ارتباط وزن مادر با الگوی شیردهی و تداوم آن

پروین شهری[1*]، طیبه بلوطی[2]، نسرین سعادتی[3]، محمد حسین حقیقی‌زاده[4]

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۲. دانشگاه علوم پزشکی فارس، شبکه بهداشت و درمان شهرستان جهرم
۳. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۴. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۸۹۹-۸۹۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۱۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۲ آبان ۱۳۹۱]

چکیده

عوامل زیادی ازجمله وزن مادر روی شیر وی تأثیر دارند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش وزن مادر دوره شیردهی کوتاهتر می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط وزن با شروع و تداوم شیردهی در مادران دارای کودک زیر یکسال انجام گرفته است. این مطالعه تحلیلی و مقطعی در سالهای ۸۷ - ۸۶ انجام شده است، اطلاعات از طریق پرسشنامه و مصاحبه جمع‌آوری شد. جامعه پژوهش شامل مادران کودکان ۱۲- ۶ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی غرب اهواز بود و از بین آنها ۱۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. براساس نتایج میانگین وزن و BMI مادران قبل ازبارداری بترتیب ۱۳/۱ ± ۶۵/۴۶ و ۵/۱ ± ۲۵/۶۲ و فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر۷۲/۷ درصد بود. ارتباط BMI مادر با نوع تغذیه کودک معنی‌دار نبود ولی با متغیرهای طول زمان شیردهی در هر وعده و دفعات شیردهی در ۲۴ ساعت ارتباط معنی‌داری مشاهده شد(P<۰/۰۱). و پس از انجام رگرسیون چند متغیره تنها متغیر مرتبط با تداوم شیردهی، دفعات شیردهی در شبانه روز بود (P<۰/۰۵). همچنین بین نوع زایمان با شروع شیردهی پس از زایمان ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (P<۰/۰۱). بر اساس یافته‌ها وزن مادر ارتباط چندانی با الگوی شیردهی و طول زمان آن نداشته لذا پیشنهاد می‌شود که دراین زمینه مطالعات بیشتری انجام شود.

کلیدواژه‌ها: تغذیه شیرخواران، وزن مادر، الگو و تداوم شیردهی

[*] نویسنده پاسخگو: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی جندی شاپور، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر برسلامت، گروه بهداشت عمومی
تلفن: ۳۷۳۸۲۶۹ ۰۶۱۱
پست الکترونیکی: shahry_2001@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-24]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.16.8]

مقدمه

نیاز به ارتقا و حمایت شیردهی جهت سلامتی و تکامل کودکان امری غیرقابل انکار بوده و تغذیه با شیر مادر یکی از اولویتهای بهداشت عمومی در جهان است[۱]. شیر مادر یکی از سالمترین روشهای تغذیه کودک است و مزایای بارزی برای مادران و کودکان دارد. شیر مادر حاوی عناصر مغذی است که حداقل تا سن شش ماهگی بهترین تعادل تغذیه‌ای را برای کودک فراهم می‌کند. تغذیه باشیر مادر باعث کاهش خطر بیماریهای عفونی، دیابت، سرطان، آسم و چاقی کودکان می‌شود و علاوه بر آن شیردهی مزایای اقتصادی نیز در بردارد[۲]. سازمان بهداشت جهانی و یونیسف تغذیه انحصاری با شیر مادر از زمان تولد تا ۶- ۴ ماهگی و همچنین تداوم آن تا پایان ۲ سالگی را توصیه می‌کنند و بر ارتقای تغذیه با شیر مادر به‌عنوان یکی از ۴ استراتژی تعیین شده برای سلامت کودکان تأکید می‌کنند[۳]. بر اساس آمار ارائه شده در ایران میزان شیردهی انحصاری تا سن ۶ ماهگی کمتر از ۴۵ درصد است و در سال ۲۰۰۰ این میزان ۴۴ درصد برآورد شد، در حالی که در سال ۲۰۰۴ به ۲۷ درصد تقلیل یافته‌است[۴]. عوامل چندی بر زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیرگذار ست که از جمله این عوامل می‌توان به عوامل دموگرافیک، عوامل اجتماعی و عوامل روانشناختی مادر اشاره نمود[۵]. عامل مهم دیگری که با شیردهی ارتباط دارد چاقی مادر است[۸-۶]. بررسی عوامل مربوط به تداوم شیردهی موفق حاکی از این است که در مادران چاق، میزان شیردهی پایین‌تر است و چاقی مادر با تداوم شیردهی نیز ارتباط دارد و BMI بالای مادر باعث کوتاه شدن دوره شیردهی می‌شود [۹،۱۰]. افزایشBMI با افزایش میزان سزارین نیز ارتباط مستقیم داشته، این امر با بالا رفتن خطرات سزارین، عوارض بیهوشی و مشکلات بعد از عمل همراه است، لذا همبستگی مادر و کودک در ساعات اولیه زایمان در این مادران کمتر و این مسئله نیز خود بر شیردهی تأثیرگذاراست[۱۱]. با توجه به اینکه وزن مادر با وزن تولد و وزن‌گیری کودک درسال اول زندگی ارتباط دارد، شروع تغذیه تکمیلی در مادران با وزن بالا نسبت به مادران دیگر زودتر روی می‌دهد و این کودکان زودتر از مزایای شیر مادر محروم می‌شوند. پس وزن مادر می‌تواند روی طول و تداوم شیردهی و زمان شروع تغذیه تکمیلی تأثیر داشته باشد[۱۲]. پژوهش انجام گرفته در استرالیا با هدف بررسی اثر وزن مادر روی شروع و تداوم شیردهی نشان داد که زنان چاق دوره شیردهی کوتاهتری نسبت به زنان با وزن نرمال دارند که ممکن است دلایل بیولوژیکی، روانی و فرهنگی داشته باشد[۱۳]. با توجه به پیچیدگی واهمیت تغذیه با شیر مادر و چند عاملی بودن متغیرهای مؤثر بر آن از قبیل وضعیت تغذیه‌ای، سن، نژاد، سطح سواد، وزن مادر و نقش ارزشمندی که تداوم شیردهی برمیزان رشد و تکامل کودکان زیر۲ سال دارد، لزوم یک بررسی که عوامل مؤثر بر موفقیت و عدم موفقیت مادران را درتغذیه شیرخوارانشان نشان دهد کاملاً ضروری است؛ چراکه براین اساس می‌توان برای تغییر شرایط نامطلوب گامهای مؤثری برداشت. بنابراین در این مطالعه وزن مادر و ارتباط آن با شروع و تداوم شیردهی به عنوان متغیری که تاکنون کمتر مورد توجه قرارگرفته است بررسی شده است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تحلیلی و مقطعی بوده که به منظور تعیین ارتباط بین وزن مادر و شروع و تداوم شیردهی در زنان دارای کودک ۱۲- ۶ ماه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی غرب اهواز طی سالهای ۸۶-۸۷ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه $n=z2\ (1/r2-1)+2$ محاسبه شد، با توجه به مقادیر r=۰/۱۸ که بر اساس مطالعه پایلوت بدست آمد وα= ٪5 z = 1.96 حجم نمونه ۱۵۰ نفر بدست آمد. جهت انتخاب ۵ مرکز بهداشتی درمانی از جدول اعداد تصادفی استفاده شده، در هر مرکز ۳۰ پرسشنامه و مجموعاً ۱۵۰ پرسشنامه به روش تصادفی تکمیل شد

ابزار جمع آوری اطلاعات دراین مطالعه پرسشنامه بود که با استناد به منابع و مطالعات قبلی[۱۴،۱۵] تدوین و روایی محتوا آن توسط نظرخواهی از چند تن از اساتید رشته و با توجه به انجام طرح پایلوت روی ۳۰ نفر از نمونه‌ها بررسی شد. پرسشنامه شامل دو بخش بود بخش اول حاوی سؤالاتی در خصوص ویژگیهای دموگرافیک مادر از قبیل سن، نژاد، سطح تحصیلات، شغل و بخش دوم سؤالات مربوط به موضوع مورد پژوهش (وزن مادر قبل و بعد از بارداری، قد مادر و BMI قبل از بارداری، شیوه تغذیه کودک، زمان شروع شیردهی پس از زایمان، طول مدت و دفعات شیردهی شبانه روز و مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر) را در بر می‌گرفت. در صورت عدم ثبت وزن قبل از بارداری در پرونده، وزن ثبت شده مادران در اولین ویزیت سه ماهه اول به‌عنوان وزن قبل از بارداری در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ها پس از اخذ مجوز از معاونت بهداشتی و جلب رضایت مسئولین مراکز و پس از توجیه کردن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.16.8]

مادران و اختیاری بودن همکاری آنها تکمیل گردید. منظور از الگوی شیردهی در این مطالعه شامل انواع تغذیه کودک (شیر مادر، شیر خشک، ترکیبی از شیر مادر و شیر خشک و سایر انواع شیر نظیر شیر گاو یا پاستوریزه)، زمان شروع شیردهی پس از زایمان، تعداد دفعات شیردهی در شبانه روز و طول مدت شیردهی در هر وعده بود[۱۶] اطلاعات مربوط به ۶ ماه اول زندگی کودک در مورد الگوی شیردهی از طریق مصاحبه با مادران و تعدادی از سؤالات نیز با مراجعه به پرونده بهداشتی خانوار در پرسشنامه ثبت گردید. شاخص BMI براساس تعریف WHO در ۴ گروه لاغر ۱۸/۵>، طبیعی۲۵-۱۸/۵، اضافه وزن ۲۹-۲۶ و چاق ≥ ۳۰ طبقه‌بندی شد. متغیر تعداد دفعات شیردهی در شبانه روز بر اساس شیردهی بر حسب ساعت و بر حسب تقاضای کودک به دو گروه دفعات شیر دهی تا ۸ بار و بیش از ۸ بار دسته‌بندی شد. برای سنجش وزن گیری در بارداری از مقدار میانه وزن گیری در بارداری (۱۰ کیلوگرم) استفاده شد. اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط میان متغیرها از آزمونهای کای‌دو، تی، تست دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مادران ۶/۷۳ ± ۲۷/۷ سال و حداکثر ۴۸ و حداقل آن ۱۶ سال بود. اغلب نمونه‌ها (۶۸ درصد) عرب زبان و سطح تحصیلات ۶۸/۶ درصد زیر دیپلم بود. ۹۴/۷ درصد مادران خانه‌دار بوده، ۴۲ درصد مادران دارای یک فرزند بودند (جدول شماره یک). فراوانی زایمان واژینال در جامعه مورد پژوهش ۶۰/۷ درصد گزارش شد. در مادران زایمان طبیعی و سزارینی به ترتیب ۴/۴۵ ± ۲۴/۷۵، ۵/۷۶ ± ۲۶/۹۶ و بطورکلی kg/m2 ۵/۱ ± ۲۵/۶۲ بدست آمد. میانگین و انحراف معیار اضافه وزن مادران در طول بارداری ۳/۶ ± ۱۰/۵۵ و وزن قبل از بارداری ۱۳/۱± ۶۵/۴۶ کیلوگرم بود.

۵۰/۷ درصد نوزادان متولد شده دختر بودند، میانگین و انحراف معیار وزن تولد کودکان ۸۷/۵۶ ± ۳۲۵۸/۳۳ و میانگین و انحراف معیار فاصله تولد با زایمان قبلی دراین کودکان ۱۱/۳۳ ± ۶۲/۲۱ گزارش شد. انواع تغذیه کودکان تا ۶ ماهگی شامل تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱۰۹ کودک (۷۲/۷ درصد)، تغذیه با شیر خشک ۱۶ مورد (۱۰/۶ درصد) و استفاده همزمان از شیر مادر و شیر خشک ۲۵ مورد (۱۶/۷درصد) بود و موردی از مصرف سایر انواع شیر دیده نشد. شروع مصرف شیر خشک در ۳۸/۹ درصد این کودکان روزهای اول پس از تولد بوده است. نتایج حاکی از آن است که شروع شیردهی در۹۸/۷ درصد مادران در چند ساعت اول پس از زایمان بوده در حالی که تقریباً یک سوم مادران (۳۴/۷ درصد) اولین شیردهی را نیم ساعت پس از زایمان شروع کرده بودند. میانگین تعداد دفعات شیردهی در شبانه روز در کودکان شیر مادرخوار ۳/۳۲ ±۱۳/۴۲ (حداکثر۲۰ و حداقل ۶ بار) بدست آمد. میانگین مدت زمان شیردهی ۳/۳۱۲ ± ۸/۸۹ دقیقه (حداکثر۲۰ و حداقل ۴ دقیقه) بود. ۸۴/۷ درصد مادران در رابطه با شیردهی آموزش دریافت کرده بودند و ۸۲ درصد آنها منبع دریافت اطلاعات را پرسنل بهداشتی (بیمارستان و مراکز) ذکر نمودند. جدول شماره ۲ بیانگر ارتباط میان BMI مادر قبل از بارداری و نوع تغذیه کودک است. همانگونه که جدول نشان می‌دهد میانگین BMI در مادرانی که کودک را با شیر خود تغذیه می‌کنند بالاتر از سایر مادران است اگرچه آزمون تی حاکی از عدم وجود رابطه معنی‌دار میان این دو متغیر می‌باشد (t=۱/۱۰۶. P=۰/۲۶). ارتباط متغیرهای مرتبط با الگوی شیردهی شامل زمان شروع شیردهی پس از زایمان، تعداد و طول وعده‌های شیردهی با شاخص توده بدنی مادران شیرده با استفاده از آزمون ضریب همبستگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصله حاکی از عدم وجود رابطه معنی‌دار بین این متغیرها و BMI مادر بود. با توجه به مقدارمنفی ضریب همبستگی مربوط به متغیرهای زمان شروع اولین شیردهی(r=-0.21) و تعداد دفعات شیردهی در ۲۴ ساعت (r=-0.159) با BMI مادر می‌توان استنباط نمود که با افزایش BMI زمان شروع شیردهی به تأخیر افتاده تعداد دفعات شیردهی کاهش می‌یابد اگرچه این ارتباط به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵). مندرجات جدول۳ بیانگر ارتباط تداوم شیردهی تا ۶ ماهگی با BMI مادر و سایر متغیرهای مرتبط با شیردهی است. پس از ادغام دو گروه مادران چاق و دارای اضافه وزن با انجام آزمون کای دو تداوم شیردهی تا ۶ ماهگی با BMI مادر قبل از بارداری دارای ارتباط آماری معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۱). تداوم شیردهی با متغیرهای طول زمان شیردهی در هر وعده (P=۰/۰۰۵) و دفعات شیردهی در شبانه روز ارتباط معنی‌دار نشان داد (P=۰/۰۰۱)). تداوم شیردهی با زمان شروع شیردهی پس از زایمان و سایر متغیرهای مورد بررسی (تعداد زایمان، فاصله از زایمان قبلی، وزن‌گیری در بارداری و نوع زایمان) فاقد رابطه آماری بود

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.16.8]

(P>۰/۰۵). تداوم شیردهی با سن، قومیت، شغل مادر و جنس کودک نیز رابطه‌ای نشان نداد. نحوه تغذیه کودک با سن، قومیت، شغل و تحصیلات مادر و جنس کودک فاقد رابطه ارتباط آماری معنی‌داری بود (P>۰/۰۵). آزمون کای دو بیانگر ارتباط معنی‌دار بین سواد مادر و تغذیه انحصاری کودک بود (P=۰/۰۳۵). با آزمون تی ارتباط معنی‌دار ضعیف بین وزن قبل از بارداری مادر و تداوم شیردهی یافت شد (P=۰/۰۶۵). بین متغیرهای نوع زایمان و زمان شروع شیردهی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۱,X2=۵۲/۴۹). نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیر تداوم شیردهی با دفعات شیردهی در شبانه روز رابطه معنی دار داشته (P=۰/۰۱۴) و با سایر متغیرها فاقد ارتباط معنی دار بوده است. یافته‌های حاصل از این آزمون در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک مادران مورد پژوهش

	تعداد (درصد)
سن مادر (سال)	
>۲۰	۱۰(۶/۷)
۲۰-۳۵	۱۲۹(۸۶)
۳۵>	۱۱(۷/۳)
تحصیلات	
بیسواد	۱۸(۱۲)
ابتدایی	۴۴(۲۹/۳)
راهنمایی و دبیرستان	۴۱(۲۷/۳)
دیپلم و بالاتر	۴۷(۳۱/۴)
قومیت	
فارس	۴۱(۲۷/۳)
عرب	۱۰۲(۶۸)
سایر	۷(۴/۷)
شغل	
خانه‌دار	۱۴۲(۹۴/۷)
شاغل	۸(۵/۳)
پاریتی	
۱	۶۳(۴۲)
۲-۳	۷۱(۴۷/۳)
۴≥	۱۶(۱۰/۷)

جدول شماره۲: مقایسه میانگین BMI مادران مورد پژوهش بر حسب نوع تغذیه کودک

.	شیر مادر	سایر الگوها	t	P
BMI	۲۶/۹۹(۴/۷۹)	۲۵/۹۲(۶/۶۵)	۱/۱۰۶	۰/۲۶

جدول شماره ۳: ارتباط تداوم شیردهی تا ۶ ماهگی با BMI مادر و برخی متغیرهای مورد بررسی

	تداوم دارد	تداوم ندارد	χ2	P
(kg /m2) BMI			۱۳/۴۹	۰/۰۰۱
<۱۸/۵	(۳/۷) ۴	(۲۴) ۶		
۱۸/۵-۲۴/۹	(۳۹/۴) ۴۳	(۵۲)۱۳		
>۲۵	(۵۶/۹) ۶۲	(۲۴)۶		
زمان شروع شیردهی پس اززایمان(ساعت)			۳/۰	۰/۱۷۲
≤ ۱	(۵۹/۶)۶۵	(۴۰) ۱۰		
۱-۳	(۲۳/۹)۲۶	(۴۰) ۱۰		
۳>	(۱۶/۵)۱۸	(۲۰) ۵		
طول زمان شیردهی در هر بار(دقیقه)			۱۰/۵۱	۰/۰۰۵
≤۵	(۲۷/۷)۳۰	(۶۵)۱۳		
۶-۱۰	(۵۹/۳)۶۴	(۳۰)۶		
>۱۰	(۱۳)۱۴	(۵)۱		
دفعات شیردهی در شبانه روز			۱۴/۲۲	۰/۰۰۱
≤ ۸	(۲/۸)۳	(۲۵)۵		
>۸	(۹۷/۲)۱۰۵	(۷۵)۱۵		
تعداد زایمان			۰/۰۹۷	۰/۹۵
۱	(۳۹/۴)۴۳	(۴۰)۱۰		
۱-۲	(۵۰/۵)۵۵	(۴۸)۱۲		
≥۳	(۱۰/۱)۱۱	(۱۲)۳		
فاصله از زایمان قبلی(ماه)			۱/۴۵۴	۰/۲۲
≤۴۸	(۶۳/۲)۶۹	(۷۶)۱۹		
>۴۸	(۳۶/۸)۴۰	(۲۴)۶		
وزن گیری در بارداری(کیلوگرم)			۰/۱۲۳	۰/۶۶
≤۱۰	(۵۷/۸)۶۳	(۴۰)۱۰		
>۱۰	(۴۲/۲)۴۶	(۶۰)۱۵		
نوع زایمان			۱/۱۴	۰/۲۸
طبیعی	(۶۰/۶)۶۶	(۷۲)۱۸		
سزارین	(۳۹/۴)۴۳	(۲۸)۷		

جدول شماره۴: نتایج آنالیز رگرسیون چند متغیره عوامل موثر بر تداوم شیردهی

	P	نسبت شانس	حدود اطمینان بالا	حدود اطمینان پایین
BMI قبل ازبارداری	۰/۰۹۲	۱/۵۳۷	۲/۵۳۲	۰/۹۳۳
زمان شیردهی پس از زایمان	۰/ ۶۴۶	۰/۹۸۱	۱/۰۶۶	۰/۹۰۲
مدت شیردهی در هر بار	۰/۰۸۰	۱/۱۷۳	۱/۴۰۳	۰/۹۸۱
دفعات شیردهی در شبانه روز	۰/۰۱۴	۱/۳۱۴	۱/۶۳۵	۱/۰۵۶
وزن قبل از بارداری	۰/۵۹۵	۰/۹۵۱	۰/۱۴۶	۰/۷۸۹
وزن گیری بارداری	۰/۴۳۱	۰/۹۳۴	۱/۱۰۷	۰/۷۸۸
نوع زایمان	۰/۷۷۶	۰/۶۱۶	۳/۳۲۰	۰/۲۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر در کشورگستردگی بیشتری یافته و همه مادران کودکان خود را با این موهبت الهی تغذیه و با این کار سلامت، تندرستی جسمی و روانی کودک خویش را تأمین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.16.8]

می‌کنند. سلامت کودکان جزو اصولی‌ترین برنامه‌های بهداشتی بوده و هدف تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت کودکان، کاهش بار بیماریها، میزان مرگ و میر و بهبود تغذیه آنان ازطریق ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. هدف از اجرای برنامه‌های کشوری و جهانی افزایش تعداد مادران شیرده و طول مدت شیردهی انحصاری تا پایان ۶ ماهگی و ادامه آن همراه با غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی است[۱۷].

بر اساس یافته‌های تحقیق میزان تداوم تغذیه انحصاری تا شش ماهگی ۷۲/۷ درصد بود و این شاخص در سایر مطالعات انجام شده در کشور ۶۹ درصد و ۸۳ درصد گزارش شده است[۱۸،۱۹]. در مطالعه حاضر شیردهی در خلال یک ساعت اول پس از زایمان تأثیری در تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشت (OR=۰/۹۸). و این نتایج مشابه یافته‌های مطالعات انجام شده درسال ۱۳۸۳ توسط کوشا و همکاران در زنجان و نیز رودباری و همکاران در سال ۱۳۸۳ در زاهدان بود. دفعات شیردهی در شبانه روز با تداوم شیردهی معنی‌دار بوده و با افزایش دفعات شیردهی به بیش از ۸ بار، ۳۱ درصد احتمال بیشتری برای ادامه تغذیه با شیر مادر وجود داشته است. و روشن است که افزایش دفعات شیردهی منجر به تولید بیشتر شیر شده بدین ترتیب امکان تداوم تغذیه انحصاری افزایش می‌یابد. در این پژوهش متغیرهای تداوم شیردهی و وزن مادر بر اساس BMI در آزمون کای‌دو دارای ارتباط معنی‌دار بود ولی با حذف تأثیر متغیرهای دیگر در آزمون چند متغیره مشخص شد که این ارتباط معنی‌دار نیست در حالی که سایر مطالعات رابطه معکوسی بین وزن مادر و دوره شیردهی یافت شد و نتایج یک مطالعه مرور سیستماتیک نشان داد که در مادران چاق و دارای اضافه وزن خطر نسبی تأخیر در شروع شیردهی ۲/۴۶ برابر زنان با وزن طبیعی بوده و زنان چاق با BMI بیشتر از ۲۶ نسبت به زنان با وزن نرمال دوره شیردهی کوتاهتر و شیوع کمتر تغذیه با شیر مادر را تجربه کردند[۱۳]. اثرات نامطلوب چاقی مادر بر تداوم شیردهی در بررسی دیگری که در سال ۲۰۰۹ در یونان با هدف تأثیر چاقی مادر در شروع و طول مدت شیردهی بر روی ۲۳۷۴ کودک انجام گرفت، نشان داد که در مادران چاق با افزایش BMI احتمال ایجاد مشکلات در آغاز شیردهی ۲/۸۶ برابر بود. و محققان بر این باور بودند که زنان چاق به حمایت اضافی برای شروع و تداوم شیردهی خود نیاز دارند[۱۵]. حاجی کاظمی و همکاران در تهران میانگین مدت شیردهی را در ۳۰۷ مادر شیرده ۶/۵±۱۸/۸۵ ماه گزارش نمودند. آنها نشان دادند که در مادران با زایمان طبیعی و BMI طبیعی (۲۶-۲۰) میانگین دوره شیردهی طولانی‌تر بود[۱۴]. بنظر می‌رسد عدم وجود ارتباط بین وزن مادر و شیردهی در این مطالعه احتمالاً بدین علت است که نمونه‌های ما از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی انتخاب شده‌اند و به همین جهت آموزش‌های لازم پیرامون نقش و اهمیت شیردهی توسط پرسنل بهداشتی در دوران بارداری و شیردهی ارائه شده، اغلب مادران (۸۴/۷ درصد) درمورد شیردهی آموزش دریافت کرده بودند و اکثریت جامعه مورد پژوهش (۷۲/۷ درصد) تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند و همچنین مورد دیگری که بنظر می‌رسد توانسته در این رابطه مؤثر باشد؛ این بود که در سایر مطالعات انجام شده تداوم شیردهی تا ۲ سال مدنظر بوده در صورتی که در مطالعه کنونی تداوم شیردهی تا ۶ ماه بررسی شده بود. درمطالعه حاضر میانگین وزنی مادران ۱۳/۱±۶۵/۴۶ کیلوگرم بود. در مطالعه سلیمانی و همکاران در شهر بم میانگین وزنی مادران۱۱/۱۴ ± ۶۳/۶۱ کیلوگرم گزارش شد، که مشابه مطالعه حاضر است[۱۱]. متوسط اضافه وزن در دوران بارداری در جامعه مورد پژوهش ۱۰/۵۵ بود که این مقدار کمی بیشتر از مقدار اضافه وزن بارداری ارائه شده برای کشورهای درحال توسعه است (۹/۹۲ کیلوگرم) و با متوسط اضافه وزن بارداری در کشورهای توسعه یافته که بیشتراز ۱۰/۵ کیلوگرم است مطابقت دارد[۲۰].

متغیر وزن‌گیری در بارداری با تداوم شیردهی رابطه معنی‌داری نداشت و این نتایج مؤید یافته‌های مانیوس و همکاران در سال ۲۰۰۳ در یونان بود. متغیر سن مادر با تداوم شیردهی در جامعه مورد پژوهش فاقد ارتباط بود. در دو تحقیق انجام شده توسط شهبازی درسال ۱۳۷۳[۲۱] و حیدرنیا و همکاران درسال ۱۳۷۵ نیز بین سن مادران با مدت شیردهی آنان رابطه‌ای یافت نشد[۲۲]. با توجه به یافته‌ها بین سطح تحصیلات مادران و تداوم شیردهی آنان ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. مطالعه ادتنجی درنیجریه نیز حاکی ازآن بود که هرچه سطح تحصیلات مادران جامعه مورد پژوهش بالاتر باشد مدت شیردهی آنها کاهش می‌یابد. وی این امر را ناشی از اشتیاق مادران به تحصیل بالاتر و انجام کار خارج ازمنزل دانسته‌است[۲۳].

یافته‌ها دال بر عدم وجود رابطه بین وضعیت اشتغال مادران و مدت شیردهی آنان بود که مشابه با نتیجه مطالعه شهبازی است[۲۱] و آن را می‌توان به این علت دانست که با توجه به برخورداری مادران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.16.8]

شاغل از قانون مرخصی زایمان در ایران و حمایت از مادران شیرده، اشتغال مادر در ۶ ماه اول نمی‌تواند چندان بر شیردهی تاثیرگذار باشد. در این پژوهش قومیت با الگوی شیردهی ارتباطی نشان نداد و نتایج مطالعه لاکه و همکاران نیز ارتباط معنی‌دار را بین نژاد مادران مورد مطالعه و تداوم دوره شیردهی نشان نداد[۲۴]. متغیرهای جنس، رتبه تولد، تعداد کودکان، و نوع زایمان ارتباط آماری معنی‌دار با تداوم شیردهی نشان نداد که با یافته‌های حاصل از پژوهش کوشا و همکاران مطابقت دارد[۱۶]. در این مطالعه میانگین BMI در مادران سزارینی نسبت به مادران با زایمان واژینال بالاتر بود اگرچه بین BMI مادر و نوع زایمان درجامعه مورد پژوهش ارتباط معنی داری وجود نداشت، احتمالا عدم ارتباط بین متغیرهای مذکور دراین مطالعه بدان علت است که اکثر مادران مورد پژوهش زایمان طبیعی داشتند و نیز میانگین BMI درهردو گروه بالا بود. بیکر و همکاران نشان دادند فراوانی سزارین در مادران چاق و دارای اضافه وزن نسبت به زنان دارای وزن نرمال بیشتر است که این نتایج را تأیید می‌کند[۱۲]. یافته‌های بررسی سلیمانی‌زاده و همکاران درسال ۱۳۸۵ نیز نشان داد که زنان چاق بیشتراز زنان با وزن طبیعی سزارین شده‌اند[۱۱]. با توجه به اهمیتی که تغذیه با شیر مادر در تأمین سلامتی شیرخوار دارد و می‌تواند برروی موارد ابتلا و مرگ ناشی ازعفونتهای دوران شیرخوارگی به خصوص عفونتهای تنفسی و گوارشی که دو عامل عمده مرگ شیرخواران است تأثیر بگذارد، لذا بررسی عوامل تأثیرگذار بر شیر مادر در برنامه‌ریزی بهداشتی اهمیت زیادی دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش پایین بودن حجم نمونه مورد بررسی بود لذا پیشنهاد می‌شود که این مطالعه با حجم نمونه بزرگتر انجام شده و همچنین رابطه بین وزن مادر و روند وزن‌گیری کودک در ماههای مختلف نیز سنجیده شود.

سهم نویسندگان

پروین شهری: نویسنده اصلی مقاله و مجری طرح تحقیقاتی
نسرین سعادتی: همکاری در تنظیم مقاله
طیبه بلوطی: جمع آوری داده‌ها و مجری طرح تحقیقاتی
محمد حسین حقیقی‌زاده: مشاور آماری طرح تحقیقاتی

منابع

1. WHO: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding 55th World Health Assembly. Geneva 2003. www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf

2. UNICEF/WHO Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care 2009 WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s3.1&2.pdf

3. WHO UNICEF :Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization Geneva 2007, whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595193._eng.pdf

4. The Ministry of Health IR of Iran, Breastfeeding office [http:/ /www.bfps.ir/ (i5emlr45w1kdeg45tov0ysem)/Persian/Home.aspx, 2007

5. Fallon T, Crepinsek M, Hegney D, O'Brien M. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding duration: relating the evidence to the Australian context. Birth Issues 2005; 14:90-95

6. Li R, Ogden C, Ballew C, Gillespie C & Grummer-Strawn L. Prevalence of exclusive breastfeeding among US infants: the third national health and nutrition examination survey (Phase II, 1991–1994). American Journal of Public Health 2002; 92: 1107-10

7. Li R, Jewell S & Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. American Journal of Clincal Nutrition 2003; 77: 931-36

8. Donath SM & Amir LH. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration? Journal of Paediatric Child Health 2000; 36: 482-86

9. Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. Maternal obesity and breastfeeding success in a rural population of white women. American Journal of Clinical Nutrition 1997; 66:1371-7 8

10. Wrigh CM, Parkinson K, Scott J, Breast-feeding in a UK urban context: Who breast-feeds, for how long and does it matter? Public Health Nutrition, 2006; 9:686-89

11. Soleimani Zadeh L, Soleimani Zadeh F, Abbas-Zadeh A. Relationship with maternal body mass index results in pregnancy, Bam Mahdieh Maternity. Payesh 2006;4: 243-48 [Persian]

12. Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, Sorensen LA. Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complement entry food introduction are associated with infant

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.16.8]

weight gain, Original Research Communication 2006; 18:284-89
13. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal and breast- feeding intention, initiation and duration: BMC pregnancy Child Birth 2007; 4: 7
14. Hajikazemi E, Allahgholi L, Jamshidi Manesh, M and Hosseini F. The relationship between body mass index before pregnancy and duration of breast feeding, publish of school of Nursing &Midwifery Iran University of Medical Ssciences 2009; 22:9-18 [Persian]
15. Manios Y, Grammatakakis E, Kondaki K, Ioannou E , Anastasiadou A, Birbilis M. The effect of maternal obesity on initiation and duration of breast-feeding in Greece: the GENESIS study, Public Health Nutrition 2009;12:517-24
16. Koosha A, Hashemifesharaki R, Mousavinasab N. Breast-feeding patterns and factors determining exclusive breast-feeding. Singapore Medical Journal 2008; 49: 1002-6
17. Mosaffaye Khmamy, H. Knowledge and attitude of mothers during the first year after delivery to breast feeding; Gilan journal of Medical Sciences, in XIII years, autumn 2004;51:27-22 [Persian]
18. Roudbari M, Roudbari S, Fazaeli A. Factors associated with breastfeeding patterns in women who recourse to health centres in Zahedan, Iran. Singapore Medical Journal 2009; 50: 181
19. Shiva F, Nasiri M. A study of feeding patterns in young infants. Journal of Tropical Pediatrics 2003; 49: 89-92
20. Dimarco CS, Ramsey DS, Williams LH. Body mass index as a risk factor for cesarean delivery in the nulliparous parturient. Obstetrics and Gynecology 2001; 97: 71-74
21. Shahbazi, S. Effect of education program of breast feeding to pregnant women on infant feeding patterns. Master Thesis of Health Education; Medical School, Tarbiat Modarres University 1994 [Persian]
22. Heydar Nia, AR. Babaie Gh, Alikhani K. The effect of education on rates of breast feeding working mothers, and non-employed; Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Medical Services; 1991;120: 33 [Persian]
23. Adetunji JA, Infant mortality and mothers' education in ondo state, Nigeria Social Science Medicine 1995; 40: 253-263
24. Locke RO, Paul D, Dimatteo D. Breast feeding continuation factors in a cohort of Delaware mothers, Del Medical Journal 2006 ;78: 295-300

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.16.8]