مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دورهٔ هشتم، شمارهٔ ۱، ص ٤٣–٣٥، ١٣٧٩

مقالة پژوهشي

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

دكتر سيدمحمدتقي آيت اللهي، على اصغر نصيحت كن ٢ و سيد عليرضا آيت اللهي ٣

#### خلاصه

**واژههای کلیدی**: مادران ساکن شیراز، زمان قطع شیردهی، تحصیلات مادر، طرح هماطاقی مادر و نوزاد، عملکرد شیردهی مقدمه مختلف متفاوت گزارش شده است (۲۸،۱۸،۱۴،۱۳،۱۲،۸،۷).

در سالهای اخیر توجه خاصی به تغییرات الگوی شیردهی بهویژه در جوامعی که دوران انتقال سریع خود را می گذرانند،معطوف شده است (۲۶،۲۲،۲۲،۲۱،۱۱،۱۰،۱). طول مدتشیردهی و عوامل قطع شیردهی در جوامع

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 ساکنشیراز به صورت طولی طرحریزی شده است تا با بررسی عوامل گوناگون آن بتواند به مدل شیردهی مناسب جهت برنامه ریزی های اصولی بهداشتی در این زمینه دست یابد.

# روش تحقيق

جمعیت مورد مطالعه از مادران وضع حمل کرده و نوزادانزنده به دنیا آمده آنها در سال ۱۳۷۵ در شهر شیراز تشکیل می شد. طبق بررسی های انجام شده بیش از ۹۷/۸٪ زنان باردار شیرازی در زایشگاه ها و بیمارستان ها وضع حمل مي كنند. بنابراين تنهاچهارچوب مطمئن نمونه گیری مجموعهای مرکب از ۱۴بیمارستان دارای بخش زنان و زایمان و زایشگاه اعم از دولتی وخصوصی و دانشگاهی را تشکیل داد که در نقاط مختلف شهرشیراز پراکندهاند. مناسب ترین روش نمونه گیری، نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده بود که در آن هر یک از زایشگاههای ۱۴گانه مذکور یک طبقه را به وجود می آورد. میزان زایمانها در هربیمارستان یا زایشگاه بر اساس اطلاعات درازمدت گذشتهمحاسبه و توزیع آماری آنها به دست آمد که با اعمال آن بر اندازه کل نمونه، تعداد مورد نیاز در هر یک از بیمارستانها وزایشگاهها محاسبه گردید. فرضیه موجود میزان شیردهی را درجوامع شهری ایران ۵۷٪ بر آورد کرده بود. در زمان مطالعه گمانمیرفت اين ميزان حداقل ١٠٪ افزايش يافته باشد. اندازه لازمنمونه 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 ۳۰۱نفر برآورد گردید. چون مطالعات طولی در طی زمان افت دارند وعدهای مطالعه را در طول زمان ترک می کنند، با در نظر گرفتن اعمال نرخ سایش به میزان ۹٪ كه از مطالعه اوليه به دست آمدهبود، اندازه نمونه لازم به ۳۲۹ نفر رسید. بنابراین یک گروه ۳۲۹ نفری از میان مادرانی که در طی دو هفته متوالی در زایشگاههایمذکور فرزند زنده به دنیا آورده بودند، انتخاب شدند. این گروهپس از بازدید و معاینه در بیمارستان در بدو زایمان، در زمانهای ۱/۵، ۳، ۴/۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۲۲ ماهگی پس از زایمان(تا سال ۱۳۷۷) در منازل مورد پی گیری و معاینه قرار گرفتند وعملکرد شیردهی آنان مورد بررسی قرار گرفت. مادران موردمطالعه به عمد در پی گیریها از هدف تحقیق آگاهی نیافتند تاهیچ گونه تأثیر سوگرایانهای در عملکرد شیردهی آنها رخ ندهد.نوع مطالعه طولی و داده ها با استفاده از مدل کاپلان ـ مایر (-Kaplan Meier) که یکی از مدلهای تحلیل بقاء میباشد موردتحلیل آماری قرار گرفتند. این مدل هنگامی به کار میرود كەتوزىع زمان بىن دو پىشامد كە يكى از آنھا الزاماً رخ نداده است،مورد آزمون قرار می گیرد و در واقع تعیین احتمال وقوع تا پیشامدبعدی اندازه گیری میشود. پیشامد دوم که رخ نداده است، همان بقاء مشاهده شده (ادامه شیردهی) است. متغیر زمان، زمان وقوع پیشامد (زمان قطع شیردهی) و متغیر وضعیت، مقدار پیشامد رابیان مینماید که با صفر و یک نشان داده می شود. رده صفر برایوضعیت سانسور شده (شیردهی را قطع نکرده یا اطلاع دقیقی و جود ندارد) و رده یک برای وضعیت کامل (شیردهی را قطع کرده) در نظر گرفته میشود. متغیری که عامل تقسیمبندی باتشکیل زیر گروههایی برای تحلیل است به عامل معروف بوده کهمتغیری ردهبندی شده است. این

مدل به صورت نایارامتری، حدحاصل ضربی احتمال بقاء را بر اساس فواصل زمانی محاسبهمی کند. در مورد وضعیت كامل يعنى قطع شيردهي، ميانگين زمان بقاء از تقسيم مجموع كل زمانهاي قطع شيردهي بر تعداد كلافراد مشاهده شده حاصل مي گردد. چنانچه مقادير سانسور شدهوجود داشته باشند، میانگین وزنی مقادیر زمانهای بقاء مشاهده،میانگین زمان بقاء را تشکیل میدهد که تفسیری هندسی دارد.این میانگین از مساحت زیر منحنی بقاء به دست می آید که مجموع مساحت مستطیل هایی است که مساحت هر یک حاصل ضرب قاعده در ارتفاع آنهاست. كليه عمليات محاسباتي بااستفاده 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 خانههاوزن یکسانی داده شد. همچنین مطالعه، نمودار تجمعی احتمال بقاء و نمودار تجمعي احتمال مخاطره براي هر آزمون را رسممی کند.

نتايج

جدول ۱ روند تغییرات علل قطع شیردهی را از ۳ ماهگی تا ۲سالگی کودک نشان میدهد. ناکافی بودن شیر مادر به عنوانعمده ترین دلیل قطع شیردهی مطرح گردیده است. پس از آنمشکلات 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 ازعوامل در رابطه با زمان قطع

شیردهی بر آورد شده است و آزمون معنی داری در رده های مختلف هر یک از عوامل انجام گرفته و نتیجه گزارش گردیده است. در میان ۱۲ عامل مختلف تنها تحصیلات مادر (۲۰٬۰۱۳) و طرح هم اطاقی مادر و نوزاد (۲۰٬۰۱۳) رابطه معنی داری را با زمان قطع شیردهی از خودنشان دادند. فرزندان مادرانی که از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بوده اند به طور متوسط ۱۳/۸ ماه از نعمت شیرخواری بهره مند بوده اند، در حالی که مادرانی که تحصیلات ابتدایی داشتند، به طور متوسط حدود ۷ ماه بیشتر فرزندانشان را شیرداده اند.

جدول ۱: روند تغییرات علل قطع شیردهی بر اساس سن کودک از ۳ ماهگی تا ۲۶ ماهگی در مادران ساکن شیراز در سالهای ۱۳۷۷– ۱۳۷۵

سطع معنی داری آزمون ' X	منفى		مثبت		آلودگی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	la,	متغير
and the same	17/A	٥٨٦	3/1	r1	خانه دار	
P<+/*1	AT/4	fV	11/1	•	کشاورز و دامدار	
	1F/V	170	5/4	٧	محصل	
	40/4	V4	F/A	F	کارمد	سغل
	1V/T	٧٢	Y/V	*	شغل آزاد	
	5A/A	A +	1/1	,	بكار	
P>+/+5	37/3	Vrb	3/6	٥.	طرنث	-
	15/5	100	F/5	17	مدكو	جنس
	15/1	11.	5,1	37	کل	20000

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

جدول ۲: رابطه زمان قطع شیردهی بر حسب سن کودک

(ماه) با عوامل مختلف

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

معنیداری (P	فاصله اطمینان ۹۵٪	خطای معیار	میانگین سنی (ماه)	تعداد (درصد)	متغير
•/04				444	نس کو دک
	17/8-11/1	-/3	14/1	(XPA/T)164	
	17/V.Y · / ·	-/3	1A/A	(201/V) 1V.	دختر
				***	به تولد کودگ
	13/4411/4	*/Y	3A/3	(TY/P) 3 TT	اول
	17/ - 47 - / 1	*/A	14/4	(TV/P) 5 ·	reg
- 1	17/7471/7	3/*	15/7	(1V/F) aV	-رع
	17/7:77/8	1/4	15/5	(1/1) **	7.147
10000	1V/Y.YY/P	3/7	15/A	(A/A) T T	ينجم و بالاتر
•/ <b>YV</b>				TYA	ن مادر
	37/8/83/4	1/1	19/1	(IY/A) FY	الح۲۰
	17/0/14/1	-/5	14/4	(17/7) 111	Y = Y4
	14/214.14	-/A	14/4	(TT/4) VA	***
* ./1				444	مصيلات مادر
	19/8479/7	¥/#	11/0	(F/Y) 17	بىسواد
	T+/T.TT/+	-/Y	71/3	(TY/5) VP	ابتدایی
	11/+411/1	•/A	14/-	(TA/Y) 9T	راهنمایی
- 1	17/1/11/17	*/V	14/4	(49/.)119	منوسطه
0.000000	31/541/1	1/4	VY/A	(1 - / - ) TT	دانشگاهی
•/**		1.500.00		275	قل مادر
	34/1/14/4	·/F	11/-	(4 - /Y) YSP	خانه دار
20	17/0:11/7	1/0	11/#	(5/A) TY	شاخل
1/84				771	راندن دوره أموزش شيردهي مادر
	17/7:11/7	-/1	14/3	(67/6) 177	گذرانده
	17/141-7-	-/1	1A/A	(41/4) 174	نگذرانده
* • /• 1				TYT	رح هماتاقی مادر و نوزاد
	11/4/11/5	•/V	Y 5/-	(YF/A)A.	اجرانده
	11/1/11/1	./8	17/4	(VO/Y) YPY	اجرا نشده
•/ <b>YV</b>	600		100	***	ع زایمان
- 1	14/141-/1	+/8	15/1	(V1/1) TTP	زايسان طبيعى
- 1	17/9479/1	T/-	14/1	(Y/Y) 4	وکیوم و نورسیس
0.00000	13/1419/3	-/4	17/4	(YB/V)AF	سزارين
177				TY4	مصيلات يدر
	17/1477/1	Y/T	15/1	(P/+) 1 P	بىسواد
	17/141/7	1/*	15/3	(10/0)01	ابندایی
- 1	14/3/11/5	-/V	Y - / -	(T1/Y)1-P	راهنمایی
	11/14/1/1	-/V	VV/V	(T1/T) 14 ·	متوسطة
	10/1/11/1	1/1	14/8	(17/4)71	دانشگامی
1/17				PAY	آمد يدر
	3Y/V.Y+/#	Y/ ·	17/8	(V/+) Y+	عبلی کو
	37/4.4-/4	-/3	3.5/3	(44/-)144	کم و متوسط
	14/4/4-12	•/A	15/-	(Y4/+)AP	خوب و خیلی خوب
656	14/144-15	1/1	AV/F	(4/+) **	
-/44	15	27.024.000		4.4	عالي هيلات فراهم أورده توسط يدر
	17/4415/1	./6	1A/V	(53/F) TVA	فراهم کرده
- 1	10/741/1	3/3	34/4	(A/3) Y3	فراهم نكرده
./44				774	ضعيت اجتماعي خانواده
	1A/+4*+/A	·/V	11/2	(TT/F) 13 ·	السنرده
- 1	14/4/19/4	./6	1A/P	(33/3) (33	مستهای

سن كودك (ماه)

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

احتمال تجمعي ادامة شيردهي

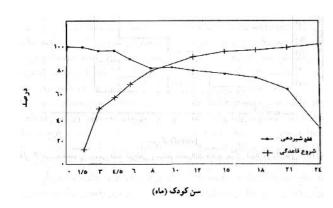
# 

### ۱۷/۱۹،٤/٤

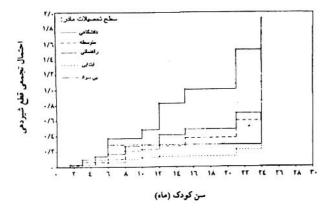
×معنی دار. در آمد ماهانه؛ خیلی کم تا ۱۹۹۰۰۰ ریال، کم و متوسط ۲۰۰۰۰۰ الی همنی دار. خوب و خیلی خوب ۴۹۹۰۰۰ تا ۹۹۹۰۰۰ ریال، عالی بیش از

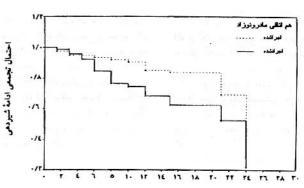
۱۰۰۰۰۰ ریال. 🗌 ادامه زیرنویس جدول ۲:

منظور از تسهیلات فراهم شده توسط پدر، تأمین مواد غذایی و تغذیه سالم، همکاری در کارهای خانه و خرید منزل، ایجاد آرامش فکری و کمینهسازی 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 بلافصل تشکیل می شود و خانواده گسترده (extended family) از نوع خانوادههای پدرسالار و مادرسالار است که از زن و شوهر و فرزندان ازدواج کرده و خانوادههای آنان تشکیل می گردد.



سن کودک (ماه)
نمودار ۲: مقایسه احتمال تجمعی ادامه شیردهی با طرح هم اتاقی مادر و نوزاد در مادران ساکن شیراز در سالهای ۱۳۷۷–۱۳۷۵





نمودار ۱ رابطه بین قطع شیردهی و شروع قاعدگی پس اززایمان را در مادران ساکن شیراز نشان میدهد. با استفاده ازضریب همبستگی پیرسون رابطه معنیدار مستقیمی بین زمانشروع قاعدگی مادر و زمان قطع شیردهی به دست آمد □(۲۰۰۰۹«). یعنی هر چه مادر زودتر شیردهی را قطع کند،زودتر قاعده میشود.

### احتمال تجمعى قطع شيردهي

سن کودک (ماه)

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

شیردهی در مادرانی که طرح هماطاقی مادر و نوزاد را اجرا

احتمال تجمعی ادامه شیردهی با طرح هماطاقی مادر و نوزاددر نمودار ۲ مقایسه شده است. احتمال ادامه

کردهاند، بالاتر ازمادرانی است که این طرح در مورد آنها به اجرا در نیامده است.

در مورد آن گروه از کودکانی که طرح هم اطاقی مادر و نوزاددر موردشان به اجرا درآمده با آنها که این طرح در خصوص آنهااجرا نشده بود، حدود ۳ ماه اختلاف در مدت شیردهی دیدهمی شود که این اختلاف معنی دار است (نمودار ۲).

نمودار ۳ احتمال تجمعی قطع شیردهی را با سطح تحصیلات تحصیلاتمادر 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.

#### ىحەث

در مطالعه حاضر، مادران مهمترین علت قطع شیردهی راناکافی بودن شیر خود بیان کردهاند که با مطالعه قبلی در □ایران □(۳،۲) و مطالعات خارجی دیگر سازگاری دارد □(۳،۲،۷،۱). 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 شده اند. در حالی که نگرفتن سینه مادر توسط کودک در سودان مهمترین دلیل قطع شیردهی ذکر شده است (۲۵). این علت در درجه دوم اهمیت در ایران دیده می شود و میزان آن تقریباً بامطالعه ای که در اروپا انجام گرفته، برابر است (۱۵). علت آن شاید به طبیعت آرام تر نوزادان ایرانی نسبت به نوزادان سودانی ورفتار مساعد تر شیرخواری آنان مربوط گردد. با توجه به

این امراگر در کلاسهای ترویج تغذیه با شیر مادر به مادران اطمینانداده شود که شیرشان جهت تغذیه کودک کافی است و مواردخاص ناکافی 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 مادرانشاغل، و آموزش بیشتر مادران به طور مستمر در دوران شیردهی،می توان به روند مطلوب تری در الگوی شیردهی مادران دست یافت.

در مطالعه حاضر بین زمان شروع قاعدگی مادر و زمان قطعشیردهی او همبستگی مستقیمی دیده شده (۲۰٬۰۰۱») و درنتیجه هر چه مادر مدت طولانی تری به کودک خود شیر دهد زمانقاعدگی پس از زایمان در او بیشتر به تأخیر میافتد. بنابراین طولمدت شیردهی، یک عامل تعیین کننده جهت آمنوره ناشی ازشیردهی بوده که با نتیجه سایر مطالعات سازگاری دارد و می تواندبارداری مادر را به تأخیر اندازد و در فاصله گذاری بین فرزنداننقش عمدهای را ایفا نماید. البته در مطالعه حاضر تقریباً شروعقاعدگی پس از زایمان زودتر از مطالعه دیگر رخ داده است (۳).

در حالی که در مطالعه حاضر اختلاف معنی داری بین سن مادر و زمان قطع شیردهی مشاهده نشد، در مطالعات دیگری که در خارج از کشور انجام گرفته است سن مادر با تغذیه کودکار تباط معنی داری را نشان می دهد (۱۹،۱۶،۱۲) و مادرانی که کودکانشان را با شیر خود تغذیه می کردند میانگین سنی بالاتری داشته اند. این تفاوت بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات می تواند به تفاوت سطح آگاهی، نگرش و عملکرد مادران مورد مطالعه مابا مادران سایر مطالعات برگردد. تحصیلات مادر عامل مهمی درقطع شیردهی به شمار می آید. طول مدت شیردهی در

نسبت به سایر مادران از طول مدت شیردهی کمتریبرخوردارند (۱۲)، اما در مطالعه حاضر هیچ گونه رابطهمعنی داری بین نوع زایمان و مدت شیر دهی دیده نشد. میانگین زمان قطع شیردهی در مادرانی که طرح هماطاقیمادر و نوزاد برای آنها اجرا شده بود، حدود ۳ ماه بیشتر ازمادرانی بود که این طرح برای آنهابه اجرا در نیامد (۲۰٬۰۱%) کهبا نتایج سایر مطالعات خارجی و داخلی سازگاری دارد(۲۷،۲۴،۱۵،۱). در زمان اجرای طرح حدود ۲۵٪ مادران از طرحهماطاقی مادر و نوزاد بهرهمند بودند. پیش از آن در مطالعهای کهانجام گرفته بود، تنها ۳٪ از مادران از این برنامه استفاده می کردند  $\square(\Delta)$  و در حال حاضر طبق گزارش کمیته استانی ترویج تغذیه با شیر مادر، همه مادران باید تحت پوشش این طرح قرارداشته باشند. مطالعه حاضر بر این باور است که با عنایت بهیافتههای این مطالعه، آموزش همه جانبه شیردهی و تبیین الگویشیردهی در برنامههای درسی دبیرستانی و دانشگاهی و استفادهاز برنامههای جذاب و علمی در رسانههای گروهی به علاوه حمایت قانونی از عواملی هستند که می توانند تغذیه با شیر مادر رابه صورت یک فرهنگ عمومی در میان پدران و مادران گسترش دهند و علاوه بر پیشگیری از ضايعات بهداشتي به بهرهوري وشكوفايي اقتصادي جامعه بيانجامند.

# سپاسگزاری

بودجه این طرح را معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین کرده است.

### Summary

A Longitudinal Study on Factors Affecting Weaning Pattern of Mothers in Shiraz, Iran SMT. Ayatollahi, PhD<sub>1</sub>., AA. Nasihatkon, MSc<sub>2</sub>., and SA. Ayatollahi, MSc<sub>3</sub>.

مادران بی سواد و کم سواد از مادران با تحصیلات بالاتر به صورت معنی داری بیشتر است (۳۰٬۰۰۱». مشابه این رابطه در سایر مطالعاتی که در مناطق دیگر کشور (۱۹٬۶٬۵) و کشورهای هم جوار و سایر کشورهای در حال توسعه صورت گرفته، به دست آمده است (۲۸٬۲۰٬۱۸۸). در حالی که در کشورهای توسعه یافته در طی ربع قرن اخیر طول مدت شیردهی در زنانی که تحصیلات عالیه دارند نسبت به گذشته افزایش یافته است (۱۵٬۱۲). با این پیشینه تشویق مادران با سطح تحصیلات بالاتر به ویژه

تحصیلاتدانشگاهی 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 بیشتراز مادران شاغل به فرزندان خود شیر میدهند، لیکن اختلاف آماری معنیداری بین این دو گروه از نظر زمان قطع شیردهی ملاحظه نگردید (۲۰/۲»). مطالعات دیگری که در کشورمان وخارج از کشور انجام گرفته، همین نتیجه را تأیید مینماید (۲۲،۴).

جنس کودک تأثیر معنی داری در مدت زمان شیردهی در مطالعه دیگری شیردهی در مطالعه حاضر به جای نگذاشت. مطالعه دیگری در کشورمان همین نتیجه را تأیید می کند. 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 شیردهی مادر اختلاف معنی داری دیده شده است (۲۰٬۰۱%) وبا افزایش رتبه تولد مادران بیشتری به کودک خود شیر داده اند،اما در مطالعه حاضر رتبه تولد تأثیر معنی داری بر طول مدت شیردهی نداشت. نوع زایمان گرچه در بعضی از مطالعات عامل مؤثری در الگوی شیردهی به شمار آمده به گونهای که مادران سزارین شده شیردهی به شمار آمده به گونهای که مادران سزارین شده

### نابع

 خدیوزاده، طاهره: تعیین اثر طرح هماتاقی مادر و نوزاد بر الگوی تغذیه و وزنگیری شیرخواران تا ۲ ماهگی. پایاننامه فوق لیسانس رشته مامایی، دانشگاه تربیت مدرس،سال ۱۳۷۱.

 دهبزرگی، سلطنت: علل عدم موفقیت شیردهی در مادران شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر شیراز. فصل نامه دانشجو و پژوهش، ۱۳۷۷، سال ششم،شماره اول و دوم، ص ۷۶–۳۸.

۳. عزالدین زنجانی، ناهید: شیرمادر و فاصله گذاری بین فرزندان. مجله دارو و
 درمان، ۱۳۷۱، سال نهیم، شماره ۲۰۵، ص ۵۶-۶۷.

 فرودنیا، فاطمه: بررسی طول مدت شیردهی انحصاری مادران شاغل و غیرشاغل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۷۵. فصل نامه دانشور، ۱۳۷۷، سال پنجم، شماره ۲۰، ص ۲۸-۲۳.

۵. مرندی، سید علیرضا؛ ملک افضلی، 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 ۲۶-۱٤.

 ۲. ملک افضلی، حسین و جمشید بیگی، عصمت: بررسی تغذیه کودک با شیر مادر در جمهوری اسلامی ایران. مجله بهداشت جهان، ۱۳۹۷، سال چهارم، شماره دوم، ص۱۸–۱۳.

۷. ملک افضلی، حسین؛ شمسا، منصور؛ صانعی مهری، سیدحسن و جمشیدبیگی، عصمت: بررسی تغذیه کودکان با شیرمادر، استفاده از غذاهای کمکی، ایمنی سازی، شیوع اسهال و نحوه درمان آن در کودکان ۲۳-۲۱ ماهه.
 مجله دارو و درمان، ۱۳۲۷، 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 AfrMed 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.

1. Associate Professor 2. Research Assistant 3. Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of PublicHealth, 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 1996were selected randomly. Mothers were visited 11 times at home during 2 years post delivery and theirbreast feeding performance and its associated factors were examined closely. Mother's knowledge and attitude score and first menstruation period after delivery were significantly assoicated with the time ofcessation 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 betweenthe mothers level of education and the breast feeding period (P<0.001). Also an association betweenrooming-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 resultsemphasized on necessity of fundamental planning on promotion of breast feeding in Iran and justifieseconomically 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

13. Fitzpatrick CC, Fitzpatrick PE and Darling MR. Factors associated with the decision to breast feed among Irish women. Ir Med J1994; 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 Health1994; 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 Frauenheilked1983; 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 Lact1994; 10(3): 157-161.

## Archive of SID

17.Gunn TR. The incidence of breast-feeding andreasons 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 inChandiagarh. *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. *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.Procianoy 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 Philippins. *Am J Epidemiol* 1996; 143(11): 1142-1148.