

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

دکتر ناهید عزالدین زنجانی^۱، فرشته فقیهی^۲، دکتر مجید توکلی^۳

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, Colostrum, Complementary feeding, Growth and Development.*

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

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

۳- کارشناس ارشد حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش 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 ۴ منطقه شهری و روستایی ۴ 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 در شیردهی، 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 در خارج 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 (کارردانان و کارشناسان) و روستایی (بهورزان) مصاحبه بعمل آمد. هر روز یک مصاحبه انجام شد، مدت هر مصاحبه ۱،۵ تا ۲ ساعت و تعداد افراد شرکت کننده ۱۰-۸ نفر بود. در نهایت برگه های ۴۸ مصاحبه، ۲۴ خلاصه مصاحبه و ۱۲ 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 ۶ ماهگی» عملکرد درستی نداشتند ولی در شیردهی خود موفق هم بودند.

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

مقدمه:

در آن انجام می پذیرد (۱۱ و ۲). 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 و ۱۷). 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

کودکان نه تنها آسیب پذیرترین گروه اجتماعی هستند بلکه در کشورهای در حال توسعه بخش عمده ای از جمعیت را نیز شامل می شوند. در کشور ما حدود ۱۰/۳ درصد جمعیت را کودکان زیر ۵ سال تشکیل می دهند (۱). در میان مراحل دوران کودکی، دوره شیرخواری حساس ترین مرحله ای است که رشد و تکامل کودک

تا دو ساله داشته‌اند در دو گروه مادران موفق^۴ و ناموفق^۵ 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 بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهری) و روستایی (بهورزان خانه‌های بهداشت) انتخاب شدند که با آنان مصاحبه انجام گرفت. برای هر زیرگروه درهر استان دو مصاحبه در نظر گرفته شد بنابراین تعداد مصاحبه ها برای هر استان ۱۲ مصاحبه (۶ مصاحبه در شهر و ۶ مصاحبه در روستا) و جمعاً در ۴ استان ۴۸ مصاحبه انجام گرفت، مدت هر مصاحبه ۱/۵ تا ۲ ساعت و تعداد افراد شرکت کننده در هر مصاحبه ۱۰-۸ نفر بود. برای انجام هر مصاحبه یک مصاحبه کننده، دونفر یادداشت بردار^۶ و یک نفر هماهنگ کننده^۷ نیاز بود که از بین افراد مسلط به زبان و آداب و رسوم محلی هر استان انتخاب و پس از گذراندن دوره های آموزشی و انجام مطالعه مقدماتی^۸ و بدست آوردن تسلط کافی، طبق پرسشنامه‌های تهیه شده به اجرای طرح در استان خود پرداختند.

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

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 و نتایج آن قابل استفاده برای سطح استان می‌باشد.

یافته ها:

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

۴- مادران موفق در شیردهی: منظور مادرانی هستند که کودکان خود را یک سال کامل شیر مادر داده و جز شیر مادر شیر دیگری نداده اند.
۵- مادران ناموفق: منظور مادرانی هستند که تغذیه کودکانشان با شیر مادر در زیر یک سالگی یا کاملاً قطع شده و یا همراه با شی مادر از شیر دیگری هم استفاده کرده اند.

6- Note Taker
7- Coordinator
8- Pilot Study

می‌شود. 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 می‌شود(۵-۲).

کاهش میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری از جمله بیماریهای عفونی و غیرعفونی دوران شیرخواری و نوجوانی، کمک به کاهش موالید و حاملگی‌های ناخواسته به‌عنوان یک روش طبیعی پیشگیری از بارداری و صرفه‌جویی‌های اقتصادی ناشی از عدم خروج ارز برای خرید شیرخشک رامی‌توان از مزایای عمده تغذیه کودک با شیرمادر دانست(۶-۲).

براساس تحقیق انجام شده در کشور ما درسال ۱۳۷۶ فقط ۳/۴۳ درصد شیرخواران زیر ۶ ماه از تغذیه انحصاری با شیرمادر^۱ بهره‌مند بودند و ۵/۴۱ درصد کودکان تا ۲ سالگی از این ماده حیاتی تغذیه شده‌اند(۷) بنابراین باتوجه به اهمیت تغذیه کودکان زیر ۲ سال با شیرمادر و نقش ارزشمندی که شیرمادر در میزان رشد و تکامل کودکان دارد، لزوم یک بررسی که عوامل موفقیت و عدم موفقیت مادران را در تغذیه شیرخوارانشان با شیرمادر نشان دهد کاملاً ضروری و چشمگیر بود(۱۵-۱۲). گرچه تا کنون مطالعات کمی فراوانی در سطح کشور و یا استانها در زمینه میزان شیردهی و یا عوامل مؤثر بر آن انجام شده است(۱۰-۸) اما مطالعات کیفی‌بندرت مورد توجه بوده است. لذا کار طراحی و اجرای یک بررسی کیفی (۱۱) از نظر تأثیر این عوامل بر شیردهی و آشنایی با عقاید و نظرات مادرانی که درحال تجربه این دوران بوده و یا حداقل تجربه‌ای در گذشته‌ای نزدیک داشته‌اند صورت پذیرفت. با عنایت به این مهم که بهترین راه ارزیابی هر خدمت سنجش میزان رضایت و نظرات دریافت‌کنندگان خدمت می‌باشد انجام این طرح می‌تواند سرآغازی برای دگرگون کردن تعاریف موجود در نظام پایش برنامه‌های بهداشتی بویژه برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر باشد و راهکارهای عملی و مفیدتری را ارائه دهد تا مداخلات آینده براساس آن طراحی گردد.

روش کار:

این مطالعه از نوع کیفی^۲ بوده و به روش مصاحبه گروهی^۳ (FGD) انجام شده است. زمان اجرای بررسی از تاریخ ۱/۵/۱۳۷۹ 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

1- Exclusive Breastfeeding
2- Qualitative
3- Focus Group Discussion

۱) تغذیه کودکان زیر یکسال

مطالب مورد بحث: مدت زمان تغذیه انحصاری با شیرمادر -

زمان شروع غذای کمکی - روش از شیر گرفتن 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 در تغذیه او اشاره کردند. اکثر مادران مزایای شیرمادر را ذکر نموده، تغذیه انحصاری با شیرمادر را در ماههای اول و ادامه آن را تا دوسالگی عنوان کردند. دو نفر هم به تأثیر شیردادن بر سلامت مادر اشاره کردند ولی از مکانیسم آن بی اطلاع بودند.

اکثریت قریب به اتفاق مادران علیرغم اعتقاد به کافی 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 در هر ۴ استان، اعتقاد به ادامه تغذیه کودک با شیر مادر تا ۲ سالگی داشتند و دلایل درستی هم ارائه می دادند و عده‌ای نیز ۱/۵ تا ۲ سالگی را ذکر کردند. یک مادر روستایی استان سمنان عقیده داشت که باید پسران تا ۲۶ ماهگی و دختران تا ۲۰ ماهگی از شیرمادر استفاده کنند، درخصوص سن شروع غذای کمکی اکثر مادران به ۶ ماهگی و عده کمتری به ۴-۶ 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 سفیره مثل سیب زمینی، زرده تخم مرغ، شله زرد را نام بردند. مادران روستایی خراسان و مادران 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 گروه مشابه گروه قبل بود با این تفاوت که برخی مادران روستایی خراسان که توسط ماماها دور نرسیده زایمان کرده بودند بعد از ۲ بار خوراندن آب جوش و نبات به کودک، 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 در استان گیلان، شیرمادر را قبل از ۶ ماهگی

قطع کرده بودند که علت آنرا کم وزنی کودک، خونریزی مادر، گریه و بی‌قراری شیرخوار، نارسی نوزاد و توصیه پزشک عنوان کردند. در مورد ادامه شیردهی، بیشتر شرکت کنندگان علیرغم اینکه 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 و حتی تعدادی از مادران در ۴۰ روزگی غذای خانواده را به شیرخوار چشانده بودند. در استان کردستان نیز تعدادی از مادران شهری غذاهای آماده تجاری را به عنوان اولین غذای کمکی ذکر کردند.

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

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 مواد معدنی شیرمادر مانند آهن و کلسیم آن کم است کودکانی که شیرمادر می‌خورند رنگ پریده‌ترند. تعدادی نیز عقیده داشتند که کودکان شیرخشک خوار تپل‌ترند.

تعداد کمی از کارکنان استان کردستان اظهار داشتند که بعضی از مادران در دو یا سه روز اول تولد نوزاد به او شیر نمی‌دهند و از شیرمادر دیگری استفاده می‌کنند 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.

در مورد تغذیه انحصاری با شیرمادر اکثر کارکنان استان‌ها پایان ۶ ماهگی را ذکر کردند ولی در استان سمنان اکثریت با ۴-۶ 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.

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

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 در هر 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 تأثیرگذار بر موفقیت در تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم شیردهی

مطالب مورد بحث: عوامل مؤثر بر موفقیت مادر در تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماه، تداوم شیردهی تا ۲ سال 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 می‌تواند 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 می‌شود (وزنش زیاد می‌شود) 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.

اکثر مادران عوامل منفی تأثیرگذار بر شیردهی را بیماری‌های مادر، مشکلات پستان، مصرف آنتی بیوتیک، ناراحتی‌های روانی، مشکلات خانوادگی، دادن شیشه و سرشیشه و گول‌زنک، 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 از مادران هر ۴ 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 می‌دانستند. عده‌ای نیز راحت خوابیدن و خیس کردن تعداد مناسبی کهنه و پرشدن دهان او را از

خراسان اظهار داشتند که مادران آب میوه را زودتر از موعد برای کودک شروع می‌کنند. درخصوص تداوم شیردهی، تا پایان ۲ سالگی را ذکر کردند ولی بیشتر کارکنان شهری استان خراسان عقیده به ۱/۵ سالگی داشتند و می‌گفتند که در این سن کودک توانایی خوردن غذا و سایر شیرها را دارد و از شیرگرفتن در این سن راحت‌تر است. عده‌ای هم معتقد بودند که کودک هرچه زودتر از شیرگرفته شود زودتر هم به غذا رو می‌آورد.

بیشتر کارکنان 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 شیرگرفتن بعد از دو سالگی مشکل و از نظر عاطفی به کودک صدمه می‌زند. اکثر کارکنان شهری استان خراسان، دادن قطره آهن و مولتی ویتامین را بادوزه‌های پیشنهادی و به صورت مداوم در صورت کامل بودن غذای کودک مضر می‌دانستند.

۲) مورد شیوه تغذیه با شیرمادر

مطالب مورد بحث: نحوه شیردادن - مدت زمان هر 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 او مایل است شیربخورد. تعداد کمی از مادران، هر ۳-۴ ساعت را ذکر کردند و زمان هر وعده شیرخوردن را ۵ تا ۲۰ دقیقه عنوان نمودند. بیشتر مادران در ۴ استان معتقد به شیردهی کامل از یک پستان و در صورت سیرنشدن کودک، از پستان دوم بودند اما تعداد کمی از مادران استانهای سمنان و خراسان معتقد بودند که هر وعده 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 نیز عنوان کردند و بیشترشان عقیده داشتند که حتی اگر شیرخوار شبها بیدار نشود 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.

تعداد کمی از کارکنان در هر ۴ استان به نقش حاملگی مجدد، چند قلو بودن شیرخواران، باورهای غلط در مورد چاق تر بودن و رشد بهتر کودکان شیرخشک خوار، دسترسی به شیرخشک 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، کم تجربه بودن مادران بویژه اول زاها 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 سمنان هم به برخی اعتقادات اشاره نمودند از جمله روستائیان در صورتی که کودکی سر سفره غذا باشد، حتماً از غذای سفره به او می‌خوراند بویژه اگر شیرخوار پسر یا غذا نذری باشد. چند نفر از کارکنان گیلان هم 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 می‌دانستند و تنها چند نفر از شرکت کنندگان در مصاحبه به نقش آموزش پزشکان و عدم هماهنگی این آموزش‌ها با بخش دولتی اشاره کردند.

در مورد علائم کافی بودن شیرمادر، اکثریت قریب به اتفاق کارکنان اعتقاد داشتند که گریه و ناآرامی کودک، وضعیت رشد او و تعداد کهنه‌های خیس شده در هر روز می‌تواند 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 می‌نمودند. علاوه بر آن اعتقاد داشتند که رشد کودک هم باید مدنظر باشد و در صورت اختلال رشد، شیرخوار به پزشک ارجاع داده شود.

در استان 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 می‌شود. گروهی دیگر از کارکنان این استان هم اظهار داشتند که بعضی از مادران برای اینکه از مراکز بهداشتی درمانی شیرخشک بگیرند به شیرخوارشان شیر نمی‌دهند 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

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 نفر از مادران روستایی خراسان و تعدادی از مادران سمنان اعتقاد داشتند که کم شیری معنا ندارد و با تکرار شیردهی می‌توان آنرا برطرف نمود. یکی از مادران در خراسان گفت «نباید بگوئیم شیرندارم باید بگوئیم شیر رفته به چرا و برمی‌گردد.» یک نفر هم در استان سمنان استفاده از تجربه مادران موفق در شیردهی را در رفع مشکلات ناشی از ناکافی بودن شیر مفید دانست.

ب: گروه مادران ناموفق 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، عده‌ای از مادران، لجبازی کودک را در نگرفتن پستان عنوان کردند. یکی از مادران خراسان تلقین را در ناکافی بودن شیرمادر مؤثر می‌دانست و عده‌ای نیز ندادن پستانک و شیشه را در موفقیت مادر مؤثر 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 اطرافیان در اشاعه باورهای غلط را در عدم موفقیت شیردهی مؤثر می‌دانستند. یکی از مادران در استان کردستان احساس قلقلک هنگام شیردادن را دلیل عدم موفقیت خود در شیردهی ذکر کرد.

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

نظر گروه کارکنان نیز در مورد عوامل مثبت و منفی تاثیر گذار بر شیردهی مانند دو گروه قبل بود. تعداد کمی از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان سمنان نیز میزان 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.

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

مطالب مورد بحث: تأثیر بیماری مادر بر تغذیه 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 بسیار مهم است. بیشتر مادران بیماری‌هایی 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 روان‌گردان، آنتی بیوتیک‌ها اشاره کردند ولی مادران استان گیلان گفتند که بیماری روانی مادر منعی برای شیردهی نیست. در مورد مشکلات پستانی نظیر شقاق، زخم و آبسه 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، اکثر مادران برای کودکان زیر ۶ ماه شیرخشک و برای کودکان بزرگتر غذای کمکی همراه با شیرخشک را پیشنهاد می‌کردند 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 در استان گیلان عقیده داشتند که مادر مبتلا به ایدز هم می‌تواند شیر بدهد چون همیشه شیر راه انتقال بیماری نیست. در مورد شقاق‌های شدید و آبسه پستان نیز مادران کردستان عقیده داشتند که مادر نباید شیر بدهد چون چرک و خون وارد بدن کودک می‌شود. در مورد 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، سل فعال، صرع شدید و مصرف برخی داروها مانند ریفامپیسین، املاح طلا و داروهای روان‌گردان را مانع شیردهی می‌دانستند و عده کمی هم به بیماری روانی مادر، تیفوئید، میگرن

همه مادران شرکت کننده عقیده داشتند که بیماری کودک گرچه باعث بی‌اشتهایی و بی‌قراری و یا عدم توانایی او در شیرخوردن می‌شود ولی شیرمادر نباید قطع شود و اکثراً اظهار می‌داشتند گرچه اشتهای کودک بیمار برای غذا خوردن کم می‌شود ولی شیر مادر را با اشتها می‌خورد. در مورد اسهال کودکان، متفق‌القول بودند که همراه با ORS تغذیه با شیرمادر هم ادامه پیدا کند و حتی دفعات آن بیشتر شود. در مورد 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 می‌شود و بهتر است که مادر غذاهای سرد مثل آب هندوانه و گوشت خروس بخورد و عده‌ای نیز فلوس، ترنجبین و شیرخشک را برای نوزاد مفید می‌دانستند. 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 از مادران 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 یک‌تکه 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 بی‌اطلاع بودند ولی اکثر مادران این استان و سه استان دیگر معتقد بودند که شیرمادر را با قاشق یا فنجان یا سرنگ می‌توان به این کودکان خوراند و تعدادی 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 نوزاد مبتلا به زردی بلامانع است و در کل 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.

۵) شیردهی مادران بیمار

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 می‌کردند 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 بی‌اطلاعی می‌کردند و فقط چند نفر زمانهایی بین ۴۸ ساعت و ۶ ماه را ذکر نمودند. در مورد نحوه گرم کردن شیر فریز شده فقط یک نفر از مادران شهری گیلان اظهار داشت که می‌توان 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 کارکنان اظهار شد. برای کودکان زیر ۶ ماه شیر دوشیده شده مادر به تنهایی و یا همراه با سایر شیرها و برای کودکان بالای ۶ ماه شیردوشیده شده را همراه با غذای کمکی توصیه نمودند. در استان‌های گیلان و خراسان، گروهی اظهار نمودند که هم دوشیدن شیر برای مادر سخت و وقت‌گیر است و هم برای کسی که در غیاب مادر باید این شیر را به کودک بدهد. کارکنان مراکز روستایی خراسان اظهار داشتند که حتی مادران اگرهم بدانند که نگهداری شیردوشیده شده امکان پذیر است باز از آب قند یا شیردایه استفاده می‌کنند. بیشتر کارکنان عقیده داشتند که شیر دوشیده شده را می‌توان نگه‌داری کرد، ولی کارکنان روستایی استان سمنان و خراسان اکثراً از نحوه نگهداری شیردوشیده شده اظهار بی‌اطلاعی کردند. کارکنان مراکز شهری استان خراسان نیز به این پرسش پاسخ ندادند و تعدادی از کارکنان استانهای گیلان و کردستان و سمنان پاسخ درست دادند (دمای اتاق ۸-۲ ساعت، یخچال تا ۴۸ ساعت، جایخی ۲ 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.

و گواتر اشاره کردند. در استان گیلان به کم‌خونی شدید مادر، خونریزی، سکنه مغزی، بیماری‌های شدید کلیوی و مصرف داروهایی مانند آنتی‌بیوتیک، متی‌مازول و لیتیوم هم اشاره شد.

در مورد 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، در صورتی 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 کم‌خونی شیرخوار می‌شود.

۶) مورد شیردهی مادران شاغل در خارج از منزل

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

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

همه مادران استان سمنان و تعداد زیادی از مادران شهری و برخی مادران روستایی استان گیلان معتقد بودند که مادر باید شیرش را بدوشد تا در غیاب او به فرزندش بدهند. مادران روستایی استان خراسان و چند نفر دیگر از سه استان دیگر اعتقاد به دوشیدن شیر نداشتند چون فکر می‌کردند شیر دوشیده شده مادر بی‌مزه، بی‌خاصیت و فاسد است. اکثر مادران روستایی استان خراسان گفتند تاکنون چنین مشکلی نداشته‌اند و اگر مجبور شوند، اول خودشان بچه را سیر می‌کنند و در مدت غیبت آنان نیز کودک از شیر دایه (همسایه‌ها) استفاده می‌کند.

در مورد نحوه دوشیدن و طرز نگه‌داری شیردوشیده شده اکثر مادران در استان 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. در مورد نگهداری شیردوشیده شده در فریزر فقط یک نفر از مادران استان سمنان صحبت کرد و بقیه گفتند چنین چیزی تاکنون نشنیده‌اند. یکی از مادران 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 و عده کمی نیز عقیده داشتند که چون شیر دوشیده شده مادر فاسد می‌شود باید برای کودکان زیر ۶ ماه

۷) شیردهی مادران باردار

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

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

اکثر مادران استان سمنان عقیده داشتند که مادر علی‌رغم بارداری می‌تواند به شیردهی خود ادامه دهد ولی اکثریت مادران روستایی همین استان و بیشتر مادران استانهای خراسان و گیلان و نیمه از مادران کردستان اظهار داشتند که مادر نباید شیر بدهد چون شیر او غلیظ و کثیف است و روی جنین و شیرخوار اثر سوء می‌گذارد. 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 می‌دانستند. یکی دو نفر از مادران استان خراسان و کردستان تجربه شیردهی خود را تا ۵-۶ ماهگی بارداری بیان 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 بودند که تغذیه مادر در توانایی او برای شیردهی در هنگامی که باردار است بسیار مؤثر می‌باشد و مادرانی که خوب تغذیه کنند از عهده انجام این کار برمی‌آیند. 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 می‌کردند.

ب: گروه مادران ناموفق شهری و روستایی

اکثر مادران 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 از مادران استان کردستان و مادران روستایی گیلان و یک نفر از مادران شهری سمنان عقیده داشتند که تا پایان دوره بارداری، مادر می‌تواند 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 کارکنان عقیده داشتند که اگر مادر توانایی داشته باشد می‌تواند با وجود بارداری شیر هم بدهد و این زمان را حداکثر تا ماههای پنجم تا هفتم ذکر می‌کردند و بیشتر از آن را بدلیل احتمال زایمان زودرس وعدم امکان ایجاد آغوز در پستان مادر، مجاز نمی‌دانستند.

چند نفر از بهورزان گیلان گفتند که شیردهی در دوران بارداری باعث کم‌شدن شیر برای نوزاد بعدی و تاثیر اکسی‌توسین روی مغز جنین می‌شود. عده‌ای هم عقیده داشتند که شیردادن تا یک سالگی شیرخوار مانند شیرخواران عادی باید ادامه پیدا کند و تغذیه مناسب مادر را عامل مهمی در شیردادن او عنوان می‌نمودند. کارکنان شهری استان خراسان اظهار داشتند بعضی از مادران تا پایان حاملگی به شیرخوار خود شیر داده و بعد از زایمان هم به هردو شیر می‌دهند و بعضی از کارکنان مراکز روستایی این استان هم گفتند که مادران به محض تغییر رنگ پستان، شیردهی را قطع می‌کنند.

۸) تاثیر ارائه خدمات پزشکان و کارکنان بهداشتی درمانی

و رسانه های گروهی و تبلیغات بر شیردهی مادر

مطالب مورد بحث: اگر مادر تحت نظر پزشک، مراکز بهداشتی درمانی و یا خانه بهداشت باشد، آیا در شیردادن و طول مدت شیردهی او تاثیر دارد؟ رفتار و نحوه آموزش کارکنان بهداشتی چگونه؟

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

الف: گروه مادران موفق شهری و روستایی

همه مصاحبه شوندگان در ۴ استان عقیده داشتند که ارائه خدمات توسط مراکز بهداشتی درمانی روی شیردهی و طول مدت شیردهی آنان تاثیر مثبت داشته است. عده زیادی هم به رفتار خوب پرسنل اشاره می‌نمودند عده کمی از مادران استان کردستان گفتند رفتار پرسنل بهداشتی نمی‌تواند روی شیردهی تاثیر داشته باشد چون مادران به خاطر علاقه به فرزندشان او را شیر می‌دهند. در استان خراسان معتقد بودند که آموزش‌های ارائه شده توسط مراکز بویژه برای مادران اول‌زا و کم‌تجربه بسیار موثر و مفید 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 بهداشتی درمانی می‌دانستند.

بعضی از مادران شهری خراسان پیشنهاد کردند این آموزش‌ها برای مردان هم باید باشد زیرا آنان نقش بسیار مهمی در حمایت از مادری که شیر می‌دهد 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 استان‌ها 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

بهداشتی و نیز پزشکان ارائه شود و آموزش از طریق صدا و سیما، پوستر، پمفلت، جزوه، فیلم و الگوهای از مادران موفق را در رده‌های بعدی اهمیت ذکر کردند.

چند نفر از بهورزان در استان خراسان اظهار داشتند که پزشکان و رسانه‌ها بویژه صدا و سیما بالاترین و مهمترین نقش را دارند. زیرا اولاً «روستائیان حرف غریبه‌ها را بیشتر قبول دارند»، ثانیاً صداوسیما در دسترس همه قرار دارد. اما در استان کردستان چند نفر از کارکنان اظهار داشتند که صداوسیما بدلیل داشتن یک چهارچوب خاص برنامه‌ها و برخی محدودیت‌های 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 می‌دانستند.

اکثریت کارکنان به مواردی از قبیل آشنابودن پزشکان بویژه در بخش خصوصی با مطالب آموزشی ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی و ناهماهنگی گفته‌ها و عملکرد بخش خصوصی با دستورالعمل‌ها و آموزش‌های بخش دولتی، باورهای نادرست مادران و اطرافیان آنان، مشکلات اقتصادی و کم‌سواد 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 راهنمایی صحیح مادران و بالاخره تغییر مکرر دستورالعمل‌ها اشاره نمودند. و پیشنهاداتی نیز ارائه دادند.

بحث و نتیجه گیری:

در این بررسی کیفی که برای اولین بار در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر در ایران و فقط در ۴ 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 و کارکنان در زمینه اهمیت تغذیه کودک با شیرمادر، طول مدت شیردهی، تغذیه مکرر شیرخوار و تغذیه او در شب، نحوه شیردادن، عدم استفاده از گول‌زنک و بطری و پستانک، تغذیه خوب مادر، حمایت همسر، حمایت از مادران کم‌تجربه و اول‌زا، ادامه شیردهی در موارد ابتلا کودک به اسهال و برخی بیماری‌های دوران نوزادی و شیرخواری بسیار خوب و چشمگیر بود و به بسیاری از عوامل مثبت و منفی تأثیرگذار بر شیردهی اشاره نمودند.

بروشور اطلاعاتی داده می‌شود اشاره نمودند. در هر ۴ استان، مادران روستایی از ارائه خدمات توسط بهورزان رضایت بیشتری داشتند و آموزش‌ها بویژه پیگیری بهورزان را در شیردهی خود مؤثر می‌دانستند. 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 درمانی داده می‌شود بر شیردهی مادر اثر مثبت دارد. تعداد کمی از مادران روستایی گیلان اظهار داشتند که مراکز بهداشتی درمانی اصلاً نباید دخالتی در شیردهی داشته باشند وظیفه آنها فقط کنترل رشد کودک و تامین بهداشت اوست. تعداد کمی از مادران شهری استان‌های خراسان، کردستان و گیلان هم تأثیر مراکز را روی شیردهی مادر انکار نموده و معتقد به مراجعه به پزشک بودند. اکثر مادران اعتقاد داشتند که طرز برخورد کارکنان حوصله و عطف آنان در پذیرش آموزش‌ها توسط مادران و در نتیجه روی شیردهی آنان نقش موثری دارد. استان خراسان بهترین زمان آموزش‌ها را دوران بارداری و در درجه بعد دوران شیردهی، ذکر نمود. اکثر شرکت کنندگان بهترین و اولین منبع آموزش را مراکز بهداشتی درمانی می‌دانستند 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 ندارند اشاره کردند. چندتن از مادران 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 تأثیر 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 در استان سمنان به مواردی مانند سخت‌گیری در دادن شیرخشک به مادران و اجرای طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد را در بهبود وضعیت شیردهی مادران مؤثر می‌دانستند. اکثر کارکنان مورد مصاحبه اعتقاد داشتند که بهتر است آموزش‌ها از طریق کارکنان

- ۲ - به آموزش پزشکان بویژه پزشکان بخش خصوصی توجه خاص مبذول گردد.
- ۳ - در دوره های بازآموزی پزشکان حداقل چند ساعت به مطالب آموزشی در زمینه شیرمادر اختصاص داده شود و یا هر سال یک یا چند دوره آموزشی کامل در مورد تغذیه با شیرمادر و 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 و اهمیت 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. نویسندگان مقاله از جناب آقای دکتر سیدعلیرضا مردنی 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 نمایم 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 سپاسگزاری می کنند.

علیرغم آموزش های 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. از جمله در زمینه شروع شیردهی با آغوز، طول مدت شیردهی، نحوه تغذیه از هر دو پستان در هر وعده شیردادن، زمان شروع تغذیه تکمیلی، نحوه و نوع تغذیه تکمیلی، شیردهی مادران در موارد مشکلات پستان، استفاده از دارو، بیماری های مادر، حاملگی مجدد، دوشیدن و نگهداری شیر دوشیده شده و سایر آنها. در فلسطین اشغالی (نوار غزه) نیز در سال ۱۹۹۶ با ۳۵۸ مادر 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 آغوز یا شیرروزهای اول کثیف غیرمغذی و حتی بی فایده است و برخی از مادران در چند هفته اول زندگی کودک خود را با آب و قند یا آب و عسل و یا عصاره های گیاهی مثل عرق نعنا و ... تغذیه کرده بودند.

بسیاری از مادران موفق در شیردهی علیرغم آگاهی 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. آموزش 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 و دستورالعمل های موجود آشنایی ندارند. چندگانگی 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.

References: منابع

- ۱ - سرشماری نفوس و مسکن، تهران، انتشارات مرکز آمار ایران، سال ۱۳۷۵.
- ۲ - مردنی، 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)». سخنرانی ارائه شده در جلسات علمی ماهانه نشریه علمی انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر. مرکز طبی کودکان آبان ۱۳۷۷.

۴ - نیلفروشان، 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- مرنیدی ، سید علیرضا. « نقش تغذیه با شیرمادر در رشد و بقای کودک». مجله نبض، خرداد ۱۳۷۱، صفحه ۳۶-۳۲

۶- جمشیدیگی، 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 آموزش پزشکی . بررسی شاخصهای چندگانه وضعیت زنان و کودکان جمهوری اسلامی ایران (MICS) اسفندماه ۱۳۷۶

۸- بختیار، کتابون . « 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
 ۹- طیبی، هادی، نیازی، مریم. « بررسی عوامل مؤثر در کاهش یا قطع زودرس شیرمادر در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قاین سال ۱۳۷۳».

۱۰- ده بزرگی، سلطنت . « علل عدم موفقیت شیردهی در مادران شیرده 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 Barlett publishers, London, 1999.

13- Howard, CR. Howard, FM. Lanphear, B. Dedlieck, EA . Eberly, s. Lawrence, 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.