

نقش توده بدنی مادر در مدت شیردهی

دکتر شهین سعیدی نجات^۱، مهدیه عاطفی^{۲*}، مریم عاطفی^۲، لیلا خطیبی^۲

مریم علیزاده^۲، مریم قاسمی^۲

۱. دکترای حرفه ای، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۱

خلاصه

مقدمه: شیر مادر یکی از سالم ترین روش های تغذیه کودک است و مزایای بارزی برای مادر و کودک دارد. یکی از عوامل مرتبط با شیردهی، وزن مادر است. با توجه به پیچیدگی و اهمیت تغذیه با شیر مادر و نقش ارزشمند تداوم شیردهی بر میزان رشد و تکامل کودکان زیر ۲ سال، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش توده بدنی مادران در موفقیت آن ها جهت تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۴۰۰ نفر از زنان دارای شیرخوار ۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه بود که با استناد به منابع و مطالعات قبل تدوین شد. روش جمع آوری اطلاعات، مصاحبه با مادران و مراجعه به پرونده بهداشتی خانوار بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) و آزمون های کای دو، تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: از بین ۴۰۰ نمونه، مادران با شاخص توده بدنی نرمال، میزان شیردهی انحصاری بیشتری داشتند ($p=0/028$). ۱۹۳ نفر (۴۸/۲٪) از مادران از نظر شاخص توده بدنی قبل از بارداری در گروه نرمال، ۲۷ نفر (۶/۸٪) در گروه لاغر، ۱۳۷ نفر (۳۴/۲٪) در گروه اضافه وزن و ۴۳ نفر (۱۰/۷۵٪) در گروه چاق قرار داشتند. میانگین مدت شیردهی انحصاری در زنان چاق درجه ۲، $96/89 \pm 81/89$ روز، در زنان چاق درجه ۱، $134/35 \pm 62/26$ روز، در زنان دارای اضافه وزن $147/44 \pm 54/81$ روز، در زنان با شاخص توده بدنی نرمال $143/03 \pm 58/40$ روز و در زنان لاغر $143/37 \pm 58/46$ روز بود که بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، اختلاف معنی داری مشاهده شد ($p=0/028$).
نتیجه گیری: مادران با شاخص توده بدنی نرمال در تغذیه انحصاری با شیر مادر موفقیت بیشتری دارند. هر چند تکرار مطالعه در سایر مناطق شهری و روستایی به منظور لحاظ نمودن تفاوت های فرهنگی پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: پیش بارداری، تغذیه انحصاری با شیر مادر، توده بدنی

* نویسنده مسئول مکاتبات: مهدیه عاطفی؛ مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۳۸۷۸۸۸۴۶-
۰۵۱؛ پست الکترونیک: atefim2@mums.ac.ir

مقدمه

تغذیه با شیر مادر، یکی از اولویت های بهداشت عمومی در جهان (۱) و یکی از سالم ترین روش های تغذیه کودک می باشد که مزایای بارزی برای مادران و کودکان دارد. شیر مادر حاوی عناصر مغذی است که حداقل تا سن شش ماهگی بهترین تعادل تغذیه ای را برای کودک فراهم می کند. تغذیه با شیر مادر باعث کاهش خطر بروز بیماری های عفونی، دیابت، سرطان، آسم و چاقی در کودکان می شود و مزایای اقتصادی نیز دارد (۲). سازمان جهانی بهداشت و یونسف تغذیه انحصاری با شیر مادر از زمان تولد تا ۶ ماهگی و تداوم آن را تا پایان ۲ سالگی تاکید می کنند (۳). بر اساس آمار ارائه شده در ایران در سال ۱۹۹۶، میزان شیردهی انحصاری تا سن ۶ ماهگی کمتر از ۴۵٪ و در سال ۲۰۰۰، ۴۴٪ برآورد شد، در حالی که در سال ۲۰۰۴ به ۲۷٪ تقلیل یافت (۴). عوامل زیادی بر زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیر می گذارند که از جمله این عوامل می توان به عوامل فردی، عوامل اجتماعی و عوامل روانشناختی مادر اشاره کرد (۵). عامل مهم دیگری که با شیردهی ارتباط دارد، چاقی مادر است (۶). بررسی عوامل مربوط به تداوم شیردهی موفق حاکی از آن است که در مادران چاق، میزان شیردهی پایین تر است و شاخص توده بدنی بالای مادر باعث کوتاه شدن دوره شیردهی می شود (۷). شاخص توده بدنی بالای مادر با افزایش میزان سزارین نیز ارتباط مستقیم داشته و این امر با بالا رفتن خطرات سزارین، عوارض بیهوشی و مشکلات بعد از عمل همراه است (۸، ۹)، لذا همبستگی مادر و کودک در ساعات اولیه زایمان در این مادران کمتر و این مسئله نیز خود بر شیردهی تأثیرگذار است (۱۰). نتایج مطالعه دریول و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که طول مدت شیردهی ارتباط منفی با توده بدنی پیش بارداری دارد (۱۱). همچنین حاجی کاظمی و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که زنان چاق، دوره شیردهی کوتاه تری نسبت به زنان با وزن طبیعی دارند. او نیز اعلام کرد که آموزش و اعتقاد مادر خیلی بیشتر از نوع تغذیه خود مادر و توده بدنی او در الگوی شیردهی به خصوص

در شیردهی انحصاری دخالت دارد (۱۲). با توجه به پیچیدگی و اهمیت تغذیه با شیر مادر و چند عاملی بودن متغیرهای مؤثر بر آن از قبیل وضعیت تغذیه ای، سن، نژاد، سطح سواد، وزن مادر و نقش ارزشمندی که تداوم شیردهی بر میزان رشد و تکامل کودکان زیر ۲ سال دارد، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش توده بدنی مادران در موفقیت آن ها جهت تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۴۰۰ نفر از زنان دارای شیرخوار ۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه با توجه به اینکه مدت شیردهی انحصاری در ایران در سال ۲۰۰۴ حدود ۲۷٪ اعلام شده بود (۴) (p)، با استفاده از فرمول نسبت یک مشکل و با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۰/۹۵ (Z)، مقدار خطا (d=۰/۰۵)، ۳۱۵ مورد تخمین زده شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه ها و برای دقت بیشتر، ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

جهت انتخاب مراکز بهداشتی درمانی از جدول اعداد تصادفی استفاده شد، لذا در ۱۴ مرکز و در هر مرکز ۳۰ پرسشنامه به روش تصادفی از بین پرونده های موجود تکمیل شد. مجموع پرسشنامه ها ۴۲۰ عدد بود که از بین این موارد، مادران و نوزادانی که بیماری خاص داشتند یا داروی خاصی مصرف می کردند، حذف شده و ۴۰۰ مورد باقی مانده آنالیز شدند. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه بود که با استناد به منابع و مطالعات قبل تدوین شد (۱۴، ۱۵). جهت افزایش دقت و به منظور وضوح بیشتر، با انجام روایی صوری و محتوایی سؤالات، پرسشنامه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت. روایی محتوا ۸۸٪ و نسبت اعتبار محتوا ۸۵٪ بود. جهت سنجش پایایی از روش آزمون باز آزمون استفاده شد. آلفا کرونباخ کل پرسشنامه ۸۲/۸٪ به دست آمد.

پرسشنامه شامل دو بخش بود که بخش اول شامل سؤالاتی در خصوص ویژگی های فردی مادر از قبیل

سن، سطح تحصیلات و شغل و بخش دوم شامل سؤالات مربوط به توده بدنی مادر قبل از بارداری، شیوه تغذیه کودک، وزن گیری در بارداری، الگوی شیردهی و مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر بود. منظور از الگوی شیردهی، زمان شروع شیردهی پس از زایمان، طول مدت و دفعات شیردهی طی شبانه روز بود (۱۶). در صورت عدم ثبت وزن قبل از بارداری در پرونده، وزن ثبت شده مادران در اولین ویزیت سه ماهه اول به عنوان وزن قبل از بارداری در نظر گرفته شد. روش جمع آوری اطلاعات، مصاحبه با مادران و مراجعه به پرونده بهداشتی خانوار بود. شاخص توده بدنی مادر به عنوان متغیر مستقل، الگوی شیردهی متغیر وابسته و وزن گیری در بارداری به عنوان متغیر مخدوش کننده بودند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹/۸ کیلوگرم بر متر مربع به عنوان لاغر، شاخص توده بدنی ۱۹/۹-۲۴/۸ به عنوان نرمال، شاخص توده بدنی بین ۲۴/۹-۲۹/۹ در محدوده اضافه وزن، شاخص توده بدنی ۳۰-۳۴/۹ چاقی درجه ۱ و شاخص توده بدنی بین ۳۵-۴۰ به عنوان چاقی درجه ۲ در نظر گرفته شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده

از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) و آزمون های کای دو، تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد. قابل ذکر است رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، قبل از انجام مطالعه از شرکت کنندگان اخذ شد و تمام اصول اخلاقی در تمام مراحل پژوهش مدنظر قرار گرفت. همچنین تمامی مراحل با کسب مجوز از مسئولین مرتبط انجام شد.

یافته ها

۱۹۳ نفر (۴۸/۲٪) از مادران از نظر شاخص توده بدنی قبل از بارداری در گروه نرمال، ۲۷ نفر (۶/۸٪) در گروه لاغر، ۱۳۷ نفر (۳۴/۲٪) در گروه اضافه وزن و ۴۳ نفر (۱۱/۷۵٪) در گروه چاق قرار داشتند. مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر $142/78 \pm 58/34$ روز با دامنه ۲۲۵-۰ روز بود (جدول ۱). ۱۰۷ نفر (۲۶/۸٪) از مادران به مدت کمتر از ۴ ماه شیردهی انحصاری داشتند (جدول ۲).

جدول ۱- فراوانی مطلق داده های کمی

متغیر	تعداد	دامنه	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
سن مادر	۴۰۰	۲۹/۰۰	۱۷/۰۰	۴۶/۰۰	۲۷/۵۱	۵/۳۴
شروع شیردهی به روز	۴۰۰	۲/۰۰	۱/۰۰	۳/۰۰	۱/۵۴	۰/۷۱
شروع مصرف شیشه به روز	۳۹۹	۳۳۰/۰۰	۰/۰۰	۳۳۰/۰۰	۲۸/۹۵	۵۹/۲۰
تعداد شیردهی در روز	۴۰۰	۲۲/۰۰	۵/۰۰	۲۷/۰۰	۱۱/۸۴	۳/۲۷
مدت تغذیه انحصاری به روز	۴۰۰	۲۲۵/۰۰	۰/۰۰	۲۲۵/۰۰	۱۴۲/۷۸	۵۸/۳۵
شروع تغذیه کمکی به ماه	۴۰۰	۵/۰۰	۲/۰۰	۷/۰۰	۵/۶۷	۰/۶۹
شروع شیر مصنوعی به روز	۳۹۸	۳۶۰/۰۰	۰/۰۰	۳۶۰/۰۰	۱۰/۴۴	۳۵/۵۹
وزن نوزاد به گرم	۳۹۹	۳۱۶۰/۰۰	۱۵۴۰/۰۰	۴۷۰۰/۰۰	۳۱۹۰/۰۰	۴۷۸/۹۷
قد نوزاد به سانتی متر	۳۹۹	۱۸/۰۰	۴۰/۰۰	۵۸/۰۰	۴۹/۷۹	۲/۱۷
دور سر نوزاد به سانتی متر	۳۹۹	۸/۲۰	۲۹/۸۰	۳۸/۰۰	۳۴/۶۷	۱/۴۱
وزن ۶ ماهگی به گرم	۴۰۰	۷۹۵۰/۰۰	۳۴۵۰/۰۰	۱۱۴۰۰/۰۰	۷۸۷۴/۰۰	۹۹۸/۷۳
قد ۶ ماهگی به سانتی متر	۴۰۰	۳۴/۰۰	۴۲/۰۰	۷۶/۰۰	۶۷/۵۴	۲/۹۴
دور سر ۶ ماهگی به سانتی متر	۳۹۹	۱۱/۵۰	۳۵/۰۰	۴۶/۵۰	۴۳/۰۵	۱/۳۹

جدول ۲- مدت تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر به ماه

درصد تجمعی	درصد	تعداد	مدت
۱۳/۰	۱۳/۰	۵۲	۱
۱۵/۲	۲/۲	۹	۲
۱۸/۲	۳/۰	۱۲	۳
۲۶/۸	۸/۵	۳۴	۴
۴۱/۰	۱۴/۲	۵۷	۵
۹۹/۲	۵۸/۲	۲۳۳	۶
۱۰۰/۰	۰/۸	۳	بیشتر از ۶ ماه

میانگین مدت شیردهی انحصاری در زنان چاق درجه ۱، ۹۶/۸۹±۸۱/۸۹ روز، در زنان چاق درجه ۲، ۱۴۳/۰۳±۵۸/۴۰ روز و در زنان لاغر ۱۴۳/۳۷±۵۸/۴۶ روز بود که بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، اختلاف معنی داری مشاهده شد (جدول ۳). (p=۰/۰۲۷)

جدول ۳- ارتباط بین توده بدنی مادر، مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر و الگوی تغذیه ای شیر خوار (آنالیز واریانس یک طرفه)

متغیر وابسته	متغیر مستقل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل	دامنه پایینی	دامنه بالایی	Sig	F
زمان شروع شیردهی به روز بعد تولد	لاغر	۲۷	۱/۴۱	۰/۶۴	۱/۶۶	۱/۱۶	۱/۰۰	۳/۰۰	۱/۱۷۷	۰/۳۲۱
	نرمال	۱۹۳	۱/۵۶	۰/۷۰	۱/۶۶	۱/۴۶	۱/۰۰	۳/۰۰		
	اضافه وزن	۱۳۷	۱/۴۹	۰/۷۰	۱/۶۱	۱/۳۷	۱/۰۰	۳/۰۰		
	چاقی درجه ۱	۳۴	۱/۷۱	۰/۸۰	۱/۹۸	۱/۴۳	۱/۰۰	۳/۰۰		
	چاقی درجه ۲	۹	۱/۷۸	۰/۸۳	۲/۴۲	۱/۱۴	۱/۰۰	۳/۰۰		
تعداد شیردهی در شبانه روز	لاغر	۲۷	۱۲/۴۱	۳/۵۵	۱۳/۸۱	۱۱/۰۰	۸/۰۰	۲۰/۰۰	۰/۷۵۴	۰/۵۵۶
	نرمال	۱۹۳	۱۱/۷۳	۳/۱۴	۱۲/۱۷	۱۱/۲۸	۷/۰۰	۲۵/۰۰		
	اضافه وزن	۱۳۷	۱۲/۰۶	۳/۶۲	۱۲/۶۷	۱۱/۴۵	۵/۰۰	۲۷/۰۰		
	چاقی درجه ۱	۳۴	۱۱/۲۶	۲/۵۵	۱۲/۱۵	۱۰/۳۷	۷/۰۰	۱۸/۰۰		
	چاقی درجه ۲	۹	۱۱/۲۲	۱/۷۹	۱۲/۶۰	۹/۸۵	۸/۰۰	۱۴/۰۰		
مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر به روز	لاغر	۲۷	۱۴۳/۳۷	۵۸/۴۶	۱۶۶/۵۰	۱۲۰/۲۴	۳/۰۰	۱۸۰/۰۰	۱/۸۰۳	۰/۰۲۷
	نرمال	۱۹۳	۱۴۳/۰۳	۵۸/۴۰	۱۵۱/۳۲	۱۳۴/۷۳	۱/۰۰	۲۲۵/۰۰		
	اضافه وزن	۱۳۷	۱۴۷/۴۴	۵۴/۸۱	۱۵۶/۷۰	۱۳۸/۱۸	۱/۰۰	۲۲۵/۰۰		
	چاقی درجه ۱	۳۴	۱۳۴/۳۵	۶۲/۲۶	۱۵۶/۰۸	۱۱۲/۶۳	۱/۰۰	۱۸۰/۰۰		
	چاقی درجه ۲	۹	۹۶/۸۹	۸۱/۸۹	۱۵۹/۸۳	۳۳/۹۵	۱/۰۰	۱۸۰/۰۰		
زمان شروع تغذیه کمکی به ماه	لاغر	۲۷	۵/۷۰	۰/۸۶	۶/۰۴	۵/۳۶	۳/۰۰	۷/۰۰	۱/۲۹۳	۰/۲۷۲
	نرمال	۱۹۳	۵/۶۶	۰/۷۵	۵/۷۷	۵/۵۵	۲/۰۰	۷/۰۰		
	اضافه وزن	۱۳۷	۵/۷۳	۰/۵۰	۵/۸۱	۵/۶۵	۴/۰۰	۶/۰۰		
	چاقی درجه ۱	۳۴	۵/۴۴	۰/۸۲	۵/۷۳	۵/۱۵	۳/۰۰	۷/۰۰		
	چاقی درجه ۲	۹	۵/۵۶	۰/۴۶	۵/۹۱	۵/۲۰	۵/۰۰	۶/۰۰		

لاغر	۲۷	۲۱/۶۷	۴۸/۹۳	۴۱/۰۲	۲/۳۱	۱۰۰	۱۸۰/۰۰
نرمال	۱۹۳	۱۸/۷۸	۱۰۴/۶۸	۳۳/۶۴	۳/۹۲	۱۰۰	۹۹۹/۰۰
زمان شروع شیر کمکی به روز	۱۳۷	۶/۷۰	۲۵/۴۱	۱۰/۹۹	۲/۴۱	۱۰۰	۱۵۰/۰۰
اضافه وزن	۳۴	۲۸/۸۲	۷۲/۱۷	۵۴/۰۰	۳/۶۴	۱۰۰	۳۶۰/۰۰
چاقی درجه ۱	۹	۵/۰۰	۱۰/۴۴	۱۳/۰۳	-۳/۰۳	۱۰۰	۳۰/۰۰
چاقی درجه ۲							

در بین عوامل مؤثر بر شاخص توده بدنی مادر، ۲۱ نفر دیپلم بودند، در حالی که تنها ۲ نفر (۵/۹٪) از این گروه، تحصیلات دانشگاهی داشتند (۱۸/۰٪) ($P=۰/۰۱۸$) جدول (۴).

جدول ۴- ارتباط شاخص توده بدنی مادر با عوامل فردی مادر (کای دو)

عوامل فردی	توده بدنی مادر	متغیر	لاغر	نرمال	اضافه وزن	چاقی درجه ۱	چاقی درجه ۲	sig
شغل مادر	خانه دار	تعداد	۲۵	۱۸۱	۱۲۹	۳۳	۹	۰/۸۶۸
		درصد	۹۲/۶	۹۳/۸	۹۴/۲	۹۷/۱	۱۰۰/۰	
	شاعل	تعداد	۲	۱۲	۸	۱	۰	۰/۰
		درصد	۷/۴	۶/۲	۵/۸	۲/۹	۰/۰	
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم	تعداد	۸	۶۷	۶۵	۲۱	۳	۰/۰۱۸
		درصد	۲۹/۶	۳۴/۷	۴۷/۴	۶۱/۸	۳۳/۳	
	دیپلم	تعداد	۱۶	۹۰	۵۲	۱۱	۴	
		درصد	۵۹/۳	۴۶/۶	۳۸/۰	۳۲/۴	۴۴/۴	
	دانشگاهی	تعداد	۳	۳۶	۲۰	۲	۲	
		درصد	۱۱/۱	۱۸/۷	۱۴/۶	۵/۹	۲۲/۲	

زایمان طبیعی در مادران با توده بدنی چاق، ۲۳/۵٪ و در مادران با توده بدنی نرمال ۶۶/۸٪ و در مادران چاق ۴۷/۱٪ بود که بر اساس آزمون کای دو این اختلاف معنادار بود ($P=۰/۰۱۳$). همچنین مصرف مکمل های دوران بارداری در مادران با توده بدنی نرمال ۶۶/۸٪ و در مادران چاق ۴۷/۱٪ بود که بر اساس آزمون کای دو این اختلاف معنادار بود ($P=۰/۰۳۱$) (جدول ۵).

جدول ۵- ارتباط شاخص توده بدنی مادر با عوامل باروری مادر (کای دو)

عوامل باروری	توده بدنی مادر	متغیر	لاغر	نرمال	اضافه وزن	چاقی درجه ۱	چاقی درجه ۲	sig
نوع بارداری	ناخواسته	تعداد	۵	۵۱	۲۶	۷	۳	۰/۷۲۴
		درصد	۵/۴	۵۵/۴	۲۸/۳	۷/۶	۳/۳	
	برنامه ریزی شده	تعداد	۲۲	۱۴۲	۱۱۰	۲۷	۶	
		درصد	۷/۲	۴۶/۳	۳۵/۸	۸/۸	۲/۰	
نوع زایمان	سزارین	تعداد	۱۱	۱۰۷	۷۳	۲۶	۸	۰/۰۱۳
		درصد	۴۰/۷	۵۵/۴	۵۳/۳	۷۶/۵	۸۸/۹	
	طبیعی	تعداد	۱۶	۸۶	۶۴	۸	۱	
		درصد	۵۹/۳	۴۴/۶	۴۶/۷	۲۳/۵	۱۱/۱	
مصرف مکمل	ندارد	تعداد	۱۱	۶۴	۴۵	۱۸	۰	۰/۰۳۱
		درصد	۴۰/۷	۳۳/۲	۳۲/۸	۵۲/۹	۰/۰	

تعداد	۱۶	۹۲	۱۲۹	۹
دارد	۵۹/۳	۶۶/۸	۴۷/۱	۱۰۰/۰
درصد				

بر اساس سن کودک به روز محاسبه شد. افزایش مدت تغذیه انحصاری شیر مادر با افزایش شاخص های رشد شیرخوار همراه بود ولی این ارتباط از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/261$) (جدول ۶).

جهت بررسی ارتباط بین الگوی شیردهی با مدت تغذیه انحصاری شیر مادر از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. افزایش مدت تغذیه انحصاری با تأخیر در شروع مصرف شیشه ($P=0/014$) و شیر مصنوعی ($P=0/002$) همراه بود. لازم به ذکر است این دو مورد

جدول ۶- ارتباط الگوی شیر دهی با تغذیه انحصاری با شیر مادر و شاخص های رشد شیرخوار (همبستگی پیرسون)

عنوان	آزمون	شروع تغذیه کمکی	شروع شیر دهی	شروع شیشه	شروع شیر مصنوعی	دفعات شیر دهی	وزن ۶ ماهگی	دور سر ۶ ماهگی	قد ۶ ماهگی
مدت تغذیه انحصاری	همبستگی پیرسون	۰/۳۰۱**	-۰/۰۳۵	-۰/۱۲۳*	-۰/۱۵۵**	۰/۱۶۷**	۰/۰۲۴	۰/۰۵۶	۰/۰۹۵
	Sig	۰/۰۰۰	۰/۴۸۴	۰/۰۱۴	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲	۰/۲۶۱	۰/۰۵۷
	تعداد	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰

بحث

برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر در کشور، گستردگی بیشتری یافته و تمام مادران، کودکان خود را با این موهبت الهی تغذیه و با این عمل سلامت، تندرستی جسمی و روانی کودک خویش را تأمین می کنند.

سلامت کودکان، جزء اصولی ترین برنامه های بهداشتی در کشور ما بوده و هدف آن تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت کودکان، کاهش بار بیماری ها، کاهش میزان مرگ و میر و بهبود تغذیه آنان از طریق ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. هدف از اجرای برنامه های کشوری و جهانی، افزایش تعداد مادران شیرده و طول مدت شیردهی انحصاری تا پایان ۶ ماهگی و ادامه آن همراه با غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی است (۱۴). میزان تداوم تغذیه انحصاری تا شش ماهگی ۷۲/۷٪ بود که این شاخص در سایر مطالعات انجام شده در کشور ۶۹٪ و ۸۳٪ گزارش شده است (۱۶، ۱۷). در مطالعه حاضر تعداد دفعات شیردهی در طی شبانه روز با شاخص توده بدنی مادر ارتباط معنی داری نداشت ($P=0/556$) و همچنین ارتباط بین توده بدنی مادر با شیردهی در طول یک ساعت اول پس از زایمان معنادار نبود ($P=0/321$) که با نتایج مطالعه شیوا (۲۰۰۲)، کوشا (۲۰۰۷)، سنارات (۲۰۰۶) و فرهت (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۱۵-۱۸).

در مطالعه حاضر بر اساس آزمون واریانس یک طرفه، مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر با شاخص توده بدنی طبیعی مادر ارتباط معنی داری داشت ($P=0/027$) که با نتایج مطالعه شهری همخوانی داشت (۹). همچنین در مطالعه کنونی برای مادران چاق و دارای اضافه وزن، خطر نسبی تأخیر در شروع شیردهی ۲/۴۶ برابر زنان با وزن طبیعی بود و زنان با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۶ نسبت به زنان با شاخص توده بدنی نرمال، دوره شیردهی کوتاه تر و شیوع کمتر تغذیه با شیر مادر را تجربه کردند. نتایج مطالعه کوشا (۲۰۰۷) نیز احتمال ایجاد مشکلات در آغاز شیردهی در مادران چاق را ۲/۸۶ برابر نسبت به مادران با وزن نرمال نشان داد و زنان چاق به حمایت اضافی برای شروع و تداوم شیردهی خود نیاز داشتند (۱۸). در مطالعه حاجی کاظمی (۲۰۰۸) در تهران نیز مادران با شاخص توده بدنی نرمال میانگین دوره شیردهی طولانی تر داشتند (۱۲)، ولی در مطالعه تاولاری (۲۰۱۳) بین وزن مادر و شیردهی ارتباطی مشاهده نشد (۱۳). از آنجایی که تعدادی از عوامل الگوی شیردهی با مدت تغذیه انحصاری تأثیر معناداری داشتند، به نظر می رسد شاخص توده بدنی مادر، تنها یکی از شاخص های مهم برای موفقیت مادران در تکمیل دوره تغذیه انحصاری با شیر مادر باشد. با توجه به محدودیت های این پژوهش

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست محترم مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد، مسئولین ستادی و همکاران مراکز بهداشتی درمانی که با حمایت و همدلی، ما را در تکمیل این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

که رعایت محدوده جغرافیایی بود، تکرار مطالعه در وسعت بیشتر پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

مادران با شاخص توده بدنی نرمال در تغذیه انحصاری با شیر مادر موفقیت بیشتری دارند.

منابع

1. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding 55th World WHO: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding 55th World Health Assembly. World Health Organization. Available at: URL: www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_eng.pdf; 2003.
2. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative revised, updated and expanded for integrated care. Switzerland: WHO Press; 2009.
3. National health programs. Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Switzerland: WHO Press; 2007.
4. Nayeri F, Shariat M, Dalili H, Raji F, Karimi A. The ministry of health IR of Iran, breastfeeding office. J Pediatrics 2007; 5(2):21-7. (Persian).
5. Manios Y, Gramatakakis E, Kondaki K, Ioannou E, Anastasiadou A, Biribilis M. The effect of maternal obesity on initiation and duration of breast-feeding in Greece: the Genesis study. Public Health Nutr 2009; 12(4):517-24.
6. Li R, Jewell S, Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. Am J Clin Nutr 2003; 77(4):931-6.
7. Kersey M, Lipton R, Sanchez-Rosado M, Kumar J, Thisted R, Lantos JD. Breast-feeding history and overweight in Latino preschoolers. Ambul Pediatr 2005; 5(6):355-8.
8. Wrigh CM, Parkinson K, Scott J. Breast-feeding in a UK urban context: who breast-feeds, for how long and does it matter? Public Health Nutr 2006; 9(6):686-91.
9. Shahri P, Balooty T, Saadati N, Haghighi ZMH. Breast feeding pattern and its relationship with mothers' weight. Payesh J 2012; 11(6):893-9.
10. Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, Sorensen TI. Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain. Am J Clin Nutr 2006; 80(6):1579-88.
11. Driul L, Forzano L, Londero AP, Fachechi G, Liva S, Marchesoni D. [Maternal body mass index and breast feeding]. Minerva Ginecol 2012; 64(2):117-20.
12. Hajikazemi ES, Allahgholi L, JamshidiManesh M, Hosseini F. The relationship between body mass index before pregnancy and duration of breast feeding. Iran J Nursing 2009; 22(57):9-18. (Persian).
13. Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos PV, Andriopoulou E, Kreatsas G, Linos A. Factors affecting breast-feeding initiation in Greece: What is important? Midwifery 2015; 31(2):323-31.
14. Farhat A, Amiri M. Association of maternal factors successful breast feeding in mothers with low birth weight infants. Med J Mashhad Univ Med Sci 2004; 47(85):263-7.
15. Senarath U, Dibley MJ, Agho KE. Breast-feeding performance index: a composite index to describe overall breast-feeding performance among infants under 6 months of age. Public Health Nutr 2007; 10(10):996-1004.
16. Roudbari M, Roudbari S, Fazaeli A. Factors associated with breastfeeding patterns in women who recourse to health centres in Zahedan, Iran. Singapore Med J 2009; 50(2):181-4.
17. Shiva F, Nasiri M. A study of feeding patterns in young infants. J Trop Pediatr 2003; 49(2):89-92.
18. Koosha A, Hashemifesharaki R, Mousavinasab N. Breast-feeding patterns and factors determining exclusive breast-feeding. Singapore Med J 2008; 49(12):1002-6.
19. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal and breast-feeding intention, initiation and duration. BMC pregnancy Childbirth 2007; 7(9):1-14.