

## فصل اول

### دورنمای تغذیه با شیر مادر

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

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

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

### دسته‌بندی انواع تغذیه با شیر مادر

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### تغذیه با شیرمادر در ایالات متحده

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

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

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

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

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

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

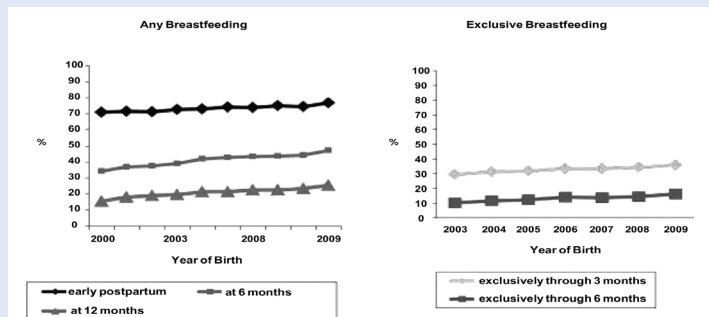
تعیین شده برای آن در سال ۲۰۲۰ نیز ۱۴ درصد می باشد. تولد در بیمارستان دوستدار کودک بهترین فرصت را برای کاهش استفاده از شیر مصنوعی در روزهای اول فراهم می کند. در حال حاضر فقط ۳ درصد تولدها در بیمارستان ها و مراکز دوستدار کودک (سال ۲۰۰۹) رخ می دهد و هدف تعیین شده تا سال ۲۰۲۰، (۸) درصد می باشد. پس از طی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

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

### درصد کودکان ایالات متحده که با شیر مادر تغذیه شدند، به تفکیک سال\*

هر مقدار تغذیه با شیر مادر

تغذیه انحصاری با شیر مادر\*\*



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

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

[http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nls\\_data/index.htm](http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nls_data/index.htm)

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

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

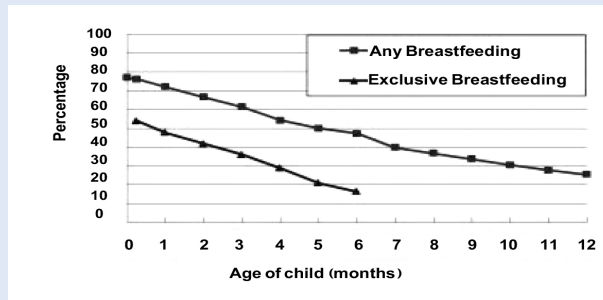
**جدول ۳-۱: میزان های تغذیه با شیرمادر به هرمدتی (any breastfeeding) و تغذیه انحصاری با شیرمادر به تفکیک سن در نوزادان متولد شده در سال ۲۰۰۹ (percent ± half 95% confidence interval)**

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

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

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

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



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

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

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

[http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nls\\_data/index.htm](http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nls_data/index.htm)

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

#### تفاوت در وضعیت تغذیه با شیر مادر

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### آموزش تغذیه با شیرمادر

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

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

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

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

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

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

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

برگرفته از:

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

## مخاطبین خاص

### پزشکان

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

### ماماها، پرستاران مراقبت‌های پیشرفته و پرستاران پریناتال

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

### والدین

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

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

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

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

### قانون‌گذاران، رهبران کسب و کار و عموم مردم

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

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

### مطب‌ها و پرسنل پزشکی

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

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

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

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

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

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

### بیمارستان‌ها

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

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

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

### سازمان‌های مراقبت مدیریت شده

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

### دولت‌های ایالتی و فدرال

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



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

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

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

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

### سازمان‌های مردم نهاد (NGO)

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

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

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

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

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

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

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

### اخلاق در تغذیه با شیر مادر

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

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

### انتخاب آگاهانه

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

### مرکز پزشکی (Medical Home)

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

### حقوق محیط کار

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

### تغذیه با شیرمادر در اماکن عمومی

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

### طولانی شدن مدت تغذیه با شیرمادر

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

### بازاریابی شیر مصنوعی

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

### حقوق حضانت

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

### فعالیت‌های پیشنهادی

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**جدول ۹-۱: نقش متخصصین اطفال**

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



## جدول ۱۰-۱: نقش متخصصین زنان و مامایی

## قبل از زایمان:

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

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

۲- پستان‌ها را معاینه کنید.

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

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

## حین زایمان:

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

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

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

## پس از زایمان:

۶- مراجع را معرفی کنید.

- معرفی متخصصین شیردهی

## در مطب:

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

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

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

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

- پیشگیری از بارداری

• سایت LactMed

۱۰- اطلاعات و دانش خود را افزایش دهید.

- منابع ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists)

• منابع AAP شامل مدول‌های آموزشی

• Gold Book

• مجله آکادمی طب تغذیه با شیرمادر پزشکی انجمن شیرمادر به نام Breastfeeding Medicine

