



ماہنامه خبری پژوهشی  
مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت



سال سوم - شماره ۲۶ - مرداد ۱۳۹۱

ISSN: 6018-2251



## در این شماره می خوانید:

۲

سخن نخست

۳

نظریه اسلام درباره شیرمادر

۳

دانشتیهایی در خصوص شیر مادر

- ترکیبات شیر مادر
- آغوز (شیر ماک یا کلستروم)
- مقایسه کلستروم با شیر کامل
- شیر پستین و شیر پیشین
- وضعیت قرار گرفتن مناسب و صحیح بدن شیرخوار و مادر
- مدت نگهداری شیر دوشیده شده مادر
- استفاده از مولتی ویتامین در کودک شیر مادر خوار
- مزایای شیر مادر برای نوزاد
- مزایای شیردهی برای سلامت مادران

۹

دانشتیهایی در خصوص شیردهی مادران مبتلا به برخی از بیماری های ویروسی

HIV-

-هیانتیت ویروسی A

-هیانتیت ویروسی B

-هیانتیت ویروسی C

-سایر هیانتیت های ویروسی

-هریس سیمپلکس I و نوع II

-عفونت ویروسی سینتو مگال CMV

-سرخچه، ابله مرغان

-سرماخوردگی، آنفولانزا

-سل، وبا و تب حصبه (تیفوئید)

۱۲

طرح بیمارستانهای دوستدار کودک

- معیارها

برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر و بیمارستانهای دوستدار کودک

-مقدمه

-پیشینه و وضعیت موجود برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر

-رسالت گروه سلامت خانواده و جمعیت

-استراتژی کلان گروه سلامت خانواده و جمعیت

-برنامه های واحد سلامت خانواده و جمعیت

-راهکارهای برنامه ی ترویج تغذیه با شیر مادر

-فعالیت های واحد سلامت خانواده و جمعیت

- رمضان و سلامت

۱۷

روژه گیری در ماه رمضان و مشکلات گوارشی

- رمضان و سلامت اجتماعی

تازه های پزشکی

-کلاه ایمنی: ناچی موتورسواران

-استفاده از اسپرین با دوز کم خطر خونریزی شدید را افزایش می دهد

-درمان هیانتیت C (گذشته، حال و آینده)

۱۹



سال سوم - شماره ۲۶

مرداد ۱۳۹۱

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیات تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:

دکتر پیام پیمانی، دکتر مجتبی محمودی  
دکتر مریم دهقان خلیلی، سید مهدی احمدی، یاسر ساریخانی، دکتر رها افشاریانی، زهرا اسدی، فروغ صالحی

رئیس شورای سردبیری:

دکتر فریبرز غفارپسند

مدیر اجرایی:

محمد خوش سیما

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی

# سخن نخست

هنگامی که کودک ترسان، لرزان و گریان از مادر متولد می گردد و زندگی نوین خود را در این کره خاکی آغاز می کند، تنها شیر گوارای مادر است که ترس، اضطراب و دلهره او را می زداید و چونان مرهمی کارساز به او آرامش و آسایش می بخشد؛ در واقع کودک با مکیدن پستان مادر نه تنها خود را از تشنگی و گرسنگی می رهاند بلکه برای نخستین بار طعم دل انگیز و لذت بخش زندگی را تجربه می کند. دلیل این نکته آن است که خداوند نیاز به شیر و جگونی نوشیدن آن را در اعماق ذات او نهاده است. بدین سان آدمی زندگی را با شیر آغاز کرده و لذت حیات این دنیا را با طعم شیر تجربه می کند و برای همین است که طعم شیر، طعم حیات است. در حقیقت شیرمادر ضربان قلب پر محبت اوست که آن را به صورت آهنگی ملایم، بردل و دیده کودکش میوزد تا او نیز ترم آوای آسمانی عشق و مهربانی را بیشتر و بهتر تجربه کند. نوشیدن این مایع سفید و سیال، به نوزاد می آموزد که لحظه به لحظه حرکت و تکاپوی مادر در جهت ایجاد امنیت و آرامش برای اوست و مادر ذره ذره وجودش را که مملو از مهربانی است به صورت شیر، این شیر شکرین شکوفایی به کودک عرضه می دارد.

اما داستان نیاز انسان به شیر و سودمندیهای گوناگون آن به دوران شیرخواری ختم نمی شود، این در واقع آغاز راه است و تا پایان زندگی این نعمت گران بهای الهی در خدمت بشر قرار دارد. کودک آن گاه که مرحله طفولیت را پشت سر گذارد و دستگاه هاضمه او رشد کرد و یالید و زمینه هضم غذاهای جدید و متنوع در آن فراهم آمد، همچنان از شیر بهره می برد و منافع آن در سلامت و رشد بدن وی سهم مؤثری دارد. در روایات رسیده از معصومان علیهم السلام به این نکته با تعبیری بس لطیف اشاره شده است؛ بر پایه برخی از روایات نیاز به شیر، نیازی است قطری، از این رو حذف شیر از زندگی، اختلال در فطرت آدمیان پدید می آورد. بنابراین شیر مادر نه تنها برای پاسداری از سلامت انسان در دوران کودکی مورد استفاده قرار میگیرد بلکه برای دوران نوجوانی، جوانی، میانسالی و حتی سالمندی نیز، زمینه ساز صحت و سلامت انسان است.

دکتر نجمه مهارلوئی

عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

## نظریه اسلام درباره شیر مادر

نویسنده: دکتر رها افشاریانی عضو آکادمی بین المللی شیر مادر

در دین اسلام تاکید زیادی بر شیردهی شده است. قرآن کریم توصیه می کند که مادر باید کودک خود را تا ۲ سالگی شیر بدهد. (سوره مبارکه بقره: آیه شریفه ۲۳۳) و اگر نیاز به قطع شیردهی قبل از ۲۴ ماه باشد، پدر و مادر هر دو باید موافقت کنند. در حدیثی از پیامبر (ص) داریم که برای مادر در ازاء هر قطره شیری که به فرزند خود می دهد ثواب و پاداشی است. در قرآن کریم در سوره مبارکه بقره آیه شریفه ۲۳۳ داریم که اگر مادر قادر به شیر دادن نباشد، او و پدر شیرخوار می توانند با توافق طرفین اجازه دهند که دایه به کودک شیر دهد که این امر نشان می دهد که در اسلام شیر انسان بر شیر حیوانات برای تغذیه شیر خوار ارجحیت دارد. پیامبر اکرم(ص) خود نیز به مدت ۲ سال توسط دایه تغذیه شدند.

حضرت محمد(ص) مسلمانان را آموزش می دادند تا کودکان را از نوشیدن زنان گناهکار محافظت کنند و شیر آنها را آلوده می خواندند، بدین ترتیب احتمال انتقال عفونت از طریق شیر مادر از زمانهای بسیار قدیم قبل از تحقیقات امروزی و علم ویروس شناسی در اسلام شناخته شده بود.

از طرفی کودکانی که به شکل متوالی از پستان یک زن شیرده تغذیه کنند خواهر و برادر (خواهر و برادر رضاعی) تلقی شده و در نتیجه ازدواج در بین آنها ممنوع می باشد. (سوره مبارکه نساء آیه شریفه ۲۳). در دین عیین اسلام پدر وظیفه دارد که همسر خود را در هر شرایطی که شیر دهی را تحت تاثیر می دهد حمایت کند و در صورت بروز طلاق باید شرایط زندگی و مالی مناسب را در طول دوره شیردهی برای مادر و کودک فراهم نماید. (سوره مبارکه طلاق آیه شریفه ۶) پیامبر اکرم(ص) فرموده اند: برای کودک شیری بهتر از شیر مادر نیست. حضرت علی(ع) می فرمایند: هیچ شیری پر برکت تر از شیر مادر نیست.

## دانستیهای در خصوص شیر مادر

نویسنده: دکتر رها افشاریانی عضو آکادمی بین المللی شیر مادر

### ترکیبات شیر مادر

ترکیب شیر مادر در طول دوران شیردهی و حتی در طول هر وعده شیردهی متفاوت است که این تفاوت ها متناسب با نیازهای شیرخوار می باشد.

### آغوز (شیر ماک یا کلستروم)

تولید آغوز در بارداری آغاز می شود و در دو تا چهار روز بعد از زایمان از پستان ها خارج می شود. کلستروم زرد رنگ، کمی چسناک با حجم کم ولی غلظت بالا می باشد که پس از ۳ تا ۴ روز به تدریج به شیر کامل یا رسیده یا شیر سفید تبدیل می شود.

### مقایسه کلستروم با شیر کامل و رسیده:

۱- کلستروم حاوی پروتئین بیشتری می باشد میزان پروتئین آن سه برابر شیر سفید است.

۲- کلستروم حاوی مقدار بیشتری از مواد ایمنی بخش شامل سلولهای زنده، ایمونوگلوبولین، لاکتوفیرین و گلبولهای سفید می باشد که به همین دلیل اولین و بهترین واکسن برای نوزاد بر ضد بیماری های عفونی است.

۳- مقدار مواد معدنی (سدیم و روی) و ویتامین های محلول در چربی (E, A) در کلستروم بالا می باشد.

۴- کربوهیدرات (لاکتوز) و چربی در کلستروم کمتر از شیر سفید است.

پس از چند روز آغوز به شیر رسیده تبدیل می شود که قند و چربی بیشتر ولی پروتئین و مواد ایمنی بخش آن کمتر است.

### شیر پیشین و شیر پسین:

شیری که در ابتدای هر وعده تغذیه با شیر مادر، ترشح می شود شیر پیشین (fore-milk) نام دارد، این شیر حاوی مقدار زیادی پروتئین، لاکتوز و آب است و اغلب کم رنگ بوده و آبی به نظر می رسد به طوریکه ممکن است در این مرحله مادر نگران شده و شیر خود را رقیق تصور کند.

دانستی‌هایی در خصوص شیر مادر:

در روش سوم که Cross arm یا زیر بازو نام دارد مادر در وضعیت نشسته با دست، سر نوزاد را نگه می‌دارد و بدن پای او را در زیر بغل همان دست قرار می‌دهد در این حالت می‌توان از یک بالش در زیر دست استفاده نمود.

در کل، بسته به شرایط مادر و نوزاد در حالات متفاوت راحت‌ترین و مناسب‌ترین روش انتخاب می‌شود.



مدت نگهداری شیر دوشیده شده مادر

گردآورندگان: زهرا اسدی، فروغ صالحی

شیر دوشیده شده حاوی برخی باکتری‌های پوست است که می‌تواند در شرایط نامناسب ذخیره شیر، تکثیر شده و شیر را فاسد نماید. لذا شستشوی دستها و ظروف جمع‌آوری شیر با آب و مایع شستشو و جوشاندن ظروف به مدت ۱۵-۲۰ دقیقه ضروری است. ظروف پلاستیکی برای جمع‌آوری و ذخیره شیر بهتر از ظروف شیشه‌ای است زیرا لکوسیتهای شیر به دیواره شیشه می‌چسبند و خاصیت خود را از دست می‌دهند. ظرفی که برای فریز کردن شیر بکار می‌رود باید تا ۳۱۴ برشود که جای یخ زدن داشته باشد. از قالبهای پلاستیکی تهیه یخ نیز می‌توان برای فریز نمودن شیر استفاده کرد و پس از فریز شدن، مکعبهای یخ را در کیسه پلاستیکی خالی تموده و تاریخ را روی آن ثبت نمود. قبل از افزودن شیر دوشیده شده تازه به شیر فریز شده قبلی آن را در یخچال سرد کنید. (مدت نگهداری نیم ساعت)

این قسمت از شیر باعث رفع تشنگی نوزاد می‌شود اما به تدریج که شیر خوار به مکیدن ادامه دهد شیر پسین (Hind milk) ترشح می‌شود که چربی آن سه برابر شیر پیشین و غنی از انرژی و سفید رنگ است که سبب سیری نوزاد شده و برای رشد سلول‌های مغز ضروری می‌باشد و شیرخوار باید این شیر را به مقدار کافی دریافت کند. مقدار آب موجود در شیر مادر کافی است لذا شیرخواران در چهار تا شش ماه اول نیاز به آب اضافی حتی در هوای گرم ندارند.

در طول شیردهی مادر باید قبل از شیر دادن از پستان دوم اجازه دهد که شیرخوار پستان اول را به خوبی مکیده و خالی کند اگر شیرخوار بعد از خوردن یک پستان باز هم تمایل به شیر خوردن داشت می‌توان از پستان دیگر او را تغذیه نمود ولی اگر با تغذیه از یک پستان سیر شد دفعه بعد باید از پستان دیگر شیر بخورد.

وضعیت قرار گرفتن مناسب و صحیح بدن شیرخوار و مادر (Positioning):

نویسنده: دکتر رها افشاربالی عضو آکادمی نین الملی شیر مادر

برای این منظور روش‌های مختلفی وجود دارد:

**در روش اول:** روش گهواره ای (Cradle) که معمولی‌ترین روش شیردادن است مادر، نوزاد را طوری در آغوش می‌گیرد که شانه نوزاد روی خم آرنج و سرش روی بازوی مادر قرار گیرد. صورت نوزاد مقابل پستان مادر و سر و بدنش در یک امتداد واقع شوند. دست نوزاد که در تماس با بدن مادر است در پهلوئی مادر قرار بگیرد (نه بین نوزاد و بدن مادر) و باسن نوزاد در آغوش مادر باشد و با کف دست آن را بگیرد.

بعد از قرار گرفتن مادر در وضعیت راحت و در آغوش گرفتن نوزاد مادر می‌تواند با انگشتان شست و اشاره دست به شکل (C) پستان خود را بگیرد و نوک پستان را به گونه و لب نوزاد بمالد تا نوزاد با رفلکس طبیعی دهان خود را باز کند.

**در روش دوم:** مادر به پهلو خوابیده و دست او در بالای سر قرار می‌گیرد، این روش برای خانمهایی مناسب است که به علت سزارین یا ایبی ریاتومی (در زایمان طبیعی واژینال) قادر به نشستن نیستند. سر و بدن نوزاد در امتداد یک خط مستقیم، کنار و در تماس با بدن مادر قرار می‌گیرد. صورت نوزاد روبروی پستان مادر و بینی او مقابل نوک پستان مادر می‌باشد پشت نوزاد با دست مادر حمایت می‌شود.

بستفردین زمان نگهداری	دما	محل نگهداری
شش تا هشت ساعت	۴-۲۵ ۴-۲۷	در یک اتاق
۱۱ تا ۲۴ ساعت		کیسه‌های حرارتی عایق‌شده با جعبه‌های فوم‌پوشیده
۵ تا ۱۰ روز	۴-۲۹ ۴-۳۰	در یخچال
موهفنه	۴-۳۵	در فریزر داخل یک یخچال
۳ تا ۶ ماه	۴-۳۰	یخچال و فریزر ترکیب‌شده یا فریزرهای مجزا
۶ ماه تا یکسال	۴-۲۰	فریزرهای تمام‌بخ و فومی

## استفاده از مولتی ویتامین در کودک شیر مادر خوار

نویسنده: دکتر رها افتخاریانی عضو آکادمی بین المللی شیر مادر

ویتامین D را شیرخوار هم از طریق جفت دریافت می کند و هم از تایش نور خورشید و شیر مادر به دست می آورد. ویتامین D شیر مادر تحت تأثیر مقدار دریافت اوست و با قرار گرفتن در مقابل نور خورشید ویتامین D شیر مادر افزایش می یابد بنابراین غلظت ویتامین D مادر در ماه های تابستان بیش از سایر فصول است. تجویز ویتامین D تکمیلی به کودکانی که با شیر مادر تغذیه می شوند مورد بحث است. در کشورهای توسعه یافته که مادران باردار و شیرده شیرهای غنی شده با ویتامین D و مولتی ویتامین مصرف می کنند شاید نیاز به مکمل یاری در شیرخوار نباشد ولی در کشورهای در حال توسعه احتمالاً توصیه مولتی ویتامین یا قطره A+D ضروری است.

شیر مادر یک منبع عالی از نظر ویتامین A است که مقدار آن در آغوز بیش از شیر انتقالی و شیر رسیده است و مقدار ویتامین E نیز در آغوز بیش از شیر رسیده است و نیاز روزانه شیرخوار به ویتامین E را تأمین می کند.

از ویتامین های محلول در آب، ویتامین C شیر مادر کافی و در حد نیاز شیرخوار است. ویتامین B<sub>1</sub> در آغوز کمتر ولی در شیر رسیده بیشتر است. مانند سایر ویتامین های محلول در آب، دادن ویتامین B<sub>1</sub> به مادر سبب افزایش مقدار آن در شیر مادر می شود. برای بزرگسالان در شیرخوارانی به وجود می آید که از شیر مادری تغذیه می کنند که دچار کمبود ویتامین B<sub>1</sub> است.

ویتامین های B<sub>2</sub> و B<sub>6</sub> و نیاسین و فولات نیز در شیر مادر کافی و نیازی به مکمل برای شیرخوار نیست. ویتامین B<sub>12</sub> شیر مادر تحت تأثیر میزان دریافتی مادر است. مادرانی که خوب تغذیه می شوند شیرشان به مقدار کافی ویتامین B<sub>12</sub> دارد ولی در مادر گیاه خوار یا مادرانی که عمل بای پس معده (By pass) انجام داده اند در معرض خطر کمبود ویتامین B<sub>12</sub> قرار دارند و ممکن است مکمل مختصر آن لازم باشد.

آهن یک ریز مغذی اساسی در تغذیه دوران شیرخواری است. اگر دریافت آن کمتر از میزان مورد نیاز باشد آنمی فقر آهن بروز می کند که می تواند منجر به اختلال تکامل شیرخوار در یک تا دو سالگی شود. بیشترین مقدار آن در شیر انتقالی (شیر مابین کلاستروم و شیر کامل رسیده) مادر وجود دارد اما به طور مداوم طی دوران شیردهی کاهش می یابد. دریافت آن از شیر مادر از ۰/۰۷۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم در ماه اول به ۰/۰۵۵ میلی گرم در ماه دوم و به ۰/۰۴۸ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در ماه سوم متغیر است. به نظر نمی رسد که مقدار شیر مادر به طور قابل ملاحظه ای تحت تأثیر وضعیت آهن مادر، کمبود آهن او و یا درمان با آهن قرار گیرد. حدود ۰/۰۵ آهن شیر مادر جذب می شود. در سال اول زندگی، غذاهای کمکی نیز از سایر منابع تأمین آهن شیرخوار محسوب می شوند.

برای پیشگیری اولیه از آنمی فقر آهن استفاده از غذاهای کمکی غنی شده با آهن، اجتناب از مصرف شیر گاو، استفاده از غذاهای حاوی ویتامین C توصیه می شود. برای پیشگیری ثانویه، غربالگری شیرخواران بین ۹ تا ۱۲ ماهگی و تکرار آن در ۱۸ ماهگی از نظر غلظت هموگلوبین توصیه شده است که ممکن است برای همه شیرخواران و یا فقط افراد در معرض خطر به کار رود. شیرخواران نارس و LBW به آهن بیشتری نیاز دارند و توصیه فعلی دریافت حداقل ۲ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن آنان است. از ویتامین های محلول در چربی، نوزادان فقط به تزریق ۱ میلی گرم ویتامین K نیاز دارند زیرا بر خلاف ویتامین D ویتامین K به آسانی از جفت به جتین منتقل نمی شود.



## مزایای شیر مادر برای نوزاد

نویسندگان: دکتر زهرا افشاریانی، زهرا اسدی، دکتر نجمه مهارلوئی

شیر مادر کاملترین غذا برای نوزاد می باشد زیرا دارای مقادیر مناسب پروتئین لازم برای رشد و تکامل، مواد انرژی زا، املاح و آب مورد نیاز نوزاد می باشد و دارای مزایای تغذیه ای، مزایای ایمنولوژیکی، مزایای روانی، مزایای مادری، کاهش مرگ و میر کودکان و مزایای اقتصادی- اجتماعی است.

مزایای شیر مادر برای شیرخوار

- خطر ابتلا به اسهال و عوارض ناشی از آن کاهش می یابد.
- رشد و نمو کودک شیر مادر خوار بهتر است. (جسمی و ذهنی)
- مزایای روانی
- اثرات ضد آلرژی و ضد حساسیت دارد و باعث کاهش شناس آگزا، آسم و رینیت آلرژیک می شود.

از شواهد این ادعا مطالعه ای است با عنوان بررسی ارتباط بین طول مدت شیردهی با بروز آسم که توسط دکتر غفاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ بر روی ۲۲۸ کودک ۵ تا ۱۷ ساله مبتلا به آسم انجام شد. بر طبق یافته های این تحقیق با افزایش طول مدت شیردهی مادر به طور مطلق (برای حداقل ۶ ماه) شیوع بیماری آسم کاهش چشمگیری داشت. (۱)

همچنین در پژوهشی که توسط سیما اشویی و همکاران جهت بررسی ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر و خطر ابتلا به آسم در کودکان ۲-۸ ساله شهر ارومیه انجام شد، طول مدت تغذیه با شیر مادر تا پایان ۲ سالگی با کاهش خطر ابتلا به آسم همراه بود. (۲)

اثرات دراز مدت آن بر روی سلامتی شامل:

- کاهش ابتلا به دیابت شیرین نوع I (Juvenile Onset Diabetes Mellitus)
- کاهش خطر ابتلا به اسهال
- کاهش ابتلا به آلرژی در خانواده هایی که شناس ابتلا به آلرژی و حساسیت در آنها بالاست.
- کاهش بیماری های التهابی روده
- افزایش بهره هوشی (I.Q)
- افزایش قدرت بینایی
- کاهش شناس چاقی در آینده (Obesity)

مطالعات مختلفی موکد این مطلب می باشند از جمله: مطالعه ای که با عنوان ارتباط چاقی و اضافه وزن کودکان اول دبستان شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر توسط کلانتری و همکاران انجام گرفت نشان داد که مدت تغذیه با شیر مادر در دوران شیر خوارگی با شیوع اضافه وزن و چاقی در این سن (۷ سالگی) مرتبط است به طوری که هر چه مدت زمان تغذیه با شیر مادر بیشتر باشد شیوع اضافه وزن و چاقی کمتر است. (۳)

مطالعه دیگری ارتباط مدت زمان تغذیه با شیر مادر و شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانی را بررسی کرده است. یافته های این مطالعه نشان داد مصرف شیر مادر باعث کاهش خطر چاقی و اضافه وزن می شود. اما بین مدت زمان تغذیه با شیر مادر و شیوع چاقی در نوجوانی رابطه ای یافت نشد. (۴)

همچنین ثابت شده است که شیرخوارانی که حداقل ۱۵ هفته تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند شناس بروز بیماریهای تنفسی در آنها به نصف رسیده است. چربی متوسط بدن (mean body fat) در آنها ۱٪ کمتر می باشد و به طور مشخص فشار خون سیستولیک پایین تری نسبت به شیرخوارانی که با شیشه تغذیه می شوند دارند. کودکانی که برای مدت یکسال یا طولانی تر با شیر مادر تغذیه شده اند شناس ابتلا به دیابت در آنها به نصف می رسد. شیرخوارانی که به طور انحصاری تا ۶ ماه با شیر مادر تغذیه شده اند شناس ابتلا به سرطان قبل از ۱۵ سالگی نسبت به کودکانی که با شیر مادر تغذیه نشده اند به نصف می رسد.

همچنین افرادی که در شیرخوارگی با شیر مادر تغذیه شده اند احتمال آلوده شدن آن ها با هلیکوباکتریلوری (عامل ایجاد کننده زخم های پپتیک (Peptic ulcers) در سن ۷۰ سالگی بسیار پایین تر از آن هایی بوده است که با شیر مادر تغذیه نشده اند.

تغذیه با شیر مادر، به میزان اندک اما محسوس با افزایش توانایی شناختی ذهنی کودک و فعالیت های آموزشی وی همراه است. بدلیل وجود فاکتورهای ایمنی بخش در شیر مادر که شامل ایمتوگلوبولین ها به ویژه IgA ترشعی، لوکوسیت ها، لاکتوباسیل بیفیدوس، نمک صفراوی تحریک کننده آنزیم لیپاز، مواد ضد آلرژی ماکروفاژهای تولید کننده لاکتوفرین، لیزوزوم، فاکتور متصل شونده به ویتامین B۱۲ (که این ویتامین را جذب نموده و از دسترس میکروب ها دور می دارد)، شیر مادر به خصوص آغوز

پژوهشی که توسط قربانی و همکاران به منظور شناسایی عوامل موثر بر طول مدت اسهال در کودکان زیر ۵ سال جنوب شهر تهران انجام گرفته، ثابت نموده است که قطع شیر مادر در هنگام ابتلای شیرخوار به اسهال یکی از عوامل موثر بر طول اسهال است و این امر باعث طولانی شدن مدت اسهال در بیش از ۶۰ درصد موارد می شود. (۶) همچنین مطالعه راهب قربانی و همکاران که در طی سال های ۸۳ تا ۸۴ بر روی ۴۸۲ نفر از کودکان ۶ تا ۲۴ ماهه شهرستان های سمنان، دامغان و گرمسار انجام شد، نشان داد تغذیه با شیر مادر (حتی توام با سایر شیرها) نقش محافظتی در ابتلا به زیاردی لامیلیا دارد. (۷)

تغذیه با شیر مادر به مدت ۴ ماه احتمال ابتلا به عفونت گوش میانی (Otitis media) را ۵۰٪ کاهش داده و احتمال عفونت راجعه گوش میانی را ۶۱٪ کاهش می دهد. شناسی ابتلا به عفونت های مجاری ادراری (UTI) از بدو تولد تا ۶ ماهگی در شیر مادر خواران پنج بار کاهش می یابد. فلاح و همکاران در مطالعه ای با عنوان اثر حفاظتی شیر مادر در پیشگیری از عفونت های ادراری کودکان زیر یک سال، که بر روی ۱۰۰ کودک انجام شد، نشان دادند که طول مدت شیردهی بر بروز UTI تاثیر دارد و هر چه مدت مصرف شیر مادر بیشتر باشد، احتمال بروز UTI کمتر است. (۸)

در تمام گزارش ها سندرم مرگ ناگهانی شیرخواران (Sudden Infant Death Syndrome) در شیر مادر خواران نادر است هنوز علت آن که آیا به دلیل اثر حفاظتی شیر مادر در برابر عفونت هاست یا خیر معلوم نیست.

بعضی از مطالعات نشان دهنده این مطلب هستند که تغذیه با شیر مادر می تواند از بروز برخی از بیماری های پوستی نیز جلوگیری کند یا سن وقوع آنها را به تاخیر بیندازد. از جمله این مطالعات، مطالعه ای است که جهت بررسی نقش تغذیه با شیر مادر در دوران شیرخوارگی در وقوع درماتیت آتوپیک، توسط دلگشایی و همکاران، در سال ۱۳۸۴ در مشهد بر روی ۶۰ کودک مبتلا، انجام گرفت. این بررسی نشان داد شیر مادر به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر وقوع درماتیت آتوپیک عمل کرده و همچنین سن شیوع این بیماری را به طور میانگین ۴ سال به تاخیر می اندازد. (۹)

(کلستروم) اولین واکنس کودک محسوب می شود و می تواند شیرخوار را در برابر بیماری های خطرناک محافظت کند. همچنین مطالعه نیک بور و همکاران، جهت بررسی ارتباط بین مدت زمان شیردهی با ابتلا به لوسمی حاد در کودکان نشان داد که مدت زمان تغذیه با شیر مادر با ابتلا به لوسمی حاد، ارتباط دارد و کودکانی که مدت زمان بیشتری از شیر مادر تغذیه کنند، شانس کمتری برای ابتلا به لوسمی حاد دارند. (۵)

تمام کلاس های ایمونوگلوبولین در شیر انسان یافت می شود به خصوص در کلستروم IgA غالب ترین ایمونوگلوبولین موجود در شیر مادر می باشد که ۹۰٪ از کل ایمونوگلوبولین ها را تشکیل می دهد. جوشاندن شیر مادر ۱۰۰٪ فعالیت ایمونولوژیک شیر را از بین می رود. IgA نسبت به آنزیم های لیز کننده پروتئین (Proteolytic) روده و PH پایین معده مقاوم می باشد. سطوح IgA در شیر انسان ۱۰ تا ۱۰۰ برابر بیشتر از مقدار آن در سرم است. سطح IgA در شیر گاو بسیار پایین است که ۱٪ سطح آن در شیر مادر می باشد (۰.۳/۱۰۰ mg/dl).

بدلیل داشتن خواص ایمونولوژیک، شیر مادر در ارتباط با بیماری ها همزمان دارای دو نقش است:

۱- نقش پیشگیری کننده

۲- نقش درمانی

در نتیجه شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند کمتر دچار اسهال، عفونت های مجاری تنفسی و گوش میانی می شوند. مرگ و میر ناشی از اسهال در اطفال شیر مادر خوار ۲۵ بار کمتر از اطفال شیر خشک خوار است و مرگ و میر ناشی از بیماریهای تنفسی ۴-۵ بار کمتر می باشد. از طرفی احتمال ابتلا به هر بیماری در کودکانی که با شیری غیر از شیر مادر تغذیه می شوند در طی سال اول زندگی ۲ برابر این احتمال بر کودکان شیر مادر خوار است.



## مزایای شیردهی برای سلامت مادران:

نویسنده: دکتر رها افشاربانی عضو آکادمی بین المللی شیر مادر

شیردهی زود هنگام پس از وضع حمل و بلافاصله بر روی تخت زایمان سبب تحریک و ترشح هورمون آکسی توسین از غده هیپوفیز خلفی شده واکسی توسین موجب انقباض رحم می گردد که خود باعث کاهش خونریزی و برگشت سریع تر رحم به اندازه طبیعی شده و در نهایت احتمال بروز کم خونی در مادر را کاهش می دهد، یا توجه به آن که کم خونی و خونریزی از مهم ترین عوارض بارداری و زایمان و عوامل مرگ و میر مادران محسوب می شود لذا شیردهی به خصوص در کشورهای در حال توسعه، نقش مهمی در سلامت مادران دارد. از طرفی تغذیه انحصاری شیرخوار یا شیر مادر بدلیل افزایش ترشح پرولاکتین تخمک گذاری و قاعدگی را در بسیاری از زنان به تأخیر می اندازد، که این امر موجب فاصله گذاری در بین بارداری ها شده که به خصوص در ممالک توسعه نیافته اهمیت زیادی دارد. از سوی شیوع سرطان پستان و سرطان تخمدان در زنانی که به کودک خود شیر می دهند کاهش می یابد، هم چنین مطالعات نشان می دهند که در صورت ابتلاء زنانی که سابقه شیردهی داشته اند به این سرطان ها درجه بدخیمی و سرعت پیشرفت این سرطان ها نسبت به زنانی که سابقه شیردهی داشته اند کمتر گزارش شده است.

### منابع:

- ۱- غفاری جواد ، نظری زینب، فرگزلو محمد. بررسی ارتباط بین پره ترمی، نوع زایمان و طول مدت شیردهی با بروز آسم. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران- ۱۳۸۷؛ دوره هجدهم (شماره ۶۵): ۹۰-۸۷
- ۲- اشتویی سیما، سالاری لک شاکر ، خلجالی حمیدرضا، کریمی یار محمد ، رحیمی راد محمد حسین ، ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر و خطر ابتلا به آسم در کودکان ۲-۸ سال ۱۳۹۰
- ۳- کلانتری ناصر ، شاکرز رضیه، برشید خانی بهرام، هوشیار راد آناهیتا، نصیحت کن اصغر ، عبدالله زاده سیده مریم ، ارتباط جاقی و اضافه وزن کودکان اول دبستان شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر به هنگام تولد و وضعیت اقتصادی- اجتماعی در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷، علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران ۱۳۸۹؛ ۳: ۲۸-۱۹.

- ۴- میرزاتبان سهیلا، فخاری مریم، حسینی ریحانه ، حسن زاده اکبر، اسماعیل زاده احمد . ارتباط مدت زمان تغذیه با شیر مادر و شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانی. مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران- ۱۳۹۰؛ شماره ۳: ۷۴-۶۵
- ۵- نیک پور سعیدی، رحیمیان شیدا، شکرایی شعله، حقیقی حمید ارتباط بین مدت زمان شیردهی با ابتلا به لوسمی حاد در کودکان. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران- ۱۳۸۸؛ دوره یازدهم (شماره ۳): ۱۹۰-۱۸۵
- ۶- سخایی الهه، هاشمی سید محسن، اردبیلی حسن، باطنی عزیزاله، شناسایی عوامل موثر بر طول مدت اسهال در کودکان زیر ۵ سال جنوب شهر تهران. طب جنوب- ۱۳۸۹؛ سال سوم (شماره ۲): ۱۲۲-۱۱۷
- ۷- قربانی راهب ، سادات هاشمی سید مهدی ، یاروکی رامین . آیا تغذیه با شیر مادر کودک را از الودگی به ژناریدیا لامیلیا محافظت می کند ؟ مجله دانشکده پزشکی دانشکده علوم پزشکی تهران ۱۳۸۷-؛ دوره ۶۶ (شماره ۶): ۴۳۱-۴۲۵
- ۸- فلاح رمضان، فلک الافلاکی بهلول، البر حفاظتی شیر مادر در پیشگیری از عفونتهای ادراری کودکان زیر یک سال. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۵-؛ دوره ۱۴ (شماره ۵۵): ۵۱-۴۷
- ۹- دلگشایی فرزانه، یوسفی جمشید، مالکی فرزانه. بررسی نقش تغذیه با شیر مادر در درمانیت آنونیک شیرخواران. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد- ۱۳۸۶؛ سال سوم (شماره دهم): ۱۰۲-۹۷



## دانستی‌هایی در خصوص شیردهی مادران مبتلا به برخی از بیماری‌های ویروسی

ترجمه: فروغ صالحی

ترجمه و گردآوری: فروغ صالحی، زهرا اسدی، دکتر نجمه مهابادی

### HIV:

برای بسیاری از نوزادان شیر مادر هیچ سوالی بهترین روش برای تغذیه است. اما شیر مادر میتواند عامل انتقال HIV باشد. به طوریکه اگر مادر مبتلا به HIV هیچ داروی ضد ویروسی مصرف نکند شیردهی برای دو سال یا بیشتر می‌تواند خطر انتقال عفونت به نوزاد را ۴۰ درصد افزایش دهد. بنا بر این در کشورهای با امکانات بهداشتی استاندارد سازمان های بین‌المللی سلامت توصیه‌هایی را جهت شیردهی مادران HIV مثبت بیان کرده‌اند: بدین ترتیب که فقط در نوزادانی که از امکانات آب آشامیدنی و تسهیلات بهداشتی کامل برخوردار هستند استفاده از شیر خشک توصیه میشود زیرا احتمال ابتلا به HIV در آنها افزایش پیدا نمی‌کند. اما اگر یک مادر HIV مثبت به نوزاد خود شیر داده باشد به وی توصیه میشود شیردهی انحصاری را حداقل به مدت شش ماه ادامه دهد. هرچند در برخی جوامع تشویق مادران جهت شیردهی انحصاری با شیر مادر کار مشکلی است، زیرا در این جوامع به ویژه در کشورهای آفریقایی منطقه سبب صحرا، دادن آب، حریره و فرنی حتی در هفته‌های اول زندگی کودک متداول است. به علاوه این نگرانی وجود دارد که به دلیل سوء تغذیه مادران، شیر مادر پاسخ گوی نیاز نوزادان و اطفال نباشد. در برخی مواقع مادر تصمیم به تغذیه انحصاری با شیر مادر را دارد اما به دلیل اینکه شیر خودش را شیر کاملی نمی‌داند اقدام به دادن مایعات اضافه به نوزاد می‌کند و یا در موارد دیگر فشارهای اجتماعی که از طرف خانواده‌ها تحمیل می‌شود مانع از تغذیه انحصاری با شیر مادر میشود. مادرها نیز به علت عدم آگاهی قادر نیستند از پذیرش این مقوله سر باز زنند. با وجود فواید شیر مادر این خطر وجود دارد که شیردهی مادران HIV مثبت خطر ابتلاء کودک به HIV را افزایش می‌دهد به همین جهت سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ راهکارهایی را پیشنهاد کرد مبنی بر اینکه تصمیم‌گیری در خصوص تغذیه با شیر مادر باید به صورت فردی و با در نظر گرفتن شرایط تغذیه‌ای، شدت بیماری مادر، دسترسی به داروها و نیز شرایط اقتصادی و اجتماعی مادر به همراه شرایط محیطی وی تخمین زده شود.

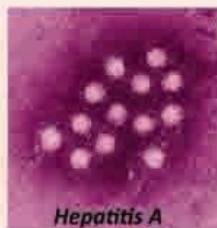
<http://www.avert.org/hiv-breastfeeding.html>

### هیپاتیت A:

منع شیردهی در هیپاتیت A وجود ندارد. مادر مبتلا به هیپاتیت A وقتی در فاز حاد بیماری و علامت‌دار است ممکن است به دلیل احساس ضعف و بیماری شدید قادر به شیردهی نباشد، لذا می‌توان شیردهی را موقتاً و تا قطع علائم مادر قطع نمود. اگر مادر مجبور باشد موقتاً شیردهی را قطع کند باید به او آموزش داد که چگونه شیرش را بدوشت تا دچار احتقان پستان نشود. صرف نظر از علامت کلینیکی مادر یا مرحله عفونت در مادر با هیپاتیت A کمیته‌ی بیماری‌های عفونی آکادمی طب کودکان آمریکا توصیه می‌نماید یک دوز عضلانی گاما گلوبولین به شیرخوار تزریق شود و هیچ دلیلی برای قطع شیرمادر وجود ندارد.

### هیپاتیت ویروسی B:

اگر مادری در طول حاملگی الوده به هیپاتیت B باشد نوزاد ممکن است به علت تماس با ترشحات و مایعات مادر در طی تولد در معرض بیماری قرار گیرد. کمیته‌ی بیماری‌های عفونی (آکادمی طب کودکان) آمریکا توصیه می‌کند که نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به هیپاتیت B در عرض ۱۲ ساعت اول تولد باید HBIC (ایمونوگلوبولین اختصاص هیپاتیت B) و اولین دوز از واکسن هیپاتیت B را دریافت نمایند دو نوبت بعدی واکسن یک ماه و ۶ ماه بعد از تولد تزریق می‌شود این کودکان می‌توانند با شیر مادر تغذیه شوند. اگر مادر بعد از دوره‌ی حاملگی دچار بیماری شود کودک او و سایر اعضای خانواده باید واکسینه شوند و تغذیه با شیرمادر می‌تواند ادامه داشته باشد.



Hepatitis A



### هیپاتیت ویروسی C:

احتمال انتقال ویروس هیپاتیت C از طریق شیرمادر معلوم نیست اما در حد کم است. براساس مطالب FDA شواهدی بر احتیاط یا درمان خاص برای زنان حامله ای که ویروس هیپاتیت C دارند یا برای فرزندانشان وجود ندارد. CDC آمریکا توصیه می‌نماید که ابتلا به هیپاتیت C مانعی برای تغذیه یا شیرمادر نیست مگر اینکه مادر به نارسایی شدید کبد و یا عفونت همزمان با HIV دچار باشد.

### سایر هیپاتیت‌های ویروسی:

هیچ گزارشی درباره‌ی انتقال هیپاتیت G, F, E, D از طریق شیر مادر یا اثر حفاظتی شیر مادر در فرزندان مادرانی که حامل این عوامل هیپاتیت هستند، دیده نشده است.

### هریس سیمپلکس I و نوع II:

ثابت شده است که ویروس هرپس برای نوزادان کشته شده است و زخم‌های هرپس ژنیتال نیز ممکن است به پستان منتقل شود. اگر مادر یا همسرش دچار هرپس باشد باید با پزشک خود مشورت نمایند در صورتی که شیرخوار با زخم هرپس تماس نداشته باشد، زخم پوشیده شود و دور از دسترس و تماس کودک قرار گیرد، شیردهی بلامانع است. البته تا زمانی که کلیه‌ی ضایعات هرپس خشک شوند و بهبود یابند باید احتیاط لازم اعمال شود. مادر باید دستهایش را قبل از بغل کردن شیرخوار همچنین بعد از هر بار تماس با زخم هرپسی بشوید پوشش تمیز روی زخم بگذارد و اگر ضایعه روی لب و دهان است از بوسیدن کودک خودداری نماید.

اگر زخم روی پستان باشد ولی بتوان با پوشاندن، دور از دسترس کودک قرار داد شیردهی بلامانع است ولی در صورتی که ضایعه‌ی هرپس روی نوک یا هاله پستان باشد قطع موقت شیردهی از پستان مبتلا تا بهبود ضایعه لازم است. اگر دست مادر یا پمپ در زمان دوشیدن شیر با زخم تماس پیدا کند، آلوده به ویروس می‌شود در این موارد هم باید شیر را ریخت.

عفونت هرپس در شیرخوار کمتر از ۴ هفته (نوزاد) خطرناک و گاهی کشنده است. در بچه‌های بزرگتر به ندرت مشکل ایجاد می‌کند. هرپس به راحتی از سایر اعضای خانواده ممکن است به کودک انتقال یابد.

### عفونت ویروسی سیتو مگال CMV:

این ویروس از راه شیر منتقل می‌گردد اما در نوزادان ترم به علت عبور آنتی بادی از مادر، تغذیه یا شیر مادر مانعی ندارد. لیکن در نوزادان نارس که سیستم ایمنی ضعیف است نباید شیر مادر داده شود.

### سرخچه:

مادر مبتلا به سرخچه ممکن است به شیردهی خود ادامه دهد در واقع به این وسیله واکسیناسیون طبیعی برای شیرخوار فراهم شود.

### آبله مرغان:

آبله مرغان یک بیماری شایع دوره‌ی کودکی است که اگر کودک بعد از تولد مبتلا شود به ندرت عارضه ایجاد می‌کند. اما در جنین سبب تولد نوزاد بسیار نارس می‌شود. همچنین ابتلا در نوزاد تازه به دنیا آمده کشنده است.

اگر مادری ۵ روز یا کمتر قبل از زایمان و یا ۲ روز بعد از زایمان مبتلا به آبله مرغان شود بعضی از پزشکان توصیه به جدا کردن مادر و نوزاد می‌کنند. با وجود این، بیماری در بیش از نیمی از نوزادان خفیف است. اگر مادر و پزشک هر دو برای جدا کردن توافق کنند و پستان مادر ضایعه ای نداشته باشد مادر باید شیرش را بدوشد و شخص دیگری آن را به نوزاد بدهد. همچنین به نوزاد باید VZIG تزریق نمود. در زمانی که بیماری مادر مسری نیست (ضایعات خشک شده‌اند و ضایعه‌ی جدیدی بعد از ۷۲ ساعت ظاهر نشده است) جدا کردن مادر و شیرخوار لزومی ندارد و باید شیردهی به طور مستقیم از پستان ادامه یابد.

### سرما خوردگی، آنفلوآنزا و عفونت‌های خفیف:

وقتی مادری تب و سرماخوردگی دارد بدن وی سریعاً آنتی‌بادی‌های مخصوصی می‌سازد که به شیرخوارش ایمنی می‌دهد. زمانی که مادر احساس بیماری می‌کند شیرخوارش نیز در معرض بیماری است ولی با ادامه‌ی شیردهی، دریافت آنتی‌بادی‌ها از طریق شیرمادر موجب محافظت از وی یا بروز بیماری بسیار خفیف می‌شود.

از آنجا که تب، مایعات بدن را کاهش داده، شانس یبوست و کم آبی را افزایش می‌دهد، مادری که دچار تب و سرماخوردگی است به مایعات بیشتری نیاز دارد. از طرفی مادر می‌تواند با رعایت بهداشت مناسب احتمال بیمار شدن کودک را کاهش می‌دهد. چون بیماری معمولاً از طریق تماس پوست و ترشحات بینی منتقل می‌شود نه از طریق شیر، بنابراین شستن مرتب دست‌ها انتقال از طریق پوست را کم می‌کند. محدود کردن تماس‌های صورت به صورت به مادر نیز کمک می‌کند تا از انتشار قطرات آلوده به طفل جلوگیری شود. در مواردی که بیماری بسیار مسری و جدی است هر هنگام مادر بچه را در آغوش می‌گیرد، می‌تواند با استفاده از یک ماسک مانع انتقال بیماری از طریق تنفس، بینی و دهان خود به کودک شود.

### سل:

در مادرانی که فقط تست توبرکولین آنان مثبت است و بیماری فعال ندارند، تغذیه‌ی کودک با شیرمادر بلا مانع است. در مادر مبتلا به سل فعال، نوزاد باید بلافاصله پس از تولد از مادر جدا شود زیرا انتقال سل از طریق تنفس است و به دلیل عدم ترشح میکروب سل در شیر، مادر می‌تواند شیر خود را بدوشد تا توسط فرد دیگری به نوزاد داده شود.

به محض شروع درمان و تشخیص غیر واگیر بودن بیماری یعنی منفی شدن خلط مادر که معمولاً ۲ هفته طول می‌کشد شروع تغذیه‌ی مستقیم هم ممکن است بلا مانع باشد. هرچند در صورتی که پستان دچار ماستیت سلی باشد ضمن درمان باید شیر را دوشید و دور ریخت که این مدت معمولاً ۲ هفته است.



### وبا و تب حصبه (تیفوئید):

حصبه یک بیماری عفونی است که به دلیل سطح یائین بهداشتی و از طریق غذا و نوشیدنی و یا آب آلوده منتقل می‌شود اما ممکن است از فرد به فرد هم منتقل گردد.

تغذیه با شیرمادر از ۲ راه کودک را در برابر ابتلا به وبا و تیفوئید محافظت می‌کند:

۱. آنتی‌بادی‌های موجود در شیرمادر سبب محافظت کودک می‌شود.

۲. تغذیه‌ی انحصاری با شیرمادر سبب می‌شود تا شیرخوار با آب آلوده و مواد غذایی که احتمال آلودگی آنها وجود دارد تغذیه نشود. هیچ مدرکی دال بر این که تیفوئید از طریق تغذیه با شیرمادر انتقال پیدا کند وجود ندارد.



## طرح بیمارستانهای دوستدار کودک

کرده آورندگان: زهرا اسدی، فروغ صالحی

۹. به نوزادان شیر مادر خوار هیچ نوع پستانک و یا موارد مشابه آن داده نشود.

۱۰. در زمان ترخیص از بیمارستان، مادر را به گروه‌ها یا مراکز شیردهی و پشتیبان شیردهی معرفی کنند.

این برنامه همچنین تمام شرکتهای تجاری را از دادن نمونه رایگان غذاهای جانشین با ترویج آن منع می‌کند.



### برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر و بیمارستانهای دوستدار کودک

نویسنده: پروین زارع، کارشناس سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر معاونت بهداشتی، کارشناس ارشد مامایی

#### مقدمه

اهمیت تغذیه در ماهها و سالهای اولیه عمر و نقش حیاتی روشهای مناسب تغذیه در تحقق سلامت مطلوب به خوبی شناخته شده است. تغذیه یک جزء حیاتی و کلیدی از حق کودک برای برخورداری از بالاترین استاندارد سلامت است که در کنوانسیون حقوق کودک نیز اشاره شده است.

روش های نامناسب تغذیه دوران شیرخوارگی از علل مستقیم و عمده سوء تغذیه در طول سال اول زندگی است که زمینه ساز ۴۹٪ مرگ کودکان زیر پنجسال و همچنین ابتلاء کودکان به بیماریهای عفونی و تشدید بیماریها می باشد. شروع تغذیه با شیرمادر ظرف ساعت اول تولد، تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول و تداوم شیردهی به مدت دو سال یا بیشتر، توصیه جهانی برای تغذیه شیرخواران در هر موقعیت و منطقه از جهان است که سلامت جسم و روان مادر و کودک، خانواده و جامعه را ارتقاء می دهد و از طرفی، انسان سالم نیز محور توسعه پایدار است.

طرح بیمارستان دوستدار کودک (به انگلیسی: Baby Friendly Hospital Initiative) به اختصار BFHI برنامه جهانی مشترکی از سوی سازمان جهانی بهداشت سازمان ملل، یونسف و دیگر سازمانها می باشد که در سال ۱۹۹۱ پایه گذاری و بهره برداری شد. این طرح تلاشی جهانی برای بهبود نقش مادری و خدمت به مادران شیرده و نوزادان آنها برای شروعی بهتر در زندگی می باشد. هدف اصلی این طرح بهبود سلامت زنان حامله، مادران تازه زایمان کرده، نوزادان و بویژه نوزادان نیازمند امکانات پزشکی جهت ترویج فرهنگ شیردهی توسط مادران می باشد. طرح بیمارستان دوستدار کودک برنامه ای بین المللی است که در بیش از ۱۲۰ کشور از جمله ایران انجام می گیرد.

#### معیارهای بیمارستانهای دوستدار کودک:

معیارهای داشتن مجوز رسمی طرح بیمارستان دوستدار کودک عبارتند از:

۱. دارای سیاستهای مکتوب تغذیه نوزاد توسط شیر مادر باشد که باید توسط تمام کارکنان مراقبت های بهداشتی انجام اعمال شود.
۲. تمام کارکنان بخش مراقبت های بهداشتی برای اجرای این سیاستها باید مهارت های لازم را کسب کرده باشند.
۳. تمامی مادران موظفند مادران باردار را در مورد فواید و مزیت های شیردهی آگاه سازند.
۴. همچنین مادران را برای شروع شیردهی ظرف نیم ساعت پس از زایمان یاری نمایند.
۵. طریقه شیردهی و حفظ آن را به مادران آموزش دهند، حتی اگر آنها باید از نوزاد خود جدا باشند.
۶. به نوزادان تازه متولد شده هیچ گونه غذا و یا نوشیدنی های دیگر غیر از شیر مادر (حتی یک جرعه آب) ندهند، مگر اینکه از سوی پزشک تجویز شده باشد.
۷. مراقبت از کودک را به مادران آموزش دهند، که اجازه می دهد مادران و نوزادان به طور ۲۴ ساعت شبانه روز یا یکدیگر باشند.
۸. تغذیه بر اساس درخواست نوزاد را به مادران آموزش داده، تشویق کنند.

لذا برای بهره مند نمودن جامعه، مادران و کودکان از مزایای بی شمار شیرمادر و اجرای فرامین الهی در ترویج این مانده آسمانی، برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر و کوششها برای غلبه بر مشکلات و موانع موجود، بعنوان بخشی از برنامه های جامع تغذیه و سلامت مادر و کودک محسوب می شود و از اجزاء کلیدی اولویتها و مراقبت های بهداشتی کشور است.



**پیشینه و وضعیت موجود برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر**  
 نخستین اقدام در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر در سال ۱۳۶۵، یا تشکیل کمیسیون شیر و غذای کودک، محول نمودن توزیع شیر مصنوعی به عهده سه شرکت توزیع کننده دولتی، تصویب و تهیه برجسب یکسان برای قوطی های شیر مصنوعی بود که پس از آن نیز بخشنامه مقام محترم وزارت وقت به کلیه استانها برای اجرای طرح هم اتاقی مادر و نوزاد ابلاغ گردید.  
 بررسی های انجام گرفته در سال ۱۳۶۷ نشان داد که در مناطق روستایی ۷۰ درصد و در مناطق شهری ۶۰ درصد مادران، کودکان خود را تا یک سالگی شیر می دهند و هم اتاقی مادر و نوزاد در حدود ۴۵ درصد بیمارستانها اجرا می شد.

به همین دلیل و با توجه به نکات زیر اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر ضرورت می یابد:

- ۱- تغذیه با شیر مادر یکی از استراتژی های مهم کاهش مرگ و میر کودکان قلمداد می شود.
- ۲- تغذیه با شیر مادر یکی از استراتژی های امنیت غذایی کودکان زیر دو سال محسوب می شود و سوء تغذیه زمینه ساز مرگ حدود ۵۰٪ کودکان می باشد.
- ۳- گاستروانتریت و عفونت های حادتنفسی قاتلین عمده کودکان معرفی می شوند که واکسن ندارند و هزینه گزافی را به خانواده ها تحمیل می کنند. تغذیه با شیر مادر ابتلاء و مرگ ناشی از این بیماری ها را تا ۲۵٪ کاهش می دهد.
- ۴- همه ساله تعداد زیادی از کودکان و مادران بخاطر سرطان می میرند. تغذیه با شیر مادر موجب کاهش شیوع سرطان های خون، غدد لنفاوی، معز در کودکان و نیز سرطان های پستان و تخمدان در مادران می گردد که میلیاردها دلار صرفه جویی ارزی به بار می آورد.
- ۵- بیماری های مزمنی چون آسم و آلرژی، دیابت جوانان، فشارخون، MS و عفونت ادراری و غیره مشکلات دیگری است که تغذیه با شیرمادر شیوع آنها را کاهش می دهد و میلیاردها دلار صرفه جویی ارزی را سبب می شود.
- ۶- افزایش ضریب هوشی، تربیت پذیری بهتر، کاهش بزهکاری و اعتیاد، کاهش کودک آزاری و مسائل عاطفی روانی، سرمایه گذاری عظیم فرهنگی حاصل از ترویج تغذیه با شیرمادر است.
- و ما به حکم کلام ا... مجید موظف به ترویج تغذیه با شیر مادر هستیم.
- ۷- ترویج تغذیه با شیر مادر موجب صرفه جویی از محل کاهش واردات شیرمصنوعی و کاهش هزینه های بیماری و مشکلات ناشی از مصرف آن می گردد.
- ۸- محاسبه ارقام ناشی از عدم تغذیه با شیر مادر که منجر به ابتلاء بیشتر کودکان به سرماخوردگی، عفونت ریه، اوتیت، سینوزیت، آسم، رینیت آلرژیک، عفونت ادراری، سیتی سمی، مننژیت، همچنین سوء تغذیه، جاقی، پوسیدگی دندان، درماتیت و... می گردد، رقم سرسام آوری را تشکیل می دهد.

۴- تداوم تغذیه با شیر مادر تا دو سال در کشور ۵۷.۵٪ و در استان فارس ۷۹.۷٪

۵- استفاده از شیر مصنوعی در کودکان زیر یک سال در کشور شهر ۱۰.۳٪ و در روستا ۷.۷٪ و در استان فارس شهر ۱۰.۲٪ و روستا ۸.۷٪

ضمناً بر اساس آخرین اطلاعات جمع آوری شده در بهمن ماه ۱۳۸۶ در خصوص وضعیت بیمارستانهای دوستدار کودک کشور از مجموع ۶۲۷ بیمارستان که باید اقدامات دهگانه را اجرا نمایند (شامل زنان و زایمان و بیمارستان های کودکان)، تعداد ۵۰۰ بیمارستان لوح دوستدار کودک را دریافت نموده اند (که ۴ بیمارستان کودکان را نیز شامل می شوند) و تعداد ۱۰۰ بیمارستان دارای بخش زنان و زایمان و ۲۷ بیمارستان کودکان لوح ندارند. به عبارتی ۷۹.۷٪ از کل بیمارستان های واجد شرایط (شامل زنان و زایمان و کودکان) دوستدار کودک هستند.

در استان فارس از مجموع ۴۲ بیمارستان که باید اقدامات دهگانه را اجرا نمایند (شامل زنان و زایمان و بیمارستان های کودکان)، تعداد ۳۴ بیمارستان لوح دوستدار کودک را دریافت نموده اند (که ۱ بیمارستان کودکان را نیز شامل می شوند) به عبارتی ۸۰.۷٪ از کل بیمارستان های واجد شرایط (شامل زنان و زایمان و کودکان) دوستدار کودک هستند.

#### رسالت گروه سلامت خانواده و جمعیت:

گروه سلامت خانواده و جمعیت (سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر) متولی مراقبت از سلامت کودکان زیر ۲ سال از طریق ترویج تغذیه با شیر مادر است.

استراتژی کلان: ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور پیشگیری از ابتلاء و مرگ و میر کودکان و ارتقاء سطح سلامت آنان

#### برنامه های واحد سلامت خانواده و جمعیت:

گروه سلامت خانواده و جمعیت (سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر) با هدف ارتقاء وضعیت تغذیه و سلامت کودکان از طریق تغذیه با شیر مادر به انجام فعالیتهای آموزشی، حمایتی، خدماتی و پژوهشی ترویج تغذیه با شیر مادر می پردازد.

بررسی بعدی که در خرداد ماه ۱۳۷۰ انجام شد بیش از ۹۹ درصد مادران چه در شهر و چه در روستا شیر مادر را بهترین شیر برای تغذیه کودکان تا ۲ سالگی می دانستند اما ۵۶.۵ درصد آنها کودکان خود را با شیر مادر، ۱۷ درصد با شیر مصنوعی، ۱۸.۵ درصد با شیر مادر و شیر مصنوعی تغذیه می نمودند. بدین ترتیب میزان تغذیه با شیر مادر به تنهایی و یا همراه با سایر شیرها ۸۱ درصد بوده و در روستا میزان تغذیه با شیر مادر بیش از شهر بوده است. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۴ ماه در شهر ۷ درصد و روستا ۱۹٪، در مجموع ۱۲٪ بوده است، ۶۱٪ کودکان نیز در سن ۴-۶ ماهگی تغذیه تکمیلی را آغاز نموده بودند.

بررسی که به عنوان دستاوردهای بسیج سلامت کودکان در سال ۱۳۷۰ انجام گرفت نشانگر آن بود که ۶۲ درصد کودکان شهری و ۷۲ درصد کودکان روستایی حداقل یکسال با شیر مادر تغذیه شده اند. تغذیه انحصاری با شیر مادر در شهر ۸ درصد و در روستا ۱۱ درصد بوده که ۴۰ درصد از نوزادان شهری و ۴۴ درصد از نوزادان روستایی بلافاصله پس از تولد از آغوز استفاده کرده اند.

بر اساس بررسی سال ۱۳۷۹ (DHS) تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در کشور ۴۴/۶٪ و در استان فارس ۴۴/۱٪، تداوم تغذیه با شیر مادر تا یک سالگی در کشور ۹۰٪ و در استان فارس نیز ۹۰٪، تداوم تغذیه با شیر مادر تا ۲ سالگی در کشور ۳۴٪ و در استان فارس ۳۸٪، استفاده از شیر مصنوعی در کودکان زیر یک سال در کشور ۱۱/۳٪ و در استان فارس ۱۴/۸٪ بوده است.

بر اساس آخرین بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۴ (IMES) وضعیت تغذیه با شیر مادر برقرار زیر است:

۱- تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۴ ماه در کشور ۴۹/۴٪ و در استان فارس ۵۲/۹٪

۲- تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه در کشور ۲۳/۱٪ و در استان فارس ۳۰/۳٪

۳- تداوم تغذیه با شیر مادر تا یکسال در کشور ۹۰٪ و در استان فارس ۸۶/۷٪

## راهکارهای برنامه‌ی ترویج تغذیه با شیر مادر:

### ۱- ارتقاء آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی

کارکنان بهداشتی درمانی باید دوره ۲۰ ساعته استاندارد تغذیه با شیر مادر را ببینند. این دوره برای پزشکان و متخصصین ۳۶ ساعته است که توسط معاونت بهداشتی دانشگاه برگزار می‌گردد. گذراندن دوره مشاوره شیردهی به منظور کسب مهارت‌های لازم در برقراری ارتباط با مادران و حل مشکلات شیردهی نیز ضروری است و می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات فعلی مادران باشد که تا کنون چندین دوره برگزار گردیده است.

### ۲- حمایت از مادران شاغل شیرده

به منظور حمایت از مادران شاغل شیرده و بهره‌مندی از ۶ ماه مرخصی زایمان، یک ساعت مرخصی ساعتی روزانه جهت شیردهی، استفاده از مهد کودک و امنیت شغلی، لازم است قانون ترویج تغذیه با شیر مادر تقویت شود و بر اجرای آن توسط کمیته‌های مربوطه دانشگاهی نظارت بعمل آید. بعد دیگر قانون شیر مادر جلوگیری از تبلیغات تغذیه مصنوعی است. باید از توزیع هر نوع پوستر، پمفلت و نمونه‌های شیرمصنوعی و شیشه شیر و گول‌زنک و هدایا توسط شرکتها و تشکیل غرفه توسط آنها در گردهماییها و سمینارها ممانعت بعمل آید.

### ۳- راه‌اندازی و تکمیل بیمارستانهای دوستدار کودک

شواهد و مدارک از سراسر جهان حاکی از آن است که اجرای ۱۰ اقدام در بیمارستانها نقش کلیدی در شروع موفق شیردهی دارد که تاثیر بسزایی بر تداوم شیردهی نیز دارا است. تماس ممتد پوست با پوست و مکیدن پستان ظرف یک ساعت اول تولد نقش مهمی در حفظ رفتار مادر، تقویت روابط عاطفی مادر و نوزاد، فعالیت رحم و کاهش خونریزی مادر، دمای بالاتر نوزاد، میزان بالاتر قند خون نوزاد و گریه کمتر او و دفاع بهتر و مزایای فراوان دیگر دارد. مادر و نوزاد باید در طول شبانه روز هم اتاق باشند.

خطرات جدایی مادر و نوزاد و نگهداری نوزادان در نرسری در اوایل قرن بیستم شامل: عفونت مقطعی، ایبیدی های اسهال و بیماری پوستی استافیلوکوک در میان نوزادان و مشکلات روانی و خشک شدن شیر مادر بود. اجرای هم‌اتاقی مادر و نوزاد منجر به کاهش مرگ و میر، بهبود شرایط متقابل مادر و نوزاد و مزایای بسیار دیگر شد. نقش بیمارستان در حمایت از مادران نیز مهم است. ترکیبی از حمایت در دوران بارداری، در بیمارستان و پس از ترخیص اثر تشدید کننده دارد.

### ۴- پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانهای دوستدار کودک:

به منظور جلوگیری از افت کیفیت برنامه در بیمارستانها پس از دریافت لوح دوستدار کودک، سیستم پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانها بعنوان معیارهای جهانی طراحی شده است. پایش توسط خود بیمارستان با نظارت مرکز بهداشت شهرستان و همکاران حوزه معاونت درمان (واحد پرستاری یا مامایی) انجام می‌شود. ارزیابی مجدد توسط مرکز بهداشت استان با نظارت کمیته دانشگاهی اجرا می‌شود.

### ۵- ارتقاء آگاهی خانواده‌ها و جامعه

آموزش مادران در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت و بیمارستانهای دوستدار کودک برای شروع موفق تغذیه با شیر مادر، تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول و حفظ و تداوم شیردهی همراه غذاهای کمکی تا پایان دو سالگی ضروری است. آموزش مادران باردار و آماده نمودن آنان برای شیردهی از بسیاری از مشکلات بعدی آنان می‌کاهد. پیگیری مادران در مراحل اولیه پس از زایمان، برای تداوم تغذیه با شیر مادر دوران طلایی و کلیدی محسوب می‌شود بخصوص مادران جوان و مادرانی که اولین فرزند خود را به دنیا آورده‌اند و از حمایت فرد حامی و مطلع در خانواده بهره‌مند نیستند، ممکن است با کوچکترین مشکلی به تغذیه مصنوعی روی آورند. پیگیری این مادران و مشاوره مؤثر با آنان ضامن تغذیه موفق کودکان نشان با شیر مادر خواهد بود. در این خصوص کتابچه شیرمادر- مهر مادر در دانشگاه تالیف و به‌طور مکرر تجدید چاپ شده و در اختیار مادران قرار می‌گیرد.



## رمضان و سلامت

نویسنده: دکتر حسن جولانی، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

یکی از اثرات بارز روزه داری بر سلامت روانی است. در تحقیقی تحت عنوان "روزه داری در ماه مبارک رمضان و سلامت روانی" انجام شد مشخص گردید که روزه داری در ماه مبارک رمضان سبب کاهش برخی ناراحتیهای روانی از قبیل وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، روان پریشی شده است گرچه کاهش معنادار نبوده و نیاز به بررسی بیشتر دارد. (۱)

در تحقیقی با عنوان: "اثر متابولیک و بالینی روزه داری اسلامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲" که توسط یار احمدی و همکاران اجرا شده است نشان داده شد که در صورت آموزش تغذیه و تنظیم درست داروهای ضد دیابت خوراکی، روزه داری اسلامی متابولیسم کربوهیدرات ها یا حساسیت بافتها به انسولین را در بیماران دیابت نوع ۲ تغییر نمی دهد. همچنین در این تحقیق که بر روی ۵۷ داوطلب انجام شد نشان داد که شاخصهای تن سنجی در مردان بر خلاف زنان بهبود یافته است که می تواند ناشی از کاهش فعالیت بدن در خانمها می باشد. (۲)

در یک تحقیق مروری بر بیش از ۱۱۳ مقاله چاپ شده در فاصله سالهای ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۹ میلادی بررسی اثر روزه داری بر سلامت پرداخته شد. نتایج این طرح با عنوان *Islamic Fasting and Health* نشان داد که هموستاز گلوکز از طریق غذای دریافت شده هنگام سحر و گلیکوژن ذخیره کبدی ثابت می ماند. سطح لیپیدهای سرمی متغیر می باشد و بستگی به کیفیت و کمیت غذای دریافتی دارد. دیابت نوع II در طول ماه رمضان می تواند کنترل شود، اما در بیماران دیابتی نوع I مادران باردار دیابتی و دیابت کنترل نشده روزه داری توصیه نمی شود. روزه داری اثر جانبی خاصی بر اعمال قلب، ریه، کبد، کلیه، چشم ها، پروفایل خونی و غدد ندارد. در مجموع این مقاله نتیجه گیری می کند که گرچه بر سلامت افراد روزه داری اثر خوب و مفیدی دارد ولی افرادی که بیماریهای خاصی دارند باید جهت روزه گرفتن با پزشک خود مشورت نمایند. (۳)

### فعاليتها:

- برگزاری کارگاههای آموزشی شیر مادر برای کارکنان بهداشتی درمانی و پرسنل بیمارستان های مرتبط با مراقبت مادر و کودک
- برگزاری کارگاههای آموزشی مشاوره شیردهی جهت تقویت مهارت های مشاوره ای کارکنان و رفع مشکلات شیردهی مادران
- شرکت پزشکان عمومی، دستیاران زنان و اطفال در دوره های آموزشی شیر مادر
- تشکیل کمیته های بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر با همکاری متخصصین زنان و اطفال برای تدریس در دوره های آموزشی و نظارت بر پایش های دوره ای
- اجرای برنامه های آموزشی از صدا و سیما و تاکید بر آموزش و توجیه همسران و افراد خانواده مادر در مورد حمایت های لازم از مادران شیرده
- انجام پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک
- نظارت بر اجرای قانون ترویج تغذیه با شیر مادر
- برگزاری هفته جهانی شیر مادر
- تهیه و تدوین مطالب آموزشی مورد نیاز کارکنان و مادران
- تهیه مجموعه های آموزشی برای کارگاههای آموزشی کارکنان
- تهیه و توزیع کتب مرجع و نشریات مورد نیاز استان
- هماهنگی و توزیع شیر مصنوعی مورد نیاز استان
- آموزش دانشجویان پزشکی (اینترنها و رزیدنتها)
- هماهنگی با اداره ارزشیابی و نظارت بر امور درمان جهت اعمال نتایج ارزیابی مجدد بیمارستانهای دوستدار کودک در ارزشیابی سالانه بیمارستانها
- تهیه پمفلت، پوستر و مقالات آموزشی در رابطه با شیر مادر

## روزه گیری در ماه رمضان و مشکلات گوارشی

نویسنده: دکتر حسن جولانی، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات سیستگاری سلامت

افراد که از غذای سبک مانند صبحانه برای سحر استفاده می نمودند به طور چشم گیری با افرادی که از یک غذای سنگین استفاده می کردند از نقطه نظر شیوع نشانه های GI تفاوت نداشتند. زنان روزه دار از نشانه های GI بیش از مردان تأثیر می پذیرفتند. گزارش شده است که در انسان، میانگین ۲۴PH ساعته معده پس از دهمین روز روزه داری کاهش می یابد. این مورد می تواند با افزایش PUD در بیماران مرتبط باشد. به علاوه افزایش اسیدیته معده در طول روز مشاهده شده است. پیشنهاد می شود داروهای ضد زخم معده تا حد امکان دیر هنگام و در طول شب در ماه رمضان در بیماران روزه دار استفاده شود. بخشی اعظمی از تحقیقات نشان داده اند که PPU به طور کلی و DUP به طور خاص در رمضان افزایش می یابد. در تحقیقی گزارش شده است که در گروهی از بیماران مبتلا به PPU میانگین سن زنان در رمضان بیشتر بوده در حالی که میانگین سن مردان به طور چشم گیری در رمضان کمتر بوده است.

در تحقیقی دیگر گزارش شده است اگر چه روزه داری فشار فیزیولوژیک را بر بدن وارد می نماید اما تأثیر مخربی را بر بیماران IBD بر جای نمی نهد. به همین دلیل محققان پیشنهاد داده اند که بیماران IBD که در روند بهبود بیماری به سر می برند و همچنین در درمان نگاهداری بدون کموربیدیته ها هستند می تواند روزه بگیرند.

AUGIB در رمضان بیشتر صورت می گیرد اما هیچگونه تفاوت معنی دار از نقطه نظر آماری بین بیماران روزه دار و غیر روزه دار با توجه به نتایج AUGIB در تحقیقات مشاهده نشده است.

یافته ها پیرامون افزایش گلبوروس اولیه روده ی کوچک، کم خونی مزمن و گراویداروم هایپرسمس و همچنین کاهش مشکلات ایدویوپاتیک محدود بوده و نیازمند انجام تحقیقات بیشتر می باشند و نتایج کافی از تحقیقات قابل دسترس نیست. تحقیقات نشان میدهد که معمولاً افراد مبتلا به بیماری های گوناگون در معرض خطر بالاتر مشکلات به دلیل روزه داری رمضان قرار دارند.

اسلام با داشتن ۱/۵۷ میلیارد نفر پیرو، دومین مذهب بزرگ دنیا به شمار می رود. در ماه رمضان که نهمین ماه تقویم قمری اسلامی به شمار می آید تمامی مسلمانان بزرگسال و بالغ باید روزه بگیرند و از خوردن، آشامیدن، سیگار کشیدن و انجام فعالیت های جنسی از طلوع آفتاب تا غروب آفتاب امتنا نمایند. تمامی مسلمانان بالغ به استثنای افراد بیمار، مسافران و زنان قاعده، باردار یا شیرده ملزم به روزه داری هستند اگر چه بسیاری از افراد که استثناً به شمار می آیند روزه را برپا می دارند. در ماه رمضان الگوهای غذا خوردن تغییر می نماید. افراد دو وعده ی غذایی نسبتاً عمده و بزرگ را مصرف می کنند که یکی پیش از سحر و دیگری دقیقاً پس از افطار می باشد. غذای مصرف شده در رمضان غنی بوده و از نظر پروتئین و چربی غنی می باشد. ماه رمضان یک فستیوال مذهبی به شمار می آید و روزه داری در اصل به عنوان یک فعالیت مذهبی مسلمانان به منظور تمرین خویشتن داری و رعایت آداب شخصی با تأکید بر وضعیت فقرا می باشد. روزه ی ماه رمضان تأثیرات عمده ای بر سلامتی داشته و نسبت به انواع دیگر روزه های مذهبی مورد تحقیق بیشتر قرار گرفته است. نتایج مرور نظام مند تحقیق فوق اثبات می نماید که روزه داری معمولاً برای افراد سالم بی خطر است اما می تواند برای بیماران مبتلا به برخی بیماری های GI خطرناک باشد و به این ترتیب به افزایش خطر مشکلات در این گروه منجر شود. بیان شده است که گرسنگی طولانی مدت می تواند به درمان زخم های مقاومت کننده یا بهبود کنترل ترشح معده مرتبط باشد. افراد سالم تنها نشانه های جزئی GI را تجربه نموده و هیچ گونه مشکل حاد و شدیدی توسط آنها گزارش نشده است.

## رمضان و سلامت اجتماعی

نویسنده: دکتر حسن جولانی، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

ارتقای سلامت اجتماعی جامعه از مهم‌ترین آثار و برکات ماه مبارک رمضان است. احاد جامعه با دوری کردن از گناهان سلامت اجتماعی را در جامعه افزایش می‌دهند.

رعایت حقوق دیگران، رعایت حال و رسیدگی به اقشار فقیر، حفظ زبان از غیبت و تهمت بیشتر از هر زمان دیگر و تقویت خودسازی و صبر و ایمان در انسان از جمله آثار و برکات ماه مبارک رمضان است. انسان در ماه مبارک رمضان می‌تواند روحیه ایثار، گذشت و فداکاری را در خودش تقویت کند و همین امر موجب خودسازی می‌شود. ماه مبارک رمضان آثار و برکات فراوانی دارد، این ماه فرصت‌های تکامل معنوی را برای انسان فراهم می‌کند و انسان در این ماه می‌تواند با کسب این تکامل، اخلاق معنوی خود را تقویت کند. انسان با روزه گرفتن در طول روز احساس گرسنگی و تشنگی می‌کند و در این هنگام با یاد کردن خداوند متعال به او نزدیک‌تر می‌شود و این شرایط بهترین زمان نیایش با پروردگار است. همچنین فرد روزه‌دار در هنگام تشنگی و گرسنگی بیشتر به یاد محرومان و مستضعفان جامعه می‌افتد و نسبت به آنان نمی‌تواند بی‌تفاوت باشد. افراد روزه دار در این ماه بیشتر برای برطرف کردن مشکلات محرومین در جامعه تلاش کرده تا بتوانند در این راستا قدمی بردارند. در ماه مبارک رمضان اقشار مختلف جامعه اعم از فقیر و غنی روزه می‌گیرند که این امر منجر به افزایش محبت و مودت بین افراد جامعه می‌شود.

امام علی (ع) در حدیثی زیبا در نهج‌البلغه می‌فرمایند: "هر فردی که می‌خواهد صبور باشد باید اعمالی که موجب تقویت صبر می‌شود انجام دهد". لذا مسلمانان یا روزه گرفتن سختی گرسنگی و تشنگی را در طول روز تحمل کرده و این تحمل سختی صبر آنان را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و آنها را از نظر روحی و روانی آماده مقابله با شرایط بحرانی و مشکلات می‌کند.

ماه رمضان بهترین ماه حادثه است که مسلمانان در این ماه میهمان پروردگار رتوف می‌شوند، بر این اساس باید همه ما از این میهمانی استفاده مطلوبی کرده تا با لطف و عنایت او علاوه بر اینکه مورد بخشش و رحمت او قرار می‌گیریم، با توجه بیشتر به سایر اقشار جامعه و تلطیف روابط اجتماعی خود موجبات ارتقاء سلامت اجتماعی و روحیه همدلی را فراهم آوریم.

این مورد می‌تواند به دلیل این حقیقت باشد که درمان دارویی بیماری‌ها در ماه رمضان کاهش می‌یابد. این مورد مخصوصاً به این دلیل حائز اهمیت است که بیماران مبتلا به بیماری مزمن اغلب به روزه داری پایبند هستند و با وجودی که قوانین اسلامی اجازه این کار را به آنها نمی‌دهد روزه می‌گیرند. این بیماران گرایش دارند تا زمان مصرف و مقادیر مصرف داروها را به صورت اختیاری و بدون استفاده از توصیه های دارویی تغییر دهند. با توجه به اینکه درصد بالایی از جامعه با بیماری های GI دست و پنجه نرم می‌کنند و همچنین با توجه به اینکه تعداد گزارش شده تقریباً ۱ میلیارد مسلمان در ماه رمضان در هر سال روزه می‌گیرند اهمیت انجام تحقیقات برای ارزیابی تأثیرات روزه ی رمضان در GI بیش از پیش مطرح می‌شود.

برای اینکه بتوان نتایج نهایی را حاصل نمود انجام تحقیقات بیشتر با تأکید بر نمونه ی بزرگتر مورد نیاز است. همچنین تحقیقات در رابطه با برخی از مشکلات GI رایج مانند مشکلات GI عملیاتی در مقادیر کافی وجود ندارد و چنین تحقیقاتی در آینده ضرورت دارد.<sup>۱</sup>

### منابع:

۱. دکتر شاهرخ سردار یورگودرزی، دکتر احمد سلطانی زرنندی، روزه داری در ماه مبارک رمضان و سلامت روانی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۳۸۱، دوره ۸، پانز، شماره ۴۰.
۲. شهین یاراحمدی و همکاران، آثار متابولیک و بالینی روزه داری اسلامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، دو فصلنامه دیابت و لیپید ایران، زمستان ۱۳۸۰، دوره ۱، شماره ۱.

Reference: Fereidoun Azizi; Islamic Fasting and Health Annals of Nutrition & Metabolism vol. ۵۶, No.۴, ۲۰۱۰

۴. شیرین صادق پور، عمار حسن زاده ی کشتلی، پرناز دانش پژوه نژاد، پگاه جهلگیری، پیمان ادیبی، کمیته ی تحقیقات دانشجویان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، مرکز تحقیقات گوارشی تلفیقی، ایران

## تازه‌های پزشکی

ترجمه: دکتر نجمه مهارلوئی  
عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

### کلاه ایمنی: ناجی موتورسواران



مزایای استفاده از کلاه ایمنی در کشورهایی که پوشیدن کلاه ایمنی الزامی است بسیار قابل توجه می باشد. در همین راستا و به منظور نشان دادن مزایای استفاده از کلاه ایمنی در تصادفات موتورسیکلی، مهلک، Birnbaumer داده های سانحه های ترافیکی به دست آمده از سیستم گزارش دهی تجزیه و تحلیل مرگ و میر اداره امنیت ملی ترافیک بزرگراه های آمریکا را از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۰ بررسی کردند.

بر طبق مشاهدات نشان داده شد با وجود اینکه موتور تنها ۱٪ وسایل نقلیه را شامل می شود، ۴۵۰۲ مورد مرگ و میر در اثر سوانح موتورسیکلی در سال ۲۰۱۰ اتفاق افتاده است که ۱۴٪ مرگ و میر جاده ای را در آن سال تشکیل می دهد. به علاوه موتور سوارانی که به شدت مجروح شده بودند متعلق به ایالاتی بودند که قوانین استفاده از کلاه ایمنی اصلا یا به طور جدی در آنها وجود نداشته و در نتیجه این موتورسواران بدون کلاه ایمنی رانندگی می کرده اند (۷۹٪ و ۶۴٪ در مقابل ۱۲٪). همچنین مشخص شد صرفه جویی در هزینه های پزشکی و از کار افتادگی در نتیجه استفاده از کلاه ایمنی تقریباً ۱/۲ میلیون دلار به ازای هر مرگ و میر، ۱۷۲/۰۰۰ دلار به ازای هر صدمه جدی و ۷/۵۰۰ دلار به ازای هر صدمه جزئی بوده است. به علاوه به ازای هر موتورسیکلت ثبت شده، مزایای اقتصادی استفاده از کلاه ایمنی در ایالاتی که پوشیدن کلاه ایمنی الزامی است، ۴ برابر ایالت هایی بوده که قانون جدی جهت استفاده از کلاه ایمنی نداشتند.

در پایان، پیشنهاد داده شد پزشکان هر فرصتی را معتنم شمرده و مزایای استفاده از کلاه ایمنی را به موتورسواران گوشزد نمایند و همچنین از قوانین اجباری جهت استفاده از کلاه ایمنی به طور جدی حمایت کنند.

منبع

<http://emergency-medicine.psych.org/cgi/content/full/2012/629/3>

### استفاده از اسپیرین با دوز کم خطر خونریزی شدید را افزایش می دهد

نتایج مطالعه حاضر استفاده از اسپیرین را جهت پیشگیری اولیه از عوارض جانبی قلبی و عروقی در بیمارانی که کمتر در معرض خطر قرار دارند مورد سوال قرار می دهد.

استفاده از اسپیرین با دوز کم خطر عوارض جانبی قلبی-عروقی را در بیماران مبتلا به بیماری های قلبی-عروقی شناخته شده کاهش می دهد. از طرف دیگر، مزایای استفاده از اسپیرین در پیشگیری اولیه بیماری های قلبی-عروقی (عوارض و به ویژه خونریزی شدید) در بیمارانی که کمتر در معرض خطر قرار دارند (بیمارانی با خطر ۱۰ ساله > ۱۰٪) به خوبی مشخص نشده است.

در این مطالعه ایتالیایی، محققین از یک پایگاه داده مبتنی بر جمعیت استفاده نموده و ۱۸۶/۴۲۵ بیمار با میانگین سنی ۶۹ سال که روزانه از دوز کم اسپیرین (۳۰۰ mg) به مدت ۷۵ روز استفاده کرده بودند را انتخاب کردند. آنها همچنین یک گروه را با همان تعداد بیمار که از خونریزی رنج می بردند اما از اسپیرین استفاده نمی کردند به عنوان گروه کنترل در نظر گرفتند.

## هورمون "اریتروپویتین" افراد را ترغیب به تحرک بدنی بیشتر می کند

گردآوری: دکتر مزیم دهقان خلیلی، کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

پژوهشگران علوم پزشکی در دانشگاه زوریخ می گویند قرصی را ساخته اند که می تواند با ترغیب افراد به ورزش کردن، وزن آنها را پایین آورد. آنان نام این قرص را، قرص ورزش گذاشته اند.

این دانش پژوهان دریافته اند وقتی هورمون خاصی در مغز موش ها افزایش می یابد آنها به دویدن سریع تر ترغیب می شوند. به گفته این محققان هورمون "اریتروپویتین" (Epo) در افزایش تحرکات موش ها تاثیر دارد.

این درمان بالقوه می تواند افراد مبتلا به گستره وسیعی از بیماری ها را - از چاقی گرفته تا آلزایمر- درمان کند چرا که در این بیماری ها افزایش فعالیت بدنی می تواند نشانه های بیماری را کاهش دهد.

'مکس گاسمن' مجری این تحقیقات گفت: با این مطالعات نشان دادیم Epo علاقه برای ورزش را افزایش می دهد. به گفته وی به احتمال زیاد Epo تاثیر کلی بر روی حالت فرد دارد و احتمالا می توان از آن در افراد مبتلا به افسردگی و بیماری های مرتبط نیز استفاده کرد. نتایج این تحقیقات در نشریه FASEB منتشر شده است.

محققان در این مطالعه سه مدل موش را مقایسه کردند: آنهایی که درمانی برایشان انجام نشد، آنهایی که هورمون انسانی Epo دریافت کردند و آنهایی که برای تولید Epo انسانی در مغزشان، دست ورزی ژنتیکی شدند. دانشمندان دریافته اند دو مدل موشی که هورمون انسانی Epo در مغزشان وجود داشت سریعتر و طولانی تر از موش های گروه کنترل می دویدند.

دکتر جرالذ ویزمن سردبیر نشریه FASEB در این باره گفت: اگر نمی توان ورزش را در قرص قرار داده و آن را به خورد افراد داد می توان افراد با قرص به انجام ورزش ترغیب کرد.

در متوسط پیگیری ۵/۷ سال، ۶۹۰۷ حادثه خونریزی شدید منجر به بستری شدن در هر دو گروه مورد مطالعه اتفاق افتاد که حدود دو سوم از این تعداد خونریزی مربوط به دستگاه گوارش و یک سوم داخل جمجمه ای بودند. به علاوه، میزان بروز خونریزی در گروه آسپرین و گروه کنترل به ترتیب ۵/۵۸ و ۲/۶۰ در ۱۰۰۰ شخص-سال بود.

تفسیر: بر اساس نتایج به دست آمده و متاآنالیزهایی که در گذشته انجام گرفته، یک سرمقاله نویس عقیده دارد که در ۱۰/۰۰۰ بیمار مبتلا به بیماری های قلبی-عروقی شناخته شده که به مدت ۱ سال پیگیری می شوند، استفاده از آسپرین از وقوع ۷ عارضه قلبی-عروقی شدید پیشگیری کرده در حالی که منجر به ۴ حادثه خونریزی شدید می شود.

البته محاسبات دیگری نیز وجود دارند که نشان می دهند در ۱۰/۰۰۰ بیمار با بیماری های قلبی-عروقی شناخته شده، استفاده از آسپرین از حدود ۲۵۰ عارضه جدی قلبی-عروقی پیشگیری کرده و منجر به ۴۰ حادثه خونریزی شدید می شود که یا یافته های قبلی کاملا در تضاد است.

در پایان باید به این نکته توجه شود که این مطالعه مشاهده ای بوده و در نتیجه امکان دارد عوامل مخدوش کننده به خوبی کنترل نشده باشند. اما نتایج حاصله ممکن است استفاده از دوز کم آسپرین را در بیمارانی که کمتر در معرض خطر بیماری های قلبی-عروقی قرار دارند محدود کند.

منبع:

Schwenk TL. Low-Dose Aspirin Use Raises Risk for Major Bleeding. *Journal Watch General Medicine*. 2012; June 19



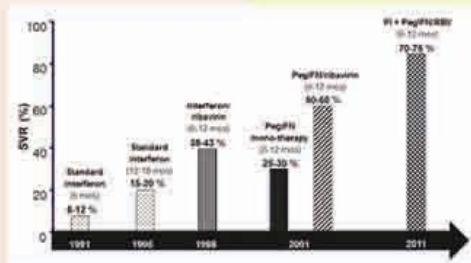
## درمان هپاتیت C: گذشته، حال و آینده

نویسنده: دکتر علی اکبر گرزین

استادیار گروه باکتری شناسی و ویروس شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اخیرا جهت درمان بیمارانی که به رژیم PegIFN و ریباویرین پاسخ نداده اند، از درمان سه دارویی - Ribavi- Peg-IFN + PI rin پیشنهاد گردید که با موفقیت هایی هم همراه بوده است (۱۴). این رژیم های درمانی سه دارویی توانسته اند میزان پاسخ بیمارانی مبتلا به ژنوتیپ ۱ را تا ۷۵-۷۰ درصد ارتقا دهند. اما ظهور سویه های مقاوم به درمان با مهارکننده های پروتئاز باعث گردیده است که دانشمندان در جهت یافتن داروهای موثر دیگری نیز باشند (۱۵).

اخیرا داروهای جدید دیگری نیز ارائه شده اند که هم اکنون در مراحل مختلف ارزیابی های آزمایشگاهی و بالینی می باشد. از این داروها به عنوان عواملی که به طور مستقیم بر HCV اثر دارند، direct acting anti-HCV agents (DAAs)، نامبرده می شود (۱۶). امید است که معرفی و توسعه داروهای جدید از یک سو و طراحی واکسن های موثر از طرفی دیگر، بتواند کمک شایانی به درمان بیماران و کنترل HCV در جوامع انسانی بنماید (۱۷).



نمودار ۱- درمان های متداول برای HCV با فید طول دوره درمانی و میزان اثر بخشی یا (Sustained Viral Response (SVR))

### References:

1. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science*. 1989;244(4902):359-62. Epub 1989/04/21.

ویروس هپاتیت (HCV) یکی از مهمترین عوامل بیماریهای مزمن کبدی در سراسر دنیا می باشد. در حدود ۱۷۰ میلیون نفر ناقلین مزمن HCV وجود دارد. ژنوم HCV اولین بار در سال ۱۹۸۹ از سرم یک بیمار مبتلا به non-A non-B hepatitis ایزوله گردید (۱).

درمان هپاتیت های ویروسی، مخصوصا HCV، با چالش های زیادی همراه بوده است. اینترفرون اولین دارویی بود که بصورت غیر اختصاصی جهت درمان HCV مورد استفاده قرار گرفت (۲). در ابتدا اینترفرون به صورت یک دوره درمانی ۶ ماهه و بعد ها ۱۲ تا ۱۸ ماهه تجویز می گردید (۳، ۴). بعد ها درمان منوترایی با اینترفرون که چندان کارآمد نبود جای خود را به رژیم ترکیبی اینترفرون و ریباویرین داد (۴، ۵). سپس در اوایل قرن حاضر، نسل جدیدی از اینترفرون ها بنام پگ- اینترفرون (PegIFN) معرفی گردید (۶، ۷). از سال ۲۰۰۱ تا کنون پگ- اینترفرون و ریباویرین به عنوان درمان ترکیبی- انتخابی برای بیماران مبتلا به هپاتیت C مورد توجه قرار گرفت که با توجه به ژنوتیپ ویروس، رژیم درمانی ۶ تا ۱۲ ماهه می باشد (۷، ۸). این رژیم درمانی نسبتا طولانی بوده، با اثرات جانبی زیادی همراه می باشد و تنها در ۵۰-۶۰ درصد از بیماران مبتلا به ژنوتیپ ۱ (ژنوتیپ شایع در ایران و اکثر نقاط جهان) موفقیت آمیز بوده است (۹، ۱۰).

در اواسط سال ۲۰۱۱، سازمان غذا و دارو (FDA) دو داروی جدید بنام های Boceprevir و Telaprevir را مورد تأیید قرار داد (۱۱-۱۳). این داروها مهارکننده های پروتئاز، (PI) protease inhibitor می باشند که یکی از پروتئازهای مهم HCV یعنی NS۳Pro را مورد هدف قرار می دهند.

References (Continued):

2. Carithers RL, Jr., Emerson SS. Therapy of hepatitis C: meta-analysis of interferon alfa-2b trials. *Hepatology*. 1997;26(3 Suppl 1):83S-8S. Epub 1997/09/26.
3. Zeuzem S, Feinman SV, Rasenack J, Heathcote EJ, Lai MY, Gane E, et al. Peginterferon alfa-2a in patients with chronic hepatitis C. *The New England journal of medicine*. 2000;343(23):1666-72. Epub 2000/12/07.
4. Poynard T, Marcellin P, Lee SS, Niederau C, Mmuk GS, Ideo G, et al. Randomised trial of interferon alpha2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon alpha2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus. *International Hepatitis Interventional Therapy Group (IHIT). Lancet*. 1998;352(9138):1426-32. Epub 1998/11/10.
5. McHutchison JG, Gordon SC, Schiff ER, Shiffman ML, Lee WM, Rustgi VK, et al. Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C. *Hepatitis Interventional Therapy Group. The New England journal of medicine*. 1998;339(21):1485-92. Epub 1998/11/20.
6. Lindsay KL, Trepo C, Heintges T, Shiffman ML, Gordon SC, Hoefs JC, et al. A randomized, double-blind trial comparing pegylated interferon alfa-2b to interferon alfa-2b as initial treatment for chronic hepatitis C. *Hepatology*. 2001;34(2):395-403. Epub 2001/08/02.
7. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, Marinos G, Goncalves FL, Jr., et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *The New England journal of medicine*. 2002;347(13):975-82. Epub 2002/09/27.
8. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet*. 2001;358(9286):958-65. Epub 2001/10/05.
9. Manns MP, Wademeier H, Cornberg M. Treating viral hepatitis C: efficacy, side effects, and complications. *Gut*. 2006;55(9):1350-9. Epub 2006/08/15.
10. Okanoue T, Sakamoto S, Itoh Y, Minami M, Yasui K, Sakamoto M, et al. Side effects of high-dose interferon therapy for chronic hepatitis C. *Journal of hepatology*. 1996;25(3):283-91. Epub 1996/09/01.
11. Poordad F, McCone J, Jr., Bacon BR, Bruno S, Manns MP, Sulkowski MS, et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. *The New England journal of medicine*. 2011;364(13):1195-206. Epub 2011/04/01.
12. Jacobson IM, McHutchison JG, Dusheiko G, Di Bisceglie AM, Reddy KR, Bzowej NH, et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. *The New England journal of medicine*. 2011;364(25):2405-16. Epub 2011/06/24.
13. Sherman KE, Flamm SL, Afdhal NH, Nelson DR, Sulkowski MS, Everson GT, et al. Response-guided telaprevir combination treatment for hepatitis C virus infection. *The New England journal of medicine*. 2011;365(11):1014-24. Epub 2011/09/16.
14. Butt AA, Kanwal F. Boceprevir and telaprevir in the management of hepatitis C virus-infected patients. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2012;54(1):96-104. Epub 2011/12/14.
15. Halfon P, Locarnini S. Hepatitis C virus resistance to protease inhibitors. *Journal of hepatology*. 2011;55(1):192-206. Epub 2011/02/03.
16. Hunyady B. [New therapeutic options in chronic hepatitis C virus infection]. *Orvosi hetilap*. 2011;152(22):887-97. Epub 2011/05/14. Uj lehetosegek a kronikus C-virus hepatitis kezeleseben.
17. Poordad F, Klungar Y. Emerging therapeutic options in hepatitis C virus infection. *The American journal of managed care*. 2011;17 Suppl 4:S123-30. Epub 2011/07/27.


  
**فراخوان مقاله**
  
**سومین سمینار بین المللی**
  
**کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو**
  
 شیراز، مجتمع آموزشی فرهنگی ولایت ۹ و ۱۰ اسفند ماه ۱۳۹۱

مهلت ارسال مقاله ۳۰ آذرماه ۱۳۹۱

**محور های همایش**
  
 امنی راهپا و مدیریت حمل و نقل
   
 آموزش همگانی، نقش سازین های مردم نهاد در کاهش بار تصادفات
   
 بار ناسی از تصادفات، نظارت های منطقه ای، ملی و درون کشوری، نظیل و عمل یابی این نظارت ها
   
 تأثیرات اجتماعی تصادفات و نقش های مختلف آن بر سلامت روان
   
 آرز یابی میزان موفقیت مداخلات در کاهش بار تصادفات و تحلیل عمل موفقیت یا عدم موفق
   
 رویکر های نظیل داده های تصادفات
   
 مآزوی در کاهش بار تصادفات، طراحی بانک داده ها و داده گوی

3<sup>rd</sup> International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies  
 27-28 Feb 2013, Shiraz, Iran Tel : 0711- 2309615  
[www.health-policy.ir](http://www.health-policy.ir)

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت (اشتراک رایگان الکترونیکی)  
 می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.  
[www.health-policy.ir](http://www.health-policy.ir)  
 نشانی: شیراز/خیابان زند/دانشکده پزشکی شماره ۲/طبقه ۸  
 مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت  
 صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۷  
 تلفن و فکس: ۰۷۱۱-۲۳۰۹۶۱۵