

شناسایی تعیین کننده های ترویج تغذیه با شیر مادر از دیدگاه پرسنل بهداشتی درمانی

ناریا ابوالقاسمی: پزشک، گروه آموزشی و تخصصی سلامت خانواده، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
عفت السادات مرقاتی خویی: استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده
رابطه: Effat_mer@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: متغیرهای جمعیت‌شناختی، فیزیکی، اجتماعی و روانی پدیده شیردهی و مداومت تغذیه با شیر مادر را پیچیده می‌سازد. با وجود گستردگی برنامه‌های آموزشی و ترویج تغذیه با شیر مادر، هنوز این سؤال که چرا برنامه‌ها پیشرفت چشمگیری نداشته بی‌جواب مانده است. شیردهی پدیده‌ای در آمیخته با فرهنگ و بستر نظریه های بومی است بنابراین شناسایی عوامل موثر آن از دیدگاه عوامل کلیدی می‌تواند در پاسخ به سؤالات سیستم بهداشتی ضروری باشد.

روش کار: در این مطالعه کیفی با استفاده از مصاحبه گروهی داده‌ها از ۳۵ نفر از پرسنل بهداشت و درمان در طول مدت ۴ روز به کمک یک راهنمای مصاحبه با سری سؤالات باز جمع‌آوری شد. نمونه‌ها به روش هدفمند از پرسنل بهداشتی درمانی شرکت کننده در کارگاه ترویج تغذیه با شیر مادر انتخاب شدند.

نتایج: تعیین کننده‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در دو حیطه اصلی: ۱- ادراکات مردمی از پدیده شیردهی ۲- روش های ترویج، دسته‌بندی شد. مفاهیم اصلی که ساختار این دو حیطه و چگونگی ارتباط آن‌ها را توصیف می‌کنند عبارتند از: ادراکات مردمی که با اعتقادات، دموگرافی، پایه های نظری بومی و متغیرهای اجتماعی توصیف شد و روش‌های ترویج که با عملکرد در بستر فرهنگی - اجتماعی، سیاست‌ها، تعاملات و مهارت‌ها توصیف شد.

نتیجه‌گیری: از دیدگاه شرکت کنندگان ادراکات مردمی به علت ساختار مبتنی بر کج فهمی‌ها می‌تواند یکی از مهم‌ترین تعیین کننده‌ها در موفقیت یا شکست ترویج شیر مادر باشد. یافته‌های این مطالعه تأیید می‌کند که ادراکات مردمی عمیقاً تحت تأثیر دموگرافی، نظریه‌های بومی و متغیرهای اجتماعی است. این یافته‌ها در حیطه روش‌های ترویج، موانع تأثیرگذار در ترویج شیر مادر را در بستر فرهنگی اجتماعی توصیف می‌کند. این بستر بر روی اعتقادات، باورها و نظریه‌های بومی ساخته شده است. شرکت کنندگان عوامل کمک‌کننده در این بستر برای ترویج یا منع شیردهی را تعیین کردند، این تعیین کننده‌ها بر اثرات سیاست‌گذاری در حوزه شیردهی، عملکرد کارکنان بهداشتی مبتنی بر مهارت‌های آن‌ها در ترویج و برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با مادران تأکید دارد. یافته‌های ما باورهای غلط، بیماری‌های مادر و کودک، سزارین، شاغل بودن مادر را از عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه دانسته و پزشکان اطفال و متخصصین زنان، کارکنان بهداشت و درمان را از عوامل کلیدی تأثیرگذار بر این بستر می‌داند. در جهت دیگر مطالعات، یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌کند که امر شیردهی و مداومت در تغذیه با شیر مادر پدیده ای مبتنی بر تنوع فرهنگ ها و ساختار اجتماعی است که علاوه بر اجرای برنامه‌های ارتقا شیردهی نیاز به استخراج متغیرها و تعیین کننده‌های بومی دارد.

واژگان کلیدی: پرسنل بهداشتی - درمانی، تغذیه با شیر مادر، مطالعه کیفی

مقدمه

مزایای مهمی از تغذیه با شیر مادر برای نوزادان، مادران، خانواده‌ها و محیط زیست نشان داده شده است. تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی و ادامه‌ی آن به همراه غذاهای کمکی حداقل تا ۱۲ ماه استراتژی مهمی برای بهبود بهداشت عمومی نوزاد، کاهش مرگ و میر کودکان، کاهش عوارض در مادر و کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است (American Academy of pediatrics 2006; Breastfeeding Association 2009; Schanler 2001). متغیرهای جمعیت‌شناختی، فیزیکی، اجتماعی و روانی پدیده شیردهی و مداومت تغذیه با شیر مادر را پیچیده می‌سازد. نابرابری‌هایی براساس وضعیت اقتصادی، سن مادر، موقعیت جغرافیایی، شیوه‌های بیمارستانی، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی، حمایت خانواده، حمایت سیستم بهداشتی درمانی می‌تواند در زمان شروع تغذیه با شیر مادر، تغذیه انحصاری با شیر مادر و طول مدت شیردهی مؤثر باشد (Thulier and Mercer 2009).

در ایران اگر چه تا سال ۱۳۷۶ پیشرفت چشم گیری در تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی داشتیم و به ۵۳ درصد در شهر و ۵۷ درصد در روستا رسید (MICS Multiple Indicators Cluster Survey (1997 اما به نظر می رسد که اهداف تغذیه انحصاری با شیر مادر در کشور بطور مطلوب بدست نیامده است و تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول زندگی در سال ۲۳ ۸۴ درصد بوده است Integrated Monitoring and Evaluation System (IMES 84). مطالعات مختلفی موفقیت‌ها و شکست‌های برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر کشور را بررسی کرده‌اند (Olang et al. 2009; Marandi et al. 1993, Jalahi et al. 2002; Ezzedin-Zanjani et al. 2005) و چون ارتقاء شیردهی مبتنی بر ویژگی‌های متفاوت جوامع است استراتژی‌های مختلفی را می‌طلبد (Barona-vilar et al. 2009). شناخت پدیده و ادراکات مربوط باید در بستر طبیعی مطالعه شود. در این حوزه مهم متغیرها و

تعیین‌کننده‌های پنهانی وجود دارد که در هم آمیخته با سازه‌های فرهنگی- اجتماعی است. در بررسی حاضر، تبیین دیدگاه‌ها که بر عملکرد گروه‌های هدف تأثیر عمیق دارد می‌تواند در شناسایی تعیین‌کننده‌های ترویج تغذیه با شیر مادر از دیدگاه عوامل کلیدی کمک کننده باشد.

روش کار

در سال ۱۳۸۹ این مطالعه کیفی طراحی گردید. پس از کسب مجوز از معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران در حین برگزاری دوره‌های کوتاه مدت آموزشی نمونه‌ها به روش هدفمند از پرسنل بهداشتی درمانی انتخاب شدند که با درخواست رسمی برای شرکت در کارگاه ترویج تغذیه با شیر مادر دعوت شده بودند. روش مصاحبه گروهی برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد. در این روش کیفی، محقق از یک راهنمای مصاحبه با سری سوالات باز با تمرکز بر موضوع خاص استفاده می کند. برخلاف مصاحبه متمرکز در این روش تأکید محقق بر تعامل و بحث گروهی نیست بلکه تأکید برپاسخهای آزاد گروه به سوالات متمرکز ساختارمند است (Uwe et al. 2004). سوالات این راهنمای مصاحبه طی پایش و ارزیابی عملکرد کارکنان و بیمارستان‌های دوستدار کودک در امر شیردهی و داده‌های خروجی از مطالعات ملی استخراج و تدوین شد (جدول ۱). اگر چه سوالات کاملاً بر عوامل تعیین کننده، تقویت کننده و بازدارنده در شیردهی متمرکز بود اما به گونه ایی طراحی شده بود که پاسخگو را به پاسخ تحلیلی تشویق می کرد. مصاحبه‌های گروهی در طول مدت ۴ روز اجرا و داده‌ها توسط محققین در برنامه OneNote، پس از کد گذاری آزاد به روش موضوعی تجزیه و تحلیل شد.

مشخصات شرکت کنندگان: از تعداد ۴۷ شرکت کننده ۳ نفر (۶/۴ درصد) مرد و ۴۴ نفر (۹۳/۶ درصد) زن بودند. ۳۳ نفر (۷۰ درصد) متأهل و ۱۳ نفر (۲۷/۶ درصد) مجرد، حداقل سن شرکت کنندگان ۲۵ سال و حداکثر سن ۵۰ سال، متوسط سن آن‌ها ۳۵، ۳۴ سال، میانه سنی ۳۵ سال بود. ۲۳ نفر (۴۹ درصد) فرزندی نداشتند و ۲۳ نفر (۴۹ درصد) از ۱-۳ فرزند

برای فرزندشان کافی نیست" نگرش قوی در قطع شیردهی یا استفاده از شیر مصنوعی است. در مطالعه مرندی و همکارانش ۷۴ درصد از مادرانی که شیر مصنوعی را برای فرزندشان شروع کردند و ۳۹ درصد از مادرانی که قطع کامل شیردهی داشتند از کافی نبودن شیرشان شکایت داشتند (Marandi et al. 1993)

لیلیا کارشناس مامایی ستاد مرکز بهداشت: "در جامعه تصور مثبت وجود دارد ولی گاهی به علت عدم حمایت از مادر و نداشتن اعتماد به نفس کافی مادر، این مسئله ناتمام می ماند" او مانند گاردنیا به نگرش مثبت مادران معتقد است ولی حمایت از مادران را جهت افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌ها دخیل می داند. مطالعه‌ای در امریکا نیز تأثیر حمایت پزشکان اطفال و پزشکان خانواده بر نرخ شیردهی را نشان می دهد (Labarere et al. 2005) در مطالعه‌ای مروری نویسنده حمایت از مادران را، دسترسی آنها به مشاوران تغذیه با شیر مادر و گروه‌های حامی شیر مادر می داند (Clifford and McIntyre 2008).

لیندا شرایط نوزادی و وزن‌گیری بیشتر نوزادان استفاده کننده از شیر مصنوعی و خواب راحت آنها را در شکل‌گیری باور مادران نسبت به کم بودن شیرشان مؤثر می داند: " این تصور در جامعه وجود دارد که شیر مادر بچه را کامل سیر نمی کند بچه‌هایی که فقط شیر مادر می خورند نسبت به شیر خشک خوارها لاغرتر بوده و رشد کمتری دارند، بچه‌هایی که شیر خشک می خورند شب‌ها راحت‌تر خوابیده و بی قراری کمتری دارند." در جهت نظر لیندا مطالعاتی که رشد شیرمادرخواران و شیرخشک خواران را در جوامع مرفه مقایسه کرده‌اند گروه دوم نسبت به گروه اول وزن‌گیری بیشتری داشته‌اند و در نیمه دوم شیرخوارگی شیر مادرخواران نسبت به شیر خشک‌خواران وزن کمتری می گیرند و بر طبق منحنی‌های رشد مرکز ملی آمار بهداشتی آمریکا. یک افزایش وزن نسبتاً سریع در ۲ تا ۳ ماه اول و به دنبال آن یک شیب رو به پایین در منحنی رشد آنها دیده می‌شد (Schanler 2001) اما برخورداری کودکان شیر

داشتند. ۷ نفر (۱۵ درصد) رزیدنت اطفال، ۵ نفر (۱۰/۶ درصد) رزیدنت زنان، ۱۶ نفر (۳۴ درصد) کارشناس پرستاری، ۱۶ نفر (۳۴ درصد) کارشناس مامایی، ۲ نفر (۴/۳ درصد) کارشناس بهداشت و ۱ نفر (۲ درصد) دیپلم بودند. ۱۲ نفر (۲۵/۵ درصد) در بیمارستان خصوصی، ۲۹ نفر (۶۱/۷ درصد) در بیمارستان دولتی، ۴ نفر (۸/۵ درصد) در مراکز بهداشتی و ۲ نفر (۴/۳ درصد) در ستاد مرکز بهداشت مشغول فعالیت بودند.

بحث

پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، تعیین‌کننده‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در دو حیطه اصلی: ۱- ادراکات مردمی از پدیده شیردهی ۲- روش‌های ترویج دسته‌بندی شد. مفاهیم اصلی که ساختار این دو حیطه و چگونگی ارتباط این دو حیطه را توصیف می‌کنند عبارتند از: ادراکات مردمی که با اعتقادات، دموگرافی، پایه‌های نظری بومی و متغیرهای اجتماعی توصیف شد و روش‌های ترویج که با عملکرد در بستر فرهنگی - اجتماعی، سیاست‌ها، تعاملات و مهارت‌ها توصیف شد.

ادراکات مردمی: بر حسب یافته‌ها بستر ادراکات مردمی در امر شیردهی از عواملی مانند اعتقادات، ویژگی‌های فردی اجتماعی مادران، تشکیل شده است.

اعتقادات: اکثر شرکت‌کنندگان معتقد بودند مادران نسبت به شیر مادر نگرش مثبت داشته و باور دارند که "شیر مادر بهترین غذا برای نوزاد است". آنها دلیل این نگرش را دانش، نگرش و باور عموم مردم در مورد شیر مادر می دانستند. به عقیده گاردنیا کارشناس بهداشت عمومی مرکز بهداشتی درمانی در پاسخ به سؤال ۱: " این تصور در جامعه وجود دارد که شیر مادر هیچ جانشینی ندارد. اما اگر شیر خشک به کودک خود می دهند به علت ناکافی بودن شیر مادر است " وی به نگرش مثبت مادران معتقد است ولی اعتقاد دارد باور مادران که "شیر مادر

سازی فرهنگی از سنین پایین معتقد است. مطالعات این نظرات را تأیید می‌کنند که علاوه بر ارتقا نگرش‌های مثبت و افزایش دانش و مهارت در کمک‌رسانی به مادران حمایت و همکاری کلیه اقشار الزامی است (Clifford and McIntyre 2008).

دموگرافی: این شرکت‌کنندگان معتقد بودند موقعیت جغرافیایی، طبقه اجتماعی، وضعیت اقتصادی، دانش، نگرش و باور افراد جامعه در وضعیت کنونی تغذیه با شیر مادر تأثیرگذار است و تصورات افراد جامعه از تغذیه با شیر مادر با توجه به تفاوت‌هایی که در سطح تحصیلات، ویژگی‌های قشری، موقعیت اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی دارند متفاوت است. در پاسخ به سؤال ادینیا کارشناس پرستاری بیمارستان خصوصی ۳۶ ساله متأهل دارای ۱ فرزند با توجه به داشتن تجربه شیردهی: "تصور این است که شیر دادن فقط مختص خانم‌های خانه‌دار است ولی خانم‌های شاغل به جز آن ۶ ماه به محض رفتن سر کار این حق توسط همکاران یا مسؤلان بالاتر از آن‌ها سلب می‌شود مثل خود ما که در مرکز شبانه‌روزی مهد کودک نداریم و شیفت‌های طولانی داریم" وی شاغل بودن مادر را دلیلی برای قطع شیردهی مادران می‌داند. به نظر می‌رسد وجود مهد کودک در مجاورت محل کار مادر بخصوص مادرانی که شب کار هستند می‌تواند به شیردهی آنها کمک کند. مطالعه‌ای در ۴ مرکز اصلی مراقبت از بارداری والنسیای اسپانیا نشان داد مادران شاغل آرزوی حمایت‌های بیشتری دارند و زنان با پیشینه بالای فرهنگی و اجتماعی وقتی تغذیه با شیر مادر را انتخاب می‌کنند حمایت‌های بیشتری از همسر و اجتماع دریافت می‌کنند (Barona-vilar et al. 2009) بگونه‌ای: "تغذیه با شیر مادر در میان خانواده‌هایی که در سطح متوسط و یا رو به پایین جامعه هستند طرفدار بیشتری دارد به علت بالا بودن هزینه شیر خشک، ولی در بین خانواده‌های متمول جایگاهی ندارد." آزالیا در پاسخ به این سؤال: "تصورات جامعه از تغذیه با شیر مادر در شهرستان‌ها و مکان‌های کم جمعیت‌تر به مراتب بهتر از شهرهای بزرگ می‌باشد. در شهرهای بزرگ با عمل‌های جراحی زیبایی بر

مادرخوار از مطلوب‌ترین روند رشد سازمان جهانی بهداشت را بر آن داشت که از سال ۲۰۰۳-۱۹۹۷ با مطالعه وسیعی روی کودکان شش منطقه مختلف دنیا نمودارهای جدید رشد را به عنوان استانداردهای جهانی تهیه نماید و در سال ۲۰۰۶ منحنی‌های رشد را بر اساس تغذیه با شیر مادر که به عنوان استاندارد طلایی و بهترین الگوی رشد و نمو در کودکان است تهیه نماید و بر مشارکت مادر در تفسیر منحنی رشد کودک تأکید دارد (WHO 2006).

در یافته‌ها اعتقاد بر تأثیر زیاد کارکنان بهداشتی در شکل‌گیری فرآیند ادراک جامعه برای تغذیه با شیر مادر بروشنی به چشم می‌خورد می‌خک در پاسخ به سؤال ۱۱ معتقد بود: "آموزشی که کارکنان بهداشتی و بخصوص کارشناسان مامایی و پرستاری در مراکز بهداشت و بیمارستان‌ها به مادران می‌دهند می‌تواند ۱۰ درصد موثر باشد" آزالیا در پاسخ به این سؤال: "تا ۸۰ درصد به عنوان منبع معتبر و قابل اعتماد می‌باشند." سیکاس نیز معتقد بود: "باتوجه به این‌که مراجعه مردم به کارکنان بهداشتی فقط به موارد نیاز محدود می‌شود می‌توان گفت تا ۵۰ درصد، کارکنان بهداشتی برای اطلاع‌رسانی منابع مناسبی به حساب می‌آیند." ۶ نفر از شرکت‌کنندگان این گروه را مهم‌ترین گروه آموزش دهنده می‌دانستند اما ویولت اثربخشی کم این گروه مؤثر را ناشی از تعلیمات پویا در شیردهی برای کارکنان می‌داند: "در صورتی‌که کارکنان خود دارای تحصیلات کافی باشند و آموزش مداوم هم ببینند و سالیانه اطلاعات آن‌ها سنجیده شود." و مگنولیا در مقابل ویولت دانش و مهارت موجود را کافی می‌داند اما همکاری سطوح درمانی مختلف و بین رشته‌ای را عامل مؤثرتری از تعلیم پویا می‌داند: "کارکنان بهداشتی در حد توان خود برای اطلاع‌رسانی مناسبند ولی وقتی بقیه اقشار همکاری لازم را نداشته باشند این کمک خیلی مؤثر نخواهد بود." نسترن در پاسخ به سؤال ۲: "بعد از آموزش و پرورش و صدا و سیما، تقریباً آخرین گروه آموزش هستند ولی روش برقراری ارتباط مناسب بسیار مؤثر است." به نظر می‌رسد وی به نقش آموزش مداوم و بستر

ایران درد نوک پستان را از عوامل بازدارنده شیردهی، و رفع درد نوک پستان، اصلاح نحوه مکیدن شیرخوار، جلوگیری از احتقان پستان را از عوامل تسهیل کننده شیردهی می داند.

واتسونیا در پاسخ به سؤال ۵: "بیشتر مادران تصور می کنند تغذیه با شیرمادر قرار گرفتن در قید و بند و از بین رفتن تناسب اندام است." آزالیا: "وابستگی نوزاد به مادر و عدم توانایی جداسازی او از مادر" را در محدودت عملکرد مادران شیرده تأثیرگذار می داند. آن ها معتقدند مادران بر این باورند با دادن شیر مصنوعی مادر استراحت بیشتری دارد و دادن آن در هر مکان و هر زمان برایش راحت تر است و معتقدند تغذیه کودک با شیر مادر وقت بیشتری از تغذیه با شیر مصنوعی می گیرد و شیردهی باعث می شود برای انجام فعالیت های مورد علاقه خود با مشکل مواجه باشند و فعالیت های اجتماعی آن ها محدود شود. هم چنین کودکانی که از شیر مادر تغذیه می شوند وابستگی بیشتری به مادر دارند و بسیاری از مادران مهارت کافی برای از شیر گرفتن فرزندشان را ندارند و این خود در محدودیت عملکرد آن ها تأثیرگذار است. مطالعه ای در دامغان هم به این نتیجه رسید که مادران در خصوص فرآیند از شیرگرفتن کودکانشان نیاز به آموزش های مدون و ویژه دارند، تا روند ختم شیردهی برای مادران و کودکان با حداقل آسیب های احتمالی جسمی یا روانی سپری گردد (Homami et al. 2005)

در پاسخ به سؤال ۲ ورونیکا تصور مطلوب و چگونگی ایجاد این تصور در ذهن افراد را این گونه بیان می کند: "داشتن فواید و محاسن تغذیه نوزاد با شیر مادر که می توان با آموزش و افزایش نیروی انسانی در مراکز درمانی و بهداشتی و ابتدا ایجاد نگرش و انگیزه مثبت در کلیه نیروهای بهداشتی درمانی خصوصا متخصصین نوزادان، اطفال و زنان و مامایی این تصور را ایجاد کرد" این شرکت کنندگان معتقد بودند این تصور در صورتی در جامعه ایجاد می شود که متخصصین زنان، زایمان و اطفال، کادر بهداشتی و درمانی و سیاست گذاران در درجه اول خودشان به این باور برسند و سپس این باور را در مادران و پدران ایجاد نمایند. آن ها معتقد بودند فرآیند ادراک جامعه در مورد تغذیه با شیر مادر در صورتی به گونه مطلوب شکل می گیرد

روی پستان مادر حاضر به شیردادن نوزادش نمی باشد. این که نوزادی با شیر مادر تغذیه گردد نشانه عقب ماندگی و سنتی بودن مادر است و برعکس تغذیه نوزاد با شیر خشک را از سطح بالای خود می دانند و با تمام غرور و افتخار می گوید با شیر خشک شیرش می دهم و راحت هستم و تمام اجر معنوی شیردهی نادیده گرفته می شود. " همان طور که مقاله ای از یک متاآنالیز نشان می دهد شیردهی پدیده پیچیده ای است و مدت زمان تغذیه با شیر مادر تحت تأثیر بسیاری از متغیرهای جمعیت شناختی، فیزیکی، اجتماعی و روانی قرار دارد (Thulier and Mercer 2009) و مطالعه دیگری در اسپانیا نشان داد استراتژی های ارتقا شیردهی برای زنان با شخصیت های متفاوت مختلف است (Barona et al. 2009).

پایه های نظری بومی: این شرکت کنندگان عقاید و باورهای مادران را در شکل گیری فرآیند ادراک جامعه در عدم پذیرش تغذیه با شیر مادر از طرف مردم مؤثر می دانستند آن ها معتقد بودند در طبقات اجتماعی مختلف باورهای متفاوتی نسبت به تغذیه با شیر مادر وجود دارد، به شیر مادر فقط بعنوان یک غذا برای سیر شدن نوزاد نگاه می کنند و توجهی به فواید دیگر آن ندارند، ۱۱ نفر از شرکت کنندگان اعتقاد داشتند بسیاری از مادران فکر می کنند شیرشان بخصوص در روزهای اول تولد نوزاد برای او کافی نیست، شیر مصنوعی را بهتر از شیر مادر می دانند و معتقدند کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند وزن بیشتری نسبت به کودکانی که از شیر مادر تغذیه می شوند دارند، شیردهی را باعث ضعف مادر و ناتوانی او می دانند. در مطالعه کیفی سال ۷۹ کشور و مطالعه کیفی سال ۸۲ بوشهر نیز باورهای مادران به عنوان عامل مؤثر در شیردهی غیر انحصاری ۶ ماه اول اشاره شد (Ezzedin-Zanjani et al. 2002; Akaberian and Dianat 2003) آن ها مشکلات شیردهی مادر از قبیل ترک نوک سینه و دردناک بودن نوک سینه به هنگام شیردهی بخصوص در روزهای اول پس از تولد را در عدم موفقیت شیردهی مادران مؤثر می دانستند. مطالعه ای در

اجتماعی از قبیل حقوق ماهانه، حمایت خانواده و حمایت و پشتیبانی پرسنل بهداشت و درمان قرار دارد (Thulier and Mercer 2009).

در پاسخ به سؤال ۷ واتسونیا: "شرکت ها و کمپانی های تولید کننده شیرخشک و مواد غذایی تکمیلی که در جهت رسیدن به اهداف خود، تبلیغات غیر واقعی می کنند عامل بازدارنده اند" او نیز مانند یاسمین به نقش تبلیغات در ترویج تغذیه با شیر مادر معتقد است. گلايول کارشناس مامایی ۳۵ ساله دارای ۱ فرزند: "مؤسسات زیبایی از عوامل بازدارنده اند." وی معتقد است اطلاعاتی که مؤسسات زیبایی برای اندام مادران شیرده می دهند در کاهش تغذیه با شیر مادر در جامعه مؤثر است. این شرکت کنندگان معتقد بودند بعضی پیام های بهداشتی درست و منطقی که خودمان به آن اعتقاد و باور داشته باشیم بر دل مردم تأثیرگذار است و می توانند تغذیه با شیر مادر را بهتر در ذهن مردم جا بیندازد و محرک بهتری برای تغذیه با شیر مادر باشند. آن ها معتقد بودند آمار و اطلاعات معتبری که از پژوهش های انجام شده بدست آمده و به اطلاع مردم رسانده می شود می تواند در شکل گیری فرآیند ادراک جامعه برای تغذیه با شیر مادر مؤثر باشد. در پاسخ به سؤال ۴ گلايول: "پیام های سلامتی در رسانه ها و صدا و سیما، پخش تیزرهای عروسکی و کارتونی برای خانواده حتی بچه ها می تواند در آینده مؤثر باشد و بهتر از همه این ها تبلیغ و پوستر شیرمادر و ترویج آن روی بیلبوردهای مکان های عمومی و فروشگاه ها و مکان های تفریحی در پذیرش شیر مادر مؤثرند" همان طور که مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ در بریستول انگلستان نشان داد نصب ۴ تابلو که نشان می داد مادران به فرزند خود شیر می دهند در مکان های عمومی موفق شد آگاهی عمومی را بالا ببرد و در مورد شیر مادر تغییر نگرش ایجاد کند (Condon et al. 2010).

روش های ترویج: یافته ها ساختار ترویج تغذیه با شیر مادر را در بستر فرهنگی اجتماعی توصیف می کند. این ساختار تحت تأثیر تعیین کننده های متعددی می تواند باشد (Thulier and Mercer 2009) در مطالعه ما تعیین کننده های زیر از

که مادران به این باور برسند: این حق مسلم کودک است که از تغذیه سالم و طبیعی استفاده کند، شیر مادر بهترین، کامل ترین و سالم ترین غذا برای کودک است، شیر مادر یکی از نیازهای جدی نوزاد پس از تولد است، از بسیاری از بیماری ها در کودکان پیشگیری می کند، این شیر تا ۶ ماهگی برای نوزاد کافی است و تا ۲ سالگی ادامه آن لازم است مگر در شرایط خاص که در این صورت کودک از نعمت بزرگی محروم خواهد بود. همچنین مادران باید از کافی بودن شیرشان، مزایایی که نسبت به شیر مصنوعی دارد آگاه شوند. مامیسا در پاسخ به سؤال ۴: "آموزش باید به شکل فراگیر از سطوح پایین تحصیل شروع شود تا این موضوع کاملاً ملموس باشد نه این که بعد از نه ماه بارداری بخواهیم نگرش ۲۰-۳۰ ساله مادر را یکشنبه عوض کنیم." وی آموزش مداوم و همگانی را برای ایجاد باور لزوم تغذیه نوزاد با شیر مادر ضروری می داند.

متغیرهای اجتماعی: هر ۳۵ شرکت کننده معتقد بودند آگاهی مردم جامعه از فواید شیر مادر، بخصوص ایجاد روابط عاطفی بین مادر و نوزاد، راحتی و در دسترس بودن آن در شکل گیری فرآیند ادراک آن ها برای پذیرش تغذیه با شیر مادر مؤثر است. ۲۳ نفر نیز معتقد بودند بیشترین دلیل مردم برای پذیرش شیرمادر مسایل اقتصادی است و کمتر به فواید آن توجه دارند. در پاسخ به سؤال ۲ یاسمین: "گران بودن شیرخشک-تبلیغات گسترده در مورد مزایای شیرمادر دلیل مردم برای قبول آن است" او نیز مانند مطالعات انجام شده نقش تبلیغات را در این میان مؤثر می داند (Condon et al., 2010).

ویستریا در پاسخ به سؤال ۶: "حمایت خانواده ها، حمایت جامعه برای مادران شاغل" را از عوامل کمک کننده می داند. مطالعات نیز در درجه اول به نقش حمایتی پدران، دیگر اعضا خانواده، دوستان و پس از آن کارکنان بهداشتی، گروه های حامی شیر مادر، مدیران و جامعه برای کمک به ترویج تغذیه با شیر مادر اشاره می کنند (Clifford and McIntyre 2008). مطالعه دیگری نشان می دهد شیردهی تحت تأثیر متغیرهای

داده‌ها بدست آمد: موانع در بستر فرهنگی- اجتماعی: عده‌ای از شرکت‌کنندگان معتقد بودند کمبود دانش، نگرش منفی و باورهای غلط افراد جامعه می‌تواند مانع ترویج تغذیه با شیر مادر باشد به‌گونه‌ای که بعضی خانواده‌ها بر این باورند شیر مصنوعی کامل‌تر از شیر مادر است مطالعه‌ای در گیلان نشان داد اکثر مادران آگاهی ضعیف و نگرش پایینی نسبت به شیردهی دارند (Mosaffa 2004). این شرکت‌کنندگان شاغل بودن مادر، بیماری‌های مادر و کودک، سزارین و عدم توانایی مادر برای تغذیه مطلوب نوزاد در روزهای اول پس از آن را از عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه می‌دانستند. در مطالعه فریمانی هم موفقیت شیردهی در مادران با زایمان طبیعی بیشتر از گروه سزارین بود (Farimani 2002).

میخک در پاسخ به سؤال ۸: نقش صدا و سیما در فرهنگ‌سازی و تغییر نگرش مردم مؤثر می‌داند. این شرکت‌کنندگان در پاسخ به سؤال ۸ معتقد بودند از جمله رسانه‌های معتبر برای اطلاع‌رسانی به مردم در زمینه تغذیه با شیر مادر در جامعه در درجه اول سازمان صدا و سیما و تبلیغات و فیلم‌ها و سریال‌ها و سخنرانی پزشکان سرشناس با ارائه اطلاعات قابل اعتماد می‌باشد و پس از آن رادیو، روزنامه، مجلات، سینما، مساجد، کتاب‌ها، بروشورها و پمفلت و تراکت‌های توزیع شده در مراکز بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت و مطب‌های خصوصی، بیل‌بوردهای سطح شهر و ایستگاه‌های مترو می‌باشند. دینیا در پاسخ به این سؤال: "دانشگاه‌ها، دبیرستان، راهنمایی و مدارس ابتدایی هم مدارس دخترانه و هم مدارس پسرانه، پسران که نقش پدر بودن را از همان ابتدا مثل شغل آینده‌شان بپذیرند." و پامچال: "مراکز مشاوره شیردهی، درمانگاه‌های پره‌ناتال و فرهنگسراها" را محل مناسب برای مداخلات می‌داند و لیلیا: "همایش‌های گروهی در پارک‌های محله، همایش در خانه‌های فرهنگ محله‌ها، همایش در مساجد" را برای فرهنگ‌سازی با کمک آموزش‌های گروهی در بستر جامعه با همکاری تمام گروه‌ها مناسب می‌داند.

اثر سیاست‌ها: اکثر شرکت‌کنندگان به نقش سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان جامعه برای ترویج تغذیه با شیر مادر معتقد بودند از نظر آن‌ها هماهنگی و همکاری بین بخشی از طرف نهادهای آموزشی در همه سطوح اجتماعی- بهداشتی از عوامل کمک‌کننده ترویج تغذیه با شیر مادر است. ۳ نفر از شرکت‌کنندگان حمایت ضعیف سیاست‌گذاران و کارفرمایان برای تغذیه با شیر مادر مانند فراهم نبودن شرایط لازم برای شیردهی مادران شاغل در محیط کار و نگرانی مادر برای گرسنگی کودک را بعنوان عامل بازدارنده تغذیه با شیر مادر مثال زدند. باواریا در پاسخ به سؤال ۷: "روسای ادارات و موسسات که مادر در آنجا شاغل می‌باشد." او حمایت‌های ضعیف اجتماعی را از عوامل بازدارنده تغذیه با شیر مادر در جامعه می‌داند: مطالعات نیز نقش سیستم‌های حمایتی را در افزایش شیردهی نشان می‌دهد (Clifford and McIntyre 2008).

نسترن در پاسخ به سؤال ۶ معتقد است از جمله سیاست‌گذارانی که می‌توانند در ترویج تغذیه با شیر مادر مؤثر باشند "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، وزات علوم و آموزش عالی و سازمان صدا و سیما" می‌باشند. به منظور حمایت از مادران شاغل شیره قوانین و آیین‌نامه‌هایی تصویب شد و برای افزایش آگاهی مادران باردار و شیرده کارمند، امور اداری دستگاه‌های وابسته به دولت و عموم جامعه در کتابچه‌ای گردآوری شده است (Ministry of Health and Medical Education 2010)

تعاملات کارکنان و مادران: همه ۳۵ شرکت‌کننده، کارکنان رده اول بهداشتی (در بالین ماماها و پزشکان متخصص کودکان و در مراکز بهداشتی پرسنل مسوول مراقبت‌های کودکان) را عامل مهم در برقراری ارتباط با مادر شیرده جهت ارتقای شیردهی می‌دانستند اما ۲۵ نفر از شرکت‌کنندگان این تعامل را ناقص تلقی کردند بدین معنا که این منابع متخصص در ترویج تغذیه با شیر مادر زیاد موفق نبودند، میخک: "این که هر مادر باردار یک مامای همراه از اولین روز بارداری داشته باشه برای آموزش و کمک به مادر باردار بعد از زایمان جهت شیردهی". به نظر می‌رسد او

نتیجه‌گیری

یافته‌های ما در دو حیطه اصلی "ادراکات مردمی" و "روش‌های ترویج" بر تعیین‌کننده‌های تغذیه با شیر مادر تأکید دارد. از دیدگاه شرکت‌کنندگان ادراکات مردمی به علت ساختار مبتنی بر کج فهمی‌ها می‌تواند یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌ها در موفقیت یا شکست ترویج شیر مادر باشد. عزالدین زنجانی نیز در مطالعه کیفی خود تأثیر باورها و اعتقادات در موفقیت و یا شکست شیر دهی از دیدگاه دو گروه هدف (مادران و کارکنان) را توصیف کرده است (Ezzedin-Zanjani et al. 2002). یافته‌های مطالعه ما سازه‌های اعتقادی را در فرآیند شکل‌گیری تصورات و اثر آن را در مداومت شیردهی تأیید می‌کند. متاآنالیزی از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸ نشان داده است که بسیاری از متغیرهای جمعیت‌شناختی، فیزیکی، اجتماعی و روانی در مدت زمان تغذیه با شیر مادر مؤثر است یعنی شکل‌گیری اعتقادات در افراد با سطح تحصیلات، ویژگی‌های قشری، موقعیت اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی آنان مرتبط است (Thulier and Mercer 2009). در جهت یافته‌های دیگر مطالعات (Hoddinott et al. 2006; Barona et al. 2009; Thulier and Mercer 2009) یافته‌های این مطالعه تأیید می‌کند که ادراکات مردمی عمیقاً تحت تأثیر دموگرافی، نظریه‌های بومی و متغیرهای اجتماعی است. این یافته‌ها در حیطه روش‌های ترویج، موانع تأثیرگذار در ترویج شیر مادر را در بستر فرهنگی اجتماعی توصیف می‌کند، این بستر بر روی اعتقادات، باورها و نظریه‌های بومی ساخته شده است. شرکت‌کنندگان عوامل کمک‌کننده در این بستر برای ترویج یا منع شیردهی را تعیین کردند، این تعیین‌کننده‌ها بر اثرات سیاست‌گذاری در حوزه شیردهی، عملکرد کارکنان بهداشتی مبتنی بر مهارت‌های آن‌ها در ترویج و برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با مادران تأکید دارد.

یافته‌های این مطالعه باورهای غلط، بیماری‌های مادر و کودک، سزارین، شاغل بودن مادر را از عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه دانسته و پزشکان اطفال

فرصت ناکافی پزشکان در مطب را عاملی برای عدم اختصاص وقت کافی برای آموزش شیردهی می‌داند و همکاری ماماها و پزشکان را برای آموزش‌های لازم دوران بارداری راه حلی برای این کمبود وقت می‌داند. مطالعه‌ای در امریکا نیز نشان داد حمایت پزشکان اطفال و پزشکان خانواده از مادران شیرده بر نرخ شیردهی آن‌ها مؤثر است و دوره‌های آموزشی کوتاه مدت برای پزشکان به بهبود تغذیه با شیر مادر کمک می‌کند (Labarere et al. 2005).

مهارت‌ها: این شرکت‌کنندگان مهارت آموزش‌دهندگان، باور آن‌ها، چگونگی انتقال این باور به مادر، فرصت کم پرسنل بهداشت و درمان برای مشاوره شیردهی، آموزش ناکافی تغذیه با شیر مادر در دوران بارداری و پس از بارداری، شروع شیر مصنوعی در بخش کودکان بیمار یا NICU را از عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه می‌دانستند. ورونیکا در پاسخ به سؤال ۷ عوامل بازدارنده ترویج تغذیه با شیر مادر در جامعه را به ترتیب زیر فهرست می‌کند: "کمبود نیروی انسانی در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها، بی‌حوصلگی و عدم نگرش صحیح برخی از پزشکان و تجویز خیلی راحت شیرخشک برای نوزادان بستری در NICU و نوزادان بیمار، عدم مشاوره و معاینه سینه‌ها در دوران بارداری" این ماما نقش حمایتی پرسنل بهداشتی درمانی و مهارت مشاوره آن‌ها را در شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر بسیار مؤثر می‌داند همان‌طور که مطالعه‌ای در یونان نشان داد که رفتارهای حمایتی بیمارستان‌ها در تصمیم‌گیری مادران برای شیردهی مؤثر است (Daglas et al. 2010). در پاسخ به این سؤال آنتریوم: "مدگرایی مانع استفاده از شیر مادر است" به نظر می‌رسد اگر مادران بدانند که استفاده از شیر مادر هم مد شده و افرادی که مد را در جامعه رواج می‌دهند از شیر مادر برای تغذیه فرزند خود استفاده می‌کنند آن‌ها نیز تشویق به استفاده از شیر مادر برای فرزندان خود خواهند شد.

علاوه بر اجرای برنامه‌های ارتقا شیردهی نیاز به استخراج متغیرها و تعیین کننده‌های بومی دارد.

محققان با توجه به تجارب کاری و یافته‌ها پیشنهادات کاربردی زیر را مبتنی بر یافته‌ها دارند:

۱- برای پر کردن شکاف علمی موجود در حیطه اول (ادراکات مردمی از پدیده شیردهی) فرآیند ادراک مردم اگر تبیین نشود مداخلات ترویج شیر مادر تحت تأثیر قرار گرفته و اثربخشی آن‌ها کاهش می‌یابد.

۲- رویکردهای محله مدار بویژه توسعه بومی جهت افزایش شاخص تغذیه انحصاری با شیر مادر ضروری به نظر می‌رسد.

۳- با توجه به تأثیر عمیق پایه‌های نظری بومی بر شکل‌گیری رفتارها و عملکرد در امر شیردهی مطالعات بنیادین برای اکتشاف این نظریه‌ها پیشنهاد می‌شود.

۴- تبیین پدیده شیردهی با توجه به ۴ عامل: اجتماعی، روانی، دموگرافی و جسمی با استفاده از روش مطالعات تلفیقی.

و متخصصین زنان، کارکنان بهداشت و درمان را از عوامل کلیدی تأثیرگذار بر این بستر می‌داند، همچنین مانند دیگر مطالعات (Clifford and McIntyre 2008) نقش حمایتی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان جامعه را در این امر، مهم می‌داند. مطالعه توصیفی در یونان عدم مهارت آموزش‌دهندگان و حمایت از حقوق مادران را بعنوان بازدارنده در نقش حمایتی بیمارستان برای ترویج تغذیه با شیر مادر می‌داند (Daglas et al. 2010). در جهت یافته‌های دیگر مطالعات (Hoddinott and Pill 2006; Barona et al. 2009; Thulier and Mercer 2009) اثرات عمیق دموگرافی، نظریه‌های بومی و متغیرهای اجتماعی در مطالعه ما تأکید شده است. یافته‌های این مطالعه در جهت دیگر مطالعات پیشنهاد می‌کنند: امر شیردهی و مداومت در تغذیه با شیر مادر پدیده‌ای مبتنی بر فرهنگ‌ها و بستر اجتماعی است که

جدول ۱- سؤالات ساختاریافته مصاحبه‌های گروهی برای شناسایی تعیین کننده‌های ترویج تغذیه با شیر مادر از دیدگاه پرسنل بهداشتی

- ۱- در حال حاضر چه تصویری در جامعه ما در مورد تغذیه با شیر مادر وجود دارد؟
- ۲- تصور مطلوب کدام است؟ و چگونه می‌توان این تصور را در ذهن افراد ایجاد کرد؟
- ۳- وضعیت کنونی تغذیه با شیر مادر در جامعه ما چگونه است؟
- ۴- دلایل مردم برای پذیرش تغذیه با شیر مادر کدام است؟
- ۵- دلایل مردم برای عدم پذیرش تغذیه با شیر مادر کدام است؟
- ۶- کدام یک از نیروهای موجود در جامعه در تغذیه با شیر مادر از عوامل کمک کننده محسوب می‌شوند؟
- ۷- کدام یک از نیروهای موجود در جامعه در تغذیه با شیر مادر به عنوان عامل بازدارنده محسوب می‌شوند؟
- ۸- در زمینه تغذیه با شیر مادر کدام منابع، افراد یا رسانه‌ها برای اطلاع رسانی، معتبر و قابل اعتماد می‌باشند؟
- ۹- کارکنان بهداشتی تا چه اندازه برای اطلاع رسانی در مورد شیر مادر به عنوان منبعی معتبر و قابل اعتماد محسوب می‌شوند؟
- ۱۰- محل‌های مناسب برای انجام مداخلات ترویج تغذیه با شیر مادر کدام است؟

References

- Akaberian, S. and Dianat, M., 2003. Evaluation of non-exclusive breastfeeding affecting factors in the first six months of Infants life at Bushehr, focus group discussions. *South Medical Journal of Medical Sciences and Health Services Bushehr university*, 2, pp.165-171.
- American Academy of Pediatrics., 2006. *Breastfeeding handbook for physicians*, American College of obstetricians and Gynecologists (ACOG).
- Olang, B., Farivar, K.H., Heidarzadeh, A., Strandvik, B. and Yngve, A., 2009. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *International Breastfeeding Journal*, 4, pp.1-10.

- Barona-Vilar, C., Escriba-Aguir, V. and Ferrero-Gandia, R., 2009. A qualitative approach to social support and breastfeeding decisions. *Midwifery*, 25, pp.187-94.
- Breastfeeding Association., 2009. *Collection of Breastfeeding Promotion and Education*, Tehran, UNICEF.
- Clifford, J. and McIntyre, E., 2008. Who supports breastfeeding? *Breastfeeding review : professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 16, pp. 9-19.
- Condon, T. and Symes B., 2010. Cut out for breastfeeding': changing attitudes to breastfeeding. *the journal of the Community Practitioners' and Health*.
- Daglas, M., Petoussi, V., Dionysiou, G. and Athanassakis, I., 2010. Do maternity hospital practices support Greek mothers' decision to breastfeed? *Clinical and experimental obstetrics and gynecology*, 37, pp.43-8.
- Ezzedin-Zanjani, N., Faghihi, F. and Tavakoli, M., 2002. A qualitative survey of effective factors on exclusive breastfeeding and continuation in urban and rural areas of Iran, 2000- 2001. *Hakim Research Journal*, 5, pp. 133-144.
- Farimani, M., 2002. Assessment type of labor and success in breastfeeding *Medical Sciences and Health Services Hamadan university Journal*, 1, pp. 46-50.
- Hoddinott, C. and Pill, B., 2006. One-to-One or Group-Based Peer Support for Breastfeeding? Women's Perceptions of a Breastfeeding Peer Coaching Intervention *birth*, 3, pp. 139-146.
- Homami, S., Poormohammadi, B. and Mansoorian, A., 2005. Assessment of cause, methods and consequences of breastfeeding stop in under 3 years, damghan, 2005. *Medical Sciences Semnan university Journal*, 6, pp. 277-283.
- Jalahi, H., Mohamadpoor, R., Gholami, S. and Vahedi, H., 2005. Evaluation of causes of artificial feeding in under 6 months infants in Mazandaran Health centers 2003. *Mazandaran University of Medical Sciences Journal*, 46, pp.111-116.
- Condon, L., Tiffany, C. and Symes, B., 2010. Cut c. andout for breastfeeding': changing attitudes to breastfeeding. *the journal of the Community Practitioners' and Health*.
- Labarere, J., Gelbert- Baudino, N., Sophie Ayrat, A., DUC, C., Berchotteau, M., Bouchon, N., Schelstraete, C., Vittoz, J.P., Francois, P. and Pons, J.C., 2005. Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs. *official journal of the american academy of pediatrics*, 115, pp.139-146.
- Marandi, A., Afzali, H.M. and Hossaini, A. F., 1993. The reasons for early weaning among mothers in Teheran *Bull World Health Organ*, 71, pp. 561-69.
- Ministry of Health and Medical Education., 2010. *breastfeeding promotion Law and support of mothers during lactation (1995) and executive by-law (1996) and subsequent extensions (2001-2007)*, Tehran, Ministry of Health and Medical Education.
- Mostafa, H., 2004. Survey of the Knowledge and Attitude of Mothers During One Year After Delivery About Breast Feeding *Journal of Medical Sciences, Gilan University School of Medicine*, 51, pp. 23-31.
- Schanler, R.J., 2001. The pediatric clinics of north American: breastfeeding. *Elsevier-Pediatric Clinics of North America*. 48(1), pp. 207-219.
- Thulier, D. and Mercer, J., 2009. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* 38, 259-68.
- Uwe, F., Kardorff, E.V. and Steinke, I., 2004. *What is qualitative research, An introduction to the field*. In a companion to qualitative research.
- WHO., 2006. *Who child growth standards: training course on child- growth assessment*.