

## ارزیابی وضعیت ترویج تغذیه

### با شیر مادر در بیمارستان‌های استان کرمان در سال ۱۳۷۴

مریم صفرنواده<sup>۱</sup> و دکتر محمدتقی یاسمی<sup>۱</sup>

#### خلاصه

شیر مادر بهترین و کامل‌ترین غذای شیرخوار است و او را از بسیاری از بیماری‌ها مصون می‌دارد، لذا ترویج تغذیه با شیر مادر باید سرلوحه اقدامات بهداشتی برنامه بهداشت مادر و کودک قرار گیرد. جهت بررسی چگونگی اجرای اقداماتی که برای ترویج تغذیه با شیر مادر پیشنهاد شده است، با استفاده از پرسش‌نامه‌ای که توسط یونسف با عنوان "خودآزمایی زایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها برای ارزیابی سیاست و روش‌های ترویج تغذیه با شیر مادر" تهیه شده و ده اقدام مهم را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، پژوهشی در سطح بیمارستان‌های استان کرمان (۱۷ بیمارستان) انجام گرفت. نتایج به دست آمده از این قرار می‌باشند: هیچ یک از بیمارستان‌ها سیستم مشخصی برای ارزش‌یابی فعالیت‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در اختیار نداشتند اما ۱۶ بیمارستان (۹۴٪) دارای سیاست روشی برای حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر بودند. ۱۵ بیمارستان (۸۸٪) کارکنان خود را با سیاست ترویج تغذیه با شیر مادر آشنا کرده بودند ولی فقط در ۸ بیمارستان (۴۷٪) همه کارکنان در شروع کار توجیه شده بودند و به هنگام مصرف داروهای بی‌هوشی و بی‌حس‌کننده، تمایل مادر برای شیردهی در نظر گرفته می‌شد. تماس پوستی مادر و نوزاد در نیم ساعت اول پس از زایمان طبیعی و کمک کارکنان بخش مامایی به مادران، برای شیردهی در طی اولین ساعت پس از زایمان به ترتیب در ۱۳ (۷۶٪) و ۱۵ (۸۸٪) بیمارستان صورت می‌گرفت. در ۱۵ بیمارستان (۸۸٪) طریقه صحیح در آغوش گرفتن نوزاد جهت شیردهی به مادران آموزش داده می‌شد و در ۱۱ بیمارستان (۶۵٪) زنانی که سابقه شیردادن نداشتند و یا در شیردهی با مشکلی مواجه بودند، تحت مراقبت ویژه قرار می‌گرفتند. متأسفانه، فقط در ۸ بیمارستان (۴۷٪)، تغذیه انحصاری با شیر مادر رعایت می‌شد گرچه در همه بیمارستان‌ها ترویج و تبلیغ استفاده از شیر خشک، بطری و پستانک ممنوع می‌باشد ولی در ۲ بیمارستان (۱۲٪) این مسأله رعایت نمی‌شد و در این زمینه نیز به آنها آموزش داده نشده بود. هم‌اتاقی مادر و نوزاد در زایمان طبیعی در ۱۶ بیمارستان (۹۴٪) و در مورد سزارین، یک ساعت پس از به هوش آمدن مادر در ۷ بیمارستان (۵۸٪) اجرا می‌گردید. در مجموع مشکل اصلی در این بیمارستان‌ها در خصوص ترویج تغذیه با شیر مادر آن است که هیچ سیستم مشخصی برای ارزش‌یابی فعالیت‌های ترویج تغذیه با شیر مادر وجود ندارد و هم‌چنین گروه‌های حمایت از مادران شیرده در استان کرمان تشکیل نشده و بیمارستان‌ها نیز برای تشکیل آنها اقدامی به عمل نیاورده‌اند تا پس از ترخیص از بیمارستان، زنان شیرده پی‌گیری و کمک شوند.

واژه‌های کلیدی: تغذیه با شیر مادر، هم‌اتاقی مادر و نوزاد، ارزیابی

۱- عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

## مقدمه

## روش

سازمان جهانی بهداشت برای این که بتواند به طور دقیق مراکز دوست‌دار کودک را شناسایی کند و در عین حال به منظور راهنمایی مراکز بهداشتی-درمانی، مجموعه‌ای شامل ده اقدام اساسی را برای ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر تدوین کرده و در اختیار مسؤولین مربوط قرار داده است. بر این اساس، این پرسش مطرح می‌شد که در بیمارستان‌های استان کرمان تا چه حد اقدامات مورد نظر یونیسف به اجرا گذاشته شده‌اند و تا چه حد سیاست‌های ترویج تغذیه با شیر مادر با استانداردهای جهانی هم‌خوانی دارند. برای پاسخ‌گویی به این پرسش و به منظور ارزش‌یابی سیاست و روش‌های ترویج تغذیه با شیر مادر، پژوهشی در بیمارستان‌های استان کرمان انجام شد که هدف‌های مورد نظر این پژوهش، تعیین عملکرد بیمارستان در موارد زیر می‌باشد:

- ۱- تدوین سیاست تغذیه با شیر مادر و آگاه نمودن کارکنان از آن
  - ۲- آموزش کارکنان برای ترویج تغذیه با شیر مادر
  - ۳- آگاه کردن زنان باردار از مزایا و روش تغذیه کودک با شیر مادر
  - ۴- تغذیه نوزاد پس از تولد
  - ۵- آموزش تداوم شیردهی با شیر مادر
  - ۶- منع تغذیه کودک با موادی غیر از شیر مادر
  - ۷- فراهم آوردن شرایط هم‌اتاقی مادر و نوزاد
  - ۸- ترویج تغذیه بر اساس تقاضا و نیاز نوزاد
  - ۹- منع تغذیه با بطری و دادن پستانک
  - ۱۰- تشکیل گروه‌های حمایت از تغذیه با شیر مادر
- در این مقاله نتایج حاصل از بررسی مذکور ارائه می‌گردد. اطلاع دست اندرکاران مراکز بهداشتی از این نتایج به آنها کمک می‌کند تا نقاط قوت و ضعف خود را در مقایسه با استانداردهای جهانی ارزیابی کنند. آگاهی از کاستی‌ها می‌تواند به برنامه‌ریزی برای رفع آنها و آگاهی از نقاط قوت می‌تواند به تلاش برای حفظ و گسترش آنها منجر شود.

این پژوهش یک بررسی مقطعی می‌باشد که به شیوه توصیفی انجام شده است. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از یک پرسش‌نامه از بیمارستان‌های سطح استان کرمان جمع‌آوری و سپس با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، تجزیه و تحلیل گردید. جامعه آماری و نمونه‌های مورد بررسی این مطالعه شامل ۱۷ بیمارستان خصوصی و دولتی استان کرمان که بخش زایمان داشتند می‌باشد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ای که یونیسف (۱۹۹۲) با عنوان «پرسش‌نامه خودآزمایی زایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها برای ارزیابی سیاست‌ها و روش‌های ترویج تغذیه با شیر مادر» تهیه کرده است استفاده شد. این پرسش‌نامه به گونه‌ای طراحی شده است که ده اقدام مورد نظر یونیسف برای ترویج تغذیه با شیر مادر را می‌سنجد.

طی این بررسی به تمامی بیمارستان‌های مزبور مراجعه و در هر بیمارستان با رییس یا جانشین او، رییس بخش زایمان یا جانشین او و مسؤول پرستاری جداگانه مصاحبه شد (هر ۳ نفر)، سپس نتایج پاسخ‌هایی که هر کدام از افراد نام برده در جواب به سؤالات پرسش‌نامه داده بودند، با یکدیگر مقایسه و پاسخی که هر سه نفر بر آن اتفاق نظر داشتند به عنوان پاسخ نهایی تلقی شد و در صورتی که در مورد سؤالی اختلاف نظر وجود داشت، پژوهش‌گر اطلاعات لازم را از سایر پرسنل کسب کرده، پس از حصول اطمینان، پاسخ آن سؤال را منظور داشته است.

در نهایت، داده‌ها با استفاده از جدول‌های فراوانی، سازمان یافتند و سیاست‌ها و روش‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در سطح استان توصیف شدند. اطلاعات مهم مربوط به ۱۷ بیمارستان مورد بررسی، در جدول ۱، و اهم نتایج مربوط به ارزیابی سیاست‌ها و روش‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات بخش‌های زایمان بیمارستان‌های استان کرمان در سال ۱۳۷۴

شهرستان	نوع بیمارستان	کل تخت بیمارستان	تخت درد و زایمان	تخت بخش زایمان	تخت نوزادان	زایمان در سال	سزارین در سال	LBW در سال	تخت مراقبت‌های ویژه نوزادان
بردسیر	دولتی	۲۰	۴	۷	۳	-	-	-	-
انار	دولتی	۵	۳	۲	-	۱۵۰	-	۳	-
دابیر	دولتی	۱۵	۵	۵	-	۴۰۶	-	۱۵	-
شهداد	دولتی	۸	۵	۵	۵	۱۰۰	-	-	-
سیرجان	دولتی	۸۰	۸	۱۰	۶	۲۵۰۰	۴۰۵	-	-
شهربابک	دولتی	۸۴	۵	۲	۲	۸۲۸	۲۰۷	۲۳	-
کرمان (باهنر)	آموزشی دولتی	۵۰۰	۸	۴۰	-	۳۶۰۰	۶۰۰	۲۰۰	۱۰
کرمان (کاشانی)	تأمین اجتماعی	۲۳۲	۸	۱۵	-	۱۵۸۵	۹۴۹	۸۶	-
کرمان (ارجمند)	خصوصی	۵۰	۴	۱۰	-	۷۳۷	۳۹۶	۲	-
کرمان (راضیه فیروز)	خصوصی	۷۰	۶	۱۵	-	۸۹۰	۴۶۰	۳	-
زرنند	دولتی	۶۸	۵	۱۵	-	۱۷۴۰	۵۰۰	۸۰	-
بافت	دولتی	۱۰۶	۱۱	۳۴	-	۱۱۲۴	۲۴۲	۵۰	-
زاور	دولتی	۸	۶	۴	-	۵۷۰	-	۷۰	-
کینوج	دولتی	۲۳	۷	۲۳	-	۸۴۳	۷۸	-	-
جیرفت	دولتی	۸۰	۹	۲۰	-	۲۰۴۰	۲۶۸	۱۶۴	-
بم	دولتی	۵۰	۱۰	۸	۵	۲۳۷۰	۳۶۰	۳۰	-
رفسنجان	دولتی	۳۵	۱۱	۳۰	-	۳۰۴۸	۷۰۶	-	-
جمع		۱۴۳۴	۱۱۵	۲۴۵	۲۱	۲۰۶۳۱	۵۱۱۷	۷۲۶	۱۰

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد اقدامات انجام شده برای ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان‌های مورد بررسی

اقدامات دهگانه	فعالیت‌های مربوط به هر اقدام	تعداد	درصد
اقدام اول	وجود سیاست صریح برای حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر	۱۶	۹۴
	منع استفاده از شیرخشک و بطری	۱۶	۹۴
	وجود پوسترهای ترویج تغذیه با شیرمادر	۱۵	۸۸
	قابل رؤیت بودن پوسترهای تغذیه با شیرمادر توسط مراجعین	۱۵	۸۸
	وجود مکانیزمی برای ارزش‌یابی سیاست‌های ترویج تغذیه با شیرمادر	۰	۰
اقدام دوم	آگاهی کارکنان از سیاست بیمارستان برای تغذیه با شیرمادر	۱۵	۸۸
	آگاهی کارکنان از سیاست بیمارستان برای تغذیه با شیرمادر در شروع کار	۸	۴۷
	برگزاری دوره تغذیه با شیرمادر و مدیریت شیردهی	۵	۲۹
	محتوای آموزش در باره تغذیه با شیرمادر	۱۱	۶۵
	مدت آموزش در باره تغذیه با شیرمادر	۴	۲۳/۵
آموزش تخصصی‌تر برای برخی کارکنان در خصوص تغذیه با شیرمادر	۶	۳۵/۵	

درصد	تعداد	فعالیت‌های مربوط به هر اقدام	اقدامات دهگانه
۵۳	۹	وجود کلینیک مراقبت‌های دوران بارداری	اقدام سوم
۵۳	۹	آموزش زنان تحت مراقبت بارداری از مزایای شیرمادر و روش شیردهی	
۶۵	۱۱	ثبت بخش‌های مربوط به تغذیه با شیرمادر در پرونده زنان با دربار	
۵۹	۱۰	در دسترس بودن پرونده مراقبت‌های بارداری به هنگام زایمان	
۳۵	۶	پرهیز از آموزش تغذیه مصنوعی	
۴۷	۸	در نظر گرفتن اثر داروهای بی‌هوشی یا بی‌حس‌کننده در امر شیردهی	
۶۵	۱۱	آشنایی کارکنان با اثرات داروهای بی‌هوشی و بی‌حسی در شیردهی	
۵۹	۱۰	حمایت و مراقبت ویژه از زنان مشکل‌دار در امر شیردهی	
۷۶	۱۳	نماس پوستی نوزاد و مادر در زایمان طبیعی در زمان مقرر	اقدام چهارم
۸۸	۱۵	کمک به مادر برای اولین شیردهی در ساعت اول بعد از زایمان	
۵۰	*۶	نماس پوستی نوزاد و مادر در سزاین در زمان مقرر	
۴۲	۵	مناسب بودن طول زمان تماس نوزاد در مادران سزارینی	
۴۱	۷	کمک بیشتر برای شیردهی در ۶ ساعت اول پس از زایمان توسط کارکنان بیمارستان	اقدام پنجم
۸۸	۱۵	آموزش چگونگی صحیح بغل کردن کودک برای شیردهی به مادر	
۲۹	۵	دادن اطلاع به مادر در زمینه دوشیدن شیر	
۰	۰	حضور تمام وقت فردی در بیمارستان برای مشاوره درخصوص شیردهی	
۶۵	۱۱	مراقبت ویژه از مادرانی که شیر نداده یا مشکل شیردهی دارند	
۴۱	۷	کمک به مادرانی که کودکانشان تحت مراقبت ویژه هستند از طریق دوشیدن مکرر پستان	
۷۰	۱۲	اطلاع کارکنان بیمارستان و زایشگاه از مواد غذایی مورد نیاز شیرخوار	اقدام ششم
۴۷	۸	تغذیه انحصاری با شیرمادر	
۱۰۰	۱۷	ممنوعیت تبلیغ شیرخشک	
۷۰	۱۲	هم اتافی مادر و نوزاد در تمام طول شبانه روز	اقدام هفتم
۹۳	۱۶	هم اتافی مادر و نوزاد ظرف یک ساعت پس از زایمان	
۵۸	*۷	هم اتافی مادر و نوزاد ظرف یک ساعت از به هوش آمدن مادری که سزارین شده	
۸۸	۱۵	آگاهی کارکنان بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها از اهمیت تنظیم شیردهی براساس نیاز نوزاد	اقدام هشتم
۸۸	۱۵	آموزش مادران نسبت به اقدام به شیردهی براساس تقاضای نوزاد	
۸۸	۱۵	مکیدن پستان مادر به طور انحصاری و عدم استفاده از بطری	اقدام نهم
۱۰۰	۱۷	عدم استفاده از پستانک	
۸۸	۱۵	آموزش مادران در مورد عدم استفاده از پستانک و بطری	
۱۰۰	۱۷	آگاهی کارکنان بیمارستان‌ها از ممنوع بودن پذیرش شیرخشک رایگان	
۴۱	۷	آموزش افراد کلیدی خانواده جهت کمک به مادر شیرده	اقدام دهم
۰	۰	ارجاع مادران شیرده به گروه‌های حمایتی شیرمادر	
۰	۰	سیستم پی‌گیری مادران شیرده پس از ترخیص از بیمارستان	
۰	۰	تشکیل گروه‌های حمایتی مادران شیرده مرکب از مادران شیرده علاقه‌مند و کارکنان بهداشتی	
۰	۰	وجود گروه‌های مشاوره و حمایتی شیرمادر	
۰	۰		

۱: فقط در ۱۲ بیمارستان عمل سزارین انجام شده است.

## نتایج

اقدام اول: سیاست مدون برای تغذیه با شیر مادر در درصد بالایی از بیمارستان‌ها این اقدام اجرا می‌شد ولی هیچ یک از بیمارستان‌ها روشی برای ارزش‌یابی سیاست‌های ترویج تغذیه با شیر مادر نداشتند.

اقدام دوم: آموزش کارکنان برای ترویج تغذیه با شیر مادر اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهند که با وصف این که در ۸۸٪ بیمارستان‌های مورد بررسی (۱۵ بیمارستان) کارکنان با اهمیت و مزایای تغذیه با شیر مادر و نیز با سیاست و خدمات بیمارستان برای حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر آشنا شده بودند، در اکثر بیمارستان‌ها دوره‌های آموزشی با کیفیت و کمیت کافی وجود نداشته است.

اقدام سوم: آموزش زنان باردار حدود نیمی از بیمارستان‌ها در این مورد اقداماتی داشته‌اند.

اقدام چهارم: کمک به شروع تغذیه با شیر مادر پس از تولد اکثر بیمارستان‌ها در مورد زایمان‌های طبیعی اقدامات مفیدی داشته‌اند ولی در مورد سزارین فقط ۶ بیمارستان (۵۰٪) اقدام نموده بودند. در مجموع زمان تماس نوزاد با مادر به جز در ۵ مورد (۴۲٪) مطلوب نبوده است.

اقدام پنجم: تداوم شیردهی حتی در مواردی که مادر مجبور به جدایی از کودک شود در هیچ یک از بیمارستان‌ها فردی که تمام وقت مسئول مشاوره در امر شیردهی مادر باشد وجود نداشت و اقدامات مربوط به تحریک شیردهی به ندرت اجرا می‌شد.

اقدام ششم: ممنوعیت استفاده از هر نوع غذا و آشامیدنی حتی آب در تغذیه نوزاد

اگر چه در تمامی بیمارستان‌های مورد بررسی تبلیغ و ترویج مصرف شیرخشک ممنوع بود و در ۷۰٪ آن‌ها (۱۲ مورد) کارکنان زایشگاه و بیمارستان درخصوص عدم نیاز شیرخوار به غذا یا مایعات اضافی اطلاع داشتند، اما فقط ۴۷٪ بیمارستان‌های مورد بررسی (۸ مورد) تنها از شیرمادر به طور انحصاری در تغذیه نوزاد استفاده می‌کردند و در بیمارستان‌های دیگر، آب قند، چای، ترنجبین و آب جوشیده نیز به همراه شیرمادر استفاده می‌شد.

## اقدام هفتم: هم‌اتاقی مادر و نوزاد

طرح هم‌اتاقی در موارد زایمان طبیعی در اکثر موارد اجرا می‌شد ولی در بیش از نیمی از موارد سزارین، اقدام مناسب صورت نمی‌گرفت.

اقدام هشتم: تغذیه نوزاد با شیر مادر بر اساس تقاضای نوزاد اکثر بیمارستان‌ها به این مهم عمل می‌کردند.

اقدام نهم: منع تغذیه با بطری و دادن پستانک متأسفانه در دو بیمارستان مسأله بسیار مهم عدم استفاده از بطری اجرا نمی‌شد و آموزشی نیز در این زمینه دریافت نمی‌کردند، اما عدم استفاده از پستانک در همه بیمارستان‌ها رعایت می‌شد و همه کارکنان بیمارستان‌های مورد بررسی از ممنوع بودن پذیرفتن نمونه رایگان شیرخشک کارخانه‌ها مطلع بودند.

اقدام دهم: تشکیل گروه‌های حمایتی تغذیه با شیرمادر متأسفانه فقط در ۴۱٪ از بیمارستان‌های مورد بررسی (۷ مورد) افراد کلیدی خانواده مادر، جهت کمک به شیردهی مادر شیرده آموزش داده شده بودند. در هیچ یک از بیمارستان‌های مورد بررسی، سیستم ارجاع مادران شیرده به گروه‌های حمایتی، سیستمی برای پی‌گیری مادران شیرده پس از ترخیص، گروه‌های مشاوره حمایتی شیر مادر و بالاخره تشویق و تسهیل در زمینه تشکیل گروه‌های حمایتی مادران شیرده، مرکب از مادران شیرده علاقه‌مند و کارکنان بهداشتی، وجود نداشت.

## بحث

این باور را که شیر مادر کامل‌ترین غذا و بهترین سپر محافظتی برای نوزاد است باید به مادر منتقل کرد تا از دوران بارداری، خود را آماده این وظیفه مهم بنماید. آموزش و کمک‌های لازم باید به مادر داده شود تا بتواند پس از تولد، نوزاد خود را در کنار داشته باشد و از آن پس تا مدت ۶-۴ ماه منحصراً با شیر خود، او را تغذیه کند. این کمک‌ها باید از سطح زایشگاه (مانند رعایت هم‌اتاقی مادر و نوزاد) تا سطح اجتماع و دولت (مانند آموزش مادران و حمایت از مادران شاغل) وجود داشته باشد. عوامل روانی بر موفقیت مادر در امر شیردهی، تأثیر زیادی دارند. یکی از این عوامل ایجاد رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد است که با زود تماس دادن نوزاد با مادر پس از تولد تقویت می‌گردد. تماس

بیمارستان‌ها (۹ مورد) در پرونده‌های مراقبت‌های دوران بارداری درباره تغذیه با شیر مادر با مادران بارداری بحث شده بود. این امر نشان می‌دهد که باید در دوران بارداری به آموزش مادران در امر شیردهی توجه بیشتری مبذول شود زیرا آموزش در این دوران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در ۷۶٪ بیمارستان‌ها (۱۳ مورد) نوزاد تا نیم ساعت بعد از تولد در زایمان‌های طبیعی برای ایجاد تماس پوستی به مادر داده شده است. از آن‌جا که این تماس در شروع و تداوم شیردهی نقش به‌سزایی دارد، لذا توجه به این موضوع، حائز اهمیت بسیار می‌باشد. هم‌اتاقی مادر و نوزاد نیز یکی از مسائل اساسی در شروع و تداوم شیردهی است. در این پژوهش، در ۷۰٪ بیمارستان‌ها (۱۲ مورد) مادر و نوزاد هم‌اتاق بودند. این رقم نیاز به توجه بیشتر به هم‌اتاقی و حتی هم‌تختی مادر و نوزاد را گوش‌زد می‌کند و پژوهش‌های متعددی مؤید این مسأله هستند، به‌طور مثال: هم‌اتاقی مادر و نوزاد در کاستاریکا موجب شد که بیش از ۴۰٪ مادران شیردهی خود را ۸-۱۱ ماه ادامه دهند. در پروژه پرواتما در هندوراس ۹۰٪ مادرانی که با نوزادشان هم‌اتاق شده بودند، تغذیه با شیرمادر را با موفقیت آغاز نمودند و تا بیش از یک سال ادامه دادند (۱۷).

امروزه با تحقیقات متعدد نشان داده شده است که استفاده از شیر مادر، هم‌اتاقی و حتی هم‌تختی مادر و نوزاد، تغذیه بر اساس تقاضای او و تغذیه انحصاری با شیر مادر، شیرخوار را در مقابل بسیاری از عفونت‌ها و بیماری‌ها محافظت کرده و میزان مرگ و میر را پایین می‌آورد. هم‌اکنون تعداد بیمارستان‌هایی که از ده اقدام مصوب یونسف جهت تداوم شیردهی استفاده می‌کنند، رو به افزایش است و بیمارستان‌هایی که این اقدام‌ها را به‌طور دقیق انجام می‌دهند، لوح بیمارستان دوست‌دار کودک (baby friendly hospital-B.F.H) را از یونسف دریافت می‌دارند (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹).

طی مطالعه‌ای در یکی از بیمارستان‌های برزیل، تأثیر هم‌اتاقی مادر و نوزاد بر تغذیه با شیر مادر بررسی شد. در این مطالعه برای یک گروه از نوزادان برنامه‌نگهداری در بخش نوزادان و برای گروه دیگر برنامه هم‌اتاقی اجرا شد. نتایج بیانگر علاقه‌مندی بیشتر مادران، در گروه هم‌اتاقی برای شیردهی می‌باشد و هم‌چنین اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ تصمیم به ادامه شیردهی پس از ترخیص از بیمارستان نشان داده شده است (۱۷). به منظور بررسی تأثیر شروع تغذیه با شیرمادر بلافاصله پس از تولد و تداوم آن به‌طور مکرر در طول دوره شیردهی، مطالعه‌ای در دپارتمان بهداشت کودک دانشگاه Dundee انجام شد. این مطالعه نشان داد که مکیدن زودتر پستان توسط نوزاد،

نزدیک شیرخوار با مادر در همان دقایق اولیه پس از زایمان و شیردادن به او باعث افزایش موفقیت و زمان شیردهی می‌گردد و به علاوه مادر را برای وظایفی که با تولد نوزاد بر عهده‌اش گذاشته می‌شود، آماده می‌سازد. در این میان نقش پزشکان و سایر دست‌اندرکاران بهداشتی در آگاهی دادن به مادران در زمینه ارزش شیر مادر، چگونگی شیردادن و عوامل مؤثر بر شیردهی بسیار مهم است.

تحقیقات نشان داده است، که تغذیه کودک با شیر مادر سلامت کودک را تأمین و حاملگی مجدد را کنترل می‌کند و صرفه‌جویی اقتصادی را به ارمغان می‌آورد (۱، ۳، ۴، ۵، ۶). رشد جسمی و به خصوص تکامل مغز نوزاد به انواع اسیدهای آمینه نیازمند است، که همه آنها به نسبت مناسب در شیر مادر وجود دارند (۲، ۶). پروستاگلندین‌های موجود در شیر مادر در سلامت مخاط روده‌های شیرخوار نقش مؤثری دارند. در شیر مادر لنفوسیت و ایترفرون نیز موجود است. ماکروفاژها نیز یکی دیگر از مواد موجود در کلستروم هستند که هم در داخل غدد پستانی و هم در بدن شیرخوار نقش حفاظت‌کننده دارند. علاوه بر اینها در شیر مادر مقداری یونیدوس و لاکتوز موجود است که هر دو آنها مانع رشد باکتری‌های بیماری‌زا در روده‌های نوزاد و شیرخوار می‌گردد (۳، ۵، ۷). زمان شروع اولین شیردهی پس از زایمان، دفعات شیردهی در طی شبانه‌روز، چگونگی ارتباط مادر و نوزاد به هنگام شیردهی، هم‌اتاقی مادر و نوزاد (Rooming-in)، تغذیه بر اساس نیاز کودک و ... از جمله مواردی هستند که در تغذیه با شیر مادر مطرح بوده و فواید شیرمادر را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳، ۴، ۵، ۶، ۸).

گرچه ۹۴٪ بیمارستان‌های مورد بررسی (۱۶ مورد) دارای سیاست روشنی برای حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر بودند و استفاده از شیرخشک، بطری و پستانک را رسماً منع کرده بودند و هم‌چنین در ۸۸٪ بیمارستان‌ها (۱۵ مورد) پوسترهایی جهت ترویج تغذیه با شیر مادر و منع استفاده از شیرخشک در معرض دید مراجعین قرار داده شده بود، اما در ۱۲٪ بیمارستان‌ها (۲ مورد) هنوز تغذیه با بطری وجود داشت و متأسفانه در هیچ یک از بیمارستان‌های مورد بررسی سیستمی برای ارزش‌یابی سیاست‌های ترویج تغذیه با شیر مادر موجود نبود. هم‌چنین در ۴۷٪ بیمارستان‌های مورد بررسی (۸ مورد) همه کارکنان مسؤول مراقبت مادر و شیرخوار، به هنگام شروع به کار با سیاست ترویج تغذیه با شیر مادر آشنا شده بودند که این مسأله نیاز هر چه بیشتر آموزش کارکنان را در شروع کار در زایشگاه برای ترویج تغذیه با شیر مادر مشخص می‌کند. در ۵۳٪

نسبت به دفعات بیشتر تغذیه در روز، تأثیر قوی تری بر افزایش طول دوره تغذیه با شیرمادر دارد (۱۹).

در سوئد تأثیر تماس مادر و نوزاد در ساعت اول تولد بر رفتار مادر و شیرخوار در درازمدت مورد مطالعه قرار گرفت. در این مطالعه مادران در گروه تماس وقت بیشتری را برای بوسیدن و نگاه کردن به صورت کودکشان صرف می کردند و این شیرخواران اغلب لبخند می زدند و کمتر گریه می کردند و تعداد بیشتری از مادران در گروه تماس بعد از سه ماهگی هنوز کودکشان را با شیر خود تغذیه می کردند (۱۲).

تغذیه نوزاد بر اساس تقاضای او نیز یکی از مسایل مهم در تداوم شیردهی است که در این پژوهش در ۸۸٪ بیمارستانها (۱۵ مورد) توصیه های لازم در این مورد به مادران شده بود. استفاده از تغذیه پرلاکتال (آب قند، چای، ترنجبین و...) یکی از مواردی است که شروع و تداوم شیردهی را تهدید می کند اما متأسفانه تنها در ۴۷٪ بیمارستانهای مورد بررسی (۸ مورد) نوزاد به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شد. این مسأله نشان می دهد، که تغذیه انحصاری با شیر مادر باید تشویق شده و آموزش داده شود. حضور تمام وقت فردی در بیمارستان جهت رفع مشکلات شیردهی از نیازهای اساسی در تداوم شیردهی است که متأسفانه در هیچ یک از بیمارستانها چنین فردی وجود نداشت، هم چنین در هیچ یک از بیمارستانهای مورد بررسی سیستمی برای پی گیری مادران شیرده پس از ترخیص و هم چنین گروه های حمایتی شیر مادر وجود نداشت. بر این اساس باید به تشکیل گروه های حمایتی شیر مادر خصوصاً جهت پی گیری مادران شیرده پس از ترخیص از بیمارستان توجه عمده ای مبذول شود تا شیردهی با موفقیت بیشتری ادامه یابد.

در مجموع می توان گفت، در بیمارستان های استان، سیاست مدونی برای ترویج تغذیه با شیرمادر وجود دارد و کم و بیش کارکنان در طی خدمت خود در این مورد آموزش می بینند که البته این آموزش ها به موقع و با صرف زمان کافی نبوده اند. گرچه ادعا شده که حداقل توصیه های مورد نظر در محتوای دوره های آموزشی گنجانده شده اما به دلیل زمان کم به نظر می رسد یا آموزش ها فقط در حد بیان باقی مانده اند و یا این که باید در آموزش حداقل توصیه های مورد نیاز به کارکنان شک کرد. شاید همین امر هم سبب ناموفق بودن حدود نیمی از بیمارستان های استان در تلاش برای آموزش زنان باردار شده است. در اغلب بیمارستانها شروع تغذیه با شیرمادر و رعایت هم اتافی مادر و نوزاد در زایمان های طبیعی مناسب بوده ولی در موارد سزارین مشکلاتی در این زمینه وجود داشته است، همچنین اهمیت تغذیه مبتنی بر نیاز کودک به مادران آموزش داده شده و استفاده از بطری و پستانک به طور جدی منع شده است. در مجموع مشکل اصلی در بیمارستان های استان آن است که هیچ سیستم مشخصی برای ارزش یابی فعالیت های خود و هیچ گروه اجتماعی نیز برای یاری کردن مادران وجود ندارد. گروه های حمایتی از مادران شیرده در استان تشکیل نشده و بیمارستانها برای تشکیل آنها اقدامی به عمل نیاورده اند. در مجموع باید گفت که حمایت از شیر مادر برای بیمارستان های استان فعلاً در حد انجام وظیفه می باشد و هیچ گونه اقدام ابتکاری و متناسب با شرایط فرهنگی - اقلیمی کرمان در این زمینه به عمل نیامده است. پیشنهاد می شود در مورد کمبودهای فوق اقدامات سریعی توسط سیستم بهداشتی استان صورت گیرد.

## Summary

Evaluation of Breast-Feeding Promotion Programs in Hospitals of Kerman Province during 1995

M. Safarnavadeh, MS<sup>1</sup>; and MT. Yasamy, MD<sup>1</sup>

1. Faculty Member, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

*Breast - milk is the best food for infants and protects them from many diseases. In order to investigate the quality of breast-feeding promotion programs a survey was performed with the help of a questionnaire prepared by UNICEF, titled as self assessment of maternity hospitals and other hospitals. The findings are as follow: None of the hospitals had a specific procedure to evaluate the efforts for breast-feeding promotion. 16 hospitals (94%) had a clear policy for protecting, promoting, and supporting breast-feeding. Although 15 hospitals (88%) declared that their staff members have become familiar with the policy of breast-feeding, only in 8 hospitals (47%) all staff members have been trained at the*

beginning, only 9 hospitals (53%) had prenatal care clinic for pregnant mothers. The interest of mothers for breast-feeding were evaluated during the period of anesthetic drug usage in only 8 hospitals (47%). In 13 hospitals (76%), the skin contact of mother and baby have been started in the first half hour of normal vaginal delivery, and staff of midwifery ward have helped the mothers in breast-feeding during the first hour of delivery. In 15 hospitals (88%), mothers were taught how to embrace their babies in a correct way and in 11 hospitals (65%) mothers who hadn't breast-feed before or they had problems in breast-feeding, had received special care. In 8 hospitals (47%), exclusive breast-feeding was held, although using formula bottle and pacifier was officially prohibited in all hospitals, but in two hospitals, the policy was not put in action, and no related training was done. Rooming-in was considered an hour after the mother became conscious from normal vaginal delivery in 16 hospitals (94%) and for cesarean section in only 7 hospitals (58%). None of the hospitals had any specific procedure to evaluate and monitor the efforts for promotion of breast-feeding and no group had been established to support the breast-feed mothers. In conclusion the major problem in these hospitals in relation to promotion of breast-feedings is lack of any evaluation system to measure such efforts. Also no supportive groups were formed in Kerman for breast-feeding and the hospitals did not have any programs to follow up the mothers and help them with breast-feeding after they leave the hospitals.

*Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1996; 3(4): 191-199*

**Key Words:** Breast-feeding, Evaluation, Rooming-in

## منابع

- ۱- آذرنوش، مرتضی: تغذیه با شیرمادر از دیدگاه بهداشت و اقتصاد. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۶۷-۶۱.
- ۲- بیرامی، منصور: ویژگی‌های بیولوژیک شیرمادر. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۱۹-۱۳.
- ۳- بهشتی، محمود: بررسی مدت زمان شیردهی و رابطه آن با آبتنی مادر. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۷۶-۷۷.
- ۴- عزالدین زنجانی، ناهید: شیرمادر و فاصله‌گذاری بین فرزندان. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۴۷-۵۴.
- ۵- فروزانی، مینو: نقش عوامل روانی در شیردهی. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۴۲-۴۶.
- ۶- مرندی، سیدعلی‌رضا: نقش تغذیه با شیرمادر در رشد و بقای کودک و ارزش اقتصادی آن. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۲۶-۱۰.
- ۷- منشی‌زاده، مینا و همکاران: بررسی عملکرد کادر درمانی به منظور برقراری ارتباط مادر و نوزاد و طرح هم‌انافی در زایشگاه نیک‌نفس کرمان در سال ۱۳۷۴. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (پذیرفته شده).
- ۸- نیلفروشان، محمدعلی: هم‌انافی مادر و نوزاد و تأثیر داروها بر شیرمادر. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۶۰-۵۵.
- ۹- نیلفروشان، محمدعلی، مرندی، سیدعلی‌رضا، پارسای، سوسن و همکاران: اولین تغذیه با شیرمادر و هم‌انافی مادر و نوزاد و ده اقدام برای شیردهی موفق، مجموعه آموزشی برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور بهداشتی، ص ۱۳-۱.
- ۱۰- ولایتی، علی‌اکبر، فرهودی، ابوالحسن و بیرامی، منصور: بررسی مقایسه‌ای بالینی و ایمونولوژیکی روی ۵۵۲ شیرخوار شیرمادر خوار. مجله جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۰.

11. Bansal RD, Ghosh BN, Bhardwaj UD and Joshi SC. Infant feeding and weaning practices at Simla-Hills Himachal Pradesh. *Indian J Med Res* 1973; 61(12):

1869-1875.

12. DeChateau P and Wiberg B: Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post



- partum. *Acta Paediatr Scand* 1977; 66(2): 145-151.
13. Feachim RG *et al.* Intervention for the control of breast-feeding, Bull. WHO, 1984; 62: 271-291.
  14. Hendershot GE. Trends in Breast-feeding. *Pediatrics* 1984; (Suppl) 74: 591-602.
  15. Jail F, Adlerberth I, Ashraf RN *et al.* Methodological problems in assessment of long-term health outcomes in breast-fed versus bottle-fed infants. In: Atkinson SA, Hanson LA and Chandra RK (Eds). Human lactation 4. Breast feeding, Nutrition, Infection and Infant growth in developed and emerging countries. St. John's Canada, ARTS Biomed Pub, 1990: PP381-383.
  16. Narayanan I, Prakash K and Gujral VV. The value of human milk in the prevention of infection in the high risk low birth weight infant. *J Pediatr* 1981; 99(3): 496-498.
  17. Procianoy RS, Fernandes-Filho PH, Lazaro L, Sartori NC and Drebes S. The influence of rooming-in on breast-feeding. *J Trop Pediatr* 1983; 29(2): 112-114.
  18. Walia BN, Gambhir SK, Sroa SR and Chaudhary S. Decline in breast feeding practices in urban population of Chandigarh during a decade. *Indian Pediatr* 1987; 24(10): 879-887.
  19. Waller Hk: Early failure of breast feeding, a clinical study of its causes and their prevention. *Arch Dis Child* 1986; 21: 1-4.