

## مطالعه طولی علل قطع شیردهی در مادران ساکن شیراز در سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۷

دکتر سیدمحمد تقی آیت‌اللهی<sup>۱</sup>، علی اصغر نصیحت‌کن<sup>۲</sup> و سید علیرضا آیت‌اللهی<sup>۳</sup>

### خلاصه

مطالعه حاضر به منظور پیمایش علل قطع شیردهی در مادران ساکن شیراز انجام گرفت. به منظور بررسی عوامل مؤثر بر قطع شیردهی، یک گروه ۳۲۹ نفری از مادرانی که طی دو هفته متوالی در زایشگاه‌های ۱۴ گانه شهر شیراز وضع حمل کرده بودند و به طور تصادفی انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. رفتار شیردهی و عوامل مؤثر بر آن در طی ۱۱ بازدید که در مدت دو سال بعد از زایمان در منازل آنها صورت گرفت مطالعه گردید. سطح آگاهی و نگرش مادران با زمان قطع شیردهی رابطه معنی‌داری نشان داد ( $P < 0/05$ ). هم‌چنین رابطه زمان شروع قاعدگی مادر پس از زایمان با زمان قطع شیردهی از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P < 0/01$ ). با استفاده از مدل کاپلان-مایر بین سطح تحصیلات مادر و زمان قطع شیردهی رابطه معنی‌دار معکوسی به دست آمد ( $P < 0/001$ ). هم‌چنین اجرای طرح هم‌اطاقی مادر و نوزاد با استفاده از مدل مذکور با زمان قطع شیردهی رابطه معنی‌داری داشت ( $P < 0/01$ ). در این مطالعه میانگین طول مدت شیردهی ۱۷/۴ ماه به دست آمد و میانگین شروع قاعدگی پس از زایمان ۵/۵ ماه برآورد شد. نتایج مطالعه بر ضرورت برنامه‌ریزی‌های اصولی در جهت تداوم شیردهی مادران تأکید دارد و سرمایه‌گذاری بر روی آن را از نظر اقتصادی توجیه می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: مادران ساکن شیراز، زمان قطع شیردهی، تحصیلات مادر، طرح هم‌اطاقی مادر و نوزاد، عملکرد شیردهی

۱- دانشیار، ۲- پژوهشگر، ۳- مربی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز

## مقدمه

در سال‌های اخیر توجه خاصی به تغییرات الگوی شیردهی به ویژه در جوامعی که دوران انتقال سریع خود را می‌گذرانند، معطوف شده است (۹،۱۰،۱۱،۲۱،۲۳،۲۴،۲۶). طول مدت شیردهی و عوامل قطع شیردهی در جوامع مختلف متفاوت گزارش شده است (۷،۸،۱۲،۱۳،۱۴،۱۸،۲۸). اکثر این مطالعات به صورت مقطعی صورت گرفته و گروه‌های خاص اجتماعی - اقتصادی را دربر داشته است.

تاکنون هیچ مطالعه طولی که بتواند عوامل مؤثر در تداوم شیردهی را در یک مدل منسجم آماری در شیراز مطالعه کند، انجام نگرفته است. به همین جهت مطالعه حاضر به منظور بررسی طول مدت شیردهی و عوامل قطع شیردهی در مادران ساکن شیراز به صورت طولی طرح‌ریزی شده است تا با بررسی عوامل گوناگون آن بتواند به مدل شیردهی مناسب جهت برنامه‌ریزی‌های اصولی بهداشتی در این زمینه دست یابد.

## روش تحقیق

جمعیت مورد مطالعه از مادران وضع حمل کرده و نوزادان زنده به دنیا آمده آنها در سال ۱۳۷۵ در شهر شیراز تشکیل می‌شد. طبق بررسی‌های انجام شده بیش از ۹۷/۵٪ زنان باردار شیرازی در زایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها وضع حمل می‌کنند. بنابراین تنها چهارچوب مطمئن نمونه‌گیری مجموعه‌ای مرکب از ۱۴ بیمارستان دارای بخش زنان و زایمان و زایشگاه اعم از دولتی و خصوصی و دانشگاهی را تشکیل داد که در نقاط مختلف شهر شیراز پراکنده‌اند. مناسب‌ترین روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده بود که در آن هر یک از زایشگاه‌های ۱۴ گانه مذکور یک طبقه را به وجود می‌آورد. میزان زایمان‌ها در هر بیمارستان یا زایشگاه بر اساس اطلاعات درازمدت گذشته محاسبه و توزیع آماری آنها به دست آمد که با اعمال آن بر اندازه کل نمونه، تعداد مورد نیاز در هر یک از بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها محاسبه گردید. فرضیه موجود میزان شیردهی را در جوامع شهری ایران ۵۷٪ برآورد کرده بود. در زمان مطالعه گمان می‌رفت این میزان حداقل ۱۰٪ افزایش یافته باشد. اندازه لازم نمونه که بتواند فرضیه موجود را در سطح معنی‌دار ۰/۰۱ (حدود ۹۹٪) آزمون کند و در صورتی که بخواهیم با احتمال ۹۰٪ (توان آزمون) میزانی معادل ۶۷٪ را ردیابی کند بالغ بر ۳۰۱ نفر برآورد گردید. چون مطالعات طولی در طی زمان افت دارند و عده‌ای مطالعه را در طول زمان ترک می‌کنند، با در نظر گرفتن اعمال نرخ سایش به میزان ۹٪ که از مطالعه اولیه به دست آمده

بود، اندازه نمونه لازم به ۳۲۹ نفر رسید. بنابراین یک گروه ۳۲۹ نفری از میان مادرانی که در طی دو هفته متوالی در زایشگاه‌های مذکور فرزند زنده به دنیا آورده بودند، انتخاب شدند. این گروه پس از بازدید و معاینه در بیمارستان در بدو زایمان، در زمان‌های ۱/۵، ۳، ۴/۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۲۴ ماهگی پس از زایمان (تا سال ۱۳۷۷) در منازل مورد پی‌گیری و معاینه قرار گرفتند و عملکرد شیردهی آنان مورد بررسی قرار گرفت. مادران مورد مطالعه به عمد در پی‌گیری‌ها از هدف تحقیق آگاهی نیافتند تا هیچ‌گونه تأثیر سوگرایانه‌ای در عملکرد شیردهی آنها رخ ندهد. نوع مطالعه طولی و داده‌ها با استفاده از مدل کاپلان - مایر (Kaplan-Meier) که یکی از مدل‌های تحلیل بقا می‌باشد مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. این مدل هنگامی به کار می‌رود که توزیع زمان بین دو پیشامد که یکی از آنها الزاماً رخ نداده است، مورد آزمون قرار می‌گیرد و در واقع تعیین احتمال وقوع تا پیشامد بعدی اندازه‌گیری می‌شود. پیشامد دوم که رخ نداده است، همان بقا مشاهده شده (ادامه شیردهی) است. متغیر زمان، زمان وقوع پیشامد (زمان قطع شیردهی) و متغیر وضعیت، مقدار پیشامد را بیان می‌نماید که با صفر و یک نشان داده می‌شود. رده صفر برای وضعیت سانسور شده (شیردهی را قطع نکرده یا اطلاع دقیقی وجود ندارد) و رده یک برای وضعیت کامل (شیردهی را قطع کرده) در نظر گرفته می‌شود. متغیری که عامل تقسیم‌بندی با تشکیل زیرگروه‌هایی برای تحلیل است به عامل معروف بوده که متغیری رده‌بندی شده است. این مدل به صورت ناپارامتری، حد حاصل ضربی احتمال بقا را بر اساس فواصل زمانی محاسبه می‌کند. در مورد وضعیت کامل یعنی قطع شیردهی، میانگین زمان بقا از تقسیم مجموع کل زمان‌های قطع شیردهی بر تعداد کل افراد مشاهده شده حاصل می‌گردد. چنانچه مقادیر سانسور شده وجود داشته باشند، میانگین وزنی مقادیر زمان‌های بقا مشاهده، میانگین زمان بقا را تشکیل می‌دهد که تفسیری هندسی دارد. این میانگین از مساحت زیر منحنی بقا به دست می‌آید که مجموع مساحت مستطیل‌هایی است که مساحت هر یک حاصل ضرب قاعده در ارتفاع آنهاست. کلیه عملیات محاسباتی با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفته است. این مطالعه با روش لگاریتم رتبه‌ها (Log Rank)، آزمون مانتل کاکس (Mantel-Cox) بر روی توزیع‌ها انجام گرفت که در اجرای آن به تمامی خانه‌ها وزن یکسانی داده شد. هم‌چنین مطالعه، نمودار تجمعی احتمال بقا و نمودار تجمعی احتمال مخاطره برای هر آزمون را رسم می‌کند.

## نتایج

جدول ۱ روند تغییرات علل قطع شیردهی را از ۳ ماهگی تا ۲ سالگی کودک نشان می‌دهد. ناکافی بودن شیر مادر به عنوان عمده‌ترین دلیل قطع شیردهی مطرح گردیده است. پس از آن مشکلات مربوط به کودک شامل نگرفتن سینه مادر، بیماری کودک و ناسازگاری کودک با شیر مادر دلیل عمده قطع شیردهی بوده است.

رابطه زمان قطع شیردهی بر حسب سن کودک (ماه) با عوامل مختلف در جدول ۲ ارائه گردیده است و با استفاده از مدل کاپلان-مایر میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان برای هر یک از

عوامل در رابطه با زمان قطع شیردهی برآورد شده است و آزمون معنی‌داری در رده‌های مختلف هر یک از عوامل انجام گرفته و نتیجه گزارش گردیده است. در میان ۱۲ عامل مختلف تنها تحصیلات مادر ( $P < 0/001$ ) و طرح هم اطاقی مادر و نوزاد ( $P < 0/01$ ) رابطه معنی‌داری را با زمان قطع شیردهی از خود نشان دادند. فرزندان مادرانی که از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بوده‌اند به طور متوسط ۱۳/۸ ماه از نعمت شیرخواری بهره‌مند بوده‌اند، در حالی که مادرانی که تحصیلات ابتدایی داشتند، به طور متوسط حدود ۷ ماه بیشتر فرزندانشان را شیر داده‌اند.

جدول ۱: روند تغییرات علل قطع شیردهی بر اساس سن کودک از ۳ ماهگی تا ۲۴ ماهگی در مادران ساکن شیراز در سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۷۵

سن کودک (ماه)	۳	۴/۵	۶	۸	۱۰	۱۲	۱۵	۱۸	۲۱	۲۴
ناکافی بودن شیر	۸ (۴۷/۱)	۱۱ (۶۸/۸)	۲۱ (۵۶/۸)	۳۷ (۶۰/۸)	۳۲ (۵۵/۲)	۳۴ (۵۱/۵)	۳۷ (۵۱/۴)	۳۹ (۴۸/۸)	۴۴ (۴۳/۲)	۴۹ (۲۵/۵)
عدم حمایت اطرافیان	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۳	۲
نوصیه پزشک	۲ (۱۱/۸)	۲ (۱۲/۵)	۲ (۵/۴)	۲ (۳/۳)	۲ (۳/۴)	۲ (۳/۰)	۲ (۲/۸)	۲ (۲/۵)	۳ (۲/۹)	۲ (۱/۰)
مشکلات مربوط به مادر	۴ (۲۳/۵)	۰ (۰/۰)	۷ (۱۸/۹)	۷ (۱۱/۵)	۷ (۱۲/۱)	۱۱ (۱۶/۷)	۱۲ (۱۶/۷)	۱۸ (۲۲/۵)	۲۶ (۲۵/۵)	۴۱ (۲۱/۲)
مشکلات مربوط به کودک	۳ (۱۷/۶)	۳ (۱۸/۷)	۷ (۱۸/۹)	۱۵ (۲۴/۴)	۱۷ (۲۹/۳)	۱۹ (۲۸/۸)	۲۱ (۲۹/۱)	۲۱ (۲۶/۲)	۲۹ (۲۸/۴)	۱۰۱ (۵۲/۳)
جمع	۱۷ (۱۰۰)	۱۶ (۱۰۰)	۳۷ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۵۸ (۱۰۰)	۶۶ (۱۰۰)	۷۲ (۱۰۰)	۸۰ (۱۰۰)	۱۰۲ (۱۰۰)	۱۹۳ (۱۰۰)

اعداد خارج پرانتز، تعداد و اعداد داخل پرانتز، درصد می‌باشند.

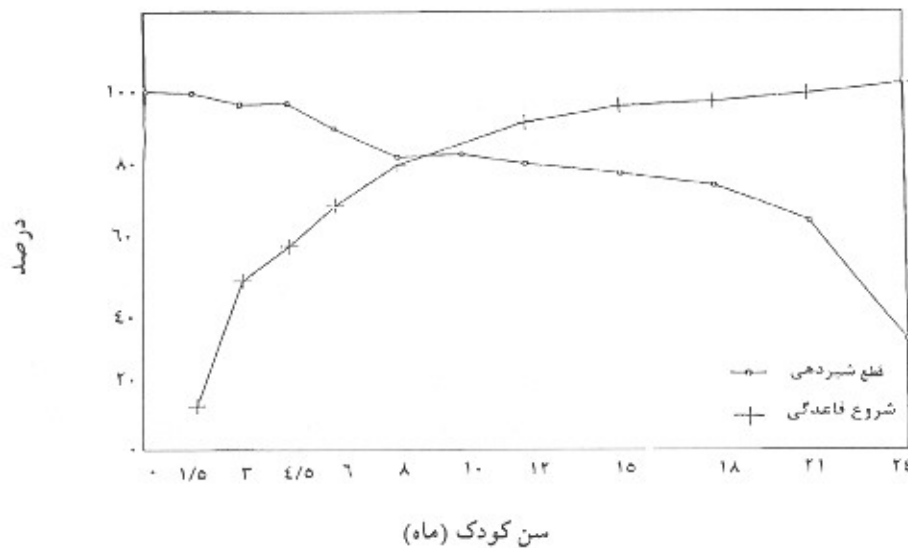
جدول ۲: رابطه زمان قطع شیردهی بر حسب سن کودک (ماه) با عوامل مختلف

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین سنی (ماه)	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪	معنی‌داری (P)
جنس کودک	۳۲۹				۰/۵۳
	پسر ۱۵۹ (۴۸/۳٪)	۱۸/۶	۰/۶	۱۷/۵، ۱۹/۹	
دختر ۱۷۰ (۵۱/۷٪)	۱۸/۸	۰/۶	۱۷/۷، ۲۰/۰		
رتبه تولد کودک	۳۲۹				۰/۳۱
	اول ۱۲۳ (۳۷/۴٪)	۱۸/۱	۰/۷	۱۶/۸، ۱۹/۵	
	دوم ۹۰ (۲۷/۴٪)	۱۸/۵	۰/۸	۱۷/۰، ۲۰/۱	
	سوم ۵۷ (۱۷/۳٪)	۱۹/۳	۱/۰	۱۷/۳، ۲۱/۲	
	چهارم ۳۰ (۹/۱٪)	۱۹/۹	۱/۳	۱۷/۳، ۲۲/۵	
پنجم و بالاتر ۲۹ (۸/۸٪)	۱۹/۸	۱/۴	۱۷/۲، ۲۲/۴		
سن مادر	۳۲۸				۰/۲۷
	<۲۰ سال ۴۲ (۱۲/۸٪)	۱۹/۰	۱/۲	۱۶/۷، ۲۱/۴	
	۲۰-۲۹ ۲۱۱ (۶۴/۳٪)	۱۸/۵	۰/۵	۱۷/۵، ۱۹/۶	
۳۰+ ۷۵ (۲۲/۹٪)	۱۹/۲	۰/۸	۱۷/۶، ۲۰/۸		
تحصیلات مادر	۳۲۹				۰/۰۰۱
	بی‌سواد ۱۴ (۴/۳٪)	۱۹/۵	۲/۴	۱۴/۸، ۲۴/۲	
	ابتدایی ۷۴ (۲۲/۵٪)	۲۱/۶	۰/۷	۲۰/۳، ۲۳/۰	
	راهنمایی ۹۳ (۲۸/۲٪)	۱۸/۰	۰/۸	۱۶/۰، ۱۹/۳	
	متوسطه ۱۱۵ (۳۵/۰٪)	۱۸/۹	۰/۷	۱۷/۶، ۲۰/۳	
دانشگاهی ۳۳ (۱۰/۰٪)	۱۳/۸	۱/۵	۱۱/۰، ۱۶/۶		
شغل مادر	۳۲۶				۰/۲۸
	خانه‌دار ۲۹۴ (۹۰/۲٪)	۱۹/۰	۰/۴	۱۸/۲، ۱۹/۹	
شاغل ۳۲ (۹/۸٪)	۱۶/۴	۱/۵	۱۳/۵، ۱۹/۲		
گذراندن دوره آموزش شیردهی مادر	۳۲۱				۰/۸۹
	گذراننده ۱۷۲ (۵۳/۵٪)	۱۸/۶	۰/۶	۱۷/۴، ۱۹/۷	
نگذراننده ۱۴۹ (۴۶/۵٪)	۱۸/۸	۰/۶	۱۷/۶، ۲۰/۰		
طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد	۳۲۳				۰/۰۱
	اجرا شده ۸۰ (۲۴/۸٪)	۲۱/۰	۰/۷	۱۹/۷، ۲۲/۴	
اجرا نشده ۲۴۳ (۷۵/۲٪)	۱۷/۹	۰/۵	۱۶/۹، ۱۹/۶		
نوع زایمان	۳۲۷				۰/۲۷
	زایمان طبیعی ۲۳۴ (۷۱/۶٪)	۱۹/۲	۰/۵	۱۸/۲، ۲۰/۱	
	وکیوم و فورسپس ۹ (۲/۷٪)	۱۸/۲	۳/۰	۱۲/۴، ۲۴/۱	
سزارین ۸۴ (۲۵/۷٪)	۱۷/۹	۰/۹	۱۶/۱، ۱۹/۶		
تحصیلات پدر	۳۲۹				۰/۲۳
	بی‌سواد ۱۳ (۴/۰٪)	۱۹/۱	۲/۳	۱۴/۶، ۲۳/۶	
	ابتدایی ۵۱ (۱۵/۵٪)	۱۹/۶	۱/۰	۱۷/۶، ۲۱/۷	
	راهنمایی ۱۰۴ (۳۱/۷٪)	۲۰/۰	۰/۷	۱۸/۶، ۲۱/۳	
	متوسطه ۱۲۰ (۳۶/۳٪)	۱۷/۷	۰/۷	۱۶/۲، ۱۹/۱	
دانشگاهی ۴۱ (۱۲/۵٪)	۱۷/۵	۱/۲	۱۵/۱، ۱۹/۹		
درآمد پدر	۲۸۹				۰/۱۳
	خیلی کم ۲۰ (۷/۰٪)	۱۶/۵	۲/۰	۱۲/۷، ۲۰/۴	
	کم و متوسط ۱۵۹ (۵۵/۰٪)	۱۹/۱	۰/۶	۱۷/۹، ۲۰/۲	
	خوب و خیلی خوب ۱۸۴ (۶۴/۰٪)	۱۹/۰	۰/۸	۱۷/۴، ۲۰/۶	
عالی ۲۶ (۹/۰٪)	۱۷/۳	۱/۶	۱۴/۱، ۲۰/۵		
تسهیلات فراهم آورده توسط پدر	۳۰۴				۰/۹۹
	فراهم کرده ۲۷۸ (۹۱/۴٪)	۱۸/۷	۰/۵	۱۷/۸، ۱۹/۶	
فراهم نکرده ۲۶ (۸/۶٪)	۱۸/۸	۱/۶	۱۵/۷، ۲۱/۹		
وضعیت اجتماعی خانواده	۳۲۹				۰/۴۲
	گسترده ۱۱۰ (۳۳/۴٪)	۱۹/۴	۰/۷	۱۸/۰، ۲۰/۸	
هسته‌ای ۲۱۹ (۶۶/۶٪)	۱۸/۴	۰/۵	۱۷/۴، ۱۹/۴		

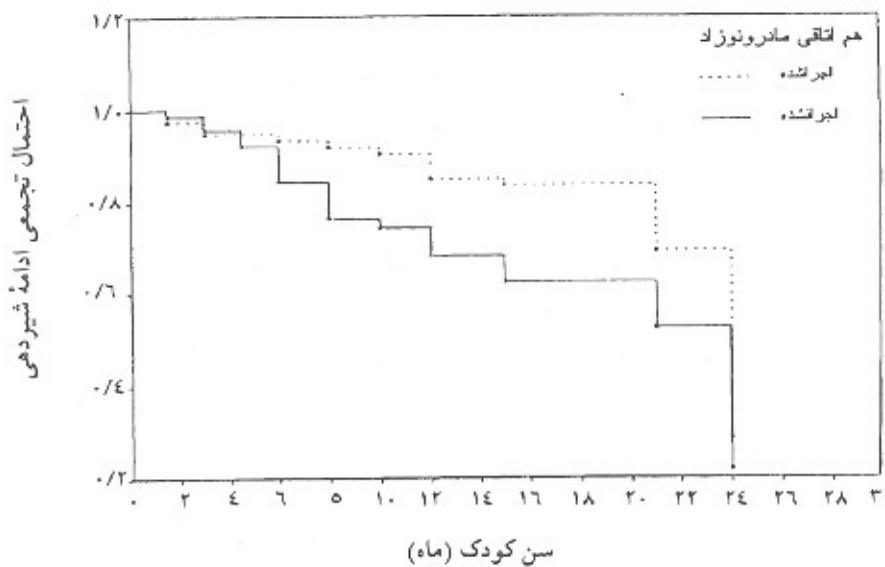
۰ معنی‌دار. درآمد ماهانه خیلی کم تا ۱۹۹۰۰۰ ریال، کم و متوسط ۲۰۰۰۰۰ الی ۳۹۹۰۰۰ ریال، خوب و خیلی خوب ۴۰۰۰۰۰ تا ۹۹۹۰۰۰ ریال، عالی بیش از ۱۰۰۰۰۰۰ ریال. ←

ادامه زیرنویس جدول ۲:

منظور از تسهیلات فراهم شده توسط پدر، تأمین مواد غذایی و تغذیه سالم، همکاری در کارهای خانه و خرید منزل، ایجاد آرامش فکری و کمیته‌سازی نگرانی مادر، تهیه امکانات رفاهی و همکاری در امور مربوط به کودک در دوران شیردهی بوده است. خانواده هسته‌ای (nuclear family) خانواده‌ای است که از زن و شوهر و فرزندان بلائصل تشکیل می‌شود و خانواده گسترده (extended family) از نوع خانواده‌های پدربزرگ و مادربزرگ است که از زن و شوهر و فرزندان ازدواج کرده و خانواده‌های آنان تشکیل می‌گردد.



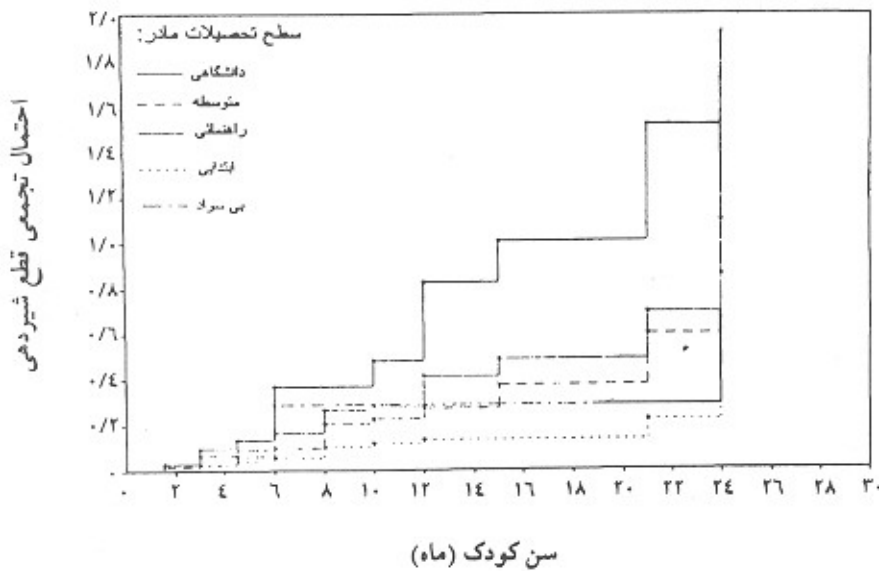
نمودار ۱: رابطه مدت شیردهی و شروع قاعدگی پس از زایمان در مادران ساکن شیراز در سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۷



نمودار ۲: مقایسه احتمال تجمعی ادامه شیردهی با طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد در مادران ساکن شیراز در سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۷

شروع قاعدگی مادر و زمان قطع شیردهی به دست آمد ( $P < 0.001$ ). یعنی هر چه مادر زودتر شیردهی را قطع کند، زودتر قاعده می‌شود.

نمودار ۱ رابطه بین قطع شیردهی و شروع قاعدگی پس از زایمان را در مادران ساکن شیراز نشان می‌دهد. با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون رابطه معنی‌دار مستقیمی بین زمان



نمودار ۳: مقایسه احتمال تجمعی قطع شیردهی با سطح تحصیلات مادران ساکن شیراز در سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۷۵

مهمترین دلیل قطع شیردهی ذکر شده است (۲۵). این علت در درجه دوم اهمیت در ایران دیده می‌شود و میزان آن تقریباً با مطالعه‌ای که در اروپا انجام گرفته، برابر است (۱۵). علت آن شاید به طبیعت آرام‌تر نوزادان ایرانی نسبت به نوزادان سودانی و رفتار مساعدتر شیرخواری آنان مربوط گردد. با توجه به این امر اگر در کلاس‌های ترویج تغذیه با شیر مادر به مادران اطمینان داده شود که شیرشان جهت تغذیه کودک کافی است و موارد خاص نا کافی بودن شیر به تشخیص پزشک به مرکز بهداشتی واگذار شود، هم‌چنین با آموزش کادر پزشکی و بهداشتی، فراهم آوردن تسهیلات بیشتر جهت شیردهی مادران مخصوصاً مادران شاغل، و آموزش بیشتر مادران به طور مستمر در دوران شیردهی، می‌توان به روند مطلوب‌تری در الگوی شیردهی مادران دست یافت.

در مطالعه حاضر بین زمان شروع قاعدگی مادر و زمان قطع شیردهی او همبستگی مستقیمی دیده شده ( $P < 0.001$ ) و در نتیجه هر چه مادر مدت طولانی‌تری به کودک خود شیر دهد زمان قاعدگی پس از زایمان در او بیشتر به تأخیر می‌افتد. بنابراین طول مدت شیردهی، یک عامل تعیین‌کننده جهت آمنوره ناشی از شیردهی بوده که با نتیجه سایر مطالعات سازگاری دارد و می‌تواند بارداری مادر را به تأخیر اندازد و در فاصله‌گذاری بین فرزندان نقش عمده‌ای را ایفا نماید. البته در مطالعه حاضر تقریباً شروع قاعدگی پس از زایمان زودتر از مطالعه دیگر رخ داده است (۳). در حالی که در مطالعه حاضر اختلاف معنی‌داری بین سن

احتمال تجمعی ادامه شیردهی با طرح هم‌اطاقی مادر و نوزاد در نمودار ۲ مقایسه شده است. احتمال ادامه شیردهی در مادرانی که طرح هم‌اطاقی مادر و نوزاد را اجرا کرده‌اند، بالاتر از مادرانی است که این طرح در مورد آنها به اجرا در نیامده است. در مورد آن گروه از کودکانی که طرح هم‌اطاقی مادر و نوزاد در موردشان به اجرا درآمده با آنها که این طرح در خصوص آنها اجرا نشده بود، حدود ۳ ماه اختلاف در مدت شیردهی دیده می‌شود که این اختلاف معنی‌دار است (نمودار ۲).

نمودار ۳ احتمال تجمعی قطع شیردهی را با سطح تحصیلات مادر مقایسه می‌نماید. مادران با سطح تحصیلات دانشگاهی احتمال قطع شیردهی بیشتری نسبت به گروه‌های تحصیلی دیگر دارند در صورتی که مادران با سطح تحصیلات متوسطه احتمال قطع شیردهی کمتری را نشان می‌دهند.

#### بحث

در مطالعه حاضر، مادران مهم‌ترین علت قطع شیردهی را ناکافی بودن شیر خود بیان کرده‌اند که با مطالعه قبلی در ایران (۲،۳) و مطالعات خارجی دیگر سازگاری دارد (۸،۱۷،۱۹). مشکلات مربوط به کودک مانند نگرفتن سینه مادر، بیماری کودک، ناسازگاری کودک با شیر مادر، عدم حمایت اطرافیان و توصیه پزشک از جمله دلایل دیگری است که به ترتیب اهمیت از طرف مادران در مورد قطع شیردهی مطرح شده‌اند. در حالی که نگرفتن سینه مادر توسط کودک در سودان

شیردهی مادر اختلاف معنی‌داری دیده شده است ( $P < 0/01$ ) و با افزایش رتبه تولد مادران بیشتری به کودک خود شیر داده‌اند، اما در مطالعه حاضر رتبه تولد تأثیر معنی‌داری بر طول مدت شیردهی نداشت. نوع زایمان گرچه در بعضی از مطالعات عامل مؤثری در الگوی شیردهی به شمار آمده به گونه‌ای که مادران سزاین شده نسبت به سایر مادران از طول مدت شیردهی کمتری برخوردارند (۱۲)، اما در مطالعه حاضر هیچ‌گونه رابطه معنی‌داری بین نوع زایمان و مدت شیردهی دیده نشد.

میانگین زمان قطع شیردهی در مادرانی که طرح هم‌اطاقی مادر و نوزاد برای آنها اجرا شده بود، حدود ۳ ماه بیشتر از مادرانی بود که این طرح برای آنها به اجرا در نیامد ( $P < 0/01$ ) که با نتایج سایر مطالعات خارجی و داخلی سازگاری دارد (۱، ۱۵، ۲۴، ۲۷). در زمان اجرای طرح حدود ۲۵٪ مادران از طرح هم‌اطاقی مادر و نوزاد بهره‌مند بودند. پیش از آن در مطالعه‌ای که انجام گرفته بود، تنها ۳٪ از مادران از این برنامه استفاده می‌کردند (۵) و در حال حاضر طبق گزارش کمیته استانی ترویج تغذیه با شیر مادر، همه مادران باید تحت پوشش این طرح قرار داشته باشند. مطالعه حاضر بر این باور است که با عنایت به یافته‌های این مطالعه، آموزش همه جانبه شیردهی و تبیین الگوی شیردهی در برنامه‌های درسی دبیرستانی و دانشگاهی و استفاده از برنامه‌های جذاب و علمی در رسانه‌های گروهی به علاوه حمایت قانونی از عواملی هستند که می‌توانند تغذیه با شیر مادر را به صورت یک فرهنگ عمومی در میان پدران و مادران گسترش دهند و علاوه بر پیشگیری از ضایعات بهداشتی به بهره‌وری و شکوفایی اقتصادی جامعه بیانجامند.

### سپاسگزاری

بودجه این طرح را معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نأمین کرده است.

مادر و زمان قطع شیردهی مشاهده نشد، در مطالعات دیگری که در خارج از کشور انجام گرفته است سن مادر با تغذیه کودک ارتباط معنی‌داری را نشان می‌دهد (۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۹) و مادرانی که کودکانشان را با شیر خود تغذیه می‌کردند میانگین سنی بالاتری داشته‌اند. این تفاوت بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات می‌تواند به تفاوت سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران مورد مطالعه ما با مادران سایر مطالعات برگردد. تحصیلات مادر عامل مهمی در قطع شیردهی به شمار می‌آید. طول مدت شیردهی در مادران بی‌سواد و کم‌سواد از مادران با تحصیلات بالاتر به صورت معنی‌داری بیشتر است ( $P < 0/001$ ). مشابه این رابطه در سایر مطالعاتی که در مناطق دیگر کشور (۵، ۶، ۱۹) و کشورهای هم‌جوار و سایر کشورهای در حال توسعه صورت گرفته، به دست آمده است (۸، ۱۸، ۲۰، ۲۸). در حالی که در کشورهای توسعه یافته در طی ربع قرن اخیر طول مدت شیردهی در زنانی که تحصیلات عالی دارند نسبت به گذشته افزایش یافته است (۱۲، ۱۵). با این پیشینه تشویق مادران با سطح تحصیلات بالاتر به ویژه تحصیلات دانشگاهی به شیردهی فرزندانشان در برنامه‌های آموزش ترویج تغذیه با شیر مادر امری ضروری است.

گرچه مادران خانه‌دار به طور متوسط در حدود ۲/۵ ماه بیشتر از مادران شاغل به فرزندان خود شیر می‌دهند، لیکن اختلاف آماری معنی‌داری بین این دو گروه از نظر زمان قطع شیردهی ملاحظه نگردید ( $P > 0/2$ ). مطالعات دیگری که در کشورمان و خارج از کشور انجام گرفته، همین نتیجه را تأیید می‌نمایند (۴، ۲۲). جنس کودک تأثیر معنی‌داری در مدت زمان شیردهی در مطالعه حاضر به جای نگذاشت. مطالعه دیگری در کشورمان همین نتیجه را تأیید می‌کند. اما در مادران با سواد روستایی مواردی از تبعیض جنسی در مدت شیردهی به نفع پسران مشاهده شده است (۶).

در مطالعه‌ای که در کویت انجام گرفته بین رتبه تولد و الگوی

### Summary

A Longitudinal Study on Factors Affecting Weaning Pattern of Mothers in Shiraz, Iran

SMT. Ayatollahi, PhD<sup>1</sup>., AA. Nasihatkon, MSc<sup>2</sup>., and SA. Ayatollahi, MSc<sup>3</sup>.

1. Associate Professor 2. Research Assistant 3. Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran

*This study examines factors affecting weaning pattern of mothers residing in Shiraz (Iran). A cohort of 329 mothers who gave birth at the 14 maternity clinics of Shiraz during two consecutive weeks in 1996 were selected randomly. Mothers were visited 11 times at home during 2 years post delivery and their*

*breast feeding performance and its associated factors were examined closely. Mother's knowledge and attitude score and first menstruation period after delivery were significantly associated with the time of cessation of breast feeding ( $P < 0.05$ , and  $P < 0.01$  respectively). The mean duration of breast feeding was 17.4 months. By applying Kaplan-Meier model, a conversely significant association was found between the mothers level of education and the breast feeding period ( $P < 0.001$ ). Also an association between rooming-in project of mother and neonates and the time of cessation of breast feeding was observed ( $P < 0.01$ ). Mothers menstrual cycle began on the average 5.5 months after giving birth. The results emphasized on necessity of fundamental planning on promotion of breast feeding in Iran and justifies economically any investment in this regard.*

*Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2001; 8(1): 35-43*

**Key Words:** Mothers living in Shiraz, Cesssaion time of breast feeding, Mothers education, Rooming in project, Breast feeding performance

## منابع

۱. خدیوزاده، طاهره: تعیین اثر طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد بر الگوی تغذیه و وزن‌گیری شیرخواران ۲ ماهگی. پایان‌نامه فوق لیسانس رشته مامایی، دانشگاه تربیت مدرس، سال ۱۳۷۱.
۲. ده‌بزرگی، سلطنت: علل عدم موفقیت شیردهی در مادران شیرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر شیراز. فصل‌نامه دانشجو و پژوهش، ۱۳۷۷، سال ششم، شماره اول و دوم، ص ۷۴-۶۸.
۳. عزالدین زنجانی، ناهید: شیرمادر و فاصله‌گذاری بین فرزندان. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۱۰۵، ص ۵۴-۴۷.
۴. فرودنیا، فاطمه: بررسی طول مدت شیردهی انحصاری مادران شاغل و غیرشاغل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۷۵. فصل‌نامه دانشجو، ۱۳۷۷، سال پنجم، شماره ۲۰، ص ۲۸-۲۳.
۵. مرندی، سید علیرضا؛ ملوک‌افضلی، حسین و حسینی، آغا فاطمه: بررسی علل قطع زودرس تغذیه با شیر مادر در زنان ساکن شهر تهران. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، سال نهم، شماره ۹۹، ص ۲۴-۱۴.
۶. ملوک‌افضلی، حسین و جمشید بیگی، عصمت: بررسی تغذیه کودک با شیر مادر در جمهوری اسلامی ایران. مجله بهداشت جهان، ۱۳۶۷، سال چهارم، شماره دوم، ص ۱۸-۱۳.
۷. ملوک‌افضلی، حسین؛ شمس، منصور؛ صانعی مهری، سیدحسن و جمشید بیگی، عصمت: بررسی تغذیه کودکان با شیرمادر، استفاده از غذاهای کمکی، ایمنی‌سازی، شیوع اسهال و نحوه درمان آن در کودکان ۲۳-۲۱ ماهه. مجله دارو و درمان، ۱۳۶۷، سال پنجم، شماره ۵۸، ص ۱۵-۹.

8. Al Awadi F and Amine EK. Recent trends in infant feeding patterns and weaning practices in Kuwait. *East Med Health J* 1997; 3: 501-510.
9. Al Sekait MA. A study of the factors influencing breast-feeding patterns in Saudi Arabia. *Saudi Med J* 1988; 9(6): 596-601.
10. Balo NN, Shembesh NM and Singh R. Maternal characteristics and infant and young child feeding in Benghazi. *East Mediter Health J* 1997; 2(3): 432-439.
11. Babat R. The breast-feeding dilemma. *S Afr Med J* 2000; 90(9): 859-862.
12. Calzolari C, Miceli MC, Sacchetti A, et al. Epidemiologic data on breast-feeding influence and the province. Survey carried out in 1364 children born between 1985 and 1987. *Pediatr Med Chir* 1989; 11(6): 653-656.
13. Fitzpatrick CC, Fitzpatrick PE and Darling MR. Factors associated with the decision to breast feed among Irish women. *Ir Med J* 1994; 87(5): 145-146.



14. Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ and Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Pediatr Child Health* 1994; 30(6): 483-489.
15. Gerstner G, Kucera H and Kubista E. Breast-feeding habits before and after the introduction of a partial rooming-in system. *Geburstshilfe Frauenheilked* 1983; 43(3): 156-159.
16. Giugliani ER, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR and Perman JA. Effect of breast feeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. *J Hum Lact* 1994; 10(3): 157-161.
17. Gunn TR. The incidence of breast-feeding and reasons for weaning. *N Z Med J* 1984; 97(757): 360-363.
18. Igbedioh SO. Influence of mother's occupation and education on breast-feeding and weaning in infants and children in Makurdi, Nigeria. *Nutr Health* 1994; 9(4): 289-302.
19. Kumar V, Sharma R, Vanajar K and Real M. Breast-feeding pattern in Urban infants in Chandigarh. *J Pediatr* 1984; 51(408): 13-19.
20. Littman H, Medendorp SV and Goldfarb J. The decision to breast feed. The importance of father's approval. *Clin Pediatr Phila* 1994; 33(4): 214-219.
21. Ogbonna C, Okolo SN and Ezeogu A. Factors influencing exclusive breast-feeding in Jos, Plateau state, Nigeria. *West Afr J Med* 2000; 19(2): 107-110.
22. Omer MI, Suliman GI, Mohamed KA, *et al.* Breast feeding and weaning in Sudan. Contemporary patterns and influencing factors. *J Trop Pediatr* 1987; 33(supple 3): 1-12.
23. Payne D. Ireland opts to encourage breast feeding at work. *BMJ* 2000; 321(7271): 1246.
24. Procionoy RS, Fernandes Filho PH, Lazaro L, Sartori NC and Drebes S. The influences of rooming-in on breast-feeding. *J Trop Pediatr* 1983; 29(2): 112-114.
25. Salih MAM, EL Bushra HM, Satti SAR, Ahmed MEfA and Kamil IA. Attitudes and Practices of breast-feeding in Sudanese urban and rural communities. *Trop Geogr Med* 1993; 45(4): 171-174.
26. Vingraite J, Raugale A, Kadziauskine K and Michaelsen KF. Breast-feeding pattern and influencing factors in Lithuania. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478: 433-434.
27. Yamauchi Y and Yamanochi I. The relationship between rooming- in/ not rooming-in and breast-feeding Variables. *Acta Pediatr Scand* 1990; 79(11): 1017-1022.
28. Yoon PW, Black RE, Moulton LH and Becker S. Effect of not breast-feeding on the risk of diarrheal and respiratory mortality in children under 2 years of age in Metrocebu, The Philippines. *Am J Epidemiol* 1996; 143(11): 1142-1148.