دو فصلنامه طبّ جنوب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۷۹- ۸۷ (شهریور۱۳۸۳)

تعیین علل تداوم یا قطع شیردهی به کودکان زیر یکسال در زنان شهرنشین استان بوشهر - ۱۳۸۰

زهرا قائدمحمدی* [۱] ، دکتر محمد هادی ظفرمند[۲] ، دکتر غلامرضا حیدری[۳] ، دکتر آزیتا انارکی[۴] ، دکتر عباس دهقان[۵]

[۱] کارشناس مامایی ، کارشناس مسئول برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر ، معاونت بهداشتی ، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲] پزشک عمومی ، معاون فنی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۳] دندانپزشک، MPH ، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۴] پزشک عمومی ، MPH ، مدیر گروه بهداشت خانواده معاونت بهداشتی ، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۵] پزشک عمومی،مسئول واحدپژوهش وسنجش افکار دفتر ریاست دانشگاه ، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده :

تغذیه شیرخوار با شیرمادر در تأمین سلامت مادر و کودک اهمیت زیادی دارد . اطلاعات موجود نشان می دهد میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر و تداوم شیردهی به کودک تا یکسالگی در استان بوشهر به نسبت کل کشور کمتر می باشد این مشکل در مناطق شهری استان بسیار بارزتر می باشد . در این مطالعه به منظور تعیین علل این مسئله ؛ ۴۳۶ پسر (۲۱۳) و دختر (۲۲۳) زیر یکسال به روش تصادفی خوشه ای از جمعیت مناطق شهری استان انتخاب شدند و توسط پرسشگران مجرب دوره دیده پرسشنامه ای مشتمل بر ۲۵ سوال با مراجعه به منازل از مادران آنان تکمیل گردید. شروع تغذیه با شیرمادر در ۹۶ درصد در بدو تولد انجام شده بود ولی ۸۰٪ کودکان زیر ۶ ماه و ۶۲٪ کودکان ۶ تا ۱۲ ماه شیرمادر را به تنهایی یا با غذای کمکی مصرف می کردند. و تغذیه انحصاری با شیرمادر تنها در ۴۷٪ موارد انجام شده بود . شایعترین علل ذکر شده جهت عدم تداوم شیردهی به کودک« کمبود شیرمادر » ، « شاغل بودن مادر » و «گریه و ناآرامی کودک » بود. در این پژوهش مشخص شد که شیرمادر خوارگی با « میزان تحصیلات مادر» ($P < ۰/۰۵$) ،« اشتغال مادر در خارج از خانه» ($P < ۰/۰۰۱$) ، «بیماری مادر در دوران شیردهی» ($P < ۰/۰۰۱$) ، «بیماری کودک در دوران شیردهی» ($P < ۰/۰۰۱$) و« آگاهیهای مادر در مورد برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر» ($P < ۰/۰۵$) مرتبط می باشد در حالیکه این ارتباط با مواردی همچون« میزان سواد پدر» ، «شغل پدر» ، «تعداد فرزندان زنده مادر» و« وضعیت شیردهی به فرزند قبلی» یافت نشد.($P > ۰/۰۵$). بنابراین مهمترین امر در افزایش تداوم شیردهی افزایش آگاهی مادران در خصوص شیر مادر از طریق پرسنل مراکز بهداشتی درمانی، پرسنل بیمارستان و تهیه ی مجموعه ی آموزشی مناسب می باشد .

واژگان کلیدی: شیرمادر ، تغذیه انحصاری ، کودکان ، شیردهی

* بوشهر، خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی، مدیریت پژوهشی تلفن ۲۵۲۸۵۸۷-۰۷۷۱ ص.پ: ۳۶۳۱

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

مقدمه

شیرمادر به عنوان بهترین غذا برای نوزادان و کودکان در فرهنگ اسلامی مورد تاکید قرار گرفته است. پیامبر اکرم (ص) نیز می فرمایند : « هیچ شیری بهتر از شیرمادر نیست ». ترویج تغذیه نوزاد با شیرمادر در طی سالیان اخیر ، با گسترش دانش بشری مورد توجه روز افزونی قرار گرفته و نقش شیرمادر به عنوان اولین واکسن کودک ، همچنین تاثیر آن در کاهش بیماری هایی از قبیل اسهال و عفونت های حاد تنفسی مشخص شده است (۱). از طرف دیگر این مسئله ابعاد اقتصادی نیز داشته به نحوی که جایگزینی شیرمادر با سایر شیرها می تواند زیان های هنگفت اقتصادی را بر خانواده و جامعه تحمیل کند (۲). در استان بوشهر با جمعیت، ۷۹۴۹۳۶ نفر در سال ۱۳۸۲، ۱/۸ درصد از این جمعیت را کودکان زیر یکسال و ۱۵ درصد را زنان در سنین باروری (۴۹-۱۵ ساله همسردار) تشکیل می دهند(۳).

طبق بررسی های انجام شده ، در سال ۱۳۷۶ (۴) مصرف شیرمادر بصورت انحصاری در کودکان زیر ۶ ماه در استان بوشهر ۵۴٪ و در کشور ۵۵/۷٪ بوده است و در سال ۱۳۷۷ (۵) مصرف شیرمادر در کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه روستایی استان ۵۸/۵ و شهری ۴۱ درصد بوده ؛ در حالیکه در همان زمان این شاخص ها در کشور به ترتیب ۷۴/۴ و ۶۶/۵ برآورد شده است.در بررسی شاخص های سلامت و دموگرافیک(DHS) در سال ۱۳۷۹ نیز، تغذیه انحصاری با شیرمادر(۳۷/۶ درصد) و تداوم شیردهی تا یکسال(۸۲/۳ درصد) از میانگین های کشوری پایین تر بوده است(۴۴ و ۸۸/۳ درصد)(۶) .

عوامل مختلفی در تغذیه انحصاری با شیرمادر و نیز تداوم شیردهی تا یکسال تاثیر گذار می باشند که سواد ، شهری بودن ، جدایی مادر و فرزند ، عدم حمایت اطرافیان ، شروع غذای کمکی قبل از پایان چهار ماهگی ، باورهای غلط ، آگاهی مادران و پدران ، اشتغال مادران ، عدم حمایت های قانونی ، زمینه های فرهنگی ، ناکافی بودن شیرمادر ، بیماری های مادروکودک و حاملگی مجدد از این جمله اند (۱۰-۷).

با توجه به پدیده بحران جمعیت جوان در دهه ۸۰ در کل کشور و افزایش تعداد زوجین و نیز کمتر بودن شاخص های شیردهی بخصوص در مناطق شهری استان بوشهر ، برآن شدیم تا عوامل موثر بر تداوم شیردهی و عدم آن را بررسی نموده و در جهت طراحی مداخلات مناسب از آن بهره مند شویم.

مواد و روش کار

در این مطالعه مقطعی که ازآبان تا دی ماه ۱۳۸۰ به طول انجامید ، وضعیت تغذیه با شیرمادر ۴۳۶ کودک زیر یکسال مورد بررسی قرار گرفت.

نمونه ها با روش تصادفی خوشه ای از ۴۴ بلوک مناطق شهری استان (تقسیم بندی بلوک ها براساس جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی مناطق شهری استان بود) انتخاب شدند.

واحدهای پژوهش مادرانی بودند که دارای کودک زیر یکسال بوده و در مناطق شهری استان زندگی می کنند . با مراجعه به بلوک و سرخوشه های مورد نظر در هر منطقه جهت تکمیل حجم مورد نظر اقدام شد. براساس پروتکل نمونه گیری ، در هر خوشه ۵ کودک زیر ۶ ماه و ۵ کودک ۶ تا ۱۲ ماه بدون توجه به جنسیت نوزاد می بایست مورد بررسی قرار می گرفتند. لذا ۱۱ پرسشگر ماهر که سابقه کار در طرح های پرسشگری قبلی داشتند و همگی از پرسنل واحد بهداشت خانواده (کاردان بهداشت خانواده یا مامایی) بودند انتخاب شده و آموزش های لازم را فرا گرفتند . راهنمای پرسشگری بصورت مکتوب نیز در اختیار آنان قرار گرفت. پرسشگران با توجه به آدرس موجود در مراکز بهداشتی درمانی (براساس پرونده خانوار سرخوشه) به درب منازل مراجعه و با مادر مصاحبه کرده و پرسشنامه را تکمیل می کردند.

خانوار های بعدی ، خانوارهای سمت راست سرخوشه هنگام خروج از منزل بودند و این کار ادامه می یافت تا زمانی که حجم نمونه مورد نظر در خوشه (با توجه به پروتکل نمونه گیری) تکمیل می شد.

پرسشنامه ای مشتمل بر ۲۵ سؤال حاوی اطلاعات زیر :

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

سن کودک و مادر ، جنس کودک ، تحصیلات مادر و پدر ، شغل مادر و پدر ، تعداد فرزندان زنده مادر ، حاملگی مجدد مادر در طی شیردهی ، اقدام به تغذیه با شیرمادر و زمان آن ، نوع شیرمصرفی فعلی ، طول مدت تغذیه با شیرمادر ، علل عدم تداوم شیردهی ، علل اختلال در شیردهی ، مراجعه مادر جهت دریافت شیرمصنوعی ، محل تهیه شیرمصنوعی ، تغذیه فرزند قبلی با شیرمادر و مدت آن ، میزان آگاهی مادران ، محل کسب اطلاعات در زمینه شیردهی ، محل زایمان ، و دریافت آموزش پس از زایمان ؛ در طی عملیات پرسشگری تکمیل گردید. اطلاعات حاصل از این پرسشنامه کدگذاری و به رایانه داده شد و با نرم افزار EPI6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون آماری مورد استفاده مجذور کای بود.

نتایج

تعداد ۴۳۶ [پسر (۲۱۳) و دختر (۲۲۳)] کودک زیریکسال مورد بررسی قرار گرفتند . از نظر محدوده سنی مادران این کودکان ، ۱۶/۳٪ آنها در معدوده سنی پر خطر از نظر بارداری [زیر ۲۰ سال (۶/۷٪) و بالای ۳۵ سال (۹/۶ ٪)] بودند .

۵/۳٪ مادران و ۴/۴٪ پدران این کودکان بی سواد بوده و به ترتیب ۶۵/۴ و ۵۵/۲ درصد آنان دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند ، در حالیکه ۱۸/۱٪ مادران و ۲۶ ٪ پدران دارای دیپلم و تنها ۲/ ۱۱ ٪ مادران و ۱۴/۵ ٪ پدران تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. از نظر اشتغال نیز ۹/۲ درصد مادران و ۹۷٪ پدران آنان در خارج از خانه اشتغال بکار داشتند . این کودکان در ۴۳ درصد موارد اولین فرزند خانواده خود بوده در حالیکه ۳۲٪ آنان فرزند سوم به بعد بودند .

۹۶ درصد این کودکان در بدو تولد با شیر مادر تغذیه شده بودند ولی فعلاً ۷۱ درصد آنان ا [زیر ۶ ماه (۸۰٪) ، ۶ ماه تا یکسال (۶۲٪)] شیر مادر را به تنهایی یا با غذای کمکی مصرف می کردند در حالیکه تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی با شیر مادر تنها در ۴۷ درصد وجود داشت . در میان ۱۲۶ کودکی که تداوم شیردهی با شیر مادر نداشته اند (۲۹٪) « کمبود شیر مادر » ، « شاغل بودن مادر » و « گریه و ناآرامی کودک » از شایعترین علل ذکر شده توسط مادران بود (جدول ۱). با وجود اینکه ۱۲٪ از این کودکان صرفاً با شیر مصنوعی تغذیه می شدند و ۱۷٪ آنان توأمان شیر مصنوعی و شیر مادر را استفاده می کردند ؛۳۱٪ مادران جهت دریافت شیر مصنوعی به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه داشته اند و از این میان نیمی از آنان(۵۲/۶٪ متقاضیان) کالا برگ شیر مصنوعی را از مراکز دریافت کرده بودند .

وجود اختلال در شیردهی (به نحوی که حداکثر چند روز شیردهی با وقفه مواجه شود) یافته دیگر پژوهش بود . ۲۵ نفر (۵/۷ درصد) بدلیل بیماری مادر و ۲۳ نفر (۵/۳ درصد) بدلیل بیماری های کودک دچار اختلال در شیردهی بودند .

جدول ۱) توزیع فراوانی علل عدم تداوم شیردهی در کودکان زیر یکسال مناطق شهری استان بوشهر در سال ۱۳۸۰

علت عدم تداوم شیردهی	تعداد	درصد
کمبود شیر در سینه های مادر	۴۴	۳۵
شاغل بودن مادر	۱۴	۱۱/۱
گریه و ناآرامی کودک	۱۲	۹/۵
بیماری کودک	۱۱	۸/۷
توصیه پزشک معالج	۱۰	۷/۹
سختی امر شیر دهی برای مادر	۷	۵/۵
بیماری مادر	۷	۵/۵
باورهای غلط در مادر	۵	۴
دو قلویی	۴	۳/۲
گرفتن سینه مادر توسط نوزاد	۴	۳/۲
مصرف دارو توسط مادر	۴	۳/۲
توصیه پرسنل بهداشتی	۲	۱/۶
شیر دهی مادر به کودک دیگرش	۲	۱/۶
جمع	۱۲۶	۱۰۰

در این پژوهش در مواردی که کودک فرزند اول خانوار نبوده است ، سابقه شیردهی به فرزند قبلی در ۶۸٪ موارد وجود داشت که مدت آن در ۷۱٪ موارد پیش از یکسال بوده است .

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

جدول ۲) عوامل مرتبط با شیردهی به کودکان زیر یکسال در زنان شهرنشین استان بوشهر در سال ۱۳۸۰

	کودکانی که تنها با شیرمادر تغذیه می شوند		کودکانی که تنها با شیر مصنوعی تغذیه می شوند		کودکانی که بصورت توام تغذیه می شوند		P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات مادر							
بیسواد یا دارای سواد	۳۶	۷۲	۵	۱۰	۹	۱۸	
نهضت	۶۸	۶۳/۶	۱۴	۱۳	۲۵	۲۳/۴	
ابتدایی	۹۱	۷۹/۹	۱۱	۹/۶	۱۲	۱۰/۵	
راهنمایی	۲۹	۸۰/۷	۳	۸/۳	۴	۱۱	<۰/۰۵
متوسطه	۵۹	۷۴/۸	۹	۱۱/۴	۱۱	۱۴	
دیپلم	۲۶	۵۳	۱۰	۲۰/۴	۱۳	۲۶/۶	
بالاتر از دیپلم							
اشتغال مادر							
خانه دار	۲۸۳	۷۳/۵	۴۳	۱۱/۲	۵۹	۱۵/۳	<۰/۰۰۱***
شاغل در منزل	۹	۹۰	۰	۰	۱	۱۰	
شاغل در خارج از منزل	۱۷	۴۲/۵	۹	۲۲/۵	۱۴	۳۵	
بیماری مادر دردوران							
شیردهی	۳	۱۲	۱۴	۵۶	۸	۳۲	<۰/۰۰۱
دارد	۳۰۶	۷۴/۸	۳۷	۹	۶۶	۱۶/۲	
ندارد							
بیماری کودک							
دارد	۱۲	۵۲/۲	۸	۳۴/۸	۳	۱۳	<۰/۰۰۱
ندارد	۲۹۷	۷۲/۵	۴۲	۱۰/۲	۷۱	۱۷/۳	
*** آگاهیهای مادر**							
مطلوب	۱۹۹	۷۵	۲۶	۱۰	۴۰	۱۵	<۰/۰۵
نامطلوب	۱۰	۶۵	۲۶	۱۵	۳۴	۲۰	

* آگاهی مطلوب ؛ در حالتی اطلاق می شد که فرد از ۵ نمره مربوط به سئوالات آگاهی سنجی حداقل ۳ نمره کسب می نمود .

*** چون در این پژوهش درآمد ناشی از شغل فرد منظور نبوده و تنها عدم حضور مادر در منزل ناشی از شغل وی مد نظر بوده، در آنالیز انجام شده گروههای خانه دار و شاغل در منزل به صورت یک گروه واحد در نظر گرفته شده است .

محل زایمان به عنوان مسئله دیگری که مورد توجه گروه پژوهشگران بود ؛ در ۹۵٪ موارد بیمارستان و زایشگاه ؛ ۳/۹٪ در تسهیلات زایمان و ۱٪ در منزل بود ولی تنها ۵۳٪ از کسانی که زایمان خود را در بیمارستان با زایشگاه ها انجام داده بودند آموزش های ضروری درخصوص شیردهی را پس از زایمان خود از طریق پرسنل بخش دریافت کرده بودند .

از آنجا که آگاهی مادران به عنوان مسئله ای اساسی در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

تداوم شیردهی قلمداد می شود ،این نکته مورد بررسی قرار گرفت. به نحوی که مادران درخصوص « زمان شروع شیردهی پس از زایمان » ؛ « زمان شروع تغذیه تکمیلی » و « نحوه شیردهی صحیح » اطلاعات مناسبی داشتند (به ترتیب ۹۱٪ ؛ ۸۸٪ و ۸۲٪) در حالیکه در مورد « عوامل موثر در افزایش شیرمادر (۴۵٪) » و « دلایل کافی بودن شیر مادر (۴۷٪)» اطلاعات مناسبی نداشتند . شایعترین روش های که در جهت دریافت اطلاعات مناسب مورد استفاده مادران بود مراکز بهداشتی – درمانی (۳۹٪) ، کتاب شیر مادر (این کتاب توسط واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت استان بوشهر تهیه گردیده و از طریق بیمارستان ها ، مراکز بهداشتی – درمانی و خانه های بهداشت توزیع می گردد) (۱۶/۵٪) و ارائه اطلاعات توسط پرسنل بیمارستان ها یا زایشگاه ها (۴/۵٪) و سایر موارد (۲۳/۵٪) بود .

در این بررسی مشخص شد که استفاده از شیرمادر به عنوان تغذیه کودک ؛ با عواملی همچون باسواد بودن و میزان تحصیلات مادر (P <۰/۰۵) ، اشتغال مادر در خارج از خانه (P < ۰/۰۰۱) بیماری مادر در دوران شیردهی (P< ۰/۰۰۱) بیماری کودک در دوران شیردهی (P <۰/۰۰۱) ، آگاهیهای مادر در مورد برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر(P <۰/۰۵)، مرتبط می باشد (جدول ۲).

در حالیکه این ارتباط درخصوص مواردی همچون میزان سواد پدر ، شغل پدر ، تعداد فرزندان زنده مادر و وضعیت شیردهی به فرزند قبلی مادر یافت نشد (P >۰/۰۵) .

بحث

در پژوهش ما « شیردهی به کودک با استفاده از شیرمادر » با عواملی از قبیل با سواد بودن و میزان تحصیلات مادر ، کمبود شیر در سینه های مادر ، اشتغال مادر در خارج از خانه ، بیماری مادر در دوران شیردهی ، سختی امر شیردهی برای مادر، بیماری کودک در دوران شیردهی و آگاهیهای نامطلوب مادر در مورد برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر مرتبط بود.

به جز مورد اول (میزان تحصیلات) بقیه عوامل در عدم تداوم شیردهی موثر بودند.

در مورد میزان تحصیلات نیز الگوی خاصی برقرار است ؛ به نحوی که افراد بی سواد یا درحد خواندن و نوشتن میزان شیردهی بالاتری به نسبت کل گروه باسواد و بالاخص نسبت به افراد دارای دیپلم یا بالاتر از آن (۷۲٪ در برابر ۶۶ درصد) دارند ولی افراد دارای میزان تحصیلات در حد راهنمایی یا متوسطه حدود ۸۰٪ شیردهی دارند. به نظر می رسد در این الگو علاوه بر میزان سواد تاثیر عواملی دیگر همچون شاغل بودن مادر که بیشتر برای گروه دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم وجود دارد نیز مطرح می گردد و باعث می شود افرادی با تحصیلات بالاتر بدلایل دیگری همچون اشتغال بیرون از خانه، عملکرد بدتری به نسبت افراد بی سواد در برابر شیردهی داشته باشند.

در این مطالعه، ارتباطی بین شیردهی و سایر عوامل همچون ۱- میزان تحصیلات پدر ۲- تعداد فرزندان زنده مادر ۳- شغل پدر ۴- حاملگی مجدد مادر ۵- وضعیت شیردهی فرزند قبلی و ۶- جنسیت نوزاد یافت نشد (P > ۰/۰۵).

در مطالعه دکتر برهانی در سال ۱۳۷۳ در شهر رشت مهمترین عوامل موثر در افت شیردهی مادران ۱- ناکافی بودن شیرمادر (۴۷٪) ۲- اشتغال خارج از خانه مادر (۲۵/۵٪) ۳- بیماری مادر (۱۲/۳٪) ۴- چند قلویی و یا وزن پایین موقع تولد کودک (۴/۵٪) ۵- بیماری کودک (۳٪) مطرح شد که تفاوت چندانی با مطالعه ما ندارد(۷).

در پژوهش ما ، کمبود شیر در سینه های مادر به نحوی که مادر احساس می کند شیر کافی برای تغذیه نوزاد نداشته و نوزاد او به شیر بیشتری نیاز دارد، به عنوان مهمترین عامل عدم تداوم شیردهی مادران بیان شد (۳۵٪) این میزان در بررسی های مشابه انجام شده در رشت ۴۷٪ در مشهد ۷۷٪ و در زابل ۴۶/۱٪ بوده ؛ در مطالعات انجام یافته در چین در طی سال ۱۹۸۹ نیز میزان بالایی را

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

به خود اختصاص داده (۶۷٪) و مادران معتقد بودند که چون شیرشان در چند ماه اول زندگی کافی نبوده اقدام به قطع شیر نموده اند(۷) .

در بررسی عوامل موثر بر احساس ناکافی بودن شیرمادر در زنان شهری مکزیک نشان داده شد که ۸۰٪ از ۱۶۵ مادر سالمی که در فواصل یک هفته ، ۲ ماه و ۴ ماه پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفتند ناکافی بودن شیر خود را بیان کردند. گریه نوزاد به عنوان نشانه اصلی این مسئله بیان می شد. نتایج این مطالعه نشان داد که فقدان اعتماد به نفس مادر جهت شیردهی به کودک ، شروع با تاخیر تولید شیر در بدن مادر ، تحصیلات مادر ، زخم نوک پستان ، تغذیه زود هنگام کودک قبلی با شیر مصنوعی و نحوه شیردهی به مادر در زمان کودکی او در این مسئله تاثیر گذار می باشند ($P < ۰/۰۵$)(۱۱) .

از آنجا که احساس کمبود شیرمادر به عوامل مختلفی همچون تجربه قبلی شیردهی ، تاثیر اطرافیان ، میزان آگاهیهای مادر ، تحصیلات مادر ، حمایت از مادر جهت شیردهی و.... مرتبط به نظر می رسد؛ باید توجه ویژه ای به آن شود. به نظر می رسد علاوه بر انجام مراقبت های دوران بارداری و آموزش مادر طی این دوران ، آموزش مادر پس از زایمان و هنگام ترخیص از بیمارستان یا زایشگاه نیز می تواند موثر باشد(۱۲). همچنین انجام مشاوره با اینگونه مادران توسط پرسنل مجرب یا پزشک نیز می تواند کمک موثری به آنها باشد(۱۳). از طرف دیگر امکان برقراری ارتباط با یک فرد مجرب از طریق تلفن و انجام مشاوره تلفنی و راهنمایی مادر در طی ساعاتی از شبانه روز که مادر در شیردهی دچار مشکلی شده باشد نیز می تواند کمک شایانی به این مادران کند.

ارتباط میزان سواد و شیردهی به کودک پدیده خاصی است . به طوری که اسکامیلا با توجه به یافته های DHS در مکزیک ارتباطی U شکل را بین این دو مطرح کرده است . وی شرح داده که زنانی که دارای تحصیلات ابتدایی هستند به نسبت زنان بی سواد یا زنانی که دیپلمه هستند؛ احتمال کمتری دارد که شیرمادر را برگزینند. در بررسی کیفر و همکاران در سال ۱۹۹۰ نیز زنان تحصیل کرده با تحصیلات دانشگاهی عملکرد بهتری در انتخاب شیرمادر به نسبت زنانی که دبیرستان را به پایان نرسانده بودند ، داشتند(۸).

گرچه در مطالعه اسکامیلا و همکاران برروی زنان پورتوریکوئی تفاوتی در وضعیت شیردهی بین کسانی که تحصیلات تا دیپلم و گروهی که تحصیلات دانشگاهی داشتند ، یافت نشد(۱۶) .

در مطالعه ما افراد بی سواد یا دارای سوادی درحد نهضت یا خواندن و نوشتن به نسبت افرادی که حداکثر بین راهنمایی تا پایان دبیرستان درس خوانده اند ؛ تداوم کمتری در شیردهی به کودک داشتند (۷۲٪ در برابر ۷۸٪) ولی همین گروه (افراد بی سواد) به نسبت افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند عملکرد بسیار بهتری دارند (۷۲٪ در برابر ۵۳٪). این الگو را می توان به شکل نشان داد . به نظر می رسد افراد بی سواد یا کم سواد بدلیل تاثیر پذیری از فرهنگ سنتی و روستایی شیردهی نسبتاً مطلوبی دارند و این را به عنوان یک وظیفه می دانند . اما با افزایش میزان تحصیلات در حد راهنمایی تا کسب دیپلم امکان کسب آگاهی توسط مادر بیشتر شده و نگرش آنان نیز بهتر می شود ولی در کسانی که تحصیلات دانشگاهی دارند (شاید بدلیل تاثیر عواملی همچون اشتغال) ، شیردهی به کودک کاهش می یابد. بهرحال در این مورد انجام مطالعات بیشتر به خصوص انجام مطالعات کیفی جهت آگاهی از نگرش گروههای مختلف تحصیلی ضروری به نظر می رسد .

اشتغال مادر یکی از مسایل بحث برانگیز در ارتباط با شروع و تدوام شیردهی می باشد و مطالعات گوناگونی در این ارتباط انجام شده است . در مطالعه فرودنیا و همکاران در مورد طول مدت شیردهی انحصاری در مادران شاغل و غیرشاغل در شهر کرمان در سال ۱۳۷۵ ، شیردهی انحصاری با شیر مادر ، در مادران شاغل در طی سه ، چهار ، پنج و شش ماه پس از زایمان به ترتیب ۸۶، ۵۱ ، ۳۵ و ۱۴ درصد و در زنان غیر شاغل ۸۲ ،۷۰ ، ۴۸ و۲۹درصد بوده است ، گرچه تفاوت معنادار را تنها طی چهار ماه و شش ماه یافتند(۱۷) .

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

در مطالعه اشراقیان در سال ۱۳۷۷ نیز شاغل بودن مادر احتمال شیر خشک خوار بودن کودک را ۴/۴ برابر به نسبت مادران خانه دار افزایش می داد(۱۸) .

گرچه این ارتباط در مطالعه عوامل موثر بر شیردهی در زنان پورتوریکویی یافت نشد (۱۶). به هر حال در بررسی ما اشتغال به کار مادر در خارج از خانه ارتباط معناداری با عدم شیردهی مادر به کودک داشت (P < ۰/۰۰۱) .

به نظر می رسد در این ارتباط به عوامل دیگری همچون ساعت کار و عدم حضور مادر در منزل و در کنار کودک ؛ همچنین مدت مرخصی زایمان و نوع شغل مادر نیز باید توجه داشت .

فین و رو نشان داده اند که شیردهی به کودک ۳ ماه پس از زایمان در بین زنانی که دارای کار پاره وقت می باشند به نسبت مادران غیر شاغل کاهش مختصری دارد در حالیکه این میزان در مادرانی که کار تمام وقت دارند بسیار کمتر است . متوسط تداوم شیردهی در زنان غیر شاغل ۲۵/۱ هفته ؛ در افرادی که کار پاره وقت دارند ، در صورتی که مدت کار هفتگی بین ۱ تا ۱۹ ساعت باشد ۲۴/۴ هفته و در صورتی که بین ۲۰ تا ۳۴ ساعت باشد ۲۲/۵ هفته می باشد (تفاوت معنادار آماری بین این دو حالت کار پاره وقت نبوده است (P > ۰/۰۵))؛ ولی اگر مادر بیش از ۳۴ ساعت در هفته شاغل باشد ، میانگین مدت شیردهی به ۱۶/۵ هفته می رسد (P < ۰/۵۰) (۱۹).

لذا به نظر می رسد داشتن کار پاره وقت استراتژی مناسبی برای کمک به مادران شاغل در تغذیه کودک آنها با شیر مادر باشد . این نکته در پژوهش ما مورد بررسی قرار نگرفته بود .

مدت مرخصی زایمان نیز برای کمک به تداوم شیردهی مادران مهم می باشد در حالیکه در کشور ما این مدت ۳ ماه بوده و در صورت تائید تغذیه کودک با شیر مادر توسط مراکز بهداشتی – درمانی به این مدت یک ماه نیز اضافه می گردد (جمعاً ۱۷ هفته) ؛ در نروژ مرخصی زایمان ۴۲ هفته بوده در این مدت مادران شاغل حقوق کامل دریافت می کنند یا می توانند از ۸۰٪ پرداخت حقوق برای ۵۲ هفته بهره مند شوند . مسلماً این مسئله می تواند در سلامت کودک و تکامل سالم او نقش مهمی داشته باشد. از طرف دیگر این مدت در آمریکا فقط ۱۲ هفته می باشد لذا در آمریکا محققین به کارفرمایان و خانواده ها ، برای استفاده مادران شیرده از مزایای کار پاره وقت پیشنهاد داده اند(۲۰) .

به هر حال مدت زمان مناسب برای مرخصی زایمان می تواند در پژوهش های آتی مورد توجه بیشتری قرار گیرد .

بدیهی است که افراد جامعه به آموزش هایی که در خصوص تغذیه با شیر مادر نیازمندند . با توجه به اینکه این آموزش ها از طرق گوناگونی ارائه می شود ما در مطالعه خود علاوه بر کنکاش در روش دریافت این اطلاعات به بررسی میزان آگاهی های مادران در مورد برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر پرداختیم و پنج نکته اساسی شامل زمان مناسب شروع شیردهی به نوزاد ، زمان مناسب شروع تغذیه تکمیلی ، نحوه شیردهی صحیح ، عوامل موثر در افزایش شیرمادر و نحوه کسب اطمینان از کفایت شیر مادر را بررسی کردیم . در این مطالعه در صورتی که به سه مورد توسط مادر به درستی اشاره می شد وی دارای آگاهی مطلوب تلقی می شد . یافته های ما نشان از این داردکه تداوم شیردهی در افراد دارای آگاهی های مطلوب بهتر بوده است (P <۰/۰۵).

گرچه بولام و همکاران در طی یک کار آزمایی کنترل شده تصادفی در سال ۱۹۹۸ در نپال دریافتند که مادرانی که قبل از ترخیص از بیمارستان و سه ماه پس از زایمان در منزل توسط افراد مجرب درخصوص فواید شیرمادر ، خطرات تغذیه کودک با شیر مصنوعی و نحوه افزایش شیر مادر آموزش دیدند در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری از نظر تداوم شیردهی به کودک نداشتند(۲۱) ؛ مطالعات دیگری دال بر تاثیر آموزش ها وجود دارد . از جمله لوتر و همکاران در بررسی اثر بخشی برنامه ارتقای تغذیه انحصاری با شیرمادر در بیمارستان ها در برزیل دریافتند که مادرانی که در طی مراقبتهای دوران بارداری و پس از زایمان آموزشهایی در مورد تغذیه نوزاد با شیرمادر دریافت کرده اند (۳۷/۱٪) در مقایسه با گروه کنترل در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

بیمارستان دیگر(۲۶/۴٪) مدت طولانی تری به تغذیه انحصاری با شیرمادر پرداختند(P <۰/۰۵) (۲۲).همچنین کورو و همکاران در طی یک کار آزمایی کنترل شده تصادفی متوجه شدند که بین گروهی که کتابچه ای حاوی اطلاعات مورد نیاز در مورد تغذیه با شیر مادر به همراه مشاوره کلامی دریافت کردند در مقایسه با گروهی که تنها مشاوره کلامی شدند ، تفاوت معناداری از نظر میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماهگی پیدا نکردند (۴۸/۵٪ در مقایسه ۴۳/۷٪ در گروه کنترل) (P=۰/۵۲)(۲۳).

گرچه این مسئله می تواند ناشی از این نکته باشد که انجام مشاوره کلامی باعث ایجاد حدی از ارتقای تغذیه انحصاری با شیر مادر می شود که این مقدار براحتی با ارائه کتابچه افزوده نمی شود ؛ می تواند به عدم کافی بودن کتابچه به تنهایی در دستیابی به این هدف نیز منتسب شود .

در مطالعه انجام شده دریافتیم که از نظر محل کسب اطلاعات مراکز و خانه های بهداشت (۳۹٪) شایعترین محل کسب اطلاعات مادران شهر بوشهر می باشند . در حالیکه در مطالعه آیت الهی و همکاران در شهر شیراز مهمترین منبع آگاهی در مورد مدت شیردهی « توصیه دوستان و آشنایان » (۳۹/۸٪) و در مورد تغذیه کودک « تشخیص خودشان » (۳۰/۹٪) بوده است(۲۴) .

نکته ای که در آموزش مادران شیرده می بایست مورد توجه قرار گیرد این است که هنوز هم نیازمند آن هستیم که بدانیم چگونه می توانیم این مادران را به تغذیه انحصاری تشویق کنیم .

علاوه بر موارد فوق عوامل دیگری نیز در مطالعات انجام شده با شیردهی به کودک توسط مادر مرتبط فرض شده اند . از این جمله می توان به انجام زایمان سزارین (۸) نوع روش پیشگیری از بارداری (استفاده از روشهای مدرن یا سنتی) (۸) ، وزن هنگام تولد نوزاد (۹) ، مصرف دخانیات توسط مادر (۲۵) حاملگی ناخواسته (۲۶) ، زندگی مشترک با همسر یا شریک جنسی (۲۷) ، اشاره داشت . این عوامل در مطالعات آتی می توانند مورد بررسی بیشتری قرار گیرند .

تشکرو قدردانی

با تشکر از جناب آقای دکتر غلامرضا حیدری معاونت محترم اموربهداشتی دانشگاه و مسئولین وقت واحد بهداشت خانواده شهرستانها خانمها : زهره نصرالله نژاد، دکتر لاله مهیمنیان، فاطمه رضاییان، فاطمه اکبری زاده ، آذر محمدی وآقایان دکتر کامبیز اسعدی، دکتر حمیدرضا مانی، دکتر علیرضا نقیبی؛ همچنین پرسشگران محترم خانمها : سودابه فرهادی، زیبا شعبانی، رضیه شریفی، ماریه مهاجری، فاطمه محمودی، زهرا پاسالارزاده، معصومه رامشی، فاطمه اکبری زاده ، محبوبه عباسی، محبوبه خورشیدی فر و مژگان راستیان و مسئول تایپ خانمها صغری حیدری و نعیمه برمک که بدون همکاری صمیمانه آنها انجام این طرح میسر نمی شد.

References:

۱. اصفهانی م م، تغذیه کودکان با شیر مادر، انتشارات دانشگاه عاوم پزشکی ایران، ۱۴،۱۳۷۴-۱۱.

۲.آذرنوش م، تغذیه با شیر مادر از دیدگاه بهداشت و اقتصاد، مجله دارو و درمان، سال نهم (شماره ۱۰۵) : ۱۳۷۱، ۷۰ – ۶۱ .

۳. _ شاخصهای جمعیتی استان بوشهر بر اساس زیج حیاتی مناطق شهری و روستایی درسال ۸۲ ، معاونت بهداشتی دانشگاه عاوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر،۱۳۸۳.

۴. مرکز گسترش شبکه ها و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی. بررسی شاخصهای چندگانه وضعیت زنان و کودکان جمهوری اسلامی ایران(MICS) ،وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۲۴،۱۳۷۶-۱۲۲.

۵. _ معاونت بهداشتی. سیمای تغذیه کودکان در استانها (ANIS) ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، آبان ۴۱،۱۳۷۷-۴۰.

۶. _ دفتر سلامت خانواده و جمعیت معاونت سلامت، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران(DHS)، وزارت

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]

۱۷. فرودنیا ف، محمد علیزاده س، فروهری س، بررسی طول مدت شیردهی انحصاری مادران شاغل و غیر شاغل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان۱۳۷۵، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشور، سال پنجم(شماره ۲۰) :۱۳۷۵، ۲۸-۲۳.

۱۸.اشراقیان م ر، خرم خورشید م ر، جزایری ا، و همکاران، شیوع مصرف شیر خشک در میان شیرخواران مناطق شهری و روستایی شهرستان تاکستان (زمستان۷۷)، مجله پژوهشی حکیم، دوره پنجم(شماره ۴): ۲۹۷،۱۳۸۱-۲۹۱.

19. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. Am J Public Health 1998; 88: 1042-46.

20. Frank E. Breastfeeding and maternal employment:two rights don't make a wrong. Lancet 1998; 352: 1083-4.

21. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, et al. The effect of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. BMJ 1998; 316: 805-11.

22. Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall AM, et al. The effectiveness of hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low income women in Brazil. Am J Public Health 1997; 87: 659-63.

23. Curro V, Lanni R, Scipione F, et al. Randomized controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on duration of breast feeding. Arch Dis Child 1997; 76: 500- 4.

۲۴. آیت اللهی س م ت، نصیحت کن ع ا، آیت اللهی س ع ر، مطالعه طولی الگوی شیردهی مادران ساکن شیراز، مجله پژوهشی حکیم، دوره چهارم(شماره ۳): ۱۳۸۰، ۱۸۰-۱۷۳.

25. Hill PD, Aldag JC. Smoking and breastfeeding status. Res Nurs Health 1996; 19: 125-32.

26. Dye TD, Wojtowycz MA, Aubry RH, et al.Unintended pregnancy and breast-feeding behavior. Am J Public Health 1997; 87: 1709-11.

27. Mclnnes RJ, Love JG, Stone DH. Independent predictors of breast feeding intention in a disadvantaged population of pregnant women. BMC Public Health 2001; 1: 10-17.

بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، مهر ۱۳۷۹، ۱۰۵-۹۸.

۷. برهانی س م، باورهای نادرست و عوامل مؤثر در افت شیردهی مادران مراجعه کننده به کلیه مراکز بهداشتی و زایشگاه شهرستان رشت در سه ماهه سوم سال۱۳۷۳ ، مجله علمی دانشگاه عاوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، سال ششم (شماره ۲۴)، ۱۳۷۷، ۳۰ – ۲۸ .

8. Perez-Escamilla R, Radovan IM, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomesamong Mexican Women. Am J Public Health 1996; 86: 832- 6.

9. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, et al. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and bicultural determinants in three Latin American countries. J Nutr 1995; 125: 2972- 84.

10. Visness CM, Kennedy KI. Maternal employment and breast-feeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. Am J Public Health 1997; 87: 945- 50.

11. Segura- Millan S, Dewey KG, Perez-Escamilla R. Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. J Nutr 1994; 124: 202-12.

12.Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatr 1996; 97: 669- 75.

13.Kieffer EC, Novotny R, Welch KB, et al. Health practirioners should consider parity when counseling mothers on decisions about infant feeding methods. J Am Diet Assoc 1997; 97: 1313-16.

14. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, et al. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. CMAJ 2002; 166: 21- 8.

15.Lawrence RA. Peer support: making a difference in breast- feeding duration. CMAJ. 2002; 166 : 42-4.

16. Perez-Escamilla R, Himmelgreen D, Segura-Millan S, et al. Prenatal and perinatal factors associated with breast-feeding initiation among inner-city Puerto Rican women. J Am Diet Assoc 1998; 98: 657- 63.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-04-20]