עידוד קידום ותמיכה בהנקה

מסמך עמדה משותף מטעם

עמותת עתיד – עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל

ומשרד הבריאות





מאי 2018

מחברות המסמך (לפי סדר א"ב):

עינת אופיר - דיאטנית, B.Sc,Nutr, RD, MPH, לשכת הבריאות המחוזית תל-אביב, משרד הבריאות בישראל.

ורד בוקעי - יועצת הנקה מוסמכת, B.Sc.Nutr, IBCLC, "הנקה מבראשית" - בית ספר למדריכות הנקה.

לילך הדר-דגני - דיאטנית, B.Sc,Nutr, RD, מרכז בריאות הילד פתח תקווה והמכון להתפתחות הילד פתח תקווה, שירותי בריאות כללית.

רעות פלהנדלר - דיאטנית, B.Sc,Nutr, RD, מכבי שירותי בריאות.

עריכה מדעית:

ד"ר טלי סיני - דיאטנית, PhD,RD, המכון לביוכימיה מזון ותזונה, הפקולטה לחקלאות מזון וסביבה ע"ש סמית, רחובות, האוניברסיטה העברית בירושלים

גילוי נאות:

אין ניגוד עניינים העולה בקרב אף אחת ממחברות המסמך, עורכת המסמך והשותפים להוצאתו לאור.

תודות:

תודה **לפרופ' ארתור אידלמן**, נשיא האקדמיה לרפואת הנקה ומנהל מחלקת יילודים בי"ח שערי צדק (לשעבר) ולד**"ר שרון ברנסבורג – צבארי**, ביוכימאית ויועצת הנקה מוסמכת, על תרומתם והכוונתם בגיבוש נייר זה.

תודה ל**ד"ר אסנת סטון** – דיאטנית, לשעבר מנכ"לית עמותת עתיד, על הסיוע בעריכה הלשונית והערותיה המלומדות.

תודה ל**גב' חוה אלטמן** – דיאטנית, אחראית ארצית לתזונה בבריאות הציבור במשרד הבריאות, על קריאת הנייר והעברת הערות.

תודה ל**עמית גנור** – מנכ"לית עמותת עתיד, על תרומתה להוצאה לאור של נייר זה.

תוכן העניינים:	עמ'
1. הקדמה	5
2. הנקת תינוקות – המלצות ויעדים עתידיים 2.1 הנקה – קווי הנחיה 2.2 שיעורי הנקה בישראל 2.3 יעדי "לעתיד בריא 2020"	6
3. הרכב חלב אם 3.1 אנרגיה ורכיבי תזונה 3.2 רכיבים ביו-אקטיביים בחלב אם 3.3 השפעת מצבה התזונתי של האם ותזונתה על הרכב החלב (מדינות מפותחות) 3.4 השפעת מצבה התזונתי של האם ותזונתה על נפח החלב (מדינות מפותחות)	8
4. חשיבות ההנקה והסיכונים שבאי הנקה 4.1 ההשפעות הבריאותיות של הנקה והסיכונים שבאי הנקה לתינוקות 4.2 ההשפעות הבריאותיות של הנקה והסיכונים שבאי הנקה לאימהות 4.3 הנקה ומניעה השמנה 4.4 הנקה ובריאות הפה 4.5 התפתחות קוגניטיבית 4.6 השפעת הנקה על המיקרוביום 4.7 יתרונות רגשיים והתפתחותיים הכרוכים בהנקה 4.8 השפעות כלכליות, חברתיות וסביבתיות של הנקה	13
5. דפוסי גדילה של תינוקות יונקים 5.1 עקומות גדילה מבוססות הנקה 5.2 מעקב גדילה בישראל	19
6. ניהול הנקה תקין 6.1 קווים מנחים להנקה נכונה 6.2 דפוסי אכילה של תינוקות יונקים 6.3 קשיים נפוצים בהנקה ודרכי התמודדות 6.4 שאיבת חלב אם ואחסונו 6.5 תמיכה בהנקה בעת חזרת האם לעבודה 6.6 תהליך הגמילה מהנקה	21
7. הנקה במצבים קליניים מיוחדים 7.1 פגים ותינוקות במשקל לידה נמוך 7.2 היפוגליקמיה בתינוקות יונקים 7.3 תינוקות עם צרכים מיוחדים 7.4 נשים בהשמנה קיצונית 7.5 התוויה אפשרית להזנה חלופית	28

8. התוויות נגד להנקה	31
9. גורמים המשפיעים על התחלת ההנקה ועל משכה 9.1 תמיכת שירותי הבריאות 9.2 תמיכה בהנקה בקהילה 9.3 שיווק והפצה של תרכובות מזון לתינוקות	33
10. תפקידים ותחומי אחריות של הדיאטנים בקידום הנקה ובתמיכה בהנקה בישראל	39
11. מקורות	42

1. הקדמה

הנקה הינה הדרך הטבעית והמותאמת מבחינה ביולוגית להזנת תינוקות. להנקה ידועות השפעות חשובות רבות על בריאות התינוק והאם לטווח הקצר והארוך, וכן, השלכות סביבתיות וכלכליות מהותיות על המשפחה, מערכת הבריאות והחברה.

הנקה בלעדית היא התזונה המומלצת והמותאמת ביותר לצרכי התינוק עד הגיעו לסביבות גיל 6 חודשים, ובתוספת מזון משלים מתאים ממשיכה להיות התזונה המומלצת לתינוק עד גיל שנה ואף יותר, כל עוד ההנקה מתאימה לאם ולתינוק. עקומות הגדילה, המבוססות על נתוני גדילה של ילדים יונקים, אשר פותחו ע"י ארגון הבריאות העולמי ופורסמו ב- 2006, מהוות הסטנדרט לגדילה תקינה ואומצו ככלי להערכת הגדילה וההתפתחות של תינוקות ללא קשר לאופן הזנתם, בכ-120 מדינות בעולם ובהן ישראל. יתר על כן, מעבר ליתרונות המוכחים של ההזנה בחלב אם, מדווחים בספרות המקצועית סיכונים בריאותיים לאם ולתינוק הקשורים באי-הנקה או בגמילה מוקדמת מהנקה. סקר מצב תזונה ובריאות (מב"ת) בקרב תינוקות ופעוטות בישראל (מב"ת לרך), אשר פורסם ב 2014 מראה כי 91% מהאימהות לאחר לידה בעלות כוונה להניק, אולם בפועל כ 50% בלבד אכן מניקות עד גיל 6 חודשים, בעוד שיעור ההנקה הבלעדית בגיל זה עומד על 22% בלבד. נתונים אלה מעלים את הצורך להמשיך ולפעול לקידום ההנקה בישראל.

ההנקה הינה אמנם פעולה טבעית, אך היא התנהגות נלמדת, וניכר כי אימהות רבות נזקקות לתמיכה פעילה בכדי להתחיל בהנקה ולהתמיד בה. גורמים שונים, כגון: רמת הידע של האימהות בנושא ההנקה, אמונות האם ומשפחתה, גישתם לנושא ההנקה כמו גם זמינות התמיכה המקצועית בנשים מיניקות, עשויים להשפיע על התחלה, משך ובלעדיות ההנקה. דיאטנים, הם בין אנשי המקצוע, בעלי ההכשרה המקצועית המתאימה למתן מידע, תמיכה ויעוץ המעודדים הנקה מיטבית והפיכתה של ההנקה לבחירה הקלה והמועדפת ע"י האם ובני משפחתה.

נייר עמדה זה מהווה אחת מהפעילויות הנערכות מטעם עמותת עתיד, הגוף המקצועי הרשמי המאגד את הדיאטנים/תזונאים בישראל, במטרה להעלות את שיעורי ההנקה בישראל. ראשית, נייר זה מסכם את הידע העדכני, מבוסס הראיות בדבר הרכבו הייחודי של חלב האם, חשיבותה של ההנקה בתחומי החיים השונים והסיכונים הבריאותיים שבאי הנקה. כמו כן, נסקרים בהרחבה הגורמים המשפיעים על ההחלטה להניק ועל משך ההנקה, ובכללם מצבים קליניים ואחרים המשפיעים על ההנקה והדרך המתאימה להתמודד עמם, בדרך המכבדת את בחירותיהן והעדפותיהן של האימהות. בנוסף, נייר זה מאגד את המידע אודות גופים נוספים התומכים בהנקה ומקנה כלים, אשר יסייעו בידי הדיאטנים להעביר את הידע והמסרים החיוניים עבור האימהות ובני משפחותיהן, כך שהזנת התינוק באמצעות הנקה (או חלב אם, במקרה הצורך), תהיה הבחירה הקלה והמועדפת עליהן ותבוצע באופן המיטבי ובהצלחה.

2. הנקת תינוקות – המלצות ויעדים עתידיים

2.1 הנקה – קווי הנחיה

הנקה היא הדרך הטבעית והמותאמת ביותר להזנת תינוקות. בקביעת קווי ההנחיה להזנת תינוקות, המבוססים על ראיות מדעיות, מוסכם כי הנקה בלעדית, משמע הזנה בחלב אם בלבד, ללא כל תוספת של נוזלים כלשהם או מזון אחר, פרט לתוספי ויטמינים ומינרלים, היא התזונה המומלצת והמותאמת ביותר לצרכי התינוק עד הגיעו לסביבות גיל 6 חודשים, וכי הנקה בתוספת מזון משלים (מזון נוסף שאינו תרכובת מזון לתינוקות) מתאים ממשיכה להיות התזונה המומלצת לתינוק עד גיל שנה ואף יותר, כל עוד ההנקה מתאימה לאם ולתינוק. עמדה זו נתמכת ע"י ארגוני בריאות מובילים בעולם [1, 2] וכן ע"י משרד הבריאות הישראלי [3]. הנקה באופן זה היא דרך ההזנה הנורמטיבית לתינוקות ועל פיה יש למדוד גדילה, בריאות והתפתחות בטווח הקצר והארוך[4].

הנקה התואמת את ההמלצות בעלת השפעות מהותיות על בריאות התינוקות והאימהות בטווח הקצר והארוך, ונודעת לה חשיבות רבה במהלכים למניעת מחלות וקידום בריאות[5], כפי שיתואר בהרחבה בהמשך המסמך.

2.2 שיעורי הנקה בישראל

נתונים אודות שיעורי ההנקה בישראל דווחו בסקר מב"ת לרך[6], בו נערך מעקב אחר מדגם של תינוקות מלידה עד גיל שנתיים. אוכלוסיית המחקר מנתה 2199 אימהות לתינוקות: 1074 יהודים ו – 1045 ערבים, שנולדו בין ספטמבר 2009 ועד ינואר 2010 ואושפזו ללידה בבתי חולים בארץ. ממצאי הסקר מצביעים באופן כללי על מגמת עלייה בשיעורי ההנקה בארץ בהשוואה לסקר מב"ת להנקה[7] , אשר נערך עשור קודם לכן.

בסקר הנוכחי נמצא כי 91% מהאימהות שרואיינו לאחר הלידה היו בעלות כוונה להיניק, כאשר הרוב המוחלט בקרב הנשים הערביות בעלות כוונה להניק (98%), ואילו כ- 12% מהיהודיות לא מתכוונות להניק. הסיבות העיקריות לכוונה לא להניק בקרב יהודיות היו "לא רוצה" (30.4%), "ההנקה קשה" (11.6%) "אין חלב" (10.1%) ו"בעיה בריאותית של האם" (10.1%). עוד נמצא כי 31.3% מן האימהות היהודיות ו 23.7% מהאימהות הערביות התכוונו להניק בין חצי שנה לשנה. שיעורי ההנקה בפועל מצביעים כי חלק ניכר מהאימהות הניקו תקופה קצרה יותר ממה שתכננו, ונרשמו שיעורי הנקה בלעדית בגיל חודשיים 61.4% מבין 708 נשים יהודיות, ו-47.5% מתוך 609 ערביות, ובגיל 6 חודשים: 22.5% מתוך 546 יהודיות ו- 13% מתוך 406 ערביות בלבד (טבלה 1).

2.3 יעדי "לעתיד בריא 2020"

במסגרת היוזמה "לעתיד בריא 2020", אשר נערכה בארה"ב במטרה לשפר את הבריאות ואיכות החיים של האוכלוסייה, יוחד פרק לנושא ההנקה, המגדיר מטרות ויעדים הניתנים להערכה במטרה להוביל ליישום מיטבי של הנקת תינוקות [8]. בהתבסס על שיעורי ההנקה שדווחו בישראל בשנת 2014, נקבעו יעדי הנקה לאומיים לשנת 2020, המתייחסים הן לעליה בשיעורי ההנקה הכלליים מלידה ועד גיל שנה , ובשיעורי הנקה בלעדית עד גל 3 ו-6 חודשים, כמתואר בטבלה 1.

טבלה 1. שיעורי הנקה בישראל וערכי המטרה לשנת 2020

משך ההנקה	שיעור התינוקות היונקים	
	שיעור ההנקה בישראל בין השנים 2009-2012*	ערך מטרה לשנת 2020^
הנקה אי-פעם	93.0% (n=1323)	97.4%
הנקה כוללת, חצי שנה לאחר הלידה	54.8% (n=954)	64.3%
הנקה כוללת, שנה לאחר הלידה	29.3% (n=855)	38.0%
הנקה בלעדית, 3 חודשים לאחר הלידה	59.0% (n=1317)	77.6%
הנקה בלעדית, חצי שנה לאחר הלידה	20.0% (n=954)	28.5%
* מתוך סקר מב"ת לרך, משרד הבריאות, 2014 ^ מתוך דוח תת הוועדה לעידוד הנקה, משרד הבריאות מסמך פנימי.		

סיכום:

- **הנקה בלעדית היא דרך ההזנה המומלצת והמותאמת ביותר לצרכי התינוק עד הגיעו לסביבות גיל 6 חודשים, והנקה בתוספת מזון משלים מתאים ממשיכה להיות התזונה המומלצת לתינוק עד גיל שנה ואף יותר, כל עוד ההנקה מתאימה לאם ולתינוק.**
- **הנקה היא דרך ההזנה הנורמטיבית לתינוקות, ועל פיה יש למדוד גדילה, בריאות והתפתחות בטווח הקצר והארוך.**
- **על אף שבישראל שיעורי התחלת ההנקה גבוהים, ובשנים האחרונות נראה כי אף משך ההנקה עולה, טרם הושגו היעדים שהוגדרו ע"י משרד הבריאות.**

3. הרכב חלב אם

חלב אם הינו רקמה חיה, העשירה ברכיבי תזונה ובמרכיבים ביולוגיים, המותאמים לצרכיו התזונתיים וההתפתחותיים של התינוק. מקורם של מרכיבים אלה בתזונתה של האם ובמאגרי גופה ובתאים לאקטוציטים, שהנם תאים מיצרי חלב ברקמת השד. הרכב חלב האם משתנה כתלות בגיל ההיריון, משך ההנקה, משך ההאכלה והאתגרים החיסוניים. באופן כללי, האיכות התזונתית של חלב האם נשמרת היטב, אולם ניכרת חשיבות לתזונתה של האם בהקשר לרמותיהם של חלק מן הוויטמינים ולהרכב חומצות השומן בחלב [9].

בסקירה מקיפה על הרכב חלב האם ואשר פורסמה ע" ארגון הבריאות העולמי, התומכת בהמלצה להנקה בלעדית עד גיל 6 חודשים, סוכם כי הרכב החלב מספק את כל הצרכים התזונתיים של תינוקות עד גיל זה [10] . חסרים תזונתיים קליניים הם נדירים בתינוקות יונקים בלעדית עד גיל 6 חודשים, עם זאת רמתם של מספר רכיבי תזונה, תלויה בתזונת האם ובמצבה התזונתי ולכן הם עלולים להימצא בחלב ברמות תת אופטימליות. מצב זה אופייני במקרים של תת תזונה, השכיחה במדינות מתפתחות, ובהשפעת דיאטות קיצוניות או המגבילות מזונות מסוימים גם במדינות מערביות ומפותחות [10]. ההרכב התזונתי של חלב אם בשל מסוכם ב**טבלה 2**.

3.1 אנרגיה ורכיבי תזונה

אנרגיה: בעבור תינוק בריא, שנולד במועד ובמשקל לידה תקין, חלב אם מספק את האנרגיה הנדרשת במהלך ששת החודשים הראשונים של הינקות. יניקת התינוק מעודדת יצירת חלב ולפיכך, בהנקה בלעדית על פי דרישה, התינוק מווסת את היניקה שלו בהתאם לצרכיו האנרגטיים. רמות מאקרונוטריינטים בחלב אם אינן מושפעות מתזונתה, למעט במקרים קיצוניים מאוד של תת תזונה, והן משתנות בין אם לאם ומהנקה להנקה. רמות ממוצעות של מאקרונוטיאנטים בחלב אם לתינוק בשל, דהיינו תינוק אשר נולד בזמן (מעל שבוע 37 להיריון) מוערכות בין 0.9- 1.2 גר' חלבון, 3.2-3.6 גרם שומן ו-6.7-7.8 גרם פחמימות ב-100 מ"ל חלב. רמות האנרגיה נעות בין 65 ל-70 קק"ל ב-100 מ"ל והן בקורלציה גבוהה עם רמות השומן בחלב [10]. הרכב אבות המזון בחלב של אימהות לפגים שונה ומכיל רמות גבוהות יותר של חלבון ושומן, והנו עשיר יותר בחומצות שומן בינוניות שרשרת ובחומצות שומן רב בלתי רוויות, ומכיל פחות חומצות שומן רוויות [11].

שומנים: השומן בחלב אם מספק כ- 50% מהאנרגיה, ומתאפיין ברמות גבוהות של חומצה פלמיטית וחומצה אולאית. אחוז השומן בחלב האם משתנה באופן טבעי במהלך היום, כמו גם במשך ההנקה עצמה. מחקרים על רמות השומן בחלב מצאו שהן נמוכות באופן משמעותי בהנקה בשעות הלילה והבוקר, בהשוואה לרמותיהן בהנקה בשעות אחר הצהרים והערב [12], וככל שהשד מתרוקן מופרש יותר שומן. כמות השומן בחלב אם אינה מושפעת מתזונתה. סוג השומן, לעומת זאת, מושפע מתזונתה של האם, ולכן יש חשיבות רבה בבחירת מקורות השומן בתפריטה של האם המניקה ובהקפדה על צריכת מזונות עשירים באומגה 3 [13] [14] כפי שיפורט בהמשך פרק זה.

פחמימות: מקור הפחמימות העיקרי בחלב אם הנו סוכר החלב – לקטוז, המספק כ – 42% מסך האנרגיה. ריכוזו בחלב האם יחסית יציב (כ-70 גרם/ליטר) ואינו מושפע מתזונתה של האם. בנוסף, חלב האם מכיל אוליגוסכרידים, שריכוזם הינו כ – 5 גרם/ליטר. הללו, שרשראות של חד סוכרים עם הרכב ייחודי לכל חלב אם. אוליגוסכרידים אלה

ממלאים תפקיד חשוב כמצע פרה-ביוטי להזנת החיידקים הידידותיים במערכת העיכול של התינוק, וכגורמי הגנה נגד פתוגנים העלולים לחדור את רירית המעי במערכת העיכול של היונק [10].

חלבונים: החלבון בחלב אם מספק 6-7% מסך האנרגיה, ומורכב מכ-60% חלבון מי גבינה וכ-40% קזאין. רמת החלבון, בחלב אם לילוד בשל, יציבה יחסית ואיננה מושפעת מתזונתה של האם, למעט במקרי הרעבה קיצוניים. חלבונים ופפטידים ספציפיים בחלב האם ממלאים בנוסף תפקידים ביולוגיים וביניהם: חלבונים התורמים למערכת החיסונית של התינוק - נוגדנים (אימונוגלובולינים), אנזימי עיכול (עמילאז ,ליפאז), גורמי גדילה, הורמונים ועוד. רמות החלבון בחלב של אימהות לפגים גבוהות באופן משמעותי בהשוואה לחלב של אימהות לתינוקות בשלים. רמות החלבון בחלב יורדות בהדרגה במהלך השבועות הרביעי ועד השישי לחיי התינוק, ללא תלות במועד הלידה (נולד בזמן/פג)[11] . לעיתים רמות החלבון בחלב האם אינן מספיקות בהזנת פגים ויש לשקול תוספת בצורה של מעשיר חלב אם [11] . כאמור, רמות החלבון בחלב אם אינן מושפעות מתזונת האם, אולם הן גבוהות יותר ככל שה-BMI של האם גבוה יותר, ופוחתות ככל שהיא מייצרת יותר חלב[11] .

ויטמינים ומינרלים: מן הספרות המקצועית הדנה בתחום חלב האם ותזונת האם עולה חלוקה של המיקרו נוטריינטים בחלב האם לשתי קבוצות עיקריות. האחת, מיקרו-נוטריינטים אשר רמתם בחלב האם מושפעת מתזונת האם ומאגרי גופה, והשנייה, הכוללת מיקרו-נוטריינטים אשר רמתם נשארת יציבה (**טבלה 3**) [15].
בקבוצה הראשונה נכללים הוויטמינים מקבוצה B: תיאמין, ריבופלאבין, B6, ו- B12, וכן, ויטמין D, ויטמין A, יוד, סלניום וכולין. רמתם של רכיבים אלו יכולה לעלות או לרדת במהירות, חלקם אפילו בטווח של מספר שעות ואחרים בטווח של שבועות, בהתאם לתזונת האם. חסר בחלק מרכיבים אלו שכיח במדינות מערביות, על כן ישנן הנחיות לתיסוף, כפי שיפורט בהמשך (ראה תת פרק 3.3). עם הקבוצה השנייה נמנים: פולאט והמינרלים: ברזל, סידן, נחושת ואבץ. רמתם של רכיבים אלה בחלב האם נשארת יציבה יחסית ואינה מושפעת מתזונת האם (למעט במקרים של תת תזונה קיצונית), אלא נשמרת על חשבון המאגרים בגופה. מכאן שתזונה מתאימה במהלך ההנקה חיונית הן לתינוק והן לשמירה על מצב תזונתי תקין של האם. רמות ויטמין K נמוכות מאד בחלב אם, ללא קשר לתזונתה, ועל כן קיימת המלצה לספק ליילוד ויטמין K בזריקה מיד לאחר לידתו [16].

3.2 רכיבים ביו-אקטיביים בחלב אם

חלב אם, הן הראשוני – הקולוסטרום, אודותיו יפורט בהמשך והן החלב הבשל, עשיר ברכיבים בעלי השפעה על תהליכים ביולוגיים ועל כן על תפקוד הגוף והבריאות. רכיבים אלה מגיעים לחלב האם ממגוון מקורות אימהיים ולרוב פעילים באופן סינרגיסטי. בין מרכיבים אלה נמנים: אנזימי עיכול, גורמי גדילה, האחראיים על גדילה והתפתחות של הרקמות ועל הגנה מפני הרס שלהן במצבי היפוקסיה ואסכמיה, הורמונים כגון קלציטונין וסומטוסטטין ומווסתי תיאבון ומאזן האנרגיה (כגון: לפטין, גהרלין ואדיפונקטין). בנוסף, חלב אם מכיל מגוון רחב של גורמים אימונולוגיים, האחראים על הגנה מפני זיהומים והפועלים באופן ישיר ו/או עקיף כנגד פתוגנים. עמם נמנים תאים (כגון: מאקרופאג'ים, תאי גזע, תאי T ולימפוציטים), ציטוקינים וכימוקינים האחראים על התקשורת הבין תאית, מרכיבים

חלבוניים (כגון: לקטופרין, אימונוגלובולינים, ליזוזים) ונוגדני האם. בנוסף, חלב אם מכיל גורם ביפידוס, המעודד את התבססותו של החיידק לקטובצילוס ביפידוס – חיידק ידידותי המונע התפתחות אורגניזמים גורמי מחלות במעי התינוק. חלב אם מכיל כאמור, גם אוליגוסכרידים, המהווים מצע פרה-ביוטי עבור חיידקי המעי הידודתיים [9 17] .

הקולוסטרום, חלב האם הראשוני, מתחיל להיווצר בגוף האם בין השבועות ה-12 עד ה- 16 להריונה. הוא בעל גוון צהבהב שמקורו בבטא קרוטן ומרקם מעט דביק. חשיבותו רבה במיוחד לרך הנולד בימים הראשונים של חייו. נפח הקולוסטרום במהלך שלושת הימים הראשונים לחייו של היילוד יהיה בטווח של 2-20 מ"ל לארוחה. הקולוסטרום מכיל יותר חלבון, נתרן, כלור, אשלגן וויטמינים מסיסים בשומן מחלב אם בשל, פחות סוכרים וריכוז נמוך של שומן. הקולוסטרום עשיר במיוחד בגורמים אימונולוגיים, בהם נוגדי חמצון, נוגדנים ואימונוגלובולינים, בעיקר lgA (רמתו בקולוסטרום הינה פי 10 לערך מאשר בחלב אם בשל). הוא מכיל אינטרפרון, רכיב בעל פעילות אנטי ויראלית חזקה, ופיברונקטין, אשר מייצר פגוציטים אגרסיביים, המסוגלים אף לבלוע חיידקים שלא זוהו ע"י נוגדני מערכת החיסון. יש לציין, כי קולוסטרום של אם לפג עשיר אף יותר ברכיבים פוטנציאליים, המגנים מפני תחלואה לעומת קולוסטרום של אם לתינוק בשל, זאת בנוסף ליתרונות הקיימים ממילא בקולוסטרום של האם [18].

3.3 השפעת מצבה התזונתי של האם ותזונתה על הרכב החלב (מדינות מפותחות)

בהכללה, ניתן לציין כי אין קשר בין רמת המאקרו-נוטריינטים בתזונת האם ובין רמתם בחלב. אולם, רמת חומצות השומן השונות בחלב יכולה להיות מושפעת מתזונתה של האם. מחקרים אקראיים מבוקרים שונים הראו שתוספת חומצות שומן מסוג אומגה 3 לתזונת האם ההרה או המיניקה יכולה להעלות את רמת הפוספוליפידים בחלב האם ובפלסמה של התינוק [13 14] . קיים קשר בין רמות חומצה דוקוסהקסנואית (DHA) בתזונת האם ובין רמות הפוספוליפידים בחלב. לגבי תוספים אחרים טרם הוכח קשר. עם זאת, לא הוכח כי העלייה ברמות אומגה 3 בחלב האם משפיעה לטובה על התפתחות הראייה של התינוק הבשל או על התפתחותו הקוגניטיבית לטווח הארוך. השפעה משמעותית עשויה להיות בקרב פגים.

כאמור, ריכוז המינרלים העיקריים (סידן, זרחן, מגנזיום, נתרן, אשלגן) בחלב נותר קבוע ואינו משתנה כתוצאה משינוי בצריכתם על ידי האם. נמצא קשר בין רמות הסלניום והיוד בתזונת האם ובין ריכוזם בחלב שהיא מייצרת. משרד הבריאות הישראלי ממליץ לנשים מיניקות ליטול תוסף יוד במינון של 150-250 מק"ג ביממה. לאורך כל תקופת ההנקה, ובנוסף להשתמש במלח מיודד, מבלי להעלות את רמתו הנצרכת.

ריכוזיהם של כמה מהוויטמינים בחלב האם תלויות ברמתם בתזונתה ובמצב המאגרים בגופה. תזונה החסרה בוויטמינים ספציפיים, עלולה להביא לייצור חלב חסר או דל בוויטמינים אלה. כך למשל בתזונה טבעונית עלול להתפתח חסר משמעותי בחלב האם בוויטמין B_{12} ומומלץ ליטול בעקביות תוסף של ויטמין זה. יוצאת דופן הינה החומצה הפולית, אשר רמתה בחלב האם נותרת פחות או יותר קבועה ללא קשר לרמות בתזונה. הגברת צריכת רכיבי התזונה השונים מעבר לרמות המומלצות (DRIs) לא גרמה לעליה ברמותיהם בחלב. יוצאי דופן הם ויטמין B_6

וויטמין D. רמות ויטמין D בחלב האם נמוכות, בעיקר בנשים אשר אינן נחשפות לשמש מסיבות שונות, מצב זה נפוץ באוכלוסיות רבות [19]. משרד הבריאות הישראלי ממליץ לנשים מיניקות ליטול תוסף ויטמין D ברמה של 400-200 יחב"ל (10-5 מק"ג) ביממה לאורך כל תקופת ההנקה. בעוד השפעת תוסף ויטמין D לנשים מיניקות על העלאת רמותיו בחלב האם עדיין נחקרת, ממליץ משרד הבריאות על תוסף ויטמין D לתינוקות (יונקים ושאינם יונקים) במינון 400 יחב"ל/יום בשנה הראשונה לחיים [20].

טבלה 2. הרכב תזונתי של חלב אם בשל *

רכיב תזונה	יחידות	כמות ב 100 גרם	רכיב תזונה	יחידות	כמות ב 100 גרם
מים	גרם	87.5	ויטמין C	מ"ג	5
אנרגיה	קק"ל	70	תיאמין	מ"ג	0.014
חלבון	גרם	1.03	ריבופלאוין	מ"ג	0.036
סך השומנים	גרם	4.38	ניאצין	מ"ג	0.177
פחמימות (סוכרים)	גרם	6.89	ויטמין B6	מ"ג	0.011
סיבים תזונתיים	גרם	0	פולאט, DFE	מק"ג	5
סידן	מ"ג	32	ויטמין B12	מק"ג	0.05
ברזל	מ"ג	0.03	ויטמין A, RAE	מק"ג	61
מגנזיום	מ"ג	3	ויטמין A	יחב"ל	212
זרחן	מ"ג	14	ויטמין E (אלפא טוקופרול)	מ"ג	0.08
אשלגן	מ"ג	51	ויטמין D (D2+D3)	מק"ג	0.1
נתרן	מ"ג	17	ויטמין D	יחב"ל	3
אבץ	מ"ג	0.17	ויטמין K, פילוקווינון	מק"ג	0.3
*מקור: USDA National Nutrient Database for Standard Reference 28 slightly, revised May 2016 Software v.3.8.6.5					

טבלה 3. רכיבי תזונה אשר רמתם בחלב אם מושפעת ואשר אינה מושפעת מתזונת האם

רכיבי תזונה אשר רמתם בחלב אינה מושפעת מתזונת האם	רכיבי תזונה אשר רמתם בחלב מושפעת מתזונת האם
פחמימות חלבונים שומנים * ויטמין K פולאט ברזל נחושת אבץ סידן	ויטמין A ויטמין D תיאמין (B1) ריבופלאבין (B2) ויטמין B6 ויטמין B12 כולין יוד סלניום
* שומנים – סך השומן אינו משתנה אולם הרכב השומן כן.	

3.4 השפעת מצבה התזונתי של האם ותזונתה על נפח החלב (מדינות מפותחות)

המרכיב העיקרי המשפיע על נפח החלב שמייצרת האם הינו דרישת התינוק, אשר מושפעת ממשקלו, גילו, מצב בריאותו, ותזונתו (האם ניזון ממזונות נוספים על חלב אם, כגון תרכובות מזון לתינוק) [21] [22]. אם המיניקה תאומים או שלישיות מייצרת חלב בכמות גבוהה יותר בהשוואה לאם המיניקה תינוק אחד. מצב בו תינוק מקבל הזנה בתמ"ל בנוסף להנקה מפחית באופן משמעותי את כמות החלב ואת משך ההנקה בהשוואה לתינוקות יונקים בלבד [23] .

לא נמצא קשר בין משקלה של האם לכמות החלב שהיא מייצרת, פרט למקרים של השמנה קיצונית. כמו כן לא קיימת השפעה של כמות האנרגיה ורכיבי התזונה שצורכת האם על נפח החלב שהיא מייצרת. ירידה במשקל של האם עד 2 ק"ג לחודש, לא מפחיתה את נפח החלב המיוצר. גם ביצוע פעילות גופנית אינו מפחית את נפח החלב [21] [22] . לא קיימות הוכחות מדעיות לכך ששימוש בחילבה, בירה שחורה, קוואקר, שן הארי, דוחן, אניס, בזיליקום וצמחים נוספים גורם להגברת נפח החלב. האקדמיה לרפואת הנקה וכן משרד הבריאות הישראלי ממליצים להימנע משימוש בעשבי מרפא באימהות מיניקות, בשל העובדה שאין מספיק מידע על השפעתם על האם והתינוק ועל תופעות הלוואי האפשריות [24] [25].

סיכום:

- **חלב אם הינו רקמה חיה, המכילה מרכיבים תזונתיים וביו-אקטיביים, המותאמים לצרכיו התזונתיים וההתפתחותיים של התינוק. כאשר הנקה בלעדית מספקת את צרכיו התזונתיים של התינוק במלואם עד גיל 6 חודשים.**
- **רמותיהם של אבות המזון ומרבית הוויטמינים והמינרלים בחלב האם אינן משתנות כתוצאה מהבדלים בצריכה על ידי האם. יוצאי דופן הינם יוד, סלניום, ויטמין D, B6 ו- B12. על אימהות מיניקות ליטול תוסף יוד (150-250 מק"ג ביממה) וויטמין D(400-200 יחב"ל) ולהקפיד על תזונה מגוונת, על אימהות טבעוניות ליטול בנוסף גם ויטמין B12 בקביעות לאורך תקופת ההנקה.**

4. חשיבות ההנקה והסיכונים שבאי הנקה

בנוסף למענה המותאם לצרכיו התזונתיים של התינוק, מהווה ההנקה הגנה חיסונית, והינה בעלת משמעות בריאותית מהותית לתינוקות ולאימהות בטווח הקצר והארוך. להנקה השפעה על יצירת הקרבה המיוחדת בין האם לתינוק, היא עשויה לשמש אמצעי אפשרי למניעת היריון, ובנוסף יש לה השלכות חברתיות – כלכליות מהותיות.

4.1 ההשפעות הבריאותיות של הנקה והסיכונים שבאי הנקה לתינוקות

ההשפעות הבריאותיות של ההנקה על אימהות ותינוקות ידועות זה מכבר ומתועדות במחקרים רבים, הן במדינות מתפתחות והן במדינות מפותחות. סקירות סיסטמתיות ומטה-אנליזות שהתפרסמו לאחרונה מראות כי הנקה וחלב אם מגנים מפני זיהומים במערכת העיכול, מערכת הנשימה ודלקות האוזן התיכונה בתינוקות בשלים, הן בטווח הקצר[26] והן בטווח הארוך[27], ומפחיתים את הסיכון לדלקת מעי נמקית (NEC) בפגים[28]. המחקר העכשווי ממשיך להצביע על חשיבות ההנקה לבריאות הילדים, האימהות והחברה כולה[29]. מטה-אנליזה מקיפה נוספת מצביעה על הפחתה משמעותית של הסיכון למות עריסה בתינוקות יונקים[30].

ראוי לציין, כי בעוד שמרבית המחקרים שנערכו בעבר על תזונת תינוקות השוו את בריאות התינוקות היונקים לאלה הניזונים מתחלופי מזון לתינוקות (תמ"ל), מקובל בשנים האחרונות לערוך מחקרים שבהם משווים את בריאות התינוקות שאינם יונקים לתינוקות היונקים וכך מוצגים הסיכונים שבאי-הנקה במקום יתרונות ההנקה. מחקרים אלה מדגישים את העובדה שחלב האם הינו המזון הסטנדרטי להזנת תינוקות ומסייעים בהבנה כי תרכובות המזון לתינוקות הנן חסרות בהשוואה לחלב אם[31] [32]. סקירה מקיפה בנושא, אשר פורסמה ע"י הסוכנות האמריקאית לחקר ולאיכות הטיפול הרפואי [33], מצביעה בבירור על הסיכונים הבריאותיים הקשורים בחוסר הנקה ו/או בגמילה מוקדמת מהנקה. בנוסף לעלייה בסיכון לתחלואות המוזכרות לעיל, נרשמה עליה משמעותית בסיכון להשמנה, סוכרת ולוקמיה לימפוציטית אקוטית (ALL) בשל אי-הנקה בקרב תינוקות ואף הסיכון שבאי הנקה לאימהות. שיעורי העלייה בסיכון למצבים בריאותיים שונים באי הנקה מסוכמים ב**טבלה 4**.

4.2 ההשפעות הבריאותיות של הנקה והסיכונים שבאי הנקה לאימהות

להנקה יתרונות בריאותיים חשובים לטווח הקצר והארוך גם עבור האם [29] . בטווח הקצר, הפרשה מוגברת של אוקסיטוצין כתוצאה מהנקה מביאה להפחתת הדימום לאחר הלידה והתכווצות מהירה יותר של הרחם[34]. בטווח הארוך, ניכר כי הנקה מפחיתה את הסיכון של האם לחלות בסרטן השד (בעיקר בתקופת הפרה-מנופאוזה) וסרטן השחלות [29] [35]. כל שנה של הנקה מפחיתה את הסיכון לחלות בסרטן השד ב-4.3% [29]. מחקר אחר הראה שהנקה למשך שנה מפחיתה את הסיכון לסרטן השד ב-26% ולסרטן השחלות ב-35% [35] עוד נמצא כי ככל שמשך ההנקה המצטבר גבוה יותר, פוחת הסיכון לדלקת מפרקים שגרונית[36].

משך הנקה מצטבר גבוה יותר קשור גם בהפחתת הסיכון לעליה בלחץ הדם, מחלות לב וכלי דם וסוכרת[35] [37] . נמצא כי הנקה מצטברת של מעל 12 חודשים לאורך החיים, קשורה בהפחתת הסיכון של האם לפתח יתר לחץ דם (OR=0.88, P<0.001) , סוכרת סוג 2 (OR=0.80, P<0.001), היפרליפידמיה (OR=0.81, p<0.001) ומחלות

לב וכלי דם (OR=0.91, P<0.008) בהשוואה לנשים שלא הניקו כלל. קשר דומה נמצא גם לאחר תקנון ל-BMI. לאחר כ-8 שנות מנופאוזה, נשים שהניקו 7-12 חודשים היה להן סיכון נמוך משמעותית לפתח מחלות לב וכלי דם בהשוואה לנשים שלא הניקו כלל [HR 0.72 (0.53-0.97)], זאת לאחר תקנון למשתנים הקשורים באורח חיים והיסטוריה משפחתית של תחלואה רלוונטית.

ראוי לציין כי להנקה נרשמה השפעה אפשרית על השינוי במשקל הגוף של האם והחזרה למשקלה טרום ההיריון. תוצאות מחקרים בנושא זה אינן חד משמעיות, בשל הימצאותם של גורמים מבלבלים רבים כגון: דיאטה, רמת הפעילות הגופנית, BMI לפני ההיריון ומוצא [38]. נושא חשוב נוסף מתייחס להשפעה של הנקה ממושכת על צפיפות העצם של האימהות. גם בתחום זה עולים ממצאים מנוגדים, ובהמשך לסקירה מקיפה בתחום הסיקו המחברים כי אין השפעה ברורה להנקה על צפיפות העצם או סיכון לאוסטאופורוזיס בקרב האימהות [35][35].

הנקה ממושכת מביאה להגדלת מרווחי הזמן בין ההריונות בשל העדר הווסת [39], ועשויה להוות אמצעי למניעת הריון (Lactation amenorrhea method, LAM) ברמת בטיחות של 98-99%. זאת, בתנאי שמולאו שלושת התנאים הבאים: האחד, התינוק בן פחות מ-6 חודשים, השני, הווסת לא חזר (כל דימום שמתרחש בתקופה שבין הלידה ל-56 ימים לאחריה אינו נחשב כדימום ווסתי) והשלישי, התינוק ניזון מהנקה בלעדית יום ולילה, כך שאין הפסקה העולה על 6 שעות בין הנקה להנקה, ולא נעשה שימוש במוצץ. במקרים בהם לא כל התנאים הללו מתמלאים, יש להשתמש באמצעי מניעה נוסף.

טבלה 4. אחוז העלייה בסיכון לתחלואה כתוצאה מאי הנקה בקרב תינוקות בשלים, פגים ואימהות[40]

בעיה רפואית	אחוז העלייה בסיכון בשל אי הנקה
תינוקות בשלים	
זיהום חמור באוזניים otitis media	100
אקזמה (אטופיק דרמטיטיס)	47
שלשולים והקאות (זיהומים במערכת העיכול)	178
אשפוזים בשנה הראשונה בשל זיהומים במערכת הנשימה התחתונה	257
אסטמה, עם היסטוריה משפחתית	67
אסטמה, ללא היסטוריה משפחתית	35
השמנה בילדות	32
סוכרת סוג 2	64
לאוקמיה לימפוציטית אקוטית (ALL)	23
מוות עריסה	56
פגים	
דלקת מעי נמקית (NEC)	138
אימהות	
סרטן השד	4

סרטן השחלות	27

4.3 הנקה ומניעת השמנה

מחקרים על הקשר בין שיטת ההאכלה ובין השמנה מראים כי תינוקות יונקים צפויים פחות לפתח עודף משקל או השמנה. מטה אנליזה למחקרים אלה מראה כי הפחתת הסיכון ביונקים מוערכת בכ-26% [3129]. עוד נמצא, כי הסיכון קטן ככל שההנקה ממושכת יותר ונרשמה ירידה של 4% בסיכון עבור כל חודש הנקה, עד לגיל 9 חודשים, והסיכון להשמנה יורד ב-30% בתינוקות שינקו 9 חודשים בהשוואה לתינוקות שלא ינקו כלל [41]. עם זאת, ראוי לציין כי קשר זה מושפע ממעמד סוציואקונומי, אינדקס מסת הגוף של ההורים ועישון של האם.

מחקר אורך שנערך בארה"ב בהשתתפות 8,030 תינוקות הראה, כי ההנקה מפחיתה את הקשר הקיים בין מעמד סוציואקונומי נמוך והשמנת ילדים. במחקר זה, תינוקות ממעמד סוציואקונומי נמוך, שהוזנו בתמ"ל במהלך 6 החודשים הראשונים לחייהם היו בעלי סיכון גבוה פי 2.5 להשמנה בגיל שנתיים בהשוואה לתינוקות יונקים במעמד סוציואקונומי זהה. במחקר זה נמצא אף כי הוספה מוקדמת של מזון מוצק (לפני גיל 4 חודשים) והשכבה לישון תוך אכילה מבקבוק הגבירו אף הם את הסיכון להשמנה[42]. מטה אנליזה של 22 מחקרים מראה כי הנקה הינה הגורם המשמעותי ביותר בהגנה בפני סינדרום מטבולי בהמשך החיים. גורמים נוספים שנמצאו בעלי השפעה: הגבלת רמות הנתרן, הפחמימות הפשוטות וחומצות השומן הרוויות בתזונת תינוקות ופעוטות [43].

קיימים מספר הסברים אפשריים לכך שהסיכון להשמנה עולה אצל תינוקות הניזונים מתמ"ל לעומת תינוקות יונקים:

- ייתכן שאימהות מיניקות בוחרות באורח חיים בריא יותר, כולל תזונה בריאה ואורח חיים פעיל יותר לילדיהן.
- תינוקות יונקים שולטים בכמות החלב שהם צורכים, היות שהוריהם אינם יודעים בדיוק כמה הם אכלו, בהשוואה לתינוקות האוכלים מבקבוק. באופן כזה מפתחים תינוקות יונקים וויסות עצמי טוב יותר של צריכת האנרגיה שלהם בתגובה לתחושות הרעב והשובע. לעומתם, עלולים תינוקות האוכלים מבקבוק לאכול יותר ממה שהם צריכים כתגובה לעידוד של המאכיל "לסיים את כל הבקבוק" [44].
- לתינוקות המוזנים בתמ"ל רמות אינסולין גבוהות יותר בדם, וזמן תגובה ארוך יותר לאינסולין[45]. רמות אינסולין גבוהות גורמות לעליה ברקמת השומן. ייתכן שגם רמות החלבון הגבוהות בתמ"ל יחסית לחלב אם גורמות לעליה ברמות האינסולין בדם[46].
- קיימות עדויות לכך שרמות הלפטין מושפעות מהנקה. נמצא כי ככל שכמות חלב האם הנצרכת גבוהה יותר בחודשים הראשונים לחיים, כך רמות הלפטין יחסית למסת השומן גבוהות יותר בגיל הילדות. קשר זה נמצא גם לאחר תקנון לאינדקס מסת גוף [47].

ההשפעה המשמעותית של ההנקה בהגנה מפני עודף משקל והשמנה הובילה את ארגוני הבריאות בעולם ובכללם משרד הבריאות בישראל לעודד הנקה גם כאמצעי להתמודד עם מגפת ההשמנה.

4.4 הנקה ובריאות הפה

להנקה השפעה חשובה גם בהקשר של התפתחות הלסת ובריאות השיניים. במחקר שנערך בילדים שינקו בלבד במשך למעלה משישה חודשים תועד סיכון נמוך יותר לליקוי סגר מסוג 2, שיניים בולטות ומרווח גדול יותר בין שיניים, ללא קשר משמעותי עם מפתח הפה [48]. באנליזת מחקרים מקיפה נמצא כי הנקה קשורה בסיכון הנמוך ב 68% (רווח בר סמך 75-60) להתפתחות פגם בסגר הפה בתקופה בה בוקעות שיני החלב[49] . בבחינת הקשר בין הנקה ועששת, לא נמצא קשר בין הנקה לאחר גיל 6 חודשים ועששת בגיל הצעיר[50], וניכר אף כי הנקה עד גיל שנה מהווה גורם מגן מפני עששת[49]. אולם, הנקה ממושכת (מעל 12 חודשים) ובשעות הלילה קשורה בעליה של פי 2-3 בסיכון לעששת בשיני חלב, ככל הנראה בשל אי שמירה על היגיינת הפה לאחר ההנקה [49 51] . על כן, יש לעודד הורים ולהמליץ על צחצוח שיניים בתינוקות יונקים מבקיעת השן הראשונה[52].

4.5 הנקה והתפתחות קוגניטיבית

מגוון מחקרים מצביעים על השפעתה של הנקה על קוגניציה. למשל, הנקה נקשרה בשיפור בביצועים במבחני התפתחות קוגניטיבית בתינוקות בשלים [53]. במחקר מעקב שנערך בארה"ב על 1312 אימהות ותינוקות לאורך 7 שנים, הצליחו לבודד את ה-IQ של האם וגורמים נוספים (כגון אווירה בבית) ולהוכיח קשר סיבתי בין הנקה והתפתחות קוגניטיבית [54]. נמצא כי משך הנקה ארוך קשור בציונים גבוהים יותר במבדקי שפה בגיל 3 שנים (0.21 נקודות לכל חודש הנקה) ובמבדקי אינטליגנציה בגיל 7 שנים (0.35 נקודות לכל חודש הנקה במבדקי שפה ו-0.29 נקודות לכל חודש הנקה במבדקי אינטליגנציה אחרים). החוקרים חישבו כי שנת הנקה קשורה בתוספת של כ-4.2 נקודות IQ, המהווים 0.33 סטיות תקן מהממוצע, וחצי שנה של הנקה בלעדית קשורה בתוספת של כ-5 נקודות IQ בגיל 7 שנים. גם אם אין לכך השפעה משמעותית על הפרט, ההשפעה על החברה בכללותה עשויה להיות גבוהה, שכן ידוע הקשר בין IQ להיבטים כמו רמת הכנסה ומצב סוציואקונומי. השפעות משמעותיות של ההנקה על ההתפתחות הנוירולוגית לטווח ארוך נצפו גם בפגים [55].

4.6 השפעת הנקה על המיקרוביום

מעי תינוקות הניזונים מהנקה בלעדית נשלטים ע"י אוכלוסיות חיידקים (מיקרוביום) שונות מאלו של תינוקות הניזונים מתמ"ל. אוכלוסיית החיידקים בקרב תינוקות יונקים מגוונת יותר ודומה לזו של אדם בוגר. דומיננטיות האוכלוסייה במעי היונקים נובעת מפקטורים פעילים, הנמצאים בחלב אם, שגורמים לגידול אוכלוסיות ספציפיות, ובעיקר נשלטים ע"י אקטינובקטריה וביפידובקטריה, וכן מכך שכמות גדולה מהאנרגיה שבחלב האם מופנית לחיידקים אלה לצורך ניצולה. בנוסף, נמצא כי אוכלוסיות חיידקים דומות לאלו שבמעי התינוק היונק נמצאו בבלוטות החלב וכן בחלב האם עצמו. על כן, יש סברה כי קיים מעבר חיידקים מהמיקרוביום של האם המניקה למיקרוביום בבלוטות החלב. הסיבה להמצאות המיקרוביום בחלב האם ותפקידו במעי התינוק עדיין לא ברורה. עם זאת, נמצא כי הרכב המיקרוביום בחלב מושפע מהיקף ההנקה, זמן ההנקה, אופן הלידה (קיסרי או וגינאלי), משקל האם ומשך זמן ההיריון [56] .

קיימת השערה כי המיקרוביום הנוצר במעי תינוקות יונקים, הספציפי לחלב אם, הוא זה שבעצם מאפשר את יתרונותיו הבריאותיים של החלב, כגון: עידוד תפקוד אופטימאלי של המעי והגנתו מפני זיהומים, והפחתת הסיכון לאלרגיות[56].

4.7 יתרונות רגשיים והתפתחותיים הכרוכים בהנקה

ההנקה מסייעת להידוק הקשר בין האם לתינוק ברגעים משמעותיים בהם מתרחשת ההתפתחות המוחית המוקדמת של התינוק. בזמן זה קיימת חשיבות גבוהה להזנה נכונה, גירויים חיוביים וטיפול היכולים להאיץ היווצרותה של הרשת העצבית [57]. ההיקשרות הראשונית בין האם לתינוק באמצעות ההנקה מעודדת את האם להתאהב בתינוקה בסמוך ללידה ומספקת לתינוק תחושת בטחון בעולם החדש אליו הגיע זה עתה. היקשרות זו מקנה בטחון, חום ורוגע הן לאם והן ולתינוק [57].

4.8 השפעות כלכליות, חברתיות וסביבתיות של הנקה

ההנקה מספקת יתרונות כלכליים מובהקים למשפחה ולחברה, כגון: הפחתת ההוצאות הבריאותיות על אשפוז וטיפול בתינוקות, הפחתת הפסד ימי עבודה של ההורה והפחתת הפסד ההכנסה על טיפול בילד חולה [58] [59]. מחקר אמריקאי קובע כי לו 90% מן התינוקות בארה"ב היו יונקים בהתאם להמלצות, ניתן היה לחסוך כ-13 מיליארד דולרים ולמנוע תמותה של 911 תינוקות בשנה[60]. התדירות הנמוכה משמעותית של מחלות בתינוק היונק מאפשרת להורים להקדיש יותר תשומת לב לשאר הילדים במשפחה, לפעילות פנאי, ומפחיתה היעדרויות ממקום העבודה ואובדן הכנסה [59].

היתרון הכלכלי הישיר למשפחה משמעותי גם הוא. בשנת 1993 המחיר המוערך של רכישת תחליף חלב אם במשך השנה הראשונה לחיים בארה"ב היה 855 דולרים, וגם אם מחשבים את מחיר תוספת המזון הדרושה לאם המניקה, החיסכון הוא מעל 400 דולר לשנה לילד בשנת החיים הראשונה [58] . שימוש בתמ"ל מגביר את הוצאות המשפחה בשל עלותו ועלות הבקבוקים וניקויים, ומגדיל את אובדן ימי העבודה של ההורים [58].

חלב אם הינו משאב טבעי מתחדש בעל ערך סביבתי גבוה מאד. הוא מועבר לתינוק ישירות ללא שימוש באמצעי שינוע או במתווכים אחרים המנצלים משאבי אנרגיה, יוצרים פסולת ומזהמים את הסביבה, כגון תהליכי ייצור ושיווק של תמ"ל, בקבוקים, פטמות, תוויות, מארזי פח, אריזות קרטון, סטריליזרטורים וכו' [61].

בסקר מב"ת לאומי ראשון נמצא כי הבחירה בהאכלת תינוקות מבקבוק נפוצה יותר במשפחות מרקע סוציו-אקונומי נמוך[62]. משפחות אלה מצויות מלכתחילה בסיכון גבוה יותר לתחלואה, ובעלות נגישות נמוכה יותר למשאבי בריאות. מכאן שחשוב לפעול לעידוד ותמיכה בהנקה בעיקר באוכלוסיות אלה.

סיכום:

- **הנקה והזנה בחלב אם בעלות חשיבות בריאותית רבה לתינוקות ולאימהותיהם הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך, ואילו אי הנקה כרוכה בסיכון מוגבר לתחלואה:**
  - **אי הנקה או גמילה מוקדמת מהנקה קשורים בסיכון מוגבר לזיהומים בדרכי העיכול, הנשימה והשתן בקרב תינוקות בשלים וכן בסיכון מוגבר ל NEC ולספסיס מוקדם בפגים. הגנה זו ככל הנראה מתווכת על ידי אוכלוסיית חיידקים שונה המתבססת במעי תינוקות יונקים.**
  - **הנקה מפחיתה משמעותית את הסיכון למוות בעריסה.**
  - **בטווח הארוך, אי הנקה קשורה בסיכון מוגבר להשמנה, סוכרת מסוג 2, ALL ולימפומה בקרב התינוקות ולסיכון מוגבר לחלות בסרטן השד וסרטן השחלות בקרב האימהות.**
  - **לא הוכח קשר חד משמעי בין הנקה לבין ירידה במשקל וחזרה למשקל שלפני ההיריון.**
  - **הנקה מקדמת התפתחות תקינה של הלסת ועשויה למנוע עששת עד גיל שנה. עם זאת, מומלץ להקפיד על צחצוח שיניים בקרב תינוקות החל מבקיעת השן הראשונה.**
- **להנקה תתכן השפעה מיטיבה על התפתחות קוגניטיבית ונוירולוגית בקרב תינוקות בשלים ובפגים.**
- **ההנקה מסייעת להידוק הקשר (Bonding) בין האם לתינוק ברגעים משמעותיים בהם מתרחשת ההתפתחות המוחית המוקדמת של התינוק.**
- **הנקה עשויה לשמש אמצעי אפשרי למניעת היריון.**
- **הנקה מאפשרת חיסכון כלכלי משמעותי עבור המשפחה מחד ומערכת הבריאות מאידך, ובעלת ערך מהותי בשמירה על הסביבה.**

5. דפוסי גדילה של תינוקות יונקים

5.1 עקומות גדילה מבוססות הנקה

בשנת 1995 פורסמו מסקנותיה של ועדה מטעם ארגון הבריאות העולמי, אשר בדקה את הנתונים האנתרופומטריים של תינוקות יונקים ושאינם יונקים שהיו קיימים באותה עת. הוועדה הצביעה על קיומם של הבדלים ניכרים בדפוסי הגדילה בין יונקים לניזונים מתמ"ל ועל הצורך בבניית עקומות גדילה שתהיינה מבוססות על תינוקות יונקים בלבד [63].

בעקבות כך נבנו על ידי ארגון הבריאות העולמי עקומות גדילה חדשות (WHO Child Growth Standards) [64]. עקומות אלה פורסמו בשנת 2006 וכיום מהוות סטנדרט לגדילת תינוקות בישראל ובכ-120 מדינות נוספות בעולם [65]. עקומות הסטנדרט נקבעו לאחר שנערך מעקב על גדילת תינוקות המקבלים הנקה בלעדית למשך 4-6 חודשים בסביבה המאפשרת גדילה מיטבית (שכבה סוציואקונומית בינונית ומעלה, אם במצב תזונתי תקין ולא מעשנת, קיום מעקב רפואי תכוף). איסוף הנתונים נערך ב-6 מדינות שונות בעולם (ארה"ב, ברזיל, נורבגיה, גאנה, הודו ועומאן) בין השנים 1997-2003.

בהשוואה לתינוקות הניזונים מתמ"ל, תינוקות יונקים עולים מהר יותר במשקלם במהלך ששת החודשים הראשונים לחייהם, ולאחר מכן פוחת קצב עלייתם במשקל. בין גיל 6 ל-32 חודשים משקלם הממוצע של יונקים נמוך יותר ממשקלם של הניזונים מתמ"ל. תינוקות יונקים אף נוטים להיות מעט ארוכים יותר מתינוקות הניזונים מתמ"ל על עקומות האורך לגיל. הדבר נכון גם לבנים וגם לבנות. מסקנות אלה עולות מהשוואה בין עקומות הסטנדרט לעקומות ה-CDC משנת 2000 [66] , המבוססות על 5 מדגמים לאומיים שנערכו בין השנים 1963-1994 אשר בהן שיעור התינוקות שניזונו מהנקה בלעדית למשך 4 חודשים לפחות היה נמוך ורוב התינוקות ניזונו מתמ"ל [67].

השינויים הצפויים במשקל תינוקות יונקים כוללים ירידה של עד 7% ממשקל הלידה, הנחשבת נורמלית, לאחריה צפויה עלייה במשקל וחזרה למשקל הלידה עד לגיל 14-10 ימים. ירידה של 10% ממשקל הלידה ומעלה הינה ירידה חריגה במשקל. במקרים אלה יש להיוועץ באיש מקצוע [68] [69]. יש לציין כי תתכן ירידה מעל 10% גם כאשר ההנקה מתנהלת היטב. הכפלת משקל הלידה צפויה עד לגיל 5 חודשים, אך לרוב מתרחשת קודם לכן. לאחר מכן קצב העלייה במשקל מתמתן [64] . קצב העלייה השבועי הממוצע במשקל של תינוקות יונקים מוצג ב**טבלה 5**.

5.2 מעקב גדילה בישראל

המעבר לשימוש בעקומות גדילה אלה בישראל מצביע על עמדת קובעי המדיניות כי דפוסי הגדילה של יונקים הם הדפוסים הנורמטיביים, וכי יש להשוות את גדילתם של כל התינוקות, ללא קשר לאופן בו הם מוזנים, לגדילתם של תינוקות יונקים. בנוסף, באימוץ עקומות אלה מצטרפת ישראל למלחמה בהשמנת ילדים על ידי הבלטה של מגמות ההשמנה בעקומות הסטנדרט.

בישראל נערך מעקב גדילה אחר תינוקות מגיל לידה ועד גיל שנתיים בטיפות החלב, המספקות שירותי בריאות ורפואה בתחום קידום בריאות ומניעה. מעקב זה הינו חלק ממעקב תקופתי אחר גדילה והתפתחות, הנערך לתינוקות במועדים קבועים. בגיל לידה עד חמש שנים משתמשים בעקומות הגדילה של ארגון הבריאות העולמי [6464]. סוגי העקומות בהן משתמשים בגילאים הללו הינן: היקף ראש לגיל (עד גיל שנתיים), משקל לגיל, אורך לגיל, משקל לאורך (עד גיל שנתיים) ו- BMI לגיל (החל מגיל שנתיים).

גדילה גופנית בטווח הנורמה נחשבת למצב בו ממצאי המדידות נמצאים בטווח שבין קו אחוזון 3 (כולל) ל-97 (לא כולל) בכל העקומות, וכאשר קווי הגדילה האישיים של הילד מקבילים לקווים בעקומות התקן.

גדילה גופנית הדורשת הערכה קלינית אצל רופא ודיאטן מותנית בקיום של לפחות אחד מהמצבים הבאים: אחד או יותר ממדדי הגדילה מצוי מחוץ לטווח התקין (נמוך מאחוזון 3, שווה או מעל אחוזון 97), נרשמה שבירה של קו הגדילה האישי/משמע אינו מקביל לקווי התקן. עבור מדד ה BMI לגיל מומלץ לשקול ביצוע הערכה קלינית כאשר נמצא ערך מעל אחוזון 85 המוגדר כעודף משקל[70].

טבלה 5. טווח עלייה ממוצעת במשקל בתינוקות יונקים אשר נולדו במועד [64]

גיל התינוק (חודשים)	קצב העלייה במשקל (גרם/שבוע)
0-4	155-241
4-6	92-126
6-9	44-96
6-12	50-80

סיכום:

- **עקומות הגדילה שפותחו ע"י ארגון הבריאות העולמי מבוססות על גדילה של תינוקות יונקים, מהוות סטנדרט לגדילה תקינה ויש להשתמש בהן כדי להעריך את גדילתם של כלל התינוקות, ללא קשר לאופן הזנתם.**
- **בימים הראשונים לחייו מתרחשת ירידה נורמטיבית במשקל הגוף של התינוק עד 7% ממשקל הלידה. עד גיל 14-10 ימים אמור התינוק להשיג בחזרה את משקל הלידה שלו. בירידה העולה על 10% ממשקל הלידה יש לפנות ליעוץ רפואי.**
- **במקרים בהם נצפים נתוני גדילה החורגים מהנורמה: מתחת אחוזון 3 או באחוזון 97 ומעלה יש לפנות ליעוץ רפואי.**

6. ניהול הנקה תקין

הנקה הינה המשך טבעי לתהליך ההיריון והלידה. ככלל, נשים מסוגלות להיניק ותינוקות מסוגלים לינוק. עם זאת, בעולם המודרני הנקה אינה אינסטינקטיבית, אלא פעילות נלמדת, ובמטרה להשיג הנקה מוצלחת, קלה ומספקת לתינוק ולאם גם יחד, עולה לעתים צורך בהדרכה, עצה טובה ועידוד. בין הדברים התורמים להנקה מוצלחת נמנים: הכנה קדם לידתית להנקה, הדרכה מקצועית לחיבור נכון לשד, תמיכה של הסביבה הקרובה וכן, הנקה לפי דרישת התינוק [71]. להלן יפורטו קווים מנחים להנקה נכונה ודרכי התמודדות עם אתגרים אפשריים בהנקה.

6.1 קווים מנחים להנקה נכונה

מרגע הלידה התינוק מוכן להתחיל לינוק. להנקה בשעה הראשונה לאחר הלידה יש חשיבות רבה להצלחתה בהמשך. הנקה בסמוך ללידה אפשרית גם לאחר ניתוח קיסרי. אם בשל סיבה כלשהי הנקה מוקדמת אינה מתאפשרת, ניתן להשיג הנקה מוצלחת גם בשלב מאוחר יותר (שעות, ימים, ואף שבועות) [72].

בעת ההנקה ישנה חשיבות לבחירת מקום ותנוחה שיאפשרו לאם ולתינוק להרגיש בנוח, ובמטרה למנוע תחושת מתח בכתפיים, שרירי צוואר מתוחים וכאבי גב אצל האם[73].

בעת הצמדת התינוק אל השד, יש להפנות את גוף התינוק באופן שפניו מול השד ולתמוך בו לאורך העכוז, הגב והעורף, ולא לאחוז בו בראשו, כך שיוכל להניע את ראשו בחופשיות. מומלץ לכוון את אף התינוק אל מול הפטמה, לדגדג שפה עליונה ולחכות שיפתח פה פעור (בדומה לפיהוק) ואז לאפשר לו להתחבר לשד. רצוי שהסנטר והשפה התחתונה של התינוק יוצמדו ראשונים. כמו כן, מומלץ כי סנטר התינוק יגע בשד לאורך ההנקה, כך שבכל תנועה הלסת התחתונה תעסה את השד ותסייע בהעברת החלב. יש לשים לב כי ההילה, ולא הפטמה בלבד, נמצאת בפי התינוק. במידה ואף התינוק צמוד מדי לשד, ניתן לקרב את ישבנו של התינוק לגוף האם, דבר המביא להרחקת האף מהשד. כאשר התינוק מחובר היטב לשד, שומעים קולות בליעה . היצמדות לא נכונה של התינוק לשד לא מאפשרת לו לקבל די חלב ועלולה לפגוע בפטמות האם. במידה והאם מרגישה כאבים בפטמה או אי נוחות, אפשר לנסות לשפר את תנוחת ההנקה ובמידה שאי הנוחות נמשכת יש לעצור את ההנקה ולהתחיל מחדש, ע"י שחרור הוואקום בין פי התינוק לפטמה. ניתן לעשות זאת באמצעות הכנסת אצבע לפינת פיו של התינוק . באופן זה תשתחרר הפטמה בקלות וללא פגיעה **שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת.**.

עם הופעת סימני הרעב הראשונים (תינוק הנע באי שקט, מחפש עם פה פתוח, מוצץ את אצבעותיו) מומלץ להציע לתינוק שד ראשון. לאחר שנרדם יש לנתקו מהשד, להחליף חיתול אם עולה צורך ולהציע שד שני. כאשר הפטמות והשדיים אינם כואבים במהלך ההנקה, השדיים רכים לאחר ההנקה, התינוק רגוע לאחר ההנקה ועולה במשקל כמצופה, ניכרת הצלחה בהנקה **שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת.**.

6.2 דפוסי אכילה של תינוקות יונקים

בימים ובשבועות הראשונים לחיים, תינוקות יונקים אוכלים 8-12 ארוחות ביממה. בתקופה זו מומלץ להניק לפי סימני הרעב שמראה התינוק , המרווחים בין הארוחות אינם בהכרח קבועים ושווים, ואין הבחנה בין יום ולילה. החל מהיום הרביעי לחיי התינוק יש לצפות ל- 5-6 חיתולים רטובים משתן ביממה, והחל מהיום הרביעי ועד גיל 5-6 שבועות יש לצפות לפחות ל 3-4 יציאות צהובות נוזליות ביממה. בהמשך, תתכן אף רק יציאה אחת בשבוע [74].
יילוד שישן שעות ממושכות וצריך להעיר אותו כדי לינוק, מעורר חשש שמא אינו יונק כראוי, וכדאי לבצע הערכה מקצועית של ההנקה[75].

בתקופה של "קפיצות גדילה" (המתרחשות לרוב ביממה השנייה לחיי הילוד, בגיל 14-10 יום, ובגילאים 3 ו-6 שבועות) ייתכן מאד שהתינוק יינק שוב ושוב למשך כמה שעות, אף 3-4 שעות, ורק אז יירדם לזמן ממושך. דפוס אכילה זה מתרחש לרוב בשעות אחה"צ והערב, והורים רבים נוטים לפרש זאת בטעות ככאבי בטן. מדובר בדפוס תקין ושכיח ביותר, שאינו מעיד על כך שאין מספיק חלב או שהחלב אינו משביע. המדדים המעידים על כך שאכן מתקיימת קפיצת גדילה הינם: 3-8 חיתולים עם צואה ביממה, 5-6 חיתולים עם שתן ותינוק חיוני. התינוק יבקש לינוק מספר גדול מאד של פעמים ביממה (16-12) והאם תחוש ששדיה מרוקנים. מתן מידע נכון על כך שהמצב חולף לאחר 48 שעות וביצוע מעקב, יעזור להורים לצלוח תקופה קשה זו. בתקופה זו , יש להניק את התינוק לפי דרישתו עד שיירדם למשך כמה שעות של שינה עמוקה.
עבור תינוק שלעולם לא נראה שבע, במשך כל שעות היממה בוכה זמן קצר לאחר ההנקה, אינו מתנהג בצורה תקינה, כדאי לבדוק האם ההנקה מתנהלת כראוי.

6.3 קשיים נפוצים בהנקה ודרכי התמודדות

מלאות וגודש בשד: רוב הנשים יחוו תחושת מלאות בשדיים בין היממות 3-5 לאחר הלידה. המלאות מתרחשת עקב התנתקות השלייה מקיר הרחם ובעקבות כך חלה ירידה ברמות האסטרוגן והפרוגסטרון ועלייה ברמות הפרולקטין בדם האם, וביכולת היקשרות הפרולקטין לרצפטורים שלו. עלייה ברמות הפרולקטין מביאה לשינוי תכולת החלב והוא הופך מקולוסטרום לחלב מעבר, תוך עלייה משמעותית בנפח החלב. תהליך זה מתרחש הן לאחר לידה וגינלית והן לאחר לידה בניתוח קיסרי.
תחושת המלאות תלווה בחום של השדיים, כבדות, כאב קל ואזורים קשים בשדיים. זהו תהליך תקין וטבעי. כאשר השד מאד קשה והחלב אינו יוצא ממנו, זהו מצב המכונה גודש, ואינו מצב תקין. תתכן חסימה בצינוריות החלב ובצקת, ונדרשת התערבות על מנת למנוע דלקות וירידה בתפוקת החלב.
טיפול מקובל בגודש כולל: הורדת בגדים לוחצים – על מנת לאפשר זרימת דם אל השד וממנו וכן ניקוז לימפתי תקין, ניתן להיעזר בהנקות תכופות ושאיבה/סחיטה ידנית, על מנת לנקז את עודפי החלב במידה ויוצרים כאב משמעותי. מכיוון שזהו שלב אנדוקריני ואינו מבוסס על ביקוש והיצע, ריקון השד לעיתים קרובות לא יוביל להחמרת המצב. בנוסף ניתן לעסות את השד בין ההנקות וכן להניח קומפרס קר על השד (אך לא על הפטמה) למשך עד 20 דקות

לפני או אחרי הנקה או שאיבה. הקור מכווץ את כלי הדם ומאפשר ניקוז לימפתי תקין ויציאה של החלב מהשד בקלות[76].

דלקת בשד (מסטיטיס): זהו מצב נפוץ (מתרחש אצל כ-30% מן המיניקות), העלול להיגרם עקב פינוי לא יעיל של חלב מהשד. דלקת בשד עלולה להופיע בעיקר ב2-3 שבועות לאחר הלידה, בגמילה פתאומית, ובמצבי גודש או צינורית חסומה שלא טופלו כראוי, והביאו לחסימה בזרימת החלב. חסימה בזרימת החלב עלולה לגרום לדלקת, המתבטאת לרוב בכאב ובאודם בשד, תחושה כללית רעה כמו שפעת, ולעיתים חום סיסטמי. לרוב הדלקת מקומית בלבד ואינה זיהומית, אולם ללא טיפול עלול להתפתח זיהום חיידקי. טיפול שמרני כולל קומפרסים קרים, מנוחה וריקון יעיל ותדיר של השד. במצב של חום גבוה (מעל 38.4°c) או אם הסימפטומים אינם משתפרים בטיפול שמרני יש לפנות לרופא.
חשוב לציין, כי במצב של דלקת אין צורך להפסיק את ההנקה, אלא להניק בתדירות מוגברת. הדלקת והטיפול בה (כולל טיפול אנטיביוטי) אינם פוגעים בתינוק או בחלב. ניתן לקחת משככי כאב אם האם אינה רגישה להם [76].

כאבים במהלך ההנקה: ככלל, הנקה לא אמורה לכאוב. אם האישה חווה כאב מתמשך (יותר מכמה שניות לאחר תחילת היניקה), חשוב לבדוק מה גורם לכאב ולטפל בהתאם. יש לציין, כי שימוש במשחות ובקרמים שונים עשוי להקל על הכאב בין ההנקות, אך לא יפתור את המקור לבעיה.
כאבים יכולים לנבוע מגורמים שונים כגון: תנוחה או אחיזה לא נכונה של התינוק או השד, פצעים בפטמה, פטריה בפטמה, טורטיקוליס (צוואר מסובב) אצל התינוק, טונוס נמוך או טונוס גבוה אצל התינוק, לשון קשורה וכיו"ב.
במקרה של כאב מתמשך מומלץ להפנות ליועצת הנקה מוסמכת, על מנת לטפל בגורם הכאב[76].

פצעים בפטמות: פצע ייגרם מלחץ על הפטמה מאחת או יותר מהסיבות שהוזכרו לעיל. הסיבה השכיחה ביותר היא מהיצמדות לא נכונה של פי התינוק לשד. חשוב להקפיד על היצמדות כאשר פי התינוק פעור כבפיהוק, במידה ולא חל שיפור מומלץ להפנות לאיש מקצוע[76].

6.4 שאיבת חלב אם ואחסונו

כאשר לא מתאפשר לתת לתינוק חלב אם באופן ישיר, אפשר לשאוב את החלב מן השד ידנית או בעזרת משאבה. תדירות השאיבה תלויה בסיבת השאיבה. לתינוק שזה עתה נולד וקיימת הפרדה בינו לבין האם (כגון פגים) רצוי לשאוב 8 פעמים ביממה לפחות, כדי ששאיבה סדירה של חלב תביא לייצורו בכמות מספקת. לצורך מתן ארוחות בודדות (למשל, כאשר האם יוצאת לעבוד) מומלץ לשאוב בזמנים שבהם התינוק אמור לאכול. לשאיבה מדי פעם או להגדלת מלאי החלב, אפשר לשאוב לפני, אחרי או בזמן ההנקה (מן השד השני). ראוי לציין, כי שאיבת חלב אם היא מיומנות נרכשת, ולעתים נדרשים מספר ימים עד להשגת שאיבה של כמות החלב הנדרשת. את פעולת השאיבה רצוי לבצע כאשר האם נינוחה ולעתים ריח, בגד או תמונת התינוק עשויים להקל על שחרור החלב. מומלץ לשאוב משד אחד עד שזרימת החלב פוסקת, לשאוב מהשד השני ולחזור על הפעולה מספר פעמים בהתאם לנוחות האם

ולזמן העומד לרשותה חלק מן האימהות מעדיפות להשתמש בערכת שאיבה דו צדדית על מנת לקצר את זמן השאיבה[77].

את החלב השאוב רצוי לאחסן במנות קטנות של 120-60 מ"ל למניעת בזבוז. הנחיות לשימוש בחלב מקורר/מוקפא, כפי שנרשמו ע"י משרד הבריאות בישראל מסוכמות ב**טבלה 6**.

בהזנת תינוק יונק מבקבוק יש להקפיד על טכניקה שלא תפגע בהנקה: החזקה זקופה של התינוק, גירוי שפתי התינוק והכנסת הפטמה לפיו רק כאשר פיו פתוח לרווחה. יש למלא את פטמת הבקבוק עד למחציתה, דבר המאפשר שחרור אויר מפה התינוק וזרימה איטית של החלב ובכך שולט התינוק בקצב הבליעה. בנוסף, מומלצת טכניקת האכלה מדודה, המאפשרת האכלה על פי צרכי התינוק ומפחיתה את הסיכון של האכלת יתר. לפיכך יש להאכיל תוך הקפדה על הפסקות יזומות כל 10 בליעות, תוך השארת פטמת הבקבוק על השפה העליונה של התינוק. באופן כזה יוכל לפתוח את פיו ולאחוז שוב בפטמה כאשר ירצה להמשיך לאכול. ההפסקות מאפשרות הארכת זמן ההאכלה לכ-20 דקות. זהו משך הזמן שלוקח לתחושת השובע להתרחש כתוצאה מאיתות המח ולא מתחושת מלאות יתר שמקורה בקיבה. באופן זה ילמד התינוק לבצע אתנחתא בארוחות גם בעתיד כאשר הוא חש שובע, כפי שעושים תינוקות יונקים[78].

טבלה 6. הנחיות אחסון חלב אם שאוב [79]

אופן האחסון	טמפרטורה	משך אחסון מומלץ	משך אחסון אפשרי	הערות
טמפרטורת החדר	16-29 ºC	3-4 שעות	עד 6 שעות	-
צידנית אטומה עם קרחום	-	-	עד 24 שעות	לשמור על מגע רציף בין הקרחום לכלי עם החלב, להעביר למקרר בהקדם האפשרי
חלב אם טרי במקרר	4 ºC או פחות	3 ימים	5-8 ימים	לאחסן בחלק האחורי של המקרר
חלב אם שהוקפא ומופשר במקרר	4 ºC או פחות	-	עד 24 שעות	לאחסן בחלק האחורי של המקרר
במקפיא בעל דלת נפרדת מהמקרר או במקפיא נפרד (הקפאה עמוקה)	18- ºC או פחות	6 חודשים	עד 12 חודשים	לאחסן בחלק האחורי של המקפיא

6.5 תמיכה בהנקה בעת חזרת האם לעבודה

החזרה לעבודה הוא שלב המאתגר את האם המניקה, ונשים רבות חשות כי עליהן לגמול את התינוק מהיניקה באופן מלא או חלקי. תמיכה מתאימה העשויה להפיג חששות, כמו גם מידע אודות כלל האפשרויות והזכויות של אימהות מניקות עשויים לשמר הנקה/ הזנה בחלב אם שאוב [80].

דרכים אשר נמצאו יעילות בהארכת משך ההנקה לאחר החזרה לעבודה הנן: גישה תומכת של המעסיקים והמעסיקות, קיום שעות עבודה גמישות, מתן אפשרות לעובדת להביא את התינוק למקום העבודה או לשאוב עבורו חלב, והקמת מעון לתינוקות סמוך למקום העבודה[81] [82].

משרד הבריאות הישראלי מפרסם המלצות לפעולות המקדמות סביבה תומכת לאימהות מיניקות במקום העבודה, הכוללות את הצורך בהגדרת חדר נפרד או ייעודי (שאינו חדר השירותים) שישמש לשאיבת חלב בפרטיות ולאחסונו בבטיחות, הנגשת משאבת חלב במקום העבודה, מתן אפשרות לעובדות מיניקות לבצע הפסקה בתשלום לצורך שאיבת החלב/ הנקה, וקידום קבוצות תמיכה והדרכה לעובדות מיניקות[83]. נציבות שירות המדינה בישראל קבעה כי על משרדי הממשלה ויחידות הסמך לאפשר לעובדות מיניקות 2 הפסקות בנות 30-20 דקות במהלך יום עבודה של 8 שעות עד הגיע התינוק לגיל 6 חודשים ו 2-1 הפסקות עד הגיעו לגיל שנה. בנוסף, נדרש חדר או חלל המאפשר פרטיות, ובו כיסא נוח לישיבה ונקודת חשמל לצורך הפעלת משאבה חשמלית לשאיבת חלב, וכן מקרר או מדף במקרר לאחסון החלב השאוב. במקומות בהם לא ניתן לדאוג למקרר, אפשר להיעזר בצידנית קטנה עם קרחונים.[84].

עפ"י כללי זכויות הסטודנט בישראל, במוסדות להשכלה גבוהה יש להקצות בכל קמפוס חדר לצורך הנקה, או בהתאם לצורך מס' חדרים. חדר ההנקה יצויד במקום ישיבה נוח, שקע חשמל, מקרר, משטח החתלה וכיור עם מים זורמים בקרבת מקום [85].

היערכות לקראת החזרה לעבודה חשובה מאוד. מומלץ להתנסות בשאיבת חלב, וללמוד את ההנחיות לאחסון החלב. כמו כן ראוי להתנסות במתן הזנה בבקבוק לתינוק מבעוד מועד. מומלץ להרגיל את התינוק לאכילה מבקבוק עם חלב אם מרגע ביסוס ההנקה, בתדירות של פעמיים בשבוע. כמו כן, מומלץ לבדוק האם התינוק מוכן לאכול חלב אם שהוקפא והופשר, מכיוון שהקפאה עלולה לשנות את טעם החלב. רצוי להקפיא מנה אחת ולבדוק לפני שמקפיאים מנות רבות. במצב בו התינוק אינו מוכן לאכול חלב אם שהוקפא והופשר, ניתן יהיה להאכילו כל יום במנות החלב ששאבה האם יום קודם לכן במקום העבודה [86].

לרוב שאיבת חלב ואחסונו כשבועיים טרום החזרה לעבודה צפויה להספיק[86]. עם היציאה לעבודה כדאי שהאם תשאיר למטפל/ת בתינוק את כמות האוכל הנדרשת לזמן ההיעדרות שלה + מנה נוספת. חלב אם שנותר לאחר שהתינוק כבר אכל ממנו - ניתן להמשיך ולהאכיל מאותו בקבוק למשך השעה הקרובה[79].

אחד הקשיים הנפוצים העולים בקרב אימהות הוא חוסר זמן לשאוב במקום העבודה. במקרים אלה חשוב לבדוק כמה שעות האם תעדר מהבית. כך למשל, אם היא עתידה להעדר למשך 10 שעות ביממה (כולל נסיעות), עליה

לשאוב פעמיים בזמן הזה. היא יכולה להיניק מיד לפני היציאה מהבית לעבודה ומיד עם חזרתה הביתה. חשוב לתאם עם המטפל/ת בתינוק מתן ארוחה בבקבוק (רצוי עם חלב אם) באופן נכון ובזמן מתואם עם חזרת האם.

חשש נוסף הוא מפני ירידה בתפוקת החלב. במקרים אלה יש לבחון כמה פעמים ביממה האם מניקה או שואבת (ההמלצה לפחות 6-8 פעמים), האם החלה בטיפול תרופתי שיכול לפגוע באספקת החלב (גלולות למניעת הריון, תרופות לייבוש נזלת ועוד), האם התקיים שינוי משמעותי במאזן הקלורי אצל האם, אם על ידי שינוי תזונתי או על ידי ביצוע פעילות גופנית משמעותית, האם המשאבה יעילה, האם המשפך של המשאבה מתאים בגודל, האם נעשה שימוש רב במוצץ בשעות בהן האם עם התינוק.

6.6 תהליך הגמילה מהנקה

הגמילה מהנקה מתחילה ברגע שבו התינוק מקבל מזון שאינו חלב אם. על פי המלצות ארגוני בריאות ומשרד הבריאות הישראלי, הנקה בלעדית מומלצת עד לגיל 6 חודשים והמשך הנקה בתוספת מזון משלים החל מגיל זה [2] [3]. ארגון הבריאות העולמי ממליץ על הנקה עד גיל שנתיים לפחות[1]. חקר הקשר בין גיל הגמילה ומשתנים ביולוגיים הקשורים בבשלות לגמילה מהנקה בפרימאטים שאינם בני אדם (משקל האם, הגעת הילד ל-33% ממשקלו הבוגר, אורך ההיריון, בקיעת שיניים קבועות ועוד) מעלה כי לו בני האדם היו גומלים את ילדיהם בהתאם לתבנית הפרימאטית, ללא התחשבות בנורמות ואמונות תרבותיות, רוב הילדים היו נגמלים בטווח גילאים של 2.5-7 שנים[87]. בעולם המערבי פחות מקובל להניק למשך זמן זה, ואם לתינוק או פעוט שיונק מעל גיל שנה וחצי לרוב תיחשף לתגובות שאינן אוהדות. זאת למרות שהאכלה מבקבוק בגיל שנתיים – שלוש ואף יותר, נחשבת תקינה ומקובלת בחברה שלנו.

התחלת אכילת מזון מוצק מהווה התחלת הגמילה הטבעית מהנקה, ומתרחשת לרוב באופן ספונטני בקרב פעוטות המפסיקים לינוק בהדרגה בהתאם להתפתחות ולגיל. בנוסף, באופן טבעי או יזום מתרחשת גמילת לילה. במקרים אלה יש לזכור כי הנקות לילה הינן טבעיות וכי תינוק הישן 6 שעות ברצף, למעשה נחשב כ"ישן לילה". עם זאת יש לזהות ולנסות לעזור לאם להגיע למצב הרצוי לה. חזרה לעבודה אינה מחייבת גמילה מהנקה. בשלב זה יש לתמוך באם תוך הבנת רצונה והתנאים במקום עבודתה. נושא זה מתואר בהמשך המסמך בהרחבה.
לעתים עולה שאלת הצורך בגמילה מהנקה בשל מצב רפואי של האם. במקרים בהם נדרש טיפול תרופתי לאם, יש לבדוק מהו הטיפול והאם נדרשת הפסקת הנקה תוך בירור מול מרכז טרטולוגי. במקרים בהם נדרש טיפול רפואי לאם, יש לבחון מהי דחיפות הטיפול וכמה מהר יש, אם בכלל, צורך לבצע גמילה. כמו כן, ניתן לבחון האם הגמילה צריכה להיות מוחלטת או זמנית.

בעת הגמילה מהנקה חשוב לשמור על העקרונות הבאים: להפסיק בתחילה את ארוחת ההנקה במועד המקשה ביותר על האם, להפחית ארוחת הנקה אחת כל יומיים-שלושה, כאשר הארוחה האחרונה שתופסק היא ההנקה המשמעותית ביותר לתינוק. במהלך הגמילה יש לשים לב למצב השד ולבחון האם לא מתפתחת סתימה או דלקת

בשד עקב ניקוז לא יעיל שלו. במקביל נדרש כמובן למצוא תחליף הולם להנקה, הן מבחינה תזונתית בהתאם לגיל התינוק/פעוט, והן מבחינה רגשית[88].

סיכום:

- **מומלץ להתחיל בהנקה סמוך ללידה ככל הניתן.**
- **תנוחת הנקה נוחה לאם המאפשרת אחיזה נכונה של התינוק, וחיבור נכון של פיו לשד חשובים להנקה מוצלחת.**
- **עם זיהוי סימני הרעב של התינוק יש להציע שד ראשון, בעת שנרדם יש לנתקו מהשד, להחליף חיתול בעת הצורך ולאחר הפסקה קצרה להציע שד שני.**
- **מומלצת הנקה עפ"י דרישת התינוק. בשבועות הראשונים לחייו צפויות 8-12 ארוחות ביממה. עד גיל 5-6 שבועות צפויות לפחות 3-4 יציאות נוזליות וצהובות ביממה. מעל גיל 6 שבועות תתכן תדירות יציאות נמוכה יותר, ואף יציאת אחת בשבוע תחשב לתדירות תקינה.**
- **בין הסימנים להנקה מוצלחת נמנים: תינוק רגוע לאחר ההנקה, התינוק עולה במשקל בהתאם למצופה, ההנקה אינה מלווה בכאב בפטמות/בשדיים. במידה ואחד או יותר מהנ"ל אינם מתקיימים יש לפנות ליעוץ מקצועי. במקרים של כאב מתמשך בשדיים ו/או חום יש לפנות מיד לגורם רפואי.**
- **כשהנקה מהשד אינה מתאפשרת ניתן להציע לתינוק חלב שאוב. לשם כך יש להקפיד על כללי אחסון, ניידות ושימוש בחלב.**
- **ניתן לחזור לעבודה ולהמשיך בהנקה/הזנה בחלב אם, אם נערכים לכך מראש בצורה טובה.**
- **גמילה מהנקה תעשה באופן הדרגתי, תוך הקפדה על מתן תחליף הולם להנקה הן מבחינה תזונתית והן מבחינה רגשית.**

7. הנקה במצבים קליניים מיוחדים

7.1 פגים ותינוקות במשקל לידה נמוך

להנקה ו/או הזנה בחלב אם נרשמו יתרונות רבים ומשמעותיים עבור פגים, תינוקות שנולדו לאחר עיכוב תוך רחמי בגדילה (IUGR) ובמשקל לידה נמוך לגיל ההיריון (SGA). בקרב פגים, נרשמה הפחתה של 58-85% בשיעורי זיהומים ודלקת מעי נמקית (NEC) [89,90]. כמו כן, נמצא כי פגים המקבלים הזנה בחלב אם עוברים מהר יותר מהזנה תוך ורידית להזנה אנטראלית מלאה [91]. בטוח הארוך, מחקרים מראים ציונים גבוהים יותר במבחני אינטליגנציה בגיל ההתבגרות בפגים שינקו [92], וציונים גבוהים יותר במבחנים קוגניטיביים, מוטוריים והתנהגותיים בגילאי 18 ו-30 חודשים בתינוקות שנולדו במשקל נמוך מאוד (VLBW) שהוזנו בחלב אם[91]. כמו כן קיימות עדויות על שיעורים נמוכים יותר של הסינדרום המטאבולי בפגים ותינוקות שנולדו במשקל לידה נמוך שניזונו מחלב אם [93, 94].

במקרים בהם תינוקות אלו אינם יכולים לינוק ישירות מהשד, ניתן להאכילם בחלב אם בדרכי האכלה שונות, כגון: בקבוק, כפית, כוסית מיוחדת, צינורית על אצבע (Finger feeding) או צינורית על השד. שימוש בצינורית האכלה או מכשיר SNS (מערכת תמיכה בהאכלה, המקובלת גם עבור הזנה בתמ"ל) נעשה על ידי הכנסת קצה אחד של הצינורית לפה התינוק בעוד הקצה השני מחובר למזרק/בקבוק המכיל חלב אם. האכלה באמצעות "צינורית על אצבע" תעשה באמצעות האצבע של המטפל במקרים של קשיי מציצה. בצינורית יוזרם חלב אם מבקבוק או מזרק. בטכניקות אלה יעשה שימוש, במידת הצורך, כחלק מייעוץ ההנקה על ידי יועצת הנקה מוסמכת. מומלץ על ייעוץ ולווי מקצועי של האם במצבים מעין אלו, על מנת לוודא מעבר יעיל של חלב ושגשוג בגדילת התינוק בתחילת הדרך ובהמשך הנקה ישירות מן השד[95].

דרכי ההתמודדות עם מצבים רפואיים אפשריים באוכלוסייה זו, כגון התייבשות, היפוגליקמיה, היפרבילירובינמיה וחוסר שגשוג, הינם מעבר ליעודה של סקירה זו, ומתוארים בהרחבה במסמך שפורסם ע"י האקדמיה לרפואת הנקה, ואשר התמקד בהנקת תינוקות שנולדו בין השבועות ה 34-36 ו-37-38 להיריון [96].

7.2 היפוגליקמיה בתינוקות יונקים

היפוגליקמיה זמנית בקרב ילודים בשעות הראשונות לאחר הלידה הינה מצב נפוץ. לרוב, בתינוק בריא שנולד במועד רמות הסוכר מתייצבות עד השעה השלישית לאחר הלידה, תוך הקפדה בעיקר על הנקה בשעה הראשונה שלאחר הלידה, הנקות תכופות בימים הראשונים לחיי התינוק: 10-12 האכלות ביממה, ומגע עור בעור של האם והתינוק. לעומת זאת, היפוגליקמיה מתמשכת ביילוד עלולה לגרום לנזק מוחי ונדרש מעקב רפואי צמוד במטרה למנוע זאת. עם הילודים, אשר בקבוצת סיכון לפתח היפוגליקמיה נמנים: תינוקות לאמא סוכרתית, תינוק שנולד במשקל לידה נמוך/גבוה לגיל ההיריון, תינוק שנולד במשקל הנמוך מ 2500 גרם ותינוק הסובל מזיהום. סימפטומים בולטים להיפוגליקמיה כוללים: רפלקסים מוגזמים, בכי גבוה וצורמני, קוצר נשימה, היפו תרמיה וסירוב לאכול. הטיפול כולל בנוסף להנחיות ספציפיות הקשורות בהזנה גם ניטור סוכר ובעת הצורך מתן תוך ורידי של סוכר ומסוכם בהרחבה בפרוטוקול ספציפי לנושא זה מאת האקדמיה לרפואת הנקה [97].

7.3 תינוקות עם צרכים מיוחדים

חלב אם הוא מזון הבחירה גם לתינוקות בעלי צרכים מיוחדים כגון: חך שסוע, סיסטיק פיברוזיס (עם תוסף של אנזימי לבלב), תסמונת דאון, מחלה לבבית מולדת ובעיות מטבוליות שונות כגון פניל-קטונוריה [96]. בכל אחד מהמצבים הללו האתגר האמתי הינו ביסוס ושמירה על אספקת חלב מלאה. אנשי המערך הרפואי צריכים לערוך מעקב צמוד ולהוות רשת תמיכה ומידע לאם, על מנת לזהות מוקדם ככל הניתן בעיות בהאכלה[98].

7.4 השמנה קיצונית של האם

משקל גוף עודף והשמנת יתר הוכחו כגורמי סיכון לעיכוב בלקטוגנזיס-השתנות הרכב החלב- עם העברת חלב נמוכה כ-60 שעות לאחר הלידה[99]. בנשים אלה עלולים להיות שינויים מטבוליים או הורמונליים, כגון אי ירידה ברמות הפרוגסטרון לרמות הנורמאליות. בנוסף לרמות פרוגסטרון גבוהות ייתכנו גם רמות גבוהות של טסטוסטרון, המופקים בשל עודפי השומן[100] [101]. נשים אלו עלולות לסבול מקשיים בייצור חלב בשל רמות נמוכות של פרולקטין, הגורמות לירידה בייצור החלב ולצורך בשילוב הנקה עם תמ"ל או הפסקה מוקדמת של ההנקה. בנוסף, אימהות במצב של השמנה קיצונית לרוב חוות קשיים טכניים במציאת תנוחת הנקה מתאימה וזקוקות להכוונה מקצועית כגון: סיוע לאם בחדר הלידה להגיע להצמדה של התינוק תוך שעה מהלידה, הנחת מגבת או חיתול בד מגולגל מתחת לשד על מנת לסייע בתמיכה בשד ובשמירה על מעבר אוויר לילוד, תנוחה מתאימה, מידע ומילות עידוד [102] .

7.5 התוויה אפשרית להזנה חלופית

ישנם מצבים בהם קיימת התוויה אפשרית להזנה חלופית להנקה באופן זמני או קבוע, כאשר ישנה עדיפות להצעת חלב אם שאוב כאשר הדבר אפשרי. בין המצבים הללו נמנים חשד לזיהום חלב האם בגין שימוש בתרופות מסוימות, חשיפה של האם לזיהום סביבתי, מצבים חריגים הקשורים בתינוק או באם, כגון יצירת חלב בלתי מספקת או קושי במעבר החלב אשר לא נפתרו לאחר יעוץ מקצועי, כמפורט ב**טבלה 7**.

אופן ניהול המשך ההזנה במצבים אלה, כמו גם הנחיות מפורטות לבחירת המזון המתאים ביותר לתינוקות הללו מתואר בפרוטוקול האקדמיה לרפואת הנקה [103]. ראוי לציין, כי עפ"י פרוטוקול זה מפורטים המצבים בהם יש להימנע מהצעת תמ"ל לתינוק, שכן הדבר עלול לפגוע בהצלחת ההנקה. מצבים אלה כוללים: פטמות פצועות, צהבת בימים הראשונים לאחר הלידה, רצון לתת לאם לנוח או לישון, תקופות בהם התינוק דורש לינוק לעיתים קרובות מאד, ועוד. במצבים כאלה לספק להורים מידע ועזרה מקצועית המאפשרים להתגבר עליהם.

תרופות: רוב תרופות המרשם והתרופות ללא מרשם מותרות בהנקה[104]. מומלץ שאימהות מניקות תיוועצנה במרכז טרטולוגיה לפני נטילת כל תרופה או צמח מרפא. יש לציין כי למרות השימוש הנרחב הקיים כיום בצמחי מרפא, אין מספיק מידע מהימן בדבר בטיחות השימוש בהם בהנקה.

זיהום סביבתי: חלב אם הינו המזון הבטוח ביותר עבור תינוקות וילדים. יש לחשוש לזיהום החלב רק במידה שהייתה חשיפה חריגה של האם לחומרי הדברה ולמתכות כבדות[105] [106]. גורמים מזהמים יכולים לחדור לחלב כאשר האם

נחשפה להם גיאוגרפית, תעסוקתית או בתאונה. הסכנה הגדולה ביותר בחשיפה לחומרים מסוכנים הינה, על פי מחקרים, לפני הלידה, וסביר להניח כי גם העובר נחשף לחומרים אלה במהלך ההיריון. מחקרים מראים כי גם כאשר רמות החומרים המזהמים גבוהות בחלב האם, עדיין עדיף ברוב המקרים להמשיך בהנקה[שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת. 107]. מומלץ במקרים בהם קיים חשש לחשיפה לזיהום להתייעץ עם גורם רפואי מוסמך (רופא תעסוקתי למשל) באשר להחלטה על הנקת התינוק.

עישון וצריכת אלכוהול: מצבים אלה עלולים לחבל בהנקה כמו גם לפגוע בתינוק, ומתוארים בהרחבה בפרק הבא. יש לעודד נשים מניקות להימנע מכך. עם זאת, במרבית המקרים עדיפה הנקה על פני אי הנקה במקרים אלה.

טבלה 7. מצבים מיוחדים בהם קיימת התוויה אפשרית להזנה חלופית להנקה [103]

מצבים הקשורים בתינוק	מצבים הקשורים באם
היפוגליקמיה א-סימפטומטית אשר אינה מגיבה להנקה בתדירות גבוהה	מעבר לא תקין של חלב מהאם לתינוק
התייבשות משמעותית (מעל 10% ממשקל הגוף, רמות נתרן גבוהות, חוסר יניקה מספקת)	סינדרום שיהן^ אצל האם
איבוד של מעל ל-10% ממשקל הלידה הקשור בעיכוב בשלב לקטוגנזיס 2*	התפתחות לא מספקת של רקמת השד אצל האם (מתרחשת בפחות מ-5% מן הנשים), הגורמת ליצירה לא מספקת של חלב
עיכוב בפעילות המעיים או הפרשה מתמשכת של מיקוניום ביום החמישי לאחר הלידה	פתולוגיות מסוימות בשד או ניתוחי שד מסוימים, העלולים לגרום לבעיה באספקת חלב
היפרבילירובינמיה אצל התינוק	כאבים קשים של האם בזמן ההנקה, אשר אינם נפתרים לאחר קבלת ייעוץ מקצועי
יניקה לא מספקת למרות ייצור חלב מתאים	
* שלב השתנות הרכב החלב ב - 38-98 שעות לאחר הלידה ואילך	^ דימום משמעותי לאחר לידה, הגורם לתמת של ההיפופיזה

סיכום:

- **ישנם מצבים מיוחדים בהם עולה קושי בהנקה, הדורשים ליווי רפואי והיוועצות ביועצת הנקה, ואף התוויה להזנה חלופית. שימוש בחלב אם שאוב הינו הבחירה המועדפת במרביתם.**
- **להזנה בחלב אם השפעה משמעותית על הפחתת הסיכון לזיהומים ו NEC בקרב פגים, הפחתת הסיכון לתסמונת מטאבולית בבגרות וכן השפעה המיטיבה עם התפתחות קוגניטיבית, מוטורית והתנהגותית בתינוקות שנולדו פגים ובמשקל לידה נמוך.**
- **בחשד לזיהום בשל תרופות או זיהום סביבתי יש להתייעץ עם גורמים מוסמכים כגון מרכז טרטלוגי, רופא תעסוקתי.**

8. התוויות נגד להנקה

קיימים מקרים נדירים בהם ההנקה אינה מומלצת, שכן היא עלולה לסכן את התינוק[2]. בחלק מן המקרים אין לתת כלל חלב אם ואילו באחרים ניתן להציע לתינוק את חלב אמו השאוב. ב**טבלה 8** מסוכמים מצבים אלה וההנחיות להזנה.

טבלה 8. התוויות נגד להנקה ואפשרויות ההזנה [2].

התוויה	אפשרויות הזנה
תינוק עם גלקטוזמיה	אינו יכול לקבל חלב אם. זקוק לתמ"ל מיוחד.
אם עם HTLV (Human T cell Lymphographic Virus)	אין להניק ואין לשאוב חלב
אם עם ברוצלוזיס (קדחת מלטה) לא מטופלת	אין להניק ואין לשאוב חלב
אם נשאית HIV או חולה ב-AIDS	ברוב המדינות המפותחות (כולל ישראל) לא מומלץ להניק. במדינות מתפתחות, בהן שיעורי התמותה גבוהים בתינוקות שאינם יונקים, קיימת המלצה להנקה בלעדית של התינוקות.
אם עם שחפת פעילה לא מטופלת	ניתן לשאוב את החלב ולתת לתינוק. ניתן לחזור להנקה ישירה מהשד לאחר שבועיים של טיפול, ולאחר שנעשה וידוא שהאם אינה נושאת עוד את הזיהום.
אם הנושאת פצעים של herpes simplex על השד	ניתן לשאוב את החלב ולתת לתינוק
אבעבועות רוח אצל האם סמוך ללידה	ניתן לשאוב את החלב ולתת לתינוק

לא קיימת התוויית נגד להנקה במקרים בהם האימא חולה בהפטיטיס, נחשפה למזהמים סביבתיים ברמה נמוכה או חולה ב- Febrile CMV (ציטומגלווירוס)[108] . תינוקות עם פנילקטונוריה יכולים לקבל כמות מוגבלת של חלב אם בתוספת פורמולה מיוחדת ללא פנילאלנין להשלמת כל צרכיהם התזונתיים[2]. חלב אם מכיל כ-0.41 מ"ג/ מ"ל של פנילאלנין ובהתאם לכמות הפנילאלנין המותרת לתינוק ניתן לחשב את כמות חלב האם שהוא יכול לקבל ואת תוספת הפורמולה לה הוא זקוק בהנחה שניתן לערוך מעקב אחר רמות הפנילאלנין בדם.

נשים מעשנות: יש לעודדן להפסיק לעשן או לפחות לא לעשן בבית ו/או בקרבת התינוק. במקרה שמדובר באם החשופה לעישון פאסיבי יש להדריכה להימנע ככל הניתן מהחשיפה לעשן הסיגריות. עישון קשור בהגברת הסיכון לאלרגיות במערכת הנשימה של התינוק[109] וכן למות עריסה[110]. עישון הוא גם גורם סיכון לירידה באספקת החלב ולחוסר עליה מספקת במשקל התינוק[111]. למרות זאת, עדיף שאישה מעשנת תניק את התינוק מאשר שתימנע מהנקה מסיבה זו ובכך לא תעניק לו את ההגנה שעשוי לקבל [2]. עישון מיד לאחר ההנקה מפחית את החשיפה לניקוטין בהנקה הבאה (זמן מחצית החיים של ניקוטין הינו כשעה וחצי).ייעוד חולצה ספציפית לזמן העישון

וההחלפתה טרם הטיפול בתינוק, כיסוי השיער בזמן העישון ורחיצת ידיים לאחר העישון מפחיתים אף הם את חשיפת התינוק לעשן[112].

נשים השותות אלכוהול: אלכוהול עלול להקהות את תגובת הפרשת הפרולקטין כתוצאה ממציצת התינוק ולהשפיע לרעה על ההתפתחות המוטורית של תינוקות[113]. על כן יש להדריך נשים השותות אלכוהול להפחית ככל הניתן בשתייתו בתקופת ההנקה ובכל מקרה לא לעבור את הכמות של 0.5 גרם אלכוהול לק"ג משקל גוף. יש לחכות פרק זמן של שעתיים לפחות בין שתיית האלכוהול ובין ההנקה על מנת להקטין ככל הניתן את ריכוזו בחלב. מומלץ לשמור מנת חלב שאוב נקי מאלכוהול, לשימוש לאחר שתיית אלכוהול בכמות גדולה מן המותר[112].**שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת.**

במקרים בהם לא ניתן להניק או לתת חלב שאוב כדאי להתייעץ עם גורם רפואי מוסמך לגבי האפשרות להזין את התינוק בחלב של אם אחרת **מבנק חלב אם**. משרד הבריאות פרסם סטנדרטים להפעלת בנק חלב, אשר יהיה מיועד בעדיפות ראשונה לפגים (עד משקל 1.5 ק"ג או פחות מ-32 שבועות גיל הריון), לתינוקות עם תת ספיגה ו/או אי סבילות לתמ"ל או בעלי ליקויים במערכת החיסון, ולתינוקות עם מומים מולדים במערכת העיכול, ובעדיפות שניה לתינוקות אחרים, שאינם יכולים לקבל את חלב אמם מסיבות שונות [114]. נכון לזמן כתיבת מסמך זה קיימת בישראל הערכות להקמת בנק חלב אם.

סיכום:

* **קיימים מקרים נדירים בהם ההנקה אינה מומלצת. בחלקם ניתן לתת לתינוקות חלב אם שאוב, ובמקרים אחרים חלב של אם אחרת מבנק חלב אם, או תמ"ל.**
* **יש לעודד נשים מעשנות ו/או השותות אלכוהול להימנע מכך בתקופת ההנקה. בכל מקרה עדיפה הנקה מאשר אי הנקה מסיבות אלה.**

9. גורמים המשפיעים על התחלת ההנקה ועל משכה

על אף התרחבות הידע לגבי השפעותיה החשובות של ההנקה, עדיין נשים רבות אינן מיניקות, או מיניקות לתקופה קצרה בלבד. ההנקה הינה אמנם פעולה טבעית, אך היא התנהגות נלמדת, וניכר כי יכולתן של נשים להצליח בהנקה כרוכה בתמיכה שהן מקבלות מהסביבה הרפואית, החברתית והמשפחתית. עדויות רבות מראות, כי אימהות ומשפחות נזקקות לתמיכה פעילה בכדי להתחיל בהנקה ולהתמיד בה [71] [115].

הסיבות העיקריות שציינו אימהות אמריקאיות לבחירתן בהנקה היו: מחיר כלכלי ונוחות [116]. אימהות ישראליות ציינו כסיבות עיקריות להנקה את הרצון בקשר טוב עם הילד ושמירה על בריאותו [6]. מסקר מב"ת לרך עולה שכ-40% מהאימהות הניקו בפועל פרקי זמן קצרים יותר ממה שתכננו מלכתחילה[6].

נמצא כי הגורמים העיקריים המשפיעים על אי הנקה או הפסקה מוקדמת של ההנקה הינם: צוות לא תומך בבית החולים, ידע לקוי של האם, אמונות אישיות וחוסר תמיכה משפחתית בהנקה [117] [118]. אימהות שלא היניקו, או שהיניקו לזמן קצר (פחות מ-3 חודשים) דיווחו על חסמים כגון: חוסר בטחון בכך שהתינוק מקבל מספיק חלב, האמונה שהן אינן מייצרות מספיק חלב, בעיות בשדיים או בפטמות, עייפות של האם, חוסר נוחות להיניק בציבור, חזרה לעבודה, דאגה בשל איבוד משקל של התינוק, הגבלות תזונתיות של האם וחוסר היכולת שמישהו אחר יאכיל את התינוק פרט לאם [117] [118] [119] [120] [121]. הסיבות העיקריות שצוינו להפסקה מוקדמת של ההנקה בקרב אימהות בישראל היו כמות ו/או איכות החלב, אי נוחות הקשורה בהנקה, עייפות, קשיים בטכניקת ההנקה, בעיות בשד וחוסר עליה מספקת במשקל התינוק. בקרב ישראליות יהודיות, אף כאבי בטן אצל התינוק היוו סיבה להפסקת הנקה. סיבות מרכזיות להפסקת הנקה לאחר גיל 3 חודשים בישראל היו חזרה לעבודה וכמות ואיכות נמוכה של החלב לטענת האימהות [6].

אימהות עשויות להתמיד בהנקה ככל שהן מודעות יותר להשפעותיה החיוביות. נמצא שנשים מגיעות להחלטה על אופן הזנת התינוק כבר במהלך ההיריון או אפילו לפניו, ולכן קיימת חשיבות רבה בהדרכת האימהות על הזנת התינוק, עוד לפני הלידה, על ידי כל הגורמים המקצועיים המלווים את האישה והעוקבים אחר ההיריון[71]. על מנת לעודד המשך הנקה בשבועות ובחודשים הראשונים, יש צורך לספק לאימהות את הכלים להתמודדות עם הקשיים האפשריים העלולים להתעורר במהלך השבועות הראשונים של ההנקה[121] [122].

9.1 תמיכת שירותי הבריאות

בית היולדות: השעות והימים הראשונים לחיי התינוק מהווים חלון הזדמנויות קריטי לביסוס ההנקה ולמתן התמיכה הנדרשת לאימהות להנקה מוצלחת. תמיכת בית היולדות בהנקה יכולה להשפיע על הצלחתה ומשכה לא רק במהלך השהייה בבית החולים, אלא גם לאחר השחרור. אימהות רבות שתכננו להמשיך בהנקה בלעדית לאורך זמן, מאכילות את התינוק בתמ"ל הרבה לפני הזמן המתוכנן, בשל קשיים בהנקה, או מפני שהתינוק הוזן בתמ"ל בבית החולים לאחר הלידה [123] [124]. אימהות רבות מאמינות שחלב האם בעל תועלת רבה לתינוקן, אך יחד עם זאת מאמינות גם שהצגה מוקדמת של תמ"ל ושל מזון מוצק הכרחית ולעיתים קרובות בלתי נמנעת, בעיקר בתינוקות

חסרי מנוחה, כאלה שאינם ישנים טוב או כאלו שקיבלו תמ"ל בבית החולים[125]. השתתפות בסדנאות הנקה עוד בתקופת ההיריון מגדילה את סיכויי ההנקה ומשפרת את משך ההנקה הבלעדית[116]. היוזמה להקמת **"בתי חולים ידידותיים לתינוקות"** (Baby Friendly Hospital Initiative) – הינה בינלאומית וממומנת על ידי ארגון הבריאות העולמי והקרן הבינלאומית של האו"ם למען ילדים (UNICEF)[126]. מטרת יוזמה זו הינה לעודד בתי חולים ובתי יולדות להציע רמה אופטימאלית של הגנה, קידום ותמיכה בהנקה. על בית החולים למלא אחר 10 סעיפים (10 steps) על מנת להיות מוכר כ"ידידותי לתינוק"[127]. היוזמה מסייעת לבתי החולים לספק לנשים מיניקות מידע, לתת להן תחושת בטחון ואת המיומנויות הנדרשות על מנת להצליח בהנקה לאורך זמן. הנקה בשעה הראשונה לאחר הלידה, הזנה בחלב אם בלבד בבית היולדות, ביות מלא (שהייה משותפת של האם והתינוק באותו חדר) והפנייה לייעוץ הנקה בקהילה, הנם בין הצעדים שנמצאו בעלי אפקט חיובי על משך ההנקה[127]. נכון למועד פרסום נייר עמדה זה, רוב בתי החולים בישראל מאפשרים קיומם של חלק מהצעדים הללו, אולם לא קיים עדיין בית חולים המיישם את כל הצעדים במלואם. לדיאטנים בבתי החולים תפקיד חשוב בקידום יישומם של עשרת הצעדים ברמה האירגונית ומימושם בפועל ע"י היולדות, תוך הדרכה מקצועית קבוצתית ופרטנית שלהן.

עשרת הצעדים לקיום בתי חולים ידידותיים לתינוקות [127]
1. העברת מדיניות הנקה באופן שגרתי לכל הצוות והימנעות מקידום השימוש בתמ"ל, בקבוקי האכלה, ופטמות.
2. הקניית הכישורים הדרושים ליישום מדיניות ההנקה לכל הצוות.
3. יידוע כל הנשים ההרות על יתרונות ההנקה וביצועה.
4. עידוד מגע עור לעור וסיוע לאימהות להתחיל בהנקה מיד לאחר הלידה.
5. הנחיית האימהות בהנקה והמשכה, גם אם עליהן להיפרד מן התינוק מסיבה כלשהי.
6. הימנעות ממתן כל מזון או משקה פרט לחלב אם, אלא אם קיימת התוויה רפואית. במקרים בהם נדרש תיסוף: מתן עדיפות לחלב מבנק חלב אם והדרכה להזנה בטוחה מבקבוק.
7. ביצוע ביות (rooming in) למשך 24 שעות ביממה.
8. עידוד ההנקה לפי דרישת התינוק.
9. הנחיית האימהות לגבי השימוש במוצצים, פטמות ובקבוקי האכלה לתינוקות יונקים.
10. עידוד קבוצות תמיכה לנשים מיניקות והפנייתן לקבוצות תמיכה בקהילה לאחר השחרור מבית היולדות.

שירותי הבריאות בקהילה: הזמן הקצר שמבלות יולדות בביה"ח לאחר הלידה גורם לכך שמירב האחריות על תמיכה בהנקה מוטל על הצוות הבריאותי בקהילה (צוותי טיפות החלב, רופאי ילדים, דיאטנים, יועצות הנקה). על הצוותים האלה לספק ייעוץ ותמיכה באופן עקבי כדי לעודד הנקה יעילה וממושכת. נמצא כי לייעוץ מקצועי בהנקה יש אפקט משמעותי על הנקה בלעדית בחודשים הראשונים. נמצא אף קשר בין ייעוץ מקצועי למשך ההנקה, אולם

הוא היה משמעותי בגיל 4 חודשים בלבד [128]. סקירה נוספת הראתה שתמיכה שהתקיימה במרפאה הראשונית הצליחה להאריך את משך ההנקה קצרת הטווח (1-3 חודשים) כשניתנה במשולב מגורם מקצועי ומחברה ו/או קרוב/ת משפחה. תמיכה שניתנה הן בתקופת ההיריון והן לאחר הלידה הביאה לשיעור גבוה יותר של הנקה בטווח הבינוני והארוך (4-8 חודשים). סוגי התמיכה האפשריים כללו את הבאים: תמיכה כלל-ארגונית בהנקה, הדרכת הנקה מסודרת, ראיון הנעתי (motivational interviews)[129] .

לדיאטנים תפקיד חשוב בקידום ההנקה בקהילה ע"י מתן תמיכה הכוללת ייעוץ והתערבויות התנהגותיות לשיפור תוצאי ההנקה, לדוגמה: סיוע לאם ולתינוק בחיבור לשד ובתנוחת הנקה, סיוע במצבי משבר בהנקה, ייעוץ לנשים החוזרות לעבודה או ללימודים על המשך הנקה ומענה על שאלות האימהות ובני המשפחה. ניתן להשתמש במגוון שיטות לצורך מתן תמיכה מקצועית: ייעוץ פנים אל פנים, ייעוץ באמצעות האינטרנט, בטלפון, ובמפגשים פרטניים וקבוצתיים, בעת הצורך להפנות ליועצי הנקה מוסמכים. משרד הבריאות מחייב מעבר הכשרה מתאימה בנושא הנקה לכל הצוותים העובדים בטיפות החלב (כולל דיאטנים) [130].

9.2 תמיכה בהנקה בקהילה

תמיכת בן הזוג: תמיכה של בן הזוג חשובה ביותר, ובמקומות בהם האבות עברו הכשרה לסייע לנשותיהם ולתמוך בהן, שיעורי ההנקה היו גבוהים יותר[131] . מחקר מבוקר הראה כי שיעורי ההנקה הבלעדית בגיל 6 חודשים עמדו על 25% אצל נשים שאמרו כי בן הזוג תומך בהן לעומת 15% בלבד בנשים שלא קיבלו תמיכה מבן זוגן. תוצאה דומה התקבלה גם במחקרים נוספים[132]. מחקר אורך בהשתתפות 317 זוגות בהריון ראשון לאורך שנה לאחר הלידה, הראה כי דעותיו של בן הזוג וגישתו לנושא ההנקה הם גורמים משמעותיים בהחלטת האם להיניק. עוד נמצא כי בני זוג שנשותיהם נוטות להנקה יהיו לרוב גם הם בעד הנקה. תמיכת בן הזוג בהנקה מהווה מעין "אישור" וקבלה שלו את התינוק כחלק מהמשפחה בראותו את טובת הילד ואת ההנקה כגורם משמעותי בכך[133].

תמיכה במקומות העבודה: גם כאשר קיימת תמיכה משפחתית וקהילתית טובה בהנקה, נשים רבות מפסיקות להיניק כאשר הן יוצאות לעבודה מחוץ לבית. נראה כי היציאה לעבודה אינה משפיעה על התחלת הנקה, אולם היא מקצרת את משכה [6] [7] . משרד הבריאות פרסם הנחיות למעסיקים ליצירת אווירה תומכת הנקה במקום העבודה לעובדות מיניקות[134]. ארבעת המרכיבים העיקריים הינם: הקצאת מקום פרטי לשאיבת חלב, גמישות בשעות ההפסקה לשאיבת חלב, גמישות בשעות העבודה, וחינוך להנקה לעובדות ותמיכה בהן. באוגוסט 2010 נוספה בישראל פסקה 33.371 בתקנון שירות עובדי המדינה (תקשי"ר) בנושא הקצאת מקום הנקה לאם עובדת, בכדי להפוך את שירות המדינה למקום עבודה תומך הנקה עבור עובדות המעוניינות בכך[84]. על פי התקש"יר, על המעסיקים במשרדי הממשלה השונים וביחידות הסמך להקצות חדר לעובדות מיניקות לצורך שאיבת חלב, עם תנאים המתאימים לשאיבה, ולאפשר להן הפסקות על פי הצורך במהלך יום העבודה לשם שאיבת חלב (זאת ללא קשר לקיצור יום העבודה בשל הזכות ליום עבודה מקוצר עד לגיל 7 חודשים, הנקרא גם "שעת הנקה").

ארגונים לעידוד הנקה בישראל: כל יולדת זכאית לקבל הדרכת הנקה (פרטנית או קבוצתית) בטיפת חלב[135]. כמו כן, ניתן לקבל ייעוץ אצל יועצות הנקה במסגרת הביטוחים המשלימים של קופות החולים, בהתאם לכללים של כל

קופה. באתר "כל הבריאות" ניתן לקבל מידע על הזכאויות השונות לייעוץ והדרכה בנושא הנקה[136]. פרט לארגוני הבריאות (משרד הבריאות, שירותי הבריאות השונים בקהילה) ניתן להיעזר בארגונים נוספים, בהם ליגת לה לצ'ה והאיגוד הישראלי ליועצות הנקה מוסמכות.

ליגת לה - לצ'ה ישראל מעניקה תמיכה ומידע בהתנדבות בנושאים הקשורים בהנקה. במסגרת פעילות הארגון מתקיימים מפגשי אימהות חודשיים בכל רחבי הארץ, אותם מובילות ומנחות המדריכות המתנדבות. המפגשים עוסקים במגוון נושאים הקשורים לאימהות דרך הנקה. ניתן לקרוא מידע נוסף על פעילות העמותה ולהפנות אימהות מיניקות לקבוצות התמיכה של ליגת לה לצ'ה באתר האינטרנט, בו מצוי אף מידע מקצועי רב ערך בנושא הנקה[137] .

האיגוד הישראלי ליועצות הנקה מוסמכות (EICLC) הינו עמותה הפועלת לקידום, הגנה ותמיכה בהנקה כדרך האופטימלית להזנת תינוקות ופעוטות. האיגוד שם לו למטרה לקבל הכרה רשמית במקצוע "יועצת הנקה מוסמכת" ע"י שלטונות מדינת ישראל, ולעודד את העוסקים בקידום ותמיכה בהנקה. באתר האיגוד [138] ניתן לאתר יועצת הנקה מוסמכת על פי אזור המגורים ולהיעזר בה במקרה הצורך. כמו כן באתר האינטרנט של האיגוד מידע מקצועי רב בעל ערך בנושא הנקה. יועצת הנקה בעלת הסמכה מהוועד הבינלאומי (IBCLC International Board Certified Lactation Consultant) היא אשת מקצוע בתחום הבריאות, המתמחה בניהול הקליני של ההנקה. יועצות הנקה IBCLC מקבלות את הסמכתן מן הארגון המכונה "הוועד הבינלאומי של בוחני יועצות הנקה" (IBLCE)[139] הפועל תחת הוועדה הלאומית לסוכנויות הסמכה בארצות הברית (U.S. National Commission for Certifying Agencies). יועצות הנקה IBCLC עובדות במגוון מקומות שונים המציעים טיפול רפואי, ובכללם בתי חולים, מרפאות ילדים, מרפאות ציבוריות וקליניקות פרטיות. יועצות הנקה יכולות לסייע במצבים שונים כגון: הערכה וייעוץ טרום-הלידה, מיקום והצמדת התינוק, מניעת קשיים אצל האם וניהולם, לדוגמא: כאב בשד וגודש, נושאים הקשורים בייצור החלב, ניהול ההנקה כאשר תינוק עולה במשקל בקצב איטי, הנקת פגים, הנקת תינוקות בעלי קשיים נוירולוגיים או נכויות גופניות, בעיות מציצה הפוגעות בהנקה, הפרדה בין האם לתינוק כתוצאה מעבודה, סיבות רפואיות או לימודים.

9.3 שיווק והפצה של תרכובות מזון לתינוקות (תמ"ל)

דרכי שיווק והפצה לא הולמות ולא אתיות של תרכובות מזון לתינוקות גרמו לתינוקות רבים במדינות העולם השלישי להגיע למצבים של תת תזונה ותמותה כתוצאה ממים מזוהמים ומזון מדולל [5]. בעקבות כך אימץ ארגון הבריאות העולמי בשנת 1981 את הקוד הבינלאומי לשיווק תרכובות מזון לתינוקות, וקרא למדינות השונות להפוך אותו לחוקים ולתקנות [140] (ראה תקציר, **טבלה 9**). מטרתו של הקוד הינה להגביל את דרכי השיווק של תמ"ל ומוצרים נלווים (בקבוקי האכלה ופטמות), ובכך להגן על המאמצים לעידוד ההנקה. הקוד מכיר בכך שעובדי בריאות, אימהות ומשפחות חשופים לדרכי שיווק ישירות ועקיפות של תמ"ל ומזונות אחרים העלולים לבוא במקום הנקה, ואף מושפעים מכך. הקוד מפרט את אחריותן של ממשלות, מערכות בריאות, עובדי בריאות וחברות שיווק והפצה של תמ"ל להגנה על הנקה. בכל מדינה תלוי יישום הקוד בקיום חוקים ותקנות ברוח הקוד ובאכיפתם. במדינות רבות

עדיין מתקיימות הפרות רבות של הקוד, כולל בישראל [141] [142] . על פי ההערכות, 34 שנים לאחר אימוץ הקוד עמדו המכירות העולמיות של תמ"ל על 44.8 ביליון דולרים והן צפויות לעלות ל-70.6 ביליון דולרים בשנת 2019 [143]. שיווק תמ"ל ע"י תעשיית מזון התינוקות וזמינות התמ"ל, כולל חלוקה של דוגמיות תמ"ל בחינם מעלות את שיעורי ההזנה מבקבוק[144] [145]. פרסומות התמ"ל מפחיתות בחשיבות ההנקה בכך שמציגות את התמ"ל כשווה ערך להנקה או אף טוב ממנה, או המציגות את ההנקה כבחירה באורח חיים מסוים ולא כהחלטה בעלת השלכות בריאותיות וכלכליות[146]. אימהות מדווחות כי אמצעי התקשורת מהווים עבורן מקור מידע חשוב בנושא של הזנת תינוקות, וממצאים ממספר מדינות מראים קשר בין פרסום תמ"ל וירידה בשיעורי ההנקה[147] [148]. על דיאטנים להיות ערים לניגוד עניינים אפשרי, כולל בשימוש בחומרי הסברה והדרכה לקהל הרחב, הממומנים ע"י גופים מסחריים הקשורים בהזנת תינוקות.

טבלה 9. תקציר הקוד הבינלאומי לשיווק תרכובות מזון לתינוקות (תמ"ל)[140]

נושא	פירוט
מטרת הקוד	להגן על ההנקה ולקדמה ע"י אבטחת שיווק והפצה הולמים של תמ"ל
המוצרים אליהם מתייחס הקוד	למוצרים המשווקים או המוצגים כתחליף חלקי או מלא לחלב אם. מוצרים אלה כוללים מזון או משקאות כגון: תמ"ל, מוצרי חלב אחרים, דגנים לתינוקות, מחיות מזון לתינוקות, תה ומיץ לתינוקות, פורמולות המשך. הקוד מתייחס גם לבקבוקי הזנה ופטמות. בחלק מן המדינות הורחב הקוד גם למוצצים.
פרסום	אין לפרסם את המוצרים הנ"ל לציבור**.**
דוגמיות	אין לחלק דוגמיות חינם לאימהות, למשפחותיהן או לעובדי בריאות.
מתקנים של מערכת הבריאות	אין לקדם מוצרים אלה במתקנים של מערכת הבריאות בכל צורה שהיא, כגון: תצוגות, פוסטרים או הפצה של חומרים שיווקיים. אין לאפשר לעובדים של חברות מזון לתינוקות לתת הדרכה להורים בתוך מתקנים של מער' הבריאות או באמצעותה.
עובדי מערכת הבריאות	אין לתת מתנות והטבות לעובדי בריאות. מידע הניתן לעובדי מערכת הבריאות באשר למוצרים חייב להיות עובדתי ומגובה בראיות מדעיות.
אספקה	אין לספק למערכת הבריאות (כולל מחלקות יולדות, בתי חולים, קופות חולים, טיפות חלב) מוצרים אלה בחינם או בהנחה.
מידע	חומרי ההסברה חייבים לספק מידע ברור על יתרונות ההנקה, על הסיכונים הבריאותיים הקשורים בהזנה מבקבוק ועל השלכות השימוש בתרכובות מזון לתינוקות.

תוויות	תוויות המוצרים חייבות לציין את עובדת עליונות ההנקה על כל הזנה אחרת, הצורך בהתייעצות עם עובד בריאות לפני ההזנה בתמ"ל וכן אזהרה לגבי הסיכונים הבריאותיים. אין לכלול תמונות של תינוקות או כל תמונה או טקסט אחר, העלולים להציג את התמ"ל כמזון אידיאלי לתינוקות.
מוצרים	אין לקדם לתינוקות מוצרי מזון בלתי הולמים, כגון חלב מרוכז ממותק. על כל מוצרי המזון המיועדים להזנת תינוקות להיות בעלי איכות גבוהה (עפ"י הסטנדרטים של הקודקס אלימנטריוס), לכלול תאריכי תפוגה ולקחת בחשבון את תנאי האקלים והאחסון בארץ אליה הם מיועדים.

סיכום:

- **הנקה היא פעולה טבעית, עם זאת היא התנהגות נלמדת, אשר הצלחתה תלויה בתמיכה של אנשי מקצוע בבתי החולים ובקהילה, מקומות העבודה, והסובבים את האם ותינוקה.**
- **קיימת חשיבות רבה להדרכת אימהות על הזנת התינוק עוד לפני הלידה. על מנת לעודד המשך הנקה, יש צורך לספק לאימהות את הכלים להתמודדות עם הקשיים האפשריים העלולים להתעורר במהלך השבועות הראשונים של ההנקה.**
- **תמיכת בית היולדות בהנקה יכולה להשפיע על הצלחתה של ההנקה ומשכה לא רק במהלך השהייה בבית החולים, אלא גם לאחר השחרור. על כן, לבתי חולים מעודדי הנקה חשיבות רבה בהצלחה בהנקה.**
- **חשיבות ניכרת ישנה להמשך התמיכה בהנקה ע"י מגוון גופים בקהילה, המספקים יעוץ זמין באופן פרטני וקבוצתי לנשים מיניקות.**
- **שמירה על הקוד האתי הבינלאומי בדבר שיווק והפצה של תמ"ל בעלת חשיבות רבה, שכן לשיווק והפצה בלתי הולמים השפעה שלילית על הנקה.**
- **במקרים של קשיים המתעוררים בהנקה מומלץ להפנות ליעוץ רפואי/יועצת הנקה מוסמכת.**

10. תפקידים ותחומי האחריות של הדיאטנים בקידום ההנקה ובתמיכה בהנקה בישראל

באחריותם של הדיאטנים בישראל לקדם את ההנקה ולתמוך בנשים מיניקות, בשל החשיבות הבריאותית הרבה, לתינוקות ולאימהות, בטווח הקצר והארוך. לצורך כך, על ציבור הדיאטנים בישראל לדעת ולהבין את משמעות ההנקה עבור האם והתינוק ולהכיר את הסיכונים הכרוכים באי הנקה. על הדיאטנים להכיר את המצבים בהם יש להפנות לייעוץ מקצועי בהנקה, את דפוסי הגדילה התקינים של התינוק היונק ואת הדרכים לסייע לאם המיניקה להתכונן לקראת חזרתה לעבודה ולהמשך הנקה תוך הוספת מזון מוצק.

עמותת עתיד מדגישה כי לדיאטנים תפקיד חיוני בקידום ההנקה ובתמיכה בנשים מיניקות באמצעות אספקת מידע עדכני ומעשי לנשים הרות ולנשים לאחר לידה, תוך עירוב בני המשפחה והחברים בחינוך להנקה ובייעוץ. על הדיאטנים לפעול להפיכת הבחירה בהנקה לבחירה הקלה, תוך הסרת מחסומים אפשריים להנקה, יצירת שיתופי פעולה עם ארגונים נוספים המקדמים הנקה וקיום מדיניות לאומית, המציבה את ההנקה כנורמה להזנת תינוקות בישראל. על הדיאטנים, כמו כלל אנשי המקצוע לעשות כן, תוך כיבוד האוטונומיה של האימהות ומשפחותיהן ולאפשר להן בחירה התואמת את מצבם, ערכיהם והעדפותיהם.

עמותת עתיד, המאגדת את הדיאטנים בישראל, תפעל לקידום הנושאים הבאים:

<u>ייעוץ וחינוך לנשים הרות, לנשים לאחר לידה, הורים והורים לעתיד:</u>

הדיאטנים יהוו חלק בלתי נפרד מהצוותים המטפלים בנשים הרות ובתינוקות בראשית חייהם במחלקות היולדות והילודים ובטיפות החלב, ויעסקו במתן תמיכה בהנקה ובייעוץ תזונתי להשגת גדילה אופטימאלית בדרכים הבאות:

- ייעוץ למטופלים על חשיבות ההנקה, תוך הכרה בכך שההחלטה על הזנת התינוק הינה אישית. ייעוץ המבוסס על תמיכה, כבוד וחינוך נכון יביא את ההורים להחלטה הנכונה עבורם, כזו המבוססת על ידע עדכני.
- שיחה עם המטופלים על האתגרים והקשיים העלולים להתעורר בהנקה, תוך הצעת דרכים להפחית או למנוע אותם מראש.
- אספקת ידע מעשי על ההנקה לנשים הרות ולבני משפחותיהן, תוך התייחסות מתמדת לשאלותיהם ולחששותיהם. מעורבות שאר בני המשפחה תסייע בהצלחת ההנקה. נושאים מומלצים למתן ידע לאימהות ובני המשפחה: דפוסי גדילה של תינוקות יונקים, דפוסי אכילה ושינה של תינוקות יונקים, הנקה בתקופות של "קפיצות גדילה", זיהוי סימני שובע ורעב של התינוק, מקרים בהם כדאי להיוועץ ביועצות הנקה מוסמכות, המשך הנקה בתקופת החזרה לעבודה או בתקופות אחרות בהם על האם להיפרד מתינוקה בשל סיבות שונות.
- התמקדות בנשים הנמצאות בקבוצת סיכון לוויתור על הנקה ו/או להפסקה מוקדמת של ההנקה בדגש על 6 השבועות הראשונים, כגון: נשים במעמד סוציו אקונומי נמוך, בעלות ניסיון קודם לא מוצלח בהנקה, הריון

מרובה עוברים, חזרה מוקדמת לעבודה, חוסר תמיכה בהנקה במקום העבודה ועוד. הייעוץ לנשים אלה יתקיים באופן המכבד את עמדותיהן ובחירותיהן.

- עידוד נשים הרות הסובלות מעודף משקל ו/או השמנה להיות במעקב רפואי אחר קצב העלייה במשקל במהלך ההיריון. עידוד נשים מיניקות בעודף משקל או השמנה לרדת במשקלן באופן הדרגתי החל מתום משכב הלידה עד להשגת משקל תקין.
- יידוע נשים הרות ומיניקות על קיום קבוצות לאימהות מיניקות באזור מגוריהן ועידודן להצטרף לקבוצות אלה. שייכות לקבוצות חברתיות כאלה יכולה לספק תמיכה טובה בהנקה לאורך זמן ולתת מענה על הצרכים של האם המיניקה, במיוחד באזורים בהם לא קיים ייעוץ מקצועי. מתקיימות קבוצות תמיכה בהנקה בטיפות החלב של משרד הבריאות, העיריות והקופות השונות בחלק מן האזורים בארץ. ניתן לברר מידע על טיפות החלב לפי אזור המגורים[149]. בקופות החולים קיים יעוץ הנקה מסובסד וכן קבוצות לתמיכה בהנקה. בנוסף מתקיימים מפגשים קבוצתיים לתמיכה בהנקה ללא תשלום על ידי ליגת לה לצ'ה בישראל[137].
- ייעוץ לאם המיניקה על אופן שילוב ההנקה עם החזרה לעבודה או ללימודים ואספקת מידע בנוגע לשאיבת חלב. במקרים בהם לא ניתן לשאוב חלב, או שהאם אינה מעוניינת בכך, חשוב לברר מה מקור הקושי ואי הרצון בשאיבה, האם פחד מכאב, חוסר באמצעים לרכישת משאבה, תחושה אישית לא נוחה ולטפל בכך. במקרים בהם האם אינה מעוניינת ו/או יכולה לשאוב חלב במקום העבודה ניתן ללמד אותה כיצד לשלב הזנה בתמ"ל באופן שיצמצם למינימום פגיעה אפשרית בייצור החלב ובהמשך ההנקה.
- הנחיית המטופלות באשר לשילוב נכון של הזנה משלימה בתפריט התינוק היונק (ע"פ הנחיות משרד הבריאות – מזונות משלימים- המדריך המלא)[150].
- אספקת מידע עדכני ונכון על גמילה מהנקה. ההחלטה על גמילה צריכה להיות מבוססת על הרצון והצרכים של האם והתינוק גם יחד. תהליך גמילה נכון יתרחש באופן הדרגתי וממושך, על פי רצונות וצרכי האם והתינוק. בתהליך הגמילה ישולבו בתפריט התינוק מזונות מתפריט המשפחה בהתבסס על הגיל והשלב ההתפתחותי בו מצוי התינוק. יש לשתף ככל הניתן את בני הזוג ובני המשפחה בייעוץ ובתהליך הגמילה מההנקה.
- שימוש בחומרי הדרכה מטעם מוסדות ללא כוונות רווח והימנעות משימוש בחומרי הדרכה הממומנים על ידי נותני חסות או המופקים על ידי גורמים בעלי אינטרס מסחרי.

<u>העמקת הידע המקצועי:</u>

עמותת עתיד תפעל:

- להבטיח שבלימודי התזונה לדיאטנים במוסדות האקדמיים תהיה התייחסות נאותה להנקה, כולל פיזיולוגיה של ההנקה, וניהול הנקה נכון.
- לעודד דיאטנים להשתתף בקורסים בנושא הנקה וכלימודי המשך לדיאטנים העובדים בשטח (ובעיקר אלה המטפלים בנשים בגיל הפוריות ובתינוקות בבתי חולים ובקהילה).

- להכיר על בוריו את הקוד הבינלאומי לשיווק תמ"ל של ארגון הבריאות העולמי ולנהוג על פיו, תוך שימת דגש על החלקים המתייחסים לעובדי בריאות.
- להשתתף בכנסים מקצועיים העוסקים בהנקה ולהתעדכן מעת לעת בנושא.
- לשקול התמחות בייעוץ הנקה (IBCLC).
- לעודד הקמת בנק חלב אם בישראל, אשר יספק חלב מפוסטר ובטוח לתינוקות חולים ולפגים אשר אין באפשרותם לקבל את חלב אמם.

<u>קידום שינויים מוסדיים:</u>

על הדיאטנים, בתמיכת עמותת עתיד:

- לעודד בתי חולים ומרכזי לידה לפעול ע"פ "עשרת הצעדים להנקה מוצלחת" של ארגון הבריאות העולמי.
- לפעול לשינוי המדיניות הקיימת כיום במוסדות ובארגונים בקהילה לאספקת תמ"ל לילודים ולתינוקות ללא התוויה רפואית לכך, ובמקום זאת לשלב קידום הנקה ותמיכה באימהות המניקות.
- להשתמש בעקומות הגדילה של ארגון הבריאות העולמי (משנת 2006) לצורך הערכת הגדילה ומצב התזונה של כל הילדים.
- לתמוך בקיום הכשרה מתאימה בנושא ההנקה לצוותים רפואיים בבתי החולים ובקליניקות ובפרט לדיאטניות.

<u>יוזמה ותמיכה במסעות פרסום לקידום הנקה:</u>

בעמותת עתיד יקום צוות תומך הנקה, אשר יקדם את הנושאים הבאים:

- שיתוף פעולה עם ארגונים אחרים תומכי הנקה בישראל, כגון: משרד הבריאות, קופות החולים, ארגון יועצות ההנקה המוסמכות בישראל IACLC, ארגון לה לצ'ה ישראל ועוד, על מנת לקדם את ההנקה כנורמה חברתית.
- ארגון והשתתפות באירועי שבוע ההנקה הלאומיים והבינלאומיים (בשבוע הראשון של חודש אוגוסט בכל שנה).

<u>תמיכה בשינוי מדיניות</u>

- תמיכה בשינוי חוקים ותקנות להגברת סיכויי ההצלחה בהנקה והארכתה כגון: הארכת משך חופשת הלידה, המצאות מעונות לילדים סמוך למקומות העבודה, מתן אפשרות לשאיבת חלב במקומות העבודה במהלך יום העבודה, השתתפות בעלויות ייעוץ הנקה ועוד.

<u>תמיכה במחקרים ואיסוף מידע:</u>

- הגשת הצעות למחקרים העוסקים בהנקה עם דגש על הפן התזונתי.

11. מקורות:

[1] World Health Organization, UN International Children's Emergency Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva Switzerland, 2003.

[2] Breastfeeding and the Use of Human Milk. Policy statement. Pediatrics [serial online] 2012;129(3):e827-e841.Internet: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2012/02/22/peds.2011-3552.full.pdf (accessed 18 April 2018).

[3] מדריך לאנשי מקצוע להזנת התינוק והפעוט, משרד הבריאות ואיגוד רופאי הילדים. 2012.

[4] חוזר ראש שירותי בריאות הציבור משרד הבריאות מס' 16/2014. תדריך להערכת גדילה ומצב תזונתי מהלידה ועד גיל 6 שנים. אוגוסט 2014.

[5] Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. Lancet 2016;(387):475-89.

[6] מב"ת לרך. סקר מצב בריאות ותזונה לאומי מלידה עד גיל שנתיים 2009-2012. משרד הבריאות. פרסום 352 ינואר 2014.

[7] מב"ת להנקה. משרד הבריאות, 1999-2000. נתונים לא מפורסמים.

[8] U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2020. Topics and objectives, maternal infant and child health, infant care. 2012 (Internet) Revised [Cited 2015, Mar. 18] Available from: https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/maternal-infant-and-child-health/objectives.

[9] Ballard O, Morrow A. Human Milk Composition: Nutrients and bioactive factors. Pediatr Clin North Am 2013; 60(1): 49–74.

[10] Butte N, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. .Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva, 2002.

[11] Bauer J, Gerss J. Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. Clin Nutr 2011; 30(2):215–220.

[12] Bauer J, Gerss J, Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE. Volume and frequency of breastfeeding and fat content of breast milk throughout the day. Pediatrics. 2006; 117(3):e387–395. Internet: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/117/3/e387.full.pdf. (accessed 18 April 2018).

[13] Valentine CJ, Morrow G, Pennell M, Morrow AL, Hodge A, Haban-Bartz A, Collins K, Rogers LK. Randomized controlled trial of docosahexaenoic acid supplementation in Midwestern U.S. human milk donors. Breastfeed Med 2013; (1):86-91.

[14] Sherry CL, Oliver JS, Marriage BJ. Docosahexaenoic acid supplementation in lactating women increases breast milk and plasma docosahexaenoic acid concentrations and alters infant omega 6:3 fatty acid ratio. PLEFA 2015;63-69.

[15] Lindsay H. Allen. B vitamins in breast milk: relative importance of maternal status and intake, and effects on infant status and function. Adv Nutr 2012(3):362-9.

[16] Greer FR. Do breastfed infants need supplemental vitamins? Ped Clin North Am 2001;48(2):415–423.

[17] חלב אם המזון המועדף לתינוק. ד"ר דורית ניצן קלוסקי; ד"ר פליציה שטרן. מתוך Scientific American- Israel, מאי 2005.

[18] Riordan J. The biological specificity of breastmilk. 5th ed. In: Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. Sudbury MA: Jones and Bartlet Publishers 2016.

[19] Dawodu A, Zalla L, Woo JG, Herbers PM, Davidson BS, Heubi JE, Morrow AL. Heightened attention to supplementation is needed to improve the vitamin D status of breastfeeding mothers and infants when sunshine exposure is restricted. Matern Child Nutr 2014;10(3):383-97

[20] משרד הבריאות, שירותי בריאות הציבור. תדריך למתן תוסף ויטמין D לתינוקות. יולי 2008.

[21]Milk volume in: Institute of Medicine (US) Committee on Nutritional Status during Pregnancy and Lactation. Consensus study report. Washington (DC): National Academies Press (US); 1991.

[22] Picciano MF. Pregnancy and Lactation: Physiological Adjustments, Nutritional Requirements and the Role of Dietary Supplements. J. Nutr 2003;133:1997S–2002S.

23 Shealy KR, Scanlon KS, Labiner-Wolfe J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. .Characteristics of breastfeeding practices among US mothers. Pediatrics 2008;122: S50-5

[24] ABM clinical protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. Breastfeeding medicine 2011;(6):41-49.

[25] משרד הבריאות, אגף התזונה. דף מידע בנושא: מעודדי יצור חלב אם "גלטגוגים",- האמנם?. אוקטובר 2018. אינטרנט: https://www.health.gov.il/Subjects/FoodAndNutrition/Nutrition/Documents/112057817.pdf. (נצפה 4.5.2018).

[26] Horta BL, Victora, CG & World Health Organization. (2013). Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Internet: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95585/9789241506120_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[27] Horta BL, Victora, CG & World Health Organization. (2013). Long-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf;jsessionid=4175E43B72D4117EC02F23517EAA94ED?sequence=1.

[28] Bertino E, Giuliani F, Baricco M, et al. Benefits of donor milk in the feeding of preterm infants. Early Hum Dev. 2013;89(suppl 2):S3-S6.

[29] Victora CG , Bahel R, Barros AJD, , Franca GVA, Horton S, Krasevec J,, Murch S, Sankar MJ, Walke Nr, Rollins NC, for The Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016;387:475–90

[30] Hauck FR et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. Pediatrics 2011;128(1):103-110.

[31] Syuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and Infants. Rev Obstet Gynecol. 2009;2(4):222-231

[32] McNiel ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. Breastfeeding Rev;2010(18):25-32.

[33] Agency for Healthcare Research and Quality. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries 2007.

[34] Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. Br J Obstet Gynaecol 1994;101:804– 805.

[35] Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Suppl 2015; 104: 96–113

[36] Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. Arthritis Rheum 2004;50(11):3458–3467.

[37] Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, Cauley JA. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. Obstet Gynecol 2009;113(5):974–982.

[38] Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. AHRQ Publication 2007.

[39] Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PF. Lactational amenorrhea method for family planning. Int J Gynaecol Obstet 1996;54 :55– 57

[40] U.S Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington DC: U.S Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General,2011.

[41] Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005;162:397-403.

[42] Gibbs BG, Forste R. Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity. Pediatr Obes 2014;9(2):135-46.

[43] Zalewski BM, Patro B, Veldhorst M, Kouwenhoven S, Crespo Escobar P, Calvo Lerma J, Koletzko B, van Goudoever JB , Szajewska H. Nutrition of infants and young children (one to three years) and its effect on later health: A systematic review of current recommendations (EarlyNutrition project). Crit Rev Food Sci Nutr 2017;57(3):489-500.

[44] Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *J Am Diet Assoc* 2000; 100:641-646.

[45] Lucas A, Boyes S, Bloom R, Aynsley-Green A. Metabolic and endocrine responses to a milk feed in six-day-old term infants: differences between breast and cow's milk formula feeding. *Acta Paediatr Scand* 1981; 70:195-200.

[46] Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escribano J, Scaglioni S, Giovannini M, Beyer J, Demmelmair H, Gruszfeld,D, Dobrzanska A, Sengier A, Langhendries JP, Rolland Cachera MF, Grote V. for the European Childhood Obesity Trial Study Group. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. Am J Clin Nutr;2009;89:1-10.

[47] Singhal A, Farooqi IS, O'Rahilly S, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Early nutrition and leptin concentrations in later life. *Am J Clin Nutr* 2002;75:993-999.

[48] Sum FHKMH, Zhang L, Tung Bonnie Ling H, Po Wan Yeung C, Yan Li K, Ming Wong H, Yang Y. Association of breastfeeding and three-dimensional dental arch relationships in primary dentition. BMC Oral Health 2015; 15:30

[49] Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Suppl 2015;104:54–61.

[50] Kramer MS, Vanilovich I, Matush L, Bogdanovich N, Zhang X, Shishko G, Muller-Bolla M, Platt RW. The effect of prolonged and exclusive breast-feeding on dental caries in early school age children: new evidence from a large randomized trial. Caries Res 2007;41(6):484-488.

[51] Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Suppl 2015;104:62–84.

[52] סיכון גבוה לעששת אצל תינוקות" דף מידע משרד הבריאות. אינטרנט :
http://www.health.gov.il/Subjects/Dental_health/information/Pages/BabyToothDecay.aspx

[53] Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, Igumnov S, Fombonne E, Bogdanovich N, Ducruet T, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, Davidovsky S, Skugarevsky O, Trofimovich O, Kozlova L, Shapiro S. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. Arch Gen Psychiatry 2008;65(5):578–584.

[54] Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, Gillman MW, Oken E. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr* 2013;167(9):836–844.

[55] Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, Chong WK, Gadian DG, Lucas A. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. Pediatr Res 2010;67(4):357–362.

[56] Rautava S. Early microbial contact, the breast milk microbiome and child health. J Develop Orig of Health and Dis 2016;7(1):5–14.

[57] Liu J, Leung P, Yang A. Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. Nutrients 2014;6(1): 76-89.

[58] Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. US Department of Agriculture Economic Research Service Web site. http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/fanrr13.pdf. Accessed April 20, 2009.

[59] Splett PL, Montgomery DL. The Economic Benefits of Breastfeeding an Infant in the WIC Program: Twelve Month Follow-up Study. Final Report submitted to USDA Food and Consumer Service. 1998.

[60] Bartick M, Reinhold. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics, e1048-e1056;2010.

[61] Linnecar A, Gupta A, Dadhich JP, Bidla N .Formula for Disaster: weighing the impact of formula feeding vs breastfeeding on environment. BPNI/ IBFAN Asia 2004.

[62] המרכז הלאומי לבקרת מחלות, שירותי המזון והתזונה משרד הבריאות. סקר מצב בריאות ותזונה. 2001-1999.

[63] WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva 1995.

[64] The WHO Child Growth Standards. Internet: http://www.who.int/childgrowth/standards/en/ (accessed April 27th 2018).

[65] de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. Public Health Nutr 2012;15(9):1603–1610.

[66] Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei R, Mei Z, Curtin LR, Roche AF, Johnson CL. CDC growth charts: United States. Adv Data 2000;314:1–27.

[67] de Onis M, Garza C, Onyango WO, Borghi E. Comparison of the WHO Child Growth Standards and the CDC 2000 Growth Charts. J Nutr 2007;137:144–148.

[68] Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns. Pediatrics 2015;135;e16. Internet: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/135/1/e16.full.pdf (accessed April 27th 2018)

[69] Riordan J. The biological specificity of breastmilk. 5th ed. In: Breastfeeding and Human Lactation. Sudbury, MA: Jones and Bartlet Publishers, 2016.

[70] תדריך להערכת גדילה ומצב תזונתי מהלידה עד גיל 6 שנים, שירותי בריאות הציבור משרד הבריאות, אוגוסט 2014.

[71] Sun Kyung K, Seyeon P, Jiwon O, Jisoon K, Sukhee A. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Nursing Studies 2018;80: 94–105

[72] Lanese MG, Cross M. Breastfeeding a preterm infant. 3rd ed. In: Core curriculum for lactation consultant practice. Burlington, MA: Jones and Bartlett learning, 2013.

[73] Davis M. Guidelines for facilitating and assessing breastfeeding. 3rd ed. In: Core curriculum for lactation consultant practice. Burlington, MA: Jones and Bartlett learning, 2013.

[74] Smith LJ. Postpartum Care 5th ed. In: Breastfeeding and Human Lactation. Sudbury, MA: Jones and Bartlet Publishers, 2016.

[75] Davis M. Guidelins for facilitating and assessing breastfeeding 3rd ed in: Core curriculum for lactation consultant practice. Burlington, MA: Jones and Bartlett learning, 2013.

[76] Smith A, Heads J. Breast pathology. 3rd ed. In: Core curriculum for lactation consultant practice. Burlington, MA: Jones and Bartlett learning, 2013.

[77] Mannel R. Milk expression, storage and handling. 3rd ed. In: Core curriculum for lactation consultant practice. Burlington, MA: Jones and Bartlett learning, 2013.

[78] Kassing D. Bottle-feeding as a tool to reinforce breastfeeding. J Hum Lact 2002; 18(1):56-60.

[79] ABM. Clinical protocol no.8: Human milk storage information for home use for full-term infants. Breastfeeding Med 2010;5(3):127-30.

[80] Fein SB, Mandal B, Roe BE. Success of strategies for combining employment and breastfeeding. Pediatrics 2008;122(Suppl 2):S56–S62.

[81] ABM. Breastfeeding support for mothers in workplace employment or educational settings: Summary statement. Breastfeeding Med 2013;8(3):137-42.

[82] Tsai SY. Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. Breastfeeding Med 2013;8(2): 210-216.

[83] אפשריבריא, התכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים, משרד הבריאות. המלצות לפעולות המקדמות סביבה תומכת לאימהות מיניקות. אינטרנט: http://www.efsharibari.gov.il/work (נצפה ב-2 במאי 2018).

[84] תקנון שירות עובדי המדינה, פסקה 33 (חופשה לרגל הריון ולידה) סעיף 33.37 – הקצאת מקום הנקה לאם העובדת. http://147.237.72.225/doc/nasham/nashamprod.nsf/WebView/333.htm/$FILE/333.htm?OpenElement

[85] כללי זכויות הסטודנט (התאמות עקב טיפולי פוריות, הריון, לידה, אימוץ או קבלת ילד למשמורת או אמנה) תשע"ב 20102 סעיף 12.

[86] U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau. Employees' Guide to Breastfeeding and Working. 2008. Internet: https://uhs.berkeley.edu/sites/default/files/wellness-womenshealth_breastfeedingandworking.pdf

[87] Dettwyler K. When to wean: biological versus cultural perspectives. Clin Obstet and Gynecol 2004;47(3):712-23.

[88] Morbacher N. Breastfeeding and growth: birth through weening. 3rd ed. In: Core curriculum for lactation consultant practice. Burlington, MA: Jones and Bartlett learning, 2013.

[89] Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH, Patel AL, Trawöger R, Kiechl-Kohlendorfer U, Chan GM, Blanco CL, Abrams S, Cotten CM, et al. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. J Pediatr 2010;156(4):562–567.

[90] Meinzen-Derr J, Poindexter B, Wrage L, Morrow AL, Stoll B, Donovan EF. Role of human milk in extremely low birth weight infants' risk of necrotizing enterocolitis death. J Perinatol 2009;29(1):57–62

[91] Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, Poole WK for the NICHD Neonatal Research Network. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. Pediatrics.2006;118(1):e115-e123. Internet: http://pediatrics.aappublications.org.moh-ez.medlcp.tau.ac.il/content/118/1/e115. (accessed April 27th 2018).

[92] Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, Chong WK, Gadian DG, Lucas A. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. Pediatr Res 2010;67(4):357–362.

[93] Lucas A. Long-term programming effects of early nutrition—implications for the preterm infant. J Perinatol 2005;25(suppl 2):S2–S6.

[94] Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomized trials. Lancet 2001;357(9254):413–419.

[95] Premature infants and children in: Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. Maryland Heights Missouri: Mosby Press, 2005:105-170.

[96] ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34–36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37–38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision. Breastfeeding Med 2016;11(10):494-500.

[97] ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Blood Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late-Preterm Neonates. Breastfeeding Med 2014;9(4):173-9.

[98] Borucki L. Breastfeeding mothers' experiences using a supplemental feeding tube device: Finding an alternative. J Hum Lact 2005;21:429-438.

[99] Chapman PE. Identification of risk factors for delayed onset of lactation. J Am Diet Assoc;1999a:450-4

[100] Rasmussen KM. Maternal obesity and outcome of breastfeeding. In: Hale H. Textbook of human lactation. Hale Pub. Plano Texas US 2009.

[101] Mok E, Multon C, Piguel L, Barroso E, Goua V, Christin P, Perez MJ, Hankard R. Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of prepregnant obese women: A need for extra support. Pediatrics 2008;121:e1319-e1324. Internet: http://pediatrics.aappublications.org.moh-ez.medlcp.tau.ac.il/content/121/5/e1319. Accessed April 27th 2018.

[102] Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. J Hum Lact 2005;21:444-449.

[103] ABM clinical protocol #3: Hospital Guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate. Breastfeeding Med 2017;12(3):1-10.

[104] Drugs in breastmilk and the effect on infants. In: Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. Maryland Heights Missouri: Mosby Press, 2005.

[105] Schecter A, Pavuk M, Päpke O, Ryan JJ, Birnbaum L, Rosen R. Polybrominated diphenylethers (PBDEs) in US mother's milk. Environ Health Perspect 2003;111:1723-1729.

[106] Etzel RA, Balk SJ. Pediatric environmental health. Elk Grove Village IL: AAP press 2003.

[107] LaKind JS, Berlin C, Mattison D. The heart of the matter on breast milk and environmental chemicals: Essential points for healthcare providers and new parents. Breastfeeding Med 2008;3:251-259.

[108] Hamele M, Flanagan R, Loomis CA, Stevens T, Fairchok MP. Severe morbidity and mortality with breast milk associated cytomegalovirus infection. Pediatr Infect Dis J 2010;29(1):84–86.

[109] Guedes HT, Souza LS. Exposure to maternal smoking in the first year of life interferes in breast-feeding protective effect against the onset of respiratory allergy from birth to 5 yr. Pediatr Allergy Immunol. 2009;20(1):30–34.

[110] Liebrechts-Akkerman G et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. Eur J Pediatr. 2011;170(10):1281–1291

[111] Hopkinson JM et al.. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. Pediatrics. 1992;90(6):934–938.

[112] Fisher D. Social Drugs and breastfeeding. Handling an issue that isn't black and white. Health e-learning. Internet: https://www.health-e-learning.com/articles/Social_Drugs_and_Breastfeeding.pdf. (accessed May 3rd 2018).

[113] Mennella JA, Pepino MY. Breastfeeding and prolactin levels in lactating women with a family history of alcoholism. Pediatrics.2010;125(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/5/e1162.

[114] בנק חלב אם – הסטנדרטים והתקנות המתאימים להפעלתו בישראל. משרד הבריאות 23 בפברואר 2016.

[115] US Preventive Services Task Force. Primary care interventions to support breastfeeding. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2016;316 (16):1688-93.

[116] Rivero-Lugo M, Parrilla-Rodriguez AM, Davila-Torres RR, Albizu-Garcia C, Rios-Motta R. Full breastfeeding during the postpartum hospitalization and mothers' report regarding Baby-Friendly practices. Breastfeed Med 2007; 2:19-26.

[117] McCann MF, Baydar N, Williams RL. Breastfeeding attitudes and reported problems in a national sample of WIC participants. *J Hum Lact* 2007;23:314-324.

[118] Hurley KM, Black MM, Papas MA, Quigg AM. Variation in breastfeeding behaviors, perceptions, and experiences by race/ethnicity among a low-income statewide sample of Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) participants in the United States. Maternal Child Nutr 2008;4:95-105.

[119] Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: Mother's self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics 2008; 122:S69-S76.

[120] McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: Qualitative synthesis. Adv Nurs 2008;62:407-427.

[121] Wagner EA, Chantry CJ, Dewey KG, Nommsen-Rivers LA. Breastfeeding concerns at 3 and 7 days postpartum and feeding status at 2 months. Pediatrics 2013;(132):e865-e875. Internet: http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/09/18/peds.2013-0724 (accessed May 3rd 2018).

[122] US Department of Health and Human Services. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Washington DC: Office of Woman's Health 2000.

[123] Holmes AV, Chin NP, Kaczorowski J, Howard C. A Barriers to exclusive breastfeeding for WIC enrollees: Limited use of exclusive breastfeeding food package for mothers. Breastfeeding Med 2009;4:25-30.

[124] Petrova A, Hegyi T, Mehta R. Maternal race/ethnicity and one-month exclusive breastfeeding in association with the in hospital feeding modality. Breastfeed Med 2007;2:92-98.

[125] Heinig MJ, Follett JR, Ishii KD, Kavanagh- Prochas a K, Cohen R, Panchula J. Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. J Hum Lact. 2006;22:27-33.

[126] World Health Organization, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1989. internet: http://www.who.int/iris/handle/10665/39679 (accessed May 3rd 2018).

[127] World Health Organization, UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva, Switzerland:World Health Organization; 2018.

[128] Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev 2012;(5):CD001141.

[129] Chung M,, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S.. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2008:149(8);565-582.

[130] חוזר ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות. קידום, הגנה ותמיכה בהנקה בטיפות חלב. מס' 6/2017.

[131] Pisacane A, Constinisio G1, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. Pediatrics 2005;116(4):e494-e498. Internet: http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e494.long. (accessed May 3rd 2018).

[132] Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Howat P, Burns S, Binns CW. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Int Breastfeed J 2009;4-15.

[133] Rampel LA, Rempel JK. Partner influence on health behavior decision- making: Increasing breastfeeding duration. J of Social and Personal Relationships 2004; 21(1): 92–111.

[134] מקום עבודה מעודד הנקה. מידע למעסיקים ולמעסיקות. משרד הבריאות. בקישור: https://www.health.gov.il/Subjects/infants/feeding/Pages/employer.aspx (נצפה לאחרונה 4 במאי 2018).

[135] מידע על טיפות החלב של משרד הבריאות: https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/health_centers/Pages/family_health_centers.aspx

[136] אתר כל הבריאות, ייעוץ והדרכה בנושא הנקה: http://call.health.gov.il/infocenter/index?page=content&id=EL7198&cat=SPREGNANCY_BIRTH&actp=LIST

[137] אתר הבית של ליגת לה לצ'ה ישראל: http://www.lllisrael.org.il/about-us/

[138] אתר הבית של האיגוד הישראלי ליועצות הנקה מוסמכות: http://www.iaclc.org.il/

[139] אתר הבית של הוועד הבינלאומי לבוחני יועצות הנקה IBLCE: https://iblce.org/

[140] WHO. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, Switserland, 1981.

[141] IBFAN. Breaking the Rules, Stretching the Rules (BTR) report 2014. Evidence of violations of the international code of marketing of breastmilk substitutes and subsequent resolutions.

[142] IBFAN-ICDC. State of the Code by Country 2011.internet: http://ibfan.org/art/Blue-SOC-2011.pdf/ (accessed May 4th 2018).

[143] Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387:491-504.

[144] Feldman-Winter L, Grossman X, Palaniappan A, Kadokura E, Hunter K, Milcarek B, Merewood A. Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: does it make a difference. J Hum Lact 2012;28:380–88.

[145] Yee CF, Chin R. Parenatal perception and attitudes on infant feeding practices and baby milk formula in East Malaysia. Int J Consum Stud 2007; 31: 363–70.

[146] Piwoz EG, Huff man SL. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO recommended breastfeeding practices. Food Nutr Bull 2015;36(4):373-86.

[147] Suleiman A. A study of marketing and its effect on infant feeding practices. Med J Malaysia 2001; 56: 319–23.

[148] Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, Sandoval AP. Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. Am J Public Health 2008; 98: 290–95.

[149] מידע על טיפות החלב בישראל :
https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/health_centers/Pages/Vaccination_centers.aspx

[150] משרד הבריאות, אגף התזונה. נייר עמדה בנושא מזונות משלימים. המדריך המלא. 2018. אינטרנט:
https://www.health.gov.il/Subjects/FoodAndNutrition/Nutrition/Documents/complementary_feeding_prof.pdf (כניסה אחרונה 4.5.18).