

فصل هشتم:

مشکلات احتمالی دوران شیردهی

سزارین و شیردهی

مشکلات پستان:

- مشکلات مربوط به نوک پستان
- مشکلات مربوط به پستان
- توده‌های پستانی

ناکافی بودن شیرمادر

امتناع شیرخوار از گرفتن پستان

حاملگی مجدد و شیردهی

سزارین و شیردهی

اهداف آموزشی:

- ۱- آگاهی از روش‌های مختلف بی حسی ناحیه ای و بیهوشی و تأثیر آنها بر هوشیاری مادر و نوزاد.
- ۲- درک اهمیت شیردهی بلافاصله بعد از سزارین از جنبه‌های عاطفی و جسمی.
- ۳- آگاهی از عوارض سزارین برای مادر
- ۴- آگاهی از عوارض سزارین برای نوزاد

مقدمه:

سزارین یک جراحی بزرگ شکمی است و بهبودی بعد از آن احتیاج به زمان دارد. خانم‌های باردار لازم است درباره سزارین اطلاعات کافی داشته باشند. درصد تولد نوزادان نارس، سندرم نارسایی تنفسی (RDS) نوزادان، مرگ‌ومیر و بیماری مادران مانند عفونت، خونریزی، درد، اثرات روانی زایمان مثل افسردگی، در زایمان سزارین بیشتر از زایمان طبیعی است. نوزادانی که با سزارین متولد می‌شوند ممکن است خواب آلوده‌تر از نوزادانی باشند که داروهای بیهوشی دریافت نکرده‌اند و برطرف شدن خواب آلودگی در این نوزادان احتمال دارد چند روز طول بکشد و آنها موقتاً رفلکس مکیدن ضعیفی داشته باشند.

سزارین غیر منتظره

اغلب سزارین‌ها غیر قابل پیش‌بینی و برنامه‌ریزی نشده هستند. مادری که در انتظار یک زایمان طبیعی است ولی در نهایت سزارین می‌شود، ممکن است احساس گناه، بی‌کفایتی، عصبانیت و ناامیدی کند. او ممکن است نسبت به نوزادش عصبانی باشد به خصوص اگر به خاطر بزرگ بودن بچه یا نچرخیدن او سزارین شده باشد.

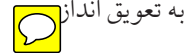
اگر مادر در موقع زایمان بیهوش شده و یا بعد از زایمان ساعت‌های زیادی از نوزاد جدا شده باشد، ممکن است نسبت به فرزندش احساس جدایی و بی‌علاقگی کند. وجود این احساس منفی درباره دیگران هم محتمل است مثلاً از پزشک خود به خاطر انجام سزارین و یا از شوهرش به خاطر عدم درک احساساتش عصبانی باشد. صرف وقت برای لمس کردن نوزاد و نگهداری از او می‌تواند مادر را آرام و به مادر و نوزاد کمک کند تا ارتباط خود را برقرار سازند. در صورتی که مادر احساسات خود را بروز ندهد و در خود نگه دارد، مشکلات و آثار روانی برای او ایجاد خواهد شد. بنابراین بهتر است مادر راهی برای تخلیه احساسات خود داشته و حمایت شود نزدیک‌ترین گروه حمایتی یا کارکنان بهداشتی درمانی بهترین افرادی هستند که می‌توانند با مادر تماس داشته و ارتباط برقرار کنند.

سزارین برنامه‌ریزی شده

اگر مادر فرصت لازم برای تطبیق روحی روانی خود با مسئله سزارین داشته باشد احتمال این که حقیقت را راحت‌تر قبول کند، بیشتر است همچنین وقت کافی برای برنامه‌ریزی زایمان و دوران بعد از آن را خواهد داشت. او می‌تواند با پزشک خود درباره برنامه‌های بعدی که برای خودش و اقامت در بیمارستان دارد صحبت کند. سیاست‌های بیمارستان تأثیر مهمی بر روند شیردهی مادر به ویژه مادر سزارین شده، دارد زیرا مادر سزارین شده مدت بیشتری در بیمارستان اقامت می‌کند.

انتخاب بیهوشی

گرفته بیهوشی عمومی آسان‌ترین راه بیهوشی است ولی هوشیاری مادر را در زمان زایمان از بین می‌برد و مدتی بعد از آن مادر خواب آلود است و این موضوع ممکن است اولین تماس مادر با نوزاد را که مدت‌های طولانی در انتظارش بوده



به تعویق اندازد. به جز در مواقع سزارین اورژانس که ثانیه‌ها نیز با ارزش هستند، در سایر مواقع به مادر می‌توان فرصت داد تا نوع بیهوشی را انتخاب کند. اگر بی‌حسی موضعی (اپیدورال، اسپینال) انجام شود، مادر در طول زایمان بیدار خواهد بود و می‌تواند با کمک کارکنان بلافاصله روی تخت زایمان به نوزاد خود شیر بدهد. بعد از به دنیا آمدن نوزاد و قبل از آن که اثر بی‌حسی موضعی از بین برود، یعنی زمانی که مادر کاملاً هوشیار است و دردی هم حس نمی‌کند، بهترین زمان برای شروع شیردهی است. توجه مادر به نوزاد از نگرانی او کم می‌کند و سبب نزدیکی مادر به نوزادش می‌شود از طرف دیگر برای جمع شدن رحم و برگشت سریع‌تر آن به اندازه طبیعی و التیام عمل جراحی هم کمک می‌کند.

برای آن که مادر بتواند روی تخت زایمان به نوزاد خود شیر بدهد، باید در حالی که به پشت خوابیده است نوزاد را روی پستان او بگذارند چون در بی‌حسی اسپینال، برای این که دچار سردرد نشود، مجبور است به پشت بخوابد. مادر می‌تواند وقتی برش سزارینش دوخته شد، به یک طرف بچرخد و در حالی که به پهلو خوابیده، شیردهی را شروع کند. پدر نوزاد یا یک پرستار می‌تواند برای نگهداشتن نوزاد در وضعیت مناسب به مادر کمک کند و از چند بالش برای کمک به او استفاده نماید. اگر بالش در دسترس نباشد پدر کودک می‌تواند به طور فیزیکی مادر را در طول شیردادن حمایت کند. اگر مادر بیهوشی عمومی گرفته باشد، برای مدتی بعد از زایمان هوشیاری کامل ندارد بنابراین شروع شیردهی او به تعویق می‌افتد. در اولین فرصتی که مادر توانایی شیردهی داشته باشد، باید به اینکار ترغیب شود. در آن زمان فقط مقدار کمی ماده بیهوشی در بدن مادر وجود دارد که برای نوزاد بی‌خطر است.

روزهای اول بعد از سزارین

شیردهی می‌تواند روی تخت بهبودی در اطاق عمل شروع شود، البته مادر برای در آغوش گرفتن نوزاد و شیردادن به او احتیاج به کمک دارد. اگر همسر حضور فعال داشته باشد بهتر است نوزاد توسط او روی پستان مادر قرار گیرد و شیر بخورد. با این کار مادران احساس راحتی و حمایت بیشتر می‌کنند و پدران از این که می‌توانند به تغذیه فرزندشان کمک کنند خوشحال می‌شوند. در غیر این صورت از پرستار باید کمک گرفته شود. اگر اطاق خصوصی در بخش وجود دارد، به پدر، مادر و نوزاد می‌توان اجازه داد تا با هم باشند.

هفته اول بعد از زایمان برای مادر و نوزاد زمان بسیار حساسی است، بنابراین محیط اطراف مادر از جمله بیمارستان باید حامی او باشد. از سیاست‌های بیمارستانی که می‌تواند مادر را به تغذیه نوزاد با شیر مادر حمایت و هدایت کنند، عبارتند از:

۱- برنامه‌های آموزشی منظم برای پرستاران تا آنان بیاموزند چگونه به مادران سزارین شده در شیردهی کمک کنند.

۲- عدم جدایی نوزاد از مادر بعد از زایمان (به شرط سالم بودن هر دو)

۳- عدم استفاده از بطری شیر و یا سایر وسایل شیردهی به طور معمول.

۴- اجرای ۲۴ ساعته برنامه هم اتاقی مادر و نوزاد در مورد زایمان‌های طبیعی بلافاصله بعد از زایمان و در مورد زایمان به طریق سزارین پس از به هوش آمدن مادر.

گر چه زمان شروع هم اتاقی مادر و نوزاد در بیمارستان‌های مختلف متفاوت است ولی باید پس از به هوش آمدن مادر و هنگامی که او قادر به پاسخ دادن به نیازهای نوزاد باشد انجام شود.

هم اتاقی مادر و نوزاد یک راه شگفت انگیز برای شناخت کودک و شروع خوب شیردهی است. در بیمارستان‌های دوستدار کودک مادران سزارینی با نوزاد خود هم اتاق می‌شوند. بیشتر مادران از بودن نوزاد در کنار خود در تمام ساعات شبانه روز ابراز رضایت و خوشحالی می‌نمایند.

برنامه هم اتاقی مادر و نوزاد، علاوه بر این که رضایت مادر را در مراقبت از نوزادش فراهم می‌کند، مزایای دیگری هم دارد از جمله:

- هم اتاقی در تمام ساعات شبانه روز (۲۴ ساعته) شیردهی نا محدود را آسان‌تر می‌کند، بدیهی است که مادر در ابتدا به کمک بیشتری نیاز دارد.
 - وقتی مادر و نوزاد تمام ساعات با هم باشند و مادر به طور نا محدود شیردهی داشته باشد دفعات تغذیه با شیرمادر به آرامی بیشتر می‌شود.
 - اگر نوزاد خواب آلود است، مادر می‌تواند از سیکل خواب و بیداری نوزادش مطلع شود و این مزیت را دارد که در ساعاتی که نوزاد هوشیار است به او شیر می‌دهد.
 - از آن جا که نوزاد را به اتاق نوزادان نمی‌برند، مادری تواند مطمئن باشد که به کودک شیر مصنوعی، آب قند یا پستانک داده نمی‌شود (زیرا دادن بطری یا پستانک موجب سر در گمی نوزاد در گرفتن پستان می‌شود).
- در بعضی مواقع مادر می‌تواند شیرش را بدو شد و تا وقتی نوزاد آماده تغذیه از راه دهان می‌شود آن را به او بخوراند. در چند روز اول بعد از سزارین، شکم مادر حساس و دردناک است. اکثر داروهایی که برای تسکین درد تجویز می‌شوند، اثر سوء روی نوزاد ندارند و می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. از مادر سزارینی باید خواسته شود حتی الامکان هر چه زودتر از رختخواب خارج شود و حرکت کند. فعالیت فیزیکی، دوره التیام را سرعت می‌بخشد. در ضمن مادر باید مایعات کافی بنوشد و استراحت کند. تب پایین در اولین روزهای شیردهی در مادران شایع است و خطری برای سلامت نوزاد ندارد. مادرانی که سزارین می‌شوند نسبت به مادرانی که زایمان طبیعی می‌کنند، در دوره بعد از زایمان بیشتر در معرض تب و عفونت هستند که غالباً به علت عفونت برش جراحی و یا دستگاه اداری مادر می‌باشد. بعضی بیمارستان‌ها و پزشکان وقتی مادر تب دار می‌شود، او را از نوزادش جدا می‌کنند. جدا کردن مادر و نوزاد هیچ لزومی ندارد حتی اگر برش جراحی عفونی شده باشد. اگر پزشک جدایی مادر و نوزاد را پیشنهاد کرد مادر می‌تواند تقاضا کند که او و نوزادش را با هم از سایرین جدا کنند.



پیدا کردن راهی برای شیردهی مناسب

Finding a comfortable Nursing position

بعد از سزارین، بیشتر مادران در ابتدا برای پیدا کردن وضعیت مناسب شیردهی مشکل دارند چون هم برش جراحی دردناک است و هم سرم وریدی از طریق دست دریافت می‌کنند.

هر مادری نیاز دارد وضعیتی را پیدا کند که در آن وضعیت راحت‌تر باشد تا ضمن درست شیر دادن، به برش جراحی او نیز فشار وارد نشود.

بسیاری از مادران شیردادن در وضعیت خوابیده به پهلو را مناسب‌ترین وضعیت طی روزهای اول می‌دانند. این وضعیت بهترین راه برای شیردهی و استراحت همزمان است. از آنجا که مادران سزارینی تشویق می‌شوند هر چه زودتر راه بیفتند، معمولاً از روز دوم به بعد خارج شدن از تخت و نشستن روی صندلی و شیر دادن می‌تواند راه مناسبی باشد. برخی از مادران نشستن روی صندلی و شیر دادن را به نشستن روی تخت ترجیح می‌دهند.



نقش کارکنان بهداشتی درمانی مراقب مادر و نوزاد

پزشک و مامای آموزش دیده که زانو را در موقع زایمان همراهی می‌کنند می‌توانند بر تصمیم و نحوه شیر دادن مادر تأثیر زیادی بگذارند. پزشکی که بعد از زایمان از نوزاد مراقبت می‌کند نقش مؤثرتری دارد. اگر پزشک در مورد یادگیری اهمیت و نقش تغذیه شیرخوار با شیر مادر و حمایت از مادر و تشویق او به شیردهی، وقت کافی صرف نکرده باشد ممکن است هنگام درمان مادر یا شیرخوار به راحتی دستور جدایی نوزاد از مادر و تغذیه از شیر غیر از شیر مادر را بدهد که چنین رفتاری ندرتاً ضرورت پیدا می‌کند.

شرکت در کلاس‌های آموزشی مادران باردار علاوه بر یادگیری اصول علمی مراقبت‌های دوران بارداری، نحوه شیردهی و تغذیه شیرخوار راه مفیدی جهت استفاده از تجربیات سایر مادران نیز می‌باشد. هرچه مادر بیشتر مطالعه کند و با افراد با تجربه در تماس باشد، اطلاعات بیشتری کسب می‌کند و می‌تواند علاوه بر راهنمایی‌های پزشک خود از این اطلاعات و تجربیات نیز در امر شیر دادن به فرزند خود استفاده نماید.

هفته‌های اول در خانه

مادر سزارینی وقتی به خانه می‌رود به استراحت بیشتر احتیاج دارد. باید به مادراطمینان داد که معمولاً تا تولید شیر کافی مدتی طول می‌کشد. این موضوع در مورد زایمان طبیعی هم صدق می‌کند. به مادر پیشنهاد می‌شود برای چند هفته اول در خانه کمک داشته باشد. او نباید بیش از حد خسته شود. شیردادن به مادر این امکان را می‌دهد که همزمان استراحت هم بکند.

اگر نوزاد درست کنار بستر مادر نگهداری شود، مادر می‌تواند با در اختیار داشتن مقداری کهنه یا پوشک بچه و همچنین یک پارچ آب و یک میان وعده غذایی، ساعت‌ها استراحت کند بدون این که مجبور به برخاستن از بستر شود. از این طریق مادر و نوزاد هر دو، وقت زیادی برای شناختن یکدیگر و استراحت، پیدا می‌کنند. **مادر باید از آشپزی و سایر کارهای خانه معاف شود.** اگر امکان داشته باشد بهتر است دوستان یا سایر اعضای خانواده این کارها را انجام دهند.

داشتن تغذیه کافی و مناسب و مصرف مایعات کافی برای بهبودی او مهم است و به ترمیم سریع بافت‌های بریده شده در سزارین کمک می‌کند.

بعضی زنان ممکن است در کنار دردهای فیزیکی، دردهای هیجانی هم داشته باشند چون عمل جراحی بزرگی مثل سزارین به ویژه وقتی که بیمار خوب توجه نشده باشد، می‌تواند همه چیز را تحت تأثیر قرار دهد.

خلاصه:

- خانم‌هایی که سزارین می‌شوند می‌توانند شیردهی موفق‌تری داشته باشند.
- شیر دادن می‌تواند در غلبه بر احساس گناه و ناامیدی که بعضی زنان پس از سزارین دارند، کمک کند.
- مادر باید تشویق شود که هر چه زودتر در امر مراقبت و تغذیه کودک مشارکت نماید.
- در روزهای اول، کمک ماما و پرستار برای گذاشتن نوزاد به پستان مادر ضروری است.
- شیردهی در وضعیت‌هایی که نوزاد را از ناحیه برش جراحی دورتر قرار می‌دهد، معمولاً برای مادر راحت‌تر است.

مشکلات پستان

اهداف آموزشی:

۱. آگاهی از علل مشکلات پستان و چگونگی پیشگیری از آنها
۲. شناخت نشانه‌ها و علائم مشکلات پستان
۳. آشنایی با نحوه درمان
۴. راهنمایی و کمک به مادران برای تداوم شیردهی

مشکلات مربوط به نوک پستان

حساسیت، زخم و شقاق نوک پستان


تغییرات هورمونی ناشی از حاملگی می‌تواند سبب حساسیت نوک پستان شود که شدت و مدت آن در خانم‌ها متفاوت است. عده‌ای از خانم‌ها در اولین ماه حاملگی دچار این حساسیت می‌شوند و برخی دیگر حتی تا اواخر حاملگی هم این مشکل را ندارند.

در هفته اول بعد از زایمان تعدادی از خانم‌ها دچار ناسور شدن گذرای نوک پستان می‌شوند که در بین روزهای دوم تا چهارم به حداکثر می‌رسد و سپس برطرف می‌گردد. در چند روز اول شیردهی، پستان گرفتن‌ها و مکیدن‌های مکرر اولیه ممکن است سبب قرمزی، ورم نسج نوک پستان، درد و حساسیت آن شود. درد مداوم نوک پستان که منجر به کوتاه شدن طول مدت شیردهی می‌گردد با شدید بودن استرس‌های هیجانی مرتبط بوده و نشانگر نیاز مادر به حمایت، آموزش و مشاوره است. اگر این حساسیت و نازک شدن پوست نوک پستان درمان نشود، احتمال دارد منجر به ایجاد زخم و شقاق پستان شود.

از مادر باید پرسید شود در چه مرحله‌ای از شیردادن احساس درد می‌کند؟ و محل درد کجاست؟

آیا احساس درد در شروع هر شیردهی است و با تداوم جریان شیر برطرف می‌شود؟ و یا درد در تمام مدت شیردهی ادامه دارد؟

محل درد ممکن است در راس نوک پستان یا قاعده آن و یا در تمام سطح نوک پستان باشد. در حالت اول،

شیرخوار به طور کامل پستان مادر را در دهان نمی‌گیرد و یا موقع شیرخوردن زبانش را بالا می‌آورد 

در حالت دوم شیرخوار موقع شیر خوردن بالب پائین خود پستان را می‌مکد و حالت سوم هنگامی اتفاق می‌افتد که شیرخوار مکیدن‌های قوی دارد ولی وضعیت شیر خوردن و پستان گرفتن او نامناسب است. عقب کشیدن زبان در حین شیرخوردن، لوله کردن نوک زبان، ادامه مکیدن هنگام در آوردن پستان از دهان شیرخوار و یا برفک هم می‌تواند علت درد باشد.

طاوول شیری که به صورت نقطه سفید در زیر لایه بسیار ظریف نوک پستان به علت تجمع قطرات شیر به وجود می‌آید اغلب سبب درد شده و با پاره شدن آن شیر از مجرا خارج و درد نیز برطرف می‌شود.

علائم:

وقتی اپی تلیوم نوک پستان به علت تحریک زیاد (معمولاً حرکات مالشی) پاره می شود و شقاق بوجود می آید مادر درد شدید احساس می کند، در صورتی که شقاق کوچک باشد با ادامه شیردهی درد کمتر می شود. در نوک پستان مادر ممکن است ترک شدید یا خونریزی مشاهده شود. هر دو حالت به شدت دردناک هستند و نیاز به درمان فوری دارند. اغلب به شقاق، عفونت برفکی یا باکتریایی هم اضافه می شود که ترمیم را به تأخیر میاندازد.

علت:

شایع ترین علت، وضعیت نادرست شیرخوردن و پستان گرفتن نامناسب می باشد ولیکن، احتقان پستان، استفاده از پستانک، کشیدن پستان از دهان شیرخوار و کوچک بودن زبان یا کوتاهی فرنولوم زبان می تواند از عوامل دیگر موثر در ایجاد شقاق نوک پستان باشند.

سایر علل:

۱- **برفک:** سبب حساس شدن، خارش یا سوزش نوک پستان می شود.

۲- **استفاده از صابون:** به علت از بین بردن چربی طبیعی حفاظت کننده نوک پستان، آن را آماده شقاق و زخم می کند. مالیدن هر نوع کرم یا مواد محرک مانند الکل سبب ترک و تحریک پوست می شود.

۳- **سینه بند (کرست):** اگر خیلی سفت یا کوچک باشد نوک پستان را تحت فشار قرار می دهد و آن را زخمی می کند.

۴- **استفاده نامناسب از پمپ:** سبب درد پستان و نوک آن شده و در بعضی خانم ها مکش زیاد پمپ، سبب خونریزی زیر جلد می شود.

۵- **بیماری های پوستی:** مثل اگزما، درماتیت، زرد زخم، پسوریازیس.

۶- **دندان در آوردن:** در سنین بالاتر چون لثه ها سفت تر و حساس می شوند و شیرخوار هنگام جویدن یا گاز گرفتن احساس راحتی می کند، پستان مادر صدمه دیده و ممکن است دچار شقاق شود.



درمان شقاق نوک پستان

بهترین درمان شقاق نوک پستان پیشگیری است و بهترین راه پیشگیری، گرفتن و مکیدن صحیح پستان از روز اول تولد است.

۱- اقدامات عمومی

در تمام موارد درد یا شقاق نوک پستان، به کار بستن اقداماتی برای جلوگیری از آسیب بیشتر نوک پستان و کاهش درد در زمان شیردادن و انجام درمان اختصاصی ضروری است.

- مادر باید کودک را در وضعیت مناسب به پستان بگذارد و وضعیت‌های شیردهی متفاوتی را امتحان کند تا در هر وضعیتی که راحت‌تر است شیر بدهد.

ر این شیرخواران بهترین و ساده‌ترین وضعیت شیردادن، روش (cross cradle hold) است چون با این روش ضمن نکه داشتن آسانتر شیرخوار، به گرفتن صحیح پستان هم کمک می‌شود. مادر در صورت تمایل و راحتی می‌تواند وضعیت شیردهی را به صورت (Lying-down) یا (under arm) انجام دهد. در صورتی که پس از انتخاب وضعیت‌های فوق و رعایت پستان گرفتن صحیح شیرخوار، هنوز مادر هنگام شیر دادن درد داشته باشد توصیه می‌شود که با انگشت نشانه، چانه شیرخوار را جهت متمایل کردن لب تحتانی به خارج، کمی به پایین بکشد تا با گرفتن صحیح پستان، درد مادر تسکین یابد.

به پستان گذاشتن و گرفتن آن به‌طور مکرر جهت اصلاح وضعیت شیر خوردن در طی مدت تغذیه توصیه نمی‌شود ذکر شده است اگر مادر ۵ بار این کار را انجام دهد ۵، بار درد بیشتر و ۵ بار صدمه بیشتری را به نوک پستان خود خواهد زد (نیومن ۲۰۰۵).

- مادر قبل از هر بار شیردهی برای کمک به رگ کردن پستان، از روش‌های Relaxation (آرامش یافتن) استفاده نماید همچنین کمی از شیرش را بدوشد تا پستان، نرم و نوک آن لغزنده شود مخصوصاً اگر احتقان هم وجود داشته باشد.

برای تسکین درد، از مسکن یا کیسه یخ استفاده کند.

شیردهی را ابتدا از پستانی که درد کمتری دارد شروع نماید زیرا در پستان آزرده درد نوک پستان قبل از رگ کردن آن شدید است ضمناً ممکن است رگ کردن را مهار کند. با شروع شیردهی از پستان کم ضایعه، هر دو اثر فوق کاهش یافته و بعد از برقراری واکنش جهش شیر (رگ کردن پستان)، می‌توان شیرخوار را روی پستان دیگر گذاشت.

کمی از شیر پسین را بعد از هر بار تغذیه به نوک پستان بمالد.

دستمال‌های نخی جاذب (pad) پستان را باید به محض خیس شدن تعویض نماید به طوری که هیچوقت اطراف نوک پستان مرطوب نماند. زیرا این پدها رطوبت را در خود نگهداشته و ممکن است به نوک پستان بچسبند. لزومی ندارد که مادر همیشه کرسه ببندد می‌تواند پیراهنی بپوشد که در زیر پستان گره بخورد و در صورت لزوم از چندین (pad) پستان استفاده نماید.

• در حد امکان نوک پستان را در هوای آزاد بگذارد در غیر این صورت از پوشش یا محافظ پستان (Plastic dome) (نه محافظ نوک پستان Nipple shield) که اجازه می‌دهد هوا در اطراف نوک پستان جریان داشته باشد استفاده نماید تا از ایجاد اصطکاک توسط لباس جلوگیری و به بهبودی شقاق کمک شود.

• بعد از هر نوبت شیر دادن، نوک پستان را به مدت کوتاه با کمپرس گرم و یا استفاده از سشوار با حرارت کم، گرم کند.

• در این موارد، ضمن عدم محدودیت در طول و مدت تغذیه از پستان، در صورت وزن گیری خوب شیرخوار دلیلی وجود ندارد که شیرخوار حتماً از هر دو پستان تغذیه شود. معمولاً استفاده از یک پستان در هر نوبت تغذیه سبب درد کمتر و بهبودی سریعتر خواهد شد. در صورت نخوردن شیر توسط شیرخوار به اندازه کافی، می‌توان با فشردن پستان (Breast compression) شیر را در دره‌ان شیرخوار چکاند.

• در صورت درد شدید و عدم توانایی در شیر دادن مستقیم از پستان با روشهای ذکر شده، شاید لازم باشد به مدت ۳ تا ۵ روز جهت بهبودی، موقتاً تغذیه مستقیم از پستان را قطع نمود و در طی این مدت شیر دوشیده شده مادر را توسط فنجان، قاشق و یا به صورت (Finger feeding) به شیرخوار داد.

۲- اقدامات درمانی اختصاصی

• **مواد موضعی:** از مصرف هر گونه کرم یا پماد که ممکن است سبب حساسیت شوند باید اجتناب نمود. بسیاری از این کرم‌ها چون قبل از شیردهی باید شسته و پاک شوند، خود، سبب تروما به پستان می‌شوند. مواد زیان‌آور بافتی و خشک کننده مثل تتور و الکل نباید مصرف شوند. سال‌های زیادی از لانولین جهت پیشگیری و درمان درد و شقاق نوک پستان استفاده می‌شد. در اواخر سال ۱۹۸۰ این عمل به خاطر وجود نگرانی‌هایی از وجود رسوبات آفت کش (pesticide) در لانولین، متوقف گردید. ضمناً مطالعات متعددی نشان داد که هیچ تفاوتی در تسکین درد نوک پستان در موقع استفاده از لانولین و یا مالیدن شیر پستین به نوک پستان وجود ندارد. **خیراً گفته می‌شود لانولین خالص شده حفاظتی را فراهم می‌سازد که رطوبت طبیعی نوک پستان را حفظ و از خشکی و تشکیل کروت جلوگیری نموده، به التیام شقاق کمک می‌کند و درد نوک پستان را تسکین می‌دهد.** یک مطالعه که اثرات لانولین خالص شده، کمپرس آب گرم، دوشیدن شیر، قرار گرفتن پستان در معرض هوا و یا صرفاً آموزش را روی درد نوک پستان مقایسه می‌کرد، هیچ مزیت قابل ملاحظه‌ای را برای هیچ یک از این مداخلات نشان نداد. مزیتی برای پانسمان بسته نیز نشان داده نشده است. هنوز اظهار نظر صریحی درباره مناسب‌ترین درمان موضعی برای شقاق نوک پستان وجود ندارد.

• **درمان برفک:** با استفاده از پماد یا ژل ضد قارچ، برفک پستان درمان می‌شود که باید آرئول را به ملایمت تا ۳ دقیقه ماساژ داد. عده‌ای از نیستاتین خوراکی استفاده کرده‌اند که اثر خوبی داشته است،

گرچه بکار بردن ضد قارچ‌های جدید triazole ممکن است مؤثرتر باشند. سایر منابع عفونت کاندیدیائی در افراد فامیل (مخصوصاً دهان و کفل بچه و واژن مادر) نیز نیاز به درمان دارند.



برفک نوک پستان

- **درمان عفونت‌ها:** عفونت استافیلوکوکی یا عفونت به دلیل سایر باکتری‌ها نیاز به درمان با داروهای ضد باکتریائی سیستمیک یا موضعی مناسب دارند.
- **بیماری‌های پوستی:** بیماری‌های عمومی پوست ممکن است بدون ابتلاء سایر نقاط بدن، در نوک پستان تظاهر نمایند. معمولاً ناحیه مبتلا با آن قسمت از پستان که با دهان بچه تماس دارد مطابقت می‌کند. بعضی مادران به کرم‌هایی که به نوک پستان مالیده می‌شود حساس هستند و قطع مصرف آن، مشکل را حل می‌کند. صابون، عطر، ادوکلن و شوینده‌ها نیز ممکن است دخیل باشند.
- گاهی نوک پستان مادر به **بزاق دهان** کودک واکنش نشان می‌دهد. اگر ارتباط مستقیمی بین زخم پستان و عوامل اختصاصی وجود نداشته باشد. آن وقت نوک پستان به درمان نیاز دارد که ممکن است شامل شستن آن با آب و نمک یا یک محلول قلیایی ضعیف مثل بیکربنات سدیم (۵گرم در ۶۰۰ میلی‌لیتر آب) یا کریستال‌های پرمنگنات پتاسیم و کرم یا پمادهای استروئیدی ضعیف تا متوسط بعد از هر بار تغذیه باشد.
- **تجمع شیر در زیر پوست** به صورت نقاط سفید روی نوک پستان گرچه شایع نیست ولی سبب درد نوک پستان می‌شود و می‌تواند به مجاری بسته و ماستیت منجر گردد. به هر حال اغلب خود به خود برطرف شده ولی بعضی مواقع ممکن است نیاز به برش داشته باشد تا به ملایمت تخلیه گردد.
- حتی وقتی نوک پستان ترک، تاول یا شقاق داشته باشد شیردهی می‌تواند به طور مداوم ادامه یابد. خونی که کودک موقع شیر خوردن از نوک پستان آسیب دیده ممکن است ببلعد هیچ ضرری ندارد.

پیشگیری

بهترین اقدام آموزش مادر درباره احتمال حساس شدن نوک پستان در چند روز اول تولد نوزاد و اهمیت وضعیت صحیح شیردهی و گذاشتن صحیح شیرخوار به پستان (attachment) است. نقش پزشک و پرسنل درمانی زایشگاه در حمایت از مادر و کمک به او در نحوه درست شیر دادن بسیار مؤثر بوده و به پیشگیری از بروز بسیاری مشکلات کمک می‌کند. سایر پیشنهادات عبارتند از:

- شیردهی از زمان تولد به طور مکرر انجام شود تا نوزاد موقع تغذیه حریص نباشد.

- از مصرف موادی مثل صابون، کرم، اسپری که ممکن است به نوک پستان‌ها آسیب برساند اجتناب گردد.
- (pad)های پستان در صورت خیس بودن تعویض شوند تا از مرطوب ماندن نوک پستان جلوگیری شود.
- در صورت لزوم (برای اینکه شیرخوار پستان را رها کند)، مادر می‌تواند انگشت تمیز خود را گوشه لب و بین لثه‌های شیرخوار قرار دهد.
- بعد از هر بار شیردهی، مادر نوک پستان خود را در معرض هوا قرار دهد و چند قطره از شیر پستان را به نوک پستان بمالد تا به طور طبیعی خشک شود.

نوک صاف و فرو رفته پستان



اگر نوک پستان با تحریک و فشردن ناحیه آرئول از دو طرف، به طرف خارج برجسته شود، نیاز به درمان خاصی ندارد به شرطی که قابلیت کشش پستان خوب باشد. (شکل A پائین صفحه و B شکل بالا)

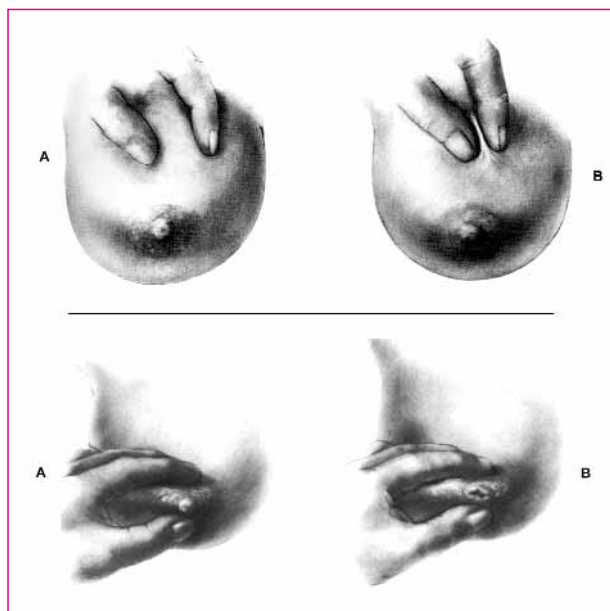
در صورتی که آرئول در ۲/۵ سانتی متر عقب‌تر از قاعده نوک پستان فشرده شود و نوک پستان فرو برود یا مقعر شود، آن را نوک پستان فرو رفته می‌نامند. (تصویر B پائین)

فرضیه‌های مختلفی برای نوک پستان فرو رفته مطرح شده است:

۱- باندهای ظریف بافت همبند به نام Adhesive Bands نوک پستان را به بافت داخلی پستان متصل می‌کند و آن را به داخل می‌کشد.

۲- سینوس لاکتوفروس بسیار کوتاه است.

۳- بافت همبند متراکم زیر نوک پستان کمتر است.



یک نوع نوک پستان فرو رفته به نام (dimpled or folded nipple) وجود دارد که تنها قسمتی از نوک پستان فرو رفته است. این نوع ممکن است با درمان در حین حاملگی بهتر شود.

شدت فرو رفتگی نوک پستان در خانم‌ها متفاوت بوده و ممکن است نوک هر دو پستان صاف و یا هر دو فرو رفته، یا یکی صاف و دیگری فرو رفته باشد و نوزاد، یک پستان را به خاطر اندازه و شکل آن ترجیح دهد.

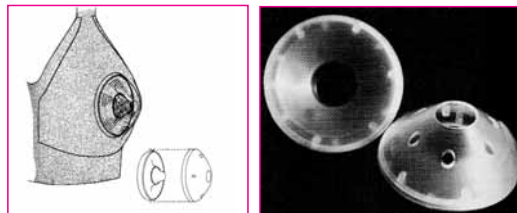
درمان

گرچه در مورد موفقیت درمان، اختلاف نظر وجود دارد ولی اغلب مادران آن را کمک کننده می دانند. روش های مختلف عبارتند از:

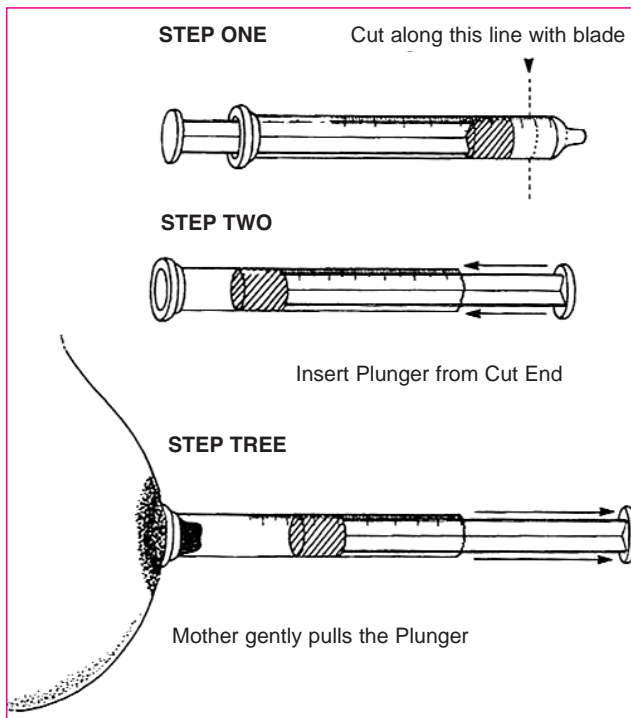
۱- استفاده از پوشش (محافظ) پستان (breast shell)



با این وسیله ممکن است نوک پستان فرو رفته یا صاف، برجسته شود. به طور معمول پوشش پستان طی سه ماهه سوم حاملگی به کار می رود. در ابتدا چند ساعت در روز و به تدریج مدت آن افزایش می یابد در ضمن از سینه بندی باید استفاده شود که کمی گشاد باشد تا به نوک پستان فشار وارد نکند. اگر نوک پستان صاف یا فرو رفته، تا زمان تولد نوزاد اصلاح نشد، مادر می تواند نیم ساعت قبل از هر شیردادن پوشش پستان را بپوشد تا نوک آن بیرون کشیده شود. پوشش پستان باید روزانه شسته شود.



۲- استفاده از سرنگ



سرنگ ممکن است به کشیده شدن نوک پستان صاف یا فرورفته کمک نموده و گرفتن پستان (latch-on) را آسان تر کند. برای نوک پستان های کوچک، از سرنگ ۱۰ سی سی و برای نوک پستان های بزرگ از سرنگ ۲۰ سی سی استفاده می شود. انتهای سرنگ را با تیغ بریده، پیستون سرنگ را در آورده و از محل بریده شده وارد می کنند. قسمت صاف سرنگ را به آرئول پستان مادر گذاشته و با کشش برای مدت حدود ۳۰ تا ۶۰ ثانیه می توان نوک پستان را به بیرون کشید و این کار را مجدداً تکرار نمود.

دندان در آوردن و گاز گرفتن

دندان در آوردن سبب تورم و زخم لثه شیرخوار شده و شیرخوردن او را مشکل می‌کند. درد نوک پستان به علت دندان در آوردن شیرخوار یک ناراحتی موقتی است و با جوانه زدن دندان برطرف می‌شود. قبل از شیرخوردن می‌توان یک تکه پارچه خیس سرد، یا دندان گیر سرد روی لثه شیرخوار گذاشت تا آن را بچود.

در مورد دادن داروهای تسکین دهنده درد و یا ژل بی حس کننده لثه، باید با پزشک مشورت شود. چون این مواد باعث بی حسی زبان شیرخوار و گاهی هم آرئول مادر شده و شیر خوردن کودک را مشکل می‌کند.

اغلب مادران درواکنش به گاز گرفتن پستانشان، به طور ناگهانی از جا می‌پرند و پستان را از دهان شیرخوار بیرون می‌کشند. با این کار، برخی کودکان جرات خود را برای گازگرفتن مجدد از دست می‌دهند. معمولاً با فشارمختصر سر شیرخوار به پستان مادر جهت انسداد بینی وی، سبب رها نمودن پستان می‌شود ولی اگر شیرخوار مجدداً گاز بگیرد باید مادر سعی کند به آرامی پستان خود را از دهان او خارج کند چون کشیدن ناگهانی پستان سبب آسیب بیشتر نوک آن می‌شود. در کودکان حساس، واکنش خشن مادر می‌تواند منجر به امتناع شیرخوار از گرفتن پستان و شیرخوردن او شود.

برفک

کاندیدای آلبیکانوس ممکن است سبب برفک و عفونت قارچی در نوک پستان، مجاری شیر، واژن مادر، دهان و محل پوشک کودک گردد. علایم گرفتاری پستان مادر به صورت زیر است:

۱- سوزش شدید نوک پستان و درد آرئول که بعد از شیردهی تشدید و با بهبود وضعیت شیردهی تسکین نمی‌یابد.

۲- درد تیر کشنده عمقی

۳- حساسیت شدید نوک پستان در لمس.

۴- خارش و سوزش نوک پستان و ارغوانی یا قرمز شدن نوک پستان همراه با قسمتی از آرئول.

عوامل زیر مادران را در معرض بیشتر خطر ابتلاء به برفک قرار می‌دهد

۱- مصرف آنتی بیوتیک وسیع الطیف

۲- استفاده از (pad)های نامناسب شیردهی که محیط پستان را گرم و مرطوب نگه می‌دارد.


۳- کمبود مواد تغذیه‌ای مثل آهن اسید، فولیک، ویتامین‌های A و B و C

۴- دیابت

۵- استفاده از قرص جلوگیری از حاملگی محتوی استروژن

۶- استفاده طولانی مدت از استروئید مثلاً در درمان آسم.

درمان

در صورت تشخیص، مادر و کودک، هم زمان باید درمان شوند. کرم نیستاتین برای مادر و قطره نیستاتین، برای کودک تجویز می‌گردد. اثر موضعی محلول ویوله ژانسیان ۱٪ در آب (Gentian violet) برای کاندیدا بسیار موثر است و به صورت آغشته نمودن دهان شیرخوار و آرئول و نوک پستان اما به مدت کمتر از یک هفته استفاده می‌شود 

اگر مادر عفونت قارچی مکرر داشته باشد، دادن نیستاتین خوراکی اندیکاسیون دارد. در صورت مقاوم بودن بعضی سوش‌های کاندیدا آلبیکانس به نیستاتین، می‌توان ژل میکونازول یا کلوتریمازول موضعی برای مادر و کودک استفاده کرد.

در حین درمان، تغذیه با شیرمادر ادامه می‌یابد. تخفیف علائم بالینی ممکن است در موارد خفیف ۲۴ ساعت تا ۴۸ ساعت و در موارد شدید ۳ تا ۵ روز طول بکشد ولی علیرغم بهبود ظاهری و علائم، درمان باید به مدت ۱۴ روز ادامه داشته باشد.

برای جلوگیری از عود برفک به موارد زیر توجه شود

۱- در صورت استفاده از سر پستانک، دندان گیر یا سر شیشه، باید روزانه به مدت ۲۰ دقیقه جوشانیده و بعد از یک هفته مصرف دور انداخته شوند.

۲- در صورت استفاده مادر از پمپ شیردوش، قطعات آن باید هر روز جوشانیده شود.

۳- منجمد کردن شیر دوشیده شده آلوده به برفک، قارچ را غیر فعال می‌کند ولی از بین نمی‌برد لذا مصرف آن مجدداً سبب برفک می‌شود.

مشکلات مربوط به پستان

احتقان پستان



کمی بعد از زایمان، شبکه عروقی پستان افزایش می‌یابد و تولید شیر هم به تدریج زیاد می‌شود به طوری که تا روز سوم بعد از زایمان، شیر به مقدار فراوان ترشح می‌شود. این دو عامل باعث می‌شوند که پستان در لمس، قوام محکم تا سفت داشته و دردناک و گرم باشد. تغییرات گفته شده نه تنها به علت تجمع شیر در مجاری، بلکه به علت احتباس مایع در بافت‌های اطراف آن نیز می‌باشد.

اگر شیرخوار از موقع تولد به طور مکرر از پستان مادر شیر بخورد، احتمال بروز احتقان کمتر می‌شود. تورم ممکن است از نواحی ما بین ترقوه تا دنده تحتانی قفسه سینه و از خط زیر بغل میانی تا خط میانی جناغ گسترش یابد. پوست روی پستان اغلب براق و نوک پستان پهن به نظر می‌رسد. این تغییرات، گرفتن پستان را برای شیرخوار بسیار مشکل می‌کند لذا ممکن است نوک پستان زخم و عدم تخلیه پستان سبب احتقان بیشترشود.






احتقان اگر درمان نشود ممکن است به علت ایجاد فشار، سبب آتروفی سلول‌های ترشح کننده غدد شیر و اختلال در شیردهی شود.

احتقان پستان ممکن است در مواقع دیگر هم اتفاق بیفتد مثلاً هر زمان که دفعات شیردهی به طور ناگهانی کاهش یابد، مانند

شیرخواری که در اوایل زندگی سراسر شب را می‌خوابد یا بعد از دو سالگی اگر از شیر گرفتن کودک ناگهانی صورت بگیرد. (در این احتقان، تغییرات عروقی زیاد نیست و با دوشیدن شیر، درد تسکین می‌یابد).

درمان

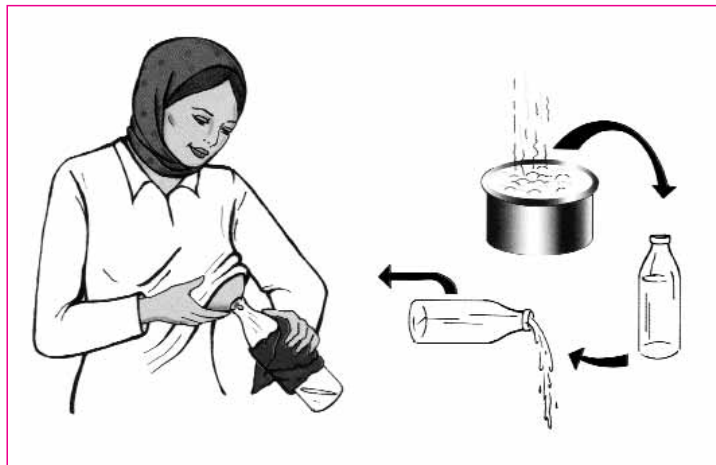
معمولاً احتقان پستان در طی یکی دو روز حتی بدون درمان کاهش می‌یابد ولیکن به مادر توصیه می‌شود:

- به طور مکرر و نامحدود (هر ۱ تا ۳ ساعت) شیر بدهد تا پستان‌ها به خوبی تخلیه شوند.
- قبل از هر بار شیردهی مقداری از شیر را بدوشد تا آرنول نرم شود. همچنین شیرخوار را به طور صحیح به پستان بگذارد که پستان‌ها به خوبی تخلیه و از زخم نوک پستان جلوگیری شود.
-  قبل از دوشیدن یا شیردادن به کودک، به مدت ۲۰ دقیقه کیسه آب گرم روی پستان خود بگذارد تا جریان شیر و رگ کردن پستان فعال شود.
- وضعیت‌های شیردهی را تغییر دهد تا تمام نواحی پستان به خوبی تخلیه گردد.
- به فرزندش بر حسب تقاضای او شیر بدهد. اجازه دهد که شیرخوار از پستان اول آن قدر تغذیه کند تا سیر شود و خودش آن را رها کند.
- در صورت نیاز، شیرخوار را جهت شیرخوردن از خواب بیدار کند.
- شیردهی را از پستان پر شروع نماید.
-  در موقع شیردادن، پستان را به طرف نوک آن ماساژ دهد.
-  بعد از هر نوبت شیر دادن به مدت ۲۰ دقیقه کیسه آب سرد روی پستان خود بگذارد.

مایین شیردهی

- برای تسکین و کاهش اتساع عروق و تورم می‌تواند از کمپرس سرد استفاده نماید. به کار بردن سرما بعد از شیردهی که پستان‌ها نسبتاً خالی هستند، عروق را منقبض می‌کند و تورم ناشی از توقف وریدی (استاز) را کاهش می‌دهد.
- **گذاشتن برگ‌های کلم سرد شده** روی پستان مادر ممکن است اثرات مشابهی در بعضی از مادران داشته باشد، گرچه در عده‌ای دیگر واکنش‌های حساسیتی اتفاق می‌افتد. استفاده از برگ کلم سبز حتی خیلی سریع از کمپرس یخ و یا سایر درمان‌های دیگر به رفع احتقان پستان کمک می‌نماید. برگ‌ها را باید قبل از استفاده کاملاً شست و در یخچال گذاشت تا سرد شود سپس وسط برگ کلم را به اندازه نوک پستان خالی کرده و آنرا به مدت ۲۰ دقیقه (یا تا زمانی که برگ کلم خود بخود از پستان جدا شود) روی پستان گذاشت. این کار را می‌توان ۲ تا ۳ بار در روز انجام داد.
- ماساژ ملایم پستان با دست و دوشیدن مقدار کمی شیر ممکن است به تسکین درد کمک کند.
- مادر نباید از سینه بند سفت و تنگ استفاده نماید. کمرست با اندازه کمی بزرگ‌تر و راحت‌تر توصیه می‌گردد.
- گاهی در عده‌ای از خانم‌ها تخلیه کامل هر دو پستان با پمپ الکتریکی، احتقان را تسکین می‌دهد.

- پستان‌های محتقن به آسانی صدمه می‌بینند لذا دوشیدن شیر باید با ملایمت انجام شود. در غیر این صورت می‌تواند به ماستیت منجر گردد.
- اگر احتقان شدید و تمام اقدامات جهت تسکین آن بی اثر باشد، مادر می‌تواند دوش آب گرم بگیرد و به آرامی نواحی مختلف پستان را زیر آب گرم، ماساژ دهد. این کار باعث شل شدن (Relaxation) نوک و بافت پستان می‌شود. در جایی که سایر روش‌ها ممکن است غیر قابل تحمل باشند این روش اغلب موثر و بدون درد است.
- در مواردی که امکان دسترسی به دوش آب گرم و یا پمپ الکتریکی برای مادر وجود نداشته باشد می‌تواند برای تخلیه پستان‌ها از بطری با دهانه گشاد استفاده نماید. ابتدا یک بطری شیشه بطری شیرپاستوریزه را با آب داغ پر نموده و کمی بعد آن را خالی می‌کند. سپس دهانه آن را خنک کرده به پستان می‌گذارد. گرما و خلأ ملایم ایجاد شده اجازه می‌دهد که بدون آسیب رساندن به پستان و نوک آن، شیر جریان پیدا کند.



تولید زیاد شیر

احتقان و تولید شیر به طور معمول در چند روز اول اتفاق می‌افتد و در بعضی از مادران تولید بیش از حد شیر پایدار می‌ماند. این حالت علاوه بر این که برای مادر ناراحت کننده است ممکن است به مجرای بسته و ماستیت هم منجر شود. اغلب شیرخوار وقتی با حجم زیاد شیر روبرو می‌شود ممکن است ناشکیبایی و بی‌قراری از خود نشان دهد و دچار دل‌دردهای متناوب شود.

درمان

- در هر وعده تغذیه، از یکی از پستان‌ها، به تناوب شیر داده شود. وقتی شیرخوار به طور مکرر (حداقل هر ۲/۵ الی ۳ ساعت) شیر بخورد این روش نتیجه خوبی می‌دهد. اگر کودک در طی یک ساعت بعد از شیر خوردن بی‌قراری کند، باید اجازه داد تنها از همان پستانی که قبلاً شیرخورده است شیر بنوشد تا شیرکم حجم ولی با چربی زیادتر را دریافت کند.

- پستان‌ها روزانه از نظر وجود توده و گره‌های شیری (lumpiness) معاینه و در صورت وجود گره‌های شیری، ماساژ داده و دوشیده شوند.

جریان سریع شیر (تشدید رفلکس جهش شیر)

گاهی واکنش جهش شیر، قوی است و شیر به سرعت و با نیروی قابل ملاحظه‌ای جریان می‌یابد لذا عده‌ای از شیرخواران قادر به تطبیق مکیدن و بلعیدن خود با جریان شیر نیستند. این مسئله اغلب در چند هفته اول اتفاق می‌افتد که نوزاد کوچک و تولید شیر زیاد است.

نشانه‌ها

وقتی شیر با جهش زیاد خارج شود کودک دچار حالت خفگی شده و از گرفتن پستان امتناع می‌کند. شیرخوار ممکن است گریه کند و یا در اوایل شب دچار دل درد کولیکی و بی‌قراری گردد.

درمان

وضعیت شیر خوردن

- بهبتر است شیرخوار بالاتر یا هم سطح پستان و نه در زیر آن قرار گیرد. وضعیت‌های پیشنهادی عبارتند از:
- نشستن در یک صندلی راحت با چند بالش در دامان مادر، به طوری که سرکودک بالاتر از پستان باشد.
 - شیر دادن در وضعیت خوابیده به پهلو، در حالی که شیرخوار با یک بالش در زیر سر، در کنار مادر قرار گیرد.
 - شیر دادن در وضعیت خوابیده به پشت به طوری که سینه شیرخوار روی شکم مادر قرار بگیرد.



همچنین به مادر توصیه می‌شود اقدامات زیر را انجام دهد:

- پستانش را بدوشت تا جهش شیر برطرف شود سپس کودک را به پستان بگذارد.
- وقتی جهش شیر شروع شد، جریان شیر را با فشردن مختصر آرنجول ما بین انگشتان اول و دوم، کم کند و با آهسته شدن جریان شیر به تدریج فشار را کمتر نماید. این کار ممکن است در بعضی از خانم‌ها احتمال بسته شدن مجاری شیر را افزایش دهد.
- کودک را مکرراً شیر دهد. در این صورت جهش شیر خیلی قوی نخواهد بود.

مجاری بسته

لمس یک توده حساس در پستان مادری که شیر می‌دهد و قبلاً سالم بوده، احتمالاً به علت بسته شدن یک یا چند مجرای جمع‌کننده شیر است. پس زدن شیر در پشت انسداد، سبب التهاب بافت می‌شود. مادر ممکن است از حساسیت متوسط تا شدید ناحیه مبتلا، مخصوصاً زمانی که پستان رگ می‌کند، شکایت نماید.

علل / پیشگیری

بسیاری از عوامل مساعدکننده بسته شدن مجاری، قابل پیشگیری هستند نظیر:

- فاصله طولانی بین دفعات شیردهی، تخلیه نا کامل پستان، ضربه و فشار به پستان. مناسب نبودن اندازه سینه‌بند، خوابیدن به شکم، سفت بستن «آغوشی» بچه، به خواب رفتن شیرخوار در روی پستان و نامناسب بستن کمر بند صندلی هنگام مسافرت همه می‌توانند از علل توقف شیر در مجاری، باشند.

درمان

یک مجرای بسته باید فوراً درمان شود تا از عوارضی مانند ماستیت و تشکیل آبسه جلوگیری گردد. از جمله:

- شیردهی مکرر به تخلیه پستان و برطرف کردن انسداد کمک می‌کند. از شیرگرفتن شیرخوار در این زمان به علت امکان عوارض ماستیت و تشکیل آبسه ممنوع است.
- شروع شیردهی باید ابتدا از پستان مبتلا باشد تا تخلیه مؤثر را تقویت کند.
- شیرخوار در وضعیت صحیح به پستان گذاشته شود.
- مادر باید وضعیت‌های متفاوتی را امتحان کند. جاذبه زمین می‌تواند به تخلیه مجرای مبتلا کمک نماید.
- قبل و حین شیردهی، جهت تقویت جریان شیر از کیسه آب گرم و بعد از هر بار شیردهی جهت تسکین، از کیسه آب سرد استفاده گردد.
- هنگام شیردادن یا دوشیدن شیر، ناحیه مبتلا از بالا به طرف نوک پستان به ملایمت ماساژ داده شود.
- اگر کودک نمی‌تواند پستان را کاملاً خالی نماید، باید شیر را با دست دوشید. دوشیدن در زیر دوش آب گرم، اغلب مؤثر است.
- جهت کمک به رگ کردن پستان، مادر باید آرامش داشته باشد.

ماستیت



گرچه مجاری بسته، ماستیت و آبسه پستان هر یک بیماری مستقلی هستند، در بسیاری از موارد، پاتولوژی آنها تداوم یک روند را نشان می‌دهد و یکی از آنها به دیگری منجر می‌گردد. بسیاری از علل و اقدامات پیشگیری‌کننده مربوط به مجاری بسته، در مورد ماستیت صادق است و درمان مناسب ماستیت، یکی از راه‌های مهم پیشگیری از آبسه پستان است. ماستیت یا التهاب پستان (یا قسمتی از آن) اغلب متعاقب انسداد جریان شیر اتفاق می‌افتد زیرا شیر از مجاری به داخل بافت‌های اطراف نشت می‌کند که لزوماً نشانگر عفونت نیست. گرچه علائم و تظاهرات اولیه ممکن است یکسان یا مشابه باشند. فقط یک تاریخچه دقیق به تمایز آن کمک می‌کند.

ماستیت را می‌توان به عنوان التهاب پستان تعریف کرد و به صورت زیر تقسیم‌بندی نمود:

ماستیت غیر عفونی: متعاقب نشت شیر به داخل بافت‌های اطراف یک مجرای بسته ایجاد می‌شود.

ماستیت عفونی: که شامل دو قسمت است:

الف) سلولیت بافت هم بند بین لوبولی

ب) عفونت مجاری شیر همراه با آدنیت

شایع‌ترین شکل ماستیت عفونی، سلولیت بافت هم بند بین لوبولی است. هنوز معلوم نیست چرا بافت بین لوبولی بدون درگیری سیستم مجاری و غددی، گرفتار می‌شود. شایع‌ترین ارگانیزم، استافیلوکوک آرنوس و با شیوع بسیار کمتر اش‌ریشیاکولی می‌باشد. به ندرت استرپتوکوک می‌تواند ماستیت دو طرفه ایجاد نماید. گرچه توقف شیر اغلب در اتیلوژی ماستیت دخالت دارد ولی بسیاری از حملات آن بدون هر گونه نشانه‌ای از پر بودن پستان یا مجاری بسته اتفاق می‌افتد. ترک یا شقاق نوک پستان نیز در بروز ماستیت دخالت دارد. راه ورود ارگانیزم‌های عفونی ممکن است از طریق خون یا سیستم لنفاتیک یا به طور معکوس از مجاری شیری باشد. بسیاری از حملات ماستیت در ربع فوقانی خارجی پستان اتفاق می‌افتد و به نظر می‌رسد اغلب ماستیت در طرفی است که مادر ترجیح می‌دهد بچه‌اش را در همان طرف بغل کند ۴۸٪ حملات ماستیت در ۴ ماه اول بعد از زایمان است ولی می‌تواند تا زمان از شیر گرفتن هم رخ دهد.



تشخیص ماستیت اغلب بر اساس افزایش درجه حرارت بدن (۳۸/۵ درجه سانتی‌گراد)، لرز، بی‌حالی عمومی، قرمزی، تورم و درد قسمتی از پستان است. بعضی از محققین، تشخیص بیماری را بر مبنای تعداد لکوسیت‌های موجود در شیرمادر به شرح زیر پیشنهاد کرده‌اند.

شیر سالم: کمتر از ۱۰ به توان ۳ لکوسیت و کمتر از ده به توان سه باکتری در میلی‌لیتر شیر.

توقف شیر: کمتر از ۱۰ به توان ۶ لکوسیت و کمتر از ۱۰ به توان ۳ باکتری در میلی‌لیتر شیر.

ماستیت غیر عفونی: بیشتر از ۱۰ به توان ۶ لکوسیت و کمتر از ده به توان سه باکتری در میلی‌لیتر شیر.

ماستیت عفونی: بیشتر از ۱۰ به توان ۶ لکوسیت و بیشتر از ده به توان سه باکتری در میلی‌لیتر شیر.

مطالعات نشان داده‌اند که در شیر پستان مبتلا به ماستیت، میزان کلر، سدیم و ایمونوگلوبولین‌ها افزایش یافته و لاکتوز کاهش می‌یابد. به نظر می‌رسد افزایش غلظت عوامل ضد میکروبی (IgG, IgA, C3, C4, IgM, لیزوزیم و لاکتوفرین) یک دفاع موضعی پستان برعلیه ماستیت باشد.

علل ماستیت**تخلیه ناکافی پستان**

- تخلیه ناکافی یا تأخیری در صورت بسته شدن یک یا چند مجرای شیر
- احتقان پستان بعد از برقراری شیردهی یا به علت تغییر در برنامه تغذیه شیرخوار (برای مثال، خوابیدن شیرخوار در سراسر شب یا به سرکار برگشتن مادر)
- از شیرگرفتن ناگهانی
- ازدیاد تولید شیر
- ناهنجاری‌های مجاری شیر یا اسکار جراحی که اجازه تخلیه کامل قسمتی از پستان را ندهد.
- وضعیت شیردهی و به دهان گرفتن پستان به طور نامناسب و بالاخره مهار رفلکس جهش شیر



آسیب به نوک و بافت پستان آسیب دیده و منابع خارجی عفونت

- نوک پستان آسیب دیده یا زخمی شده
- شقاق نوک پستان
- آلودگی‌های باکتریایی از بینی و دهان بچه یا کرم‌های مالیده شده به نوک پستان


سایر علل

- عفونت‌های ویروسی مثل اوریون
- ضربه‌های مکرر (لگد، فشار)
- استرس (اسباب کشی منزل، مهمان داری، مرگ عزیزان، بیکار شدن شوهر)
- خستگی
- ناخوشی عمومی
- سوءتغذیه
- پایین بودن سطح C_3 IgA و لاکتوفیرین

درمان**درمان ماستیت غیر عفونی**

تخلیه مکرر و کامل پستان، سبب احساس راحتی پستان می‌شود که به دلیل خروج شیر و کاهش فشار پستان است.  بهترین راه تخلیه، شیرخوردن مکرر شیرخوار است ولی دوشیدن شیر هم ممکن است گاهی اوقات مؤثر باشد.  به نظر نمی‌رسد کودک به علت تغذیه از پستان مبتلا به ماستیت، بیمار شود ولی بعضی شیرخواران از گرفتن پستان امتناع می‌کنند.

درمان ماستیت عفونی

در صورت شک به ماستیت عفونی، باید هر چه زودتر  با آنتی بیوتیک را شروع و به مدت ۱۰ روز ادامه داد. شیردهی بهتر است از پستان مبتلا شروع شود مگر این که بسیار دردناک باشد در این صورت شیردهی را با پستان سالم شروع می‌نمایند تا جهش شیر برقرار شود سپس کودک را به پستان مبتلا می‌گذارند. توصیه می‌شود که

شیرخوار در وضعیت صحیح و در وضعیت‌های مختلف، شیر بخورد تا به تخلیه لوب مبتلا کمک شود. وضعیت بچه باید طوری باشد که گونه یا بینی او به طرف ناحیه مبتلا قرار گیرد.

- پستان را به طرف نوک آن به ملایمت ماساژ دهند.
- برای تشدید رفلکس جهش شیر از تکنیک‌های (Relaxation) استفاده کنند.
- برای تسکین پستان از کمپرس گرم (ترجیحاً قبل از شیردهی) و یا کمپرس سرد (ترجیحاً بعد از شیردهی) استفاده گردد.
- در صورت نیاز، مسکن تجویز شود.
- در صورتی که شیرخوار از گرفتن پستان امتناع نماید، بهتر است پستان با دست یا پمپ دوشیده شود و شیر دوشیده شده را به کودک بخورانند.
- مادر به نوشیدن مایعات کافی و خوردن خوراکی‌های مغذی تشویق شود. بعضی از مادران نیاز به آموزش دارند که چگونه رژیم غذایی خود را بهبود بخشند.
- دریافت آهن توسط مادر، ضروری است به ویژه اگر متعاقب خونریزی موقع زایمان یا بعد از آن کم خون شده باشد. اگر درمان صحیح به سرعت برقرار شود در عرض ۳۶ تا ۴۸ ساعت علائم بیماری، بهبود پیدا می‌کنند ولی درمان را باید ادامه داد.

ماستیت اپیدمیک حوالی زایمان

- در حال حاضر یکی از انواع نادر، ماستیت باکتریال عفونی است که معمولاً هم مادر و هم کودک را مبتلا می‌سازد. ارگانیزم عامل آن یک سوش بیماری‌زای استافیلوکوک است که از طریق دست کارکنان بیمارستان گسترش می‌یابد. شروع درمان با آنتی بیوتیک مناسب، جداسازی (ایزوله کردن) و به کار بردن روش‌های ضد عفونی کننده خوب برای پیشگیری از گسترش آن توصیه می‌شود.
- ماستیت ممکن است به علت سالمونلا هم باشد لذا اگر گاستروانتریت شیرخوار همزمان با ماستیت مادر بروز کند، جستجو برای یافتن باکتری توصیه می‌گردد. این ماستیت با کامل شدن دوره درمان با آنتی بیوتیک، متوقف می‌گردد. گر چه تصور می‌شود که مدفوع شل شیرخوار، ناشی از گاستروانتریت است ولی می‌تواند به علت واکنش روده شیرخوار به آنتی بیوتیک مصرفی مادر نیز باشد.

ماستیت راجعه

خانم‌هایی که در شیردهی فعلی یا قبلی دچار ماستیت شده باشند به نظر می‌رسد که برای ابتلا به حمله دیگر، در معرض خطر بیشتری قرار دارند. گاهی این مسئله به علل مساعد کننده زمینه‌ای مثل زخم مزمن نوک پستان یا تولید بیش از حد شیر، بستگی دارد و در سایر اوقات به نظر می‌رسد هیچ دلیل مشخصی که نشان دهد چرا یک مادر، دچار ماستیت راجعه می‌شود وجود ندارد.

لازم است مادر از علائم اولیه توقف شیر و ماستیت آگاهی داشته باشد و بداند چگونه درمان فوری را شروع نماید. معاینه معمولی پستان توسط خود مادر ممکن است به او کمک کند که انسداد شیر را قبل از بروز علائم کشف نماید. او باید از حذف وعده‌های شیردهی، احتقان و ضربه اجتناب نماید.

اگر تولید بیش از حد و مستمر شیر، مشکل عمده است مادر می‌تواند سعی کند در هر وعده فقط از یک پستان شیر بدهد. استراحت کامل، مقابله با استرس، تخلیه کامل پستان و تغییر رژیم غذایی از جمله استفاده از غذاهای کم چربی ممکن است کمک کننده باشند. شمارش لکوسیت، کشت و تعیین حساسیت میکروبی در شیر پستان مبتلا، ممکن است جهت درمان با آنتی‌بیوتیک مناسب، ضروری باشد. از بینی و گلوی شیرخوار و هر محل دیگری که احتمال عفونت وجود دارد می‌توان کشت تهیه کرد.

آنتی‌بیوتیک طولانی مدت با دوز کم (مثل اریترومایسین یا تری متوپریم - سولفامتوکسازول) تأثیر خوبی داشته است.

مادر مبتلا به ماستیت راجعه ممکن است جهت تداوم شیردهی به حمایت اضافی و تشویق نیاز داشته باشد که کارکنان بهداشتی درمانی می‌توانند آموزش و کمک‌های عملی را به او ارائه دهند.

عوارض ماستیت

- آبسه پستان (متعاقباً بحث خواهد شد)
- تهاجم ثانویه ارگانیزم‌های قارچی مثل کاندیدا آلبیکانس، مخصوصاً بعد از مصرف آنتی‌بیوتیک ممکن است اتفاق افتد که خانم‌ها از درد شدید پستان و احساسی شبیه کشیدن یک میله داغ که تا بعد از شیردهی ادامه دارد شکایت می‌کنند. ممکن است هیچ علایمی از وجود برفک در دهان شیرخوار دیده نشود ولی می‌توان از کرم‌های ضد قارچ برای نوک پستان مادر (ماساژ کرم به ملایمت تا ۳ دقیقه) و محلول خوراکی برای دهان شیرخوار استفاده نمود. بعضی از کارکنان بهداشتی مصرف ضد قارچ‌های سیستمیک (نیستاتین) همراه با غذای کم کربوهیدرات و استفاده از مواد ال-اسیدوفیل را در عده‌ای از مادران مؤثر یافته اند. محلول‌های خوراکی ضد قارچی جدیدتر ممکن است مناسب باشند.

آبسه پستان

آبسه پستان یک تجمع موضعی چرک است که به علت تخلیه ناکافی عفونت باکتریایی تشکیل می‌گردد. آبسه شایع‌ترین عارضه ماستیت عفونی در صورت عدم درمان یا درمان ناکامل آن است. از شیرگرفتن ناگهانی در طی یک حمله التهاب حاد پستان، علت شایع دیگر آن می‌باشد. علایم و نشانه‌ها شامل بی حالی، تهوع، خستگی زیاد، درد عضلانی همراه با تورم، درد و قرمزی موضعی است. با این حال، موارد بدون علامت نیز گزارش شده است. تشخیص آبسه در یک پستان ملتهب، می‌توان از سونوگرافی استفاده کرد. یک آبسه حقیقی به تخلیه جراحی و درمان آنتی‌بیوتیک، استراحت و تخلیه کامل پستان (هر چند ساعت یک بار) نیاز دارد به جای تخلیه باز جراحی، در ایران بعضی موارد می‌توان از آسپیراسیون مکرر آبسه که با سونوگرافی کنترل شود استفاده کرد. درمان با آنتی‌بیوتیک باید بر اساس کشت، تعیین حساسیت و رنگ آمیزی گرم باشد. وقتی آبسه به بافت بینابینی محدود باشد، شیر پستان مبتلا، عموماً بدون آلودگی باقی می‌ماند. وقتی برش یا تخلیه جراحی به علت نزدیکی به آرئول، در مکیدن شیرخوار مانعی ایجاد نماید و یا آبسه به داخل سیستم مجاری پاره شود، شیر دادن از آن پستان موقتاً قطع ولی شیردهی از پستان سالم ادامه می‌یابد و به محض این که شیردهی از

پستان مبتلا برای مادر و شیرخوار مقبول باشد، مجدداً از آن پستان نیز از سر گرفته می‌شود. در این مدت مادر باید شیر پستان مبتلا را بدوشد و دور بریزد. معمولاً دوشیدن شیر در حالی که شیرخوار از پستان سالم شیر می‌خورد، آسان‌تر است. شیر ندادن طولانی مدت بعد از جراحی، احتمال عدم التیام زخم و قطع شیردهی را افزایش می‌دهد. نشت شیر از محل برش جراحی ممکن است آزار دهنده باشد ولی ازالیتام آن جلوگیری نمی‌کند.

خلاصه:

تغییرات هورمونی ناشی از حاملگی می‌تواند سبب حساسیت نوک پستان شود که شدت و مدت آن درخانم‌ها متفاوت است. برخی خانم‌ها در هفته اول بعد از زایمان دچار درد نوک پستان می‌شوند که بین روزهای سوم تا ششم به حداکثر می‌رسد و سپس برطرف می‌گردد. درد مداوم نوک پستان با کوتاه بودن طول مدت شیردهی و استرس‌های هیجانی مرتبط است. برای کمک و مشاوره با مادر باید از او در مورد محل درد و مرحله‌ای از شیردادن که احساس دردی کند، سوال کرده و علت درد نوک پستان مادر را بررسی نمود. شایع‌ترین علل درد نوک پستان در هفته‌های اول بعد از زایمان، وضعیت نادرست شیردهی و گرفتن نامناسب نوک پستان، احتقان پستان، استفاده از پستانک، کشیدن پستان از دهان شیرخوار و کوچک بودن زبان یا کوتاهی فرنولوم زبان است.

علل درد نوک پستان در مراحل دیگر شیردهی می‌تواند شقاق، برفک، استفاده نامناسب از پمپ، استفاده از صابون، بیماری‌های پوستی، سینه بند و تاول‌های شیری باشد.

در تمام موارد با اقداماتی می‌توان از آسیب بیشتر نوک پستان جلوگیری نموده و درد را کاهش داد از جمله:

به کارگیری روش‌هایی برای آرامش یافتن مادر، دوشیدن مقدار کمی شیر قبل از شیردادن، مصرف مسکن یا استفاده از کیسه یخ، شروع شیردهی از پستانی که درد کمتری دارد، شیردهی در وضعیت مناسب، خشک نگهداشتن نوک پستان و جلوگیری از ایجاد اصطکاک توسط لباس، عدم استفاده از کرم یا پماد، درمان‌های دارویی در صورت وجود برفک یا عفونت‌های استافیلوکوکی ... در هر حال بهترین اقدام، پیشگیری از بروز این مشکل می‌باشد که با آموزش مادر در زمینه وضعیت صحیح شیردهی و روش‌های مناسب شیردهی میسر می‌شود.

برخی خانم‌ها دارای نوک پستان فرورفته هستند اگر آرئول در $2/5$ سانتی متر عقب‌تر از قاعده نوک پستان فشرده شود و نوک آن فرو رفته یا مقعر شود، آن را نوک پستان فرو رفته می‌نامند. با استفاده از پوشش پستان و یا سرنگ می‌توان به مادران کمک نمود.

دندان در آوردن شیرخوار چون سبب تورم و زخم لثه او می‌شود ممکن است پستان مادر را گاز بگیرد. درد نوک پستان ناشی از دندان در آوردن شیرخوار، موقتی است و می‌توان قبل از شیردادن با استفاده از یک تکه پارچه خیس سرد یا دندان گیر سرد، روی لثه شیرخوار مشکل او را برطرف نمود.

در صورت وجود برفک، مادر و کودک هم زمان باید درمان شوند. در حین درمان، تغذیه با شیرمادر باید ادامه یابد. تسکین علائم بالینی در موارد خفیف ۲۴ تا ۴۸ ساعت و در موارد شدید ۳ تا ۵ روز طول می‌کشد ولی دوره درمان را

باید کامل نمود و تدابیر لازم برای جلوگیری از عود برفک مثل جوشانیدن دندان گیر یا سر پستانک، قطعات پمپ شیردوش... اعمال گردد.

- افزایش شبکه عروقی پستان و تولید شیر پس از زایمان باعث می‌شوند که پستان در لمس، قوام محکم تا سفت، دردناک و گرم داشته باشند. این تغییر به علت تجمع شیر در مجاری و همچنین احتباس مایع در بافت‌های اطراف آن حاصل می‌گردد و **احتقان** نام دارد. تغذیه مکرر شیرخوار از پستان، از موقع تولد از بروز احتقان جلوگیری می‌کند. در صورت وجود احتقان، گرفتن پستان برای شیرخوار مشکل می‌شود. عدم تخلیه و احتمالاً زخم نوک پستان، احتقان را شدیدتر می‌کند. برای درمان، تغذیه مکرر و نامحدود شیرخوار، دوشیدن کمی شیر قبل از شیردادن، گذاشتن کیسه آب گرم روی پستان، تغییر وضعیت شیردهی، شروع شیردهی از پستان پر.... توصیه می‌شود. ما بین وعده‌های شیردهی، می‌توان باکمپرس سرد، گذاشتن کلم سرد روی پستان، ماساژ ملایم، استفاده از بطری گرم... درد را تسکین داد.
- گاهی **واکنش جهش شیر، قوی** است و جهش زیاد شیر، شیرخوار را دچار حالت خفگی کرده و او از گرفتن پستان امتناع می‌کند. در این صورت توصیه می‌شود شیرخوار، بالاتر و یا هم سطح پستان قرار گیرد مثل شیردادن در وضعیت خوابیده به پهلو. با دوشیدن کمی شیر، تغذیه مکرر شیرخوار و فشردن آرئول ما بین انگشتان اول و دوم می‌توان از شدت جهش شیر کاست.
- لمس یک توده حساس در پستان مادر شیرده احتمالاً به علت بسته شدن یک یا چند مجرای شیری است که سبب التهاب بافت پستان می‌شود. با درمان فوری می‌توان از عوارضی مثل ماستیت و آبسه جلوگیری کرد. شیردهی مکرر، شروع شیردهی از پستان مبتلا، شیردهی در وضعیت‌های متفاوت، استفاده از کیسه آب گرم روی پستان، ماساژ ملایم.... می‌تواند به مادر کمک نماید.
- گرچه مجاری بسته، ماستیت و آبسه هر یک بیماری مستقلی هستند اما در بسیاری موارد یکی از آنها منجر به دیگری می‌گردد. بسیاری از علل و اقدامات پیشگیری کننده مجاری بسته، برای ماستیت صادق است و یا درمان مناسب ماستیت یکی از راه‌های مهم پیشگیری از آبسه پستان است. **ماستیت** که به عنوان التهاب پستان تعریف می‌شود می‌تواند عفونی و یا غیر عفونی باشد. در صورت شک به ماستیت عفونی، باید هر چه زودتر درمان با آنتی بیوتیک را شروع و به مدت ۱۰ روز ادامه داد. برخی خانم‌ها دچار ماستیت راجعه می‌شوند به نظر می‌رسد خانم‌هایی که در شیردهی فعلی یا قبلی دچار ماستیت بوده‌اند، برای ابتلا مجدد در معرض خطر بیشتری قرار دارند. در این صورت لازم است مادر از علائم اولیه توقف شیر و ماستیت آگاهی داشته باشد و بداند چگونه درمان فوری را شروع نماید.
- **آبسه پستان** یک تجمع موضعی چرک است که به علت تخلیه ناکافی عفونت باکتریایی تشکیل می‌شود و شایعترین عارضه ماستیت عفونی در صورت عدم درمان و یا درمان ناکافی است. یک آبسه حقیقی به تخلیه جراحی و درمان آنتی بیوتیک، استراحت و تخلیه کامل پستان نیاز دارد. شیر پستان مبتلا معمولاً بدون آلودگی باقی می‌ماند اما وقتی برش جراحی نزدیک به آرئول باشد و یا آبسه به داخل سیستم مجاری پاره شود، شیردهی باید از پستان سالم ادامه یابد و به محض رفع مشکل، شیردهی از پستان مبتلا نیز از سر گرفته شود.

توده‌های پستانی

مادر باید خود، پستان‌هایش را هر ماه یک بار معاینه کند. در صورت وجود توده در پستان، او می‌تواند با مشاهده کاهش اندازه توده بعد از شیردهی، ما بین توده‌های طبیعی پستان Lumpiness با توده‌هایی که ممکن است نیاز به اقدامات پزشکی داشته باشند افتراق دهد. توده‌هایی که اندازه آنها ثابت مانده و یا بزرگ می‌شوند باید ارزیابی گردند.

توده‌های پستان در زمان شیردهی شامل مجاری مسدود شده و عفونت پستان و گه‌گاه تومورهای خوش خیم مثل فیبروم و یا کیست ناشی از احتباس شیر (گالاکتوسل) و ندرتاً سرطان بدخیم می‌باشد. اگر مادر بلافاصله قبل از معاینه و یا انجام اقدامات طبی به کودکش شیردهد، لمس توده و یا آسپیره کردن آن با سوزن آسان‌تر می‌گردد.

برای تشخیص توده‌های پستانی روش‌های زیر کمک کننده هستند:

۱- **عکس برداری از سینه با اشعه ایکس:** گرفتن عکس با اشعه ایکس تأثیری روی شیر ندارد و مادر می‌تواند بلافاصله بعد از آن به فرزندش شیر دهد.

۲- **سونوگرافی و سی تی اسکن:** این روش‌ها نیز در شیردهی اختلال ایجاد نمی‌کنند و تأثیری روی شیر ندارند. سونوگرافی پستان برای افتراق توده‌های سفت و توپر (solid) از کیست و آبسه مفید است.

۳- **ام. آر. آی (M.R.I):** روی شیردهی یا شیرمادر اثر سوء ندارد و واکنش‌های جانبی به مواد رنگی تزریق شده در حین M.R.I گزارش نشده است.

۴- **ماموگرافی:** در مادر شیرده می‌توان ماموگرافی انجام داد ولی تفسیر آن به علت دانسیته خارج بافتی (extra tissue) زمان شیردهی مشکل است. ماموگرافی در تعیین اندازه و محل توده کمک می‌کند ولی قادر به نشان دادن توده در اوایل تشکیل و تغییرات بافت نرم در زمان شیردهی نیست. همچنین ماموگرافی در غربالگری (screening) توده پستانی در خانم‌های جوانی که شیر نمی‌دهند، استفاده محدودی دارد. چون دانسیته پستان در آنان بیشتر از خانم‌های مسن‌تر است. به طور کلی کاهش شیر پستان با شیردادن به کودک بلافاصله قبل از ماموگرافی و نیز کمک گرفتن از یک رادیولوژیست ماهر برای خواندن عکس‌ها، دقت تشخیصی ماموگرافی را بیشتر می‌کند.

۵- **آسپیراسیون با سوزن ظریف Fine-needle aspiration و بررسی سیتولوژی:** این روش تشخیصی می‌تواند برای تعیین ماهیت توده سفت توپر (solid) پستان توصیه شود. یک عمل سریع و نسبتاً بدون درد است که با بی‌حسی موضعی در مطب انجام می‌شود و نیاز به قطع شیردهی ندارد و گاهی برای اجتناب از بیوپسی استفاده می‌شود.

وجود خون در شیر

وجود خون در شیر در صورتی که نوک پستان زخم یا آسیب نداشته باشد هم از جهت احتمال کانسرو هم مضر بودن برای شیرخوار، همیشه برای مادر نگران کننده است. خروج خون از پستان در اواخر حاملگی و دو هفته اول بعد از زایمان به طور معمول به دلایل زیر است که خطر چندانی هم ندارند:

۱- احتقان عروقی: «vascular engorgement»

افزایش جریان خون پستان همراه با تکامل سریع غدد تولیدکننده شیر ممکن است سبب خونریزی مختصر و ورود آن در شیر شوند. اغلب در خانم‌های اول‌زا دیده می‌شود. معمولاً در هر دو پستان است ولی گاهی ممکن است ابتدا در یک پستان ظاهر گردد.

۲- پاپیلومای داخل مجاری و بیماری فیبروکیستیک

پاپیلوم داخل مجاری، یک تومور خوش خیم مجرای شیر است که معمولاً در یک پستان است. در لمس توده‌ای به دست نمی‌خورد. ممکن است سبب درد پستان شود. خونریزی اغلب خود به خود و بدون درمان متوقف می‌شود.

۳- پاره شدن مویرگ‌های داخل پستان

به علل مختلف مانند: آماده‌سازی توأم با خشونت نوک پستان، دستکاری خشن پستان و استفاده نادرست از پمپ شیردوش ایجاد می‌شود.

در موارد خروج خون از پستان، ادامه شیردهی برای شیرخوار مضر نبوده و اگر بعد از ۲ هفته وجود خون همچنان ادامه داشته باشد باید با پزشک مشورت شود.

درد عمقی پستان

گاهی مادر ممکن است از درد تیز (sharp) و تیر کشنده (shooting) پستان شکایت کند که به درد ناشی از زخم نوک پستان ارتباطی ندارد. دو علت شایع درد عمقی پستان یکی رفلکس قوی جهش شیر و دیگری ماستیت است که مادر موقع شیردادن این درد را احساس می‌کند. اگر مادر با فشار آوردن به ناحیه مشخصی درد احساس کند که در سراسر پستان پخش می‌شود، احتمال ماستیت وجود دارد و اگر درد لوکالیزه باشد سایر علل باید بررسی شوند.

درد عمقی پستان در ۶ هفته اول شیردهی

اگر درد خود به خود با گذشت زمان بهبود یابد، احتمال دارد به علت کشش (strain) عضلات در حین زایمان باشد و اگر با ادامه شیردادن درد کمتر شود، عواملی مثل احتقان و رفلکس قوی یا تأخیر رفلکس جهش شیر محتمل است. با این حال ماستیت نیز باید در نظر گرفته شود. وجود درد در حین یا در فواصل شیردهی و در یک یا هر دو پستان به تشخیص کمک می‌کند.

احتقان مخصوصاً اگر شدید باشد سبب درد شدید انفجاری و احساس پری و سفتی در هر دو پستان در حین و ما بین شیردهی می‌گردد. گاهی این درد، با خوب شیر دادن کاهش می‌یابد. معمولاً جدایی بچه و مادر در هفته‌های اول تولد مانند مقررات نادرست بیمارستان و یا کاهش دفعات شیردهی (خواب طولانی بچه در شب و دادن شیشه شیر) سبب احتقان می‌شود.

کشش عضله در حین زایمان به ویژه عضله پشت، سبب درد پستان در حین یا ما بین شیردهی در یک یا هر دو پستان (بسته به محل عضله کشش یافته) می‌گردد. گذاشتن یک بالش کوچک گرم مابین شانه‌های مادر و پوشیدن کمرست (bra) مناسب، درد را تسکین می‌دهد.

رفلکس قوی جهش شیر: سبب درد در همان پستان مخصوصاً در مادرانی که شیر زیادی تولید می‌کنند می‌شود. با شیردادن به نوبت از هر پستان و افزایش دفعات شیردهی درد کمتر شده و معمولاً در عرض یک ماه برطرف می‌گردد. **تأخیر یا مهار رفلکس جهش شیر:** ممکن است به علت احتقان در روزها و هفته‌های اول و یا استرس‌های هیجانی باشد. سایر فاکتورهایی که در رفلکس جهش شیر اختلال ایجاد می‌کنند عبارتند از: زخم نوک پستان، مصرف کافئین زیاد، سیگار و بعضی داروها.

علل درد عمقی پستان در هر زمان از شیردهی

- ۱- **ماستیت:** ماستیت سبب درد دائم لوکالیزه می‌شود.
- ۲- **خم شدن به طرف شیرخوار موقع شیردادن:** این کار به دلیل فشار به پشت و شانه‌های مادر و کشیدگی بافت پستان سبب می‌شود که مادر هنگام شیردادن در پستان احساس درد نماید لذا به مادر گفته می‌شود روی صندلی بنشیند و به جای خم شدن به طرف شیرخوار، او را به طرف خود بیاورد.
- ۳- **استفاده از کرسٹ نامناسب سبب آسیب پستان و در نتیجه درد موضعی می‌شود.**
- ۴- **پمپ شیردوش اگر نامناسب باشد در حین یا ما بین شیردادن در یک یا هر دو پستان ایجاد درد می‌کند.**
- ۵- **صدمه به پشت و کشش عضلات:** انجام ورزش‌های سنگین ممکن است سبب درد تیز شود که به پستان یا بازوها تیر بکشد.
- ۶- **چسبندگی‌های ناشی از جراحی قبلی یا اسکار بافت پستان:** به علت کشش در موقع شیردادن سبب درد می‌شوند درد معمولاً در یک پستان است. اگر اسکار در نوک یا آرنول پستان باشد، مادر می‌تواند در فواصل شیردهی از Breast Shell استفاده کند تا با ایجاد کشش، چسبندگی و اسکار را شل نگه دارد.
- ۷- **عفونت قارچی مجاری شیر:** درد شدید خنجری یا سوزشی در یک یا هر دو پستان در حین یا کمی بعد از شیردادن ایجاد می‌کند.
- ۸- **درد در زمان عادت ماهیانه:** قبل از شروع عادت ماهیانه، پستان‌ها در اثر هجوم خون و لنف متورم می‌شوند لذا در حین یا در فاصله شیردهی، هر دو پستان دردناک شده ولی کمی بعد از شروع عادت ماهیانه برطرف می‌گردد.
- ۹- **پستان‌های خیلی بزرگ:** سنگین شده و بافت همبند بالای آنها کشیده می‌شود.
- ۱۰- **بیماری فیروکیستیک:** سبب درد در یک پستان می‌شود که چند روز قبل از عادت ماهیانه تشدید می‌یابد.
- ۱۱- **درد توجیه نشده ممکن است به علت تومور باشد.**

پستان و شیردهی

خانم‌هایی که مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند، احتمال دارد نگران توانایی خود در تولید شیر کافی باشند. اگر مجاری شیر و اعصاب بزرگ بریده نشده و یا آسیبی ندیده باشد ممکن است در تولید شیر تغییری

ایجاد نشود. اگر برش جراحی منحصرأ در چین زیر پستان باشد، هیچ یک از مجاری یا اعصاب آسیب نخواهند دید و اگر برش نزدیک زیر بغل باشد و جراح دقت نماید، اعصاب بزرگ سالم می‌مانند. برش جراحی در اطراف آرئول تقریباً همیشه به مجاری شیر و احتمالاً اعصاب آن آسیب می‌رساند. آسیب عصب، سبب از دست دادن حس یک یا دو پستان می‌شود لذا رفلکس جهش شیرکند می‌گردد. اگر نوک پستان مثلاً به علت سوختگی آسیب دیده باشد، توانایی شیردهی مادر بستگی به مقدار شیری که از پستان جاری می‌شود خواهد داشت. همچنین ممکن است شیردهی به علت اسکار بافت سوخته شده، دردناک باشد و یا مادر اعتماد به نفس خود را از دست بدهد.

عمل جراحی برای بزرگ کردن پستان: breast augmentation surgery

در این عمل، از طریق برش انجام شده در چین زیر پستان در نزدیک زیر بغل یا اطراف لبه آرئول، ساک‌های حاوی سیلیکون یا سالین در زیر سطح پستان کاشته می‌شود. تزریق سیلیکون به علت ایجاد التهاب پستان و اسکار وسیع و تخریب مجاری شیر توصیه نمی‌شود.

عمل جراحی برای کوچک کردن پستان

قسمتی از بافت پستان از جمله تعدادی از مجاری شیر برداشته می‌شود. گاهی نوک پستان را برداشته و جای دیگر می‌کارند تا پستان‌ها قرینه نشان داده شوند. اگر نوک پستان برداشته شود همه مجاری شیر و اعصاب بزرگ بریده شده و آسیب می‌بینند.

خلاصه:

مادر باید پستان‌هایش را ماهی یک بار معاینه کند. در صورت وجود توده، او می‌تواند با مشاهده کاهش اندازه آن بعد از شیردهی، ما بین توده‌های طبیعی پستان با توده‌هایی که نیاز به اقدامات پزشکی دارند، افتراق دهد.

برای تشخیص توده‌های پستانی از روش‌های مختلفی مثل عکس برداری، سونوگرافی و سی تی اسکن، MRI استفاده می‌کنند که هیچ یک اثر سوء روی شیردهی مادر ندارند. در مادر شیرده ماموگرافی می‌توان انجام داد ولی تفسیر آن به علت دانسیته خارج بافتی زمان شیردهی مشکل است. آسیبراسیون با سوزن ظریف و بررسی سیتولوژی برای تعیین ماهیت توده سفت توپر پستان توصیه می‌شود.

وجود خون در پستان در اواخر حاملگی و دو هفته اول بعد از زایمان گرچه موجب نگرانی مادر می‌شود اما خطر چندانانی ندارد و می‌تواند به علل احتقان عروقی، پایلومای داخل مجاری و بیماری فیبروکیستیک یا پاره شدن مویزگ‌های داخل پستان باشد.

گاهی مادر دچار درد عمقی پستان می‌شود که می‌تواند به علت رفلکس قوی جهش شیر و یا ماستیت باشد. اگر درد خود به خود بهبود یابد، احتمال دارد به علت کشش عضلات در حین زایمان و اگر درد در ادامه شیردهی کمتر می‌شود، احتقان و رفلکس قوی جهش شیر مطرح می‌شود. عوامل دیگری مثل استفاده از کرست نامناسب، پمپ شیردوش نامناسب، چسبندگی ناشی از عمل جراحی و یا بیماری فیبروکیستیک.... می‌توانند سبب درد پستان گردند.

در مواردی که جراحی پستان انجام می‌شود اگر مجاری شیر و اعصاب بزرگ بریده نشده و آسیبی ندیده باشند، در تولید شیر ممکن است تغییری ایجاد نشود. برش جراحی نزدیک آرئول همیشه به مجاری شیر و احتمالاً اعصاب آن آسیب می‌رساند ولی در برش جراحی چین زیر پستان معمولاً هیچ یک از مجاری یا اعصاب آسیب نخواهند دید. عمل جراحی برای بزرگ و یا کوچک کردن پستان توصیه نمی‌شود.

ناکافی بودن شیرمادر

اهداف آموزشی:

- ۱- شناخت ناکافی بودن واقعی شیرمادر از تصور ناکافی بودن شیر
- ۲- آگاهی از علل شایع مربوط به مادر و شیرخوار در ناکافی بودن واقعی شیرمادر
- ۳- شناخت علائم خطر مربوط به مادر و شیرخوار
- ۴- ارائه کمک‌های عملی و توصیه‌های لازم به مادر

تحقیقات گوناگون، از جمله بررسی‌های انجام شده در کشور ما نشان می‌دهد که علت محرومیت کودکان از تغذیه با شیرمادر تشخیص غلط ناکافی بودن شیرمادر شان بوده است. مساله ناکافی بودن شیرمادر که بعضی آن را سندرم ناکافی بودن شیرمادر یا INSUFFICIENT MILK SYNDROME نامیده‌اند، به دو دسته تقسیم می‌شود:

دسته اول: تصور ناکافی بودن شیرمادر

در این دسته مبنای تشخیص ناکافی بودن شیرمادر فقط، تصور و برداشت مادر و اطرافیان اوست زیرا در این حالت کودک از رشد و تکامل مناسبی برخوردار است  این دسته از مادران که شیرشان به اشتباه ناکافی تصور می‌شود، اکثریت عظیمی از موارد ناکافی بودن شیرمادر را به خود اختصاص می‌دهند.

علل مختلفی سبب می‌شود مادران این ذهنیت را پیدا کنند که شیرشان ناکافی است. از جمله: بعضی مادران انتظار دارند فرزندشان نظیر کودکانی که از شیر مصنوعی تغذیه می‌کنند، با فواصل زیاد یعنی حدود هر ۴ ساعت یک بار تغذیه کند و چون شیرمادر به سهولت هضم شده و در نتیجه شیرخوار زود گرسنه می‌شود، اشتبهاً زود به زود شیر خوردن او را به حساب عدم کفایت حجم شیر خود و یا احیاناً رقیق و نامناسب بودن کیفیت آن می‌گذارند. بعضی از مادران چون ظاهر شیرمادر به خصوص قسمت اول شیر (Foremilk) آبکی‌تر از شیر مصنوعی به نظر می‌رسد، به اشتباه شیر خود را نامناسب و ناکافی تصور می‌کنند. برخی بیدار شدن‌های مکرر شیرخوار و تمایل وی به تغذیه و مکیدن مکرر پستان مادر به خصوص در ساعات شب را دلیل ناکافی بودن شیر خود تلقی می‌نمایند.

پاره‌ای از مادران گریه‌های مکرر و بی‌قراری شیرخوار را ناشی از کم بودن و یا ناسازگار بودن شیر خود تصور می‌نمایند و بعضی دیگر احتقان و بزرگ شدن پستان‌ها را که به طور طبیعی حدود ۴۸ ساعت پس از وضع حمل ظاهر می‌شود، به حساب زیاد شدن حجم شیر خود می‌گذارند و چون این احتقان و احساس پری پستان‌ها به طور طبیعی پس از حدود ۴۸ ساعت دیگر از بین می‌رود کوچک شدن اندازه پستان را ناشی از کاهش حجم شیر خود تصور می‌کنند. برخی از مادران کمتر خوابیدن شیرخوار و مکیدن مکرر دست‌هایش را ناشی از گرسنگی دائمی وی و آن را نتیجه ناکافی بودن شیر خود می‌دانند.

تعدادی از مادران وقتی می‌بینند شیرشان مثل سابق جاری نمی‌شود و یارگ کردن پستان‌های خود را احساس نمی‌کنند، یا قادر نیستند همچون گذشته پستان‌های خود را بدوشند، و یا به نظرشان می‌رسد که پستان‌هایشان کوچک شده است آن را دلیل عدم کفایت شیر خود می‌دانند.

در مورد این دسته از مادران، باید شیر خوارشان را بطور منظم وزن نمود و با ترسیم منحنی رشد کودک و ارائه آن به مادر، وی را از کفایت حجم و کیفیت شیرش مطمئن کرد. در غیر این صورت اضطراب و نگرانی بیش از حد مادر ممکن است موجب رگ نکردن پستان و در نتیجه کاهش انتقال شیر به فرزند وی و در نهایت کاهش حجم شیرمادر گردد و یا ممکن است مادر از فرط نگرانی به استفاده از شیر مصنوعی و امثال آن متوسل شود که این خود موجب کاهش بیشتر حجم شیر خواهد شد.

دسته دوم: ناکافی بودن واقعی شیرمادر

در این دسته، شیرمادر واقعاً برای تغذیه و رشد کودک کافی نیست. موارد واقعی ناکافی بودن شیرمادر خود شامل دو نوع اولیه و ثانویه است.

نوع اولیه

در نوع اولیه مادر از بدو امر شیر زیادی تولید نمی‌کند. این نوع از ناکافی بودن شیرمادر که فقط ۲ تا ۵٪ کل موارد را به خود اختصاص می‌دهد، به دلایل مختلف ممکن است اتفاق افتد که در زیر به علل آن اشاره می‌شود:



- مشکلات تشریحی پستان نظیر موارد بسیار نادر آپلازی و یا هیپوپلازی غدد شیرساز پستان که پستان مادر در دوران بارداری بزرگ نمی‌شود و بعد از زایمان هم چندان احتقان پیدا نمی‌کند.
- جراحی‌های پستان که به قصد کوچک کردن و یا بزرگ کردن اندازه پستان صورت می‌گیرد و یا هر نوع برشی که به منظور شکافتن آبرسه و یا به قصد بیوپسی به نسج اطراف نوک پستان وارد شود.
- رادیوتراپی پستان
- بیماری‌های شدید مادر نظیر عفونت، هیپر تانسین، سندرم شیهان و نیز در برخی مادران که به دلایل ناشناخته در سال‌های نزدیک به چهل سالگی و بعد از آن شیر کافی تولید نمی‌کنند.


نوع ثانویه

نوع ثانویه ناکافی بودن شیرمادر خیلی شایع‌تر است. در این نوع از عدم کفایت شیرمادر، در آغاز حجم شیرمادر زیاد است ولی در اثر مشکلات مربوط به مادر و یا فرزند، حجم شیر به سرعت کاهش می‌یابد. به طور کلی، تنظیم حجم شیرمادر بستگی مستقیم به دفعات تخلیه پستان‌ها و کامل بودن این تخلیه دارد یعنی هر چه دفعات تخلیه در شبانه روز بیشتر و میزان تخلیه کامل‌تر باشد، حجم شیرمادر بیشتر می‌شود. از طرف دیگر اگر به هر دلیلی فواصل تخلیه پستان‌های مادر طولانی‌تر شود، یعنی دفعات تخلیه در طی شبانه روز کاهش یابد و یا تخلیه پستان‌های مادر به طور کامل صورت نگیرد، در هر دو صورت این امر منجر به کاهش حجم شیرمادر می‌شود. در صورت تشخیص زود هنگام این مشکل، از طریق تحریک فوری و تخلیه مکرر پستان‌های مادر می‌توان از نوع ثانویه ناکافی بودن شیر پیشگیری نمود و یا آن را اصلاح کرد.


علل نوع ثانویه کاهش شیرمادر را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: یکی علل مربوط به مادر و دیگری علل مربوط به شیرخوار که به شایع‌ترین آنها اشاره می‌شود:



علل مربوط به مادر

مهم‌ترین عاملی که پس از تولد موجب افزایش شیر در هر یک از پستان‌ها می‌شود، تخلیه‌های مکرر و مؤثر است. حال اگر شیر در پستان جمع ولی به هر دلیلی تخلیه نشود، به سبب تولید ماده شیمیایی باز دارنده در شیر باقیمانده در پستان و نیز فشار فیزیکی حاصل از تجمع شیر در پستان مادر غددشیر ساز دچار آتروفی شده و میزان تولید شیرمادر کاهش می‌یابد. این مطلب بدین معنی است که حتی اگر حجم شیر تولید شده زیاد، ولی روش تغذیه شیرخوار صحیح نباشد به طوری  پستان‌ها به قدر کافی و مؤثر تخلیه نشوند، این امر خود موجب کاهش سریع شیرمادر می‌ مثلاً اگر شیرخوار، پستان مادر را درست به دهان نگیرد و فقط نوک پستان را بمکد، منجر به درد نوک پستان شده و نتیجه آن کاهش دفعات و حتی مدت مکیدن و کاهش رفلکس جاری شدن شیر خواهد بود.

اغلب اوقات ناکافی بودن حجم شیرمادر ناشی از جدایی مادر و فرزند  است که به دلیل گرفتاری‌های مادر نظیر اشتغال، تحصیل، بستری شدن و یا مسافرت وی پیش می‌آید. این موارد موجب کاهش دفعات تغذیه شیرخوار و ناکافی بودن میزان تخلیه پستان‌های مادر شده و در نتیجه کاهش حجم شیر وی را به دنبال دارد. همچنین بارداری، عفونت پستان، مصرف استروژن و کاهش شدید کالری دریافتی توسط مادر موجب کاهش تولید شیرمادر می‌شود.

علل شایع مربوط به شیر خوار

نارس بودن و وزن کم زمان تولد، ممکن است سبب شوند تا نوزاد، پستان مادر را مشکل به دهان بگیرد و زود خسته شود  طی ۲ روز اول که حجم شیرمادر کم است، مکیدن این دسته از نوزادان خوب به نظر می‌رسد ولی با افزایش حجم شیر، نوزاد نارس و کم‌وزن ممکن است زود خسته شده و قادر به تخلیه پستان نباشد در نتیجه حجم شیرمادر به سرعت کاهش می‌یابد. در چنین مواردی باید با استفاده از شیر دوش، پستان‌ها را تخلیه کرد و نوزاد را با شیر دوشیده شده تغذیه نمود. دو قلوها چون اغلب نارس یا کم‌وزن هستند، بیشتر دچار این قبیل مشکلات می‌شوند.

افزایش بیلیروبین در روزهای سوم به بعد نشانه شایع کم شیر خوردن نوزاد است و افزایش زردی خود موجب خواب آلودگی و کمتر شیر خوردن می‌ هیپوتونی، هیپرتونی، آسفیکسی، سندرم DOWN، بیماری‌های مادرزادی قلب، مشکلات تنفسی، عفونت، مشکلات دهان (شکاف کام، ankyloglossia, micrognatia)، اشکال در گرفتن یک یا هر دو پستان، فاصله طولانی بین نوبت‌های شیر خوردن، نیاز به بیدار کردن شیرخوار، مکیدن‌های کوتاه مدت، زیاد مکیدن پستانک و خوردن شیر کمکی همه می‌توانند منجر به کاهش حجم شیرمادر . باید توجه داشت که اگر شیرخوار ۵ تا ۶ ساعت متوالی در شب بخوابد یعنی در این فاصله از پستان مادر شیر نخورد، ممکن است از حجم شیرمادر کاسته شود. خواب آلودگی‌های پیش‌رونده این دسته از نوزادان را نباید به حساب رضایت آنان گذاشت و گریه کردن زیادشان را نباید به عنوان کولیک تلقی کرد، بلکه باید آنان را توزین و از افزایش منظم و مناسب وزنشان مطمئن شد.

تلاش برای تشخیص به موقع علائم خطر

نوزادان باید در طی روزهای اول به دقت تحت نظر بوده و پیگیری شوند. AAP (آکادمی پزشکان کودکان آمریکا) توصیه می‌کند چنانچه نوزادی طی ۴۸ ساعت اول تولد از بیمارستان مرخص شود، باید بین روزهای دوم و چهارم عمر دوباره معاینه شود. در موقع معاینه باید وضعیت سلامت نوزاد را بررسی نموده او را وزن کرد و نحوه تغذیه او را با مشاهده مستقیم، ارزیابی نمود. از مادر، راجع به دفعات و مدت تغذیه نوزاد، دفعات دفع مدفوع و ادرار و نیز استفاده او از پستانک سؤال و همچنین آب بدن و زردی نوزاد ارزیابی شود. اگر وزن نوزاد بیش از ۷٪ تا ۱۰٪ وزن زمان تولد کاهش یافته و یا ظرف ۲ تا ۳ هفته اول عمر به وزن زمان تولد باز نگشته و یا اگر از روز پنجم تولد روزانه ۱۵ تا ۳۰ گرم افزایش وزن نداشته باشد، نیازمند بررسی بیشتر است. باید توجه داشت که در صورت تداوم مشکل تغذیه ممکن است هیپرناترمی هم اتفاق افتد که در این شرایط حتی اگر ۱۵٪ آب بدن هم از دست رفته باشد، ممکن است با معاینه بالینی قابل تشخیص نباشد بنابراین اگر وزن نوزاد بیش از ۱۲٪ از وزن زمان تولد کمتر شود، انجام آزمایشات پاراکلینیکی توصیه می‌شود.

علائم خطر مربوط به مادر

این علائم شامل سابقه ناکافی بودن شیرمادر و یا افزایش وزن ناکافی فرزند قبلی، صاف و یا فرو رفته بودن نوک پستان، احتقان زیاد پستان، سابقه جراحی پستان، ترک خوردن نوک پستان، خونریزی، هیپرتانسیون و یا عفونت مادر، دیابت، عارضه قلبی و یا بیماری سیستمیک فایروزیس مادر، جاری نشدن شیر تا ۴ روز پس از تولد، نداشتن سابقه شیردهی و سن بالاتر از ۳۷ سالگی مادر، است.

علائم خطر مربوط به شیرخوار

این علائم عبارتند از: نارس بودن، کم بودن وزن هنگام تولد، جدایی ۲۴ ساعت اول عمر از مادر، مشکلات دهانی نوزاد، اختلالات عصبی عضلانی، زردی نوزاد، نیاز به فتوتراپی، دوقلویی، بیماری سیستمیک (عفونت)، بیماری قلبی، نیاز به اکسیژن)، مشکل گرفتن پستان مادر، خواب آلودگی، مکیدن ضعیف، بی‌قراری، مکیدن پستانک، کاهش وزن بیش از ۷٪ تا ۱۰٪ از وزن زمان تولد و عدم دفع مدفوع دانه دار زرد رنگ تا روز چهارم، کمتر از چهار بار دفع مدفوع در شبانه روز بین روزهای چهارم و هفته چهارم، دفع کمتر از ۶ بار ادرار از روز چهارم، وجود بلورهای اوره در پوشک نوزاد بعد از روز سوم تولد، نرسیدن به وزن زمان تولد در ۲ تا ۳ هفتگی عمر و عدم افزایش به مقدار ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز از روز چهارم یا پنجم عمر به بعد.



دوشیدن پستان به عنوان پیشگیری



هر گاه علائم خطر مربوط به مادر و یا شیرخوار در بیمارستان و یا زمان کوتاهی پس از ترخیص مشاهده شود، باید بلافاصله تلاش‌های فراوان صورت گیرد تا حجم شیرمادر و دریافت شیرخوار به حداکثر برسد و از استمرار کاهش وزن نوزاد جلوگیری شود. اگر تردیدی در مورد کارایی شیرخوار در امر تخلیه پستان‌های مادر وجود دارد، باید به مادر آموزش داد تا با دوشیدن پستان‌های خود در پایان هر نوبت تغذیه، شیر باقی مانده در پستان‌هایش را تخلیه کند. اگر دوشیدن پستان‌ها به طور کامل از ابتدای تولد شروع شود، موجب افزایش و نگهداری حجم خوبی از شیرمادر می‌گردد، حتی اگر نوزاد در تخلیه پستان‌ها خیلی موفق نباشد. ولی اگر دوشیدن به نحوی که توصیه شد

صورت نپذیرد، تولید شیرمادر ممکن است به سرعت کاهش یابد. بدیهی است تا زمانی که شیرخوار نتواند کلیه نیازهای خود را با مکیدن مستقیم پستان‌های مادر به دست آورد، باید از شیر دوشیده شده برای تغذیه وی استفاده نمود. **نکته** سب‌ترین و مؤثرترین شیوه دوشیدن پستان‌های مادر، استفاده از شیر دوش‌های برقی تمام اتوماتیک است که دوشیدن هر دو پستان مادر را به طور همزمان انجام می‌دهد. **نکته** شیر دوش بهتر از مکیدن‌های نامناسب شیرخوار، پستان‌ها را تخلیه می‌کند.

توزین شیرخوار

جهت ارزیابی حجم شیر خورده شده توسط شیرخوار می‌توان او را قبل و بعد از تغذیه وزن کرد. برای انجام این امر با استفاده از **ترازوی الکترونیک** با حساسیت حداقل ۲ گرم باید شیرخوار قبل و بعد از هر تغذیه و به مدت ۳ روز توزین شد. **نکته** سن ۲ هفتگی تا ۳ ماهگی مقدار ۶۹۰-۶۰۰ میلی لیتر شیرمادر در روز (حدود ۳۰ میلی لیتر در ساعت) مورد نیاز است. باید توجه داشت که برای ارزیابی توان تولید شیر توسط مادر و بررسی کارایی شیرخوار در امر مکیدن می‌توان بلافاصله پس از توزین نوزاد، پستان‌ها را تخلیه و حجم شیر دوشیده شده را اندازه‌گیری کرد.

تاخیر در شروع استفاده از شیر کمکی

شروع زود هنگام شیر مصنوعی موجب کاهش شیرمادر می‌شود. همچنین تغذیه با شیر مصنوعی در پایان تغذیه با شیرمادر بدون این که اول پستان‌ها دوشیده و تخلیه شوند، حتماً موجب کاهش شیرمادر می‌گردد. بهتر است پس از تغذیه شیرخوار با شیر مادر، پستان‌ها با شیر دوش برقی و به طور همزمان برای مدت ۱۵-۱۰ دقیقه دوشیده شوند و hind milk دوشیده شده به شیرخوار داده شود و آن گاه در صورتی که باز هم شیرمادر ناکافی باشد، می‌توان از شیر مصنوعی کمکی هم استفاده کرد. **نکته** این صورت ابتدا باید شیرخوار، از پستان مادر تغذیه کند، سپس شیر دوشیده شده مادر به وی داده شود و بلافاصله پس از آن از شیر کمکی استفاده نماید. هر چه مدت کم بودن شیرمادر طولانی‌تر باشد، افزایش تولید مجدد آن مشکل‌تر است و هر چه حجم شیرمادر بیشتر باشد، یادگیری شیرخوار در امر پستان گرفتن و شیر خوردن آسان‌تر می‌شود.

شیرخواری که وزن، کم کرده است پس از کمک به بهبود تغذیه او، نباید انتظار داشت که ناگهان از همان روز اول، وزنش اضافه شود بلکه ممکن است برای ۲-۱ هفته ابتدا وزن او تثبیت و سپس روزی ۴۲ گرم اضافه وزن پیدا کند.

نکته مهم: حجم شیر کمکی را باید بتدریج کاهش داد ولی دوشیدن پستان‌ها تا زمانی که شیرخوار بدون استفاده از شیر کمکی هم چنان افزایش وزن دارد ادامه می‌یابد سپس به تدریج کم شود.

استراتژی‌های ارتقاء تغذیه با شیرمادر

این استراتژی‌ها بدون رعایت تقدم و تاخر شامل موارد زیر است:

آموزش مناسب والدین و گروه پزشکی، بررسی‌های مادر و شیرخوار از نظر ریسک فاکتورها (علائم خطر)، پیگیری‌های زود هنگام نوزاد بعد از ترخیص، مداخله به موقع در صورت بروز مشکل، معاینه پستان‌ها قبل از وضع حمل،

کمک برای شروع شیردهی، شروع هر چه زودتر تغذیه‌های مکرر و مطابق میل و خواست شیرخوار، هم اتافی مادر و نوزاد، عدم استفاده از پستانک و مصرف شیر کمکی، آموزش نحوه صحیح مکیدن پستان‌ها و نظارت بر انجام صحیح آن، دوشیدن شیر باقی مانده در پستان‌ها در صورت نیاز و دادن آن به شیرخوار، استمرار تماس نزدیک مادر و شیرخوار، تغذیه با خواست و تمایل شیرخوار حداقل ۸ تا ۱۲ بار در ۲۴ ساعت برای ۱۵ تا ۲۰ دقیقه از هر پستان، توصیه به والدین برای درخواست کمک در صورتی که تغذیه با شیرمادر ضعیف باشد یا شیرخوار دچار زردی شود و یا دفعات ادرار و مدفوع او کاهش یابد، ظرف ۴۸ ساعت از زمان ترخیص، نوزاد باید پیگیری و مادر نیز در ارتباط با گروه‌های حمایتی قرار گیرد.

خلاصه:

تشخیص غلط ناکافی بودن شیرمادر از علل بسیار شایع محرومیت شیرخواران از تغذیه با شیرمادر در تمامی کشورها می‌باشد. سندرم ناکافی بودن شیرمادر به دو دسته (ناکافی بودن تصویری شیرمادر و ناکافی بودن واقعی شیرمادر) تقسیم می‌شود. در دسته اول مبنای تشخیص فقط تصور نادرست مادر و اطرافیان او می‌باشد. در این حالت کودک از رشد و تکامل مناسب برخوردار است. اهم عواملی که سبب می‌شود مادر این ذهنیت نادرست را پیدا کند عبارتند از: زود به زود شیرخوردن، آبی بودن بخش اول شیر در هر وعده شیردهی، بیدار شدن مکرر شیرخوار به خصوص در شب، گریه و بی‌قراری شیرخوار، نرم و کوچک شدن پستان‌ها پس از حدود ۴۸ ساعت از زایمان، عدم توانایی در دوشیدن شیر و...

این گونه شیرخواران را باید به طور منظم، پایش رشد نمود و به مادر اطمینان داد که حجم و کیفیت شیرش مناسب است.

در دسته دوم شیرمادر واقعاً برای تغذیه و رشد شیرخوار کافی نیست که به نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود:

در نوع اولیه مادر از بدو تولد شیر زیادی تولید نمی‌کند که فقط ۲ تا ۵ درصد موارد را شامل می‌شود و مشکلات تشریحی پستان، جراحی‌ها، بیماری‌های شدید مادر..... می‌تواند از علل آن باشد. نوع ثانویه ناکافی بودن شیرمادر خیلی شایع است. در این نوع، حجم شیرمادر در آغاز زیاد است ولی به سرعت کاهش می‌یابد و می‌تواند علت آن مربوط به مادر و یا شیرخوار باشد. عدم تخلیه مکرر پستان‌ها، وضعیت نادرست شیردهی، جدایی مادر و نوزاد، بارداری، عفونت پستان مهم‌ترین علل مربوط به مادر است. از علل شایع مربوط به شیرخوار می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

نارسی و کم وزنی، هیپوتونی، هیپرتونی، آسفیکسی، سندرم داون، بیماری‌های مادرزادی قلب، مشکلات تنفسی، مشکلات دهانی، روش نادرست شیرخوردن، بطری و پستانک...

نوزادان طی روزهای اول باید به دقت تحت نظر باشند و پیگیری شوند. تلاش برای تشخیص علائم خطر در مادر و شیرخوار باید مورد توجه خاص قرار گیرد. با مشاهده علائم خطر در بیمارستان و یا زمان کوتاهی پس از ترخیص باید تلاش‌های فراوان برای افزایش شیرمادر صورت گیرد و برای شروع شیر کمکی نباید زود تصمیم‌گیری نمود. در صورتی که استفاده از شیر کمکی اجتناب‌ناپذیر باشد بهترین شیر کمکی، شیردوشیده شده خود مادر

است که پس از تغذیه شیرخوار از پستان، می‌بایست به دوشیدن شیر انتهایی (hind milk) پردازد و آن را با فنجان و یا قاشق به شیرخوار بدهد. شیر مصنوعی انتخاب بعدی برای تغذیه کمکی شیرخوار است. با شروع وزن‌گیری شیرخوار به صورت تثبیت وزن در ۲-۱ هفته اول و سپس افزایش وزن تا حد روزی ۴۲ گرم می‌بایست به تدریج از حجم شیر کمکی مصرفی کاست و رشد شیرخوار را پایش نمود.

امتناع شیرخوار از گرفتن پستان

اهداف آموزشی:

- ۱- درک احساسات مادر و کمک به او در موارد امتناع شیرخوار از گرفتن پستان
- ۲- شناخت علل مختلف امتناع از گرفتن پستان در سنین مختلف شیرخواری
- ۳- آگاهی از راه‌های تعیین کفایت شیرمادر و رفع تردید و نگرانی مادر در این زمینه
- ۴- پی بردن به نحوه کمک و راهنمایی مادران برای رفع مشکل و ترغیب شیرخوار به گرفتن پستان

احساس مادر

وقتی که کودک در گرفتن پستان سرسختی نشان می‌دهد و یا امتناع می‌ورزد، ممکن است مادر احساس درماندگی و آشفتگی نموده و حتی در احساس مادری و توانایی خود در مراقبت از فرزندش تردید نماید. او ممکن است احساس گناه کرده و فکر کند که رفتار کودکش ناشی از عدم کفایت وی در انجام صحیح وظایف مادری و مراقبت مناسب می‌باشد. مخصوصاً اگر کسی از افراد خانواده، از او بخواهد که از شیردادن خود داری کند، این احساس شدت می‌یابد.

لازم است به حرف‌های مادر خوب گوش داد و احساساتش را درک نمود. باید فرصتی در اختیارش گذاشت تا بتواند به راحتی در مورد نگرانی‌ها، ترس و تردیدهایش صحبت کند تا امکان بحث و گفتگو با وی و ارزیابی موفقیت او فراهم شود و تصمیم‌گیری برای برداشتن قدم‌های بعدی آسان‌تر گردد.

به مادر باید اطمینان داده شود که احتمالاً دلیلی برای رفتار کودکش وجود دارد. پس با شناخت علت و رفتار مناسب می‌توان شیرخوار را وادار کرد که پستان مادر را دوباره بگیرد. بعضی از بچه‌ها سریعاً به گرفتن پستان مادرتمایل پیدا می‌کنند، مثل امتناع ناشی از عفونت گوش یا برفک دهان ولی در موارد دیگر مثل سردرگمی شدید در پستان گرفتن (Nipple confusion) و اعتصاب توجیه‌ناپذیر از شیرخوردن (nursing strike) ممکن است به زمان بیشتری نیاز باشد. همچنین لازم است شیرخوار را قبل از گذاشتن به پستان آرام کرد و مادر نیز در سراسر این دوران پر اضطراب باید به خوبی حمایت و به او یادآوری شود که کودکش امروز بیش از فردا به او احتیاج دارد پس باید صبر و پشتکار داشته باشد.



یکی از نگرانی‌های آزاردهنده مادر این است که چگونه از کفایت شیر خود برای تغذیه فرزندش اطمینان یابد. قبل از پیدا کردن علت رفتار شیرخوار باید مادر را آگاه کرد که افزایش وزن شیرخوار و پایش رشد او بهترین وسیله برای پی بردن به کفایت شیرمادر است. به علاوه از تعداد دفعات ادرار و مدفوع نیز می‌توان به این امر پی برد. حداقل ۶ تا ۸ کهنه پارچه‌ای خیس (۵ تا ۶ پوشک یک بار مصرف) و ۲ تا ۵ بار دفع مدفوع در روز نشانگر دریافت کافی شیر می‌باشد. در بچه‌های بزرگ‌تر از ۶ هفته، دفعات کمتر دفع مدفوع نیز طبیعی تلقی می‌شود.

علل امتناع از گرفتن پستان

الف: در هفته‌های اول زندگی

۱- اگر نوزاد از روز اول پستان مادر را نگیرد باید از نظر تمام مشکلات پزشکی و بیماری‌ها معاینه شود. استخوان ترقوه شکسته یا سایر شکستگی‌های ناشی از ضربه‌های زایمانی ممکن است موقع شیرخوردن سبب درد شوند. تجویز دارو به مادر موقع زایمان ممکن است باعث خواب آلودگی و کاهش قدرت مکیدن نوزاد گردد. با خشونت جابه‌جا کردن یا فشردن نوزاد به پستان در تغذیه‌های اول، به بی‌زاری وی از پستان می‌انجامد. وضعیت نادرست بغل کردن و گرفتن پستان را باید مورد توجه قرار داد.

۲- در روزهای دوم تا چهارم، احتقان پستان مادر، بازتاب قوی جهش شیر (رگ کردن شدید پستان) و یا تأخیر یا مهار آن را باید در نظر گرفت.

۳- اگر امتناع در بین هفته‌های اول تا چهارم عمر باشد، سردرگمی در گرفتن پستان (Nipple confusion) زخم نوک پستان ناشی از وضعیت نادرست شیردهی، احتقان پستان مادر، برفک دهان، عفونت گوش نوزاد، حساسیت به مواد غذایی یا دارویی خورده شده توسط مادر و تغییر مزه شیر از علل احتمالی هستند.

ب: در سن یک تا ۳ ماهگی

شیرخوار ممکن است به علت دل دردهای کولیکی در موقع شیرخوردن، از گرفتن پستان امتناع نماید.

دانستن این که شیرخوار در چه مرحله‌ای، از شیرخوردن امتناع می‌نماید، به تشخیص علت کمک می‌کند. اگر شیرخوار در اول تغذیه (قبل از این که شیرمادر جاری شود) از گرفتن پستان امتناع نماید، ممکن است سردرگمی در گرفتن پستان، وضعیت نادرست شیردهی و به پستان گذاشتن، نوک پستان صاف یا فرو رفته، مهار یا تأخیر جهش شیر، عفونت گوش یا کاهش قدرت مکیدن از علل آن باشند.

اگر شیرخوار، بعد از جاری شدن شیر، پستان را رها کند، جهش زیاد شیر یا کاهش آن و یا بسته بودن سوراخ بینی به علت عفونت تنفسی ممکن است عامل آن باشد. در صورتی که سرعت بازتاب جهش شیر زیاد باشد، شیرخوار احساس خفگی می‌کند و به سختی قادر به شیرخوردن می‌باشد.

اگر این امتناع در اواخر هر وعده تغذیه از پستان مادر باشد، احتمال دارد به دلیل نیاز بچه به آروغ زدن یا دفع گاز باشد.

«Nipple Confusion سردرگمی در گرفتن پستان»

مادر اظهار می‌کند که انگار کودک نمی‌داند با پستان چه کار کند. ممکن است شیرخوار نوک پستان را با حرص و ولع، در دهان بگیرد اما قادر به چسبیدن به آن (latch-on) و تخلیه شیر نباشد یا ممکن است نوک پستان را با زبانش به بیرون فشار دهد و یا مکیدن درست نداشته باشد (مثل مکیدن سرشیشه) لذا سبب زخم نوک پستان می‌شود و با هر مکیدن، شیر کمتری نیز به دست می‌آورد.

محققان حدس می‌زنند که ۹۵٪ نوزادانی که در طی ۳ تا ۴ هفته اول بعد از تولد از سر بطری استفاده کرده‌اند، دچار سردرگمی در گرفتن پستان می‌شوند. بعضی از نوزادان با یکی دو بار و بعضی دیگر با یک هفته شیرخوردن از بطری، دچار سردرگمی می‌شوند. ولی در شیرخوارانی که در ۳-۴ هفته اول تولد به خوبی از پستان مادر تغذیه می‌شوند، احتمال بروز این پدیده کمتر است.

محققان چهار فرضیه برای توضیح سردرگمی نوک پستان ارائه کرده‌اند:

- ۱- نوزاد در هفته‌های اول زندگی توانایی محدودی برای تطابق و یادگیری الگوهای مختلف مکیدن دارد.
 - ۲- در اولین تغذیه، فرمی از مکیدن در ذهن نوزاد شکل می‌گیرد. اگر دومین تغذیه با بطری باشد ممکن است وی را به مشکلات شیرخوردن از پستان مادر مستعد کند.
 - ۳- چون حجم آغوز در چند روز اول تولد کودک بسیار کم است، نوزادی که از طریق شیشه مقدار زیادی شیر دریافت می‌کند، ممکن است به علت مقدار کمتر شیرمادر، عصبانی و درمانده شده و در گرفتن پستان سرسختی نشان دهد.
 - ۴- شیرخواری که در شیرخوردن از پستان مادر با مشکل روبرو است شیرخوردن از بطری برایش آسان‌تر می‌گردد لذا به سردرگمی در گرفتن پستان مستعدتر می‌شود.
- همچنین احتمال دارد شیرخوار به تفاوت‌های موجود در شکل، بو، مزه، درجه حرارت، قابلیت ارتجاع پستان مادر و سرشیشه، کم و بیش حساس باشد.

اگر به شیرخوار بطری یا گول‌زنک داده شود و یا مادر از nipple shield استفاده کند، چون یاد گرفته است که با زبان آن را به بیرون فشار دهد بنابراین پستان مادر را نیز از دهان بیرون می‌کند و یا آن را می‌جود.

حرکات زبان، آرواره و دهان نوزاد در موقع تغذیه از پستان مادر با مکیدن از سر بطری متفاوت است. وقتی پستان در دهان شیرخوار قرار می‌گیرد، زبان او حالت تعقر (گود) گرفته و پستان را به کام خود می‌فشارد و با حرکات ریتمیک و فشار آرواره‌ها به سینوس‌های لاکتی‌فروس، سبب جاری شدن شیر شده و آن را می‌بلعد و سپس یک نفس می‌کشد.

ولی اگر شیرخوار از بطری شیر بخورد فوراً با جریانی از مایع روبرو می‌شود لذا با زبان خود جلوی شدت جریان شیر را می‌گیرد تا از خفه شدن خود جلوگیری نماید. لب‌های او به طور محکم به دور سر بطری می‌چسبد و آرواره بدون حرکت می‌ماند و بدون این که تلاشی بکند، شیر بلافاصله جریان می‌یابد و لذت آنی به او می‌دهد.

لذا مادر باید تشویق شود که از بطری یا گول‌زنک استفاده نکند. در مواقع اضطراری می‌توان از فنجان، قاشق، سزنگ، لوله یا قطره چکان استفاده نمود.

ج- سن ۳ ماهگی به بعد

۱- کاهش تمایل به شیر خوردن

علاوه بر توانا‌تر شدن شیرخوار در تخلیه پستان، ممکن است به علت دادن زودتر از موعد مواد جامد، آب میوه یا

آب و همچنین در شیرخواران بزرگ‌تر به علت دادن مواد فوق به مقدار بیشتر از معمول، تمایل بچه به شیر خوردن کاهش یابد. در صورت کم کردن میزان جامدات و سایر مایعات، وی معمولاً به پستان مادر علاقمند می‌شود.

۲- آشفتگی و بازیگوشی شیرخوار

در حدود سه ماهگی کودک از محیط اطراف خود بیشتر آگاه می‌شود. توجه بعضی از شیرخواران به آسانی به صدا و حرکت جلب و برای دیدن اشیاء متحرک، پستان را رها می‌کنند. این مسئله برای مادر بسیار ناراحت کننده است. اغلب بردن شیرخوار به اطاق تاریک و ساکت، این آشفتگی را برطرف می‌کند و کودک به خوبی شیر می‌خورد.

د: در هر سنی

علل مربوط به شیرخوار

۱- **عفونت‌های تنفسی** ممکن است موقع مکیدن و بلعیدن، سبب گرفتگی بینی و درد شود. چکاندن قطره کلرور سدیم در بینی و دادن مسکن‌های ساده مثل استامینوفن سبب تسکین شده هم چنین مرطوب کننده‌های هوا ممکن است به رفع گرفتگی بینی کمک نمایند. گاهی امتناع شیرخوار از گرفتن پستان در جریان سرماخوردگی باعث تشخیص اتفاقی انحراف تیغه بینی می‌شود.

۲- **دندان در آوردن:** گذاشتن پشت یک قاشق سرد یا گاهی جویدن چیزی قبل از شیر خوردن یا ماساژ ملایم لثه با انگشت تمیز علاوه بر دادن مسکن‌های ساده باعث کاهش درد شیرخوار می‌گردد.

۳- **در مورد ریفلاکس گاسترو اوفازیال (برگشت از معده به مری)** اگر شیرخوار قبلاً درجات قابل ملاحظه‌ای از اوفازیت داشته باشد ممکن است شیر خوردن او با درد همراه شود.

۴- **داروها** احتمال دارد شیرخوار را خواب‌آلود یا بی‌قرار سازند.

۵- **برفک یا تب خال در دهان شیرخوار** ممکن است سبب درد و ناراحتی وی گردد.

۶- **هوای گرم:** در هوای گرم احتمال دارد شیرخوار از شیر خوردن امتناع نماید. ولی در محل خنک و یا در شب شیر بخورد. وضعیت بچه از نظر حرارت بدن باید کنترل شده و در درجه حرارت مناسبی نگهداری شود.

۷- **هراس:** گاهی ممکن است شیرخوار در موقع شیر خوردن ترس داشته باشد مانند واکنش مادر به گاز گرفتن بچه.

۸- **تمایل شیرخوار به از شیر گرفتن:** این مسئله قبل از ۹ ماهگی شایع نیست. اگر شیرخوار ناگهان از پستان مادر رویگردان شود و هرگز به گرفتن پستان تمایل نشان ندهد، مادر اغلب غمگین می‌شود. همه روش‌های ممکن برای تشویق بچه به دوباره شیر خوردن باید به کار گرفته شود ولی گاهی هم ممکن است نتیجه نداد و بالاخره منجر به قطع کامل شیر خوردن شود.

علل مربوط به مادر

۱- **بیماری مادر:** وقتی مادر بیمار باشد، ممکن است تولید شیرش کم شود یا واکنش جهش شیر مهار شود یا داروها مزه شیرش را تغییر دهند.

۲- عفونت پستان: اگر مادر عفونت یک پستان داشته باشد شیرخوار ممکن است از تغذیه همان طرف به علت مزه شور شیر یا چرک، امتناع کند و یا به خاطر مصرف دارو توسط مادر، هر دو پستان را نگیرد.

۳- تغییرات هورمونی: قرص‌های ضد حاملگی خوارکی (قرص ترکیبی و به ندرت قرص پروژسترونی تنها) همچنین حاملگی مجدد احتمال دارد تولید شیرمادر را کاهش و مزه شیر را تغییر دهد. تخمک گذاری یا عادت ماهیانه نیز گاهی به علت تغییر مزه شیر سبب امتناع شیرخوار از شیرخوردن می‌شود.

۴- تغییر بو یا ظاهر مادر: اگر مادر از عطر، صابون، ادکلن یا کرم متفاوتی استفاده نماید و یا در استخر با آب کلر دار یا آب دریا شنا کند، بچه ممکن است پستان را نگیرد. تغییر در ظاهر مادر مثل تغییر طرح مو یا عینک زدن نیز ممکن است بر روی شیرخوردن شیرخوار تأثیر بگذارد.

۵- تغییر مزه شیر: بعضی از شیرخواران به برخی از غذاهایی که مادران مصرف می‌کنند حساس هستند و از گرفتن پستان امتناع می‌نمایند و بعضی دیگر با افزایش سیگار کشیدن مادر، ورزش طولانی قبل از شیر دادن و یا مصرف نوشیدنی‌های دارای کافئین بیش از ۷۵۰ سی سی در روز، از گرفتن پستان امتناع می‌ورزند.

علل مربوط به تولید شیر

۱- تولید کم: اگر تولید شیر کم باشد یا موقتاً کاهش یابد، شیرخوار ممکن است از گرفتن پستان امتناع کند.

۲- بازتاب آهسته جهش شیر: شیرخوار شروع به مکیدن شیر می‌کند ولی چون میزان کمی شیر به دست می‌آورد، در نتیجه درمانده شده و از گرفتن پستان امتناع می‌نماید. در این موارد مادر می‌تواند شیرش را بدوشد تا جهش پیدا کند و آن‌گاه پستانش را به دهان شیرخوار بگذارد و یا واکنش جهش شیر را قبل از تغذیه شیرخوار با روش‌هایی مثل خوردن آب یا یک نوشیدنی ساده، شنیدن موسیقی، نشستن روی همان صندلی و دراز کشیدن، شرطی نماید.

۳- بازتاب سریع جهش شیر: شیرخوار ممکن است به علت عدم توانایی در برابر واکنش جهش شیر پیش دستی کرده و از گرفتن پستان امتناع نماید.

ترغیب شیرخوار برای گرفتن پستان مادر

قبل از هر اقدام باید اطمینان حاصل شود که شیرخوار حقیقتاً از گرفتن پستان امتناع می‌کند. چون ممکن است گاهی مادر رفتار طبیعی شیرخوار را به امتناع از گرفتن پستان تعبیر نماید. به این منظور به نکات زیر توجه شود:

۱- دفعات شیرخوردن واقعی شیرخوار در طی ۲۴ ساعت: شیرخوار ممکن است به مقدار کم و دفعات بیشتر یا به مقدار بیشتر و دفعات کمتر شیر بخورد.

۲- ارزیابی وضعیت شیرخوار از نظر کفایت دریافت شیر: حداقل ۶ کهنه پارچه‌ای خیس شده با ادرار بی‌بو و روشن در ۲۴ ساعت و داشتن پوستی لطیف و شاداب معمولاً نشانگر دریافت کافی شیر می‌باشد.

۳- **توجه به رفتار شیرخوار در فواصل تغذیه:** آیا خشنود و راضی است؟ یا به آسانی آشفته می‌شود و یا بیمار به نظر می‌رسد؟

۴- توجه به وضعیت در آغوش گرفتن و شیرخوردن و مکیدن شیرخوار

- آیا شیرخوار در وضعیت مناسبی به پستان مادر گذاشته می‌شود؟ به طوری که سینه و زانوی او روی سینه و شکم مادر، دهان شیرخوار هم سطح نوک پستان و چانه وی روی پستان قرار می‌گیرد؟
 - آیا دهان شیرخوار کاملاً باز می‌شود تا بتواند پستان را به خوبی بگیرد. (به سبب صاف شدن نوک پستان در احتقان پستان گرفتن آن برای شیرخوار مشکل می‌شود).
- در صورتی که شیرخوار در گرفتن پستان مادر سرسختی نشان دهد و یا امتناع نماید روش‌های زیر توصیه می‌شود:
- مادر، وقتی که شیرخوار خواب آلود است (درست قبل از بیدار شدن یا موقع به خواب رفتن) به او شیر بدهد.
 - قبل از تلاش برای شیردادن، شیرخوار را با آواز خواندن، تکان دادن یا ماساژ، آرام کند.
 - در زمانی که شیرخوار هنوز زیاد گرسنه نیست، به او شیر بدهد.
 - اگر شیرخوار دچار سردرگمی در گرفتن پستان است، قبل از برقراری رفلکس جهش شیر، مقداری از شیر خود را بدو شد، سپس پستانش را به کودک عرضه کند به طوری که او یک پاداش آنی از کوشش خود بگیرد. اگر شیرخوار سعی در گرفتن پستان دارد مادر می‌تواند با قطره‌چکان شیر دوشیده‌شده را روی پستانش بریزد تا به صورت قطره وارد دهان وی شود.
- این کار ممکن است شیرخوار را آرام کند و چسبیده به پستان نگهدارد و به تداوم مکیدن تشویق نماید یا ابتدا شیرش را به روی لب‌های شیرخوار بدو شد و سپس پستانش را به داخل دهان او بلغزاند. اگر کودک پستان مادر را می‌گیرد ولی آن را نگاه نمی‌دارد می‌توان از Nursing supplement استفاده کرد و اگر پستان مادر را نمی‌گیرد finger feeding یعنی تغذیه از طریق انگشت با بستن Nursing supplement به انگشت ممکن است روش مؤثری باشد.



وقتی کودک پستان را نمی‌گیرد، وادارکردن وی به گرفتن پستان از طریق گرسنه نگهداشتن او کاردرستی نیست چون شیرخوار دچار سردرگمی در گرفتن پستان ممکن است در خطر کم‌آبی هم قرار گیرد و اگر انرژی مناسب را دریافت نکند روز به روز ضعیف‌تر شده و قادر به گرفتن پستان و مکیدن آن نخواهد بود.

شیرخوار را نباید با گرسنگی دادن دچار استرس کرد چون او انرژی خود را برای یاد گرفتن تغذیه از پستان مادر لازم دارد.

۵- امتحان کردن وضعیت‌های مختلف شیردهی:

از جمله ایستاده شیردادن، تکان دادن وی پس از چسباندن به پستان، شیردادن در حمام گرم و

امتناع از گرفتن یک پستان

الف) امتناع از گرفتن یک پستان از موقع تولد

اگر نوزاد از موقع تولد از گرفتن یک پستان امتناع نماید، باید توسط پزشک از نظر بیماری‌هایی مثل احتقان یک طرفه بینی، عفونت یک گوش، فتق یک طرفه مغبنی، دررفتگی مهره گردن، شکستگی استخوان ترقوه یک طرف، معاینه شود. بسته به چگونگی قرار گرفتن جنین در داخل رحم، معمولاً بعد از تولد، چند روز طول می‌کشد تا عضلات گردن شل شوند و نوزاد بتواند به راحتی گردن خود را از یک طرف به طرف دیگر بچرخاند.

ب) امتناع از گرفتن یک پستان در هر سنی

شیرخوار در هر سنی ممکن است به طور ناگهانی به علل فوق‌الذکر و دلایل زیر، از گرفتن یک پستان امتناع نماید
۱- ماستیت: به علت افزایش کلروسدیم شیر، شیرخوار از گرفتن آن پستان امتناع می‌کند. مادر باید به تغذیه شیرخوار از پستان دیگر ادامه دهد. معمولاً طی یک هفته مزه شیر به حالت عادی بر می‌گردد.

۲- عفونت گوش: اگر شیرخوار به طرف گوش مبتلا، در آغوش گرفته شود، ممکن است پستان همان طرف را نگیرد. توصیه می‌شود که مادر یا در وضعیت «زیر بغل» به او شیر بدهد یا پس از شیر دادن از پستان، او را به آرامی در همان جهت به زیر پستان دیگر بیاورد.

۳- نوک پستان صاف یا فرو رفته: بعضی از مادران ممکن است در موقع حاملگی به اصلاح آن اقدام نمایند در غیر این صورت شیرخوار پستان طبیعی را ترجیح می‌دهد.

۴- متفاوت بودن اندازه پستان‌ها: رفلکس جهش شیر ممکن است در پستان کوچکتر، ضعیف‌تر باشد و شیرخوار پستان مقابل را ترجیح دهد. لذا مادر باید ابتدا قدری از شیر پستان کوچک را بدوشد و پس از برقراری رفلکس جهش شیر آن پستان را به دهان بچه بگذارد.

۵- کاهش تولید شیر در یک پستان: اگر مادر، فرزندش را از یک پستان بیشتر شیر دهد، تولید شیر در آن افزایش می‌یابد و کودک ممکن است پستان دیگر را نگیرد. گاهی ممکن است تعداد مجاری شیری در یک پستان بیشتر از پستان دیگر باشد، لذا شیر از آن آسان‌تر و فراوان‌تر جاری می‌شود و تمایل شیرخوار به آن بیشتر می‌گردد. همچنین جراحی و یا صدمات دیگر احتمال دارد تولید شیر را در یک پستان کاهش دهد.

۶- واکنش به مواد آرایشی: اگر مادر عطر یا ادکلن را به یک طرف بدن بیشتر بزند ممکن است کودک پستان آن طرف را نگیرد.

۷- **تومور پستان:** امتناع ناگهانی شیرخوار از گرفتن یک پستان ممکن است نشانه‌ای از وجود تومور پستان باشد.

ترغیب شیرخوار به گرفتن پستانی که کمتر ترجیح می‌دهد

۱- مادر ابتدا شیرخوار را به پستانی که ترجیح می‌دهد بگذارد. بعد از برقراری رفلکس جهش شیر، کودک را بدون تغییر وضعیت بدن، به زیر پستان دیگر قرار دهد.

۲- مادر ابتدا رفلکس جهش شیر را تحریک کند و بعد از جاری شدن شیر، آن را به دهان شیرخوار بگذارد.

۳- وضعیت‌های مختلف شیردهی را با پستانی که نمی‌گیرد، امتحان کند.

۴- مادر در حال قدم زدن یا در اتاق تاریک و یا در حالی که کودک در خواب است، از آن پستان شیر بدهد.

۵- مادر علاوه بر ادامه شیردهی، مرتب پستانی را که شیرخوار آن را کمتر می‌گیرد، بدوشد تا شیرش افزایش یابد.

خلاصه:

وقتی شیرخوار از گرفتن پستان امتناع می‌ورزد، ممکن است مادر احساس درماندگی و آشفتگی نماید. لازم است احساسات مادر را خوب درک نمود و به او فرصت داد تا نگرانی‌ها، ترس و تردیدهایش را ابراز کند سپس با شناخت علت و رفتار مناسب، شیرخوار را وادار کرد تا دوباره پستان مادر را بگیرد. برخی سریعاً به گرفتن پستان تمایل پیدا می‌کنند مثل امتناع ناشی از عفونت گوش یا برفک اما در برخی موارد مثل سردرگمی شدید در گرفتن پستان و یا اعتصاب از شیرخوردن به زمان نیاز دارد. تردید مادر را در مورد کفایت شیرش باید از طریق پایش رشد کودک و یا تعیین تعداد دفعات ادرار و مدفوع شیرخوار برطرف نمود. علل امتناع شیرخوار از گرفتن پستان در هفته‌های اول زندگی می‌تواند مربوط به شکستگی استخوان ترقوه ناشی از ضربه زایمانی، خواب آلودگی نوزاد، وضعیت نادرست شیردهی، احتقان پستان، سردرگمی در مکیدن... باشد. در سنین ۱ تا ۳ ماهگی دردهای کولیکی، نوک پستان صاف یا فرورفته، مهار یا تأخیر جهش شیر، عفونت گوش... می‌توانند سبب امتناع شیرخوار از گرفتن پستان شوند.

در هر سنی امتناع شیرخوار ممکن است مربوط به یکی از سه عامل شیرخوار، مادر و تولید شیر باشد.

از علل مربوط به شیرخوار می‌توان به عفونت‌های تنفسی، ریفلاکس گاستروانزوفازیا، برفک، هراس و استرس اشاره کرد. علل مربوط به مادر شامل بیماری، تغییرات هورمونی، تغییر بو و ظاهر مادر، تغییر مزه شیر... و علل مربوط به تولید شیر نیز عبارتند از: تولید کم شیر، بازتاب آهسته و یا سریع جهش شیر.

برای کمک به مادر و شیرخوار اول باید مطمئن شد که شیرخوار واقعاً از گرفتن پستان امتناع می‌کند یا نه؟ چون گاه مادر رفتار طبیعی شیرخوار را امتناع فرض می‌کند. سپس باید وضعیت شیردهی مادر را مشاهده و ارزیابی نمود.

شیردادن به شیرخوار وقتی خواب‌آلود است، شیردادن وقتی او هنوز زیاد گرسنه نیست، استفاده از nursing supplement یا Finger feeding از توصیه‌های مفیدی هستند که بر حسب علت امتناع می‌توانند

پیشنهاد شوند.

گاه شیرخوار از موقع تولد و یا در هر سنی ممکن است از گرفتن یک پستان امتناع نماید. در این گونه موارد نیز پس از علت یابی می توان شیرخوار را به طرق مختلف ترغیب به گرفتن همان پستان نمود. از جمله: شروع شیردهی از پستانی که شیرخوار آن را ترجیح می دهد، وضعیت های مختلف شیردهی و تحریک رفلکس جهش شیر قبل از شیردادن.

حاملگی مجدد و شیردهی

اهداف آموزشی:

- ۱- آگاهی از تأثیرات حاملگی مجدد بر جسم و روان مادر
- ۲- اطلاع از تغییر در ترکیب شیرمادر هنگام حاملگی مجدد
- ۳- شناخت مواردی که منجر به قطع شیردهی خواهد شد.

شیردهی در طی دوران بارداری



تصمیم‌گیری به ادامه یا قطع شیردهی در زمان حاملگی مجدد بستگی به اطلاعات مادر در این زمینه، احساسات و خواسته‌های او دارد. وقتی، خانمی که شیر می‌دهد باردار می‌شود ممکن است احساسات چند گانه داشته باشد. ادامه شیردهی یک بچه نوپا یا بزرگ‌تر در طی حاملگی چیزی نیست که اکثر مادران به آن تمایل داشته باشند و در بسیاری از جوامع، ممکن است غیر معمول باشد. مادران، ممکن است از طرف دیگران برای قطع شیردهی تحت فشار قرار بگیرند. صحبت کردن در مورد این وضعیت می‌تواند کمک‌کننده باشد و نگذارد که احساسات مادر تحت تأثیر انتظارات دیگران

قرار بگیرد. با مادر باید راجع به خواسته‌ها و شرایط او و نیاز کودکش صحبت نمود. علاوه بر احساسات مادر، جنبه‌های مهم دیگری را هم باید در نظر گرفت که عبارتند از:

- سن شیرخوار
 - نیاز کودک به شیر خوردن (از لحاظ روحی و جسمی)
 - آیا مادر هنگام شیر دادن مشکلی دارد یا خیر (مثل زخم و حساسیت نوک پستان و شدت ناراحتی او چقدر است؟)
 - تجربیات مادر از شیردهی‌های قبلی
 - نگرانی‌های مربوط به بارداری مادر مثل درد رحمی، خونریزی، سابقه زایمان زودرس، کاهش وزن در طی حاملگی
 - احساسات پدر راجع به شیردهی در طی بارداری
- معمولاً بسیاری از کودکان، حین بارداری مجدد مادر، شیرخوردن خود را خاتمه می‌دهند. دو مطالعه درباره خانم‌هایی که حین شیردهی حامله شده بودند، نشان داد که اکثر شیرخواران قبل از به دنیا آمدن نوزاد، شیر خوردن را قطع کرده‌اند. (۶۹-۵۷٪) این موضوع ممکن است به چند فاکتور مربوط شود از جمله:
- تغییر مزه شیرمادر در طول بارداری (اکثر موارد قطع شیر خوردن در طول سه ماهه دوم بارداری بوده، مقدار شیر کم و مزه آن نیز تغییر کرده بود).
 - سوزش نوک پستان ناشی از هورمون‌ها که در بسیاری از خانم‌ها حین بارداری دیده می‌شود، ممکن است سبب قطع شیردهی شود.
 - تمایل خود کودک برای از شیر گرفتن بدون ارتباط با حاملگی

نمی‌توان از سن کودک پیش‌بینی کرد که آیا حین بارداری مادر، شیر خوردن را قطع می‌کند یا نه؟ زیرا سرعت تکامل کودکان متفاوت است، یک کودک ممکن است آماده باشد که به شیر خوردن خود خاتمه دهد در حالی که کودک دیگر با همان سن بخواهد شیر خوردن را ادامه دهد.

کمک به مادر

بعضی مادران تصمیم به ادامه شیردهی در طول حاملگی می‌گیرند. اگر مادری بخواهد در طول حاملگی به شیردهی ادامه دهد، باید او را تشویق کرد.

سطح هیجانات مادر و کودک در حاملگی غیرقابل پیش‌بینی است. انعطاف‌پذیری همراه با توجه به تغییر نیازها، کلیدی برای مثبت نمودن تجربه شیردهی در طول حاملگی می‌باشد. اکثر مادران پی برده‌اند که با ادامه شیردهی، بهتر می‌توانند نیازهای هیجانی کودک خود را برآورده سازند.

مادران دیگری هستند که تصمیم می‌گیرند در طول حاملگی، کودکان را از شیر بگیرند. این مادران نیاز به حمایت و پذیرش دارند. به آنان باید اطمینان داده شود که می‌توانند نیازهای کودکان را از راه‌های مختلف برطرف سازند و نسبت به راه‌های دیگری که می‌شود نیازهای عاطفی کودک را برآورده کرد، فکر کنند. لذا بهتر است در این شرایط سن کودک بررسی شود. کودک زیر یک سال به ندرت آمادگی از شیر گرفتن را دارد. برای کودک بالای یک سال به مادر پیشنهاد می‌شود که زمان‌های نیاز کودک به شیر خوردن را پیش‌بینی کرده و آن را با سرگرمی‌های دلخواه او جایگزین کند و بعد به عکس‌العمل او توجه نماید. اگر علیرغم سرگرمی‌های جایگزین شده کودک باز بخواهد شیر بخورد، پس شیر خوردن هنوز یک نیاز واقعی اوست. در این مورد از شیرگرفتن احتیاج به صرف وقت و انرژی زیادی از طرف مادر دارد. بسته به سن کودک، مادر می‌تواند برای او فنجان شیر فراهم کند و یا این بچه‌ها ممکن است برای دلخوشی انگشت شست خود را بمکند.

نگرانی در مورد کودک متولد نشده (جنین)

مادری که خوب تغذیه می‌کند، نباید برای تامین نیازهای تغذیه‌ای جنین و شیرخوارش حتی اگر بالای یک سال داشته باشد دچار مشکل شود. مهم است که مادر افزایش وزن مناسب داشته و از غذاهای مقوی استفاده کند و استراحت کافی داشته باشد. بعضی از مادران برای شیردهی در طول حاملگی نیاز به مصرف کالری اضافی دارند و برخی برای احتیاط مکمل‌های ویتامینی بیشتری مصرف می‌کنند. در یک مطالعه، نشان داده شد نوزادان مادرانی که در طول حاملگی شیردهی هم داشته‌اند زمان تولد سالم بوده و وزن مناسبی هم داشته‌اند. (۵۷مادر)

نتیجه مطالعه دیگر این بود که وزن زمان تولد نوزادان مادرانی که بیشتر از ۶ ماه قبل از حامله شدن، شیرخوار قبلی خود را از شیر گرفته بودند در مقایسه با وزن موقع تولد نوزادان مادرانی که در سه ماهه دوم یا سوم حاملگی به کودک قبلی خود شیر داده بودند، تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد. (۲۵۳مادر) این مطالعه نشان داد مادرانی که در طول حاملگی شیر می‌دادند با این که مکمل‌های غذایی بیشتری دریافت کرده بودند رشد جنین تحت تأثیر قرار نگرفته بود ولی شواهدی از کاهش ذخائر چربی بدن مادر مشاهده می‌شد.

انقباضات رحم به دلیل شیردهی

انقباضات رحم در طول شیردهی وجود دارند ولی معمولاً هیچ خطری برای جنین نداشته و خطر زایمان زودرس را هم بیشتر نمی‌کنند مثلاً تحریک نوک پستان هنگام شیر دادن، موجب ترشح هورمون اکسی‌توسین می‌شود که می‌تواند باعث انقباضات رحم و آلوئول پستان‌ها شود.

انقباضات رحم در طول فعالیت جنسی هم اتفاق می‌افتد و اکثر زوج‌ها این فعالیت را طی حاملگی ادامه می‌دهند.

اثرات هورمون‌های حاملگی بر شیرخوار

هورمون‌هایی که حاملگی را حفظ می‌کنند در مقادیر بسیار اندک در شیرمادر یافت می‌شوند که برای شیرخوار مضر نیستند. هر چه تولید شیرمادر کمتر شود مقدار هورمونی که شیرخوار دریافت می‌کند کاهش می‌یابد.

دلایل پزشکی (طبی) برای از شیر گیری در طول حاملگی عبارتند از:

- دردهای رحمی یا خونریزی
- سابقه زایمان زودرس
- ادامه کاهش وزن مادر در طول حاملگی

تغییرات جسمی و روانی مادر در طول حاملگی

در بسیاری از مادران که شیر می‌دهند و باردار هم می‌شوند حساسیت و درد نوک پستان (Sore Nipples) و کاهش تولید شیر، به دلیل تغییرات هورمونی گزارش می‌شود که برخی از آنان به همین دلایل، تصمیم به قطع شیردهی می‌گیرند. از طرف دیگر مادرانی هم هستند که هیچ‌کدام از این مشکلات را ندارند.

اکثر مادران وقتی حامله هستند احساس خستگی می‌کنند. یک مزیت شیردهی در دوران حاملگی این است که با این کار آسان‌تر می‌توان کودک شیرخوار یا نوپا را متقاعد کرد که مادر احتیاج به استراحت بیشتر دارد، کنار او قرار بگیرد و شیر بخورد. مادری که تهوع دارد به سختی می‌تواند یک بچه پر انرژی را اداره کند. بعضی مادران می‌گویند که مسئله اصلی شیردادن نیست بلکه نگهداری از کودک پرتحرک، مشکل است چه مادر شیر بدهد یا ندهد. بعضی دیگر می‌گویند که احساس تهوع آنان در حال شیردادن بیشتر می‌شود چه بچه فعال باشد یا نباشد. این احساس ممکن است ناشی از توجه بیشتر مادر در زمان شیردهی به وضعیت جسمانی خودش باشد. رشد شکم مادر گاهی شیر دادن را مشکل می‌کند. در آخر حاملگی، شکم مادر احتمال دارد به قدری بزرگ شود که کودک برای رسیدن به نوک پستان، مشکل داشته باشد. اگر نوپایی انگیزه شیرخوردن داشته باشد، به احتمال خیلی زیاد برای این کار، راهی پیدا خواهد کرد. غالباً در طول حاملگی درد و سوزش نوک پستان اتفاق می‌افتد. حساسیت نیپل، اغلب یکی از اولین نشانه‌های حاملگی است که به دلیل تغییرات هورمونی ایجاد می‌شود بنابراین توصیه‌هایی که به طور معمول برای زخم‌های نوک پستان انجام می‌شود، مفید نخواهد بود. شروع زخم‌های نوک پستان از یک فرد به فرد دیگر تفاوت دارد. بعضی زنان بروز آن را قبل از تأخیر عادت ماهیانه ذکر می‌کنند. دیگران یا هرگز آن را تجربه نکرده یا فقط در ماه‌های آخر حاملگی

متذکر می‌شوند. حساسیت نوک پستان هم از فردی به فرد دیگر فرق دارد. در یک مطالعه اکثراً این مشکل را در سه ماهه اول گزارش کردند در حالی که در مطالعه دیگر اکثر مادران اظهار داشتند درد در سراسر حاملگی طول کشیده و بعد از تولد نوزاد جدید از بین رفته است. بعضی از مادران به همین دلیل تصمیم می‌گیرند که شیرخوار را از شیر بگیرند ولی باید بدانند که این مسئله گذرا است.

احساس بی‌قراری هم شایع است. بعضی مادران نوعی ناراحتی‌های هیجانی را ضمن شیردادن در طول حاملگی تجربه می‌کنند، به این صورت که هنگام شیردادن به کودک بزرگ‌تر احساس بی‌قراری یا تحریک‌پذیری دارند. این احساس می‌تواند با مطالعه کتاب، گوش دادن به موزیک یا تماشای تلویزیون و سعی در جهت دادن افکار برطرف گردد.

کاهش تولید شیر و تغییر طعم شیر در طی حاملگی شایع است. هورمون‌هایی که حاملگی را حفظ می‌کنند باعث کاهش تولید شیر می‌شوند. این مسئله معمولاً در طی چهار ماه آخر حاملگی اتفاق می‌افتد. در طی چند ماه آخر حاملگی، شیر به کلستروم تبدیل شده و برای تولد نوزاد آماده می‌شود. مادر نباید نگران شود که کودک شیرخوار تمام کلستروم را مصرف می‌کند. اهمیتی ندارد که او چه مقدار شیر می‌خورد، کلستروم به مقدار کافی برای نوزاد در موقع تولد موجود خواهد بود.

اگر سن کودک شیرخوار کمتر از یک سال باشد، کاهش طبیعی تولید شیر که در طی حاملگی اتفاق می‌افتد، می‌تواند نیازهای تغذیه‌ای او را به خطر اندازد. به مادر پیشنهاد می‌شود به افزایش وزن کودک دقت کند و در صورت نیاز از مکمل‌های غذایی استفاده نماید. بعضی کودکان در طی حاملگی مادر بنا به میل و خواسته خود شیر خوردن را قطع می‌کنند یا وقتی که تولید شیرمادر کم می‌شود خود را از شیر می‌گیرند. بعضی مادران گزارش می‌کنند که در طی این مدت کودک شیرخوارشان به طور ناگهانی شروع به خوردن مقدار بیشتری از سایر غذاها کرده که نشانه‌ای از کاهش تولید شیر است. طعم شیر هم ممکن است تغییر کند که همین موضوع بعضی کودکان را متقاعد به قطع شیرخوردن می‌کند. سایر نوپاها، علیرغم تغییر در مقدار و مزه شیر، به شیر خوردن ادامه می‌دهند.

خلاصه:

- باید با مادر درباره احساساتش صحبت و به او کمک شود تا با توجه به شرایط خود و نیاز کودکش بهترین راه را انتخاب نماید.
- اگر مادر تغذیه مناسب و کافی داشته باشد، شیردادن در طی حاملگی، نیازهای تغذیه‌ای جنین را نیز فراهم می‌کند.
- انقباضات رحم ناشی از شیردهی، معمولاً خطری برای جنین نداشته و خطر زایمان زودرس را بیشتر نمی‌کند.
- هورمون‌های حاملگی برای شیرخوار یا کودک نوپا مضر نیستند.
- یک حاملگی دشوار ممکن است دلیلی برای از شیرگیری باشد.

فصل نهم:

نقش سلامت مادر در شیردهی

تغذیه مادر در دوران شیردهی

استرس و شیردهی

اختلالات عاطفی بعد از زایمان

تغذیه مادر در دوران شیردهی

اهداف آموزشی:

- ۱- شناخت نیازهای تغذیه‌ای مادر در دوران شیردهی
- ۲- شناخت تأثیر تغذیه مادر بر کمیت و کیفیت شیر مادر
- ۳- شناخت مادران مبتلا به سوءتغذیه که نیاز به حمایت تغذیه‌ای دارند
- ۴- شناخت حساسیت‌های غذایی در کودکان در ارتباط با تغذیه مادر در دوران شیردهی
- ۵- شناخت راه کارهای لازم برای کمک به مادران برای تنظیم برنامه غذایی مناسب در دوران شیردهی

تغذیه مادر

تا کنون تحقیقات فراوانی در مورد شناسایی ترکیبات بیوشیمیایی شیر مادر انجام گرفته است. گرچه تعداد زیادی از مواد موجود در شیر مادر شناخته شده‌اند ولی هنوز هم تحقیقات و آزمایشات متعدد برای شناخت کامل ترکیبات شیر مادر ادامه دارد.

شیرمادر دارای ترکیبات مختلفی از انواع مواد مغذی مانند پروتئین‌ها، ویتامین‌ها، املاح، چربی و کربوهیدرات می‌باشد. مواد مغذی شیرمادر از مادری به مادر دیگر بسیار متفاوت بوده و از یک زمان شیردهی به زمان دیگر نیز تغییر می‌کند. این دگرگونی را حتی می‌توان در ساعات مختلف روز و با تغییرات سنی کودک هم مشاهده کرد. ترکیبات مختلف بیوشیمیایی موجود در یک نمونه شیرمادر نه تنها در میزانی از شیر که در یک زمان ترشح شده بلکه در ساعاتی از روز که نمونه گرفته شده است می‌تواند بر اساس سن مادر، تعداد حاملگی‌ها و سن جنینی کودک تغییر یابد.

سال‌هاست که بحث نقش تغذیه مادر در دوران شیردهی بر روی این ترکیبات و اهمیت تغذیه مادر شیرده در حجم شیر و وزن‌گیری شیرخوار مورد توجه بوده است. شیردهی، تکمیل فیزیولوژی حلقه تولید مثل در یک زن است و بدن مادر نه تنها در غدد پستانی برای تولید شیر تغییراتی می‌دهد، بلکه با جمع‌آوری مقدار کافی ذخائر مواد غذایی در دوران بارداری، خود را برای تولید شیر نیز آماده می‌سازد.

بعد از زایمان، احساس تشنگی، اشتها و علاقه به غذا خوردن در مادر افزایش می‌یابد. در سنت‌های قدیمی رسم بود که علاوه بر آوردن هدایا برای تولد کودک، حتماً غذاهای پر انرژی و سرشار از پروتئین به مادر داده شود تا انرژی از دست رفته او در طول زایمان، جبران گردد.

تشویق مادران شیرده برای استفاده از یک برنامه غذایی مناسب و متنوع که ضمن تأمین کردن مواد مغذی مورد نیاز با فرهنگ غذایی آنان، هم‌خوانی داشته باشد بسیار اساسی است.

درست است که مادران شیرده به سبزی‌های تازه و میوه، نان و غلات و مواد غذایی که منابع خوب کلسیم هم باشد نیازمندند ولی این انتخاب‌ها و دستورات باید بر اساس عادات غذایی و سنت‌های جامعه و درآمد اقتصادی خانواده باشد.

هر قدر الگوی غذایی داده شده به مادر ساده‌تر و مناسب‌تر با عادات غذایی مادر باشد بیشتر مورد توجه و عمل او قرار می‌گیرد. اکثر رژیم‌های غذایی توصیه شده به مادران در دوران شیردهی به گونه‌ای است که به عادات غذایی و علاقه آنان به برخی مواد غذایی توجه نمی‌شود و بعضی از مادران اصلاً با چنین قوانین تغذیه‌ای سازگاری ندارند و آنها را

خیلی مشکل می‌توانند ادامه دهند که این خود باعث شکست در شیردهی می‌شود. در بسیاری از تحقیقات نشان داده شده است که مادران نگران این مسئله هستند که وقت کافی برای خرید مواد غذایی و درست کردن غذا ندارند ولی تغذیه سالم و خوب به معنی صرف کردن وقت زیاد در آشپزخانه نیست. بسیاری از مواد غذایی، هم مغذی هستند و هم آسان مورد استفاده قرار می‌گیرند مانند پنیر، ماست، نان‌های سبوس‌دار، گوجه فرنگی، جوانه‌ها، میوه‌ها، سبزی‌های قطعه‌قطعه شده، تخم‌مرغ پخته و مغزها (مانند بادام، گردو و فندق) که می‌توانند به عنوان میان وعده مورد استفاده قرار گیرند و یا به همراه غذای خانواده مصرف شوند.

خوردن چند وعده غذای کم حجم بهتر از مصرف ۳ وعده غذای حجیم است. بسیاری از مادران، قبل از شیردادن یک نوشیدنی سالم که مایعات مورد نیاز آنان را تأمین کند انتخاب می‌کنند.

عادات غذایی مادر، ذخیره‌سازی دوران بارداری، آگاهی از نقش تغذیه در سلامت خود مادر و اهمیت مواد غذایی دریافتی در ترکیب و حجم شیر مادر بسیار مهم هستند. ولی عواملی که بیش از تغذیه مادر در ازدیاد حجم شیر او دخالت دارند و متأسفانه فراموش می‌شوند عبارتند از: شروع تغذیه با شیر مادر در اولین ساعات تولد نوزاد، تکرر و تداوم تغذیه با شیر مادر، تماس مادر و شیرخوار، تغذیه بر اساس تقاضای شیرخوار و وضعیت صحیح شیردهی.

تأثیر تغذیه مادر بر حجم و کیفیت شیر و اهمیت آن در افزایش وزن نوزاد را می‌توان از تحقیقاتی که در مادران شیرده در جوامع مختلف با برنامه‌های غذایی متفاوت انجام گرفته است ملاحظه نمود.

الگوهای تغذیه‌ای ساده را که مناسب با عادات غذایی مادر است باید در اختیار او قرارداد استفاده از غذاهای مغذی الزاماً به معنی صرف وقت و پول بیشتر نیست.

توجه

حجم شیر

حجم و ترکیب مواد مغذی شیر مادر و عوامل مؤثر بر آن

حجم شیر مادر و محتوای آن در زنان مختلف و حتی در یک زن در ساعات مختلف، متغیر و تحت تأثیر عوامل متعددی است از جمله: ویژگی‌های ژنتیکی، تغذیه مادر، stage یا مرتبه شیردهی او، ردیف تولد، سن بارداری و روش نگهداری نمونه برای کارهای آزمایشگاهی ...

تغییر در ترکیب شیر در ۴ روز اول زایمان بسیار سریع است و حجم شیر هم ناگهان در بعضی زنان پس از چند روز اول، افزایش می‌یابد و بعد از آن در یک وضعیت ثابت باقی می‌ماند.

اولین تغییر در ترکیب شیر پس از زایمان، کاهش غلظت سدیم و کلر و افزایش لاکتوز شیر است که در طی ۷۲ ساعت بعد از زایمان اتفاق می‌افتد. حجم شیر در ۵ روز بعد از زایمان در زنان چند تا بیشتر از زنان اول زاست.

سطح بالای پرولاکتین خون برای شروع شیردهی و تداوم شیرسازی یا لاکتوژنز ضروری است و اهمیت شروع زود شیردهی در اطاق زایمان به همین دلیل است.

باقی ماندن جفت، سزارین، دیابت، تنش‌های حین زایمان، عدم توجه به تماس اولیه مادر و نوزاد می‌توانند شیرسازی را به تأخیر بیاندازند.

تغذیه مادر و حجم شیر

حجم شیرمادر در طی یک دوره شیردهی تغییرات فراوانی را نشان می‌دهد. حجم شیرمادر تقریباً، قابل تخمین است مگر در شرایط بسیار استثنائی مانند سوءتغذیه‌های شدید یا در زمانی که مادر دزیدراته شده باشد.

غذا به تنهایی سبب افزایش شیرمادر نمی‌شود.
بزرگترین عامل تولید شیر و افزایش حجم شیر، تقاضای کودک و نوع مکیدن و تخلیه کامل پستان است.

تغذیه


در بررسی ۷۳ کودک که به طور انحصاری از شیرمادر تغذیه می‌شدند نشان داده شده که هیچ‌یک از عوامل مانند: سن، تعداد زایمان‌ها، شاخص‌های آنتروپومتریک مادر مانند وزن و قد او به طور معنی‌دار بر روی حجم شیرمادر تأثیر نداشته‌اند ولی در بعضی تحقیقات کشورهای جهان سوم رابطه بین حجم شیر و میزان چربی بدن مادر را گزارش نموده‌اند.

حجم کلستروم از ۲ تا ۲۰ میلی لیتر در هر نوبت تغذیه در سه روز اول متفاوت است و حجم کلی روزانه آن بستگی به تعداد دفعات تغذیه داشته و در ۲۴ ساعت اول به ۱۰۰ میلی لیتر نیز می‌رسد.

بعد از سومین روز تولد، حجم کلستروم مورد استفاده نوزاد به سرعت افزایش یافته و از ۷ میلی لیتر در هر بار تغذیه به ۱۲۲ میلی لیتر در ۲۴ ساعت تغییر می‌نماید. این مقدار در روز سوم به طور متوسط به ۳۸ میلی لیتر در هر بار تغذیه می‌رسد. هنوز هیچ شاهدهی دال بر اینکه نوزاد سالم متولد شده بیشتر از این مقدار شیر و مایعات برای رشد طبیعی در روزهای اول زندگی لازم داشته باشد، پیدا نشده است.

بر اساس تحقیقات انجام شده مشخص گردیده که در زایمان‌های دوم و سوم، کلستروم زودتر ترشح می‌شود و حجم بیشتری هم دارد. کلستروم به علت بالا بودن میزان بتاکاروتن آن زردرنگ است.



مقایسه ۱۰۰ میلی لیتر از کلستروم با ۱۰۰ میلی لیتر شیر رسیده نشان می‌دهد که میزان پروتئین کلستروم بیشتر و قند و انرژی آن کمتر از شیر رسیده است.

نظر املاح، غلظت سدیم، پتاسیم و کلر در کلاستروم بیشتر از شیر ماچور (شیر رسیده) است  مادرانی که در دوران بارداری ۲-۴ کیلوگرم چربی ذخیره کرده‌اند بعد از زایمان از این ذخیره چربی حدود ۲۰۰ تا ۳۰۰ کیلو کالری در روز انرژی برای تولید شیر آزاد می‌کنند ولی هنوز آماری در دست نیست که نشان دهد مادران خوب تغذیه شده با ذخیره چربی فراوان، کلاستروم بیشتری را تولید خواهند کرد.

تحقیق در زمان قحطی در کشور هلند در طی سال‌های ۱۹۴۴-۱۹۴۵ نشان داد که در این دوران، حجم شیر کمی کاهش پیدا کرد ولی در طول مدت شیردهی تغییری حاصل نشد. آنالیز نشان داد که تغییری در ترکیب مواد مغذی شیر مادر ایجاد نشده بعلاوه مادرانی در شیردهی موفق بودند که ذخیره بهتری در دوران بارداری داشتند. این مادران در طول دوران جنگ در طی بارداری ۴٪ کمتر از حد مورد انتظار آن جامعه وزن گرفته بودند ولی وزن نوزادان ۱۰٪ کمتر از حد مورد انتظار بود. این مادران به علت اعتماد فراوان به شیرخود، طول مدت شیردهی را کاهش نداده بودند.

در کشورهایی که دریافت مواد غذایی توسط مادران در فصول مختلف سال متفاوت است تولید شیر مادرانی که دچار کمبود شدید مواد غذایی می‌شوند به طور متوسط ۱ دسی‌لیتر در روز کاهش پیدا می‌کند.

تحقیقات متعددی بر روی قدرت شیردهی، طول مدت شیردهی و حجم شیر در زنانی که در کشورهای برمه-گامبیا-اتیوپی-گینه جدید زندگی کرده و از نظر تغذیه در شرایط بسیار بدی بوده‌اند انجام گرفت. براساس این مطالعات، افزایش پروتئین و انرژی دریافتی روزانه مادر، تأثیری بر کیفیت شیر آنان نداشت ولی حجم شیر، کمی تغییر کرده بود.

تحقیقات در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد حتی مادرانی که سوءتغذیه خفیف دارند می‌توانند شیر خوبی با مواد مغذی لازم، تولید کنند . جوامعی که سوءتغذیه‌های مزمن وجود دارد و زنان شیرده، شیردهی خود را با ذخیره بسیار پایین مواد مغذی شروع می‌کنند شیر تولید شده ممکن است دارای کمبودهایی از نظر مواد مغذی مانند ویتامین‌های A, B6, B12 باشد .

در قحطی‌های طولانی مدت و گرسنگی‌های شدید، میزان شیر مادر و مواد مغذی موجود شیر او تحت تأثیر قرار می‌گیرد ولی حتی در چنین شرایطی اگر مادر ذخیره خوبی از قبل داشته باشد تا حدی از این مشکل جلوگیری می‌شود. تصحیح برنامه تغذیه‌ای مادر و استفاده از مکمل‌های غذایی در این زمان می‌تواند کاملاً مشکل را برطرف کند و نیاز کودک را برآورده سازد.

Sosa در گواتمالا، تغییر چشمگیری در افزایش حجم شیر (نه در کیفیت شیر) با دادن غذای تکمیلی در رژیم مادران شیرده تجربه کرد که منجر به افزایش وزن نوزادان گردید.

تحقیق در روستاهای نیجریه نشان داد که مکمل یاری غذایی (افزایش دریافت پروتئین و انرژی) در مادران شیرده باعث افزایش حجم شیر آنان و افزایش نرخ رشد و وزن‌گیری در شیرخوارانشان شده است.

پستان مادر برای ساخت شیر از تمام ذخائر بدن استفاده می‌کند بنابراین با مصرف این مواد و به ازاء تمام شدن ذخائر بافتی مادر، شیرری تولید می‌شود که در کیفیت و حتی به‌مقدار زیادی در کمیت بدون تغییر است. کمیت تغذیه آکادمی اطفال پیشنهاد می‌کند که افزایش میزان پروتئین دریافتی در مادران سوءتغذیه‌ای در دوران شیردهی بسیار ارزشمند است زیرا از تحلیل ذخائر پروتئین مادر پیشگیری می‌نماید.

در بافت پستانی مادران تفاوت‌هایی وجود دارد که به همین جهت توانائی ذخیره شیر در سینوس‌های لاکتی فروس هم چنین حجم شیر متفاوت خواهد بود لذا بعضی از کودکان با فاصله ۳ ساعت شیرخوردن راضی و خوشحال هستند و بعضی دیگر دفعات بیشتری باید شیر بخورند تا وزن کافی را بدست آورند. قدرت ساخت شیر در زنان استرالیایی که دارای بچه‌های دوقلو بوده‌اند مورد بررسی قرار گرفته و نشان داده شده که آنان با تکرر شیردهی و وضعیت صحیح شیردهی قادر به تولید شیر مورد نیاز شیرخواران دوقلوی خود بوده و شیر بیشتری تولید کرده‌اند. حجم شیر تولید شده توسط مادران در نقاط مختلف دنیا بین ۴۵۰ تا ۱۲۰۰ سی‌سی در روز است.

به نظر می‌رسد اکثریت قریب به اتفاق زنان دنیا حتی اگر رژیم غذایی آنان کافی و خوب هم نباشد می‌توانند شیر کافی و حتی بیشتر از نیاز کودک تولید کنند به شرطی که این زنان بطور کامل و مکرر شیر بدهند و سطح پرولاکتین را بخصوص در شب بالا نگهدارند. در بسیاری از تجربه‌ها نشان داده شده است مادرانی هم که خیلی خوب تغذیه می‌کنند اگر بطور مکرر شیر ندهند و یا از بطری و سر پستانک و غذای کمکی برای شیرخوار خود استفاده نمایند به اندازه کافی شیر تولید نخواهند کرد.

توجه به چند نکته زیر در مورد تولید شیر بسیار اهمیت دارد:



- ۱- در دوران شیردهی، چون جذب و متابولیسم مواد غذایی در بدن مادر بهتر است بنابراین غذای روزمره و عادی مادر بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- ۲- چربی‌های ذخیره شده در دوران بارداری بهترین منبع انرژی در ۲ تا ۳ ماه اول پس از زایمان برای تولید شیر است.
- ۳- حتی مادرانی که تغذیه مناسب ندارند ترکیب شیر آنان تغییر زیادی نداشته و شیر این مادران هنوز بهترین نوع تغذیه برای شیرخوارانشان می‌باشد.
- ۴- مادرانی که بعد از شیردهی از شیردوش استفاده کرده و پستان را کاملاً تخلیه می‌کنند ۱۵٪ تا ۴۰٪ افزایش تولید شیر خواهند داشت.



مایعات و شیر مادر

مصرف مایعات و افزایش حجم شیر همیشه از موضوعات مورد بحث بوده است هنوز آمار و ارقام مستندی در دسترس نیست که نشان دهد اضافه دریافت هر نوع مایعات میزان حجم شیر را افزایش و یا محدود کردن آن، حجم شیر را کاهش می‌دهد.

۳۰ سال پیش Thomson, Hytem در یک تحقیق کنترل شده نشان داد که افزایش وزن در نوزادان مادرانی که به آنان مایعات فراوان داده شده بود دیده نشد. در سال ۱۹۹۱-۱۹۸۱ در چندین تحقیق نشان داد که اضافه دریافت مایعات و یا محدود کردن دریافت مایعات تأثیر زیاد و یا معنی داری بر روی حجم شیر مادر ندارد. **حجم شیر را کم می‌کند.** در دو گروه مادران با دریافت ۳۲۰۰ میلی لیتر مایعات در روز در مقایسه با ۲۱۰۰ میلی لیتر در روز تغییری در حجم شیر مشاهده نشد و حتی به دلیل عدم کفایت دریافت انرژی، حجم شیر کمتر هم بوده است.

مادران به طور طبیعی در دوران شیردهی احساس تشنگی می‌کنند که خود باعث افزایش دریافت مایعات می‌شود. اگر از میزان مایعات دریافتی مادر کاسته شود، قبل از کم شدن حجم شیر، حجم ادرار کاهش می‌یابد. در زمان زیدراتاسیون‌های شدید و از دست دادن آب مثلاً به دنبال یک اسهال و استفراغ (درمادری که قبلاً سالم بوده)، بعد از کم شدن حجم ادرار حجم شیر نیز کم می‌شود. مادرانی که ورزش‌های سنگین انجام می‌دهند و یا در مناطق بسیار گرم زندگی می‌کنند عطش بیشتری داشته و دریافت آب و مایعات در این گروه باید مورد توجه قرار گیرد. مادران شیرده بخصوص بلافاصله بعد از زایمان و در ماه‌های اول باید مایعات کافی دریافت کنند.

در جواب تشنگی نوشیدن، بهترین راهنمای مادران شیرده برای دریافت میزان مایعات در روز است. استفاده از شیر یا آب، شربت‌های خانگی، آب میوه، نوشابه‌های بدون رنگ، شربت با آب لیموترش تازه (که حاوی ویتامین C می‌باشد) قبل از شیر دادن توصیه بسیار خوبی است بخصوص برای مادرانی که احساس تشنگی زیادی دارند. مادران شیردهی که مایعات کافی دریافت نمی‌کنند رنگ ادرارشان تیره شده و ممکن است یبوست هم داشته باشند.



پروتئین و شیر مادر

نوزادان و شیرخواران پستانداران مختلف نرخ رشد متفاوت دارند این تغییرات رشدی به دلیل نوع شیر آنهاست. آهسته‌ترین روند رشد در نوزاد انسان است زیرا شیر انسان کمترین میزان پروتئین در ۱۰۰ میلی لیتر شیر را دارد. کازئین، لاکتوبومین، لاکتوفرین، آلبومین، ایمونوگلوبولین‌ها و بعضی از انواع گلیکو پروتئین‌ها به مقدار کافی و لازم در شیر مادر وجود دارند.



الگوی اسیدهای آمینه آزاد در شیر پستانداران مختلف، بسیار متغیر و متناسب با نیاز نوزادان آنها است. بین اسیدهای آمینه شیر مادر، تورین (Taurine) اسید آمینه‌ای است که به مقدار زیاد در بافت مغز نوزاد موجود بوده و در رشد مغزی شیرخوار بسیار اهمیت دارد. میزان پروتئین شیر مادر در روزهای اول به سرعت کاهش می‌یابد و این کاهش در میزان پروتئین‌هایی که اثر مصونیتی دارند بیشتر است ولی سطح مواد مصونیتی تا سال دوم زندگی شیرخوار، در شیر مادر به خوبی حفظ می‌شود.



در مورد اینکه آیا مقدار پروتئین شیر مادر با رژیم غذایی او تغییر می‌یابد؟ تحقیقات فراوانی انجام گرفته و نشان داده پروتئین شیر مادر در مادرانی که رژیم‌های کم پروتئین یا رژیم‌های با کیفیت پایین دارند تغییر آنچنانی نمی‌کند. اضافه کردن پروتئین به صورت تکمیلی در غذای مادر شیرده در تحقیقی که در نیجریه انجام گرفت افزایش حجم شیر را نشان داد ولی همراه با افزایش کل پروتئین موجود در ۱۰۰ سی سی شیر مادر نبود.

در تحقیق دیگری در پاکستان کمیت و کیفیت پروتئین شیرمادرانی که در طبقات بسیار پائین اجتماعی، اقتصادی در کراچی زندگی می‌کردند با میزان و نوع پروتئین شیرمادرانی که خوب تغذیه شده بودند مورد مقایسه قرار گرفت که تفاوت چشمگیر و معنی داری نشان نداد. تنها تفاوت عمده در میزان اسیدهای آمینه لیزین و متیونین گزارش گردید. ولی باید توجه داشت تا جایی که مادر ذخیره کافی دارد این کمبودها جایگزین شده و تأثیر آن بر شیرمادر به سرعت قابل جبران است. تغییر کمی و کیفی در پروتئین شیرمادر واقعاً زمانی اتفاق می‌افتد که ذخائر پروتئین مادر کاملاً و به شدت تحلیل رفته و یا تخلیه شده باشد.

 بررسی در مادران مبتلا به سوء تغذیه شدید نشان داده که پروتئین حامل مواد ایمونولوژیک شیرمادر در این مادران پایین تر است و در کلاستر Iq.G یک سوم و مقدار آلومین یک دوم میزان مادران معمولی است  که کاهش Iq.A و کمپلمان چهارم C4 (Fourth Component) در زمان شروع ترشح شیر رسیده از بین می‌رود. اضافه دریافت مواد غذایی لازم در ۳-۴ هفته بعد از زایمان تأثیر خوبی در افزایش این مواد مصنوعی داشته و اگر مادران در دوران بارداری از یک رژیم غذایی مناسب برخوردار می‌شدند کاهش پروتئین‌های حامل مواد ایمونولوژیک در شیر بلافاصله بعد از زایمان در کلاستر هم مشاهده نمی‌شد.

انرژی و شیرمادر

 اکثر زنان در دوره بارداری حدود ۲-۴ کیلوگرم چربی ذخیره می‌کنند که با استفاده مناسب از این چربی می‌توانند نیاز افزایش انرژی در ۲-۳ ماه اول شیردهی را تأمین نمایند  که ذخیره شده حدود ۲۰۰ تا ۳۰۰ کیلوکالری در روز در سه ماهه اول شیردهی، انرژی در اختیار مادر قرار می‌دهد که قسمتی از انرژی لازم برای تولید شیر در این دوران است. مابقی آن باید از تغذیه مادر تأمین گردد.

 بعد از کاهش ذخیره چربی باید توجه داشت که اگر شیردهی ادامه پیدا می‌کند با خرج ذخائر بدن مادر نباشد و انرژی اضافه برای تولید و ساخت و ترشح شیر حتماً در غذای مادر منظور گردد. 

کمیت تغذیه در دوران شیردهی در سال ۱۹۹۱ پیشنهاد کرد که مادران شیرده به طور متوسط ۲۷۰۰ کیلو کالری در روز (حدود ۵۰۰ کالری بیشتر از دوران غیر بارداری) لازم دارند ولی در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که با دریافت حدود ۲۲۰۰ و ۲۴۶۰ کیلوکالری هم مادران به خوبی توانسته‌اند شیر کافی تولید نمایند.

اضافه کردن ۵۰۰ کالری در روز بستگی به ذخائر بدن مادر و میزان فعالیت‌های او دارد در بعضی نقاط و در مادرانی که فعالیت زیاد نداشته و در دوران بارداری هم از تغذیه خوبی برخوردار بوده‌اند این مقدار اضافه دریافت کالری لازم نیست و برعکس در بعضی از مادران که در دوران بارداری و شیردهی فعالیت زیاد داشته و ذخائر کافی بدنی ندارند ممکن است این مقدار حتی کافی هم نباشد.

توجه

مادران غیر فعال که در دوران بارداری چربی بیشتری ذخیره کرده‌اند در دوران شیردهی به انرژی کمتری در روز احتیاج دارند تا به تدریج چربی‌های ذخیره شده را از دست بدهند.

برای زنانی که به طور متوسط روزانه ۸۵۰ سی‌سی شیر تولید می‌کنند ۶۰۰-۷۰۰ کیلوکالری افزایش انرژی در دوران شیردهی لازم است که به آسانی می‌توانند با کمی تغییر در برنامه غذایی روزانه خود این میزان را دریافت نمایند. در بسیاری از تحقیقات انجام شده در کشورهای صنعتی که مادران تغذیه مناسب داشته‌اند، رابطه مثبتی بین اضافه دریافت انرژی در دوران شیردهی با تولید شیر بیشتر، دیده نشده است ولی تحقیقات در مصر و کنیا نشان داده‌اند که بین وزن مادر و ذخیره چربی و انرژی دریافتی او با حجم شیر و میزان چربی شیر رابطه مثبت وجود دارد.

توجه

مادرانی که در جواب گرسنگی خود از غذاهای سالم و متنوع استفاده می‌کنند معمولاً انرژی لازم روزانه را به دست آورده و شیردهی موفق دارند.



مادرانی که در انتخاب مواد غذایی دقت نمی‌کنند و یا به اندازه کافی غذا دریافت نمی‌نمایند با وجودی که شیر مورد نیاز شیرخوار خود را تولید می‌کنند ولی سلامتشان را به خطر انداخته و ذخائر بدن خود را از دست می‌دهند. به مادران باید کمک کرد که بهتر بخورند تا ضمن دریافت کالری بیشتر و تولید شیر کافی مقاومت آنان در مقابل بیماری‌ها هم افزایش یابد. کیفیت شیر بعضی از مادران فقیر و سوءتغذیه‌ای که غذای کافی در اختیار ندارند همیشه توسط پزشکان و کارکنان بهداشتی و اطرافیان مورد سؤال بوده و آنان را از شیردهی منع می‌کنند. اگر مادری واقعاً سوءتغذیه شدید دارد ($BMI < 17$) که کیفیت شیر او تحت تأثیر قرار می‌گیرد بهتر است به جای شروع تغذیه کمکی برای کودک او، برنامه غذایی مادر را تصحیح نمود. تحقیقات نشان داده‌اند کمک به بهبود تغذیه مادر بسیار ارزان‌تر بوده و در نتیجه کودک بهترین و کامل‌ترین غذا را که شیرمادر خود اوست دریافت می‌دارد زیرا شیر این گونه مادران برای کودکان آنان از هر شیر دیگری سالم‌تر بوده و سبب افزایش مقاومت کودک در مقابل بیماری‌ها می‌شود.

توجه




کلید اصلی تأمین کالری لازم برای شیردهی موفق استفاده مناسب از تمام گروه‌های غذایی بر اساس فعالیت، کار و ذخیره بدن مادر است.

در شیر مادران مبتلا به سوءتغذیه شدید و یا مادرانی که رژیم غذایی محدود دارند کمبود بعضی از ویتامین‌ها از جمله A,D,B6,B12 گزارش شده لذا استفاده از مولتی ویتامین به ویژه در ۶ ماه اول پس از زایمان توصیه می‌شود. مادران با تغذیه سالم و متعادل، نیازی به دریافت ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی ندارند. اگر مادری که شیر می‌دهد برنامه و عادت غذایی مناسب و متعادلی داشته باشد نیازی نیست که ماده غذایی خاصی به رژیم او اضافه یا حذف شود مگر در موارد استثنائی. درست است که مادران خوب تغذیه شده سالم‌تر، فعال‌تر و پرانرژی‌تر از مادران سوءتغذیه‌ای هستند، تحریک‌پذیری آنان کمتر و آرامش بیشتری دارند و می‌توانند نوزاد یا شیرخوار سالم‌تری داشته باشند ولی تحقیقات نشان می‌دهند که لاغری یا چاقی، معیار خوبی برای پیش‌بینی یک شیردهی موفق نیست و نحوه شیردهی است که بیشترین تأثیر را دارد. زنانی که در هفته‌های اول شیردهی به دلیل شیر دادن نه رژیم گرفتن، وزن از دست می‌دهند تغییری در حجم و کیفیت شیر و انرژی حاصل از شیر آنان دیده نمی‌شود البته در اکثر این تحقیقات مادران BMI خوبی بین (۲۰-۲۴/۸) داشته‌اند که این خود نشان می‌دهد با وجودی که بالانس انرژی منفی بوده است بافت‌های چربی توانسته‌اند طوری انرژی را تأمین کنند که در تولید شیر مشکلی ایجاد نشود.

لاکتوز


در تحقیقاتی که با تغییر برنامه غذایی برترکیب شیر مادر انجام گرفته نشان داده شده است  میزان لاکتوز (اساسی‌ترین قند شیر مادر) ثابت بوده و تحت تأثیر رژیم غذایی مادر شکر نیست و از همه ترکیبات دیگر پایدارتر است و می‌تواند شاخص خوبی برای تعیین حجم شیر باشد. لاکتوز بعد از آب مهم‌ترین ماده تشکیل دهنده شیر مادر است . لاکتوز به مقدار ۷۰ گرم در لیتر در شیر و به دو فرم آلفا و بتا در شیر مادر تقریباً به صورت غیر محلول وجود دارد و به آرامی در روده کوچک جذب می‌شود و ایجاد اسیدی می‌نماید که از رشد باکتری‌های غیر ضروری در روده شیرخواران جلوگیری می‌کند. لاکتوز تنها منبع کربوهیدرات شیر مادر نیست بلکه در نمونه‌های مختلف شیر مادر مقداری گلوکز - گالاکتوز - گلوکز آمین (glucosamine) و بعضی از الیگو ساکاریدهایی که دارای نیتروژن هستند نیز دیده می‌شود که اهمیت بسیاری از آنها شناخته نشده ولی در کولونیزاسیون (Colonization) بعضی از میکرو ارگانیسم‌ها که برای نوزاد و شیرخوار بسیار مهم هستند دخالت می‌کنند. در بین آنها اولیگوساکارید نیتروژن دار لاکتو باسیل بیفیدوس (Lacto-B. Bifidus) را باید نام برد که لاکتوز را به اسید لاکتیک تبدیل کرده و از رشد میکروارگانیسم‌های پاتوژن جلوگیری می‌نماید.


چربی‌ها و شیر مادر

چربی‌های موجود در شیر مادر بیشترین ماده در شیر و  منبع انرژی برای نوزاد و شیرخوار است. مقدار کل چربی شیر از یک مادر به مادر دیگر، زمان زایمان (پیش از موعد یا ترم) و فصول مختلف سال تغییر می‌کند. در مادرانی که زایمان زودتر از موعد داشته‌اند چربی‌های بلند زنجیره و امگا (۳) بیشتر است که به دلیل نیاز نوزاد نارس به این نوع اسیدهای چرب برای رشد بدن و تکامل مغز می‌باشد.  

شیرمادران لاغرتر، چربی کمتر دارد ولی حجم شیر می‌تواند ۵ تا ۱۵٪ افزایش یابد تا نیاز کودک بر آورده شود حدود ۹۸-۹۷ درصد چربی شیرمادر از نوع تری‌گلیسرید است. ترکیب چربی شیرمادر با مدت بارداری، مرحله شیردهی، تعداد زایمان‌ها، حجم شیر تولید شده، تغذیه مادر، دفعات تغذیه کودک و وضعیت بدن مادر (افزایش وزن در دوران بارداری) تغییر می‌کند.

چربی شیر ترشح شده در اولین دقایق تغذیه (fore milk) بسیار کم ولی در انتهای تغذیه شیرخوار (Hind milk) سه برابر میزان اولیه است. چربی شیرمادر حدود ۳ تا ۵ درصد است و ۴۵ تا ۵۵ درصد کل انرژی شیرمادر را تشکیل می‌دهد.

ترکیب اسیدهای چرب شیرمادر با شیر گاو بسیار متفاوت است. اسیدهای چرب ضروری در شیرمادر فراوان بوده در حالی که مقدار اسیدهای چرب با زنجیره‌های کوتاه و اشباع (۸ - ۴) در شیر گاو بیشتر است.  کلسترول شیرمادر زیادتر از شیر گاو و حتی از شیرهای مصنوعی تجارتي نیز بسیار بیشتر است. چربی‌ها در تکامل بافت‌های شبکیه و

بافت‌های عصبی نقش اساسی دارند.  هضم چربی در اوایل دوره نوزادی تکامل نیافته و لیپاز زبانی، لیپاز معدی و لیپاز پانکراس کم کم ایجاد می‌شوند. در شیرخوارانی که از شیرمادر استفاده می‌کنند، آنزیم لیپاز موجود در شیرمادر، هضم چربی را برای آنان بسیار آسان‌تر می‌کند. میزان چربی شیرمادر در مادران مبتلا به سوءتغذیه شدید که ذخیره چربی آنان بسیار کم است حدود یک گرم در ۱۰۰ سی‌سی کاهش پیدا می‌کند در چنین شرایطی میزان کالری مورد نیاز نوزاد و شیرخوار هم که باید از طریق شیرمادر تأمین گردد کم می‌شود.

اگر مادر رژیم کم چربی داشته ولی کالری دریافتی او متناسب باشد و کربوهیدرات دریافتی او زیاد باشد بیشترین اسید چرب موجود در شیر او بیشتر از نوع اسیدهای چرب با C8-C16 خواهد بود یا اسیدهای چربی که غدد چربی ساز پستان آنها را می‌سازد.


اگر میزان دریافت کالری و چربی رژیم مادر هر دو متناسب باشد چربی‌های از نوع اسیدهای چرب ضروری در شیرمادر بیشتر ترشح می‌شود.

اگر میزان چربی و کالری دریافتی مادر هر دو در طول دوره شیردهی کم باشند درصد زیادی از چربی شیرمادر از طریق بافت‌های چربی بدن مادر تأمین می‌شود. در زنان خام‌گیاه میزان اسیدهای چرب غیر اشباع بلند زنجیره، ۵ برابر بیشتر از مادران دیگر است. تغییرات غدد چربی ساز پستان و ذخیره چربی بدن مادر نوسانات روزانه چربی در رژیم غذایی مادر را تعدیل می‌کنند.

تحقیقات نشان داده در بیماری‌هایی که هضم، جذب و متابولیسم چربی مادر مختل می‌شود مانند هیپرلیپوپروتئینمی، سیستیک فیبروزیس و دیابت، میزان چربی شیرمادر تغییر پیدا می‌کند و به این مادران باید بیشتر توجه شود.

نتیجه برخی تحقیقات نشان می‌دهد:

بارژیم‌های کم کلسترول، سطح کلسترول خون مادر کاهش می‌یابد ولی تأثیری بر سطح تری‌گلیسرید خون مادر ندارد. تغییرات چربی در برنامه غذایی، تغییری در کلسترول شیرمادر نشان نداده ولی سطح کلسترول

پلاسمای نوزاد کاهش نشان داده است که به علت بالا بودن غلظت اسید لینولئیک در شیرمادر می‌باشد. 

- میزان کلسترول شیر مادر در ۱۶ هفته پس از شروع شیردهی تقریباً ثابت باقی می ماند. تحقیقات مختلف دیگر در زنان افریقایی که به رژیم های کم چربی عادت دارند همچنین در زنان فنلاندی اولزا که ۳۹٪ انرژی روزانه آنان از چربی تأمین می شود. (یکدوم اسیدهای چرب دریافتی آنان از نوع اشباع می باشد) تأثیری بر روی کل چربی شیر مادر نشان نداده است. افزایش وزن کافی در دوران بارداری با افزایش چربی شیر همراه است لذا توصیه می شود مادران سوء تغذیه ای در دوران بارداری شناسایی و ذخیره چربی لازم و تغذیه صحیح را از همان زمان شروع کنند. هدف برنامه های مادر و کودک در کشورهای پیشرفته ایجاد تسهیلات مشاوره ای تغذیه، دادن مکمل های غذایی به مادران در دوران بارداری و تشویق این مادران به تغذیه کودک با شیر مادر است تا نوزاد از مزایای شیر مادر به ویژه مزیت محافظت در مقابل عفونت ها بهره مند گردد این برنامه های آموزشی و مکمل های غذایی در بسیاری از کشورهای فقیر برای مادران سوء تغذیه ای بسیار موفقیت آمیز بوده است.


زمانی که شیرخوار با قدرت زیاد مک نمی زند تا به hind milk دست یابد، اگر پستان مادر در فواصل شیردهی و قبل از شیردادن ماساژ داده شود حدود ۵ تا ۳۰ درصد چربی کل شیر افزایش یافته و بر کیفیت شیر مادر می افزاید.

تغذیه

ویتامین ها و شیر مادر

انواع ویتامین های محلول در آب و چربی که برای رشد نوزاد و شیرخوار لازم است در شیر مادر وجود دارند ولی مقدار آن از مادری به مادر دیگر تغییر می کند. ممکن است این تغییر، اساس ژنتیکی داشته باشد ولی بعضی از ترکیبات ویتامین های شیر مادر تحت تأثیر غذای مصرفی او قرار می گیرند. ویتامین های شیر مادر ممکن است در اوایل شیردهی تغییر کنند. معمولاً سطح ویتامین های محلول در آب در روزهای اول شیردهی بالاتر از ویتامین های محلول در چربی است. اگر ذخیره ویتامین بدن مادر کافی باشد محتوی ویتامین های شیر مادر نسبتاً ثابت خواهد بود.

ویتامین های محلول در آب

این نوع ویتامین ها به آسانی از سرم مادر به شیر او منتقل می شوند  بیشتر از هر ماده دیگری تحت تأثیر رژیم غذایی مادر می باشند.

در بررسی های متعدد با دادن مکمل های ویتامینی به مادران نشان دادند که میزان بعضی از ویتامین ها به طور مشخصی در شیر مادر بالا می رود و این تغییر بخصوص در مادرانی که از نظر تغذیه ای در سطح خوبی نیستند بیشتر به چشم می خورد. از طرف دیگر با اضافه دریافت این ویتامین ها افزایش آن ها در سطح شیر مادر تا حد معینی است و بعد از آن سطح، با اضافه دریافت مقدار ویتامین افزایش بیشتری نشان نمی دهد.

ویتامین C

مقدار متوسط ویتامین C در شیر نهایی مادری که از تغذیه خوبی برخوردار است حدود ۱۰۰ میلی گرم در روز است و اگر بیش از این مقدار ویتامین C دریافت کند در سطح ویتامین C شیر او تغییر زیادی حاصل نمی شود.

این مسئله در یک بررسی که ویتامین C به صورت تکمیلی با مقادیر ۹۰ و ۲۵۰ میلی گرم در روز در اختیار مادران قرار گرفته بود نشان داد که در شیرمادران به همان میزان دریافت، ویتامین C دیده شد ولی در زنانی که ۱۰۰۰ میلی گرم اسید اسکوربیک در روز دریافت کرده بودند مقدار ویتامین C شیرمادر فقط کمی بیشتر از سطح نهایی قبلی بود.

میزان نیاز به ویتامین C در استرس و شیردهی افزایش می یابد.

ویتامین های B

مجموعه ویتامین های B تحت تأثیر رژیم غذایی مادر است. بری بری نوزادی در نوزادانی که مادران آنان به ظاهر سالم ولی از رژیم غذایی فاقد ویتامین B1 کافی استفاده می کرده اند گزارش شده است. **در مادران سوء تغذیه ای نشان داده شده است که مصرف B1 تکمیلی میزان ویتامین B1 شیرمادر را افزایش می دهد.**

غلظت ویتامین B1 در شیر روزهای اول، پایین و با تداوم شیردهی به ۷ تا ۱۰ برابر روزهای اول می رسد.

ویتامین های B12 و اسید فولیک در شیرمادر متصل به پروتئین های WHEY هستند که این پروتئین به فراوانی در شیرمادر وجود دارد در مادرانی که از تغذیه خوبی برخوردارند افزایش دریافت ویتامین B12 اثر ناچیزی بر میزان آن در شیرمادر داشته است. کم خونی مگالوبلاستیک همراه با کمبود B12 در نوزادانی که مادرانشان گیاه خوار کامل بوده اند در چند بررسی در دهلی نو گزارش شده است.

در تحقیق انجام شده با افزایش دریافت ویتامین B12 در ۱۹ مادر که میزان ویتامین B12 شیر آنان قبلاً اندازه گیری شده بود نشان داده شد که استفاده از این ویتامین بصورت تکمیلی نتوانسته میزان ویتامین B12 شیرمادر را افزایش دهد. در این تحقیق **د** در مادرانی که دچار کمبود ویتامین B12 بوده اند استفاده از مکمل ویتامین B12 توسط مادر در اوایل دوران شیردهی در بهبود اختلالات خونی و آتروفی مغزی نوزادان آنان مؤثر بوده است. از آنجا که کمبود ویتامین B12 در اوایل نوزادی می تواند منجر به اختلالات عصبی پایدار گردد در مورد مادرانی که به دلیلی دچار کمبود ویتامین B12 هستند باید دقت بیشتری انجام شود و این ویتامین به صورت مکمل های غذایی یا تزریقی در برنامه غذایی آنان وارد گردد.

مقدار **فولات** شیرمادر بسیار بالا و برای رشد طبیعی نوزاد و شیرخوار کافی است. **ا** اگر مادر کمبود شدید داشته باشد کاهش آن نیز در شیرمادر دیده می شود میزان اسید فولیک شیر با پیشرفت شیردهی افزایش می یابد. در مادران شیرده غدد پستانی برای مصرف فولات بر سیستم خون ساز تقدم دارند و در مادران شیردهی که کم خونی مگالوبلاستیک ناشی از کمبود فولات دارند دادن مکمل فولات باعث افزایش سریع آن در شیر می شود. غلظت این ماده در شیر بین ۲۰ تا ۵۰ برابر غلظت آن در پلاسما مادر است.

ویتامین B6 شیرمادر شاخص حساس و خوب اندازه‌گیری B6 سرم مادر است. مادران شیردهی که مکمل یاری B6 از یک تا ۲۰ میلی‌گرم در روز از نوع پیریدوکسین هیدروکلراید دریافت کرده‌اند میزان B6 در شیر آنان متناسب با میزان دریافت و بیشترین افزایش ۵ ساعت بعد از دریافت ویتامین بوده است. مادرانی که سابقه مصرف طولانی مدت قرص‌های ضد بارداری داشته‌اند میزان ویتامین B6 آنان کاهش داشته است.

دو محقق در هندوستان تأثیر دوران مختلف شیردهی مادر بر سطح ویتامین‌های B1, B2, B3, B12 و ویتامین C موجود در شیرمادر را بررسی کردند و مشاهده نمودند که میزان این ویتامین‌ها در طی دوران شیردهی به جز ویتامین B3 تقریباً ثابت باقی می‌ماند و ویتامین B3 در طول مدت شیردهی کمی افزایش می‌یابد. رابطه میزان این ویتامین‌ها با درآمد و طبقات اجتماعی مادران نشان داد که ویتامین B6 و B3 مادر با ارتقاء سطح تغذیه و سلامت او افزایش داشته و میزان ویتامین B1 شیرمادر در مادران فقیرتر به علت مصرف کربوهیدرات بیشتر بوده است.

جدول ۱۲: اثر تغذیه مادر بر ویتامین‌های محلول در آب

تأثیر مکمل‌های ویتامین (ب) در مادران		تأثیر تغذیه مادر بر ترکیب شیر مادر	کمبود شناخته شده واضح کلینیکی آن در شیرخواران	ویتامین‌های محلول در آب
مادران سوءتغذیه‌ای	مادران خوب تغذیه شده			
بله	خیر	محدود	نادر	ویتامین C
بله	محدود	بله	بله	ویتامین B1
بله	بله	بله	بله	ویتامین B2
بله	بله	بله	شناخته نشده	ویتامین B3
بله	خیر	بله	شناخته نشده	پانتوتونیک اسید
بله	بله	محدود	بله	ویتامین B6
بله	خیر	خیر	شناخته نشده	اسید فولیک
بله	خیر	بله	نادر	ویتامین B12


ویتامین‌های محلول در چربی

ویتامین‌های محلول در چربی توسط چربی‌ها به داخل شیرمادر انتقال پیدا می‌کنند و چون سطح آنها در شیرمادر با تغذیه در دوران شیردهی به آسانی تغییر نمی‌کند و از طرفی وجود ذخائر ویتامین A و D در بدن مادر، اندازه‌گیری آنها را مشکل می‌نماید بنابراین تعیین تأثیر مکمل‌های این دو ویتامین در برنامه غذایی مادران شیرده تقریباً غیر ممکن است.

میزان ویتامین A و D شیرمادر تا زمانی که واقعاً بدن مادر از ذخائر این دو ویتامین تخلیه نشده باشد آن چنان تغییری نمی‌نماید. دریافت بسیار زیاد بتاکاروتن، ویتامین A و بتاکاروتن شیرمادر را افزایش نمی‌دهد ولی افزودن ویتامین A به رژیم غذایی مادران سوءتغذیه‌ای سبب افزایش سطح ویتامین A در شیر آنان شده است. میزان ویتامین A شیرمادر در

کشورهای در حال توسعه بسیار کمتر از مادران کشورهای صنعتی گزارش شده زیرا ویتامین A سرم این مادران پایین تر است. شیرمادر منبع خوبی از بتاکاروتن (پیش ساز ویتامین A) و ویتامین A برای نوزاد و شیرخوار می باشد.


ویتامین A شیرمادر از اسیدهای رتینول است و اگر مادر دچار کمبود ویتامین A باشد مقدار آن به تدریج و با تداوم شیردهی کاهش می یابد. وجود کاروتنوئیدهای فراوان در روزهای اول شیردهی سبب تغییر رنگ شیر (کلستروم) می شود. معمولاً سطح ویتامین D در شیرمادر ثابت است و در فرم فعال به مقدار ۵۰-۴۰ واحد در لیتر در شیرمادر وجود دارد. افزایش دریافت ویتامین D توسط مادر به مقدار کم میزان ویتامین D شیرمادر را افزایش می دهد ولی این افزایش موقتی است و بلافاصله میزان ویتامین D به سطح اول بر می گردد. در جواب این سؤال که آیا مقدار ویتامین D شیرمادر برای تکامل استخوانی شیرخواران کافی است یا نه نظرات مختلفی وجود دارد بعضی از پزشکان در دنیا قبول کرده اند که میزان ویتامین D شیرمادر کاملاً برای رشد شیرخوار کافی است ولی از آنجایی که منبع اصلی ویتامین D برای شیرخواران آفتاب است و به میزان آفتابی که آنان دریافت می کنند توجه کافی مبذول نمی گردد در بعضی جوامع لازم است که ویتامین D به صورت تکمیلی در برنامه تغذیه شیرخواران گنجانده شود.

Specker و همکاران نشان داده اند شیرخوارانی که از شیرمادر استفاده می کنند حتی در نقاطی که آفتاب هم هست به علت سنت های خاص آن جامعه که بچه ها را پوشیده نگاه می دارند یا بیرون نمی برند راشیتیس کم گزارش می شود. به همین علت مسئله استفاده از ویتامین D بصورت مکمل برای کودکانی که از شیرمادر تغذیه می کنند بر اساس موقعیت محل و عادات تفاوت دارد. او عقیده دارد که ۳۰ دقیقه آفتاب در هر هفته به شرط اینکه شیرخوار فقط با پوشک باشد و یا ۲ ساعت با لباس ولی بدون کلاه، می تواند غلظت ۲۵ هیدروکسی ویتامین D (OHD - 25) را در حد مینیمم مورد احتیاج شیرخوار حفظ نماید.  کودکان شیرمادر خوار به ویژه در نواحی کم آفتاب مصرف مکمل ویتامین D به میزان ۴۰۰ واحد در روز توصیه می شود.

مقدار ویتامین E موجود در شیرمادر بسیار بیشتر از شیر گاو بوده و مقدار آن در پلاسما شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می کنند به سرعت بالا می رود و مدتها بدون تغییر در همان سطح باقی می ماند. در یک بررسی با جانشین کردن روغن آفتاب گردان به جای روغن مصرفی برنامه غذایی مادران شیرده، ۵۰ درصد افزایش ویتامین E در شیر این مادران گزارش شد. مقدار ویتامین E کلستروم نیز بسیار بالاست و این درست زمانی است که نوزادان نیاز فراوانی به اثر آنتی اکسیدانی ویتامین E دارند. بنابراین لازم است رژیم غذایی مادران، غنی از این ویتامین باشد که معمولاً با استفاده از روغن های مایع این نیاز تأمین می شود.

غلظت ویتامین K شیرمادر از ۱ تا ۲ میکروگرم در لیتر تغییر می کند. چون انتقال ویتامین K از طریق جفت بسیار کم است و نوزادان در بدو تولد ذخائر کمی از این ویتامین دارند لذا باید به آنان ویتامین K تزریق شود.

املاح و شیرمادر

غلظت کلسیم، فسفر و منیزیم در شیرمادر به غلظت این مواد در سرم مادر ارتباط  هنوز هیچ گونه بررسی علمی وجود ندارد که نشان دهد کلسیم شیرمادر تحت تأثیر کلسیم دریافتی از طریق غذا باشد. هر چند Greer ارتباط

ضعیفی را نشان داده ولی باید توجه داشت در صورت کمبود کلسیم رژیم غذایی، از کلسیم استخوان مادر در ساخت کلسیم شیر استفاده می‌شود. آتکینسون (Atkinson) و الست (Ulest) نشان داده‌اند که ۲ درصد از کلسیم استخوان مادر در طی ۱۰۰ روز شیردهی، صرف ساخت کلسیم موجود در شیر مادر می‌شود.

اطلاعات کنونی هنوز به اندازه‌ای نیست که بتوان مقدار مورد نیاز کلسیم مادر شیرده را مشخص کرد. کلسیم شیر مادر حتی در مادران سوءتغذیه‌ای و یا در صورت عدم دریافت کافی کلسیم، ثابت می‌ماند. چون کلسیم شیر مادر آن دچار راشیتیس، با شیر مادر آن سالم، تفاوتی ندارد. بنابراین دریافت کلسیم در برنامه غذایی مادر، برای تأمین کلسیم مورد نیاز او و پیشگیری از مصرف کلسیم استخوان‌های مادر است.

آهن موجود در شیر مادر تحت تأثیر دریافت آهن از طریق غذا و یا میزان آهن سرم مادر نیست افزایش دریافت آهن نیز که برای تأمین ذخائر بدن او بسیار مهم است بر روی مقدار آهن شیر او تأثیری ندارد.

زیست دسترسی آهن و روی در شیر مادر بسیار بالا است و در شرایط یکسان، جذب آهن و روی شیر مادر ۵ برابر بیشتر از شیر گاو است. ۱۰ درصد آهن شیر مادر به لاکتوفیرین که پروتئینی با اهمیت ایمونولوژیک می‌باشد متصل است. حرارت دادن شیر مادر لاکتوفیرین را از بین می‌برد. مقدار روی سرم کودکانی که شیر مادر می‌خورند نسبت به آنهایی که شیر مصنوعی می‌خورند بسیار بالاتر است (حتی اگر غلظت آن در شیر خشک ۳ برابر باشد). بنابراین یکی از علل رشد بهتر شیر مادر خواران همین مسئله است.


ید موجود در شیر مادر با دریافت ید از رژیم غذایی او تغییر می‌کند. پستان مادر قادر است غلظت ید شیر را خیلی بالاتر از غلظت ید در خون مادر نگاه دارد. در مناطقی که مشکل کمبود ید وجود دارد میزان دریافت ید از طریق مواد غذایی یا نمک‌های ید دار در برنامه غذایی مادران شیرده بایستی مورد توجه قرار گیرد.

ید برای ساخت هورمون‌های تیروئید مورد نیاز است و این هورمون‌ها برای تکامل مغز در دوران جنینی و مراحل اولیه نوزادی اساسی هستند. در بعضی مناطق دنیا مانند زئیر که کمبود شدید ید وجود دارد با دادن ید مکمل به صورت نان یا نمک غنی شده با ید به مادران در دوران بارداری و اوایل شیردهی توانسته‌اند از آسیب‌های مغزی و عقب‌افتادگی‌های ذهنی پیشگیری کنند.

جدول ۱۳: املاح شیر مادر

املاح	غلظت در طول شیردهی	اثر رژیم غذایی مادر بر روی آن
سدیم	تغییر می‌یابد	اثر ندارد
کلسیم	تغییر نمی‌یابد	اثر ندارد
آهن	تغییر نمی‌یابد	اثر ندارد
روی	کاهش می‌یابد	اثر ندارد
مس	تغییر نمی‌یابد	اثر ندارد
منیزیم	کاهش می‌یابد	اثر دارد
ید	کاهش می‌یابد	اثر دارد
فلوئور	ثابت است	اثر دارد

توصیه‌های تغذیه‌ای لازم برای مادران شیرده

همان‌طور که ذکر شد، میزان پروتئین، کلسیم و آهن شیرمادر تحت تأثیر رژیم غذایی مادر نیست ولی بعضی از اسیدهای آمینه مانند لیزین و متیونین، بعضی از انواع اسیدهای چرب و ویتامین‌های محلول در چربی و بعضی از ویتامین‌های محلول در آب تحت تأثیر رژیم غذایی مادر قرار می‌گیرند و اگر در برنامه غذایی مادر وجود نداشته باشند از ذخائر او مصرف می‌شود.  برای این ذخائر کلسیم، موادمعدنی و ویتامین‌های محلول در چربی باید برابر آنچه که از بدن مادر وارد شیر می‌شود جایگزین گردد. این تصور که مادران با تغذیه نامناسب و یا ذخائر ناکافی، نمی‌توانند شیر تولید کنند درست نیست. اگر تغذیه کودک با شیرمادر بطور مکرر و کامل و بر اساس خواست او انجام گیرد و سطح پرولاکتین در خون مادر بالا نگهداشته شود شیرمادر در هر شرایطی ساخته می‌شود.



تغذیه مادر در دوران شیردهی از این جهت اهمیت دارد که

- ۱) مادر را برای حفظ و نگهداری و مراقبت از کودک، سالم نگاه می‌دارد.
- ۲) از تحلیل بافت‌های بدن او برای ایجاد انرژی و ترکیبات شیر جلوگیری می‌کند.
- ۳) انرژی کافی مورد نیاز مادر را برای انجام کارهای دیگری غیر از مراقبت کودک تأمین می‌نماید.
- ۴) مانع تحلیل ذخائر مواد مغذی مادر شده و سبب می‌شود حاملگی‌های بعدی با سلامت و ذخیره خوب مواد غذایی شروع شود.

به همین دلیل کمیته تغذیه و حد مجاز روزانه (R.D.A) توصیه می‌کند برنامه متعادلی باید برای مادر شیرده در نظر گرفته شود که حدود ۴۵۰ تا ۵۰۰ کیلو کالری افزایش دریافت انرژی داشته باشد. درست است که ارزش انرژی برای ساخت یک لیتر شیر ۹۴۰ کیلو کالری است ولی مادران معمولاً ۴-۲ کیلوگرم ذخیره چربی از دوران بارداری دارند که خود یک نوع آمادگی فیزیولوژیک برای ساختن شیر است. بنابراین با ۵۰۰ - ۴۵۰ کیلوکالری اضافی، مادر می‌تواند شیرسازی و شیردهی خوبی داشته باشد.

کاهش وزن و شیردهی

اگر مادران شیرده تغذیه مناسب و متعادلی داشته باشند و در پاسخ به احساس گرسنگی خود غذا بخورند، آرام آرام در دوران شیردهی اضافه وزن مربوط به دوران بارداری را از دست می‌دهند این مسئله در مورد همه مادران صادق نیست.

بعضی از زنان وزن بیشتری از دست می‌دهند و برخی دیگر با باورهای غلط در مورد تغذیه در دوران شیردهی، اضافه وزن پیدا می‌کنند  تقریباً ۸۰ درصد زنان در دوران شیردهی وزن از دست می‌دهند و وزن ۲۰ درصد آنان یا ثابت می‌ماند و یا اضافه می‌شود. کاهش وزن در ۴ ماه اول شیردهی با یک برنامه منظم غذایی بدون نیاز به کاهش مقدار غذا و کالری دریافتی سریع‌تر است  دران شیرده در مقایسه با مادرانی که کودکان خود را با شیر مصنوعی تغذیه می‌کنند وزن بیشتری از دست داده و چربی‌های جمع شده در باسن آنها زودتر از بین می‌رود برعکس، در مادرانی که فرزند خود را با شیر مصنوعی تغذیه می‌کنند و قاعداً کالری کمتری دریافت می‌نمایند این تغییر در آنان دیده نمی‌شود.

در تحقیقات متعدد، رابطه عدم وزن‌گیری مناسب مادر در دوران بارداری با عدم موفقیت او در شیردهی، نشان داده شده ولی رابطه وزن مادر در دوران شیردهی با موفقیت یا عدم موفقیت او در شیردادن گزارش نشده است. هم چنین نشان داده شده که به علت مصرف انرژی برای ساخت شیر، دوران شیردهی یکی از بهترین زمان‌ها برای از دست دادن وزن اضافی به طور مناسب و صحیح است.

استفاده از یک برنامه غذایی متعادل در دوران شیردهی و مصرف چربی‌های ذخیره شده دوران بارداری، ضمن حفظ سلامت مادر و تولید شیر کافی، سبب می‌شود که مادر وزن مناسب را بدست آورد. این کاهش وزن، خود به خود، آرام و بدون نیاز به کاهش غذا و کالری روزانه است.

کاهش وزن به مقدار ۶۰۰ تا ۸۰۰ گرم در ماه در ۶-۴ ماه اول شیردهی مناسب بوده و تأثیری بر ترکیب یا کیفیت و کمیت شیر مادر ندارد.

تحقیق انجام شده در سال ۱۹۹۶ در ۳۳ زن سالم ولی چاق که خوب تغذیه شده بودند، نشان داد با کاهش ۵۸۳ کیلوکالری در روز از کل کالری دریافتی تولید شیر، میزان چربی و پروتئین شیر کاهش نداشت و بعد از ۱۰ هفته پیگیری مشکلی در وزن‌گیری کودکان دیده نشد و شیرخواران به طور متوسط ۲۱ گرم در روز افزایش وزن داشتند. محقق این گونه عنوان می‌کند زنانی که در دوران بارداری خوب وزن گرفته و از تغذیه خوبی برخوردارند به خوبی می‌توانند حدود ۵۰۰ گرم در هفته و یا به عبارتی دیگر ۲ کیلو در ماه، وزن کم کنند به شرط آنکه از نظر میزان دریافت کالری و درصد مواد مغذی لازم تحت نظر یک متخصص بوده و یا خود از اصول تغذیه متعادل و متناسب آگاه باشند.

کاهش وزن اگر تدریجی باشد روی کمیت شیر مادر تأثیر ندارد.

توجه


در تحقیقات متعدد نشان داده شده است:

- بزرگترین عامل تولید شیر پاسخ به تقاضای کودک و مکیدن مکرر پستان مادر است. سن مادر، تعداد زایمان‌ها و شاخص‌های آنتروپومتریک مادر بر میزان شیر تولید شده از نظر آماری تأثیر معنی داری نداشته است.
- میزان شیر تولید شده اگر بر اساس تقاضای کودک داده شود در مادران لاغر و مادران با وزن طبیعی برای قد، تفاوت آنچنانی ندارد.
- در بعضی از کشورهای جهان سوم که مادران ذخیره کافی چربی از دوران بارداری خود ندارند رابطه بین حجم شیر و میزان چربی بدن مادر و وزن مادر در دوران شیردهی گزارش شده است، مادرانی که شیردهی را با $B.M.I = 20-25$ آغاز کرده‌اند با وجود اینکه دریافت انرژی روزانه آنان کمتر از مورد نیاز بوده و در ماه هم کمتر از ۲ کیلو وزن از دست داده‌اند در تولید شیر و حجم شیر خود با مشکلی روبرو نبوده‌اند.

توصیه‌های لازم برای کاهش وزن در دوران شیردهی

- رژیم‌های کم کالری و کاهش سریع وزن در دوران شیردهی اصلاً توصیه نمی‌شود.
- رژیم‌های کمتر از ۱۸۰۰ کالری در روز مانند دوران بارداری، در دوران شیردهی هم ممنوع است.
- کاهش ۱۰۰ کالری در روز بعد از ۶ ماهگی به تولید شیر و وزن‌گیری شیرخوار لطمه نمی‌زند.
- کاهش وزن بیشتر از ۲ کیلو در ماه بعد از ۶ ماه اول شیردهی باعث می‌شود که سموم ذخیره شده در چربی‌های بدن مادر وارد شیر شده و برای کودک بسیار مضر و مادر را با خستگی روبرو کند.
- باید توجه داشت با کاهش کالری، دریافت بقیه مواد مغذی مانند ویتامین‌ها و املاح کاهش نیابند.

ورزش و شیردهی

ورزش و فعالیت بدنی، شادی بخش، بهبود دهنده خلق و خوی و یکی از عوامل مهم در کاهش استرس‌هاست. بسیاری از مادران فکر می‌کنند فعالیت‌های ورزشی در دوران شیردهی بر ترکیب و میزان شیردهی آنان تأثیر سوء دارد. در یک برنامه ورزشی اثر فیزیولوژیک ورزش در مادران شیرده بررسی و افزایش پرولاکتین در پلاسما، کاهش عکس‌العمل انسولین به غذا و افزایش اسید لاکتیک در شیرمادر مشاهده گردید. هم‌چنین در نتیجه افزایش پرولاکتین، شیر بیشتری ترشح شد و به دلیل کاهش عکس‌العمل انسولین، بدن مادر اسیدهای چرب ذخیره خود را به عنوان منبع انرژی بیشتر مورد استفاده قرار داد.  رفتن اسید لاکتیک نیز آنقدر نبود که مزه شیر را عوض نماید (در ورزش‌های سنگین شیر ترش مزه می‌شود).

تحقیقی مقایسه‌ای در سال ۱۹۹۴ و به مدت ۱۲ هفته در گروهی از مادران شیرده که ۵ روز در هفته دارای فعالیت ورزشی متناسب بودند با مادرانی که در دوران شیردهی اصلاً فعالیت نداشتند، انجام شد. نتیجه این بود که در کاهش وزن مادران، تغییر سطح پرولاکتین خون، ترکیب شیرمادر و وزن‌گیری کودکان هیچ تغییر چشم‌گیری وجود نداشت.

در بعضی کتب، هم‌چنین در عقیده عوام آمده است که میزان اسید لاکتیک بعد از ورزش در شیرمادر افزایش می‌یابد و کودکان میل به شیر خوردن را به همین جهت از دست می‌دهند و بهتر است مادران حدود ۹۰ دقیقه پس از ورزش، به کودک شیر ندهند ولی تحقیقات نشان می‌دهد:

- این تغییرات و دستورات عمل‌ها فقط در مورد ورزش‌های سنگین و بسیار سنگین و حرفه‌ای است و در شیرمادرانی که ورزش‌های سبک و متناسب با وزن و موقعیت خود را انجام می‌دهند چنین تغییری حاصل نمی‌شود. هیچ‌یک از مادران، امتناع کودک از شیر خود را بعد از ورزش‌های ملایم و سبک گزارش نکرده‌اند. مادران شیردهی که عادت به ورزش‌های معمولی و روزانه دارند فقط باید مراقب انرژی دریافتی خود باشند و سعی کنند بعد از ۶ ماه اول شیردهی بیشتر از ۲ کیلو در ماه وزن از دست ندهند. از طرف دیگر مادران ورزشکار اشتهاى بهتری دارند سالم‌تر هستند و دریافت انرژی آنان خیلی کاهش نمی‌یابد.
- اگر مادر وقت کافی برای ورزش ندارد باید به او حرکات نرمشی را آموزش داد تا در منزل و در کنار کودک بتواند انجام دهد و فعالیت روزمره خود را نیز داشته باشد.

- استفاده از سینه بندهای مخصوص شیردهی در طول پیاده روی، دویدن و یا هر نوع ورزش سبک دیگر توصیه می‌شود.

تغذیه مادر و تغییر در مزه شیر

مادرانی که دارای تغذیه مناسب هستند نیازی به دستورات غذایی خاص ندارند. هیچ غذای مخصوصی وجود ندارد که حتماً در برنامه غذایی مادر شیرده گنجانده شود و هیچ ماده غذایی مخصوصی وجود ندارد که از رژیم غذایی مادر شیرده حذف شود مگر در موارد استثنائی.

استفاده از تمام مواد غذایی کلید اصلی تغذیه درست در مادران شیرده است.

تغذیه

غذاهای گوناگونی که مادران شیرده از سفره خانواده دریافت می‌کنند به نفع کودکان شیرخوار آنهاست زیرا کودک از طریق شیر مادر با مزه‌های مختلف آشنا شده و تغذیه تکمیلی را آسان‌تر قبول می‌کند و برای استفاده از مواد غذایی در سفره خانواده آماده می‌شود. تحقیق (Sullivan and Birch ۱۹۹۴)

در بعضی تحقیقات نشان داده شده یک تا ۲ ساعت بعد از مصرف یک کپسول عصاره سیر تازه، شیر مادر دارای بو و طعم سیر می‌شود و کودکان این مادران نه تنها امتناع و یا بی‌قراری نکرده‌اند بلکه برای دفعات بعد هم اشتیاق بیشتری برای شیر خوردن نشان داده‌اند. تحقیقات جمع‌آوری شده توسط خانم لارنس نشان می‌دهد شیرخواران مادرانی که دارای برنامه غذایی متنوع با بوها و مزه‌های مختلف هستند در بزرگسالی برای ایجاد عادات غذایی خوب، مشکل کمتری دارند.

نیازی به حذف یا اضافه کردن ماده غذایی مخصوصی در زمان شیردهی نیست مگر در موارد استثنائی.

تغذیه

کافئین

در اکثر مادران دریافت متعادل کافئین در روز مشکلی برای شیرخوار آنان ایجاد نمی‌کند به عنوان مثال کافئین موجود در ۲ فنجان قهوه در روز (هر فنجان حدود ۱۵۰ سی سی) مشکلی ایجاد نمی‌کند. ولی بعضی مادران و شیرخواران نسبت به این ماده حساس تر بوده و اگر دریافت کافئین در روز بیش از این مقدار باشد علائمی مانند فعالیت زیاد - غرغر کردن - بی‌قراری - کم خوابی بروز می‌کند. اگر مادری مقدار دریافت را به تدریج کاهش دهد این علائم از بین می‌روند و کودک به خواب طبیعی خود بر می‌گردد. کاهش باید آهسته آهسته و در یک هفته باشد و مایعات بدون کافئین، جایگزین مایعات دریافتی مادر گردد. قطع ناگهانی کافئین می‌تواند سبب سردرد و بی‌قراری مادر شود.

اگر شیرخواری نسبت به کافئین جذب شده از طریق شیرمادر عکس‌العمل نشان می‌دهد، مادر باید مواد کافئین دار مانند چای، قهوه، نوشابه‌های (کولادار) و بعضی داروها را بشناسد و آنها را از برنامه غذایی خود حذف نماید بعضی داروهای ضد اسهال و بسیاری از داروهای که برای کاهش وزن مورد استفاده قرار می‌گیرند دارای کافئین هستند.

مادرانی که می‌خواهند کافئین را کاملاً قطع یا خیلی کم مصرف کنند باید بدانند که تتوبرومین موجود در شکلات و نوشابه‌های «کولادار» نیز تأثیری مانند کافئین دارند.

توجه

مقدار تتوبرومین در شکلات بسیار کمتر از کافئین موجود در قهوه است ۱۵۰ سی سی قهوه تازه دارای ۱۳۰ میلی گرم کافئین است در صورتی که ۲۸ گرم شکلات ۶ میلی گرم تتوبرومین دارد.

وجودی که در یک تحقیق، رابطه مثبت مصرف شکلات و کولیک کودکان نشان داده شده ولی در بسیاری از مادران شیرده مصرف متعادل شکلات مسئله‌ای را در کودکان ایجاد نکرده است. اکثر مادران شیرده می‌توانند همه مواد غذایی را بدون اینکه برای کودکان آنان مشکلی ایجاد کند مصرف کنند ولی بسیاری از مادران بی‌قراری شیرخوار خود را به ماده غذایی مصرف شده خود ربط می‌دهند.

در اکثر نقاط دنیا توصیه‌هایی در مورد مصرف و یا عدم مصرف بعضی از مواد غذایی در دوران شیردهی انجام می‌گیرد مثلاً زنان چینی شیرده غذاهای به اصطلاح سرد را نمی‌خورند. زنان Hispanic (در آمریکا) گوشت خوک، فلفل قرمز تند (چیلی) و گوجه فرنگی را بد می‌دانند، بعضی از سیاه پوست‌های آمریکایی پیاز مصرف نمی‌کنند و در استرالیا سعی می‌کنند کلم، شکلات، ادویه‌های زیاد، نخود، پیاز و گل کلم را از برنامه غذایی حذف نمایند و عقیده دارند که استفاده از این مواد باعث ایجاد کولیک، گاز روده، اسهال و دانه‌های پوستی (Rash) در شیرخواران می‌گردد.

خیلی از مادران عقیده دارند که خوردن غذاهای نفاخ باعث ایجاد گاز در روده شیرخوار و سبب بی‌قراری او می‌شود. این نظریه هیچ پایه علمی ندارد زیرا گاز در روده توسط عمل باکتری‌ها بر فیبروسولوز ایجاد می‌شود و حتی اگر مادر با

خوردن آن ماده غذایی خود دچار گاز و نفخ در روده‌هایش شده باشد، گاز و فیبر از راه روده مادر جذب نمی‌شوند که وارد شیر بشوند. بنابراین با حذف این غذاها، نه تنها بی‌قراری شیرخوار هم کاهش پیدا نمی‌کند اغلب اوقات همین عدم آگاهی سبب می‌شود تا مادر، خود را از بسیاری مواد مغذی محروم نماید و کم‌کم به علت کم شدن شیر، مجبور به قطع شیردهی شود.

مواد اسیدی موجود در غذاهای مصرفی مادر PH شیرمادر را تغییر نمی‌دهد. با وجودی که ادویه‌ها و بوهای قوی مانند سیر و پیاز و کلم می‌توانند از طریق چربی‌های شیر، بو و مزه شیرمادر را تغییر دهند ولی تأثیری بر شیرخوار گزارش نشده و حتی در برخی تحقیقات دیده شده که بعضی از شیرخواران به دلیل بوی آن ماده غذایی، حتی تمایل بیشتری به مکیدن شیر هم نشان داده‌اند.

در تحقیق انجام شده در سال ۱۹۹۶ رابطه مثبت بین علائم کولیک در شیرخوار و مواد غذایی مصرفی مادر مانند شیرگاو، کلم، پیاز و شکلات دیده شد. این تحقیق بر اساس گزارش برنامه غذایی یک هفته قبل مادر در ارتباط با کولیک کودک خود بود. به طور کلی تحقیقات گذشته نگر گاهی باید شدیداً مورد بحث و بررسی قرار گیرند زیرا جواب مادرها در اکثر اوقات تحت تأثیر عوامل جانبی و فرهنگی است که استفاده از این نوع غذاها را برای شیرخوار در آن جامعه منع می‌نماید. در بعضی شرایط نیز به نظر می‌رسد کودکان نسبت به برخی از غذاهایی که مادر می‌خورد حساسیت نشان می‌دهند در حالی که حساسیت‌ها می‌تواند نسبت به ماده‌ای باشد که خود شیرخوار استفاده می‌کند مثلاً شیرخشک، آب میوه بی‌موقع و گاهی هم ممکن است بچه‌های بزرگتر یا مراقب کودک موادی را بدون اطلاع مادر به کودک داده باشند. بنابراین در این گونه تحقیقات باید سؤالات زیر حتماً گنجانده شود.

مثلاً کودک غیر از شیرمادر چیز دیگری می‌خورد؟ پدر یا مادر یا مراقب کودک ماده دیگری غیر از شیر به کودک می‌دهند؟ آیا مادر داروی خاصی مصرف می‌کند؟ و یا از مکمل‌های ویتامین و املاح استفاده می‌نماید؟ آیا عکس العمل کودک بعد از دریافت این مواد تغییر کرده است؟ که در این صورت مکمل‌های ویتامین و املاح که مادر مصرف می‌کند باید برای مدت یک هفته قطع شود تا معلوم شود واقعاً مشکل از کجاست. بعضی اوقات باید به ویتامین‌هایی که به خود کودک داده می‌شود توجه کرد. گاهی استفاده از ویتامین برای همه کودکان ضروری نیست ولی در کودکان نارس، یا کودکانی که به اندازه کافی در معرض آفتاب نیستند، یا کودکانی که مادرانشان به دلایلی تحت رژیم‌های خاص بوده و یا از پروتئین‌های حیوانی استفاده نمی‌کنند دادن ویتامین به کودک ضرورت پیدا می‌کند.

مصرف الکل، سیگار کشیدن، وجود نیکوتین و کافئین در شیرمادر نیز باید مورد توجه قرار گیرد. اتانول به عنوان مانعی برای ترشح اکسی‌توسین شناخته شده است.

گزارش شده است که سیگار کشیدن سبب کاهش حجم شیر و کاهش سطح پرولاکتین می‌شود، نیکوتین سیگار سبب افزایش اپی‌نفرین می‌شود که خود ترشح اکسی‌توسین را کاهش می‌دهد.

قطع زود هنگام شیرمادر با سیگار کشیدن رابطه مستقیم دارد و سیگار کشیدن سبب تولد نوزادان کم‌وزن با قدرت مکیدن کمتر می‌شود که خود عدم تخلیه کافی پستان، کاهش پرولاکتین و در نتیجه کاهش شدید حجم شیرمادر را به دنبال دارد.

با وجودی که اکثر مادران می‌توانند در دوران شیردهی هر نوع ماده غذایی را که لازم داشته و دوست دارند مصرف کنند ولی باید توجه داشت که بعضی از شیرخواران هم بسیار حساس هستند و ممکن است به برخی مواد غذایی که مورد استفاده مادر قرار می‌گیرد عکس العمل نشان دهند ولی چون در همه کودکان این مسئله صادق نیست توصیه حذف برخی از مواد غذایی در رژیم همه مادران شیرده درست نیست.

حساسیت به مواد غذایی موجود در شیرمادر با یک یا چند علامت از علائم زیر تظاهر می‌کند:

- بی‌قراری یا غر کردن بعد از شیرخوردن
 - گریه‌ای که برای مدت طولانی قطع نشود یا برای مدت طولانی کودک آرام نگیرد.
 - بدخوابی یا کوتاه بودن دوره خواب
 - از خواب پریدن با علائم درد یا ناراحتی
 - مدفوع سبز رنگ دارای موکوس (Mucus)
 - آگزما، پوست خشک، خس خس کردن. (به مسئله آلرژی خانوادگی باید توجه داشت)
- علائم فوق در کودک ممکن است فقط مربوط به آلرژی غذایی نباشد بنابراین اگر این علائم بعد از قطع بعضی از مواد غذایی در مدت ۲۴ ساعت کاملاً از بین نرفت کودک باید مورد توجه و بررسی بیشتر قرار بگیرد.

در خانواده‌هایی که سابقه آلرژی به برخی مواد غذایی وجود دارد گاهی اوقات بعضی از مواد غذایی که مادر می‌خورد ممکن است سبب ناراحتی کودک شود.

توجه

اگر شیرخوار حتی به برنامه غذایی معمولی مادر نیز حساسیت نشان بدهد بهتر است یک یا دو ماده مورد شک، نه بیشتر برای مدت یک تا دو هفته از برنامه غذایی مادر حذف و نتیجه آن بررسی شود.

در حقیقت نشان داده شده است بیشترین مواد غذایی که بصورت آلرژن عمل کرده و در کودکان مشکل ایجاد می‌کنند شیر گاو، سویا، پرتقال، گوجه فرنگی، تخم مرغ و بادام زمینی هستند. حساسیت به گندم و ذرت هم گرچه بسیار نادر است ولی گزارش شده. ماده رنگی Tartarazin نیز می‌تواند سبب حساسیت کودک شود.

حساسیت به شیر گاو

یکی از شایع‌ترین نوع حساسیت غذایی، حساسیت به شیر گاو است که **دندان** با علامت بی‌قراری تظاهر می‌کند.

بسیاری از زنان باور دارند که در دوران بارداری و شیردهی باید مقدار زیادی شیر مصرف کنند بنابراین اگر این حساسیت وجود داشته باشد سبب می‌شود که کودک قبل از تولد نیز به شیر گاو حساسیت پیدا کند. بتالاکتالومین شیر

گاو از راه روده مادر جذب و وارد شیر او می‌شود مقدار این نوع پروتئین در شیر مادر آنی که کودکان دچار کولیک داشته‌اند بسیار بیشتر از مادران گروه کنترل بوده است. در ۶۶ مادر مورد مطالعه ۳۵ مادر با تعدیل دریافت شیر در برنامه غذایی خود، کاهش بی‌قراری کودک را گزارش کرده‌اند.

تحقیقات نشان داده که شیر برخی مادران، دارای آنتی‌ژن‌های مخصوصی است که مربوط به رژیم غذایی آنان می‌باشد لذا تغییر در رژیم غذایی مادرانی که کودکانشان در معرض خطر آلرژی هستند بسیار ضروری است در این مادران، متابولیت اسیدهای چرب اساسی مانند اسید گامالینولنیک و اسید اراکیدونیک بسیار کمتر از مادران گروه کنترل گزارش شده و سطح Siga پایین‌تر بوده است.

استفاده مادر از اسیدهای چرب بلند زنجیره (PUFA) و افزایش آن در شیرمادر با کاهش اگزمای دوره شیرخواری همراه بوده است. بهترین منبع این اسیدهای چرب، روغن‌های گیاهی آفتاب گردان، ذرت، روغن گل پامچال و نسترن می‌باشد.

در بسیاری از مقالات، بهترین راه کاهش شیوع بیماری‌های atopic در نوزادان و شیرخواران را عدم دریافت مواد آلرژن در دوره بارداری و شیردهی و تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول تولد دانسته‌اند. این امر در خانواده‌هایی که کودکان، در معرض خطر حساسیت‌های غذایی هستند بسیار حیاتی است.

مادر شیردهی نمی‌تواند شیر و یا جانشین‌شونده‌های آن را مصرف کند باید دریافت کلسیم را از طریق منابع غیر لبنی و یا مصرف روزانه ۱gr کلسیم تأمین نماید.

توجه

از منابع خوب غیر لبنی کلسیم، کنجد است. اگر یک سوم لیوان کنجد به سالاد اضافه شود یا همراه هر غذای دیگری مصرف گردد معادل یک لیوان شیر (۲۴۰ سی سی) کلسیم به بدن می‌رساند. کلسیم یک فنجان کلم پخته برابر ۸۰٪ کلسیم شیر است.

اسفناج - بروکلی - ترب - تره تیزک (شاهی) - بامیه - بادام - گردو و ساردین سایر منابع خوب کلسیم غیر لبنی هستند.

نکات مهم در مورد جذب کلسیم

- ۱- ورزش‌های مناسب و مستمر به باقی ماندن کلسیم در استخوان‌ها کمک می‌کند.
- ۲- غذاهای بسیار شور و استفاده از نمک زیاد سبب دفع کلسیم می‌شوند
- ۳- مواد کافئین دار، الکل و نیکوتین سیگار جذب کلسیم را کاهش می‌دهند.
- ۴- استفاده از فسفر زیاد در برنامه غذایی باعث عدم جذب کلسیم می‌شود. نوشابه‌های کولادار دارای مقدار زیادی کافئین و فسفر بوده و تقریباً کلسیم ناچیزی دارند.

پس از حذف شیر گاو در برنامه غذایی مادر حدود ۱۰ روز تا ۲ هفته، زمان لازم است تا پروتئین شیر گاو از شیرمادر حذف شود لذا مادران باید از این مسئله آگاه باشند.

به علت نیاز مادر به کلسیم بیشتر در دوران شیردهی، جذب کلسیم افزایش می‌یابد و کلسیم مواد غیر لبنی نیز جذب خوبی خواهند داشت. مادران شیرده بعد از اتمام دوره شیردهی، تراکم استخوانی مناسب را خیلی سریع بدست می‌آورند.

نیازی نیست که مادران شیرده روزانه بیشتر از حد نیاز از شیر و ماست استفاده کنند تا شیر کافی تولید نمایند. با اینکه دریافت کافی کلسیم در دوران شیردهی لازم است ولی اضافه دریافت شیر بیش از ۳ لیوان در روز مشکلات خاص خود را خواهد داشت.

تغذیه

تغذیه مادر و تغییر رنگ شیر

رنگ‌های مصنوعی مصرف شده در صنایع غذایی مانند نوشابه‌های رنگی، آب میوه‌های با رنگ مصنوعی می‌توانند رنگ شیرمادر را تغییر داده و یا ادرار کودک را رنگی نمایند. استفاده از قرص‌ها و کپسول‌های انرژی‌زا تهیه شده از گیاهان دریایی (Sea weed) و یا ویتامین‌های گیاهی که حاوی رنگ مصنوعی هستند نیز شیرمادر را صورتی، زرد یا سبز می‌کند. در دانشگاه روجستر نیویورک یک مورد شیر سیاه رنگ به علت استفاده طولانی مدت (۴ سال) مادر از Minoxidyn گزارش شده است.

مادران گیاه‌خوار و شیردهی

تأثیر رژیم گیاه‌خواری بر ترکیب و حجم شیر بر اساس نوع گیاه‌خواری مادران متفاوت است. بعضی گیاه‌خواران فقط انواع گوشت قرمز را استفاده نمی‌کنند بعضی شیر و ماست را استفاده کرده و بقیه پروتئین‌های حیوانی را حذف می‌کنند (Lacto vegetarian). گروهی دیگر از تخم مرغ به عنوان منبع پروتئین حیوانی استفاده کرده و بقیه پروتئین‌های حیوانی را حذف می‌کنند (Ovo vegetarian).

مادران شیردهی که یک یا چند نوع از پروتئین‌های حیوانی را در برنامه غذایی خود دارند هیچ گونه تغییری در ترکیب شیر آنان گزارش نشده است.

مادرانی که در اصطلاح Vegan یا Macrobiotic یا خام گیاه‌خوار یا فقط گیاه‌خوار هستند کمبود ویتامین B12 دارند که خود مادر علائم بالینی ندارد ولی در کودک کاهش اشتها، خواب آلودگی، تحلیل عضلانی، تهوع و کم‌خونی‌های ناشی از کمبود ویتامین B12 گزارش شده است.

در این موارد استفاده از ویتامین B12 به صورت مکمل یاری برای مادر و یا استفاده از مولتی ویتامین یا قطره ویتامین B12 در برنامه غذایی کودک توصیه می‌شود.

چون در مادران شیرده گیاه خوار، میزان دریافت کلسیم و ویتامین D بسیار کمتر از مادران دیگر است (با این حال کمبود آن در شیر مادر گزارش نشده) دریافت منابع گیاهی کلسیم در این مادران همراه با استفاده از آفتاب، ویتامین D لازم را برای مادر و کودک تأمین می‌نماید. میزان مواد آلوده کننده مانند PBC در شیر مادر ان گیاه خوار به علت دریافت کمتر چربی بسیار کمتر است.

مواد غذایی شیرافزا: GALACTOGOGUES FOOD

در بسیاری از فرهنگ‌ها از دم‌کرده‌های گیاهی و چای‌های مختلف گیاهی به منظور افزایش شیر مادر استفاده می‌کنند.

در برخی نوشته‌ها آمده است که مخمر آبجو، بادام خام، شبدر و بسیاری مواد گیاهی دیگر سبب افزایش شیر می‌شوند ولی هنوز هیچ‌کدام به طور علمی ثابت نشده است. اگر مادر شیرده احساس می‌کند که با خوردن بعضی مواد غذایی، شیر بیشتری تولید می‌کند در صورت اطمینان از اینکه این ماده غذایی برای او و شیرخوارش خطری ندارد نباید او را از خوردن آن ماده غذایی منع کرد چون این باور می‌تواند رفلکس اکسی‌توسین او را تحریک کند.

خلاصه:

- شیر مادر حاوی تمام انرژی، پروتئین، ویتامین‌ها، مواد معدنی و آب مورد نیاز شیرخوار تا ۶ ماهگی است. این مواد از ذخائر بدن مادر و از غذایی که می‌خورد تأمین می‌شود لذا مادر شیرده به غذای اضافی نیاز دارد.
- تغذیه قبل از بارداری باید متناسب باشد تا بارداری با شرایط خوب تغذیه‌ای آغاز شود. مادر در طول دوران بارداری به غذای اضافی نیاز دارد تا مقداری چربی برای تولید شیر ذخیره کند مهم‌ترین زمان برای فراهم کردن این ذخیره ۶ ماه آخر بارداری است.
- مادرانی که در دوران بارداری ۲-۴ کیلوگرم چربی ذخیره می‌کنند بعد از زایمان از این ذخیره چربی حدود ۲۰۰-۳۰۰ کیلوکالری انرژی در روز برای تولید شیر به مصرف می‌رسانند.
- رژیم غذایی نامناسب که سوءتغذیه مزمن و شدید مادر را به همراه دارد روی حجم شیرمادر تأثیر کمی دارد و در کیفیت شیر تغییر زیادی نمی‌دهد.
- اگر رژیم غذایی مادر شیرده مناسب نباشد پستان مادر برای تولید شیر، از تمام ذخائر بدن مادر استفاده می‌کند تا کمیت و کیفیت شیر ثابت بماند ولی در این شرایط، ذخائر بدنی مادر تحلیل رفته و مقاومت او کاهش می‌یابد.
- شواهدی در دست نیست که نشان دهد افزایش دریافت هر نوع مایعات در مادر میزان حجم شیر را افزایش دهد.
- پروتئین کلسیوم ۲ گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر است که به تدریج به ۱ گرم در میلی‌لیتر می‌رسد.
- پروتئین شیرمادر در مادرانی که رژیم‌های کم پروتئین یا رژیم‌های با کیفیت پائین پروتئین دارند تغییر چندانی نمی‌یابد. سوءتغذیه‌ها اثر بسیار کمی بر کمیت و کیفیت پروتئین شیرمادر دارد.
- حجم شیرمادر از روزهای اول تولد تا ۶ ماهگی و بعد از آن در طول شیردهی تغییرات فراوانی می‌کند.

- حجم کلاستروم بعد از سومین روز زایمان به سرعت افزایش یافته و میانگین آن در هر بار تغذیه به ۷/۵ میلی لیتر برای نوزاد می رسد نوزاد سالم برای رشد طبیعی در روزهای اول تولد بیشتر از این مقدار شیر و مایعات نیاز ندارد.
- لاکتوز شیر تحت تأثیر رژیم غذایی مادر شیرده نبوده و از همه ترکیبات دیگر پایدارتر است و می تواند شاخص خوبی برای تعیین حجم شیر باشد.
- چربی های موجود در شیر مادر مهم ترین منبع انرژی برای نوزاد و شیرخوار می باشد که ۹۰٪ آن به فرم تری گلیسیرید است.
- مقدار کل چربی شیر مادر از یک مادر به مادر دیگر، با تولد نوزاد نارس یا ترم و بالاخره فصول مختلف سال تغییر می کند.
- میزان کلاستروم شیر مادر زیاد است و این امر برای رشد سریع سیستم اعصاب مرکزی نوزاد که احتیاج به کلاستروم بیشتر برای سنتز میلین و نیز برای تحریک تکامل سیستم آنزیم هایی که برای متابولیسم و کاتابولیسم کلاستروم لازم است اهمیت دارد.
- ترکیب چربی ها در شیر مادر تحت تأثیر رژیم غذایی مادر قرار دارد اما کل چربی تغییر نمی کند.
- ویتامین های محلول در آب شیر مادر تحت تأثیر تغییر آنها در رژیم غذایی مادر هستند اما سطح ویتامین های محلول در چربی شیر مادر با تغذیه مادر به آسانی تغییر نمی یابد.
- ۲٪ از کلسیم استخوانی مادر در ۱۰۰ روز از شیردهی صرف ساخت کلسیم شیر مادر می شود.
- آهن شیر مادر نه تحت تأثیر دریافت آهن از طریق غذا و نه تحت تأثیر میزان آهن سرم مادر است.
- افزایش دریافت آهن توسط مادر شیرده که برای تأمین ذخائر بدن او بسیار قابل اهمیت است تأثیری بر مقدار آهن شیر او ندارد.
- ید موجود در شیر مادر با دریافت ید در رژیم غذایی مادر تغییر می کند. پستان مادر قادر است که غلظت ید شیر را خیلی بالاتر از غلظت ید در خون مادر نگهدارد.
- بعضی از اسیدهای آمینه مانند لیزین و متیونین، برخی از انواع اسیدهای چرب و ویتامین های محلول در چربی و بعضی از ویتامین های محلول در آب تحت تأثیر رژیم غذایی مادر قرار دارند و اگر هم در برنامه غذایی مادر وجود نداشته باشند از ذخائر مادر مصرف می شوند.
- ذخائر بدن مادر از مواد معدنی به ویژه کلسیم، هم چنین ویتامین های محلول در چربی لازم است که خالی نمانده و مرتباً مقداری که از دست می روند جانشین گردند.
- عدم دریافت مواد آلرژن در دوران بارداری و شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی بهترین راه کاهش شیوع آلرژی در نوزادان و شیرخواران است. این مسئله در خانواده هایی که کودکان، در معرض خطر حساسیت های غذایی هستند بسیار حیاتی است.
- توجه به تغذیه در دوران شیردهی برای تأمین سلامت مادر، پیشگیری از تهی شدن ذخائر و تحلیل بافت های بدن او هم چنین برای ایجاد انرژی و تولید شیر با کمیت و کیفیت مناسب، بسیار اهمیت دارد.

استرس و شیردهی اهداف آموزشی:

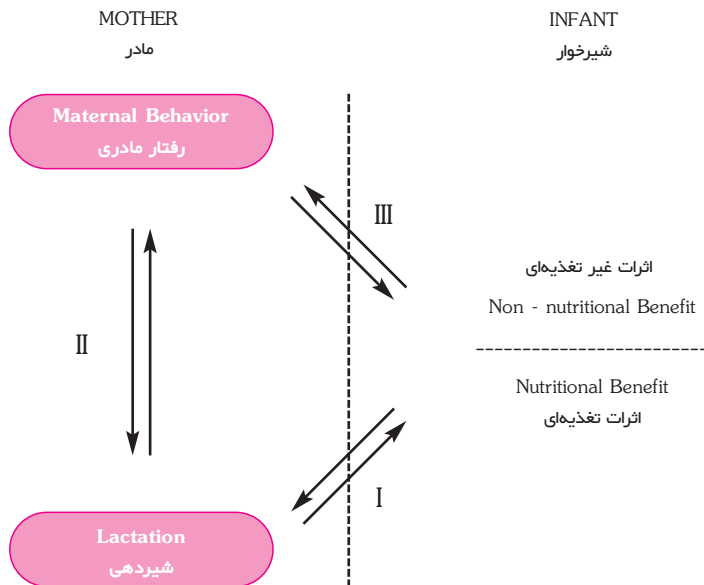
- ۱- آشنایی با فیزیولوژی شیردهی در هنگام تنش
- ۲- شناخت عوامل مؤثر بر رفتار مادرانه
- ۳- آشنایی با مزایای شیردهی در شرایط استرس‌زا

استرس و شیردهی

با شناخت مزایای شیرمادر می‌توان به این پرسش، پاسخ داد که چگونه می‌توان شیردهی را به حداکثر رساند؟ شیردهی، تنها زمانی مفهوم پیدا می‌کند که تداوم داشته باشد. برای رسیدن به این هدف در ابتدا مادران باید به تغذیه با پستان یا دوشیدن تمایل داشته باشند تا بتوانند شیردهی را آغاز کنند. به علاوه میزان شیر باید در حد قابل قبولی، کافی باشد. بنابراین، برای تشویق به شیردهی نه تنها باید از فیزیولوژی شیردهی آگاه بود، بلکه باید دانست که چگونه می‌توان در مادر علاقه ایجاد کرد به ویژه در مواقع بروز تنش (استرس) این علاقه را تداوم بخشید. عدم کفایت شیردهی را غالباً به تنش‌های ناشی از زایمان زودرس، وضعیت سلامت نوزاد یا نحوه زندگی مادر نسبت می‌دهند. برای شناخت این موارد، اطلاعات مربوط به اثرات تنش بر شیردهی، مکانیزم‌هایی که تنش از طریق آنها می‌تواند به توقف شیردهی منجر شود، عواملی که می‌توانند علاقه مادر به تغذیه با پستان یا دوشیدن شیر را تغییر دهند همچنین، راه‌های گوناگون کمک به مادران باید بررسی شوند. شکی نیست که شروع و تداوم شیردهی به تغییرات هورمونی و رفتاری مادری مناسب نیازمند است. شمای شماره ۳، سه نوع تأثیر متقابل بین مادر و شیرخوار را که حضور آنان برای تداوم شیردهی لازم است به صورت خلاصه نشان می‌دهد.

- ۱- هدف اصلی شیردهی، تأمین تغذیه شیرخوار است. بدین ترتیب شیردهی، رابطه بین عرضه و تقاضاست، یعنی هر چه نیاز کودک بیشتر باشد، میزان تولید شیر بیشتر و شیردهی طولانی‌تر خواهد شد.
- ۲- شیردهی، از انگیزه مادر برای تأمین شیر کودک تأثیر می‌پذیرد.
- ۳- انگیزه مادر برای شروع و تداوم تغذیه با پستان یا دوشیدن، خود نیز حاصل رابطه مادر با شیرخوار است. رابطه سازنده، بر شیردهی تأثیر مثبت می‌گذارد اما یک تجربه منفی با گسستن رابطه دو گانه سبب توقف شیردهی می‌شود.

شمای شماره ۳:



شیردهی

فیزیولوژی شیردهی در هنگام تنش

با وجودی که پرولاکتین، اکسی توسین، گلوکوکورتیکوئیدها و انسولین، هورمون‌های شیرساز اولیه برای تولید و جهش شیر می‌باشند، هورمون‌های دیگر مثل لپتین و شبه‌مخدرها نیز دخالت دارند. بررسی‌های متعدد نقش هورمون‌های مذکور را در سطح غده پستان نشان داده‌اند. در جنس مذکر و زنان غیر شیرده، پرولاکتین و اکسی توسین چون در زمان تنش ترشح می‌گردند هورمون‌های تنش محسوب می‌شوند.

ماهیت تنش مشخص می‌کند که کدام یک از این هورمون‌ها برانگیخته می‌شوند. نقش هورمون‌ها به عنوان تنش‌زا در دوران حاملگی به درستی مشخص نشده ولی میزان شبه مخدرها ضمن شیردهی افزایش می‌یابد و تغییرات آنها می‌تواند تولید شیر را تحت تأثیر قرار دهد.

بررسی در حیوانات

فرضیه تأثیر شیردهی بر تنش، بر پایه بررسی در حیوانات بیان شده است. بر اساس این بررسی‌ها، شیردهی به دنبال محرک‌های کششی، شنوایی، بویایی یا بینایی کاهش می‌یابد. با این وجود، همه تنش‌ها شیردهی را کاهش نمی‌دهند و در این مورد لازم است تحقیقات بیشتری صورت گیرد.

مطالعات انسانی

واکنش زنان شیرده و غیر شیرده به تنش یکسان نیست. به طور کلی، زنان شیرده یک پاسخ مهار شده هیپوتالاموسی - هیپوفیزی - آدرنوکورتیکال، کاهش ترس و افزایش تهاجم را بروز می دهند. در میان تغییرات هورمونی که در این دوره به وقوع می پیوندد. نقش اکسی توسین در لاکتوژنز و تنش به شرح بیشتری نیاز دارد. **اکسی توسین که در جریان تنش های روان شناختی ترشح می شود، محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال را مهار می کند و در شیردهی در حیوانات و انسان نقش اساسی دارد.** بدین ترتیب، پاسخ فیزیولوژیک، کاهش یافته و رفتار ترس ماندی که در افراد شیرده در شرایط تنش دیده می شود می تواند از افزایش سطح اکسی توسین آنها ریشه گرفته باشد.

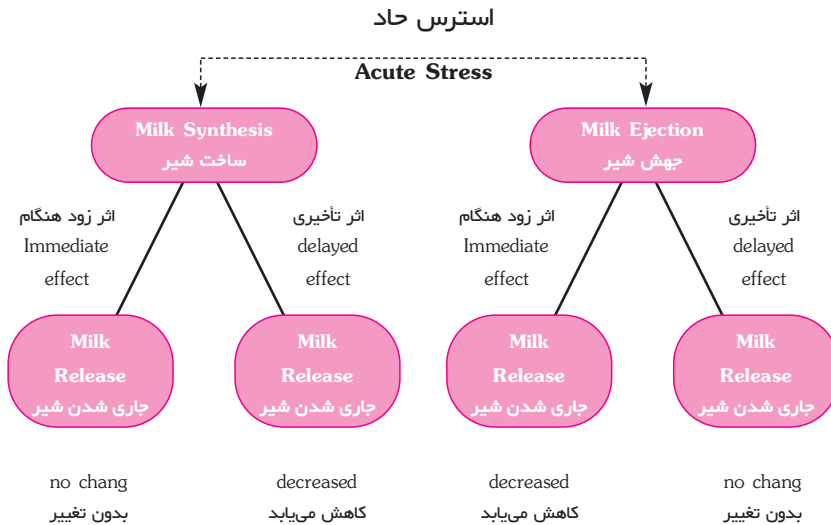
اکسی توسین، همچنین از طریق ویژگی ضد تنش خود، واکنش اجتماعی مثبت و عواطف مثبت را افزایش می دهد. داروهای ضد افسردگی از قبیل مهار کننده های انتخابی برداشت دوباره سروتونین* (SSUI) که در موارد اضطراب به کار می روند مؤثر بوده و درمان طولانی مدت با این داروها به افزایش سطح اکسی توسین در مایع مغزی نخاعی می انجامد. بدین ترتیب، خاصیت ضد استرس اکسی توسین می تواند از طریق یک مسیر تولید سروتونین تنظیم شود. با توجه به اینکه ترشح سروتونین در جریان تنش افزایش می یابد و درمان با SSUI سطح اکسی توسین را بالا می برد، تنش زهای روان شناختی می توانند از طریق سروتونین، شیردهی را کاهش دهند. به طور کلی می توان چنین استنباط نمود که ویژگی این هورمون ها، حفاظت زوج مادر و شیرخوار است، اما برای تأیید این فرضیه، مطالعات بیشتری باید انجام شود.

در مطالعات انسانی دیده شده که تنش، شیردهی را مختل می کند اما، بر خلاف بررسی در حیوانات، بررسی های بالینی که نشان دهد آیا رابطه مستقیمی بین میزان تنش مادر و کاهش شیردهی وجود دارد، موجود نیست. مادری که دارای نوزاد نارس است یکی از بهترین نمونه های موجود برای بررسی اثرات تنش بر روی شیردهی می باشد. مطالعات زیادی نشان داده اند که این مادران در تأمین نیازهای تغذیه ای نوزاد خود دچار مشکل هستند و برخی بررسی ها تأیید کرده اند که آنان در نتیجه مشکلات خود و شرایط نوزاد، دچار تنش می باشند.

اثر تنش بر روی شیردهی پیچیده است. بسته به مدت زمان استرس و محل یا محل های اثر آن، مهار شیردهی می تواند ناشی از کاهش تولید یا کاهش جهش شیر باشد. این دو جزء ممکن است در نتیجه تأثیر مستقیم تنش زا بر روی پرولاکتین یا اکسی توسین و یا ثانوی به تغییر هر کدام از آنها، تغییر نماید. به عنوان مثال، **اگر تنش زای حاد** در تولید شیر اشکال ایجاد نماید، اثر مهار کننده آن بر روی شیردهی کمی بعد ظاهر می شود زیرا یک تأخیر ۸ تا ۱۲ ساعته بین ترشح پرولاکتین و تولید شیر وجود دارد اما اگر تنش حاد یا یک محرک باعث مهار جهش شیر شود، توقف آنی در شیردهی رخ می دهد زیرا جاری شدن شیر می تواند به دنبال کاهش اکسی توسین یا فعال شدن سیستم سمپاتیک مرکزی یا محیطی مهار گردد (شمای شماره ۴). انتظار می رود این اثر، کوتاه مدت باشد زیرا تولید شیر تغییری نمی کند. اگر یک تنش زای حاد بر روی هر دو جزء تولید و جهش شیر اثر نماید، انتظار یک وقفه آنی و دراز مدت در عرضه شیر می رود که به دلیل مهار آنی در جهش شیر و مهار تأخیری در تولید شیر می باشد.

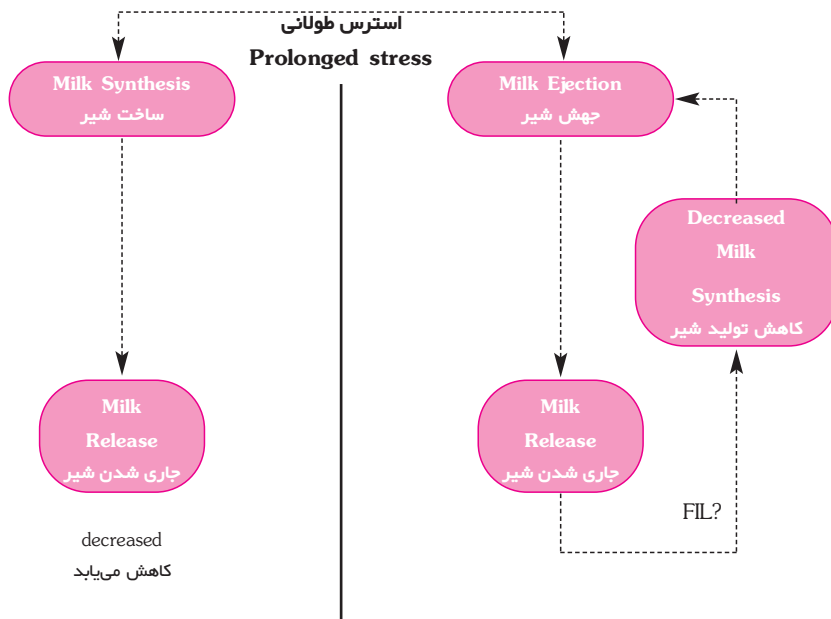
*Selective Serotonin Uptake Inhibitors

شمای شماره ۴: اثرات بالقوه تنش حاد بر تولید و جهش شیر



اگر تماس با یک تنش‌زای طولانی مدت و محرک، اثر مہاری بر تولید شیر داشته باشد، به کاهش عرضه شیر می‌انجامد که نتیجه کاهش مقدار شیر است (شمای شماره ۵). تماس طولانی مدت با تنش‌زایی که بر جهش شیر اثر می‌گذارد به مہار شیردهی می‌انجامد. این پدیده، ثانوی به مہار تولید شیر در نتیجه تخلیه ناکامل پستان است. میزان تخلیه پستان یا دوشیدن شیر و حجم شیر خارج شده، بر روی ترشح شیر بازتاب دارند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که تغذیه با پستان یا دوشیدن شیر به میزان شش بار در روز یا بیشتر در تحریک و به حداکثر رساندن تولید شیر اهمیت دارد.

شمای شماره ۵: اثرات بالقوه تنش دراز مدت بر تولید و جهش شیر



تغییر در دفعات شیردهی بر روی ترشح پرولاکتین و انسولین تأثیر می‌گذارد، با این وجود، برای کنترل کوتاه مدت تولید شیر انسان، به نظر می‌رسد میزان تخلیه پستان اهمیت بیشتری دارد تا تعداد دفعات تخلیه. این امر به نفع وجود یک پروتئین خاص در شیر است که مهار کننده بازتاب شیردهی بوده و در غلظت بالا، بدون آن که بر ترکیب شیر اثر داشته باشد ترشح شیر را مهار می‌کند. عقیده بر آن است که این پروتئین (که هنوز شناخته نشده است)، با واسطه گیرنده‌های سطح سلول در سطح اتوکرین عمل می‌نماید.

از آنجا که مدت و محل اثر تنش‌ها متفاوت است، درک اینکه چگونه تنش با شیردهی تداخل دارد ساده نیست. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد مادران شیرده، زمانی که با یک تنش مغزی از قبیل انجام محاسبه ذهنی و سر و صدا مواجه شدند، کاهش در ترشح اکسی‌توسین ناشی از مکیدن، در یک دوره بیست دقیقه‌ای شیردهی را نشان دادند، اما اثر آنی بر روی سطح پرولاکتین در گردش یا میزان عرضه شیر دیده نشد. ورزش آئروبیک، به میزان چهار یا پنج بار در هفته طی یک دوره ۱۲ هفته‌ای، که از ۶ تا ۸ هفته بعد از زایمان شروع شده بود بر روی عملکرد پرولاکتین یا شیردهی تأثیری نداشت.

رفتار مادرانه

شروع رفتار مادرانه تحت کنترل هورمون‌های پرولاکتین و اکسی‌توسین است البته، با توجه به گونه‌های متفاوت، بعد از آنکه رفتار مادرانه تثبیت شد، برای تداوم آن نیاز به هورمون نیست. بررسی رفتار مادرانه در انسان‌ها دشوارتر از حیوانات است زیرا حیوانات دارای یک سری رفتارهای کاملاً مشخص و فطری هستند.

در صورتی که هیچگونه عامل تشریحی یا فیزیولوژیکی دخالت نداشته باشد، عمل شیردهی مسأله عرضه و تقاضاست. رفتار مادرانه، همان‌طور که نشان داده شده است نقش دوگانه تداوم بخشیدن به انگیزه مادر در تغذیه با پستان یا دوشیدن شیر برای استمرار شیردهی است. بدین ترتیب، نگرش مادرانه برای شیردادن را می‌توان به سه گروه به شرح زیر تقسیم کرد.

گروه اول به موانع مادری مربوط است از قبیل شخصیت، نحوه زندگی، تمایل به تغذیه با پستان، تحصیلات و آگاهی، حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان و عوامل روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی ناشی از تنش مثلاً وضعیت شغلی.

گروه دوم شامل عناصری است که به ویژگی‌های شیرخوار مربوط هستند، از قبیل وضعیت سلامت و نیازهای او اعم از آن که واقعی بوده یا استنباطی باشند. به عنوان مثال. احساس ناکافی بودن شیر مادر که به کاهش مصرف و قطع زودرس شیر می‌انجامد، یافته شایعی است که غالباً به دلیل وجود مشکلات عاطفی در مادر مثل اضطراب و یا عدم تمایل شیرخوار به تغذیه، گریه بی‌دلیل، یا بیماری ایجاد می‌شود.

رشد و تکامل کافی شیرخوار نه تنها به تغذیه کافی بلکه به حمایت روانی اجتماعی نیز نیاز دارد. نحوه ارتباط متقابلی که بین مادر و کودک ایجاد می‌شود بر تکامل وی اثر می‌گذارد. همچنین بازتاب شیرخوار، به تغییرات قابل ملاحظه‌ای در

رفتار مادرانه می‌انجامد. زمانی که مادران با شرایط محیطی غیر منتظره‌ای مواجه می‌گردند، قادر به حفظ و استمرار مکانیزم‌های مؤثر تعدیل‌کننده تنش برای محافظت از رابطه متقابل با کودک خود نیستند. اگر انگیزه مادر برای تغذیه با پستان یا دوشیدن شیر در نتیجه بازتاب منفی از سوی شیرخوار، کاهش یابد، احتمالاً از تعداد دفعات شیردهی کاسته خواهد شد. این امر به نوبه خود، به کاهش ترشح شیر در نتیجه کاهش تخلیه پستان و متعاقباً، توقف شیردهی منجر می‌شود. برای مادرانی که نوزاد نارس یا شیرخوار بستری در بیمارستان دارند، ایجاد رابطه متقابل مستحکم بین زوج مادر و شیرخوار به دلیل شرایط خاص هر دوی آنها دشوارتر خواهد بود.

نوزادان نارس، تنها بازتاب محدودی به مادر خود می‌دهند که می‌تواند تکامل رفتار مادری مناسب را به تعویق بیندازد. همچنین، این مادران ممکن است در مواجهه با شرایط محیطی ناآشنا و پرمخاطره از قبیل بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، یا وقایع غیر منتظره، مثل وخیم شدن حال نوزاد خون‌گیری از او و... قادر به سازگاری با شرایط به وجود آمده نباشند.

گروه سوم: به زوج مادر و کودک مربوط می‌شود

۱) عوامل مربوط به مادر

آناتومی

اشکال در گرفتن نوک پستان

تکامل ناکافی غدد پستانی

فیزیولوژی: عدم کفایت هورمونی

سلامت فردی

صفات ویژه مادر

تمایل به شیر دادن

اعتماد به نفس

نحوه زندگی

آگاهی از مزایای شیردادن یا استفاده از شیر مادر

حمایت اجتماعی از جانب خانواده، دوستان، پزشکان

تنش

اضطراب

افسردگی

تداخل کار مادر با شیردهی

۲) عوامل مربوط به شیرخوار

وضعیت سلامت

نارسی

بیماری

بستری شدن در بیمارستان

مشکلات تغذیه‌ای

اشکال در گرفتن پستان

اشکال در مکیدن

عدم هماهنگی مکیدن بلع تنفس

۳) زوج مادر - شیرخوار

جدایی دراز مدت مادر - شیرخوار

محیط نامناسب مادر - شیرخوار

اثر استرس بر مادر

خواب مادرانی که دچار استرس می‌شوند کاهش می‌یابد. غذا خوردن آنها کمتر شده یا از غذاهای بدون خاصیت استفاده می‌کنند و نوشیدن چای و قهوه را افزایش می‌دهند. در جوامعی که مادران الکلی هستند، الکل بیشتر مصرف می‌کنند در نتیجه:

- زمان شیردهی، طول شیردهی و تولید شیر کم می‌شود.
- رفلکس رگ کردن پستان کاهش می‌یابد.
- کودک خواب آلود یا بی‌قرار شده و شیر کمتری دریافت می‌کند.

به این ترتیب حلقه معیوب ایجاد شده منجر به شروع زود هنگام غذاهای کمکی می‌شود و این باور غلط را به وجود می‌آورد که مادرانی که استرس دارند قدرت شیردهی ندارند.

رگ کردن پستان (Let - down Reflex)

استرس، بیشترین تأثیر را روی جریان شیر مادر دارد ولی تولید شیر مادر تحت تأثیر آن نیست.

اگر مادر یاد بگیرد که چگونه راحت و آرام باشد عدم جریان موقتی شیر زود از بین می‌رود در برخی موارد، کودکان نیز نشانه‌ها و علائمی بروز می‌دهند که سبب استرس مادر می‌شود مانند: کم‌وزن گرفتن - ضعیف بودن - استفراغ - دل درد - دفع گاز زیاد - زیاد غرغر کردن زیر پستان - گریه‌های پشت سر هم - امتناع از گرفتن پستان - زیاد وزن گرفتن همراه با تحریک‌پذیری.

انواع استرس

استرس انواع مختلف و طیف وسیعی دارد می‌تواند جسمی یا روانی باشد. هر تغییری معمولاً می‌تواند استرس ایجاد کند، حتی اگر این تغییر یک حالت خوشحالی یا غمگینی، تغییر در نوع زندگی و یا حتی تولد کودک باشد.

انسان‌ها قادرند که با بیشتر استرس‌های زندگی بسازند و موفق هم می‌شوند. شیردادن یک مکانیسم زیربنائی برای بقا است و همان‌طور که شیردهی نسبت به سوءتغذیه مقاوم است به عوامل استرس‌زا هم می‌تواند مقاوم باشد. استرس و سوءتغذیه دو مشکل اصلی مادران در اکثر نقاط دنیا بوده ولی ثابت شده است که مادر در شرایط بسیار استرس‌زا هم می‌تواند شیر بدهد.

مشکل اصلی آن است که استرس می‌تواند روی کنار آمدن بعضی مادران با موقعیت جدید و در نتیجه بر شیردهی موفق آنان تاثیر بگذارد. این تاثیر بر شیردهی لازم نیست مستقیم باشد مثلاً مادری که وقت کافی ندارد و یا نمی‌تواند مطابق خواست کودک به او شیر بدهد و به مدت کافی، کودک را در کنار خود داشته باشد، به طور غیرمستقیم باعث می‌شود که تولید شیرش کم شده و فرزندش خوب وزن نگیرد.

۱- استرس‌های روانی

افسردگی و اضطراب معمولاً اعتماد به نفس را در مادران کاهش داده و قدرت کنار آمدن آنان را با مسائل، مشکل می‌کند بنابراین شکست شیردهی در این مادران بیشتر است. مادرانی که از نظر روانی دچار مشکل هستند نیاز به کمک دارند تا بتوانند شیردادن را ادامه دهند.

غیر از مسائل فوق حتی موقعی که شیردادن بدون مشکل و به خوبی پیش می‌رود، عواملی مانند:

از دست دادن یکی از نزدیکان، بیمار شدن شیرخوار، بیمار شدن یک فرزند دیگر، بستری شدن او در بیمارستان، هر عاملی که خستگی شدید را برای مادر به وجود آورد و یا خوردن بعضی از داروهای که در زمان نگرانی، ترس، عزاداری و... به مادر داده می‌شوند، همه و همه سبب کاهش بازتاب جهش شیر می‌شوند.

زمانی که حذف عامل استرس غیر ممکن باشد می‌توان کمک‌های دیگری به مادر کرد. مثلاً:

- او را وادار نمود راجع به احساسش حرف بزند.
- فردی در کارهای منزل به او کمک کند تا خودش به کودک برسد.
- از بقیه افراد فامیل کمک گرفته شود.
- به مشاور معرفی شود (برای حل مشکل خانوادگی، شخصی، مالی و...)
- در نوع یا مقدار داروهای مصرفی او تغییراتی داده شود.
- روش‌های آرام شدن به او آموزش داده شود.

و بالاخره در مواردی هم می‌توان برای تقویت رفلکس رگ کردن پستان از اسپری اکسی‌توسین استفاده نمود.

۲- استرس‌های جسمی

تغذیه نادرست و ناکافی: در سوءتغذیه، کمیت شیر تغییر نمی‌کند مگر در شرایط حاد ولی کیفیت شیر کمی تغییر می‌یابد. حجم شیرمادران کم خون و دهیدراته ممکنست برای مدت کوتاهی کم شود.

خستگی: سبب کاهش دفعات شیردادن و مکیدن ناکافی کودک شده بنابراین تحریک پستان کاهش یافته و جریان شیر کم می‌شود.

سیگار کشیدن: نیکوتین در حیوانات تولید شیر را کم می‌کند. مادران سیگاری اشتهای کمتری دارند. نیکوتین در شیر وارد می‌شود و کودک را بی‌اشتها و نق‌نقو می‌کند. کولیک در بچه‌های مادران سیگاری بیشتر گزارش می‌شود.

استفاده از الکل: استفاده زیاد از الکل رفلکس رگ کردن پستان را به شدت کاهش می‌دهد و مادران الکلیک چون بی‌توجه هستند، کمتر شیر می‌دهند. کودکان آنان اکثراً خواب‌آلود، بی‌قرار و یا دچار کولیک می‌باشند.

شکلات، قهوه، نوشابه‌های کولادار و بعضی نوشیدنی‌های دیگر کافئین دارند و از مصرف زیاد آنها باید خودداری کرد. استفاده از قهوه (۳ تا ۵ فنجان در روز) مخصوصاً اگر غلیظ هم باشد سبب بیش‌فعالی (هیپر اکتیویته) و بی‌قراری کودک می‌شود.

در شرایط استرس‌زا شیردادن چه مزایایی دارد؟

برای مادر

- اعتماد به نفس مادر را بالا می‌برد زیرا می‌داند بهترین ماده غذایی را به کودک خود می‌دهد.
- می‌تواند شیرخوارش را تغذیه و او را آرام نماید.
- کودک، عشق و اشتیاق خود را به او نشان می‌دهد و مادر آرام می‌شود.
- ترشح بیشتر هورمون‌های اکسی‌توسین، پرولاکتین، بتا‌اندورفین می‌تواند خلق و خوی (Mood) مادر را تغییر دهد.
- مادر می‌نشیند یا دراز می‌کشد و شیر می‌دهد به این ترتیب ساعتی را خود استراحت می‌کند.
- دلسوزی برای خود کمتر می‌شود زیرا مادر احساس می‌کند که فرد دیگری به شدت به او نیازمند است و تماس این دو با هم باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیک در هر دو، می‌شود.

برای کودک

- او از بهترین تغذیه بهره‌مند می‌شود.
 - از گرما و امنیت آغوش مادر برخوردار می‌گردد.
 - امکان کودک آزاری (Child abuse) بسیار کاهش می‌یابد.
- از بین بردن استرس‌ها ممکن است بسیار سخت و یا غیر ممکن باشد ولی باید سعی کرد که نتیجه نامطلوب استرس را به یک نتیجه مثبت هدایت نمود برای مثال:
- به مادر اطمینان داده شود که شیر او در این شرایط هم مناسب است.
 - در صورت لزوم، مادر به یک مشاور خوب ارجاع داده شود.
- اطمینان حاصل شود که مادر به خوبی از اصول شیردادن و مزایای شیرمادر باخبر است و می‌داند چگونه می‌تواند به ازدیاد شیرش کمک کند. نحوه آرامش یافتن را یاد بگیرد و با اثرات دارو بر شیرمادر آشنا باشد.

مداخلات بالینی

به دلیل عدم شناخت مکانیزمی که تنش به واسطه آن مانع شیردهی می‌شود. مداخلات بالینی موجود بسیار محدود هستند و بیشتر بر عواملی که شیردهی را تسهیل کرده یا تنش را تسکین می‌دهند متمرکز شده‌اند. برای تسهیل شیردهی، مادران تشویق می‌شوند که با افزایش تعداد دفعات دوشیدن شیر یا ماساژ و تخلیه پستان بر میزان تحریک پستان بیفزایند. درمان طبی از قبیل تجویز متوکلوپراماید «که یک آنتاگونیست دوپامین است» به منظور افزایش ترشح پرولاکتین توصیه شده است. هورمون رشد نیز تا حدودی مؤثر بوده‌اند. تصور می‌شود که اثر هورمون رشد بر شیردهی «ثانوی به تحریک فاکتور رشد مشابه انسولین - ۱ باشد». استفاده از جوشانده‌های گیاهی مثل شنبلیله، تخم رازیانه و کنگر شیری به عنوان مواد شیرافزا اگر چه نحوه عمل آنها نامشخص است ولی روز به روز رواج بیشتری می‌یابند، هیچ گونه اطلاعاتی مبنی بر اینکه این روش‌ها از تنش مادر می‌کاهند در دسترس نیست.

از روش‌های مداخله‌ای متعددی برای کاهش تنش به نحوی که به بهبود شیردهی بینجامد، استفاده می‌شود. به عنوان مثال «مادران نوزادان نارس (۳۱ هفته در زمان تولد) که به یک نوار ضبط صوت در مورد شیوه‌های شل کردن عضلات گوش فرا دادند در مقایسه با مادرانی که از این نوارها استفاده نکرده بودند یک هفته بعد از انجام این برنامه ۶۳٪ افزایش حجم شیر داشتند. ارتباط مثبتی بین افزایش حجم شیر و تعداد دفعاتی که مادران از این نوارها استفاده می‌کردند وجود داشت. افزایش حجم شیر در مادرانی که نوزاد تحت درمان با تهویه مکانیکی داشتند بیشتر بود. نوشتن مقاله در نشریات مورد استفاده عامه را باید به عنوان یک ابزار حمایتی بالقوه برای کاهش تنش و بهبود شیردهی مد نظر داشت. هیپنوتیزم اثرات سودمندی بر شیردهی داشته است. بررسی بیشتر در مورد این روش، ارزشمند خواهد بود. در خاور دور از طب سوزنی به طور رایج استفاده می‌شود اما در جوامع غربی به دلیل عدم وجود مطالعات بالینی کنترل شده استفاده از روش‌های جایگزین خیلی مرسوم نیست اما روز به روز مقبولیت عامه پیدا می‌کند.

با آگاهی به اهمیت رابطه متقابل مادر - شیرخوار مداخلات برای بهبود شیردهی بر روی بهبود ارتباط مادر و شیرخوار متمرکز شده‌اند. در تماس پوست با پوست یا مراقبت کانگوروی که در کلمبیا ابداع شده، نوزاد نارس به مدت طولانی بر روی سینه لخت مادر و زیر یک پوشش در تماس پوست به پوست با مادر نگهداری می‌شود. افزایش سرعت وزن‌گیری و ترخیص زود از بیمارستان، از مزایای این روش می‌باشند. علاوه بر آن: بهبود شیردهی، احساس سلامت مادر و پیوند عاطفی مادر - نوزاد هم گزارش شده است. مادرانی که در زمان بستری بودن نوزادشان روش پوست به پوست را تجربه کرده‌اند نسبت به بقیه مادران احساس شایستگی بیشتری داشتند. بر اساس یک بررسی در نوزادان تحت مراقبت پوست به پوست، تغییر در گازهای خون شریانی، فشار سهمی اکسیژن و دی‌اکسید کربن اندازه‌گیری شده از راه پوست، تعداد ضربان قلب و دمای بدن، بسیار جزئی بود. صرف نظر از تماس پوست به پوست، هر نوع تحریک لمسی نوزاد (نوازش) بر رشد و تکامل نوزادان نارس تاثیر مثبت دارد.

هم‌زمان با انجام اقدامات فوق، برقراری ارتباط با مادر و طرح سوالات خوب و به موقع می‌تواند بسیار کمک کننده باشد. به عنوان مثال:

- خودت چطور احساسات را تعریف می‌کنی؟
 - چه اتفاق مخصوص یا حادثه‌ای به وجود آمده که باعث شده تو امروز به اینجا بیایی؟
 - کسی را داری که با او صحبت کنی؟
 - کسی را داری که کمکت کند؟
 - شب‌ها که کودک بیدار می‌شود چه احساسی داری؟
 - با این مشکل چگونه کنار آمده‌ای؟
 - بقیه تو را برای شیر دادن حمایت می‌کنند؟
- بسیاری از مادران راجع به مشکلات خود خیلی راحت صحبت می‌کنند و بعضی طیف وسیعی از مشکلات را ذکر نموده و در نهایت از داشتن کودکان غرغرو و یا از اینکه شیرشان ناکافی است شکایت می‌کنند
- برای مادرانی که دچار استرس هستند و اعتماد به نفسشان کم است و یا از اعتماد به نفس بالائی برخوردار نیستند چون کمتر سؤال می‌کنند، بی‌توجه بوده و داوطلب حل مشکل نمی‌شوند، باید بیشتر وقت گذاشت.
 - وقتی برای کودک مشکلی پیش آمده باشد باید قبول کرد که احتمالاً مادر هم دچار استرس شده است.
 - باید به دنبال افرادی بود که بتوانند کمک کنند و صحبت آنها برای مادر آرام بخش باشد مثل همسر یا بعضی از افراد فامیل.
 - فردی که حمایت کننده است و یا مادر کاملاً به او طمینان دارد در جلسات مشاوره شرکت نماید.
 - از نظر مادر راجع به مشکلی که دارد و اینکه چقدر خودش می‌تواند کمک کند و راه‌های پیشنهادی او چیست سؤال شود.
 - به مادر بودن و نقش مادری او احترام گذاشته شود.
 - باید از کارها و درمان‌های کوتاه مدت و موقتی پرهیز شود که اغلب کار را بدتر و مشکل را بیشتر می‌کنند.
- استفاده از امکانات موجود در جامعه نیز مد نظر قرار گیرند، مددکاران، روانشناسان، مشاوران، بسیار ارزشمند هستند و در مورد مراقبت‌های صحیح از کودک و حمایت مادر و شیردادن او، می‌توانند راهنمای بسیار خوبی باشند.
- اطلاعات فوق می‌تواند به پزشکان کمک کند تا بتوانند هنگام بروز مشکلات "به مادران یاری رسانند. هر نوع اقدامی باید زوج مادر و شیرخوار، هر دو، را در بر گیرد. باید توجه داشت که هدف، منحصرأ به تأمین شیر کافی برای شیرخوار نیست بلکه ایجاد یک پیوند مستحکم بین مادر و شیرخوار هم هست.

اختلالات عاطفی بعد از زایمان

Postpartum Emotional disturbances

اهداف آموزشی:

- ۱- درک اهمیت و ضرورت توجه به عواطف مادران پس از زایمان
- ۲- شناخت انواع مشکلات عاطفی شایع پس از زایمان
- ۳- آگاهی از میزان شیوع، علل، علائم، راه‌های پیشگیری و درمان مشکلات شایع بعد از زایمان
- ۴- آگاهی از نحوه کمک به مادران برای رفع مشکل و تداوم شیردهی

پس از طی مشکلات دوران بارداری و محدودیت‌های آن، ترس از زایمان و تحمل دردهای آن، معمولاً مادران منتظر یک آرامش و شادمانی بعد از زایمان هستند. اگر این اتفاق نیفتد و یا آگاهی‌های لازم در مورد برخی مسائل استرس زای بعد از زایمان وجود نداشته باشد، مشکلاتی ایجاد می‌شود که بدون کمک دیگران و حمایت اطرافیان ممکن است تبدیل به یک عدم هماهنگی، در نتیجه جدایی مادر از خانواده شده و او را دچار افسردگی و یا مشکلات روانی نماید.

مشکلات عاطفی بعد از زایمان بسیار شایع است و حدود ۱۰ تا ۱۵٪ مادران مسئله غمگینی‌ها یا افسردگی‌های بعد از زایمان را تجربه می‌کنند. این مشکلات می‌توانند نتایج بدی داشته باشند از جمله مشکلات روانی، عدم کنار آمدن مادر با وظایف مادری، جدایی شوهر، مشکل نگهداری شیرخوار و حتی در بعضی مواقع به خودکشی و یا کودک آزاری منجر می‌شود. این مشکلات گرچه شایع هستند و قابل درمان ولی توجه به آنها بسیار کم بوده و گاهی شناخته نشده و بدون درمان باقی می‌مانند.

مشکلات به شرح زیر طبقه بندی شده‌اند:

- ۱- غمگینی بعد از زایمان (Baby Blues)
- ۲- مشکل در ایجاد ارتباط بین مادر و کودک
- ۳- افسردگی بعد از زایمان
- ۴- سایکوزهای بعد از زایمان
- ۵- شدت یافتن مشکلات روحی که از قبل وجود داشته است.

۱- Baby Blues بعد از زایمان

۵۰ تا ۸۰٪ مادران حدود ۲ تا ۳ روز اول بعد از زایمان دچار افسردگی می‌شوند که در تعداد کمی از آنان ممکن است تا ۳ ماه بعد از زایمان ادامه داشته باشد ولی گاهی هم زودتر خاتمه می‌یابد. در زنانی که قبلاً دچار Pre Menstrual Syndrome (P.M.S) بوده‌اند این مسئله بیشتر است و کاهش ناگهانی استروژن را مسئول بروز این مشکل می‌دانند.

علائمی مانند بی‌خوابی، افسردگی، خستگی، اضطراب، سردرد، خوشحالی، گریه کردن بی‌جا، سردرگمی، بی‌قراری و گاهی تخیل‌های زیاد در مادر دیده می‌شود. مادرانی که قبلاً می‌گرن داشته‌اند بعد از زایمان دچار

سردردهای شدید می‌شوند. گاهی احساسات آنها نسبت به کودک و خانواده بسیار کم و حتی تحریک‌پذیر می‌شوند. احساس گناه در آنان به وجود می‌آید که خود استرس زا است.

غمگینی بعد از زایمان گرچه ممکن است با استروژن درمانی خوب شود ولی به خاطر احتمال ایجاد ترومبوز، هم چنین کم شدن شیر مادر توصیه نمی‌شود.

شواهد بسیار کمی وجود دارد که تأیید کند پرولاکتین و سطح بالای آن سبب بروز غمگینی می‌شود چون در مادرانی هم که به نوزادشان شیر مصنوعی داده‌اند به یک نسبت گزارش شده است.

استرس‌های روحی بعد از زایمان نیز نقش مهمی در ایجاد این حالت دارند و بهترین کار این است که پدر و مادر قبلاً از چنین وقایعی با خبر شوند.

۲- مشکل در ایجاد ارتباط بین مادر و کودک

۴۰٪ مادرها در اولین برخورد با نوزاد خود احساسات آن چنانی ندارند ولی آرام آرام تا روز سوم بعد از زایمان این ارتباط برقرار می‌شود. عدم ارتباط بعدی، مربوط به مسایل کودک می‌شود.

فاکتورهای مؤثر در روزهای اول عبارتند از:

- ناخواسته بودن فرزند
 - از دست دادن یکی از والدین در دوران کودکی خود مادر
 - شاغل بودن و یا حالت مردانه داشتن مادر
 - نداشتن زایمان قبلی یا تجربه بسیار تلخ آن
 - بیش از حد انتظار بودن دردهای زایمانی
 - مصرف پتدین
 - ایجاد دردهای زایمان Induction of labor قبل از اینکه مادر از نظر روحی و هورمونی آمادگی داشته باشد.
- معمولاً بین رفتار سرد اولیه و نخواستن کودک در روزهای اول با مشکلات بعدی، ارتباط زیادی وجود ندارد ولی در مادرانی که کودک ناخواسته یا بارداری ناخواسته داشته‌اند این مشکلات ادامه دار می‌شود.

تحقیقات زیادی نشان داده‌اند تصمیم‌گیری در مورد این که واقعاً کدام رفتارهای مادر دلخواه بوده و معنای ارتباط عاطفی کامل را می‌دهد، بسیار مشکل است.

مادرانی که خیلی عاطفی نیستند ممکن است رفتارهای مراقبتی را زیادتر نشان دهند و آنها بی‌کی که زیاد مراقبت می‌کنند ممکن است احساس مثبت شدید یا منفی شدید نسبت به بچه داشته باشند که این احساس هم مشکل ساز می‌شود.

جداسازی نوزاد از مادر در روزهای اول تولد، به دلیل بیماری مادر یا نوزاد باعث عدم برقراری ارتباط عاطفی (Bonding) می‌شود تحقیقات زیادی تأثیر جداسازی را در حیوانات و در انسان‌ها نشان داده است.

هر چه ارتباط پوستی و تماس نزدیک مادر و نوزاد زودتر برقرار شود شیرخواران بهتر، آرام‌تر و خوش‌روتر هستند و طول مدت شیردهی نیز طولانی‌تر خواهد بود. همچنین تحقیقات نشان داده است مادرانی که از مزایای هم‌اتاقی بهره‌مند شده‌اند، اعتماد به نفس بیشتری داشته و کودکانشان در سال دوم کمتر مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند و رابطه پدرها هم بهتر بوده است.

۳- افسردگی بعد از زایمان: Postnatal depression

حدود ۴۳٪ از مادران دچار نوع و درجاتی از افسردگی بعد از زایمان هستند که فقط در ۱۰ درصد آنان این افسردگی تا ۳ ماه بعد از زایمان هم ادامه می‌یابد و حدود ۱۸٪ از مادران تا ۹ ماهگی هم ممکن است افسردگی داشته باشند. با وجودی که درجات مختلف غمگینی و افسردگی در تمام نقاط دنیا گزارش می‌شود ولی افسردگی واقعی متناسب با استانداردهای جهانی افسردگی فقط در ۱۰ تا ۱۵ درصد مادران شیرده گزارش شده است و بیشترین احتمال بروز افسردگی در مادر در ماه اول پس از زایمان است که اکثراً نیازمند درمان می‌باشند.

به نظر می‌رسد غیر از تولد کودک فاکتورهای دیگری نیز در این افسردگی دخالت دارند. اگر افسردگی‌ها خفیف بوده و به آن توجه نشود طولانی مدت می‌شود و برای خانواده خطر بیشتری خواهد داشت تا نوع حادی که فوراً به آن توجه می‌گردد.

علائم افسردگی بعد از زایمان که مادران اظهار می‌کنند عبارتند از:

- تحریک‌پذیری، اضطراب.
- خستگی بسیار و احساس کم‌انرژی بودن
- اختلال اشتها و خواب
- اختلال در حافظه و تمرکز در کارهای روزمره
- احساس گناه، خجالت، عصبانی بودن و ناامیدی شدید
- برنامه‌ریزی برای خودکشی و به زبان آوردن آن
- فعالیت‌ها و تفکر غیر منطقی
- ترس از خارج شدن از خانه
- ترس بی‌نهایت در مورد خود و کودک و شوهر

کودکان مادرانی که افسردگی دارند، معمولاً:

- IQ کمتری دارند
 - بیشتر نق‌نق می‌کنند.
 - مشکلات عاطفی آنها بیشتر و کنار آمدن با آنها سخت‌تر است.
- اکثر اوقات مادران افسرده شکایات خود را به صورت دردهای مختلف در بدن و مشکلات تغذیه کودک که شیر یا غذا نمی‌خورد بیماری‌های او و یا جمله «من نمی‌توانم» اعلام می‌کنند.

اگر مادر فقط در مورد مشکلی که ابراز می‌کند راهنمایی شود بی‌علاقه‌تر و افسرده‌تر می‌شود زیرا مشکل جای دیگر است. بنابراین:

مصاحبه‌های بسیار دقیق و مشاوره‌هایی که مادر را مورد توجه قرار دهد و به تشخیص درست برسد از طریق **سؤال‌های مؤثر و گوش دادن و توجه کردن به او و مشکلاتش** این ارتباط را بهتر می‌کند. تمام کسانی که با مادران کار می‌کنند باید بدانند که مادر در ۳ ماه اول زایمان دچار درجاتی از غمگینی می‌شود و نیازمند توجه و حمایت بیشتر است. اگر افسردگی ادامه پیدا کند و مادر مشکلات قبلی کودکی خود را نیز به یاد بیاورد باید روان درمانی و مشاوره‌ها را به طور جدی شروع کرد. تولد فرزند اول، تغییر زیادی در زندگی خیلی از افراد ایجاد می‌کند. مادرانی که کار می‌کنند و دوستانی دارند که هنوز بچه ندارند ممکن است یک باره خود را تنها و جدا از بقیه احساس کنند به خصوص اگر به خاطر تولد بچه، رفت و آمدهای دوستانه، خانوادگی و فامیلی کمتر شود. همچنین بعضی از مادران، آمادگی مادر بودن را ندارند و نسبت به کسانی که اطلاعات بیشتر و آمادگی بهتری دارند مانند کارمندان بهداشتی و بزرگ‌ترها، خودشان را بسیار بی‌تجربه می‌بینند. **مخصوصاً در شهرهای بزرگ که تماس دختران جوان قبل از اینکه ازدواج کنند با بچه‌ها کم است و تجربه‌ای از مراقبت از کودک و شیردادن ندارند آموزش آنان در دوران بارداری و آماده‌سازی برای زایمان و مراحل بعد از آن بسیار مهم است.**

کمک کردن به مادران در این دوره‌های بحرانی برای موفقیت در شیر دادن سبب می‌شود که ارتباط عاطفی قوی با کودکان خود پیدا کرده و احساس کنند که خودشان افراد توانمند و قابل هستند. مادران افسرده که به غلط به آنها توصیه می‌شود شیر مادر ندهند، معمولاً احساس گناه و تاسف زیاد می‌کنند. **بنابراین افراد خانواده به جای این که شیرخوار را نگهداری کنند بهتر است کارهای دیگر را قبول کرده و اجازه بدهند مادر کارهای کودک، تغذیه و تماس با او را داشته باشد ولی تنها نماند و همیشه مورد حمایت باشد.** برای کمک به مادرانی که بعد از زایمان افسرده می‌شوند باید ابتدا مشکل را کشف کرد زیرا بسیاری از مادران خود نمی‌گویند که افسرده هستند ولی کودک خود را به عنوان یک مشکل اساسی مطرح کرده و عقیده دارند که او زیاد گریه می‌کند و یا مثلاً:

- کولیک دارد.
- غذا را برمی‌گرداند.

و یا این که «من توانایی نگهداری از او را ندارم». در این جا فقط مادر نیست که باید مورد مشاوره قرارگیرد بلکه باید با شوهر او هم صحبت شود. اگر زن و شوهرهای جوان از این تغییرات آگاه باشند نگرانی آنان بسیار کمتر می‌شود.

۴- سایکوز بعد از زایمان Purperal psychosis

خوشبختانه این عارضه شیوع زیادی ندارد. در ماه اول بیشترین درصد و ۱۸ برابر بیشتر از ماه‌های بعد از زایمان است. علائم بین روزهای ۳ تا ۱۹ بعد از زایمان گاهی هم دیرتر شروع می‌شوند. به این ترتیب که ۳ روز بعد از زایمان که مسئله Baby Blues کاهش پیدا می‌کند، سایکوز خود را با یک حمله حاد نشان می‌دهد و خلق و خوی مادر و رفتار او تغییر می‌کند. علائمی مانند تخیل‌های غیر طبیعی - حالت افسردگی - احساس گناه و عدم کفایت،

از دست دادن علاقه به هر نوع کار و فعالیت و حتی مراقبت از کودک تازه به دنیا آمده، تغییر در خواب و سردرگمی که ممکن است از ساعتی به ساعت دیگر تغییر کند شایع است.

سایکوز حاد به سرعت خود را نشان می‌دهد و علائم آن سریع‌تر از انواع دیگر سایکوزهاست. بی‌خوابی شدید، اولین علامت است و بعد، سردرگمی، توهم و هذیان اضافه می‌شود. در مقایسه با بقیه سایکوزها سردرگمی و شکایت از این که دنیا خیلی سریع می‌گذرد، بیشتر از عصبانی شدن و غمگینی و علائم Neurotic است. ۵۰٪ این سایکوزها به عنوان افسردگی شدید و بقیه Maniac یا اسکیزوفرن هستند.

کشتن بچه و یا خودکشی باید مورد توجه قرار گیرد به خصوص که در دنیای تخیلی مادر کاملاً جا داشته و مادری گاهی خود نگران است که مبادا بچه خود را اذیت کند لذا مادر و کودک باید شدیداً تحت نظر و مراقبت باشند. این نوع سایکوز اورژانس بوده و مادر باید بستری شود که با درمان و مشاوره مناسب نتیجه خوبی دارد.

امروزه با استفاده از ترکیبات فنوتیازین، داروهای حلقوی ضد افسردگی و لیتیوم، درمان مناسب انجام می‌گیرد. به دلیل عوارض لیتیوم که سبب هیپوتونی شیرخوار، خواب‌آلودگی و غیرطبیعی شدن موج T در ECG می‌شود، کودک باید تحت مراقبت قرار گیرد. استروژن‌تراپی، می‌تواند افسردگی و سایکوز را کم کند ولی شیرمادر را هم کاهش می‌دهد و بعضی‌ها این ریسک را نمی‌پذیرند به خصوص اگر مادر مایل باشد که خودش شیر بدهد باید او را کمک کرد تا همراه با درمان مناسب و مراقبت کامل حتماً شیر بدهد. بعضی مادرها هنگام شیردادن احساس آرامش می‌کنند ولی بعضی‌ها خیلی مضطرب و دستپاچه و بی‌قرار می‌شوند و نمی‌توانند شیر دادن را به سرانجام برسانند. حمایت و کمک به مادران برای شیردادن سبب می‌شود آنان احساس کنند که قابل و توانمند هستند و می‌توانند کاری را به اتمام برسانند.

غیر از درمان دارویی، اگر مادران تحت نظر و حمایت یک مشاور قرار بگیرند، با درک بهتر از آن چه که اتفاق افتاده آرام آرام نقش مادر بودن خود را باز می‌یابند، دیده شده مادرانی که حتی تصمیم گرفته‌اند که شیر خشک بدهند ولی در بیمارستان کودک در کنارشان بوده، درمان موفق‌تری داشته‌اند، شوهران این خانم‌ها هم نیازمند کمک و توضیح در مورد بیماری همسرشان می‌باشند.

خلاصه:

- ۷۰٪ زنان نوعی از انواع افسردگی را بعد از زایمان تجربه می‌کنند.
- بسیاری از زنان بلافاصله بعد از زایمان احساس عشق و نزدیکی به نوزاد ندارند ولی تا روز سوم این احساس به وجود می‌آید.
- تماس اولیه مادر و کودک پایه‌گذار رابطه نزدیک و ارتباط عاطفی بعدی است.
- اغلب اوقات افسردگی‌های بعد از زایمان، ناشناخته مانده و بدون توجه از آن، می‌گذرند.
- شیردادن مادر راهی است برای محکم کردن رابطه دو طرفه و دادن این احساس به مادر که کاملاً توانمند و قابل است.

سایکوز بعد از زایمان بین روز ۳ تا ۱۹ بعد از زایمان اتفاق می‌افتد ۵۰٪ آنها به صورت افسردگی شدید و بقیه Maniac یا اسکیزوفرنی است.

- اکثر زنان دچار سایکوز، اگر صحیح مراقبت شوند می‌توانند شیر بدهند. بنابراین، برای کاهش مشکلات بعد از زایمان و ایجاد رابطه بهتر با کودک:
 - آماده‌سازی مادر برای زایمان و بعد از تولد، لازم است.
 - این آماده‌سازی برای مادران اول‌زا و جوان بسیار مهم‌تر است.
 - مادرانی که از زندگی کودکی خود یا از زایمان قبلی سابقه ذهنی بدی دارند و یا در شیر دادن نا موفق بوده‌اند باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند.
- اگر مشکلی ایجاد شده باشد، پس از تشخیص به موقع و مشاوره با مادر، باید توضیحات و راهنمایی‌های لازم به خانواده هم داده شود.