نشریه خبری، علمی و آموزشی

انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران
سال چهارم - شماره یازدهم / تابستان و پاییز ۱۴۰۲

صاحب امتیاز : انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران
مدیرمسئول: دکتر سیدعلیرضا مرندی
سردبیر: دکتر منصور بهرامی

هیئت تحریریه : (به ترتیب حروف الفبا)
دکتر سیدابوالفضل افجه، دکتر بهارالله وردی، دکتر منصور بهرامی، دکتر علی اصغر حلیمی اصل، دکتر غلامرضا خاتمی، دکترکتایون خاتمی، دکتر محمود راوری، دکترحامد شفق، دکتراحمدرضا فرسار، دکتر خلیل فریور، دکتر فاطمه فرهمند، دکتر سیدحسین فخرایی، دکتر سیدعلیرضا مرندی، دکترپانته آ ناظری، دکتر شهربانو نخعی، دکتر محمدعلی نیلفروشان

جمع آوری مقالات: دکتر مژگان مظلوم، زیبا محمدخانلو
تنظیم و ویرایش : دکتر ناهید عزالدین زنجانی
تایپ: آینده طالبی
صفحه‌آرایی: پرویز مقدم

آدرس انجمن: تهران، بالاتر از میدان ولیعصر، نرسیده به چهارراه زرتشت، کوچه دانش کیان، پلاک ۲۴، طبقه همکف
کدپستی ۱۴۵۸۴۵۳۷۱
تلفن: ۱-۸۸۹۱۰۱۹۰ و ۸۸۸۹۱۱۶۹
دورنگار (تلفکس): ۸۸۸۹۱۱۷۰
آدرس سایت: www.shiremadar.com
آدرس ایمیل: shiremadar@yahoo.com
shiremadar

فهرست مطالب

۱) یادواره ۲
۲) اخبار انجمن ۳
۳) بزرگداشت هفته جهانی شیرمادر ۴
- شعار سال ۲۰۲۳ هفته جهانی شیرمادر
- اقدامات انجام شده در هفته جهانی شیرمادر
- اقدامات انجام گرفته در هفته جهانی شیرمادر
  ۱) در انجمن پزشکان کودکان استان البرز
  ۲) در بیمارستان نیکان اقدسیه تهران
  ۳) در اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت
- پیام جناب آقای دکتر سیدعلیرضا مرندی در همایش ملی شیرمادر به مناسبت بزرگداشت هفته جهانی شیرمادر

۴) تحقیقات انجام شده در مورد شیرمادر ۸
- خلاصه‌ای از تحقیق انجام گرفته در مرکز تحقیقات تغذیه با شیرمادر
- خلاصه‌ای از پژوهش انجام گرفته در مورد علل قطع شیردهی

۵) مقالات علمی ۱۳
- مراقبت و تغذیه نوزادان اواخر نارسی
- پروکتوکولیت آلرژیک در شیرخوارانی که شیرمادر می‌خورند (پروتکل شماره ۲۴ آکادمی طب شیرمادر(ABM) سال ۲۰۲۲
- مدیریت تغذیه شبانه در شیرخواران کوچک: پروتکل شماره ۳۷ (ABM)- سال ۲۰۲۳

یادواره

آه از این رفتگان بی برگشت

در رسای همکار عزیزی که ناباورانه و خیلی زود به ملکوت اعلا پرکشید

هفته سوم مرداد ماه سال ۱۴۰۲ هفته ای غم انگیر برای دوستداران علم و اخلاق و جامعه پزشکی ایران به ویژه متخصصین کودکان بود زیرا **انسانی به تمام معنی انسان، دانشمندی والامقام و همکاری فداکار را از دست دادند.** دکتر حامد شفق پزشکی مهربان، متواضع و مردم دوست بود که جز رضایت پروردگار و آسایش خانواده، سلامتی کودکان بیمار و شادمانی آنان هدف دیگری نداشت.

ایشان همیشه نهایت همکاری و از خودگذشتگی را در برگزاری همایش‌ها، سمینارها و دوره‌های آموزشی انجمن‌های علمی کودکان ایران، ترویج تغذیه با شیرمادر ایران و گوارش و کبد ایران داشتند و علیرغم گرفتاری‌های فراوان هرزمان که در خواست می‌کردیم در کلاس‌های آموزشی انجمن تدریس کنند با خوشرویی دعوت ما را می‌پذیرفتند. **هنوز صدای گرم و رسای ایشان که بسیار پرشور و زیبا تدریس می‌کردند در گوشمان طنین‌انداز است** و هرزمان که دلتنگشان می‌شویم کلیپی را که از ایشان به یادگار داریم نگاه می‌کنیم و از کلمات و جملات زیبای آن لذت برده و به روانشان درود می‌فرستیم. اینک جا دارد به فرازهایی از سخنان ایشان در کلیپ بسیار زیبایی که در زمستان ۱۳۹۸ تحت عنوان «**قهرمانان بی‌ادعا**» در مورد پزشکان متخصص کودکانی که در دوران پاندمی کووید۱۹، خود قربانی کرونا شده بودند اشاره کنیم.

« این منم که جان شیرین دردانه را که نه در بازار سوداگری و نه در چهارراه نفاق، دروغ، زراندوزی و عوام فریبی که در میدان صداقت، میدان شرافت، میدان عشق و مهربانی و میدان انسانیت به مسلخ می‌برم تا راستی، پاکی، نوع دوستی و عشق، جاویدان باشد».

« ما حکیمان سپیددل ولی تنهای سرزمینم باید هوشیار باشیم و بدانیم که تنها با ذات باریتعالی پیمان بسته ایم . پیمانی آسمانی، پیمانی به‌رنگ سبز عشق، سفید آرامش و قرمز از خودگذشتگی. ما تنها با خود او، دست مؤدت داده ایم که در راه حفظ جان بندگان کوچک و معصوم او حتی جان خویش را فدا کنیم. ما پزشکی هستیم آزاده و رها از هر قید و بند زمینی که تنها در بند رضایت و محبت اوییم » .

«اینک به پاسداشت یاد و خاطره **۱۸ شقایق گلفام برخاسته از مکتب دکتر قریب** که شهدای راه خدمت بودند می‌ایستیم ، کلاه از سر برمیداریم و سرتعظیم فرود می‌آوریم».

الحق که دکتر حامد شفق خود یکی از همان **«قهرمانان بی‌ادعای»** سپیدپوش سپیددل بود که جان شیرینش را در راه صداقت و خدمت فداکرد و خود **نوزدهمین شقایق گلفام** شد.

متاسفانه در این ۵ ماه غم انگیز گرچه نتوانستیم مونسی برای همسر مهربان و فداکار ایشان و دختر نازنینشان باشیم ولی همیشه برایشان آروزی تندرستی و صبوری داشته ایم . روزی هم نیست که یادی از این همکار عزیز و ارجمند نکنیم و از نبودشان افسوس نخوریم.

روحش شاد ، یادش گرامی و نامش جاویدان

دکتر ناهید عزالدین زنجانی

مدیر اجرایی انجمن -آذرماه ۱۴۰۲

اخبار انجمن

۱) برگزاری روز جهانی شیرمادر با همکاری جناب آقای دکتر زنوزی راد (رئیس انجمن پزشکان کودکان استان البرز) در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۱۰ در سالن اجتماعات نظام پزشکی کرج

۲) سخنرانی برخی اساتید محترم هیئت مدیره انجمن در سمینار مذکور

۳) توزیع رایگان ۲۵۰ جلد کتاب «تازه‌های تغذیه با شیرمادر برای متخصصین کودکان و پزشکان» همچنین ۱۰۰ جلد از مجموعه« آشنایی با انواع شیرهای مصنوعی موجود در بازار ایران» در همایش فوق

۴) برنامه‌ریزی علمی به منظور برگزاری روز جهانی شیرمادر با همکاری اداره کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(۱۱ مرداد) .

۵) همکاری با اداره کودکان وزارت بهداشت در زمینه برگزاری و آموزش در کارگاه چهار روزه مشاور شیردهی در هفته جهانی شیرمادر

۶) برنامه‌ریزی و اجرای پانل «گام‌های موثر در ارتقاء سلامت شیرخواران» در همایش بین المللی کودکان - مرکز طبی کودکان

۷) برگزاری یک دوره آموزشی مشاور شیردهی به مدت ۱۴ روز در محل انجمن و بیمارستان آرش

۸) برگزاری یک دوره آموزشی ۲۰ ساعته شیرمادر در بیمارستان کودکان تهران

۹) برنامه ریزی و اجرای یک دوره آموزشی چهار ساعته برای مادران باردار

۱۰) انجام ۱۱ سخنرانی علمی در برنامه‌های آموزشی رادیو و تلویزیون

۱۱) برنامه‌ریزی جهت اجرای وبینار ۱ روزه «اصول برقراری شیردهی موفق» در ۲۶ بهمن ماه

۱۲) ضبط و انتشار پادکست‌های آموزشی از طریق رادیو اینترنتی مؤسسه پژوهشی کودکان ایران

۱۳) شرکت و سخنرانی اساتید محترم هیئت مدیره و ضبط برنامه در برنامه« کافه سلامت» تلویزیون اینترنتی

۱۴) تهیه نسخه فارسی و انگلیسی پژوهش انجام شده در انجمن

۱۵) تهیه و تنظیم سه پروتکل جدید جهت تکمیل و به روز رسانی مجموعه دستورکارها (پروتکل‌ها) و راهنماهای بالینی در ارتباط با تغذیه با شیرمادر

۱۶) تنظیم نهایی مجموعه پروتکل‌ها و اقدام در زمینه چاپ آن

۱۷) همکاری با ماهنامه «کودک سالم» در زمینه ارسال مقالات علمی

۱۸) مذاکره و مکاتبه با مرکز آموزش مهارت‌های بالینی و حرفه ای در زمینه اصلاح متن گواهینامه مشاورین شیردهی

۱۹) حضور در جلسات رؤسای انجمن‌های علمی/ کمیته کشوری شیرمادر، دفتر معاونت محترم امور زنان و خانواده ریاست جمهوری

۲۰)شرکت در جلسه فرهنگستان علوم پزشکی در زمینه «پایان بخشی به مرگ و میر قابل پیشگیری کودکان زیر ۵ سال»

۲۱) اقدام در زمینه چاپ ۳۰۰۰ جلد کتابچه تغذیه تکمیلی و ۲۰۰۰ جلد تغذیه در سال دوم زندگی

۲۲) تنظیم قرارداد با شرکت آوید در مورد چاپ الکترونیکی سه کتاب انجمن (راهی به سوی تغذیه و رشد بهتر کودک و فرزندپروری (۱) و (۲))

۲۳) ثبت انتخابات انجمن در روز نامه رسمی و روزنامه کثیرالانتشار (اطلاعات)

۲۴) تنظیم چند قرارداد با شرکت‌های حامی مالی

۲۵) به روز رسانی سایت انجمن

۲۶) انجام سایر امور اداری

شعار هفته جهانی WABA در سال ۲۰۲۳

توانمند سازی والدین شاغل برای تغذیه شیرخوار با شیر مادر

اهداف هفته جهانی ترویج تغذیه با شیر مادر- ۲۰۲۳

- **اطلاع رسانی (آگاه کردن):**
  آگاه کردن جامعه در مورد والدین شاغل از نظر اهمیت تغذیه شیرخوار با شیرمادر و فرزندپروری

- **زیر ساخت و ظرفیت سازی:**
  مرخصی با پرداخت کامل حقوق و حمایت در محل کار به‌عنوان ابزاری مهم برای شیردهی مادر

- **در گیر کردن:**
  درگیر کردن افراد، سازمان‌ها و ارگان‌ها در جهت افزایش همکاری و حمایت از شیردهی مادر در محل کار

- **اقدامات:**
  اقدام برای بهبود شرایط کار و حمایت‌های مرتبط برای هدف فوق

حقایق موجود:

- باقی ماندن چالش‌های محل کار، شایع ترین علت عدم تغذیه با شیر مادر یا قطع شیردهی زودتر از موعد است.
- زنان برای تغذیه شیرخوار با شیرخود، نیاز به حمایت و زمان کافی دارند.

مطالعات نشان می‌دهد، طول مدت شیردهی در زنانی که کمتر از سه ماه مرخصی شیردهی داشتند در مقایسه با زنانی که سه ماه یا بیشتر مرخصی داشتند کمتر بوده است.

- حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر به‌عنوان راهی برای مقابله با نابرابری‌های ذکر شده در اهداف توسعه پایدار است.
- سازمان‌ها، سیستم‌های بهداشتی و درمان، محل‌های کار و جوامع باید درگیر، شوند و نقش حیاتی خود را در توانمندسازی خانواده‌ها و حفظ محیط‌های دوستدار شیردهی در زندگی کاری ایفا کنند.

اقدامات انجام گرفته در هفته جهانی شیرمادر

۱) در انجمن پزشکان کودکان استان البرز
۲) در بیمارستان نیکان اقدسیه تهران
۳) در اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت

برگزاری همایش«شیرمادر بستر ساز تکامل مغز» در تالار لوتوس کرج

در تاریخ دهم مرداد ۱۴۰۲ مصادف با اول آگوست با پیشنهاد انجمن پزشکان کودکان استان البرز ، کرج و با همکاری انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران، همایش«شیرمادر بستر ساز تکامل مغز» در تالار لوتوس کرج و با حضور موج مشتاقان برگزار گردید. آقای دکتر محمد زنوزی راد دبیر اجرایی و خانم دکتر شهربانو نخعی دبیر علمی برنامه و جناب آقای دکتر سیدعلیرضا مرندی سخنران افتتاحیه مراسم مزبور بودند. اساتید بزرگوار در مورد دلایل تاثیر شیرمادر بر رشد مغز کودک، تحریک اعصاب کرانیال با شیردهی صحیح مادر، روش‌های صحیح شیردهی و نقش شیرمادر در بهبود کیفیت میکروبیوم‌های روده ای و تاثیر آن بر سلامت و رشد مغز شیرخوار همچنین اهمیت شیرمادر در تغذیه نوزاد نارس سخنرانی نمودند.
تشویق‌های پی در پی از هریک از سخنرانان و تداوم حضور مشتاقان تا انتهای برنامه نشانگر رضایت بالای حاضران همایش بود. امید است که این همکاری‌ها همچنان ادامه داشته باشد تا موفقیت‌ها و رضایتمندی‌های بیشتری فراهم گردد.

برگزاری دوره آموزشی در بیمارستان نیکان اقدسیه

این دوره آموزشی با موضوع ترویج تغذیه با شیرمادر به مدت ۲۰ ساعت طی سه روز متوالی از ۱۸ لغایت ۲۰ شهریور ۱۴۰۲ و با همّت سرکار خانم دکتر فرحناز صنیعی در بیمارستان نیکان اقدسیه برگزار گردید. این کارگاه موفق به کسب ۱۲/۷۵ امتیاز بازآموزی جهت شرکت کنندگان بیمارستان (پرستاران، ماماها و پزشکان) از دانشگاه علوم پزشکی ایران شد. در این برنامه جناب آقای دکتر محمدباقر حسینی (فوق تخصص نوزادان) و سرکارخانم دکتر فرحناز صنیعی(متخصص بیماری‌های کودکان) با استفاده از فیلم ، عکس و پاورپوینت‌های آموزشی به صورت عملی و تئوری در مورد موضوعات زیر سخنرانی نمودند:
- راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک، مزایای شیرمادر برای مادر و نوزاد، نحوه صحیح آماده سازی مادران باردار جهت شیردهی، نحوه صحیح آموزش به مادران جهت دوشیدن شیر و ذخیره سازی آن، بررسی کافی بودن شیرمادر، اهمیت وجود بانک شیر، نحوه مدیریت شیردهی در مادران با بیماری‌های خاص ، نحوه حمایت مادر شیرده توسط خانواده و کادر درمان، اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در موفقیت شیردهی مادر، مراقبت و تغذیه نوزادان با نیازهای خاص(نارس، کم وزن و بیمار).

برگزاری همایش روز جهانی شیرمادر و پانل علمی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت با همکاری انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران پس از برگزاری جلسات متعدد، اقدام به برنامه‌ریزی همایش روز جهانی شیرمادر همراه با پانل علمی در تاریخ ۱۱ مرداد نمودند که متاسفانه این همایش برگزار نشد ولی کارگاه کشوری تربیت مشاور شیردهی دانشگاهی از ۱۵ مرداد به مدت ۳ روز در هتل قلب بیمارستان شهید رجایی تهران با شرکت و سخنرانی اساتید محترم انجمن و اداره سلامت کودکان برگزار گردید.

خلاصه ای از

سخنرانی جناب آقای دکترسید علیرضا مرندی

در همایش ملی شیرمادر

« شیرمادر بسترساز تکامل مغز»

انجمن پزشکان کودکان استان البرز

همان‌طورکه می‌دانید شبکه بین المللی ترویج تغذیه با شیرمادر (IBFAN) از سال ۱۹۹۲ مطابق با سال ۱۳۷۱شمسی،هفته اول ماه اوت (آگوست) را هفته جهانی شیرمادر و روز اول هفته را به‌عنوان روز جهانی شیرمادر نام‌گذاری کرده و هر سال عنوانی را نیز پیشنهاد می‌کند تا همه کشورهای جهان، همگام و همراه هم جهت گسترش برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر اقدام نمایند.

شعار امسال نیز« **توانمندسازی مادران شاغل برای شیردهی و یا به عبارتی توانمندسازی والدین شاغل**» است.

امروزه اهمیت تغذیه شیرخوار با شیرمادر بر کسی پوشیده نیست. حتی مادران عزیزی که ۹ ماه بارداری و دو سال شیردهی را با همه لذات و یا مشکلات آن تحمل می‌کنند به مزایای شیرمادر وقوف کامل دارند ولی نیازمند حمایت جامعه، قانونگذاران، مسئولین ذیربط و گروه پزشکی هستند تا این گروه‌ها با آگاهی به مسئولیت خطیری که به عهده دارند نه یک هفته که در طی سال، همچنان فعال و پویا و حامی مادر باشند.

شیرمادر به‌عنوان یک ماده زنده شناخته شده و به آن «**خون سفید**» اطلاق می‌شود و نقش بسیار پررنگی در مقابله با انواع میکروب‌های بیماری‌زا از طریق دفاع سلولی و همورال دارد زیرا نوزادی که به دنیا می‌آید در مقابل انواع بیماری‌ها بسیار آسیب‌پذیر است و شیرمادر همه جانبه او را در مقابل بیماری‌های مختلف عفونی و سپتیسمی‌ها، عفونت‌های ادراری و غیره محافظت می‌کند و بر سلامت مادر هم تاثیر بسزایی دارد و از لحاظ اقتصادی برای خانواده‌ها و جامعه نیز به صرفه است.

شعار امسال برای حمایت از مادرانی است که شاغل هستند. لازم است که جامعه و به خصوص ما پزشکان اطلاعات و آموزش‌ها و تعصب خود را در مورد شیرمادر افزایش دهیم و بهتر است بدانیم که شروع تغذیه با شیرمادر به محض تولد، حدود ۲۳٪ و در صورت شروع تغذیه در ۲۴ ساعت اول زندگی نوزاد، حدود ۱۶٪ مرگ و میر نوزاد را کاهش می‌دهد. شیردادن سبب ارتقای سلامت مادر و شیرخوار شده و تغذیه با شیرمادر حدود ۱۱-۱۰ درجه ضریب هوشی شیرخوار را افزایش می‌دهد.

اوایل انقلاب در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر، بسیار خوب کار شد و آموزش‌ها عالی بود و مصرف شیرخشک از ۷۰ میلیون قوطی در سال با جمعیتی که نصف جمعیت کنونی بود به ده میلیون رسید ولی به تدریج با کم شدن آموزش‌ها و بی تجربه بودن مادران، متاسفانه آمار تغذیه با شیرمادر به ویژه آمار تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماه اول زندگی کاهش یافت و آمار مصرف شیرخشک بالا رفت و هنوز هم کارخانه‌ها در حال فعالیت، تبلیغات غیرقانونی و فروش محصولات خود هستند.

در زمان وزارت اینجانب در یکی از اجلاس‌های برگزار شده توسط WHO پیشنهاد کردم با توجه به اینکه جمعیت کثیری از دنیا را مسلمانان تشکیل می‌دهند. طبق توصیه کتاب آسمانی ما

«قرآن مجید» بهتر است تغذیه شیرخوار با شیرمادر دو سال و بیشتر ادامه داشته باشد ولی آن‌ها عمدتاً غربی‌ها با این مطلب مخالفت کردند و این پیشنهاد تصویب نشد ولی **بعد از چند سال که کشورهای صنعتی در زمینه منافع اقتصادی شیرمادر تحقیقاتی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که علاوه بر منافع تغذیه‌ای از لحاظ اقتصادی نیز مقرون به صرفه است** لذا تغذیه شیرخوار با شیرمادر را دو سال و حتی بیشتر هم توصیه کردند. هرچه تحقیقات در زمینه شیرمادر بیشتر شد، روشن شد که شیرمادر بهترین غذا برای نوزادان به خصوص نوزادان نارس است و در بخش مراقبت‌های ویژه تلاش می‌شود از شیرمادر و در صورت نبود شیرمادر، از شیر بانک شیرمادر استفاده کنند.

برای حمایت مادر علاوه بر پزشک و همسر و خانواده، لازم است که در محیط کار نیز طبق قانون تصویب شده در مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۷۴، امکانات تغذیه شیرخوار با شیرمادر از جمله مکان مناسب برای شیردهی فراهم باشد تا مادر با اطمینان خاطر بتواند شیر بدهد. در این قانون بر یک ساعت مرخصی روزانه و حدود ۹ ماه مرخصی و حفظ امنیت شغلی مادر در این دوران نیز تاکید شده است.

مدت تغذیه با شیرمادر طبق توصیه WHO، یونیسف و آکادمی طب کودکان امریکا دو سال و بیشتر عنوان شده و بر اساس نشریه جدید آکادمی کودکان امریکا محدودیتی برای طول مدت تغذیه با شیرمادر ذکر نشده و مادر و شیرخوار تا هر زمان که بخواهند می‌توانند شیردادن و شیرخوردن را ادامه دهند.

متاسفانه در حال حاضر، تبلیغات در زمینه استفاده از شیرخشک روز به روز بیشتر شده و در نبود رسیدگی دولت‌ها، کارخانه‌های تولیدکننده شیرخشک علاوه بر تبلیغ، در مقالات معتبر علمی هم به‌صورت علنی دستورالعمل ارائه می‌دهند که اگر جامعه تحت تاثیر این مطالب قرار بگیرد سلامت جامعه به خطر افتاده و میزان تغذیه با شیرمادر کاهش می‌یابد در نتیجه نباید خیلی هم به بعضی مطالب علمی چاپ شده و کتاب‌هایی که توسط افراد غیر دلسوز نوشته می‌شود اعتماد بکنیم.

در پایان، امیدوارم همه شما پزشکان و کادر درمان در ارتقای سلامت کودکان به ویژه نوزادان و ترویج تغذیه با شیرمادر تا پایان دو سال و بیشتر به خصوص تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماه اول زندگی مُبلّغ خوبی بوده و در زندگی فردی و حرفه‌ای هم موفق و مؤید باشید.

تحقیقات انجام شده در مورد شیرمادر

۱- خلاصه‌ای از تحقیق انجام گرفته در مرکز تحقیقات تغذیه با شیرمادر، پژوهشکده سلامت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقایسه تاثیر مکمل یاری "ید" با « شیر غنی شده با "ید"» و « مکمل "ید"» بر کفایت "ید" رسانی مادران شیرده و نوزادانشان

فرستنده مقاله : دکتر پانته آ ناظری
تنظیم و تلخیص : دکتر ناهید عزالدین زنجانی

دکتر پانته آ ناظری[1]، ژاله طهماسبی نژاد[2]، دکتر نجمه حمزوی زرقانی[1]، دکتر مهدی هدایتی[3]، فرشته امینی[1]، دکتر پروین میرمیران[2]، دکتر فریدون عزیزی[4]

مقدمه

«ید»، ریز مغذی ضروری برای رشد، تکامل و بقای انسان است و کمبود آن می‌تواند طیف وسیعی از اختلال‌ها را در گروه‌های سنی مختلف ایجاد کند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در کنترل و پیشگیری از کمبود «ید» در اکثر کشورهای دنیا، هنوز کمبود «ید» و عوارض ناشی از آن به‌عنوان یکی از نگرانی‌های مهم جوامع بشری مطرح است. اهمیت این موضوع در گروه‌های آسیب پذیر به ویژه نوزادان بیش از پیش آشکار است **چرا که رشد و نمو مغز نوزادان، شیرخواران و کودکان در طول دو سال اول زندگی، وابسته به «ید» و هورمون‌های تیروئیدی است** . با توجه به ضرورت تغذیه انحصاری با شیرمادر در طول ۶ ماه اول زندگی، شیر مادر تنها منبع موجود جهت تامین «ید» مورد نیاز نوزادان خواهد بود، اگرچه مقدار «ید» شیر مادر در این دوران بسته به میزان «ید» دریافتی، متغیر است.

در ایران و کشورهایی که نمک «ید»دار تنها منبع اصلی «ید» رژیم غذائیست، مقدار نمک دریافتی یکی از عوامل مهم کفایت تغذیه‌ای «ید» می‌باشد. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند که با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی- عروقی در دنیا، کاهش مقدار نمک دریافتی یکی از آسانترین و موثرترین روش‌های پیشگیری و کنترل است و از سوی دیگر، کاهش میزان نمک دریافتی، می‌تواند با افزایش خطر کمبود «ید» همراه باشد. مطالعات در کشورهایی که استفاده از نمک یددار را به‌عنوان استراتژی موفق جهت کنترل و پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود «ید» انتخاب نموده‌اند، نشان می‌دهد که مصرف نمک

۱ - مرکز تحقیقات تغذیه با شیر مادر، پژوهشکده سلامت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲ - مرکز تحقیقات تغذیه در بیماری‌های غدد درون ریز، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳ - مرکز تحقیقات سلولی مولکولی غدد درون ریز، پژوهشکده ی علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴ - مرکز تحقیقات غدد درون ریز، پژوهشکده ی علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

«ید»دار به تنهایی کفاف افزایش نیاز به «ید» را، در این دوران نمی‌دهد. با وجود توصیه‌ی انجمن‌های بین‌المللی مبنی بر مصرف مکمل‌های غذایی حاوی «ید» (۱۵۰ میکروگرم در روز) در دوران بارداری و شیردهی، مکمل یاری «ید» جهت تامین افزایش نیاز «ید» برای همه مادران شیرده صورت نمی گیرد و شواهد حاکی از آنست که مصرف مکمل‌های غذایی حاوی «ید» که اغلب در دوران بارداری مورد استفاده قرار می‌گیرد با تولد نوزاد و شروع دوران شیردهی قطع می‌گردد. این امر می‌تواند با خطر کمبود «ید» در نوزادان همراه باشد.

علیرغم اینکه در برخی کشورها، شیر و محصولات لبنی مهمترین منبع «ید» دریافتی در نظر گرفته می‌شوند، اما در مطالعات محدودی ارتباط مصرف شیر و محصولات لبنی با کافیت دریافت «ید» مادران در طول دوران بارداری و شیردهی مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به ضرورت مکمل یاری «ید» در دوران شیردهی، **مطالعه حاضر با هدف تعیین بهترین منبع غذایی جهت مکمل یاری ید، به مقایسه تاثیر شیر غنی شده با «ید» با مکمل ید، بر کفایت «ید» رسانی مادران شیرده و نوزادانشان پرداخته است.**

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی و با استفاده از داده‌های دو کارآزمائی بالینی با هدف مقایسه دو نوع مکمل یاری «ید» (شیر غنی شده با «ید» و مکمل ید) بر کفایت «ید» رسانی مادران شیرده و نوزادانشان انجام شد. به طور خلاصه، مادران شیرده و نوزادانشان در مقطع زمانی ۵-۳ روز پس از زایمان به طور تصادفی از مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران انتخاب شدند و در صورت دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه، پس از توضیح اهداف و در صورت تمایل برای شرکت در تحقیق برگه رضایت نامه آگاهانه تکمیل گردید. مادران شیرده‌ی سالم که حاملگی تک قلویی داشته و دارای معیارهای تمایل به همکاری، عدم ابتلا به بیماری‌های تیروئید، عدم مصرف داروهای موثر بر تیروئید، عدم استفاده از مکمل‌های غذایی حاوی «ید» (به جزء آنچه در تحقیق در نظر گرفته شد) و ضدعفونی‌کننده‌های یددار (بتادین) بودند، وارد مطالعه شدند. **لازم به توضیح است در زمان انجام دو کارآزمائی بالینی هنوز دستورالعمل کشوری جهت مصرف مکمل یدوفولیک برای مادران باردار وجود نداشت.** اطلاعات پایه مربوط به مادر شامل سن، میزان تحصیلات، شغل مادر، تاریخ آخرین بارداری، تعداد بارداری، تعداد زایمان، نوع زایمان، سابقه سقط و سابقه مصرف مکمل‌های غذایی حاوی «ید» در طول دوران بارداری از طریق مصاحبه حضوری و تکمیل پرسشنامه اخذ گردید. یک نمونه از نمک مصرفی مادران جهت بررسی میزان «ید» آنها نیز در ظرف مخصوص درب دار جمع آوری شد. اطلاعات مربوط به نوزادان شامل جنسیت، وزن، قد و محیط دور سرهنگام تولد و غلظت تیروتروپین پاشنه پا نوزادان در بدو تولد با استفاده از اطلاعات درج شده در پرونده نوزاد در بدو تولد بدست آمد. **در کارآزمایی اول، ۸۴ مادر و نوزاد به طور تصادفی** و بر اساس جدول اعداد تصادفی در **یکی از دو گروه شیر غنی شده** با «ید» (تعداد=۴۲ مادر و نوزاد) و **گروه کنترل (تعداد=۴۲ مادر و نوزاد)** قرار گرفتند. مادرانی که تحت مکمل یاری با شیر غنی شده با «ید» قرار داشتند، **روزانه ۱ لیوان شیر (۲۰۰ میلی لیتر) حاوی ۱۵۰ میکروگرم «ید»** دریافت نمودند. مادران گروه کنترل فقط از نمک یددار استفاده می‌کردند. در کارآزمایی دوم، ۱۲۰ مادر و نوزاد به طور تصادفی تحت **مکمل یاری «ید» ۱۵۰ میکروگرم** (تعداد=۶۰ مادر و نوزاد) و **دارونما** (تعداد= ۶۰ مادر و نوزاد) بودند به این صورت که از آنها خواسته شد که از روز ۶ پس از زایمان روزی یک عدد از آن را مصرف نمایند.

در مطالعه حاضر، مدت مکمل یاری ۴ هفته لحاظ شد و مادرانی که در طول یک ماه پس از زایمان، تغذیه انحصاری با شیر مادر را برای نوزادانشان انتخاب نمودند و همچنین، اطلاعات آزمایشگاهی آنها در طول این مدت موجود و کامل بود، جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند. وضعیت «ید» مادران شیرده و نوزادانشان از طریق سنجش غلظت «ید» شیر و ادرار در دو مقطع زمانی ۵-۳ روز (قبل از مکمل یاری) و ۴ هفته پس از مکمل یاری با مکمل «ید» و شیر غنی شده با «ید» مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. غلظت «ید» شیر و ادرار مادران و نوزادان در هر دو گروه با روش هضم اسید و میزان «ید» نمک مصرفی آنها با روش تیتراسیون در آزمایشگاه رفرانس «ید» پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد سنجش قرارگرفت و نتایج به ترتیب به صورت میکروگرم در لیتر و گاما گزارش شدند.

بر اساس توصیه‌ی سازمان جهانی بهداشت، یونیسف و

کمیته مبارزه با اختلال‌های ناشی از کمبود ید، میانه غلظت «ید» ادرار > ۱۰۰ و ≤ ۱۰۰ میکروگرم در لیتر در مادران شیرده به ترتیب به‌عنوان میزان ناکافی و کافی دریافت «ید» در نظر گرفته شد. از آنجایی که هنوز نقطه برش قطعی برای کفایت غلظت «ید» شیر مادر وجود ندارد در مطالعه حاضر میانه غلظت «ید» شیر ≤ ۱۵۰ میکروگرم در لیتر به‌عنوان نقطه برش جهت کفایت میزان «ید» شیر مادران شیرده لحاظ گردید. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تائید و تصویب قرار گرفت (کد اخلاق IR.TUMS.IKHC. ۱۴۰۰٫۴۳۵.REC).

یافته‌ها

میانگین سنی مادران به ترتیب در گروه شیر غنی شده با «ید» و مکمل «ید» ۲۷/۷±۴/۵ و ۲۸/۰±۵/۲ سال بود و در هر دو گروه بیش از ۹۰ درصد مادران خانه دار بودند که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. بین مادران شیرده دو گروه، تفاوت آماری معنی داری از نظر میزان تحصیلات، تاریخ آخرین بارداری، تعداد بارداری، تعداد زایمان، نوع زایمان و سابقه سقط مشاهده نشد. **فقط مادران شیرده از نظر مصرف مکمل‌های غذایی حاوی «ید» در طول دوران بارداری تفاوت معنی داری را نشان دادند به این صورت که بیش از ۶۰ درصد مادران گروه شیر غنی شده در طول دوران بارداری خود از مکمل غذایی حاوی «ید» استفاده نمی کردند** در حالیکه این میزان، در مادران گروه مکمل «ید» فقط ۳۳ درصد بود (P<۰/۰۰۱). نوزادان دو گروه تفاوت آماری معنی داری را از نظرشاخص‌های آنتروپومتری بدو تولد نشان ندادند، فقط نوزادان گروه مکمل **«ید» وزن هنگام تولد بالاتری نسبت به نوزادان گروه شیر غنی شده با «ید» داشتند (۳۳۶۴±۳۶۶ گرم در مقابل ۳۱۸۷±۳۴۴ گرم، P=۰/۰۱۵).**

بحث

مطالعه حاضر اولین مطالعه ایست که به مقایسه تاثیر دو نوع مکمل یاری «ید» بر وضعیت «ید» مادران شیرده و نوزادانشان پرداخته است. یافته‌ها نشان داد که هر دو نوع مکمل یاری «ید» (شیر غنی شده با «ید» و مکمل «ید» ۱۵۰میکروگرم) **در مادران شیرده با بهبود وضعیت «ید» آنها همراه بوده است. اگرچه غلظت «ید» ادرار بین مادرانی که تحت مکمل یاری شیر غنی شده با «ید» بوده‌اند تفاوت معنی داری با گروهی که مکمل «ید» مصرف نمودند، نداشت، اما غلظت «ید» شیر مادران در گروه شیرغنی شده با «ید» به طور معنی داری بیشتر از گروه مکمل «ید» بود. وضعیت «ید» نوزادان در طول مطالعه در حد کفایت بود و غلظت «ید»** ادرار نوزادان بین گروهی که مادرانشان تحت **مکمل یاری شیر غنی شده با «ید» و یا مکمل «ید» بودند، تفاوت آماری را نشان نداد.**

تاکنون، مطالعات متعددی ارتباط بین مصرف شیر و لبنیات و کفایت تغذیه‌ای «ید» در کودکان و حتی بزرگسالان را مورد بررسی قرار داده اند. نتایج حاکی از آنست که فراوانی مصرف شیر به صورت وابسته به دوز با غلظت «ید» ادرار در کودکان مرتبط است و این ارتباط نیز در بزرگسالان به تأئید رسیده است. به‌عنوان مثال، در کشور نیوزیلند، مصرف دو لیوان شیر غنی شده با «ید» (۴۲ میکروگرم در ۲۰۰ میلی لیتر) باعث بهبود وضعیت «ید» کودکان ۲۰-۱۲ ماهه که دچار کمبود «ید» خفیف تا متوسط بودند، شد . اما، مطالعات در مورد مصرف شیر و لبنیات و کفایت دریافت «ید» در مادران باردار و شیرده بسیار محدود است. به‌عنوان مثال، در انگلستان، مقایسه‌ی میزان «ید» موجود در شیرهای سنتی و ارگانیک نشان داد که شیرهای ارگانیک به طور معنی داری حاوی «ید» کمتری نسبت به شیرهای سنتی هستند (۲۹ میکروگرم در مقابل ۵۰ میکروگرم به ازاء هر ۲۰۰ گرم) که به نظر می‌رسد این مقدار کفاف «ید» مورد نیاز مادران باردار و شیرده را نمی دهد . همچنین، در مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شد، مشخص گردید که کاهش مصرف محصولات لبنی می‌تواند باعث افزایش خطر کمبود «ید» در زنان سنین باروری و مادران باردار و شیرده شود.

نتایج مشابهی نیز در ایسلند، کشوری که ماهی، شیر و پنیر تأمین کننده بیش از ۷۵ درصد «ید» رژیم غذائیست، مشاهده گردید که افزایش خطر کمبود «ید» در مادران بارداری که شیر و محصولات دریایی را به میزان توصیه شده استفاده نمی نمودند، وجود دارد. **اما در هیچ یک از مطالعات انجام شده، بین**

منابع غذایی مختلف حاوی «ید» مقایسه صورت نگرفته است تا مشخص شود کدامیک می‌تواند به طور موثری باعث تامین «ید» مورد نیاز مادران باردار و شیرده و نوزادانشان باشد. در مطالعه حاضر نشان داده شد، مصرف همزمان یک لیوان شیر حاوی ۱۵۰ میکروگرم «ید» و نمک یددار در مادران شیرده می‌تواند منبع مهم تامین «ید» در طول دورانی باشد که میزان نیاز به «ید» جهت تامین «ید» نوزادان و کودکان به طور قابل ملاحظه ای افزایش می‌یابد.

با وجود اینکه انجمن‌های بین المللی از جمله انجمن تیروئید آمریکا و جامعه اندوکرین توصیه می‌کنند مادران باردار و شیرده در طول دوران بارداری و شیردهی خود روزانه ۱۵۰ میکروگرم «ید» به صورت مکمل دریافت کنند ، در مطالعات بسیار محدودی تاثیر مکمل یاری «ید» بر کفایت «ید» رسانی مادران شیرده مورد بررسی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال در نیوزیلند، مکمل یاری مادران با دوزهای ۷۵ و ۱۵۰ میکروگرم «ید» نتوانست باعث کفایت «ید» رسانی در مادران شیرده و کودکانشان شود . همچنین، در مراکش، کشوری که دچار کمبود «ید» متوسط تا شدید است، حتی با وجود مصرف محلول روغن یددار در طول یک سال پس از تولد، مادران شیرده و کودکانشان (به جزء در چند مقطع زمانی) همچنان در معرض خطر کمبود «ید» قرار داشتند. در مطالعه حاضر، اگرچه مادران شیرده در منطقه کفایت «ید» رسانی زندگی می‌کردند، مصرف روزانه مکمل «ید» ۱۵۰ میکروگرم «ید» باعث بهبود وضعیت «ید» در مادران و نه نوزادانشان شد. میانه غلظت «ید» ادرار نوزادان حاکی از آن بود که وضعیت «ید» آنان حتی قبل از مکمل یاری مادران در حد مطلوب می‌باشد. با اینحال هنوز در مورد نوع مکمل یاری و دوز مورد نیاز جهت کفایت «ید» رسانی در مادران شیرده و کودکانشان جای بحث وجود دارد و تاکنون در هیچ یک از مطالعات، تاثیر انواع مختلف مکمل یاری «ید» بر کفایت «ید» رسانی در طول دوران شیردهی در قالب یک مطالعه واحد مورد بررسی قرار نگرفته است. **در مطالعه حاضر، مقایسه دو نوع مکمل یاری «ید» (شیر غنی شده با «ید» در مقابل مکمل ید) نشان داد که اگرچه مصرف شیر غنی شده با «ید» به طور معنی داری با افزایش غلظت «ید» شیر مادران شیرده همراه است اما وضعیت «ید» نوزادان در گروهی که مادرانشان تحت مکمل یاری با شیر غنی شده با «ید» بودند تفاوتی با گروهی که مکمل «ید» مصرف نموده بودند، نداشت. در ایران، شواهد نشان می‌دهد که سرانه مصرف شیر و لبنیات پائین و در حد مکفی نیست و** علی رغم توصیه ی اکید به مصرف شیر و لبنیات در طول دوران شیردهی، بسیاری از مادران شیرده به دلیل عدم تحمل به لاکتوز و ایجاد عوارض گوارشی احتمالی در نوزادانشان از مصرف شیر و لبنیات در این دوران امتناع می‌ورزند. بنابراین به نظر می‌رسد که تامین «ید» مادران شیرده از طریق مکمل یاری با شیر غنی شده با «ید» با توجه به موارد ذکر شده با مشکل همراه باشد و نتوان از آن به‌عنوان منبع غذایی قابل اطمینان در این دوران بهره جست.

مطالعه کنونی، جزء اولین مطالعاتی است که به مقایسه تاثیر دو نوع مکمل یاری «ید» (شیر غنی شده با «ید» و مکمل ید) بر کفایت «ید» رسانی مادران شیرده و نوزادانشان پرداخته است. با اینحال، لازم است یافته‌ها با در نظرگرفتن محدودیت‌های موجود مورد تفسیر قرار گیرد که از آن میان می‌توان به مقطعی بودن نوع مطالعه، طول مدت پیگیری ۴ هفته و اندازه گیری غلظت «ید» در یک نمونه تصادفی ادرار و شیر اشاره نمود.

در کل یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هر دو نوع مکمل یاری می‌تواند در تامین «ید» مورد نیاز مادران شیرده و نوزادانشان موثر باشد و تفاوتی بین شیر غنی شده با «ید» و مکمل «ید» که هر دو حاوی ۱۵۰ میکروگرم «ید» بودند، وجود ندارد. به نظر می‌رسد که نوع و دوز مکمل یاری «ید» در طول دوران بارداری و شیردهی می‌بایست متناسب با شرایط هر منطقه به لحاظ وضعیت «ید» و منابع غذایی حاوی «ید» و فراوانی مصرف آنها تعیین گردد. با اینحال جهت تایید نتایج فوق، مطالعات بیشتر با حجم نمونه بالاتر و مدت پیگیری بیشتر ضروری می‌باشد.

۲- خلاصه‌ای از تحقیق انجام گرفته در ایران:

دلایل اظهار شده از طرف مادران ایرانی برای قطع شیردهی

چاپ شده در مجله بین المللی شیرمادر- ۲۰۱۲
International Breastfeeding Journal (IBJ)

دکتر بهشته النگ و همکاران
ترجمه : دکتر ناهید عزالدین زنجانی

با توجه به آماری که قبلا ارائه شده و تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماهگی را ۲۸٪ اعلام نموده بودند علیرغم این که ادامه شیردهی در دو سالگی افزایش داشت، هدف اصلی این پژوهش یافتن دلایل قطع تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر بود، روش پژوهش، رتروسپکتیو و از طریق پرسشنامه و مصاحبه با ۶۳۰۷۱ مادر دارای کودک تا ۲۴ ماهه بود که به دو گروه تقسیم شدند. شیرخواران کوچک تر از ۶ ماه و ۶ ماهه و بیشتر. داده‌ها در طی سال ۲۰۰۶-۲۰۰۵ از ۳۰ استان کشور جمع آوری شد.

یافته‌ها : فقط در ۵/۳ ٪ شیرخواران کوچک تر از ۶ ماه ، شیرخوردن قطع شده بود(متوسط ۳/۲ ماه) و در شهر بیشتر از روستا و بیشترین دلیلی که مادران برای قطع شیردهی ابراز کردند **پیشنهاد پزشک (۵۴ ٪) و ناکافی بودن شیر(تصوری یا واقعی۲۸٪)** بود. درادامه شیردهی بعد از ۶ ماهگی فقط ۱۱ ٪ شیرخواران شیرخوردن را قطع کرده بودند که به طور متوسط در ۱۳/۸ ماهگی و بیشترین دلیل قطع شیردهی در این سن، ناکافی بودن شیر (تصوری یا واقعی ۴۵٪) ذکر شد. بیماری مادر یا استفاده از دارو (۱۰٪)، بیماری شیرخوار(۶٪) و برگشت به کار(۳٪) به‌عنوان دلایل غیرمعمول ارائه شد. **استفاده از گول زنک (پستانک) با قطع شیرخوردن ارتباط داشت** ولی سن مادر و تحصیلات آنان ارتباطی با طول مدت شیردهی نداشت.
آنالیزهای بیشتر(Multivariate) نشان داد که استفاده از پستانک و شیرمصنوعی (فرمولا) یا سایر موارد تغذیه با بطری، خطر قطع زودرس شیردهی را افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: برای ادامه شیردهی مادران، پزشکان و سایر مراقبین سلامت نقش مهمی در تشویق و حمایت مادران دارند.

مقالات علمی

مراقبت و تغذیه نوزادان اواخر نارسی (Late Preterm Infants)

دکتر محمود راوری- متخصص کودکان و عضو هیئت مدیره انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران

نزدیک به ۷۵ درصد نوزادان نارس ، نوزادان اواخر نارسی هستند که با سن داخل رحمی بین ۳۴ تا ۳۶ هفته و شش روز به دنیا می‌آیند. این نوزادان به جز داشتن مشکلات خاص خود، در معرض خطر بروز مشکلاتی در روند تغذیه با شیرمادر نیز قرار دارند زیرا گرچه بظاهر سالم هستند ولی نیاز به توجه و مراقبت‌های بیشتری دارند تا بتوانند به نحو مطلوب از تغذیه با شیرمادر بهره مند شوند.

گرچه مزایای تغذیه نوزادان نارس با شیرمادر خیلی بیشتر از تغذیه نوزادان رسیده با شیرمادر است ولی ادامه شیردهی و توانمندی نوزاد جهت تغذیه با شیرمادر، در این نوزادان مشکل تر از نوزادان رسیده است زیرا آنان به دلیل نارسی ، ممکن است خواب آلوده تر و ضعیف تر بوده و در گرفتن پستان، مکیدن و قورت دادن، همچنین درنگهداشتن حرارت بدن خود مشکلات بیشتری داشته باشند. **نوزادان اواخر نارسی به ظاهر شبیه و حتی گاهی، «هم وزن» بعضی نوزادان رسیده هستند و به نظر می‌رسند که قوی بنیه بوده و تکامل مطلوب را به‌دست آورده‌اند ولی این طور نیست و متاسفانه به همین دلیل هم کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند.** این نوزادان در مقایسه با نوزادان رسیده نسبت به عفونت‌ها، تأخیر بیشتر در دفع بیلی روبین و **عدم ثبات تنفّسی، آسیب پذیری بیشتری دارند و خواب آلودگی و عدم توانایی آنان در مکیدن‌های قوی، متاسفانه اغلب منجر به تشخیص اشتباه سپتی سمی، بستری کردن نوزاد و جدایی او از مادر و درمان‌های غیرضروری می‌شود .**

نباید تصور کرد که نوزاد اواخر نارسی، خودش می‌تواند شیرکافی را از پستان دریافت کند و یا این چنین نوزادی که طبیعتا خواب آلود است زمانی که گرسنه می‌شود خودش بیدار شود. اغلب این نوزادان چون نسبت به سایر نوزادان نارس، تظاهرات مربوط به عوارض ناشی از شیرنخوردن را دیرتر بروز مي دهند، لذا باید هرچه زودتر به این نوزادان کمك

شـود تـا بـا شیرمادرشـان تغذیـه شـوند و اگـر نیـاز بـه اقدامـات خـاص و اسـتفاده از ابزارهـای کمکـی در شـیرخوردن داشـتند از آن‌هـا اسـتفاده کـرد، **آنچـه در تغذیـه ایـن نـوزادان اهمیت دارد سـعی در پیشـگیری از اتـلاف انـرژی آن‌هـا اسـت.** به‌عنـوان مثال اگـر شـیرخوردن نـوزاد، غیرموثـر باشـد. اقداماتـی از قبیـل فشـردن پسـتان(Breast compression)در حیـن شـیرخوردن مسـتقیم از پستان ویا استفاده از محافظ نوك پستان (Nipple shield) ممکن اسـت سـبب توانمنـدی و تمایـل بیشـتر نـوزاد بـه ادامـه مکیـدن پسـتان شـود.

حمایـت از مـادران دارای نـوزاد اواخـر نارسـی: والدیـن بایـد در مـورد آسـیب پذیـر بـودن نـوزادان اواخـر نارسـی خـود آموزش‌هـای لازم را ببیننـد و **همـه نـوزادان اواخـر نارسـی و مادرانشـان بـرای موفقیـت در تغذیـه نـوزاد بـا شـیر مـادر حمایـت شـوند.** ایـن حمایـت و آمـوزش از اصـول صحیـح وضعیـت شـیردهی و گرفتـن صحیـح پسـتان(latch-on) بـرای نـوزاد خـوش بنیـه ۳۶ هفتـه ای تـا تمهیـدات لازم و آمـوزش بیشـتر و کامـل تـر بـرای نـوزاد ضعیـف ۳۴ هفتـه ای، متفاوت اسـت کـه نهایتـا شـامل کمك بـه مادر بـرای رسـیدن بـه تولیـد شیرکافی و کمـک بـه نـوزاد در موفقیـت در تغذیـه مسـتقیم از پسـتان می‌شـود. **ایـن کمـك بایـد از اولیـن نوبـت شیردهی بعد از تولد، آغاز و در طی اقامت نوزاد در بیمارستان و حتی پس از ترخیص و تا زمانی که نوزاد اواخر نارسی بدون کمك و مشکلی بتواند به طور موفق و انحصاری از شیر مادر تغذیـه کنـد، ادامـه داشـته باشـد.**

نـوزاد اواخـر نارسـی تدریجـا و بـه زودی آن قـدر قـوی می‌شـود کـه بتوانـد بطـور موثـر از پسـتان شـیر بخـورد امـا اگـر درحالـی کـه وی هنـوز بـرای ایـن کار آمـاده نیسـت مکـرر او را وادار نمـود کـه پسـتان را بگیـرد بـدون ایـن کـه کمکـی بـه وی شـود نـه تنهـا سـبب اتـلاف انـرژی او می‌شـود کـه شـانس دسـتیابی بـه شـیردهی موفـق نیـز کاهـش و خطـر بسـتری شـدن مجـدّد او افزایـش می‌یابـد. بـرای پـی بـردن بـه ایـن کـه نـوزاد بـه انـدازه کافـی از طریـق پسـتان شـیر می‌خـورد بایـد علائمـی از انتقـال شـیر مشـاهده شـود مثـلا بعـد از هـر تغذیـه، آغـوز ویـا شـیر در محافـظ نـوک پسـتان یـا بـه روی‌هالـه و یـا نـوک پسـتان قابـل رؤیـت باشـد، و یـا بـا عمـل فشـردن پسـتان در حیـن شـیرخوردن، سـرعت و قـدرت مکیـدن و بلـع افزایـش یابـد. اگربعـد ازشـیرخوردن، آغـوز و یـا شـیر بـه راحتـی بـا دوشـیدن بـا دسـت از پسـتان خـارج نشـود نشـانه آن اسـت کـه احتمالاً طـی ایـن نوبـت شـیردهی، نـوزاد شـیر بسـیار کمـی خـورده اسـت و بایـد سـریعاً تدابیـری اندیشـید تـا از رسـیدن مقادیـر کافـی آغـوز و یـا شـیر، بـه نـوزاد اطمینـان حاصـل شـود.

ثابت شده که در این نوزادان، دفعات مکرر تغذیه با شیرمادر طـی ۲۴ سـاعت اول و دوم بعـد از تولـد، رابطـه ای آشـکار بـا دفـع بیشـتر مکونیـوم، کاهـش خطـر افـت وزن، افزایـش مقادیـر شـیرخوردن طـی روزهـای سـوم تـا پنجـم، و سـطح بیلـی روبیـن قابـل قبـول در روز ششـم، داشـته اسـت.

تمـاس پوسـت بـا پوسـت مـادر و نـوزاد، هـم بـرای نـوزاد و هـم بـرای مـادر بسـیار مفیـد اسـت بنابرایـن مـادر بایـد تشـویق شـود تـا زمانـی کـه شـیرش بطـور کامـل افزایـش یابـد و نـوزادش بزرگتـر شـده و بـه خوبـی شـیر بخـورد، دائمـا در مراقبـت آغوشـی بـا نـوزادش باشـد.

نکات مهم در حمایت و تغذیه موثر با شیرمادر، در نوزاد اواخر نارسی:

- **وضعیت مناسب برای شیردادن:** موثرترین روش‌های شیردهی برای این نوزادان دو وضعیت گهواره‌ای متقابل(Cross-Cradle Hold) و زیر بغلی (Under Arm, Football Hold) است.

در هـر دو روش فـوق نـوزاد بایـد بـر روی یـک یـا چنـد بالـش قـرار بگیـرد تـا بـه سـطح پسـتان مـادر برسـد و رو بـه پسـتان وکامـلا بـه پهلـو چرخیـده باشـد بـه طـوری کـه یـک دسـتش زیـر پسـتان مـادر و دسـت دیگـرش روی پسـتان و ران‌هایـش اندکـی خمیـده باشـد. **از آویـزان شـدن دسـت و پـای نـوزاد بایـد پرهیـز شـود زیـرا ممکـن اسـت دچـار اسـترس و ناراحتـی شـده و پسـتان را نگیـرد و یـا آن را رهـا کنـد.**

وضعیـت شـیردهی زیـر بغلـی، آسـان تریـن، ایمـن تریـن و بهتریـن حالـت بـرای نگـه داشـتن نـوزاد اواخـر نارسـی هنـگام شـیردهی اسـت ولـی بایـد اطمینـان حاصـل شـود کـه: نـوزاد زیـر بغـل مـادر و بـه روی پهلـوی خـود و نـه بـه صـورت طـاق بـاز، پسـتان راگرفتـه باشـد و یـا بـه روش (V-clutch hold)، یعنـی در زیـر بغـل مـادر طـوری

نگهداشته شود که سرش کمی بالا و صورتش رو به پستان مادر باشد. در این روش نه تنها مادر راحت است بلکه این حالت، فضای کافی فراهم می‌کند تا پاهای نوزاد در قسمت عقب در حالت بهتری قرار بگیرد. برای راحتی مادر، قرار دادن یک بالش به صورت عمودی در پشت او نیز توصیه می‌شود.

• گرفتن صحیح پستان :

هنگام **شروع** به گرفتن پستان ، **بینی نوزاد** و نه دهان وی باید با نوک پستان مادر در یک سطح قرار گیرد. در هنگام گرفتن پستان(latch-on) سر نوزاد باید به آرامی کمی به عقب متمایل شود تا چانه به پستان بچسبد. این امر در بهترین حالت با حمایت کف دست مادر که در وسط و بالای شانه و قاعده گردن نوزاد قرار می‌گیرد و هدایت چانه به طرف پستان، امکان پذیر می‌شود. در هنگام گرفتن پستان، نوزاد باید به سمت پستان مادر آورده شود و نه اینکه پستان به سمت وی کشیده شده و یا مادر خودش را خم کند. به مادر باید آموزش داد که نیازی نیست پستان خود را هنگام شیرخوردن نوزاد با دست نگهدارد، مگر آنکه پستان کاملا آویزان و یا بسیار بزرگ و سنگین بوده و یا هنگامی که در حالت عادی قرار دارد نوک آن به سمت پایین باشد. نگه داشتن پستان بخصوص در نزدیکی ویا روی هاله سبب : گرفتن فقط نوک پستان ؛ به هم خوردن لچ و مسدود شدن مجاری شیر می‌شود.

برای تحریک در گرفتن پستان، از مانور چانه به پستان (Chin- to breast maneuver) استفاده می‌شود. این روش در نوزاد رسیده تحریک کافی را برای گرفتن مناسب پستان فراهم می‌کند اما ممکن است در نوزادان اواخر نارسی ، به دلیل عدم تکامل کافی مغز، او را به این کار ترغیب نکند. اگر نوزاد از طریق این روش پس از چند بار تلاش، موفق به گرفتن پستان (latch-on) نشد، بدون تغییر در وضعیت نوزاد، می‌توان چانه او را به آرامی پایین کشیده و صبر کرد تا زبان نوزاد قبل از گرفتن پستان پایین بیاید. اگر باز هم نوزاد با یک بار تلاش با این روش پستان را نگرفت، باید از محافظ نوک پستان استفاده شود.

• **بیدار نگهداشتن نوزاد برای شیرخوردن:** برای بیدار نگهداشتن نوزاد در طی شیرخوردن، می‌توان دست او را کمی بالا برد و یا زیربغل و کف پای او را قلقلک داد. جابجا نمودن نوزاد به روی ساعد دست‌های مادر و نیز تعویض پوشک در بین شیرخوردن از دو پستان نیز، کمک کننده است. تعویض پستان‌ها در هر وعده شیردهی مثلا هر ۵ دقیقه یکبار نیز می‌تواند به بیدار نگهداشتن نوزاد کمک کند.

• اقدامات لازم در صورت مکیدن غیر موثر:

الف - فشردن پستان (Breast compression) در تمام دفعات شیردهی: در حین شیرخوردن نوزاد با انجام روش فشردن پستان ، از مکیدن موثر و نسبتا قوی او، باید اطمینان حاصل نمود. فشردن پستان در هر بار شیردهی، تا زمانی که نوزاد بتواند به صورت موثر از پستان مادر تغذیه کند و میزان تولید شیر مادر به کفایت کامل برسد، باید ادامه داشته باشد.

ب- استفاده از محافظ نوک پستان(Nipple shield) : گاهی لازم است برای نوزادان اواخر نارسی کم سن تر یاهایپوتون (اغلب نوزادان ۳۴ هفته‌ای) در مواردی، ازمحافظ سیلیکونی ظریف و مناسب نوک پستان استفاده شود از جمله: کاهش جریان شیری که بیش از حد توان نوزاد است. به‌عنوان مثال اگر رفلکس جهش شیر در مادر بسیار قوی باشد ، محافظ نوک پستان سبب کنترل سرعت جریان شیر می‌شود. در نتیجه نه تنها استرس نوزاد کاهش می‌یابد که انرژی او نیز حفظ می‌شود.

از طرف دیگر **محافظ نوک پستان می‌تواند محرکی برای تشویق نوزاد برای شروع و ادامه مکیدن باشد** (تماس نوک محافظ نوک پستان با سقف دهان نوزاد) . موارد مصرف دیگر آن عبارتست از:

- عدم شروع مکیدن
- نداشتن مکیدن نسبتا قوی در طی چند دقیقه پس ازگرفتن پستان علیرغم فشردن پستان و یا پس ازگرفتن پستان
- عدم ادامه به مکیدن

• دوشیدن شیر:
دوشیدن با پمپ الکتریکی همزمان و دوشیدن با دست، تا حد زیادی سبب کاهش نیاز به جایگزین‌های دیگری بجز شیرمادر می‌شود، بنابراین به دوشیدن صحیح و مکرّر با دست، از همان ساعت اول تولد و خوراندن آغوز به شیرخوار توصیه شده است.

دوشیدن شیر با دست: شیردوشی با دست را در طی۳ ساعت بعد از تولد، و یا زودتر (در همان ساعت اول) آغاز کنید. دوشیدن شیر با دست، به تناوب و از هر پستان تا کند شدن جریان شیر باید ادامه داشته باشد. دوشیدن آغوز را با روش مناسب و هر ۲-۱ ساعت یکبار انجام دهید. به منظور تخلیه و تحریک پستان‌ها به تولید شیر بیشتر، پس از هر بار شیردوشی با پمپ ، دوشیدن شیر با دست را نیز به مدت ۲ تا ۵ دقیقه یا بیشتردر صورتی که که هنوز آغوز یا شیر جاری است، انجام دهید.

دوشیدن شیر با پمپ الکتریکی دوبل (بصورت همزمان): در هفته‌های اول و تا زمانی که نوزاد بتواند مستقیما و به صورت موثر از پستان شیر بخورد و وزن گیری مناسب او مشهود باشد و دیگر نیازی به مکمّل (ترجیحا شیردوشیده شده مادر خود) نداشته باشد ، دوشیدن شیر را طی ۶ ساعت پس از تولد با یک پمپ شیردوشی الکتریکی همزمان شروع کنید و ۸ تا ۱۲ بار در هر ۲۴ ساعت شیر را بدوشید و آن را با فنجان به نوزاد بخورانید.

استفاده از ابزارهای کمکی:

• درهر نوبت تغذیه نوزاد، هرمقدار آغوز دوشیده شده را علاوه بر تغذیه او از پستان، با استفاده از قطره چکان، سرنگ، Finger Feeder و یا قاشق به نوزاد بخورانید.

• اگر علیرغم اقدامات ذکر شده به مقادیر بیشتری از آغوز یا شیردوشیده شده مادر نیاز باشد از شیر جایگزین مناسب دیگر (ترجیحا شیر اهدائی بانک شیر)، و نهایتا هرچه کوتاه مدت از شیرمصنوعی به‌عنوان مکمّل استفاده کنید و آن را با فنجان کوچک (Cup) به نوزاد بخورانید. **به تدریج با افزایش تولید شیرمادر منحصرا از شیرمادر به‌عنوان بهترین مکمل استفاده نمائید. در صورت توان نوزاد در مکیدن پستان، برای دادن شیرکمکی از وسیله مکمل رسان (SNS) که روش انتخابی در تجویز مکمل است استفاده می‌شود.** مقادیر تقریبی شیرکمکی در این نوزادان در چند روز اول پس از تولد با فواصل هر دو تا سه ساعت یک بار عبارتست از: روز اول: ۲ تا ۱۰ میلی‌لیتر، روز دوم: ۵ تا ۱۵ میلی‌لیتر، روز سوم : ۱۵ تا ۳۰ میلی‌لیتر، روز چهارم: ۳۰ تا ۶۰ میلی‌لیتر .

پیگیری: برنامه پیگیری نوزاد توسط پزشک متخصص کودکان و فوق تخصص نوزادان که آشنا و معتقد به تغذیه شیرخوار با شیرمادر باشد برای این نوزادان، ضروری است که **باید ۲۴ ساعت پس از ترخیص باشد.** پیگیری را تا زمانی که نوزاد بتواند بدون نیاز به شیرمکمّل، مکیدن موثر و مستقیم از پستان داشته باشد،ادامه دهید. پیگیری توسط مشاور شیردهی طی هفته‌های اولیه و مشاوره با مادران مشابه برای مادرانی که در این شرایط احساس تنهایی می‌کنند می‌تواند مفید باشد.

پروکتوکولیت (التهاب انتهای روده بزرگ و رکتوم) آلرژیک در شیرخوارانی که انحصاراً با شیرمادر تغذیه می‌شوند .

پروتوکل بالینی ABM شماره ۲۴ ،آکادمی طب شیردهی
(Academy of Breastfeeding Medicine)
ترجمه : دکتر ناهید عزالدین زنجانی

کلیات:

در طی دهه‌های اخیر در گروهی از شیرخواران که انحصاراً با شیرمادر تغذیه شده و حال عمومی خوبی داشته اند مدفوع خونی گزارش شده است . این مفهوم شامل طیفی از عناوین، از کولیت آلرژیک تا پروکتیت (التهاب رکتوم) خوش خیم ناشی از پروتئین غذایی تا پروکتیت ائوزینوفیلیک و پروکتوکولیت ایجاد شده از طریق شیرمادر است.

در این مقاله به تظاهرات بالینی **پروکتوکولیت آلرژیک** در شیرخوارانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر دارند و نحوه مدیریت و درمان آن اشاره می‌شود.

اطلاعات آینده نگر نشان داده اند که **تقریباً ۰/۵ تا ۱٪ شیرخوارانی که انحصاراً با شیرمادر تغذیه می‌شوند**،نسبت به پروتئین‌های موجود در شیرگاو که مادر مصرف می‌کند و در شیر او ترشح می‌شود واکنش‌های آلرژیک نشان می‌دهند. **به نظر می‌رسد در شیرخواران تغذیه شده با شیر انسان، در مقایسه با شیرخوارانی که با شیرمصنوعی تهیه شده از شیرگاو تغذیه می‌شوند بروز واکنش‌های آلرژیک به پروتئین شیرگاو کمتر است که ممکن است به دلایل زیر باشد:**

- کمتر بودن نسبی سطح پروتئین شیرگاو ترشح شده در شیرمادر
- مواد تعدیل کننده ایمنی موجود در شیرمادر
- تفاوت فلور میکروبی موجود در روده شیرخواران تغذیه شده با شیرمادر و شیرمصنوعی.

نشانه‌های بالینی:

شایع ترین نشانه مرتبط با **آلرژی غذایی** در شیرخوارانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر داشته اند ، واکنش‌های جلدی (اکزما) و علائم گوارشی است . **یافته‌های بالینی** شدید به دلیل آلرژی غذایی بسیار نادر هستند . **شایع ترین علائم گوارشی، ایجاد مدفوع خونی است . این علامت معمولاً بین سنین ۲ تا ۶ هفتگی رخ می‌دهد ، گرچه در بعضی موارد شروع علائم حتی در روز اول تولد هم گزارش شده است . پروتئین‌های رژیم غذایی مادر که در شیرمادر ترشح می‌شوند مسئول بسیاری از موارد از جمله از واکنش التهابی رکتوم و قسمت انتهایی(کولون سیگموئید) هستند که پروکتوکولیت آلرژیک نامیده می‌شود .** به این نکته باید حتماً تاکید شود شیرخواری که شیرمادر می‌خورد و مبتلا به پروکتوکولیت آلرژیک است، صرف نظر از وجود خون در مدفوع ، **حال عمومی خوبی دارد**.
دفع خون معمولاً متوسط اما می‌تواند گاهی آنمی (کم خونی) یا هیپوآلبومینمی (کمبود پروتئین آلبومین خون) را ایجاد نماید . در موارد بسیار نادر ، ممکن است **اختلال رشد** هم ایجاد شود . یافته‌های عمومی مانند استفراغ ، اسهال شدید یا اتساع شکم نادر **و اگر وجود داشته باشد باید به فکر سایر اختلالات آلرژیک دستگاه گوارش مانند انتروکولیت** ایجاد شده به علت پروتئین غذایی یا **انتروپاتی** بود.

تحقیقات آزمایشگاهی اضافی ممکن است مدنظر باشند اما غالباً برای تشخیص پروکتوکولیت آلرژیک مورد نیاز نیستند . تعداد ائوزینوفیل‌های خون محیطی ممکن است گاهی افزایش داشته باشد. (نشانه بسیار ضعیفی که در برخی بیماران دیده شده) پاسخ اسمیر یک نمونه مدفوع برای جستجوی احتمال ائوزینوفیل‌های افزایش یافته، معمولاً منفی گزارش می‌شود. اگر در اسمیر مدفوع، لکوسیت قابل تشخیص نباشد، برای سیتولوژی مخاطی مناسب نیست و گزارش عدم وجود ائوزینوفیلی هم قابل اعتماد نمی باشد. کشت‌های مدفوع از نظر باکتری‌های بیماری‌زا منفی و مطالعات رادیوگرافیک، انتروکولیت نکروزان را منتفی می‌نماید.

چون غلظت IgE سرم اعم از کلی یا اختصاصی مشابه شیرخواران غیرمبتلاست بنابراین نیازی به اندازه گیری آن نیست. در موارد شدید و طولانی که به تعدیل رژیم غذایی پاسخ نمی دهند، **ارزیابی اندوسکوپیک** ممکن است قابل توجیه باشد.

پاتوفیزیولوژی

علائم و شدت حساسیت شدید غذایی ، بر حسب مکانیسم پاسخ ایمنی (IgE وابسته به ایمنی سلولی) ومحل درگیری روده، متفاوت است. پروکتوکولیت آلرژیک در شیرخوارشیرمادرخوار **یک بیماری افزایش حساسیت به واسطه ایمنی سلولی** است که در انتهای روده بزرگ رخ می‌دهد و وجه مشخصه آن **ادم مخاط ، فرسایش موضعی بافت پوششی و** ارتشاح سلولی ائوزینوفیلی در بافت پوششی و لایه زیرین آن (Lamina Properia) است . نمونه‌های بیوپسی به طور مشخص **نشان دهنده شمارش ائوزینوفیلی بالاتر از ۲۰ در هر فیلد میکروسکوپی** با بزرگنمایی بالا است . **عبور پروتئین‌های مورد مصرف مادر به داخل شیرمادر مسئول عمده موارد است و حذف آن‌ها از رژیم غذایی مادر معمولاً منجر به قطع علائم طی مدت ۷۲ تا ۹۶ ساعت می‌شود** . در بعضی موارد **محدودیت‌های غذایی به مدت ۲ تا ۴ هفته** ممکن است برای ظهور علائم بهبودی ،مورد نیاز باشد . در یک بررسی در یک گروه ۹۵ نفری شیرخواران شیرمادرخوار که مدفوع خون آلود داشتند **۶۵٪ موارد مربوط به مصرف شیرگاو** توسط مادر ، **۱۹٪ تخم مرغ ، ۶٪ غلات و ۳٪ به سویا بود.**

این موضوع واضح نیست که در پروکتوکولیت آلرژیک مرحله حساس شدن چه زمانی اتفاق می‌افتد.**گزارش شده که بعضی شیرخواران در اولین روز زندگی نسبت به پروتئین‌های غذایی ترشح شده در شیرمادر واکنش نشان می‌دهند** . واضح است که آنتی ژن‌های محیطی و غذایی قادر هستند ازسد جفتی عبور کنند و یا به مایع آمنیوتیک وارد شده و توسط جنین بلعیده شوند . این یافته‌ها امکان حساس شدن جنین در رحم به دنبال مواجه شدن با آنتی ژن‌های مادری در طول بارداری را مطرح می‌کند . در مقابل به نظر می‌رسد در غلظت‌های مختلف چندین ماده تعدیل کننده ایمنی immunomodulatory موجود در شیرانسان سبب اثر حفاظتی شیرمادر در مقابل آلرژی می‌شود. **شیرمادر حاوی لکوسیت‌های زنده** است که ممکن است در (processing) آنتی ژن و ارائه آن به لنفوسیت‌های روده نوزاد نقش داشته باشند، بنابراین امکان دارد در پروتئین‌های غذایی دریافتی مادر که در شیرمادر ترشح می‌شود اگر شرایط فیزیولوژیک برای واکنش ایمنی (در نوزاد یا شیرمادر) مطلوب باشد به حساسیت آلرژیک منجر شوند . **به هر حال در حال حاضر اطلاعات کمی در مورد محدودیت غذایی در طول بارداری و یا شیردهی برای پیشگیری از آلرژی وجود دارد . در تمام نوزادان ، باید تغذیه با شیرمادر مورد تشویق قرار گیرد حتی اگر مقادیر کم آلرژن‌های غذایی در شیرمادر وجود داشته باشد** . در واقع اطلاعات اخیر در مدل حیوانی بیانگر آن است که امکان دارد همین دریافت مقادیر کم آلرژن‌های ترشح شده در شیرمادر، در حضور سایتوکاین ضد التهابی انتقال دهنده فاکتور رشد (TGF_β) Ttransforming Growth Factor، فرزندان را در آینده در مقابل واکنش‌های بعدی آلرژیک نسبت به همان ماده آلرژن را محافظت نماید.

رژیم غذایی حذفی در مادر

شیرخواری که به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه می‌کند و نشانه‌های کلینیکی پروکتوکولیت آلرژیک را نشان می‌دهد، **اولین خط درمان ، رژیم حذفی در برنامه غذایی مادر و اجتناب از غذایی است که احتمال دارد بیشترین آلرژن باشد** مانند پروتئین شیر گاو. تحمیل یک رژیم سخت برای مادری که برای اولین بار صاحب فرزند شده و نه تنها باید با تازه مادر شدن و شیردادن بلکه با نگرانی در مورد مشکل نوزادش هم کنار بیاید بسیارسخت است.

برنامه حذف مواد غذایی

تا حدی که امکان دارد آن را ساده بگیرید و یک به یک آن ماده غذایی ، که بیشترین تردید در مورد آلرژن بودن آن وجود دارد را حذف کنید. (به‌عنوان مثال ، شیرگاو و بعد آن چه که از شیرگاو تهیه می‌شود مانند پنیر ، کره ، بستنی و سایر فرآورده‌ها) **سپس سویا ، مرکبات ، تخم مرغ، آجیل، بادام زمینی، گندم، ذرت ، توت فرنگی و شکلات.** به مادر آموزش بدهید که مدتی

یک نوع غذا یا یک گروه غذایی(مثلاگروه لبنیات) را حذف کند و حداقل ۲ هفته تا ۴ هفته صبر کند. **بیشتر موارد طی ۷۲ تا ۹۶ ساعت، بهبودی حاصل می‌شود.**

اگر در این مدت تغییری در علائم شیرخوار ایجاد نشد مادر می‌تواند آن ماده غذایی را دوباره مصرف نموده و **یک ماده غذایی یا یک گروه از مواد غذایی دیگر را از** رژیم خود حذف کند. این کار تا زمانی که تمام مواد ذکر شده در لیست یک به‌یک حذف می‌شوند باید ادامه پیدا کند.

برخی پزشکان اول حذف محتمل ترین علت آلرژی **یعنی پروتئین شیرگاو و سپس هر آلرژن احتمالی دیگری را بر اساس منطقه ای که شیرخوار در آن زندگی می‌کند، پیشنهاد می‌کنند. به‌عنوان مثال در بعضی مناطق، تخم مرغ دومین علت شایع آلرژی است در حالی که در مناطق دیگر مانند ایالات متحده، انگلستان و برخی نواحی اروپا، بادام زمینی یک آلرژن شایع است.**

متخصصین پیشنهاد می‌کنند که از مصرف محصولاتی هم که دارای برچسب احتیاط است مانند "**این محصول ممکن است حاوی مقادیرناچیزی از آلرژن‌ها باشد**." نیز اجتناب شود. **فراموش نکنید که بعضی داروها، ویتامین‌ها و حتی واکسن‌ها ممکن است حاوی مواد آلرژن باشند.**

اگر حذف هر یک از این مواد، مشکل را حل نکرد گام سوم آن است که مادر، برنامه غذایی معمولی ۲ هفته و یک برنامه غذایی آخر هفته خود را به طور کامل بررسی کند. به این ترتیب و با مرور دقیق برنامه غذایی، ممکن است بتواند ماده غذایی آسیب رسان(مسئول) را مشخص نماید.

از توصیه رژیم‌های دشوار پرهیز کنید:

برقراری رژیم فاقد ماهی، گندم و سایر فرآورده‌های دانه‌ای حاوی گلوتن، برای مادر خیلی مشکل و ممکن است ریسک دریافت مواد غذایی ناسالم را افزایش دهد. **لذا باید خطرات رژیم حذفی بسیار محدودکننده برای مادر را با مزایای بالقوه آن برای شیرخوار مقایسه نمود.** اگر حذف گندم، ماهی و یا سایر مواد غذایی مهم در رژیم مادر مورد نظر باشد باید برای حصول اطمینان از دریافت کافی مواد غذایی **با یک متخصص تغذیه با تجربه مشاوره شود.**

برا ی شیرخوارانی که علائم خیلی شدیدتری دارند، می‌توان برای مادر یک رژیم با مواد غذایی بسیار کم آلرژن توصیه نمود. مانند گوشت گوسفند، گلابی، کدو و برنج. این روش هم نیاز به انجام مشاوره با متخصص مجرب تغذیه دارد. وقتی علائم شیرخوار برطرف شد سایر مواد غذایی یکی یکی به منظور بررسی برگشت علائم با رعایت فاصله زمانی (حداقل یک هفته) به رژیم غذایی مادر اضافه می‌شود. **اگر علائم عود کردند همان غذایی که اضافه شده مقصر بوده و مجدداً باید از رژیم غذایی مادر حذف شود** و سایر غذاها مقصر نیستند. افزودن یکی یکی غذاها به رژیم مادر به او اجازه می‌دهد که در صورت تحمل شیرخوارش، رژیم غذایی آزادتری داشته باشد.

مصرف آنزیم پانکراتیک:

تعدادی گزارش‌های منتشر شده و برخی گفته‌ها در مورد اثربخشی یک درمان جدید برای پروکتوکولیت آلرژیک، مصرف آنزیم پانکراس توسط مادر است. از نظر تئوری گفته می‌شود اگر مادر یک آنزیم پانکراس خارجی (Exogenous) دریافت کند جزء پروتئاز آن سبب می‌شود که پروتئین آلرژن قبل از این که جذب جریان خون شده و در شیر ترشح شود سبب بیشتر شکسته شدن پروتئین آلرژن در سیستم گوارشی مادر می‌شود.

شروع پانکراتین:

دوز مصرفی باید از دو کپسول با هر وعده غذا و یک کپسول با هر میان وعده شروع و اگر مؤثر نبود این میزان دو برابر شود. از مصرف فرآورده‌های آنزیمی که از خوک (pork) تهیه شده‌اند باید در افرادی که نسبت به آن آلرژی دارند اجتناب نمود.

فرآورده‌های پانکراتین:

- محصول امریکا Pancre Lipase Creon 6
- محصول اروپا Kreon 6(ساخت لابراتوار Abbot)

هر کپسول حاوی:

لیپاز ۶۰۰۰ واحد USP

پروتئاز ۱۹۰۰۰ واحد USP

آمیلاز ۳۰۰۰۰ واحد USP

محصول ایران : شرکت شیمی دارو

لیپاز ۸۰۰۰ واحد FIPU

پروتئاز ۴۵۰ واحد FIPU

آمیلاز ۶۵۰۰ واحد FIPU

آنزیم‌های جانشین شونده گیاهی هم وجود دارند ولی دوز آن‌ها زیاد مشخص نیست بنابراین پی بردن به اثر بخشی آن‌ها مشکل است.

ارزیابی و مدیریت:

اولین ارزیابی یک شیرخوار مبتلا به مدفوع خونی یا دارای آزمایش مثبت مدفوع از نظر وجود خون مخفی، **باید شامل گرفتن یک تاریخچه کامل و معاینه بالینی باشد از جمله:**

- وجود سابقه آلرژی در خانواده (پدر و مادر یا خواهران و برادران) که نشان دهنده «های ریسک» بودن شیرخوار است.
- اطمینان یافتن از تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر طبیعی انسان بسیار مهم است **زیرا مدیریت استراتژی شیرخواری که شیرمادر می‌خورد با شیرخواری که فرمولا مصرف می‌کند متفاوت است.**
- ارزیابی سایر نشانه‌های آلرژی غذایی ضروری است. بسیاری از شیرخواران مبتلا به پروکتوکولیت آلرژیک، نشانه‌ای از راکسیون‌های جلدی (اکزما) هم دارند.
- ارزیابی دقیق رشد(افزایش وزن و قد)
- ضربان قلب و تعداد تنفس باید تعیین شوند.
- انجام یک معاینه کامل شکم
- حال عمومی شیرخواران مبتلا به پروکتوکولیت آلرژیک معمولا خوب است، اتساع و یا درد شکم ندارند.
- بررسی از نظر فیسور دورمقعد یا راش مشخص
- **ارزیابی آزمایشگاهی، معمولا ضروری نیست** ولی در صورت **شک به پروکتوکولیت متوسط تا شدید، اندازه‌گیری هموگلوبین خون برای تعیین اتلاف خون همچنین اندازه گیری آلبومین سرم** که در انتروپاتی با از دست رفتن پروتئین، کاهش پیدا می‌کند انجام شود.

تشخیص و درمان:

اگر بر اساس علائم زیر به **پروکتوکولیت آلرژیک شدید** شک می‌کنید:

- اختلال رشد
- مقادیر متوسط تا شدید خون در مدفوع همراه با کاهش هموگلوبین خون
- انتروپاتی با از دست دادن پروتئین

این اقدامات را انجام دهید:

- **ارجاع فوری شیرخوار به یک فوق تخصص آلرژی یا فوق تخصص گوارش کودکان** تا تشخیص و درمان لازم انجام گیرد.
- تا زمانی که شیرخوار توسط افراد فوق ویزیت شود ، رژیم غذایی حذفی را برای مادر شروع کنید. توصیه کنید مادر مصرف روزانه ویتامین‌ها را مانند همه مادرانی که شیر می‌دهند ادامه دهد و **مکمل یاری کلسیوم را به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم در روز منقسم در چند** نوبت مصرف نماید .

- در بسیاری از شیرخواران، این اقدام که در طی حذف برخی مواد غذایی دررژیم مادر (تا زمان ویزیت فوق تخصص) تغذیه با شیرمادر ادامه داشته باشد موجّه و Safe است و بدین ترتیب شیرمادر حفظ می‌شود .

به هر حال اگر سطح هموگلوبین یا آلبومین به طور مشخصی پایین است (براساس آن چه که مطابق سن شیرخوار باید باشد) شاید مصرف یک فرمولای‌هایپوآلرژن لازم باشد.

اگر بر اساس یافته‌های زیر به **پروکتوکولیت خفیف تا متوسط** شک می‌کنید:

- آزمایش مدفوع از نظر خون مثبت باشد و یا مقادیر کم خون در مدفوع مشاهده شود.
- وزن گرفتن و رشد شیرخوار طبیعی است .
- معاینه شکم طبیعی است ، اتساع شکم و یا استفراغ مکرر وجود ندارد.
- در صورت انجام آزمایش،، سطح هموگلوبین و آلبومین سرم ثابت است .

این اقدامات را انجام دهید:

- تغذیه شیرخوار با شیرمادر باید ادامه داشته باشد.
- مادر یک رژیم غذایی حذفی را شروع کند . **مصرف مولتی ویتامین** را که برای هر مادر شیرده توصیه می‌شود ادامه دهد.
- مکمل یاری کلسیوم را به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم در روز منقسم در چند نوبت، مصرف نماید.
- **حذف هر ماده غذایی یا گروه غذایی باید حداقل به‌مدت دو هفته و حداکثر تا ۴ هفته باشد. دربیشتر موارد، بهبودی ظرف ۷۲ تا ۹۶ ساعت حاصل می‌شود.**

در پروکتوکولیت **خفیف تا متوسط** اگر با حذف ماده غذایی در رژیم مادر **بهبودی حاصل شد:**

- ماده آلرژن را به رژیم غذایی مادر اضافه کنید . (برای تایید تشخیص)

اگر علائم برگشت کرد ، ماده غذایی مورد نظر باید به مدت ۹ تا ۱۲ ماه ، **حداقل ۶ ماه از برنامه غذایی مادر و شیرخوار حذف شود** . بیشتر شیرخواران، ارائه ماده آلرژن در رژیم غذایی را بعد از ۶ ماه " از زمان تشخیص " **اگر حداقل ۹ ماهه باشند** تحمل خواهند کرد . به‌عنوان مثال اگر مشکل شیرخوار **در دو هفتگی** تشخیص داده شود از مصرف آن ماده غذایی باید **تا ۹ تا ۱۲ ماهگی اجتناب شود** . در شرایط بسیار نادر **اگر شیرخوار در ۵ تا ۶ ماهگی نشانه‌های کولیت آلرژیک** را بروز دهد مادر **باید ۶ ماه کامل** بعد از زمان تشخیص صبر کند بعد مجدداً آن ماده غذایی را در رژیم شیرخوار بگنجاند لذا این زمان یا حداقل ۱۲ ماهگی است نه ۹ ماهگی و یا زمانی که مادر تصمیم به از شیرگرفتن داشته باشد (هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد).

ولی در **پروکتوکولیت خفیف تا متوسط** اگر با حذف ماده غذایی از رژیم مادر **بهبودی حاصل نشد:**

- سایر مواد آلرژن را از رژیم مادر حذف کنید.
- مادر می‌تواند به شیردادن ادامه دهد ولی وزن گرفتن شیرخوار و رشد او باید پایش شود.
- در صورت ادامه اتلاف خون به مقدار متوسط (خون در مدفوع قابل مشاهده باشد) .سطح هموگلوبین و آلبومین شیرخوار را چک کنید.
- **مصرف آنزیم پانکراتین** را برای مادر توصیه کنید. مقدار آن معمولاً ۱ یا ۲ کپسول همراه با میان وعده و ۲ تا ۴ کپسول همراه با وعده‌های غذاست که بستگی به نشانه‌های شیرخوار دارد.

درصورت عدم بهبودی و مشاهده‌ی اختلال رشد ، کاهش سطح هموگلوبین یا کاهش سطح آلبومین سرم، مصرف **یک فرمولای هایپوآلرژن** ممکن است مدنظر قرار گیرد ولی ضروری است که به یک متخصص ارجاع داده شود .

مدیریت تغذیه شبانه در شیرخواران کوچک

پروتکل شماره ۳۷ آکادمی پزشکی شیردهی

ABM

ABM Clinical Protocol #37:

Physiological Infant Care- Managing Nighttion Breastfeeding in Young Infants

ترجمه : زیبا محمد خانلو– کارشناس ارشد مامایی

تغذیه و خواب کافی شیرخواران کوچک از بزرگترین دغدغه‌های والدین است و این مسئله می‌تواند برای والدین که مسئولیت‌های دیگری مانند کار بیرون از منزل، مراقبت از کودکان بزرگ تر و کارهای روزمره رادارند چالش بزرگی باشد. شیرخواران کوچک به ویژه شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند نیاز دارند که در شب و روز مکرّر تغذیه شوند لذا توجه و شناخت علائم گرسنگی و آمادگی شیرخوار برای شیرخوردن به‌عنوان بخشی از ارتباط تغذیه ای بین مادر و شیرخوار تلقی می‌شود .

Responsive feeding، یعنی تغذیه برحسب درخواست شیرخوار یا با رهبری شیرخوار« baby led » که در تکرر و طول مدت تغذیه شیرخوار، هیچ محدودیتی ایجاد نمی کند زیرا نوزادان سالم یک مکانیسم خودتنظیمی در دریافت، از طریق مکیدن تغذیه ای و غیر تغذیه ای دارند لذا به مادران توصیه می‌شود نوزادان را یا بر حسب علائم گرسنگی و یا هر موقع که درخواست کردند به پستان بگذارند و شیر بدهند. وقتی تغذیه با توجّه به نشانه‌های گرسنگی شیرخوار باشد اطمینان خاطر حاصل می‌شود که او تمام نیازهای تغذیه ای روزانه خود را که حداقل ۸ بار شیرخوردن در طول ۲۴ ساعت است دریافت می‌کند.

وقتی تغذیه کمکی بعد از ۶ ماهگی به برنامه غذایی شیرخوار اضافه می‌شود ممکن است تقاضای شیرخوار در شب برای شیرخوردن کمتر شود ولی در مادرانی که خارج از منزل کار می‌کنند ممکن است این حالت برعکس باشد و شیرخوار بخواهد با افزایش مکیدن پستان در طول شب، غیبت روزانه مادر را جبران کند. شیردهی از پستان چند بار در طول شب به حفظ و تداوم تولید شیر پس از بازگشت مادر به محیط کار، کمک می‌کند. محدود کردن شیردهی در شب، از عوامل قطع زودهنگام تغذیه انحصاری با شیرمادر است. دوشیدن شیر حتی با بهترین پمپ‌های شیردهی، کارایی کمتری نسبت به تغذیه مستقیم از پستان دارد.

الگوی طبیعی خواب شیرخوار

نوزادان بدون ریتم ساعت شبانه‌روزی (Functional circadian clock) متولد می‌شوند. **ملاتونین موجوددر شیرمادر**، که به نوزاد منتقل می‌شود به تنظیم ریتم ۲۴ ساعته کمک می‌کند. انجام فعالیت‌های معمول روزانه و تمایز آن‌ها از فعالیت‌های شبانه در تنظیم این ریتم موثر بوده و طول خواب شبانه شیرخوار را طولانی تر می‌کند که شامل چرت روزانه هم هست بدون این که کاهش قابل توجهی در نور اتاق و یا سرو صدای محیط باشد. در کنار هم بودن مداوم و تماس پوست با پوست با مادر یا افراد بزرگسال، به شیرخوار کمک می‌کند که به تدریج با زندگی خارج رحمی آشنا شود. **شیرخواران در هفته‌ها و ماه‌های اول زندگی جهت تنظیم تنفس، درجه حرارت و ریتم ضربان قلب به تماس پوست با پوست و نزدیکی با مادرخود متکی هستند.** تماس فیزیکی مادر و شیرخوار در طی شب (خوابیدن شیرخوار در آغوش مادر (baby wearing و در یک تختخواب) سبب می‌شود که مادر به نشانه‌های گرسنگی شیرخوار پاسخ

دهد درحالی که نزدیک بودن بدون تماس فیزیکی این مزیت را ندارد. شیردادن بر اساس نشانه‌های گرسنگی شیرخوار با طولانی تر شدن مدت تغذیه انحصاری با شیرمادر نیز همراه است.

جدایی شیرخواران ده ماهه در طول شب، از مادر، سبب استرس و افزایش سطح کورتیزول آنان می‌شود حتی اگر به‌ظاهر هم مضطرب نباشند. به علاوه اگر این جدایی در طول ۴ ماهه اول زندگی باشد ممکن است سبب طولانی تر شدن دوره‌های خواب شبانه شیرخوار و کاهش بیداری‌های شبانه باشد که نه فیزیولوژیک است و نه ایمن و شاید به همین دلیل است که کنار هم بودن مادر و شیرخوار هنگام خواب با کاهش بروز سندروم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)همراه می‌شود.

رابطه الگوی خواب با نژاد، قومیت، سطح تحصیلات مادر و درآمد خانواده

برخی محققان برای بررسی تفاوت میزان SIDS در میان برخی از گروه‌های امریکایی الگوی خواب را بر اساس متغیرهای نژاد، قومیت و سایر متغیرهای اجتماعی، جمعیتی بررسی کرده اند. **نتایج نشان داده که درآمد کم و تحصیلات پایین و نه نژاد و قومیت با مدت زمان خواب کمتر در زوج مادر و فرزند همراه بوده است** امکان دارد این عوامل نشانه ای از استرس باشند که ممکن است اثر معکوس بر فیزیولوژیک خواب داشته باشند. شیرخوار پس از ۱۲ تا ۱۶ هفته زمان طولانی تری بیدار خواهد بود و می‌تواند بین وعده‌های شیرخوردن فاصله بیشتری بگذارد. **با این حال دوره خواب طولانی آن‌ها ممکن نیست بین ۳ تا ۱۲ ماهگی اتفاق بیفتد خواه با مادر هم اتاق باشند یا این که از او جدا بخوابند.** مادران برای جبران کم خوابی شبانه می‌توانند در طول روز چرت‌های کوتاهی بزنند مسلما این چرت‌های کوتاه روزانه نمی توانند جایگزین کم خوابی شبانه باشند.

شیرخواران از این که در آغوش گرفته شوند حتی اگر شیر هم نخورند لذت می‌برند. یک تحقیق تصادفی کنترل شده در افراد با درآمد بالا در کشورهای غربی نشان داد که هرچه درآغوش گرفتن شیرخواران و یا حمل آنان با کریرهای آغوشی که در تماس با بدن مادر باشد بیشتر شود بی قراری(نق نق کردن) و گریه شیرخوار در شش هفته اول زندگی ۴۳٪ کاهش می‌یابد. به‌علاوه استفاده از آغوشی مناسب به مادر این امکان را می‌دهد که کارهای روزمره را به خوبی انجام دهد.

چالش‌های خواب شیرخواران

مردم کشورهای غربی با درآمد بالا انتظار دارند که یک شیرخوار خوب باید درتمام طول شب بخوابد از طرف دیگر توصیه به‌تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماه اول زندگی هم یک انتظار اجتماعی است ولی با انتظاراتی که ما از یک شیرخوار خوب (Good baby) با تعریف بالا، داریم متناقض است.

داده‌های علمی نشان می‌دهد که انتظارات ما از دوره‌های خواب طولانی شیرخوار عملا غیر واقعی است. اندازه گیری طول مدت خواب شیرخوار با (Actigraphy) (حسگرهای حرکتی) نشان داده که صرف نظر از روش تغذیه شیرخوار یا قرارگرفتن او، از ۴ تا ۱۶ هفتگی مشابه است.

به هر حال آن دسته از مادران غربی که شیرخوارشان را منحصراً با شیرخشک تغذیه می‌کنند متوجه می‌شوند که شیرخوار آن‌ها طولانی تر می‌خوابد و بدین ترتیب، **این باور نادرست که خوابیدن طولانی مدت شیرخوار، یک امر طبیعی است تقویت می‌شود**. این انتظاری که در فرهنگ خانواده‌های غربی از عادت خواب شیرخواران وجود دارد با واقعیت‌های بیولوژیکی شیرخوار مطابقت نداشته و سبب پریشانی و استرس می‌شود **برعکس مادران غربی، مطالعه ای که در ژاپن انجام شد نشان داد شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند در مقایسه با شیرخوارانی که شیرخشک می‌خورند به نسبت، خواب بهتری دارند.**

یک مطالعه سیستماتیک و متاآنالیز نشان داد که شیردهی ، ممکن است با خواب شبانه طولانی تری پس از زایمان همراه باشد به علاوه مادرانی که با نوزاد هم بستر بودند و او را شیر می‌دادند در مقایسه با مادرانی که شیر نمی دادند خواب طولانی تری داشتند.

انتظارات در مورد تنها خوابیدن شیرخوار

در کشورهای غربی با درآمد بالا، اوایل توصیه می‌شد که مادر و شیرخوار کنار هم نخوابند. (از سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۴ تا ۲۰۱۰)

در حدود سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۶ موسسه ملی بهداشت و مراقبت انگلستان و Pre v Infad اسپانیا اذعان داشتند که شواهد کافی از ارتباط هم بستری مادر و شیرخوار و افزایش خطرSIDS وجود ندارد و از سال ۲۰۱۸ به بعد در استرالیا و توسط برخی از مقامات بهداشتی منطقه ای کانادا توصیه به کنارهم خوابیدن مادر و شیرخوار قوّت گرفت اما **در ایالات متحده همچنان بر موضع خود پایبند هستند به طوری که در برخی از حوزه‌های قضایی ایالات متحده مادرانی که شیرخوار خود را کنار خودشان می‌خوابانند به کودک آزاری و بی توجهی محکوم می‌شوند.**

مزایای کنار هم خوابیدن مادر و نوزاد

داده‌های علمی نشان می‌دهد که خوابیدن نوزاد در کنار مادر، سبب افزایش طول شیردهی به هر مدت و تغذیه انحصاری با شیرمادر، رشد و تکامل بهتر و نرمال شیرخوار، افزایش میزان وابستگی بین مادر و شیرخوار و بهبود روابط عاطفی بین ایشان، افزایش آرامش مادر و شیرخوار، کاهش خطر SIDS و پاسخگویی به موقع و مناسب به نیازهای شیرخوار از طرف مادر می‌شود.

وقتی مادر و شیرخوار کنار هم می‌خوابند، مادر با دست‌ها و پاهایش یک دایره محافظ تشکیل می‌دهد به صورتی که بازوهایش نقش بالش را برای شیرخوار بازی می‌کند سر شیرخوار در کنار پستان مادر است و بعد از شیرخوردن برمی‌گردد و به پشت می‌خوابد. شیرخواری که کنار مادر می‌خوابد معمولا دمر نمی خوابد. تغذیه مکرّر در طول شب و کنار هم خوابیدن مادر و شیرخوار به تداوم تولید شیر و حفظ آمنوره مادر کمک کرده و **به دلیل ترشح ملاتونین در شیرمادر**، این شیرخواران از شیرخوارانی که جدا می‌خوابند بهتر شیر خورده و بعد دوباره به خواب می‌روند. کنار هم خوابیدن شیرخوار و مادر بر خواب هر دو تاثیر می‌گذارد **به طوری که مادر بعد از شیردهی مدت کوتاهی بیدار است و زودتر به خواب می‌رود.** کیفیت خواب آن‌ها بهتر و هوشیاری شیرخوار بیشتر و همین امر او را در مقابل SIDS محافظت می‌کند. نتیجه یک مطالعه نشان داد که ۹۴٪ از مادرانی که شیرخوار خود را کنار خود می‌خوابانند خواب کافی داشتند در حالی که ۸۰٪ مادرانی که به طور معمول و جدا از شیرخوارشان خوابیده بودند خواب کافی را تجربه کردند. **مادرانی که شیرخوار خود را با شیرخود تغذیه می‌کنند در مقایسه با مادرانی که شیرخشک به شیرخوار می‌دهند ۴۵-۴۰ دقیقه بیشتر می‌خوابند و پدران هم خواب بهتر و طولانی‌تری دارند.** مادری که شیرخوارش را کنار خود می‌خواباند برای شیردهی به طور کامل بیدار نمی شود و صبح بعد از بیدارشدن، نمی تواند اظهار کند که درطول شب چندبار شیرده داشته است چون هر دو بلافاصله بعد از شیردادن و شیرخوردن به خواب می‌روند.

معمولا نوزادان به دلیل تغذیه مستقیم از پستان، آروغ ندارند چون در طول تغذیه هوا نمی بلعند. بعد از هر دفع نیز برای تعویض پوشک در طول شب بیدار نمی‌شوند بنابراین تغذیه با شیرمادر همراه با استفاده از پمادهای پیشگیری کننده در ناحیه پوشک، می‌تواند به پیشگیری از درماتیت کمک کند.

ادامه در شماره بعد....