مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره شانزدهم، شمارهٔ ۷، تیر ۱۳۹۳، صفحه ۷۶-۷۱

آگاهی پزشکان عمومی درباره خصوصیات و شرایط تغذیه با شیر مادر

مریم نخشب(MD)[۱]، جواد غفاری(MD)*[۱]، محمدمهدی ناصحی(MD)[۱]، جمشید یزدانی چراتی(PhD)[۲]، علی شاکری(MD)[۳]، زینب نظری(MD)[۴]

۱- گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲- گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۳- دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴- گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دریافت: ۹۲/۹/۱۷، اصلاح: ۹۲/۱۰/۱۵، پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: شیرمادر بهترین ماده غذایی برای رشد و تکامل نوزادان و شیرخواران می باشد. آگاهی بالاتر پزشکان عمومی بعنوان سطح اول درمانی و تعداد بیشتر آنها در زمینه شیر مادر بسیار مهم می باشد. هدف از این مطالعه ارزیابی دانش و آگاهی پزشکان عمومی در مورد تغذیه با شیر مادر می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی درباره شیرمادر از پزشکان عمومی در شهرستان ساری در شمال ایران در سال ۱۳۹۱ انجام شد. سوالات مختلف مربوط به شیرمادر در مورد فواید - زمان شروع – مدت شیردهی- نگهداری (شامل ۳۰ سوال) در پرسشنامه ای تدوین و در اختیار پزشکان عمومی قرار داده شده اند.

یافته ها: ۳۰۰ پزشک پرسشنامه را تکمیل کردند. ۱۴۰ نفر مونث (۴۶٪) و تعداد ۱۸۸ نفر اشتغال در مراکز شهری داشتند (۶۳٪). نوع فعالیت (مراکز دولتی و یا خصوصی) در نتایج پاسخ به سوالات تفاوت معنی داری نداشته است. پزشکان شاغل شهری نسبت به آنهائیکه در مراکز روستایی اشتغال داشتند از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند. سطح علمی افراد در اکثر موارد بالاتر از ۵۰٪ بوده است (۹۶٪) و در بیش از نیمی از موارد بالاتر از ۷۰٪ می باشد. سابقه کاری افراد در میزان آگاهی آنها تاثیر معنی داری نداشته است.

نتیجه گیری: سطح آگاهی پزشکان عمومی در اکثر موارد در سطح بالایی قرار دارد اما در برگزاری همایش و کنفرانس نیز جهت بالا بردن سطح آگاهی پزشکان ضروری می باشد.

واژه های کلیدی: پزشکان عمومی، آگاهی، شیرمادر.

مقدمه

شیرمادر بهترین ماده غذایی (بخصوص تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی) برای رشد و تکامل نوزادان و شیرخواران می باشد. بعلاوه شیر مادر اثرات مثبت روحی و روانی برای مادر و کودک دارد (۲و۱). آکادمی اطفال آمریکا (AAP) و انجمن زنان آمریکا (ACOG) قویاً تغذیه با شیر مادر را برای سلامت و رشد و تکامل مناسب کودکان توصیه کرده اند (۴و۳). کودکانی که از شیر خشک تغذیه می کنند چند برابر (۵-۳ برابر) نسبت به آنهائیکه از شیر مادر استفاده می کنند دچار مرگ و میر می شوند (۵). علی رغم آگاهی از فواید شیرمادر، میزان مصرف آن در کشورهای مختلف متفاوت می باشدکه به علل مختلفی شامل دانش نامناسب پرسنل بهداشتی از جمله پزشکان عمومی، فرهنگ غلط و مسائل اقتصادی می باشند (۶). پزشکان عمومی از جمله پرسنل بهداشتی هستند که مراقبت اولیه (سطح یک) را بر عهده داشته که دانش و آگاهی مناسب آنها در زمینه شیردهی مادران کمک شایانی می کند. تشویق مادران، آموزش روش صحیح شیردهی، افزایش دانش گروه پرسنل بهداشتی، بهبود مسائل اقتصادی و فرهنگ سازی مناسب می تواند جهت افزایش مصرف شیردهی مادران و در نتیجه افزایش سلامت فیزیکی و روحی و روانی کودکان تاثیر گذار باشد (۶). در ایران در حال حاضر شیردهی انحصاری با شیرمادر تا ۴ ماهگی ۵۰٪ و تا ۶ ماهگی تا ۷۳٪ می باشد (۷). در یک بررسی در عراق در ۳ ماه اول زندگی تغذیه با شیر مادر در ۷۶٪ و در ۴تا ۱۲ ماهگی ۶۳-۶۸ درصد و در انتهای ۲ سالگی در ۵۰ درصد دیده شده است (۸). مطالعات اندکی در زمینه آگاهی پزشکان عمومی در باره تغذیه شیر مادر در دنیا وجود دارد. در یک مطالعه در عراق نشان داد که پزشکان عمومی پاسخ متفاوتی از ۱۴ تا ۹۲ درصد به سوالاتی راجع به تغذیه با شیر مادر داشته اند (۶). در یک مطالعه دیگر نشان داده شده است که ۲۶ درصد از پزشکان عمومی اعتقادی به تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی نداشته اند (۹). هدف از این مطالعه ارزیابی دانش و آگاهی پزشکان عمومی در مورد خصوصیات و ویژگیهای تغذیه با شیر مادر می باشد.

▣ این مقاله حاصل پایان نامه علی شاکری دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر جواد غفاری
آدرس: ساری، بلوار پاسداران، بیمارستان بوعلی، تلفن: ۰۱۵۱-۲۲۳۴۵۰۶
e-mail: javadneg@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.8.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.71]

مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی از آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز شهری و روستایی و همچنین در مراکز خصوصی و دولتی درباره خصوصیات و ویژگیهای تغذیه با شیر مادر در شهرستان ساری در استان مازندران در شمال ایران در سال ۱۳۹۱ بررسی شد. سوالات مختلف مربوط به شیرمادر (۳۰ سوال) در پرسشنامه ای تدوین و در اختیار پزشکان عمومی قرار داده شد (جدول ۲). مبنای سوالات بر اساس مقالات و نظر فوق تخصص های نوزادان مرکز بوعلی سینا تدوین شد (۱۰و۶). پرسشنامه حاوی سوالاتی درباره دوران بارداری و شیردهی بود. روایی و اعتبار پرسشنامه در یک مطالعه پایلوت سنجیده شد. روایی و پایایی پرسشنامه در ۳۰ نفر از پزشکان عمومی حدود ۸۷درصد بوده است. پاسخ صحیح سوالات بر مبنای توصیه انجمن پزشکان خانواده آمریکا و کمیته ترویج با شیرمادر در ایران تعیین شد. بر اساس تعداد پزشکان و مطالعات قبلی در برآورد آماری و دانشگاهی، کلی راجع به سوالات پرسشنامه که پنجاه درصد بوده است، تعداد ۳۰۰ نفر بطور راندوم و در صورت موافقت در مطالعه شرکت داده شدند. پرسشنامه توسط دانشجوی پزشکی در بیمارستان، مطب و یا مراکز بهداشتی و درمانی به پزشکان عمومی داده شده و بعد از یکساعت جمع آوری گردید. افرادی که به حداقل ۱۵ سوال پاسخ صحیح داده باشند ۵۰ درصد و اگر به حداقل ۲۲ سوال پاسخ داده باشند ۷۰درصد پاسخ صحیح در نظر گرفته شد. اطلاعات جمع آوری شده در SPSS-13 ثبت و با استفاده از تست های آماری T-Test جهت میزان پاسخ دهی صحیح و یا غلط به سوالات و X^2 جهت مقایسه گروه ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

تمام ۳۰۰ پزشک در طرح پرسشنامه را تکمیل کردند. ۱۴۰ نفر مونث (۴۶٪) و تعداد ۱۸۸ نفر اشتغال در مراکز شهری داشتند (۶۳٪). تعداد ۱۰۸ نفر در مراکز دولتی (۳۶٪) و مدت زمان اشتغال به کار در ۱۴۷ نفر (۴۹٪) بین ۶ تا ۱۵ سال بوده است (جدول ۱). در بررسی پاسخ درست به سوالات نشان داد که بیشترین پاسخ صحیح به سوال ارتباط روحی و روانی مادر با شیردهی که در ۹۶درصد دید. اما کمترین پاسخ صحیح مربوط به سوالات شستن دستهای مادر قبل از هر شیردهی و ادامه شیردهی در هنگام ترک پستان که به ترتیب برابر ۳۳ و ۲۳ در صد بوده است (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ به سوالات توسط پزشک عمومی

سوال	صحیح	غلط	عدم اطلاع
بهترین زمان شروع شیر	(۹۵)۲۸۴	(۴/۷)۱۴	(۳)۱
فواصل تغذیه نوزاد با شیر مادر	(۲۸/۴)۸۵	(۷۱)۲۱۳	(۰/۷)۲
مواد ایمنی بخش موجود در شیر مادر	(۷۰)۲۱۲	(۲۷)۸	(۳)۸
وضعیت تغذیه ی مادر بر محتوای مواد غذایی موجود در شیر	(۷۵)۲۲	(۲۵)۷۵	۰
برای تغذیه نوزاد نارس	(۸۷)۲۶۱	(۱۱)۳۴	(۲)۵
ارتباط بین وضعیت روحی روانی مادر با شیر مادر	(۹۶)۲۸۹	(۴)۱۱	۰
ارتباط اندازه پستان و شیرمادر	(۷۴)۲۲۳	(۲۰)۶۰	(۶)۱۷
آیا شیردهی برای مادر سالم عارضه دارد؟	(۹۰)۲۷۰	(۷)۲۲	(۳)۸
آیا مادر معتاد باید به نوزاد شیر دهد؟	(۵۸)۱۷۴	(۳۸)۱۱۴	(۴)۱۲
آیا مادر HIV می تواند به نوزاد شیر بدهد؟	(۶۲)۱۸۷	(۳۵)۱۰۶	(۳)۷
نوزاد مادر مبتلا به هپاتیتB که واکسن و ایمنوگلوبولین HBIg دریافت کرد	(۷۵)۲۲۶	(۱۱)۶۲	(۴)۱
مصرف پستانک	(۷۲)۲۱۶	(۲۵)۷۷	(۳)۷
آیا شیردهی غریزی است و احتیاج به آموزش خاصی نیست؟	(۷۶)۲۲۹	(۲۰)۶۱	(۴)۱۰
توانایی شیردهی در مادران زمینه ارثی دارد	(۶۵)۱۹۵	(۲۷)۸	(۸)۲۵
در نوزادی که دچار زردی شیرمادر دیررس میشود	(۳۲)۹۵	(۶۴)۱۹۳	(۴)۱۲
در زردی شیرمادر زودرس	(۶۴)۱۹۲	(۲۲)۶۸	(۱۴)۴۰
شیرمادر برای اکثر نوزادان کفاف تغذیه را می کند	(۸۸)۲۶۳	(۱۱)۳۲	(۱)۵
برای شیرخواری شیرمادرخوار ی که وزن گیری مناسبی ندارد	(۹۵)۲۸۶	(۴)۱۲	(۱)۲
امکان نگهداری شیردوشیده شده مادر در دمای اتاق	(۵۶)۱۶۸	(۳۸/۵)۱۱۷	(۶/۵)۱۵
امکان نگهداری شیردوشیده شده مادر در یخچال	(۷۴)۲۲۳	(۲۲)۶۵	(۴)۱۲
گر شیرخواری به اسهال مبتلا شد	(۸۸)۱۶۳	(۷)۲۲	(۵)۱۵
در مادری که حجم شیر او کم شده استRelactation	(۷۳)۲۱۸	(۹)۲۷	(۱۸)۵۵
درمان ترک نوک پستان	(۲۳)۶۹	(۷۴)۲۲۱	(۳)۱۰
قبل از هر بار شیردهی مادر شستشوی پستان	(۳۳)۹۹	(۶۵/۵)۱۹۹	(۰/۵)۲
تغذیه با شیر خشک در نوزاد شیرمادرخوار خواری که بی قرار است و گریه میکند. بهتر است به اوکمی شیر خشک داده شود	(۹۲)۲۷۵	(۶)۱۸	(۴)۷
بهترین نشانه کم بودن حجم شیرمادر	(۷۵)۲۲۶	(۲۴/۵)۷۲	(۰/۵)۲
در صورت کفایت حجم شیرمادر، نوزاد چند بار در روز باید کهنه را کاملاً خیس نماید؟	(۸۰)۲۳۹	(۱۶)۴۹	(۴)۱۲
شروع تغذیه تکمیلی برای کودک شیر مادر خوار	(۷۸)۲۳۴	(۲۰)۶۰	(۲)۶
شیردهی شبانه در افزایش شیرمادر	(۸۳)۲۴۹	(۱۳)۳۹	(۴)۱۲
تغذیه نوزاد با شیر مادر در جلوگیری از بارداری	(۹۰)۲۷۰	(۸)۲۵	(۲)۵

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.8.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.71]

تفاوت معنی داری در پاسخ به سوالات بین پزشکان مونث و مذکر وجود نداشت (جدول ۳) و نوع فعالیت (مراکز دولتی و یا خصوصی) در نتایج پاسخ به سوالات تفاوت معنی داری نداشته است اما پزشکان شاغل شهری نسبت به آنهائیکه در مراکز روستایی اشتغال داشتند از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند. سطح علمی افراد بر اساس پاسخ صحیح به ۳۰ سوال مطرح شده در ۴٪ (۱۳ نفر) موارد کمتر از ۵۰٪، در ۴۶٪ (۳۸ نفر) بین ۵۰-۷۰٪ و در ۵۰٪ (۱۴۹ نفر) بیشتر از ۷۰٪ بوده است. سابقه کاری افراد در میزان آگاهی آنها تاثیر معنی داری نداشت (جدول ۴).

جدول ۳: میزان آگاهی پزشکان عمومی بر اساس جنس – نوع فعالیت و محل طبابت

	تعداد	Mean±SD	Pvalue
جنس			
زن	۱۴۰	۲۱/۳۸±۳/۰۷	۰/۱۳۲
مرد	۱۶۰	۲۰/۸۶±۲/۸۶	
نوع فعالیت			
دولتی	۱۵۲	۲۱/۰۵±۳/۱۸	۰/۷۴۳
خصوصی	۱۴۵	۲۱/۱۶±۲/۷۳	
محل طبابت			
شهری	۲۰۵	۲۱/۷۴±۲/۶۰	۰/۰۰۱
روستایی	۸۹	۱۹/۵۳±۳/۲۰	

جدول ۴: میزان پاسخ صحیح به سوالات بر اساس سابقه کار

پاسخ صحیح به سوال	کمتر از ۵ سال	۶-۱۵ سال	بیشتر از ۱۶ سال	Pvalue
کمتر از ۵۰٪	۱	۷	۵	۰/۶۸۸
۵۰-۷۰٪	۱۳	۶۷	۵۸	۰/۶۷۸
بیش از ۷۰٪	۲۱	۷۳	۵۵	۰/۶۸۷
کل	۳۶	۱۴۷	۱۱۷	۰/۳۱۴

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد که متوسط آگاهی پزشکان عمومی در حد ۲۱ یا ۷۰درصد (طیف ۳۰-۰) بود که در دو جنس مرد و زن و همچنین در سیستم خصوصی و دولتی تفاوت معنی داری نداشته است. اما پزشکان شاغل در شهر وضعیت بهتری به پزشکان روستایی داشتند. احتمالا دلایل آن این است که این پزشکان از ابتدا بطور تصادفی وضعیت آگاهی بالاتری داشته اند و یا به لحاظ دسترسی بیشتر با پزشکان سطوح بالاتر دیگر همانند متخصصین کودکان و یا شرکت بیشتر در همایش ها آگاهی آنها بالاتر رفته است. سنوات خدمت در این افراد نیز تاثیر معنی داری در آگاهی آنها نداشته است و این نشان از آن دارد که آموخته های اولیه در شکل گیری دانش پزشکان اهمیت بسیار دارد و بنابراین آموزش اولیه دوران تحصیل بسیار اهمیت دارد. در عین حال بازآموزی مطالب با تاکید بیشتری مورد نیاز میباشد. شیردهی در کشورهای در حال توسعه و عقب مانده در موارد ابتلا مادر به اعتیاد و HIV اشکال ندارد، در این مطالعه نیز پزشکان پاسخ دهنده به سوالات فوق با درصد اشتباه بالاتری نسبت به بقیه سوالات پاسخ دادند و به نظر می رسد آگاهی پزشکان در این زمینه کم بوده و نیاز به بازآموزی بیشتر در این زمینه می باشد. شاید یکی از دلایل آن تفاوت مطالب در پروتکل های بین المللی و کشوری می باشد که نیازمند دقت بیشتر پزشکان در این زمینه می باشد. اگر چه تغذیه مادر بر روی شیردهی او تاثیر زیادی ندارد اما اکثر پزشکان (۷۵٪) به این پرسش پاسخ اشتباه داده اند. در حالی که در مطالعه Al Zwaini و همکاران در عراق ۷۸٪ پاسخ درست دادند (۶).

در مطالعه ما اکثر پزشکان (۸۸٪) به ادامه شیردهی در زمان اسهال کودک پاسخ درست داده اند که در مطالعه Al Zwaini ۹۸٪ صحیح بوده است (۶). وقتی مادر شیرده باردار می شود نیاز به قطع شیردهی ندارد اگر چه مقدار شیر کم می شود ولی کیفیت آن فرق ندارد و در چند ماه اول بارداری ضرری متوجه جنین نمی شود (۱۱) و در مطالعه ای دیگر در عراق ۱۱٪ به ادامه شیردهی در بارداری پاسخ درست داده اند و در سودان ۸۹٪ مادران پاسخ دادند که بارداری مانع شیردهی می باشد (۶).

استرس و هیجان با ترس از شیردهی مناسب و ناکافی بودن شیر از دلایل عمده در عدم موفقیت شیردهی مادران است. مشابه مطالعه Al Zwaini پزشکان مطالعه ما نیز در ۹۶٪ حالت روحی و روانی مادر را در شیردهی موثر دانسته و درست تشخیص دادند. ساپورت روحی و روانی مادر و افزایش اعتماد به نفس در شیردهی موفق بسیار موثر است (۱). بر خلاف مطالعه Al Zwaini که ۳۸ ٪ اندازه پستان مادر را در شیردهی تاثیر گذار دانسته اند اما در مطالعه ما خوشبختانه ۲۶٪ آنرا موثر دانسته اند. این مهم است که بدانید اندازه پستان در شیردهی تاثیر گذار نیست. تصور می شود که پستانک یکی از دلایل قطع شیردهی زودرس مادر است (۱۴-۱۲ و ۱) در مطالعه ما ۸۲٪ به مضر بودن آن اطلاع داشته در حالی که در مطالعه Al Zwaini ۸۶٪ مطلع بوده اند (۶) طبق دستورالعمل WHO اجتناب از پستانک یکی از عوامل مهم در شیردهی موفق مادر است (۱). در مطالعه ما خوشبختانه ۹۰٪ اطلاع از عدم تاثیر شیردهی بر سلامتی مادر داشته اند. در حالی که در مطالعات دیگر بین (۸۴٪ و ۷۸٪) بوده است (۶). این نگرانی ها شامل ریزش مو، تغییر شکل پستان، اتلاف وقت و کاهش تغذیه می باشند که بجز ریزش مو که به علت تغییرات هورمون در زمان زایمان روی می دهد پایه علمی ندارد. در این مطالعه ۹۵ درصد از پزشکان پاسخ درست در مورد زمان شروع شیردهی داشته اند (بلافاصله بعد از تولد) که در مطالعه Al Zwaini ۹۲٪ بوده است (۶).

به هر حال در اولین فرصت ممکن باید شیردهی آغاز شود که ترجیحاً در همان ساعت اول باشد بهتر است (۱۵). در مطالعه ما مشابه مطالعه Al Zwaini حدود دوسوم موارد (۷۲٪) به فواصل شیردهی مناسب پاسخ صحیح دادند. باید توجه داشت که فواصل شیردهی on-demand است و بر اساس نیاز شیرخوار می باشد و فواصل زمانی مشخصی ندارد (۱۹-۱۶). تغذیه on demand در شیردهی موفق بسیار مفید است (۲۰). یکی از اصول سیاست WHO در شیردهی موفق تغذیه شیرخوار بر اساس on demand است (۱). امکان Relactation در مطالعه ما ۷۲٪ پاسخ درست داشته است اما در مطالعات دیگر

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.8.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.71]

نتایج متفاوت بوده است ۸۲٪ در مطالعه Al Zwaini و ۳۰٪ در عربستان سعودی (۲۱). به هر حال شیردادن مجدد امکان پذیر است و قدم هایی در جهت حمایت مادر جهت شیردهی مجدد نیاز دارد (۲۰). هر خانمی قدرت شیردهی مجدد دارد و به فاکتورهایی مثل تعداد زایمان، وضعیت تغذیه، gap شیردهی و سابقه قبل شیردهی در بچه های قبلی ندارد (۲).

ترک پستان نیاز به اقدام خاصی ندارد و ادامه شیردهی توصیه می شود، در مطالعه ما فقط ۲۳٪ از آن آگاهی داشته اند. شروع تغذیه تکمیلی اگر چه بر اساس WHO در ۶-۴ ماهگی می باشد (۱) و بر اساس آن در مطالعه فوق ۹۲٪ پاسخ صحیح به آن دادند (۶). اما بر اساس پروتکل کمیته تغذیه با شیر مادر در ایران که بعد از ۶ ماهگی آنرا توصیه کرده است (۷۸٪) ۲۳۴ نفر به آن پاسخ درست دادند. شیر مادر حاوی فاکتورهای ایمنی سلولی و هومورال می باشد و برای شیرخوار بسیار مهم است که در مطالعه ۷۰٪ به آن پاسخ درست دادند. زردی نوزاد در غالب موارد نیاز به قطع شیرمادر ندارد و در بعضی از موارد حتی شیردهی بیشتر در کاهش زردی نوزاد بسیار موثر است. استثناء آن در مواردی است که زردی دیررس و نوزاد نزدیک به حد تعویض خون باشد که فقط ۳۲ درصد از پزشکان عمومی به آن پاسخ دادند. در زردی زودرس نوزاد که شیردهی باید بیشتر شود، ۶۴٪ به آن پاسخ صحیح دادند که انتظار آن می رفت که درصد بالاتر از آن باشد.

خوشبختانه ۹۵٪ پزشکان آگاهی از آن داشتند که شیر مادر کفایت رشد کودک را دارد. در مورد نگهداری شیرمادر در محیط بیرون تا ۸ ساعت و در یخچال تا ۴۸ ساعت اطلاع پزشکان عمومی بخصوص در مورد اول بسیار کم بوده است (۵۶٪). در مورد بهداشت قبل از شیردهی که نیاز به شستشوی دست با صابون و آب کافی است فقط ۳۳٪ به آن پاسخ درست دادند و غالباً به غلط فقط سشتشوی با آب را پاسخ صحیح دانستند. پزشکان عمومی نقش مهمی در شروع و ادامه شیردهی موفق مادران دارند و این بستگی به دانش مناسب آنها در زمینه های مختلف شیردهی مادر دارد. انجمن ترویج تغذیه با شیر (NGO) در ایران در سال ۱۳۷۵ تاسیس و جهت تشویق شیردهی مادران پروتکلی را تدوین کرده اند (۱۰) WHO نیز با تدوین ۱۰ اقدام در جهت تشویق شیردهی مادر، بیمارستانهای دوستدار کودک را بنا نهاده است (۲۲).

بر اساس مطالعه ما آگاهی پزشکان عمومی در اکثر موارد در سطح بالایی قرار دارد اما در بعضی موارد هنوز اطلاعات اندک و کم می باشد و نیازمند برگزاری همایش و کنفرانس جهت بالا بردن سطح آگاهی آنها می باشد و پیشنهاد می شود تدریس فواید و روش شیردهی مادران برای دانشجویان پزشکی و حتی سایر گروه های پزشکی با اهمیت بیشتری صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و از کلیه پزشکان عمومی شرکت کننده در این طرح تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.8.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.71]

Knowledge of General Practitioners (GP) about Characteristics of Breastfeeding

M. Nakhshab (MD)[1], J. Ghaffari (MD)[1*], M.M. Nasehi (MD)[1], J. Yazdani-Charati (PhD)[2], A. Shakeri (MD)[3], Z. Nazari (MD)[4]

1. Department of Pediatrics, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2. Department of Epidemiology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4. Department of Obstetrics, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(7); Jul 2014; pp: 71-76

Received: Dec 9th 2013, Revised: Jan 5th 2014, Accepted: Mar 6th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Breastfeeding is the best food for growth and development of newborns and infants. General physicians have an essential role in promoting breastfeeding. The purpose of this study was to assess the knowledge and attitude of general practitioner about breastfeeding.

METHODS: This cross sectional study was about the knowledge and attitude of general practitioner in Sari, northern Iran in 2012. A questionnaire including 30 different questions related to breastfeeding, time of starting the feeding and duration of breastfeeding and maintenance of feeding was completed by general practitioners.

FINDINGS: Three hundred general practitioners completed the questionnaires. One hundred and forty (46%) were female, 188(63%) were employed in urban area. There was no significant difference between private or governmental section as a view point of the results of answer to the questions. Urban physicians had more knowledge than the rural physicians. Overall knowledge of the participants was more than 50% in most of cases (96%) and in more than half of the cases was higher than 70%. Work experience of individuals had no effect on level of their knowledge.

CONCLUSION: The level of knowledge of the physicians was at optimal level in most of cases, but there are inadequate acknowledge in some items of breastfeeding among them.

KEY WORDS: *General practitioner, Knowledge, Breastfeeding.*

Please cite this article as follows:

Nakhshab N, Ghaffari J, Nasehi MM, Yazdani-Charati J, Shakeri A, Nazari Z. Knowledge of general practitioners (GP) about characteristics of breastfeeding. J Babol Univ Med Sci 2014;16(7): 71-76.

* **Corresponding Author; J. Ghaffari (MD)**

Address: Buali Hospital, Pasdaran Blvd, Sari, Mazandaran, Iran

Tel: + 98 151 2234506

E-mail: javadneg@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.8.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.71]

References

1.WHO. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization1989.

2. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva, World Health Organization, 2001 (Note for the press No.7). Available at: http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html. Accessed August 16, 2007.

3.American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115(2):496-506.

4.AAFP. Policy Statement on Breastfeeding 2001. American Academy of Family Physicians 2008. Available at: http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html. Accessed March 27, 2008.

5.Guerra de Macedo C. Infant mortality in the Americas. Bull Pan Am Health Organ 1988;22(3):303-12 .

6.Al-Zwaini EJ, Al-Haili SJ, Al-Alousi TM. Knowledge of Iraqi primary health care physicians about breastfeeding. East Mediterr Health J 2008;14(2):381-8.

7.Sanchez L, Calvo M, Brock J. Biological role of lactoferrin. Arch Dis Child 1992;67(5):657-61.

8.WHO. Survey about breast feeding and complementary feed in Iraq. Baghdad, Ministry of Health in cooperation with World Health Organization 1997:9. [in Arabic]

9.Leavitt G, Martínez S, Ortiz N, García L. Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico. J Community Health 2009;34(1):1-5.

10.IRI breastfeeding promotion society with UNICEF, breastfeeding promotion educational collection. UNICEF-Tehran 2009. [in Persian]

11.WHO. Guidelines for training community health workers in nutrition. 2nd ed. Geneva, World Health Organization 1986.

12.Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast feeding duration. Pediatrics 1995;95(4):497-9.

13.Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuse behavior: a randomized controlled trial. J Am Med Assoc 2001;286(3):322-6.

14.Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breast feeding duration. Lancet 1993; 341(8842):404-6.

15.Royal College of Midwives. Successful breastfeeding. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone 1991; p: 77.

16.Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFB. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiological review. J Pediatr 1991;118(5):659-66.

17.King FS. Helping mothers to breastfeed. Nairobi, African Medical and Research Foundation 1992; p:180. Available at: http://www.popline.org/node/337643#sthash.R4ruIZsv.dpuf.

18.Helsing E, King FS. Breast feeding in practice. A manual for health workers. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications 1984; pp: 171-81.

19.Cameron M, Hofvander Y. Manual on feeding infants and young children. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 1983. Available at: www.who.int/nutrition/publications/en/selective_feeding_emergencies.pdf.

20.Temboury Molina MC, Polanco Allué I, Otero Puime A, Tomás Ros M, Ruiz Alvarez F, Marcos Navarrete MA. Importance of maternity routines in the success of maternal breast-feeding. An Esp Pediatr 1992;36(5):367-70.

21.Bella H. Are health workers adequately trained to manage and promote breast feeding? Saudi Med J 1998;19(4):441-5.

22.World Health Organization Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva, WHO 1998:62-7.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.7.8.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.7.71]