دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیست و سوم، شماره ۳، صفحه ۲۶۵ - ۲۵۷ (مرداد و شهریور ۱۳۹۹) Iran South Med J 2020; 23(3): 257-265

بررسی الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در کودکان شهر سنندج در سال ۱۳۹۷

هیوا زندی (BS)[1*]، سیروس شهسواری (MSc)[2]، مهدی ذکایی (PhD)[4]، طاهره پاشایی (PhD)[3]، شنو بایزیدی (BS)[1**]، فاطمه خضرنژاد (BS)[1]

[1] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[2] گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[3] گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[4] گروه خانواده، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

(دریافت مقاله: ۹۸/۴/۵ پذیرش مقاله:۹۸/۱۲/۴)

چکیده

زمینه: تغذیه با شیر مادر فعالیتی با بیش‌ترین اثربخشی در ارتقای سلامتی و پیشگیری از اختلالات و بیماری‌ها می‌باشد و قطع شیردهی، خصوصاً در شش ماه اول پس از زایمان (زمان بحرانی)، اثرات سوء شدیدی در سلامت عاطفی و جسمانی مادر وکودک بجا می‌گذارد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی الگوی تغذیهٔ انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در کودکان شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی – تحلیلی روی ۴۰۰ کودک ۲۴-۷ ماهه شهر سنندج انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای سه قسمتی شامل؛ اطلاعات دموگرافیک، عوامل تأثیرگذار بر تغذیهٔ انحصاری شیر مادر و عوامل مربوط به شیرخوار بود که به‌صورت مصاحبه تکمیل شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۷۱/۵ درصد بود. یافته‌ها نشان داد که بین بارداری ناخواسته، تصور مادر از کافی بودن شیر، بستری بودن نوزاد پس از تولد در بیمارستان و تماس پوست به پوست و شیردهی در ساعت اول بعد از زایمان با تغذیهٔ انحصاری رابطه معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه عامل اصلی کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر، تصور مادران از ناکافی بودن شیر و ترس از گرسنه ماندن شیرخوار بود، که می‌توان با برنامه‌ریزی‌های مناسب در مراکز بهداشتی آموزش‌های مرتبط در سه ماهه سوم بارداری به مادر داده شود.

واژگان کلیدی: الگوی‌تغذیهٔ، انحصاری، شیر مادر، عوامل مرتبط، کودکان

**کردستان، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

Email: baiezeedy.sh@gmail.com
***ORCID: 0000-0002-7369-2939**
****ORCID: 0000-0001-6167-3688**

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

مقدمه

حساس‌ترین مرحلهٔ رشد هر انسان دوران نوزادی است (۱). تغذیه با شیر مادر یکی از ضروری‌ترین مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای مراقبت مطلوب نوزاد است (۲). برای نوزاد انسان غذایی مناسب‌تر از شیر مادر وجود ندارد وگویی شیر مادر گواراترین روزی از مائدهٔ الهی برای او می‌باشد (۳). شیر مادر به عنوان کامل‌ترین منبع تغذیه‌ای برای نوزادان محسوب می‌شود زیرا حاوی چربی‌ها، کربوهیدرات‌ها، پروتئین‌ها و عوامل ایمنی ضروری برای رشد نوزادان و مقاومت در برابر عفونت در سال اول زندگی است.

بر این اساس سازمان بهداشت جهانی (WHO) توصیه می‌کند که شیردهی انحصاری برای شش ماه اول زندگی و ادامه تغذیه با شیر مادر و مواد غذایی مناسب مکمل برای سن دو سالگی انجام شود (۴). تغذیه شیرخوار تا ۶ ماهگی فقط با شیر مادر بدون اضافه نمودن آب و مواد غذایی، به غیر از داروها، ویتامین‌ها و مکمل‌های مجاز، تغذیهٔ انحصاری با شیر مادر اطلاق می‌شود. شیر مادر تا ۶ ماهگی قادر به تأمین نیازهای جسمی و عاطفی کودک می‌باشد (۳). شیر مادر شامل موادی است که از نظر کیفیت و کمیت قابل جذب بوده و انرژی مورد نیاز برای رشد کودک را فراهم می‌نماید. همچنین حاوی بیش از ۴۰۰ مادهٔ مفید است که شیرخوار را در برابر بیماری محافظت کرده و نمی‌توان آن‌ها را در آزمایشگاه تهیه نمود (۵). طبق یافته‌های یونیسف روزانه بیش ازسه هزار کودک به دلیل بیماری‌های عفونی ناشی از تغذیه با بطری و همچنین یک‌ونیم میلیون بچه هر ساله به دلیل عدم تغذیه با شیر مادر می‌میرند، تحقیقات مختلف نشان داده اند که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه پس از تولد نه تنها در کشورهای مختلف متفاوت است بلکه در نواحی مختلف یک کشور نیز یکسان نیست مثلاً در انگلستان میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر بسیار پایین بوده و اکثر مادران در همان ماه اول تولد شیردهی به نوزاد را قطع می‌کنند (۳ و ۶). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تنها ۳۹ درصد از تمام نوزادان زیر شش ماه در کشورهای در حال توسعه تنها برای شش ماه اول زندگی شان تغذیه شدند که این میزان در ایران ۲۳/۱ درصد می باشد. ۶ درصد نوزادان هرگز تغذیه با شیر مادر نداشتند (۴ و ۵). تغذیه با شیر مادر فعالیتی با بیش‌ترین اثربخشی در ارتقای سلامتی و پیشگیری از اختلالات و بیماری‌ها می‌باشد (۳). شیردهی نه تنها خونریزی پس از زایمان و خطر ابتلا به چاقی را کاهش می‌دهد، مزایای دیگر برای سلامتی مادر نیز از جمله کاهش خطر ابتلا به سرطان های آندومتر، تخمدان و سینه را کاهش می‌دهد و باعث ابتلا به موارد کمتری از اسهال، عفونت گوش، و عفونت های تنفسی، دیابت، آسم و چاقی در کودکان می‌شود و همچنین به عنوان عامل رشد برای بلوغ روده عمل می کند (۲، ۷ و ۸). اهداف بین‌المللی این بود که تا سال ۲۰۱۰ میلادی ۷۵ درصد مادران در بدو تولد و ۵۰ درصد تا شش ماه پس از زایمان از شیر خود نوزاد را تغذیه کنند (۹). قطع شیردهی خصوصاً در شش ماه اول پس از زایمان (زمان بحرانی) ا ثرات سوء شدیدی در سلامت عاطفی و جسمانی مادر و کودک، تعلل خاطر و ارتباط بین آن دو به جا می‌گذارد (۱). شروع تغذیه با شیر مادر به طور عمده با عوامل اجتماعی- اقتصادی، سلامت و فردی مرتبط است (۱۰). اگرچه در سال‌های اخیر مادران نسبت به مزایای شیر مادر آگاهی بیشتر داشته و اغلب آن‌ها تغذیه با شیر مادر را برای کودک خود انتخاب می کنند اما تحت تأثیر برخی عوامل، رفتارهای غلط شیردهی از خود نشان می‌دهند ازجملهٔ این عوامل عبارتند از: نخست‌زا بودن، زایمان زودرس، جدایی اولیه مادر و نوزاد، مادران جوان‌تر (کمتر از ۲۴ سال)، تصور

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

مادر مبنی بر کم بودن شیر، عدم حمایت مناسب خانواده از شیردهی، نوع زایمان، شاغل بودن مادر، سواد مادر، استفاده از بطری و پستانک، تعداد زایمان و همچنین ترویج جانشین‌های شیر مادر از جمله این عوامل می باشند (۵، ۱۱ و ۱۲). روند افزایش اشتغال مادران و همچنین عوامل تأثیرگذار دیگر منجر به کاهش مصرف شیر مادر و افزایش هزینهٔ خانوار ناشی از تهیهٔ شیرخشک می‌گردد وهمچنین باتوجه به غیر استریل بودن پودر شیر خشک منجر به مشکلاتی نظیر سوء تغذیه، سپسیس منتژیت باکتریمی افزایش بیماری‌های عفونی، افزایش چاقی و نیز ابتلا به بیماری‌های مزمن در بزرگسالی به تدریج در جامعه افزایش می‌یابد که علاوه بر مشکلات فردی، بارمالی هنگفتی در بخش بهداشت و درمان بر دولت تحمیل می‌کن (۱) خبازخوب و همکاران، گزارش کردند که میزان تغذیه انحصاری تا پایان ۶ ماهگی بدون مصرف هیچ گونه مواد غذایی ۵۶/۴ درصد بوده در حالی که ۴۳ درصد ازمادران از جایگزین‌های شیر مادر مانند شیر خشک برای تغذیه نوزاد خود استفاده کردند (۱۳). لازم است اقدامات اساسی در رابطه با تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام گیرد لذا هدف از این مطالعه تعیین الگوئ تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در کودکان زیر ۲ سال شهر سنندج بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی – تحلیلی با کد اخلاق IR.MUK.REC ۱۳۹۶/۲/۱۱ روی ۴۰۰ کودک ۲۴-۷ ماهه که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر سنندج بودند انجام شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت چند مرحله ای بود به این صورت که ابتدا مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهر سنندج به ۲۰خوشه تقسیم شد و با استفاده از جدول اعداد تصادفی از هر خوشه یک مرکز یا پایگاه و از هر مرکز ۲۰ خانواده که دارای کودک ۲۴-۷ ماهه بودند انتخاب شد و بعد از کسب رضایت کتبی از مادران در مورد محرمانه بودن اطلاعات با مادر مصاحبه گردید. معیار ورود به مطالعه کودک سالم باشد و نارس نباشد در صورتی که کودک دارای ناهنجاری‌های مادرزادی که با شیر خوردن آن‌ها تداخل داشت و همچنین وجود برخی مشکلات یا بیماری‌هایی در مادر که با شیردهی در تداخل بود یا اینکه مادر کودک تمایل به شرکت در مطالعه نداشت از مطالعه خارج شدند، حجم نمونه بر اساس مطالعه خبازخوب و همکاران که نشان داد شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی فقط به میزان ۵۶ درصد بود (۱۳). با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۴۰۰ کودک محاسبه شد. بر این اساس تغذیه انحصاری به عنوان متغیر اصلی مورد بررسی قرار گرفت. جمع‌آوری اطلاعات در شش ماههٔ اول سال ۹۶ و از طریق پرسشنامه از پیش ساخته شده شامل سه قسمت: ۱- اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد)، ۲- عوامل تأثیرگذار بر تغذیه انحصاری مربوط به مادر (نوع زایمان، محل زایمان، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، کافی بودن میزان شیر از نظر خود مادر، دریافت آموزش در مورد مزایای شیردهی، داشتن سابقه شیردهی در حاملگی قبلی (در مورد مادران چندزا)، و سابقه ابتلا مادر به بیماری هایی مانند فشارخون، مسمومیت حاملگی، تیروئید، بیماری قلبی، تنگی نفس، عفونت) و ۳- عوامل مربوط به شیرخوار (جنس نوزاد، وزن هنگام تولد، ترم یا پره ترم

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

بودن نوزاد و استفاده از پستانک) بود و از طریق مصاحبهٔ حضوری با مادران جمع‌آوری شد. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعات قنبرنژاد و همکاران، محاسبه شده بود r=۸۱ (۱۴). داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱، درصد و فراوانی و برای متغیرهای کمی انحراف معیار و میانگین محاسبه شد. تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از آزمون کای دو انجام شد و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۰ کودک ۶ تا ۲۴ ماهه از نظر تغذیهٔ انحصاری با شیر مادر بررسی شدند. میانگین وزنی کودکان در بدو تولد ۳۲۶۸/۲۱ و بیشترین وزن ۴۹۵۰ و کم‌ترین وزن ۱۶۰۰ گرم بود. میزان تغذیهٔ انحصاری با شیر مادر شامل ۷۱/۵ درصد (۲۸۳ نفر) بود. ۸۵ درصد خانواده کمتر از دو میلیون در ماه درآمد داشتند و ۱۴ درصد آن‌ها بین ۵-۲ میلیون در ماه درآمد و ۱ درصد افراد جامعه بیشتر از ۵ میلیون در ماه درآمد داشتند. ۴۶/۲ درصد (۱۸۱ نفر) کودک علاوه‌بر شیر مادر از شیشه شیر یا پستانک استفاده کرده‌اند. ۶۳ درصد (۲۵۳ نفر) مادران زایمان طبیعی داشتند. ۶۰/۷ درصد ۲۳۶ نفر تغذیهٔ تکمیلی را از سن ۶ ماهگی شروع کردند. بین تغذیه انحصاری با شیر مادر و تحصیلات مادر رابطه وجود ندارد. بین وضعیت اشتغال مادر با تغذیه انحصاری رابطه وجود ندارد در جدول ۱ نتایج آنالیز متغییرهای دموگرافیک مادرو کودک نشان داده شده است.

جدول ۱) نتایج آنالیز متغییرهای دموگرافیک مادر و کودک

متغیر		تعداد	فراوانی
مادر (سال)	۱۹-۲۴	۷۷	(۱۹/۳)
	۲۴-۳۰	۹۷	(۲۴/۳)
	۳۰-۳۶	۱۲۳	(۳۰/۸)
	۳۶-۴۲	۱۰۲	(۲۵/۶)
زمان زایمان (هفته)	زیر ۳۷ هفته	۳۳	(۸/۳)
	۳۷-۴۰ هفته	۲۷۶	(۶۹/۵)
	بالای ۴۰ هفته	۸۸	(۲۲/۲)
جنسیت کودکان	دختر	۲۰۵	(۵۱/۸)
	پسر	۱۹۱	(۴۸/۲)
سن کودکان (ماه)	۶ ماه	۹	(۲/۳)
	۶-۱۲ ماه	۱۶۵	(۴۳)
	۱۲-۲۴	۲۲۲	(۵۶/۱)
نوع زایمان	طبیعی	۲۵۳	(۶۳/۳)
	سزارین	۱۲۶	(۳۶/۵)

بین تغذیه انحصاری با شیر مادر و خواسته بودن نوع بارداری رابطهٔ معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵). بین نوع زایمان و تغذیه انحصاری رابطهٔ معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵)(جدول ۲). بین تغذیه انحصاری و تماس پوستی فرزند و مادر ارتباط معناداری وجود دارد (جدول ۳).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

جدول ۲) نتایج آنالیزهای رابطهٔ تغذیه انحصاری با شیر مادر با متغیرهای دموگرافیک

متغیر		تغذیهٔ انحصاری دارد (درصد) تعداد	تغذیه انحصاری ندارد (درصد) تعداد	کای دو	درجه آزادی	P.value
تحصیلات مادر	بیسواد ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی	۶ (۲۸/۶) ۱۳(۱۷/۶) ۲۴(۲۷/۶) ۴۳(۳۱/۴) ۲۶(۳۵/۱)	۱۵(۷۱/۴) ۶۱(۸۲/۴) ۶۳(۷۲/۴) ۹۴(۶۸/۶) ۴۸(۶۴/۹)	۶/۵۳۵	۴	۰/۱۶۳
تحصیلات پدر	بیسواد ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی	۲ (۲۰) ۱۶ (۲۸/۶) ۲۳ (۲۶/۱) ۳۵(۲۴/۸) ۳۶(۳۶)	۸(۸۰) ۴۰(۷۱/۴) ۶۵(۷۳/۹) ۱۰۶(۷۵/۲) ۶۴(۶۴)	۱۰/۹۲۰	۴	۰/۳۶۷
وضعیت اشتغال مادر	خانه‌دار شاغل	۱۰۰(۲۷/۲) ۱۲(۴۶/۲)	۲۶۸(۷۲/۸) ۱۴(۵۳/۸)	۵/۹۷۲	۱	۰/۱۱۳
وضعیت اشتغال پدر	کارمند بیکار کشاورز کارگر آزاد	۲۸(۳۰/۴) ۵(۳۳/۳) ۱(۱۰۰) ۲۰(۲۶/۷) ۵۸(۲۷/۶)	۶۴(۶۹/۶) ۱۰(۶۶/۷) ۰(۰) ۵۵(۷۳/۳) ۱۵۲(۷۲/۴)	۳۹/۰۶۳	۴	۰/۵۴۹
میزان درآمد	ضعیف متوسط خوب	۹۱(۲۷/۲) ۱۹(۳۴/۵) ۲(۴۰)	۲۴۳(۷۲/۸) ۳۶(۶۵/۵) ۳(۶۰)	۱/۱۵۷	۲	۰/۴۵۶

جدول ۳) نتایج آنالیزهای رابطهٔ تغذیه انحصاری با شیر مادر با متغیرهای مربوط به مادر و کودک

متغیر		تغذیهٔ انحصاری دارد (درصد) تعداد	تغذیه انحصاری ندارد (درصد) تعداد	کای دو	درجهٔ آزادی	P.value
بارداری ناخواسته	بله خیر	۶۳(۶۴/۳) ۲۱۹(۷۳/۷)	۳۵(۳۷/۵) ۷۸(۲۶/۳)	۹/۴۹۵	۱	۰/۰۵۰
آموزش شیردهی	بله خیر	۱۶۶ (۷۲/۸) ۱۱۷(۷۰/۱)	۶۲(۲۷/۲) ۵۰(۲۹/۹)	۱/۳۲	۱	۰/۸۷۵
نوع زایمان	طبیعی سزارین	۱۸۹ (۷۵) ۹۴ (۶۵/۳)	۶۳(۲۵) ۵۰(۳۴/۷)	۶/۰۳۰	۱	۰/۱۹۷
آموزش فیزیولوژیک	بله خیر	۶۲(۷۳/۸) ۲۱۹(۷۱/۳)	۲۲(۲۶/۲) ۸۸(۲۸/۷)	۲/۰۷	۱	۰/۷۲۱
تماس پوستی در ساعت اول	بله خیر	۲۵۱(۷۲/۸) ۳۱(۶۲)	۹۴(۲۶/۳) ۱۹(۳۸)	۷/۵۲۰	۱	۰/۰۱۱
بستری نوزاد در بیمارستان	بله خیر	۷۵(۶۰) ۲۲۵(۷۵)	۳۸(۴۰) ۷۵(۲۵)	۱۱/۷۶	۱	/۰۱۹
کافی بودن شیر مادر	بله خیر	۲۰۵(۸۳/۳) ۲۲۵(۷۵)	۴۱(۱۶/۶) ۷۵(۲۵)	۵۰/۶۰۴	۱	<۰/۰۰۱
بررسی آناتومی پستان در ترمیستر سوم	بله خیر	۱۰۰(۷۴/۶) ۱۸۱(۶۹/۶)	۳۴(۲۵/۴) ۳۰/۴(۷۹)	۲/۱	۱	۰/۷۱۷
سن بارداری زمان تولد	زیر ۳۷ هفته ۳۷تا ۴۰هفته بالای ۴۰ هفته	۱۳ (۴۰/۶) ۶۹(۲۵/۳) ۲۸(۳۲/۲)	۱۹(۶/۷) ۲۰۴(۷۲/۳۴) ۵۹(۲۰/۹۲)	۴/۲۸	۲	۰/۱۱۷

بحث

فواید تغذیه با شیر مادر در مطالعات بسیاری موضوع تحقیق بوده و امری ثابت شده است. استفادهٔ انحصاری از شیر مادر تا ۶ ماهگی و ادامهٔ آن تا ۲ سالگی ضروری است. عوامل متعددی بر روی تغذیهٔ انحصاری تأثیر می گذارند، در این مطالعه میزان تغذیهٔ انحصاری با شیر مادر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

۷۱/۵ درصد بود که با مطالعهٔ یولپ (Ulep & et al) و همکاران، ۶۹/۶ درصد با مطالعهٔ ناصرپور و همکاران، ۶۱ درصد با مطالعه تیکا (Teka & et al) و همکاران که ۷۰/۲ درصد بود هم خوانی داشت و همچنین در مطالعهٔ یقینی و همکاران (۸۱/۹ درصد) بالاتر از شیوع به‌دست آمده نسبت به مطالعه حاضر بود (۳، ۱۷-۱۵). با مطالعه جعفری‌اصل و همکاران (۱۵/۴ درصد). قنبرنژاد و همکاران (۵۵ درصد). با مطالعه هانگ (Huang) که ۵۵/۱ درصد بود همخوانی نداشت (۱۲، ۱۴ و ۱۸). که علت احتمالی تفاوت در شیوع تغذیه انحصاری در مطالعات مختلف می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی افراد در جوامع مختلف ممکن است به نوعی بر تدوام شیردهی و استفاده انحصاری از شیر مادر تأثیرگذار باشد. به‌علاوه برخورداری یا عدم برخورداری از سیستم‌های حمایتی مانند حمایت همسر و اطرافیان از این مسئله و دریافت کمک از دیگران در این مورد می‌تواند نقش داشته باشد. همچنین ممکن است برخی مادران در مورد اهمیت تغذیه انحصاری کودک خود تا ۶ ماهگی، اطلاعات بیشتری داشته و به‌طبع آن در این مورد حساسیت بیشتری در آنان ایجاد شده که این موجب گردیده آنان به تغذیه انحصاری کودک خود توجه بیشتری نمایند. یکی از عوامل مؤثر بر تغذیهٔ انحصاری خواسته بودن حاملگی است که با نتایج مطالعات قنبرنژاد و همکاران، بیگی و همکاران در یک راستا بود. به‌طوری که در مطالعهٔ بیگی و همکاران حاملگی خواسته شانس تغذیهٔ انحصاری را ۳/۳ برابر افزایش داد. در مادرانی که حاملگی برنامه‌ریزی شده و خواسته شده دارند در واقع برای پذیرش نوزاد، خود را آماده نموده‌اند به همین دلیل احتمال تغذیه انحصاری کودک توسط این مادران بیشتر است از طرف دیگر مادرانی که حاملگی ناخواسته را تجربه می‌کنند ممکن است فشارهای روانی و استرس‌های بیشتری را تجربه نموده و تمایلی برای داشتن این کودک نداشته باشند، بدین خاطر تمایل کمتری به تغذیه انحصاری کودک نشان دهند (۱۳ و ۱۴). در این مطالعه در مادرانی که به‌صورت طبیعی زایمان کرده بودند میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر ۷۵ درصد بود که بالاتر از مادرانی بود که سزارین شده بودند البته از نظر آماری معنادار نبود که با مطالعات حیدرپور و همکاران، ضیایی و همکاران هم‌خوانی داشت (۱۹). با مطالعهٔ یقینی و همکاران، مهرپرور و همکاران هم خوانی نداشت (۱۵ و ۲۰). که علت احتمالی این اختلاف ممکن است به خاطر تفاوت در حجم نمونه در این مطالعات باشد. تفاوت‌ها نتایج حاصله مؤید این نکته بود که مادران سزارینی احتیاج به حمایت بیشتر به خصوص به منظور ایجاد شرایط و وضعیت صحیح نشستن مادر و در آغوش گرفتن نوزاد خود جهت شروع شیردهی دارند. نتایج حاصل از این پژوهش شروع شیردهی در دو ساعت اول پس از زایمان را از عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر نشان داد که با نتایج مطالعهٔ قنبرنژاد و همکاران، ضیایی و همکاران هم‌خوانی داشت. نتایج مطالعهٔ ضیایی و همکاران نشان داد که عدم شیردهی در ۳۰ دقیقه بعد از زایمان احتمال عدم تداوم شیردهی را تا ۸/۴ برابر افزایش می‌دهد (۱۴). با نتایج مطالعهٔ حیدرپور و همکاران هم خوانی نداشت که این تفاوت احتمالاً به دلیل تفاوت حجم نمونه‌ها باشد که در مطالعهٔ حیدرپور و همکاران حجم نمونه ۱۶۷ مادر بود که ۵۷ مادر کمتر از دو ساعت تغذیه انحصاری را شروع کرده بودند در حالی که این مطالعه حجم نمونه ۴۰۰ مادر و ۲۵۱ مادر در یک ساعت اول به کودک خود شیر داده بودند (۱۹). که علت احتمالی تفاوت در شیوع تغذیه انحصاری در مطالعات مختلف می‌تواند نشان دهنده این باشد که تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی افراد در جوامع مختلف

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

ممکن است به نوعی بر تدوام شیردهی و استفاده انحصاری از شیر مادر تأثیرگذار باشد. به‌علاوه برخورداری یا عدم برخورداری از سیستم‌های حمایتی مانند حمایت همسر و اطرافیان از این مسئله و دریافت کمک از دیگران در این مورد می‌تواند 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 مطالعه آموزش شیردهی در دوران بارداری تأثیری بر روند اجرای تغذیهٔ انحصاری بعد ازتولد نشان نداد و بین دو گروه آموزش دیده و آموزش ندیده اختلاف معنی‌دار دیده نشد که نتایج با مطالعهٔ ضیایی و همکاران مغایرت داشت. اما بدیهی است که افراد جامعه به آموزش در خصوص تغذیه با شیر مادر نیازمند هستند چون این آموزش ها به طریقه‌های گوناگون ارائه می‌شوند به دلیل حجم بالای مراجعان به مراکز درمانی ممکن است در کیفیت آموزش‌ها اختلال بوجود آید و یا اینکه مادران به دلایلی این گونه آموزش‌ها را نادیده بگیرند.

پیشنهاد می‌دهیم آموزش و مشاورهٔ شیردهی در محیط آرام و خلوت با حداکثر دقت و در عین حساس‌سازی در مورد اهمیت موضوع انجام شود در این مطالعه نظر مادر در مورد کافی بودن میزان شیر خود رابطه آماری معنی‌داری با تغذیه شدن انحصاری کودک را نشان داد که با نتایج برخی مطالعات دیگر قنبرنژاد و همکاران، مهرپور و همکاران در این زمینه هم‌خوانی دارد (۱۴ و ۲۱). عدم آگاهی مادر در مورد نشانه‌های کفایت شیر منجر به استفادهٔ مادر از شیر خشک خواهد شد. بنابراین باید بر آموزش مادران در خصوص نشانه‌های کفایت شیر مادر و تفسیر منحنی رشد تأکید کرد. به‌نظر می‌رسد که بی‌تجربگی، نگرانی‌ها و دلسوزی‌های نادرست برخی مادران باعث می‌شود 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 می‌تواند آنقدر قوی باشد که باعث استفاده از سایر جایگزین‌های شیر مادر به جای شیر مادر شود. نتایج این پژوهش نشان داد بین تغذیه انحصاری با شیر مادر و بستری شدن نوزاد پس از تولد رابطهٔ معنی‌داری وجود داشت.که با مطالعهٔ حیدرپور و همکاران هم‌خوانی داشت (۱۹). در این مطالعه بین تغذیهٔ انحصاری با شیر مادر و تحصیلات پدر رابطهٔ معناداری وجود نداشت بین شغل پدر و تغذیه انحصاری رابطهٔ معناداری وجود داشت. بین بررسی آناتومی پستان در سه ماههٔ سوم بارداری و آموزش فیزیولوژیک رابطهٔ معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری

در این مطالعه عامل اصلی کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر، تصور مادران از ناکافی بودن شیر و ترس از گرسنه ماندن شیرخوار بود، که می‌توان با برنامه‌ریزی‌های مناسب در مراکز بهداشتی آموزش‌های مرتبط در سه ماهه سوم بارداری به مادر داده شود.

این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره ثبت ۱۳۹۶/۰۲/۱۱_۱۴/۶۶۷۵ انجام شده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

References:

1.Jafari F, Farahrooz H, Abyar Z, et al. The Relationship Between Duration Of Breastfeeding And Maternal Factors. J Fasa Univ Med Sci 2015; 5(2): 202-9. (Persian)

2.John JR, Mistry SK, Kebede G, et al. Determinants Of Early Initiation Of Breastfeeding In Ethiopia: A Population-Based Study Using The 2016 Demographic And Health Survey Data. BMC Pregnancy Childbirth 2019; 19: 69.

3.Naserpoor F, Nouhjah S, Sharifat R. The Pattern Of Exclusive Breastfeeding And Related Factors In Children Referred To Health Centers Of Omidieh City In 2010. Jentashapir J Cell Mol Biol 2011; 2(3): 118-24. (Persian)

4.Ihudiebube-Splendor CN, Okafor CB, Anarado AN, et al. Exclusive Breastfeeding Knowledge, Intention To Practice And Predictors Among Primiparous Women In Enugu South-East, Nigeria. J Pregnancy 2019; 2019(6): 1-8.

5.Kamali Z, Rasouli B, Roodpeyma SH, et al. Assessment Of Breastfeeding And Related Factors In Three Hospitals Of Tehran, 2008. Iran J Nutr Sci Food 2013; 7(5): 125-34. (Persian)

6.Sharifirid G, Golshiri P, Shahnazi H, et al. The Impact Of Educational Program Based On BASNEF Model On Breastfeeding Behavior Of Pregnant Mothers In Arak. J Arak Uni Med Sci 2010; 13(1): 63-70. (Persian)

7.Anstey EH, Shoemaker ML, Barrera CM, et al. Breastfeeding And Breast Cancer Risk Reduction: Implications For Black Mothers. Am J Prev Med 2017; 53(3s1): S40-S6.

8.Alzaree FA, Abushady MM, Atti MA, et al. Effect Of Early Breast Milk Nutrition On Serum Insulin-Like Growth Factor-1 In Preterm Infants. Open Access Maced J Med Sci 2019; 7(1): 77-81.

9.Ghotbi F. Comparison Between Breastfeeding In Employed And Unemployed Women. Res Med 2008; 32(2): 159-64. (Persian)

10.Phukan D, Ranjan M, Dwivedi LK. Impact Of Timing Of Breastfeeding Initiation On Neonatal Mortality In India. Int Breastfeed J 2018; 13: 27.

11.Hatami A, Talebi Toti Z. Patterns of Breastfeeding in Infants. Hayat 2007; 13(2): 71-6. (Persian)

12.Gafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A, et al. Related Factors To Continued Breastfeeding In Infants. J Holist Nurs Midwifery 2014; 24(2): 1-8. (Persian)

13.Soltan Dallal MM, Nezamabadi Sh, Sharifiyazdi Mk, Et Al. To Determine The Frequency Of Bacillus Cereus In Powdered Milk Infant Formula Consuming In Neonatal Intensive Care Unit (NICU) In Tehran Hospitals In 2013-14. Iran South Med J 2017; 19(6): 982-88. (Persian)

14.Khabbazkhoob M, Footohi A, Majdi MR, et al. Prevalence of Exclusive Breastfeeding in Health Center Mashhad, 2007. Iran J Epidemiol 2008; 3(3): 45-53. (Persian)

15.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. (Persian)

16.Yaghini Saeed O, Khameh S, Danesh F, et al. Determinants Of Exclusive Breast Milk Feeding Of Infants In Isfahan, Iran. J Isfahan Med School 2011; 28(117): 1126-39. (Persian)

17.Teka B, Assefa H, Haileslassie K. Prevalence And Determinant Factors Of Exclusive Breastfeeding Practices Among Mothers In Enderta Woreda, Tigray, North Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Int Breastfeed J 2015; 10(1): 2.

18.Ulep VG, Borja MP. Association Between Pregnancy Intention And Optimal Breastfeeding Practices In The Philippines: A Cross-Sectional Study. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 69.

19.Huang P, Ren J, Liu Y, et al. Factors Affecting Breastfeeding Adherence Among Chinese Mothers: A Multicenter Study. Medicine 2017; 96(38): e7619.

20.Heydarpour S, Golboni F, Heydarpour F, et al. Factors Associated With Exclusive Breastfeeding In Kermanshah In 2007. J Kermanshah Univ Med Sci 20۱۱; 15(3): 227-30. (Persian)

21.Mehrparvar S, Varaeneen 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. (Persian)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]

Iran South Med J 2020; 23(3): 257-265

Original Article

Exclusive Breastfeeding Pattern and Related Factors in Children in Sanandaj in 2018

H. Zandi (BS)[1*], S. Shahsavari (MSc)[2], M. Zokaei (PhD)[4], T. Pashaie (PhD)[3], Sh. Bayazidi (BS)[1**], F. Khezrnezhad (BS)[1]

[1] Student Research Committee, School of Medicals, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[2] Group of Epidemiology, School of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[3] Group of Public Health, School of Health of Health Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[4] Group of Family Department of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

(Received 26 Jun, 2019 Accepted 23 Feb, 2020)

Abstract

Background: Breastfeeding has the highest efficacy in promoting health and preventing disorders and diseases. Cessation of breastfeeding, especially in the first six months after delivery (the critical time), has a profound effect on the emotional and physical health of mothers and children. Therefore, the present study was conducted to investigate the exclusive breastfeeding pattern and its related factors in children in Sanandaj 2018.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study enrolled 400 children aged 7-24 months in Sanandaj, Iran. Data were collected with a three-part questionnaire including demographic information, factors affecting the exclusive breastfeeding and child-related factors through interviews. Data were analyzed by chi-square test in SPSS software (version 21). P value <5 was considered significant.

Results: The results showed that the prevalence of exclusive breastfeeding was 71.5%. Significant relationships were found between exclusive breast feeding and the following variables: unwanted pregnancy, mother's perception of the adequacy of milk, baby's hospitalization after birth, and skin-to-skin contact in the hospital, and breastfeeding within the first hour after birth. ($p \leq 0.05$)

Conclusion: Since the main reason for the reduction in exclusive breastfeeding is the fact that mother's perception of inadequate milk and fear of baby's hunger, breastfeeding can be promoted by designing appropriate programs for training mothers in healthcare centers in the third trimester of pregnancy.

Keywords: Feeding pattern, exclusive, breast milk, related factors, children

©Iran South Med J.All right sreserved

Cite this article as: Zandi H, Shahsavari S, Zokaei M, Pashaie T, Bayazidi Sh, Khezrnezhad F. Exclusive Breastfeeding Pattern and Related Factors in Children in Sanandaj in 2018. Iran South Med J 2020; 23(3): 257-265

Copyright © 2020 Zandi, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

***Address for correspondence:** Student Research Committee, School of Medicals, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Email: baiezeedy.sh@gmail.com

*ORCID: 0000-0002-7369-2939
**ORCID: 0000-0001-6167-3688

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-14]

[DOI: 10.52547/ismj.23.3.257]