

پایش کیفی عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم آن در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۷۹

د کتر ناهید عزالدین زنجانی 1 ، فرشته فقیهی 3 ، د کتر مجید تو کلی 3

Title: A qualitative survey of effective factors on exclusive breast feeding and continuation in urban and rural areas of Iran, 2000-2001.

Authors: Ezzedin-Zanjani N, (MD); Faghihi F,(MSc); Tavakoli M,(MD).

Abstract: A qualitative survey as a focus group discussion of effective factors on exclusive breastfeeding and continuation has been accomplished in urban and rural areas of Khorasan, Semnan, Kordestan and Gilan provinces for the first time in Iran. The study was carried out with the cooperation of health deputies of the related university of medical sciences and health services.

The objective was obtaining the points of views of the three attendant groups (successful and unsuccessful mothers in breastfeeding and health workers) on the bases of the type and style of nutrition among children one year of age, factors influencing mothers' success in exclusive and continuing breastfeeding; sick infants, sick mothers; working mothers, pregnancy and breastfeeding and the effects of services of physicians, health workers, mass media and advertisements on breastfeeding.

In this regard representatives from each of 4 provinces were trained. In each province mothers who had one to two years-old children, were interviewed in two groups of successful and unsuccessful in breastfeeding in two sub-groups (rural and urban). Also interviews with health workers in rural (behvarzes) and urban (officers with bachelors or post-diploma degree) groups were conducted. There was one interview for 8-10 participants everyday, which took 1.5 - 2 hours. After every interview, all notes were reviewed and summarized. Finally, 48 preliminary notes, 24 summaries and 12 general reports of the provinces were analyzed. The most outstanding outcomes are as following:

Most of health workers and mothers had good and comprehensive information and right believes about the importance of breastfeeding; feeding infants on demand; not using pacifier and bottle; important role of mothers' nutrition and health on her breastfeeding; husbands' support; supporting the new, low experienced mothers; continuing breastfeeding for sick children (in diarrhea and etc). But some mothers had lots of wrong believes or incomplete information about: when and how to start the complementary food; type of complementary foods; breastfeeding during breast problems; mothers' illness and using the drugs, preserving expressed mother milk, etc. In addition physicians in the private sector were not familiar with topics developed in governmental sector and educational subjects in governmental sector are miscellaneous. On the other hand health workers' instructions have more effect on continuance of breastfeeding in comparison with mass media and finally some mothers were successful in breastfeeding even though their practice were inconsistent with their knowledge and believes, about exclusive breastfeeding.

Keywords: Exclusive Breastfeeding, Continuing Breastfeeding, Colestrum, Complementary feeding, Growth and Development.

۱ – مدیر عامل انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر جمهوری اسلامی ایران

Y کارشناس ارشد پرستاری، حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی -

۳– کارشناس ارشد حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و اَموزش پزشکی

چکیده:

پژوهش حاضر، عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیرمادر و تداوم شیردهی مادران را از نوع کیفی و بصورت Focus (Group Discussion(F.G.D) که برای اولین بار در ایران، انجام شده در ٤ منطقه شهری و روستایی ٤ استان کشور با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه بررسی نموده است.

هدف از تحقیق دستیابی به نظرات سه گروه از شرکت کنندگان: مادران موفق درشیردهی، مادران ناموفق در شیردهی و کارکنان ارائه دهنده خدمات در زمینه: نوع و شیوه تغذیه کودک زیر یکسال، با شیرمادر، عوامل تأثیرگذار بر موفقیت در تغذیه انحصاری با شیرمادر و تداوم شیردهی، تغذیه کودک بیمار،شیردهی مادران بیمار، شیردهی مادران شاغل درخارج از منزل، باردار یا شاغل و تأثیر ارائه خدمات پزشکان و کارکنان واحدهای بهداشتی درمانی و رسانه های گروهی و تبلیغات بر میزان شیردهی بود.

در این بررسی، پس از آموزش مجریان استانی در هر استان مادرانی که دارای کودک یک تا دو ساله بودند در دو گروه، مادران موفق در شیردهی و مادران ناموفق در شیردهی و در ۲ زیر گروه شهری و روستایی مورد مصاحبه قرار گرفتند. با کارکنان ارائه دهنده خدمات نیز در دو گروه: شهری(کاردانان و کارشناسان) و روستایی (بهورزان) مصاحبه بعمل آمد. هر روز یک مصاحبه انجام شد، مدت هر مصاحبه 1.0 تا ۲ ساعت و تعداد افراد شرکت کننده 1.0 نفر بود. در نهایت برگه های 1.0 مصاحبه 1.0 خلاصه مصاحبه و 1.0 گزارش کار استانها تجزیه و تحلیل و جمع بندی شد که دست آورد های آن بشرح زیر است.

بسیاری از مادران در مورد: اهمیت تغذیه با شیرمادر، تغذیه شیرخوار بر اساس تقاضای او ، عدم استفاده از بطری و گول زنک، نقش حمایتی همسر ، ادامه تغذیه کودک بیمار با شیرمادر، اطلاعات بسیار خوب و یا باورهای درستی داشتند ولی تعداد زیادی از آنان هنوز از زمان شروع تغذیه تکمیلی، نحوه و نوع غذای کمکی ، شیردهی مادر هنگام بیماری و مشکلات پستانی یا استفاده از دارو، نگهداری شیر دوشیده شده مادر اطلاعات کافی نداشته و یا باورهای غلطی را عنوان می کردند. همچنین معلوم شد که مطالب آموزش داده شده در بخش دولتی یکدست و هماهنگ نیست و پزشکان بخش خصوصی نیز از وجود چنین مطالبی اطلاع ندارند. ضمناً نقش آموزش از طریق مراکز بهداشتی درمانی بیشتر از صداوسیما است و بالاخره برخی مادران علیرغم آگاهی از تعریف « تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۲ ماهگی» عملکرد درستی نداشتند ولی در شیردهی خود موفق هم بودند.

گل واژگان: تغذیه انحصاری با شیرمادر، تداوم شیردهی، آغوز، تغذیه تکمیلی، رشد و تکامل.

مقدمه:

کودکان نه تنها آسیب پذیر ترین گروه اجتماعی هستند بلکه درکشورهای درحال توسعه بخش عمده ای از جمعیت را نیز شامل می شوند. در کشور ما حدود ۱۰/۳ درصد جمعیت را کودکان زیر۵ سال تشکیل می دهند(۱). در میان مراحل دوران کودکی، دوره شیرخواری حساس ترین مرحلهای است که رشد و تکامل کودک

در آن انجام می پذیرد(۱۹۲). لذا ایجاب می نماید به تغذیه و سلامت شیرخواران توجه ویژه مبذول گردد. آنچه به عنوان تغذیه طبیعی شیرخواران در ۶ ماه اول زندگی توصیه شده است تغذیه انحصاری با شیرمادر می باشد(۱۶ و۱۷).

شیرمادر می تواند نیازهای تغذیه ای و بخش عمده ای از نیازهای ایمنی شیرخواران زیر ۶ ماه را فراهم نماید و بدیهی است که این حفاظت ایمنی با انجام بموقع واکسیناسیون کودک، کامل تر

تا دو ساله داشتهاند در دو گروه مادران موفق 4 و ناموفق 6 در

شیردهی و در زیرگروههای شهری و روستایی مورد مصاحبه قرار گرفتند. گروه سوم نیز از میان کارکنان ارائه دهنده خدمات

بهداشت خانواده در دو زیرگروه شهری (کاردان ها و یا کارشناسان

بهداشتخانواده مراکزبهداشتی درمانی شهری) و روستایی (بهورزان

خانههای بهداشت) انتخاب شدند که با آنان مصاحبه انجام گرفت.

برای هر زیرگروه درهراستان دو مصاحبه درنظر گرفته شد بنابراین

تعداد مصاحبه ها برای هراستان ۱۲ مصاحبه(۶ مصاحبه در شهر و

۶ مصاحبه در روستا) وجمعاً در ۴ استان ۴۸ مصاحبه انجام گرفت،

مدت هر مصاحبه ۱/۵ تا ۲ ساعت و تعداد افراد شرکت کننـده در هرمصاحبه ۱۰-۸ نفر بود. برای انجام هر مصاحبه یک مصاحبه

کننده، دونفر یادداشت بردار 6 و یک نفر هماهنگ کننده 7 نیاز بود

که ازبین افراد مسلط به زبان و آداب و رسوم محلی هر استان

انتخاب و پس از گذراندن دوره های آموزشی و انجام مطالعه

مقدماتی $^{\Lambda}$ و بدست اَوردن تسلط کافی، طبق پرسشنامههای تهیه

محل انجام طرح، مناطق شهری و روستایی تحت پوشش

دانشگاههای علوم پزشکی خراسان، سمنان، کردستان و گیلان

بود که با توجه به اجرای دو مصاحبه در هر زیرگروه، در هر استان

برای امکان جمعبندی زیرگروههای شهری و روستایی، شهرها

و روستاهایی انتخاب شدند که همگن بوده و تحت پوشش همان

دانشگاه باشند، امکان دسترسی به مناطق انتخاب شده آسان و

تعداد قابل قبول در هر یک از گروهها در آن مناطق میسر باشد و

مکان مناسبی برای انجام مصاحبه نیز در منطقه وجود داشته باشد.

مناطق انتخاب شده، الگوی مناسبی برای استان بوده ونتایج

درهر سه گروه بحث پیرامون هشت محور انجام شد که در هر مورد نظرات شرکت کنندگان اخذگردید و نتایج آن بشرح زیر است:

فقط دو شهر و دو روستا با رعایت این شرایط انتخاب شدند:

شده به اجرای طرح در استان خود پرداختند.

أن قابل استفاده براي سطح استان ميباشد.

یافته ها:

می شود. در کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه هنوز غذای اصلی شیرخوار، شیر مادر است و درسال دوم زندگی نیز در کنار غذای سفره خانواده، به عنوان یک منبع مهم انرژی، پروتئین، ویتامین و مواد ایمنی بخش شناخته می شود(Δ -۲).

کاهشمیزان مرگ ومیر و ابتلا به بیماری از جمله بیماریهای عفونی و غیرعفونی دوران شیرخواری و نوجوانی، کمک به کاهش موالید وحاملگیهای ناخواسته بهعنوان یک روش طبیعی پیشگیری ازبارداری و صرفهجوییهای اقتصادی ناشی از عدم خروج ارز برای خرید شیرخشک رامی توان ازمزایای عمده تغذیه کودک با شیرمادر

بودند و ۴۱/۵ درصد کود کان تا ۲ سالگی از این ماده حیاتی تغذیه شدهاند(۷) بنابراین باتوجه به اهمیت تغذیه کودکان زیر ۲ سال یا شیرمادر و نقش ارزشمندی که شیرمادر در میـزان رشـد و تکامـل کودکان دارد، لزوم یک بررسی که عوامل موفقیت و عدم موفقیت فراوانی در سطح کشور و یا استانها در زمینه میزان شیردهی و یا مورد توجه بوده است. لذا کار طراحی و اجرای یک بررسی کیفی (۱۱) ازنظر تأثیر این عوامل بر شیردهی و آشنایی با عقاید ونظرات مادرانی که درحال تجربه این دوران بوده و یا حداقل تجربهای در گذشتهای نزدیک داشتهاند صورت پذیرفت. با عنایت به این مهم دریافت کنندگان خدمت میباشد انجام این طرح میتواند سرآغازی بهداشتی بویژه برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر باشد و راهکارهای طراحی گردد.

روش کار:

این مطالعه از نوع کیفی ٔ بوده و بـه روش مـصاحبه گروهـی ٔ (FGD) انجام شده است. زمان اجرای بررسی از تاریخ ۱۳۷۹/۵/۱ لغایت پایان اسفند ماه ۷۹ و با استفاده از امکانات انجمن تغذیه با شیر مادر انجام گرفته است. در این بررسی مادرانی که کودک یک

٤- مادران موفق در شيردهي: منظور مادراني هستند که کودکان خود را يک سال کامل

براساس تحقیق انجام شده در کشور ما درسال ۱۳۷۶ فقط ۴۳/۳ درصد شیرخواران زیرع ماه از تغذیه انحضاری با شیرمادر ابهرهمند مادران را در تغذیه شیرخوارانـشان بـا شیرمادرنـشان دهـد کـاملاً ضروری و چشمگیر بود(۱۵–۱۲). گرچه تا کنـون مطالعـات کمـی عوامل مؤثر برأن انجام شده است(۱۰–۸) اما مطالعات کیفیبندرت که بهترین راه ارزیابی هر خدمت سنجش میزان رضایت و نظرات برای دگرگون کردن تعاریف موجود در نظام پایش برنامههای عملی و مفیدتری را ارائه دهد تا مداخلات آینده براساس آن

شیر مادر داده و جز شیر مادر شیر دیگری نداده اند.

٥- مادران ناموفق: منظور مادراني هستند كه تغذيه كودكانشان با شير مادر در زير يك سالگی یا کاملا قطع شده و یا همراه با شی مادر از شیر دیگری هم استفاده کرده اند.

⁶⁻ Note Taker

⁷⁻ Coordinator

⁸⁻ Pilot Study

¹⁻ Exclusive Breastfeeding

²⁻ Qualitative

³⁻ Focuse Group Discussion



١) تغذیه کودکان زیر یکسال

مطالب مورد بحث: مدت زمان تغذیه انحصاری با شیرمادر-زمان شروع غذای کمکی- روش از شیرگرفتن شیرخوار

الف : گروه مادران موفق شهری و روستایی

همه شرکت کنندگان از ۴ استان ، شیرمادر را بهترین غذا برای نوزاد دانسته و به آغوز و اهمیت آن درتغذیه او اشاره کردنـد. اکثـر مادران مزایای شیرمادر را ذکر نموده، تغذیه انحصاری با شیرمادر را در ماههای اول و ادامه آن را تا دوسالگی عنوان کردند. دو نفـر هم به تأثیر شیردادن بر سلامت مادر اشاره کردند ولی از مکانیسم أن بي اطلاع بودند.

اكثريت قريب به اتفاق مادران عليرغم اعتقاد به كافي بودن شیر مادر به تنهایی در ۶–۵ ماه اول زندگی کودک »در عمل» تغذیه انحصاری با شیر مادر را رعایت نکرده و از ترنجبین، شیرخشت، آب قند، خاکشیر، کره، کپه(در خراسان) و سوره (در کردستان) استفاده کرده بودند.

اکثریت شرکت کنندگان درهر ۴ استان ، اعتقاد به ادامه تغذیه کودک با شیر مادر تا ۲ سالگی داشتند و دلایل درستی هم ارائه میدادند و عدهای نیز ۱/۵ تا ۲ سالگی را ذکرکردند. یک مادر روستایی استان سمنان عقیده داشت که باید پسران تا ۲۶ ماهگی و دختران تا ۲۰ ماهگی از شیرمادر استفاده کنند، درخصوص سـن شروع غذای کمکی اکثرمادران به ۶ ماهگی و عده کمتری به ۶-۴ ماهگی و تعداد اندکی به قبل از ۴ ماهگی اشاره کردند و اولین غذا را نیز فرنی یا حریره بادام می دانستند ولی ۴ نفر از مادران شهری سمنان به لعاب برنج بیشتر اعتقاد داشتند و عدهای هم غذای سفرهمثل سیب زمینی، زرده تخممرغ، شله زرد را نام بردند. مادران روستایی خراسان ومادران شهری گیلان غذاهای آماده تجاری مثل مامانا و غنچه را عنوان کردند.

در مورد از شیر گرفتن کودک، عقاید و نظرات متفاوت بود. اکثریت به روشهایی مانند استفاده از چسب زخم، مالیدن فلفل یا روژلب، حتی بستن پشم(استان خراسان) اشاره کردند در حالی که بعضی از مادران روستایی به قطع تدریجی شیرمادر عقیده داشتند.

ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی

نظر این گروہ مشابه گروہ قبل بود با این تفاوت کے برخی مادران روستایی خراسان که توسط ماماهای دوره ندیده زایمان کرده بودند بعد از ۲ بار خوراندن آب جـوش و نبـات بـه کـودک، شیردهی را آغاز کرده بودند. این گروه هم در عمل تغذیه انحصاری با شیرمادر را رعایت نکرده و از عرق نعنا و عرق کاکوتی(برای درمان برفک) و... استفاده کرده بودند. کلیه مادران شهری مورد مصاحبه دراستان گیلان، شیرمادر را قبل از ۶ ماهگی

قطع کرده بودند که علت آنرا کم وزنی کودک، خونریزیمادر، گریه و بی قراری شیرخوار، نارسی نوزاد و توصیه پزشک عنوان کردند.

درمورد ادامه شیردهی، بیشتر شرکت کنندگان علیرغماینکه در شیردهی خود موفق نبودند ولی به تداوم شیردهی تا ۲ سال اعتقاد داشتند. برخی مادران خراسانی اعتقاد داشتند که دختر باید دو ماه بیشتر از پسر شیربخورد چون ارث کمتر می برد. عده ای نیز شیردادن را برای پسران تا ۲/۵ سالگی و برای دختران تا ۲ سالگی ذکر کردند.

سن شروع غذای کمکی و نحوه شیردادن نیز مانند گروه قبل بود و برخی مصاحبه شوندگان، اولین غذای کمکی را سوپ، تخم مرغ، نان و چای، سبزی پخته و آب میوه ذکر کردند وحتی تعدادی از مادران در ۴۰ روزگی غذای خانواده را به شیرخوار چشانده بودند. دراستان کردستان نیز تعدادی ازمادران شهری غذاهای آماده تجاری را به عنوان اولین غذای کمکی ذکر کردند.

ج -گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستايي

همه شرکت کنندگان در مصاحبهها معتقد بودند که شیرمادر بهترین غذا برای شیرخوار است و بیشتر کارکنان به بسیاری از مزایای شیرمادر اشاره کردند ولی تعدادی از کارکنان مراکز شهری خراسان معتقد بودند که چون موادمعدنی شیرمادرمانند آهن و کلسیم آن کم است کودکانی که شیرمادر میخورند رنگ پریدهترند. تعدادی نیز عقیده داشتند که کودکان شیرخشک خوار تپل ترند.

تعداد کمی از کارکنان استان کردستان اضهار داشتند که بعضی از مادران در دو یا سه روز اول تولد نوزاد به او شیر نمی دهنـ د و از شیرمادر دیگری استفاده می کنند تا نوزاد زردی نگیرد. عده ای هم گفتند که اگر نوزاد پسر باشد به او شیر دختر و اگر دختر باشد به او شیر پسر میدهند. ضمناً خودشان هم معتقد بودند که دادن شیرخشت برای رفع زردی و پاک شدن روده نوزاد مناسب است.

درمورد تغذیه انحصاری با شیرمادراکثر کارکنان استانها پایان ۶ ماهگی را ذکرکردند ولیدراستان سمنان اکثریت با ۶-۴ ماهگی بود و فقط تعداد کمی پایان ۶ ماهگی را عنوان نمودند. بعضی از کارکنان معتقد بودند که براساس نمودار رشد کودک غذای کمکی را باید بین ۴ تا ۶ ماهگی شروع کرد و یک نفر از استان سمنان اظهار داشت که در دوقلوها در صورت سیرنشدن با شیرمادر باید غذای کمکی را بعد از ۴ ماهگی شروع کرد و یکی از کارکنان مراکز شهری خراسان معتقد بود که شروع غذای کمکی از ۶ ماهگی باعث افت وزنی ۸۰٪ از کودکان شده است.

درمورد نوع اولین غذای کمکی اکثر کارکنان معتقد به فرنی و حریره بادام بعد سوپ و پوره و... بودند و کارکنان شهری استان

خراسان اظهار داشتند که مادران آب میوه را زودتر از موعد برای کودکشروع می کنند. درخصوص تداومشیردهی، تا پایان ۲ سالگی را ذکر کردند ولی بیشتر کارکنان شهری استان خراسان عقیده به ۱/۵ سالگی داشتند و می گفتند که دراین سن کودک توانایی خوردن غذا و سایر شیرها را دارد و از شیر گرفتن دراین سن راحت تر است. عده ای هم معتقد بودند که کودک هرچه زودتر از شیر گرفته شود زودتر هم به غذا رو می آورد.

بیشتر کار کنان استانهای گیلان به توصیه پیامبر در دادن شیر تا دو سالگی اشاره کردند اما اظهار داشتند که شیردادن بیش از دو سال برای مادر مضر است و از شیر گرفتن بعد از دو سالگی مشکل و از نظر عاطفی به کودک صدمد می زند.

اکثر کار کنان شهری استان خراسان، دادن قطره آهن و مولتی ویتامین را بادوزهای پیشنهادی وبه صورت مداوم در صورت کامل بودن غذای کودک مضر می دانستند.

۲) مورد شیوه تغذیه با شیرمادر

مطالب مـورد بحـث: نحـوه شـیردادن – مـدت زمـان هـر شیردهی – تعداد دفعات – تغذیه شبانه

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

اکثر مادران معتقد به شیردادن در وضعیت نشسته بوده و نحوه درست شیردادن را بلد بودند و تقریباً همه نیز اعتقاد داشتند که دفعات شیردهی باید براساس تقاضای شیرخوار باشد و تا هر زمان که اومایل است شیربخورد. تعداد کمی از مادران، هر 7-7 ساعت را ذکر کردند و زمان هر وعده شیرخوردن را 0 تا 0 دقیقه عنوان نمودند. بیشتر مادران در 0 استان معتقد به شیردهی کامل از یک پستان و درصورت سیرنشدن کودک، از پستان دوم بودند اما تعداد کمی ازمادران استانهای سمنان و خراسان معتقد بودند که هر وعده شیردادن حتماً باید از هر دو پستان باشد چون «یکی بمنزله آب شیردادن حتماً باید از هر دو پستان باشد چون «یکی بمنزله آب است و دیگری نان» و حتی گفتند سینه راست نان است و سینه چپ آب. همه مادران، شیردهی در شب را نیـز عنـوان کردنـد و بیشترشان عقیده داشتند که حتی اگر شیرخوار شبها بیـدار نـشود باید بیدارش کرد و به او شیرداد.

ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی:

عقیده این گروه مانند گروه قبل بود و در استان گیلان تعداد کمی از مادران معتقد بودند که فقط تا ۴۰ روزگی باید شیرخوار را شبها برای شیرخوردن بیدار کرد.

ج. گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستایی

همه کارکنان معتقد به شیردهی براساس تقاضای کودک و به هر میزان که او مایل است، بودند. همچنین گفتند که درهر وعده شیردهی اول باید یک پستان تخلیه شود و بعد پستان دوم به دهان شیرخوار گذاشته شود. در مورد بیدار کردن شیرخوار در شب همه کارکنان هم عقیده بودند و فقط یک نفر از آنها گفت اگر بچه در شب بیدار نشود و گریه نکند لزومی ندارد که او را برای شیرخوردن بیدار کرد.

۳) عوامل تأثیر گذار بر موفقیت در تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم شیردهی

مطالب مورد بحث: عوامل مـؤثر بـر موفقیـت مـادر در تغذیـه انحصاری بـا شـیرمادر تـا ۶ مـاه، تـداوم شـیردهی تـا ۲ سـال و نشانههای عدم کفایت شیر.

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

اکثر مادران معتقد بودند که عواملی نظیر تغذیه خوب مادر، شیردهی مکرر، استراحت و آرامش روانی، محیط آرام خانواده، اعتقاد و باور قلبی مادر می تواند روی شیردهی او تأثیر مثبت داشته باشد. بعضی از شرکت کنندگان روستایی خراسان معتقد بودند که نوع تغذیه مادر تأثیری در میزان شیر او ندارد و یک نفر گفت «زیاد خوردن برای مادر گوشت می شود (وزنش زیاد می شود) نه شیر».

عده ای از شرکت کنندگان در هر ۴ استان نقش حمایتی همسر و اطرافیان را در شیردهی مهم ذکر کردند. چند نفر هم در استان گیلان به نقش مثبت آموزش از طریق مراکز بهداشتی درمانی و پیگیری کارکنان اشاره نمودند.

اکثرمادران عوامل منفی تاثیرگذار بر شیردهی را بیماریهای مادر، مشکلات پستان، مصرف آنتی بیوتیک، ناراحتیهای روانی، مشکلاتخانوادگی، دادنشیشه و سرشیشه وگولزنک، مایل نبودن مادر به شیردادن بدلیل ترس از تغییر فرم پستان و یا لاغری ذکر کردند. چند نفر هم در استان گیلان نقش منفی سزارین و مشکل مادران شاغل را عنوان نمودند و یک نفر هم از استان کردستان به زود شروع کردن غذای کمکی که باعث بیمیلی شیرخوار به شیرخوردن میشود اشاره نمود. تعداد کمی ازمادران هر۴ استان نیز معتقد بودند که بعضی مادران ذاتاً کم شیر هستند.

تقریباً همه مادران مهمترین نشانه عدم کفایت شیرمادر را گریه و بیقراری کودک و کاهش وزن او می دانستند. عدهای نیز راحت خوابیدن و خیس کردن تعداد مناسبی کهنه و پرشدن دهان او را از

شیر، هنگام شیرخوردن نشانه کافی بودن شیر ذکر کردند. در مورد راه حلهای پیشنهادی، بیشتر مادران معتقد بودند که مادر علاوه بر تلاش جهت تغذیه مناسب خودش (استفاده از غذاهای مایع و مقوی) باید برای کودک زیر ۶ ماه شیرخشک و برای کودکان بالای ۶ ماه شیرخشک یا شیرگاو را همراه با غذای کمکی شروع کند. چند نفر از مادران شهری استان خراسان معتقد بودند که در کودک زیر ۳ ماه دادن نبات و آب بادام برای سیرکردن کودکی که مادرش شیر ندارد مفید است. چند نفراز مادران روستایی خراسان و تعدادی از مادران سمنان اعتقاد داشتند که کم شیری معنا ندارد و با تکرار شیردهی می توان آنرا برطرف نمود. یکی از مادران در خراسان گفت « نباید بگوئیم شیر رفته به خراسان گفت « نباید بگوئیم شیر رفته به چرا و برمی گردد.» یک نفر هم در استان سمنان استفاده از تجربه مادران موفق در شیردهی را در رفع مشکلات ناشی از ناکافی مادران موفق در شیردهی را در رفع مشکلات ناشی از ناکافی

ب : گروه مادران نا موفق شهری و روستایی

نظر این گروه نیز در مورد عوامل مثبت و منفی تاثیر گذار بر شیردهی، مانند گروه قبل بود و حاملگی مجدد مادر و دوقلو داشتن را هم اضافه کردند. در روستاهای خراسان و گیلان، عده ای از مادران، لجبازی کودک را در نگرفتن پستان عنوان کردند. یکی از مادران خراسان تلقین را در ناکافی بودن شیرمادر موثر میدانست و عدهای نیز ندادن پستانک و شیشه را در موفقیت مادر موثر میدانستند. همچنین به حمایت اطرافیان بویژه حمایت همسر و یا وجود یک فرد با تجربه به عنوان راهنمای مادر اشاره شد. اکثر مادران روستایی مصاحبه شونده در استان خراسان معتقد بودند که وجود شیرگاو در روستا باعث شده که مادران به محض احساس گرسنگی شیرخوار(بنا به سنتی که در روستا وجود دارد) فوراً به او شیرگاو میدهند.چند نفر از مادران روستایی استان گیلان نقش شیرگاو میدهند.چند نفر از مادران روستایی استان گیلان نقش میدانش در اشاعه باورهای غلط را در عدم موفقیت شیردهی مؤثر میدانستند. یکی ازمادران دراستان کردستان احساس قلقلک هنگام شیردادن را دلیل عدم موفقیت خود در شیردهی ذکرکرد.

ج: گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستایی

نظر گروه کارکنان نیز در مورد عوامل مثبت و منفی تاثیرگذار بر شیردهی مانند دو گروه قبل بود. تعدادکمی از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی روستاییاستان سمنان نیزمیزان سواد مادر را مؤثر میدانستند و یکی از آنان به نقش شیردهی در شب اشاره نمود و اعتقاد داشت که مشکلات پستانی نظیر صاف یا فرورفته بودن نوک پستان دلیل عدم موفقیت در شیردهی نیست.

تعدادکمی از کارکنان در هر۴ استان به نقش حاملگی مجدد، چند قلو بودن شیرخواران، باورهای غلط در مورد چاق تر بودن و رشد بهترکودکان شیرخشک خوار، دسترسی بهشیرخشک در خانوادههای مرفه و این توقع که استفاده از شیرخشک حق قانونی خانوادههای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی است اشاره نمودند.

تعدادی از کارکنان استان خراسان، کیم تجربه بودن مادران بویژه اول زا ها را مانع تداوم شیردهی و عدهای از کارکنان استان گیلان، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری نامناسب مانند قرصهای ترکیبی را در دوران شیردهی سبب اختلال در شیردهی مادر بیان کردند. دو نفر از کارکنان استان سیمنان هیم به برخی اعتقادات اشاره نمودنداز جمله روستائیان درصورتی که کودکی سر سفره غذا باشد، حتماً از غذای سفره به او می خورانند بویژه اگر شیرخوار پسر یا غذا نذری باشد. چند نفر از کارکنان گیلان هیم تمایل خانوادهها را به دادن شیرخشک به شیرخواران پسر بدلیل علاقه به رشد بهتر اولاد ذکور عنوان نمودند و در استان کردستان نیز چند نفر جنسیت شیرخوار را در وضعیت شیردهی مادر دخیل می دانستند و تنها چند نفر از شرکت کنندگان درمصاحبه به نقش آموزش پزشکان و عدم هماهنگی این آموزش ها با بخش دولتی اشاره کردند.

درمورد علائم کافی بودن شیرمادر، اکثریت قریب بهاتفاق کارکنان اعتقاد داشتند که گریه و ناآرامی کودک، وضعیت رشد او و تعداد کهنههای خیسشده در هر روز می تواند نشانه کافی بودن یا نبودن شیرمادر باشد. در استانهای سمنان و گیلان عدهای حجم پستان و پر بودن آن و همچنین جاری شدن خودبخود شیر از پستان را نشانه کافی بودن شیر میدانستند. برای بهتر شدن وضعیت شیردهی و تکرر شیردهی، تغذیه مناسب مادر و استفاده از مایعات را توصیه می نمودند. علاوه بر آن اعتقاد داشتند که رشد کودک هم باید مدنظر باشد و در صورت اختلال رشد، شیرخواربه یزشک ارجاع داده شود.

دراستان کردستان چند نفر از کارکنان گفتند که جویدن سقز کوهی توسط مادر، خوردن گوشت مرغ و تخم مرغ و تخمه، گندم و نخود باعث بهتر شدن جریان شیرمادر می شود. گروهی دیگر از کارکنان این استان هماظهار داشتند کهبعضی ازمادران برای اینکه از مراکز بهداشتی درمانی شیرخشک بگیرند به شیرخوارشان شیر نمی دهند تا کم شیر شوند و یا شیرشان خشک شود.

۴) تغذیه کودک بیمار

مطلب مورد بحث: چگونگی بیماری شیرخوار (اسهال، زردی، شکاف کام یا لب) بر تغذیه او با شیر مادر

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

همه ما دران شرکت کننده عقیده داشتند که بیماری کودک گرچه باعث بی اشتهایی و بی قراری و یا عدم توانایی او در شیرخوردن می شود ولی شیرمادر نباید قطع شود و اکثراً اظهار می داشتند گرچه اشتهای کودک بیمار برای غذاخوردن کم می شود ولی شیر مادر را با اشتها می خورد. در مورد اسهال کودکان، متفقالقول بودند که همراه با ORS تغذیه با شیرمادر هم ادامه پیدا کند و حتی دفعات آن بیشتر شود. درمورد زردی نوزادان اکثریت اظهار داشتند که شیرمادر نباید قطع شود ولی چند نفر در استان خراسان و گیلان عقیده داشتند که آغوز چون غلیظ است و معده برای هضم آن ناتوان است باعث زردی می شود و بهتر است که مادر غذاهای سرد مثل آب هندوانه و گوشت خروس بخورد و عده ای غذاهای سرد مثل آب هندوانه و گوشت خروس بخورد و عده ای نیز فلوس، ترنجبین و شیرخشت را برای نوزاد مفید می داستند.

در مورد شکاف کام یا شکاف لب نیز بیشتر مادران از چگونگی شیردادن این گونه کودکان اطلاعی نداشتند.

ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی

عقیده این گروه مانند گروه قبل بود ولی تعدادی ازمادران روستایی گیلان در مورد ابتلای کودک به اسهال علاوه بر ORS و شیرمادر به آب میوه و ساندیس هم اشاره کردند. در مورد زردی نوزاد نیز علاوه بر مطالب گفته شده قبلی، در استان گیلان تجویز ماست چکیده و وصل کردن یک تکه طلا به لباس بچه و یا مالیدن آب ماست به صورت نوزاد را نیز عنوان نمودند.

در مورد شکاف کام یا لب، تعدادی از مادران استان کردستان بی اطلاع بودند ولی اکثرمادران این استان و سه استان دیگر معتقد بودند که شیرمادر را با قاشق یا فنجان یا سرنگ می توان به این کودکان خورانید وتعدادی از استان گیلان به سرپستانکهای مخصوص برای این کودکان اشاره کردند.

ج: گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستایی

عقیده این گروه نیز عدم قطع شیرمادر در زمان ابتلاء کودک به اسهال بود و حتی گفتند مدت و دفعات تغذیه با شیرمادر باید افزایش یابد. کارکنان استان خراسان معتقد بودند ترنجبین برای نوزادمبتلا به زردی بلامانع است و درکل عقیده داشتند اگر پزشک توصیه کند شیرمادر باید قطع شود.در مورد لب شکری و شکاف کام نیز نظرات مشابه بود و کارکنان اظهار داشتند تا زمان انجام عمل جراحی، شیر دوشیده شده مادر را باید با قاشق، فنجان یا سرنگ به کودک داد ولی اگر طولانی مدت باشد امکان پذیر نیست.

مطالب مورد بحث: تأثیر بیماری مادر برتغذیه شیرخوار - تغذیه شیرخوار توسط مادر بیمار چگونه باید باشد؟

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

اکثر مادران اعتقاد داشتند تأثیر بیماری مادر بر شیردهی او بستگی به نوع بیماری مادر دارد و نظر پزشک نیز در تصمیم مادر برای شیردادن بسیارمهم است. بیشترمادران بیماری هایی مانند سل، تب مالت، سرطان، صرع، زردی و ایدز را مانع شیردهی میدانستند و تعداد کمی هم در استان سمنان به داروهای مربوط به تیروئید، داروهای روان گردان، آنتی بیوتیکها اشاره کردند ولی مادران استان گیلان گفتندکه بیماری روانی مادر منعی برای شیردهی نیست.در موردمشکلات پستانی نظیرشقاق، زخم و اَبسه پستان، عدهای قطع موقت شیردهی را تا بهبود بیماری و عدهای دیگر، شیردهی از پستان سالم را پیشنهاد کردند. تعداد کمی از مادران استان گیلان و کردستان معتقد بودند که در شقاق پستان هم شیردهی باید موقتاً قطع شود و برای تغذیه این شیرخواران، اکثرمادران برای کودکان زیر ۶ ماه شیرخشک و برای کودکان بزرگتر غذای کمکی همراه با شیرخشک را پیشنهاد می کردنـ د و تعداد کمی نیز به شیر گاو و شیرپاستوریزه اشاره کردند. بیشتر مادران استان سمنان معتقد بودند که به هیچ عنوان نباید به کودک شیرخشک داده شود.

ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی

نظراین گروه نیز مشابه گروه قبل بود به اضافه اینکه تعدادی از مادران استان سمنان و گیلان معتقد بودند که اگر مادر مبتلا به سرماخوردگی و یا آنفلوآنزا باشد چون این بیماری مسری است مادر نباید شیر بدهد و موقتاً شیردهی باید قطع شود.

برخی مادران دراستان گیلان عقیده داشتند که مادرمبتلا به ایدز هم می تواند شیر بدهد چون همیشه شیر راه انتقال بیماری نیست. درمورد شقاق های شدید و آبسه پستان نیزمادران کردستان

عقیده داشتند که مادر نباید شیر بدهد چون چرک و خون وارد بدن کودک می شود. درمورد نحوه تغذیه شیرخوار نیز عقیده این گروه مانند گروه قبل بود.

ج : گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستایی

تقریباً همه کارکنان عقیده داشتند که بیماری مادر به جز موارد خاص مانع شیردهی نیست. اکثراً انواع سرطانهای تحت شیمی درمانی، سلفعال، صرع شدید ومصرف برخیداروها مانند ریفامپیسین، املاح طلا و داروهای روان گردان را مانع شیردهی میدانستند و عده کمی هم به بیماری روانی مادر، تیفوئید، میگرن

و گواتر اشاره کردند. دراستان گیلان به کهخونی شدید مادر، خونریزی، سکته مغزی، بیماریهای شدید کلیوی و مصرف داروهایی مانندار گوتامین، متی مازول و لیتیوم هم اشاره شد.

درمورد مشکلات پستانی فقط در مورد آبسه پستان عدهای عقیده داشتند که شیردهی باید ادامه پیدا کند و عدهای به قطع شیردهی اعتقاد داشتند. تغذیه کودک را نیز در موارد ابتلاء مادر به بیماری، درصورتی که زیر ۴ ماه باشد شیرخشک و کودکان بالای ۴ ماه را غذای کمکی توصیه کردند. عدهای نیز شیردایه و در صورت عدم امکان، شیرخشک را ترجیح میدادند. در استان کردستان چند نفر به شیر بز اشاره کردند که تعداد کمی از کارکنان با این توصیه مخالفت کردند چون عقیده داشتند شیر بز باعث کم خونی شیرخوار می شود.

۶) مورد شیردهی مادران شاغل در خارج از منزل

مطالب مورد بحث: یک مادر شاغل کودک زیر ۶ ماه یا بالای۶ ماه خود را چگونه باید تغذیه کند؟ آیا شیر دوشیده شده را می توان نگهداری کرد؟ چگونه؟

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

همهمادران استان سمنان وتعداد زیادی ازمادران شهری و برخی مادران روستایی استان گیلان معتقد بودند که مادر باید شیرش را بدوشد تا درغیاب او به فرزندش بدهند. مادران روستایی استان خراسان و چند نفر دیگر ازسه استان دیگر اعتقادی به دوشیدن شیر نداشتند چون فکر می کردند شیر دوشیده شده مادر بیمنو، بیخاصیت و فاسد است. اکثرمادران روستایی استان خراسان گفتند تاکنون چنین مشکلی نداشتهاند و اگر مجبور شوند، اول خودشان بچه را سیر می کنند و درمدت غیبت آنان نیز کودک از شیر داید (همسایهها) استفاده می کند.

در مورد نحوه دوشیدن و طرز نگه داری شیردوشیده شده اکثر مادران دراستان خراسان به این سوال پاسخ ندادند و در سه استان دیگر تعداد کمی از شرکت کنندگان ، نگهداری شیر را در دمای اتاق از نیم تا ۲۴ ساعت و در یخچال از یک تا ۴۸ ساعت ذکر کردند. درمورد نگهداری شیردوشیده شده در فریزر فقط یک نفر از مادران استان سمنان صحبت کردوبقیه گفتند چنین چیزی تاکنون نشنیده اند. یکی ازمادران شهری استان خراسان خود تجربه تغذیه کودک با شیر دوشیده شدهاش را هنگام دوری از کودک داشت.

ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی

اکثر شرکت کنندگان، شیردوشیده شده مادر را در غیاب مادر شاغل توصیه کردند وعده کمی نیز عقیده داشتند که چون شیر دوشیده شده مادر فاسد می شود باید برای کودکان زیر ۶ ماه

شیرخشک یا شیردایه (تعداد کمی هم آب قند یا شیر گاو را ذکر کردند) و برای کودکان بالای ۶ ماه غذای کمکی به تنهایی یا همراه با شیرخشک داد. مادران روستایی خراسان تجربه دوشیدن شیر را نداشتند و ضمناً معتقد بودند که شیر دوشیده شده مادر قابل نگهداری نیست. شرکت کنندگان شهری و روستایی خراسان و مادران روستایی گیلان از زمان نگهداری شیر دوشیده شده اظهار بیاطلاعی می کردند و اکثر مادران دیگر نیز زمانهایی بین ۲ تا ۶ ساعت را برای نگهداری شیر دوشیده شده در اتاق و ۲ تا ۴۸ ساعت را در یخچال ذکر کردند. در مورد نگهداری شیر در فریزر اکثر مادران یا نظری نداشتند یا اظهار بی اطلاعی می کردند و فقط چند نفر زمانهایی بین ۴۸ ساعت و ۶ ماه را ذکر نمودند.در مورد نحوه گرم کردن شیر فریزشده فقط یک نفر ازمادران شهری مورد نحوه گرم کردن شیر فریزشده فقط یک نفر ازمادران شهری گیلان اظهار داشت که می توان شیر را درون ظرفی ریخت و آنرا داخل یک قابلمه آب گذاشت و آب را جوشاند.

ج: گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستایی

اکثر کارکنان عقیده داشتند که مادر باید شیرش را بدوشد تا در غیاب او به فرزندش بدهند. استفاده از شیر دایه ، شیر خشک و یا شیر گاو توسط تعداد کمی از کار کنان اظهارشد. برای کودکان زیرع ماه شیر دوشیده شده مادر به تنهایی و یا همراه با سایر شیرها و برای کودکان بالای ۶ ماه شیردوشیده شده راهمراه با غذای کمکی توصیهنمودند. دراستانهای گیلان وخراسان، گروهی اظهار نمودند که هم دوشیدن شیر برای مادرسخت و وقت گیر است و هم برای کسی که در غیاب مادر باید این شیر را به کودک بدهد. کارکنان مراکز روستایی خراسان اظهارداشتند که حتی مادران اگرهم بدانند که نگهداری شیردوشیده شده آمکان پذیر است باز از آب قند یا شیردایه استفاده می کنند. بیشتر کار کنان عقیده داشتند که شیر دوشیده شده را می توان نگه داری کرد، ولی کارکنان روستایی استان سمنان و خراسان اکثراً از نحوه نگهداری شیردوشیده شده اظهار بی اطلاعی کردند. کارکنان مراکز شهری استان خراسان نیز به این پرسش پاسخ ندادند وتعدادی از کار کنان استانهای گیلان و کردستان و سمنان پاسخ درست دادند(دمای اتاق ۸-۲ ساعت، یخچال تا ۴۸ساعت، جایخی۲ تا ۳ هفته و فریزر خانگی ۳ ماه، فریزر صنعتی تا ۶ ماه). یک نفر از کارکنان مراکز روستایی استان سمنان معتقد بودند که شیر مادر درخارج از یخچال قابل نگهداری نیست و یکی از بهورزان استان گیلان نیز گفت که شیر فریز شده ارزش غذایی ندارد.

۷) شیردهی مادران باردار

مطالب مورد بحث: مادری که شیر میدهد و باردار می شود در مورد ادامه یا قطع شیردهی چه تصمیمی باید بگیرد؟ آیا سن شیرخوار یا جنین در این تصمیم گیری موثر است؟

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

اكثرمادران استان سمنان عقيده داشتندكه مادرعليرغم بارداري می تواند به شیردهی خود ادامه دهد ولی اکثریت مادران روستایی همین استان و بیشتر مادران استانهای خراسان و گیلان و نیمی از مادران کردستان اظهار داشتند که مادر نباید شیربدهد چون شیر او غلیظ و کثیف است و روی جنین و شیرخوار اثر سوء می گذارد. گروه مادران موافق با شیردهی مادر اکثراً شیردادن را تا ۶–۵ ماهگی جنین و یا اگر شیرخوار زیر ۶ ماه داشته باشد تا ۶ ماهگی او مجاز می دانستند . یکی دو نفر از مادران استان خراسان و کردستان تجربه شیردهی خود را تـا ۶-۵ مـاهگی بـارداری بیـان نمودند. چند نفر نیز در استان خراسان به تجارب اطرافیان خود مبنی بر شیردهی تا پایان حاملگی و شیردهی به هر دو کودک، اشاره نمودند. تعداد کمی از مادران روستایی استان سمنان معتقد بودندکه تغذیه مادر درتوانایی او برای شیردهی درهنگامی که باردار است بسیار مؤثر می باشد و مادرانی که خوب تغذیه کنند از عهده انجام این کار برمی آیند. مادرانی که موافق با قطع شیردهی در زمان بارداری بودند استفاده از شیرخشک یا شیرگاو را برای کودک زیر ۶ ماه و شیرگاو را برای کودک بالای ۶ ماه توصیه می کردند. ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی

اکثرمادران مصاحبه شونده معتقد بودند که به محض اطلاع از بارداری، باید شیردادن قطع شود. تعداد کمی نیز موافق با ادامه شیردهی بودند ولی تا ماه چهارم، دو سه نفر هم تا ماه ششم و هفتم را ذکر کردند.

تعداد معدودی ازمادران استان کردستان و مادران روستایی گیلان و یک نفر از مادران شهری سمنان عقیده داشتند که تا پایان دوره بارداری، مادر می تواند همچنان شیر بدهد. چند نفر هم به تجربه خود در شیردهی در دوران بارداری حتی تا ماه هفتم اشاره نمودند. تعداد کمی هم گفتند که این کار باید با نظر پزشک باشد.

ج: گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستایی

اکثر کار کنان عقیده داشتند که اگرمادر توانایی داشته باشد می تواند با وجود بارداری شیر هم بدهد و این زمان را حداکثر تا ماههای پنجم تا هفتم ذکر می کردند و بیشتر از آن را بدلیل احتمال زایمان زودرس وعدم امکان ایجاد آغوز در پستان مادر، مجاز نمی دانستند.

چند نفر ازبهورزان گیلان گفتند که شیردهی در دوران بارداری باعث کمشدن شیر برای نوزاد بعدی و تاثیر اکسی توسین روی مغز جنین می شود. عده ای هم عقیده داشتند که شیردادن تایک سالگی شیرخوار مانند شیرخواران عادی باید ادامه پیدا کند و تغذیه مناسب مادررا عامل مهمی در شیردادن اوعنوان می نمودند. کارکنان شهری استان خراسان اظهارداشتند بعضی از مادران تا پایان حاملگی به شیرخوار خود شیرداده و بعد از زایمان هم به هردو شیر می دهند و بعضی از کارکنان مراکز روستایی این استان هم گفتند که مادران به محض تغییر رنگ پستان، شیردهی را قطع می کنند .

۸) تاثیر ارائه خدمات پزشکان و کارکنان بهداشتی درمانی و رسانه های گروهی و تبلیغات بر شیردهی مادر

مطالب مورد بحث: اگر مادرتحت نظر پزشکژ، مراکز بهداشتی درمانی و یا خانه بهداشت باشد، آیا در شیردادن و طول مدت شیردهی او تأثیر دارد؟ رفتار و نحوه آموزش کارکنان بهداشتی چطور؟

آموزشهای لازم از چه طریق بهتر است به مادر داده شود؟ (پزشک، کارکنان مراکز، روزنامه ها، صدا وسیما)

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

همه مصاحبه شوندگان در۴ استان عقیده داشتندکهارائه خدمات توسط مراکز بهداشتی درمانی روی شیردهی و طول مدت شیردهی آنان تاثیر مثبت داشته است. عده زیادی هم به رفتار خوب پرسنل اشاره می نمودند عده کمی ازمادران استان کردستان گفتند رفتار پرسنل بهداشتی نمی تواند روی شیردهی تاثیر داشته باشد چون مادران به خاطر علاقه به فرزندشان او را شیر میدهند. دراستان خراسان معتقد بودندکهآموزشهای ارائه شده توسط مراکز بویژه برای مادران اول زا و کم تجربه بسیار موثر ومفید بوده و رفتار خوب کارکنان، ارتباط خوب با مراجعه کننده، صبر و حوصله و علاقمندی کارکنان باعث میشود که آموزشها مؤثرتر واقع شوند. تقریباً همه شرکت کنندگان بهترین محل را برای آموزش، مراکز تهداشتی درمانی می دانستند.

بعضی از مادران شهری خراسان پیشنهاد کردند این آموزشها برای مردان هم باید باشد زیرا آنان نقش بسیار مهمی درحمایت از مادری که شیر می دهد دارند و پیشنهاد کردند برنامههای تلویزیونی تهیه شود که حاوی مطالب مربوط به حمایت مردان از همسرانشان باشد و ساعات پخش آن نیز با حضور مردان در منزل مطابقت داشته باشد. در سایر استان ها نیز به نقش مهم تلویزیون در ارائه آموزشها و تبلیغ شیرمادر اشاره کردند و تعدادی هم به تاثیر آموزش در زایشگاهها و بیمارستانها که هنگام ترخیص به آنها

بروشور اطلاعاتی داده می شود اشاره نمودند. درهر ۴ استان، مادران روستایی از ارائه خدمات توسط بهورزان رضایت بیشتری داشتند و آموزشها بویژه پیگیری به ورزان را درشیردهی خود مؤثر می دانستند. ۲ نفر از مادران روستایی استان سمنان گفتند «ما شیردهی خودمان را مدیون بهورز هستیم، اگر تلاش و پیگیری او نبود ما به فرزندانمان شیرخشک داده بودیم».

ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی

اکثریت مادران معتقد بودند که خدماتی که در واحدهای بهداشتی درمانیداده می شود برشیردهی مادر اثر مثبت دارد. تعداد کمی از مادران روستایی گیلان اظهار داشتند که مراکز بهداشتی درمانی اصلاً نباید دخالتی در شیردهی داشه باشند وظیفه آنها فقط کنترل رشد کودک و تامین بهداشت اوست. تعداد کمی از مادران شهری استانهای خراسان، کردستان وگیلان هم تاثیر مراکز را روی شیردهی مادر انکار نموده و معتقد بهمراجعه به پزشک بودند. اکثرمادراناعتقاد داشتند که طرز برخوردکارکنان حوصله و عطوفت انان در پذیرش آموزشها توسط مادران و در نتیجه روی شیردهی آنان نقش موثری دارد. استان خراسان بهترین زمان آموزش ها را دوران بارداری ودر درجه بعد دوران شیردهی، ذکر نمود.

اکثر شرکت کنندگان بهترین و اولین منبع آموزش را مراکز بهداشتی درمانی می دانستند و برخی از مادران اول به پزشک و سپس به کارکنان بهداشتی درمانی اعتقاد داشتند و پمفلت، کتاب، روزنامه، رادیو و تلویزیون در ردههای بعدی عنوان شدند. تعداد کمی نیز به نقش تلویزیون برای کسانی که به مراکز دسترسی ندارنداشاره کردند. چندتن ازمادران شهری استان خراسان نیز به حمایت همسران در شیردهی مادر و برگزاری کلاسهای آموزشی برای آنان اشاره نمودند.

ج: گروه کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشت خانواده شهری و روستایی

تقریباً همه کارکنان معتقد بودند که خدمات ارائه شده توسط واحدهای بهداشتی درمانی در شیردهی مادران اثر بسیار مثبت دارد. همچنین به تاثیر برخورد مناسب کارکنان، رفتار صمیمانه آنان در جلب اعتماد مادران، مشاوره با مادران ، همسران و بستگان آنان و یکدست و یکسان بودن مطالب آموزشی اشاره نمودند چند نفر هم دراستان سمنان به مواردی مانند سختگیری در دادن شیرخشک به مادران و اجرای طرح هم اتاقی مادر ونوزاد را در بهبود وضعیت شیردهی مادران مؤثرمیدانستند. اکثر کارکنان مورد مصاحبه اعتقاد داشتند که بهتر است آموزش ها از طریق کارکنان

بهداشتی و نیز پزشکان ارائه شود و آموزش از طریق صدا و سیما ، پوستر، پمفلت، جـزوه، فـیلم و الگوهـایی از مـادران موفـق را در ردههای بعدی اهمیت ذکر کردند.

چند نفر از بهورزان در استان خراسان اظهار داشتند که پزشکان و رسانه ها بویژه صدا وسیما بالاترین و مهمترین نقش را دارند. زیرا اولاً «روستائیان حرف غریبه ها را بیشتر قبول دارند»، ثانیاً صداوسیما در دسترس همه قراردارد. اما در استان کردستان چند نفراز کارکنان اظهار داشتند که صداوسیما بدلیل داشتن یک چهارچوب خاص برنامهها و برخی محدودیت های کلامی مؤثر نیستند. عده زیادی از کارکنان مانند مادران موفق، با ارائه آموزشها در دوران بارداری و در درجه بعد در دوران شیردهی موافق بودند. تعداد کمی نیز دوران قبل از ازدواج و حتی نوجوانی را مناسب می دانستند.

اکثریت کارکنان به مواردی از قبیل آشنانبودن پزشکان بویژه در بخش خصوصی با مطالب آموزشی ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی و ناهماهنگی گفتهها و عملکرد بخش خصوصی با دستورالعملها وآموزشهای بخش دولتی، باورهای نادرست مادران و اطرافیان آنان، مشکلات اقتصادی و کم سوادی و ناآگاهی بعضی از مادران را با تأثیر منفی بر شیردهی ذکر کردند. تعدادی نیز به اثرات منفی اطلاعات کم خود کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، حجم زیاد کار آنان در نتیجه عدم امکان مشاوره و راهمنایی صحیح مادران و بالاخره تغییر مکرردستورالعملها اشاره نمودند. و پیشنهاد اتی نیز ارائه دادند.

بحث و نتیجه گیری:

دراین بررسی کیفی که برای اولین بار در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر در ایران و فقط در۴ استان انجام گرفته است عقاید و نظرات سه گروه (۲ گروه گیرنده خدمت و یک گروه ارائه دهنده خدمت) جمعآوری گردید که پس از تجزیه و تحلیل نتایج زیر حاصل گردید.

﴿ اطلاعات مادران وکارکنان در زمینه اهمیت تغذیه کودک با شیر مادر، طول مدت شیردهی، تغذیه مکرر شیرخوار و تغذیه او درشب، نحوه شیردادن، عدم استفاده از گول زنک و بطری و پستانک، تغذیهخوب مادر، حمایتهمسر، حمایت ازمادران کم تجربه و اول زا، ادامه شیردهی در موارد ابتلا کودک به اسهال و برخی بیماریهای دوران نوزادی و شیرخواری بسیارخوب و چشمگیر بود و به بسیاری از عوامل مثبت و منفی تأثیر گذار بر شیردهی اشاره نمودند.

🕇 علیرغم آموزشهای قبلی و با گذشت ده سال از اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر در کل کشور، هنوز اطلاعات مادران و کارکنان در برخی موارد کامل نیست و یا تعدادی باورهای نادرست در میان آنان وجود دارد. ازجمله در زمینه شروع شیردهی با آغوز، طول مدت شیردهی، نحوه تغذیهازهردوپستان درهر وعده شیردادن، زمان شروع تغذیه تکمیلی، نحوه و نوع تغذیه تکمیلی، شیردهی مادران درموارد مشکلات پستان، استفاده از دارو، بیماریهای مادر، حاملگی مجدد، دوشیدن و نگهداری شیر دوشیده شده و سایر آنها. در فلسطین اشغالی(نوار غـزه) نیـز در سـال ۱۹۹۶ بـا ۳۵۸ مـادر فلسطینی در زمینه تنظیم خانواده و تغذیه با شیرمادر بحث گروهی انجام گرفته است، مشخص گردیده برخی از مادران یک تا سه روز بعد از زایمان شروع به شیردادن نموده اند و اکثراً عقیده داشتند که آغوزیا شیرروزهای اول کثیف غیرمغذی و حتی بی فایده است و برخی ازمادران درچند هفته اول زندگی کودکخود را با آب و قند یا آب و عسل و یا عصاره های گیاهی مثل عرق نعنا و . . . تغذیه کرده بودند.

لله بسیاری از مادران موفق در شیردهی علیرغم اَگاهی و اعتقاد به تغذیه انحصاری کودک با شیرمادر تا ۶ ماهگی، عملکردی مغایر با اطلاعات خود داشته و لی در شیردهی موفق هم بوده اند.

أموزش های ارائه شده از طریق مراکز بهداشتی درمانی بویژه از طریق پزشکان، کارکنان و بهورزان نسبت به آموزش از طریق صداوسیما اولویت داشته و به آموزش مادران در دوران بارداری و حتی قبل از ازدواج اشاره شده است.

پزشکان بخش خصوصی با مطالب آموزشی ارائه شده در بخش دولتی ودستورالعمل های موجود آشنایی ندارند.

خندگانگی در مطالب آموزشی ارائه شده وجود دارد و مطالب آموزشی یک دست و یکنواخت نیستند.

پیشنهادات:

۱ – برنامه ریزی آموزشی برای هر یک از استان ها با توجه به کمبودهای آموزشی آن انجام شود تا مادران و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی تحت آموزشهای لازم قرار گیرند.

۲ – به آموزش پزشکان بویژه پزشکان بخش خصوصی توجـه خاص مبذول گردد.

۳ - در دوره های بازآموزی پزشکان حداقل چند ساعت به مطالب آموزشی در زمینه شیرمادر اختصاص داده شود و یا هرسال یک یا چند دوره آموزشی کامل در مورد تغذیه با شیرمادرو رشد کودک تنظیم گردد.

 ۴ – دستورالعمل ها و مطالب آموزشی ارائه شده یکدست و یکسان شوند.

 ۵ - در مورد تهیه برنامه های آموزنده و جذاب و پخش آن از طریق صداوسیما اقدام شود.

۶ – در زمینه آموزشهای همگانی بویژه آموزش مردان واهمیت نقش حمایتی و موثر آنان در شیردهی مادران برنامه ریزی های گسترده انجام گیرد.

۷ – امکانات لازم جهت انجام این بررسی در سایر استانها
 نیز فراهم شود.

تشکر و قدردانی

بودجه این طرح تحقیقاتی توسط معاونت پژوهشی وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی تأمین شده است.

تویسندگان مقاله از جناب آقای دکتر سیدعلیرضا مرندی که مشوق انجام طرح بودند تشکر و سپاسگزاری نموده و قدرشناس راهنمایی های ارزنده جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی می باشند همچنین از همکاریهای صمیمانه جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری معاون محترم بهداشتی وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که دستور همه گونه هماهنگی و همکاری را به استان های ذیربط دادند سپاسگزاری می نمایند از معاونین محترم بهداشتی ۴ استان مربوطه و همکاران اجرایی استان ها که کارشناسان محترم بهداشت خانواده بودند و نیز کارشناسان انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر که در انجام طرح نهایت همکاری را داشتند صمیمانه سیاسگزاری می کنند.

References: منابع

۱ – سرشماری نفوس و مسکن، تهران، انتشارات مرکز آمار ایران، سال ۱۳۷۵.

 ۲ – مرندی ، سید علیرضا . زنجانی ، ناهید و همکاران . دانستنی های تغذیه شیرخواران . کتاب راهنما برای مادران و گروه پزشکی تهران ، انتشارات انجمن و ترویج تغذیه با شیر مادر . ۱۳۷۷. ۳ - تقوی اردکانی، عباس. « تغذیه در ۶ ماه اول زندگی (تغذیه انحصاری با شیر مادر)
 ۸ سخنرانی ارائه شده در جلسات علمی ماهانه نشریه علمی انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر. مرکز طبی کودکان آبان ۱۳۷۷.

بنیلفروشان ، محمدعلی. عزالدین زنجانی، ناهید . تقوی و همکاران . « تعیین
 اثر طول مدت تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر تا ۶ ماهگی بر رشد
 شیرخوار و پیشگیری از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی محدوده جمعیتی

- پنج دانشگاه علوم پزشکی » با همکاری وزارت بهداشت ، انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر و صندوق کودکان سازمان ملل متحد ۱۳۷۶
- ۵ مرندی ، سید علیرضا. « نقش تغذیه باشیرمادر در رشد و بقای کودک» . مجله نبض، خرداد ۱۳۷۱، صفحه -77
- ۶ جمشیدبیگی، عصمت. «بررسی الگوی شیردهی تا یکسالگی کودک و طول مدت شیردهی در مادران ساکن مناطق روستایی کشور در سال ۱۳۷۰». پایان نامه کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه . دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۱۳۷۲
- ۷ معاونت بهداشتی وزارت بهداشت،درمان و اَمـوزش پزشـکی . بررسـی شاخصهای چندگانه وضعیت زنـان و کودکـان جمهـوری اسـلامی ایـران (MICS) اسفندماه ۱۳۷۶
- ۸ بختیار، کتایون . «بررسی علل عدم موفقیت در ادامه شیردهی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی خرم آباد در سال ۱۳۷۳» پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۴
- P طبی، هادی. نیازی ، مریم. « بررسی عوامل موثر در کاهش یا قطع زودرس شیرمادر در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قاین سال ۱۳۷۳».
- ۱۰ ده بزرگی، سلطنت . « علـل عـدم موفقیـت شـیردهی در مـادران شـیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز بهمن ۱۳۷۴.
- ۱۱ ملک افضلی، حسین «راهنمای پژوهشهای کیفی» . ترجمه. تهران ۱۳۷۸.
- 12- Riordan, Jan. "Breastfeeding and human lactation" Jones Barrlett publishers, London, 1999.
- 13- Howard, CR. Howard, FM. Lanphear, B. Dedlieck, EA. Eberly, s. Lawerence, RA. "The effects of early pacifier use on breastfeeding duration." Pediatrics .1999 Mar; 103(3): E 33.
- 14- Righard , L. Are breastfeeding Problems related to incorrect breastfeeding technique and use bottles?" Birth 1998 Mar; **25**(1) 40-4.
- 15- lehaus, MJ. Smith, LA .Sheps, SB. Green , LW . Physicians and breastfeeding: beliefs, knowledge, self-efficiency and counseling practices". Can-J-Public Health. 1997 Nov Dec 88(6): 383-7.
- 16- Richard J. Schanler RJ. The use of human milk for premature infants. Pediatr Clin North Am 2001; 48(1): 207-19.
- 17- Behrman, Richard E. Nelson Essential of Pediatrics 4th Ed.