

تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در شیرخواران شهر بندرعباس

امین قنبرنژاد^{۱*}، صدیقه عابدینی^۲، لیلا تقی پور^۳(BSc)

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

۳- مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

دریافت: ۹۱/۱۲/۸، اصلاح: ۹۲/۲/۱۱، پذیرش: ۹۲/۶/۱۳

خلاصه

سابقه و هدف: شیر مادر در ماههای اولیه زندگی نوزاد بهترین تغذیه محسوب شده و برای رشد، سلامت جسمانی و روانی کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. علیرغم فایده‌هایی که شیر مادر، هم برای سلامت مادران و هم کودکان دارد، بیشتر مادران تغذیه با شیر خود را ادامه نمی‌دهند. این مطالعه به منظور تعیین میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در شیرخواران شهر بندرعباس انجام شد.

مواد و روشها: در این مطالعه مقطعی ۸۰۰ مادر دارای فرزند بالای ۶ ماه بروش نمونه‌گیری خوشه‌ای از مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس در طی سالهای ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱ انتخاب شدند. اطلاعات وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل اقتصادی اجتماعی از طریق پرسشنامه و مصاحبه با مادران جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۵/۴٪ بود. عدم ابتلا به بیماری خاص مادر در دوران بارداری، شیردهی مادر در حاملگی قبلی، کافی بودن شیر مادر، خواسته بودن حاملگی، تک قلو بودن نوزاد، شروع شیردهی در دو ساعت اول پس از زایمان، تولد شیرخوار در بیمارستان و عدم استفاده از پستانک از عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر بودند ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از کودکان زیر ۶ ماه منحصر با شیر مادر تغذیه می‌شوند و شروع تغذیه با شیر مادر در ۲ ساعت اول تولد از مهمترین عوامل تاثیر گذار در تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: تغذیه، انحصاری، شیر مادر، شیرخواران، ایران.

مقدمه

تا ۶ ماهگی مشاهده شده است. در Nova Scotia کانادا این میزان حتی کمتر بوده است (نزدیک به ۹/۶٪) (۶). مطالعه Olang و همکاران نشان داد که فقط ۵۶٪ بچه‌های ایرانی تا ۴ ماهگی و ۲۸ درصد تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند. که این در مقایسه با میزان پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی کمتر بود. با اینحال، ۵۷ درصد بچه‌ها تا ۲ سالگی تغذیه با شیر مادر را داشتند (۲). در مطالعه‌ای دیگر این میزان تا ۶ ماهگی، ۴۴ درصد گزارش شده است (۷). شیر مادر در کاهش مرگ و میر، بروز اسهال و خونریزی‌های روده‌ای، کولیک شکم، آسم، عفونت‌های حاد تنفسی، بیماری‌های اتوپیک و زردی در دوران نوزادی، کاهش خطر دیابت، افزایش وزن و چاقی در آینده اثر پیشگیری کننده دارد و تغذیه انحصاری با شیر مادر امکان ابتلا به عفونت حاد تنفسی را تا ۵ برابر و احتمال مرگ ناشی از این بیماری را تا ۴ برابر کاهش می‌دهد (۸-۱۰). شیر مادر ایمنی، تعادل تغذیه‌ای، هضم آسان و رشد سالم را برای نوزاد تامین می‌کند. شیر مادر نه تنها میزان بیماری دوره نوزادی (سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت‌های تنفسی، گوارشی و گوش) و کودکی (آلرژی، آسم، چاقی) را کاهش می‌دهد، بلکه میزان

دوران شیر خواری از نظر رشد و تکامل از حساس‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد محسوب می‌شود و تغذیه طفل در این دوران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این میان شیر مادر کامل‌ترین غذا برای شیرخوار در طی چند ماه اول زندگی است. آنچه به عنوان تغذیه طبیعی شیرخوار در ۶ ماه اول زندگی توصیه شده، تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌باشد (۱). شیر مادر، تغذیه مناسب و ایده‌آل برای رشد و تکامل نوزادان می‌باشد و تاثیر زیستی و عاطفی بی‌نظیری بر سلامت هم مادر و هم نوزاد دارد (۲). همچنین یک جزء جدایی‌ناپذیر از فرآیند تولید مثل است که برای سلامت مادر کاربردی مهم دارد (۳). همچنین در دین مبین اسلام نیز به اهمیت شیر مادر در روایات و آیات قرآنی اشاره شده است (۴). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، به تغذیه شیر خوار تا شش ماهگی تنها با شیر مادر بدون آب و مواد غذایی به غیر از داروها، ویتامین‌ها و مکمل‌های مجاز، تغذیه انحصاری با شیر مادر اطلاق می‌شود (۵). بررسی‌های مقطعی در کشور کانادا نشان می‌دهد، گرچه نزدیک به ۹۰/۳٪ مادران کانادایی بچه‌های خود را با شیر خود تغذیه می‌نمایند اما در کمتر از ۲۵٪ آنها تغذیه انحصاری با شیر مادر

* مسئول مقاله: آقای امین قنبرنژاد

یافته ها

در این مطالعه ۸۰۰ شیر خوار از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۳۶۷ نوزاد (۴۵/۹٪) پسر و ۴۳۳ نوزاد (۵۴/۱٪) دختر بودند. میانگین سن مادران $25/7 \pm 5/6$ سال بود و همه مادران در محدوده سنی ۴۰-۱۶ سال قرار داشتند. ۱۷/۱٪ از مادران شاغل و ۸۲/۹٪ خانه دار بودند. ۱۴۳ نفر از آنها (۱۷/۹٪) دارای مدرک دانشگاهی، ۳۴۶ نفر دیپلمه (۴۳/۲٪) و سطح سواد بقیه آنها (۳۸/۹٪) زیر دیپلم بود. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در این مطالعه ۵۵/۴٪ به دست آمد. نتایج آنالیز رابطه شیوع تغذیه انحصاری با متغیرهای مربوط به مادر و متغیرهای مربوط به شیرخوار به ترتیب در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر به تفکیک متغیرهای

مربوط به مادر

متغیر	دارد تعداد (%)	ندارد تعداد (%)	P-value
تحصیلات مادر			
زیر دیپلم	۱۴۶ (۹/۴۶)	۱۶۵ (۳/۵۳)	۰/۰۰۱
دیپلم	۲۰۹ (۴/۶۰)	۱۳۷ (۶/۳۹)	
مدرک دانشگاهی	۸۸ (۵/۶۱)	۵۵ (۵/۳۸)	
وضعیت اشتغال مادر			
خانه دار	۳۵۹ (۱/۵۴)	۳۰۴ (۹/۴۵)	۰/۱۲۵
شاغل	۸۴ (۳/۶۱)	۵۳ (۷/۳۸)	
بیماریهای خاص در دوران بارداری			
داشته	۲۴ (۶/۲۸)	۶۰ (۴/۷۱)	P<۰/۰۰۱
نداشته	۴۱۹ (۵/۵۸)	۳۹۷ (۵/۴۱)	
شیردهی مادر در حاملگی قبلی			
بلی	۲۱۶ (۶/۶۲)	۱۲۹ (۴/۳۷)	P<۰/۰۰۱
خیر	۱۳ (۲/۲۶)	۳۷ (۴/۷۴)	
کفایت شیر بر اساس نظر مادر			
کافی	۳۸۹ (۵/۷۷)	۱۱۳ (۳/۲۲)	P<۰/۰۰۱
ناکافی	۵۴ (۱/۱۸)	۳۴۴ (۹/۸۱)	
آموزش در مورد فواید شیر مادر			
دیده است	۳۵۱ (۷/۵۷)	۲۶۳ (۸/۴۲)	۰/۰۶۴
ندیده است	۹۲ (۵/۴۹)	۹۴ (۵/۵۰)	
وضعیت حاملگی فعلی			
خواسته	۳۷۲ (۶/۵۹)	۲۵۲ (۴/۴۰)	P<۰/۰۰۱
ناخواسته	۷۱ (۳/۴۰)	۱۰۵ (۷/۵۹)	
نوع زایمان			
طبیعی	۲۵۶ (۹/۵۳)	۲۱۹ (۶/۴۶)	۰/۳۰۹
سزارین	۱۸۷ (۵/۵۷)	۱۳۸ (۵/۴۲)	
شروع شیردهی			
دو ساعت اول پس از زایمان	۴۲۹ (۶/۶۲)	۲۵۶ (۴/۳۷)	P<۰/۰۰۰۱
بیش از دو ساعت پس از زایمان	۱۴ (۲/۱۲)	۱۰۱ (۸/۸۷)	
بارداری در هنگام شیر دهی			
بلی	۲۸ (۸/۴۳)	۳۶ (۳/۵۶)	۰/۰۵۱
خیر	۴۱۵ (۴/۵۶)	۳۳۱ (۶/۴۳)	
محل زایمان			
منزل	۱۰ (۳/۲۶)	۲۸ (۷/۷۳)	P<۰/۰۰۱
بیمارستان	۴۳۳ (۸/۵۶)	۳۳۹ (۲/۴۳)	

سرطان تخمدان و سرطان سینه در مادر را هم کمتر می کند (۱۱). تا به حال، از هر ۳ نوزاد ۱ نوزاد تا ۶ ماهگی تغذیه داشته است (۳). گرچه یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در دستیابی به جامعه سالم تا سال ۲۰۱۰ میلادی، دست یابی به میزان ۷۵٪ تغذیه با شیر مادر بوده است (۱۲) متأسفانه، پیروی از پیشنهادات در زمینه تغذیه با شیر مادر در کشورهای در حال توسعه پایین می باشد (۳). در مطالعات گوناگون عوامل مختل کننده تغذیه انحصاری با شیر مادر متفاوت بوده و متغیرهای نژاد، سن، شغل و سطح سواد مادر، عوامل اقتصادی-اجتماعی، ناکافی بودن شیر مادر، ابتلای کودک به بیماری، تک قلو بودن نوزاد، نوع زایمان و تمایل مادر به شیردهی بر روی تغذیه انحصاری با شیر مادر تاثیر گذار بوده است (۱۳و۸). علیرغم فواید شناخته شده شیر مادر، اطلاعات حاضر در مورد میزان تغذیه با شیر مادر در بندرعباس شناخته شده نمی باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل موثر بر آن در شیرخواران شهر بندرعباس طراحی و اجرا شد. امید است که شناسایی هر یک از عوامل تاثیر گذار، در اتخاذ استراتژی هایی جهت پیشگیری از قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر کمک کننده باشد.

مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی ۸۰۰ کودک بالای ۶ ماه که جهت انجام واکسیناسیون و مراقبت های بهداشتی به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس مراجعه نمودند، به روش نمونه گیری خوشه ای از کل مراکز انتخاب شدند. اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به تغذیه انحصاری با شیر مادر از طریق پرسشنامه محقق ساخته، پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و کسب رضایت آگاهانه از مادران جمع آوری گردید. اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری با مادر شیر خوار و توسط افراد آموزش دیده در طی سالیهای ۹۱-۱۳۸۸ بدست آمد. پرسشنامه شامل سه قسمت: اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد)، عوامل تاثیر گذار بر تغذیه انحصاری مربوط به مادر (نوع زایمان، محل زایمان، خواسته یا نا خواسته بودن حاملگی، کافی بودن میزان شیر از نظر خود مادر، دریافت آموزش در مورد مزایای شیر دهی، داشتن سابقه شیر دهی در حاملگی قبلی (در مورد مادران چند زا)، و سابقه ابتلا مادر به بیماریهایی مانند فشار خون، مسمومیت حاملگی، تیروئید، بیماری قلبی، تنگی نفس عفونت)، عوامل مربوط به شیرخوار (جنس نوزاد، وزن هنگام تولد، ترم یا پره ترم بودن نوزاد و استفاده از پستانک) بود. روایی پرسشنامه محقق ساخته توسط پانل خبرگان (گروهی متشکل از اپیدمیولوژیست، متخصص زنان و زایمان و ماما) و پایایی آن توسط باز آزمون مورد تایید قرار گرفت ($r=0/81$).

کودکان ۱۲-۶ ماهه سالم پس از اخذ رضایت مادر وارد مطالعه شدند و در صورت ابتلا نوزاد به ناهنجاریهایی مادرزادی که با شیر خوردن آنان تداخل داشته باشد (مانند لب شکری یا کام شکری)، فرزند خواندگی نوزاد، همچنین وجود برخی مشکلات یا بیماریها در مادر که با شیر دهی تداخل داشته باشد (ماستکتومی و یا ابتلا مادر به بیماریهای روانی) از مطالعه حذف شدند. برای ارزیابی رابطه تغذیه انحصاری با متغیرهای کیفی از آزمون آماری کای دو و برای بررسی رابطه تغذیه انحصاری با متغیر کمی از آزمون t مستقل دو نمونه ای در نرم افزار SPSS16 جهت تجزیه و تحلیل استفاده شد و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۲. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر به تفکیک متغیرهای مربوط به شیرخوار

متغیر	دارد تعداد (%)	ندارد تعداد (%)	P-value
سن جنین در هنگام تولد			
کمتر از ۳۷ هفته	۴۲ (۵۵/۳)	۳۴ (۴۴/۷)	۰/۹۸۴
۳۷ هفته و بالاتر	۴۰۱ (۵۵/۴)	۳۲۳ (۴۴/۶)	
جنسیت نوزاد			
دختر	۲۶۶ (۶۱/۴)	۱۶۷ (۳۸/۶)	P<۰/۰۰۱
پسر	۱۷۷ (۴۸/۲)	۱۹۰ (۵۱/۸)	
تعداد نوزاد			
یک قلو	۴۳۸ (۵۷)	۳۳۱ (۴۳)	P<۰/۰۰۱
دوقلو	۵ (۱/۱)	۲۶ (۸۳/۹)	
وزن نوزاد هنگام تولد			
کمتر از ۲۵۰۰ گرم	۶۸ (۶۲/۴)	۴۱ (۳۷/۶)	۰/۱۱۳
۲۵۰۰ گرم و بیشتر	۳۷۵ (۵۴/۳)	۳۱۶ (۴۵/۷)	
استفاده از پستانک			
بلی	۶۸ (۲۲/۷)	۳۳۲ (۷۷/۳)	P<۰/۰۰۰۱
خیر	۳۷۵ (۷۵)	۱۲۵ (۲۵)	

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه، شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر را ۵۵/۴ درصد نشان داد که تقریباً نزدیک به نتایج مطالعات Bastani و همکاران (تهران، ۵۲/۶٪)، Naserpur و همکاران (امیدیه، ۶۱/۶٪) و Patil Sapna و همکاران (هند، ۶۱/۵٪) بود (۱۶-۱۴). اما، شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعات Ghaed Mohammadi و همکاران (بوشهر، ۱۴/۷٪)، Mohammad Beygi و همکاران (اراک، ۴۱/۵٪)، Ssenyonga و همکاران (اوگاندا، ۳۵/۱٪) و Ogbeide و همکاران (عربستان، ۲۷/۳٪) کمتر از مطالعه حاضر بوده است (۱۸ و ۱۷ و ۱۰ و ۸) و از طرفی Veghari و همکاران در مطالعه خود، شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر را ۶۶/۴٪ گزارش نمودند (۱۹) که بالاتر از شیوع بدست آمده در مطالعه حاضر است. علت احتمالی تفاوت در شیوع تغذیه انحصاری در مطالعات مختلف می تواند نشان دهنده این باشد که تفاوت های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی افراد در جوامع مختلف ممکن است به نوعی بر تداوم شیر دهی و استفاده انحصاری از شیر مادر تاثیر گذار باشد. بعلاوه برخورداری یا عدم برخورداری از سیستم های حمایتی مانند حمایت همسر و اطرافیان از این مسئله و دریافت کمک از دیگران در این مورد می تواند نقش داشته باشد. همچنین ممکن است برخی مادران در مورد اهمیت تغذیه انحصاری کودک خود تا ۶ ماهگی، اطلاعات بیشتری داشته و بطبع آن در این مورد حساسیت بیشتری در آنان ایجاد شده که این موجب گردیده آنان به تغذیه انحصاری کودک خود توجه بیشتری نمایند.

در این پژوهش عدم استفاده از پستانک از عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر بود. که با نتایج مطالعه Naserpur و همکاران و Ahmadpour-Kacho و همکاران همخوانی دارد (۱۵ و ۲۰). در این مورد شاید بتوان اینطور بیان کرد که استفاده از پستانک ممکن است که نقش یک شی آرام کننده برای کودک را داشته باشد که گزینه مکیدن او را به طور کاذب کاهش می دهد و ممکن است کودک به تدریج به این شیء عادت کرده و به مرور تمایل استفاده از سینه مادر را از دست بدهد و چون به نظر می رسد که نحوه مکیدن پستانک به مکیدن شیشه شیر شباهت بیشتری دارد تا سینه مادر، کم کم کودک تمایل به استفاده از شیر مادر را از دست بدهد که در این راستا باید بیان داشت که استفاده از پستانک در کودکان مورد مطالعه قبل از شروع تغذیه با شیر خشک بوده است.

نتایج حاصل از این پژوهش شروع شیردهی در دو ساعت اول پس از زایمان را از عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر نشان داد که با نتایج برخی مطالعات همخوانی دارد (۲۲ و ۲۱ و ۱۵ و ۸)، اما با نتایج پژوهش Heydarpour و همکاران در کرمانشاه (۹) همخوانی ندارد. علت احتمالی این اختلاف ممکن است به خاطر تفاوت در حجم نمونه در این دو مطالعه باشد. مطالعه حاضر بر روی ۸۰۰ کودک شیر خوار انجام گرفته که بیش از نیمی از آنها (۴۲۹ شیرخوار) در دو ساعت اول پس از تولد از شیر مادر خود تغذیه شده بودند. در حالیکه در مطالعه Heydarpour و همکاران فقط ۵۷ کودک در زمان کمتر یا مساوی دو ساعت پس از تولد با شیر مادر خود تغذیه شده بودند. در این مطالعه نظر مادر در مورد کافی بودن میزان شیر خود رابطه آماری معنی داری با تغذیه شدن انحصاری کودک را نشان داد. که با نتایج برخی مطالعات دیگر در این زمینه همخوانی دارد (۲۳ و ۲۱ و ۵). Mehrparvar و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که یکی از علل کاهش تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیر خواران زیر ۶ ماه در کرمان نیز ناکافی دانستن میزان شیر توسط مادر می باشد (۲۱). به نظر می رسد که بی تجربگی، نگرانی ها و دلسوزی های نادرست برخی مادران باعث می شود که تفسیری نادرست از ایما و اشارات کودک داشته باشند و تصور نمایند که همواره گریه کودک به معنای ناکافی بودن میزان شیرشان است. به عبارت دیگر تصور ذهنی مبنی بر ناکافی بودن میزان شیر می تواند آنقدر قوی باشد که باعث استفاده از سایر چیزهای به جای شیر مادر شود.

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، خواسته بودن حاملگی نیز یکی دیگر از عوامل موثر در تغذیه انحصاری با شیر مادر بوده است که با نتایج مطالعات دیگر نظیر Mohammad Beyghi و همکاران (۸) و Dye و همکاران (۲۴) همخوانی دارد. مادرانی که حاملگی برنامه ریزی شده و خواسته شده دارند در واقع برای پذیرش نوزاد، خود را آماده نموده اند. به همین دلیل احتمال تغذیه انحصاری کودک توسط این مادران بیشتر است. از طرف دیگر مادرانی که حاملگی ناخواسته را تجربه می کنند ممکن است فشارهای روانی و استرس های بیشتری را تجربه نموده و تمایلی برای داشتن این کودک نداشته باشند، بدین خاطر تمایل کمتری به تغذیه انحصاری کودک نشان دهند. عدم ابتلای مادر به بیماری خاص در زمان بارداری از جمله عواملی بود که با تغذیه انحصاری شیرخوار ارتباط آماری معنی داری را نشان داد که با مطالعه Rakhshani و همکاران (۲۵) همسو است. اما با نتایج مطالعه Almasi و همکاران (۲۶)، Naserpur و همکاران (۱۵) همخوانی ندارد. شاید علت این اختلاف در متفاوت بودن شدت بیماری که مادر

همکاران (۲۹) مغایرت دارد. شاید علت این اختلاف مربوط به دریافت یا عدم دریافت آموزش مناسب و توصیه های لازم از سوی پرسنل بهداشتی درمانی باشد. به طوریکه در کلیه مراکز بهداشتی- درمانی شهر بندرعباس، مادران در زمان حاملگی و پس از زایمان آموزشهای لازم در مورد فواید ناشی از شیر مادر را دریافت می نمایند و احتمال دارد که در مطالعات دیگر، مادران اینگونه آموزشها را دریافت ننموده باشند.

در این پژوهش، کودکانی که تک قلو بودند بیشتر از آنهایی که دوقلو بودند منحصرأ با شیر مادر تغذیه می شدند که با نتایج مطالعه McDonald و همکاران در کانادا همخوانی دارد (۱۱). علت این امر را می توان به اینکه کودکان دو قلو به شیر بیشتری نیاز دارند نسبت داد زیرا مادران ممکن است به علت این مسئله از راههای جایگزین مانند شیر خشک برای نوزادان دوقلوی خویش برای تغذیه استفاده نمایند. البته بررسی فاکتورهای دموگرافیک و عوامل اقتصادی- اجتماعی موثر در تغذیه انحصاری نیاز به بررسی بیشتر داشته و مطالعاتی با وسعت بیشتر مورد نیاز می باشد. برای نتیجه بهتر باید پژوهش در شهرستانهای دیگر استان هرمزگان و همچنین در جامعه روستایی نیز انجام گیرد تا نتایج را بتوان با اعتماد بیشتری تعمیم داد.

با توجه به اینکه تنها حدود نیمی از کودکان زیر ۶ ماه شهر بندرعباس منحصرأ با شیر مادر تغذیه می شدند، اجرای برنامه مدون جهت آگاه سازی مادران در دوران بارداری از اهمیت تغذیه با شیر مادر توسط افراد مرتبط نظیر متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کادر مستقر در واحد بهداشت و تنظیم خانواده مراکز بهداشتی درمانی لازم به نظر می رسد و امید است با کوشش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان این امر محقق شود. از آنجا که شیر مادر سرشار از ویتامین ها و مواد معدنی و مغذی برای رشد نوزادان است و از ابتدای آنها به بیماری ها جلوگیری می کند، آگاهی والدین و نزدیکان نوزاد از این امر و شناسایی عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر، اهمیت آن را دو چندان می کند. هر چند در این مطالعه، صرفأ تغذیه کودکان تا ۶ ماهگی مورد بررسی قرار گرفت اما تداوم شیردهی مادر تا دو سالگی و بالاتر از آن به عنوان گامی رو به جلو در تحقق بخشیدن پرورش فرزندان سالم و رسیدن جامعه به سطح بالای سلامتی توصیه می شود.

تقدیر و تشکر

یدینوسله از همکاری کادر درمانی مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس در راستای پیشرفت این طرح تحقیقاتی، همچنین از مشارکت و شکیبایی مادران در پاسخگویی پرسشنامه ها تشکر و قدردانی می گردد.

طی بارداری به آن مبتلا شده و یا متفاوت بودن مقاومت و قدرت مقابله با بیماری توسط نمونه های مورد پژوهش در مطالعات متفاوت باشد.

در این مطالعه بین داشتن سابقه شیردهی جهت فرزند قبلی با تغذیه انحصاری برای این شیر خوار رابطه آماری معنی داری مشاهده شد که با نتایج مطالعه Heydarpour و همکاران در کرمانشاه (۹)، Ogbeide و همکاران در عربستان (۱۸) و Vieira و همکاران در برزیل (۲۷) همخوانی دارد. به نظر می رسد که سابقه شیر دهی نوزاد قبلی، نشان از باورهای مذهبی و اعتقادات ما مبنی بر اهمیت این نوع تغذیه کودک می باشد و این دسته از مادران به این باور قبلی رسیده اند که تغذیه شیر خوار با شیر مادر برای کودک مهم و ضروری است. که در واقع اینمورد ریشه در باورها و اعتقادات دینی ما مسلمانان دارد که در اینمورد می توان به آیه ۲۳۳ سوره بقره در مورد شیر دهی نوزاد، احادیث و روایت اشاره نمود. حضرت رسول (ص) می فرماید: برای کودک هیچ شیری بهتر از شیر مادرش نیست (۴).

در مطالعه حاضر بین تحصیلات مادر با تغذیه انحصاری شیر خوار در ۶ ماه اول پس از تولد، رابطه آماری معنی داری وجود داشت که با نتایج Almasi و همکاران در ایران و Abada و همکاران در فیلیپین همخوانی دارد (۲۶ و ۲۸). اما با نتایج مطالعه Heydarpour و همکاران، Naserpur و همکاران مغایرت دارد (۹ و ۱۵). شاید علت این اختلاف در تعداد افراد با تحصیلات بالا در پژوهشهای مختلف باشد. در مطالعه حاضر، ۸۸ نفر (۶۱/۵٪) از مادرانی که کودکان خود را منحصرأ با شیر خود تغذیه می نمودند دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در حالیکه در مطالعه Heydarpour و همکاران، فقط ۴۵ نفر (۵۳/۶٪) دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند و همینطور در مطالعه Naserpur و همکاران نیز فقط ۱۲/۲٪ درصد شرکت کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. بین جنسیت نوزاد با تغذیه انحصاری نیز در این مطالعه رابطه آماری معنی داری مشاهده شد. بطوریکه در این میزان تغذیه انحصاری در دختران به طور معنی داری بیشتر از پسران بود. در مطالعه Ssenyonga و همکاران (۱۰) نیز نوزادان دختر میزان تغذیه انحصاری بیشتری داشتند و در مطالعه patil Sapna و همکاران (۱۶)، پسران به طور معناداری تغذیه انحصاری بیشتری با شیر مادر داشتند. در حالیکه با نتایج برخی مطالعات دیگر مغایرت دارد (۱۶ و ۹). علت این اختلاف ممکن است به دلیل وجود تفاوت در فرهنگ جوامع مختلف یا باورهای ذهنی مادران در مورد برتری جنسی یا برابری جنسی باشد.

در این مطالعه، مادرانی که در بیمارستان زایمان کرده بودند بیشتر از کسانی که در منزل زایمان نمودند، فرزندشان را تا ۶ ماهگی منحصرأ با شیر خود تغذیه می نمودند که این نتیجه با نتایج مطالعه Abada و همکاران در فیلیپین همخوانی دارد (۲۸). در حالیکه با نتایج مطالعه Mirahmadizadeh و

Exclusive Breastfeeding and its Related Factors among Infants in Bandar Abbas City, Iran

A. Ghanbarnejad (MSc)^{1*}, S. Abedini (MSc)², L. Taqipoor (BSc)³

1. Social Determinants for Health Promotion Research Center, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

2. Department of Public Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

3. Mother and Child Health Research Center, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(1); Jan 2014; pp: 85-91

Received: Feb 26th 2013, Revised: May 1st 2013, Accepted: Sep 4th 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Breast milk is the best way of nutrition in the early months of infant's life and plays an important role for growth, physical and mental health of children. Despite the benefits of breastfeeding for mother and her children health, most of mothers do not continue their breastfeeding. This study aims at the exclusive breastfeeding and its correlates among infants in Bandar Abbas city, Iran.

METHODS: In this cross sectional study, 800 mothers who had infant above 6 months old were selected from health centers in Bandar Abbas city using clustered sampling framework during 2009-2012. Information about exclusive breastfeeding and socio-economic factors were gathered through a questionnaire and interview with mothers.

FINDINGS: Prevalence of exclusive breastfeeding was 55.4%. No history of specific disease in mother during pregnancy, breastfeeding experience, sufficiency of mother's milk, wanted pregnancy, singleton baby, beginning the breastfeeding in first 2 hours after delivery, birth in hospital and no pacifier use are the determinants of exclusive breastfeeding ($p < 0.05$).

CONCLUSION: The results of this study showed that more than half of the infants less than 6 months had exclusively breastfeeding and beginning the breastfeeding in first 2 hours after birth is one of the most influential factors in exclusive breastfeeding.

KEY WORDS: *Nutrition, Exclusive, Breastfeeding, Infants, Iran.*

Please cite this article as follows:

Ghanbarnejad A, Abedini S, Taqipoor L. Exclusive breastfeeding and its related factors among infants in Bandar Abbas City, Iran. J Babol Univ Med Sci 2014;16(1):85-91.

*Corresponding Author; A. Ghanbarnejad (MSc)

Address: Social Determinants for Health Promotion Research Center, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences (HUMS), Bandar Abbas, Iran

Tel: +98 761 3338583

E-mail: a.ghanbarnejad@hums.ac.ir

References

1. Islami Z, Razieh F, Golestan M, Shajaree A. Relationship between delivery type and successful breastfeeding. Iran J Pediatr 2008;18(Suppl 1):47-52.
2. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. Int Breastfeed J 2012;7:1.
3. Al-Kohji S, Said HA, Selim NA. Breastfeeding practice and determinants among Arab mothers in Qatar. Saudi Med J 2012;33(4):436-43.
4. Zahed Pasha Y, Zahed PE, Baleghi M. Islam and breastfeeding. J Babol Univ Med Sci 2013;15(1):15-20. [in Persian]
5. World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO 2001.
6. Brown CRL, Dodds L, Attenborough R, et al. Rates and determinants of exclusive breastfeeding in first 6 months among women in Nova Scotia: a population-based cohort study. Canadian Med Assoc Open Access J 2013;1(1):E9-E17.
7. Hatami G, Motamed N. The timing and predictors of the early discontinuation of breastfeeding in southwest Iran. Iran J Pediatr 2012;22(3):430-1.
8. Mohammad Beygi A, Mohammad Salehy N, Bayati A. The pattern of exclusive breast feeding referred neonatal to health centers of Arak. J Guilan Univ Med Sci 2009;18(70):17-25.
9. Heydarpour S, Golbani F, Heydarpour F, Timareh M. Factors associated with exclusive breastfeeding in Kermanshah in 2007. Behbood J 2011;15(3):227-30. [in Persian]
10. Ssenyonga R, Muwonge R, Nankya I. Towards a better understanding of exclusive breastfeeding in the era of HIV/AIDS: a study of prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding from birth, in Rakai, Uganda. J Trop Pediatr 2004;50(6):348-53.
11. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, et al. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. Obstet Gynecol 2012;119(6):1171-9.
12. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva: WHO 2001.
13. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009;38(3):259-68.
14. Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding self efficacy and perceived stress in primiparous mothers. Iran J Nurs 2008;21(54):9-24.
15. Naserpur F, Nouhjah S, Sharifat R. Pattern of exclusive breastfeeding and related factors in children attending health centers of Omidieh city in 2010. Jentashapit J 2011;2(3):118-24. [in Persian]
16. Patil Sapna S, Hasamnis Ameya A, Pathare Rooma S, Aarti P, Rashid AK, Narayan KA. Prevalence of exclusive breast feeding and its correlates in an urban slum in western india. IeJSME 2009;3(2):14-8.
17. Ghaed Mohammadi Z, Zafarmand MH, Heidari GR, 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. Iran South Med J 2004;7(1):79-87.
18. Ogbeide DO, Siddiqui S, Al Khalifa I, Karim A. Breast feeding in a Saudi Arabian community. Profile of parents and influencing factors. Saudi Med J 2004;25(5):580-4.
19. Veghari G, Rahmati R. breastfeeding status and some of its related factors in the Golestan province. Iran J Nurs 2011;24(71):8-18. [in Persian]
20. Ahmadpour-Kacho M, Zahed Pasha Y, Eshkevari P. Comparison of exclusively breast-feeding rate between Pacifier suckers and non-suckers infants. Iran J Pediatr 2007;17(2):113-17.

21. Mehrparvar S, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman city during 2008-2009. *J Fasa Univ Med Sci* 2011;1(1):45-52.
22. Zahed Pasha E, Zenoozi F, Baleghi M, Bijani A, Zahed Pasha Y. Association of breastfeeding in the first hours of life with duration of lactation. *J Babol Univ Med Sci* 2012;14(6):17-24. [in Persian]
23. Rahmatnejad L, Bastani F. Factors associated with discontinuation of exclusive breast feeding by first time mothers. *Iran J Nurs* 2011;24(71):42-53.
24. Dye TD, Wojtowycz MA, Aubry RH, Quade J, Kilburn H. Unintended pregnancy and breast-feeding behavior. *Am J Public Health* 1997;87(10):1709-11.
25. Rakhshani F, Ansari Moghadam A, Mohammadi M, Imani Mahmoud MF. Breastfeeding continuation and associated factors in 2-6 years children at Zahedan health centers in 2001. *Pejouhandeh J* 2005;9(6):329-54. [in Persian]
26. Almasi H, Saberi H, Moravveji SA. The pattern of exclusive breast feeding in neonates under healthcares in health centers of Kashan city during 2006. *Feyz, J Kashan Univ Med Sci* 2010;14(2):163-8. [in Persian]
27. Vieira GO, Da C Martins C, De O. Vieira T, De Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)* 2010;86(5):441-4.
28. Abada TS, Trovato F, Lalu N. Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. *Soc Sci Med* 2001;52(1):71-81.
29. Mirahmadizadeh A, Zare P, Moradi F, Sayadi M, Hesami E, Moghadami M. Exclusive breast-feeding weaning pattern and its determinant factors in fars province in 2010. *Daneshvar Medicine* 2012;19(99):11-22. [in Persian]