

بررسی عوامل مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول تولد در کودکان زیر یک سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت

طاهره ضیایی^۱، دکتر عاطفه قنبری^۲، آفاق حسن زاده راد^{۳*}، محمد علی یزدانی^۴

۱. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۲. استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۳. کارشناس مامایی، مرکز تحقیقات اختلالات رشد کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۴. کارشناس آمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۱۴

خلاصه

مقدمه: تغذیه با شیر مادر همراه با تغذیه تکمیلی، یکی از مؤثرترین عوامل دستیابی به ۸ هدف توسعه هزاره در زمینه کاهش فقر، گرسنگی، سوء تغذیه و یکی از فرصت های گرانبها و ساده برای کمک به رشد طبیعی کودکان می باشد. با این وجود، عده ای از مادران به نوزاد خود شیر نمی دهند و یا شیردهی انحصاری خود را زودتر از ۶ ماهگی کودک قطع کرده و از شیرخشک جانشین استفاده می کنند. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، هم اتاق نبودن مادر و نوزاد، عدم شروع به موقع تغذیه تکمیلی و عدم ترخیص همزمان مادر و نوزاد به عنوان عوامل عدم تداوم شیردهی مطرح شده اند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول تولد در کودکان زیر یک سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۲۶۳ زن دارای فرزند زیر یک سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت که شیردهی انحصاری را قطع کرده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای شامل مشخصات فردی، وضعیت اقتصادی اجتماعی، عوامل بیمارستانی و وضعیت کودک مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر بود که به صورت مصاحبه تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون های کای دو و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: از ۲۶۳ مادر، ۵۰ نفر (۱۹٪) زیر ۶ ماهگی اصلاً شیردهی نداشتند، ۱۵۷ نفر (۵۹/۷٪) شیردهی کمتر از ۴ ماه و ۵۶ نفر (۲۱/۳٪) شیردهی بین ۴ تا ۶ ماه داشتند. همچنین بر اساس آزمون رگرسیون لجستیک، عدم استفاده از پاس شیر، عدم تداوم شیردهی را ۲/۷ برابر افزایش داد و عدم شیردهی در ۳۰ دقیقه اول نیز احتمال عدم تداوم شیردهی را ۸/۴ برابر افزایش داد.

نتیجه گیری: حمایت مداوم از مادران شاغل در حین شیردهی و در آغوش گرفتن نوزاد بلافاصله پس از تولد، از اصول مهم در تداوم شیردهی است.

کلمات کلیدی: تداوم شیردهی، تغذیه انحصاری، شیر مادر، کودکان، مادران

* نویسنده مسئول مکاتبات: آفاق حسن زاده راد؛ مرکز تحقیقات اختلالات رشد کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.
تلفن: ۰۹۱۱۲۳۳۴۰۷۳؛ پست الکترونیک: afaghrad@yahoo.com

مقدمه

شیر مادر مناسب ترین غذا برای تغذیه شیرخوار است و تأثیر مثبت آن بر سلامت کودک و مادر، کاهش مرگ و میر کودکان، ارضای نیازهای عاطفی مادر و کودک و نیز صرفه جویی اقتصادی در بعد خانوار و جامعه بر کسی پوشیده نیست. (۱) از آنجایی که تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول تولد نوزاد، ضامن سلامتی کودک و مصرف آن یکی از فرصت های گرانبها و ساده برای کمک به رشد طبیعی کودک می باشد، بنابراین این مسئله هنوز به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در کاهش مرگ و میر و ادامه رشد مناسب کودکان و کمک به سلامت مادران می باشد (۲). این در حالی است که با وجود مزایای ذکر شده، هنوز هم بسیاری از مادران به دلایل مختلف، شیردهی خود را زودتر از موعد (زمان مناسب) قطع کرده و یا همراه آن از مایعات غیر ضروری و تغذیه اضافی استفاده می کنند (۳). با وجود اینکه در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترویج تغذیه با شیر مادر را یکی از راهبردهای مهم برای رشد و بقای کودکان دانسته و گام های مؤثری در این زمینه برداشته است، اما در حال حاضر، شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مناطق شهری تا ۶ ماهگی و میزان آن کمتر از ۲۸٪ گزارش شده است (۴). حتی در استرالیا نیز که قبل از این، میزان تغذیه با شیر مادر ۸۰-۹۰٪ بوده، امروزه به ۵۰-۶۰٪ طی ۳ ماه اول و ۴۷٪ طی ۶ ماه کاهش یافته است (۵). آنچه حائز اهمیت است این است که مکیدن صحیح و مکرر شیر در روزهای اول و در وضعیت مناسب، آرامش خاطر و عدم نگرانی مادر، سابقه قبلی زایمان و سابقه قبلی شیردهی موفق، حمایت همسر و افراد خانواده و نیز اطمینان خاطر از تأمین اقتصادی و شغلی می تواند نقش مؤثری در تداوم شیردهی داشته باشد. در حالی که هم اتاق نبودن مادر و نوزاد، شیردهی دیرتر، عدم شروع به موقع تغذیه تکمیلی، عدم ترخیص همزمان مادر و نوزاد، زایمان سزارین و فقدان تمامی عوامل ذکر شده فوق می تواند منجر به قطع روند مناسب شیردهی شود (۶-۹).

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای مشابه در زمینه عدم موفقیت در تداوم شیردهی و عوامل مرتبط با آن در گیلان انجام نشده است، لذا لزوم انجام آن در شهر رشت

به عنوان مرکز استان گیلان احساس می شود تا با نتایج حاصل از آن، بتوان مشکلات همراه با عدم شیردهی را مشخص کرد و عوامل مرتبط با عدم تداوم شیردهی را به مسئولان، پرسنل بهداشتی، مادران و خانواده های آنان معرفی کرد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول تولد در کودکان زیر یک سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی پس از اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۸۹ بر روی ۲۶۳ زن دارای فرزند زیر یک سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت که شیردهی انحصاری خود را قبل از ۶ ماهگی کودک قطع کرده بودند، انجام شد. از بین ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی شهر رشت، با استفاده از جدول اعداد تصادفی، ۸ مرکز بهداشتی درمانی از ۴ منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب شهر با تخصیص ۲ مرکز در هر منطقه بر حسب نسبت اختصاص یافته، انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن کودک زیر یک سال و عدم شیردهی انحصاری به مدت ۶ ماه بود. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه جلالی و همکاران که نشان داد تنها ۴۴/۴ درصد از کودکان ۴-۱۲ ماهه تغذیه کاملاً انحصاری با شیر مادر داشتند (۱۰)، با فاصله اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۲۶۳ نفر محاسبه شد. بر این اساس تغذیه انحصاری به عنوان متغیر اصلی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ابزار گردآوری داده ها جهت بررسی جامع عوامل مؤثر بر قطع شیردهی، فرم جمع آوری اطلاعاتی بود که توسط نویسندگان تعیین و سعی شد که تمام فاکتورهای مورد بررسی در مطالعات گذشته، در این فرم مورد ارزیابی قرار گیرد. بدین ترتیب فرم مورد نظر که در برگیرنده مشخصات فردی (سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی (زیر بنای خانه، درآمد)، عوامل بیمارستانی مرتبط (محل زایمان، نوع زایمان، مراقبت دوران بارداری)، و وضعیت کودک (جنس، وزن هنگام تولد) بود، جهت بررسی روایی به ۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی داده شد و

پس از اعمال نقطه نظرات، اصلاح نهایی بر روی آن انجام گرفت. پس از کسب رضایت نامه آگاهانه از مادران، پژوهشگر فرم گردآوری اطلاعات را با مصاحبه تکمیل کرد و با استفاده از آزمون آماری توصیفی، درصد و میانگین، متغیرهای مورد نظر را مورد ارزیابی قرار داد. در ضمن شرکت کنندگان بر اساس قطع شیردهی به ۲ گروه شیردهی زیر ۴ ماه و ۴-۶ ماه تقسیم شدند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون های کای دو و رگرسیون لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان $p > 0.05$ کمتر از ۰/۰۵

معنی دار در نظر گرفته شد. فاصله اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی مادران $4/80.1 \pm 30/93$ سال بود که کمترین و بیشترین سن مادران به ترتیب ۲۰ و ۴۲ سال بود و اکثر مادران (۳۵/۴٪) دارای فرزند ۶ ماهه بودند. بین ویژگی های فردی دو گروه با تغذیه انحصاری زیر ۴ ماه و بین ۴-۶ ماه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱- ویژگی های فردی والدین مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر یک سال

سطح معنی داری*	مدت شیردهی		ویژگی های فردی
	شیردهی ۴-۶ ماه تعداد (درصد)	شیردهی زیر ۴ ماه تعداد (درصد)	
$p > 0.05$	۴ (۷/۰)	۱۰ (۴/۹)	بی سواد
	۱۵ (۲۶/۳)	۹۱ (۴۴/۲)	زیر دیپلم
	۳۸ (۶۶/۷)	۱۰۵ (۵۱/۰)	بالای دیپلم
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p > 0.05$	۱ (۱/۸)	۶ (۲/۹)	بی سواد
	۲۰ (۳۵/۱)	۹۹ (۴۸/۱)	زیر دیپلم
	۳۶ (۶۳/۲)	۱۰۱ (۴۹/۰)	بالای دیپلم
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p > 0.05$	۲۶ (۴۵/۶)	۱۰۱ (۴۹)	خانه دار
	۲۹ (۵۰/۹)	۸۵ (۴۱/۳)	کارمند
	۲ (۳/۵)	۲۰ (۹/۷)	کارگر
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p > 0.05$	۲ (۳/۵)	۸ (۳/۹)	بیکار
	۲۶ (۴۵/۶)	۸۵ (۴۱/۳)	کارمند
	۱۰ (۱۷/۵)	۴۷ (۲۲/۸)	کارگر
	۱۹ (۳۳/۳)	۶۶ (۳۲/۰)	شغل آزاد
$p > 0.05$	۴۲ (۷۳/۷)	۱۶۷ (۸۱/۱)	۰
	۱۴ (۲۴/۵)	۳۳ (۱۶)	۱-۲
	۱ (۱/۸)	۶ (۲/۹)	۳ و بیشتر
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p > 0.05$	۳۷ (۶۴/۹)	۱۳۹ (۶۷/۵)	بلی
	۲۰ (۳۵/۱)	۶۷ (۳۲/۵)	خیر
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p > 0.05$	۴۵ (۷۸/۹)	۱۴۵ (۷۰/۴)	بلی
	۱۲ (۲۱/۱)	۶۱ (۲۹/۶)	خیر
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل

*آزمون کای دو

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که از مجموع ۲۶۳ مادر، تنها ۵۶ نفر (۲۱/۳٪) از آنان شیردهی بین ۴-۶ ماه داشتند (نمودار ۱).



نمودار ۱- مدت شیردهی مادران از بدو تولد

بررسی وضعیت مادران نشان داد که ۴۶ نفر (۱۷/۵٪) از آنان، پستان کوچک و ۲۸ نفر (۱۰/۶٪) فرورفتگی نوک پستان را دلیل قطع شیردهی می دانستند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ۱۲۱ نفر (۴۶٪) از افراد، نبود محیط خلوت را عاملی برای قطع شیردهی خود می دانستند که بین نبود محیط خلوت با شیردهی انحصاری مادران ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/04$). در ۱۷۰ نفر (۶۴/۷٪) از افراد مهد کودک نزدیک محل کار افراد شاغل نبود و ۱۰۹ نفر (۴۱/۶٪) از شاغلین از پاس شیر استفاده نمی کردند. ۱۲۴ نفر (۴۷/۳٪) از مادران معتقد بودند که شیردهی، باعث اختلال در کار منزل آنها می شود و در ۱۷۷ نفر (۶۷/۳٪) از افراد، شوهران در رابطه با شیردهی از مادران حمایت نمی کردند. بر اساس آزمون آماری کای اسکوئر، ارتباط معنی داری بین عدم حمایت همسر با عدم شیردهی انحصاری مادران وجود داشت ($p=0/001$) (جدول ۲).

بررسی وضعیت مادران نشان داد که ۴۶ نفر (۱۷/۵٪) از آنان، پستان کوچک و ۲۸ نفر (۱۰/۶٪) فرورفتگی نوک پستان را دلیل قطع شیردهی می دانستند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ۱۲۱ نفر (۴۶٪) از افراد، نبود محیط خلوت را عاملی برای قطع شیردهی خود می دانستند که بین نبود محیط خلوت با شیردهی انحصاری مادران ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/04$). در ۱۷۰ نفر (۶۴/۷٪) از افراد مهد کودک نزدیک محل کار افراد شاغل نبود و ۱۰۹ نفر (۴۱/۶٪) از شاغلین از پاس شیر استفاده نمی کردند. ۱۲۴ نفر (۴۷/۳٪) از مادران معتقد بودند که شیردهی، باعث اختلال در کار منزل آنها می شود و در ۱۷۷ نفر (۶۷/۳٪) از افراد، شوهران در رابطه با شیردهی از مادران حمایت نمی کردند. بر اساس آزمون آماری کای اسکوئر، ارتباط معنی داری بین عدم حمایت همسر با عدم شیردهی انحصاری مادران وجود داشت ($p=0/001$) (جدول ۲).

جدول ۲- عوامل اقتصادی- اجتماعی مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر یک سال

سطح معنی داری*	مدت شیردهی		عوامل اقتصادی- اجتماعی
	شیردهی زیر ۴ ماه تعداد (درصد)	شیردهی ۴-۶ ماه تعداد (درصد)	
$p>0/05$	۴ (۷/۰)	۲۰ (۹/۷)	کمتر از ۲۵۰ هزار تومان
	۲۱ (۳۶/۸)	۸۶ (۴۱/۷)	۲۵۰-۵۰۰ هزار تومان
	۳۲ (۵۶/۱)	۱۰۰ (۴۸/۵)	بیش از ۵۰۰ هزار تومان
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p=0/001$	۳۱ (۵۴/۴)	۵۵ (۲۶/۷)	بلی
	۲۶ (۴۵/۶)	۱۵۱ (۷۳/۳)	خیر
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p=0/04$	۳۳ (۵۷/۹)	۸۸ (۴۲/۷)	بلی
	۲۴ (۴۲/۱)	۱۱۸ (۵۷/۳)	خیر
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل
$p>0/05$	۲۱ (۷۰/۰)	۵۷ (۵۵/۳۳)	بلی
	۹ (۳۰/۰)	۴۶ (۴۴/۶)	خیر
	۳۰ (۱۰۰)	۱۰۳ (۱۰۰)	کل
$p>0/05$	۱۵ (۵۰/۰)	۳۲ (۳۱/۰)	بلی
	۱۵ (۵۰/۰)	۷۱ (۶۹/۰)	خیر
	۳۰ (۱۰۰)	۱۰۳ (۱۰۰)	کل

* آزمون کای دو

همچنین بر اساس بررسی های آماری، هیچگونه ارتباط معنی داری بین عوامل بیمارستانی و عدم تداوم شیردهی مشاهده نشد ($p > 0/05$). عوامل بیمارستانی مرتبط با عدم شیردهی در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- عوامل بیمارستانی مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر یک سال

سطح معنی داری*	مدت شیردهی عوامل بیمارستانی		شیردهی زیر ۴ ماه تعداد (درصد)	شیردهی ۴-۶ ماه تعداد (درصد)
	محل زایمان	نوع زایمان		
$p > 0/05$	منزل	واژینال با بخیه	۶ (۲/۹)	۲ (۳/۵)
	بیمارستان دولتی	واژینال بدون بخیه	۱۱۸ (۵۷/۳)	۳۳ (۵۷/۹)
	بیمارستان خصوصی	سزارین	۸۲ (۳۹/۸)	۲۲ (۳۸/۶)
$p > 0/05$	کل	کل	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)
	واژینال با بخیه	واژینال بدون بخیه	۶۷ (۳۲/۵)	۲۲ (۳۸/۶)
	سزارین	سزارین	۱۱۷ (۵۶/۸)	۲۷ (۴۷/۴)
$p > 0/05$	کل	کل	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)
	مرکز بهداشت	مرکز بهداشت	۱۰۱ (۴۹/۰)	۲۶ (۴۵/۶)
	مطب	مطب	۱۰۵ (۵۱/۰)	۳۱ (۵۴/۴)
$p > 0/05$	کل	کل	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)
	بلی	بلی	۱۸۲ (۸۸/۳)	۴۹ (۸۶/۰)
	خیر	خیر	۲۴ (۱۱/۷)	۸ (۱۴/۰)
$p > 0/05$	کل	کل	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)
	نگهداری کودک در کنار مادر	نگهداری کودک در کنار مادر	۱۴۹ (۷۲/۳)	۴۴ (۷۷/۲)
	خیر	خیر	۵۷ (۲۷/۷)	۱۳ (۲۲/۸)
$p > 0/05$	کل	کل	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)
	بلی	بلی	۱۰۳ (۵۰/۰)	۲۷ (۴۷/۴)
	خیر	خیر	۱۰۳ (۵۰/۰)	۳۰ (۵۲/۶)
$p > 0/05$	کل	کل	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)
	بیمارستان	بیمارستان	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)
	بیمارستان	بیمارستان	۲۰۶ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)

* آزمون کای دو

نتایج مطالعه، بین شیردهی پس از ۳۰ دقیقه اول تولد و عدم شیردهی انحصاری مادران زیر ۴ ماه و شیردهی ۴-۶ ماه ارتباط معنی داری وجود داشت ($p = 0/000$) (جدول ۴).

بررسی عوامل مربوط به کودکان نشان داد که میانگین وزن هنگام تولد نوزادان $3071/29 \pm 235/096$ گرم بود و چند نفر (۹۰/۹٪) از افراد در طی ۳۰ دقیقه تا ۱۲ ساعت اول تولد به نوزاد خود شیر داده بودند. بر اساس

جدول ۴- ویژگی های کودک مرتبط با عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر یک سال

سطح معنی داری*	شیردهی ۴-۶ ماه		شیردهی زیر ۴ ماه		مدت شیردهی	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	عوامل مربوط به کودک	
p>۰/۰۵	۳۹ (۶۸/۴)	۱۳۸ (۶۷/۰)	دختر			
	۱۸ (۳۱/۶)	۶۸ (۳۳/۰)	پسر		جنس نوزاد	
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل			
p>۰/۰۵	۶ (۱۰/۵)	۳۱ (۱۵)	بلی			
	۵۱ (۸۹/۵)	۱۷۵ (۸۰/۵)	خیر		نارس بودن کودک	
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل			
p>۰/۰۵	۳ (۵۰/۰)	۲۰ (۶۴/۵)	بلی			
	۳ (۵۰/۰)	۱۱ (۳۶/۵)	خیر		قطع شیردهی به علت نارس بودن کودک	
	۶ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)	کل			
p>۰/۰۵	۱۸ (۳۱/۶)	۵۲ (۲۵/۲)	بلی			
	۳۹ (۶۴/۸)	۱۵۴ (۷۴/۸)	خیر		شیردهی در طول شب	
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل			
p>۰/۰۵	۵۲ (۹۱/۲)	۱۸۹ (۹۱/۷)	بلی			
	۵ (۸/۸)	۱۷ (۸/۳)	خیر		دادن غذای کمکی قبل از ۶ ماهگی	
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل			
p>۰/۰۵	۴۴ (۷۷/۲)	۱۵۹ (۷۷/۲)	نداشتن بیماری			
	۱۳ (۲۲/۸)	۷۷ (۲۲/۸)	(اسهال و زردی) داشتن بیماری		ابتلاء به بیماری خاص در کودک	
	۵۷ (۱۰۰)	۲۰۶ (۱۰۰)	کل			
p=۰/۰۰۱	۱ (۷/۷)	۳۱ (۶۵/۹)	بلی			
	۱۲ (۹۲/۳)	۱۶ (۳۴/۱)	خیر		قطع شیردهی به علت بیماری خاص کودک	
	۱۳ (۱۰۰)	۴۷ (۱۰۰)	کل			

* آزمون کای دو

طی ۳۰ دقیقه اول بعد از زایمان نیز شانس عدم تداوم شیردهی را ۸/۴ برابر افزایش می داد (۳۶/۹۱۲-۱/۹۲۰: CI ۹۵٪، OR=۸/۴). اما بین حمایت همسر، نبود محیط خلوت و بیماری خاص کودک با عدم تداوم شیردهی انحصاری ارتباط معنی داری مشاهده نشد (p>۰/۰۵) (جدول ۵).

بر اساس نتایج مطالعه، ۱۷۵ نفر (۶۶/۵٪) از افراد زیاد گریه کردن شیرخوار و ۲۱ نفر (۸٪) از آنان بیرون نیامدن شیر در حین شیر خوردن نوزاد را عاملی برای ناکافی بودن شیر خود ذکر کردند. بر اساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک، عدم استفاده از پاس شیر، شانس عدم تداوم شیردهی را ۲/۷ برابر افزایش داد (OR=۲/۷، CI ۹۵٪: ۱-۷/۵۵) و عدم شیردهی

جدول ۵- متغیرهای مورد بررسی در مدل رگرسیون لجستیک

فاصله اطمینان ۹۵٪ برای خطر نسبی	خطری نسبی	سطح معنی داری	درجه آزادی	آزمون والد	خطای استاندارد	ضریب غیر استاندارد		سن
						حد بالا	حد پایین	
۱/۱۰۰	۰/۹۴۹	۱/۰۲۲	۰/۵۶۵	۱	۰/۳۳۱	۰/۰۳۷	۰/۲۲	سن
۴/۵۸۲	۰/۸۸۸	۲/۰۱۷	۰/۰۹۴	۱	۲/۸۱۰	۰/۴۱۹	۰/۷۰۲	حمایت همسر
۱/۳۰۷	۰/۳۲۱	۰/۶۴۸	۰/۲۲۶	۱	۱/۴۶۹	۰/۳۵۸	-۰/۴۳۴	نبود محیط خلوت
۰/۸۷۷	۱/۹۴۸	۱/۹۴۸	۰/۱۰۲	۱	۲/۶۸۱	۰/۴۰۷	۰/۶۶۷	بلی
۱/۰۰۸	۲/۷۵۹	۲/۷۵۹	۰/۰۴۸	۱	۳/۹۰۴	۰/۵۱۴	۱/۰۱۵	مرخصی خیر
۷/۵۵۳	۱/۰۰۸	۸/۴۱۸	۰/۰۰۵	۱	۷/۹۸۰	۰/۷۵۴	۲/۱۳۰	اولین شیردهی
۳۶/۹۱۲	۱/۹۲۰	۱/۳۷۹	۰/۶۱۲	۱	۰/۲۵۸	۰/۶۳۴	۰/۳۲۲	بیماری خاص کودک

متغیرهای وارد شده در مرحله اول: سن، حمایت همسر، نبود محیط خلوت، مرخصی (بلی-خیر)، اولین شیردهی، بیماری خاص کودک

بحث

تغذیه انحصاری با شیر مادر به عنوان بهترین تغذیه برای کودک تا سن ۶ ماهگی است که علاوه بر تأمین نیازهای جسمی و فیزیولوژیکی، مکمل نیازهای روانی کودک و علی‌الخصوص مادر می‌باشد (۱۰).

اگرچه بر اساس نتایج این مطالعه، بین عوامل فردی و اقتصادی با تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد، اما در مطالعه سیفی و همکاران (۱۳۸۱)، بین عدم شیردهی انحصاری با تحصیلات پدر، وضعیت اقتصادی خانوار، هم‌اتاقی مادر و شیرخوار، نحوه صحیح شیردهی و اولین تغذیه نوزاد ارتباط معنی‌داری وجود داشت. البته در مطالعه سیفی، بین عدم موفقیت مادران با سن و تحصیلات مادر، جنسیت نوزاد، وزن هنگام تولد، نوع زایمان و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری نیز ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۱). این در حالی است که در مطالعه السحاب و همکاران (۲۰۰۸) سطح تحصیلات بالای مادر، سابقه زایمان قبلی و زایمان در سنین بالاتر با افزایش احتمالی شیردهی انحصاری تا ۶ ماهگی همراه بود (۱۲). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، کوچک بودن پستان، فرورفتگی نوک پستان و درد زیر دل از نظر مادران دلیل عدم موفقیت آنها در تداوم شیردهی بوده است. ۶۶/۵٪ از مادران، گریه کردن شیرخوار را عاملی برای ناکافی بودن شیر بیان می‌کردند و اکثر آنان قبل از ۶ ماهگی از غذای کمکی استفاده کرده بودند. این در حالی است که در مطالعه بختیار و همکاران مهم‌ترین علل شکست شیردهی انحصاری به ترتیب ناکافی دانستن شیر مادر، بیماری‌های مادر و باورهای غلط و ناآگاهی مادران ذکر شد و ۶۸/۳٪ از مادران با تصور عدم کفایت شیر، تغذیه کمکی را از ۶ ماهگی با شیر مادر همراه کردند (۱۳). در مطالعه جلالی و همکاران نیز تنها ۴۴/۴ درصد از افراد مورد مطالعه، تغذیه کاملاً انحصاری با شیر مادر داشتند. سن بالای مادر و کافی ندانستن شیر از سوی مادر، ابتلاء کودک به بیماری حاد و کم وزنی نوزاد در بدو تولد از علل عدم موفقیت در شیردهی انحصاری مادران در این مطالعه بود (۳).

نتایج مطالعه رستم نژاد و همکاران نیز نشان داد که اکثر مادران در سن ۴-۲ ماهگی شیرخوار، تغذیه کمکی را شروع کردند که شایع‌ترین علت عدم تغذیه انحصاری (۹۰/۵٪)، ناکافی بودن شیر مادر بود و اکثر مادران (۶۷٪) گریه کودک را دلیل ناکافی بودن شیر می‌دانستند. در این مطالعه بین نحوه زایمان، زمان اولین تغذیه نوزاد، وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات مادر نیز با تداوم شیردهی انحصاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (۰/۰۵ < p) (۱۴). مطالعه محمدی و همکاران نیز نشان داد که شاغل بودن مادران (۱۰/۵٪) و گریه و نا آرامی کودک (۹/۶٪) از عوامل قطع شیردهی می‌باشند (۱۵). در مطالعه حاضر، عدم حمایت همسر با عدم شیردهی مرتبط بود، در مطالعه تن و همکاران (۲۰۱۱) نیز مشخص شد که مادران تحت حمایت همسر جهت شیردهی، ۴ برابر بیشتر از مادران بدون حمایت به شیردهی خود ادامه دادند (۱۵/۷۵-۱/۱۲ CI: ۹۵٪، OR=۴/۲۰ (۱۶)).

همچنین بین نبود محیط خلوت، عدم استفاده از پاس شیر، شیردهی دیرتر از ۳۰ دقیقه اول تولد و بیماری کودک با عدم تداوم شیردهی انحصاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ولی هیچ ارتباط معنی‌داری بین آموزش، نوع زایمان و محل زایمان با شیردهی انحصاری مادران مشاهده نشد. این در حالی است که در مطالعه زنجانی و همکاران (۱۳۸۱)، اطلاعات ناکافی مادران در مواردی نظیر زمان شروع تغذیه تکمیلی، نوع مواد غذایی مورد استفاده جهت تغذیه تکمیلی کودک، بیماری و مصرف دارو توسط مادر ارتباط معناداری با قطع شیردهی داشت (۱۷).

همچنین نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که عدم استفاده از پاس شیر و اولین شیردهی پس از ۳۰ دقیقه اول، شانس عدم تداوم شیردهی را افزایش می‌دهد. این در حالی است که در مطالعه تاوراس و همکاران (۲۰۰۳)، خانه دار بودن مادر (۲/۴۵-۵/۴۶ CI: ۹۵٪، OR=۳/۶۶، سطح تحصیلات پایین مادر (۱/۲-۱/۹ CI: ۹۵٪، OR=۱/۵) و تشویق از جانب پزشک جهت تداوم شیردهی (۰/۴-۰/۸ CI: ۹۵٪، OR=۰/۶) با عدم قطع شیردهی طی ۱۲ هفته همراه

نتیجه گیری

حمایت مداوم از مادران شاغل در حین شیردهی و در آغوش گرفتن نوزاد بلافاصله پس از تولد، از اصول مهم در تداوم شیردهی است و مراقبت و بررسی روند شیردهی مادر و همچنین تشویق آنان به شیردهی در طول شب می تواند در حفظ شیردهی انحصاری و تداوم آن کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و مسئولان محترم مراکز بهداشت شهر رشت و تمامی مادرانی که با شکیبایی خود ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

بود و حضور در محل کار طی ۱۲ هفته پس از زایمان (OR=۲/۴، %۹۵ CI :۱/۸-۳/۳) عوامل فردی و علائم افسردگی مادر با قطع شیردهی (OR=۱/۰۱-۱/۳۷) %۹۵ CI همراه بود (۱۸).

نقطه قوت این مطالعه این بود که پژوهشگران سعی در بررسی تمامی عوامل شناخته شده در مطالعات گذشته را داشتند که به نظر می رسد با توجه به اهمیت شیردهی، بررسی این عوامل در جوامع مختلف و بافت های فرهنگی مختلف و قومیت های متفاوت می تواند در برنامه ریزی های شیردهی برای مادران مورد استفاده قرار گیرد. همچنین همکاری سایر بخش ها و کادر درمانی اعم از متخصصین، ماماها و پرسنل بهداشتی در این امر نقش بسزایی را ایفا می کند.

منابع

1. Fisher CH. Feeding. In: Bennett VR, Brown LK editors. Myles text book for midwives. 13th ed. London: WB Saunders. 2000: 707-29.
2. Khaghani S. [Breast-fed children]. Tehran: Tehran University; 1992. [in Persian].
3. Jalali Aria K, Sanagoo A, Joybari L. [Study of failure in exclusive breast feeding Gorgan, Iran] [Article in Persian]. J Gorgan Univ Med Sci 2001;3(8):81-6.
4. Ministry of Health and Medical Education. [Perspective of children nutrition in states]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Nutrition Department; 1998. [in Persian].
5. Win NN, Binns CW, Zhao Y, Scott JA, Oddy WH. Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study. Int Breastfeed J 2006 Dec 22;1:28.
6. Breastfeeding Promotion Society. [Breastfed infant nutrition]. Tehran: Office of the United Nations Children's Fund of Health Department of Community Nutrition (UNICEF); 2003. [in Persian].
7. Bolling K, Grant C, Hamlyn B, Thornton A. Infant Feeding Survey 2005. London: The Information Centre; 2007.
8. Lande B, Andersen LF, Bærug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta Paediatr 2003;92(2):152-61.
9. Novotny R, Hla MM, Kieffer EC, Park CB, Mor J, Thiele M. Breastfeeding duration in a multiethnic population in Hawaii. Birth 2000 Jun;27(2):91-6.
10. Khabazkhoob M, Fotouhi A, Majidi MR, Moradi A, Javaherforoshzadeh A, Haeri Kermani Z, et al. [Prevalence of exclusive breastfeeding in Health Center Mashhad 2007] [Article in Persian]. Iran J Edidemiol 2008;3(3-4):45-53.
11. Seifi S, Fathi P, valedeini P. [Failure of breast-feeding mothers and children under on years old in the city of Ardabil] [Article in Persian]. Available on: www.SID.ir 2001;13:47.
12. Al-Sahab B, Tamim H, Mumtaz G, Khawaja M, Khogali M, Afifi R, et al. Predictors of breast-feeding in a developing country: results of a prospective cohort study. Public Health Nutr 2008 Dec;11(12):1350-6.
13. Bakhtiyar K. [The causes failure in breastfeeding mothers referring to health centers Khorramabad] [Article in Persian]. J Lorestan Univ Med Sci 1994;3(5):52-8.
14. rostam nedgad M, Amani F. [Unsuccessful Breast Feeding among Women in Ardabil: Probing the Reasons] [Article in Persian]. J Ardabil Univ Med Sci 2004;3(12):31-5.
15. Ghaed Mohammadi Z, Zafarmand MH, Heidari GhR, Anaraki A, Dehghan A. Determination of effective factors in breast-feeding continuity for infants less than 1 year old in urban area of Bushehr province. Iranian South Medical Journal 2004; 7(1): 79-87.
16. Tan KL. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. Int Breastfeed J 2011 Feb 2;6(1):2.
17. Ezzedin-Zanjani N, Faghihi F, Tavakoli M. [A qualitative survey of effective factors on exclusive breast feeding and continuation in urban and rural areas of Iran] [Article in Persian]. Hakim 2002;5(2):133-44.
18. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics 2003 Jul;112(1 Pt 1):108-15.