



تغذیه با شیر مادر

نویسنده: دکتر سیدعلیرضا مرندی

استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی

مقدمه

خداوند تبارک و تعالی در آیه ۲۳۳ سوره بقره می فرماید:

وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ

یعنی: مادرانی که بخواهند شیر دادن را به کودکان خویش تمام کنند دو سال کامل شیر دهند.

در قرآن کریم آیات دیگری هم در ارتباط با شیر مادر وجود دارد و از ائمه اطهار (س) هم احادیث و روایات عدیده ای نقل شده است و از آن جمله از پیامبر اکرم (ص) که می فرمایند: برای شیرخوار هیچ غذایی بهتر از شیر مادرش نیست و حضرت امام جعفر صادق (ع) می فرمایند:

زن در دوران حاملگی و شیردهی اجر مجاهد در راه خدا را دارد و اگر در این زمان بمیرد اجر شهید را.

خالق متعال ترکیب شیر هر گونه از پستانداران را کاملاً متناسب نحوه رشد زاده های آن گونه قرار داده است و انسان هم از این قاعده کلی و ثابت شده مستثنی نیست. در حقیقت برای تأمین نیازهای نوزاد و شیرخوار انسان، شیر مادر دارای ترکیبی ایده آل می باشد از جمله غلظت کمتر بعضی از عناصر از قبیل کلسیم و پروتئین در شیر مادر به دلیل تفاوتی است که در نیازهای رشد بین نوزاد انسان و گاو وجود دارد. چنانکه نوزاد انسان پس از ۵ ماه و گوساله بعد از ۲ ماه وزنشان دو برابر وزن تولد می شود. ضمناً باید توجه داشت که شیر مادر نه تنها یک غذای کامل است بلکه در حقیقت یک مایع زنده و فعال و دارای ویژگیهای عدیده است.

قسمت اعظم رشد جسمی و مغزی و تکامل روانی کودک در دو سال اول عمر صورت می پذیرد و سریعترین سیر این رشد و

تکامل در سال اول و بخصوص ۶ ماهه اول زندگی اتفاق می افتد. لذا در این سن، شیرخوار بیشتر از هر سن خارج رحمی دیگری آسیب پذیر می باشد. از طرف دیگر در این دوران از زندگی، تغذیه، هم باید رشد جسمی را تأمین کند و هم نیازهای عاطفی را جابگو باشد. لذا برای تصمیم گیری در ارتباط با امر تغذیه فقط نوع شیر مهم نیست، بلکه عوامل بی شمار دیگری هم دخالت دارند. از نقطه نظر بعد جسمی، هدف از تغذیه شیرخوار آنست که طفل به اندازه کافی (و نه بیش از حد) تغذیه شود. غذایش بسهولت قابل هضم و جذب باشد و تمام مواد غذایی اساسی از طریق توزیع معقول انرژی (کالری) که از پروتئین، قند و چربی بدست می آید تأمین شود. چون شیوه و محتوای تغذیه شیرخواران، قویاً در عادات رژیم آنها در آینده تأثیر می گذارد، لذا باید در این دوران دقت فوق العاده در محیط و شرایط تغذیه نمود.

شیرمادر در دوران شیرخواری و کودکی معنای وراثت تغذیه تنها دارد. شیرمادر علاوه بر تأمین مناسبترین رشد جسمی برای کودک و جابگوئی نیازهای عاطفی شیرخوار و مادر، نقش بسیار حیاتی در جلوگیری از بروز عفونتهای مختلف بخصوص عفونتهای گوارشی و تنفسی دارد.

نقش شیرمادر بویژه آغوز از دقایق و ساعات اول عمر در پیشگیری از عفونتها آنچنان چشمگیر است که بعضی آن را بمنزله اولین واکسن نوزاد یا اولین قدم در امر ایمن سازی بحساب می آورند. در عین حال که اثر ایمنی بخشی بعضی از واکسنها بخصوص واکسن ب ت ژ را تشدید و تقویت می کند.

در حقیقت بیشترین تأثیر شیرمادر در جوامعی است که میزان درآمد کمتری، سطح سواد پائین تر و وضع بهداشت نامطلوبتر باشد. استفاده از شیر مادر در چنین شرایطی ممکن است تنها راه بقاء کودکان باشد. اصولاً مناسبترین و کم

ترکیب شیر مادر

الف- آغوز (کلستروم):

در ظرف ماههای آخر حاملگی ترشح آغوز به مقدار بسیار مختصر آغاز، ولی عمدتاً این ترشح ظرف روزهای ۵ تا ۷ اول عمر صورت می‌پذیرد. در سه روز اول تولد، کلستروم بیشتر زرد رنگ و غلیظ بوده ولی بعد از روزهای سوم تا دهم بیشتر رنگ سفید مایل به آبی پیدا می‌کند. رنگ زرد کلستروم در روزهای اول تولد بدلیل وجود مقدار زیاد بتاکاروتن است. مقدار چربی و لاکتوز آغوز کمتر ولی سدیم، پتاسیم، کلر، روی، ویتامین A و B و پروتئین آن بیشتر است. در بین پروتئین‌های موجود در آغوز ایمونوگلوبولین‌ها و بخصوص Siga و لاکتوفیرین آن زیادتر است.

نقش اصلی آغوز فعالیت ضد میکروبی آنست ولی در عین حال آثار و فوائد عدیده دیگری دارد از جمله اثر لینت مزاج آنست که به دفع مکنیوم و کاهش زردی فیزیولوژیک کمک می‌کند.

در اسلام آنچنان بر ضرورت مصرف آغوز برای نوزاد تأکید شده است که بنظر می‌رسد لزوم مصرف آن در حد واجب باشد. از نقطه نظر علمی هم شروع اولین تغذیه هر چه به زمان تولد نزدیکتر باشد مناسبتر است و آنچه تاکنون توصیه شده و در کشورهای صنعتی عمل می‌شود شروع اولین تغذیه با شیر مادر در روی تخت زایمان و بلافاصله بعد از تولد است. حتی تلاش بر آنست مادرانی را که جهت وضع حمل نیازمند به عمل سزارین هستند به جای استفاده از بیهوشی عمومی که آنها را مدتی خواب‌آلود می‌کند، با بهره‌گیری از طریق بیحسی موضعی از ای دورال و غیره هر چه هوشیارتر نگهدارند تا مادر بتواند بلافاصله بعد از عمل سزارین، نوزاد خود را بروی تخت اطاق عمل از پستان خود شیر دهد. هر چه فاصله این شیردهی به لحظات اول تولد نزدیکتر باشد بازگشت رحم به حالت اول سریعتر صورت پذیرفته مقدار خونریزی کاهش یافته شیردهی مادر موفق‌تر گشته و قدرت دفاعی نوزاد در مقابل عفونتها فزونی می‌یابد.

هزینه‌ترین اقدام برای کاهش موارد سوء تغذیه و مرگ و میر ناشی از آن در نوزادان، شیرخواران و کودکان تغذیه با شیر مادر است. ترویج تغذیه با شیر مادر اعم از افزایش تعداد مادرانی که کودک خود را شیر می‌دهند و یا افزایش مدت شیردهی به میزان قابل توجهی هزینه سنگین مراقبت‌های بهداشتی را برای خانواده‌ها بخصوص خانواده‌های فقیر کاهش می‌دهد.

در کشور آمریکا در سال ۱۹۲۲ حدود ۹۰٪ از شیرخواران در سن یک سالگی از شیر مادر خود تغذیه می‌کردند در سالهای ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ شیرخوارانی که با استفاده از شیرمادر از بیمارستان مرخص می‌شدند به حدود ۱۸-۲۱٪ رسید. این وضع با فاصله ۱۵-۲۰ سال از آمریکا به کشورهای اروپای غربی و بعدها اروپای شرقی هم سرایت کرد. دلایل مختلفی برای این کاهش وجود داشت از جمله در دسترس بودن شیرخشک، تغییر رفتار گروه پزشکی بخصوص پزشکان و پرستاران، ناکافی بودن اطلاعات در زمینه ارزش شیرمادر، و عدم آموزش مادران در زمینه استفاده از شیر مادر.

در ایران نیز طبق مطالعه‌ای که در بهمن ۱۳۶۸ در تهران انجام شد ۶۸٪ نوزادان در مدت اقامت در بیمارستان با شیرخشک تغذیه شده بودند. (۶۰٪ در بیمارستانهای دولتی و ۸۰٪ در بیمارستانهای خصوصی) لذا جای تعجب نیست اگر در ادامه تغذیه، ۶۲٪ از مادران ترکیبی از شیرخشک و شیر مادر را برای تغذیه شیرخوار خود بکار برده باشند.

مطالعات عدیده و مقایسه‌ای که در آلمان، انگلیس و آمریکا انجام شد نشان داد که مرگ و میر شیرخواران زیریکسال که از شیر مادر تغذیه نمی‌کردند به ۳ تا ۶ برابر افزایش یافت. مطالعات انجام شده در استکهلم در سالهای ۱۹۴۰ نیز حتی افزایش چند برابر مرگ و میر شیرخواران زیریکسال را در خانواده‌های متمکن نشان می‌دهد.

در سال ۱۹۸۰ آکادمی کودکان آمریکا (AAP) در قویترین بیانیه‌ای که تاکنون صادر نموده است به متخصصین کودکان و همه کارکنان بهداشتی هشدار داده و تأکید نموده که شیر مادر را مؤکداً توصیه نمایند. و مصرف آن را برای کلیه شیرخواران بر شیرهای مصنوعی ترجیح دهند.

آنست. هضم پروتئین شیر مادر سریع و جذب آن کامل است. در صورتیکه در مورد شیر گاو تقریباً نصف پروتئین از طریق مدفوع شیرخوار دفع می شود.

ب. شیر:

پروتئین:

کالری حاصل از متابولیسم پروتئین شیر مادر حدود ۷٪ کل کالری شیر مادر است. مقدار پروتئین شیر مادر در حدود ۱۱ گرم در لیتر شیر یعنی حدود $\frac{1}{3}$ پروتئین شیر گاو است. در عین حال ۶۰-۸۰٪ از پروتئین شیر مادر از نوع پنیر مایع (Whey protein) است که شامل لاکتوبومین و لاکتوگلوبولین می باشد و لذا دلمه های (Curds) آن به مراتب کوچکتر و نرم تر و قابل هضم تر است و خروج آن هم از معده خیلی سریعتر صورت می گیرد در حالیکه شیر گاو که دارای ۳۵ گرم پروتئین در لیتر می باشد نسبت کازئین آن تقریباً ۸۰٪ بوده و دلمه ها خیلی بزرگتر و جهت مصرف شیرخواران لازم است از طریق هموژنیزه کردن، حرارت دادن و اسیدیفیه کردن، آن را قابل هضم تر نمود.

پروتئین شیر مادر دارای مقدار کافی اسیدهای آمینه ضروری می باشد. شیرمادر در مقایسه با شیر گاو، مقدار زیادی سیستین و مقدار کمی فنیل آلانین و تیروزین دارد. نسبت سیستین به متیونین در شیر انسان بیشتر است و با توجه به اینکه مغز و کبد جنین انسان فاقد آنزیم متیوناز (جهت تبدیل متیونین به سیستین) می باشد و پس از تولد هم آنزیم مزبور به کندی افزایش می یابد، این امر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در حقیقت می توان به سیستین تا مدتی بعد از تولد بعنوان یک اسید آمینه ضروری نگریست. همچنین توان اکسیده کردن فنیل آلانین و تیروزین در شیرخوار دیر ظاهر می شود. با مصرف شیر دیگری بغیر از شیر مادر شیرخوار مقدار زیادی یعنی بیش از مقداری که جهت رشد خود نیاز دارد اسیدهای آمینه متیونین، تیروزین و فنیل آلانین را دریافت می دارد این امر می تواند موجب افزایش مقدار آن در خون گشته، علاوه بر افزایش بار اسیدی، اثرات سوئی بر رشد و تکامل عقلی داشته باشد.

تورین هم که در رشد و نمو مغز نقش مهمی دارد، در بدن نوزاد انسان و بخصوص نوزادان نارس کمتر ساخته می شود و در شیر مادر به اندازه کافی وجود دارد ولی شیر گاو فاقد

چربی:

حدود ۵۵٪ انرژی (کالری) شیر مادر از چربی آن تأمین می شود. چربی مزبور عمدتاً شامل اسیدهای چرب ضروری mono اشباع نشده نظیر اسید اولئیک به مقدار کافی و اسیدهای چرب poly اشباع نشده نظیر اسید لینولئیک و آلفا لینولئیک می باشد. ترکیب چربی شیر مادر موجب جذب فوق العاده خوب کلسیم و چربی شده، تمام اسیدهای چرب ضروری را تأمین می کند. شیر مادر بر خلاف شیر گاو سرشار از آنزیم لیپاز است که با اضافه شدن به لیپاز روده به تجزیه سریع اسیدهای چرب آزاد شده از تری گلیسریدها کمک می کند و این امر جذب سریع آنها را تسهیل می کند. جذب چربی در طول ده روز اول عمر خوب نیست ولی (MCT) در اول زندگی جذب عالی دارد. حدود یک هفته پس از تولد جذب چربی از شیر انسان بیش از ۹۰٪ و از شیر گاو حدود ۶۰٪ است. اسیدهای چرب آزاد مهمترین منبع انرژی شیرخواران است و لیپاز موجود در شیر انسان این اسیدهای چرب را سریعاً و حتی قبل از اینکه هضم از طریق لیپاز روده ها شروع شود در دسترس قرار می دهد.

میزان چربی شیر در افراد مختلف متفاوت بوده نسبت به شرایط محیطی و روحی تغییر می کند. مقدار چربی شیر حتی در فازهای مختلف شیردادن، در اوقات مختلف روز (صبح ها بیشتر است) و حتی در طول یک وعده شیردهی متفاوت است. در قسمت اول شیر (Foremilk) که فقط ۱۰-۲۰ گرم چربی در لیتر وجود دارد، شیر بیشتر آبکی بوده و مشهی است و تشنگی نوزاد و شیرخوار را هم برطرف می سازد ولی قسمت آخر شیر (Hind milk) ۳-۴ برابر بیشتر چربی دارد به همین علت مهم است که شیرخوار در هر وعده حداقل یکی از پستانهای مادر را بطور کامل تخلیه نماید تا هم از مزایای قسمت اول و هم قسمت آخر شیر برخوردار شود و کالری مورد نیاز را هم بدست آورد. شیرخواری که با شیر مادر تغذیه می شود کمتر از

پوسیدگی دندان اهمیت داشته باشد.

شیره ذرت، سوکروز و بقیه مواد قندی که در شیر خشک‌ها جایگزین لاکتوز می‌شوند می‌توانند توسط قارچهای معمولی در روده به الکل تخمیر شوند و حتی این سؤال پیش آمده است که آیا رابطه‌ای بین سندروم مرگ ناگهانی شیرخواران (SIDS) و این الکل تخمیر شده وجود دارد یا نه. البته مواد ضد قارچی موجود در شیر مادر احتمال رشد بیش از حد قارچها را کم کرده و بالتسبیب تخمیر فوق‌الذکر را غیرمحمتمل می‌سازد.

ویتامین‌ها:

مقدار ویتامین‌های موجود در شیر مادر، در صورت مناسب بودن تغذیه مادر کافی است بجز ویتامین D محلول در چربی که بهتر است برای شیرخواران در کشور ما بصورت خوراکی و یا مرجحاً از طریق تابش مستقیم اشعه خورشید تأمین شود. جهت تأمین ویتامین D موردنیاز، در صورتیکه کودک بصورت کاملاً برهنه در معرض نور مستقیم (نه از وراء شیشه) و ملایم آفتاب قرار گیرد در ظرف ۱۰ دقیقه و اگر فقط سر و صورت و دستها در معرض تابش مستقیم اشعه آفتاب قرار گیرد در ظرف ۳۰ دقیقه بدن او مقدار ویتامین D مورد نیاز یک هفته را می‌سازد.

مواد معدنی:

مواد معدنی موجود در شیر مادر در حدود ثلث مقدار موجود در شیر گاو است به استثناء فسفر که حدود $\frac{1}{7}$ شیر گاو می‌باشد و علت این امر شاید به علت کمبود کازئین در شیر مادر است مقدار کلسیم هم در شیر مادر کم است ولی چون از طرفی خیلی خوب جذب می‌شود و از طرف دیگر مقدار فسفر شیر مادر هم خیلی کمتر است رویهمرفته نیازها را بطور کامل مرتفع می‌سازد.

آهن شیر مادر هم مثل آهن شیر گاو کم است ولی بر عکس آهن موجود در شیر گاو که فقط ۵-۱۰٪ آن قابل جذب است، آهن شیر مادر ۹۰-۷۰٪ قابل جذب بوده، لذا احتیاجات چند ماه اول عمر را برطرف می‌سازد، جذب بهتر آهن شیر مادر بعلت وجود لاکتوز و ویتامین C در شیر مادر و اسیدی بودن

شیرخواری که از طریق دیگر تغذیه می‌شود دچار چاقی می‌گردد. این امر می‌تواند بیشتر مربوط به تغییر ترکیب شیرمادر در یک وعده شیردهی و خودتنظیمی شیرخوار بجای مادر تنظیمی باشد. یعنی مقدار بیشتر چربی در انتهای هر وعده شیردهی سبب سیری و در نتیجه خود تنظیمی شیرخوار می‌گردد. لذا یکی از راههای عملی پیشگیری از چاقی، تشویق به تغذیه با شیر مادر است.

مقدار کلسترول موجود در شیر مادر بیش از شیر گاو است. کلسترول هم برای میلیتیزاسیون بافتهای عصبی و از جمله مغز، و هم جهت سنتز هورمونهای استروئیدی و اسیدهای صفراوی لازم است. علاوه بر این، کلسترول زیادتر در دوران شیرخواری ممکن است جهت کنترل سنتز داخلی و تجزیه استرول‌ها در زندگی بعدی شیرخوار مفید باشد.

لاکتوز:

لاکتوز شیر مادر بیشتر از لاکتوز شیر گاو و هر پستاندار دیگری است و حدود ۴۰٪ کالری حاصل از متابولیسم شیر را تأمین می‌کند. لاکتوز که یک ماده غذائی ساده است، تأثیرات پیچیده‌ای در بسیاری از قسمتهای مختلف بدن دارد. وجود مقدار زیادی لاکتوز در شیر مادر در جذب یا نگهداری کلسیم و بسیاری از مواد معدنی دیگر تأثیر دارد. همچنین قسمتی از آن در داخل روده به اسید لاکتیک تبدیل شده و با اسیدی نگهداشتن PH روده هم از رشد باکتریهای موزی جلوگیری می‌کند و هم به ساختن ویتامین‌ها کمک می‌نماید ارتباط بین لاکتوز شیر و درجه تکامل مغز به اثبات رسیده است زیرا لاکتوز به گلوکز و گالاکتوز تجزیه می‌شود و گالاکتوز به گالاکتولیسید سنتز می‌شود که قسمت عمده‌ای از ماده مغزی پستانداران را تشکیل می‌دهد. فعالیت آنزیم لاکتاز در نوزاد ترم کافی است. این فعالیت در نوزادان نارس با شروع تغذیه به سرعت افزایش می‌یابد. شیرینی لاکتوز کمتر از کربوهیدراتهای دیگر نظیر سوکروز است و این خود ممکن است بر روی عادات غذائی در سالهای بعد اثر گذارده و سبب تمایل کمتر در مصرف غذاهای شیرین شود. این مصرف کمتر شیرینی ممکن است در رابطه با پیشگیری از بیماریهای نظیر دیابت، چاقی، اترواسکلروز و



عوامل دفاعی در شیر مادر

محیط روده است. رویهمرفته املاح و مواد معدنی شیر مادر از شیر گاو کمتر و برای ترشح از کلیه‌ها بخصوص در اوائل شیرخوارگی بار کمتری را به کلیه‌های نارس نوزاد تحمیل می‌نماید.

اگر شیرخوار در معرض عفونتی قرار بگیرد. سیستم ایمنی مادر طوری عمل می‌کند که از طریق شیر مادر آنتی‌بادی‌ها به شیرخوار برسد. مطالعات بسیار متعدد نشان می‌دهد که نوزادان و شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند، احتمال ابتلا بسیار کمتری به بیماریهای عفونی (بخصوص اسهالی و تنفسی)، بیماریهای آلرژی و نیز سوء تغذیه دارند. این امر بویژه در کشورهای در حال توسعه اهمیت بیشتری دارد. دانشکده بهداشت و طب گرمسیری لندن ۳۳ مورد مطالعه مختلف را در سراسر جهان بررسی نموده و نشان داده است که مرگ و میر شیرخوارانی که هم شیر مادر می‌خورند و هم شیرخشک، سه برابر و آنها که اصلاً شیر مادر نمی‌خورند پنج برابر شیر مادر خواران است.

همه ساله محققین فاکتورهای جدیدتر ضد عفونی را در شیر مادر کشف می‌کنند بیشترین حفاظت در مقابل عفونتها وقتی حاصل می‌شود که شیر مادر به تنهایی و بدون هیچگونه غذای کمکی تا پایان شش ماهگی مصرف شود مواد ضد عفونت که در داخل شیر مادر وجود دارد بر دو دسته اند:

۱- عوامل ضد عفونی اختصاصی نظیر لنفوسیت‌ها و آنتی‌بادی‌ها

۲- عوامل غیر اختصاصی از جمله فاگوسیت‌ها و ماکروفاژها، پروتئین‌های مختلف از جمله لاکتوفرین، لیزوزیم، لاکتوپراکسیداز B12 Binding lirotejin و فاکتورهای بیفیدوس و کمپلمان های C_4, C_3 .

لنفوسیتها:

این سلولها بنظر می‌رسد که Iga، لاکتوفرین، لیزوزیم و انترفرون ترشح کنند. تعداد لکوسیت‌های شیر خیلی متغیر بوده

و در کلوستروم ممکن است تا ۱۲ میلیون در هر ml برسد. این تعداد در ظرف چند هفته به ۱۰ تا ۸۰۰ هزار در هر ml می‌رسد. نسبت لنفوسیت‌ها از چند درصد تا ۳۰٪ می‌رسد و بیشترین آنها از نوع لنفوسیت‌های T است. لنفوسیت‌های شیر در اثر تحریک ویروسی می‌توانند انترفرون تولید کنند.

لنفوسیت‌های B موجود در شیر در تولید Iga مؤثر است. Igm و Igg هم در شیر به مقدار کمتر و در آغوز به مقدار بیشتر وجود دارد. عمل عمده Iga آغوز و شیر، حفاظت از دستگاه گوارش است. مقدار Iga در آغوز ۲۰-۵۰ برابر شیر است. Igm و Igg موجود در شیر شبیه Igg و Igm سرم است ولی Iga شیر از سرم متفاوت است. Iga شیر بیش از سرم، پایدار است و به تغییرات و حملات آنزیمی مقاوم است. لذا پادتن‌های شیر انسان را می‌توان در مدفوع شیرخواری که از شیرمادر تغذیه می‌کند به مقدار قابل ملاحظه‌ای یافت. بر خلاف Iga موضعی، منشأ Igm و Igg احتمالاً از سرم است.

آنتی‌بادی SigA بر علیه انواع مختلف میکروبهای روده مادر ایجاد و از طریق شیر به شیرخوار منتقل می‌شود و در روده شیرخوار بر علیه همان باکتریها مقاومت ایجاد می‌کند. آنتی‌بادی SigA جهت حفاظت مخاط است یعنی این آنتی‌بادی به باکتریها چسبیده و مانع چسبیدن میکروب به مخاط روده می‌شود. SigA بر علیه استرپتوکوک، پنوموکوک، باسیل کزاز، آنتی ژن O و بعضی از انواع Ecoli و آنتی ژن k و بعضی از انواع دیگر، آنتی ژن O و ویروویا و انواع زیادی از شیگلا، آنتی ژن O سالمونلا (در نقاطی که این بیماریها آندمی است) ایجاد می‌شود.

در مقایسه با شیرخواران دیگر در روده شیر مادرخواران تعداد کمتری Ecoli (که ضمناً کمتر هم بیماریزا هستند) دیده می‌شود هر چند که وجود آنتی‌کور SigA مانع کامل کولونیزاسیون Ecoli در روده شیرمادرخوار نمی‌شود ولی در عین حال شیرخوار هیچگونه علائمی از کولونیزاسیون نشان نمی‌دهد، حتی اگر باکتری پاتوژن باشد و حتی وقتی پاتوژنهایی نظیر شیگلا وجود داشته باشد. اگر هم علامتی نشان دهند خفیف است. در عین حال باکتری هم به سرعت از روده ناپدید می‌شود. ولی وقتی طفل از شیر مادر گرفته شد

کولونیزاسیون بسرعت افزایش یافته و بروز اسهال با علل مختلف افزایش می یابد.

آنتی بادی SIgA نه تنها بر علیه باکتریها بلکه بر علیه تعدادی از ویروسها هم در شیر مادر وجود دارد. این ویروسها عبارتند از: روتاویروس، پولیو، کوکساکسی، آنتروویروس و انفلوانزا نوع A و Respiratory syncytial آنتی بادی ضد روتاویروس از اهمیت خاصی در شیرخواران برخوردار است، چه این ویروس از علل شایع اسهال است.

گزارشات نشان می دهد که شیر مادر در کاهش بروز بیماریهای دستگاه تنفس و از جمله گوش میانی مؤثر می باشد. یعنی همان ارتباط Enteromammary axin از طریق Bronchomammary axin هم وجود دارد بنابراین شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می کنند، حفاظت موضعی را از طریق دهان بدست می آورند. آنتی بادی SIgA بر علیه پروتئین مواد غذایی از جمله شیر گاو، هم در شیر مادر یافت می شود که با جلوگیری از چسبیدن پروتئین به جدار روده مانع بروز آلرژی می شود.

عوامل ضد عفونی غیر اختصاصی:

فاگوسیت ها: ۴۰-۶۰٪ از سلولهای آغوز، گرانولوسیت های نوتروفیل هستند و ۳۰ تا ۵۰٪ ماکروفاژند، ماکروفاژها در بلعیدن و از بین بردن میکربها، قارچها و انگلها نقش دارند.

لاکتوفرین:

لاکتوفرین در شیر مادر بوفور یافت می شود در حالیکه شیر گاو فاقد آنست. لاکتوفرین پروتئینی است با آهن اشباع نشده که با جذب آهن در محیط روده با میکروبیتهای که به آهن نیاز دارند نظیر E.coli، استرپتوکوک موتانس (عامل پوسیدگی دندان) و کاندیدا البیکانس رقابت می نماید، لذا اثر باکتریوستاتیک دارد.

هر چند افزودن آهن به رژیم غذایی شیرخواران این عمل باکتریوستاتیک را خنثی می کند ولی دلائل قطعی در دست

نیست که آهن خوراکی خطر عفونت را افزایش دهد. لیزوزیم: فعالیت عمده لیزوزیم از طریق لیز دیواره باکتریها بوده و ضد باکتریهای گرم مثبت و آنتروباکتر و ویروسهای مختلف است و مقدارش در شیر مادر ۳۰۰ برابر شیر گاو است. بطور اختصاصی بر E. Coli سالمونلاشیگلا و بسیاری از ویروسها اثر دارد. مقدار آن در طول مدت شیردهی افزایش یافته و در حوالی ۶ ماهگی به حداکثر می رسد. لاکتوپراکسیداز هم استرپتوکوک را می کشد.

فاکتور بیفیدوس Factor of lactobacillus Bifidus = پلی ساکاریدی است. ازت دار و موجب می شود که لاکتوباسیل به تعداد خیلی زیاد در داخل روده تکثیر یابد در نتیجه با افزایش اسیداستیک و اسیدلاکتیک از لاکتوز شیر PH روده اسیدی شده و ضمن جذب بهتر کلسیم و آهن، از رشد شدید باکتریهای گرم منفی و کاندیدا و بعضی از پارازیتها جلوگیری می شود. یکی از دلائلی هم که مدفوع شیرمادر خواران متفاوت از شیر خشک خواران است همین فاکتور بیفیدوس است. لاکتوباسیلوس بیفیدوس در محیطی که حاوی لاکتوز زیاد و پروتئین کم باشد افزایش می یابد. در شیر انسان نسبت لاکتوز به پروتئین $\frac{4}{1}$ است در حالیکه این نسبت در شیر گاو $\frac{1}{1}$ می باشد.

چند ویروس یا آنتی ژن ویروس از جمله سرخجه، هپاتیت B و سیتومگال در شیر مادر دیده شده است، ولی هیچ مدرکی در دست نیست که نشان دهد ابتلاء کودک از طریق شیرمادر باشد. شاید به این دلیل باشد که شیرمادر در عین حال حاوی آنتی بادی SIgA هم بوده و احتمالاً مصونیت را به طفل منتقل می سازد.

بهر حال طبق گزارش آکادمی کودکان آمریکا (AAP) در سال ۱۹۸۳ در اینگونه موارد، نفع شیرمادر به مراتب بیشتر از احتمال بسیار کوچک ضرر آن است. استرپتوکوک گروه B هم از شیر مادر بدست آمده است ولی ثابت نشده است که از این طریق به نوزاد منتقل گردد. سل هم فقط در صورتی از مادر به شیرخوار منتقل می شود که مادر دچار گرانولوم کازیفیه پستان باشد.

در مورد انتقال ویروس ایدز از طریق شیرمادر مبتلا به ایدز، ثابت شده است که این امر منحصرأ در مواردی که مادر از طریق

۴- ترکیب شیر مادر با سن کودک، فصول سال و ساعات شبانه روز و حتی در یک نوبت شیردهی تغییر می کند قسمت اول شیر که آبی تر بوده و پروتئین بیشتری دارد، مشهومی است در حالی که قسمت آخر شیر به مقدار ۳-۴ برابر چربی بیشتر داشته و لذا کودک را سیر کرده و مانع پرخوری و چاقی او می شود.

۵- به دلیل کمتر بودن مقدار پروتئین و املاح در شیر مادر، بر کلیه نوزادان که بلوغ کامل نیافته است فشار کمتری وارد می آید.

۶- شیر مادر حاوی مواد ضد عفونت عدیده ای است که از لحظات اول تولد و برای ماهها و حتی سالها شیرخوار را در مقابل عفونتهای مختلف بخصوص عفونتهای گوارشی و تنفسی (و از جمله عفونت گوش میانی) حفظ می کند. ثابت شده است تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر به مدت سه ماه میزان عفونت گوش میانی را به نصف کاهش می دهد.

۷- احتمال بروز دردهای قولنجی و اختلالات اتوپی و اگزما، عفونتهای ادراری، عفونت خون، مننژیت و کمبود ویتامین A در کودکان شیر مادرخوار خیلی کمتر است.

۸- حتی برای نوزاد نارس هم شیر مادر غذایی ایده آل است بخصوص اینکه مقدار پروتئین شیر مادری که نوزاد نارس به دنیا آورده ۲۰-۳۰٪ بیشتر از شیر مادری است که نوزاد فول ترم بدنیا آورده است. مطالعات انجام شده در مکزیک بر ۱۱۸ کودک با وزن تولد کم نشان داد کودکانی که تغذیه مصنوعی داشتند نسبت به آنهایی که از شیر مادر استفاده کرده بودند ۱۳ بار بیشتر احتمال ابتلاء به NEC داشتند، عفونتهای ادراری ۵ بار، ابتلاء به اسهال ۹ بار و نیاز به انتقال خون ۲/۳ بار در آنها افزایش داشت.

۹- شیر مادر از نظر بهداشتی کاملاً سالم است، هیچگونه ترکیب ساختگی یا هیچ ماده نگهدارنده و هیچ ماده مصنوعی ندارد و در داخل پستان مادر فاسد نمی شود.

۱۰- استفاده از شیر مادر برای مادر و کودک هر دو در تمام اوقات و بخصوص در موقع شب آسانتر است و همیشه با درجه حرارت و قوام مناسب آماده مصرف است.

تزریق خون آلوده بیمار شود ممکن است اتفاق افتد که اولاً موارد آن بسیار محدود بوده و ثانیاً سازمان جهانی بهداشت توقف شیردهی را در این موارد هم جازت نمی داند. در مطالعاتی که اخیراً در ایتالیا انجام گرفته زمان متوسط شروع علائم از زمان تولد در کودکانی که تغذیه مصنوعی داشتند ۹/۷ ماه ولی در آنها که با شیر مادر تغذیه شده بودند ۱۹ ماه بود. از طرف دیگر طول عمر کودکان شیر مادرخوار بیش از گروه اول بوده است.

با توجه به آن دسته از مزایایی از شیر مادر که تاکنون شناخته شده است، اکنون بیش از گذشته این اعتقاد وجود دارد که هیچ جانشین باارزشی برای شیر مادر وجود ندارد. لذا بمنظور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت کودکان، باید کوششهایی که در جهت تشویق و آموزش مادران به امر شیردهی صورت می گیرد به مراتب بیش از تلاشها برای پیشرفت تکنولوژی و مهندسی جانشین های شیر مادر باشد.

مزایای شیر مادر:

الف: برای کودک

۱- شیرمادر غذای کاملی است که به تنهایی تمام احتیاجات غذایی شیرخوار (از جمله آب) را در طول ۴-۶ ماه اول زندگی تأمین می نماید. شیرخواری که از شیر مادر تغذیه می کند حتی در مناطق گرم و خشک قبل از شروع غذای کمکی در پایان ۴ تا ۶ ماهگی به آب نیاز ندارد.

۲- پروتئین، چربی و مواد قندی موجود در شیر مادر بهترین و مناسبترین نوع بوده و تناسب بین مواد مختلف غذایی آن در حد ایده آل است. هضم شیر مادر خیلی آسانتر از شیرخشک است و اکثر مواد غذایی موجود در آن تقریباً بطور کامل جذب می شود.

۳- کلسترول موجود در آغوز به مراتب بیشتر است و ثابت شده است که این خود وسیله و محرکی است برای تسریع در تشکیل و تکمیل آنزیم هایی که در متابولیسم کلسترول مؤثر بوده و در نتیجه بیماریهای قلبی عروقی را کاهش می دهند.

تغذیه مصنوعی دارند قدرت بینایی بهتری دارند که مربوط به مقدار کافی اسیدهای چرب با زنجیره بلند غیر اشباع موجود در شیر مادر است.

۱۸- شیر مادر نه تنها کودک را در مقابل بسیاری از بیماریهای دوران کودکی از جمله بیماریهای انگلی، ویروسی، باکتریایی و قارچی محافظت می کند بلکه او را از ابتلاء به بسیاری از بیماریهای دوران نوجوانی و جوانی و سالمندی نیز مصون می دارد، از جمله بیماری سلیاک، کرون، کولیت اولسراتیو، بیماریهای کبدی، دیابت جوانان و لمفوما بطوریکه در کسانی که با شیر مادر تغذیه می شوند احتمال ابتلا به لمفوما ۶ بار کمتر از کسانی است که با شیر خشک تغذیه می شوند.

مطالعات اخیر نشان می دهد که احتمال ابتلاء به دیابت در کودکان تغذیه شده با شیر مادر بسیار کمتر از کودکانی است که با شیر خشک تغذیه می شوند. بررسی در ۶۹۰ کودک دیابتی نشان داد کودکانی که قبل از ۲ ماهگی از شیر مادر گرفته شوند ۱/۵ بار بیشتر در معرض پیشرفت دیابت هستند. همچنین خطر پیشرفت دیابت در کودکانی که کمتر از ۲ ماه بطور انحصاری از شیر مادر تغذیه کرده بودند نیز ۲ برابر بود. این خطر در مورد کودکانی که قبل از ۲ ماهگی از فرآورده های غذایی کارخانجات استفاده کرده بودند نیز وجود داشت.

محققین به این نتیجه رسیده اند که فاکتورهای شناخته شده و نشده ای در شیر مادر وجود دارد که ممکن است در رشد شیرخوار تأثیر داشته باشد. این فاکتورها بخصوص در شیر مادرانی که نوزادان نارس بدنیا آورده اند بیشتر است. هورمون انسولین هم در شیر مادر وجود دارد که در رشد شیرخوار مؤثر است و بعضی معتقدند که در شیر مادر هورمون تیروئید به اندازه مورد نیاز شیرخوار وجود دارد.

بنظر می رسد شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه می کنند واقعاً ممکن است به ۱۲۰ کیلوکالری برای هر کیلوگرم وزن بدن نیاز نداشته باشند، مشاهده شده است که جهت افزایش ۱۵-۳۰ گرم وزن در روز برای شیرخوار گاهی ۹۰ کیلوکالری و یا حتی کمتر برای هر کیلوگرم وزن بدن کافی است. این امر بخصوص در مورد شیرخوارانی که فعالیت کمتری دارند بیشتر

۱۱- شیر مادر نه تنها هزینه ای ندارد بلکه به دلیل کاهش بروز بیماریها، موجب کاهش هزینه درمان کودکان و بستری شدن آنان در بیمارستان می گردد.

۱۲- تغذیه با شیر مادر موجب می شود که بین مادر و شیرخوار ارتباط عاطفی بسیار نزدیک و قوی بوجود آید و آرام کردن شیرخوار در موقع ناراحتی با قرار دادن وی بر روی پستان مادر خیلی ساده تر است. ضمناً امنیت روانی آنهایی که از شیر مادر تغذیه کرده اند در زمان بلوغ بیشتر است. از طرفی غریزه مکیدن نیز در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می کنند بهتر برآورده می شود.

۱۳- در موقع مکیدن پستان توسط شیرخوار چون حرکات مکیدن و جویدن توام و همراه است (نحوه مکیدن پستان با نحوه مکیدن بطری و پستانک کاملاً متفاوت است) لذا با توجه به فعالیت شدید عضلات مربوط به فک، فک تکامل یافته و کام و دندانها هم بهتر شکل می گیرند.

۱۴- در جریان حوادث و سوانح طبیعی نظیر سیل و زلزله کودکانی که مادر خویش را در کنار دارند، منبع غذایی خود را از دست نمی دهند.

۱۵- یکی از اصول موفقیت در شیردهی بکارگیری شیوه مراقبت هم اطاقی مادر و نوزاد (Rooming - in) است که علاوه بر کمک به ترویج استفاده از شیر مادر موجب کاهش عفونت نوزادان ضمناً کاهش هزینه بیمارستان و نیروی انسانی مورد نیاز می گردد.

۱۶- طول مدت آمنوره در مادران شیرده خیلی طولانی تر لذا فاصله بین حاملگی ها مناسبتر است.

۱۷- شیر مادر به دلیل خصوصیات خاص تغذیه ای نه تنها بر رشد کودک اثر می گذارد و کودکانی که با شیر مادر تغذیه می شوند از رشد بهتری برخوردارند، بلکه مراحل تکامل آنها نیز سریع تر انجام می شود و از نظر بینایی، دندان در آوردن، راه رفتن و تکلم نسبت به آنها که از شیر خشک تغذیه می شوند جلوتر هستند.

مطالعه انجام شده در آمریکا نشان می دهد که نوزادان فول ترم (Fullterm) و پرترم (preterm) که با شیر مادر تغذیه می شوند در ۴ ماهگی و ۳۶ ماهگی نسبت به کودکانی که



برخوردار است. احتمال بروز سرطان تخمدان نیز در مادران شیرده کمتر است.

مطالعات عدیده از جمله مطالعه انجام شده در انگلستان در ۷۵۵ زن جوان زیر ۳۶ سال نشان داده شده که شیردهی مادر حداقل به مدت ۳ ماه احتمال خطر ابتلاء به کانسر پستان را به کاهش $\frac{1}{4}$ می دهد.

مطالعه دیگری که در ۴ ایالت امریکا انجام گرفته نشان داده است که شیردهی به مدت ۴ تا ۱۲ ماه خطر کانسر پستان را در قبل از یائسگی ۱۱٪ و شیردهی به مدت دو سال این خطر را ۲۵٪ کاهش می دهد.

۷- شیردادن خطر شکستگی لگن را در سنین سالمندی کاهش می دهد. تحقیقات انجام گرفته در استرالیا نشانگر آن بوده که تغذیه هر کودک با شیر مادر به مدت بیش از ۹ ماه خطر ابتلاء را نسبت به کسانی که شیر نداده اند به $\frac{1}{4}$ می رساند.

۸- در کشورهای در حال توسعه، تغذیه با شیرمادر از هر برنامه دیگر تنظیم خانواده مؤثرتر است و در حقیقت رابطه بسیار نزدیک و پیوسته ای بین طول مدت شیردهی و مدت تأخیر در قاعدگی و نیز تخمک گذاری مادر وجود دارد.

بررسی های انجام شده در سنگال نشان می دهد شیردهی به مدت ۲۲ ماه آموره به مدت ۱۸ ماه ایجاد کرده است.

برای اینکه تغذیه از شیر مادر بیشترین نقش را در امر جلوگیری از بارداری داشته باشد بهتر است مادر منحصراً و مکرراً شیرخوار را از شیر خود تغذیه کند، یعنی هر زمان که شیرخوار تمایل به مکیدن داشت چه به دلیل گرسنگی و چه ناآرامی، حتی در طول ساعات شب، او را شیر بدهد.

مطالعاتی که در استرالیا و اسکاتلند انجام شده است نشان می دهد که اگر مادر در ۶ ماه اول بعد از تولد نوزاد بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت (حداقل جمعاً ۹۰ دقیقه در شبانه روز) شیر بدهد و هیچگونه غذا و مایعات دیگری به غیر از شیرمادر به طفل خود ندهد، قاعدگی بندرت در ماههای اول بعد از زایمان اتفاق می افتد و اصولاً چنین مادرانی بعید است قبل از شروع اولین قاعدگی حامله شوند. بعضی از مطالعات احتمال بارداری را در چنین شرایطی کمتر از ۲٪ نشان می دهد. با توجه به اینکه در

صادق است. قسمتی از چربی شیرمادر توسط ۶۰-۷۰ آنزیمی که اخیراً کشف شده است بصورت Predigested در می آید و لذا با مختصر متابولیسمی شیرخوار را در مقابل یک منبع انرژی ناگهانی (Instant) قرار می دهد. بر عکس شیرخوارانی که از شیر مصنوعی (شیرخشک) تغذیه می کنند، بایستی انواع و اقسام چربی هائی که گاهی کاملاً اجنبی (Foreign) هستند را متابولیزه کنند. از طریق نوکلئوتیدهای موجود در شیر مادر به هضم پروتئین کمک می شود. جذب آهن وابسته به وجود مقدار کافی ویتامین C است. در ترکیب بعضی از انواع شیرخشک گیاهی کمبود این هر دو ماده به چشم می خورد.

ب. مزایای شیر دادن برای خود مادر:

۱- مکیدن نوزاد منجر به ترشح اکسی توسین می شود. اکسی توسین باعث انقباض رحم و این امر خود موجب کاهش و قطع خونریزی و نیز بازگشت سریعتر اندازه رحم به حالت طبیعی می گردد. همچنین همراه با توقف عادت ماهیانه مادر به واسطه تداوم شیردهی، احتمال بروز کم خونی مادر کاهش می یابد.

۲- با توجه به مصرف ذخیره چربی مادر در دوران شیردهی، شیردادن، فرم اندام و از جمله پستانها را سریعتر به حالت عادی باز می گرداند.

۳- شیردادن موجب اقناع روحی مادر و برقراری ارتباط عاطفی (Bonding) مناسبی بین مادر و شیرخوار می شود.

۴- مادر همیشه آمادگی برای شیردهی دارد، و وقت او بدون جهت صرف خرید شیرخشک، شستن، جوشاندن شیشه و آب و تهیه شیر و غیره نمی شود.

۵- شیر مادر برای خانواده به مراتب اقتصادی تر است و خانواده می تواند هزینه خرید شیرخشک را صرف تغذیه بهتر مادر بنماید.

۶- استفاده از شیر مادر احتمال بروز سرطان پستان مادر را کاهش می دهد. این امر بخصوص در کشورهای در حال توسعه که دفعات شیردهی آنها در روز و طول ماههای شیردهی و تعداد موالیدشان بالاتر است از اهمیت بیشتری

آرواره هایش به مخازن شیر فشار وارد می‌آورد و با این عمل شیر موجود در قسمت آمپولا را بداخل دهان می‌دوشد. این نحوه مکیدن پستان با مکیدن شیر از بطری که منحصرأ از رفلکس Sucking استفاده می‌شود کاملاً متفاوتست.

فیزیولوژی شیردهی:

شیر در آکوئولها تولید می‌شود و از طریق مجاری شیر (Milk ducts) در مخازن ذخیره‌ای که در حوالی آرئول پستان است (بنام Ampulla) ذخیره می‌شود. ($\frac{1}{3}$ حجم شیر در هر وعده از این قسمت و $\frac{2}{3}$ دیگر پس از برقراری رفلکس جاری شدن شیر تأمین می‌شود.) در زمان حاملگی اندازه پستانها ۲-۳ برابر شده و آکوئولها و مجاری شیر هم برای تولید و جاری کردن شیر آماده می‌شوند. بعد از تولد، شیردهی از طریق دو رفلکس مورد اشاره زیر کنترل می‌شود.

۱- رفلکس ترشح شیر یا رفلکس تولید شیر (Milk production reflex) وقتی شیرخوار پستان مادر را می‌مکد، قسمت قدامی غده هیپوفیز مادر از طریق عصب واگ و هیپوتالاموس تحریک شده و پرولاکتین ترشح می‌نماید. این هورمون سلولهای آکوئولها را تحریک نموده و منجر به تولید و ترشح شیر می‌گردد که در مجاری شیر جمع می‌شود. مقدار ترشح پرولاکتین بستگی به میزان تحریک نوک پستان و آرئول دارد، لذا مهم است که در اوائل تولد و در هفته‌های اول زندگی شیرخوار مکرراً پستان مادر را بمکد.

۲- رفلکس جاری شدن شیر یا رفلکس رگ کردن (The let down reflex) با مکیدن پستان برای ۲-۳ دقیقه هورمون دیگری از قسمت خلفی هیپوفیز ترشح می‌شود بنام اکسی توسین که از طریق خون به پستان رفته و بر روی سلولهای میوایی تلیال اثر می‌گذارد، و این سلولهای عضلانی را که در اطراف آکوئولها هستند منقبض می‌نماید و این عمل شیر را بطرف نوک پستان جاری می‌سازد و ضمناً موجب چکیدن شیر از نوک پستانها گردیده و مادر احساس سوزن سوزن

۶ ماه اول عمر، شیرخوار منحصرأ از شیر مادر تغذیه می‌کند، لذا نقش شیردهی در این ایام در جلوگیری از بارداری خیلی قابل اعتمادتر است.

مادرانی که غذا و شیرخشک و یا مایعات دیگری را علاوه بر شیر مادر به شیرخوار خود می‌دهند احتمال اینکه حامله شوند بیشتر است. ضمناً ۱-۱۳٪ از مادران قبل از شروع قاعدگی ممکن است حامله شوند در صورتیکه قاعدگی مادر شروع شود و یا زمانی که اولین تغذیه را علاوه بر شیر مادر برای شیرخوارش آغاز می‌کند، بلافاصله باید از روشهای جلوگیری از بارداری که در عین حال خدشه‌ای به امر شیردهی او وارد نسازد استفاده کند. (استفاده از قرص‌های استروژن دار علاوه بر ایجاد پاره‌ای تغییرات در کیفیت شیر مادر، مقدار آن را هم کاهش می‌دهد).

ساختمان پستان

بلافاصله در زیر و پشت آرئول پستان، تعدادی مخازن شیر یا سینوسهای لاکتی فروس وجود دارد که فشار آرواره و زبان در موقع مکیدن بر آن وارد می‌شود. این سینوسها قسمت گشاده شده مجاری شیری بوده و ۱۵-۲۰ عدد در هر پستان است که به نوک پستان ختم می‌شوند. در داخل نسج پستان، هر کدام از این مجاری (Ductus) به تعدادی Ductulus منشعب می‌شوند و انشعاب آنها به آکوئولها ختم می‌شود که در آنها شیر ساخته می‌شود.

سلولهای میوایی تلیال در جدار آکوئولها و مجاری (Ducts) وجود دارند که با ترشح اکسی توسین منقبض می‌شوند تا شیر را به طرف سینوسها و سپس نوک پستان بفرستند مجموعه آکوئولها، لبولها را به وجود می‌آورند که به تعداد ۱۵-۲۰ عدد در هر پستان بوده و بوسیله بافت هم بند از هم مجزا می‌شوند و عروق زیاد خونی و لنفاوی آنها را در بر می‌گیرد.

رفلکس مکیدن (Suckling reflex):

شیرخوار در موقع شیر خوردن علاوه بر نوک پستان، ناحیه آرئول پستان مادر را هم بین زبان و کام خود قرار داده و با

ظرف ۴-۶ هفته اول عمر هر $\frac{1}{4}$ تا $\frac{3}{4}$ (معمولاً هر $\frac{1}{4}$ تا ۳) ساعت یکبار گرسنه می شود و باید تغذیه شود. شیر مادر سریعتر هضم می شود و لذا شیرخوار زودتر گرسنه می شود (حدود ۸-۱۰ بار در شبانه روز، در حالی که در موزد شیرخشک حدود ۶ بار در شبانه روز است) مناسبترین کار آنست که برنامه تغذیه را مطابق میل و دلخواه شیرخوار تنظیم نمائیم. بیشترین میزان شیردهی وقتی فراهم می شود که از پری و احتقان پستان جلوگیری بعمل آید و پستانها مکرراً توسط شیرخوار مکیده و تخلیه شوند. هر چه پستان بصورت کاملتر و با فواصل کمتر تخلیه شود، به مقدار و سرعت بیشتری شیر تولید می کند و بین میزان شیر مورد نیاز شیرخوار و مقدار تولید شیر در پستان مادر تعادل مناسبی برقرار می شود.

متأسفانه در بیمارستانها و بخصوص در بخشهای زایمان، نوزادان و حتی بخش کودکان به بهانه های واهی و نگرانی های بی مورد در حقیقت بر حفظ مقررات خشک موجود در بیمارستانها اصرار می شود. در حالیکه بخاطر سلامت جسمی و روحی مادر و شیرخوار بایستی این قبیل مقررات مضر را در اسرع وقت تغییر داد، بهترین و مناسبترین اقدام، برقراری مقررات هم اطاق و یا هم تخت نمودن مادر و نوزاد (Rooming in - یا Bedding - in) از بدو تولد است یعنی حتی اگر مادر به دلیلی نیاز پیدا کرد که به Recovery Room برده شود باید نوزاد را هم نزد او بپرند و مادامی که مادر آنجا است نوزاد را هم نزد او نگهدارند. Rooming - in هم شیردهی مادر را موفق می سازد و هم موجب می شود که پوست و مخاطها و از جمله دستگاه گوارش نوزاد بوسیله میکروبهای غیرپاتوژن مادر که آنتی بادی بر علیه همه آنها هم در شیر مادر وجود دارد کولونیزه شده و در نتیجه مانع کولونیزاسیون میکروارگانیزم پاتوژن و سایر میکروبهائی که نوزاد را تهدید می کنند بشود.

قبل از هر شیردهی بایستی مادر دستهای خود را بشوید و در وضعیت مناسب و راحت، خوابیده یا نشسته در حالیکه تکیه داده است طفل را شیر بدهد.

پستان را باید بین انگشت شست از یک طرف و سایر انگشتان از طرف دیگر (بصورت حرف C) نگهدارد که برآمدگی سرپستان بیشتر شود و شیرخوار پستان و قسمت اعظم آرنول را

شدن در پستان خود می کند یعنی در حقیقت حدود ۳ دقیقه طول می کشد تا از این طریق شیر جاری شود. دیواره سلولهای مترشحه شیر در این جریان پاره می شوند تا گلبولهای چربی بزرگتر و غلیظ تر و پروتئین به شیر اضافه شود. این قسمت از شیر را که چرب و پرکالری است Hind milk گویند که شامل آخر شیر است و به fore milk قبلی که در اوج ترشح پرولاکتین ترشح شده بود اضافه می شود. اگر رفلکس جاری شدن شیر قوی با توجه به خروج کامل شیر از پستان (بخصوص Hind milk) بر کالری شیر می افزاید و از حالت پری و احتقاق پستان می کاهد و در توفیق شیردهی مادر نقش بسیار مهمی دارد.

این رفلکس که باعث جاری شدن شیر می شود می تواند بسادگی تحت تأثیر خستگی، نگرانی، استرس، درد و از جمله درد ناشی از ترك خوردن نوک پستان، پری پستان، بیماری و فشار عاطفی قرار گرفته و مختل شود و لذا بنظر مادر می رسد که شیرش کم شده است بدون اینکه الزاماً متوجه علت آن شود. در حقیقت در اینگونه موارد ممکن است شیر به اندازه کافی در پستان مادر تولید شده و موجود باشد ولی بعامل ذکر شده در فوق، پستان مادر به اصطلاح "رگ نکند". اطمینان دادن به مادر و ایجاد اعتماد به نفس در وی، در آغوش گرفتن کودک، شنیدن صدای کودک، خوشحال بودن و استراحت و آرامش، این رفلکس را تقویت و به موفقیت در امر شیردهی فوق العاده کمک می کند.

تکنیک شیردهی:

در شیرخواران فول ترم متجاوز از دوهزار بار تغذیه در سال اول زندگی صورت می پذیرد پس بهتر است هم برای مادر و هم برای شیرخوار تجربه لذت بخشی باشد. تحریک هر چه زودتر نوک پستان مادر از طریق مکیدن مکرر شیرخوار به افزایش شیر مادر کمک می کند لذا بهتر است برای مکیدن پستان مادر، نوزاد را در اطاق زایمان روی شکم مادر قرار داد و اگر این کار به دلیلی مقدور نشد، در اولین فرصت ممکن و حتی المقدور در ظرف نیم ساعت اول عمر اقدام نمود. شیرخوار حداقل در

۲۰ روز بر طول مدت شیردهی مادران اضافه می شود. ولی اگر به دلیل خاصی مثلاً عدم رشد کافی کودک و دسترسی نداشتن به دایه استفاده از شیرخشک Complementary Feeding (استفاده در پایان آن نوبت از شیردهی که شیرخوار سیر نمی شود) و یا Supplementary feeding (استفاده از شیرخشک بجای بعضی از نوبتهای شیردهی) ضرورت یافت، بهتر است این کار حتی المقدور تا حدود ۶ هفتهگی به تأخیر افتد. زیرا این زمان حساسترین دوران در برقراری شیردهی مادر است لذا از مصرف شیرخشک و هر ماده غذایی دیگر از جمله آب قند و حتی آب و نیزاز مکیدن پستانک (گول زنی) توسط شیرخوار باید بشدت اجتناب شود. در غیر اینصورت استفاده از مواد فوق ممکن است بر اشتها و میل شیرخوار به مکیدن و قدرت مکیدن او تأثیر گذارده و در نتیجه از مکیدن پستان مادر بکاهد که خود منجر به کاهش شیر مادر خواهد شد.

در ظرف ۳-۴ روز اول بطور طبیعی طفل وزن از دست می دهد که معمولاً حدود ۶-۸٪ و گاهی ممکن است کاهش وزن تا ۱۰٪ وزن بدن او برسد ولی با توجه به اینکه بدن نوزاد در زمان تولد حاوی مقدار زیادی آب است مشکلی ایجاد نمی شود.

از روز چهارم معمولاً افزایش وزن شروع می شود و ظرف ۱ تا ۲ هفته کاهش وزن مورد اشاره جبران می شود. هر چه تغذیه زودتر شروع شود مقدار کاهش وزن ممکن است کمتر و جبران آن سریعتر باشد. بهترین زمان برای آماده نمودن مادر برای شیردادن در طول حاملگی و بخصوص بلافاصله بعد از تولد است که مادر در این ایام بیشترین آمادگی روحی را برای پذیرش و آموزش دارد. نوزاد باید در ساعات اول تولد که زمان بیداری او است بخصوص نیم ساعت اول عمر اولین تغذیه را با شیر مادر آغاز کند. استفاده از Test - feeding لازم نیست و اطمینان یافتن از باز و سالم بودن مری را حیاتی با معاینه نوزاد می توان بدست آورد ضمن اینکه آغوز اثر تحریکی خیلی زیادی برای ریه نوزاد ندارد. شیرخوار باید هر زمان که بخواهد بتواند تغذیه کند که معمولاً بین $\frac{1}{4}$ تا ۳ ساعت یکبار است و نه کمتر از ۸ بار در روز. در پاره ای موارد شیرخواران به تغذیه حتی زودتر از $\frac{1}{4}$ ساعت یکبار نیاز دارند. هر چه شیرخوار

در دهان خود بگیرد. بهتر است از Rooting Reflex جهت چرخیدن صورت شیرخوار بطرف پستان استفاده نمود. در صورتیکه شیرخوار خواب آلود است مادر می تواند چند قطره شیر بداخل دهان او بریزد تا بیدار شود. اگر پستان خیلی بزرگ و یا پر باشد با یک انگشت می توان بملایمت روی پستان فشار آورد تا راه تنفس شیرخوار باز بماند. برای جلوگیری از احساس درد و کاهش احتمال ترك خوردن نوك پستان اگر ضرورت باشد که شیرخوار از پستان جدا شود مثلاً اگر وضعیت پستان به دهان گرفتن شیرخوار درست نباشد، مادر انگشت کوچک خود را (به شرط تمیز بودن) در گوشه دهان شیرخوار گذارده و بعد پستان را به آرامی از دهان او بیرون می آورد و یا مرجحاً چانه شیرخوار را بطرف پائین فشار می دهد تا دهان وی باز شود و آنگاه پستان را از دهان او خارج می کند. معمولاً قسمت عمده شیر هر پستان اگر مکیدن طفل قوی باشد ظرف ۷ دقیقه از سینه خالی می شود، ولی شیرخوار می تواند حداقل ۱۰-۱۵ دقیقه یا حتی بیشتر از هر پستان در هر نوبت بمکد. اصولاً تعداد دفعات و مدت شیرخوردن را نباید محدود نمود. زیرا اگر تکنیک شیردهی درست باشد شیرخوار وقتی احساس سیری و رضایت کرد خودش پستان را رها کرده و به خواب می رود.

مادر خیلی زود متوجه می شود که چه زمانی پستانش خالی شده است، همچنین اگر مادر دقت کند که شیرخوارش پس از چند بار مکیدن پستان عمل بلع را انجام می دهد، متوجه زمان خالی شدن پستان می شود.

چه، وقتی پستان پر است یک تا دو مکش برای هر عمل بلع و وقتی خالی است ۴-۵ مکش برای هر عمل بلع لازم است. در هر نوبت شیردهی باید از هر دو پستان استفاده شود. از پستانی که آخرین بار تغذیه شده است، در نوبت بعد باید اول استفاده نمود. بهتر است از استفاده از شیرخشک به کلی احتراز شود، چه در مطالعه ای که در بهمن ماه ۱۳۶۸ بر روی ۹۰۰ مادر و شیرخوار آنان انجام شد، استفاده از شیرکمکی بعنوان مهمترین و مضرترین عامل در توقف زودرس شیردهی مادر شناخته شد. در مطالعه مزبور نشان داده شد که برای هر یک ماهی که بتوان شروع مصرف شیرکمکی را به تأخیر انداخت،



زود به زود تغذیه کند شیرمادر زودتر فراهم شده و زیادتر می شود. نشان داده شده است که تغذیه بیش از ۸ بار در ۲۴ ساعت موجب کاهش سرم بیلیروبین نوزاد و برقراری رفلکس جاری شدن مناسب و کاهش احتقاق و پری پستانها می شود. بیدار کردن کودک در روز برای شیر خوردن، لازم نیست مگر در بچه های هیپوتونیک و با گریه ضعیف که تغذیه آنها باید بر طبق برنامه و محاسبه دقیق باشد.

ترشح شیر بصورت ثانویه نسبت به تعدادی از محرکها از جمله محرك تماس (Tactile) و مکیدن اتفاق می افتد. در حقیقت ترشح اکسی توسین و رفلکس جاری شدن در بیشتر زنان قبل از مکیدن اتفاق می افتد و بعد از مکیدن افزایش می یابد. ترشح اکسی توسین بهسولت تحت تأثیر عواطف مادر و آرامش او قرار می گیرد. رفلکس جاری شدن شیر از بالاترین درجه اهمیت برخوردار است چه شکست آن منجر به احتقان، پری پستان، کاهش ذخیره شیر و در نتیجه گرسنه ماندن شیرخوار می شود. برای تسهیل و تشویق این رفلکس مادر بایستی در اطاق آرام طفل را شیر بدهد و خود نیز آرامش داشته باشد و فواصل تغذیه را مطابق میل و دلخواه شیرخوار تنظیم کند. ضمناً دوش آب گرم، کمپرس گرم و نوشیدنی گرم هم ممکن است به برقراری این رفلکس کمک کند.

حجم شیر:

موفقیت شیردهی متکی بر اعتقاد و علاقه و اعتماد به نفس مادر، سلامت شیرخوار و آگاهی و اعتقاد پزشک است در شرایط عادی در روز دوم تولد حدود ۱۰۰ CC شیر از پستانهای مادر بدست می آید ولی در روزهای سوم و چهارم خیلی زیادتر شده و در هفته دوم به حدود ۵۰۰ CC می رسد. معمولاً مقدار مناسب شیر در ظرف ۱۰-۱۴ روز تأمین می شود و حداکثر مقدار شیر که معمولاً حدود ۸۰۰ CC (بین ۷۵۰ تا ۱۰۰۰ CC) است حوالی هفته چهارم تا ششم بدست می آید.

عوامل مؤثر در حجم شیر:

در کشورهای در حال توسعه بخصوص در بین زنان بسیار فقیر و دچار سوء تغذیه شدید حجم شیر کمتر است ولی همین مقدار هم حداقل برای ۴ ماه اول عمر کافی است. ممکن است دو شیرخوار که یکی ۶۰۰ CC و دیگری ۱۰۰۰ CC شیر مادر در ۲۴ ساعت می آشامند هر دو از رشد یکسانی برخوردار باشند. مقدار شیر یک پستان ممکن است حتی تا ۲۵٪ با پستان طرف مقابل تفاوت داشته باشد. اندازه پستان معمولاً در مقدار شیری که تولید می شود تأثیر ندارد.

بر مبنای مقدار حجم شیر مادر نمی توان در مورد کفایت آن برای شیرخوار قضاوت نمود. بلکه رضایت و سیر شدن طفل و بخصوص افزایش مناسب وزن دلیل مناسبتری است.

جهت تضمین نمودن یک شیردهی موفق مادر بایستی از یک رژیم غذایی متعادل به اضافه ۵۰۰-۸۰۰ کیلوکالری اضافی در روز برخوردار باشد و مصرف پروتئین بیشتر را در طول شیردهی حفظ کند. البته باید توجه داشت که حتی مادرانی که رژیم غذایی خیلی مناسبی هم ندارند می توانند شیردهی کاملاً موفق داشته باشند، و در حقیقت مواد مورد نیاز برای ساخت شیرمادر در صورت کافی نبودن در رژیم غذایی، از ذخائر بدن مادر برداشت می شود. لذا تأکید بر رعایت یک رژیم غذایی متعادل عمده‌تاً برای جلوگیری از تخلیه ذخائر غذایی بدن مادر است.

در عین حال رژیم غذایی که برای مادر توصیه می شود باید در حد بضاعت و توان خرید او باشد و گرنه این خود موجب یاس و نگرانی و تشویش مادر و در نتیجه شکست او در امر شیردهی می گردد. همچنین باید توجه داشت که تأکید بر افزایش مقدار کالری دریافتی مادر در دوران شیردهی به مراتب مهمتر از پرداختن به انواع و اجزاء مواد غذایی است. بطور کلی تولید شیر از قانون عرضه و تقاضا پیروی می کند و هر چه مکیدن پستان بیشتر باشد شیر بیشتری هم تولید می شود.

عوامل روحی و اضطراب می تواند بر روی رفلکس جاری شدن شیر مؤثر باشد. همچنین دفعات و شدت مکیدن شیرخوار و اعتماد به نفس مادر بر روی مقدار شیر او اثر می گذارد. پاره ای از داروها بر روی حجم شیر مؤثرند از جمله استروژن که مقدر شیر را کاهش می دهد.

باشد.

دفعات تغذیه در بدو امر ممکن است ۱۲-۱۵ بار در ۲۴ ساعت باشد کلاً دفعات شیردادن در ۶ ماه اول زندگی ۱۰-۱۲ بار و در ۶ ماهه دوم ۸ تا ۱۰ بار در شبانه روز توصیه می شود. گاهگاهی شیرخوار برای یکی دو روز میل دارد زود به زود شیر بخورد. این امر معمولاً در هفته دوم، ششم و دوازدهم تکرار می شود و معمولاً بعد از سه ماهگی برطرف می گردد و به این دلیل است که شیرخوار در این ایام جهش رشد داشته و به شیر بیشتری نیاز دارد.

پستان ها را قبل از هر شیردهی می توان با آب شست ولی در صورتیکه مقدور نباشد حداقل یکبار شستشو با آب در روز کافی است. استفاده از الکل و صابون ممکن است موجب ترك خوردن نوحک پستانها شود.

در صورتیکه مادر در خارج از منزل کار می کند و امکان شیردادن در محل کار فراهم نباشد بهتر است شیر خود را در فواصل مناسب بدوشد و در صورت امکان آن را بلافاصله در یخچال ذخیره کند تا در اوقات دیگری که در منزل نیست به مصرف شیرخوار برسد. واضح است که در این موارد بایستی دستهای خود را قبلاً با آب و صابون بشوید و از ظرف تمیزی استفاده کند. شیر تازه را می توان ۲۴-۴۸ ساعت در درجه حرارت ۴ درجه یخچال نگهداشت. که در این مدت تغییر قابل ملاحظه ای در اثرات ضدعفونت شیر بوجود نمی آید. در صورتیکه مادر نتواند در ظرف روز طفل خود را شیر دهد بهتر است شپها از طریق مکیدن مکرر توسط کودک، این کمبود را جبران کند تا کاهشی در حجم شیر او حاصل نشود.

شیر مادر را می توان در درجه حرارت منهای ۱۸ برای مدت سه ماه و در منهای ۳۲ درجه تا ۶ ماه نگهداری نمود ولی در صورت ذوب شدن بایستی حداکثر ظرف مدت ۸ ساعت آنرا مصرف کرد. در صورتیکه شیر یخ بزند مقداری از سلولهای زنده آن از بین می روند.

داروها و شیر مادر:

تقریباً همه داروها به مقدار بسیار کم وارد شیر مادر می شوند. عواملی که برای ورود یک دارو به شیر مادر مؤثر

نوشیدن مایعات در حد رفع تشنگی توصیه می شود و خوردن شیر و یا جانشین های آن مثل ماست، پنیر و . . . برای تأمین نیاز مادر به پروتئین و کلسیم است. بهتر است در هر نوبت شیردهی مادر یک لیوان از مایعات یا حداقل آب بنوشد زیرا این امر در آرامش دادن به مادر کمک می کند.

اصولاً در بین کشورهای در حال توسعه، آنها که توفیق بیشتری در شیردهی دارند توفیقشان ناشی از مقررات Rooming in - در بیمارستانها و شروع تغذیه هر چه زودتر بعد از تولد (حداکثر در ظرف نیم ساعت اول عمر) است و نیز آنها که از زمان حاملگی آموزشهای مناسب در ارتباط با شیردهی به مادر می دهند و برای مادران مرخصی زایمان و سایر امکانات فراهم نموده و در محل کارشان امکان شیردهی را مهیا می سازند و آنجا که مادران احساس می کنند که نه تنها مورد حمایت همسر و نزدیکان و پزشکان بلکه مورد حمایت و احترام کل جامعه هستند در شیردهی موفق ترند.

چه باید کرد تا شیردادن مادر مقدور و عملی شود؟ مهمترین فاکتور برای موفق ساختن مادر در امر شیردهی ایجاد اعتماد به نفس در مادر است.

به مادر باید فهماند که تقریباً همه مادران قادرند که بچه های خود را شیر بدهند و حتی قادرند که در صورت داشتن دو قلو آنها را هم بدون استفاده از غذای اضافی شیر کافی بدهند و حتی مادرانی توانسته اند که سه قلوهای خود را فقط با شیر مادر تغذیه کنند. تشویق و حمایت پدر و سایر بستگان در توفیق مادر تأثیر بسیار دارد. فاکتور دیگر اینکه شیرخوار بتواند مکرر پستان مادر را بمکد. عامل دیگر اینکه هر چه زودتر پس از تولد نوزاد را روی پستان مادر بگذارند بهترین موقع برای اینکار در نیم ساعت اول عمر است.

مطالعات نشان می دهد که مادرانی که شیردادن را زودتر شروع کرده اند مدت طولانی تری هم آن را ادامه داده اند تا آن دسته که ۱۲ ساعت بعد از تولد نوزاد، شیردادن را شروع کرده اند، عامل بسیار مهم دیگر، هم اطاقی بودن مادر و نوزاد است که این امر رفلکس جاری شدن شیر را تسریع می نماید لذا شیردادن آسانتر می شود همچنین باید برنامه غذایی شیرخوار کاملاً قابل انعطاف و در حقیقت بسته به خواست و میل او

است عبارتست از: محلولیت در چربی، وزن ملکولی، توان جفت شدن (Binding) به پروتئین، میزان یونیزه شدن و PH شیر.

شیرخوارانی که دچار کمبود G6PD هستند ممکن است از خوردن اسیدنالی-دیکسیک، سولفامیدها و سایر داروهای اکسیدکننده در شیر مادر دچار همولیز شوند. سولفامیدها ممکن است بیلیروبین را از آلبومین جدا کنند، لذا در دوران نوزادی توصیه نمی شوند، آنتی کوآگولانها و مصرف طولانی سالیسیلات توسط مادر می تواند موجب خونریزی در شیرخوار شود.

آنتی بیوتیک ها معمولاً مشکلی ایجاد نمی کنند ولی مصرف دائمی آمینوگلیکوزیدها ممکن است فلور روده را تغییر داده بر روی بعضی از مکانیسم های ایمنی تأثیر گذارد و شیرخوار را در معرض حساسیت قرار دهند. هر چند تتراسیکلین در تئوری امکان تأثیر بر روی دندانها را دارد ولی در عمل اگر فقط برای چند روز (کمتر از ۱۰ روز) مصرف شود بنظر نمی رسد روی دندانها اثر بگذارد و این امر ممکن است در اثر ترکیب شدن تتراسیکلین با کلسیم شیر باشد که آن را غیرقابل جذب می نماید.

داروهای با اندازه ملکولی بزرگ مثل هپارین و انسولین وارد شیر نمی شوند. داروهائی هم که از راه دهان مصرف شده ولی در روده جذب نمی شوند طبیعتاً وارد شیر هم نمی شوند. غلظت اریترومایسین در شیر بیشتر از پلاسما می باشد. سفالوسپورین ها به مقدار خیلی ناچیز وارد شیر می شوند، بعضی ها مصرف کلرام فنیکل را در مادران شیرده توصیه نمی کنند. ایزونیازید اثر سوئی ندارد. مترونیدازول مشکلی ایجاد نمی کند. بشرطی که در یک دوز ۲ گرمی و برای یکبار مصرف شود.

مصرف بعضی از داروها برای زنان شیرده مجاز نیست و در صورت اجبار در مصرف این قبیل داروها باید از شیردادن خودداری گردد. این داروها عبارتند از: آنتی متابولیت ها، مواد رادیواکتیو، پروپیل تیوراسیل، بروموکریپتین، ارگوتامین، املاح طلا، متی مازول فنین دیون و احتمالاً کلرامفنیکل.

عملاً اکثر داروهای فوق در مادران شیرده مصرف نمی شود و اصولاً می توان تلاش کرد که برای بانوان شیرده حتی المقدور دارو تجویز نکرد و اگر مصرف دارو ضروری است از آن دسته از داروها استفاده کرد که مغایرت با شیردهی ندارند و اگر دارویی کاملاً برای مادر ضروری باشد بهتر است شیرخوار را قبل از مصرف هر دوز، شیر دادنه در اوج (Peak) جذب دارو.

در بعضی از موارد خاص می توان شیر مربوط به اوج جذب داروی مضر را دوشید و دور ریخت. خلاصه اینکه: با توجه به منافع عظیم شیر مادر و بی ضرری اکثریت قریب به اتفاق داروها نباید حتی المقدور به بهانه مصرف دارو، شیرخوار را از این نعمت بزرگ و حیاتی محروم کرد.

بیماری مادر و شیردهی:

مواردیکه مادر به دلیل بیماری نباید به کودک خود شیر بدهد بسیار نادر و معدود است، معمولاً وقتی علائم بیماری مادر ظاهر می شود زمانی است که شیرخوار مدتها در معرض ابتلا به آن بیماری بوده است (در دوره کمون) و اغلب تا آن زمان مادر پادتن های لازم را هم از طریق شیر خود به شیرخوارش منتقل نموده است.

علل شایع:

□ گاهی اوقات مادر از تنبلی و عدم مکیدن نوزاد در ۲۴ ساعت اول عمر شکایت می کند، باید به مادر اطمینان داد که احتیاج نوزاد در روز اول بسیار کم است البته حتی در چنین شرایطی باید شیردادن را ادامه داد چه کاملاً برای نوزاد مفید است و قدرت مکیدن از روز دوم بهتر می شود.

□ بین ۴۸ و ۹۶ ساعت احتقان و پری در پستانهای مادر احساس می شود که ممکن است تا چند روز ادامه یابد، تا پستانها نهایتاً خود را با برنامه و میزان شیردهی تنظیم کنند، مکیدن مکرر بهترین راه برای جلوگیری و اصلاح پری پستانها است، اگر بعلت شدت احتقان پستان های مادر، نوزاد نتواند پستان را بگیرد می توان اول کمی از شیر را دوشید معمولاً توصیه می شود قبل از شیردادن از دوشیدن شیر با دست،

سزارین:

سزارین تأثیری در امر شیردهی ندارد، استفاده از مسکن‌ها و وضعیت مناسب مادر در زمان شیردادن و استفاده از تکنیک‌های راحت‌تر شیردهی به موفقیت آن کمک می‌کند اگر بتوان از تکنیک اپی دورال بجای بیهوشی عمومی استفاده کرد خیلی مناسبتر است چه می‌توان حتی روی تخت اتاق عمل به نوزاد شیر داد. در غیراینصورت زمانی که مادر بیدار شد می‌تواند شیردهی را آغاز کند.

دوقلوها: دو قلوها و حتی سه قلوها را می‌توان به تنهایی با شیر مادر تغذیه نمود، شیردهی آنان می‌تواند همزمان یا جدا و در حالات و صور مختلف صورت پذیرد. مسلماً در این شرایط مادر باید از تغذیه کافی برخوردار باشد تا از ذخایر بدن خود استفاده ننماید.

یرقان: گاهی استفاده از شیر مادر با افزایش یرقان در هفته اول همراه است، شیردهی مکرر (حداقل هشت بار در روز) ممکن است این مشکل را کمتر کند، افزایش بیلیروبین ممکن است در هفته دوم اتفاق افتد. اگر حیثاً مقدار بیلیروبین به ۲۰ میلی گرم نزدیک شود می‌توان شیردهی را برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت قطع نمود و در این مدت شیر را دوشید. بدون استثناء این قطع ۴۸ ساعته شیردهی که جنبه تشخیص دارد نه درمان موجب کاهش مقدار بیلیروبین می‌گردد و می‌توان دوباره شیردهی را شروع کرد. باید به مادر اطمینان داد که شروع مجدد شیردهی بدون ضرر است. با شروع تغذیه مجدد با شیر مادر ممکن است بیلیروبین سرم دوباره مختصری افزایش یابد ولی بندرت ممکن است به مقدار قبل برسد.

نارس بودن نوزاد: نوزادان نارس از ۳۴ هفته‌گی می‌توانند با تغذیه از پستان مادر خوب رشد کنند. برای آنها که نارس ترند می‌توان شیر را دوشید و با فنجان یا قطره چکان به آنها خوراند. شیرمادر نوزاد نارس پروتئین بیشتری دارد و لذا برای نوزاد نارس مناسبتر است.

لب شکری یا شکاف کام: در مورد لب شکری بواسطه اینکه نسج پستان نرم است ممکن مشکل زیادی در امر تغذیه از

کمپرس داغ یا دوش آب گرم و بعد از شیردادن از کمپرس سرد روی پستان استفاده شود.

□ اگر شیرخوار دچار بیماری شود بطوریکه نتواند برای مدتی پستان مادر را بمکد، مادر می‌تواند شیر پستان خود را بدوشد و به او بخوراند و یا در صورتیکه تغذیه از راه دهان برای شیرخوار مقدور و یا مجاز نباشد می‌توان شیر دوشیده شده را دور ریخت.

□ اگر نوک پستان ترك خورده و درد فوق العاده زیادی ایجاد کند باید شیردادن را از پستان سالم شروع نمود تا رفلکس جاری شدن شیر در پستان مبتلا تحریک شود گاهی هم گذاردن یک قطره شیر بر روی نوک پستان ممکن است کمک کننده باشد. بعضی‌ها از nipple shield استفاده می‌کنند که نه تنها مفید نیست بلکه می‌تواند بر مشکلات بیفزاید بطور کلی در معرض هوا و نورخورشید قرار دادن نوک پستان و یا استفاده از لامپ الکتریکی ۶۰ وات با فاصله ۴۵ سانتیمتری پستان روزی ۴ بار هر بار ۲۰ دقیقه و تکرار شیردادن در وضعیت‌های مختلف به التیام زخم و یا ترك پستان کمک می‌کند.

□ ماستیت مانع شیردادن نمی‌شود بلکه درمان آن مصرف آنتی بیوتیک و ادامه شیردهی مکرر جهت پیشگیری از آبسه است. اگر آبسه تشکیل شد و نیاز به شکافتن پیدا کرد ممکن است موقتاً از آن پستان شیر نداد ولی بعد از التیام یافتن محل شکاف، شیردهی را باید ادامه داد، بدیهی است درطول مدتی که مادر به شیرخوار خود شیر نمی‌دهد، باید مرتب شیر پستان خود را بدوشد و آن را دور بریزد.

شرایط و مسائل خاص:

□ نوک پستان فرورفته یا صاف. در هفته‌های آخر حاملگی و نیز بعد از زایمان بعلت افزایش قابلیت کشش پستان این مشکل برطرف می‌شود. گاهی استفاده از Breast shield در زمان حاملگی ممکن است به رفع نوک پستان فرورفته کمک کند ولی با وضعیت صحیح شیردادن که نوک پستان و قسمتی از آرنول در دهان شیرخوار قرار می‌گیرید معمولاً مشکلی پیش نخواهد آمد.



محل شکاف، از شیر دادن خودداری نمود ولی در این مدت پستان را مرتباً دوشید.

ترجیح تغذیه از يك پستان:

گاهی اوقات شیرخوار فقط علاقمند به شیر خوردن از یک پستان بوده و از پستان دیگر تغذیه نمی کند، این امر معمولاً در هفته اول و دوم اتفاق افتاده و ظرف چند روز مرتفع می شود. مادر باید در این مدت پستان خود را مرتباً بدوشد که مقدار شیر آن کاهش نیابد.

تجویز ویتامین ها:

در زمان تولد همه ویتامین ها (به استثناء ویتامین K) بمقدار کافی در بدن نوزاد ذخیره است.

مصرف ویتامین ها از حوالی روزهای ۱۰ تا ۱۴ عمر یعنی زمانی که رشد سریع نوزاد شروع می شود ضرورت می یابد به استثناء ویتامین D و فلوراید و شاید آهن، شیرخواری که از شیر مادر سالم و با تغذیه مناسب تغذیه می کند مواد غذایی را در حد مورد نیاز دریافت می دارد بدون اینکه حداقل برای مدت ۴-۶ ماه احتیاج به هیچ ماده غذایی دیگری داشته باشد. با توجه به وضع متغیر رژیم غذایی مادران و در نتیجه تغییرات روزانه بعضی از ویتامین ها در شیر مادر شاید بهتر باشد جهت کودک از ویتامین D و شاید حتی ویتامین های A و C اضافی استفاده نمود. اگر مادر موادی که دارای ویتامین C به اندازه کافی است مصرف کند ۳۰ دقیقه بعد از خوردن، ویتامین C به اندازه کافی در شیرش وجود خواهد داشت.

بسیاری معتقدند که جهت جلوگیری از هر گونه آلودگی، بهتر است تا پایان ۴ و مرجحاً ۶ ماهگی به شیرخواری که از شیر مادر تغذیه می کند، هیچ چیز دیگری (حتی آب و ویتامین) داده نشود. لذا بجای مصرف قطره مولتی ویتامین ویا ویتامین A و D، توصیه می شود شیرخواران را در معرض نور مستقیم آفتاب قرار دهند. طبق مطالعات انجام شده در دانشگاه Cincinnati اگر کودک بدون هر گونه پوششی بمدت ۱۰ دقیقه و یا کودکی

شیر مادر ایجاد نکند، در مواردی که شکاف کام یک طرفه است می توان نوک پستان را بنحوی در دهان شیرخوار قرار داد که مشکلی ایجاد نشود، در موارد مشکل، مادران علاقمند می توانند پستان را بداخل دهان شیرخوار بدوشند و یا شیر را دوشیده و به شیرخوار بخورانند.

نکات قابل توجه:

۱- چکه نمودن شیر از پستان (Leaking) که ممکن است ماهها ادامه یابد. اگر مادر از خیس شدن لباس خود خجالت می کشد، می تواند با فشار بر روی نوک پستان و یا استفاده از دستمالهای (Pad) جاذب (غیرپلاستیک) بر روی پستان آن را کنترل نماید.

۲- چون احساس پری و احتقان پستان در هفته های اول کم می شود ما در ممکن است اشتباهاً فکر کند شیر او کم شده است و لذا باید از قبل به او آگاهی و اطمینان لازم را داد.

۳- اگر شیرخواری که فقط از شیر مادر تغذیه می کند به تعویض ۶-۷ کهنه بالنسبه خیس (Moderately Wet) در هر شبانه روز نیاز پیدا می کند تقریباً نشانه آنست که شیرمادر کافی است. ولی تنها راه مطمئن از طریق توزین مکرر شیرخوار و استفاده از منحنی رشد است.

۴- گاهی یک توده حساس (دردناک در لمس) در پایان شیردهی در پستان مادر باقی می ماند که علت آن گرفتگی یکی از مجاری شیر است. می توان از طریق ماساژ دادن بر روی آن نقطه از پستان در حین شیردهی، و بخصوص در اواخر شیردهی مکیدن مکرر و تمیز نمودن لخته شیر از نوک پستان به رفع مشکل کمک نمود.

۵- ماستیت: علائم، آن شبیه علائم آنفلوآنزا همراه با قرمزی و حساسیت بر روی قسمتی از یک یا هر دو پستان است. استراحت و کمپرس آب گرم، مکیدن مکرر شیر خوار و مصرف آنتی بیوتیک ضروری است و گرنه تبدیل به آبسه می شود که باید آن را شکافت. در صورت شکافتن آبسه اگر محل شکاف به نوک و آرئول پستان نزدیک باشد بایستی تا ایتم یافتن

توجه به نقش زائد الوصفی که استفاده از شیر مادر در کاهش بیماریها و مرگ و میر کودکان داشته و صرفه جوئی عظیم اقتصادی را برای خانواده‌ها و جامعه به‌مراه دارد، لذا سرمایه‌گذاری در امر آموزش هم باید متناسب با این ابعاد باشد.

عدم آگاهی لازم و اعتقاد قلبی پزشکان:

هر چند که تقریباً همگان به رجحان شیرمادر اذعان دارند، ولی بدلیل محدودیت آموزش در مؤسسات آموزش پزشکی در زمینه تغذیه با شیر مادر، آگاهی و اعتقاد پزشکان و گروه پزشکی از عمل و وسعت لازم برخوردار نیست و بخصوص این نقطه ضعف در ابعاد عملی و تکنیکی شیردهی کاملاً مشهود است. با توجه به نقش غیرقابل انکار گروه پزشکی و بویژه پزشکان، در ترویج تغذیه با شیرمادر لازم است در برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی، پرستاری، مامائی و غیره در این ارتباط تجدیدنظر نمود.

جدائی مادر و فرزند:

علیرغم اینکه باید شیردهی را از همان لحظات اول تولد یعنی در اطاق زایمان شروع کرد ولی متأسفانه بسیاری از بیمارستانها در کشور، بعد از وضع حمل برای مدتی مادر و فرزند را از هم جدا می‌کنند و حتی در بسیاری از بیمارستانهایی که از شیوه پسنديده Rooming in استفاده می‌کنند، باز هم متأسفانه تحت عنوان مراقبت اولیه نوزاد، برای مدتی نوزاد از مادر جدا می‌شود. غالباً جدائی در بیمارستانها تا زمان ترخیص مادر و فرزند ادامه می‌یابد و فقط در پاره‌ای موارد، نوزاد را برای تغذیه نزد مادر می‌برند. جدائی مادر و فرزند در صورت بستری شدن یکی از آنان در بیمارستان در دوران شیردهی هم به مشکل تداوم شیردهی مادر می‌افزاید. توصیه موکد بر آنست که نه تنها از لحظه تولد، نوزاد باید امکان تغذیه از شیر مادر را پیدا کند بلکه باید در تمام طول مدت اقامت در بیمارستان در کنار مادر باقی بماند و مادر و نوزاد با یکدیگر از بیمارستان ترخیص شوند در صورتیکه بعدها نیز مادر و یا فرزند نیاز به بستری شدن

که فقط سر و صورت و دستهای او برهنه است بمدت ۳۰ دقیقه در معرض نور مستقیم (نه از وراء شیشه) و مناسب آفتاب قرار گیرد، بدن او ویتامین مورد نیاز برای مدت یک هفته را می‌سازد. اگر در آب آشامیدنی محل زندگی شیرخوار فلوراید وجود نداشته باشد بعد از ۶ ماهگی که غذای تکمیلی شروع و شیرخوار نیاز به آب خواهد داشت بایستی روزی ۰/۵ میلی گرم فلوراید هم مصرف شود. اگر اطفال، شیر گاو و امثال آن می‌خورند ویتامین را تا ۱۸-۲۴ ماهگی و در صورتیکه تغذیه مناسب نباشد حتی برای مدت طولانی تری باید ادامه داد.

تجویز آهن:

شیر مادر تا سن ۶ ماهگی ذخیره کافی آهن دارد که کاملاً هم جذب می‌شود. کمبود آهن بین ۶ تا ۹ ماهگی ظاهر می‌شود. طبق توصیه کمیته تغذیه آکادمی آمریکا (AAP) شیرخواران فول ترم (رسیده) روزانه به یک میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن و شیرخواران نارس ۲ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن (حداکثر ۱۵ میلی گرم در روز) آهن نیاز دارند. شیرهای مصنوعی ۸-۱۲ میلی گرم آهن در هر لیتر دارند. در عمل پس از شروع غذای جامد برای کودک در سن ۴ و مرجحاً ۶ ماهگی می‌توان قطره آهن خوراکی را شروع کرد.

۸-۱۰ قطره در روز بین دو نوبت تغذیه کافی است. چون آهن دندانها را رنگین می‌نماید، بهتر است آنرا در عقب دهان چکانید و بعد از مصرف هم دندانها را با آب شست.

علل افت شیردهی:

عدم آگاهی، اعتقاد و اعتماد به نفس مادر:

با توجه به اینکه اعتقاد مادر به امر شیردهی یکی از شرایط اساسی موفقیت وی بحساب می‌آید، لذا باید تلاش لازم برای آموزش مادران بخصوص در ضمن مراقبتهای دوران بارداری و بلافاصله بعد از زایمان بعمل آورد. و با عنایت به اینکه اعتماد به نفس مادران ضامن موفقیت آنان در امر شیردهی است و با

در بیمارستان پیدا کردند باید به اتفاق و در کنار هم بستری شوند تا تداوم شیردهی مقدور گردد.

استفاده از شیر خشک:

نوزاد باید تغذیه خود را با استفاده از آغوز مادر شروع کند و بجز شیر مادر تا پایان ۴ تا ۶ ماهگی هیچ ماده غذایی و یا حتی آب دریافت ننماید. دو دلیل بر این توصیه مترتب است، یکی اینکه دادن هر چیز از طریق بطری و حتی استفاده از پستانک (گول زنی) می تواند شیرخوار را نسبت به شیوه مکیدن از پستان مادر مغشوش نماید (Nipple confusion) دیگر اینکه بر اشتهای او تأثیر گذارده و از تمایل او نسبت به مکیدن مکرر پستان مادر بکاهد که در هر دو صورت منجر به کاهش شیر می گردد. قطعاً شیر خشک به مراتب مضرتر از آب است چه اشتهای شیرخوار و در نتیجه مقدار شیر مادر را بشدت و سرعت کاهش می دهد. چون مصرف شیر خشک در بیمارستان و یا ارائه نمونه ای از آن به مادر و یا توصیه آن در آینده ممکن است این ذهنیت را در مادر ایجاد کند که شیر خشک حداقل با شیر مادر برابری می کند و مورد تأیید پزشکان است لذا جهت رفع این شبهه باید دقت و تلاش لازم بعمل آید که اولاً در بیمارستانها، نوزادان با شیر خشک تغذیه نشوند، ثانیاً مادر شیر خشک به همراه نوزاد خود بمنزل نبرد و ثالثاً در صورت بروز هر مشکلی در امر تغذیه شیرخوار، مراجعه داشته باشد. در آینده باید تمام تلاشها در جهت افزایش استفاده از شیر مادر و تداوم شیردهی باشد و نه افزودن شیر خشک به رژیم غذایی شیرخوار. حتی در مورد آن دسته از نوزادان کم وزن و یا بیماری که قادر نیستند از پستان مادر تغذیه کنند، مادر باید شیرخوار خود را بدو شد تا در زمان تغذیه نوزاد، شیر دوشیده شده با لیوان، قطره چکان و یا در صورت نیاز از طریق گاوآژ به شیرخوار داده شود.

لازم به تذکر است که نوزادان کم وزن، نارس، و بیمار هم مثل نوزادان ترم نباید با بطری تغذیه شوند.

عدم حمایت اطرافیان:

ارج گذاردن به شیردهی و حمایت جامعه از مادران شیرده، نقش عمده ای در ترویج آن دارد. همچنین حمایت همسر و سایر افراد خانواده و اطرافیان از دو جهت می تواند در تداوم شیردهی مؤثر باشد. اول از جهت حمایت و تقویت روحی مادر شیرده و دوم از طریق کمک به کاهش فعالیت های خسته کننده و وقت گیر مادر در ارتباط با کارهای منزل و غیره. چه کار زیاد و فعالیت شدید بدنی و خسته کننده موجب کاهش موفقیت در تداوم شیردهی می گردد.

تغذیه بر مبنای برنامه زمانی:

به دلیل سهل الهضم بودن شیر مادر، معده شیرخوار خیلی زودتر تخلیه شده و لذا شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه می کنند زودتر گرسنه می شوند و مایلند که هر $\frac{1}{4}$ تا ۳ ساعت یکبار تغذیه شوند. و با توجه به اینکه هر چه شیرخوار بیشتر پستان مادر را بمکد، مقدار شیر مادر بیشتر خواهد شد باید اجازه دهیم که کودک خود برنامه تغذیه را مطابق میل و نیازهای خود تنظیم کند و اگر عصرها و شبها یا هر زمانی میل داشت که حتی نیم و یا یکساعت یکبار تغذیه کند، مانع نشویم.

اشکال در تکنیک شیردهی:

شیرخوار باید علاوه بر نوك پستان، قسمت آرئول (ماهک) پستان را هم بطور قرینه و صحیح بدهان بگیرد. او باید بتواند در تمام ساعات شب و روز مطابق میل خود تغذیه کند. باید از هر دو پستان تغذیه شود و طول مدت مکیدن او محدود نشود (از مدت ۱۰ دقیقه بر روی هر پستان کمتر نباشد). هر گونه بی توجهی به این مسائل می تواند موجب افت شیردهی گردد. از رموز موفقیت شیردهی آنست که مادر بتواند براحتی دراز کشیده و یا بطور نشسته و در حالی که تکیه داده است و آرامش کامل دارد شیرخوار خود را تغذیه کند. صورت کودک باید کاملاً مقابل پستان مادر قرار گرفته و بدن و یا گردن او منفرجه باشد یعنی شیرخوار هم در راحتترین وضع قرار گیرد. آنگاه

کاهش مقدار شیر خود گردد.

قرص های استروژن دار:

با توجه به اینکه استروژن علاوه بر ایجاد پاره ای تغییرات در ترکیب شیر مادر (از قبیل اشباع نمودن بعضی از اسیدهای چرب) موجب کاهش حجم شیر نیز می گردد، لذا باید از مصرف آن دسته از قرصهای جلوگیری از بارداری که حاوی استروژن است خودداری گردد.

شروع غذای کمکی قبل از پایان چهار ماهگی:

حدود نیمی از شیرخواران تا پایان ۶ ماهگی نیازی به مصرف غذای کمکی ندارند ولی بهر صورت اگر با پیگیری منحنی رشد، استفاده از غذای کمکی قبل از پایان ۶ ماهگی هم ضرورت داشته باشد، تحت هیچ شرایطی نباید قبل از پایان چهار ماهگی به شیرخوار غذای کمکی داده شود. چه علاوه بر کاهش مقدار شیر مادر، موجب بروز اسهالهای مکرر می گردد.

از طرف دیگر غذای کمکی را باید در پایان تغذیه با شیر مادر داد. مصرف غذای کمکی قبل از دادن شیر موجب کم شدن اشتها و کاهش مکیدن شیرخوار و در نتیجه کاهش شیر مادر می گردد.

رژیم غذایی نامناسب مادر:

مادر شیرده باید مایعات را در حد رفع تشنگی نوشیده و علاوه بر رژیم غذایی معمولی خود، حدود ۵۰۰-۷۰۰ کیلوکالری غذای اضافی مصرف نماید و بهتر است تنوع مواد غذایی را در رژیم غذایی خود در نظر بگیرد اگر مادران کالری اضافی مورد نیاز و مایعات لازم را مصرف نمایند حتی اگر از نظر سابقه تغذیه در وضع مطلوبی نبوده اند قادر خواهند بود شیردهی موفق داشته باشند.

مادر نوك پستان و آرثول را بصورت صحیح و قرینه در دهان او قرار می دهد. بنحوی که لب پائین نوزاد بر روی قسمت پائین و قاعده آرثول قرار گرفته و چانه طفل با پستان مادر در تماس باشد. با توجه به اهمیت فوق العاده این مسئله باید بر آموزش صحیح تکنیک شیردهی تاکید گردد و بر اجرای صحیح آن نظارت نمود.

نگرانی مادر:

در صورتی که مادر بهر دلیلی دچار خستگی، درد، اضطراب و تشویش باشد و یا حتی نگران که شاید شیر کافی نداشته و یا کیفیت شیرش مطلوب نبوده و یا فرزند او آن را دوست نداشته باشد، تمام این عوامل می تواند موجب کاهش و افت شیردهی گردد. لذا باید از طریق آموزش های وسیع و مکرر و اطمینان دادن به مادر، از اینگونه نگرانی ها پیشگیری کرد.

اشتغال در خارج از منزل:

با توجه به اینکه مکیدنهای مکرر در افزایش شیر مادر نقش ارزنده دارد، مادرانی که شاغلند و نمی توانند از مرخصی طولانی مدت استفاده کنند و یا به دلیل مشکلات قادر نیستند که کودک خود را به محل کار خود برده و شیر بدهند ممکن است برای ساعات طولانی از فرزند خود دور باشند. لذا به دلیل خالی نشدن پستان در اثر مکیدن شیرخوار شیر آنها ممکن است بتدریج کم شود که جهت جلوگیری از این امر، علاوه بر اصلاح قوانین و مقررات موجود باید به مادر توصیه کرد که در محل کار، پستانهای خود را بدوشد و در صورت امکان شیر را بر روی یخ و یا در یخچال گذارده و بمنزل بیاورد تا جهت تغذیه شیرخوار در ساعاتی که مادر در منزل نیست از آن استفاده شود (با استفاده از لیوان و نه بطری) و اگر مقدور نیست که شیر را خنک نگهدارد پس از دوشیدن آن را دور بریزد و بهر حال در ساعاتی که مادر در منزل است و از جمله ساعات شب با فراهم کردن امکان مکیدن مکرر پستانها توسط شیرخوار، باید مانع از



باورهای غلط مادر:

می دهند. طبیعتاً درد و بیماری می تواند سبب گریه و بیقراری گردد. یا اگر کهنه کودک خیس باشد و یا جای او بیش از حد گرم و یا سرد بوده و یا او را بیش از حد محکم پیچیده باشند. همچنین کمبود استراحت و خستگی مادر و اضطراب وی بهر دلیلی که باشد و از جمله نگرانی از کمبود شیرش می تواند موجب گریه و بیقراری شیرخوار گردد.

تکنیک نامناسب شیردهی ممکن است گریه و بیقراری کودک را به همراه داشته باشد از جمله اینکه مادر ممکن است زود به زود یعنی مطابق تقاضای شیرخوار به کودک شیر بدهد. (معمولاً شیرخوار هر $\frac{1}{3}$ - ۱ ساعت یکبار تغذیه می کند ولی گاهی اوقات ممکن است بخواهد حتی هر $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ ساعت تغذیه کند.) یا ممکن است مدت شیردهی بیش از حد کوتاه (کمتر از ۱۰ دقیقه از هر پستان) باشد و نیز ممکن است مادر بجای تغذیه از هر دو پستان فقط هر بار از یک پستان شیر دهد. و یا اینکه احتمال دارد مادر دقت لازم را به اینکه شیرخوار حتماً نوک پستان و آرنول را درست بگیرد ننماید، چه با مکیدن نوک پستان به تنهایی شیرکافی عاید کودک نشده و ممکن است نوک پستان مادر هم دچار ترک خوردگی شود. اگر مادر کمک به خروج هوای بلعیده شده از معده شیرخوار نکند ممکن است این امر سبب گریه و بیقراری او گردد. بعضی از شیرخواران دچار دردهای قولنجی (کولیک) می شوند و بعضی در صورتیکه مادر غذاهای پرادویه و با بوی نافذ مثل سیر و پیاز بخورد ممکن است گریه و بیقراری از خود نشان دهند. اگر مادر علاوه بر تغذیه از پستان خود، کودک را از بطری نیز تغذیه کند و یا پستانک به او بدهد ممکن است این امر موجب مغشوش شدن کودک (Nipple confusion) و گریه و بیقراری او گردد.

بعضی اوقات در زمان عادت ماهیانه مادر، شیرخوار گریه و بیقراری می کند گرچه بسیاری از اوقات هم هیچ گونه دلیلی برای گریه و بیقراری کودک نمی توان یافت ولی شاید تنها علت گریه کودک نیاز او به در آغوش گرفتن باشد.

جهت تسکین کودک، علاوه بر اینکه مادر می تواند او را بر روی پستان خود بگذارد، بخصوص در ارتباط با نوزادان و شیرخواران جوان می توان آنان را در بغل گرفت و یا تکان داد،

آموزش مادران و آشنا کردن آنان از قبل با سیر طبیعی شیردهی و آنچه ممکن است اتفاق بیافتد می تواند از باورهای غلط و در نتیجه تشویش و نگرانی های آنان بکاهد و مانع تصمیم گیری نابجای آنها مبنی بر توقف شیردهی و یا اضافه کردن شیرکمی به رژیم غذائی شیرخوار گردد.

مثلاً بسیاری از مادران ممکن است انتظار داشته باشند که شیرخوارشان مشابه کودکانی که از شیرخشک تغذیه می کنند فقط هر ۴ ساعت یکبار تغذیه کند و در طول شب بیدار نشود. یا اغلب مادران از بین رفتن حالت پری و احتقانی را که معمولاً ۴۸ ساعت بعد از تولد در پستان مادر ایجاد شده و بعد از چند روز از بین می رود، بحساب کم شدن شیر خود می گذارند. یا ناآگاه از اینکه در سنین بالاتر کودک، طبیعتاً مادران قادر نیستند هر زمان که اراده کنند مثل اوائل دوران شیردهی مقدار زیادی شیر بدوشند، بسیاری از مادران ممکن است این امر را به دلیل کاهش حجم شیرشان تصور کنند.

اغلب مادران گریه و بیقراری کودک خود را به حساب ناکافی بودن، نامناسب بودن، ناسازگار بودن و رقیق بودن شیرشان می گذارند. در حالیکه باید به مادران اطمینان داد که مسئله ناسازگار بودن، نامناسب بودن و رقیق بودن شیر مادر اصولاً مفهومی ندارد و کیفیت شیر هیچ مادری حتی اگر شرایط اقتصادی و غذائی آنان در حد متعارف نباشد نامطلوب نیست. اما در مورد ناکافی بودن شیر مادر، هر چند که این امر می تواند موجب گریه و بیقراری شیرخوار گردد ولی باید برای مادر تشریح کرد که به دلایل عدیده ای شیرخوار ممکن است گریه و بیقراری نماید. و اصولاً نوزادان و شیرخواران جوان به کرات گریه و بیقراری می کنند. همچنین نوزادی که تازه به منزل آورده شده در ظرف چند روز اول و تا زمانی که به محیط جدید عادت کند ممکن است گریه و بیقراری از خود نشان دهد. و نیز به دنباله تحریک های زیاد خارجی از قبیل مهمانی های بزرگ، شیرخواران ممکن است گریه و بیقراری کنند اصولاً ساعات عصر و شب (معمولاً بین ۴ تا ۱۱ بعد از ظهر) زمانی است که بطور طبیعی بچه ها گریه و بیقراری بیشتری از خود نشان

از مادر دریغ می کنند و بغلط ارتباطی بین آشامیدن مایعات در روزهای اول و بروز عفونت رحم قائلند. بایه این قبیل باورهای غلط از طریق آموزشهای وسیع و مکرر اصلاح شود.

بعضی از خانواده ها تصور می کنند که عمل سزارین با شروع سریع تغذیه با شیر مادر منافات دارد که اینچنین نیست. ضمناً امروزه تلاش بر آنست که کمتر از بیهوشی عمومی و داروهای خواب آور قوی استفاده شود تا مادر بلافاصله بعد از زایمان و سزارین هر چه هشیارتر بوده و بتواند حتی بر روی تخت عمل جراحی به شیرخوار خود شیر بدهد.

بعضی از مردم حتی گروه پزشکی باورهای غلطی نسبت به داروها دارند از جمله اینکه تصور می کنند که مصرف آنتی بیوتیک ها از حجم شیر می کاهد. باید به همگان آموزش داد که تعداد داروهائی که در صورت مصرف آنها شیردهی باید قطع شود بسیار محدود و ناچیز است و اصولاً این دسته از داروها در زمره داروهائی است که خیلی کمتر مورد مصرف قرار می گیرد. و لذا عملاً هیچگاه به بهانه مصرف دارو شیردهی را نباید قطع کرد ولی در عین حال باید در زمان شیردهی داروی کمتری تجویز کرد.

بسیاری از مادران و متأسفانه گروه پزشکی بر این باورند که در صورت ترك خوردن نوک پستان، لمس توده ای در پستان در اثر بسته شدن مجاری شیر، التهاب پستان (ماستیت) و یا آبسه پستان باید شیردهی را قطع کرد. در صورتیکه کاملاً برعکس در تمام موارد فوق باید دفعات شیردهی را افزایش داد که خود به رفع مشکل کمک می کند و تنها در یک مورد قطع شیردهی بطور موقت از پستان مبتلا توصیه می شود و آنهم زمانی است که آبسه شکافته می شود و شکاف به آرثول و نوک پستان نزدیک باشد که از این زمان تا التیام شکاف، مادر باید شیرخود را مرتباً بدوشت و دور بریزد و پس از بهبود زخم مزبور شیردهی را از آن پستان از سر بگیرد.

در بعضی از جوامع در دنیا، متأسفانه دختران به اندازه پسران مورد توجه نبوده و ممکن است تعداد دخترانی که از شیر مادر محروم می شوند و یا مدت کوتاهی از شیر مادر تغذیه می کنند بیشتر باشد. این امر در بین دو قلوها بارزتر است. هر چند بنظر می رسد که تبعیض بین دختر و پسر شاید در مجموع

و در نظر داشت که در اوائل شیرخواری، کودک به بغل گرفتن عادت نمی کند. همچنین باید توجه داشت که در بیشتر موارد گریه و بیقراری تا سن سه ماهگی اصلاح می شود. و بالاخره اینکه اگر مادر شیرخوار خود را تغذیه کرده، کهنه او را تعویض نموده و هوای معده اش را تخلیه کرده است، هیچ اشکالی ندارد که اجازه دهد کودک مدتی گریه کند.

از باورهای غلط دیگر می توان شروع قاعدگی را نام برد که بعضی از مادران تصور می کنند که ممکن است بر کیفیت شیر آنان اثر نامطلوب داشته باشد که البته این چنین نیست. فقط همانطوریکه قبلاً اشاره شد ممکن است همزمان با عادت ماهیانه مادر، شیرخوار قدری گریه و بیقراری کند.

مورد دیگر عدم مصرف آغوز است که بعلمت ناآگاهی، بعضی آن را دوشیده و دور می ریزند که با آموزشهای وسیع و مکرر باید به مادران تفهیم کرد که ارزشمندترین قسمت شیر مادر همان آغوز است و بیشترین نقش را هم در جلوگیری از عفونت دارد.

بعضی از مادران بغلط تصور می کنند که اگر نوزادشان نارس بود، شیرخشک برای او مفیدتر است، که باز هم باید از طریق آموزشهای دقیق به آنان تفهیم کرد که با توجه به مرگ و میر بالای نوزادان کم وزن و بخصوص نوزادان نارس، بهترین شیر برای این نوزادان شیر مادر آنهاست. از مفیدترین و ضروری ترین اقدامات آنست که حتی اگر بدنبال بیماری نتوان تغذیه نوزاد را بلافاصله بعد از تولد شروع کرد، مادر باید آغوز خود را به دقت بدوشت و در ظرفی برای تغذیه نوزاد ذخیره کند و آنگاه که تغذیه او به شیوه (لیوان فاشق، قطره چکان و یا گاوآژ و قطعاً نه بطری) مقدور شد، تغذیه را با آغوز شروع کنند. ضمناً باید توجه داشت که ترکیب شیر مادر نوزاد نارس متناسب با نیازهای نوزاد نارس می باشد از جمله پروتئین آن ۲۰٪-۳۰٪ بیشتر از شیر مادری است که نوزاد ترم بدنیا آورده است.

بعضی از مادران به اشتباه تصور می کنند که چون پستانهای کوچک دارند، امکان شیردهی برایشان وجود ندارد، در حالی که این چنین نیست و ارتباطی بین اندازه پستان مادر و حجم شیر وجود ندارد.

بعضی از خانواده ها پس از وضع حمل، مصرف مایعات را

ناکافی بودن شیر مادر:

مهمترین مسئله‌ای را که مادران، علت استفاده از شیر کمکی و یا قطع شیر خود عنوان می‌کنند ناکافی بودن شیرشان است، کما اینکه در مطالعه بهمن ۱۳۶۸ شهر تهران نیز ۷۴٪ از مادران کافی نبودن شیر خود را دلیل استفاده از شیرخشک ذکر کردند و ۳۹٪ قطع شیر خود را به دلیل ناکافی بودن شیرشان بیان داشتند. مطالعات نشان می‌دهد که در کشورهای جهان سوم متجاوز از ۹۹٪ از مادران توان شیردهی را بطور فیزیولوژیک دارند، عدم موفقیت آنان به دلایلی است که فوقاً بدانها اشاره شد، در مورد ناکافی بودن شیر هم در قسمت باورهای غلط بحث شد و فقط بدلیل وفور این ادعا و نگرانی به این مطلب اشاره می‌شود که بسیار مادرانی هستند که به اندازه کافی شیر در پستانهای خود دارند، به دلیل نگرانی و تشویش بی‌مورد از اینکه شاید شیرشان ناکافی باشد، رفلکس جاری شدن شیر (The let down reflex) آنان مختل گشته و در نتیجه ممکن است علیرغم وجود شیر فراوان در پستان مادر، شیرخوار شیر کافی دریافت ندارد و تداوم این امر و عدم تخلیه مناسب پستانها نهایتاً منجر به کاهش مقدار شیر گردد.

آخرین نکته اینکه چون کاهش تولید شیر در انسان بسیار تدریجی و کند صورت می‌گیرد تلاش در جهت افزایش حجم شیر، اکثراً کاملاً موفقیت‌آمیز است، فقط لازمه آن اعتماد به نفس مادر و مکیدنهای مکرر کودک است.

دایه:

شیر دایه بهترین شیر بعد از شیر مادر است در گذشته استفاده از شیر دایه بسیار متداول و در بین خانواده‌های متمکن یونان قدیم و رومی‌ها و بعدها اروپائی‌ها این کار معمول بود. اعتقاد بر این بود که ارتباط عاطفی خاصی بین طفل و دایه برقرار می‌شود بطوریکه از دواج بین کودک مزبور و فرزندان خود دایه غیرممکن می‌شد. با توجه به اعتقاد به انتقال بسیاری از صفات و خصیلت‌ها از طریق دایه به طفل، در مورد انتخاب دایه خیلی دقت می‌شد از جمله در فرانسه، آلمان، و سوئد، آژانس‌های مخصوص در این ارتباط فعالیت داشتند.

در کشور ما کمتر از بعضی از نقاط دیگر دنیا باشد، ولی باید بشدت با این پدیده دوران جاهلیت مبارزه کرد و توجه داشت که هرگونه کم‌توجهی در امر مراقبت و تغذیه کودکان دختر، علاوه بر تهدید جان و سلامت آنان، منجر به محدودیت در میزان رشد و تکامل آنها شده و زمانی که به دوران بارداری می‌رسند، چه بسا بر رشد جنین آنان اثر گذارده و ممکن است نسل‌های بعد هم تحت تأثیر این پدیده شوم قرار گیرند.

در صورت وقوع حاملگی مجدد در دوران شیردهی باورها متفاوت است. بعضی شیردهی را تا پایان حاملگی ادامه می‌دهند که در اینصورت باید دقت بسیار در بهبود رژیم غذایی مادر نمود تا جنین هم از رشد کاملاً مناسب برخوردار گردد. بر عکس عده کمی شیردهی را زود قطع می‌کنند. ولی اکثراً ادامه شیردهی را تا پایان ۲۰ هفتهگی حاملگی توصیه می‌کنند. مطلب بسیار مهم اینست که اصولاً باید از حاملگی‌های زودرس بطور کلی جلوگیری نمود چه آثار سوء آن از طرق گوناگون متوجه مادر، کودک قبلی و شیرخوار بعدی می‌گردد و چه بسا زندگی کودکان به دلیل قطع شیر مادر بخطر می‌افتد.

مطالعات مختلفی که اخیراً در کشور انجام شده است نشان می‌دهد که متأسفانه مجموعه‌ای از ناآگاهی‌ها و در نتیجه باورهای غلط مادران، کم‌توجهی و بعضاً بی‌اطلاعی گروه پزشکی موجب می‌شود که علیرغم اینکه تقریباً همه مادران معتقدند شیر مادر بمراتب از شیرهای مصنوعی بهتر است ولی در عمل تعدادی از شیرخواران بطور کلی از این مانده آسمانی محروم گردند و تعداد دیگری از آنان مجبور شوند در کنار شیر مادر از شیرخشک هم تغذیه نمایند.

با توجه به اینکه گروه پزشکی و به ویژه پزشکان مسئول سلامت جامعه هستند، افزایش علم و آگاهی این گروه بخصوص در ارتباط با تکنیک شیردهی می‌تواند بطور غیرمستقیم موجب بالارفتن آگاهی، اعتقاد و اعتماد به نفس مادران در این امر مهم شده و مستقیماً موجب تغییرات ریشه‌ای در امر تغذیه و مراقبت نوزادان پس از تولد در بیمارستانها و تداوم تغذیه آنان با شیر مادر پس از ترخیص از بیمارستانها گشته و در نتیجه تعالی رشد، تکامل و سلامت کودکان و کاهش مرگ و میر آنان را سبب شود.

بعد به سرعت گسترش یافت. جالب توجه اینکه هر چند نگهداری دام در منزل به ده هزار سال قبل برمی گردد ولی از شیر حیوانات بجز در موارد معدودی بجای شیر مادر تا زمان اخیر استفاده نمی شد.

مشاهدات متعدد ثبت شده نشان می دهد که زنان علاقمند می توانند بدون اینکه شیرری در پستان خود داشته باشند، شیرخواری را مکرراً بر روی سینه خود قرار دهند و با مکیدن شیرخوار پس از حدود یک هفته شیر تولید نموده و در صورت تداوم مکیدن شیرخوار در ظرف چند هفته بمیزان مورد نیاز شیر بدهند.

مطلب مربوط به دایه آنقدر اهمیت داشت که در کتاب درسی روزن فان روزن اشتاین در سال ۱۷۶۴ چهارده صفحه و حتی حدوداً ۱۵۰ سال بعد در کتاب جیبی فان فاندلر و شلاسمن ۵ صفحه در این ارتباط نوشته شده است.

زمانی که وضع اقتصادی تغییر کرد و امکان کارکردن برای زنان فراهم شد استقبال از دایه بودن بعنوان، شغل، کمتر شد هر چند که حتی در سالهای دهه ۱۹۴۰ بسیاری از کلینیک ها در سوئد در اعتبارات سالیانه خود هزینه دایه ها را که برای بخش ها استخدام می شدند منظور می کردند و در بسیاری از جوامع سنتی هنوز دایه از اهمیت خاص برخوردار است. در سال ۱۹۱۰ اولین بانک شیر در بوستون تأسیس شد و

منابع

- ۱- مرندی، ع. ملک افضلی ح. حسینی، ف. بررسی علل قطع زودرس تغذیه با شیر مادر در زنان ساکن شهر تهران (۱۳۶۸). (منتشر شده است)
- ۲- مرندی، ع، ملک افضلی، ح، سعدوندیان، س، بررسی الگوی تغذیه شیرخواران (۱۳۷۰) منتشر شده است)
- ۳- مرندی، ع، ملک افضلی، ح سعدوندیان، س، بررسی فعالیتهای کارکنان بهداشتی، درمانی در بخش دولتی و خصوصی در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر و توزیع مصرف شیر خشک (۱۳۷۰) (منتشر شده است).
- 4- Infant feeding, The physiological basis. Supplement to volume 67,1989 of the bulletin of the world health organization, edited by AKRE, J., Reprint 1991.
- 5- Breast feeding in practice, A manual for health workers, by helsing E. and savage king, F. Oxford medical publications, 1985.
- 6- Breast feeding matters, what we need to know about infant feeding, by minchin, M, Alma publications and George Allen & unwin, 1985
- 7- Helping Mothers to breast - feed, by savage king, F, African medical and research foundation, 1985.
- 8- Howie PW etal, protective effect of breastfeeding against infection. British medical journal, Vol 300,6 Jna. 1990.
- 9- Saadeh R, Ben bouzid D, Breast- feeding and child spacing; from information collection to public policy, Bulletin of WHO, July 1990.
- 10- Lawrence RA, Breast feeding; A guide for medical profession second Edition, the C.V. Mosby co.,1985.
- 11- Breast - Feeding in the 1990 S, Review. and implications for a Global strategy, WHO/MCH/NUT/90.2/WHO/Geneva. Unicef/ NewYork June 1990.
- 12- Almroth S, and Bidinger PD, No needfor Water supplementation for exclusively breast - fed infant under hot and drid conditions, Transaction of the royal society of tropical medicine and Hygiene, Hyderabad, India,m 1990.



- Memorial. Hospital experience. International Journal of Gynecology and obstetrics/Vol. 31.Supple.1/1990.
- 15- Facts about breastfeeding La - Leche - League 1990
- 16- Breastfeeding Briefs. June. 1994 No.19.
- 17- Breastfeeding Briefs. NoV. 1993.No.18.
- 13- A Joint WHO/Unicef statement, protecting, promoting , and supporting Breast - feeding, the special role of maternity services. HWO/Geneva/1989.
- 14- Gonzales RB/ A large scale rooming - in program in a developing country: the Dr. Jose Fabella
-

پرسشهای مربوط به مقاله خود آموزی تغذیه از شیر مادر

- ۱- رشد شیرخوار دو ماهه ای در ظرف دو هفته اخیر کند شده و مادرش اظهار می دارد که مقدار شیر او نیز کاهش یافته است، نوزاد در معاینات کاملاً سالم بنظر می رسد. کدامیک از اقدامات زیر را توصیه می کنید؟
- الف- شروع محتاطانه غذاهای کمکی از مقدار کم
ب- افزایش دفعات و طول مدت شیردهی بدون افزایش ماده غذائی دیگر
ج- تجویز شیرخشک بجای بعضی از نوبت های شیردهی در طول شب
د- تجویز شیرخشک پس از اینکه مادر شیردادن از هر دو پستان را در هر نوبت شیردهی به اتمام رساند.
- ۲- کدامیک از موارد زیر در مورد آغوز صدق نمی کند؟
- الف- لینت بخش است.
ب- کلسترول آن از شیر مادر کمتر است.
ج- نقشی در افزایش سرم بیلیروبین نوزاد ندارد.
د- مناسبترین ماده غذائی برای شروع تغذیه نوزاد نارس است.
- ۳- تغذیه با شیرمادر در کدامیک از موارد زیر بصلاح نیست؟
- الف- در جوامعی که فقر اقتصادی و بهداشت حاکم است.
ب- مادری که در شیرش ویروس هپاتیت B وجود دارد.
ج- مادری که دچار ماستیت بوده و آنتی بیوتیک دریافت می نماید.
د- مادری که سابقه روماتوئید آرترایتیس داشته و حت درمان با املاح طلا می باشد.
- ۴- مادری به دلیل گریه و بیقراری بیش از حد شیرخوار ۶ هفته ای خود مراجعه نموده است، کدامیک از موارد زیر را
- به مادر نمی گوئید.
الف- هر گاه شیرخوار گریه می کند او را در آغوش بگیرید.
ب- هر بار که شیرخوار گریه می کند او را بر روی پستان خود بگذارید.
ج- در صورت تمایل شیرخوار مختصری آب جوشیده ولرم جهت رفع تشنگی به او بدهید.
د- در ماههای اول عمر شیرخوار گاهی چند روزی گریه و بیقراری می کند.
- ۵- در مورد مادری که بتازگی وضع حمل نموده و قصد شیردادن به نوزاد خود را دارد و در عین حال دچار فقر شدید اقتصادی و فرهنگی است کدامیک از توصیه های زیر را بصلاح نمی دانید:
- الف- مادر حتماً حداقل روزی یک وعده غذای گوشتی میل نماید.
ب- از دادن شیرخشک به شیرخوار خود پرهیز نماید.
ج- توصیه موکد به مادر که مقدار غذای مصرفی خود را افزایش دهد.
د- نوشیدن مایعات و مرچاً شیر.
- ۶- کدامیک از موارد زیر صحیح نیست.
- الف- مقدار آهن موجود در شیرمادر تا سن ۶ ماهگی برای نوزاد ترم کافی است.
ب- ترکیب شیر مادر با رژیم غذائی مادر ارتباط مستقیم ندارد.
ج- پروتئین شیرمادری که نوزاد نارس ۳۳ هفته ای بدنیا آورده است. ۲۰-۳۰٪ از شیر مادر نوزاد ترم کمتر دارد.
د- کودکی که از شیر مادر تغذیه می کند در قیاس با کودکی که

الف: مادری که ۴۸ ساعت از فرزند خود دور بوده و به او شیر نداده و پستانهای خود را هم ندوشیده است.

ب: زایمانهای سه قلو

ج: در دوران عادت ماهیانه مادر

د: آبنه شکافته شده پستان

۱۱- کدامیک از موارد زیر صحیح است؟

الف: کودکانی که از شیرمادر تغذیه می کنند در معرض خطر کمبود ویتامین A هستند.

ب: مقدار چربی شیرمادر در شرایط مختلف محیط تغییر نمی کند.

ج: کلسترل شیر مادر کمتر از شیرگاو است.

د: اسیدهای چرب آزاد مهمترین منبع انرژی برای شیرخواران است.

۱۲- کدامیک از موارد زیر صحیح است؟

الف: مقدار تیروزین شیر مادر کم است.

ب: مقدار تورین شیر مادر کم است.

ج: PH محیط روده نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می کنند معمولاً بین ۷ و ۸ است.

د: مقدار ویتامین E در آغوز کمتر از شیر مادر است.

۱۳- کدامیک از شیوه های جلوگیری از بارداری را در دوران

تغذیه با شیرمادر تجویز نمی کنند؟

الف: استفاده از کاندوم

ب: قرص های حاوی پروژسترون

ج: قرص های حاوی استروژن

د: بستن لوله های رحم

ه: هیچکدام

۱۴- تمام عوامل زیر بر شیردهی مادر تأثیر مثبت دارد به

استثناء:

الف: افزایش فاصله بین دفعات شیردهی در شب بمنظور

استراحت بیشتر مادر

از شیر خشک تغذیه می کند به کالری کمتری نیاز دارد.

۷- مادری به دلیل گریه و بیقراری شیرخوار ۳ ماهه خود مراجعه می کند و دلیل آن را ناکافی بودن شیرخود می داند،

اقدام صحیح جهت اثبات یا رد ادعای مادر چیست؟

الف- معاینه پستانهای مادر و دوشیدن شیر از پستانها

ب- توزین شیرخوار قبل و بعد از شیر خوردن

ج- دفعات اجابت مزاج و ادرار شیرخوار در ۲۴ ساعت

د- تمام موارد فوق

ه- هیچکدام از موارد فوق

۸- کدامیک از موارد زیر غلط است:

الف- توصیه به تغذیه از پستان مادر از روز اول تولد به مدت و دفعات مورد تمایل نوزاد.

ب- تنظیم فواصل بین دو تغذیه از پستان مادر پس از روزهای اول عمر به هر سه یا چهار ساعت یکبار

ج- وزن نوزاد نارس سالمی که از طریق لوله NG با شیر مادر تغذیه می شده است به ۱۶۵۰ گرم رسیده است. وی هنوز

قادر نیست پستان مادرش را بخوبی بمکد، شما توصیه می کنید که دادامه تغذیه او را با استفاده از فنجان انجام دهند

و نه بطری.

د- مهمترین عوامل موفقیت در امر شیردهی، مکیدن صحیح و مکرر شیرخوار و اعتماد به نفس مادر است.

۹- کدامیک از موارد زیر صحیح است؟

الف: نوع پروتئین شیرمادری که نوزاد ترم و یا نوزاد نارس بدنیا بدنیا آورده است متفاوت است.

ب: چربی قسمت Foremilk کمتر از Hindmilk است.

ج: مصرف قرصهای محتوی پروژسترون می تواند موجب اشباع شدن چربیهای شیرمادر شود.

د: مصرف قرصهای محتوی پروژسترون موجب کاهش حجم شیرمادر می شود.

۱۰- در کدامیک از موارد زیر تغذیه با شیرمادر را تجویز

نمی کنیم؟

- ب: اعتماد به نفس مادر
ج: شدت مکیدن شیرخوار
د: افزایش دفعات شیردهی
- د: هپارین
- ۱۵- در موارد زیر تداوم شیردهی را توصیه می کنیم به استثناء:
الف: بروز حاملگی مجدد
ب: ابتلاء تبخال نوک پستان
ج: افسردگی (Depression) مادر
د: ابتلاء مادر به عفونت گوارشی
ه: تمام موارد فوق
- ۱۸- در مورد کودکی که از شیرمادر تغذیه می کند کدامیک از موارد زیر صحیح است؟
الف: باید مصرف قطره ویتامین D را همزمان با شروع غذای کمکی آغاز کرد.
ب: قطره آهن را باید از سن ۶ هفتگی شروع کرد.
ج: شیرخوار نیازمند قطره ویتامین A است.
د: تمام موارد فوق
ه: هیچکدام از موارد فوق
- ۱۶- کدامیک از موارد زیر غلط است؟
الف: کودکانی که از شیرمادر تغذیه کرده اند قدرت بینائی بیشتری دارند.
ب: کودکانی که از شیرمادر تغذیه می کنند ضریب هوشی بالاتری دارند.
ج: سرطان رحم در بین مادرانی که فرزندان خود را از شیر خود تغذیه می کنند کمتر شایع است.
د: کودکان نارس که از شیرمادر تغذیه شده اند قدرت بینائی بیشتری دارند.
- ۱۹- نوزادی که از شیرمادر تغذیه می کند دچار زردی شده و در روز هفتم سرم بیلروبین ۱ و ۱۶ میلی گرم می باشد. چه اقدامی را توصیه می فرمائید؟
الف: تغذیه مکرر با شیرمادر
ب: استفاده از آب قند در فواصل تغذیه با شیرمادر
ج: قطع شیرمادر بمدت ۴۸ ساعت و دوشیدن و دورریختن شیرمادر در این فاصله زمانی
د: قطع شیرمادر بمدت ۲۴ ساعت
- ۱۷- مادری پس از ۳۸ هفته بارداری نوزادی بدنیا آورده است. مادر بدلیل بیماری نیازمند دریافت یکی از داروهای زیر است. در صورت مصرف کدامیک از داروها تغذیه با شیرمادر منع می شود؟
الف: انسولین
ب: تتراسیکلین
ج: متی مازول
- ۲۰- در مورد اولین تغذیه نوزادان کدامیک از موارد زیر صحیح است؟
الف: از آب استریل استفاده کنیم.
ب: تغذیه را در ظرف نیمساعت اول عمر شروع کنیم.
ج: قبل از اولین تغذیه جهت اطمینان باز بودن مری لوله NG.
د: از آب قند استفاده کنیم.
ه: بداخل معده عبور دهیم.