

علل شکست شیردهی انحصاری در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی - درمانی شهر گرگان

کتایون جلالی آریا*، اکرم ثناگو**، لیلا جویباری***

چکیده

هر سال در جهان بیش از هشت میلیون شیرخوار قبل از یک سالگی می‌میرند و بیش از نیمی از آنان کمتر از یک ماه زنده می‌مانند. متأسفانه هنوز بسیاری از مادران بنا به دلایل مختلف شیردهی خود را زودتر از موعد (زمان مناسب) قطع کرده و یا همراه با آن از مایعات غیر ضروری و تغذیه اضافی استفاده می‌کنند. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به منظور بررسی علل عدم موفقیت در شیردهی انحصاری مادران در شهر گرگان صورت گرفته است. بدین منظور ۳۲۲ مادر دارای فرزند ۱۲-۴ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر گرگان با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات باز و بسته در ارتباط با ویژگی‌های فردی، اجتماعی و خانوادگی مربوط به والدین و شیرخواران بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که تنها ۴۴/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش، تغذیه کاملاً انحصاری با شیرمادر داشتند. همچنین رایج‌ترین مایع اضافی مصرفی در ۵۹/۹ درصد موارد آب قند و مهم‌ترین علت برای شروع تغذیه اضافی، دل درد کودک و در اکثر موارد (۳۲/۶ درصد) به توصیه مادر بزرگ بوده است. تحلیل آماری نتایج گویای آن است که سن بالای مادر، عدم اعتماد به نفس و کافی ندانستن شیر به وسیله مادر، ابتلا کودک به بیماری حاد و کم‌وزنی نوزاد در بدو تولد از علل عدم موفقیت در شیردهی انحصاری مادران در این مطالعه بوده است.

واژه‌های کلیدی: شیردهی انحصاری، علل شکست

مقدمه

هر سال در جهان بیش از هشت میلیون شیرخوار قبل از یک سالگی می‌میرند و بیش از نیمی از آنان کمتر از یک ماه زنده می‌مانند. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری شیرخواران با شیر مادر در ۶-۴ ماه اول عمر یک روش بسیار مهم کاهش مرگ و میر شیرخواران است. بنابراین آمار سازمان مذکور در برخی نقاط دنیا تنها ۳۵ درصد شیرخواران تا چهار ماهگی به طور مطلق با شیر مادر تغذیه می‌شوند و این مسأله بیشتر شامل کشورهای می‌شود که میزان سوء تغذیه و میرایی^۱ بالایی دارند (۱).

در ایران ۶۵/۸ درصد از مادران تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا ۴ ماهگی ادامه می‌دهند (۲). تحقیقات نشان می‌دهد از هر ۱۰۰۰ کودک شیر خشک خوار ۷۷ نفر در طول چهار ماه اول تولد بستری می‌شوند در حالی که این تعداد در کودکان شیر مادر خوار ۵ نفر است. شیردهی انحصاری ۵-۳ برابر میزان میرایی شیرخواران را می‌کاهد و آنها را در برابر عفونت‌هایی مانند التهاب گوش میانی، التهاب پرده‌های مغزی و به خصوص بیماری‌های اسهالی تا ۲۳/۵ برابر و ذات‌الریه تا ۲ برابر محافظت می‌کند (۳) و بهره‌هوشی کودک (تکامل شنوایی، بینایی و حرکتی) را افزایش می‌دهد (۴). متأسفانه علی‌رغم وجود این اثرات غیر قابل انکار، هنوز بسیاری از مادران بنابه دلایل مختلف از جمله باورهای غلط، ناآگاهی، تصور ناکافی بودن شیر و عدم برخوردارگی از حمایت‌های اجتماعی، شیردهی خود را زودتر از موعد (زمان مناسب) قطع کرده و یا همراه با آن از مایعات غیر ضروری و تغذیه اضافی استفاده می‌کنند (۵).

از این رو بر آن شدیم تا با انجام مطالعه‌ای عوامل دخیل در شکست تغذیه انحصاری شیرخواران را در جامعه شهری گرگان بررسی نماییم تا با شناخت این عوامل بتوان گام‌های مؤثرتری در جهت رفع مشکلات فوق در جامعه تحت پژوهش برداشت.

وسایل و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که با هدف تعیین فراوانی ویژگی‌های مؤثر والدین و شیرخواران بر

تغذیه انحصاری با شیر مادر صورت گرفته است. واحدهای مورد مطالعه ۳۲۲ مادر بودند که کودکان ۱۲-۴ ماهه (۴۶/۶ درصد دختر و ۵۳/۴ درصد پسر) داشتند و به یکی از ۱۶ مرکز بهداشتی - درمانی شهر گرگان مراجعه کرده بودند. این عده، به شیوه مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

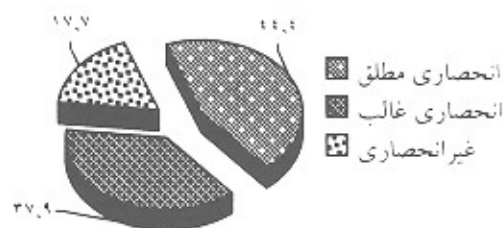
منظور از تغذیه انحصاری در این مطالعه، تغذیه به طور مطلق با شیر مادر است به طوری که در طی ۶-۴ ماه اول عمر به شیرخوار هیچ ماده جامد یا مایعی به جز شیر مادر خورانده نشده باشد (به استثنای قطره مولتی ویتامین و آهن و ORS). اگر شیرخواری سابقه مصرف آب و قند، آب و مایعاتی از این قبیل در حد محدود (نه به عنوان غذا) داشت، در رده شیردهی انحصاری غالب و اگر علاوه بر شیر مادر از شیر مصنوعی، شیر گاو و غذای کمکی استفاده می‌کرد در گروه شیردهی غیر انحصاری قرار گرفته است (۳).

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۶۵ سؤال باز بسته (به صورت مصاحبه در مقیاس ثابت) بود که در سه بخش ویژگی‌های مربوط به پدر، مادر و شیرخوار تنظیم شده بود و اطلاعات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد مطالعه و سؤالات مبتنی بر اهداف ویژه طرح یعنی عوامل جسمانی، اجتماعی، خانوادگی مؤثر در قطع شیردهی، عوامل مرتبط با کودک، و باورهای غلط را در برداشت. روایی و پایایی آن با نظر سنجی از اعضای هیأت علمی، انجمن شیر مادر، گروه شیر مادر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین انجام مطالعه آزمایشی ناپدید گردید.

تعداد نمونه در هر مرکز به تناسب جمعیت تحت پوشش آن انتخاب شد. پرسشگران روزانه به مراکز بهداشتی درمانی (تا تکمیل نمونه لازم برای هر مرکز) مراجعه می‌کردند. به منظور بررسی رابطه متغیرها با نوع تغذیه از آزمون کای دو و برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی از تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها

از بین ۳۲۲ مادر دارای فرزند ۱۲-۴ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر گرگان ۴۴/۴ درصد شیردهی انحصاری، ۳۷/۹ درصد شیردهی انحصاری غالب و ۱۷/۷ درصد شیردهی غیرانحصاری داشتند (نمودار ۱).



نمودار ۱: الگوی شیردهی مادران شیرخواران تحت مطالعه (برحسب درصد)

در هر سه گروه اکثر مادران خانه دار (۸۸ درصد) و با تحصیلات متوسطه (۳۲ درصد) بودند و بیشترین روش پیشگیری از بارداری مصرف قرص‌های پروژسترونی (۳۸ درصد) بود. در مجموع ۱۰/۶ درصد نوک پستان فرو رفته، ۱۴/۶ درصد زخم نوک پستان و ۱۸/۶ درصد پرخونی پستان را در طول ۶ ماه اول پس از زایمان ذکر کردند.

به طور کلی ۴۱/۷ درصد از مادران آموزش شیردهی را در طول بارداری و ۷۶/۳ درصد پس از زایمان (به ترتیب فراوانی محل آموزش در بیمارستان، مرکز بهداشت و مطب پزشکی) دریافت کرده بودند که بیشتر آنها در گروه شیردهی انحصاری قرار داشتند. همچنین آمارها نشان می‌دهد در هر یک از گروه‌ها اکثر مادران از جنسیت فرزند خود رضایت داشتند.

در مجموع سه گروه ۵۰/۹ درصد شیرخواران فرزند اول خانواده بودند و ۵۴ درصد زایمان‌ها به طریقه سزارین انجام شد. زمان تحویل نوزاد به مادر برای شروع شیردهی با پستان در گروه تغذیه انحصاری مطلق زودتر از دو گروه دیگر بود.

طبق آزمون کای اسکور اختلاف معنی داری بین نوع شیردهی (انحصاری مطلق، انحصاری غالب، غیرانحصاری) و اشتغال مادر، میزان تحصیلات، شیوه پیشگیری از بارداری،

مصرف دارو، ابتلا به زخم و فرورفتگی نوک پستان، پرخونی پستان، دریافت آموزش در دوران بارداری، پس از زایمان و دوران شیردهی، رضایت از جنسیت کودک، حاملگی خواسته یا ناخواسته، رتبه فرزند، نوع زایمان و زمان تحویل نوزاد به مادر برای شروع شیردهی با پستان وجود نداشت.

طیف سنی مادران ۴۵- ۱ سال با میانگین ۲۵/۹ سال بود. شیردهی انحصاری در مادران جوان (۲۵-۱۵ سال) نسبت به مادران مسن‌تر بیشتر بود. در هر یک از گروه‌ها اکثر مادران در دوران بارداری توانایی شیردهی را در خود احساس می‌کردند ولی درصد این افراد در گروه شیردهی انحصاری مطلق بیشتر بود (انحصاری مطلق ۴۶ درصد، انحصاری غالب ۳۸/۴ درصد، غیرانحصاری ۱۵/۶ درصد).

در پاسخ‌گزینه کافی بودن شیر از نظر مادر، در گروه انحصاری مطلق ۴۱/۳ درصد، انحصاری غالب ۳۱/۹ درصد و در گروه غیرانحصاری تنها ۷/۸ درصد از مادران پاسخ مثبت دادند.

از لحاظ ابتلا به بیماری‌های حاد مجموعاً ۳۹/۱ درصد شیرخواران حداقل یک بار در ۶ ماه اول عمر خود دچار یک بیماری حاد اغلب سرماخوردگی و اسهال شده بودند.

آزمون کای اسکور، اختلاف معنی داری را بین نوع شیردهی و سن مادر با $P \leq 0.04$ ، پنداشت مادر از توانمندی خود در شیردهی با $P \leq 0.02$ ، کافی دانستن شیرخود در دوران شیردهی با $P \leq 0.003$ و ابتلای کودک به بیماری حاد با $P \leq 0.003$ نشان داد. میانگین وزنی شیرخواران در سه گروه انحصاری مطلق، انحصاری غالب و غیرانحصاری به ترتیب ۳۱۶۰، ۳۲۹۱ و ۲۹۹۷ گرم بود و طبق آزمون تحلیل واریانس وزن هنگام تولد شیرخواران با نوع شیردهی با $P \leq 0.01$ اختلاف معنی داری نشان داد.

مابعات مصرفی در گروه‌های تغذیه انحصاری غالب و غیرانحصاری به ترتیب فراوانی آب و قند، ترکیبی از چند مورد (آب قند، شیر خشک و آب میوه) و شیر خشک بود (نمودار ۲).

از عوامل دخیل در شروع قبل از موعد تغذیه اضافی (تغذیه با موادی غیر از شیر مادر تا قبل از ۴ ماهگی) به ترتیب فراوانی، دل

شیردهی و شغل وی با نحوه شیردهی نشان نداد.

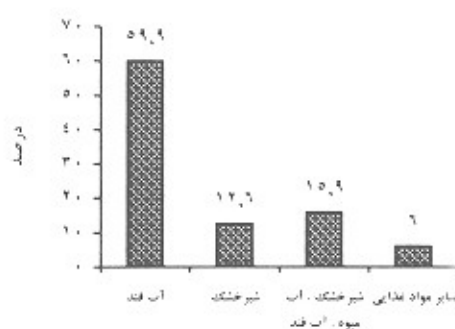
بحث

شیردهی فقط نیاز به مادر و نوزادی دارد که بتوانند با هم باشند (۳). تغذیه با شیرمادر دربردارنده مزایای عملی و روانی است که هنگام انتخاب این روش باید به وسیله مادر در نظر گرفته شود. شیر انسان مناسب‌ترین شیر در دسترس برای شیرخوار اوست زیرا منحصرأ با نیازهای او سازگار شده است (۶).

مطالعات متعدد در داخل و خارج از کشور بیانگر بک طیف وسیع از عوامل دخیل در شکست برنامه شیردهی انحصاری است. از شایع‌ترین این موارد می‌توان به باورهای غلط در مورد شیردهی اشاره کرد، مثلاً غالباً نخست‌زاه‌ها شیردهی را امری پیچیده، پردردسر و پرزحمت می‌دانند و از نا کافی بودن شیر خود می‌ترسند. همچنین، فقدان الگوی مناسب در محیط اطراف مادر، تفسیر نادرست از ایما و اشارات نوزاد و استفاده از آن به عنوان دلیلی برای شروع تغذیه اضافی، فقدان حمایت روانی خانواده و دوستان، سمع تجربیات منفی سایرین، زخم و فرورفتگی نوک پستان و احتقان آن، تصور از دست دادن آزادی و استقلال شخصی و عدم برخوردارگی از حمایت در محیط کاری، نبودن محل مناسب در محیط کار برای نگهداری کودک از دیگر عوامل است.

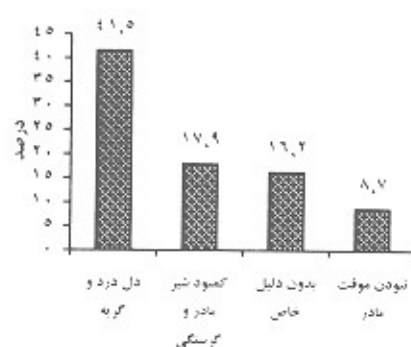
با توجه به این که در مطالعه حاضر مادر بزرگ‌ها بیشترین نقش را در توصیه برای شروع ماده غذایی اضافی (غیر ضروری) داشته‌اند؛ به نظر می‌رسد صرفاً آموزش انفرادی مادران جوان چندان کارا نمی‌باشد و باید اعضای کلیدی خانواده در آموزش دخیل شوند. در این بررسی صرفاً ۴ درصد مادران به شیردهی علاقه‌ای نداشتند و تنها ۱۱/۲ درصد زنان شاغل بوده و ۵۸/۴ درصدشان نیز پس از ۴ ماه با بیشتر به سرکار بازگشتند. مطالعه‌ای در امریکا نشان داد که بیشترین درصد شیردهی انحصاری در میان مادران سفید پوست، با حداقل تحصیلات دانشگاهی، مسن‌تر و دارای نوزادی با وزن طبیعی می‌باشد.

داشتن نوزاد سالم در بدو تولد تأثیر مثبتی بر تداوم شیردهی تا ۶ ماهگی خواهد گذاشت. مادر نوزاد کم‌وزن احتمال کمتری دارد



نمودار ۲: فراوانی سبب مواد اضافی مصرفی در کودکان با تغذیه غیرانحصاری و انحصاری غالب

درد (بی‌قراری، نفخ، تشنگی و گریه)، مفید بودن برای شیرخوار، تصور نا کافی بودن شیر، بیماری کودک (و امتناع کودک)، بیماری مادر و عدم علاقه مادر به شیردهی می‌باشد (نمودار ۳).



نمودار ۳: توزیع علل شروع ماده غذایی اضافی

افراد مؤثر برای شروع تغذیه اضافی در ۶ ماه اول عمر به ترتیب فراوانی، مادر بزرگ (۳۲/۶ درصد)، مادر شیرخوار (۲۸/۸ درصد)، پزشک معتمد (۲۰/۷ درصد) و اقوام و نزدیکان (۱۰/۳ درصد) بوده‌اند. در بخش ویژگی‌های پدری مؤثر بر نحوه شیردهی، سن، شغل و توافق پدر با شیردهی مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع ۹۳/۱ درصد پدران و ۹۳/۲ درصد خانواده‌ها با شیردهی موافق بودند.

میانگین سنی پدران نیز ۳۰/۲۸ (طیف سنی ۱۷-۵۷ سال) و شغل آنان اکثراً آزاد بود. طبق آزمون تحلیل واریانس رابطه معنی‌داری بین سن پدر و نحوه شیردهی وجود نداشت. همچنین آزمون کای اسکور اختلاف معنی‌داری را بین توافق پدر با

که شیردهی با پستان را آغاز کند و یا آن را تا ۶ ماه تداوم بخشد (۳). در پژوهش فعلی تنها ۰/۳ درصد ناهنجاری آشکار، ۱/۶ درصد بیماری مزمن، ۳/۷ درصد نارسی و ۴/۷ درصد بیماری مزمن شیرخوار گزارش شد و مادران با فرزندى با وزن طبیعی بدو تولد در شیردهی انحصاری موفق تر بودند. این ممکن است به دلیل آسان تر بودن تغذیه این فیل کودکان باشد.

تنها در ۳/۸ درصد واحدهای مورد بررسی به قطع کامل شیردهی به دلیل خشک شدن شیر در ۴ ماه اول عمر اقدام نمودند. بلوغ شخصیتی، اقامت در جوامع روستایی، تجربه قبلی مادر و پیگیری کلاس های آموزشی، زمینه فرهنگی و قومیتی از عوامل ترغیب کننده به شیردهی انحصاری اند (۳). بنا به تحقیقات، آموزش پرسنل بهداشتی و آموزش مادران در بیمارستان و دوران بارداری تأثیر به سزایی در افزایش طول مدت شیردهی دارد (۷).

در تحقیق حاضر صرفاً مادران از جامعه شهری و تقریباً از یک بافت فرهنگی مشابه بررسی شدند و اکثر مادران (۵۰/۹ درصد) اولین بار شیردهی را تجربه کردند و در ۸۳/۲ درصد، فرزند خواسته و در ۷۰/۴ درصد با برنامه ریزی قبلی بوده و رضایت از جنسیت نیز به طور غالب وجود داشت. ۹۵/۷ درصد مادران در دوران بارداری تحت کنترل بوده و ۴۱/۷ درصد آنها آموزش هایی در باره مزایا و نحوه صحیح شیردهی دریافت کردند، اگرچه طبق آزمون کای دو دریافت آموزش بر الگوی شیردهی در واحدهای مورد مطالعه تأثیر معنی داری نداشته است این امر می تواند به دلیل عدم مشارکت اعضای مهم تر خانواده مانند پدران و ... در هنگام آموزش شیردهی باشد. در یک مطالعه تجربی تأثیر آموزش به وسیله گروه های داوطلب از همان جامعه در قالب بازدید از منزل بر تداوم شیردهی انحصاری بررسی شد. بازدیدها از دوران بارداری شروع و تا دوران نفاس ادامه یافت. تا ۳ ماه پس از زایمان ۶۷ درصد از زنانی که ۶ بار بازدید از منزل داشتند شیردهی انحصاری را ادامه دادند در حالی که در گروه کنترل تداوم شیردهی انحصاری تنها ۱۲ درصد بوده است (۷).

در یک بررسی دیگر در شیراز از ۱۲۰ مادر، ۵۹ نفر در گروه مورد، آموزش های شیردهی را دریافت کرده و به مدت ۴ ماه

پیگیری شدند. پس از این مدت صرفاً ۶/۵ درصد افراد در گروه کنترل (که هیچ گونه آموزشی ندیدند) در مقابل ۵۴ درصد گروه مورد شیردهی انحصاری را حفظ نمودند و تنها ۵ درصد مادران در گروه مورد قبل از چهار ماهگی در مقابل ۱۸ درصد در گروه شاهد اقدام به قطع شیردهی نمودند (۸). در جوامع نسبتاً پیشرفته، دو قلوبی، استفاده از مواد مخدر، دخانیات، کم وزنی شیرخوار، سن پائین به هنگام تولد، اولین فرزند و عدم اجرای طرح هم اتاقی از علل شکست شیردهی محسوب می شوند (۹). در مطالعه فعلی در ۹۸/۴ درصد موارد نوزادان از هم اتاقی با مادر خود برخوردار بوده و اعتیاد به سیگار صرفاً در ۰/۶ درصد از موارد گزارش شد.

مطالعه مشابهی که در خرم آباد انجام شده است به ترتیب مهم ترین علل شکست شیردهی انحصاری را نا کافی دانستن شیر مادر، بیماری های مادر و باورهای غلط و نا آگاهی مادران ذکر کردند (۵). در این مطالعه ۶۸/۳ درصد مادران با تصور عدم کفایت شیر، تغذیه کمکی را از ۶ ماهگی با شیر مادر همراه کردند (۵). در پژوهش فعلی بیشترین ماده غذایی اضافی آب قند و مهم ترین دلیل شروع غذای اضافی دل درد، گریه، نفخ و بی قراری کودک و در رتبه دوم کمبود شیر مادر و گریه به دلیل گرسنگی شیرخوار (به نظر مادر، مادر بزرگ یا سایرین) بوده است. در نهایت گرچه شیردهی طبیعی است ولی ذاتی نیست و باید آموخته شود (۳).

با توجه به ویژگی های منحصر به فرد جامعه مورد بررسی، جوان بودن اکثر زنان، تحصیلات نسبتاً کافی، خانه دار بودن، برخورداری از صرفاً موافقت کلامی همسر (حمایت عملی و کاربردی همسران بررسی نشده است)، حمایت اجتماعی خانواده و سلامت فیزیکی مادر و کودک، به نظر می رسد آنچه که منجر به شکست در شیردهی انحصاری مطلق در این مطالعه شده است، نادیده گرفتن سهم به سزای اطرافیان در القای باورهای اکتسابی خود به مادران می باشد. از این رو مادامی که از شیوه های سنتی آموزشی، آموزش به مددجویان به صورت گروهی یا انفرادی در مراکز و بدون توجه به نیازهای فردی و فرهنگی و باورهای افراد کلیدی در خانواده استفاده شود، همچنان از دست یابی به حد

جامعه است، توصیه می‌گردد فواید شیر مادر و اهمیت آن از جنبه پزشکی و مذهبی از دوران کودکی تا سنین نوجوانی و جوانی در غالب کتاب‌های درسی به دانش‌آموزان اعم از پسر و دختر آموزش داده شود تا هرچه پیش می‌رویم به آموزش‌های انحصاری و فردی نیاز کمتری داشته باشیم.

مطلوبی برای شیردهی انحصاری محروم خواهیم ماند. از این رو پیشنهاد می‌شود آموزش و حمایت شیردهی انحصاری از دوران بارداری تا ۴ ماه پس از زایمان در قالب بازدید از منزل به وسیله افراد داوطلب و مؤثر در همان بافت و زمینه اجتماعی صورت گیرد. این امر برای رسیدن به هدف مذکور در کوتاه مدت ضروری می‌باشد. برای رسیدن به اهداف دوردست که شامل تغییر فرهنگ

منابع

- 1 - The World Health report. France. WHO library cataloguing in publication Data: 1998; p: 62-63, 69.
- 2 - Human development report of the Islamic of Iran. Tehran. Plan and Budget organization and the United Nations. 1999; p: 162.
- 3 - Black RF, Jarman I, Simpson J. The support of breastfeeding. New York. Jones and Bartlett publishers. 1998; p: 24-91, 100-102, 118.
- 4 - Paine BJ, Makrides M, Gibson RA. Duration of breast feeding and bayley s mental developmental index at 1 year of ago. J Pediatr Child Health. 1999; 35(1): 82-5.
- 5 - بختیار، ک. بررسی علل عدم موفقیت در شیردهی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی خرم آباد در سال ۷۳. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. سال ۱۳۷۴. سال ۳. شماره ۵. صص ۵۲-۵۸.
- 6 - Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson text book of pediatrics. 16th Ed. New York. WB Saunders, 2000; p: 150.
- 7 - Morrow A, Guerrere ML, Shults J, Lutter C, Calva JJ. Efficacy of home - based peer counselling to promote exclusive breast feeding. Lancet, 1999 AP, 10 : 353 (9160): 1226-31.
- 8 - Froozani MD, Permezhadeh, Motlagh AR, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infant in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. Bull World Health Organ. 1999; 77(5): 381-5.
- 9 - Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Tay Allen EM. Factors adversely associated with breastfeeding in New Zealand. J Paediatr Child Health. 1994; 30(6): 483-9.