

الگوی انحصاری تغذیه با شیر مادر در نوزادان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک

* ابوالفضل محمد بیگی (MSc)^۱ - نرگس محمد صالحی (MSc)^۱ - اکرم بیاتی (MSc)^۲

*نویسنده مسئول: اراک، سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پیراپزشکی

پست الکترونیک: amohamadbeigi@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۱/۶

چکیده

مقدمه: یکی از هدف‌های رسیدن به جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰، دستیابی به میزان تا ۷۵٪ تغذیه با شیر مادر است. شیر مادر به عنوان بهترین شیر برای نوزادان توصیه می‌شود و شواهد گسترده‌ای مبنی بر اثر محافظت‌کنندگی شیر مادر در برابر بیماری‌های مختلف وجود دارد.

هدف: تعیین الگوی انحصاری تغذیه با شیر مادر و برخی عوامل مؤثر بر آن در مادران شهر اراک.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی - تحلیلی بر ۳۵۲ نفر از مادرانی که نوزادان ۱۲-۶ ماهه داشتند با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه حضوری، داده‌ها جمع‌آوری شد و ضمن محاسبه شیوع تغذیه انحصاری، با استفاده از آزمون‌های کای اسکوتر و استقلال دو گروه و رگرسیون به تحلیل روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته پرداخته شد و مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری تا شش ماهگی تعیین شد.

نتایج: شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی ۴۱/۵٪ بدست آمد. مهم‌ترین عوامل استفاده نکردن از آب قند و پستانک، شیردهی بر اساس تقاضای نوزاد، حاملگی خواسته، زایمان طبیعی و چندزاد بودن مادر بودند ($P < 0.05$). اما ارتباط معنی‌دار با سن مادر، تحصیلات و شغل مادر، درآمد خانواده، استفاده از آغوز در شیردهی و همچنین آموزش لازم برای شیردهی در دوره بارداری بدست نیامد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: شروع شیردهی فوری پس از زایمان و توجه بیشتر به مادرانی که بارداری ناخواسته و زایمان سزارین داشته‌اند علاوه بر آموزش علمی و مؤثر در طی بارداری و قبل از ترخیص، در خصوص معایب استفاده از آب قند و پستانک می‌تواند نقش مهمی در ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته باشد.

کلید واژه‌ها: تغذیه با شیر مادر/ نوزاد

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۷۰، صفحات: ۲۵-۱۷

مقدمه

است (۷ و ۶). از جمله در برخی مطالعات، اثر محافظت‌کنندگی تغذیه با شیر مادر در مقایسه با تغذیه با بطری در افزایش وزن در آینده نشان داده شده است (۱۰-۸). به رغم تفاوت در روش، مطالعات مختلف، همگی در اثبات اثر محافظت‌کنندگی شیر مادر در کاهش مرگ و میر، بروز اسهال و خونریزی‌های روده‌ای، کولیک شکم (۲)، آسم و بیماری‌های اتوپیک (۱۱ و ۱۲) و زردی (۱۳ و ۱۴) در دوران نوزادی و کاهش خطر دیابت، افزایش وزن و چاقی (۸) در آینده کودکی و بزرگسالی، با یکدیگر متفق‌القولند.

مطالعه Niestijl AL و همکاران نشان داد که هم‌اتاق بودن مادر و نوزاد بعد از زایمان (rooming-in) تاثیر مفیدی بر تغذیه با شیر مادر دارد و سبب افزایش تعداد دفعات تغذیه

شیر مادر به‌طور گسترده به عنوان منبع ایده آل تغذیه نوزاد شناخته شده است (۱) که مصرف آن به دلیل در دسترس بودن همیشگی، درجه حرارت مناسب، تازه و عاری بودن از آلودگی با باکتری‌ها و در نتیجه کاهش شانس ابتلای به مشکلات گوارشی (۲)، به عنوان بهترین شیر برای نوزادان توصیه می‌شود. به همین علت یکی از هدف‌های رسیدن به جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰ دستیابی به میزان تا ۷۵٪ تغذیه با شیر مادر توصیف شده است (۳). اما براساس بررسی‌های انجام شده در ایران این میزان از ۲۳ تا ۴۷ درصد متفاوت است (۴ و ۵).

اهمیت شیر مادر در مطالعات متعددی به عنوان تنها منبع تغذیه در شش ماهه اول زندگی مورد توجه قرار گرفته

مادر و نوزاد می‌شود (۱۵). همچنین، تغذیه فوری پس از تولد و تکرر تغذیه با شیر مادر باعث افزایش مدت شیردهی می‌شود (۱۶). مطالعات اخیر، برخی از موانع و دلایل شیر ندادن موفقیت‌آمیز را اثر معکوس زایمان سزارین و شاغل بودن مادران (۱۷) بر تغذیه موفق با شیر مادر برشمرده‌اند. برخی مطالعات نیز به رابطه تحصیلات (۴ و ۱۸)، تلقین ذهنی مادر مبنی بر ناکافی بودن مقدار شیر (۱۹ و ۲۰)، استفاده از بطری (۱۹) و پستانک (۲۱)، سن مادر، وضعیت اجتماعی - اقتصادی (۱۸ و ۲۲) و پاریتی مادر (۱۸) به عنوان عوامل موثر بر تغذیه‌نشدن انحصاری با شیر مادر اشاره کرده‌اند.

بنابراین، چون در مطالعات مختلف رابطه عوامل متعددی با تغذیه انحصاری با شیر مادر نشان داده شده و حتی در برخی موارد، نتایج، متناقض نیز بوده، همچنین، به دلیل شیوع کمتر از حد انتظار (۳) تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعات انجام شده در ایران (۵ و ۵)، این مطالعه با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل موثر بر آن طراحی و اجرا شد تا بر اساس آزمون‌های آماری و مدل رگرسیونی، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تغذیه‌نشدن انحصاری با شیرمادر در شهراراک شناسایی شود و بتوان با آموزش مؤثر در این خصوص در رسیدن به جامعه سالم گامی مفید برداشت.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ای مقطعی - تحلیلی در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶ بر مادرانی که نوزاد ۱۲-۶ ماهه داشتند و برای مراقبت کودکان به مراکز بهداشتی - درمانی شهر مراجعه می‌کردند انجام شد. حجم نمونه بر اساس حداقل شیوع قبلی تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعات قبلی (۵ و ۵)، خطای نوع اول ۵٪ و دقت مطالعه برابر با ۰/۰۵، و استفاده از فرمول حجم نمونه برای مطالعات شیوع $n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$ حد اقل، ۲۷۲ نفر تعیین شد. اما برای افزایش کیفیت و دقت نتایج، ۳۵۲

نفر از کل جمعیت مورد مطالعه را در تحقیق وارد کردیم. داده‌ها توسط پرسشنامه‌ای ساختار یافته که روایی و پایایی آن توسط متخصصان اپیدمیولوژی، کودکان و زنان و زایمان مورد تأیید قرار گرفته بود جمع‌آوری شد و شامل اطلاعاتی در مورد مشخصات مادر، وضعیت شیردهی به نوزاد، مشخصات نوزاد و... بود که با مصاحبه حضوری با مادران و بررسی پرونده‌های بهداشتی نوزادان، انجام شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات و ثبت، کدگذاری و ورود اطلاعات به کامپیوتر با نرم افزار SPSS ۷.۱.۵، شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در جامعه اراک محاسبه شد و سپس با مقایسه دو گروه مورد (گروهی که در شش ماه اول انحصارا از شیر مادر استفاده کرده بودند) و شاهد (گروهی که در شش ماه اول به طور انحصاری از شیر ماد استفاده نکرده و در کنار شیر مادر از شیر گاو، پاستوریزه، خشک و یا آب قند استفاده کرده بودند) به تحلیل روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته پرداخته شد. به این ترتیب نتایج توصیفی و تحلیلی با استفاده از آزمون‌های کای اسکوتر و t-test جهت تحلیل تک متغیره و مدل رگرسیون لجستیک در تحلیل چند متغیره ارایه شد.

نتایج

میانگین سنی مادران $26/78 \pm 5/18$ با کمترین و بیشترین سن به ترتیب برابر با ۱۷ و ۴۵ سالگی بود و به‌طور میانگین در ۱/۹۴ با انحراف معیار ۱/۰۸ بارداری و ۱/۷۴ با انحراف معیار ۰/۹۴ پاریتی بودند. ۱۴۱ نفر (۴۰/۱٪) اولین بارداری و ۲۱۱ نفر (۵۹/۹٪) بارداری‌های دوم یا بیشتر را تجربه می‌کردند. همچنین، ۱۷۲ نفر (۴۸/۹٪) اولزا و ۱۸۰ نفر (۵۱/۱٪) چندزا بودند.

از لحاظ میزان تحصیلات پدران، ۲۰۲ نفر (۵۷/۴٪) سیکل یا پائین‌تر، ۹۵ نفر (۲۷٪) دیپلم و ۵۵ نفر (۱۵/۶٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. میزان تحصیلات مادران، ۱۹۰ نفر (۵۴/۱٪) سیکل یا پائین‌تر، ۱۲۹ نفر (۳۶/۸٪) دیپلم و ۳۲ نفر (۹/۱٪)

تحصیلات دانشگاهی داشتند.

نتایج نشان داد که ۲۵۲ نفر (۷۱/۶٪) از کودکان نتیجه حاملگی خواسته و ۱۰۰ نفر (۲۸/۴٪) ناشی از بارداری ناخواسته بودند. همچنین، ۲۱۰ نفر (۵۹/۸٪) با زایمان طبیعی و ۱۴۱ نفر (۴۰/۲٪) با سزارین متولد شده بودند.

۹۶/۹٪ (۳۴۱ نفر) با آغوز به عنوان شیر مطلوب نوزاد تغذیه شده و ۲۳۵ نفر (۷۰/۴٪)، اولین شیردهی به نوزادشان را در کمتر از یک ساعت انجام داده بودند و تنها ۱۱/۱٪ (۳۵ نفر) بعد از سه ساعت هنوز نوزادانشان را با شیر خود تغذیه نکرده بودند. همچنین، ۲۹۵ نفر از مادران (۸۴٪) اظهار داشتند که نحوه شیردهی آنان بر اساس تقاضای نوزاد بوده و تنها ۵۶ نفر (۱۶٪) به دلخواه خودشان به شیردهی ادامه داده بودند. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی ۴۱/۵٪ بدست آمد مهم ترین علل شروع زود هنگام استفاده از آب قند یا تغذیه تکمیلی از دید مادران به ترتیب بی قراری نوزاد (۴۲٪)، توصیه اطرافیان (۲۴/۱٪) و احساس ذهنی ناکافی بودن شیر برای نوزاد (۲۳٪) عنوان شد.

نتایج، نشان می دهد که میانگین سن مادر و میزان درآمد خانواده در دو گروه نوزادانی که تا شش ماهگی تغذیه انحصاری داشته اند و گروهی که تا شش ماهگی تغذیه انحصاری نداشته اند اختلاف معنی دار آماری ندارد (P>۰/۰۵). اما نوزادانی که تا شش ماهگی تغذیه انحصاری داشته اند به طور معنی داری تغذیه تکمیلی را دیرتر شروع کرده اند و اولین نوبت شیردهی مادران در این گروه زودتر از نوزادانی بوده که تغذیه انحصاری نداشته اند و تا مدت بیشتری نیز ادامه داده اند (P<۰/۰۵). همچنین، بر اساس نتایج فوق مشخص شد که میانگین وزن بدو تولد دو گروه

اختلاف معنی دار آماری ندارد (P>۰/۰۵). اما در شش ماهگی بین دو گروه اختلاف، معنی دار بود (P<۰/۰۵). به طوری که نوزادانی که از شیر مادر استفاده کرده بودند وزن بیشتری داشتند. (جدول ۱).

همانطور که در جدول شماره دو نیز مشخص است، بین تغذیه انحصاری با شیر مادر و متغیرهایی چون استفاده از پستانک و آب قند، ابتلای به بیماری منجر به بستری نوزاد، نحوه شیردهی مادر، روش زایمان، تعداد بارداری ها (گراویدیت)، تعداد فرزندان (پاریتی) و هم اتاق شدن مادر و نوزاد (rooming in) رابطه معنی دار وجود داشت (P<۰/۰۵). به طوری که استفاده نکردن از آب قند و پستانک، شیردهی بر اساس تقاضای نوزاد و نه به دلخواه مادر، حاملگی خواسته و زایمان طبیعی، چندزای بودن و هم اتاق شدن مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد، ارتباط مستقیم با موفقیت در تغذیه انحصاری با شیر مادر داشت و باعث کاهش ابتلای نوزاد به بیماری های مختلف در این دوران می شد. اما در دو گروه، شغل مادر، تحصیلات پدر و مادر و آموزش شیردهی در دوران بارداری اختلاف معنی دار نشان نداد (P>۰/۰۵).

در مدل نهایی رگرسیونی، عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری تا شش ماهگی، پس از وارد کردن تمامی متغیرهایی که در تحلیل تک متغیره معنی دار یا نزدیک به معنی داری قرار داشتند، متغیرهای جدول فوق در مدل باقی ماندند که بر این اساس مهم ترین عامل مؤثر در تغذیه انحصاری، تغذیه نکردن از آب قند بدست آمد. ضمن آن که استفاده نکردن از پستانک، شیردهی بر اساس تقاضای نوزاد، حاملگی خواسته، زایمان طبیعی و چندزا بودن مادر در رتبه های بعدی قرار گرفتند (جدول ۳).

جدول ۱: تعیین رابطه بین برخی متغیرهای کمی مورد مطالعه با تغذیه انحصاری

P value	تغذیه انحصاری		متغیر
	ندارد میانگین ± انحراف معیار	دارد میانگین ± انحراف معیار	
۰/۵۰۶	۲۶/۹۳ ± ۵/۴۹	۲۶/۵۷ ± ۴/۷۱	سن مادر (سال)
۰/۹۱۲	۲۸۲/۵۴ ± ۱۵۷/۷۳	۲۸۰/۶۵ ± ۱۵۵/۶	درآمد خانوار (هزار تومان)

ادامه جدول ۱:

۰/۰۰۴	۲/۷۴±۶/۴۲	۱/۳۶±۱/۶۴	اولین شیردهی (ساعت)
<۰/۰۰۱	۵/۵۶±۰/۹۳	۵/۸۸±۰/۶۵	شروع غذای تکمیلی (ماه)
۰/۳۰۵	۳۱۶۲±۴۵۶	۳۲۰۹±۳۸۶	وزن نوزاد در بدو تولد (گرم)
۰/۰۱۹	۷۵۲۳±۹۲۲	۷۷۵۵±۸۶۹	وزن نوزاد در شش ماهگی (گرم)

جدول ۲: تعیین رابطه برخی متغیرهای کیفی مورد مطالعه با تغذیه انحصاری با شیر مادر

P value	ندارد n=۲۰۶ N (%)	دارد n=۱۴۶ N (%)	تغذیه انحصاری	
			متغیرهای تحت مطالعه	
۰/۷۹۲	۱۱۲ (۵۸/۹)	۷۸ (۴۱/۱)	کمتر از سیکل	تحصیلات مادر
			دیپلم	
			دانشگاهی	
۰/۷۰۸	۱۲۲ (۶۰/۴)	۸۰ (۳۹/۶)	کمتر از سیکل	تحصیلات پدر
			دیپلم	
			دانشگاهی	
۰/۴۹۳	۱۸۸ (۵۸/۶)	۱۳۳ (۴۱/۴)	خانه دار	شغل مادر
			شاغل	
۰/۰۳۹	۹۱ (۶۴/۵)	۵۰ (۳۵/۵)	اول	تعداد بارداری‌ها (گراویدیتی)
			دوم یا بالاتر	
۰/۰۱۶	۱۱۱ (۶۴/۵)	۶۱ (۳۵/۵)	اول	تعداد فرزندان (پاریتی)
			دوم یا بالاتر	
۰/۰۰۷	۱۳۸ (۵۴/۳)	۱۱۶ (۴۵/۷)	خواسته	نوع حاملگی
			ناخواسته	
۰/۰۲۹	۱۶۲ (۵۶/۱)	۱۲۷ (۴۳/۹)	بلی	هم اتاقی شدن مادر و نوزاد (rooming in)
			خیر	
۰/۵۱۹	۱۸۰ (۵۸/۶)	۱۲۷ (۴۱/۴)	گرفته	آموزش شیردهی
			نگرفته	
<۰/۰۰۱	۷۲ (۸۳/۷)	۱۴ (۱۶/۳)	بلی	استفاده از پستانک
			خیر	
<۰/۰۰۱	۱۲۸ (۸۷/۷)	۱۸ (۱۲/۳)	بلی	استفاده از آب قند
			خیر	
۰/۰۱۹	۱۲۶ (۸۶/۹)	۱۹ (۱۳/۱)	بلی	ابتلا به بیماری منجر به بستری در نوزاد
			خیر	
<۰/۰۱۰	۱۶۴ (۵۵/۶)	۱۳۱ (۴۴/۴)	تقاضای نوزاد	نحوه شیردهی مادر
			دلخواه مادر	
۰/۰۰۲	۱۱۰ (۵۲/۴)	۱۰۰ (۴۷/۶)	طبیعی	روش زایمان
			سزارین	

جدول ۳: مدل نهایی عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر

حدود اطمینان		P value	Exp(B) OR	متغیر
حد پائین	حد بالا			
۱۱/۲۲	۴۳/۸	<۰/۰۰۱	۲۲/۱۶	عدم استفاده از آب قند
۱/۸۵	۹/۱۶	۰/۰۰۱	۴/۱۴	عدم استفاده از پستانک
۱/۵۵	۸/۵۸	۰/۰۰۳	۳/۶۴	شیردهی بر اساس تقاضای نوزاد
۱/۶۵	۶/۶	۰/۰۰۱	۳/۳	حاملگی خواسته
۱/۳	۴/۵۷	۰/۰۰۵	۲/۴۴	زایمان طبیعی
۱/۲	۴/۰۶	۰/۰۱۱	۲/۲۱	چندزاد بودن

بحث و نتیجه گیری

انحصاری رابطه نشان دادند. همچنین، در مطالعه Kearney MH و همکاران نشان داده شد که زایمان سزارین اثر معکوس بر تغذیه موفق با شیر مادر دارد (۲۳) که مشابه نتایج ما است. در مطالعه‌ای در بابل نیز به تأثیر استفاده از پستانک در تغذیه انحصاری پرداخته شد که مشابه نتایج ماست (۲۱). شیردهی انحصاری در مادرانی که بارداری خواسته داشته‌اند و با روش طبیعی زایمان کرده بودند، بسیار موفق‌تر از زنان با بارداری ناخواسته و زایمان سزارین بود. نتایج مشابهی نیز در مطالعه قائد محمدی (۵) و رستم نژاد در اردبیل (۲۴) به دست آمده بود.

در این مطالعه، در ۴۴٪ موارد از آب قند استفاده شده بود، حال آن‌که این میزان در مطالعه رستم نژاد (۲۴)، ۶۶٪ بود و مهم‌ترین علل قطع تغذیه انحصاری شیر مادر از دید مادران، بی‌قراری نوزاد، توصیه اطرافیان و احساس ذهنی عدم کفایت شیر برای نوزاد عنوان شد. در مطالعه Camurdan AD و همکاران در ترکیه (۱۹) نیز، استفاده از بطری و اعتقاد مادر به ناکافی بودن شیرش برای نوزاد از جمله عوامل مؤثر بر شیردهی ناموفق در ماه‌های اول بود. همچنین، Rebhan B و همکاران (۲۰)، ناکافی بودن شیر از دید مادر و مشکلات نوک پستان مادر را مهم‌ترین علل دانستند که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد.

تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک ۴۱/۵٪ محاسبه شد. در مطالعات Bener A و همکاران (۲۲) در قطر، ۵۹/۳٪، Vohr BR و همکاران ۷۴/۹٪ در آمریکا (۱۸)، قائدمحمدی و همکاران (۵) در بوشهر، ۴۷٪ بدست آمده بود که بیشتر از نتایج مطالعه ماست. اما در مطالعه حاتمی و همکاران (۴) تنها ۲۳٪ از نوزادان تا چهار ماهگی تغذیه انحصاری داشتند و در مطالعه Rebhan B و همکاران (۲۰) میزان تغذیه انحصاری تا پایان دو ماهگی ۴۶/۷٪ بود که این میزان در جامعه مورد مطالعه ما ۷۴/۴٪ بدست آمد و نشانگر بالاتر بودن این شاخص در اراک است.

نتایج مطالعه ما نشان داد که تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی با عواملی از جمله استفاده از پستانک، آب قند، نحوه شیردهی، پاریتی مادر، نحوه زایمان و روش هم اتاق شدن بعد از تولد (Rooming in) مرتبط است، همچنین، تغذیه با شیر مادر می‌تواند در کاهش ابتلای به بیماری‌های مختلف در شش ماهه اول زندگی کمک کند. مطالعات گوناگون در جهان گویای این نکته است، از جمله در مطالعه Vohr BR و همکاران در آمریکا، پاریتی (۱۸)، در مطالعه Niestijl AL، هم اتاق بودن مادر و نوزاد پس از تولد (۱۵) با تغذیه

خروج از مدل، تنها به شش مورد از مهم‌ترین علل به عنوان عوامل پیشگویی‌کننده تغذیه انحصاری در شش ماه اول تولد پرداخته شد. بر این اساس، مهمترین عوامل مؤثر در تغذیه انحصاری به ترتیب استفاده نکردن از آب قند و پستانک، شیردهی بر اساس تقاضای نوزاد، حاملگی خواسته، زایمان طبیعی و چندزا بودن مادر بدست آمد. به طوری که استفاده نکردن از آب قند، شانس تغذیه انحصاری را ۲۲ برابر، استفاده نکردن از پستانک ۴ برابر، شیردهی بر اساس تقاضای نوزاد ۳/۶د برابر، حاملگی خواسته ۳/۳ برابر، زایمان به روش طبیعی ۲/۴ برابر و داشتن بیش از یک فرزند، ۲/۲ برابر افزایش داد.

آموزش در دوران بارداری، تأثیری بر روند اجرای تغذیه انحصاری بعد از تولد نشان نداد و بین دو گروه آموزش دیده و آموزش ندیده اختلاف معنی‌دار دیده نشد. اما بدیهی است که افراد جامعه به آموزش در خصوص تغذیه با شیر مادر نیازمندند. چون این آموزش‌ها به طریقه‌های گوناگونی ارائه می‌شوند به دلیل حجم بالای مراجعان به مراکز درمانی ممکن است در کیفیت آموزش‌ها اختلال بوجود آید و یا این‌که مادران به دلایلی این‌گونه آموزش‌ها را نادیده گرفته‌اند، پیشنهاد می‌کنیم آموزش و مشاوره شیردهی، در محیطی آرام و خلوت و با حداکثر دقت، در عین حساس‌سازی در مورد اهمیت موضوع انجام شود.

با توجه به شیوع بالای تغذیه‌نشدن انحصاری با شیر مادر و اختلاف زیاد آن با هدف‌های جامعه سالم، به نظر می‌رسد شروع شیردهی بلافاصله پس از زایمان و همچنین آموزش لازم به روش علمی و پربار در طی بارداری و زمان زایمان در خصوص معایب استفاده از آب قند و پستانک در ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر نقش مهمی داشته باشد و از آنجا که احساس کمبود شیرمادر به عوامل مختلفی همچون تجربه قبلی شیردهی، تأثیر اطرافیان، میزان آگاهی مادر، تحصیلات مادر، حمایت از مادر جهت شیردهی و... مرتبط است، نیاز به توجه ویژه‌ای دارد. همچنین، آموزش و مشاوره مادران در

مطالعه حاضر بین تغذیه انحصاری با سن، تحصیلات و شغل مادر، درآمد خانواده، تغذیه با آغوز در شیردهی و همچنین آموزش لازم برای شیردهی در دوره بارداری رابطه معنی‌دار نشان نداد. در مطالعه Bener A و حاتمی و همکاران در تهران (۴) نیز سن مادر و وضعیت (social SES economic status) با نحوه تغذیه شیرخوار رابطه معنی‌دار نشان نداد (۲۲) که مشابه نتایج مطالعه ماست. اما در مطالعه Vohr BR و همکاران (۱۸) میزان تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی از علل مخل تغذیه انحصاری بوده‌اند. این اختلاف ممکن است به این علت باشد که در جامعه ما وضعیت اجتماعی - اقتصادی نمی‌تواند شاخص مناسب و صحیحی از سه فاکتور شغل، سواد و میزان درآمد باشد.

در مطالعه Hartley BM (۱۷) و همکاران شاغل بودن مادران به عنوان یکی از علل قطع شیر دهی محاسبه شد ولی چنین ارتباطی در این مطالعه بدست نیامد که ممکن است به این علت باشد که در این مطالعه تنها ۸/۵٪ مادران شاغل بوده‌اند. بنابراین، افزایش حجم نمونه در مطالعات بعدی می‌تواند در تعیین این ارتباط مؤثر باشد.

در این مطالعه شیوع بیماری‌های مختلف در کودکان تغذیه شده با شیر مادر ۲۹/۲٪ و در کودکانی که تغذیه انحصاری نداشته‌اند ۴۴/۱٪ محاسبه شد که این اختلاف معنی‌دار بود. از مهم‌ترین اختلال‌ها در این کودکان بیماری‌های تنفسی و زردی بوده‌است. نتایج مشابه در سایر مطالعات از جمله مطالعه Bener A در قطر (۲۲)، قائد محمدی در بوشهر (۵)، خدیوزاده در مشهد (۲۵) و فلاح (۲۶) و حاجیان در بابل (۲۷) بدست آمده‌بود. ضمن آن‌که در برخی مطالعات، اثر حفاظتی تغذیه با شیر مادر در پیشگیری از بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های روانی، فشارخون، دیابت و سایر بیماری‌های متابولیک در دوران‌های دیگر زندگی نشان داده شده است (۱۸).

وجه تمایز مطالعه ما با سایر بررسی‌های موجود، مدل‌سازی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر نحوه شیردهی مادران بود که پس از

تشکر و قدردانی: با تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که این طرح را با شماره ۲۶۰ به تصویب رساند و حمایت مالی نمود.

این دوران، پس از زایمان و هنگام ترخیص از بیمارستان یا زایشگاه توسط کارکنان مجرب یا پزشک علاوه بر مراقبت‌های دوران بارداری، می‌تواند کمک مؤثری باشد.

منابع

1. Keith Sinusas, Amy Gagliardi. Initial Management of Breast feeding. American Family Phisician 2001; 64(6): 981-88.
2. Soheili Far J, Emdadi M. Relation Between Breast-Feeding With Overweight And Obesity In Hamadan Primary School Children. Scientific Journal Of Ardabil University Of Medical Sciences & Health Services 2005;36(12): 57-54.
3. United States Department Of Health And Human Services. Healthy People 2010: Vol II. Objectives for Improving Health (Part B). Retrieved February 2001, From: <http://www.health.gov/healthypeople/document/tableofcontents.htm#Volume2>.
4. Hatami A, Talebi Toti Z. Patterns Of Breastfeeding In Infants. The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery 2007; 2(13): 71-76.
5. Ghaed Mohammadi Z, Zafarmand MH, Heidari Gh R, 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; 1(7): 87-79.
6. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breast Feeding: Systematic Review. Geneva; WHO, 2001.
7. Vieira GO, Silva LR, Vieira Tde O, Almeida JA, Cabral VA. Feeding Habits of Breastfed and Non-Breastfed Children Up To 1 Year Old. J Pediatr (Rio J) 2004; 80(5):411-6. Portuguese.
8. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CAJ, et al. Risk of Overweight among Adolescents Who Were Breastfed as Infants. JAMA 2001; 285: 2461-2467.
9. Bergmann KE, Bergmann RL, Von Kries R, et al. Early Determinants of Childhood Overweight and Adiposity In A Birth Cohort Study: Role Of Breast-Feeding. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27:162-172.
10. Toschke AM, Vignerova J, Lhotska L, Osancova K, Et Al. Overweight and Obesity In 6- To 14-Year-Old Czech Children In 1991: Protective Effect Of Breast-Feeding. J Pediatr 2002; 141:764-769.
11. McveaghP . Is Breast feeding Best Practice?. Med J Aust 2002; 177:128-9.
12. Lowe A, Carlin J, Bennett C, Etal. Atopic Disease and Breast-Feeding Cause or Consequence?. J Allergy Clin Immunol 2006; 117(3):682-87.
13. Stoll BJ, Kliegman RM. Jaundice and Hyperbilirubinemia In The Newborn. In: Behrman, Kliegman, Jenson. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Ed. Philadelphia; Saunders, 2003: 562-596.
14. Dennery PA, Seidman DS, Stevenson DK. Neonatal Hyperbilirubinemia. N Engl Med J 2001;34:581.
15. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The Relationship Between Rooming-In/Not Rooming-In And Breast Feeding Variables. Acta Paediatr Scand 1990;79:1017-22.
16. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast feeding Frequency During The First 24 Hours After Birth In Full-Term Neonates. Pediatrics 1990; 86: 171-5.
17. Slusser WM, Lange L, Dickson V, Hawkes C, Cohen R. Breast Milk Expression In The Workplace: A Look At Frequency And Time. J Hum Lact 2004; 20: 164-9.
18. Vohr BR Poindexter BB, Dusick AM, et al. Beneficial Effects Of Breast Milk In The Neonatal Intensive Care Unit On The Developmental Outcome Of Extremely Low Birth Weight Infants At 18 Months Of Age. Pediatrics 2006; 118(1):E115-23.
19. Camurdan AD, Ilhan MN, Beyazova U. How To Achieve Long-Term Breast-Feeding: Factors Associated With Early Discontinuation. Public Health Nutr 2008; 18:1-7.
20. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, et al. Breast-Feeding, Frequency And Problems - Results Of The Bavarian Breast-Feeding Study. Gesundheitswesen 2008; 70 Suppl 1:S8-S12.
21. Mousa Ahmadpour Kacho, Yadollah Zahedpasha, Pooyan Eshkevari . Comparison Of The Rate Of Exclusive Breast-Feeding Between Pacifier Sucker

- and Non-Sucker Infants. Iranian Journal Of Pediatrics 2007;2(17): 113-117.
22. Bener A, Ehlayel MS, Alsowaidi S, Sabbah A. Role of Breast Feeding In Primary Prevention of Asthma and Allergic Diseases In A Traditional Society. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2007; 39(10):337-43.
23. Kearney MH, Cronenwett LR, Reinhardt R. Cesarean Delivery and Breast feeding Outcomes. Birth 1990; 17: 97-103.
24. Rostamnegad M, Amani F. Unsuccessful Breast Feeding Among Women In Ardabil: Probing The Reasons, 2000-2001. Journal Of Ardabil University Of Medical Sciences and Health Services 2004; 12(3): 31-35.
25. Khadiv Zadeh T. Study On Exclusive Breast-Feeding For The First 6 Months Of Life. Journal Of The Shaheed Beheshti University Of Medical Sciences And Health Services 2002;2(26): 92-87.
26. Fallah R, Falak-Aflaki B. The Prophylactic Effect Of Breast Feeding On Urinary Tract Infection (UTI) Among Children Under One Year Of Age. Journal Of Zanzan University Of Medical Sciences & Health Services 2006;55(14): 47-51.
27. Hajian K. The Protective Effect of Breast Feeding On The Incidence Of Diarrhea And Respiratory Infections In Babol. Journal Of The Shaheed Beheshti University Of Medical Sciences And Health Services 1999;3(23): 167-163.

The Pattern of Exclusive Breast Feeding in Referred Neonatal to Health Centers of Arak

*Mohammad Beygi A.(MSc)¹- Mohammad Salehy N.(MSc)¹- Bayati A.(MSc)²

* **Corresponding Author:** Paramed School, Arak University of Medical Sciences, Arak, IRAN

E- mail: amohamadbeigi@yahoo.com

Received: 30/Jun/2008 Accepted: 25/Jan/2009

Abstract

Introduction: Access to exclusive Breast feeding up to 75% is one of the objectives to healthy people until 2010, Breast feeding advised as the best milk for suckling neonatal and there were expanded documents about protective effects of Breast feeding against different diseases.

Objective: Determination of pattern of exclusive breast feeding and its associated factors in Arak.

Materials and Methods: An analytical cross sectional study conducted on 352 mothers that have 6-12 month suckling neonatal. Data collection fulfilled by structured questionnaire and interview. The prevalence of exclusive Breast feeding calculated and association between dependent and independent variables analyzed by t-test, chi square and regression statistical tests in univariate and multivariate methods.

Results: Prevalence of exclusive breast feeding was 41.5%. nonuse and the most important factors of exclusive breast feeding indicated of solution of sugar and water, and mammalia nipple nonuse, breastfed base of neonatal appeal, wanted pregnancy, vaginal labor and multi parity identified as the related factors in exclusive breast feeding ($P<0.05$). There was not any significant relationship with family income, use of colostrum, age, job, education and breastfed education during pregnancy period in mothers ($P>0.05$).

Conclusion: So initiation of Breast feeding after labor and of mothers with unwanted pregnancy and cesarean delivery advice. Also educational programs about disadvantage of solution of sugar and water and Mammalia nipple in pregnancy period and after discharge may be useful in exclusive breast feeding.

Key words: Breast feeding/ Infant

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 70, Pages: 17-25