

ارزشیابی عملکرد زنان ۴۹-۱۵ ساله همسرمدار نسبت به برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر خرداد ماه ۱۳۷۳



نویسندگان: دکتر حسین ملک افضلی^۱ - دکتر ناهید عزالدین زنجانی^۲ -

سوسن سعدوندیان^۳ - میمنت حسینی چاوشی^۴

(۱) متخصص آمار و استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پ و خ ب، د تهران

(۲) متخصص کودکان و رئیس مرکز کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر وزارت بهداشت

(۳) فوق لیسانس تغذیه، کارشناس اداره کل بهداشت خانواده

(۴) کارشناس آمار اداره کل بهداشت خانواده

خلاصه:

در این بررسی که بمنظور ارزشیابی اقدامات انجام شده در زمینه ترویج تغذیه با شیرمادر و تعیین میزان دستیابی به اهداف، در خرداد ماه ۱۳۷۳ انجام شد، عملکرد شیردهی مادران ۴۹-۱۵ ساله، مورد مطالعه قرار گرفت. در هر یک از مناطق شهری و روستایی ۵۰ خوشه ۲۰ خانواری بصورت سیستماتیک انتخاب و جمعاً با ۲۰۰۰ خانوار در هر استان مصاحبه شد. از کلیه خانمهایی که در سال ۱۳۷۲ زایمان داشتند و حاصل آن تولد زنده بود، نوع تغذیه کودکانشان از بدو تولد تا زمان بررسی از لحاظ نوع شیر مصرفی بر حسب مدت آن سوال شد. کودکان در دامنه سنی زیر ۱۵ ماه بودند و تعداد ۵۷۸۰ کودک ۱۴-۴ ماه مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته ها حاکی از آنست که در مناطق شهری حدود ۵۰/۱ درصد شیرخواران تا یکسالگی با شیرمادر بدون استفاده از شیر کمکی، ۳۱/۷ درصد با شیرمادر همراه با شیر کمکی تغذیه شده اند و ۱۵/۷ درصد آنان تغذیه با شیرمادر را قبل از یکسالگی قطع کرده اند و ۲/۵ درصد شیرخواران اصلاً از شیرمادر استفاده نکرده اند. این ارقام در مناطق روستایی به ترتیب ۶۲/۶ درصد، ۲۵/۱ درصد، ۱۱/۱ درصد و ۱/۲ درصد بوده است. هر چه سن کودکان افزایش می یابد میزان تغذیه با شیرمادر کاهش و تغذیه توأم (شیرمادر همراه با شیر کمکی) افزایش می یابد. تداوم شیردهی مادران در روستا بیشتر از شهر است و برعکس در شهرها تغذیه توأم، از میزان بالاتری برخوردار است. از بین استانها، بالاترین میزان تغذیه با شیرمادر بدون شیر کمکی در مقاطع سنی ۱۲،۹،۶،۴ ماهگی مربوط به استان لرستان است. و اما کمترین میزان تغذیه با شیرمادر در منطقه روستا در استانهای یزد، بوشهر، گیلان و مرکزی مشاهده شد.

بطور کلی، مقایسه نتایج با بررسی سال ۱۳۷۰، نشانگر ۱۷ درصد ارتقاء در تغذیه با شیرمادر (به تنهایی و یا همراه با شیر کمکی) است، بطوری که این رقم از ۶۸ درصد به ۸۵ درصد رسیده است. تداوم آموزشها و حمایت از مادران بیش از پیش مورد نیاز است.

مقدمه:

در طی دو دهه گذشته، آگاهی در زمینه مزایای تغذیه با شیرمادر از یکسو و خطرات تغذیه مصنوعی از سوی دیگر افزایش یافته است. بر اساس مدارک و شواهد موجود در کشورهایی که میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال در حد متوسط یا بالاست، شیرخوارانی که تغذیه مصنوعی می شوند،

احتمال مرگشان در اثر اسهال، ۱۴ بار و در اثر پنومونی ۴ بار بیشتر از کودکانی است که با شیرمادر تغذیه می شوند. حتی در کشورهایی که میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال پایین است نیاز به درمان بیمارستانی و بستری شدن در کودکانی که تغذیه مصنوعی می شوند تا ۴ برابر بیشتر از شیرخوارانی است که بطور کامل یا نسبی با

شیرمادر تغذیه می شوند (۵).

تغذیه با شیرمادر در پیشگیری از sepsis نوزادان، عفونتهای روده (۲)، عفونتهای دستگاه تنفسی (۱۲)، گوش (۱۰) و دستگاه ادراری در کودکان خردسال مؤثر است و در پیشگیری و درمان اسهال نقش بسیار مهمی دارد. بعلاوه به محدود نمودن باروری (۳)، به جلوگیری از سرطان پستان

طب و تریکیه

بهار ۱۳۷۶

شماره ۲۴

جدول شماره ۱
توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب سن و منطقه

منطقه			سن مورد بررسی
روستا	شهر	کل	
۳۳۳۷	۲۴۴۳	۵۷۸۰	کودکان ۴ ماهه و بالاتر
۲۶۸۰	۱۹۶۲	۴۶۴۲	کودکان ۶ ماهه و بالاتر
۱۸۲۵	۱۳۱۴	۳۱۳۹	کودکان ۹ ماهه و بالاتر
۹۴۳	۶۴۵	۱۵۸۸	کودکان ۱۲ ماهه و بالاتر

برای تدوین برنامه مذکور اقدام به تشکیل کمیته کشوری و مرکز کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر نمود و سپس چهار مرکز استانی، کمیته های استانی و کمیته های منطقه ای در تمام دانشگاههای کشور تشکیل شد. حاصل تلاش این کمیته ها، برگزاری کارگاههای آموزشی متعددی برای اعضاء هیئت علمی دانشگاهها، پرسنل بیمارستانها و سایر

کارکنان بهداشتی درمانی در سطوح مختلف ارائه خدمات بود. از مشارکت مردمی بصورت جلب رابطین بهداشتی، بسیج خواهران و مادران موفق در شیردهی برای تشویق و ترغیب سایر مادران استفاده شد. لایحه «حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر» تقدیم مجلس محترم شورای اسلامی گردید و انجمن تغذیه با شیرمادر تأسیس شد. کتب، نشریات، پوستر، پمفلت و

فیلمهای آموزشی متعددی تهیه و منتشر گردید. تحقیقات گسترده ای چه بصورت ارزشیابی برنامه و چه بصورت پراکنده و پایان نامه های دانشجویان در سراسر کشور به اجرا درآمد و تاکنون تعداد ۲۱۶ بیمارستان بر اساس معیارهای جهانی نائل به دریافت لوح افتخار دوستدار کودک گردیده اند و بقیه بیمارستانها به مرور، ارزشیابی و در لیست اهداء لوح قرار می گیرند. بمنظور ارزشیابی اقدامات انجام شده و تعیین میزان دستیابی به اهداف، در خرداد ماه ۱۳۷۳ عملکرد شیردهی مادران طی یک

بررسی جامع تحت عنوان «ارزشیابی عملکرد زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار نسبت به برنامه های تنظیم خانواده، ترویج تغذیه با شیرمادر و استفاده از نمک یددار» مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی:

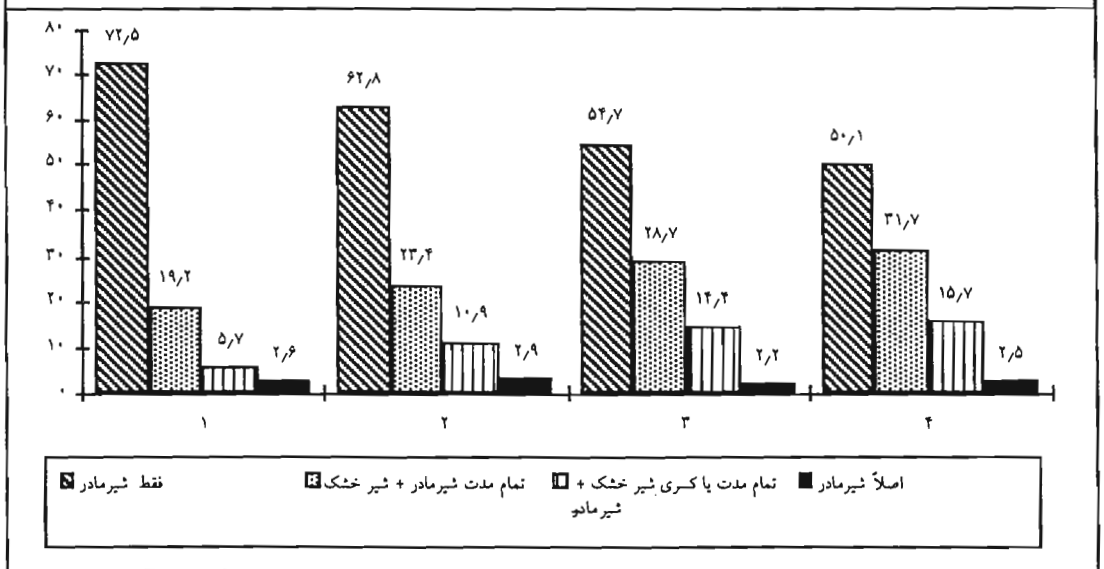
این بررسی در خرداد ماه ۱۳۷۳ در کلیه

در سالهای اخیر با توجه به یافته های فوق و گسترش دانش روز در زمینه تغذیه کودک، سازمانهای بین المللی ذیربط، نهضت جهانی ترویج تغذیه با شیرمادر را برپا داشته اند. این سازمانها نظیر یونیسف و سازمان جهانی بهداشت به تشویق و کمک در اجرای برنامه های عملی در کشورها، تهیه جزوات و تشکیل دوره های آموزشی خاص برای

قبل از یائسگی (۸) و سرطان تخمدان کمک می کند. بر اساس تحقیقات انجام شده، لیست مشکلات مربوط به تغذیه مصنوعی نیز رو به فزونی است. سندروم مرگ ناگهانی نوزادان (SIDS)، دیابت (۱۱) و مولتیپل اسکروزیس (MS) (۹) در شیرخوارانی که با بطری تغذیه می شوند بیشتر است. بطوری که خطر پیشرفت دیابت برای کودکانی که کمتر از

۲ ماه بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند دو برابر است و چنانچه قبل از دو ماهگی از شیر خشک استفاده شود این خطر دو برابر می شود (۱۱). عدم تحمل و آلرژی نسبت به فرآورده های شیر گاو تا ۷/۵ درصد کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد (۱). این میزان، برخی شیرخوارانی را که بطور کامل با شیرمادر تغذیه می شوند اما در بیمارستان

نمودار شماره (۱) توزیع کودکان زیر ۱۵ ماه مورد مطالعه بر حسب طول مدت و جگونگی تغذیه با شیرمادر در مناطق شهری - خرداد ماه ۱۳۷۳



کارکنان بهداشتی - درمانی پرداخته اند. همزمان با این نهضت جهانی و با الهام از تعالیم عالیله قرآن کریم، کشور ما نیز از سال ۱۳۷۰ به برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر شتاب بیشتری بخشید و برنامه مدون چهارساله ای را برای نیل به این هدف الهی به اجرا درآورد و فعالیتهای چشمگیری را آغاز نمود. از جمله به عنوان اولین گام

به آنها شیرخشک داده شده را نیز شامل می گردد (۴). بعلاوه تغذیه با بطری در پوسیدگی دندان (۶) و تکامل ذهنی کمتر نسبت به تغذیه با شیرمادر (۵) دخالت دارد. در مطالعه ای نشان داده اند نوزادان نارس که با شیرخشک تغذیه می شوند نسبت به شیرمادر خواران میزان IQ کمتری در ۷-۸ سالگی داشته اند (۷).

استانهای کشور به تفکیک مناطق شهری و روستایی انجام شد. در هر یک از مناطق شهری و روستایی ۵۰ خوشه ۲۰ خانواری بصورت سیستماتیک انتخاب و جمعاً با ۲۰۰۰ خانوار در هر استان مصاحبه شد.

حجم نمونه انتخاب شده در هر استان به اندازه ای است که می توان بسیاری از میزانهای مربوطه را به تفکیک منطقه شهر و روستا با دقت خوب برآورد نمود و با توزین نتایج مربوط به استانها، میزانهای مناطق شهری و روستایی کشور را با دقت بسیار بالا محاسبه کرد.

جمعیت هدف مورد مطالعه را زنان ۱۵-۴۹ ساله همسران تشکیل می دادند که عملکرد آنان در سال ۱۳۷۲ در ارتباط با باروری، حاملگی و زایمان، استفاده از نمک یددار و رفتار شیردهی مورد سؤال قرار گرفت که در این مقاله فقط به عملکرد رفتار شیردهی پرداخته می شود.

از کلیه خانمهایی که در سال ۱۳۷۲ زایمان داشتند و حاصل آن تولد زنده بود، در صورت زنده بودن کودک، نوع تغذیه کودکانشان از بدو تولد تا زمان بررسی از لحاظ نوع شیر مورد استفاده بر حسب مدت مصرف سؤال شد. توزیع سنی و جنسی کودکان مورد مطالعه در جدول شماره (۱) نشان داده شده است. جدول شماره یک تعداد کودکان مورد بررسی را برای نوع تغذیه تا سن ۴، ۶، ۹، ۱۲ ماهگی بر حسب منطقه نشان می دهد.

یافته ها:

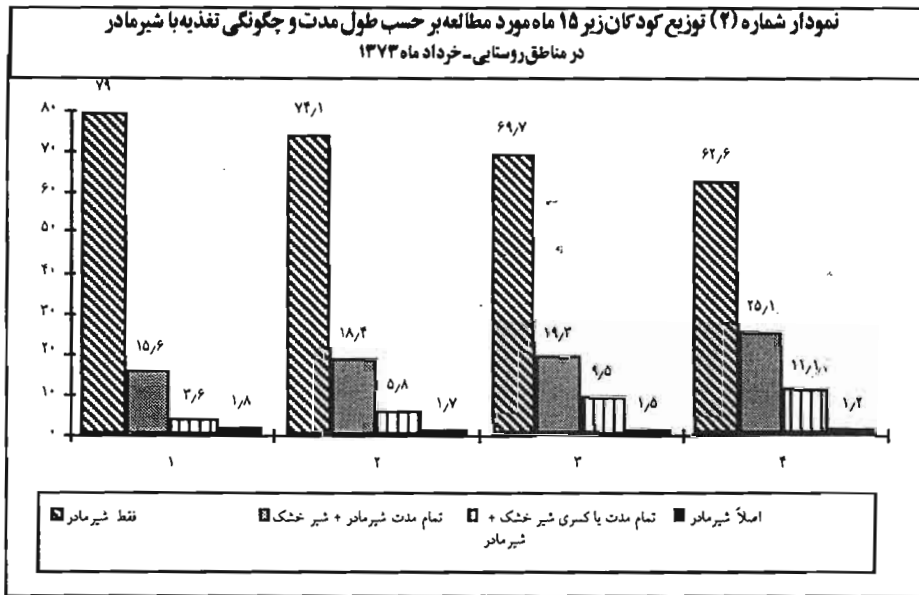
وضعیت تغذیه کودکان با شیرمادر در ۴ مقطع سنی (۴ تا ماهگی، ۶ ماهگی، ۹ ماهگی و تا ۱۲ ماهگی) در مناطق شهری و روستایی به تفکیک در نمودارهای شماره (۱) و (۲) نشان داده شده است.

چنانچه ملاحظه می گردد در مناطق شهری، ۵۰/۱ درصد شیرخواران تا یکسالگی با شیرمادر بدون استفاده از سایر شیرها و ۳۱/۷ درصد آنان با شیرمادر همراه با شیر کمکی تغذیه شده اند. ۱۵/۷ درصد شیرخواران تغذیه با شیرمادر را قبل از

یکسالگی قطع کرده و پس از آن منحصراً با سایر شیرها و بطور عمده با شیرخشک تغذیه شده اند و ۲/۵ درصد شیرخواران در شهرها اصلاً از شیرمادر استفاده نکرده اند. (نمودار شماره ۱).
و اما در مناطق روستایی (نمودار شماره ۲) ۶۲/۶ درصد شیرخواران حداقل برای یکسال با

رسیده است.

همچنین ۱/۸ درصد کودکان شهری و ۲/۶ درصد کودکان روستایی اصلاً شیرمادر نخورده اند که تفاوت این رقم در منطقه شهر و روستا مربوط به تفاوتهای فرهنگی و اجتماعی است.
وضعیت تغذیه کودکان با شیرمادر تا یکسالگی



و ۶ ماهگی به تفکیک در استانهای مختلف کشور در مناطق شهری و روستایی در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

از بین استانها، بالاترین میزان تغذیه با شیرمادر بدون شیر کمکی تا سن ۱۲ ماهگی برای مجموع مناطق شهری و روستایی مربوط به استان ایلام و سیستان و بلوچستان است بطوری که ۷۴ درصد کودکان این دو استان تا سن ۱۲ ماهگی با شیرمادر، بدون استفاده از شیر کمکی تغذیه شده اند. در این نتایج قابل توجه، علاوه بر نقش فعالیتها ترویج تغذیه با شیرمادر، تأثیر مسائل فرهنگی و قومی منطقه را در امر تداوم شیردهی نباید از نظر دور داشت. و اما کمترین میزان تغذیه با شیرمادر تا سن ۱۲ ماهگی در منطقه روستا در استانهای مرکزی، بوشهر، گیلان و یزد مشاهده شده که بیش از نیمی از شیرخواران در این استانها از شیرمادر همراه با شیر کمکی و یا فقط با شیرخشک

شیرمادر بدون استفاده از سایر شیرها و ۲۵/۱ درصد با شیرمادر همراه با شیر کمکی تغذیه شده اند. ۱۱/۱ درصد شیرخواران قبل از یکسالگی تغذیه با شیرمادر را قطع و پس از آن منحصراً با شیرخشک تغذیه شده اند و ۱/۲ درصد شیرخواران روستایی اصلاً از شیرمادر استفاده نکرده اند.

بطور کلی نتایج حاکی از آن است که با افزایش سن کودک، میزان استفاده از شیرمادر کاهش یافته و تغذیه توأم (شیرمادر همراه با شیر کمکی) افزایش می یابد. در مجموع، تداوم شیردهی مادران در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری می باشد. برعکس در مناطق شهری تغذیه توأم بطور قابل ملاحظه ای بیشتر از مناطق روستایی است، به طوری که در مناطق شهری ۲۵ درصد کودکان تا ۴ ماهگی از تغذیه توأم استفاده می کردند که در سن ۱۲ ماهگی به ۴۸ درصد افزایش یافته و در منطقه روستایی این میزان از ۱۹ درصد به ۳۶ درصد

در مناطق شهری، از لحاظ تغذیه کودکان با شیرمادر تا سن ۶ ماهگی بین استانها تفاوت عمده‌ای دیده نشد و فقط استان بوشهر از میزان بسیار پایینی برخوردار بود. اختلاف بین استانها در تغذیه با شیرمادر از سن ۶ ماهگی به بعد است. متأسفانه استان بوشهر و سپس کرمان ویزد در منطقه شهری نیز مانند مناطق روستایی مشکل داشته و بیش از یک سوم شیرخواران از شیرمادر محروم و یا شیرمادر را بطور کامل دریافت نمی‌کنند و از شیرکمکی استفاده می‌کنند. لذا انجام تحقیقات بعدی برای علت‌یابی این مشکل ضروریست و احتمالاً توزیع نادرست شیرخشک در این مسئله بی‌تأثیر نبوده است.

بیشترین تداوم شیردهی مادران در استانهای سیستان و بلوچستان، ایلام و فارس به چشم می‌خورد. بالاترین میزان استفاده از شیرمادر بدون شیر کمکی تا ۴ ماهگی مربوط به استان اصفهان (با رقم ۸۳ درصد) تا سن ۶ ماهگی و ۹ ماهگی مربوط به استان سیستان و بلوچستان (با ارقام ۸۲ درصد و ۷۵ درصد به ترتیب) و تا سن ۱۲ ماهگی مربوط به استان فارس (با رقم ۷۲ درصد) می‌باشد که با تحقیقات بیشتر پیرامون انگیزه مادران در تداوم شیردهی می‌توان به نکاتی پی برد که شاید در برنامه ریزی سایر استانها کمک کننده و راهگشا باشد.

بحث و نتیجه گیری:

یافته‌های این بررسی حاکی از آنست که مجموعه فعالیتهای انجام شده در ۴ سال گذشته، تأثیر مثبتی بر شاخص‌های شیردهی و در نتیجه ارتقاء سطح سلامت مادران و کودکان داشته است. چرا که بر اساس بررسی سال ۱۳۷۰* و در شروع برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر (۱۳) ۷۲ درصد کودکان روستایی و ۶۲ درصد کودکان شهری تا یکسالگی با شیرمادر به تنهایی و یا همراه با شیرکمکی تغذیه می‌شدند و خوشبختانه در بررسی حاضر این رقم در روستا به ۷۸/۷ درصد و در شهر به ۸۱/۸ درصد و در مجموع به ۸۵ درصد رسیده

است. یا به عبارت دیگر ۱۷ درصد افزایش داشته که تقریباً برابر با هدف از پیش تعیین شده است. نکته حائز اهمیت آنست که از این ۸۵ درصد، حدود ۶۰ درصد کودکان، شیری به جز شیرمادر دریافت نکرده‌اند و به عبارتی فقط ۲۵ درصد کودکان همراه با شیرمادر از شیر خشک نیز استفاده کرده‌اند.

با توجه به یافته‌های فوق می‌توان شیرخشک مورد نیاز کودکان کشور را برآورد کرد. در مناطق شهری با در نظر گرفتن ۷۰۰/۰۰۰ مولید در سال و رقم ۴۷ درصد استفاده از شیرخشک به عنوان شیرکمکی و با فرض بطور متوسط ۶ ماه استفاده از شیرخشک (۲۵ قوطی)، شیرخشک مورد نیاز این گروه ۸/۲۲۵/۰۰۰ قوطی محاسبه می‌گردد. از سوی دیگر ۲/۵ درصد کودکان شهری بطور کامل با شیرخشک تغذیه می‌شوند و اگر بطور متوسط به ۵۰ قوطی شیرخشک در سال نیاز داشته باشند، رقم ۸۷۵۰۰۰ قوطی محاسبه و جمعاً نیاز شیرخشک کودکان شهری ۹۱۰۰۰۰۰ قوطی در سال خواهد

بود. با محاسبه‌ای به همین ترتیب برای مناطق روستایی با ۷۰۰۰۰۰۰ مولید در سال و با توجه به رقم ۳۶ درصد استفاده از شیرخشک به عنوان شیرکمکی، شیرخشک مورد نیاز این گروه ۶,۳۰۰,۰۰۰ قوطی خواهد بود و ۱/۲ درصد کودکان روستایی که بطور کامل با شیرخشک تغذیه می‌شوند به ۴۲۰,۰۰۰ قوطی شیرخشک احتیاج دارند که جمعاً نیاز شیرخشک مناطق روستایی ۶,۷۲۰,۰۰۰ قوطی و در کل شهر و روستا ۱۵,۸۲۰,۰۰۰ قوطی خواهد بود. آموزشهای صحیح و پیگیر برای اصلاح باورهای غلط در جامعه و منع استفاده بی‌رویه شیرخشک می‌تواند این رقم را به نحو چشمگیری کاهش دهد. چرا که طبق برآوردهای بین‌المللی، تنها حدود ۲ تا ۳ درصد کودکانی که به دلایل فیزیولوژیک از شیرمادر محروم هستند نیاز به شیر خشک دارند که با توجه به میزان مولید در کشور ما، حدود ۴/۵ میلیون قوطی شیرخشک مورد نیاز خواهد بود. پس هنوز جا دارد که با آموزشهای مؤثر و تمهیداتی که در برنامه

جدول شماره ۲
روشیت استفاده از شیر مادر تا یک سالگی و روش ماهگی در استانهای کشور

استانها بر حسب استفاده از شیر مادر	مناطق شهری			مناطق روستایی		
	درصد استفاده از شیر مادر تا یکسالگی	درصد استفاده از شیر مادر تا یکسالگی	درصد استفاده از شیر مادر تا یکسالگی	درصد استفاده از شیر مادر تا یکسالگی	درصد استفاده از شیر مادر تا یکسالگی	درصد استفاده از شیر مادر تا یکسالگی
کهگیلویه و بویراحمد	۹۵	۵۹	۶۲	۷۲	۵۶	۹۵
لرستان	۹۵	۵۶	۷۲	۷۲	۵۶	۹۵
ایلام	۹۲	۷۱	۸۱	۸۱	۷۱	۹۲
مرمرگان	۹۲	۶۰	۶۷	۶۷	۶۰	۹۲
فارس	۸۹	۷۲	۶۶	۶۶	۷۲	۸۹
سیستان و بلوچستان	۸۹	۶۹	۸۰	۸۰	۶۹	۸۹
آذربایجان شرقی	۸۹	۶۲	۷۲	۷۲	۶۲	۸۹
کردستان	۸۷	۶۷	۷۴	۷۴	۶۷	۸۷
چهارمحال و بختیاری	۸۷	۵۲	۷۸	۷۸	۵۲	۸۷
اردبیل	۸۵	۶۷	۶۲	۶۲	۶۷	۸۵
اصفهان	۸۵	۵۴	۶۳	۶۳	۵۴	۸۵
تهران	۸۳	۴۴	۵۸	۵۸	۴۴	۸۳
خوزستان	۸۲	۶۲	۶۴	۶۴	۶۲	۸۲
سمنان	۸۰	۵۲	۶۷	۶۷	۵۲	۸۰
کرمانشاه	۷۸	۵۷	۷۲	۷۲	۵۷	۷۸
آذربایجان غربی	۷۹	۵۰	۶۱	۶۱	۵۰	۷۹
زنجان	۸۹	۶۵	۷۳	۷۳	۶۵	۸۹
گیلان	۷۷	۴۴	۶۱	۶۱	۴۴	۷۷
کرمان	۷۷	۲۷	۵۲	۵۲	۲۷	۷۷
خراسان	۷۲	۳۰	۶۲	۶۲	۳۰	۷۲
مازندران	۷۱	۲۳	۶۱	۶۱	۲۳	۷۱
مرکزی	۷۰	۲۱	۶۴	۶۴	۲۱	۷۰
مدان	۶۹	۵۴	۵۸	۵۸	۵۴	۶۹
یزد	۶۸	۳۲	۲۸	۲۸	۳۲	۶۸
بوشهر	۶۵	۳۰	۳۵	۳۵	۳۰	۶۵
کل کشور	۸۲	۵۰	۶۳	۶۳	۵۰	۸۲

ترویج تغذیه با شیرمادر اتخاذ می‌گردد، برای نیل به این تنزل در مصرف سالانه شیرخشک تلاش نموده و شاهد آثار بهداشتی و اقتصادی ناشی از آن در ارتقاء سطح سلامت مادران و کودکان باشیم. کما اینکه اثربخشی اجرای این برنامه را در کاهش موارد اسهال و بیماریهای حاد تنفسی در سالهای اخیر شاهد بوده‌ایم. ترویج تغذیه با شیرمادر بر منحنی تغییرات مرگ و میر کودکان نیز مؤثر بوده است. بی‌تردید درصد قابل توجهی از کاهش موارد مرگ و میر کودکان زیر پنجسال به دلیل اسهال و رسیدن آن از حدود ۳۴,۰۰۰ مرگ در سال ۶۴ به حدود ۴,۰۰۰ مورد در سال ۷۴ را می‌توان به اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر در کنار سایر برنامه‌های مربوطه نسبت داد.

بهرحال برای آنکه به موفقیت شیردهی مادران تا حدود ۹۸ درصد در جامعه دست یابیم، نیاز به تلاش بیشتر کارکنان، افزایش آگاهی مادران و ایجاد انگیزه لازم در آنان و حمایت کامل آنها داریم. گرچه تغییرات اجتماعی و تأثیرات تجاری در کاهش تغذیه با شیرمادر دخالت دارند. اما کارکنان بهداشتی-درمانی باید مسئولیت خود را به نحو احسن به انجام برسانند و سیستم بهداشتی در تمام مراحل از مراقبتهای دوران بارداری، زایمان و پس از آن، زنجیره گرم حفاظت و حمایت از مادر را استوار نگهدارد. در هر جا که این زنجیره شکسته شود مثل عدم آماده نمودن مادر در دوران بارداری، جدایی مادر و نوزاد در بیمارستان، محدودیت مدت و تکرر شیردهی، دادن آب و آب قند و شیرخشک،

عدم رفع مشکلات شیردهی مادران و ... موجب عدم موفقیت مادر و شیردهی می‌گردد. لازم است ترویج تغذیه با شیرمادر قویتر و وسیع تر از پیش در محیط‌های کار، خانواده و جامعه تداوم یابد و سایر ارگانهای ذیربط، مجامع قانون‌گذاری و انجمن‌های حرفه‌ای؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در اجرای فعالیتهای مربوط به استقرار و تداوم زنجیره گرم حمایتی مادران، یاری رسانند و شیردهی موفقیت‌آمیز آنان را همراه با حفظ فعالیتهای اجتماعی‌شان میسر سازند و سلامت نسل آینده را تضمین نمایند.

* بررسی وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری

اسلامی ایران- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی -

خرداد ماه ۱۳۷۰

References:

- 1- Bahna. SL. (1987) Milk allergy in infancy. *Ann Allergy* 1987. 59:131-136.
- 2- Duffy. LC, Byers. TE, et al (1989) The effects of infant feeding on or-tavirus-induced gastroenteritis: a prospective study. *Am. J. pub. Health*, 76:259-263.
- 3- Hafez. GH, Bagchi. K. (1995) Breastfeeding and fertility. WHO. EMRO.
- 4- Host. A, Husby. S, Osterbxlle. O. (1988) A Prospect study of cow's milk allergy in exclusive breastfeed infants. *Acta. paediatr. Scand.* 77:663-670.
- 5- huffman. SL, Yeager. BAC, Levine. Re, et al (1994) Warm chain for breastfeeding. *The Lancet.* 344. No: 8932.
- 6- Loeche. WJ (1985) Nutrition and dental decay in infants. *Am. J. Clin. Nutr.* 41:433-435.
- 7- Lucas. A, Morley. R, Cle TJ, et al (1992) Breastmilk subsequent intelligence quotient in chidren born preterm. *The Lancet* 339:261-264.
- 8- Newcomb. PA, Storer BE, Longmecker. MP, et al (1994) Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *The new England J of Med.* 330(2): 81-87.
- 9- Pisacame A, Impagliazzo N, Russo M, et al (1994) Breastfeeding and multiple sclerosis. *British Med J.* 308: 1411-1412.
- 10- Saarinen UM. (1982) Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *acta paediatr scand.* 71:567-571.
- 11- Virtanen Am, Rasanen. L, Ylonen. K, et al (1993) Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in finnish children. *Diabetes.* 42:1789-1790.
- 12- Wright. AL, Holberg. CJ, Mateiner. FD. ET AL (1980) Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Br. Med. J.* 299:946-949.