

بررسی عوامل شکست تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در 6 ماهه اول در نوزادان

ابراهیم صادقی¹

¹دانشیار بیماری‌های عفونی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

چکیده

سابقه و هدف: شیر مادر کامل‌ترین تغذیه برای رشد کودک در 6 ماه اول زندگی می‌باشد. کوتاه شدن طول مدت تغذیه‌ی شیرخوار با شیر مادر می‌تواند منجر به افزایش دو تا سه برابر میزان سوء تغذیه، عفونت و مرگ و میر شیرخواران گردد. با توجه به اهمیت ارتقاء و ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر و تعیین عوامل مرتبط با آن و نیز با توجه به ضد و نقیض بودن نتایج مطالعات در این زمینه این پژوهش به منظور بررسی عوامل شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران زیر 6 ماه انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع cross-sectional بوده و 200 نفر از مادرانی که شیرخوار 6-9 ماهه داشتند مورد مطالعه قرار گرفتند. پرسشنامه‌های تهیه شده شامل مشخصات فردی، وضعیت اجتماعی، عوامل بیمارستانی، وضعیت کودک، وضعیت مادر، سطح آگاهی و وضعیت رشد کودک بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS ورژن 20 شده و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از 200 کودک، 81 مورد (40.5%) تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند و در 119 مورد (59.5%) شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر گزارش شده بود. میانگین سطح آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر 19.46 ± 5.36 و میانگین سطح آگاهی مادران با شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر 19.53 ± 5.29 بود. فقدان حمایت همسر، ندانستن روش صحیح شیردهی، نداشتن محیط خلوت، نوع زایمان و تحت درمان بودن مادر و مشکل فرو رفتگی نوک پستان ارتباط معناداری با شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه افزایش آگاهی مادران در خصوص فواید شیر مادر در حد متوسط بود ولی با آموزش روش‌های صحیح شیردهی در حین بارداری و پس از زایمان می‌توان در افزایش تداوم شیردهی مادران گامی موثر برداشت.

کلید واژه‌ها:

شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه انحصاری با شیر مادر، 6 ماه اول زندگی کودک

Study of factors leading to failure of exclusive breastfeeding in the first 6 months of life in infants

Ebrahim Sadeghi¹

¹Associate Professor of Pediatric Infectious Diseases, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Background and objective:

Breast milk is the most comprehensive source of nutrients for a baby's first six months of life. Breastfeeding for a shorter period of time can result in a two- to three-fold increase in malnutrition, infection, and infant death. This study was done to explore the failure factors of exclusive breastfeeding in children under 6 months due to the significance of supporting and promoting exclusive breastfeeding and defining the factors connected to it, as well as the inconsistent results of studies in this field.

Materials and methods:

This was a cross-sectional research that looked at 200 women with babies aged 6 to 9 months. Demographic variables, socioeconomic status, hospital factors, child status, mother status, degree of knowledge, and child development status were all included in the questionnaires. Data was collected and input into SPSS software version 20 before being analyzed using descriptive and inferential statistics.

Findings:

In a study of 200 children, 81 (40.5 percent) were exclusively breastfed, whereas 119 (59.5 percent) had exclusive breastfeeding failure. The mean degree of awareness of exclusive breastfeeding among mothers was 19.46 \pm 5.536, while the mean level of awareness among mothers was 19.53 \pm 5.29. The failure of exclusive breastfeeding was linked to a lack of husband support, a lack of adequate breastfeeding methods, a lack of privacy, the mother's delivery and care, and the problem of nipple depression.

Conclusion:

According to the findings of this study, boosting mothers' awareness of the advantages of breast milk was minimal, but teaching proper breastfeeding techniques throughout pregnancy and after childbirth can be a beneficial step in enhancing breastfeeding continuity.

Keyword: Failure of exclusive breastfeeding, exclusive breastfeeding, the first 6 months of the baby's life



مقدمه:

تغذیه با شیر مادر مزایای متعددی برای کودکان دارد و کاملترین تغذیه برای نوزادان زیر یک سال محسوب می شود (1) تغذیه از شیر مادر دارای استانداردهای هورمونی برای تغذیه ایده آل برای نوزادان زیر یک سال را دارا بوده و دارای مزایای کوتاه مدت و بلند مدت بسیاری است (2,3). از جمله مزایای تغذیه از شیر مادر می توان به فشار خون و شاخص توده بدنی پایین، کاهش خطر ابتلا به دیابت، کاهش آسم در دوران کودکی و کاهش عفونت اشاره نمود (4,5,6). مطالعات صورت گرفته همچنین تاثیر مثبت تغذیه از شیر مادر را بر روی IQ، عملکرد شناختی و پیشرفت تحصیلی نشان داده است (7,8). شیردهی علاوه بر کودکان برای مادران نیز سودمند است که از جمله می توان به کاهش خونریزی بعد از زایمان، برگشت سریع رحم به وضعیت قبلی، کاهش وزن، کاهش ریسک سرطان پستان و تخمدان اشاره کرد (9). کوتاه شدن طول مدت تغذیه ی شیرخوار با شیر مادر به خصوص در کشورهای در حال توسعه به صورت مساله بهداشتی در آمده است و می تواند منجر به افزایش دو تا سه برابر میزان سوء تغذیه، عفونت و مرگ و میر شیرخواران گردد. سالانه بیش از یک میلیون کودک زیر 12 ماه، به علت عدم استفاده از شیر مادر تلف می شوند (10). علیرغم مزایای زیادی که برای نوزادانی که از شیر مادر تغذیه می کنند گزارش شده است ولی خیلی از مادرها به دلایل مختلف از شیر دادن به نوزادان خود در یک سال اول زندگی خودداری می کنند (11) از سال 2007 تا 2014 در سراسر جهان، حدود 36 درصد از نوزادان کم تر از 6 ماه منحصراً از شیر مادر تغذیه می کردند که این رقم بسیاری پایینی به شمار می رود (12). در کشور ایران نیز متأسفانه شیر خوارانی که به طور انحصاری در 6 ماهه اول زندگی از شیر مادر تغذیه می کنند 23.1 درصد گزارش شده است که این آمار از سطح جهانی نیز پایین تر می باشد (10). در سال های اخیر تلاش بسیاری در جهت ترویج تغذیه انحصاری از شیر مادر در 6 ماه اول نوزادی در سیستم شبکه بهداشتی-درمانی کشور ایران انجام گرفته است. با توجه به اهمیت ارتقاء و ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر و تعیین عوامل مرتبط با آن و نیز با توجه به ضد و نقیض بودن نتایج مطالعات در این زمینه، این پژوهش به منظور بررسی عوامل شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران زیر 6 ماه انجام می شود.

مواد و روش ها :

این پژوهش یک مطالعه ی cross-sectional بوده و محیط پژوهش، سه مرکز بهداشتی در سه منطقه متفاوت از نظر فرهنگی و اقتصادی شهرستان ارومیه بود و جامعه ی پژوهش را 200 نفر از مادرانی که شیرخوار 6-9 ماهه داشتند و جهت تزریق واکسن و پایش رشد به مرکز بهداشت

مراجعه کرده بودند تشکیل می دادند. جمع آوری اطلاعات به مدت چهار ماه از اول آبان ماه تا پایان بهمن ماه سال 1396 به طول انجامید و در صورت تمایل مادران برای شرکت در تحقیق، فرم رضایت نامه کتبی توسط آنها تکمیل و امضا می شد و جمع آوری اطلاعات با استفاده از تکمیل پرسشنامه محقق ساخته طی مصاحبه رو در رو انجام می گرفت. پرسشنامه مورد نظر دربرگیرنده ی مشخصات فردی (سن کودک، سن و تحصیلات و شغل مادر، تعداد فرزندان، تحصیلات و شغل پدر)، وضعیت اجتماعی (حمایت همسر و اطرافیان، محیط مناسب برای شیردهی، گرفتن پاس ساعتی برای شیردهی)، عوامل بیمارستانی (محل و نوع زایمان، دریافت آموزش های لازم در بیمارستان)، وضعیت کودک (جنس کودک، وزن تولد، نارس بودن، بیماری های بدو تولد)، وضعیت مادر (نوک سینه فرو رفته، تحت درمان بودن مادر با دارو، طول مدت بستری بعد از زایمان)، سطح آگاهی و وضعیت رشد کودک را شامل می شد. برای بررسی سطح آگاهی 14 سوال در قالب پرسشنامه طراحی گردید که برای هر سوال 2 امتیاز در نظر گرفته شد. برای مادرانی که سطح آگاهی عالی داشتند 20-28 امتیاز، مادرانی که سطح آگاهی متوسط داشتند 10-19 امتیاز و برای مادرانی که سطح آگاهی ضعیف داشتند 0-9 امتیاز تعلق گرفت. برای بررسی وضعیت رشد کودک از منحنی رشد ثبت شده در پرونده ی خانوار استفاده شد؛ کودکانی که منحنی رشد آنها منطبق بر صدک زمان تولد بود عالی، کودکانی که یک نوبت افت در منحنی رشد داشتند خوب، کودکانی که دو نوبت افت در منحنی رشد داشتند متوسط و کودکانی که دو standard deviation از منحنی رشد متناسب با سن شان فاصله داشتند ضعیف در نظر گرفته شدند. اطلاعات حاصل از تکمیل پرسشنامه وارد نرم افزار SPSS ورژن 20 گردید و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛ جهت بررسی ارتباط و تعیین معنا داری عوامل مرتبط با شکست تغذیه ی انحصاری از آمار استنباطی کای دو، آزمون فیشر و تی تست استفاده گردید و برای سطح معنی داری P-value کمتر از 0.05 لحاظ شد.

نتایج

در این مطالعه موردی - شاهدی 200 پرونده بهداشتی کودک 6-9 ماهه که توسط مادر به مراکز بهداشت آورده شده بود، مورد بررسی قرار گرفت. از 200 کودک، 81 مورد (40.5%) تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند و در 119 مورد (59.5%) شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر گزارش شده بود. میانگین سن مادران در کودکان با تغذیه انحصاری شیر مادر 28.90 ± 5.97 سال و میانگین سن مادران با شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر 28.81 ± 5.56 سال بود. تفاوت معناداری بین سن مادران و شکست با تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود نداشت ($P=0.91$). از 81 کودک با تغذیه انحصاری با شیر مادر، 23 نفر (31.9%) میزان تحصیلات راهنمایی و کمتر، 27 نفر (40.3%) دیپلم و 31 نفر (50.8%) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از 119 کودک

با شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر، 49 نفر (68.1%) میزان تحصیلات راهنمایی و کمتر، 40 نفر (59.7%) دیپلم و 30 نفر (49.2%) تحصیلات دانشگاهی داشتند. طبق آزمون آماری Chi-square تفاوت معناداری بین تحصیلات مادر و شکست با تغذیه انحصاری مادر وجود نداشت. ($P=0.08$). از 81 کودک با تغذیه انحصاری با شیر مادر، 26 نفر (37.7%) میزان تحصیلات راهنمایی و کمتر، 15 نفر (23.1%) دیپلم و 40 نفر (60.6%) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از 119 کودک با شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر، 43 نفر (62.3%) میزان تحصیلات راهنمایی، 50 نفر (76.9%) دیپلم و 26 نفر (39.4%) تحصیلات دانشگاهی داشتند. طبق آزمون آماری Chi-square تفاوت معناداری بین تحصیلات پدر و شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشت ($P=0.001$)، بدین معنی که در کودکان با تغذیه انحصاری با شیر مادر، پدرها تحصیلات دانشگاهی بیشتری داشتند. از 138 مادر خانه دار، 65 نفر (47.1%) تغذیه انحصاری با شیر مادر و 73 نفر (52.9%) تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند. از 22 مادر با شغل کارگر 2 نفر (9.1%) تغذیه انحصاری با شیر مادر و 20 نفر (90.9%) تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند. 14 نفر (35%) از مادران کارمند تغذیه انحصاری با شیر مادر و 26 نفر (65%) تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند. مطابق با آزمون آماری Chi-square ارتباط معناداری بین شغل مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشت ($P=0.002$). به طوری که در مادران شاغل، شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر بیشتر بود. مطابق با آزمون آماری Chi-square ارتباط معناداری بین شغل پدر و شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود نداشت ($P=0.05$). از 81 کودک با تغذیه انحصاری با شیر مادر، 2 نفر (2.5%) نمودار رشد ضعیف، 12 نفر (14.8%) متوسط، 55 نفر (67.9%) خوب و 12 نفر (14.8%) نمودار رشد عالی داشتند. از 119 کودک با شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر، 14 نفر (11.8%) نمودار رشد کودک ضعیف، 37 نفر (31.1%) متوسط، 53 نفر (44.5%) خوب و 15 نفر (12.6%) عالی بود. ارتباط معناداری بین نمودار رشد کودکان با شکست تغذیه انحصاری وجود داشت ($P=0.001$). میانگین سطح آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر 19.46 ± 5.36 و میانگین سطح آگاهی مادران با شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر 19.53 ± 5.29 بود. طبق آزمون آماری T-test تفاوت معناداری بین سطح آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود نداشت ($P=0.92$) (جدول شماره 1).

جدول شماره 1: میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر

p.value	میانگین \pm انحراف معیار سطح آگاهی	شکست با تغذیه انحصاری
0.92	19.46 ± 5.36	خیر
	19.53 ± 5.29	بلی

از 119 مادر با شکست تغذیه ی انحصاری، 39 نفر (59.1 %) جنس کودک را موثر بر شکست تغذیه انحصاری می دانستند و 80 نفر (59.7 %) جنس کودک را موثر بر شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر نمی دانستند. طبق آزمون آماری Chi- squar ارتباط معناداری بین جنس کودک با تغذیه ی انحصاری با شیر مادر وجود نداشت ($P=0.93$).

تفاوت معناداری بین رتبه فرزند خانواده و شکست تغذیه انحصاری وجود داشت ($P=0.02$) به طوری که بیشترین درصد شکست تغذیه انحصاری در مادرانی با رتبه دومین فرزند 69 نفر (68.3 %) بود. بین بیماری بدو تولد و شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر نیز تفاوت معناداری وجود داشت به طوری که در 82 % از کودکان با شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در بدو تولد، بیماری داشتند ($P=0.001$). اما بین نارس بودن کودک با شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0.91$). بین تغذیه انحصاری با شیر مادر و وزن هنگام تولد نیز تفاوت معناداری وجود نداشت به طوری که 111 نفر (93.3 %) با وزن طبیعی شکست تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند ($P=0.35$). از وضعیت های اجتماعی موثر بر موفقیت بر تغذیه انحصاری با شیر مادر حمایت همسر، حمایت اطرافیان، نبودن محیط خلوت، عدم استفاده از پاس شیر در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. حمایت همسر در تغذیه انحصاری با شیر مادر، از 81 مادر موفق با تغذیه انحصاری 59 نفر (72.8 %) از حمایت همسر برخوردار بودند و در تدوام شیردهی حمایت همسر را موثر می دانستند و از 119 مادر با شکست تغذیه انحصاری 72 نفر (60.5 %) علت شکست تغذیه انحصاری را عدم حمایت همسر بیان نمودند، بنابر نتایج مطالعه ما تفاوت معناداری بین تغذیه انحصاری با شیر مادر و حمایت همسر نشان می داد ($P=0.04$). بین حمایت اطرافیان و شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0.96$). اما بین داشتن محیط خلوت و شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0.001$). عدم استفاده از پاس شیر یکی از دلایل شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر گزارش شد به طوری که مادرانی که از پاس شیر استفاده نمی کردند بیشتر در تغذیه انحصاری با شیر مادر شکست خورده بودند ($P=0.03$) (جدول شماره 2).

جدول شماره 2: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت اجتماعی موثر بر شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر

P. value	تغذیه انحصاری با شیر مادر		متغیر	
	خیر	بلی		
0.04	72 (60.5%)	59 (72.8%)	بلی	حمایت همسر
	47 (39.5%)	22 (27.2%)	خیر	
0.96	65 (54.6%)	44 (54.3%)	بلی	حمایت اطرافیان
	54 (45.4%)	37 (45.7%)	خیر	
0.001	78 (65.5%)	81 (100%)	بلی	وجود محیط خلوت
	41 (34.5%)	0 (0%)	خیر	
0.03	76 (73.9%)	19 (23.5%)	بلی	عدم استفاده از پاس شیر
	43 (36.1%)	62 (76.5%)	خیر	

بین نوع زایمان و شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر تفاوت معناداری وجود داشت و مادرانی که تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند 71 مورد (87.7%) زایمان طبیعی و 10 مورد (12.3%) نوع زایمان سزارین بود ($P=0.001$). از نظر محل زایمان 56 نفر (69.1%) از تغذیه انحصاری با شیر مادر محل زایمان بیمارستان، 21 مورد (25.9%) مرکز بهداشت، 4 مورد (4.9%) منزل بود و در مواردی که شکست تغذیه انحصاری گزارش شده بود 71 مورد (59.7%) محل زایمان بیمارستان، 41 مورد (34.5%) مرکز بهداشت و 7 مورد (5.9%) منزل بود. ارتباط معناداری بین محل زایمان با شکست تغذیه انحصاری وجود نداشت ($P=0.38$). هم اتاق نبودن مادر و کودک یکی از عوامل موثر بر شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر گزارش شد به طوری که تفاوت معناداری بین هم اتاق بودن مادر و کودک و تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشت ($P=0.01$). بین آموزش روش صحیح شیردهی به مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر تفاوت معناداری وجود داشت و از 81 مادر موفق با تغذیه انحصاری، 67 نفر (82.7%) آموزش روش شیردهی را طی کرده بودند ($P=0.001$).

تحت درمان بودن مادر با دارو یکی از عوامل موثر بر شکست تغذیه انحصاری در این مطالعه گزارش شد که ارتباط معناداری بین شکست با تغذیه انحصاری و تحت درمان بودن مادر با دارو را نشان می داد ($P=0.001$). فرو رفته بودن نوک سینه نیز یکی از دلایلی بود که ارتباط معناداری با شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر داشت ($P=0.001$). طولانی بودن مدت بستری مادر بعد از زایمان نیز تفاوت معناداری با شکست تغذیه انحصاری داشت به طوری که تنها 3 نفر (3.7%)



از مادران موفق با تغذیه انحصاری به مدت طولانی بستری بودند ولی در شکست تغذیه انحصاری 27 نفر (22.7%) از مادران به مدت طولانی بستری بودند ($P=0.01$).

بحث

مزایای کوتاه مدت و درازمدت زیادی برای تغذیه ی انحصاری از شیر مادر در دوران 6 ماه ابتدایی نوزادی گزارش شده است (13). سازمان بهداشت جهانی توصیه می کند که برای شش ماه اول زندگی برای نوزادان حتما تغذیه انحصاری از شیر مادر صورت گیرد. تغذیه انحصاری با شیر مادر نشان می دهد که هیچ ماده مایع یا جامد (به غیر از دارو) به غیر از شیر مادر نباید به نوزاد داده شود (14). از مزایای عمده تغذیه انحصاری از شیر مادر می توان به رشد و تغذیه ی مناسب برای نوزاد و تأثیرات مثبت فراوان عاطفی، اقتصادی، ایمنولوژیک و اجتماعی اشاره نمود (14،15). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد در کشورهای کم و متوسط درآمد، نوزادانی که به طور انحصاری از شیر مادر تغذیه می کنند نسبت به نوزادانی که به طور انحصاری از شیر مادر تغذیه نمی کنند 13 درصد کم تر در معرض خطر مرگ و میر قرار دارند (16). مطالعه حاضر به منظور بررسی عوامل شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماهه اول زندگی در شیرخواران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه انجام گرفت. در این مطالعه 200 پرونده شیرخوار مراجعه کننده به سه مرکز بهداشت شهرستان ارومیه بررسی و نتایج بدست آمده نشان داد که 40.5% نوزادان تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند و 59.5% شکست در تغذیه انحصاری داشتند. در مطالعه ی انجام شده توسط رحمت نژاد و همکاران (17) 52.6% تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشته و در 47.4% تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود نداشت که در مطالعه ما درصد شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر بیشتر می باشد. در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین تحصیلات مادر با شکست در تغذیه انحصاری پیدا نشد ولی ارتباط بین شغل مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشت. مطالعات انجام شده توسط ایمانی و همکاران (18) پور موحد و دهقانی (19) نشان دادند که ارتباط معنی داری بین سطح سواد و تغذیه با شیر مادر وجود ندارد، که با مطالعه ما همسو می باشد. مطالعات Metern و همکاران (20)، Li و همکاران (21) و Jalaahi و همکاران (22) نیز کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر را شاغل بودن مادر گزارش نمودند که با نتایج مطالعه ما که یکی از دلایل شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر شاغل بودن مادر بود، همسو می باشد. در مطالعه ی دیگری که توسط Thet و همکاران انجام گرفت گزارش کردند که مادرانی که از لحاظ شغلی دغدغه ی بیشتری دارند و مجبور به گذراندن وقت

زیادی برای کار و شغل خود هستند تغذیه ی انحصاری با شیر مادر کم تری برای نوزادان خود می باشند که همسو با مطالعه ما بود (23). نتایج به دست آمده از مطالعه ی ما نشان داد که منحنی رشد و تکامل در شیرخواران تغذیه شده با شیر مادر بهتر از شیرخوارانی است که تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند. در مطالعه ای که توسط Azad و همکاران (24) انجام گرفت نیز نتایجی مشابه نتایج مطالعه ی ما به دست آمد. نتایج مطالعه ما نشان داد که موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی 40.5 % بود. در مطالعه انجام شده توسط ایمانی (18) 44.7 % از شیرخواران در شش ماه اول زندگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند که نسبت به مطالعه ما از درصد بیشتری برخوردار می باشد. در مطالعه جلالی و همکاران (22) 44.4 % از شیرخواران تا 4 ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند. در مطالعه ی دیگری که توسط Pinchevski-Kadir و همکاران انجام شد گزارش کردند که 50.3 درصد مادران قبل از 6 ماه پس از زایمان شیردهی به نوزاد را متوقف کردند (25). در مطالعه ما میانگین سطح آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر 19.46 ± 5.35 از کل نمره 28 بود. که با نتایج مطالعه کیانی و همکاران (26) که میانگین آگاهی مادران 19.8 ± 4.5 بود همخوانی دارد. در مطالعه مصفاei خمایی نیز آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر در حد متوسط بود (27). نتایج مطالعات انجام شده توسط Huang و همکاران (28) نشان داد که دانش و آگاهی مادر از تغذیه با شیر مادر، یکی از مقدمات تداوم تغذیه انحصاری می باشد. یکی از دلایل عمده شکست در تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعه ما نبود حمایت همسر، نداشتن محیط خلوت و همچنین عدم استفاده از پاس شیر بود، که ارتباط معناداری با شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر داشت. در مطالعه ای که Mahesh و همکاران (29) انجام دادند گزارش کردند که حمایت همسر تاثیر زیادی بر روی تغذیه ی انحصاری با شیر مادر دارد و ارتقای ترویج تغذیه با شیر مادر توسط همسران نتایج مطلوبی را بر روی تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد که همسو با مطالعه ی ما بود. مطالعه Bertini و همکارانش (30) در انگلستان که حمایت همسر از عوامل مهم برای شروع و تداوم شیردهی بود همسو می باشد. گیل و همکاران (31) نیز نقش همسر و اعضاء دیگر خانواده در دوره موفقیت آمیز تغذیه با شیر مادر را در مطالعه خود نشان دادند که با نتایج مطالعه ما همسو می باشد. در مطالعه ما نوع زایمان ارتباط معناداری با شکست تغذیه انحصاری دارد به طوری که در زایمان طبیعی درصد موفقیت تغذیه انحصاری بیشتر می باشد. در مطالعه جلالی و همکاران (22) زایمان سزارین یکی از دلایل برای شروع شیر کمکی می باشد به طوری که 71.4 % از مادرانی که به فرزندانشان



شیر کمکی میدادند زایمان سزارین داشتند. در مطالعه ریگهارد (32) و ارویدسین و همکاران (33) تغذیه انحصاری با شیر مادر، در مادرانی که زایمان طبیعی داشتند بیشتر از مادران با زایمان سزارین بود که با نتایج مطالعه ما همسو می باشد. در مطالعه ما ارتباط معناداری بین آموزش روش صحیح شیر دهی و تداوم تغذیه انحصاری وجود داشت به طوری که آموزش روش شیر دهی به مادر در 82.7% از موارد برای تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر تاثیر مثبت داشت. طبق نتایج مطالعه انجام شده توسط Boskabadi و همکاران (34) دانستن وضعیت مناسب شیردهی و راه های تحریک رفلکس جهش شیر توسط مادر می تواند منجر به حداکثر دریافت شیر در نوزاد با حداقل مشکل برای مادر شود که با نتایج مطالعه ما همسو می باشد. در مطالعه ی دیگری که توسط Nuampa و همکاران (35) انجام گرفت گزارش کردند که عدم آگاهی مادران از مزایای تغذیه با شیر مادر و عدم داشتن مهارت و آموزش لازم روش صحیح شیر دهی توسط مادران از عوامل اصلی شکست تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول نوزادی می باشد که همسو با مطالعه ما بود.

نتیجه‌گیری

مطالعه ما نشان داد که سطح آگاهی مادران از فواید تغذیه انحصاری با شیر مادر در حد متوسط می‌باشد و شاغل بودن مادران، ندانستن روش صحیح شیردهی، عدم حمایت همسر، مشکل پستان، نداشتن پاس شیر و محیط خلوت برای شیردهی از شایع‌ترین عواملی بودند که منجر به شکست تغذیه انحصاری در این مطالعه می‌شدند.

پیشنهادهای

مادران نیاز به طی نمودن دوره‌های آموزشی روش صحیح شیردهی دارند. آموزش توسط مراکز بهداشت و درمان، مشاوره رو در رو و یا پیگیری‌های مکرر به شکل بازدید از منزل و مشاوره‌های تلفنی 24 ساعته با مادران تازه زایمان کرده، می‌تواند از راه‌های ارتقای شروع و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر باشد. آموزش روش‌های صحیح شیردهی در حین بادراری و پس از زایمان می‌تواند نقش بسزایی در افزایش تداوم شیر دهی مادران داشته باشد.

منابع

1. Choi HJ, Kang SK, Chung MR. The relationship between exclusive breastfeeding and infant development: A 6- and 12-month follow-up study. *Early Hum Dev.* 2018 Oct 3;127:42-47.
2. B. Young. The short and long-term benefits of breastfeeding. J. Saavedra, A. Dattilo (Eds.), *Early nutrition and long-term health: mechanisms, consequences, and opportunities* (1st ed), Elsevier Publishing (2016).
3. R. Patel, E. Oken, N. Bogdanovich, L. Matush, Z. Sevkovskaya, B. Chalmers, *et al.* Cohort profile: the promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) *Int J Epidemiol*, 43 (2014), pp. 679-690.
4. R.M. Martin, M.S. Kramer, R. Patel, S.L. Rifas-Shiman, J. Thompson, S. Yang, K. Vilchuck, N. Bogdanovich, M. Hameza, K. Tilling, E. Oken. Effects of promoting long-term, exclusive breastfeeding on adolescent adiposity, blood pressure, and growth trajectories: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* (2017), Article e170698, 10.1001/jamapediatrics.2017.0698.
5. M.A. Quigley, C. Carson, A. Sacker, Y. Kelly. Exclusive breastfeeding duration and infant infection. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 70 (2016), pp. 1420-1427.



6. C.G. Brennan-Jones, R.H. Eikelboom, A. Jacques, D. Swanepoel, M.D. Atlas, A.J. Whitehouse, S.E. Jamieson, W.H. Oddy. Protective benefit of predominant breastfeeding against otitis media may be limited to early childhood: results from a prospective birth cohort study. *Clin. Otolaryngol.*, 42 (2017), pp. 29-37.
7. A. Nyaradi, J.K. Foster, S. Hickling, J. Li, G.L. Ambrosini, A. Jacques, W.H. Oddy. Prospective associations between dietary patterns and cognitive performance during adolescence. *JCPP (J. Child Psychol. Psychiatry)*, 55 (2014), pp. 1017-1024.
8. A. Nyaradi, W.H. Oddy, S. Hickling, J. Li, J.K. Foster. The relationship between nutrition in infancy and cognitive performance during adolescence. *Front Nutr.*, 2 (2015), p. 2.
9. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI, American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005, 115: 496-506.
10. Masomeh Gafari Asl, Reyhaneh Fadakar Sogheh, Arezo Ghavi, Monireh Ahmad Shear bafi. Related factors to continued breastfeeding in infants. *J Holist Nurs Midwifery* 2014, 24(2): 1-8.
11. Division of Nutrition and Obesity National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Centers for Disease Control and Prevention PA. Breastfeeding—National Immunization Survey (NIS). http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/index.htm (2016), Accessed 18th Nov 2016.
12. World Health Organization. Infant and young child feeding. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/> (2016), Accessed 18th Nov 2016.
13. Hendaus MA, Alhammadi AH, Khan S, Osman S, Hamad A. Breastfeeding rates and barriers: a report from the state of Qatar. *Int J Womens Health*. 2018 Aug 22;10:467-475.
14. World Health Organization (WHO). Breastfeeding. Geneva: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/en/. Accessed December 1, 2016.
15. Chantry CJ, Eglash A, Labbok M. ABM Position on Breastfeeding-Revised 2015. *Breastfeed Med*. 2015;10(9):407–411.

16. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martinez J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):3–13.
17. Rahmatnejad L, Bastani F. Factors Associated with Discontinuation of Exclusive Breast Feeding by first time mothers. *IJN.* 2011; 24(71): 42-53.
18. Imani M, Mohammadi M, Rakhshani F, Shafiei S. Prevalence of exclusive breastfeeding and its related factors in Zahadan, Iran. *J Feyz.* 2003; 26:26-33.
19. Pour Movahed Z, Dehahani KH. Problems that influence exclusive breastfeeding in Yazd, Iran. *J Yazd Uni Med Sciences,* 1999;4:65-70.
20. Merten S, Dratva J, Ackermann- Lierbrich U. Do Baby – Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national levels. *J Pediatrics,* 2005; 116(5): 702-708.
21. Li Y, Kong L, Hlota M. Breastfeeding in Bangkok, Thailand. Current status Maternal Knowledge attitude and Social support. *Pediatrics. Int* 1999; 41(6): 648-654.
22. Jalaahi H, Ali Mohammad Por R, Golaami Sh, Vahedi H. Investigation of Rate and reasons of formula feeding in under 6 months old children of Mazandaran Province, Iran. *J Mazandaran Uni Med Sciences.* 2005; 46: 111-116.
23. Thet MM, Aung T, Diamond-Smith N, Sudhinaraset M. The influence of a community-level breast-feeding promotion intervention programme on breast-feeding practices in Myanmar. *Public Health Nutr.* 2018 Aug 15:1-10.
24. Azad MB, Vehling L, Chan D. et al. Infant Feeding and Weight Gain: Separating Breast Milk From Breastfeeding and Formula From Food. *Pediatrics.* 2018 Oct;142(4). pii: e20181092.
25. Pinchevski-Kadir S, Shust-Barequet S, Zajicek M. et al. Direct Feeding at the Breast Is Associated with Breast Milk Feeding Duration among Preterm Infants. *Nutrients.* 2017 Nov 1;9(11).
26. Kiani MA, KHakshour A, Vakili R, Saeedi M/Maternal Knowledge and practice in Mashhad City about Breastfeeding in first 6 month of Infant's life, 2013_5(1):209.
27. Mosaffa H, Syrvey of the knowledge and attitude of mothers during one year after delivery about breast – feeding. *J Guil Uni Med Sciences.* 2004;13(51): 23-31.
28. Huang MZ, Kuo SC, Avery MD, Chen W, Lin KC, Gau ML. Evaluation effects of a prenatal women-based breastfeeding education programme in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2007;16(8): 1571-9.



29. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM. Et al. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2018 Sep 24;18(1):1140.
30. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Trinchin M, Rubaltelli FF, Naternal education and the incidence and duration of breast feeding a prospective study J pediatrics Gastroenterol Nutr . 2003; 37(4): 447-52.
31. Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF. Effects of Support on the initiation and duration of breastfeeding. West J Nurs Res. 2007; 29(6):708-23.
32. Rghard L. Are breast feeding problems related to incorrect breast feeding technique and the use of pacifiers and bottles? J of Birth 1998; 25(1): 40-44.
33. Arvidsin, Ransho AB. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomized controlled study in Zamnia. J.Epidemiol- community Health. 1998;52(6): 385-391.
34. Boskabadi H, Ramazanzadeh M, Zakerihamidi M, Rezagholizadeh OF. Risk factors of breast problems in mothers an its effects on newborns. Iran Red Creszent Med J . 2014; 16(6): e85852.
35. Nuampa S, Tilokskulchai F, Patil CL, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W. Factors Related to Exclusive Breastfeeding at Six Months in Thai Adolescent Mothers: An Application of Concept Mapping. Matern Child Nutr. 2018 Oct 10:e12714.