گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۳۹۸، دوره ۲۱، صفحه ۹۲-۸۵

ارتباط توانمندی مادران در شیردهی با تغذیه انحصاری شیرمادر در شیرخواران

زینب طاهری (BSc)[۱]، فاطمه باکوئی (PhD)[۲*]

۱-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲-مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، پژوهشکده سلامت و گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

دریافت: ۹۷/۳/۲۸، اصلاح: ۹۷/۸/۱۲، پذیرش: ۹۷/۱۰/۲۴

خلاصه

سابقه و هدف: تغذیه انحصاری شیرخوار تا ۶ ماهگی با شیر مادر تاثیر مثبت بر سلامت مادر و کودک دارد. در قرآن نیز به تغذیه شیرخوار با شیرمادر اشاره شده است. شناخت عوامل موثر بر آن نقش بسزایی در ارتقای سیاست تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط توانمندی شیردهی مادران با تغذیه انحصاری شیر مادر و شناسایی عوامل جمعیتی باروری مرتبط با آن انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر ۳۷۰ مادر دارای شیرخوار شش‌ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان نور انجام شد. مادران برحسب نوع تغذیه شیرخوار به دو گروه تغذیه انحصاری با شیرمادر و عدم تغذیه انحصاری با شیرمادر طبقه‌بندی شدند. متغیر توانمندی شیردهی در مادران با استفاده از پرسشنامه توانمندی شیردهی که شامل ۷حیطه آگاهی، نگرش، مهارت‌های تکنیک صحیح شیردهی، مهارت‌های پیشگیری و حل مشکلات شیردهی، کفایت شیردهی، حمایت درک شده خانواده و خودکارامدی شیردهی با نمره کل احتمالی در دامنه ۴۵ تا ۲۲۵ می‌باشد، بررسی شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل حیطه‌های توانمندی شیردهی در مادران با تغذیه انحصاری شیرمادر (۱۳/۱۲±۲۰۲/۷۰) از گروه عدم تغذیه انحصاری شیرمادر (۲۷/۸۲±۱۶۰/۵۹) بطور معنی‌داری بیشتر بود (p=۰/۰۱۵). در تحلیل نهایی پس از ورود متغیرها در مدل رگرسیون لوجستیک، حیطه‌های توانمندی شیردهی شامل؛ نگرش (p=۰/۰۰۹، ۲/۵۰۶-۱/۱۳۷=CI-95%، OR=۱/۶۸۸)، مهارت‌های تکنیک صحیح شیردهی (p=۰/۰۱۵، ۲/۰۰۷-۱/۰۷۸=CI-95%، OR=۱/۴۷۱)، مهارت‌های پیشگیری و حل مشکلات شیردهی (p=۰/۰۱۱، ۲/۱۰۶-۱/۰۹۹=CI-95%، OR=۱/۵۲۱)، کفایت شیردهی (p=۰/۰۰۱، ۹/۷۹۵-۲/۷۰۷=CI-95%، OR=۵/۱۵۰)، حمایت درک‌شده خانواده (p=۰/۰۰۳، ۲/۲۶۰-۱/۱۸۴=CI-95%، OR=۱/۶۳۶) و خودکارامدی شیردهی (p=۰/۰۰۱، ۱/۱۳۹-۱/۰۸۸=CI-95%، OR=۱/۱۱۳) به عنوان متغیرهای مرتبط معنی‌دار با میزان تغذیه انحصاری شیرمادر یافت شدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که داشتن آگاهی به تنهایی نمی‌تواند میزان تغذیه انحصاری شیرمادر را افزایش دهد، بلکه باید به حیطه‌های دیگر توانمندی مادران به خصوص ایجاد باور کفایت شیردهی در مادران توجه نمود.

واژه‌های کلیدی: تغذیه انحصاری شیرمادر، توانمندی، شیرخوار.

مقدمه

برنامه تغذیه مناسب شیرخوار با شیر مادر یکی از موضوعاتی است که در کتاب جامع قرآن به آن اشاره شده است (۱). شواهد علمی در طول سال‌ها، منافع شیر مادر از جمله خواص آنتی باکتریال و محافظت ایمونولوژیکی، تاثیر مثبت طولانی مدت بر سلامت مادر و کودک را ثابت نموده است (۵-۲). خانواده، جامعه، محیط و توسعه اقتصادی نیز از فواید شیردهی بهره‌مند می‌شوند (۷و۶). تغذیه انحصاری شیر مادر، دادن فقط شیر مادر به شیرخوار تا پایان ۶ ماهگی بدون دادن هیچ غذای جامد یا مایع دیگری حتی آب، به استثنای قطره یا شربت ویتامین، مکمل‌های مواد معدنی و داروهای تجویز شده توسط پزشک، می‌باشد (۸). میزان تغذیه‌ی انحصاری شیرمادر در سال ۲۰۱۱ در تمام دنیا کمتر از ۴۰٪ بود که در سال ۲۰۱۲، به ۳۷٪ رسید. در شصت‌وپنجمین نشست سازمان جهانی بهداشت در همان سال مقرر شد که تا سال ۲۰۲۵ این رقم به ۵۰٪ ارتقا یابد (۹). این رقم درکشورهای در حال توسعه ۳۹٪ (۵) و در ایران از ۱۳٪ تا ۷۷٪ متفاوت گزارش شده است (۱۰). در مطالعه Zahedpasha و همکاران نیز میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادانیکه طی ۶۰ دقیقه اول تغذیه با شیرمادر را شروع نمودند ۸۹/۵٪ گزارش شده است. (۱۱). شناخت عوامل موثر بر زمان شروع و طول دوره شیردهی نقش بسزایی در ارتقای سیاست تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد (۱۲). اگرچه مطالعات در سراسر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶۰۴۱۱۴ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.
* مسئول مقاله: دکتر فاطمه باکوئی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن: ۳۲۱۹۵۳۱۳-۰۱۱
E-mail: bakouei2004@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]

جهان نشان دادند که برخی از فاکتورها از قبیل دانش مادر درباره منافع شیردهی، نگرش شیردهی مادر، سن ازدواج، تحصیلات بالاتر، درآمد خانواده، دریافت حمایت از خانواده، تصمیم به شیردهی در حاملگی، تجربیات نخستین دوره شیردهی و خودکارآمدی بر شیردهی موثر می‌باشد (۱۴و۱۳)، اما به مفهوم توانمندی شیردهی مادران با ابعاد وسیع آن در کنار سایر عوامل محدود پرداخته شده است. توانمندی شیردهی مادران علاوه بر فاکتورهایی مثل دانش و نگرش مادر درباره شیردهی و کفایت آن، حیطه‌های دیگر از قبیل تکنیک‌های صحیح شیردهی، مهارت حل مشکلات شیردهی و دریافت حمایت‌های خانوادگی را نیز دربر دارد (۱۵). باتوجه به اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و ضرورت مطالعه برای فراهم ساختن اطلاعات پایه در زمینه وضعیت موجود توانمندی زنان شیرده و ارتباط آن بر تغذیه انحصاری شیر مادر، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط توانمندی مادران شیرده با تغذیه انحصاری شیرمادر و شناسایی عوامل مرتبط با آن انجام شده است تا بتوان از یافته‌های آن به منظور طراحی مداخلات مبتنی بر شواهد برای ارتقای ترویج تغذیه انحصاری شیر مادر استفاده نمود.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد MUBABOL.HRI.REC.1396.118 بر ۳۷۰ مادر دارای شیرخوار شش ماهه که برای واکسیناسیون شش ماهگی شیرخوار خود به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان نور مراجعه‌کرده بودند، انجام شد. شهرستان نور دارای ۱۷مرکز بهداشتی و درمانی می‌باشد (۱۰ مرکز روستایی، ۳ مرکز شهری و ۴ مرکز شهری- روستایی) و این مراکز در کل ۷۷ خانه بهداشت (۲۵خانه بهداشت ییلاقی، ۵۲خانه بهداشت دشتی) و ۸ پایگاه (۷ پایگاه دشتی و یک پایگاه ییلاقی) را پوشش می‌دهند. مادران با رضایت آگاهانه، داشتن شیرخوار شش ماهه در زمان ورود به مطالعه، توانایی فهم و تکمیل پرسشنامه وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌های توانمندی شیردهی و جمعیتی- باروری توسط مادران واجد شرایط پس از کسب رضایت، تکمیل شدند. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه مشابه Olang و همکاران (۱۶) با توان آزمون۹۰٪ و خطای نوع اول ۰/۰۵، ۳۰۷ نفر در نظر گرفته شد (با درنظرگرفتن تغذیه انحصاری شیر مادر به عنوان متغیر وابسته) که محقق بیش از این حد را نمونه‌گیری کرد. نمونه‌گیری در دسترس به شیوه مستمر با تکمیل پرسشنامه‌ها از تاریخ ۹۶/۱۰/۱ الی ۹۷/۱/۱۵ انجام شد.

پرسشنامه متغیرهای جمعیتی- باروری طراحی شده توسط تیم محقق شامل: سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد فرزند زنده، حاملگی خواسته یا ناخواسته، سن بارداری، نوع زایمان، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان فیزیولوژیک، مشوق شیردهی مادر و نحوه شیردهی فعلی بود. پرسشنامه توانمندی شیردهی مادران مورد استفاده برای بررسی متغیر توانمندی شیردهی توسط Heidari و همکاران در سال ۲۰۱۵ طراحی و روایی و پایایی آن در جامعه ایرانی تعیین شده است (۱۵). این پرسشنامه با ۴۵ گویه در ۷حیطه آگاهی (۵ سوال)، نگرش (۶ سوال)، مهارت‌های تکنیک صحیح شیردهی (۱۱ سوال)، مهارت‌های پیشگیری و حل مشکلات شیردهی (۶ سوال)، کفایت شیردهی (۴سوال)، حمایت درک شده خانواده (۶ سوال) و خودکارامدی شیردهی (۷سوال)، با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ قسمتی می‌باشد. نمرات در دامنه ۱ (کاملا مخالفم) تا ۵ (کاملا موافقم) قرار دارند. طیف نمره نیز از ۴۵ تا ۲۲۵ است نمرات بالاتر در هر حیطه، نشان‌دهنده توانمندی بیشتر مادر است.

در این مطالعه مادران بر حسب سوال "نوع تغذیه شیرخوار" به دو گروه تغذیه انحصاری شیر مادر (دادن فقط شیر پستان به شیرخوار تا شش‌ماهگی بدون دادن هیچ غذای جامد یا مایع دیگری حتی آب، به استثنای قطره یا شربت ویتامین، مکمل‌های مینرال و داروهای تجویز شده توسط پزشک) و عدم تغذیه انحصاری شیر مادر (شیردهی نسبی یا شیر خشک) طبقه‌بندی شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه شفاهی از شرکت کنندگان هدف مطالعه بیان و اطمینان داده شد که هر زمانی که تمایل به خروج از مطالعه را دارند، می‌توانند خارج شوند و اطلاعات آنها حین جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل، محرمانه حفظ خواهد شد. پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶و آزمون‌های آماری کای اسکوئر، T-Test و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

به‌طورکلی۳۷۰ مادر دارای شیرخوار ۶ ماهه با میانگین و انحراف سنی۵/۴۱±۲۸/۹۶ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. اکثریت مادران در هر دو گروه با تحصیلات دانشگاهی (۳۵/۶٪)۸۸ نفر در گروه تغذیه انحصاری شیر مادر و (۳۶/۶٪) ۴۵ نفر در گروه عدم تغذیه انحصاری شیر و خانه‌دار (۹۱/۱٪) ۲۲۵نفر در گروه تغذیه انحصاری شیر مادر و (۸۹/۴٪) ۱۱۰ نفر در گروه عدم تغذیه انحصاری شیر بودند. اگرچه تفاوت‌های جمعیتی باروری در دو گروه تغذیه انحصاری شیر مادر و عدم تغذیه انحصاری شیر مادر دیده شد، اما این تفاوت‌ها فقط برحسب ناخواسته بودن حاملگی ($p=0/047$) و نوع مشوق برای شیردهی ($p=0/0001$) معنی‌دار بود و در مورد سن حاملگی شیرخوار هم به حد معنی‌داری ($p=0/056$) نزدیک بود (جدول ۱).

آزمون T-test نیز نشان داد که همه حیطه‌های توانمندی شیردهی شامل آگاهی ($p=0/022$)، نگرش ($p=0/0001$)، مهارت‌های تکنیک صحیح شیردهی ($p=0/001$)، مهارت‌های پیشگیری و حل مشکلات شیردهی ($p=0/0001$)، کفایت شیردهی ($p=0/001$)، خودکارامدی شیردهی ($p=0/001$) و همچنین نمره کل ($p=0/001$) با تغذیه انحصاری شیر مادر مرتبط می‌باشند (جدول ۲). در تحلیل نهایی پس از ورود متغیرهای جمعیتی باروری و حیطه‌های توانمندی شیردهی در مدل رگرسیون لوجستیک فقط حیطه‌های توانمندی شیردهی به عنوان متغیرهای تاثیرگذار معنی‌دار باقی ماندند (جدول ۳).

یافته‌ها نشان دادند که میزان تغذیه انحصاری شیرمادر در مادران شیرده با نمره بالاتر در این حیطه‌ها (به جزء حیطه آگاهی) بیشتر است. برحسب یافته‌ها، به ازای افزایش هر یک نمره در این حیطه‌ها، میزان تغذیه انحصاری شیرمادر حداقل ۴۷٪ در حیطه مهارت‌های تکنیک صحیح شیردهی و حداکثر ۵برابر در حیطه کفایت شیردهی افزایش می‌یابد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های جمعیتی–باروری مادران دو گروه تغذیه انحصاری شیر مادر و عدم تغذیه انحصاری شیر مادر

متغیر	نوع تغذیه شیرخوار ۶ماهه با شیر مادر	تغذیه انحصاری تعداد(درصد)	عدم تغذیه انحصاری تعداد(درصد)	P-Value (T-test or chi-square)
سن (سال) (Mean±SD)		۲۹/۱۹±۵/۳۱	۲۸/۵۰±۵/۳۱	۰/۲۳۵
وضعیت تحصیلات	ابتدایی	۲۲(۸/۹)	۱۱(۸/۹)	۰/۹۸۹
	متوسطه	۵۴ (۲۱/۹)	۲۵(۲۰/۳)	
	دبیرستان	۸۳ (۳۳/۶)	۴۲(۳۴/۲)	
	تحصیلات عالی	۸۸(۳۵/۶)	۴۵(۳۶/۶)	
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۲۲۵(۹۱/۱)	۱۱۰(۸۹/۴)	۰/۶۰۷
	شاغل	۲۲(۸/۹)	۱۳(۱۰/۶)	
کفایت درآمد برای مخارج	کافی	۸۵(۳۴/۴)	۴۷(۳۸/۲)	۰/۲۹۰
	متوسط	۱۴۶(۵۹/۱)	۶۴(۵۲)	
	ناکافی	۱۶(۶/۵)	۱۱(۸/۸)	
تعداد فرزند زنده	یک	۱۰۴ (۴۲/۱)	۶۰(۴۸/۸)	۰/۳۱۷
	دو	۱۲۳ (۴۹/۸)	۵۱(۴۱/۵)	
	سه	۲۰ (۸/۱)	۱۲(۹/۷)	
نوع حاملگی اخیر	خواسته	۲۱۹ (۸۹/۴)	۱۰۰(۸۲)	۰/۰۴۷
	ناخواسته	۲۶ (۱۰/۶)	۲۲ (۱۸)	
نوع زایمان اخیر	زایمان طبیعی	۷۸ (۳۱/۶)	۳۱ (۲۵/۲)	۰/۲۰۵
	سزارین	۱۶۹(۶۸/۴)	۹۲ (۷۴/۸)	
سن حاملگی فرزند (هفته)	کمتر از ۳۸	۲۵(۱۰/۱)	۲۱ (۱۷/۱)	۰/۰۵۶
	۳۸ و بیشتر	۲۲۲(۸۹/۹)	۱۰۲ (۸۲/۹)	
شرکت در کلاس زایمان فیزیولوژیک	خیر	۱۸۵(۷۵/۲)	۹۵ (۷۷/۲)	۰/۸۸۶
	بله (۴جلسه و یا کمتر)	۳۰(۱۲/۲)	۱۳ (۱۰/۶)	
	بله (۵جلسه یا بیشتر)	۳۱(۱۲/۶)	۱۵ (۱۲/۲)	
مشوق مادر برای شیردهی	همسر	۲۶ (۱۰/۵)	۲۹ (۲۳/۶)	۰/۰۰۰۱
	خانواده و اطرافیان	۸۸ (۳۵/۶)	۵۲ (۴۲/۳)	
	کارمندان بهداشتی–درمانی	۳۵ (۱۴/۲)	۸ (۶/۵)	
	خود مادر	۹۸ (۳۹/۷)	۳۴ (۲۷/۶)	
جمع		۲۴۷ (۶۶/۸)	۱۲۳ (۳۳/۲)	

جدول ۲. مقایسه میزان توانمندی شیردهی مادران دو گروه تغذیه انحصاری شیر مادر و عدم تغذیه انحصاری شیر مادر

حیطه توانمندی شیردهی	نوع تغذیه شیرخوار ۶ماهه با شیر مادر	تغذیه انحصاری Mean±SD	عدم تغذیه انحصاری Mean±SD	P-value T-test
آگاهی		۱۸/۵۹±۲/۱۲	۱۸/۰۲±۲/۴۹	۰/۰۲۲
نگرش		۲۸/۱۷±۲/۰۸	۲۲/۵۷±۴/۳۳	۰/۰۰۰۱
مهارت‌های تکنیک صحیح شیردهی		۴۹/۷۹±۴/۵۸	۳۸/۵۳±۹/۶۶	۰/۰۰۰۱
مهارت‌های پیشگیری و حل مشکلات شیردهی		۲۶/۷۷±۳/۱۶	۲۲/۲۷±۵/۲۲	۰/۰۰۰۱
کفایت شیردهی		۱۹/۴۳±۱/۰۹	۱۱/۳۶±۴/۲۳	۰/۰۰۰۱
حمایت درک شده خانواده		۲۶/۷۵±۳/۲۵	۲۱/۳۷۱±۳/۷۹	۰/۰۰۰۱
خودکارامدی شیردهی		۳۳/۱۸±۲/۶۸	۲۶/۶۸±۵/۱۷	۰/۰۰۰۱
کل حیطه ها		۲۰۲/۷۰±۱۳/۱۲	۱۶۰/۵۹±۲۷/۸۲	۰/۰۰۰۱

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]

جدول ۳. ارتباط تغذیه انحصاری شیرمادر با حیطه‌های توانمندی شیردهی مادران درمدل رگرسیون لوجستیک

متغیر پیشگویی کننده (Predictor)	تغذیه انحصاری شیر مادر			
	Crude OR* (**CI-95%)	p-value	Adjust OR (CI-95%)	P-value
آگاهی	۱/۱۱ (۱/۰۳۱–۱/۲۱۲)	۰/۰۰۷	۱/۳۶۰ (۰/۹۶۷–۱/۹۱۳)	۰/۰۷۷
نگرش	۱/۶۶ (۱/۵۰۳–۱/۸۴۸)	۰/۰۰۰	۱/۶۸۸ (۱/۱۳۷–۲/۵۰۶)	۰/۰۰۹
مهارت‌های تکنیک صحیح شیردهی	۱/۲۶۴ (۱/۲۰۳–۱/۳۲۸)	۰/۰۰۰	۱/۴۷۱ (۱/۰۷۸–۲/۰۰۷)	۰/۰۱۵
مهارت‌های پیشگیری و حل مشکلات شیردهی	۱/۲۹۷ (۱/۲۱۶–۱/۳۸۳)	۰/۰۰۰	۱/۵۲۱ (۱/۰۹۹–۲/۱۰۶)	۰/۰۱۱
کفایت شیردهی	۲/۵۴۵ (۲/۰۳۸–۳/۱۷۸)	۰/۰۰۰	۵/۱۵۰ (۲/۷۰۷–۹/۷۹۵)	۰/۰۰۰۱
حمایت درک شده خانواده	۱/۲۳۶ (۱/۱۴۳–۱/۳۳۷)	۰/۰۰۰	۱/۶۳۶ (۱/۱۸۴–۲/۲۶۰)	۰/۰۰۳
خودکارامدی شیردهی	۱/۴۶۹ (۱/۳۶۰–۱/۵۸۸)	۰/۰۰۰	۱/۴۸۲ (۱/۳۶۴۰–۱/۶۰۹)	۰/۰۰۱

* Odds Ratio, **Confidence Interval

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه نشان دادند که بعد از تعدیل و کنترل فاکتورهای جمعیتی باروری مورد مطالعه و حیطه‌های توانمندی شیردهی در تحلیل آماری، فقط میزان توانمندی شیردهی مادران با فراوانی تغذیه انحصاری شیرمادر ارتباط معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، مادرانی که در هریک از حیطه‌ها توانمندتر بودند، بیشتر تغذیه انحصاری داشتند. البته در حیطه آگاهی توانمندی ارتباط معنی‌داری دیده نشد و حیطه کفایت شیردهی در مقایسه با سایر حیطه‌ها ارتباط بیشتری را نشان داد. به عبارت دیگر مادرانی که باور داشتند میزان شیرشان برای کودک کافی می‌باشد، از میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر بیشتری برخوردار بودند.

برحسب یافته‌ها به ازای افزایش هر یک نمره از حیطه کفایت شیردهی، نسبت شانس تطبیق یافته برای تغذیه انحصاری با شیرمادر حداقل ۵ برابر می‌شود. Olong و همکاران نیز احساس عدم کفایت شیر را دومین علت قطع شیردهی انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی گزارش کردند (۱۶). Uouchendu و همکاران با توجه به یافته‌های خود، نیاز به توانمندسازی زنان از طریق آموزش و آگاه سازی در مورد منافع تغذیه انحصاری شیر مادر را پیشنهاد کردند (۱۷). Liu و همکاران نیز در مطالعه خود به ضرورت حمایت مادران و افزایش خودکارآمدی شیردهی برای افزایش طول تغذیه انحصاری با شیر مادر، با مداخلات مناسب اشاره کردند (۱۸). میزان تغذیه انحصاری شیر مادر تا شش ماهگی در مطالعه حاضر ۶۶/۸٪ است. در مطالعات دیگر انجام شده در ایران توسط Vafaee و همکاران در مشهد ۵۶/۴٪ (۱۹)، Rahmatnejad و همکاران در تهران۵۲/۶٪ (۲۰) و Zahedpasha و همکاران در بابل ۸۹/۵٪ (۱۱) و Poorahmad-Garbandi و همکاران در بندرعباس ۵۳٪ (۱۲) گزارش شده است. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از فرهنگ منطقه‌ای و همچنین افزایش روند میزان تغذیه انحصاری شیر مادر را طی سال‌ها نشان دهد. در آمار منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت، میزان تغذیه انحصاری در سریلانکا ۷۶٪، در کامبودیا ۷۴٪ و در مالاوی ۷۱٪ گزارش شد (۲۱). یافته‌های مطالعه نشان داد که متغیرهای جمعیتی مانند سن مادر، وضعیت شغلی، تحصیلات و درآمد با میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر ارتباطی ندارد. این یافته در راستای یافته‌های Ziaie و همکاران در رشت بوده است که برحسب ویژگی‌های فردی و باروری مثل سطح تحصیلات و شغل مادر، درآمد خانوار، نوع زایمان بین مادران با عدم شیردهی انحصاری زیر ۴ ماه و شیردهی انحصاری ۴ تا ۶ ماه تفاوت معنی داری نیافتند (۲۲). Rahmatnejad و همکاران نیز در مطالعه خود یافتند که عدم تبعیت مادر از شیردهی با هیچ یک از متغیرهای زمینه‌ای و فردی مثل سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، شغل و نوع زایمان ارتباط معنی دار آماری نداشته است (۲۰). Laugen و همکاران نیز در مطالعه خود در کانادا، بین سن مادر، سطح تحصیلات بالاتر و درآمد خانوار با تغذیه انحصاری رابطه معنی دار آماری نیافتند (۲۳)، اما Kehler و همکاران سطح تحصیلات مادر را یک فاکتور پویایی روانی (سایکواکونومیک) مهم برای تغذیه انحصاری شیر مادر تا شش ماهگی دانسته و مشاهده کردند که مادران با سطح تحصیلات پایین‌تر تمایل کمتری به تغذیه انحصاری کودک خود تا شش ماهگی داشتند (۲۴)؛ درحالیکه در یک مطالعه مروری سیستماتیک انجام شده در چین توسط Zhao و همکاران، مادران با سطح تحصیلات بالاتر، تمایل کمتری به شیردهی داشتند (۲۵). این یافته‌ها نشان می‌دهد که صرفا افزایش سطح تحصیلات نمی‌تواند در تغذیه انحصاری شیر مادر نقش داشته باشد.

در مطالعه حاضر میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در مادران با حاملگی خواسته بطور معنی‌داری بیشتر از حاملگی ناخواسته بود که می‌توان آن را به عنوان یکی از عوارض حاملگی ناخواسته مطرح کرد. در مطالعه Ziaie و همکاران بین فرزند خواسته شده و شیردهی انحصاری، زیر ۴ ماه و ۴ تا ۶ ماه رابطه معنی دار نبود (۲۲). یکی از متغیرهای مرتبط دیگر با تغذیه انحصاری با شیرمادر در مادران در این مطالعه، نوع مشوق مادر برای شیردهی است. یافته‌ها نقش کارمندان بهداشتی– درمانی و همچنین خواست خود فرد را در گروه مادران با تغذیه انحصاری با شیرمادر نشان دادند. بر حسب این یافته، کارمندان بهداشتی– درمانی باید بر اهمیت افزایش خواست فرد در شیردهی در آموزش‌ها توجه داشته باشند. در مطالعه Kimani-Murage و همکاران، ناکافی‌بودن شیر، دانش ناکافی و فقدان حمایت کارمندان بهداشتی از مادران شیرده را از دلایل مادران برای شیردهی ضعیف اشاره کردند (۲۶). در مطالعه Poorahmad-Garbandi و همکاران مهم‌ترین مشوق گزارش شده توسط مادران برای تغذیه انحصاری با شیر مادر، بستگان (۴۷٪) بودند و پزشکان و کارمندان بهداشتی درمانی در ردیف چهارم (۹٪) قرار داشتند (۱۲). Shakya و همکاران در مطالعه مروری سیستماتیک انجام شده در سال ۲۰۱۷ یافتند که حمایت مادران شیرده، با افزایش میزان تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی همراه است (۲۷). برحسب یافته‌های مطالعه حاضر، داشتن آگاهی، تحصیلات بیشتر و تجربه قبلی شیردهی مادر به تنهایی نمی‌تواند میزان تغذیه انحصاری شیرمادر را افزایش دهد، بلکه باید به حیطه‌های دیگر توانمندی مادران به خصوص ایجاد باور

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]

کفایت شیردهی، نگرش، حمایت درک شده خانواده و مهارت‌های پیشگیری و حل مشکلات شیردهی در مادران توجه نمود. درنتیجه سیاست‌گذاران ارتقای سلامت باید با توجه به نقش حیاتی تغذیه انحصاری با شیر مادر، برای افزایش میزان توانمندی شیردهی مادران با مداخلات مناسب و هدفمند برنامه‌ریزی کنند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و از همکاران مراکز بهداشتی درمانی شهرستان نور و همچنین مادرانی که در این مطالعه شرکت نمودند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]

The Relationship between Mothers' Empowerment in Breastfeeding with Exclusive Breast Feeding in Infants

Z. Taheri (BSc) [1], F. Bakouei (PhD)*[2]

1. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

2. Infertility and Health Reproductive Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

J Babol Univ Med Sci; 21; 2019; PP: 85-92

Received: Jan 3th 2017, Revised: Feb 18th 2017, Accepted: Feb 20th 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Exclusive breastfeeding until 6 months has a positive effect on the maternal and the child health. In the Qur'an had also been mentioned to the nutrition of infant with breastfeeding. Knowing the effective factors on it has significant role in promoting exclusive breastfeeding policy. This study aimed to investigate relationship between the mothers' empowerment in breastfeeding with exclusive breastfeeding and identification of related demographic-reproductive factors.

METHODS: The cross-sectional study was done on 370 mothers with a six-month-old child admitted to the primary health care centers in Noor Township. Mothers were categorized according to type of breastfeeding to two the exclusive breastfeeding and the non-exclusive breastfeeding groups. The mothers' empowerment in breastfeeding was assessed by breastfeeding empowerment questionnaire. The questionnaire includes seven domains of knowledge, attitude, skills of proper breastfeeding technique, skills of preventing and solving breastfeeding problems, breastfeeding sufficiency, receiving family support and Breastfeeding self-efficacy with probability total score in range of 45 to 225.

FINDINGS: The mean total score of the mothers' empowerment domains in breastfeeding in the exclusive breastfeeding group (202.70±13.12) is significantly higher than the non-exclusive breastfeeding group (160.59±27.82) (p=0.015). In the final analysis after entering variables in the logistic regression model, the breastfeeding empowerment's domains including; attitude (OR=1.688, CI-95%=1.137-2.506, p=0.009), skills of proper breastfeeding technique (OR=1.471, CI-95%=1.078-2.007, p=0.015), skills of preventing and solving breastfeeding problems (OR=1.521, CI-95%=1.099-2.106, p=0.011), breastfeeding sufficiency (OR=5.150, CI-95%=2.707-9.795, p=0.001), receiving family support (OR=1.636, CI-95%=1.184-2.260, p=0.003) and Breastfeeding self-efficacy (OR=1.113, CI-95%=1.088-1.139, p=0.001) were found as significant related factors.

CONCLUSION: The findings of the study showed that knowledge alone cannot increase the prevalence of breastfeeding, but should also focus on other domains of mothers' empowerment, especially the belief to breastfeeding sufficiency in mothers.

KEY WORDS: *Exclusive Breast Feeding, Empowerment, Infant.*

Please cite this article as follows:

Taheri Z, Bakouei F. The Relationship between Mothers' Empowerment in Breastfeeding with Exclusive Breast Feeding in Infants. J Babol Univ Med Sci. 2019;21:85-92.

***Corresonding Author: F. Bakouei (PhD)**
Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
Tel: +98 11 32195313
E-mail: bakouei2004@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]

References

1.Holy Quran, Surah Baqara, Verse 233.

2.Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand J Pub Health. 2004;32(3):210-6.

3.Poton WL, Soares ALG, Oliveira ERA, Goncalves H. Breastfeeding and behavior disorders among children and adolescents: a systematic review. Rev Saude Pub. 2018;52:9.

4.Nguyen MT, Snow G, Wheeler H, Owens T. Clinical Question: In post-partum first-time mothers, what interventions are successful for helping women sustain exclusive breast feeding for one month or more? J Okla State Med Assoc. 2016;109(11):521-4.

5.Issaka AI, Agho KE, Renzaho AM. Prevalence of key breastfeeding indicators in 29 sub-Saharan African countries: a meta-analysis of demographic and health surveys (2010-2015). BMJ. 2017;7(10):e014145.

6.Trojanowska A, Brodowicz-Krol M, Trojanowska P. Knowledge of young women concerning the impact of natural feeding on the growth and state of health of a baby. Ann Agric Environ Med. 2017;24(3):484-8.

7. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. Midwifery. 2016; 36:92-8.

8. Muchacha M, Mtetwa E. Social and Economic Barriers to Exclusive Breast Feeding In Rural Zimbabwe. Int J MCH AIDS. 2015;3(1):16-21.

9. Seighali F, Fallahi M, Farahani Z. The effect of breastfeeding workshop on attitude, knowledge and practice of participants. Razi Journal of Medical Sciences . 2014;21(118): 92-101.

10.Masoumi SZ, Khalili A, Shayan A, Roshanaei G, AhmadiS. effects of exclusive breastfeeding consultation for mothers on continuation of breastfeeding and weight-gaining of late preterm infants hospitalized in fatemieh hospital in Hamadan, 2016. Int J Med Res Health Sci. 2016;5(9):61-6.

11.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. JBUMS. 2012; 14(6):17-24. [In Persian]

12.Poorahmad-Garbandi F, Salaezade M, Etehad R. Reasons for termination of breastfeedingamong women referred to Bandar-Abbas health centers. J Prevent Med. 2014;1(1):16-22. [In Persian]

13.Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, Van Schayck CP. Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude-social influence-self-efficacy model. Breastfeed Med. 2006;1(4):236-46.

14.Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. J Hum Lact. 2003; 19(2):136-44.

15.Heidari Z, Keshvari M, Kohan S. Clinical trial to comparison the effect of family-centered educational-supportive program on mothers' empowerment in breast-feeding. Int J Pediatr. 2016; 4(3):1445-51.

16.Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. Int Breastfeed J. 2012;7(1):7.

17.Uchendu UO, Ikefuna AN, Emodi IJ. Factors associated with exclusive breastfeeding among mothers seen at the University of Nigeria Teaching Hospital. South African J Child Health. 2009;3(1):14-9.

18.Liu L, Zhu J, Yang J, Wu M, Ye B. The effect of a perinatal breastfeeding support program on breastfeeding outcomes in primiparous mothers. West J Nurs Res. 2017;39(7):906-23.

19.Vafaee A, Khabazkhoob M, Moradi A, Najafpoor A. Prevalence of exclusive breastfeeding during the first six months of life and its determinant factors on the referring children to the health centers in Mashhad, Northeast of Iran-2007. J Appl Sci. 2010;10(4):343-8.

20.Rahmatnejad L, Bastani F. Factors associated with discotinuation of exclusive breast feeding by first time mothers. Iran J Nurs. 2011;24(71):42-53.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]

21.WHO. Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief. 2014.

22.Ziaie T, Ghanbari A, Hassanzadeh Rad A, Yazdani MA. Investigating risk factors of failure in exclusive breastfeeding in less than one-year-old children referred to health centers in Rasht city. Iranian J Obstet Gynecol Infertil. 2012;15(18):32-9. [In Persian]

23.Laugen CM, Islam N, Janssen P. Social support and exclusive breast feeding among Canadian women. Paediatr Perinat Epidemiol. 2016;30(5):430-8.

24.Kehler HL, Chaput KH, Tough SC. Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. Can J Public Health. 2009; 100(5):376-80.

25.Zhao J, Zhao Y, Du M, Binns CW, Lee AH. Maternal education and breastfeeding practices in China: A systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2017;50:62-71.

26.Kimani-Murage EW, Griffiths PL, Wekesah FM, Wanjohi M, Muhia N, Muriuki P, et al. Effectiveness of home-based nutritional counselling and support on exclusive breastfeeding in urban poor settings in Nairobi: a cluster randomized controlled trial. Global Health. 2017;13(1):90.

27.Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, Rai SS, Miyaguchi M, Dhakal S, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. PLoS one. 2017;12(5):e0177434.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.14.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.85]