

شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در شیرخواران زاهدان

سال ۸۰-۷۹

دکتر محمود ایمانی^۱، مهندس مهدی محمدی^۲، دکتر فاطمه رخشانی^۳ دکتر سوسن شفیعی^۴

چکیده

سابقه و هدف: تغذیه انحصاری با شیر مادر به عنوان یک عامل مهم در تامین سلامت کودکان در ۶ ماه اول زندگی، خصوصاً در کشورهای توسعه نیافته، نقش موثری دارد. از آنجا که دوره تغذیه انحصاری با شیر مادر تابع شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع است، لذا ضروری است عوامل موثر بر آن در مناطق مختلف مورد بررسی قرار گیرد. مطالعه حاضر در راستای تعیین مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل موثر بر آن در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی زاهدان در سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که به صورت مقطعی انجام شد تعداد ۲۵۳ نفری از مادرانی که فرزند ۶-۲۴ ماهه داشتند و جهت انجام مراقبت‌های کودکان خود به ۵ مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از پرسش‌نامه و مصاحبه حضوری عملکرد مادران در مورد نحوه تغذیه کودک تا ۶ ماهگی تعیین و نقش آموزش قبل از زایمان، هم‌اتاقی به بیماری مادر با شیوع تغذیه انحصاری محاسبه گردید.

یافته‌ها: اطلاعات به دست آمده نشان داد که ۶۷/۳ درصد از مادران بی‌سواد، ۷۴/۷ درصد دارای سن کمتر از ۳۰ سال و ۷/۹ درصد شاغل بودند. جامعه شیرخواران مورد مطالعه شامل ۵۳/۴ درصد دختر و ۴۶/۶ درصد پسر بودند و ۹۰/۵ درصد آنان ملیت ایرانی داشتند و ۹۷/۶ درصد شیرخواران در بدو تولد با شیر مادر تغذیه شده بودند. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا سن ۶ ماهگی در کودکان مورد مطالعه ۴۴/۷ درصد بود. نتایج آزمون کای در نشان داد که مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر با آموزش‌های قبل از زایمان و هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد ارتباط مستقیم و با بیماری‌های مادر در ۶ ماه اول ارتباط معکوس دارد.

نتیجه‌گیری: فراگیر کردن آموزش‌های قبل از زایمان، هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد، همچنین توجه بیشتر به مادران مسن و افزایش آگاهی مادران در زمینه بیماری‌هایی که نیاز به قطع شیردهی نیست، در ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر و جلوگیری از مرگ و میر کودکان زیر دو سال نقش مهمی ایفا می‌کند.
واژگان کلیدی: تغذیه انحصاری با شیر مادر

۱- گروه اطفال، دانشکده علوم پزشکی زاهدان

۲- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۳- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۴- پزشکی عمومی

مقدمه

تغذیه با شیر مادر از دیرباز یک شرط لازم و حیاتی برای بقای کودک در طی دوران شیرخوارگی بوده است چرا که علاوه بر تأمین مناسب‌ترین رشد جسمی برای کودک و تأمین نیازهای عاطفی شیرخوار و مادر نقش بسیار حیاتی در جلوگیری از بروز عفونت‌های مختلف به خصوص عفونت‌های گوارش و تنفسی دارد (۱).

با پیشرفت صنعت و فن‌آوری، تغییراتی در روشهای زندگی، رابطه متقابل مادر و فرزند و الگوهای تغذیه‌ای ایجاد شده است. در سال‌های اخیر، در بسیاری از کشورهای صنعتی کاهش چشمگیری در روند تغذیه شیرخواران با شیر مادر مشاهده شده است (۲) و این در حالی است که در مطالعات متعدد در کشورهای صنعتی از جمله آمریکا، مرگ و میر شیرخواران زیر یک سال که از شیر مادر تغذیه نمی‌کرده‌اند ۶-۳ برابر گزارش شده است. بر این اساس، آکادمی کودکان آمریکا بر مصرف شیر مادر به جای شیر خشک تأکید کرده است (۱).

در دهه‌های اخیر تلاش بیشتری جهت ترویج تغذیه با شیر مادر و افزایش آگاهی نسبت به تأثیرات شگفت‌انگیز آن صورت گرفته است تا آنجا که در سال ۱۹۸۹ سازمان ملل متحد این امر را که همه مادران باید بتوانند فرزندان خود را از شیر خود تغذیه کنند و همه کودکان قادر باشند از شیر مادر خود تغذیه کنند، به عنوان حقوق بشر قلمداد کرده و سازمان‌های دیگر مانند یونسف، سازمان بهداشت جهانی و ارگانهای بین‌المللی دیگر، تغذیه با شیر مادر را به عنوان رکن اساسی تأمین، حفظ و بقای سلامتی کودک معرفی کرده‌اند. با در نظر داشتن این موارد، تغذیه با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی نقش موثرتری در تأمین سلامت کودکان دارد. در

برنامه‌ریزی‌های بهداشتی ترویج تغذیه شیرخواران با شیر مادر مهم‌ترین مسأله‌ای است که در آموزش مادران باید مدنظر قرار گیرد (۳).

شیر مادر مناسب‌ترین غذا برای کودک است و نیازهای غذایی شیرخوار را به تنهایی تا پایان ۶-۴ ماهگی تأمین می‌کند. مطالعات متعددی تأیید کرده است که مقدار انرژی، مقدار لاکتوز، پروتئین، چربی، مواد معدنی و ویتامین‌های موجود در شیر مادر (به جزء ویتامین D)، از کیفیت غذایی بالایی برخوردارند (۴).

اخیراً بعضی مطالعاتی که در کشور ما انجام شده است نشان می‌دهد که مجموعه‌ای از ناآگاهی‌ها و باورهای غلط فرهنگی، کم‌توجهی و بعضاً بی‌اطلاعی گروه پزشکی موجب می‌شود که علی‌رغم اینکه تقریباً تمام مادران معتقدند شیر مادر به مراتب بهتر از شیرهای مصنوعی است، در عمل تعدادی از شیرخواران از این نعمت الهی محروم کردند و تعداد دیگری از آنان مجبور شوند در کنار شیر مادر از شیر خشک هم تغذیه نمایند. در سال‌های اخیر در کشور ما با گسترش سیستم شبکه بهداشتی - درمانی تلاش‌های وسیعی انجام گرفته است تا سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران را نسبت به تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی افزایش دهند. با این وجود، بعضی از مادران آگاهی و باور لازم را ندارند و این مسأله ریشه در پاره‌ای از عوامل اجتماعی فرهنگی و زیستی جامعه دارد. شیوع تغذیه انحصاری در جوامع مختلف ممکن است تحت تأثیر عوامل متفاوت قرار داشته باشد و از چندین عامل اجتماعی و زیستی مادر و کودک تأثیر پذیرد، لذا ضروریست در جوامع مختلف این امر مورد بررسی قرار گیرد (۱).

خارج از منزل، هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد، زمان شروع شیردهی بعد از زایمان، موادی که شیرخوار طی ۶ ماه اول زندگی به جز شیر مادر استفاده نموده است و ابتدا به بیماری مادر و کودک طی شش ماه اول زندگی کودک بود.

داده‌های گرد آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و محاسبه کای دو و نیز استفاده از مدل رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵۳ مادر مراجعه‌کننده به ۵ مرکز بهداشتی درمانی سطح شهر زاهدان که کودک ۲۴-۶ ماهه داشتند انتخاب شدند. ۴۶/۳ درصد از مادران بی‌سواد، ۷۴/۷ درصد دارای سن کمتر از ۳۰ سال و ۷/۹ درصد شاغل بودند. جامعه شیرخواران مورد مطالعه شامل ۵۳/۴ درصد دختر و ۴۶/۴ درصد پسر بودند ۹۰/۵ درصد آنان ملیت ایرانی داشتند.

از مجموع مادران مطالعه شده ۸۰/۲ درصد آنان آموزش و مراقبت قبل از زایمان دریافت کرده بودند و ۹۰/۹ درصد از شرایط هم‌اتاق بودن مادر و نوزاد برخوردار بوده‌اند. بنا به گفته مادر در ۹/۵ درصد موارد بیماری مادر و در ۱/۶ درصد موارد نیز بیماری کودک عامل قطع شیردهی در ۶ ماه اول بوده است.

باتوجه به نمودار ۱ ۴۴/۷ درصد کودکان تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند. در حالی که ۳۷/۹ درصد مادران قبل از ۶ ماهگی همواره با شیر مادر غذای دیگری را شروع کرده و E.B.F را رعایت نکرده بودند و ۱۷/۴ درصد مادران بعد از ۶ ماهگی نیز فقط تغذیه با شیر مادر را ادامه داده بودند بدون اینکه غذاهای کمکی در برنامه غذایی روزانه شیرخوار وارد کرده باشند.

علی‌رغم اینکه در سال‌های اخیر تلاش بسیاری در جهت ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی در سیستم شبکه بهداشتی - درمانی کشور انجام گرفته است، با این وجود اطلاعات کافی از شیوع تغذیه انحصاری شیرخواران در دست نیست. لذا در این بررسی ضمن تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی، نقش بعضی عوامل با این شیوع روی مادران تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی زاهدان، طی سالهای ۸۰-۱۳۷۹ انجام گرفت.

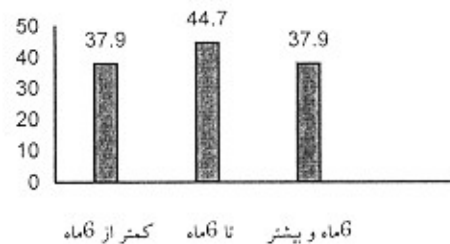
مواد و روش‌ها

تحقیق به صورت مقطعی انجام گرفت. شهر زاهدان براساس وضعیت اقتصادی اجتماعی به ۵ ناحیه تقسیم و از هر ناحیه یک مرکز بهداشتی درمانی انتخاب گردید. سپس از بین مادرانی که به پنج مرکز بهداشتی درمانی شهر در سطح شهر زاهدان و به منظور دریافت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی مراجعه و شیرخوار ۲۴-۶ ماهه داشتند یک نمونه ۲۵۳ نفری (با استفاده از فرمول $n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$) که شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس مطالعات قبلی ۸۰ درصد، خطای نوع اول ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است) انتخاب و نمونه‌گیری تصادفی از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی انجام شد.

گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه و به روش مصاحبه حضوری (توسط فردی آموزش‌دیده) انجام گرفت. این پرسش‌نامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و سیزده سؤال در مورد نحوه تغذیه کودک تا شش ماهگی و برخی عوامل موثر بر آن شامل: سن و جنس کودک، ملیت، سن و سواد مادر، مراقبت‌های دوران بارداری، اشتغال به کار در

ارتباطی بین تغذیه انحصاری با شیر مادر و سواد مادر، جنس کودک، اشتغال مادر، ملیت و زمان شروع شیردهی مشاهده نشد. نقش سایر عامل با بروز عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر در جدول شماره ۱ ارایه گردید و نشان می‌دهد که رفتار فوق با آموزش‌ها و مراقبت‌های انجام شده قبل از زایمان، هم‌اتاقی بودن مادر و فرزند، سن مادر و بیماری مادر رابطه معنی‌دار آماری نشان داد.

نمودار ۱- توزیع فراوانی مادران برحسب طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، زاهدان، سالهای ۱۳۷۹-۸۰



جدول ۱- توزیع شیرخواران برحسب مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر و به تفکیک عوامل مرتبط، زاهدان، سالهای ۱۳۷۹-۸۰

نتیجه آزمون	Ratio ODD'S	نداشته (N=۱۴۰)	داشته (N=۱۱۳)	تغذیه انحصاری با شیر مادر بیشتر از ۶ ماه عوامل مرتبط
(P<۰/۰۱)	۲/۳	(۶۷/۹)۹۵ (۳۲/۱)۴۵	(۸۳/۲)۹۴ (۱۶/۸)۱۹	سن مادر: - کمتر از ۳۰ سال - ۳۰ سال و بیشتر
(p<۰/۰۵)	۱/۹	(۷۵/۷)۱۰۶ (۲۴/۳)۳۴	(۸۵/۸)۹۷ (۱۴/۲)۱۶	مراقبت و آموزش قبل از زایمان: - داشته - نداشته
(P<۰/۰۰۱)	۶/۱	(۸۵/۷)۱۲۰ (۱۴/۳)۳۰	(۹۷/۳)۱۱۰ (۲/۷)۳	هم اتاق بودن مادر و نوزاد: - پله - خیر
(P<۰/۰۱)	چندین برابر	(۸۲/۹)۱۱۶ (۱۷/۱)۲۴	(۱۰۰)۱۱۳ (-)۰	ابتلا مادر به بیماری: - نداشته - داشته

موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر نتایج زیر به دست آمد:

احتمال بقای شیردهی تا پایان ۶ ماهگی در دختران ۶۵/۹ درصد، در پسران ۵۷/۶ درصد، در کودکان ایرانی ۶۰/۷ درصد در کودکان افغانی ۷۵ درصد، در کودکان مادرانی که سن کمتر از ۳۰ سال داشتند ۶۵/۱ درصد، و در کودکان مادران بالاتر از ۳۰ سال

باتوجه به توزیع تجمعی احتمال بقای مدت تغذیه انحصاری، ۹۷/۶ درصد از کودکان در بدو تولد، ۸۸/۹ درصد تا پایان سه‌ماهگی و ۸۸/۹ تا پایان سه‌ماهگی و ۶۵/۹ تا پایان ۶ ماهگی از شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بوده‌اند.

همچنین با محاسبه احتمال بقای مدت تغذیه انحصاری تا پایان ۶ ماهگی برحسب عوامل مختلف

۸۵ درصد از کودکان در هنگام ترخیص از بیمارستان و ۶۱ درصد کودکان در ۵ هفتگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند (۶) که در مطالعه ما این رفتار به ترتیب ۹۷/۶ درصد و ۹۲ درصد بوده است.

در اسپانیا ۸۲ درصد کودکان هنگام تولد با شیر مادر تغذیه شده‌اند و در ماه سوم ۴۲/۱ درصد از کودکان منحصراً با شیر مادر تغذیه شده‌اند (۷) در مطالعه ما به ترتیب ۹۷/۶ درصد و ۸۸/۹ درصد نوزادان در مصر ۵۱/۲ درصد از آنان، در هفته اول زندگی از شیر مادر تغذیه کرده بودند (۸) و در سریلانکا ۵۹ درصد در سه ماهگی (۹) و در اندونزی ۶۳ درصد کودکان در سه ماهگی (۱۰) و نیکاراگوئه ۴۵ درصد نوزادان در هفته اول هنوز از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بوده‌اند (۱۱).

در ایتالیا در سال ۲۰۰۰، ۸۹/۶ درصد از نوزادان در بدو تولد با شیر مادر تغذیه شده بودند و ۶۶/۱ درصد از آنها در سه ماهگی هنوز هم شیر مادر را حداقل به صورت نسبی دریافت می‌کردند و ۴۸/۹ درصد فقط با شیر مادر تغذیه می‌شدند (۱۲).

در مطالعات کشوری (۱۳۷۶)، ۱۹ درصد کودکان روستائی ۷ درصد کودکان شهری در سن ۴ ماهگی از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند بودند (۱۳) در بابل (۱۳۷۶)، ۹۲/۶ درصد بعد از زایمان با شیر مادر تغذیه، در سه ماهگی ۸۶/۹ درصد از کودکان شهری و ۷۱/۷ درصد از کودکان روستائی هنوز از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بودند، نسبت مذکور در ۴ ماهگی به ۷۹/۸ درصد در شهر و ۶۶/۴ درصد در روستا و در ۶ ماهگی به ۵۷/۱ درصد در شهر و ۵۰/۱ درصد در روستا کاهش یافته است (۱۴). همچنین میانگین مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعه زاهدان $5/71 \pm 2/55$

۵۳/۱ درصد، در کودکان مادران بی‌سواد ۶۱/۵ درصد و مادران با سواد ۶۴ درصد، در کودکان مادران شاغل ۳۵ درصد و مادران خانه‌دار ۶۴/۴ درصد، در کودکانی که با مادران خود هم‌اتاق بوده‌اند ۶۶/۵ درصد و در سایرین ۱۷/۴ درصد و در تمام کودکانی که خود یا مادرانشان به بیماری مبتلا شده‌اند احتمال بقا صفر درصد بوده است.

اگرچه در بررسی جداگانه موثر بر E.B.F با آزمون کای دو، بیماری مادر، آموزش و مراقبت قبل از زایمان، هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد پس از زایمان و سن مادر به عنوان علل موثر بر E.B.F شناخته شد اما طبق یک مدل رگرسیونی لجستیک، آموزش و مراقبت قبل از زایمان یک عامل موثر شناخته نشد. طبق این مدل، شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی (E.B.F) برای کودکانی که پس از زایمان با مادرانشان هم‌اتاق بوده‌اند ۶/۵۷ برابر سایرین و شانس E.B.F برای کودکانی که مادرانشان سن کمتر از ۳۰ سال داشتند ۲/۴۸ برابر سایرین بود.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در بین ۲۵۳ کودک، ۹۷/۶ درصد در ابتدای تولد با شیر مادر تغذیه شده‌اند. احتمال بقای شیردهی انحصاری کودک با شیر مادر تا پایان یک ماهگی ۹۴/۱ درصد و تا پایان سه ماهگی ۸۸/۹ درصد، تا پایان چهار ماهگی ۸۴/۴ درصد، تا پایان پنج ماهگی ۷۵/۶ درصد و تا پایان ۶ ماهگی ۶۵/۹ درصد بوده است. همچنین ۱۱۳ کودک (۴۴/۷ درصد) دقیقاً تا پایان ۶ ماهگی فقط با شیر مادر تغذیه شده‌اند.

مطالعه‌ای در ایالت هاریانا هند (۵) نشان داد که ۱۵ درصد کودکان در چهار ماهگی از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بوده‌اند، در نیوزیلند

ماه بود که در مطالعه‌ای مشابه در شهرستان بابل ۵/۶±۳/۵ در جمعیت روستایی بوده است (۱۴).

نتایج این پژوهش در مقایسه با تحقیقات دیگران در سایر کشورها و نیز ایران نشانه خوب و امیدوارکننده‌ای از رفتار مادران در امر تغذیه انحصاری با شیر مادر در شهر زاهدان است و این نکته از آن جهت حایز اهمیت است که تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی تاثیر مستقیم در تامین سلامت جسمی کودک و پیشگیری از بروز عفونت‌های تنفسی و گوارشی که دو عامل شایع مرگ و میر کودکان زیر ۲ سال در کشورهای توسعه نیافته می‌باشند دارد.

عوامل مختلفی با ادامه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی رابطه دارند. که تابع شرایط اقلیمی، فرهنگی، اجتماعی می‌باشند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تغذیه انحصاری با شیر مادر تا سن ۶ ماهگی با هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد ارتباط معنی‌داری دارد و هم‌اتاق نبودن مادر و نوزاد پس از تولد خطر عدم تغذیه انحصاری را به میزان ۳۴/۸ درصد افزایش می‌دهد. این رقم در مطالعه شهرستان بابل ۵۴ درصد بوده است (۱۴) و در مطالعه‌ای در ایتالیا جدایی مادر و نوزاد به عنوان یک متغیر موثر بر مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر معرفی شده است (۱۲).

در نیوزیلند گزارش شد که هم‌اتاقی نبودن مادر را افزایش می‌دهد (۶) و مطالعه دیگری در هندوستان نشان داد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در صورت هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد بیشتر است (۵). لازم به ذکر است که در این مطالعه ۹۰/۹ درصد از کودکان و مادران هم‌اتاق بوده‌اند که در مقایسه با سایر مطالعات رقم مطلوبی می‌باشد (در شهرستان بابل این رقم ۷۴/۴ درصد بوده است) این امر

نشان‌دهنده مراقبت‌های خوب پس از زایمان و آموزش و آگاهی کافی پرسنل بیمارستانی در ارتباط با اهمیت هم‌اتاقی بودن می‌باشد. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که ۲۰۳ نفر از مادران مراجعه‌کننده (۸۰/۲ درصد) در دوران حاملگی تحت مراقبت‌های لازم توسط مراکز بهداشتی - درمانی بوده‌اند. همچنین نتایج نشان داد که فقدان مراقبت‌های قبل از زایمان به طور معنی‌داری خطر انحصاری نبودن تغذیه با شیر مادر تا سن ۶ ماهگی را به میزان ۱۵/۸ درصد افزایش می‌دهند. در مطالعه نیوزیلند گزارش کرده‌اند که فقدان آموزش پیش از زایمان خطر انحصاری نبودن تغذیه با شیر مادر را افزایش می‌دهد (۶).

در مطالعه دیگری در تایلند، عدم انجام مراقبت‌های قبل از زایمان به عنوان یکی از عوامل کاهش تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۳ ماهگی ذکر شده است (۱۵).

و در مطالعه‌ای در کوآلالمپور گزارش شده که در صورت اربابه آموزش‌های قبل از زایمان احتمال ادامه تغذیه انحصاری با شیر مادر بیشتر است (۱۶). ۶۴ نفر (۲۵/۲ درصد) از زنان مورد مطالعه سن مساوی یا بیشتر از ۳۰ سال داشته‌اند که خطر انحصاری نبودن تغذیه کودک با شیر مادر در این گروه ۲۰ درصد بیشتر و تفاوت معنی‌داری بوده است.

در مطالعه نیوزیلند در مادران با سن کمتر از ۳۰ سال خطر انحصاری نبودن تغذیه کودک با شیر مادر بیشتر بوده است (۶) و در مطالعه‌ای در کوآلالمپور سن بالای ۲۷ سال عاملی برای افزایش احتمال تغذیه انحصاری با شیرمادر بوده است (۱۶).

عامل موثر در کاهش دوره تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۳ ماهگی ذکر شده است (۱۵).

در بعضی از مطالعات جنس کودک و نیز شرایط اقلیمی محل زندگی او به عنوان عامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط معنی داری با جنس و یا ملیت کودک نداشته است.

پیشنهادات

باتوجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه و مقایسه آن با سایر مطالعات به نظر می‌رسد آموزش و مراقبت مادران در دوران بارداری و قبل از زایمان و نیز اجرای طرح هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد در زایشگاه‌های شهر زاهدان با موفقیت نسبتاً مطلوبی اجرا می‌شود با این حال آرایه آموزش‌هایی در زمینه بیماری‌های مادر و کودک و اصلاح باورهای غلط فرهنگی که باعث قطع شیر مادر با هر بیماری جزئی می‌شود ضروری به نظر می‌رسد. مطالعاتی با جامعه پژوهش بزرگتر که در آن علل احتمالی قطع شیردهی مورد بررسی قرار گیرد، همچنین انجام مطالعه مشابه در روستا، توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه همکاران محترم مجله طبیب شرق و سرکار خانم دادی تشکر و قدردانی نمایم.

در مطالعه‌ای در آفریقا (۱۷) و نیز مطالعه بابل رابطه‌ای بین سن مادر و تغذیه انحصاری مشاهده نشده است (۱۴).

۲۴ نفر (۹/۵ درصد) از مادران مورد مطالعه، شیردهی به کودک خود را به دلیل ابتلا به بیماری قطع کرده‌اند که نشان‌دهنده افزایش معنی‌دار خطر انحصاری نبودن تغذیه با شیر مادر به میزان ۴۹/۳ درصد می‌باشد. در این مطالعه ۴۹/۳ درصد می‌باشد. در این مطالعه ۴۶/۳ درصد مادران بی‌سواد بودند که در مقایسه با مطالعه بابل (۱۹/۷ درصد) رقم بالایی است اما تفاوت معنی‌داری از نظر مدت زمان تغذیه انحصاری بین دو گروه بی‌سواد و باسواد مشاهده نشد که شاید علت آن را بتوان به وجود مراکز بهداشتی - درمانی و ارائه آموزش‌های اولیه مرتبط دانست.

تعداد زنان شاغل در این بررسی ۲۰ نفر (۷/۹ درصد) بوده است که براساس نتایج آماری سبب ایجاد تفاوت معنی‌داری در تغذیه انحصاری کودک نمی‌شود که احتمالاً به دلیل کم بودن درصد افراد شاغل در بین زنان مورد مطالعه بوده است. در مطالعه بابل میانگین دوره‌ای تغذیه انحصاری کودکانی که مادران آنها در خارج از منزل اشتغال داشته‌اند به میزان یک‌ماه کمتر از مادران خانه‌دار بوده است (۱۴).

در مطالعه تابند نیز شغل تمام وقت مادر به عنوان

References:

- ۱- مرنندی ع ر. تغذیه با شیر مادر. طب و تزکیه، ۱۳۷۳؛ شماره ۱۳ و ۱۴، صفحات ۲۳ تا ۵۰.
- ۲- فرزبان پور ف و جابر ال‌لهی ن. در ترجمه: هافندر یونگ. آموزش تغذیه مادر و کودک. چاپ اول. موسسه انتشارات امیرکبیر، تهران. ۱۳۷۰. صفحه ۴۲ تا ۴۶ و ۱۷۵ تا ۲۸۸
- ۳- مرنندی ع ر. نقش تغذیه با شیر مادر در رشد و بقا کودک. نبض، ۱۳۷۱؛ شماره ۹، صفحه ۳۲ تا ۳۷.
- ۴- عزالدین ن، میرفخرایی ف. شیر مادر بهترین غذا برای کودک. چاپ اول. موسسه کتاب همراه. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۶. صفحه ۵ تا ۷۰.

- 5- Kapil V, Verma D, et al. Breast feeding practices in schedule caste communities in Haryana State. *Indian Pediatr* 1994; 31(10): 1227-32.
- 6- Ford RP, Mitchell EA, et al . Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Pediatr Child Health* 1994; 30(6): 483-89.
- 7- Barriuso Lapresa LM F, et al. Epidemiology of breast feeding in north – central Spain. *An Esp Pediatr* 1999; 50(3): 237.
- 8- Hakin IA, EL-Ashmawy LA. Breast feeding patterns in rural village in Giza, Egypt. *Am J Public Health* 1992; 82(5): 731-2.
- 9- Wijekoon AS, Thattil RO, Schernsul. First trimester feeding in a rural SriLankan population. *Soc Sci Med* 1995; 40(4): 443-49.
- 10- Suharyono Paul M. Breast feeding practices in Indonesia. *Chung Hwa Min Kuo Hsiao Erh Ko FHsueh Isa Chin* 1997; 38(5): 334-44.
- 11- Picado JI, Oslon CM. Rasmussen Km. A combined methodology for understanding the duration of breast feeding the poor neighborhoods of Managua, Nicaragua. *Rev Panama Salud Pblica* 1997; 2(6): 398-407.
- 12- Fdella G, Di-Comite A, Marchian E, et al. Breast feeding duration and current neonate feeding practices in Emilia romagna. Italy *Acta Pediatr* 1999; 88(430): 23-6.

۱۳- مرنندی ع ر، ملک افضلی ح، سمروندیان س. بررسی الگوی تغذیه شیرخواران در جمهوری اسلامی ایران. مجله نبض، ۱۳۷۰؛ شماره ۱. سال ۶، صفحات ۲۰-۹.

۱۴- حاجیان ک. بررسی شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی از عوامل موثر بر آن در جمعیت شهری و روستایی بابل در سال ۱۳۷۶. نامه دانشگاه مازندران، ۱۳۳۷؛ شماره ۱۹، صفحات ۱۷-۱۲.

15- Li Y, Kong L, Hlota M, et al. Breast feeding in Bangkok. Thailand. Current Status Maternal Knowledge Attitude and Social Support. *Pediatr Int* 1999; 41(6): 648-54.

16- Chye Jk, Zain Z, Lim WKL, Lim CI. Breast feeding at 6 weeks and predictive factors. *J Trop Pediatr* 1997; 43(5): 287-92.

17- Eregie CO. Studies on exclusive breasts feeding; A report on associated factors in an Africa population. *J Trop Pediatr* 1998; 44(3): 172-3.