

فصل هشتم

تداوم تغذیه با شیرمادر - جنبه های مرتبط با شیرخوار

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

سندرم شیرناکافی

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

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

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

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

جدول ۱-۸- علل بالقوه سندرم شیر ناکافی اولیه

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

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

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

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

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

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

هستند به ترتیب عبارتند از: شیر دوشیده شده خود مادر، شیر اهدایی پاستوریزه شده از بانک شیری که بر اساس پروتکل HMBABA عمل می‌کند (در صورت دسترسی) و شیر مصنوعی. برخی از پزشکان، شیر مصنوعی حاوی پروتئین هیدرولیز شده را برای این منظور توصیه می‌کنند. آب قند مایع مناسبی نیست زیرا کالری بسیار کم‌تری فراهم می‌کند، ترکیب دیگری پس از تجزیه ندارد و برخلاف شیر انسان یا شیر مصنوعی قادر به تحریک حرکات روده‌ای نیست. بسته به مورد، اگر دهیدراسیون و یا سوء تغذیه وجود داشته باشد باید شیر کمکی کافی برای بهبود وزن‌گیری شیرخوار داده شود. تغذیه با شیرمادر باید ادامه یابد و شیر کمکی بعد از تغذیه با شیرمادر داده شود. گاهی اوقات فقط ۱ تا ۲ اونس شیر کمکی در هر بار تغذیه نیاز می‌شود. در عین حال مادر باید دوشیدن شیر را ادامه دهد تا تولید شیر افزایش یابد. همان‌طور که تولید شیر افزایش می‌یابد، نیاز به شیر کمکی کاهش خواهد یافت.

• **کم شیری ذهنی:** اگر ارزیابی و مشاهده مشخص کرد که تولید شیرمادر کافی است، باید به مادر اطمینان دهیم که تولید شیرش کافی است و به او یاد دهیم چگونه این کفایت را ارزیابی کند. حتی با آموزش مناسب در دوران بارداری، بسیاری از زنان و بسیاری از فرهنگ‌ها اعتقاد دارند که کلستروم، شیر نیست و نمی‌پذیرند که حجم شیر تولید شده در ۲ تا ۵ روز اول (۲ تا ۲۰ میلی‌لیتر در هر بار تغذیه) برای شیرخوار کافی است.

زردی

ارتباط بین زردی و تغذیه با شیرمادر به دو شکل مجزا مشاهده می‌شود:

ایکتر ناشی از تغذیه (ناکافی) با شیرمادر (Breastfeeding jaundice) و ایکتر ناشی از شیرمادر (Breastmilk jaundice).

ایکتر ناشی از تغذیه (ناکافی) با شیرمادر

هیپر بیلی روبینمی شایع‌ترین علت بستری شدن مجدد نوزادان ترم و نوزادان اواخر نارس (Late preterm infants) می‌باشد. اکثر این نوزادان از شیرمادر تغذیه می‌شوند. تغذیه ناکافی با شیرمادر، اغلب فاکتور ایجاد کننده زردی می‌باشد. ایکتر ممکن است بخشی از تظاهرات بالینی نوزاد دهیدراته و خوب تغذیه نشده در هفته اول تولد باشد (به بخش سندرم شیر ناکافی مراجعه شود). افزایش قابل توجه سطح بیلی روبین غیر کونژوگه سرم، می‌تواند سبب انسفالوپاتی حاد بیلی روبین شود که با لتارژی، هیپوتونی و خوب شیر نخوردن تظاهر می‌کند و می‌تواند به سمت انسفالوپاتی مزمن با آسیب دائمی به مغز پیشرفت نمایند که کرنیکتروس نامیده می‌شود و با فلج مغزی اتنوئید، مشکلات شنوایی، فلج نگاه به سمت بالا خود را نشان می‌دهد. در

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

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

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

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

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

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

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

ایکتر ناشی از شیرمادر

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

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

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

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

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

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

طغیان اشتها و یا جهش‌های رشد (Growth spurts)

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

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

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

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

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

امتناع از شیر خوردن

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

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

ارزیابی: شرح حال و معاینه فیزیکی تغییری نکرده است.

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

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

آنکیلوگلوسیا (Ankyloglossia)

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

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

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

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

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

الگوهای رشد شیرمادرخواران

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

منحنی‌های رشد

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

تأخیر رشد

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

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

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

برگرفته از:

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

مکمل ویتامین و مواد معدنی

ویتامین های محلول در چربی

ویتامین k

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

ویتامین D

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

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

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

مولتی‌ویتامین‌ها

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

آهن

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

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

فلوراید

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

روی

دریافت روی از طریق شیرمادر تا حدود ۶ ماهگی کافی می‌باشد و پس از آن شیرخواران به مکمل یا تغذیه تکمیلی وابسته می‌باشند. شیرخواران نارس یا شیرخواران با وزن کم زمان تولد (LBW) در معرض خطر کمبود روی قرار دارند که معمولاً فقط با اختلال رشد تظاهر می‌کند. اغلب موارد کمبود شدید روی با درماتیت اطراف منافذ بدن (Peri-orificial Dermatitis) همراه است. روی در فرآورده‌های مایع مولتی ویتامینی شیرخواران وجود ندارد. یک مکمل مایع روی که می‌تواند ۱۰mg/ml روی المنتال را فراهم نماید، دوز مصرفی آن به عنوان مکمل ۱mg به ازای هر کیلوگرم وزن بدن شیرخوار در روز می‌باشد. گوشت خالص یا غلات مخصوص شیرخواران که غنی شده و حاوی ریز مغذی‌ها هستند، منابع بسیار خوب روی برای شیرخواران بزرگتر هستند که غذاهای کمکی دریافت می‌کنند.

طول مدت تغذیه انحصاری با شیرمادر

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

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

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

تغذیه تکمیلی

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

الگوهای خواب

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

مادر

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

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

با هم خوابیدن

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

بهداشت دهان و دندان

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

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

بیماری شیرخوار

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

بستری شدن مجدد در بیمارستان

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

آموزش تغذیه با شیرمادر حین مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه کودک

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

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

تغذیه با شیرمادر در سال دوم زندگی و پس از آن

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

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

جدول ۳-۸- اولین ویزیت نوزاد

ارزیابی تغذیه با شیرمادر

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

معاینه مادر و نوزاد

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

ارایه آموزش های به هنگام

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

مداخلات در تغذیه با شیرمادر

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

ویزیت ترخیص:

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

برگرفته از:

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

جدول ۴-۸-۴ تا ۷۲ ساعت پس از ترخیص

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

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

معاینه مادر و نوزاد:

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

ارایه آموزش‌های به هنگام

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

مداخلات در تغذیه با شیرمادر

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

برگرفته از

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

جدول ۵-۸- ویزیت یک ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

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

معاینه مادر و نوزاد:

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

ارایه آموزش‌های به هنگام

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

مداخلات تغذیه با شیرمادر

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

پایان ویزیت:

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

برگرفته از:

جدول ۶-۸- ویزیت ۲ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

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

معاینه مادر و شیرخوار:

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

ارایه آموزش های به هنگام

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

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

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

پایان ویزیت:

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

برگرفته از:

جدول ۷-۸- ویزیت ۴ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

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

معاینه مادر و شیرخوار

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

ارایه آموزش‌های به‌هنگام

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

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

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

پایان ویزیت:

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

برگرفته از:

جدول ۸-۸ - ویزیت ۶ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر

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

معاینه مادر و شیرخوار:

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

ارایه آموزش های به هنگام

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

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

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

پایان ویزیت:

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

برگرفته از:

جدول ۹-۸- ویزیت ۹ ماهگی در مطب

ارزیابی تغذیه با شیرمادر:

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

معاینه مادر و شیرخوار:

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

ارایه آموزش‌های به هنگام

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

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

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

پایان ویزیت:

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

برگرفته از:

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

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

معاینه مادر و شیرخوار:

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

ارایه آموزش های به هنگام

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

مداخلات تغذیه با شیرمادر:

- مداخله یا حمایت مورد نیاز را فراهم کنید.

پایان ویزیت:

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

برگرفته از:

از شیر گرفتن

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

از شیر گرفتن با هدایت و تمایل شیرخوار

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

از شیر گرفتن با هدایت و تمایل مادر

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