک‌های تجاری تغذیه شدند و احتمال رسیدن به آستانه BMI چاقی در آنها کمتر بود. طول مدت تغذیه با شیرمادر نیز ارتباط معکوس با خطر افزایش وزن دارد و به ازای هر ماه تغذیه با شیرمادر، ۴ درصد کاهش ریسک وجود دارد.

از آنجا که در مطالعات متعدد مشخص نشده که شیرمادر با شیشه شیر به شیرخوار داده شده یا تغذیه از پستان مادر بوده، تفسیر این داده‌ها مخدوش می‌شود. این مسئله از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا شیرخواری که از پستان تغذیه می‌کند حجم شیر دریافتی را، صرف نظر از مانورهایی که حجم شیر موجود را افزایش می‌دهند، تنظیم می‌نماید و در نتیجه شروع زود هنگام این مکانیسم خودتنظیمی، روی وزن‌گیری دوران بزرگسالی تأثیر دارد. برعکس شیرخوارانی که با بطری، فورمولا یا شیردوشیده شده خوردند، با تمایل به تخلیه شیر موجود در بطری بیشتر، مکانیسم خودتنظیمی ضعیف‌تر و افزایش وزن شدیدتری در اواخر دوران شیرخواری (پس از ۶ ماهگی)، در مقایسه با شیرخوارانی که فقط از پستان تغذیه شده‌اند، خواهند داشت.

دیابت

در شیرخوارانی که حداقل ۳ ماه تغذیه انحصاری با شیرمادر داشته‌اند، کاهش ۳۰ درصدی در بروز دیابت تیپ I گزارش شده است که در نتیجه از مواجهه با پروتئین شیر گاو جلوگیری می‌شود. چنین برداشت می‌شود که مکانیسم مورد قبول در بروز دیابت ملیتوس تیپ I، مواجهه شیرخوار با بتالاکتاگلوبولین شیر گاو می‌باشد که یک فرآیند واسطه ایمنی را از طریق واکنش متقابل با سلول‌های بتا پانکراس فعال می‌نماید. همچنین کاهش

۴۰ درصدی بروز دیابت ملیتوس تیپ II گزارش شده است که احتمالاً نتیجه اثر مثبت طولانی مدت تغذیه با شیرمادر بر کنترل وزن و خودتنظیمی تغذیه می باشد.

لوکمی و لمفوم دوران کودکی

تغذیه با شیرمادر سبب کاهش خطر لوکمی می شود که با مدت تغذیه با شیرمادر ارتباط دارد. در شیرخوارانی که مدت ۶ ماه یا بیشتر شیرمادر خورده اند کاهش ۲۰ درصدی در خطر لوکمی حاد لنفوستییک و ۱۵ درصدی در خطر لوکمی حاد لنفویید وجود دارد. تغذیه با شیرمادر کمتر از ۶ ماه نیز محافظت کننده در مقابل این دو بیماری دارد ولی ارزش آن کمتر است (تقریباً به ترتیب ۱۲ درصد و ۱۰ درصد). این سوال که آیا اثر محافظتی تغذیه با شیرمادر، تاثیر مستقیم شیرمادر روی بدخیمی هاست یا ثانویه به کاهش عفونت های دوران کودکی است، هنوز پاسخ داده نشده است.

پیامدهای عصبی تکاملی

تفاوت های اصولی در پیامد تکامل عصبی بین شیرخواران شیرمادر خوار و شیرخواران تغذیه شده با فورمولا گزارش شده است اما این پیامدها با توجه به تفاوت های سطح تحصیلات والدین، هوش، محیط خانه و وضعیت اقتصادی اجتماعی مخدوش کننده است. اجرای مداخله کارآزمایی تصادفی و با حجم نمونه زیاد در زمینه ارتقای تغذیه با شیرمادر این شواهد را نشان داد که پیامدها پس از تعدیل ضریب هوشی و امتیازدهی توسط معلمان، در شیرخواران شیرمادر خوار به طور قابل ملاحظه ای بیشتر است. به علاوه ضرایب هوشی در شیرخوارانی که به مدت ۳ ماه یا بیشتر تغذیه انحصاری داشتند بیشتر بود و امتیازهای داده شده توسط معلمان، در شیرخوارانی که مدت سه ماه یا بیشتر تغذیه انحصاری با شیرمادر داشتند بیشتر بود. اثرات مثبت و قابل ملاحظه تغذیه با شیرمادر روی تکامل عصبی طولانی مدت شیرخواران نارس که در ریسک بیشتری از نظر پیامدهای جانبی عصبی تکاملی هستند دیده می شود.

شیرخواران نارس

تغذیه با شیرمادر فواید طولانی مدت و کوتاه مدت قابل توجه و متعددی برای شیرخواران نارس دارد. میزان پائین تر سپسیس و NEC نشان می دهد که شیرمادر با تکامل سیستم دفاعی نارس شیرخوار پره مچور ارتباط دارد. فواید تغذیه شیرخوار نارس با شیرمادر نه تنها در زمان بستری در NICU مشاهده می شود، بلکه بستری مجدد این شیرخواران در سال اول پس از ترخیص نیز کمتر است. به علاوه، کاهش بروز NEC نه تنها سبب کاهش میزان مرگ و میر بلکه سبب کاهش تأخیر رشد طولانی مدت و اختلالات عصبی تکاملی می شود. تحمل

بالینی تغذیه نیز بهبود می‌یابد و برقراری تغذیه کامل روده‌ای با رژیم شیرمادر تسریع می‌شود. پیامدهای تکامل عصبی، با تغذیه با شیرمادر بهبود می‌یابد. مطالعات طولانی مدت از سن ۸ سالگی تا بلوغ، روی شیرخواران بخش‌های NICU نشان می‌دهد که نتایج تست هوش و حجم ماده سفید و حجم کلی مغز در افرادی که شیرمادر خورده‌اند، بیشتر است. شیرخواران بسیار نارس (Extremely preterm) که در NICU درصد بالایی از شیرمادر دریافت کرده‌اند، ضرایب بالاتری از تکامل مغزی، حرکتی و رفتاری در سن ۱۸ و ۳۰ ماهگی داشتند. پس از تعدیل متغیرهای مخدوش کننده از جمله سن مادر، تحصیلات، وضعیت تأهل، نژاد و موربیدیتی‌های شیرخوار نیز همین یافته‌ها حاصل گردید.

این پیامدهای عصبی تکاملی با تغذیه غالب با شیرمادر (نه فقط الزاماً با تغذیه انحصاری با شیرمادر) نیز ارتباط دارد. تغذیه با شیرمادر در NICU با میزان کمتری از رتینوپاتی شدید نارس همراه است. مطالعات طولانی مدت روی شیرخواران نارس همچنین نشان می‌دهد که تغذیه با شیرمادر با بروز پایین تری از سندرم متابولیک در شیرخوار و در سنین بزرگسالی با فشار خون کمتر و غلظت پائین تر LDL و بهبود متابولیسم انسولین و لپتین همراه است.

فواید تغذیه با شیرمادر آنچنان قوی است که تمام شیرخواران نارس باید شیرمادر دریافت کنند (جدول ۳). شیرمادر خود شیرخوار نارس، چه تازه و چه فریز شده، باید رژیم اصلی شیرخوار باشد و باید به نحو صحیحی برای شیرخوار زیر ۱/۵ کیلوگرم غنی شود. اگر مادر علی‌رغم حمایت‌های کافی شیردهی، شیر نداشت، شیر پاستوریزه شده اهداکننده باید استفاده شود.

کنترل کیفی شیر پاستوریزه شده اهدایی مهم است و باید مورد پایش قرار گیرد. اطلاعات جدید نشان می‌دهد که شیر خود مادر را می‌توان در یخچال (۴ درجه سانتیگراد) در NICU به مدت ۹۶ ساعت نگهداری کرد. داده‌های مربوط به آب کردن، گرم کردن و ذخیره طولانی مدت شیر باید به روز شود. فعالیت‌ها باید شامل پروتکل‌هایی باشد که از استفاده نادرست شیرمادر جلوگیری شود.

جدول شماره ۳- توصیه‌هایی در مورد مدیریت تغذیه با شیرمادر در شیرخواران نارس

- ۱- کلیه شیرخواران نارس باید با شیر انسان تغذیه شوند.
 - شیر انسان باید با پروتئین، مواد معدنی، و ویتامین‌ها غنی شود تا از دریافت مقدار کافی مواد مغذی برای شیرخواران با وزن تولد زیر ۱۵۰۰ گرم اطمینان حاصل شود.
 - اگر شیرمادر خود نوزاد موجود نباشد یا استفاده از آن کتراندیکه باشد، شیر پاستوریزه شده اهدایی انسان که بدرستی غنی شده باشد استفاده شود.
- ۲- روش‌ها و پروتکل‌های آموزشی برای دوشیدن دستی و مکانیکی شیرمادر باید در دسترس مادران باشد.
- ۳- بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان باید پروتکل‌های مبتنی بر شواهد برای جمع‌آوری شیرمادر، ذخیره و برچسب‌گذاری داشته باشند.
- ۴- بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان باید از استفاده نادرست از شیرمادر پرهیز کنند.
http://www.cdcgov/breastfeeding/recommendations/other_mothers_milk.htm
- ۵- اطلاعاتی در زمینه حمایت از کشت روتین شیرمادر از نظر باکتری یا سایر آگانیسم‌ها وجود ندارد.

پیامدهای مادری

مادرانی که شیر می‌دهند از فواید طولانی‌مدت و کوتاه‌مدت سلامتی بهره‌مند می‌شوند. این مادران میزان خون‌ریزی پس از زایمان کمتری خواهند داشت و بازگشت رحم به حالت طبیعی سریع‌تر انجام خواهد شد. تداوم شیردهی در مادران منجر به افزایش فاصله بین بارداری‌ها، ثانویه به آمنوره شیردهی می‌شود. مطالعات کوهورت آینده‌نگر نشان داده است که مادرانی که شیر نداده‌اند یا زود شیردهی را قطع کرده‌اند، بیشتر به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شوند. یک مطالعه بزرگ آینده‌نگر که کودک‌آزاری و غفلت دائمی از کودک بوسیله مادر را بررسی کرد، پس از اصلاح متغیرهای مخدوش‌کننده نشان داد که میزان کودک‌آزاری یا غفلت در مادرانی که تغذیه با شیر مادر نداشتند به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مادرانی بود که کودک خود را شیر دادند (OR: ۲/۶; %۹۵ CI: ۱/۷-۳/۹).

نتایج مطالعات انجام شده روی تأثیرات کلی تغذیه با شیرمادر بر بازگشت وزن مادر به قبل از بارداری، به دلیل وجود فاکتورهای متعدد مخدوش‌کننده روی کاهش وزن (رژیم غذایی، فعالیت، BMI پایه و قومیت) غیر قابل استناد می‌باشد. در یک مطالعه هم‌متغیر (Covariate-adjusted) روی بیش از ۱۴۰۰۰ زن پس از زایمان، نشان داده شد مادرانی که بیشتر از ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیرمادر داشتند، نسبت به مادرانی که شیر نداده بودند ۱/۳۸ کیلوگرم وزن کمتری داشتند. در مادران بدون سابقه دیابت بارداری، مدت تغذیه با شیر

مادر با کاهش ریسک دیابت تیپ II ارتباط داشت و به ازای هر یک سال تغذیه با شیرمادر، ریسک دیابت ۴ تا ۱۲ درصد کاهش یافت. برای مادرانی که دیابت بارداری داشتند تغذیه با شیرمادر تأثیرات مفیدی نداشت. مطالعه طولی سلامت مراقبین، رابطه معکوس بین مدت زمان تجمعی تغذیه با شیرمادر در طول زندگی و بروز آرتريت روماتوئید را نشان داد. اگر زمان تجمعی تغذیه با شیرمادر از ۱۲ ماه بیشتر شود ریسک نسبی آرتريت روماتوئید $0/8$ ($95\% CI: 0/8-1/0$) بود و اگر زمان تجمعی بیش از ۲۴ ماه بود، ریسک نسبی آرتريت روماتوئید $0/5$ ($95\% CI: 0/3-0/8$) بود. ارتباط بین مدت تجمعی شیردهی و بروز بیماری قلبی عروقی در بزرگسالی در بررسی طولی انجام شده روی بیش از ۱۳۹۰۰۰ زن پس از یائسگی که توسط انجمن سلامت زنان انجام شد، گزارش شد. زنانی که سابقه شیردهی تجمعی بین ۱۲ تا ۲۳ ماه داشتند، کاهش قابل ملاحظه‌ای در بیماری فشارخون ($95\% CI: 0/84-0/93$; $OR: 0/89$)، افزایش چربی خون ($95\% CI: 0/76-0/87$; $OR: 0/81$)، بیماری قلبی عروقی ($95\% CI: 0/85-0/96$; $OR: 0/9$) و دیابت ($95\% CI: 0/65-0/84$; $OR: 0/74$) داشتند. مدت تجمعی شیردهی با کاهش سرطان پستان (به خصوص پس از یائسگی) و سرطان تخمدان نیز ارتباط دارد. مدت تجمعی تغذیه با شیرمادر بیش از ۱۲ ماه با کاهش ۲۸ درصدی سرطان پستان ($95\% CI: 0/65-0/8$) و ۹۵٪ ($OR: 0/72$) و سرطان تخمدان ($95\% CI: 0/54-0/97$; $OR: 0/72$) همراه است. هر سال تغذیه با شیر مادر باعث کاهش ۳/۴ درصدی در سرطان پستان می‌شود.

فواید اقتصادی

یک گزارش تحلیلی هزینه‌های کودکان از AHRQ، نشان داد که اگر ۹۰ درصد مادران آمریکایی توصیه تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی را رعایت نمایند، سالانه مبلغ ۱۳ بلیون دلار صرفه جویی خواهد شد. این صرفه جویی، هزینه‌های کاهش غیبت از محل کار یا مرگ در سنین بزرگسالی ناشی از بیماری‌های اکتسابی دوران کودکی مثل آسم، دیابت تیپ I یا شرایط مرتبط با چاقی را شامل نمی‌شود. استراتژی‌هایی که سبب افزایش تعداد مادران دارای تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی شود، در سطح ملی دارای فواید اقتصادی بسیاری خواهد بود.

طول مدت تغذیه انحصاری با شیرمادر

AAP تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی، همراه با تداوم تغذیه با شیرمادر تا یک سالگی (و بنا بر WHO و اکثر منابع علمی دیگر) توصیه کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر به مدت دوسال یا بیشتر، و بیشتر، تا زمان تمایل دو طرفه مادر و شیرخوار را توصیه می‌کند.

در حمایت از این توصیه برای تغذیه انحصاری، تفاوت‌هایی در پیامدهای سلامتی شیرخوارانی که ۴ ماه تغذیه

انحصاری داشتند با شیرخوارانی که ۶ ماه تغذیه انحصاری داشتند از نظر بیماری‌های دستگاه گوارش، اتیت مدیا، بیماری‌های تنفسی و بیماری آتوپیک، همچنین در پیامدهای مادری تأخیر در پرپود و کاهش وزن پس از زایمان مشاهده می‌شود.

شیرخوارانی که هرگز با شیرمادر تغذیه نشدند، در مقایسه با شیرخوارانی که ۴ ماه تغذیه انحصاری با شیرمادر داشتند بروز بیماری‌های دستگاه تنفسی، اتیت مدیا و بیماری‌های اسهالی بیشتری داشتند. شیرخوارانی که برای مدت ۴-۶ ماه تغذیه انحصاری داشتند، در مقایسه با شیرخوارانی که بیش از ۶ ماه تغذیه انحصاری داشتند، ۴ برابر ریسک بیشتری برای پنومونی داشتند. به علاوه تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی دوره آموره شیردهی را افزایش داده و در نتیجه فاصله‌گذاری بین بارداری‌ها را بهبود داده و سبب کاهش خطر تولد نوزاد نارس می‌شود. از آنجا که تغذیه با شیرمادر نقش محافظتی برای سیستم ایمنی دارد، توصیه می‌شود شروع تغذیه تکمیلی و مصرف دانه‌های حاوی گلوتن زمانی انجام شود که شیرخوار فقط شیرمادر مصرف می‌کند. مادران باید تشویق شوند تغذیه با شیرمادر را در سال اول تولد و پس از آن با شروع غذاهای تکمیلی مختلف ادامه دهند.

کنتراندیکاسیون‌های تغذیه با شیرمادر

شرایط پزشکی محدودی وجود دارد که در آن تغذیه با شیرمادر کنتراندیکه است از جمله شیرخوار دارای اختلال متابولیک گالاکتوزومی کلاسیک. جایگزین کردن شیرمادر با فورمولای مدیفیه یا فاقد پروتئین برای شیرخواران دارای سایر بیماری‌های متابولیک (مثل فنیل کتونوری) امکان پذیر است، به شرطی که کنترل مناسب خون انجام شود. مادرانی که از نظر ویروس لنفوتروفیک سلول T انسانی تیپ I, II مثبت هستند یا تب مالت درمان نشده دارند نباید شیرمادر یا شیردوشیده شده خود را به شیرخوار بدهند. اگر مادر سل حاد (عفونی) و درمان نشده داشته باشند یا ضایعات فعال هرپس سیمپلکس روی پستانش داشته باشد شیردوشیده شده مادر قابل استفاده می‌باشد زیرا در مورد انتقال این ارگانایسم‌های عفونی به شیرمادر نگرانی وجود ندارد. مادر دارای توپرکلوز می‌تواند تغذیه با شیرمادر را پس از حداقل ۲ هفته درمان از سرگیرد زیرا مشخص شده مادر پس از این مدت دیگر عفونی نخواهد بود. مادرانی که ۵ روز قبل تا ۲ روز بعد از زایمان دچار واریسلا شدند نباید با شیرخوار تماس داشته باشد اما شیردوشیده شده را می‌توان برای تغذیه وی استفاده کرد. در سال ۲۰۰۹، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها توصیه کرد که مادران دارای عفونت حاد آنفولانزای H1N1 باید به صورت موقت از شیرخوارشان جدا شوند تا زمانی که تب آنها قطع شود اما از شیردوشیده شده مادر می‌توان برای تغذیه شیرخوار استفاده کرد.

در جهان صنعتی، توصیه می‌شود مادران HIV مثبت نوزاد خود را با شیرمادر تغذیه نکنند. هرچند در کشورهای در حال توسعه، که مرگ و میر در شیرخوارانی که شیرمادر نمی‌خورند به دلیل سوء تغذیه و بیماری‌های عفونی بالاست، تغذیه با شیرمادر بر خطر اکتساب عفونت HIV از طریق شیرمادر ارجحیت دارد. در مناطق آندمیک از نظر HIV شیرخوارانی که به مدت ۳ ماه تغذیه انحصاری با شیرمادر داشتند ریسک کمتری برای عفونت HIV داشتند، در مقایسه با شیرخوارانی که تغذیه توأم شیرمادر با سایر غذاها یا تغذیه با فورمولای تجاری داشتند. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که ترکیب تغذیه انحصاری با شیرمادر به مدت ۶ ماه با درمان ضد رتروویروس به مدت ۶ ماه، به طور قابل ملاحظه‌ای اکتساب HIV را پس از زایمان کاهش می‌دهد.

در شیرخوار رسیده کامل که سرم مادرش از نظر سیتومگالو ویروس (CMV) مثبت است، منعی برای تغذیه با شیرمادر وجود ندارد. ابتلا به CMV از طریق شیرمادر، ممکن است با بروز دیررس سندرم شبه سپسیس در شیرخوار نارس دارای وزن خیلی کم (وزن تولد زیر ۱۵۰۰ گرم) همراه باشد. گرچه این سندرم با آنومالی‌های طولانی مدت ارتباط ندارد اما نیازمند درمان ضد ویروس است. در مادر سرم مثبت، ارزش تغذیه روتین شیرخوار نارس با شیرمادر بر خطرات بیماری‌های بالینی ارجحیت دارد علی‌الخصوص که بیماری عصبی تکاملی در درازمدت گزارش نشده است. فریز کردن شیر، CMV را کاهش داده اما از بین نمی‌برد. حرارت دادن، چه به صورت Pasteurization Holder (حرارت تا دمای ۶۲/۵ به مدت ۳۰ دقیقه) یا پاستوریزاسیون کوتاه با حرارت زیاد (۷۲ به مدت ۱۰-۵ ثانیه)، با ویروس از طریق شیرمادر از بین می‌برد اما روی فاکتورهای فعال زیستی و مواد مغذی شیر نیز اثر می‌گذارد. بنابراین شیر تازه مادر شیرخوار نارس برای تغذیه روتین وی ارجح می‌باشد. سوء مصرف مواد مادر کنترانندیکاسیون دسته‌بندی شده‌ای برای تغذیه با شیرمادر نیست. مادران وابسته به مواد مخدر که تغذیه کافی و مناسب دارند، در صورتی که تحت نظارت برنامه درمان با متادون باشند و غربالگری HIV و مصرف داروهای قاچاق در آنها منفی باشد، را می‌توان به شیردهی تشویق کرد. مواد مخدر خیابانی مثل PCP (فن سیکلیدین)، کوکائین و Cannabis در شیرانسان وارد می‌شوند و استفاده از آنها توسط مادر شیرده، به خصوص از نظر تکامل عصبی رفتاری شیرخوار در درازمدت جای نگرانی دارد و لذا کنترانندیکه هستند. الکل محرک تولید شیر نبوده و ممکن است پاسخ پرولاکتین به مکیدن را کاهش داده و روی تکامل حرکتی شیرخوار تأثیر منفی بگذارد. بنابراین مصرف نوشیدنی‌های الکلی باید به حداقل برسد و به مصرف گاه‌گاهی محدود شود و بیشتر از نیم گرم الکل به ازای هر کیلوگرم وزن بدن نباشد؛ این مقدار برای یک مادر ۶۰ کیلوگرمی تقریباً معادل ۲ انس لیکور، ۸ انس شراب یا ۲ آجگو می‌شود. شیردهی باید ۲ ساعت یا بیشتر پس از مصرف الکل انجام شود تا غلظت آن در شیر دریافتی به حداقل برسد. سیگار کنترانندیکاسیون مطلق شیردهی نمی‌باشد اما باید به شدت منع شود زیرا با افزایش بروز آلرژی تنفسی و سندرم مرگ ناگهانی در شیرخوار همراه

است. سیگار در حضور شیرخوار استفاده نشود تا اثرات منفی استنشاق دود در محیط به حداقل برسد. مصرف سیگار یکی از عوامل خطر برای تولید کم شیر و وزن‌گیری ناکافی شیرخوار است.

رژیم غذایی مادر

مادران شیردهی که رژیم غذایی خوبی دارند، نیازمند افزایش انرژی روزانه به میزان ۵۰۰-۴۵۰ کیلو کالری در روز می‌باشند که این مقدار از طریق افزایش نسبتاً کم در یک رژیم متنوع، نرمال و متعادل تأمین می‌شود. گرچه میزان رفرنس دریافت مواد غذایی در دوران شیردهی مشابه یا بیشتر از دوران بارداری است، اما توصیه ای به مصرف روتین مکمل‌ها در دوران شیردهی وجود ندارد. بسیاری از پزشکان توصیه می‌کنند مصرف مکمل‌های ویتامینی دوران بارداری، در دوران شیردهی هم ادامه یابد.

رژیم غذایی مادر شیرده باید روزانه شامل متوسط ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم اسیدهای چرب امگا سه غیراشباع با زنجیره بلند (DHA) باشد تا غلظت کافی Performed DHA در شیرمادر را تضمین نماید. مصرف ۱ تا ۲ بار ماهی (مثلاً شاه ماهی، ماهی تن کنسروی، سالمون) در هفته این نیاز را برطرف می‌کند. نگرانی در مورد ریسک احتمالی ناشی از دریافت زیاد جیوه یا سایر آلوده کننده‌ها با فواید عصبی رفتاری دریافت DHA کافی خنثی می‌شود و با اجتناب از مصرف ماهی‌های شکارچی (مثل pike, marlin, mackerel, ماهی tile و شمشیر ماهی) کاهش می‌یابد. مادران دارای تغذیه نامناسب و ضعیف یا آنهایی که دارای رژیم گیاهی انتخابی دارند، ممکن است نیازمند مصرف مکمل DHA و مولتی ویتامین باشند.

داروهای مصرفی توسط مادر

در شرایطی که مادر تحت فرایندهای تشخیصی یا درمان دارویی قرار می‌گیرد، توصیه به تغذیه با شیر مادر باید در شرایطی انجام شود که فواید آن برای شیرخوار و مادر در مقابل خطر بالقوه مواجهه شیرخوار با دارو بیشتر باشد. تعداد داروهایی که کنتراژیکه هستند محدود بوده و جایگزین مناسب معمولاً یافت می‌شود. جامع‌ترین و به روزترین منبع اطلاعاتی در مورد داروهای مصرفی توسط مادر در دوران شیردهی LactMed است، که منبع اینترنتی منتشر شده توسط National Library of Medicine و مؤسسه ملی سلامت می‌باشد. بیانیه سیاست در حال انتشار AAP در زمینه انتقال داروها و سایر مواد شیمیایی به داخل شیر مادر، توصیه‌های بیشتری را با تمرکز خاص بر داروهای سایکوتروپیک، محصولات گیاهی، محرک‌های تولید شیر، نازکوتیک‌ها و داروهای ضد درد ارائه می‌دهد. به طور کلی در مواردی که مادر دارویی را از دسته داروهای زیر مصرف می‌کند شیردهی توصیه نمی‌شود: آفتامین‌ها، داروهای شیمی درمانی، ارگوآمین‌ها و استاتین‌ها. انواع مختلفی از داروهای سایکوتروپیک وجود دارد که در مورد غلظت آنها در شیرمادر و یا غلظت آنها در خون

شیرخوار شیرمادرخوار اطلاعات دارویی کافی وجود ندارد. به علاوه، در مورد تأثیرات عصبی رفتاری درازمدت ناشی از مواجهه با این داروها روی تکامل ابتدای دوران شیرخوارگی اطلاعاتی موجود نیست. از داروهایی که کم‌خطرتر هستند ضد افسردگی سه حلقه‌ای آمی‌تریپتیلین و کلومی‌پیرامین و مهارکننده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین شامل پاروکستین و سرتالین می‌باشد. دستورالعمل‌های دقیق در مورد ضرورت قطع موقت تغذیه با شیرمادر و طول مدت قطع آن پس از مواجهه مادر با ترکیبات رادیواکتیو تشخیصی، توسط کمیسیون قانونگذاری هسته‌ای ایالات متحده و بررسی‌های پزشکی تهیه شده است. احتیاط ویژه باید در شیرخواران شیرمادرخوار با نقص آنزیم گلوکوز ۶ فسفات دهیدروژناز انجام شود. مصرف باقلا، نیتروفوران‌توئین، پریماکوئین و فنازوپیریدین توسط مادر باید منع شود تا خطر همولیز در این شیرخواران کاهش یابد.

اقدامات روتین بیمارستانی

”سیاست نمونه تغذیه با شیرمادر بیمارستانی، the sample hospital Breastfeeding policy“ در بخش «تغذیه با شیرمادر و پره‌ناتال اطفال» منتشر شده که در وب‌سایت AAP safe and healthy beginnings موجود است. این سیاست نمونه بیمارستانی، براساس توصیه‌های دقیق بیانیه قبلی خط مشی AAP یعنی «Breastfeeding and the use of human milk» و همچنین اصول منتشره سال ۱۹۹۱ WHO/UNICEF تحت عنوان «ده اقدام تغذیه موفق با شیرمادر» (جدول شماره ۴) بوده و قالبی را برای ایجاد یک سیاست متحدالشکل بیمارستانی برای حمایت از تغذیه با شیرمادر فراهم می‌کند. تأکید بخصوص بر نیاز به بازنگری یا قطع سیاست‌های مشکل‌آفرین بیمارستانی است، سیاست‌هایی که با تماس زودهنگام پوست با پوست تداخل می‌نماید، دادن آب، آب قند یا شیر مصنوعی بدون اندیکاسیون پزشکی، اقداماتی که مدت زمان با هم بودن مادر و شیرخوار یا مدت تغذیه را محدود می‌کند یا استفاده نامحدود از پستانک را مجاز می‌کند.

در سال ۲۰۰۹، AAP برنامه ۱۰ اقدام را تقویت نمود (جدول شماره ۴). پای‌بندی به این ده اقدام، نشان داده است که سبب افزایش میزان شروع تغذیه با شیرمادر، طول مدت تغذیه با شیرمادر و انحصاری بودن آن می‌شود.

نشان داده شده که اجرای ۵ اقدام زیرپس از تولد در بیمارستان، سبب افزایش مدت تغذیه با شیرمادر صرف‌نظر از وضعیت اقتصادی اجتماعی می‌شود:

- تغذیه با شیرمادر در ساعت اول پس از تولد،
- تغذیه انحصاری با شیرمادر،

- هم اتاقی مادر و شیرخوار،
- اجتناب از مصرف گول زنک و پستانک و
- ارائه شماره تلفن به مادر برای حمایت پس از ترخیص از بیمارستان.

تحقیق ملی CDC در زمینه عملکرد مادر در تغذیه و مراقبت شیرخوار، فعالیت‌های شیردهی را در بیش از ۸۰ درصد بیمارستان‌های آمریکا بررسی کرد و نشان داد که متوسط اجرای ده اقدام فقط ۶۵ درصد بود. ۵۸ درصد از بیمارستان‌ها، به اشتباه به مادران توصیه کردند که تغذیه از پستان را به مدت خاصی محدود نمایند و ۴۱ درصد بیمارستان‌ها به بیش از برخی از نوزادان، پستانک دادند. هر دوی این اقدامات سبب کاهش میزان تغذیه با شیرمادر و مدت آن می‌شود. این تحقیق نشان داد که در ۳۰ درصد همه مراکز زایمانی، بیش از نیمی از نوزادان شیر مصنوعی تجاری دریافت کردند، عملی که مدت تغذیه با شیرمادر و انحصاری بودن آن را کاهش می‌دهد. همانگونه که در بخش مزایا گفته شد، شروع زودهنگام غذاهای مکمل بر پیامدهای بیماری‌زایی در جمعیت اثرگذار خواهد بود. در این تحقیق همچنان ۶۶ درصد بیمارستان‌ها توزیع بسته‌های حاوی شیر مصنوعی به مادران شیرده هنگام ترخیص را گزارش نمودند که تأثیر منفی روی انحصاری بودن تغذیه با شیر مادر و طول مدت شیردهی دارد. مراکز زایمانی معدودی (۱۴ درصد)، الگوی خط‌مشی بیمارستانی داشتند و مادران را پس از ترخیص از بیمارستان پیگیری می‌کردند (۲۷ درصد). فقط ۳۷ درصد مراکز، بیش از ۵ اقدام از ۱۰ اقدام را انجام می‌دادند و فقط ۳/۵ درصد، ۹ اقدام از ۱۰ اقدام را انجام می‌دادند.

بنابراین، نیاز است تغییرات ذهنی بزرگی در سازمان خدمات بیمارستانی مادر و نوزاد (جدول شماره ۵) انجام شود. این مسئله مستلزم این است که اقدامات و فعالیت‌های روتین پزشکی و شیردهی در بیمارستان با سیاست تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد (حتی پس از عمل سزارین) هماهنگ شود و با اجرای برنامه هم اتاقی، مادر و شیرخوار به طور مستمر در کنار یکدیگر باشند تا تغذیه شبانه‌روزی و بر حسب میل و تقاضا برای شیرخوار سالم فراهم شود. آموزش دقیق و رسمی کارکنان باید نه تنها بر به روزرسانی دانش و تکنیک‌های حمایت از تغذیه با شیرمادر تمرکز نماید بلکه باید بر تغییر نگرش‌ها تأکید نموده و اعتقادات واهی و بی‌اساس در مورد یکسان بودن تغذیه با شیرمادر و تغذیه با شیر خشک را ریشه‌کن نماید. باید بر فواید فراوان تغذیه انحصاری با شیرمادر تأکید شود. اهمیت توجه به تأثیر اقدامات و سیاست‌های بیمارستانی روی پیامدهای تغذیه با شیرمادر، با تصمیم کمیسیون مشترک برای پذیرش میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر به عنوان یک اقدام پایه و اصلی مراقبت‌های دوران بارداری افزایش می‌یابد. بنابراین شاخص میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در مدت بستری در بیمارستان به عنوان یک متغیر مهم در اندازه‌گیری کیفیت مراقبت ارائه شده توسط مراکز درمانی تأیید شده است.

استفاده از پستانک

با توجه به مستندات موجود در زمینه ارتباط بین کاهش موفقیت در شیردهی با استفاده زودهنگام از گول زنگ، استفاده از پستانک در دوره نوزادی باید به شرایط خاص پزشکی محدود شود. این موارد شامل استفاده جهت کاهش درد به عنوان یک عامل آرام کننده یا به عنوان بخشی از برنامه ساختار یافته برای افزایش عملکرد دهانی حرکتی شیرخوار می باشد. از آنجا که استفاده از پستانک با کاهش بروز سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار ارتباط دارد، مادران شیرخواران ترم و سالم باید برای استفاده از پستانک در زمان خواب شیرخوار پس از اینکه تغذیه با شیر مادر به خوبی تثبیت شد (یعنی تقریباً پس از سن ۳ تا ۴ هفتهگی) راهنمایی شوند.

مکمل های ویتامینی و مواد معدنی

ویتامین K۱ داخل عضلانی (فیتونادیون) با دوز نیم یا یک میلی گرم، باید به صورت روتین برای کلیه شیرخواران در روز اول تزریق شود تا خطر بیماری خون ریزی دهنده در نوزاد کاهش یابد. تأخیر در تزریق ویتامین K تا پس از انجام اولین تغذیه شیرخوار و نه پس از ۶ ساعت بعد از تولد، توصیه می شود. تک دوز خوراکی ویتامین K نباید استفاده شود زیرا مقدار جذب دوز خوراکی متفاوت است و غلظت کافی یا ذخیره کافی برای شیرخوار فراهم نمی کند.

نقص یا کمبود ویتامین D و ریکتز در شیرخواران، به دلیل تغییرات در سبک زندگی، عادات لباس پوشیدن و استفاده از ترکیبات ضد آفتاب موضعی که سبب کاهش مواجهه با نور خورشید می گردد، افزایش یافته است. برای دستیابی به غلظت کافی ویتامین D در سرم، همه شیرخواران شیر مادرخوار باید از زمان ترخیص از بیمارستان به صورت روتین مکمل خوراکی ویتامین D به میزان ۴۰۰ واحد در روز دریافت نمایند.

مکمل فلوراید در ۶ ماه اول زندگی نیازی نیست. از سن ۶ ماهگی تا ۳ سالگی، مکمل فلوراید باید به شیرخوارانی محدود شود که در مناطقی زندگی می کنند که غلظت فلوراید آب منطقه کمتر از ۰/۳ ppm می باشد. غذای کمکی غنی از آهن و روی باید در سن ۶ ماهگی شروع شود. ممکن است برای حمایت از ذخایر آهن مورد نیاز باشد.

شیرخواران نارس باید مکمل قطره آهن خوراکی قبل از ۶ ماهگی و ترکیبات مولتی ویتامین تا زمانی که رژیم غذایی آنها کامل شده، و رشد و وضعیت هماتولوژیک شان طبیعی شود دریافت کنند.

رشد

الگوی رشد شیرخوار شیرمادرخوار سالم و ترم، متفاوت از منحنی های رشدی CDC می باشد. این منحنی ها به

صورت عمده براساس داده‌های تعداد معدودی از شیرخواران شیرمادرخوار می‌باشد. درحالیکه منحنی‌های چند مرکزی WHO که براساس داده‌های طولی شیرخواران سالم شیرمادرخوار از زمان تولد تا ۲۴ ماهگی و داده‌های بررسی مقطعی ۲ تا ۵ سالگی همان کودکان از ۶ منطقه جغرافیایی (برزیل، غنا، هند، نروژ، عمان و ایالات متحده) می‌باشد با این منحنی‌ها تفاوت دارد.

جدول شماره ۴- ده اقدام سازمان جهانی بهداشت / یونیسف برای تغذیه موفق با شیرمادر

- ۱- سیاست مدون تغذیه با شیرمادر داشته باشند که در معرض دید کلیه کارکنان باشد.
- ۲- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت‌های لازم برای اجرای این سیاست آموزش ببینند.
- ۳- به کلیه مادران باردار در مورد فواید تغذیه با شیرمادر و نحوه اداره آن آموزش دهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تا تغذیه با شیرمادر را در یک ساعت اول تولد شروع کنند.
- ۵- به مادران روش تغذیه با شیرمادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را، در صورت جدایی مادر و شیرخوار آموزش دهند.
- ۶- به نوزاد متولد شده غیر از شیرمادر، غذا یا مایعات دیگری ندهند، مگر در موارد ضرورت پزشکی.
- ۷- برنامه هم‌اتاقی مادر و شیرخوار را در طول شبانه روز اجرا کرده و اجازه دهند مادر و شیرخوار در کنار یکدیگر باشند.
- ۸- مادران را به تغذیه با شیرمادر بر حسب میل و تقاضای شیرخوار تشویق کنند.
- ۹- به شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند، شیشه شیر یا پستانک ندهند*.
- ۱۰- تشکیل گروه‌های حمایت از مادران شیرده را تقویت نموده و مادران را پس از ترخیص از بیمارستان به این گروه‌ها ارجاع دهند.

*AAP از ممنوعیت دسته بندی شده پستانک حمایت نمی‌کند زیرا پستانک در کاهش خطر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار و کاهش درد در حین انجام پروسه‌های دردناک (وقتی تغذیه با شیرمادر باعث کاهش درد نمی‌شود) موثر است. استفاده از پستانک در بیمارستان در دوره نوزادی باید به موارد پزشکی مثل کاهش درد و آرامش در شیرخوار در معرض مواد مخدر محدود گردد. مادر شیرخوار سالم و ترم که شیرخود را می‌دهد باید آموزش ببیند که استفاده از پستانک را تا زمان تثبیت تغذیه با شیرمادر (معمولاً ۳ تا ۴ هفته‌گی) به تاخیر اندازد.

جدول شماره ۵- توصیه‌هایی در مورد اداره تغذیه با شیرمادر در شیرخواران سالم و ترم

- ۱- تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی:
 - ترجیحاً تغذیه از پستان، در مرحله بعدی شیر دوشیده شده مادر یا شیر اهدایی.
 - ادامه تغذیه با شیرمادر حداقل تا یک سالگی (بنا بر WHO و اکثر منابع علمی دیگر و توصیه کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر به مدت دو سال یا بیشتر) و پس از آن تا زمان تمایل دو طرفه مادر و کودک.
 - شروع غذای کمکی غنی از آهن و سایر ریز مغذی‌ها در حدود ۶ ماهگی.
- ۲- سیاست‌ها و اقدامات حول و حوش زایمان که شروع تغذیه با شیرمادر را افزایش می‌دهد و تداوم آن باید با سیاست Academy of breastfeeding و AAP مطابق باشد و شامل موارد زیر باشد:
 - تماس پوست با پوست با مادران بلافاصله پس از زایمان و تا انجام اولین تغذیه شیرخوار برقرار شود و تغذیه با شیر مادر را در دوره پس از زایمان تشویق کنند.
 - به تاخیر انداختن فرایندهای روتین (توزین، اندازه‌گیری‌ها، حمام کردن، تست‌های خونی، واکسن‌ها و پروفیلاکسی چشم) تا کامل شدن اولین تغذیه.
 - تأخیر در تزریق عضلانی ویتامین K تا تکمیل اولین تغذیه شیرخوار- اما تا ۶ ساعت اول پس از زایمان تزریق شود.
 - مطمئن شوید ۱۲-۸ بار تغذیه از پستان در هر شبانه‌روز انجام شود.
 - بررسی دقیق تغذیه با شیرمادر و ثبت آن توسط نیروی آموزش دیده در هر شیفت انجام شود (شامل وضعیت بغل کردن- پستان گرفتن، انتقال شیر، معاینه)
 - هیچ چیز دیگری غیر از شیرمادر (آب، آب قند، شیر مصنوعی یا سایر مایعات) به شیرخوار شیرمادر خوار ندهید مگر اینکه بر اساس دستورالعمل‌های استاندارد مبتنی بر شواهد مدیریت هیپر بیلی روبینی و هیپوگلسیمی اندیکاسیون پزشکی داشته باشد.
 - از استفاده روتین از گول‌زنک در دوره پس از زایمان اجتناب کنید.
 - استفاده روزانه قطره خوراکی ویتامین D (۴۰۰ واحد بین‌المللی) را از زمان ترخیص از بیمارستان شروع کنید.
- ۳- کلیه نوزادان شیرمادر خوار باید در ۳ تا ۵ روزگی (که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از ترخیص از بیمارستان خواهد بود) توسط متخصص اطفال ویزیت شوند.
 - وضعیت هیدراسیون کودک (الگوهای دفع) را بررسی کنید.
 - وزن‌گیری کودک را بررسی کنید (کاهش وزن نباید بیش از ۷ درصد وزن تولد باشد و تا روز پنجم کاهش وزن بیشتری نداشته باشد: تغذیه شیرخوار را بررسی کنید و مکرراً پیگیری کنید).
 - در مورد موضوعات مادر و شیرخوار بحث کنید.
 - شیردهی را مشاهده کنید.
- ۴- مادر و شیرخوار باید برای تسهیل در تغذیه با شیرمادر در کنار یکدیگر بخوابند.
- ۵- پس از تغذیه شیرخوار و قرار دادن وی در وضعیت خواب، به شیرخوار پستانک بدهید. البته دادن پستانک زیر ۳ تا ۴ هفته‌گی یعنی قبل از تثبیت تغذیه با شیرمادر نباید انجام شود.

منحنی‌های WHO، استاندارد بوده و مدل هنجار رشد و تکامل شیرخوار صرف نظر از نژاد شیرخوار یا جغرافیا می‌باشد که رشد ایده‌آل شیرخوار شیرمادر خوار را نشان می‌دهد. استفاده از منحنی‌های WHO در ۲ سال اول تولد امکان پایش صحیح وزن و قد برای سن را فراهم کرده و در مقایسه با منحنی‌های مرجع CDC، میزان‌های صحیح‌تری (کم‌تری) از تغذیه نادرست و کوتاه‌قدی و میزان‌های بالاتری از اضافه وزن را نشان می‌دهد. به علاوه، منحنی‌های تولد تا ۶ ماهگی در اندازه بزرگ‌تر موجود است که امکان پایش مسیرهای وزن را ممکن می‌سازد. لذا منحنی‌های WHO به عنوان بهترین راهنمای ارزیابی عملکرد شیردهی می‌باشد زیرا این منحنی‌ها تشخیص بالینی اشتباه مواردی مثل تغذیه ناکافی با شیرمادر را کاهش می‌دهد و شیرخواران چاق یا دارای اضافه وزن را به درستی و به موقع شناسایی می‌کند. در سپتامبر سال ۲۰۱۰، CDC نیز با موافقت AAP، استفاده از منحنی‌های WHO را برای همه کودکان زیر ۲ سال توصیه کرد.

نقش متخصصین اطفال

متخصصین اطفال نقش حیاتی در اقدامات فردی خود، اجتماع و جامعه بزرگتر به عنوان حمایت‌کنندگان از تغذیه موفق با شیرمادر دارند (جدول ۶). علیرغم این نقش حیاتی، متأسفانه مطالعات انجام شده فقدان آمادگی و دانش، و کاهش نگرش آنان نسبت به قابلیت اجرایی تغذیه با شیرمادر را نشان می‌دهد. وبسایت AAP مواد و منابع غنی را در رابطه با تغذیه با شیرمادر برای حمایت و کمک به متخصصین اطفال در نقش حیاتی آنها به عنوان حامیان سلامت شیرخوار فراهم نموده است. این منابع شامل Safe and Healthy Beginnings toolkit بعنوان منبعی برای استفاده در مطب متخصصین در زمینه ارتقای تغذیه با شیرمادر، یک راهنمای جیبی برای کدگذاری (Coding) برای تسهیل در پرداخت مناسب، دستورالعمل‌های پیشنهادی برای تریاژ تلفنی نگرانی‌های مادر در زمینه تغذیه با شیرمادر، و اطلاعاتی در مورد حمایت کارفرمایان از تغذیه با شیرمادر در محیط کار می‌باشد. پروتکل‌های مبتنی بر شواهد تهیه شده توسط سازمان‌هایی مثل آکادمی طب تغذیه با شیرمادر، راهنمای بالینی دقیقی را برای مدیریت موضوعات خاص مثل توصیه‌هایی برای تغذیه مکرر و بدون محدودیت با شیرمادر برای کاهش هیپرپیلی روبینمی و هیپوگلیسمی تهیه کرده است. نقش حیاتی متخصصین اطفال با انجام ویزیت در سن ۳ تا ۵ روزگی (۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از ترخیص از بیمارستان) و همچنین اجتناب از تجویز شیر مصنوعی بدون اندیکاسیون پزشکی، پررنگ‌تر می‌شود.

متخصصین اطفال باید به عنوان حامیان و آموزش‌دهندگان تغذیه با شیرمادر عمل کنند، نه اینکه نقش خود را به کارکنان یا داوطلبین غیر پزشکی محول کنند. پزشکان متخصص اطفال باید در ارتباط با خانواده‌ها بر این امر تأکید کنند که تغذیه با شیرمادر یک اولویت پزشکی است و حمایت از مادران را در هفته‌های

اول پس از زایمان توصیه کنند. برای کمک به آموزش پزشکان آینده، AAP استفاده از کوریکولوم مبتنی بر شواهد تغذیه با شیر مادر برای رزیدنت ها (Breastfeeding Residency Curriculum) را توصیه می کند که ثابت شده روی دانش، اعتماد به نفس، الگوهای عملی و میزان های تغذیه با شیرمادر اثر مثبت دارد. اقدامات متخصصین اطفال در مطب، باید به عنوان مدلی برای حمایت از تغذیه با شیرمادر در محل کار باشد. ضمناً متخصصین اطفال باید در بیمارستان هایی که کار می کنند، فراهم کردن تسهیلات لازم و حمایت کافی برای کارکنانی که می خواهند به شیردهی ادامه دهند را هدایت و تشویق کنند.

جدول شماره ۶- نقش متخصص اطفال

- ۱- تغذیه با شیرمادر را بعنوان تغذیه هنجار شیرخوار ترویج و حمایت کنند.
- ۲- آگاهی و دانش کافی در زمینه اصول و نحوه تغذیه با شیرمادر و شیردهی، و مدیریت آن را کسب نمایند.
- ۳- مهارت های لازم برای بررسی کفایت تغذیه با شیرمادر را کسب نمایند.
- ۴- در آموزش تئوری و عملی برای دانشجویان پزشکی، رزیدنت ها و فارغ التحصیلان حرف پزشکی کمک نمایند.
- ۵- از سیاست های بیمارستانی که با خط مشی AAP، سیاست Model hospital آکادمی طب تغذیه با شیرمادر و ده اقدام WHO/UNICEF تطابق دارد، حمایت کرده و آن را ترویج کنند.
- ۶- با جامعه متخصصین زنان جهت ایجاد بهترین برنامه حمایتی مشارکت نمایند.
- ۷- با کارکنان سایر حرف پزشکی و مشاورین شیردهی دارای گواهینامه در جامعه هماهنگ باشند تا از حمایت جامع و یکسان از تغذیه با شیرمادر مطمئن شویم.

اشتغال و تغذیه با شیرمادر

محل کار دوستدار مادر/کودک برای کارفرمای خود فوایدی دارد از جمله کاهش هزینه های سلامتی کمپانی، کاهش غیبت کارکنان، کاهش Turnover نیرو و افزایش روحیه کاری کارکنان و بهره وری. به ازای هر یک دلار سرمایه گذاری در حمایت از برنامه های تغذیه با شیرمادر (از جمله در نظر گرفتن مکان امن و خلوت جهت شیردوشی، وجود یخچال و محلی برای شستن دست ها و مرخصی ساعتی مناسب برای مادر)، ۲-۳ دلار برگشت سرمایه وجود دارد. دفتر سلامت مادر و کودک دپارتمان خدمات بهداشتی و سلامت ایالات متحده، با حمایت دفتر سلامت زنان، برنامه ای را تحت عنوان «The Business Case for Breastfeeding» طراحی نموده است که فواید اقتصادی دقیق برای کارفرما و بسته های آموزشی در این زمینه را فراهم می کند. برنامه patient

protection and affordable care که در مارس ۲۰۱۰ از کنگره گذشت، چنین حکم می‌کند که کارفرمایان برای مادران شیرده مرخصی ساعتی قابل قبول و محل‌های خصوصی (غیر از سرویس بهداشتی) برای دوشیدن شیر در ساعت کاری فراهم کنند. انجام چنین اقدامات ابتکاری به عنوان استاندارد محیط‌های کاری، مادران را برای رسیدن به هدف تغذیه با شیرمادر پس از زایمان حمایت می‌کند.

نتیجه‌گیری

تحقیق و اقدامات انجام شده در مدت ۵ سال بعد از انتشار آخرین بیانیه سیاست AAP، این نتیجه را تأیید کرده است که تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیرانسان، مزایای تغذیه‌ای و غیرتغذیه‌ای منحصر به فردی را به مادر و شیرخوار اعطاء می‌کند و در نتیجه سلامت شیرخوار، کودک و بزرگسال، همچنین رشد و تکامل کودک را بهبود می‌بخشد. اخیراً، مطالعات مبتنی بر شواهد منتشر شده، خطرات عدم تغذیه با شیرمادر را تأیید و کمی نموده است. بنابراین، تغذیه شیرخوار نباید فقط به عنوان انتخاب یک سبک زندگی در نظر گرفته شود بلکه فراتر از آن، به عنوان یک موضوع اصلی سلامت مطرح می‌باشد. از اینرو، نقش متخصصین اطفال در جلب مشارکت و حمایت صحیح از رفتارهای تغذیه با شیرمادر در دستیابی به این هدف مهم سلامت جامعه اساسی و حیاتی است.

ضمیمه ۳: گزارش بالینی

انتقال داروها و مواد شیمیایی به داخل شیر مادر: اطلاعات جدید در زمینه موضوعات انتخابی از آکادمی طب کودکان آمریکا

چکیده

در بسیاری از مادران به دلیل ترس از عوارض جانبی داروها بر شیرخوار، به غلط به قطع شیر مادر یا اجتناب از دریافت داروهای ضروری توصیه می‌شوند. این احتیاطات در بسیاری از موارد غیر ضروری است زیرا فقط بخش کوچکی از داروها در شیردهی ممنوع بوده یا دارای عوارض جانبی بر شیرخوار می‌باشند. لازم است به پزشکان در مورد میزان ترشح داروها در شیر مادر اطلاعات داده شود اما ممکن است اطلاعاتی در این زمینه موجود نباشد. بیانیه قبلی آکادمی طب کودکان آمریکا در مورد داروها، اطلاعاتی را در مورد ترشح داروهای خاص به داخل شیر مادر برای پزشکان فراهم نمود. در حال حاضر اطلاعات جدیدتر و جامع‌تر در اینترنت، همچنین نرم‌افزاری برای موبایل در وبسایت LactMed به آدرس (<http://toxnet.nlm.nih.gov>) موجود است. بنابراین به استثنای ترکیبات رادیواکتیو که نیازمند قطع موقت شیر مادر می‌باشد، برای دریافت جدیدترین اطلاعات در مورد یک داروی خاص به LactMed مراجعه گردد. این گزارش در مورد موضوعات جالب و متعدد حول و حوش شیردهی مثل استفاده از داروهای سایکوتروپیک، داروهای درمان سوء مصرف مواد، نازکوتیک‌ها، داروهای محرک تولید شیر و داروهای گیاهی، و همچنین واکسیناسیون مادران شیرده بحث می‌کند. بحث در مورد عوارض جهانی استفاده دارو توسط مادر در دوران شیردهی در کشورهای در حال توسعه در هدف این گزارش نیست. سازمان جهانی بهداشت برنامه‌ها و منابع متعددی را برای پرداختن به اهمیت تغذیه با شیر مادر پیشنهاد می‌کند.

به آدرس زیر مراجعه کنید: (<http://www.who.int/topics/breastfeeding.en>)

مقدمه

زنان شیرده بسته به نیاز آنان برای درمان شرایط حاد یا مزمن ممکن است در معرض داروها یا سایر مواد قرار گیرند، چه به صورت محدود یا طولانی مدت. به بسیاری از زنان به دلیل نگرانی در مورد عوارض جانبی احتمالی دارو روی شیرخوار توصیه می‌شود شیردهی را قطع کنند یا از دریافت داروهای ضروری پرهیز کنند. چنین توصیه‌هایی مبتنی بر شواهد نیست زیرا اطلاعاتی در مورد شدت و وسعت ترشح دارو به داخل شیر

مادر موجود نیست، یا اطلاعات موجود در مورد بسیاری از داروها، محدود به بررسی‌های حیوانی است که ممکن است با تجربه انسان ارتباط نداشته باشد. علاوه بر این، همه داروها در مقادیر واضح بالینی وارد شیر مادر نمی‌شوند و وجود آن در شیرمادر ممکن است خطری برای شیرخوار ایجاد نکند. برای سبک و سنگین کردن خطرات و مزایای تغذیه با شیرمادر، پزشکان باید عوامل متعددی را در نظر بگیرند. این عوامل شامل نیاز مادر به دارو، اثرات بالقوه دارو روی تولید شیر، مقدار دارویی که به داخل شیرمادر ترشح می‌شود، شدت جذب دارو توسط شیرخوار از راه خوراکی و عوارض جانبی بالقوه دارو روی شیرخوار شیرمادرخوار می‌باشد. سن شیرخوار نیز یک عامل مهم در فرایند تصمیم‌گیری است زیرا عوارض جانبی ناشی از مواجهه با دارو از طریق شیرمادر، اغلب در سن زیر ۲ ماه و به ندرت در شیرخواران بالای ۶ ماه رخ می‌دهد. در آینده نزدیک، متخصصین فارماکوژنتیک نیز راهنمایی‌های مهم برای تصمیم‌گیری فردی ارائه خواهند کرد.

در سال ۱۹۸۳ با تلاش‌های (Cheston Berlin, Jr, MD) بیانیه‌ای توسط آکادمی طب کودکان آمریکا (AAP) در زمینه انتقال داروها و مواد شیمیایی به شیرمادر برای اولین بار منتشر شد و پس از آن چندین بار بازنگری شد و آخرین نسخه بازنگری شده آن در سال ۲۰۰۱ منتشر شد. چاپ‌های قبلی، داروهایی را که قابلیت مصرف بالقوه در دوران شیردهی دارند را لیست کرده و عوارض احتمالی آنها روی شیرخوار و یا روی تولید شیر را توضیح می‌داد. نسخه‌های بازنگری بیانیه نمی‌تواند همگام با تغییرات سریع اطلاعات موجود در اینترنت، مطالعات منتشر شده و داروهای جدید تایید شده پیش رود. پایگاه داده جامع تر و جدیدتر در وبسایت LactMed (به آدرس <http://toxnet.nlm.nih.gov>) موجود است. LactMed اطلاعات به روز شده‌ای در مورد سطح دارو در شیرمادر و سرم شیرخوار، عوارض احتمالی روی شیرخوار، عوارض بالقوه دارو روی تولید شیر و توصیه‌هایی برای داروهای جایگزین فراهم می‌کند. محصولات گیاهی رایج نیز لحاظ شده است. به همین دلیل به استثنای ترکیبات رادیواکتیو که نیازمند قطع موقت یا دائم شیرمادر می‌باشد، برای سایر داروها باید به LactMed مراجعه کرد تا جدیدترین اطلاعات در مورد یک داروی خاص را کسب کرد.

این بیانیه تغییرات پیشنهادی در برجسب‌های طراحی شده سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) برای داروها را مرور می‌کند که اطلاعات مفیدی را برای پزشکان فراهم کرده و ملاحظات کلی برای ارائه مشاوره در زمینه مزایا و خطرات دارو را نشان می‌دهد. یک نسخه به روزرسانی شده در مورد استفاده از ضد افسردگی‌ها، ضد اضطراب‌ها و ضد سایکوتیک‌ها در زنان شیرده فراهم شده است زیرا استفاده از عوامل سایکوتروپیک در دوران شیردهی هنوز مورد بحث است. از زمان انتشار آخرین بیانیه، سؤالات متعددی در مورد استفاده از متادون در زنان شیرده ایجاد شده است. لذا درمان‌های سوء مصرف مواد و قطع سیگار در این گزارش مورد بحث قرار می‌گیرد. با توجه به این یافته که استفاده از کدئین با ایجاد مسمومیت در بیماران همراه می‌باشد از جمله در

نوزادان که متابولیسم فوق سریع دارند، یک بررسی مختصر در زمینه عوامل جایگزین برای درمان درد در زنان شیرده انجام می‌شود. استفاده از عوامل محرک تولید شیر نیز بررسی می‌شود زیرا در حال حاضر زنان بسیاری برای شیر دادن فرزند خوانده خود یا نوزاد نارس خود تلاش می‌کنند. استفاده روزافزون محصولات گیاهی بحثی را در مورد قابلیت استفاده آنها بعنوان درمان‌های جایگزین در زنان شیرده ایجاد نموده است. در پایان، ایمن‌سازی زنان شیرده و شیرخوارانشان بررسی و مرور خواهد شد تا به پزشکان متخصص اطفال در تشویق انجام واکسیناسیون در مادران شیرده در موارد لازم کمک کند و عدم تمایل والدین برای واکسیناسیون شیرخواران شیر مادرخوار را مرتفع نماید.

LactMed بخشی از شبکه اطلاعات سم‌شناسی دارویی کتابخانه ملی (TOXNET) می‌باشد. هر رکورد شامل اطلاعات زیر است:

- اسم ژنریک دارو: این اسم به نام اقتباس شده از بخش فعال دارو اشاره دارد.
 - اسم علمی: طبقه و گونه محصولات گیاهی
 - خلاصه‌ای از استفاده دارو در حین شیردهی (شامل بحث در مورد توصیه‌ها و نقل قول‌های متناقض)
 - سطح دارو
 - * سطح مادری: بر اساس مطالعاتی که غلظت دارو در شیر مادر را اندازه‌گیری می‌کند، شامل دوز نسبی شیرخوار (درصدی از دوز مادری دارو که با وزن مطابق شده است) در صورت امکان.
 - * سطح شیرخواری: غلظت سرمی یا ادراری دارو در متون علمی.
 - اثرات روی شیرخوار شیر مادرخوار: عوارض جانبی دارو با ارزیابی معیار Naranjo* (قطعی، محتمل، ممکن، غیرمحتمل)
 - اثرات احتمالی دارو روی شیردهی: شامل اثرات روی شیرخوار است که با تغذیه وی تداخل دارد (مثلاً خواب آلودگی)
 - داروهای جایگزین: ممکن است جامع نباشد.
 - رفرنس‌ها
 - شماره ثبت خدمات مواد شیمیایی
 - طبقه دارو
 - شماره ثبت LactMed دارو
 - تاریخ آخرین بازنگری
- *ضریب احتمال Naranjo روشی است که برای تخمین احتمال ایجاد یک عارضه جانبی توسط یک دارو استفاده می‌شود.

ملاحظات عمومی

در هنگام مشاوره جهت تصمیم‌گیری برای شیردهی با مادری که دارو مصرف می‌کند عوامل متعددی را باید در نظر گرفت. فواید تغذیه با شیر مادر برای مادر و شیرخوار باید با خطرات مواجهه با دارو برای شیرخوار یا مادر مقایسه و بررسی شود. فاکتورهای زیادی روی تصمیم‌گیری و مقایسه خطرات و فواید دارو تاثیر خواهد گذاشت از جمله اطلاعات اختصاصی در مورد ویژگی‌های شیمیایی و فارماکولوژیک دارو، که از منابعی مثل LactMed یا در برجسب محصول قابل دسترسی است. به طور کلی ویژگی‌های شیمیایی یک دارو از جمله عدم یونیزاسیون، وزن مولکولی کم، حجم توزیع و انتشار پائین، باندینگ کم با پروتئین سرم مادری و قابلیت انحلال بالا در چربی، ترشح دارو به داخل شیرمادر را تسهیل می‌کند. داروهای دارای نیمه عمر بالا به احتمال بیشتری در شیرمادر تجمع می‌یابند و داروهای دارای زیست دسترسی خوراکی بالا راحت‌تر توسط شیرخوار جذب می‌شوند. پروفایل بروز عوارض جانبی دارو ویژگی دیگری است که نسبت خطر/فایده دارو را تحت تأثیر قرار می‌دهد. استفاده از یک دارو با عارضه جانبی مشخص در یک مادر شیرده (مثلاً ایجاد آریتمی) ممکن است برای درمان یک بیماری جدی در مادر قابل قبول باشد، گرچه استفاده از همان دارو برای افزایش تولید شیر قابل قبول نخواهد بود. برای داروهایی که پروفایل عارضه جانبی آنها مرتبط با افزایش دوز است، دوزهای بالاتر مادری ممکن است با مسمومیت بیشتری در نوزاد همراه باشد. علاوه بر این، زمان مواجهه با دارو و مدت درمان نیز از ملاحظات مهم دیگر هستند. تصمیم‌گیری برای شیردهی وقتی درمان با دارویی از زمان بارداری و داخل رحمی شروع شده باشد با شروع یک درمان تازه در ابتدای دوران پس از زایمان متفاوت است. ضمناً خطرات درمان تک‌دوزی یا درمان کوتاه مدت از یک درمان مزمن متفاوت می‌باشد.

علاوه بر ویژگی‌های شیمیایی یا فارماکوکینتیک دارو، پیش‌بینی مواجهه شیرخوار با دارو تحت تأثیر فاکتورهای مادری و شیرخوار و فراتر از ویژگی‌های اساسی شناخته شده شیمیایی و فارماکوکینتیک دارو به تنهایی می‌باشد. به عنوان مثال خطر واکنش‌های جانبی در یک شیرخوار نارس یا یک شیرخوار دارای شرایط زمینه‌ای مزمن بیشتر از یک شیرخوار رسیده یا سالم است. داروهای خاص ممکن است بدلیل کاهش کلیرانس یا نارس بودن مسیرهای متابولیسم، در بدن شیرخوار شیرمادر خوار تجمع یابند. گرچه در برخی داروهای دیگر (مثل استامینوفن)، نارس بودن چنین مسیرهایی شیرخوار را از متابولیت‌های سمی دارو محافظت می‌کند. همچنین برخی بیماران با ژنوتیپ خاص ممکن است دچار مسمومیت دارویی شوند. این مطلب با مشاهده موارد مرگ در افراد دارای متابولیسم فوق سریع کدئین ثابت شده است. شرایط خاص شیرخوار مثل بیماری‌های متابولیک و وضعیت سلامت مادر می‌تواند مانع شیردهی شود (مثل HIV) یا درمان‌های متعددی را که اختصاصاً توکسیک هستند ایجاب نماید (مثل درمان سرطان).

تغییرات در برچسب داروها

در گذشته، بخش شیردهی در برچسب‌های مورد تأیید FDA، اغلب به عباراتی محدود می‌شد که توصیه به احتیاط می‌کرد یا بسته به اهمیت مصرف دارو برای مادر به قطع شیردهی یا قطع درمان تذکر می‌داد. در سال ۲۰۰۸، FDA بازننگری در قوانین را پیشنهاد داد، که روی بخش‌های حاملگی و شیردهی برچسب‌گذاری تأثیر داشت. این آژانس در حال حاضر روی دستور نهایی کار می‌کند که در نظر دارد یک چارچوب بالینی محور برای درج اطلاعات حاملگی و شیردهی در برچسب دارو فراهم کند و به بیمار و پزشک اجازه می‌دهد در مورد نسبت خطر/فایده دارو بر اساس بهترین اطلاعات موجود تحقیق و بررسی کنند. تحت این قانون پیشنهادی، بخش «مادران شیرده» به بخش «شیردهی» تغییر می‌کند. بخش شیردهی برچسب، سه زیربخش دارد: خلاصه‌ای از ریسک، ملاحظات بالینی و داده‌ها. بخش خلاصه ریسک شامل خلاصه‌ای است از آنچه در مورد ترشح دارو به شیر مادر، تأثیرات بالقوه روی شیرخوار شیر مادرخوار و همچنین تولید شیر مادر می‌دانیم. بخش ملاحظات بالینی شامل روش‌های کم کردن مواجهه شیرخوار شیر مادرخوار با دارو، و همچنین اطلاعات در مورد کنترل اثرات جانبی مورد انتظار دارو روی شیرخوار است. بخش داده‌ها اطلاعات موجود مبتنی بر شواهد در مورد دو بخش دیگر را با جزئیات مرور می‌کند.

علاوه بر قانون پیشنهادی، FDA مجموعه‌های «راهنمای صنعت؛ مطالعات بالینی شیردهی؛ طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها، و توصیه‌هایی برای برچسب‌گذاری» را نیز منتشر کرد.

ESTIMATES OF DRUG EXPOSURE

Daily Infant Dosage (mg/day)=

$$\sum (\text{drug concentration in each milk collection} \times \text{expressed volume in each milk collection})$$

OR

$$C_{\text{milk}} [\text{average drug concentration in milk (mg/mL)}] \times V_{\text{milk}} (\text{volume in mL of milk ingested in 24 hours})$$

Note: V_{milk} is typically estimated to be 150 mL/kg/day

Relative Infant Dose

$$\% \text{ Maternal Dose} = \frac{[\text{Daily Infant Dosage (mg/kg/day)} \div \text{Maternal Dose (mg/kg/day)}] \times 100}{}$$

$$\% \text{ Infant or Pediatric Dose} = \frac{[\text{Daily Infant Dosage (mg/kg/day)} \div \text{Infant or Pediatric dose (mg/kg/day)}] \times 100}{}$$

این پیش‌نویس علاوه بر توصیه‌های کلی در مورد طراحی مطالعات شیردهی و زمانبندی و اندیکاسیون‌های این مطالعات، توصیه‌هایی در مورد پارامترهایی (چندین پارامتر آن در LactMed استفاده شده است) دارد که می‌تواند برای آگاهی پزشکان در مورد شدت مواجهه با دارو مورد استفاده قرار گیرد. با استفاده از این پارامترها، مواجهه شیرخوار با دارو یا به صورت مستقیم در سرم شیرخوار قابل اندازه‌گیری خواهد بود یا بر اساس پارامترهای فارماکوکینتیک می‌توان آن را تخمین زد. تخمین مواجهه شیرخوار با چه مقدار دارو را (مثلاً دوز نسبی شیرخوار RID) به صورت درصد دوز مادری تطبیق داده شده با وزن یا دوز تطبیق داده شده با وزن کودک می‌توان بیان کرد.

ضد افسردگی‌ها، کاهش دهنده‌های اضطراب و آنتی سایکوتیک‌ها

بیانیه قبلی AAP، اثرات داروهای سایکواکتیو روی شیرخوار شیرمادرخوار را تحت عنوان «ناشناخته اما با نگرانی» دسته‌بندی کرده است. گرچه از سال ۲۰۰۱، اطلاعات جدیدی منتشر شده است، اطلاعات در مورد اثرات طولانی مدت این ترکیبات هنوز محدود است. بیشتر مطالب منتشر شده در مورد داروهای سایکواکتیو، فارماکوکنتیک را در تعداد کمی از زنان شیرده در مطالعات کوتاه مدت تجربی روی شیرخواران توصیف می‌کند. به علاوه، تفسیر اثرات دارو روی شیرخوار از تعداد کمی مطالعات طولانی مدت، با درمان در دوران بارداری یا مواجهه با درمان‌های متعدد مخدوش می‌شود. به همین دلیل، اثرات طولانی مدت دارو روی شیرخوار در حال تکامل هنوز ناشناخته است.

بسیاری از داروهای ضد اضطراب، ضد افسردگی‌ها و تثبیت کننده‌های خلق در غلظت‌های کم با دوز نسبی تخمینی شیرخوار کمتر از ۲ درصد دوز مادری مطابق با وزن و یا نسبت‌های شیر-پلازما کمتر از یک، در شیرمادر ظاهر می‌شوند. گرچه درصد دوز مادری که از نظر بالینی به مقادیر قابل توجه (۱۰ درصد یا بیشتر) می‌رسد در داروی بوپروپیون، دیازپام، فلوکسیتین، سیتالوپرام، لیتیموم، Venlafaxine, Lamotrigine گزارش شده است. در مورد یک سوم درمان‌های سایکواکتیو اطلاعاتی در مورد ترشح دارو به داخل شیرمادر موجود نیست.

به دلیل نیمه عمر طولانی برخی از این ترکیبات و یا متابولیت‌های آنان، و نارس بودن عملکرد کلیه و کبد شیرخوار، مقادیر قابل اندازه‌گیری از دارو یا متابولیت‌های آن در پلاسما و به صورت بالقوه در بافت عصبی شیرخواران شیرمادرخوار وجود خواهد داشت. در تعدادی از مهارکننده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین، آنتی سایکوتیک‌ها، کاهش دهنده‌های اضطراب و تثبیت کننده‌های خلق، افزایش غلظت پلاسمایی دارو در شیرخوار تا ۱۰ درصد غلظت درمانی دارو در پلاسمای مادر گزارش شده است (جدول شماره ۱).

جدول ۱- داروهای سایکواکتیو که غلظت سرمی آن در شیرخوار از غلظت پلاسمایی آن در مادر ۱۰ درصد بیشتر است.

منبع	دارو
Weissman 2004	Citalopram
Schimmell 1991	Clomipramine
Wesson 1985	Diazepam
Moretti 2009	Doxepin
Weissman 2004. product labeling	Fluoxetine
Weissman 2004	Fluvoxamine
Newport 2008 Fotopoulou 2009	Lamotrigine
Viguerra 2007 Grandjean 2009 Bo gen 2012	Lithium
Tonn 2009	Mirtazapine
Weissman 2004	Nortriptyline
Whitworth 2008	Olanzapine
Hendrick 2001, Stowe 2003	Sertraline
Newport 2009	Venlafaxine

مادرانی که این داروها را مصرف می‌کنند و مایلند شیرخوار(ان) خود را با شیر خود تغذیه کنند باید در مورد مزایای تغذیه با شیر مادر مشاوه شوند و همچنین باید در مورد خطر بالقوه مواجهه شیرخوار با مقادیر بالینی واضح دارو و ناشناخته بودن اثرات طولانی مدت این مواجهه آگاه شوند. باید به مادران در مورد ضرورت کنترل رشد و تکامل عصبی شیرخوار توجه داد.

داروهای ترک سیگار یا درمان سوء مصرف / وابستگی به الکل

گرچه به درستی به زنان توصیه می‌شود که از سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و استفاده تفریحی از مواد مخدر در طی حاملگی و پس از آن به دلیل عوارض جانبی آن بر نوزاد اجتناب کنند (جدول ۲)، برخی قادر به کنار

گذاشتن آن نیستند و لذا پس از زایمان نیازمند کمک می باشند. سیگار کشیدن کنترااندیکاسیون مطلق برای شیردهی نمی باشد. با این حال به دلایل عدیده از جمله وقوع سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار در مواجهه با دخانیات، زنان شیرده باید حتماً تشویق شوند که سیگار را ترک نموده و مواجهه با دود دست دوم سیگار را کاهش دهند. مواجهه با الکل یا مخدرهای تفریحی، قضاوت مادر را تخریب نموده، با مراقبت از شیرخوار تداخل کرده و سبب مسمومیت در شیرخوار وی می شود (جدول ۲).

اطلاعات محدودی در زمینه استفاده از دارو برای درمان سوء مصرف مواد یا وابستگی به الکل یا ترک سیگار در زنان شیرده موجود است. گرچه وجود رفتارهایی چون تداوم مصرف داروهای ممنوع یا الکل و بیماری های زمینه ای مثل عفونت HIV، با شیردهی سازگار نیستند. ضمناً این بیماران برای ترک نیازمند حمایت دائمی روانی اجتماعی می باشند.

متادون، بوپرونورفین و نالتراکسون سه داروی تایید شده توسط FDA برای درمان وابستگی به اپیوئیدها می باشند. تداوم شیردهی در مادری که تحت درمان با چنین داروهایی می باشد این فرض را ایجاد می کند که بیمار پاک می ماند، HIV منفی است و با یک برنامه دارویی مناسب تحت درمان و حمایت اجتماعی کافی می باشد.

جدول شماره ۲- داروهایی که سوء مصرف آنها سبب عوارض جانبی در شیرخوار شده است.

منبع	اثر گزارش شده با دلایل نگرانی	دارو
Koren 2002, Backstrand 2004, Mennella 2007 National Academy of Sciences, 1991	تخریب تکامل حرکتی یا رشد پس از تولد، کاهش مصرف شیرمادر، اختلالات خواب توجه: گرچه مصرف زیاد باید اجتناب شود، اما مصرف محدود و گاه گاهی (نیم گرم الکل/کیلوگرم/روز، معادل ۸ اونس شراب یا ۲ بطری آبجو در روز) قابل قبول است.	الکل
برچسب محصول	افزایش فشار خون، تاکیکاردی و تشنج در مواجهه پس از تولد در مطالعات حیوانی، اثرات رفتاری طولانی مدت از جمله اختلال یادگیری و حافظه و تغییر در فعالیت حرکتی مشاهده شد.	آمفتامین ها
Jain 2005, Malone 2004	تجمع متابولیت، افزایش نیمه عمر نوزاد یا شیرخوار پره ترم دیده می شود. استفاده طولانی مدت توصیه نمی شود. آبنه، سیانوز، سندرم محرومیت، بی حالی، سیانوز و تشنج.	بنزودیازپین ها
Chasnoff 1987, Winecker 2001	مسمومیت، تشنج، بی قراری، استفراغ، اسهال، لرز	کوکائین
Vandeveldt 2007	علائم محرومیت، لرزش، بی قراری، استفراغ، خوب شیر نخوردن	هروئین
	توهم زای قوی	LSD
Ariagno 1995, Bartu 2009	خطر مرگ، به مدت ۴۸ ساعت در شیرمادر باقی می ماند. محصولات مرتبط نزدیک به آن (آمفتامین ها) در شیرمادر تجمع می یابد.	متامفتامین متیلن دی اکسی متامفتامین (اکستازی)
Djulus 2005, Campolongo 2009, Garry 2010	اثرات عصبی تکاملی، تأخیر تکاملی حرکتی در یک سالگی، لنارژی، کاهش دفعات تغذیه و مدت آن، نسبت بالای شیر -پلازما در استفاده زیاد	ماری جوانا (cannabis)
AAP 2001, Academy of Breastfeeding Medicine	توهم زای قوی، مسمومیت شیرخوار	فن سیکلیدین

عوارض جانبی بالقوه ناشی از متادون روی شیرخوار شیرمادرخوار (براساس برچسب محصول) و بوپرونورفین شامل لتارژی، مشکلات تنفسی و وزن‌گیری ناکافی می‌باشد. اثرات طولانی مدت متادون در انسان شناخته نشده است. با این حال، سطح متادون در شیرانسان پائین است و مواجهه محاسبه شده شیرخوار کمتر از ۳ درصد دوز تطبیقی با وزن مادر است. غلظت پلاسمایی دارو در بدن شیرخوار در دوره نوزادی و تا ۶ ماه پس از تولد نیز کم است. به همین دلایل، دستورالعمل‌های آکادمی طب تغذیه با شیرمادر، مادرانی را که تحت درمان با متادون هستند را تشویق به شیردهی می‌کند.

بوپرونورفین به داخل شیرمادر ترشح می‌شود و میزان آن مشابه سطح پلاسمایی دارو در مادر است. مقدار مواجهه شیرخوار به نظر می‌رسد تا ۲/۴ درصد دوز تطبیقی با وزن مادر باشد. گرچه بوپرونورفین نیز می‌تواند مورد سوء مصرف قرار گیرد و گرچه اهمیت آن در انسان‌ها ناشناخته است، برچسب دارو و ترکیبی از بوپرونورفین با نالوکسان، استفاده از آن در زنان شیرده را توصیه نمی‌کند زیرا مطالعات روی حیوانات شیرده، کاهش تولید شیر و زیست دسترسی شیرخوار را نشان داده است. برچسب‌گذاری FDA نیز در شیرخوارانی که از مادران وابسته به اپیوئیدها شیر می‌خورند، استفاده از نالتراکسون را با احتیاط اعلام می‌کند. لازم به ذکر است، اطلاعات منتشر شده در مورد نالتراکسون به یک گزارش موردی محدود می‌شود که مواجهه شیرخوار را کم گزارش می‌دهد (۷ میکروگرم / کیلوگرم / روز، یا ۰/۸۶ درصد از دوز تطبیقی با وزن مادر).

مقادیر منتقل شده از متادون یا بوپرونورفین برای پیشگیری از علائم سندرم محرومیت در نوزاد کافی نیست. سندرم محرومیت نوزاد می‌تواند پس از قطع ناگهانی متادون ایجاد شود. بنابراین تغذیه با شیرمادر نباید به صورت ناگهانی قطع شود، و اگر تصمیم به قطع شیردهی گرفته شده است، باید تدریجی انجام شود.

اطلاعات محدودی در مورد naltrexone و disulfiram که برای درمان وابستگی به الکل استفاده می‌شوند موجود است. همانطور که قبلاً اشاره شد، دوز نسبی پائین شیرخوار (کمتر از یک درصد) فقط در یک مورد مواجهه با نالتراکسون در یک شیرخوار ۶ هفته‌گزارش شده است. برچسب‌گذاری FDA استفاده از disulfiram و اشکال تزریقی و خوراکی naltrexone در زنان شیرده را منع می‌کند.

فقط یک سوم زنان سیگار را بدون کمک‌های فارماکولوژیک با موفقیت ترک می‌کنند. درمان جایگزین نیکوتین، varenicline و bupropion هستند که برای کمک به درمان قطع سیگار استفاده می‌شوند. درمان جایگزین نیکوتین تا زمانی که دوز نیکوتین کمتر از تعداد سیگارهای دود شده در حالت معمول باشد با شیردهی سازگاری دارد (با فرض اینکه هر سیگار تقریباً یک میکروگرم نیکوتین به بدن می‌رساند) زیرا نیکوتین آزادانه به داخل شیرمادر عبور کرده و از طریق خوراکی جذب می‌شود. غلظت cotinine از غلظت مواد مرتبط با دخانیات کمتر است. محصولات کوتاه اثر (مثل آدامس یا Lozenges) توصیه می‌شود. مواجهه شیرخوار با

دوزهای Patch مادری نسبتاً کاهش می‌یابد.

برعکس، بوپروپیون با غلظتی بیش از ۱۰ درصد دوز مادری به داخل شیر مادر ترشح می‌شود (از ۱۰/۶-۱/۴ درصد). گرچه سطح دارو در شیرخوار اندازه‌گیری نشده، اما گزارش موردی از وقوع تشنج در یک شیرخوار شیرمادرخوار ۶ ماهه ناشی از بوپروپیون گزارش شده است. اطلاعات محدودی در مورد varenicline منتشر شده است اما برچسب دارو، حاوی هشدار در مورد عوارض جانبی عصبی روانی جدی شامل بروز رفتار یا تفکرات خودکشی می‌باشد. برچسب‌گذاری FDA استفاده از هر دو دارو را در زنان شیرده منع می‌کند.

داروهای ضد درد

به ندرت، دوزهای معمول کدئین که به مادران شیرده داده می‌شود باعث ایجاد سطح بالا و خطرناک متابولیت فعال آن، یعنی مورفین در شیرخوار شیرمادرخوار می‌شود. یک مورد مرگ در شیرخواری که مادرش متابولیسم خیلی سریع داشته، گزارش شده است. در این شیرخوار، سطح مورفین پس از مرگ (۸۷ نانوگرم در میلی‌لیتر) از سطح معمول آن در شیرخوار شیرمادرخوار (۲/۲ نانوگرم در میلی‌لیتر) و مقدار درمانی برای نوزاد (۱۰ تا ۱۲ نانوگرم در میلی‌لیتر) پیشی گرفت. به علاوه، آپنه بدون علت، برادی کاردی، سیانوز و sedation در شیرخواران مادرانی که کدئین مصرف می‌کردند گزارش شده است. هیدروکودون نیز از طریق مسیر CYP2D6 متابولیزه می‌شود. بر اساس اطلاعات فارماکوکینتیک شیرخوارانی که از طریق شیر مادر با هیدروکودون مواجه می‌شوند، می‌توانند تا ۹ درصد دوز نسبی مادر را دریافت کنند. با توجه به کاهش کلیرانس هیدروکودون در نوزادان و مشکلات جانبی مشاهده شده در متابولایزهای فوق سریع کدئین، استفاده از کدئین و هیدروکودون در مادر و شیرخوار شیرمادرخوار، هر دو، با احتیاط توصیه می‌شود. نظارت دقیق از نظر بروز علائم و شکایات مسمومیت در مادر و نوزاد توصیه می‌شود. یک تست تجاری برای تشخیص متابولایزهای فوق سریع هنوز وجود ندارد. بروز ژنوتیپ اختصاصی CYP2D6 در گروه‌های نژادی و قومیتی متفاوت است: چینی‌ها، ژاپنی‌ها یا هیسپانیک ۰/۵ تا یک درصد، قفقازی یک تا ده درصد، آفریقایی آمریکایی ۳ درصد و آفریقایی شمالی، اتیوپی و عربستان سعودی ۱۶ تا ۲۸ درصد.

به همین دلایل در صورت نیاز به استفاده از داروهای ضد درد مخدر در زنان شیرده، داروهایی غیر از کدئین (مثل بوتورفانول، مورفین یا هیدرومورفون) ارجح می‌باشند. از نظر بالینی مقادیر ناچیزی از بوتورفانول به داخل شیر مادر ترشح می‌شود. گرچه در یک مورد شیرخوار، غلظت پلاسمایی مورفین در محدوده مقادیر درمانی گزارش شده، به نظر می‌رسد مورفین در شیرخوار شیرمادرخوار قابل تحمل است. کلیرانس مورفین در شیرخواران زیر یک ماه کاهش می‌یابد و تا ۶ ماهگی به ۸۰ درصد مقادیر بزرگسالان می‌رسد. اطلاعات

محدود نشان می‌دهد که استفاده از هیدرومورفون در مدت محدود با دوران شیردهی سازگار است، گرچه برچسب‌گذاری FDA استفاده از این دارو را منع می‌کند. صرف نظر از درمان انتخابی و به منظور کاهش عوارض جانبی برای مادر و شیرخوار شیرمادرخواروی، کمترین دوز و کوتاه‌ترین مدت درمان باید تجویز شود. دریافت دارو به روش کنترل درد توسط بیمار (patient-controlled anesthesia) یا استفاده به روش اپیدورال، مواجهه دارو در شیرخوار را کاهش می‌دهد.

سایر داروهای نازکوتیک مثل اکسی‌کودون، پنتازوسین، پروپوکسی فن و مپریدین در مادران شیرده توصیه نمی‌شود. مقادیر نسبتاً بالای اکسی‌کودون در شیرمادر ترشح می‌شود و غلظت‌های درمانی دارو در پلاسما یک شیرخوار شیرمادرخوار دیده شده است. ضعف سیستم اعصاب مرکزی در ۲۰ درصد شیرخوارانی که از طریق تغذیه با شیرمادر در معرض اکسی‌کودون قرار گرفتند دیده شده است. بنابراین، استفاده از اکسی‌کودون باید منع گردد. اطلاعات منتشر شده در مورد پنتازوسین محدود است. گرچه، ضعف تنفسی و آپنه به طور مکرر در شیرخواران به خصوص در نوزادان یا شیرخواران نارس که با پنتازوسین درمان شده‌اند، اتفاق می‌افتد. پروپوکسی فن با آپنه غیر قابل توضیح، برادی کاردی و سیانوز، همچنین هیپوتونی در شیرخواران شیرمادرخوار همراه است. به علاوه، پروپوکسی فن از بازار خارج شده است زیرا در دوزهای درمانی سبب طولانی شدن قابل ملاحظه موج QT می‌شود. استفاده از مپریدین با کاهش هوشیاری شیرخوار ارتباط دارد و لذا با تغذیه با شیرمادر تداخل می‌کند. گرچه مقادیر تخمین زده شده برای مواجهه با مپریدین کم است (تقریباً ۲ تا ۳ درصد دوز تطابقی با وزن مادر)، نیمه عمر متابولیت فعال مپریدین طولانی بوده و ممکن است در خون یا بافت شیرخوار تجمع یابد. اگر برای تسکین درد خفیف تا متوسط نیازی به تجویز نازکوتیک نباشد، سایر داروهای آنالژژیک قابل استفاده خواهند بود. در صورتی که میزان تسکین درد کافی باشد داروهای کوتاه اثر مثل ایبوپروفن و استامینوفن را می‌توان استفاده نمود. گرچه نیمه عمر ایبوپروفن در نوزادان به خصوص در شیرخواران نارس طولانی می‌شود (مطابق با برچسب محصول)، مقادیر جزئی از ایبوپروفن به داخل شیرمادر ترشح می‌شود. علیرغم کاهش کلیرانس استامینوفن، مسمومیت کبدی در نوزادان در مقایسه با شیرخواران بزرگتر کمتر شایع است، که دلیل آن بخشی به خاطر سطح پائین آنزیم‌های سیتوکروم ۴۵۰-p است که استامینوفن را به متابولیت‌های سمی تبدیل می‌کنند. استامینوفن در استفاده خوراکی و داخل وریدی موجود است.

گرچه در استفاده از داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) هشدار در مورد خونریزی از دستگاه گوارش و احتمال مسمومیت قلبی طولانی مدت وجود دارد، بر اساس برچسب این محصولات و نظر Gardiner و همکارانش، به نظر می‌رسد استفاده از Flurbiprofen, Celecoxib و ناپروکسن با دوران شیردهی سازگاری

داشته باشد زیرا کمتر از یک درصد به داخل شیر مادر ترشح می‌شوند. علاوه بر این، براساس برچسب دارو در صورت استفاده از Celecoxib، یک شیرخوار شیر مادر خوار کمتر از یک درصد دوز نسبی تجویز شده برای یک کودک ۲ ساله را دریافت می‌کند. گرچه استفاده طولانی مدت از ناپروکسن به دلیل نیمه عمر طولانی دارو و گزارشات موارد خونریزی دستگاه گوارش و استفراغ خونی توصیه نمی‌شود. استفاده از NSAIDs در شیرخوارانی که از شیرمادر تغذیه می‌کنند و ضایعات قلبی وابسته به duct دارند باید با احتیاط صورت گیرد.

داده‌های منتشر شده در مورد سایر NSAIDs (Fenoprofen, etodolac, tolmetin, sulindac, piroxicam, oxaprozin, meloxicam) محدود است و برچسب‌گذاری FDA استفاده از این داروها را به دلایل متعدد منع می‌کند. گرچه کاربرد این داروها برای انسان ناشناخته است، غلظت meloxicam در شیر حیوانات شیرده از غلظت پلاسمایی آن بسیار بیشتر است. Diflunisal نیمه عمر طولانی دارد و استفاده از آن به دلیل مشکلات بالقوه جانبی مثل کاتاراکت و مرگ در نوزاد حیوانات توصیه نمی‌شود. همچنین مفنامیک اسید در شیرخواران نارس نیمه عمر طولانی دارد. مطابق با برچسب محصول، استفاده از اشکال خوراکی و تزریقی Ketorolac در زنان شیرده به دلیل عوارض جانبی بالقوه مرتبط با بسته شدن مجرای شریانی در نوزاد مطلقاً ممنوع است. Ketorolac بصورت اسپری بینی کمتر از یک درصد به داخل شیر مادر ترشح می‌شود و استفاده از آن برخلاف نوع خوراکی و داخل وریدی آن، کنتراندیکه نمی‌باشد. (براساس برچسب محصول)

Carisoprodol و متابولیت فعال آن meprobamate، در شیر انسان (۴-۲ برابر غلظت آن در پلاسمای مادر) تغلیظ می‌شود. اختلال در تولید شیر با مصرف این دارو مشاهده شده است و مطالعات حیوانی نشان می‌دهد که استفاده مادر از این دارو منجر به کاهش تغذیه مؤثر شیرخوار (به دلیل خواب‌آلودگی) و یا کاهش میزان تولید شیر می‌شود (مطابق با برچسب محصول).

دوزهای پائین آسپرین (۱۶۲-۷۵ میلی‌گرم در روز) قابل قبول است اما درمان با دوزهای بالای آسپرین در طول شیردهی توصیه نمی‌شود زیرا گزارش گردیده که غلظت سالیسیلات در سرم شیرخوار به تقریباً ۴۰ درصد دوز درمانی می‌رسد. عوارض جانبی مثل بثورات پوستی، اختلالات پلاکتی، خون‌ریزی و اسیدوز متابولیک نیز گزارش شده است.

داروهای افزایش دهنده تولید شیر

این داروها یا عوامل محرک تولید شیر اغلب به منظور تسهیل در شیردهی استفاده می‌شوند به خصوص برای مادران دارای شیرخوار نارس. این داروها ممکن است برای تحریک تولید شیر در مادر دارای فرزندخوانده (induced lactation) نیز استفاده شود. گرچه، شواهدی برای تایید و حمایت از این داروها از جمله

آنتاگونیست های دوپامین، از قبیل دومپریدون و متوکلوپرامید، داروهای گیاهی و دستکاری های هورمونی وجود ندارد.

گرچه، در یک مطالعه کنترلی با دارونما (n=۴۲) نشان داده شد که دومپریدون حجم شیر را در مادر دارای شیرخوار نارس افزایش می دهد، اما سلامت آن برای مادر تایید نشده است. در ژوئن سال ۲۰۰۴، FDA هشداری را در مورد استفاده از دومپریدون در مادران شیرده به دلیل نگرانی های ناشی از گزارشات منتشر شده از آریتمی، ایست قلبی و مرگ ناگهانی در استفاده از درمان داخل وریدی دارو منتشر کرد. به علاوه، درمان خوراکی با دومپریدون با طولانی شدن موج QT در کودکان و شیرخواران همراه است. دومپریدون در ایالات متحده یک داروی تایید شده نمی باشد و برچسب دارو برای ترکیبات خوراکی آن که در خارج از ایالات متحده به فروش می رسد، استفاده از آن در دوران شیردهی را توصیه نمی کند.

کارآزمایی های کوچک متعدد (هر یک کمتر از ۲۵ نمونه) که قبل از ۱۹۹۰ منتشر شده نشان می دهد که متوکلوپرامید، غلظت پرولاکتین و یا تولید شیر را در مادران شیرخواران ترم و نارس افزایش می دهد. گرچه مطالعات کنترلی اخیر این یافته را نشان نمی دهد.

غلظت متوکلوپرامید شیرمادر مشابه غلظت درمانی آن در پلاسمای فرد بزرگسال است و مقادیر آن در شیرخواران شیرمادر خوار قابل اندازه گیری بوده است. کلیرانس متوکلوپرامید در نوزادان طولانی می شود که می تواند سبب افزایش بیش از حد غلظت سرمی آن و خطر بروز شرایطی ناشی از افزایش دوز دارو مثل متهموگلوبینمی گردد. غلظت پرولاکتین در ۴ شیرخوار از ۷ شیرخواری که از طریق شیر مادر با متوکلوپرامید مواجه بودند افزایش یافت. پروفایل ایمنی برای متوکلوپرامید شامل عوارض جانبی مثل دیستونی، افسردگی، تفکرات خودکشی، و اختلالات گوارشی و همچنین هشدار در مورد خطر tardive dyskinesia می باشد. با وجود این خطرات برای مادر، مفید و کاربردی بودن این درمان محدود می شود.

گرچه یک مطالعه پایلوت در ۸ مادر شیرده که در دهه های قبل انجام شد، نشان داد که اسپری بینی اکسی توسین تولید شیرمادر را افزایش داد، اما یک کارآزمایی بزرگتر کنترل-پلاسبو در ۵۱ زن این اثر را تأیید نکرد. اسپری بینی اکسی توسین دیگر در ایالات متحده به فروش نمی رسد. همچنین گزارشات سینه به سینه (anecdotal) که استفاده از گیاه Fenugreek را برای تسهیل تولید شیر حمایت می کند، در مطالعات کنترلی تأیید نشده است. Fenugreek دارای کومارین است که با NSAIDs واکنش متقابل دارد. استفاده از Fenugreek در زنان شیرده، سبب ایجاد بوی شربت افرا در شیرخوار می شود. اطلاعات موجود استفاده روتین از سایر محصولات گیاهی مثل Fennel را برای تسهیل در تولید شیر حمایت نمی کند.

به طور خلاصه، داروهای محرک تولید شیر نقش محدودی در تسهیل تولید شیر دارند و مورد ارزیابی های

کامل از نظر سلامت برای شیرخوار شیرمادرخوار قرار نگرفته‌اند. مادران شیرده باید با یک متخصص شیردهی مشاوره کنند و از اقدامات غیر دارویی برای افزایش تولید شیر استفاده کنند مثلاً تکنیک صحیح شیردهی، استفاده از ماساژ، افزایش دفعات تخلیه پستان، طولانی‌تر کردن مدت دوشیدن شیر و افزایش حمایت‌های روحی روانی.

محصولات گیاهی رایج

علیرغم استفاده مکرر از محصولات گیاهی در زنان شیرده (حدود ۴۳ درصد زنان شیرده در بررسی سال ۲۰۰۴)، اطلاعات قابل اعتمادی در زمینه بی‌خطر بودن بسیاری از محصولات گیاهی موجود نمی‌باشد. محصولات گیاهی از نظر استاندارد مانند داروهای کارخانه‌ای بررسی نمی‌شوند و اثربخشی ثابت شده آنها و سلامت آنها مثل محصولات دارویی قبل از ورود به بازار کنترل نمی‌شود. در حقیقت، استفاده از برخی داروهای گیاهی ممکن است ضرر داشته باشد مثل kava و yohimbe. به عنوان مثال، FDA در مورد ارتباط استفاده از kava با آسیب شدید کبدی هشدار داده است. مادران شیرده به دلیل گزارشات مرگ در کودکان نباید از yohimbe استفاده کنند. علاوه بر این، از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۰، FDA بیش از ۱۰ مکمل رژیمی را در هر سال به دلیل وجود ترکیبات بالقوه سمی که از قبل اعلام نشده بود، مردود کرد. همچنین دفتر پاسخگویی دولت آمریکا، در ۱۶ مکمل رژیمی گیاهی رایج از ۴۰ محصول بررسی شده که از فروشگاه‌های خرده‌فروشی جمع‌آوری شده بود، پس مانده حشره‌کش استخراج نمود.

در مورد بسیاری از داروهای گیاهی شایع مورد استفاده در دوران شیردهی اطلاعاتی موجود نیست از جمله (بابونه (chamomile، black cohosh، blue cohosh)، اکیناسه (echinacea)، جنسینگ، جینکو، علف چای (مخمر (st John`s)، سنبل الطیب.

عوارض جانبی هم در شیرخواران شیرمادرخوار و هم مادران گزارش شده است. مثلاً با استفاده از داروی گیاهی علف چای، عوارض کولیک، خواب‌آلودگی یا لئارژی در شیرخوار شیرمادرخوار گزارش شده است، با وجود اینکه تولید شیر و وزن شیرخوار تحت تأثیر قرار نگرفته و دوز نسبی مادر و غلظت پلاسما شیرخوار پائین بوده است.

استفاده طولانی از fenugreek (شنبلیله) نیازمند کنترل وضعیت انعقادی و غلظت گلوکز سرم می‌باشد. به همین دلایل، استفاده از محصولات گیاهی فوق‌الذکر در زنان شیرده توصیه نمی‌شود.

گرچه استفاده از مکمل‌های آهن و ویتامین در زنان شیرده در صورت عدم تجاوز از دوز مجاز روزانه بی‌خطر است، استفاده از سایر مکمل‌ها ممکن است بی‌خطر نباشد. مثلاً L-tryptophan با میوزیت اتوزینوفیلی همراه

بوده است. بنابراین به دلیل کمبود اطلاعات در مورد این داروها، زنان شیرده برای استفاده از محصولات گیاهی و مکمل های غذایی باید با پزشک مشورت کنند و در مورد احتیاطات مورد نیاز بحث کنند.

تصویربرداری تشخیصی

در صورت امکان، تصویربرداری انتخابی (الکتیو) در زنان شیرده باید به بعد از دوران شیردهی موکول گردد. در بیشتر داروهای رادیوفارماکوتیک، شیردهی باید برای مدتی متناسب با سرعت کاهش دارو و دوزیمتری آن قطع شود تا شیرخوار با مقادیر بیشتر از ۱۰۰ mSv (mrem) دارو مواجه نشود. برای داروهایی که احتمال غلیظ شدن در بافت پستان را دارند، تماس نزدیک مادر و شیرخوار و بالطبع شیردهی ممکن است لازم باشد تا مدتی قطع شود، گرچه شیر دوشیده شده که تا زمان رفع فعالیت رادیواکتیو آن در یخچال نگهداری شده، قابل استفاده خواهد بود. دستورالعمل های کلی براساس قوانین کمیسیون هسته ای و کمیسیون بین المللی دستورالعمل های محافظت رادیولوژیک در جدول ۳ و ۴ آمده است. گرچه به دلیل وجود تفاوت های بسیار در رادیواکتیویته شیر و اینکه تماس نزدیک با شیرخوار مواجهه بیشتر با دارو را سبب خواهد شد، مشاوره با یک رادیولوژیست باید درخواست شود. اگر لازم باشد، قبل از ادامه مجدد شیردهی آزمایش شیر دوشیده شده به صورت موردی انجام شود تا مطمئن شویم میزان رادیواکتیویته کم شده است.

لازم به ذکر است، چون محصولات یددار رادیواکتیو در تیروئید در حال رشد تجمع می یابند و رادیواکتیویته پس از تصویربرداری با داروهای ید ۱۳۱ و ید ۱۲۵ (به استثنای ید ۱۲۵ هیپورات) همچنان ادامه می یابد، شیردهی باید حداقل تا ۳ هفته قطع شود. همچنین استفاده از سدیم ۲۲ و گالیم ۶۷ نیز نیازمند قطع سه هفته ای شیردهی می باشد. از آنجا که پستان شیرده در مقایسه با پستان غیر شیرده وابستگی بیشتری به ید ۱۳۱ دارد، شیردهی باید حداقل ۴ هفته قبل از انجام فرآیند با ید ۱۳۱ قطع شود و پس از آن نیز قطع شود. با این کار دوز اشعه کاهش خواهد یافت و خطر بالقوه سرطان در بافت پستان مادر کاهش خواهد یافت.

چنین مرسوم است که به زنان شیردهی که gadolinium یا کنتراست یددار داخل وریدی دریافت می کنند (چون در معرض ید رادیواکتیو قرار می گیرند) توصیه می شود برای مدت ۲۴ ساعت شیردهی را قطع کنند، گرچه که حداقل مقدار دوز داخل وریدی (۰/۰۴ درصد) به شیر مادر می رسد و کمتر از یک تا ۲ درصد آن توسط شیرخوار جذب می شود. بنابراین تغذیه با شیر مادر را می توان بدون قطع شیردهی پس از استفاده از کنتراست یددار یا gadolinium ادامه داد.

TABLE 3 Radioactive Compounds That May Require Temporary Cessation of Breastfeeding: Recommendations of the International Commission on Radiologic Protection

Compound	Examples	Example of Procedures	Recommended Time for Cessation of Breastfeeding	Comments
¹⁴ C-labeled ^{99m} Tc-labeled	Triolein, glycocholic acid, urea DMSA, DTPA, phosphonates (MDP), PYP, tetrofosmin Microspheres, pertechnetate, WBC Sulfur-colloids, RBC in vivo ¹²³ I, ¹²⁵ I or ¹³¹ I-iodo hippurate	<i>Helicobacter pylori</i> breath test Multiple: imaging of kidney, bone, lung, heart, tumors	None 0 to 4 h, as long as no free pertechnetate 12–24 h 6 h 12 h	No approved US products Consider discarding at least 1 meal after procedure Range depends on dose Note: whole-body irradiation with ¹³¹ I requires prolonged cessation
I-labeled		Thyroid imaging		
Others	¹¹ C- ¹¹ N or ¹¹ O-labeled ⁵⁷ Co-labeled vitamin B ₁₂ ¹⁸ F-FDG ⁵¹ Cr-EDTA ^{81m} Kr-gas ⁸² Rb chloride ¹¹¹ In-octreotide ¹¹¹ In -WBC ¹³⁵ Xe	PET scans Schilling test PET scans Renal imaging Pulmonary imaging PET scan of myocardium SPECT, neuroendocrine tumors Cardiac, pulmonary, and cerebral imaging	None 24 h None, first feeding should be expressed breast milk to avoid direct contact ¹²⁰ None None May resume 1 h after last infusion None 1 wk None	Short physical half-life Pomeroy 2005 ¹¹⁹ Use alternatives for 10 half-lives (10×109 min= 18 h) ^a No approved US products Half-life 75 s ^a Depends on dose Half-life 5 d ^a

DMSA, dimercaptosuccinic acid; DTPA, diethylenetriaminepentaacetate; EDTA, ethylenediaminetetraacetic acid; FDG, fludeoxyglucose; PET, positron emission tomography; PYP, pyrophosphate; RBC, red blood cell; SPECT, single-photon emission computed tomography; WBC, white blood cell.
^a FDA-approved drug labeling.

TABLE 4 Radioactive Compounds Requiring Prolonged Cessation of Breastfeeding

Compound	Examples	Example of Procedures	Recommended Time for Cessation of Breastfeeding	Comments
I-labeled	¹²⁵ I- BMIPP, -HSA, -IPPA, -MIBG, -Nal, or -HSA ¹³¹ I-MIBG or -Nal	Imaging of tumors	Greater than 3 wk	Essentially need to stop breastfeeding Half-life 73 h ^a Depends on dose
Others	²⁰¹ Tl-chloride ⁶⁷ Ga-citrate ²² Na, ⁷⁵ Se	Cardiac imaging Imaging of tumors	48 h to 2 wk 1 wk to 1 mo Greater than 3 wk	Essentially need to stop breastfeeding

Use of expressed human milk recommended because of exposure via direct contact.¹²⁰ BMIPP, β-methyl-p-iodophenyl-pentadecanoic acid; HSA, human serum albumin; IPPA, iodophenylpentadecanoic; MIBG, metaiodobenzylguanidine; Nal, sodium iodide.
^a FDA-approved drug labeling.

تغذیه با شیرمادر و واکسن‌ها

به جز در موارد استثنایی نادر، واکسیناسیون مادر هیچ مشکلی را برای شیرخوار شیرمادرخوار ایجاد نمی‌کند، گرچه اغلب سوالاتی در مورد ۲ موضوع در زمینه شیردهی و واکسیناسیون ایجاد می‌شود: تأثیر شیردهی بر پاسخ ایمنی شیرخوار به واکسن و تأثیرات جانبی بالقوه واکسیناسیون مادر روی شیرخوار.

تغذیه با شیرمادر با پاسخ ایمنی شیرخوار نسبت به اغلب واکسن‌های روتین، علیرغم وجود آنتی‌بادی‌های مادری در شیرمادر، تداخلی ندارد (مثلاً توکسوئید دیفتتری و کزاز و سیاه‌سرفه، واکسن ویروس غیرفعال فلج اطفال و واکسن هیپاتیت ب).

میزان seroconversion اغلب بین شیرخواران شیرمادرخوار و شیرخواران شیر مصنوعی خواری که واکسن روتاویروس دریافت کرده‌اند نیز یکسان است. گرچه به نظر می‌رسد راندمان واکسن برای گاستروآنتریت شدید روتاویروسی در شیرخواران شیر مصنوعی خوار در مقایسه با شیرخوارانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر دارند بالاتر است، به خصوص در طی فصل دوم پس از قطع شیرمادر (۹۸ درصد در مقابل ۸۸ درصد). با این وجود، محافظت در سال اول مشابه است. علاوه بر این تغذیه با شیرمادر پاسخ آنتی‌بادی به واکسن‌های پنوموکوکی و هموفیلوس آنفولانزای تیپ b را افزایش می‌دهد. همچنین تغذیه با شیرمادر بروز تب پس از واکسیناسیون را کاهش می‌دهد. بنابراین، زمان بندی و مدت تغذیه شیرخوار (از جمله با شیرمادر) در رابطه واکسیناسیون محدود نمی‌شود حتی برای واکسن‌های زنده مانند روتاویروس.

زنان شیرده نیز ممکن است نیاز به انجام واکسیناسیون داشته باشند. واکسن‌های غیرفعال شده (مثل توکسوئید کزاز، توکسوئید ضعیف شده دیفتتری و واکسن سیاه‌سرفه بدون سلول، واکسن غیرفعال شده پولیو ویروس، آنفولانزا، واکسن هیپاتیت A, HBV یا واکسن پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) که به مادران شیرده تجویز می‌شود، هیچ خطری برای شیرخوار شیرمادرخوار ایجاد نمی‌کند. واکسن‌های متعدد مثل توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتتری ضعیف شده و واکسن بدون سلول سیاه‌سرفه و واکسن آنفولانزا برای مادر در دوره پس از زایمان توصیه می‌شود تا هم مادر و هم شیرخوار را محافظت نماید. سایر واکسن‌های روتین یا جبرانی، مثل HPV، واکسن هیپاتیت A, HBV برای مادران شیرده منعی ندارند. واکسیناسیون HPV برای زنان زیر ۲۷ سال توصیه می‌شود. بروز عوارض جانبی در شیرخواران شیرمادرخوار تا ۳۰ روز پس از واکسیناسیون مادر با HPV مشابه شیرخواران شیرمادرخوار مادرانی است که کنترل دریافت می‌کنند به جز برای بیماری حاد تنفسی (بر اساس سیستم برچسب‌زنی Gardasil). از اینرو، در زمان واکسیناسیون مادران شیرخوارانی که مستعد به بیماری تنفسی هستند باید احتیاط کرد (مثلاً شیرخواران نارس، شیرخواران دارای بیماری قلبی مادرزادی یا مشکلات مزمن تنفسی).

ویروس اغلب واکسن‌های زنده به داخل شیر مادر ترشح نمی‌شود. به عنوان مثال، علی‌رغم Seroconversion در بدن مادر، نه ویروس واریسلا و نه آنتی‌بادی در مقابل DNA واریسلا در شیرخواران شیر مادرخوار دیده نشده است. گرچه سرخچه رقیق شده به داخل شیر مادر ترشح می‌شود و به شیرخوار شیر مادرخوار منتقل می‌شود، عفونت ایجاد شده معمولاً بدون علامت یا خفیف هستند. در نتیجه، واکسیناسیون سرخک-اورپون-سرخچه پس از زایمان برای زنانی که فاقد ایمنی هستند توصیه می‌شود به خصوص برای سرخچه. برعکس، شیرخواران در معرض خطر بروز عارضه واکسیناسیون پس از مواجهه با واکسن آبله مرغان یا آنسفالیت پس از واکسیناسیون تب زرد می‌باشند. دو مورد مننگوآنسفالیت در شیرخواران شیر مادرخواری که مادرانشان بر علیه تب زرد واکسینه شده بودند ثبت شده است. بنابراین، اغلب واکسن‌ها، به استثنای واکسن آبله مرغان یا تب زرد، که در شرایط غیر اضطراری کنتراژیکه هستند، در طول دوران شیردهی قابل استفاده هستند.

خلاصه

فواید تغذیه با شیر مادر به خطر مواجهه با اغلب عوامل دارویی از طریق شیر مادر ارجحیت دارد. گرچه اغلب داروها و عوامل درمانی خطری برای مادر یا شیرخوار شیر مادرخوار ایجاد نمی‌کنند، برای برخی داروهای خاص باید برای هر فرد نسبت خطر/ فایده آن را در نظر داشت، علی‌الخصوص در داروهایی که در شیر مادر تجمع می‌یابند یا در مقادیر بالینی قابل توجه بر اساس دوز نسبی شیرخوار یا غلظت‌های قابل اندازه‌گیری سرمی به شیرخوار می‌رسند. در مورد داروهایی که فواید ثابت شده‌ای نداشته و نیمه عمر طولانی دارند که می‌تواند منجر به تجمع دارو گردد، یا داروهایی که مسمومیت شناخته شده برای مادر یا شیرخوار ایجاد می‌کنند احتیاط توصیه می‌شود. علاوه بر این، برخی شیرخواران خاص ممکن است به دلیل نارس بودن عملکرد ارگانها (مثلاً نوزادان یا شیرخواران پره‌ترم) یا به دلیل وجود شرایط زمینه‌ای طبی نسبت به بروز عوارض جانبی مستعدتر باشند. منابع متعدد بسیار خوبی برای متخصصین اطفال موجود است از جمله سیستم برچسب زنی محصول و پایگاه داده peer-reviewed و LactMed. مشاوره با یک متخصص ممکن است نیاز باشد به خصوص در استفاده از داروهای رادیواکتیو، انکولوژیک یا سایر داروهایی که در LactMed نیامده است. اطلاعات بیشتر در مورد موضوعات خارج از هدف این گزارش، مثلاً عوامل محیطی، را می‌توان از چاپ سوم کتاب «سلامت محیط زندگی کودکان» از انتشارات AAP به دست آورد.

نظریه کمیته ACOG (کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا)

شماره ۳۶۱-فوریه ۲۰۰۷

تغذیه با شیر مادر: جنبه‌های مربوط به مادر و شیرخوار

چکیده

شواهد موجود در زمینه ارزش تغذیه با شیر مادر و شیرخوار همچنان در حال افزایش است. کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا (ACOG) به شدت از تغذیه با شیر مادر حمایت می‌کند و از فلوها، سایر کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با مادر و کودک، بیمارستان‌ها و کارفرمایان می‌خواهد که مادران را در انتخاب تغذیه با شیر مادر حمایت کنند. متخصصین زنان و مامایی و سایر کارکنان بهداشتی مرتبط با مادر باردار، باید اطلاعات صحیح در مورد تغذیه با شیر مادر به مادران باردار ارائه نموده و برای رفع هر گونه مشکل احتمالی در طول تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادر آماده باشند.

تحقیق در ایالات متحده و در سراسر جهان نشان می‌دهد که تغذیه با شیر مادر و شیرانسان، مزایای زیادی برای شیرخوار، مادر، خانواده و جامعه فراهم می‌کند. در سال ۱۹۷۱، فقط ۲۴/۷ درصد از مادران ترخیص شده از بیمارستان، شیرخوار خود را با شیرمادر تغذیه کردند. از آن زمان به بعد، میزان شروع تغذیه با شیرمادر به دلیل افزایش آگاهی در مورد مزایای تغذیه با شیرمادر در مقایسه با شیر خشک، در حال افزایش است اما هنوز به هدف اعلام شده توسط خدمات سلامت جامعه در برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰» آمریکا نرسیده‌ایم. در سال ۲۰۰۵، ۷۲/۹ درصد از مادران تازه زایمان کرده آمریکا، تغذیه با شیرمادر را شروع کردند. گرچه این عدد به هدف ۷۵ درصدی تغذیه با شیرمادر بلافاصله پس از زایمان نزدیک است، اما هنوز راه طولانی برای دستیابی به هدف تغذیه با شیرمادر (۵۰ درصد تا ۶ ماهگی و ۲۵ درصد تا ۱۲ ماهگی) پیش رو داریم.

ارتقای میزان شروع تغذیه با شیرمادر در مواردی که مادر تلاش می‌کند بر موانع عملی تغذیه با شیرمادر غلبه کند، سخت و مشکل شده است. زنان و شیرخوارانی که اغلب در درون گروه‌های جمعیتی (جغرافیایی-قومیتی-اقتصادی، تحصیلاتی) دارای میزان‌های کم تغذیه با شیرمادر هستند، بیشترین بهره‌را از مزایای تغذیه با شیرمادر خواهند برد. آموزش و خدمات حمایتی می‌تواند این میزان را در این گروه‌ها همچون سایر زنان ارتقاء دهد. آموزش و حمایت از تغذیه با شیرمادر یک سرمایه‌گذاری اقتصادی برای برنامه‌های سلامتی و کارفرمایان است زیرا شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند کمتر بیمار می‌شوند.

تغذیه با شیرمادر روش ارجح تغذیه برای نوزاد و شیرخوار است. تقریباً هر زنی می‌تواند شیرخوارش را با شیر مادر تغذیه کند. موارد استثناء محدود بوده و شامل زنانی است که داروهای مخدر خیابانی مصرف می‌کنند یا بدون کنترل الکل مصرف می‌کنند، دارای شیرخوار مبتلا به گالاکتوزومی هستند، HIV یا ویروس سلول T لنفوتروپیک تیپ II و I دارند، سل فعال درمان نشده، یا واریسلا یا هرپس سیمپلکس فعال با ضایعات پستانی دارند.

کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا به شدت از تغذیه با شیرمادر حمایت می‌کند و از فلوهای خود، سایر پرسنل بهداشتی درمانی مسئول مراقبت از مادر و شیرخوار، بیمارستان‌ها و کارفرمایان می‌خواهد مادران را در انتخاب تغذیه با شیرمادر حمایت کنند. همه باید کار کنند تا تداوم تغذیه با شیرمادر در محیط کار و اماکن عمومی را تسهیل نمایند. کارکنان بهداشتی درمانی فرصت‌های گسترده‌ای دارند تا به عنوان منبعی مهم در زمینه فواید تغذیه با شیرمادر، دانش، مهارت و حمایت مورد نیاز برای تغذیه موفق با شیرمادر برای جامعه و بیماران عمل نمایند. متخصصین زنان و مامایی علاوه بر تأمین مراقبت‌های بالینی و حمایتی برای بیماران، باید در صف اول تقویت تغییرات در محیط جامعه در جهت حمایت از تغذیه با شیرمادر باشند، چه از طریق ایجاد تغییر در فعالیت‌های بیمارستانی، چه از طریق تلاش‌های اجتماعی یا از طریق وضع قوانین حمایتی.

توصیه و تشویق متخصصین زنان و مامایی قبل از بارداری، حین بارداری و پس از زایمان در تصمیم‌گیری برای تغذیه با شیرمادر بسیار حیاتی است. فعالیت‌های مناسب بیمارستانی در زمان زایمان فاکتورهای مهمی در توانمندسازی مادران برای تغذیه با شیرمادر است. ارائه دهندگان خدمات باید بدانند دادن بسته‌های هدیه حاوی فورمولا به مادران شیرده، به طور عمده مانع تداوم تغذیه با شیرمادر می‌شود. قرار دادن توصیه‌های تخصصی در زمینه مراقبت و تغذیه شیرخوار در بسته هدیه تأکید می‌شود. به همین دلیل پزشکان ممکن است چنین نتیجه‌گیری نمایند که جایگزین‌های آموزشی غیرتجاری یا بسته‌های هدیه بدون آیتیم‌های مرتبط با سلامتی ارجح است. پس از ترخیص، مطب متخصص زنان و مامایی باید منبع کمک ۲۴ ساعته باشد یا ارتباط با سایر منابع حمایتی در درون جامعه را فراهم کند. مشکلات تغذیه با شیرمادر از جمله درد نوک پستان و پستان باید ارزیابی شود و فوراً درمان شود. معاینه بالینی پستان برای زنان شیرده توصیه می‌شود. اگر هر توده یا مسئله غیرطبیعی در پستان مشاهده شد، باید ارزیابی کامل انجام شود.

جلوگیری از بارداری یک موضوع مهم در پیگیری‌های مادر شیرده و بحث به موقع است. زنان باید تشویق شوند تا برنامه آینده جلوگیری از بارداری و فرزندآوری خود را در دوران بارداری مدنظر داشته باشند و اطلاعات و خدمات لازم برای دستیابی به این هدف را دریافت نمایند. آیتیم‌هایی که باید با جزئیات توضیح داده شود شامل روش‌های غیرهورمونی، روش‌های هورمونی و روش آمнوره شیردهی می‌باشد.

مادران باید حمایت شوند تا بتوانند تغذیه با شیر مادر را در زندگی روزمره شان در جامعه و در محیط کار ادغام نموده و بتوانند تغذیه با شیر مادر را تا هر زمان ممکن ادامه دهند. تداوم تولید شیر به شدت بستگی به تعداد دفعات شیردهی و کفایت تحریک تولید شیر و یا شیردوشی در زمان جدایی مادر و شیرخوار دارد. ACOG توصیه می‌کند تغذیه انحصاری با شیر مادر تا حدود سن ۶ ماهگی ادامه یابد. البته طولانی شدن مدت تغذیه با شیر مادر سودمند خواهد بود. اهداف اختصاصی شامل تشویق و توانمندسازی همه مادران برای تغذیه با شیر مادر و کمک به آنها برای تداوم تغذیه تا هر زمان ممکن است. مطب پزشکان می‌تواند در تشویق و خوشایند کردن تغذیه با شیر مادر از طریق آموزش کارکنان، محیط مطب، مواد آموزشی کمکی و سیاست‌های حمایتی یک نمونه باشد.

اطلاعات دقیق‌تر در مورد تغذیه با شیر مادر و استراتژی‌های عملی حمایت از آن، در بررسی بالینی ACOG تحت عنوان «special Report From ACOG, Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects» و در منابع ACOG و AAP در کتاب Breastfeeding for physicians موجود است.

بررسی و مرور بالینی ACOG (کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا)

ژانویه - فوریه ۲۰۰۷

گزارش اختصاصی از ACOG

تغذیه با شیر مادر: جنبه‌های مربوط به مادر و شیرخوار

کمیته مراقبت‌های بهداشتی برای مادران محروم
کمیته بارداری و زایمان

ترویج تغذیه با شیرمادر اولویت دائمی کالج می‌باشد. ACOG با مشارکت گروه‌های ملی و بین‌المللی علاقمند سلامت شیرخواران در سراسر جهان، اقدام به تدوین دستور عمل‌های تغذیه با شیرمادر نموده است. این دستور عمل‌ها به وسیله کمیته مراقبت سلامت زنان ACOG و کمیته بارداری و زایمان ACOG تدوین شده است که در این گزارش اختصاصی آمده است تا همگان از آن مطلع گردیده و سرانجام به آنها که بیشترین بهره را از آن خواهند برد، یعنی مادران و شیرخواران، برسد. این راهنماها و همچنین اطلاعات بیشتر در سایت www.acog.org قابل دسترسی است.

Ralph W. Hale, MD مدیر اجرایی اسبق کالج زنان و مامایی

چکیده

مدارک و شواهد موجود در مورد ارزش تغذیه با شیر مادر برای زنان و کودکان همچنان ادامه دارد. شیرانسان فواید ایمنولوژیک، تغذیه‌ای و تکاملی برای شیرخوار دارد که با تغذیه با شیرمصنوعی بدست نمی‌آید. شیرمادر همچنین فواید قابل ملاحظه‌ای برای مادر دارد. بسیار مهم است که زنان در انتخاب آنچه برای آنان، فرزندان و خانواده‌شان بهترین است، آگاهانه تصمیم‌گیری نمایند. کالج زنان و مامایی آمریکا به شدت از تغذیه با شیر مادر حمایت می‌کند و از فلوها و سایر کارکنان بهداشتی که مراقبت مادر و کودک انجام می‌دهند، بیمارستان‌ها و کارفرمایان می‌خواهد که برای انتخاب تغذیه با شیرمادر به مادران کمک کنند. علی‌الخصوص متخصصین زنان و زایمان و سایر پرسنل بهداشتی که مراقبت زن باردار انجام می‌دهند باید بطور مستمر به مادر باردار اطلاعات دقیق درباره تغذیه با شیرمادر داده و در صورت بروز هرگونه مشکل در شیردهی، برای حمایت از مادر آماده باشند.

سابقه

با تولید فرمولای غنی شده با آهن، در دهه آخر سال های ۱۹۵۰ که تغذیه با شیرخشک رواج یافته بود میزان تغذیه با شیرمادر شروع به کاهش کرد. در سال ۱۹۷۱ فقط ۷/۲۴ درصد مادران هنگام ترک بیمارستان تغذیه با شیرمادر داشتند. از آن زمان میزان شروع تغذیه با شیرمادر بصورت پیوسته در حال افزایش بوده است اما هنوز هدف تعیین شده برای برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰» امریکا تحقق نیافته است. در سال ۲۰۰۵، ۹/۷۲ درصد از همه مادران ایالات متحده تغذیه با شیرمادر را شروع نموده بودند، اگر چه این مقدار نزدیک به هدف ۷۵ درصدی تعیین شده برای دوره پس از زایمان می باشد. اما هنوز راه طولانی تا دستیابی به هدف ۵۰ درصد تغذیه با شیرمادر تا ۶ ماهگی و ۲۵ درصد تا یک سالگی باقی مانده است.

افزایش درصد زنانی که تغذیه با شیرمادر را آغاز نموده اند، نشان دهنده افزایش آگاهی آنان در مورد فواید شیر مادر نسبت به شیر مصنوعی است. اگر چه این میزان ارتقاء حاصل شده در درصد شروع تغذیه با شیرمادر، بدلیل تلاش هایی که برای غلبه بر موانع عملی انجام میشود متغیر بوده است. کمترین میزان شروع تغذیه با شیرمادر مربوط به زنان سیاه پوست غیرهیسپانیک (non-hispanic)، زنان زیر ۲۰ سال، زنان شرکت کننده در برنامه WIC (برنامه حمایتی اختصاصی زنان، شیرخواران و کودکان) و زنانی که تحصیلات دبیرستانی و کمتر دارند می باشد. میزان شروع تغذیه با شیرمادر در ایالات مختلف بطور قابل ملاحظه ای متفاوت است و کمترین مقدار آن (زیر ۵۵ درصد) مربوط به ایالت آرکانزاس، کنتاکی، لوئی زیان، می سی سی پی و ویرجینیای غربی است.

در سال ۲۰۰۵، میزان «هر مقدار تغذیه با شیرمادر تا ۶ ماهگی» به ۱/۳۹ درصد رسید که بیشترین میزان در ۳۵ سال گذشته را داشت. بیشترین کاهش در تغذیه با شیرمادر (تقریباً ۲۰ درصد)، در ماه اول پس از ترخیص رخ می دهد. در بررسی این کاهش سریع، شایع ترین دلیل قطع زود هنگام، تصور بر تولید ناکافی شیرمادر، اشکال در گرفتن و مکیدن صحیح پستان توسط شیرخوار و کمبود انگیزه مادر مطرح شده است. برخی فعالیت های متمرکز آموزشی، از نظر آماری در جمعیت های خاص تاثیر داشته است. در مقایسه با سایر گروه های دموگرافیک، میزان شروع تغذیه با شیرمادر در زنان سیاه پوست افزایش سریع تری در سال های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۳ داشت. علی رغم این روند خوشایند، در سال ۲۰۰۳ میزان تغذیه با شیرمادر در زمان ترخیص از بیمارستان در زنان سیاه پوست، پایین ترین میزان (۳/۴۸ درصد) را در مقایسه با میزان کشوری (۶۶ درصد) داشت. به علاوه زنان شرکت کننده در برنامه WIC از جمله افرادی بودند که سریع ترین افزایش در میزان تغذیه با شیرمادر را داشتند، اگر چه این میزان به وضوح کمتر از متوسط ملی بود.

این سند بطور عمده در مورد تغذیه با شیرمادر در مادران سالم و شیرخواران سالم ترم می باشد. شیرانسان

و تغذیه با شیر مادر برای نوزادان نارس، و مادران و شیرخواران با سایر نیازهای خاص توصیه می‌شود. گرچه اطلاعات اختصاصی در این زمینه، خارج از هدف این سند می‌باشد.

فواید تغذیه با شیر مادر

تحقیقات در ایالات متحده و در جهان نشان می‌دهد که تغذیه با شیر مادر و شیرانسان فواید بسیاری برای شیرخواران، زنان، خانواده‌ها و جامعه فراهم می‌کند. این مطالعه و اطلاعات به دست آمده از آن، مربوط به جمعیت‌های مختلف فرهنگی و اقتصادی است.

در سال ۲۰۰۵، آکادمی طب کودکان آمریکا (AAP) بیانیه بازنگری شده سیاست «تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیرانسان» را منتشر کرد. این بیانیه توسط حوزه تغذیه با شیر مادر AAP توسعه یافت و مقالات تحقیقاتی بسیاری را در مورد ارتباط بین تغذیه با شیر مادر، و سلامت و تکامل شیرخوار بررسی نموده است. این بیانیه، اثرات ثابت شده حفاظتی شیرمادر بر روی شیرخوار، و ارتباطات مثبت دیگر آن که نیازمند مطالعات بیشتر است) را خلاصه نموده است (جدول رابینید). مشخص شده است که بسیاری از فواید تغذیه با شیرمادر برای مادر و شیرخوار، با انحصاری بودن و افزایش مدت شیردهی افزایش خواهد یافت. مطالعات اولیه که نتوانستند این عوامل را توضیح دهند، سبب نتیجه‌گیری‌های متناقض شده است. متخصصین زنان و مامایی که این منبع علمی را در مورد فواید شیرمادر برای شیرخوار مرور می‌نمایند آمادگی بیشتری برای مراقبت از زنان در کار عملی‌شان پیدا می‌کنند.

شیرخواران

فواید تغذیه با شیر مادر برای شیرخوار در زمینه‌های زیر اثبات شده است. شیرانسان برای هر شیرخوار، مواد مغذی اختصاصی سن و اختصاصی گونه فراهم می‌کند. کلاستروم (آغوز)، ماده‌ای که بلافاصله پس از تولد نوزاد از پستان ترشح می‌گردد، سطح بالایی از ایمنی را، به ویژه با دارا بودن ایمونوگلوبولین A ترشحي (IgA)، به نوزاد انتقال می‌دهد. در طول ۷-۴ روز اول پس از زایمان، غلظت پروتئین و مواد معدنی در شیرمادر کاهش می‌یابد و آب، چربی و لاکتوز افزایش پیدا می‌کند. ترکیب شیر، متناسب با نیازهای تغذیه‌ای شیرخوار به طور مداوم تغییر می‌کند. علاوه بر تعادل صحیح مواد مغذی و عوامل ایمنی‌زا، شیرانسان دارای فاکتورهایی است که به عنوان سیگنال‌های بیولوژیک برای بهبود رشد و تمایز سلولی عمل می‌کنند. شیرانسان همچنین شامل مواد متعددی با خواص ضد میکروبی است، که علیه عفونت‌ها نقش محافظتی دارد. هر چند ممکن است شیر انسان به تنهایی برای نوزادان نارس، شیرخوارانی که مادرانشان ذخایر اندک آهن دارند و نیز شیرخواران بالای ۶ ماه آهن کافی فراهم نکند.

زنان

فواید شیرمادر برای زنان، با مدارک و مستندات اثبات شده است. این فواید بلافاصله پس از زایمان، با ترشح اکسی توسین حین رفلکس جهش شیرآغاز می‌شود. این پدیده باعث افزایش انقباضات رحمی، کمک به برگشت رحم و در نتیجه کاهش خونریزی مادر می‌شود. علاوه بر این شواهدی وجود دارد که اکسی توسین و پرولاکتین در ایجاد احساس آرامش و پیوند عاطفی مادر با شیرخوار نقش دارند. تغذیه با شیرمادر با کاهش خطر بروز سرطان تخمدان و سرطان پستان همراه می‌باشد. بعلاوه تغذیه با شیرمادر تخمک‌گذاری پس از زایمان را به تأخیر می‌اندازد که منجر به فاصله‌گذاری بین تولدها می‌گردد.

اگر چه شیردهی باعث برداشت مقداری از مواد معدنی استخوان می‌گردد، اما مطالعات نشان می‌دهد که مینرالیزاسیون مجدد استخوان پس از قطع شیردهی انجام می‌شود. مهم ترین نکته بعضی مطالعات بالینی نقش محافظتی شیردهی مثلاً بروز پایین‌تر پوکی استخوان و شکستگی لگن پس از یائسگی را نشان می‌دهند.

خانواده و جامعه

مطالعات نشان می‌دهد که کودکان شیرمادرخوار کمتر دچار بیماری شده و بنابراین مراجعه کمتری به پزشک و بیمارستان دارند. این به معنی کاهش هزینه‌های درمانی و کاهش غیبت مادر شاغل، از محل کار خود می‌باشد و از آنجا که زنان، امروزه بخش عظیمی از نیروی کار را تشکیل می‌دهند سبب بهبود بهره‌وری در کار برای جامعه خواهد شد. بیش از ۶۰ درصد کل زنان در طول اولین سال پس از تولد کودک به کار بیرون از منزل مشغول می‌شوند.

تغذیه با شیرمادر با این که وقت و توجه فراوان مادر را می‌طلبد می‌تواند درآمد قابل ملاحظه‌ای از خانواده و جامعه را در مقایسه با تغذیه با شیر مصنوعی ذخیره کند. جامعه نیز با در نظر گرفتن مسائل اکولوژیکی دورانداختن قوطی‌های شیر مصنوعی، شیشه‌های شیر و سربطری‌ها بهره‌مند خواهد شد.

تحقیق در زمینه اثرات حفاظتی بالقوه و تثبیت شده تغذیه با شیرمادر و شیرانسان روی شیرخوار

بر اساس بیانیه سیاست آکادمی طب کودکان آمریکا تحت عنوان «تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیرانسان»، نتایج تحقیقات وسیع و گسترده فواید گوناگونی از تغذیه با شیرمادر را نشان می‌دهد که گزینه‌هایی از آن در زیر آمده است:

بیماری‌های عفونی

تحقیقات در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه جهان، از جمله جمعیت‌های طبقه متوسط در کشورهای توسعه یافته، شواهد قوی را نشان می‌دهد که تغذیه با شیرمادر سبب کاهش بروز یا شدت طیف وسیعی از بیماری‌های عفونی از جمله مننژیت باکتریال، باکتری، اسهال، بیماری‌های دستگاه تنفسی، انتروکولیت نکروران، اتیت مدیا، عفونت دستگاه ادراری، و سپسیس دیربروز در شیرخوار نارس می‌شود. علاوه بر این، میزان مرگ شیرخوار پس از دوره نوزادی نیز در شیرخواران شیرمادرخوار، در ایالات متحده تا ۲۱ درصد کاهش می‌یابد.

سایر پیامدهای سلامتی

برخی مطالعات کاهش میزان مرگ ناگهانی شیرخوار در سال اول تولد و کاهش بروز دیابت ملیتوس غیروابسته به انسولین (تیپ ۱) و وابسته به انسولین (تیپ ۲)، لنفوم، لوکمی، بیماری هوجکین، اضافه وزن و چاقی، افزایش کلسترول خون و آسم را در کودکان بزرگتر و بزرگسالانی که با شیرمادر تغذیه شدند نشان داده است (در مقایسه با افرادی که شیرمادر نمی‌خورند). انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه میتواند گواه مطلب باشد.

تکامل عصبی

تغذیه با شیرمادر با افزایش مختصر در عملکرد تست‌های تکامل شناختی شیرخوار همراه است. تغذیه با شیرمادر حین انجام یک پروسه دردناک روی نوزاد مثل خون‌گیری از پاشنه پا، سبب کاهش درد در وی می‌شود.

موانع تغذیه با شیرمادر

زنان باید بدانند تغذیه با شیر مادر مانند سایر جوانب داشتن یک فرزند جدید، هم دارای اجر و پاداش بوده و هم کار زیادی طلبیده و طاقت فرسا می‌باشد. باید به مادران شیرده اطمینان داده شود که حمایت لازم از آنان به عمل خواهد آمد، راه‌های متعددی برای رفع مشکلات و موانع عملی آنان وجود داشته و متخصصینی وجود دارند که می‌توانند برای رفع مشکلات به آنان کمک کنند. هرگونه شک و تردید در توانایی یا اشتیاق برای ادامه شیردهی یا موانع احتمالی در شیردهی باید بررسی شود و مادر باید برای شیردهی تشویق شود. پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی درمانی باید اثربخشی بالقوه دانش و مهارت‌های خود را در تشویق و حمایت از مادران در شروع و تداوم شیردهی بشناسند. مطالعات تاثیرتوصیه‌های پزشکان به تغذیه انحصاری را تایید می‌کند، حتی زمانی که مادر تصمیم واضحی برای اینکار نگرفته باشد. بعنوان مثال پزشکانی که حمایت خود را از تغذیه انحصاری با شیرمادر بیان می‌کنند، درصد بالایی از مادران مراجعه کننده به آنها برای مدت طولانی

شیر دادند.

در جوامع پیشرفته، موانعی برای تغذیه با شیرمادر ایجاد گردیده که در پایین بودن درصد تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول پس از تولد اثر دارد (۱۳/۹ درصد در سال ۲۰۰۵). زمان کوتاه بستری در بیمارستان در زمان زایمان آموزش تغذیه با شیرمادر را با چالش روبرو ساخته است. کمبود حمایت‌های همسر و برخی رسوم خانوادگی ممکن است سبب دلسردی در تغذیه با شیرمادر شود. گرچه بعضی از کارفرمایان درک کرده‌اند که تشویق تغذیه با شیرمادر بعنوان یک سیاست و خط مشی، روحیه کارمندی را بهبود داده و غیبت از کار را کاهش می‌دهد، اما بازگشت به کار هنوز به عنوان یک مانع برای شیردهی مطرح است. محیط اجتماعی غیردوستانه می‌تواند تغذیه با شیرمادر در اماکن عمومی را مشکل نماید. گرچه تأثیر این موانع از طریق آموزش به خانواده‌ها، کارفرمایان و جامعه کاهش می‌یابد، اما برخی از زنان چنین تصمیم می‌گیرند که مشکلات تغذیه با شیرمادر برای آنان بیشتر از منافع و مزایای آن برای خود و بچه‌هایشان می‌باشد.

چه کسی می‌تواند شیر بدهد؟

تقریباً هر زنی می‌تواند کودکش را شیر بدهد. مادر و نوزاد می‌توانند در سایه حمایت افراد ماهر و با تجربه، در مورد اصول تغذیه با شیرمادر و چگونگی برخورد با مشکلات آن، راحت‌تر آموزش ببینند. بیماران خدمات زایمانی به صورت چشمگیری در دهه گذشته تغییر یافته‌اند بطوریکه درصد مادران و شیرخواران دارای عوامل خطر بروز مشکل شیردهی افزایش داشته است. این مسائل شامل افزایش مادران سزارینی، زایمان‌های متعدد، تولد نوزادان نزدیک به ترم، جراحی پستان، جدایی از شیرخوار می‌باشد. به مادرانی که زایمان سزارین داشته‌اند باید اطمینان داده شود که آنان نیز می‌توانند مانند مادرانی که زایمان واژینال داشته‌اند نوزادانشان را شیر دهند. با شناسایی زودهنگام و مدیریت فعال، حمایت‌های بیشتر می‌تواند روی ترویج و ارتقاء ۳ فاکتور کلیدی متمرکز شود: تثبیت تولید شیر کافی، تماس مادر و شیرخوار (پستان گرفتن و مکیدن شیرخوار) و اعتماد به نفس مادر. با افزایش درصد مادرانی که دارای ریسک فاکتور بروز مشکلات شیردهی هستند، پزشکان باید فرصت‌های موجود بلافاصله پس از زایمان را برای مدیریت پیشگیرانه بشناسند.

برخی مادران به اشتباه تصور می‌کنند یا به آنها گفته می‌شود که به دلیل آناتومی پستان یا شرایط خاص دیگر مثل نیپیل فرورفته یا جراحی پستان نمی‌توانند شیردهی داشته باشند. در واقع این شرایط ضرورتاً مانع شیردهی نیست. نوک پستان فرورفته واقعی نادر است. اگر تولید شیر از طریق دوشیدن شیر با دست یا شیردوش الکتریکی تثبیت شود، نیپیل فرو رفته نمی‌تواند مانع تغذیه از شیر پستان یا شیردهی از پستان با استفاده از محافظ سیلیکونی نوک پستان (Shield) باشد. اغلب زنان دارای نوک پستان صاف یا فرورفته،

چنانچه در روزهای نخست شیردهی به طور مناسب حمایت و یاری شوند می‌توانند شیر بدهند. دوشیدن شیریک یا دو دقیقه قبل از شیردادن، پستان گرفتن نوزاد را تسهیل می‌کند. شیردهی برای مادرانی که جراحی پستان داشته‌اند امکان پذیر است مگر آنکه جراحی به طور عمده مجاری شیر را درگیر کرده باشد. زنان پس از جراحی ماموپلاستی کوچک کردن پستان، بسته به درجه قطع شدن سیستم مجاری شیری نیز می‌توانند شیردهی داشته باشند. در مادرانی که ماموپلاستی برای بزرگ کردن پستان داشته‌اند شیردهی ممکن است از طریق تخلیه مکرر پستان در زمان لاکتوژن تسهیل گردد. بیوپسی پستان که برش جراحی روی آرئول باشد بالقوه مشکل ساز است. اما مادر می‌تواند به وسیله افزایش تولید شیر در پستان سمت دیگر مشکل را مرتفع کند. زنان با برش جراحی اطراف آرئول‌ها و زنانی که جراحی کاهش سایز پستان داشته‌اند باید درباره پیش‌رشد کودک مشاوره شوند زیرا در معرض افزایش خطر تولید ناکافی شیر قرار دارند. سوراخ کردن نوک پستان (pierced) مشکل خاصی در شیردهی ایجاد نمی‌کند مگر با عفونت یا اسکار همراه باشد. تزیین و آویز اسفاده شده برای نوک پستان باید قبل از شیردهی و برای پیشگیری از خفگی شیرخوار برداشته شود. زنان دارای پستان‌های هیپوپلاستیک یا توبولار ممکن است در تولید شیر کافی مشکل داشته باشند و باید مشاوره تخصصی برایشان درخواست شود، البته این وضعیت نادر است.

بعضی کودکان مبتلا به شکاف لب یا کام ممکن است قادر به تغذیه مستقیم از پستان مادر باشند. بافت نرم پستان می‌تواند شکاف را پر کند و شیرخوار را قادر سازد که محکم پستان را به دهان بگیرد. گاهی اوقات استفاده از یک پرکننده کام (palatal obturator) به شیرخوار اجازه می‌دهد با شیر مادر تغذیه شود و شیر را آسپیره نکند. مادرانی که نوزاد نارس دارند نیز می‌توانند شیر بدهند. به هر حال شیرخوار نارس نیازهای تغذیه‌ای خاص دارد. در تمام این وضعیت‌ها ارزیابی به وسیله افراد ماهر مفید می‌باشد.

چه کسی نمی‌تواند شیر بدهد؟

درست است که اغلب زنان می‌توانند شیر بدهند، اما استثنائاتی نیز وجود دارد. پزشکان باید این استثنائات را بدانند تا یأس و ناامیدی مادران را به حداقل برسد. موارد کنترانیدیکاسیون شیردهی اندک است. زنانی که نباید شیر بدهند شامل افراد ذیل است:

- زنانی که داروهای خیابانی (مواد مخدر) یا الکل به میزان کنترل نشده مصرف نمایند.
- زنانی که شیرخوار مبتلا به گالاکتوزمی دارند.
- عفونت‌های خاصی از قبیل ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) و ویروس لنفوتروپیک Cell-T تیپ I و تیپ II، سل یا واریسلای فعال درمان نشده، هرپس سیمپلکس فعال با ضایعات ناحیه پستان دارند.

- داروهای ضد نئوپلاسم، تیروتوکسیک و فاکتورهای ایمنوساپرسیو دریافت می‌کنند.
- داروی خاص دریافت می‌کنند یا تحت درمان سرطان پستان هستند.
- داروهایی که مادر مصرف می‌کند می‌تواند از طریق شیردهی به نوزادش منتقل شود. اگر اثر دارو برای نوزاد خطرناک یا سوال برانگیز باشد باید از مصرف آن دارو اجتناب شود. این مسئله بخصوص در مورد الکل و داروهای غیر مجاز (مواد مخدر) مصداق دارد. الکل یک سم است. مادری که مقادیر زیاد الکل می‌نوشد نباید شیردهی داشته باشد.

اطلاعات در مورد شیرخواران در معرض داروهای خیابانی (مواد مخدر) از قبیل کوکائین، ۳ و ۴ متیلن دی اکسی متامفتامین (MDMA)، دی اتیل آمید لیزرژیک اسید (LSD)، فن سیکلیدین (PCP)، و هروئین را می‌توانید در منابع ACOG در بخش Special Issues in Women's Health مطالعه نمایید. مدارکی وجود دارد که ثابت می‌کند زنانی که تحت درمان با برنامه نگهدارنده متادون قرار دارند، می‌توانند نوزاد خود را با شیرمادر تغذیه نمایند.

شیرخواران مبتلا به گالاکتوزمی، نباید با شیرمادر تغذیه شوند و یا شیر مصنوعی حاوی لاکتوز (مثل شیر گاو) دریافت کنند چون بیماری آن‌ها تشدید می‌شود. این شیرخواران نیاز به شیر مصنوعی مخصوص بدون لاکتوز دارند.

در بعضی عفونت‌ها تغذیه با شیرمادر کنترااندیکه است. بعضی دیگر نیازمند رعایت ملاحظاتی می‌باشند. رویکرد به تغذیه با شیرمادر بر اساس نوع عفونت و محیط متفاوت است. اطلاعات جامعی در مورد تغذیه با شیرمادر در عفونت‌های شایع مادری برای مطالعه بیشتر موجود می‌باشد. نکات برجسته این اطلاعات در ذیل آمده است.

در ایالات متحده آمریکا زنان آلوده به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یا عفونت ویروس لنفوتروپیک T-Cell انسانی نباید شیردهی داشته باشند زیرا عفونت از شیرمادر به شیرخوار منتقل می‌شود. گرچه در بعضی کشورهای دارای میزان بالای مرگ و میر شیرخوار، ممکن است هنوز فواید تغذیه با شیرمادر در تأمین مواد غذایی و پیشگیری از عفونت‌ها بر خطر انتقال HIV یا ویروس لنفوتروپیک T-Cell انسانی ارجحیت داشته باشد.

اگر مادری مبتلا به سل ریوی فعال باشد تماس مکرر و طولانی در جریان شیردهی، شیرخوار را با خطر انتقال عفونت از راه تنفس قرار می‌دهد. بنابراین تماس مادر و شیرخوار تا زمان دریافت درمان کافی و کسب اطمینان از مسری نبودن بیماری، باید قطع شود. البته شیردوشیده شده مادر را می‌توان به شیرخوار داد چون این شیر حاوی مایکوپلازما کتریوم توبرکلوزیس نیست.

اگر زنی دارای ضایعات فعال واریسلا (آبله مرغان) باشد، شیرخود را چه از طریق پستان و چه از طریق بطری نباید به شیرخوار بدهد و تا زمانی که عفونت فعال دارد باید از کودکش جدا نگه داشته شود. زمانی که شیرخوار ایمنوگلوبولین واریسلا زوستر دریافت کرد، مادر می‌تواند در صورتی که هیچ ضایعه پوستی روی پستان نداشته باشد از شیر دوشیده شده خود برای شیرخوار استفاده نماید. وقتی که علائم کلینیکی عفونت برطرف شد، مادر می‌تواند شیردهی را شروع کند. مادر دارای سیستم ایمنی سالم که دچار عفونت هرپس زوستر می‌شود (Shingles) در صورتی که ضایعات روی پستان نباشد و روی آنها پوشانده شود، می‌تواند به شیردهی ادامه دهد. آنتی‌بادی‌های مادری که از طریق جفت و شیر مادر دریافت می‌شود، از بروز بیماری پیشگیری کرده یا از شدت بیماری کم خواهد کرد. برای کاهش خطر انتقال بیماری، می‌توان به شیرخوار ایمنوگلوبولین واریسلا زوستر داد. تغذیه با شیرمادر در مادرانی که عفونت هرپس سیمپلکس فعال روی پستان دارند تا زمان از بین رفتن ضایعات کنتراندیکه است.

هپاتیت مانعی برای شیردهی نیست. با ایمنوپروپیلاکسی مناسب شامل ایمنوگلوبولین هپاتیت B و واکسن هپاتیت، تغذیه با شیرمادر برای کودکان متولد شده از مادر آنتی ژن مثبت، خطر انتقال بیماری ندارد. اگر زنی مبتلا به عفونت فعال هپاتیت A باشد شیرخوار می‌تواند بعد از دریافت سرم ایمنوگلوبولین و واکسن، با شیر مادر تغذیه شود. میزان متوسط عفونت ویروس هپاتیت C (HIV) که در شیرخواران متولد شده از زنان HCV مثبت گزارش شده، برای هر دو گروه تغذیه شده با شیرمادر و یا با بطری، ۴ درصد است. بنابراین HCV مادر منعی برای تغذیه با شیرمادر به وجود نمی‌آورد.

در زنان مبتلا به عفونت سیتومگالوویروس، هم ویروس و هم آنتی‌بادی‌های مادر در شیر دیده می‌شوند. به همین دلیل تغذیه با شیرمادر سبب ابتلا شیرخوار نمی‌شود مگر اینکه شیرخوار ترم با سیتومگالوویروس مادرزادی یا اکتسابی متولد شود. یک مطالعه روی شیرخوارانی که در جریان تغذیه با شیرمادر مبتلا به عفونت شدند، نشان داد شیرخوارانی که پاسخ ایمنی در آنها فعال گردید به بیماری مبتلا نشد و به ندرت علائم بیماری در آنها بروز کرد.

بسیاری از داروها با تغذیه با شیرمادر سازگار هستند. اطلاعات در زمینه یافته‌های موجود در مورد انتقال داروها و سایر مواد شیمیایی به شیرانسان در کتاب AAP/ACOG تحت عنوان Breastfeeding Handbook for Physicians قابل دسترسی است (منابع را ببینید). کتابخانه ملی دارو نیز یک پایگاه داده جدید و برخط در زمینه اطلاعات دارویی و شیردهی به آدرس <http://toxnet.nlm.nih.gov> ساخته است. عموماً شیردهی برای زنانی که داروهای ضد سرطان، تیروتوکسیک و عوامل سرکوب کننده ایمنی دریافت می‌کنند ممنوع است. ضمناً زنانی که ایزوتوپ رادیواکتیو درمانی دریافت می‌کنند یا تحت شیمی درمانی یا اشعه درمانی هستند

نباید شیر بدهند. داروهای دارای منع مصرف نسبی را می‌توان از طریق تنظیم فاصله مصرف دارو با شیردهی، با احتیاط مصرف نمود. در استفاده از ایزوتوپهای رادیواکتیو تشخیصی نیاز است تغذیه با شیرمادر به طور موقتی قطع شود. برای اطلاعات اضافی به راهنماهای تدوین شده به وسیله کمیسیون قانونگذاری هسته‌ای رجوع کنید.

آموزش تغذیه با شیرمادر، قبل و حین بارداری

مزایای تغذیه با شیرمادر برای سلامتی و عوارض و خطرات در عدم تغذیه با شیرمادر همکاری و هماهنگی حرفه‌ای بین همه کارکنان نظام سلامت را می‌طلبد تا زنان و خانواده‌هایشان را برای انتخاب تغذیه با شیرمادر آموزش داده و تشویق نمایند. مواد آموزشی برای مادران می‌تواند این پیام را تقویت کند (به منابع مراجعه کنید). متخصصین زنان و زایمان حین معاینات دوره‌ای و مراقبت‌های دوران بارداری فرصت‌های زیادی برای ترویج تغذیه با شیرمادر، کاهش نگرانی‌های زنان دارند و می‌توانند راه حل‌ها یا منابعی را به مادر پیشنهاد دهند تا آنان و خانواده‌هایشان بتوانند تغذیه با شیرمادر را انتخاب کنند.

معاینات دوره‌ای متخصصین زنان

متخصصین زنان و مامایی می‌توانند در مراقبت‌های روتین خود در هنگام معاینه پستان، با زنان سنین باروری در مورد تغذیه با شیرمادر صحبت کنند. به زنانی که آناتومی پستان آنان طبیعی است، باید گفته شود که در صورت تصمیم به فرزندآوری، مانع فیزیکی برای شیردهی ندارند.

ویزیت‌های پره‌ناتال

آموزش زن باردار و همسر وی در مورد زایمان و تغذیه با شیرمادر بخش مهمی از یک مراقبت خوب دوران بارداری می‌باشد. سایر اعضای خانواده را هم، که می‌توانند تغذیه با شیرمادر را حمایت کنند می‌توان آموزش داد. آموزش می‌تواند در مطب پزشک یا کلینیک انجام شود. توصیه و تشویق متخصصین زنان و مامایی در تصمیم‌گیری برای تغذیه با شیرمادر حیاتی است. سایر کارکنان نظام سلامت مثل متخصصین کودکان، پرستاران، مشاورین شیردهی نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند. بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌ها مثل گروه‌های حمایتی مادر-مادر و سایر سازمان‌های غیرپزشکی، نیز می‌توانند آموزش به زنان باردار و همسرشان را فراهم کنند.

بعضی از زنان که تغذیه با شیرمادر را انتخاب کردند، خودشان با شیرمادر تغذیه شده‌اند یا خواهر و برادری داشتند که با شیرمادر تغذیه شده است و شیردهی به عنوان یک رفتار نرمال در خانواده آنها تثبیت شده است.

این زنان احتمالاً از آموزش مختصر در ارتباط با تغذیه با شیرمادر و تقویت آن سود می‌بردند. زنانی که خانواده و دوستانشان، تجارب شیردهی خود را به آنان منتقل نکرده‌اند، نیز بارداری را با آرزوی انجام سالم‌ترین روش‌ها برای کودکانشان آغاز می‌کنند. راهنمایی و در نظر گرفتن شرایط زندگی این زنان، به آنها در تصمیم‌گیری در مورد تغذیه با شیرمادر کمک خواهد کرد. ارایه اطلاعات در مورد فواید و مشکلات تغذیه با شیرمادر، در مقایسه با استفاده از شیر مصنوعی به مادران کمک خواهد کرد تا درست تصمیم بگیرند.

اولین ویزیت دوران بارداری فرصت مغتنمی برای تشویق یا تقویت تصمیم‌مادر به شیردهی می‌باشد. اکثر بیماران، راهنمایی و اطلاعات را از پزشک خود درخواست می‌کنند و هرگز نباید اهمیت توصیه‌های پزشک را دست‌کم گرفت. درصد زیادی از زنان قبل از بارداری یا در سه ماهه اول بارداری، درباره نحوه تغذیه کودکان تصمیم‌گیری می‌کنند. بنابراین اولین ویزیت زمان ایده‌آلی برای تأکید بر مزایای تغذیه با شیرمادر در مقایسه با تغذیه شیر مصنوعی و مزایای تغذیه انحصاری با شیرمادر می‌باشد. مادرانی که قصد دارند به جای تغذیه انحصاری با شیرمادر، ترکیبی از تغذیه با شیرمادر و تغذیه با بطری داشته باشند کمتر به اهداف خود در زمینه تغذیه با شیرمادر دست می‌یابند. برخی کارشناسان پیشنهاد می‌کنند بجای اینکه بپرسید «آیا در نظر دارید شیرخوارتان را با شیرمادر یا با بطری تغذیه کنید؟»، از سوالاتی استفاده کنید که این دو روش تغذیه را معادل یکدیگر در نظر نگیرد. از عبارات زیر که بحث را ادامه خواهد داد استفاده کنید مثلاً «آیا دقت کرده‌اید که پستان‌های شما برای آمادگی تغذیه کودکان تغییر نموده‌اند؟» یا «درباره تغذیه با شیرمادر چه شنیده‌اید؟». سعی کنید موانع موجود را شناسایی و برای تشویق مادر به تغذیه با شیرمادر آنها را برطرف کنید. پزشک می‌تواند حین انجام معاینه پستان، یک معاینه اختصاصی از نظر شیردهی انجام داده و به سؤالات مادر در مورد تغییرات معمول پستان در بارداری و شیردهی پاسخ دهد. اگر مشکلات ظاهری و فیزیکی در پستان وجود نداشته باشد، می‌توان به مادر در مورد توانایی‌اش برای شیردهی اطمینان داد. اگر نوک پستان فرو رفته به نظر می‌رسد، مادر باید بداند شکل ظاهری پستان الزاماً پیش‌بینی‌کننده نتیجه تغذیه با شیرمادر نیست و مادر می‌تواند به کودک خود شیر دهد. گرچه انجام تکنیک‌های کمک به بیرون آمدن نوک پستان در بارداری توصیه نمی‌شوند زیرا مدارکی در مورد اثربخشی آنها وجود ندارد. هر نوع توده غیر طبیعی پستان که در این معاینه کشف شود، باید با استفاده از تکنولوژی مثل اولتراسونوگرافی و در صورت لزوم بیوپسی بطور کامل بررسی شود.

آموزش شیردهی در دوران بارداری

امروزه با کوتاه‌تر شدن زمان بستری در بیمارستان پس از زایمان، ضروری است که زنان باردار با دانش پایه

مناسب، که در طول دوره بارداری و قبل از زایمان به دست آورده‌اند، برای زایمان در بیمارستان بستری شوند. نشان داده شده است که گروه‌های آموزش دوران بارداری، در افزایش طول مدت شیردهی به طور ویژه مؤثر بوده‌اند. در این صورت آموزش در بیمارستان می‌تواند بر جوانب عملی تغذیه با شیرمادر مثل نحوه پستان گرفتن و روش‌های شیردهی متمرکز شود.

به مادر بارداری که به خوبی در مورد تغذیه با شیرمادر مشاوره شده و عدم تغذیه با شیرمادر را انتخاب کرده است، باید دوباره اطمینان داد که تولید شیرش در چند روز اول بعد از زایمان کم خواهد شد. هورمون درمانی برای توقف تولید شیر دیگر توصیه نمی‌شود. توصیه‌های فعلی برای این است که از یک کرست حمایتی اندازه مناسب، مسکن و کیسه‌های یخ جهت رفع درد استفاده نماید. همچنین باید به او اطمینان داده شود که اگر در مورد تغذیه با شیرمادر تغییر عقیده داد، می‌تواند شیردهی را در چند روز اول پس از زایمان شروع نماید. نشان داده شده که پروتکل‌ها و اقدامات عملی در بیمارستان میزان شیردهی موفق را افزایش داده‌اند (جدول را ببینید).

شروع درد زایمان

مداخلات خاص مدیریت درد حین زایمان، ممکن است میزان شروع تغذیه با شیرمادر را کم کند. برای حمایت از تمایل مادر به شیردهی، مدیریت درد باید به نحوی متعادل شود که ضمن اطمینان از برطرف شدن درد مادر، از مصرف زیاد داروها اجتناب شود بخصوص نازکوتیک‌ها که می‌تواند اثرات معکوس بر توانایی شیرخوردن شیرخوار داشته باشد. هر چند که انجام سزارین ممکن است چالش زیادی در شیردهی ایجاد کند، اما بیمارانی که سزارین شده‌اند نیز باید در مورد تغذیه با شیرمادر تشویق شوند. مادرانی که تحت عمل سزارین با بی‌حسی موضعی یا وضعیت‌های غیر اورژانسی قرار می‌گیرند، در مقایسه با مادرانی که به طور اورژانسی سزارین می‌شوند یا بی‌حسی عمومی می‌گیرند، به احتمال بیشتری تغذیه با شیرمادر را شروع و ادامه خواهند داد.

زایمان

بلافاصله پس از زایمان باید به مادر و نوزاد تازه متولد شده اجازه داد پیوند عاطفی مطلوب را از طریق تماس فوری فیزیکی و ترجیحاً پوست با پوست تجربه کنند. جدایی مادر و نوزاد ممکن است منجر به عوارضی از قبیل هیپوترمی، هیپوگلیسمی و افزایش احتمال مصرف شیرمصنوعی بشود. اولین تغذیه پس از تولد باید در نزدیک‌ترین فرصت ممکن، ترجیحاً در ساعت اول هنگامی که نوزاد بیدار، هوشیار و آماده برای مکیدن است انجام شود. هرچه فاصله بین تولد و اولین تغذیه طولانی‌تر باشد، احتمال استفاده از شیرمصنوعی بیشتر

می‌شود. پروفیلاکسی چشم، توزین، اندازه‌گیری‌ها و سایر معاینات باید به بعد از اولین تغذیه با شیرمادر موکول شود، یا حتی میتوان این کارها را بدون جدایی شیرخوار از مادر انجام داد. این اقدامات معمولاً بعداً در اتاق مادران انجام می‌شود.

حمایت از تغذیه با شیرمادر پس از زایمان

همه بیمارستان‌ها باید برای حمایت از تغذیه با شیرمادر، کارکنان آموزش دیده داشته باشند و امکان هم‌اتاقی ۲۴ ساعته مادر و شیرخوار را برای به حداکثر رساندن رابطه متقابل بین مادر و نوزاد فراهم آورند. هم‌اتاقی به مادر این امکان را می‌دهد که علایم گرسنگی شیرخوار را شناسایی کند. هم‌اتاقی و برقراری تماس پوست با پوست مزایای متعددی برای مادر و شیرخوار دارد. شیرخوار کمتر گریه میکند و بیشتر می‌خوابد و زودتر مهارت لازم در تغذیه با شیرمادر را کسب میکند. مادر نیز خواب بهتری داشته و تولید شیر افزایش می‌یابد. از جدایی مادرشیرده و شیرخوار در هر حالت ممکن باید اجتناب کرد. اکثر مراقبت‌ها و معاینات نوزادی شامل حمام کردن، خون‌گیری، معاینات فیزیکی، تجویز دارو و فتوتراپی در اتاق مادر قابل انجام خواهد بود. به این ترتیب مادر و نوزاد با هم از مراقبت‌های پرستاری موجود بهره می‌برند.

ده اقدام ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان

- ۱- یک سیاست مكتوب حمايت از تغذيه با شیرمادر داشته باشند که در معرض دید کلیه پرسنل باشد.
- ۲- کلیه پرسنل درگیر در مراقبت مادر و کودک را در زمینه مهارت‌های لازم برای اجرای این سیاست آموزش دهند.
- ۳- کلیه مادران باردار را در زمینه فواید تغذیه با شیرمادر آموزش دهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تغذیه با شیرمادر را در عرض ساعت اول پس از تولد شروع کنند.
- ۵- به مادر آموزش دهند چگونه شیرخوار خود را شیر دهد و در صورت جدایی مادر و شیرخوار به او کمک کنند چگونه شیردهی خود را حفظ نموده و تداوم دهد.
- ۶- شیرخواران را فقط با شیرمادر تغذیه کنند مگر در صورت وجود اندیکاسیون پزشکی.
- ۷- هم‌اتاقی مادر و شیرخوار را برقرار کنند و مادران را تشویق کنند در مدت بستری در بیمارستان در کنار شیرخوار خود باشند.
- ۸- تغذیه بدون محدودیت با شیرمادر را تشویق نمایند و به مادر آموزش دهند شیرخوار را با توجه به علائم گرسنگی و برحسب تقاضا تغذیه نمایند.
- ۹- مکیدن انحصاری از پستان را بدون استفاده از پستانک و سرشیشه تشویق کنند.
- ۱۰- مادران را به گروه‌های حامی تغذیه با شیرمادر ارجاع دهند و در صورت فقدان چنین گروه‌ها و مراکز، نسبت به تشکیل آن اقدام نمایند.

آموزش شیردهی پس از زایمان

آموزش در مدت اقامت در بیمارستان

کارکنان بیمارستان باید بدون توجه به زمان زایمان، برای هر بیمار وقت کافی اختصاص دهند و یک برنامه خاص در مورد جنبه‌های عملی تغذیه با شیرمادر داشته باشند تا مادران قبل از ترخیص مهارت لازم را کسب نمایند. کارکنان آموزش دیده باید رفتارهای تغذیه با شیرمادر را در مادر و نوزاد در ۴۸-۲۴ ساعت اول پس از تولد در مورد وضعیت‌های صحیح شیردهی، پستان گرفتن و کافی بودن میزان انتقال شیر ارزیابی کنند. همچنین باید مطمئن شوند که مادر در دوشیدن شیر با دست مهارت پیدا کرده است. شیردوشیده شده می‌تواند به وسیله یک قاشق پلاستیکی برای تغذیه شیرخوار استفاده شود. این مهارت ساده می‌تواند به افزایش تولید شیر مادر و تغذیه کودک خواب‌آلود یا کودکی که پستان را به خوبی نمی‌گیرد، کمک کند. اگر

پستان مادر در خانه احتقان پیدا کند مادر با این آموزش‌ها می‌داند چگونه پستان را تخلیه و نرم کرده، کودک را تغذیه کند و تولید شیر را حفظ نماید. در هم‌اتاقی مادر و نوزاد، مادر می‌تواند علایم گرسنگی نوزاد از قبیل افزایش هوشیاری یا فعالیت، باز کردن دهان یا رفلکس جستجو را مشاهده و به آنها پاسخ دهد. مادر باید بداند گریه علامت دیررس گرسنگی شیرخوار است. کارکنان باید به مادران بیاموزند که نوزادان باید بر حسب میل و تقاضا، تقریباً ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت تغذیه شوند تا احساس سیری نمایند. مدت زمان هر بار شیر دادن متفاوت است اما می‌تواند بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه از هر پستان باشد و تغذیه با شیرمادر نباید محدود شود مگر اینکه مادر تجربه دچار زخم نوک پستان شود. در آموزش باید به مادر تاکید کرد که شیردهی نباید دردناک باشد اما احساس ناراحتی مختصر در دو هفته اول شایع است. این ناراحتی ممکن است بصورت موقتی در زمان شروع تولید شیرمادر رخ دهد. پزشک باید هر گونه درد قابل توجه یا حساسیت را فوراً ارزیابی کند. معمولاً شیردهی دردناک اغلب از وضعیت نادرست در آغوش گرفتن و به پستان گذاشتن ناشی می‌شود که باید بجای اینکه شیردهی طولانی شود، وضعیت بلافاصله تصحیح شود. پمفلت «کودک‌تان را با شیر خود تغذیه کنید» تهیه شده توسط ACOG، منبعی است که می‌تواند برای کمک به مادر در زمینه نحوه بغل کردن و به پستان گذاشتن استفاده شود (منابع را ببینید). پستان گرفتن یکی از قدم‌های خیلی مهم برای شیردهی موفق است (جدول را ببینید). چندین رویکرد مفید و کاربردی در کتاب «Breastfeeding Handbook For Physicians» آمده است (منابع را ببینید).

نحوه درآغوش گرفتن و به پستان گذاشتن شیرخوار

وقتی نحوه شیرخوردن یک شیرخوار را مشاهده می‌کنید به نکات ذیل توجه کنید:

- به وضعیت بدن مادر، زبان بدن body language و tensionمادر، استفاده از بالش می‌تواند به حمایت بازوهای مادر یا بدن شیرخوار کمک کند.
- وضعیت بدن شیرخوار: شکم شیرخوار رو به شکم مادر باشد. دست زیرین نوزاد، اگر قنطاق نباشد، دور قفسه سینه مادر قرار گیرد. اگر شیرخوار مجبور باشد برای گرفتن پستان سرش را بچرخاند قورت دادن و گرفتن آرنول به خوبی انجام نخواهد شد. اگر از روش گهواره‌ای استفاده می‌شود سر شیرخوار باید در گودی آرنج مادر باشد و مادر بازوی خود را به طرف پستان حرکت دهد.
- محل دست مادر روی پستان بنحوی باشد که روی آرنول و محل دهان شیرخوار نباشد.
- وضعیت قرار گرفتن لب‌های شیرخوار روی آرنول حدود یک تا ۱/۵ اینچ (۲/۵ تا ۳/۷ سانتی‌متر) از قاعده نوک پستان.
- لب‌ها به بیرون برگشته، لب پایینی جمع نشده باشد وگرنه شیرخوار نمی‌تواند بمکد.
- کمک به پستان گرفتن شیرخوار
- تحریک لب پایینی و پاسخ شیرخوار بصورت باز کردن کامل دهان.
- حرکت عضلات جونده صورت شیرخوار حین مکیدن و شنیدن صدای بلع که حاکی از مکیدن مناسب است.
- نسبت مکیدن به بلعیدن با پیشرفت تغذیه یک به یک می‌شود.
- راحتی مادر بدون احساس درد در پستان.

آموزش شیردهی در هفته اول

قبل از ترخیص از بیمارستان، مادر باید درباره نشانه‌های کفایت دریافت شیرآموزش دیده و بداند که اکثر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند به آب نیاز ندارند. او همچنین باید درباره الگوی دفع مناسب با سن شیرخوار در هفته اول پس از تولد آموزش ببیند. حداقل شش بار دفع ادرار در روز، و ۳ یا ۴ بار دفع مدفوع در روز از سنین ۵ تا ۷ روزگی مورد انتظار می‌باشد. به مادر می‌توان نشان داد که چگونه در چند هفته اول یادداشت‌های ساده‌ای از تعداد دفعات و طول مدت تغذیه با شیرمادر، و تعداد دفعات دفع مدفوع و کهنه‌های مرطوب داشته باشد تا این موارد را با ارائه دهندگان مراقبت مطرح نماید. اگر چه، کهنه‌های با قابلیت جذب بالا، ارزیابی تعداد دفعات ادرار کردن را مشکل می‌کند، یک روش ساده برای بررسی جذب کافی

شیر مادر، دفع مدفوع زرد روشن و شل از روز پنجم تولد می‌باشد. مادر باید الگوی مورد انتظار کاهش وزن و وزن‌گیری نوزاد را بداند. قبل از وزن‌گیری، نوزادی که با شیر مادر تغذیه می‌شود ممکن است ۵ تا ۷ درصد وزن هنگام تولد خود را در هفته اول از دست بدهد. چنانچه کاهش وزن بیشتر از ۷-۵ درصد باشد یا در سه روز اول به این سطح از کاهش وزن برسد، پزشک باید مراحل تغذیه با شیر مادر را ارزیابی کند، تا قبل از جدی شدن مشکل، شناسایی و رفع گردد. اگر همه چیز خوب پیش برود و معاینه بالینی مشکلی را نشان ندهد، کاهش وزن حداکثر تا ۱۰ درصد قابل قبول خواهد بود. در پیگیری باید ثابت گردد که نوزاد بعد از هفته اول شروع به وزن‌گیری مجدد نموده است. در صورت ادامه دفع مکونیوم تا روز پنجم، فرایند شیردهی باید ارزیابی بیشتری شود.

دسترسی به مراکز پاسخگوی تلفنی

ترخیص مادر و نوزاد از بیمارستان و ورود وی به خانه می‌تواند یک تجربه لذت‌بخش اما نگران‌کننده باشد. خانواده مسئولیت مراقبت و تغذیه نوزاد را برعهده خواهد داشت. صرف نظر از وجود یا عدم وجود سیستم حمایتی در منزل، منابع پاسخگوی تلفنی برای ارایه راهنمایی و توصیه به مادر مورد نیاز است. این منبع باید مطب متخصصین زنان و مامایی، یا جایی باشد که مادر بیشترین مراقبت خود را از آنجا دریافت کرده است و یا حداقل جایی باشد که ارتباط لازم با سایر مراکز موجود در جامعه مثل متخصصین شیردهی و گروه‌های حامی را فراهم کند.

مراقبت پس از زایمان

همه مادران شیرده و نوزادان باید توسط یک متخصص اطفال یا سایر ارائه دهندگان ماهر خدمات سلامتی در ۳-۵ روزگی پس از زایمان ویزیت شوند. زمان این ویزیت تا حدودی به زمان ترخیص از بیمارستان و سایر علائم خطر از قبیل هیپرپیلی روبینمی بستگی دارد. این ویزیت از نظر ارزیابی وضعیت سلامت نوزاد در این سن بحرانی (برای مثال وزن، هیدراسیون، هیپرپیلی روبینمی)، همچنین مشاهده شیردهی مادر حائز اهمیت است. شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند باید در سن ۳-۲ هفتهگی یک ویزیت دوم برای بررسی بیشتر وزن‌گیری و حمایت از مادر داشته باشند.

به مادران باید اطمینان داد که داشتن یک رژیم غذایی متعادل، معمولاً مواد مغذی مورد نیاز شیرخواران را تأمین می‌کند. یک استثناء در مورد ویتامین D می‌باشد که بسیاری از افراد مقدار کافی ویتامین D از نور خورشید دریافت نمی‌کنند. به علاوه، قرار گرفتن در معرض نور آفتاب بدون محافظ توصیه نمی‌شود. به همین دلیل ویتامین D برای مصرف عموم به شیرو به فرمولای شیرخواران اضافه شده است. شیرخوارانی که

با شیرمادر تغذیه می‌شوند باید مکمل ویتامین D براساس تصویب کمیته کشوری ۴۰۰ واحد روزانه دریافت کنند. (روزانه ۲۰۰ واحد بین‌المللی از قطره خوراکی توصیه ACOG) مصرف این مکمل در ۲ ماه اول زندگی شروع شده و تا زمانی که مصرف روزانه شیر یا شیرمصنوعی غنی شده با ویتامین D به ۵۰۰ میلی‌لیتر برسد یا غذاهای حاوی مکمل ویتامین D به غذای شیرخوار اضافه شود، ادامه خواهد یافت (براساس تصویب کمیته کشوری تا ۲ سالگی). مکمل ویتامین D که مادر مصرف می‌کند باعث افزایش قابل ملاحظه میزان ویتامین D در شیرمادر نمی‌شود. در کل می‌توان به مادران اطمینان داد که کمیت و کالری شیرمادر تحت تأثیر رژیم غذایی و ورزش نیست.

به طور متوسط تخمین زده می‌شود که زنان شیرده روزانه تقریباً به ۵۰۰ کیلوکالری بیشتر از مقدار توصیه شده برای زنان غیرباردار و غیرشیرده نیاز دارند. دریافت غذای اضافی توسط مادر عموماً نیاز اضافی به ویتامین‌ها و مواد معدنی را تأمین خواهد کرد (احتمالاً به استثنای کلسیم و روی).

زنان در سنین بارداری در همه عمر از جمله دوره بارداری و شیردهی، نیاز به دریافت روزانه کلسیم به میزان ۱۰۰۰ mg دارند (۱۳۰۰ میلی‌گرم برای دوره بلوغ تا ۱۸ سالگی).

دریافت از طریق رژیم غذایی، منبع اصلی برای نیازهای تغذیه‌ای است. اگرچه دریافت کالری بسیاری از زنان شیرده در سطح پایین‌تری از میزان پیشنهادی است و در عوض ذخایر بدنی خود را مصرف می‌کنند. کاهش وزن اتفاق افتاده در مادر معمولاً روی شیردهی وی تأثیر ندارد اما ممکن است منجر به کمبود منیزیم، ویتامین B۶، فولات، کلسیم و روی در مادر بشود. اقدامات اصلاحی توسط متخصص تغذیه برای اصلاح دریافت مواد مغذی همراه با افزایش یا محدودیت در الگوی غذا خوردن مادر پیشنهاد می‌شود. زنان باید به نوشیدن مقادیر کافی از مایعات برای رفع تشنگی و تأمین آب کافی تشویق شوند. گرچه دریافت مایعات روی حجم شیر تأثیری ندارد. نیاز نیست که زنان شیرده از مصرف غذای خاصی (تند یا طعم دار) به دلیل شیردهی اجتناب نمایند، مگر اینکه شیرخوار نسبت به غذای خاصی واکنش منفی نشان دهد.

همسر زن می‌تواند با انجام اقداماتی مثل آوردن نوزاد نزد مادر برای تغذیه، تعویض کهنه نوزاد، نگهداری نوزاد و تشویق وی، نقش اساسی در حمایت وی داشته باشد. زوجین باید در مورد نحوه تطابق با شرایط عاطفی جدید در خانواده با یکدیگر گفتگو نمایند. زوجین ممکن است احساس کنند نگهداری از نوزاد روابط شخصی آن‌ها، از جمله از سرگیری روابط جنسی شان را دچار مشکل خواهد نمود. مراقبین بهداشتی باید نیاز مادر به پیشگیری از بارداری، تعدیل شرایط عاطفی و مشکلات فیزیکی از قبیل درد و زخم نوک پستان، خستگی و خشکی واژن ثانویه به شیردهی را شناسایی و رفع کنند.

پیشگیری از بارداری

زنان باید تشویق شوند تا در دوران بارداری به مسئله پیشگیری از بارداری و فرزندآوری آینده خود توجه نمایند، و اطلاعات و خدماتی به آنان داده شود که به آنها در رسیدن به اهدافشان کمک کند. بسیاری از زنان قبل از انجام ویزیت پس از زایمانشان، رابطه جنسی را از سر می‌گیرند و لذا ممکن است در خطر بارداری قرار گیرند. اجتناب از بارداری ناخواسته برای زن شیرده بسیار مهم است، چون اگر بارداری بعدی تا زمان تکمیل دوره شیردهی به تأخیر انداخته شود، تولید شیروی تحت تأثیر متغیرهای کمتری قرار می‌گیرد. اکثر زنان تمایل دارند فاصله بیش از یک سال با بارداری قبلی داشته باشند بنابراین بحث در مورد پیشگیری از بارداری هم برای زنان شیرده، هم زنان غیر شیرده بسیار مهم است. برای اطلاعات بیشتر در مورد پیشگیری از بارداری و شیردهی به کتاب Breastfeeding Handbook for Physicians مراجعه کنید (منابع را ببینید).

در زنان غیر شیرده زمان متوسط برای نخستین تخمک‌گذاری ۴۵ روز پس از زایمان است (بین ۲۲-۲۵ روز). برعکس، تخمک‌گذاری در زمانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر دارند می‌تواند تا ۶ ماه تأخیر داشته باشد. وقتی معیارهای تعریف شده به دقت رعایت شود، این روش به عنوان یک روش طبیعی قابل اعتماد برای تنظیم خانواده یا فاصله‌گذاری موقت بین تولدها قابل استفاده است (به بخش «آمنوره شیردهی» رجوع شود).

روش‌های غیر هورمونی

روش‌های غیر هورمونی پیشگیری از بارداری نه تنها اثری روی شیردهی ندارند بلکه خطری احتمالی برای شیرخوار نیز ندارند. این روش‌ها شامل آیودی، کاندوم، دیافراگم و کلاهک دهانه رحم می‌باشد. به خصوص آیودی برای زنان شیرده مناسب بوده زیرا اغلب آنها به روش طولانی اثر پیشگیری از بارداری تمایل دارند، شکم اول هستند و روشی می‌خواهند که تداخلی با شیردهی نداشته باشد. دیافراگم و کلاهک دهانه رحم باید پس از زایمان کار گذاشته شود. کاندوم‌های لاتکس دارای مواد لغزنده، غیر از پیشگیری از بارداری به جلوگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی و کاهش خشکی واژن کمک می‌کنند. بستن لوله در زنان یا واژکتومی در مردان نیز روشی است که برای زوجینی که تمایل به پیشگیری دائمی از بارداری دارند، مناسب است.

روش‌های هورمونی

اطلاعات موجود در مورد تأثیر استفاده از روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری روی تغذیه با شیرمادر محدود می‌باشد. اگر چه برخی مطالعات نشان می‌دهد که کنتراسپتیوهای حاوی هورمون استروژن باعث کاهش تولید شیر می‌شوند، اما هیچ کارآزمایی بالینی تصادفی که به خوبی طراحی شده باشد این ارتباط را اثبات ننموده است. در زمینه اثرات روش‌های فقط پروژسترونی نیز اطلاعاتی موجود نیست. اطلاعات موجود

در بسته بندی این روش، تأخیر یا اجتناب از روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی را پیشنهاد می‌کند. این موضوع انعکاس دهنده نگرانی‌های قبلی است که با تجربیات و تحقیقات بعدی حمایت نشده است.

یک بررسی مروری اخیر Cochrane نشان داد که مستندات برای رسیدن به این نتیجه در مورد تأثیر روش‌های هورمونی بر شیردهی ناکافی می‌باشد. در غیاب داده‌های تاییدکننده و براساس تجربیات بالینی، ACOG توصیه‌های عملی زیر را در مورد استفاده از روش‌های هورمونی در زنان شیرده پیشنهاد می‌دهد:

- روش‌های خوراکی فقط پروژسترونی در زمان ترخیص از بیمارستان قابل تجویز و ارایه است که مادر می‌تواند ۲-۳ هفته پس از زایمان مصرف آن را شروع نماید (به طور مثال به مادر گفته شود اولین یکشنبه پس از سن ۲ هفتگی نوزاد شروع شود).

- دپومدروکسی پروژسترون استات می‌تواند ۶ هفته پس از زایمان شروع شود.

- روش‌های هورمونی کاشتنی ۶ هفته پس از زایمان قابل کار گذاشتن هستند.

- روش لوونورژسترول داخل رحمی را می‌توان ۶ هفته پس از زایمان کار گذاشت.

- اگر روش ترکیبی استروژن پروژسترون تجویز شود، غالباً نباید زودتر از ۶ هفته پس از زایمان شروع شود و فقط وقتی که شیردهی به خوبی برقرار شده و وضعیت تغذیه شیرخوار مناسب است، شروع شود.

در وضعیت‌های بالینی خاص، از قبیل عدم اطمینان از مراجعه مادر برای پیگیری، ممکن است شروع زودتر از موعد روش انجام شود. با توجه به کمبود اطلاعات، کارکنان بهداشتی باید شروع زود هنگام روش‌های فقط پروژسترونی (مثلاً قبل از ترخیص از بیمارستان) و شروع روش‌های پیشگیری از بارداری حاوی استروژن پس از برطرف شدن افزایش انعقاد خون ناشی از بارداری (مثلاً ۲ تا ۴ هفته) را در نظر داشته باشند.

روش آمنوره ناشی از شیردهی (LAM)

زنانی که شیر می‌دهند، می‌توانند از اثرات طبیعی ضد بارداری شیردهی استفاده نمایند. LAM مناسب‌ترین روش برای زنانی است که تصمیم به شیردهی انحصاری به مدت ۶ ماه دارند. اگر کودک فقط با شیرمادر تغذیه می‌شود، و غیر از شیرمادر به مقدار کم شیر کمکی مصرف می‌کند و خانم اولین عادت ماهانه پس از زایمان را تجربه نکرده باشد، در این صورت تغذیه با شیرمادر در ۶ ماه اول پس از زایمان بیشتر از ۹۸ درصد پیشگیری از بارداری ایجاد می‌کند. چهار کارآزمایی بالینی آینده‌نگر در مورد اثرات ضد بارداری روش LAM روی زنانی که در یک دوره ۶ ماهه به درستی و فقط از همین روش استفاده می‌کردند، میزان جمع‌آوری بارداری را ۰٫۶ درصد، ۰٫۶ درصد، ۱٫۰ درصد و ۱٫۵ درصد نشان داد. زنان باید بدانند که برای تأخیر در بارداری، فواصل بین شیردادن از ۴ ساعت در طول روز یا ۶ ساعت در شب بیشتر نباشد (شکل ۱). استفاده از شیرمصنوعی نباید بیشتر از ۱۰-۵

درصد کل دفعات تغذیه کودک را شامل شود. برای مثال استفاده بیش از یک بار شیر کمکی از هر ۱۰ بار تغذیه می تواند احتمال برگشت باروری را افزایش دهد.

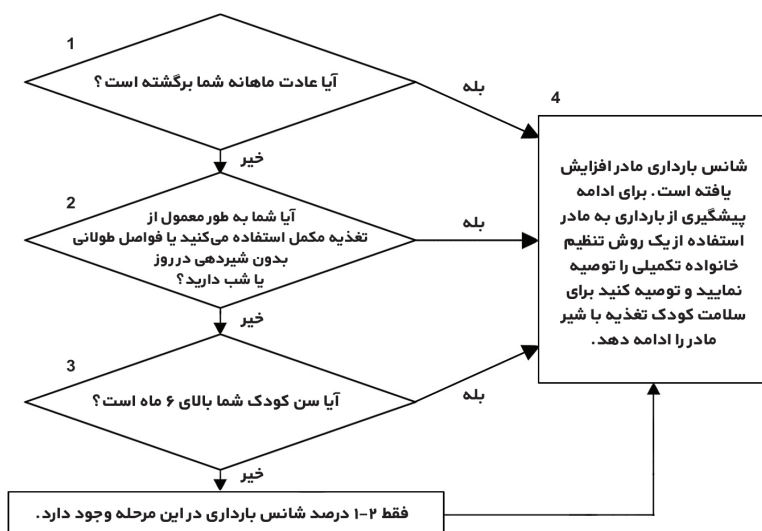
سایر روش های تغذیه ای غیر از روش تغذیه مستقیم از پستان، تاحدی که شدت و مدت مکیدن و پاسخ نورواندوکراین مادر را کاهش دهد، احتمال بازگشت تخمک گذاری را افزایش می دهد. در صورت عدم اطمینان نسبت به نحوه شیردهی مادر، توصیه به استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری دیگر نیز ضروری است.

واکسیناسیون

واکسن های غیر فعال و واکسن های زنده تجویز شده برای زن شیرده تأثیری در سلامت شیردهی وی نخواهد داشت. تغذیه با شیرمادر نیز اثر جانبی روی ایمن سازی نداشته و منعی برای استفاده از هیچ واکسنی نیست. اگر چه واکسن های زنده در درون بدن مادر چند برابر می شود اما ثابت شده که داخل شیر مادر ترشح شوند. واکسن های غیر فعال، نوترکیبی، تک واحدی، پلی ساکارید و کونژوگه، و توکسوئیدها هیچ خطری برای مادران شیرده و شیرخوارشان ندارند. برای کسب اطلاعات در مورد واکسن ها به بخش داروها و شیر مادر مراجعه کنید. (منابع را ببینید).

حفظ تولید شیر مادر

شیردهی منظم از پستان معمولاً سبب تولید شیر کافی می گردد. همچنان که شیرخوار رشد می کند و به شیر بیشتری نیاز دارد، تولید شیرمادر نیز افزایش می یابد تا با نیازهای کودک متناسب گردد. تناسب تولید و تقاضا حتی در شرایطی از قبیل چندقلویی و بارداری مجدد مادر حین شیردهی نیز اتفاق می افتد (tandem feeding). پیشگیری از بارداری ناخواسته در مادر شیرده بسیار مهم است زیرا اگر مادر همزمان با شیردهی باردار نباشد، تغییرات در وضعیت تولید شیر و تغذیه وی به حداقل می رسد. داروهای شیرآور که برای افزایش تولید شیر استفاده می شوند، باید با احتیاط مصرف شوند. اگر چه در مورد بعضی از آنها مطالعه شده است، این داروها بدون تأییدیه FDA از نظر ترکیبات، بی خطر بودن، قدرت و مؤثر بودن استفاده می شوند. سه سؤال زیر را از مادر بپرسید یا به او توصیه کنید از خودش بپرسد:



گرچه، مادر می‌تواند از یک روش تکمیلی تنظیم خانواده در هر زمان استفاده نماید.

شکل ۱- الگوریتم روش آمنوره ناشی از شیردهی (LAM)

تغذیه با بطری و استفاده از گول زنک

استفاده از پستانک و تغذیه کمکی با شیشه شیر، به عنوان مانعی برای تداوم تغذیه با شیرمادر در نظر گرفته می‌شود. استفاده از بطری و گول زنک و ضعیف بودن پیامدهای تغذیه با شیرمادر، نتیجه رفتارهایی از قبیل افزایش فواصل تغذیه و شروع از شیر گرفتن می‌باشد. از آنجایی که استفاده از بطری و گول زنک به صورت بالقوه با بروز رفتارهای مؤثر تغذیه با شیرمادر تداخل می‌کند، استفاده از این وسایل باید تا زمانی که شیردهی به خوبی برقرار شود محدود شود. باید به مادر آموزش داد تاخیر در تغذیه با شیرمادر یا جانشین کردن آن با چیز دیگر، به دلیل کاهش تحریک ناشی از مکیدن شیرخوار نهایتاً باعث کاهش تولید شیر می‌شود. یکی از مسائل اساسی در مشاوره با مادر، تشویق مادر بخاطر انجام کارهای خوب در تغذیه با شیرمادر می‌باشد و باید به مادر تفهیم کرد که استفاده از گول زنک و بطری اغلب با کاهش تغذیه با شیرمادر همراه است.

قطع موقت شیردهی

تا حد امکان باید از جدایی مادر و شیرخوار، به ویژه در مراحل اولیه تثبیت شیردهی (۳ هفته اول) اجتناب شود. اگر برنامه مادر مثلاً بستری شدن در بیمارستان یا داشتن یک سفر کوتاه از قبل مشخص است و مادر ممکن است بیشتر از یک روز از شیرخوار جدا شود، برنامه ریزی دقیق این اطمینان را می‌دهد که هم توانایی

شیردهی حفظ شود و هم شیر مادر برای شیرخوار فراهم باشد. در طول مدت جدایی، برای حفظ تولید شیر مادر، دوشیدن منظم پستان‌ها به مقدار کافی باید انجام شود. شیر را می‌توان برای تغذیه شیرخوار ذخیره کرد. اگر جدایی مادر و شیرخوار به دلیل بستری در بیمارستان باشد شیر دوشیده شده در صورتی که حاوی داروهای کنتراستیکه باشد، باید دور ریخته شود. وقتی مادر و شیرخوار مجدداً در کنار هم قرار گرفتند، شیردهی طبیعی معمولاً مجدداً برقرار می‌شود.

درد پستان

درد پستان و نوک پستان شکایت شایع زنان شیرده است و دومین علت شایعی است که منجر به قطع شیردهی می‌شود. علت باید شناسایی و سریعاً درمان شود. درد پستان می‌تواند ناشی از احتقان، درد نوک پستان یا ماستیت باشد.

احتقان پستان

احتقان پستان از برداشت غیر مکرر و غیر مؤثر شیر از پستان ناشی شده و منجر به پر شدن، سفتی و حساسیت در پستان می‌شود. این مسئله بدلیل جدایی مادر و شیرخوار، شیرخوار خواب‌آلود، زخم نوک پستان یا تکنیک نامناسب شیردهی اتفاق می‌افتد. پیشگیری از احتقان شامل اطمینان از پستان گرفتن صحیح، برداشت شیر از پستان و تشویق مادر به تغذیه بر اساس میل و تقاضا می‌باشد.

درد نوک پستان

نوک پستان دردناک شایع‌ترین شکایت مادر در دوره بلافاصله پس از زایمان می‌باشد. دردناکی نوک پستان معمولاً از وضعیت بغل گرفتن یا پستان گرفتن نادرست ناشی می‌شود. ضربه به پستان، انسداد مجاری شیر، کاندیدا، شستن زیاد نوک پستان و استفاده از محصولات بالقوه محرک و اختلالات پوستی نیز ممکن است به ایجاد درد و زخم نوک پستان منجر شود. خط اول درمان، مشاوره در مورد روش‌های پایه پستان گرفتن می‌باشد. استفاده از کرم لانولین خالص و محافظ‌های پستان (برای محافظت نوک پستان در مقابل سایش در فواصل شیردهی) برای تسهیل درمان پیشنهاد می‌شوند.

ماستیت

ماستیت در ۲ تا ۹٫۵ درصد زنان شیرده اتفاق می‌افتد. این مشکل به طور معمول در بین هفته‌های دوم و سوم پس از زایمان روی می‌دهد اما می‌تواند در هر زمان در سال اول نیز دیده شود. ماستیت به صورت ناحیه‌ای دردناک، قرمز رنگ روی یک پستان تظاهر می‌کند و اغلب بالرز، تب، ضعف و بیحالی همراه است.

تب می‌تواند تا ۴۰ درجه سانتی‌گراد بالا برود. یک قسمت از پستان سفت و قرمز می‌شود. تشخیص‌های افتراقی شامل انسداد مجاری شیری، احتقان واضح پستان و کارسینوم التهابی پستان (که یک وضعیت نادر ولی کشنده است) می‌باشد. انسداد مجاری شیری به صورت توده‌های لوکانیزه دردناک تظاهر می‌کند. این توده‌ها به کمپرس گرم و مرطوب و ماساژ دستی شیر احتباس یافته به طرف نوک پستان، پاسخ می‌دهند. احتقان پستان معمولاً دو طرفه و با درگیری ژنرالیزه همراه است که به طور شایع در ۲ هفته اول پس از زایمان رخ می‌دهد. ویژگی اصلی که ماستیت را از کانسر التهابی پستان افتراق می‌دهد، وجود نتایج قبلی منفی در معاینات پستان در طول بارداری می‌باشد. اگر نتایج معاینات نرمال بوده است، محتمل‌ترین تشخیص، احتقان پستان می‌باشد. کانسر التهابی پستان بصورت اریتم، گرمی و سفتی یک طرفه پستان تظاهر می‌یابد که بسیار منتشر و عودکننده می‌باشد.

شایع‌ترین عامل ایجادکننده ماستیت، استافیلوکوک طلایی است که در ۴۰ درصد موارد عامل ایجادکننده بیماری است. ضمناً شایع‌ترین عامل ایجادکننده آبسه نیز می‌باشد. سایر ارگانیزم‌های شایع در ماستیت، هموفیلوس آنفلوانزا، هموفیلوس پارا آنفلوانزا، اشریشیاکولی، انتروکوکوس فکالیس، کلبسیلا پنومونیه، انتروباکتر کلواسه، سراتیا مارسنس، استرپتوکوک‌های گروه B و پسودومونا پیکتی می‌باشند.

این وضعیت معمولاً به طور موفقیت‌آمیزی با تجویز آنتی‌بیوتیک‌های با طیف پایین (انتخاب اول برای زنانی که حساسیت ندارند دی‌کلوگزاسیلین ۵۰۰ میلی‌گرمی ۴ بار در روز به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز است)، مصرف مایعات، استراحت، استفاده از مسکن مثل استامینوفن یا ایبوپروفن درمان می‌شود. مادر باید شیردهی یا دوشیدن شیر از هر دو پستان را ادامه داده زیرا تخلیه پستان مبتلا بسیار مهم است. دور ریختن شیر پستان مبتلا در حالتی که مادر آنتی‌بیوتیک مصرف می‌کند توصیه نمی‌شود مگر در شرایط غیرمعمول. این وضعیت خطری برای شیرخوار سالم و ترم ایجاد نمی‌کند. شیر پستان سالم تحت هر شرایطی قابل استفاده است. آنتی‌بیوتیک‌هایی که اغلب برای درمان ماستیت استفاده می‌شوند و مصرف داروهای ضدالتهابی از قبیل ایبوپروفن، در زمان شیردهی بی‌خطر هستند.

اگر ماستیت فوراً درمان نشود ممکن است مزمن شده و آبسه ایجاد شود. اگر درمان سریع شروع شود، موفقیت‌آمیز خواهد بود. مهم‌ترین علت ماستیت راجعه، درمان ناکافی است. تأخیر در استفاده از آنتی‌بیوتیک با افزایش بروز آبسه پستان همراه است. بسیاری از عفونت‌های استافیلوکوکی به وسیله ارگانیزم‌های حساس به پنی‌سیلین یا یک سفالوسپورین ایجاد شده است. درمان تجربی با دی‌کلوگزاسیلین را می‌توان شروع نمود. زنانی که به پنی‌سیلین حساسیت دارند می‌توانند با اریترومایسین درمان شوند. اگر عفونت به وسیله استافیلوکوک‌های مقاوم مولد پنیسیلیناز ایجاد شده باشد، آنتی‌بیوتیک‌هایی مثل وانکومایسین یا سفوتتان

باید تجویز شود. آنتی بیوتیک باید تا ۲ روز پس از فروکش کردن عفونت (حداقل به مدت ۱۴-۱۰ روز) ادامه یابد.

آبسه

آبسه به صورت وجود یک توده قابل لمس یا تبی که پس از ۷۲-۴۸ ساعت درمان با آنتی بیوتیک فروکش نمی‌کند، تشخیص داده می‌شود. معمولاً آبسه با شکافتن و تخلیه درمان می‌شوند. آبسه‌های متعدد ممکن است به شکاف‌های متعدد همراه با قرار دادن انگشت در داخل آبسه برای از بین بردن حفره‌ها نیاز داشته باشند. در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی، شیر مادر باید دورریخته شود. هر زمان که ترشحات چرکی وارد شیر نشود، مادر می‌تواند تغذیه از پستان را ادامه دهد. اخیراً نشان داده شده که آسپیراسیون با سوزن تحت هدایت سونوگرافی در درمان آبسه موفقیت آمیز بوده است.

اشتغال مادران و عدم حضور در منزل

بسیاری از مادران در خارج از منزل شاغل هستند. در بعضی شرایط مادر می‌تواند شیرخوار را در محل کارش تغذیه کند، اما این موضوع رایج نیست. کارکنان بهداشتی می‌توانند به مادران کمک کنند تا روش‌هایی را که می‌توان برای تغذیه کودک پس از بازگشت به کار برنامه‌ریزی کرد، بشناسند. کارفرمایان به طور روزافزون، اقدامات حمایتی را برای رفع نیازهای کارکنان شیرده انجام می‌دهند. اگر مادر بخواهد به شیردهی از پستان یا تغذیه با شیر مادر ادامه دهد، باید برای دوشیدن پستان‌هایش برنامه‌ریزی کند تا تولید شیرش ادامه یابد، و در غیاب مادر شیر ذخیره شده برای تغذیه شیرخوار در اختیار مراقب کودک قرار گیرد. به مادر باید مجدداً اطمینان داد که شیرمادر فواید فراوانی برای شیرخوار دارد، و ادامه تغذیه با شیرمادر و استفاده از شیر دوشیده تا هر زمان که برای مادر ممکن باشد، فواید بیشتری برای شیرخوار خواهد داشت. ضمناً باید به مادر اطمینان داد که حمایت تخصصی از وی برای کمک به تداوم تغذیه با شیرمادر موجود است. پزشک باید به حمایت از مادر ادامه داده و اگر مادر تصمیم به توقف شیردهی گرفت، به او کمک کند تا در نهایت بهترین روش جایگزین را برای تغذیه شیرخوار انتخاب نماید.

دوشیدن شیر

روش‌های متعددی برای جمع‌آوری شیر وجود دارد. کارکنان بهداشتی باید اطمینان یابند که مادر شیرده می‌تواند به طور موفقیت‌آمیز شیر خود را با دست بدوشند. البته چون استفاده از پمپ شیردوش مؤثرتر است، اجاره یا خرید یک پمپ را می‌توان در نظر داشت. به طور کلی پمپ‌های برقی از پمپ‌های دستی مؤثرتر هستند. دوشیدن هر دو پستان به طور همزمان مؤثرتر است و زمان کمتری صرف می‌شود.

گاهی زنان مجبور می‌شوند به کارفرمایان خود درباره ضرورت زمان و مکان دوشیدن شیر در ساعات کاری، توضیح دهند. تأثیر پزشکان در ایجاد یک محیط مناسب تر نباید دست کم گرفته شود. ارسال یک نامه یا تلفن به کارفرما توسط پزشک و ارائه توضیح در مورد آسان اما حیاتی بودن نیازهای کارکنان شیرده می‌تواند مؤثر باشد. زنانی که شیر خود را می‌دوشند باید به وسایل تمیز برای شیردوشی دسترسی داشته و ترجیحاً برای ذخیره شیر دوشیده شده، یخچال داشته باشند.

ذخیره شیر

شیرمادر برای حفاظت کامل و به حداقل رسیدن آلودگی باید در مکانی سرد و ایمن ذخیره شود. شیرمادر را می‌توان داخل ظروف شیشه‌ای یا پلاستیکی و در یخچال یا روی یخ، ذخیره کرد. شیرمادر را می‌توان تا ۲ روز در داخل یخچال نگهداری و مصرف کرد زیرا پس از آن احتمال رشد باکتری در داخل شیر وجود دارد. اگر مادر بخواهد شیر را در مدت طولانی‌تری مصرف کند بهتر است آن را هر چه سریعتر فریز نموده و در پایین‌ترین و پایدارترین دما ذخیره کند. برای مثال فریزری که دما را به سرعت پایین می‌آورد، به فریزر یک یخچال که دارای چرخه برفک زدایی خودکار است، ارجح است. شیر دوشیده شده یخ زده تا ۶-۳ ماه قابل ذخیره است. شیرها باید تاریخ زده شود و به منظور جلوگیری از از بین رفتن خواص مفید آن با گذشت زمان، به ترتیب مصرف شوند. شیر یخ زده را می‌توان به سرعت زیر شیرآب یا تدریجی در یخچال ذوب کرد. شیر ذوب شده را نباید بیشتر از ۸-۴ ساعت در دمای اتاق، یا در تماس با آب خیلی داغ یا در ماکروویو گذاشت. شیر ذوب شده را باید ظرف ۲۴ ساعت مصرف کرد یا در غیر این صورت دور ریخت.

انتظارات مادران شیرده در زندگی روزمره

میزان پذیرش تغذیه با شیرمادر در سطح ملی افزایش یافته است اما هنوز موارد پراکنده از ممانعت مسئولین از تغذیه با شیرمادر در جامعه وجود دارد. قوانین حمایتی و سیاست‌ها بصورت یک هنجار درآمده‌اند. اخیراً مادران شیرده موفقیت‌های زیادی در زندگی فعال خود داشته‌اند. زوجین اغلب کودکانشان را با خود به جلسات، اماکن تفریحی، رستوران‌ها و سفر می‌برند. زنان می‌توانند در صورت تمایل بدون جلب توجه در مجامع عمومی، به تغذیه شیرخوار خود بپردازند.

مطب پزشکان و سایر واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت باید با روی خوش مادران شیرده را استقبال نمایند و تغذیه با شیرمادر را از طریق فراهم کردن مواد آموزشی و یک جو مناسب، تشویق کنند. همه کارکنان بهداشتی، باید از ارزش و اهمیت تغذیه با شیرمادر آگاه بوده و بدانند که تماس‌های آنان به مادران کمک می‌کند تا تغذیه با شیرمادر را انتخاب نموده و آنان را برای ادامه شیردهی تشویق میکند (جدول زیر را ملاحظه کنید).

ارائه‌کنندگان خدمات مراقبتی باید آگاه باشند که دادن بسته‌های هدیه همراه با شیر مصنوعی به زنان شیرده، یک مانع شایع برای ادامه شیردهی است. قرار دادن توصیه‌های تخصصی درباره محصولات مراقبتی و تغذیه‌ای در بسته هدیه مورد تاکید است. به مادران تازه‌زایمان کرده باید توضیح داد که کارخانجات تولیدکننده شیر مصنوعی سعی می‌کنند توجه مادران باردار را با دادن هدایای تبلیغاتی جلب نمایند. پزشکان ممکن است نتیجه بگیرند که جایگزین‌های آموزشی غیر تبلیغاتی یا بسته‌های هدیه بدون موضوعات مرتبط با سلامت، ارجح هستند.

نکاتی در مورد تغذیه با شیرمادر در محل کار و مطب

- پمفلت‌های ACOG در زمینه آموزش بیماران یا انواع دیگر پمفلت تهیه و در اتاق انتظار و اتاق معاینه قرار دهید.
- یک شماره تلفن از خودتان یا سایر پرسنل برای ارایه مشاوره، در اختیار بیماران یا بیمارستان بگذارید.
- در مورد مشاورین شیردهی و منابع موجود در منطقه خود مثل La Leche League اطلاعات کسب کنید و شماره تلفن آنها را تهیه کنید.
- اگر در اتاق انتظار فیلم‌های آموزشی در زمینه سلامت زنان نمایش داد می‌شود، فیلم‌های تغذیه با شیرمادر را هم نمایش دهید تا همه بیماران، نه فقط زنان باردار و شیرده، تماشا کنند.
- محل نشستن، بالش و صندلی گهواره‌ای برای مادران دارای شیرخوار فراهم کنید که شیردهی را یادآوری نماید.
- برای مادران و کارمندان شیردوش و اتاق مناسب فراهم کنید. اگر این دفتر کار با سایر دفاتر کار مشترک است، وجود این اتاق و شیردوش را به آنان نیز اطلاع دهید (آنان نیز ممکن است به این تسهیلات نیاز داشته باشند) یا در برپایی چنین اتاقی در جای دیگری از این ساختمان با شما همکاری کنند.
- فرد علاقه‌مند تغذیه با شیرمادر را در دفتر کار تعیین کنید تا برای آموزش به بیماران، کارکنان به شما کمک کند.
- آمار و اطلاعات مربوط به فعالیت‌های خود را جمع‌آوری کنید و با نشان دادن تغییرات حاصل روی نمودارها، پرسنل خود را به ادامه کار تشویق کنید.
- در مورد سیاست‌ها و فعالیت‌های بیمارستان پرس و جو کنید و در آموزش پرسنل یا تهیه مطالب آموزشی برای بیماران کمک کنید.
- در مورد خدمات، علایق و مهارت‌های تغذیه با شیرمادر که توسط پزشکان عمومی و متخصصین اطفال در جامعه شما ارایه میشود اطلاعات کسب کنید. مادران و همسران را تشویق کنید که برای شیرخوار خود ارایه دهنده خدمت خوبی را انتخاب نمایند و در دوران بارداری با آن ملاقات نمایند.

تغذیه با شیرمادر چه مدت باید ادامه یابد؟

در طول ۶ ماه اول زندگی، تغذیه انحصاری با شیرمادر برای نوزادان سالم رسیده (ترم) روش ارجح می باشد. این روش مواد غذایی مطلوب برای رشد و تکامل شیرخوار را فراهم می کند. ACOG توصیه می نماید که تغذیه انحصاری با شیرمادر تا حدود ۶ ماهگی شیرخوار ادامه داشته باشد. البته تجربه شیردهی طولانی تر مسلماً سودمندتر است. هدف اختصاصی تغذیه با شیرمادر باید این باشد که زنان بیشتری تشویق و توانمند شوند تا بتوانند تغذیه با شیرمادر داشته باشند و به آنها کمک کرد که تغذیه با شیرمادر را هر چه طولانی تر ادامه دهند. شروع تدریجی غذاهای جامد غنی از آهن در نیمه دوم سال اول زندگی کودک، می تواند رژیم شیرمادر را کامل کند. AAP توصیه می کند که تغذیه با شیرمادر برای حداقل ۱۲ ماه (و بنا بر WHO و اکثر منابع علمی دیگر) توصیه کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر به مدت دو سال یا بیشتر) و پس از آن تا هر زمان که مادر و کودک هر دو تمایل داشته باشند ادامه یابد. هر چند تعدادی از مادران شیرده، در صورت وقوع حاملگی، حین و بعد از حاملگی نیز شیردهی را ادامه می دهند اما برخی مادران ممکن است تمایل داشته باشند که شیرخوار را از شیر بگیرند یا ممکن است شیرخوار به صورت طبیعی خود را از شیر بگیرد. از شیر گرفتن یک تجمع هورمونی ایجاد می کند که به مینرالیزاسیون مجدد و پرشدن ذخایر بدنی مادر می انجامد. این موضوع می تواند یکی از دلایل لازم برای تاخیر در بارداری بعدی تا پس از تکمیل دوره شیردهی مادر باشد. در مورد زمان از شیر گرفتن قانونی وجود ندارد. موقعیت ها و اولویت های مختلف روی زمان از شیر گرفتن اثر می گذارند. مراحل از شیر گرفتن در صورت امکان باید تدریجی باشد. حذف یک وعده شیردهی هر ۲-۳ روز یکبار، گذر از این مرحله را برای شیرخوار آسان تر خواهد نمود و از احتقان پستان مادر احتقان جلوگیری می کند. اگر شیرخوار قبل از ۱۲ ماهگی از شیر گرفته شده، بهتر است بجای استفاده از شیرگاو، از شیر مصنوعی غنی شده با آهن استفاده کند. اگر شیرخوار زیر ۶ ماه است، از شیر گرفتن را می توان با جایگزین کردن بطری یا فنجان به جای تغذیه از پستان همراه کرد. اگر شیرخوار ۶ ماهه یا بیشتر است می تواند از یک فنجان استفاده کند و سایر غذاها را به جای شیر مادر مصرف کند. مادر باید بداند که شیرخوار ممکن است بصورت ناگهانی یا تدریجی خود را از شیر بگیرد. از شیر گرفتن ناگهانی می تواند برای مادر و شیرخوار مشکل باشد اما انجام برخی اقدامات می تواند کمک کننده باشد. مادر باید کربست بپوشد. نیازی نیست که مایعات را محدود کند. او می تواند برای رفع احتقان پستان، مقدار مختصری از شیر را با دست بدوشد. کمپرس سرد می تواند احتقان را کم کند. هورمون درمانی توصیه نمی شود.

تشخیص سرطان پستان

معاینه بالینی پستان و خودآزمایی پستان، مثل همه زنان ۱۹ سال و بالاتر، برای زنان شیرده نیز توصیه می‌شود. به دلیل تغییرات طبیعی پستان طی بارداری و شیردهی، تشخیص سرطان پستان به وسیله لمس مشکل‌تر می‌شود. مطالعات نشان داده است که تشخیص سرطان پستان در طول بارداری و شیردهی، همچنین فاصله بین لمس ضایعه و تشخیص، با تأخیر همراه بوده است. این تأخیرات منجر به افزایش خطر بیماری متاستاتیک در زمان تشخیص شده و شانس تشخیص بیماری در Stage I کاهش یافته است. اگر در دوران شیردهی یک توده یا مورد غیر طبیعی دیگری تشخیص داده شد، باید ارزیابی کامل انجام گردد و در صورت نیاز بیوپسی انجام شود. تغذیه با شیر مادر را می‌توان در طی دوره ارزیابی ادامه داد. هر چند که شیر مادر تحت تأثیر ماموگرافی قرار نمی‌گیرد، اما ممکن است مادر بخواهد شیرخوار را درست قبل از انجام ماموگرافی شیر دهد. ماموگرافی در طول شیردهی، به دلیل افزایش تراکم بافت پستان که می‌تواند تفسیر آزمایش را مشکل‌تر نماید، کم‌تر قابل اعتماد است. سونوگرافی در ارزیابی توده‌های قابل لمس پستان (جامد یا پراز مایع) در دوران شیردهی کمک بیشتری می‌کند.

معاینه بالینی پستان در زنانی که قصد بارداری دارند بسیار مهم است. افزایش سن یکی از فاکتورهای خطر سرطان پستان است. این موضوع به خصوص در زنانی که در اواخر دهه ۳۰ و اوایل دهه ۴۰ فرزند دار شده‌اند مهم است. اگرچه معاینات منظم پستان در طول دوره ۱ تا ۲ ساله بارداری و شیردهی باید ادامه یابد، شناسایی حالات غیر طبیعی پستان در این دوره مشکل‌تر است. بنابراین مراقبین بهداشتی باید غربالگری ماموگرافی در زنان زیر ۴۰ سال را که در اواخر دهه ۳۰ سالگی برای بارداری برنامه ریزی می‌کنند مدنظر داشته باشند.

موضوعات نو پدید

سموم محیطی

سازمان‌های متعدد ملی، موضوع آلودگی‌های محیطی در شیرانسان را ارزیابی نموده‌اند. این منابع محیطی شامل غذا، آب، هوا، محصولات شوینده و سایر مواجهات روزانه می‌باشند. هر چند که مطالعات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است، ولی تا امروز مدارکی وجود ندارد که نشان دهنده بروز بیماری ناشی از مواد شیمیایی شایع در شیرخوار شیرمادرخوار باشد. هر چند که بسیاری از این مواد در شیرمادر قابل تشخیص هستند مثل برخی آلوده کننده‌های ارگانیک پایدار.

بانک شیر

برخی زنان که نمی‌توانند تغذیه با شیرمادر داشته باشند، بجای استفاده از شیر مصنوعی دنبال شیر اهدایی برای تغذیه شیرخوار خود می‌باشند. شیر اهدایی مادر به خصوص برای نوزادانی که در NICU بستری هستند، شیرخواران خیلی کم وزن (VLBW) و شیرخوارانی که پاتولوژی معده‌ای-روده‌ای دارند، مفید است. انجمن بانک شیر انسانی امریکای شمالی (HMBANA) تنها انجمن تخصصی عضو بانک‌های شیر در کانادا، مکزیک و ایالات متحده می‌باشد که استانداردها و راهنماهای غربالگری اهداکنندگان شیرمادر، ذخیره کردن، استریلیزاسیون شیر و روش‌های مدرن توزیع شیرمادر را تعیین می‌نماید. برای اطلاعات بیشتر به HMBANA در سایت <http://www.hmbana.org> مراجعه کنید. در ایالات متحده، این بانک‌ها توانسته‌اند که نیازهای بخش‌های NICU را در سراسر کشور با اولویت آسیب‌پذیرترین شیرخواران تامین نمایند. مکان‌های بانک‌های شیر شامل Raleigh، کارولینای شمالی، سان خوزه، کالیفرنیا، دنور (Denver)، کلرادو (Colorado)، نیویورک، Delaware، City Austin, Iowa و تگزاس می‌باشند. منابع غیررسمی از جمله سایت‌های اینترنتی که خانواده‌ها را به اهداکنندگان شیر معرفی می‌کنند، بدلائیل بهداشتی و انتقال عفونت ناشی از غربالگری، استریلیزاسیون و ذخیره نامناسب توصیه نمی‌شوند.

نتیجه‌گیری

متخصصین زنان و زایمان، علاوه بر انجام مراقبت‌های بالینی حمایتی برای بیماران خود، باید در صف اول ایجاد تغییراتی باشند که در محیط جامعه در زمینه تربیت و تغذیه کودک و در جهت حمایت از تغذیه با شیرمادر رخ می‌دهد، چه از طریق تغییر در فعالیت‌های بیمارستان‌ها، از طریق تلاش‌های انجام شده در جامعه، یا از طریق وضع قوانین حمایتی. هیأت مدیره انجمن زنان و مامایی امریکا اعلام کرده است که «انجمن زنان و مامایی امریکا به شدت از تغذیه با شیرمادر حمایت می‌کند و از فلوهای زنان، سایر کارکنان مراقب زنان و شیرخواران، بیمارستان‌ها و کارفرمایان نیز می‌خواهد که مادران را در انتخاب تغذیه با شیرمادر حمایت کنند. همه باید برای تسهیل تداوم تغذیه با شیرمادر در محل کار و اماکن عمومی فعالیت کنند. تغذیه با شیرمادر روش ارجح تغذیه نوزادان و شیرخواران است. کارکنان نظام سلامت فرصت‌های متعددی دارند که می‌توانند در آن فرصت‌ها بعنوان منبع مهم برای جامعه و بیمارانشان بوده، و به آنان در زمینه فواید تغذیه با شیرمادر، دانش، مهارت و حمایت‌های مورد نیاز برای شیردهی اطلاعات دهند.

با همکاری بسیاری از حامیان سلامت به نظر می‌رسد که اهداف برنامه «جامعه تا سال ۲۰۱۰» قابل دستیابی باشد. گرچه، حتی اگر ۷۵ درصد زنان تغذیه با شیرمادر را شروع کنند، دو سوم آنان باید تغذیه با شیرمادر را

ادامه دهند تا به هدف ۵۰ درصد تغذیه انحصاری با شیرمادر تا شش ماهگی برسیم. رسیدن به این هدف یک چالش خواهد بود زیرا میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در سال ۲۰۰۴، ۳۶/۲ درصد بود. بیشترین منافع تغذیه با شیرمادر برای مادر و شیرخوار، و بیشترین میزان های تداوم شیردهی با تغذیه انحصاری با شیرمادر تقریباً در ۶ ماهه اول به دست آمده است. متخصصین زنان و مامایی باید مطمئن شوند که زنان اطلاعات صحیح برای تصمیم‌گیری آگاهانه دارند، و با کمک متخصصین اطفال باید به این اطمینان برسند که تک تک مادران برای تداوم موفقیت‌آمیز تغذیه با شیرمادر کمک و حمایت لازم را دریافت می‌کنند. تلاش مشترک همه مراقبین سلامت برای دستیابی به این هدف ضروری می‌باشد.

نظریه کمیته - شماره ۵۷۰ - آگوست ۲۰۱۳

کمیته مراقبت های بهداشتی برای زنان محروم
تغذیه با شیر مادر در زنان محروم: افزایش شروع و تداوم شیردهی

چکیده

فواید تغذیه با شیر مادر برای مادر و شیرخوار به خوبی ثبت و مستند می شود و به خصوص برای زنان محروم از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زنان محروم احتمال دارد پیامدهای جانبی در زمینه سلامتی را تجربه نمایند که با تغذیه با شیر مادر بهبود می یابد. آنان با موانع منحصر به فردی مواجه هستند و میزان شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر در آنها پایین است. با استفاده از یک رویکرد چند رشته ای که پزشکان، اعضای خانواده و ارائه دهندگان خدمات کودک در آن درگیر می باشند، متخصصین زنان و مامایی می توانند به زنان محروم کمک کنند تا بر موانع غلبه کنند و از فواید تغذیه با شیر مادر برای خود و شیرخوارشان بهره مند شوند.

کالچ زنان و مامایی آمریکا، به شدت از تغذیه با شیر مادر به عنوان روش ارجح تغذیه نوزادان و شیرخواران حمایت کرده و تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا تقریباً ۶ ماهگی توصیه می کند. تغذیه طولانی تر با شیر مادر، با شروع تدریجی غذاهای جامد غنی از آهن در نیمه دوم سال اول زندگی منافع بسیاری دارد. کالچ آمریکا از فلوها، سایر پرسنل بهداشتی که خدمات زنان و شیرخواران را ارائه می دهند، بیمارستان ها و کارفرمایان می خواهد که زنان را در انتخاب تغذیه شیرخوار با شیر مادر حمایت کنند. همه باید برای تسهیل تداوم شیردهی در محیط کار و محل های عمومی تلاش کنند و از ایجاد تغییرات در محیط های عمومی که تغذیه با شیر مادر را در سطح منطقه ای و کشوری حمایت می کند، دفاع نمایند. گرچه اغلب زنان می توانند شیر دهند، اما برخی از زنان عدم تغذیه با شیر مادر را انتخاب می کنند یا نمی توانند شیر دهند. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باید نسبت به نیازهای زنان بدون توجه به اینکه آیا تغذیه با شیر مادر را انتخاب می کنند یا نه، حساس باشند. پرسنل ارائه دهنده خدمت باید در دوران حساس پس از زایمان از مادران حمایت کنند و زنانی را که تغذیه با شیر مادر را انتخاب نموده اند تشویق نموده و کمک کنند، و تصمیم زنانی را که عدم تغذیه با شیر مادر را انتخاب کرده اند، بپذیرند. علاوه بر این، پرسنل بهداشتی باید به مادر کمک کنند تا بفهمد چه موقع نوزاد شیر کافی دریافت کرده است زیرا این مسئله باعث افزایش اعتماد به نفس آنها در تداوم تغذیه انحصاری

با شیرمادر شده و باعث می‌شود مادر در صورت هرگونه نگرانی تقاضای کمک نماید. براساس گزارش تغذیه با شیرمادر سال ۲۰۱۲، ۷۶/۹ درصد از شیرخواران ایالات متحده با شیرمادر تغذیه شده‌اند. گرچه ۴۷/۲ درصد از شیرخواران تا ۶ ماهگی با شیرمادر تغذیه شدند که این مقدار تا سن ۱۲ ماهگی به ۲۵/۵ درصد کاهش یافت. گرچه میزان‌های تغذیه با شیرمادر در طول چند سال گذشته افزایش داشته است، اما اهداف برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۲۰»، افزایش میزان تداوم تغذیه با شیرمادر و همچنین بهبود میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر را شامل می‌گردد (جدول شماره ۱).

فواید ناشی از تغذیه با شیرمادر برای مادر و شیرخوار شامل پیشگیری از عفونت‌ها، علایم بیولوژیک برای ارتقاء رشد و تمایز سلولی، کاهش میزان خون از دست رفته مادر پس از زایمان و کاهش خطر سرطان پستان و تخمدان می‌باشد. علیرغم فواید تغذیه با شیرمادر، تغذیه با شیرمادر دارای موانع فرهنگی و اجتماعی در کلیه سطوح، از بیمارستان‌ها تا محل کار می‌باشد. زنان محروم، که به دلیل فقر، تفاوت‌های فرهنگی، نژاد و قومیت، منطقه جغرافیایی و سایر فاکتورهایی که سبب ایجاد تفاوت در خدمات بهداشتی درمانی می‌شود، خدمات بهداشتی با کیفیت دریافت نمی‌کنند، با موانع بزرگتری در شروع و تداوم تغذیه با شیرمادر روبرو می‌باشند. به طور کلی، برآوردهای ملی شاخص شروع تغذیه با شیرمادر، نشان می‌دهد که به هدف جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰ (۷۵ درصد) دست یافتیم. گرچه، تفاوت‌های واضحی در درصد آغاز تغذیه با شیرمادر بین زنان آفریقایی آمریکایی و زنان واجد شرایط برنامه حمایتی (WIC) وجود دارد (به ترتیب ۵۸/۹ درصد و ۶۶/۱ درصد). تفاوت‌های سنی نیز در میزان شروع تغذیه با شیرمادر وجود دارد که برای زنان زیر ۲۰ سال ۵۳ درصد، برای زنان ۲۰-۲۹ سال ۶۹ درصد و ۷۷/۵ درصد برای زنان ۳۰ سال و بالاتر می‌باشد.

جدول ۱-اهداف برنامه «جامعه سالم تا سال ۲۰۲۰» در زمینه تغذیه با شیر مادر**• افزایش نسبت شیرخوارانی که:**

- با شیر مادر تغذیه شده‌اند (۸۱/۹ درصد)

- تا ۶ ماهگی با شیر مادر تغذیه شده‌اند (۶۰/۶ درصد)

- تا یک سالگی با شیر مادر تغذیه شده‌اند (۳۴/۱ درصد)

- تا سه ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند (۴۶/۲ درصد)

- تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند (۲۵/۵ درصد)

• کارفرمایانی که برای تغذیه با شیر مادر در محل کار برنامه حمایتی دارند (۳۸ درصد)

- کاهش نسبت شیرمادرخوارانی که در ۲ روز اول عمر شیر مصنوعی دریافت کرده‌اند (۱۴/۲ درصد)

• افزایش نسبت زایمان‌ها در مراکزی که مراقبت‌های لازم برای مادران شیرده و شیرخواران را فراهم

می‌نمایند (۸/۱ درصد)

موانع تغذیه با شیر مادر

موانع تغذیه با شیرمادر مولتی فاکتوریال بوده و وضعیت اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، باورهای غلط و هنجارهای اجتماعی را شامل می‌شود. زنان دارای درآمد کم، میزان تغذیه با شیرمادر پائین‌تری دارند زیرا بازگشت به کار آنها پس از تولد زودتر است و در مشاغلی به کارگرفته می‌شوند که تغذیه با شیرمادر در محل کار برای آنها در مقایسه با زنان دارای درآمدهای بالاتر، مشکل‌تر است. برنامه Affordable Care Act از طریق لایحه استاندارد های Fair Labor یا قانون ساعت کار و دستمزد فدرال از تغذیه با شیر مادر حمایت می‌کند. این لایحه، که در ۲۳ مارس ۲۰۱۰ تصویب شد، کارفرمایان را ملزم می‌سازد به مدت یک سال پس از تولد شیرخوار مرخصی ساعتی قابل قبول برای مادران شیرده و مکان خصوصی (غیر از سرویس بهداشتی) برای دوشیدن شیر در ساعت کار فراهم کنند. عدم وجود چنین الزاماتی قبلاً به عنوان مانعی بالقوه برای تغذیه با شیر مادر مورد توجه قرار گرفته بود. لازم به ذکر است کارفرمایانی که کمتر از ۵۰ کارمند دارند در صورتی که بتوانند نشان دهند اجرای این مسئله برای آنان سختی و زحمت بسیار خواهد داشت، از این الزامات مستثنی هستند.

زنان دارای مدرک تحصیلی دیپلم یا پایین‌تر، نیز احتمال تغذیه با شیر مادر کمتری دارند و ممکن است از فواید خاص تغذیه با شیر مادر و همچنین تکنیک‌های موفقیت در شیردهی کمتر مطلع باشند. حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی ضعیف و ناکافی نیز می‌تواند یک مانع باشد. افراد بزرگسال اغلب باورهای نادرست خاص خود را در خصوص شیردهی دارند. این باور غلط که «تغذیه با شیر مادر سبب وابستگی شیرخوار می‌شود»،

یکی از دلایلی است که بزرگسالان برای عدم شروع تغذیه با شیرمادر مطرح می‌کنند. هنجارهای اجتماعی نیز مانع دیگری برای تغذیه با شیرمادر هستند. شیردهی در ملاً عام یک عمل کاملاً پذیرفته شده نیست. در یک مطالعه بحث گروهی متمرکز که در سه شهر بزرگ ایالات متحده انجام شد، زنان و مردان، هر دو، شیردهی در معرض دید عموم را تایید نکردند. تقریباً همه ایالات، منطقه کلمبیا و جزایر virgin برای حمایت از تغذیه با شیرمادر در جامعه قوانینی دارند. ارائه دهندگان خدمت باید از قوانین ایالتی حاکمیت خود مطلع باشند تا بتوانند بیماران را آگاه نموده و توانمند سازند که برای شیردهی در اماکن عمومی احساس راحتی نمایند. لیستی از قوانین ایالات متحده به تفکیک ایالات و حاکمیت در آدرس زیر موجود است:

www.ncsl.org/issues-research/health/breastfeeding-state-laws.aspx.

این باور جامعه که تغذیه با شیرمصنوعی رایج هنجار می‌داند، از فعالیت‌های بازاریابی شرکت‌های تولیدکننده شیرمصنوعی اثر می‌پذیرد. بسیاری از بیمارستان‌ها به مادران تازه زایمان کرده بسته‌هایی حاوی شیر خشک هدیه می‌دهند و بسیاری از بیمارستان‌ها برنامه‌های آموزشی و حمایتی در زمینه تغذیه با شیرمادر ندارند. ارائه دهندگان خدمات سلامت باید بدانند که دادن بسته‌های حاوی شیرمصنوعی به مادران، مانع تداوم تغذیه با شیرمادر می‌شود. قرار دادن توصیه‌های بهداشتی برای مراقبت و تغذیه در بسته هدیه تاکید می‌شود. به همین دلیل، ارائه دهندگان خدمت ممکن است نتیجه بگیرند که جایگزین‌های آموزشی تجاری یا بسته‌های هدیه بدون مطالب بهداشتی ارجح است.

تأثیرات هنجارهای اجتماعی در ایالات متحده وقتی بیشتر نمایان می‌شود که میزان‌های تغذیه با شیرمادر در زنان مهاجر با زنان متولد آمریکا مقایسه می‌شود. حتی پس از کنترل تفاوت‌های دموگرافیک و اقتصادی اجتماعی، زنان مهاجر در مقایسه با زنان متولد ایالات متحده میزان‌های بالاتری از شروع تغذیه با شیرمادر و طول مدت آن داشتند.

اهمیت تغذیه با شیرمادر برای زنان، کودکان و جامعه محروم

تغذیه با شیرمادر برای همه زنان علی‌الخصوص زنان محروم مفید است (جدول شماره ۲). زنان محروم سهم نامتناسبی از پیامدهای جانبی سلامتی مثل چاقی، دیابت و بیماری قلبی عروقی دارند که این عوارض از طریق تغذیه با شیرمادر بهبود می‌یابد. شیوع چاقی در سطح ملی در حال افزایش است. این افزایش به خصوص در زنان و کودکان محروم دیده می‌شود. زنانی که به صورت انحصاری تغذیه با شیرمادر دارند، در مقایسه با زنانی که به شیرخوار خود شیرمادر و شیر خشک می‌دهند، کاهش وزن بیشتری در دوره پس از زایمان دارند. برخی از مطالعات توصیه نموده‌اند که میزان چاقی دوران کودکی، در کودکانی که در دوره شیرخوارگی با شیرمادر تغذیه

شده‌اند کاهش می‌یابد. بر اساس گزارش مرکز CDC، ۱۲/۶ میلیون زن یا ۱۰/۸ درصد از کل زنان ۲۰ ساله و بالاتر دیابت دارند که به صورت معنی داری در جمعیت‌های اقلیت بیشتر است. در یک مطالعه آینده نگر بزرگ طولی از دو کوهورت زنان، کاهش بروز دیابت تیپ ۲ با افزایش طول مدت تغذیه با شیر مادر همراه بود. زنان محروم به صورت غیر متناسبی به بیماری‌های قلبی عروقی مبتلا می‌شوند. بعضی مطالعات نشان می‌دهد که زنانی که شیر می‌دهند در مقایسه با زنانی که شیر نمی‌دهند میزان‌های پائین‌تری از فشار خون، چربی خون و بیماری قلبی عروقی دارند.

جدول شماره ۲- فواید تغذیه با شیر مادر

- کاهش میزان ابتلا به عفونت‌های شایع دوران کودکی مثل عفونت گوش، اسهال، که خود سبب کاهش غیبت والدین از محیط کار می‌شود.
- کاهش میزان چاقی دوران کودکی در کودکانی که در شیرخوارگی با شیرمادر تغذیه شدند.
- کاهش میزان ابتلا به فشارخون، چربی خون بالا، دیابت، و بیماری قلبی عروقی در مادرانی که شیرخوار خود را شیر می‌دهند.
- کاهش میزان سرطان تخمدان و سرطان پستان در زنان شیرده
- افزایش رابطه عاطفی بین مادر و شیرخوار
- کاهش ریسک افسردگی پس از زایمان.
- افزایش کاهش وزن پس از زایمان
- کاهش حاملگی ناخواسته

میزان حاملگی ناخواسته نیز در زنان محروم بالاتر است. تغذیه انحصاری با شیر مادر تخمک‌گذاری را به تعویق انداخته و فواصل بین تولدها را افزایش می‌دهد. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باید به بیماران آموزش دهند که چه موقع تغذیه با شیر مادر را می‌توان یک روش قابل اعتماد پیشگیری از بارداری در نظر گرفت. تغذیه با شیر مادر فواید اجتماعی و اقتصادی فراوان دارد. در یک مطالعه تخمین زده شده است که با افزایش میزان تغذیه با شیر مادر، سالانه ۳/۶ بلیون دلار در هزینه‌های درمان بیماری‌های دوران کودکی صرفه جویی خواهد شد. کودکانی که در دوران شیرخوارگی با شیر مادر تغذیه شده‌اند، کمتر به بیماری‌های دوران کودکی مبتلا می‌شوند و مراجعات کمتری به مطب پزشکان خواهند داشت که خود منجر به کاهش غیبت والدین از محل کار می‌شود. به علاوه، هزینه‌های تخمینی شیر مصنوعی (تا ۱۲۰۰ دلار در سال)، ۴ برابر

تغذیه با شیرمادر است (تقریباً ۳۰۰ دلار در سال بابت افزایش غذای یک مادر شیرده).

رویکردهای افزایش تغذیه با شیرمادر و تداوم آن

همه پزشکان، اعضای خانواده و ارائه دهندگان خدمات مراقبتی کودکان که با مراقبت مادران و شیرخواران ارتباط دارند، می‌توانند میزان شروع تغذیه با شیرمادر و تداوم شیردهی را بهبود بخشند. در آموزش رزیدنت‌های زنان و زایمان، پزشک خانواده و اطفال باید بر فواید تغذیه با شیرمادر، همچنین آموزش بیماران، مشاوره و استراتژی‌های حمایتی تأکید ویژه نمود. برگزاری آموزش‌های مداوم برای همه زنان ارائه دهنده خدمت و پرسنل بیمارستان که در زمینه تولد نوزاد فعالیت دارند باید ارتقاء یابد.

منابع متعددی برای آموزش کارکنان موجود است که به تغذیه با شیرمادر در بیمارانشان کمک می‌کند. AAP کوریکولومی در زمینه اصول آموزش، ابزارهای ارزیابی و منابعی برای کمک به آموزش تغذیه با شیرمادر در متخصصین زنان و زایمان، اطفال و رزیدنت‌های پزشک خانواده تهیه کرده است.

(www2.aap.org/breastfeeding/curriculum/)

Wellstart که یک سازمان غیرانتفاعی بین‌المللی با بیش از ۲۵ سال سابقه ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر می‌باشد، مدول‌های خودآموز در زمینه شیردهی تهیه نموده است. (www.wellstart.org) کتاب تغذیه با شیرمادر برای پزشکان (The Breastfeeding Handbook for physicians) راهنمایی برای پزشکان در همه تخصص‌ها فراهم می‌کند. این کتاب کار مشترک AAP و ACOG می‌باشد.

متخصصین زنان و مامایی باید در طول دوران بارداری با مادر در مورد فواید تغذیه با شیرمادر، از همان ترمستراول مشاوره نمایند. این مشاوره که برای تشویق به شیردهی انجام می‌شود باید همسر بیمار را هم دربرگیرد. مشخص شده است درگیر کردن همسر میزان‌های تغذیه با شیرمادر را ارتقاء می‌دهد.

بیان چالش‌های موجود در شیردهی و مشکلاتی که بسیاری از زنان در دوران شیردهی تجربه می‌کنند و شناخت این که این تجارب ریسک فاکتورهای افسردگی پس از زایمان هستند، بسیار مهم است. از آنجا که عدم وجود حمایت اجتماعی می‌تواند مانعی برای تغذیه با شیرمادر باشد، به خصوص در جمعیت محروم، حمایت کارکنان بهداشتی و آگاهی از منابع اهمیت زیادی برای تشویق شیردهی دارد. کارکنان بهداشتی باید از منابع موجود در جامعه مطلع باشند مثلاً کلاس‌های شیردهی در دوران بارداری، مشاورین شیردهی، افرادی که پیگیری در منزل انجام می‌دهند و گروه‌های حمایتی مثل La Lech League، مشاورین هم‌طراز WIC و حمایت‌های تلفنی. بیماران باید در زمان ترخیص از بیمارستان یا در طول مراقبت‌های دوران بارداری از این منابع مطلع شوند. یک بسیج حمایتی از زنان آفریقایی آمریکایی و تغذیه با شیرمادر، توسط دفتر سلامت زنان دپارتمان خدمات

بهداشتی درمانی ایالات متحده راه اندازی شده است. (www.womenshealth.gov/itsonlynatural)

این وبسایت حاوی حقایقی در مورد شیر مادر و راهنمای تغذیه با شیر مادر، همچنین ویدیوهایی از مادران آفریقایی امریکایی است که تجارب واقعی خود در مورد شیردهی را بیان می‌کنند.

پروتکل‌ها و اقدامات بیمارستانی متعدد نشان داده شده که میزان موفقیت در شیردهی را افزایش می‌دهد (جدول شماره ۳) و باید پایه و اساس برنامه‌های شیر مادر در بیمارستان و جامعه باشد. مادران باید به مشاورین شیردهی دسترسی داشته باشند، چه در بیمارستان و چه پس از ترخیص. گرچه، هزینه خدمات مشاوره شیردهی و میزان بازپرداخت کم آن، سبب شده بسیاری از زنان از چنین حمایتی برخوردار نباشند. علاوه بر این، اضافه شدن ویزیت‌های شیردهی در نرخ کلی خدمات دوران بارداری، ارائه دهندگان خدمات زایمانی را برای خدمات پس از زایمان در صورت عدم وجود عفونت پستانی با محدودیت روبرو ساخته است. برنامه عمل the Affordable Care Act در سال اول اجرای برنامه، پس از آگوست ۲۰۱۲، صادرکنندگان بیمه را ملزم ساخت این هزینه‌ها را (هزینه کرایه تجهیزات شیردهی، حمایت و مشاوره توسط فرد آموزش دیده در دوران بارداری و یا پس از زایمان) بصورت کامل تحت پوشش بیمه قرار دهند.

برای حل مشکل پایین بودن میزان تغذیه با شیر مادر در جمعیت اقلیتی که در برنامه WIC شرکت می‌کنند، WIC برنامه‌ها و کمپین‌هایی را برای افزایش میزان تغذیه با شیر مادر در این جمعیت آغاز کرده است که در نتیجه آن، از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۱، افزایش ۱/۵ درصدی در تعداد شیرخواران WIC که با شیر مادر تغذیه شده‌اند گزارش شده است. این مقدار با کاهش میزان عضویت در برنامه بسته غذایی حاوی شیر خشک WIC و افزایش عضویت در بسته‌های تغذیه انحصاری با شیر مادر همراه بوده است.

جدول شماره ۳- ده اقدام بیمارستان در زمینه حمایت و تشویق به تغذیه با شیرمادر*

- ۱- سیاست مدون تغذیه با شیرمادر داشته باشند که در معرض دید کلیه کارکنان باشد.
- ۲- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت‌های لازم برای اجرای این سیاست آموزش ببینند.
- ۳- به کلیه مادران باردار در مورد فواید تغذیه با شیرمادر و نحوه اداره آن آموزش دهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تا تغذیه با شیرمادر را در یک ساعت اول تولد شروع کنند.
- ۵- به مادران روش تغذیه با شیرمادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را، در صورت جدایی مادر و شیرخوار آموزش دهند.
- ۶- به نوزاد متولد شده غیر از شیرمادر، غذا یا مایعات دیگری ندهند، مگر در موارد ضرورت پزشکی.
- ۷- برنامه هم‌اتاقی مادر و شیرخوار را در طول شبانه روز اجرا کرده و اجازه دهند مادر و شیرخوار در کنار یکدیگر باشند.
- ۸- مادران را به تغذیه با شیرمادر بر حسب میل و تقاضای شیرخوار تشویق کنند.
- ۹- به شیرخوار شیرمادرخوار، شیشه شیر یا پستانک ندهند.
- ۱۰- تشکیل گروه‌های حمایت از مادران شیرده را تقویت نموده و مادران را پس از ترخیص از بیمارستان به این گروه‌ها ارجاع دهند.

* ده اقدام دوستدار کودک در کشور ما شامل بخش‌های کودکان و مراقبت ویژه نوزادان نیز می‌شود که در صفحه ۳۴۳ ملاحظه می‌فرمایید.

خلاصه

شیرمادر به عنوان بهترین منبع تغذیه نوزادان و شیرخواران تثبیت شده است. تغذیه با شیرمادر فواید متعددی برای مادر، شیرخوار و جامعه دارد. گرچه میزان‌های شروع تغذیه با شیرمادر در سطح ملی قابل قبول هستند، میزان تداوم تغذیه با شیرمادر در ایالات متحده به خصوص در جمعیت محروم، با اهداف تعیین شده فاصله دارد. کالج از کلیه تلاش‌های صورت گرفته در زمینه آموزش بیماران در مورد فواید و نحوه تغذیه با شیرمادر حمایت می‌کند و ارائه‌دهندگان خدمات، پرسنل پرستاری و آژانس‌های همکار دولت را تشویق می‌کند تا همچنان حامیان قوی برای تغذیه با شیرمادر از جمله برنامه‌های شیردهی در بیمارستان‌ها باشند. یک رویکرد چند منظوره که جامعه، خانواده، بیماران و همه پرسنل مرتبط را در برگیرد، اجرا و حمایت از اهداف شیرمادر در برنامه جامعه سالم تا سال ۲۰۲۰ را تقویت خواهد کرد.

دستورالعمل ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان های دوستدار کودک^۱

۱. سیاست مدون ترویج تغذیه با شیر مادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب و به آن ها ابلاغ شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر پایش شود.
۲. کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت های لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت ببینند.
۳. مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیر مادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن، عوارض تغذیه مصنوعی، بطری و گول زنک آموزش دهند.
۴. به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیر مادر را در ساعت اول تولد شروع کنند و در کلیه بخش ها برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نکند.
۵. به مادران روش تغذیه با شیر مادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (در صورت بیماری مادر یا شیرخوار، اشتغال مادر) نشان دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.
۶. به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر بجز شیر مادر و قطره ویتامین، هیچ گونه غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند...) ندهند. (مگر در صورت ضرورت پزشکی)
۷. برنامه هم اتاقی مادر و شیرخوار را در طول شبانه روز اجرا کنند و در بخش های اطفال تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی مادران و نیازهای فیزیکی و عاطفی آنان را تامین نمایند.
۸. مادران را به تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار با شیر مادر تشویق، کمک و حمایت کنند.
۹. مطلقاً از بطری و پستانک (گول زنک) استفاده نکنند.
۱۰. تشکیل گروه های حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروه های حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت کودکان