دو فصلنامه طبّ جنوب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال ششم، شماره ۲، صفحه۱۷۱-۱۶۵ (اسفند۱۳۸۲)

ارزیابی عوامل مؤثر در شیردهی غیر انحصاری در شش ماه اول زندگی شیرخواران در بندر بوشهر به روش بحث متمرکز گروهی

شرافت اکابریان*[۱]، مهین دیانت[۲]

[۱]کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲]کارشناس ارشد فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده :

تغذیه کودک پس از تولد و سالهای اول زندگی از ارکان مهم رشد و تکامل کودک می باشد. برای برخورداری کامل مادر و شیرخوار از مزایای تغذیه با شیر مادر توصیه می شود که شیرخوار در شش ماهه اول زندگی بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه شود. جهت تعیین عوامل مؤثر در شیردهی غیرانحصاری مادر در شش ماه اول از شیوهٔ کیفی بحث متمرکز گروهی (**FGD**) با مشارکت ۶۰ نفر استفاده شد، هشت مباحثهٔ گروهی در گروههای ۸-۶ نفره با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر شیردهی غیرانحصاری طراحی شد. شرکت کنندگان، مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بوشهر بودند که دارای کودک زیر شش ماه و از تغذیه غیرانحصاری استفاده می کردند این مادران با توجه به وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان به دو گروه اصلی شاغل و غیرشاغل وهر کدام از این گروهها به زیر گروههای دارای یک فرزند و دارای بیش از یک فرزند تقسیم شدند. در همه گروهها کم بودن شیر، اشتغال ، بیماری و راحتی مادر و همچنین باورهای غلط، بیماری کودک، توصیه پزشک و مراکز بهداشتی ـ درمانی، عادت کردن کودک به شیشهٔ شیر و پستانک به عنوان عوامل مؤثر در شیردهی غیرانحصاری نام برده شدند. شرکت کنندگان در مباحثه گروهی، مراکز بهداشتی درمانی، اطرافیان و بزرگترها، رسانه های گروهی، کتاب و جزوات و پزشکان را در ارتقای شیردهی انحصاری مؤثر می دانستند. با توجه به نظرات ارائه شده در گروهها مشخص شد که مادران از زمان بارداری اطلاعات پراکنده ای در مورد شیردهی انحصاری کسب می کنند. بنابراین ناکافی بودن آموزشهای اصولی و باورهای فرهنگی اجتماعی غلط از عوامل مهم شیردهی غیر انحصاری می باشند وپیشنهاد می شود که تبلیغات از طریق روشهای مؤثرتر بخصوص استفاده از صدا و سیما افزایش یافته و افزایش کیفیت آموزش ها و انجام فعالیتها طبق برنامه زمان بندی شده مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی : شیردهی ، بحث متمرکز گروهی **FGD**، شیر خوار، مادر

*بوشهر، خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده پرستاری و مامایی، صندوق پستی ۳۶۳۱، تلفن: ۰۷۷۱۲۵۲۸۵۸۷
فاکس: ۰۷۷۱۲۵۲۸۷۲۴

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه :

تغذیه کودک پس از تولد و سالهای اول زندگی از ارکان مهم رشد و تکامل می باشد. شیرمادر، اساسی ترین ماده ای است که می تواند تا حدود ۶ ماه کلیه نیازهای تغذیه ای کودک را برآورده نماید (۱). تأثیر اعجاب انگیز شیرمادر بر سلامت کودک و مادر، رشد و بقای کودک، کاهش مرگ و میر و معلولیت، ارضای نیازهای عاطفی مادر و فرزند و نیز صرفه جوئی اقتصادی در بعد خانواده و جامعه برکسی پوشیده نیست (۲و۳). پژوهش ها نشان داده اند که حداکثر دورهٔ آسیب دیدگی مغز در اثر سوءتغذیه بین سه ماه آخر بارداری تا شش ماهگی پس از تولد می باشد؛ ۵/۶ درصد رشد مغز پس از تولد انجام می گیرد, بنابراین تغذیه کودک در دوسال اول زندگی از نظر رشد حائز کمال اهمیت است(۴). برای برخورداری کامل مادر و شیرخوار از مزایای تغذیه با شیرمادر توصیه می شود که شیرخوار در شش ماه اول زندگی به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه شود که در این راه مشارکت متخصصین زنان و زایمان، مراکز بهداشتی قبل از تولد کودک، پزشکان اطفال و اطرافیان پس از تولد ضروری است.

تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از تولد, که در سالهای اخیر از برنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است توانسته, بسیاری از مادران را تشویق به شیردهی نماید.

اما همه مادران در این امر موفق نمی شوند؛ عواملی وجود دارد که شیردهی و ادامه آن را تحت تأثیر قرار می دهد. تحقیقات مختلف نشان داده اند که عواملی همچون عدم اعتقاد مادران به کافی بودن شیر، عدم حمایت خانواده در ایجاد وضعیت مطلوب شیردهی، بازگشت به محل کار بعد از زایمان در شیردهی غیرانحصاری نقش داشته اند (۵)؛ وبالعکس ارائه آموزش های لازم و مفید در زمان بارداری و بلافاصله بعد از زایمان در زایشگاه، سالم بودن کودک، سن مادر و تعداد فرزندان از عوامل مؤثر و اصلی در انتخاب روش تغذیه کودک می باشد (۶ و۷).

از آنجا که نظرات جامعه در ارتباط با خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی در جهت انجام تغییرات مورد نیاز جهت ارائه خدمات مطلوب اهمیت بسزائی دارد, لذا تصمیم به انجام پژوهش کیفی جهت دستیابی به عوامل مؤثر در شیردهی غیرانحصاری مادر در شش ماه اول زندگی شیرخواران گرفته شد تا با دستیابی به این عوامل, تغییرات مورد نیاز مشخص گشته و در گام بعدی این تغییرات اعمال گردد و نتایج ارزیابی شود.

مواد و روشها :

در این مطالعهٔ کیفی از روش مباحثهٔ گروهی روی عنوان خاص (FGD) استفاده شد و پژوهش بر روی هشت گروه از مادران دارای کودک زیر شش ماه که از تغذیهٔ غیرانحصاری استفاده می کردند و ساکن شهر بوشهر بودند اجرا گردید. در هر گروه یک نفر هماهنگ کننده و یک نفر یادداشت بردار و مجری طرح حضور داشتند. یک نفر زن در سطح مقطع کارشناسی ارشد که در زمینه بحث متمرکز گروهی آموزش دیده بود، بعنوان هماهنگ کننده گروهها (Facilitator) انتخاب شد. افراد مورد نظر جهت مصاحبه با توجه به وضعیت اشتغال به دو گروه اصلی شاغل و غیر شاغل، و هر کدامیک از این گروهها به زیر گروههای دارای یک فرزند و دارای بیش از یک فرزند تقسیم شدند. در هر کدامیک از زیر گروهها دو مصاحبه گروهی ترتیب داده شد (هشت مصاحبهٔگروهی). در هر مصاحبه حداقل ۶ و حداکثر ۸ نفر شرکت کننده حضور داشتند (مجموعاً ۶۰ نفر شرکت‌کننده). انتخاب مادران جهت شرکت در مصاحبه گروهی، بدون در نظر گرفتن سن و سطح تحصیلات از طریق مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر بوشهر توسط پرونده‌های بهداشتی خانواده آنها صورت پذیرفت.

جهت انجام مصاحبه, ابتدا پرسشنامه راهنما (جدول ۱) که در قالب پرسش هایی متناسب با اهداف مطالعه طراحی شده بود در چند مصاحبه، به عنوان پیش آزمون، از نظر قابلیت اعتماد سؤالات (Reliability) و زمان لازم برای انجام آن بررسی شد و اشکالات آن به گونه ای برطرف شد که سؤالات قابل درک برای شرکت کنندگان بوده و در مدت تعیین شده هماهنگ کننده گروه قادر باشد در مورد هر یک از آنها اطلاعات لازم و کافی را کسب کند. در ضمن قبل از

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

انجام هر مصاحبه، عبارت شیردهی غیرانحصاری برای افراد شرکت کننده تعریف شد. برای انجام هر مصاحبه، حدود ۱/۵ الی ۲ ساعت زمان صرف گردید. تمام مصاحبه ها هم یادداشت برداری و هم بر روی نوار کاست برای آنالیز بعدی ثبت گردیدند.

جدول (۱) : پرسش‌های کلیدی بحث متمرکز گروهی جهت تعیین عوامل مؤثر بر شیردهی غیرانحصاری در شهر بوشهر ۱۳۸۰

اهداف :
۱- تعیین عوامل بازدارنده شیردهی انحصاری کودک در شش ماه اول زندگی
۲- تعیین عوامل مؤثر در ارتقاء شیردهی انحصاری کودک در شش ماه اول زندگی
پرسش ها :
۱- آیا عواملی وجود دارد که مادر از شیردهی غیرانحصاری استفاده کند ؟ اگر جواب بلی است، این عوامل را نام ببرید.
۲- آیا در بوشهر مادران راجع به نحوهٔ شیردهی قبل از زایمان اطلاعاتی کسب می کنند ؟ کجا، چگونه، توسط چه کسی ؟ آیا این اطلاعات کافی است ؟ اگر جواب خیر است چه اطلاعات دیگری باید در اختیار افراد قرار گیرد ؟
۳- مزایای شیردهی توسط مادر چیست ؟ معایب آن چیست ؟
۴- خانمی ۱۸ سال سن دارد وصاحب فرزندی شده است, آیا این مسئله می تواند برای شیردهی او ایجاد مشکل کند؟
۵- خانمی ۴۰ سال سن دارد وصاحب فرزندی شده است ,آیا این مسئله می تواند برای شیردهی او مشکلی ایجاد کند؟
۶- آیا باورهای فرهنگی ـ اجتماعی تأثیری در شیردهی انحصاری کودکان دارد ؟ چرا ؟
۷- چه کسانی در ارتقاء شیردهی انحصاری کودکان نقش دارند ؟
۸- مراکز بهداشتی درمانی چگونه باید باشند تا شیردهی انحصاری ارتقاء یابد ؟

نتایج :

ـ مزایا و معایب شیردهی توسط مادر :

شرکت کنندگان در گروههای مختلف به مزایای شیر مادر به طور یکسان پاسخ دادند و به نکاتی همچون: مقوی بودن شیر مادر، عدم ابتلا به بیماریهای مختلف و سازگار بودن شیرمادر با بدن کودک، هزینه کم، ایجاد رابطهٔ عاطفی بین مادر و کودک، عدم ابتلای مادر به سرطان پستان و بالا بردن بهرهٔ هوشی کودک اشاره کردند، ضمناً همه گروهها بیان کردند که شیرمادر هیچ ضرری ندارد ولی به مواردی مثل : محدودیت های رژیم غذایی مادر در زمان شیردهی، وابستگی بیش از حد کودک به مادر و ضعیف شدن مادر نیز اشاره کردند.

ـ تأثیر سن مادر در موفقیت شیردهی انحصاری :

همه گروههای شرکت کننده بیان کردند که شیردهی مادر با سن وی رابطه ای ندارد و در هر سنی مادر قادر به شیردهی می باشد هر چند به این نکته نیز اشاره شد که در سن پایین مادر تجربه کافی برای انجام وظایف مادری ندارد و از این نظر در شیردادن به کودک ممکن است دچار اشکال شود.

ـ نقش افراد در ارتقاء شیردهی انحصاری :

شرکت کنندگان در همه گروهها معتقد بودند که در مرحلهٔ اول, مراکز بهداشتی درمانی در ارتقای شیردهی انحصاری مؤثرند و سپس به اطرافیان، بزرگترها و بستگان، رسانه های گروهی، کتاب و نشریات و پزشکان اشاره کردند. در گروه مادران غیرشاغل دارای بیش از یک فرزند به مقررات بیمارستان در مورد جلوگیری از مصرف شیرخشک نیز به عنوان عامل مؤثر اشاره کردند.

ـ نقش باورهای فرهنگی ـ اجتماعی در شیردهی انحصاری :

در تمام گروهها بر این نکته تأکید گردید که با باورهای فرهنگی اجتماعی که در افزایش شیردهی انحصاری مادر نقش داشته باشند موافق هستند (این افراد باورهای فرهنگی اجتماعی را در قالب جملاتی مثل : استفاده از رژیم غذایی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

خاص، رقیق و روان بودن شیرمادر، سنگین بودن شیرمادر، خوش نیامدن شیرمادر به مزاج کودک و لاغر شدن مادر بیان می کردند که برخی از این باورها در ارتقاء شیردهی انحصاری و برخی دیگر اثر معکوس داشت).

ـ عوامل موثر در ارتقاء شیردهی غیرانحصاری :

شرکت کنندگان در گروههای مختلف به کم بودن شیرمادر به عنوان عاملی که مادر را مجبور به استفاده از شیردهی غیرانحصاری می کند اشاره کردند و سپس در گروههای شاغل به شاغل بودن مادر به عنوان عامل مؤثر ولی در گروههای غیرشاغل به بیماری مادر اشاره شد (هر چند در تمام گروهها به این عوامل در مراحل بعدی نیز اشاره نمودند). در تمام گروهها به عواملی همچون : راحتی مادر، باورهای غلط، بیماری کودک، توصیه پزشک و مراکز بهداشتی درمانی، عادت کردن به شیشه شیر یا پستانک، دو قلویی و مسائل مربوط به شکل پستان و بیماریهای آن نیز اشاره شد. با توجه به نظرات گروههای مختلف هیچکدام از گروهها تعداد فرزندان را به عنوان عامل بازدارنده در شیردهی انحصاری مطرح نکردند. ضمناً در تمام گروهها، یکی از عوامل بازدارنده در شیردهی انحصاری را اشتغال مادر می دانستند.

ـــ عملکرد مراکز بهداشتی درمانی در ارتقاء شیردهی انحصاری:

گروه مادران دارای یک فرزند (شاغل و غیرشاغل) بیان کردند که کارکنان مراکز بهداشتی ـ درمانی با راهنمایی درست و اصولی در ابتدا می توانند در ارتقای شیردهی انحصاری مؤثر باشند. در حالی که در گروه مادران دارای بیش از یک فرزند (شاغل و غیرشاغل) در مرحلهٔ اول به تشکیل کلاس های آموزشی به ویژه از زمان بارداری تأکید کردند (گروه دارای یک فرزند عنوان می کردند که پرسنل بهداشتی اصلاً در مورد تغذیه و شیردهی آموزش نمی دهند و فقط یک کتابچه به ما می دهند؛ در حالیکه بعضی از افراد ذکر می کردند که کتابچه نیز داده نشده و عنوان می کردند که پرسنل برخورد خوبی با آنها نداشته اند و اگر آموزشها از طریق فیلم و پوستر و بطور مداوم می بود و جلسات ماهانه ای برگزار می شد که مشکلاتمان را مطرح می کردیم بهتر بود. همچنین عنوان می کردند که ما اطلاعی در مورد نحوهٔ شیردهی، درمان بیماری های پستان و آشنایی با علائم سیر بودن یا گرسنه بودن کودک نداشتیم). در همهٔ گروهها علاوه بر موارد فوق به نکاتی همچون تشویق مادران شیرده، تهیه و ارائه کتابچه های راهنما در زمینه شیردهی از ابتدای زمان بارداری، اصلاح برخورد کارکنان، دعوت از یک مادر موفق در شیردهی در هنگام برگزاری کلاس های آموزشی، تبلیغات در مورد شیردهی انحصاری اشاره کردند. همچنین در گروههای مادران دارای یک فرزند (شاغل و غیر شاغل) بر وضع قوانین دقیق در مورد ارائه کوپن شیر نیز تأکید کردند.

ـ چگونگی کسب اطلاعات در مورد شیردهی، قبل از زایمان:

اکثر شرکت کنندگان در گروههای مختلف بیان کردند که در دوران بارداری اطلاعاتی راجع به شیردهی کسب کرده اند ولی این اطلاعات را کافی ندانستند و تمام گروهها معتقد بودند که بایستی اطلاعاتی راجع به نحوه شیردهی در اختیار آنها قرار می گرفت. در گروههای دارای یک فرزند بیان شد که اطلاعاتی راجع به بیماریهای پستان بایستی به آنها داده می شد ولی گروههای دارای بیش از یک فرزند به این نکته اشاره نکردند.

گروههای مختلف (جز گروه مادران شاغل دارای بیش از یک فرزند) بیان کردند که اطلاعات خود را در مورد شیردهی در دوران بارداری در مرحله اول از طریق مراکز بهداشتی درمانی و سپس از طریق اطرافیان، بستگان و بزرگترها، مطالعهٔ کتاب و جزوات و بالاخره رسانه‌های گروهی دریافت کرده بودند.

گروه مادران شاغل دارای بیش از یک فرزند نیز بیان کردند که در مرحلهٔ اول از اطرافیان و بزرگترها اطلاعات را کسب می‌نمودند.

با توجه به نظرات ارائه شده در گروهها مشخص می شود که مادران از زمان بارداری اطلاعات پراکنده ای در مورد شیردهی انحصاری کسب می کنند, لیکن به دلیل ناکافی بودن آموزشهای اصولی، باورهای فرهنگی ـ اجتماعی نیز در شیردهی غیرانحصاری تأثیر می گذارد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

بحث :

همانطور که از گفتمان گروهی در این پژوهش بر می آید، مادران از زمان بارداری اطلاعات پراکنده ای در مورد شیردهی انحصاری کسب می کنند ولی به دلیل ناکافی بودن آموزشهای اصولی، باورهای فرهنگی ـ اجتماعی نیز در شیردهی غیرانحصاری تأثیر می گذارد. کم بودن شیر, اشتغال , بیماری و راحتی مادر، باورهای غلط، بیماری کودک، توصیه پزشک و مراکز بهداشتی درمانی، عادت کردن به شیشه شیر یا پستانک، به عنوان عوامل مؤثر در شیردهی غیرانحصاری نام برده شدند، و متقابلاً مراکز بهداشتی درمانی، اطرافیان و بزرگترها و رسانه های گروهی، کتاب و جزوات و پزشکان را در ارتقای شیردهی انحصاری مؤثر می‌دانستند. تحقیقات مختلف نشان داده اند که عواملی همچون عدم اعتقاد مادران به کافی بودن شیر، عدم حمایت خانواده در ایجاد وضعیت مطلوب شیردهی، بازگشت به محل کار بعد از زایمان در شیردهی غیرانحصاری نقش داشته اند (۵). تحقیق دیگری توسط بیک و همکاران (۱۹۹۸)، در زایشگاه بیمارستان زنان در بیرمنگهام به منظور تعیین عوامل مؤثر در شیردهی و قطع زودرس شیردهی انجام یافت. یافته ها نشان دادند که ۶۳٪ از زنان شیردهی داشتند, اما ۴۰٪ از این افراد در مدت ۳ ماه بعد از زایمان شیردهی را قطع کرده بودند و عوامل قطع شیردهی را به این ترتیب عنوان کرده بودند: مشکلات جسمی در هنگام شیردهی، برگشت به محل کار در عرض ۳ ماه بعد از زایمان و کسب نمره بالا از آزمون[1] EPDS ، دلایل عدم شروع شیردهی را نیز به این صورت عنوان کردند : چندزایی، بیهوشی عمومی، وضعیت های ازدواج نکرده و در نهایت به این نتیجه رسیدند که در صورتی شیردهی و مدت زمان آن افزایش می‌یابد که توجه بیشتری به شروع زود هنگام شیردهی شده و عوامل منفی اجتماعی از بین برده شوند (۹).

برونگر و همکاران نیز در سال ۱۹۹۸ در فرانسه، به بررسی عوامل مؤثر بر مدت زمان شیردهی پرداختند. با تجزیه و تحلیل های گوناگون پی بردند که چندین متغیر با مدت زمان بیشتر شیردهی مرتبط بوده است. تصمیم گیری مادر جهت شیردهی قبل از حاملگی، چندزایی، سطح اجتماعی بالای والدین، سطح بالای سواد مادران، رضایت مادر از شیردهی، انگیزهٔ شیردهی، هم اتاقی مادر و کودک در طی شب، نزدیک بودن کودک به محل کار مادر، شیر کمکی و برگشت مادر به محل کار (۸).

آیت اللهی و همکاران نیز در سالهای ۱۳۷۷-۱۳۷۵ در شیراز به بررسی علل قطع شیردهی پرداختند. یافته ها نشان دادند که سطح آگاهی و نگرش مادر، زمان شروع قاعدگی مادر پس از زایمان و هم اتاقی مادر و نوزاد با زمان قطع شیردهی رابطه معنی داری داشته و بین تحصیلات مادر و زمان قطع شیردهی نیز رابطه معنی دار معکوسی وجود داشت (۱۰).

البرناز و همکاران در سال ۲۰۰۳ در پلوتاس تحقیقی به منظور بررسی تأثیر مشاوره و آموزش شیردهی بر افزایش مدت زمان شیردهی به روش ایزوتوپیک انجام دادند، یافته ها نشان دادند که مشاوره و آموزش در امر شیردهی به صورت چهره به چهره نه تنها در افزایش تغذیه انحصاری نقش داشته بلکه در افزایش طول مدت تغذیه انحصاری نیز مؤثر بوده است. مادران در گروه کنترل تقریباً دو برابر گروه مداخله در طول ۴ ماه اول قطع شیردهی داشتند و همچنین در گروه کنترل دو برابر سریعتر از شیر گرفته شدند (۱۱).

تحقیق دیگری توسط پیکادو و همکاران در سال ۱۹۹۷ در نیکاراگوئه بر روی ۵۵۶ مادر که دارای کودک زیر یکسال بودند، انجام شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه استاندارد و جلسات بحث گروهی جمع‌آوری گردید. نتایج نشان داد که فقط ۴۵٪ از مادران شیردهی انحصاری داشتند و ۳۰٪ از کودکان در سن ۱۲ هفتگی از شیر گرفته شده بودند. نتایج بحث گروهی مشخص کرد که طرز برخورد، روش و رفتار، حمایت اجتماعی و موقعیت شغلی از جمله فاکتورهای موثر در طول مدت شیردهی مادر می‌باشند، و با حمایت اجتماعی، ایجاد محیط زندگی مناسب و راهکارهایی جهت حل مشکلات مادران شاغل می‌توان موجب ارتقاء شیردهی انحصاری مادر شد (۱۲).

از نتایج تحقیق فروزانی و همکاران نیز در سال ۱۹۹۹ در شیراز مشخص می‌شود هم اتاقی مادر و نوزاد و تداوم

[1] - Edinburgh Postnatal Depression Scale

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

آمـوزش شـیردهی بـرای مـادران جهـت ارتقـاء شـیردهی انحصاری اهمیت بسزایی داشته است (۱۳).

کاسم‌سام و همکاران در سال ۱۹۹۵ نیز در تحقیق خود نتایج مشابه تحقیق فوق بدست آوردند و دریافتند کـه هـم اتـاقی مـادر و نـوزاد در ارتقـاء شـیردهی نقـش اساسـی داشـته و آموزش باید بصورت مداوم و با همکاری کارکنان بهداشـتی صورت گیرد (۱۴).

مطالعه دیگری در شهر کراچی توسـط اکـرم و همکـاران در سال ۱۹۹۷ انجام شد و به این نتیجه رسیدند که برنامـه‌هـای آموزش بهداشت، قبل از زایمان مـؤثرتر از آمـوزش بعـد از زایمان می‌باشد و آموزش قبل از زایمان در ارتقـاء شـیردهی انحصاری نقش مؤثرتری را ایفاء می‌کند (۱۵).

مطالعه انجام شده توسط والدز و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز نشان داد که حمایت بالینی و کلینیکی می‌توانـد در موفقیـت شیردهی انحصاری در مادران شاغل نقـش مـؤثرتری داشـته باشد (۱۶).

نتایج مطالعه ما نیز نشان می دهد که آموزش مـادران در رابطه با شیردهی چندان رضایت بخش نبوده و هـر گـروه از مادران مشکلات خود را در ایـن زمینـه ذکـر کردنـد. شـاید مشکلات موجـود در مراکـز بهداشـتی درمـانی ماننـد زمـان نامناسب ارائه خدمات، شـلوغی مراکـز، فضـای نامناسـب و عدم وجود پرسنل مجرب باعث شده که آموزش های ارائـه شده کیفیت چندانی نداشته باشند.

در نهایت با توجه به اظهارات گروههـا و نتـایج بدسـت آمده در پژوهش حاضر، جهت ارتقای شـیردهی انحصـاری پیشنهادات زیر باید مورد توجه قرار گیرند:

تبلیغات گسترده از طریق روش های مؤثرتر بخصـوص استفاده از صدا و سیما و مطبوعات، برگـزاری کـلاس هـای آموزشی جهت استفاده مادران شاغل در سـاعات غیـراداری، انتخاب پرسنل مجرب بهداشتی جهـت آمـوزش بـه مـادران شیرده، ایجاد انگیزه در پرسنل بهداشتی از طریـق توجـه بـه مسائل رفاهی آنها، افزایش زمـان مرخصـی زایمـان مـادران شاغل به مدت شش مـاه، تأکیـد بـه رؤسـای ادارات جهـت همکاری بیشتر با مادران شیرده جهت استفاده از یک ساعت مرخصـــی جهـــت شـــیردهی بـــه کـــودک و تأســـیس مهدکودک هایی در نزدیکی محل کار مادران جهـت راحتـی مادر و کودک.

References :

۱. کمیته ترویج تغذیه با شیرمادر، وزارت بهداشت ـ درمان و آموزش پزشکی، با همکاری سازمان ملل (یونیسف) در ایران، " شیرمادر و تغذیه شیرخوار ",۱۳۷۹ , ص۱۴.

۲. عبدالعلیان م، مراقبتهای پرستاری از نوزاد و نوزاد نارس، نشر آزمون، ۱۳۷۲، ص ۹۰-۶۰.

۳. سازمان جهانی بهداشت، تغذیه شیرخواران براساس اصول فیزیولوژی، چاپ اول. ترجمه دکتر سوسن پارسایی، انتشارات معاونت پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۲، ص ۲۶- ۹ و ۱۶۹-۱۵۲.

۴. رفعتی ف، شفیعی ن، پرستاری و بهداشت مادران و نوزادان، نشر بشری، ۱۳۸۱، ص ۱۴۵.

5. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breast feeding duration. Pediatr 1995; 4 : 497–9

6. Perez - Escarnilla R, Lutter C, Segall AM, et al. Exclusive breast feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. J Nutr 1995; 12: 2972 – 84.

7. Novotny R, Kieffer EC, Mor J, et al. Health of infant is the main reason for breast feeding in a WIC population in Hawaii. J Am Diet Assoc 1994; 3: 293-7.

8. Branger B, Cebron M, Picherot G, et al. Factors influencing the duration of breast feeding , A study of 150 women. Arch Pediatr 1998; 5: 489 - 96.

9. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding. Midwifery 1998; 14: 242-7.

۱۰. آیت اللهی م، نصیحت کن م، آیت اللهی ع، مطالعه طولی علل قطع شیردهی در مادران ساکن شیراز درسالهای ۱۳۷۷-۱۳۷۵، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره ۸ (شماره۱): ۱۳۷۹، ۴۳-۳۵.

11. Albernaz E, Cesar G, Haisma H, et al. Lactation conseling increases breast feeding duration but not breast milk intakeas measured by isotopic methods. J Nutr 2003; 133: 205–210.

12. Picado JI, Olson CM, Rasmussen KM. A combined methodology for understanding the duration of breast feeding the poor neighborhoods of Mangagua, Nicaragua. Rev Panam Salud Publica 1997; 6: 398-407.

13. Froozani MD, Permehzadeh K, Dorosty Motlagh AR, et al. Effect of breast feeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. Bull World Health Organ 1999; 5: 381–5.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

14. Kasemsam P, Ngarmpiyasakul C, Phongpanich S, et al. Baby Friendly hospital: how to sustain? J Med Assoc Thai 1995; 7: 362–8.
15. Akram DS, Agboatwalla M, Shamshad S. Effect of intervention on promotion of exclusive breastfeeding. J Pakist Med Assoc 1997; 47: 46–8.
16. Valdes V, Pugin E, Schooley J, et al. Clinical support can make the difference in exclusive breast feeding success among working women. J Tropical Paediatr 2000; 46: 149–154.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]