

بررسی علل قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران نخست‌زا

لیلی رحمت نژاد^۱ *فریده باستانی^۲

چکیده

زمینه و هدف: سازمان جهانی بهداشت تبعیت مادران از تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا ۶ ماه اول تولد کودک و ادامه آن را به همراه غذای جامد تا دو سالگی توصیه نموده است. میزان بالایی از قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر در سالهای اخیر در ایران گزارش شده است، لذا هدف از تحقیق حاضر بررسی دلایل قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران نخست‌زا است.

روش بررسی: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی و مقطعی بوده است. حجم نمونه پژوهش ۳۳۱ نفر برآورد شد که بطور مستمر از میان مادران نخست‌زا در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی تهران انتخاب شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه و چک لیست جمع‌آوری شد. پیگیری موضوع قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر، بطور تلفنی و ۲۸ روز پس از تاریخ زایمان آنان انجام شد و موضوع پیروی یا عدم پیروی از تغذیه انحصاری با شیر مادر مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که در ۵۲/۶ درصد موارد تغذیه انحصاری با شیر مادر صورت گرفته بود. دلایل قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر بر حسب عوامل مؤثر به سه گروه عوامل مادری (خودکارآمدی پایین و سایر عوامل همچون درک مادر از کم بودن حجم شیر، مشکلات مربوط به پستان و تغذیه نوزاد توسط دیگران) ۳۸/۹ درصد، عوامل نوزادی (مانند دل درد یا کولیک نوزادی، زردی نوزاد و وزن کم هنگام تولد) ۲۱/۷ درصد و بالاخره ترکیبی از عوامل مادری و نوزادی ۳۹/۵ درصد، طبقه‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به اینکه فراوانی عوامل ترکیبی (مادری - نوزادی) در قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر بیشتر بوده است، کاهش این دسته از مشکلات، یکی از راه‌های تداوم و تبعیت از شیردهی به شمار می‌رود. مداخلات آموزشی و به ویژه مشاوره‌های تلفنی ۲۴ ساعته برای مادران نخست‌زا و کم تجربه، می‌تواند بطور جدی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مدنظر قرار گیرند.

کلید واژه‌ها: تغذیه انحصاری با شیر مادر، مادران نخست‌زا، قطع زودرس، عوامل

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۶

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۲۲

^۱ کارشناس ارشد، گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، آذربایجان غربی، ایران
^۲ دانشیار گروه بهداشت دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول) شماره تماس: ۶۱۰۵۴۳۰۱
Email: faridehbastani@yahoo.com

مقدمه

میان، مطالعات اخیر در آمریکا نشان می‌دهد که ۷۰/۹۱ درصد مادران پس از زایمان، تغذیه با شیر مادر را شروع می‌کنند اما تنها ۳۶/۲ درصد آنها تا ۶ ماهگی این شیوه را بطور انحصاری ادامه می‌دهند و ۱۷/۲ درصد آنان، تا ۱۲ ماهگی شیر مادر را همراه با غذای جامد و مکمل به کودکانشان می‌دهند.^(۸)

از آنجا که شیردهی به فاکتورهای متعددی بستگی دارد، شناخت هر یک از این عوامل تاثیر گذار، در اتخاذ استراتژی‌های پیشگیری از قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر کمک کننده خواهد بود. از جانب مادر، بجز خودکارآمدی یا درجه اطمینان مادر از توان شیردهی خود، فاکتورهای بیولوژیکی شامل زیبایی، نوع زایمان، تجربه لیبر، شاخص توده بدنی، سیگار کشیدن، آنورمالی‌ها یا جراحی پستان یا نوک سینه، بیماری و نیز اضطراب و استرس از عوامل تاثیر گذار می‌باشند. فاکتورهای رفتاری نیز به همان اندازه فاکتورهای بیولوژیکی مهم می‌باشند و شامل تشویق مادر به شیردهی، حمایت اجتماعی، استفاده از مکمل‌هایی همچون آب قند یا شیر خشک، استفاده از تکنیک‌های آرام‌بخش و تجربه شیردهی قبلی مد نظر می‌باشند. توجه به این نکته نیز ضروری است که ویژگی‌های نوزاد نیز نقشی را در برقراری تولید شیر ایفاء می‌کنند. فاکتورهای بیولوژیکی مرتبط با نوزاد، همچون وزن نوزاد در هنگام تولد، سن جنینی در موقع تولد نوزاد، قدرت مکیدن و ... از عوامل مهمی هستند که بر روی پستان و نحوه مکیدن موثر بوده و در رفلکس خروج شیر توسط بازتاب مکیدن نوزاد نقش مهمی را ایفا نموده و بنابراین به تحریک پستان جهت تولید شیر، تداوم می‌بخشد.^(۹)

عواملی که بر تبعیت مادران از تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر و میزان موفقیت در شیردهی دخالت دارند عبارتند از سن و تحصیلات مادر، درآمد خانواده، حمایت خانواده، اقدامات قبل از تولد، زمان تصمیم‌گیری برای اولین شیردهی، زمان اولین تغذیه و همچنین مهارت و

تغذیه شیرخوار با شیر مادر بعنوان تغذیه مطلوب، یکی از ابعاد بسیار با اهمیت در رشد و تکامل ذهنی - شناختی کودک به حساب می‌آید.^(۱) آینده یک جامعه بر پایه سلامت کودکان آن جامعه استوار است. در مرحله شروع زندگی، شیر مادر، بدون شک غذایی است که اغلب ویژگی‌های تغذیه ایده آل را دارا می‌باشد. بطوریکه اثر مثبت شیر مادر بر روی رشد و تکامل کودک در مطالعات زیادی مورد تأیید قرار گرفته است. شیر مادر از مزایای روانشناختی و ایمونولوژیکی فراوانی برخوردار است که در کاهش مرگ و میر نوزادان بسیار با اهمیت می‌باشد.^(۲)

آمارهای اخیر در ایران نشان می‌دهند که میزان مرگ و میر شیرخواران در کشور به ۳۱ در هر هزار تولد زنده کاهش یافته است در حالیکه مرگ و میر نوزادان ۱۹ در هر هزار تولد زنده می‌باشد^(۳)؛ مطالعات اپیدمیولوژیکی اثر شیر انسان را در کاهش مرگ و میر نوزادان در نتیجه بیماریهای مزمن و حاد را نشان می‌دهند^(۴،۵). سازمان

جهانی بهداشت (۲۰۰۱) تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا ۶ ماه اول زندگی کودک و ادامه شیردهی را به همراه غذای جامد تا ۲ سالگی به مادران توصیه نموده است. در این راستا، مدت زمان بین سه ماه آخر بارداری تا ۶ ماه پس از تولد، بحرانی‌ترین دوره برای تغذیه جنین و شیرخوار به حساب آمده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر را در ۶ ماه اول پس از تولد مطلوب‌ترین تغذیه عنوان شده است. در ایران (۲۰۰۰) تبعیت از شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر برای کودکان به ترتیب ۹۰٪ و ۴۵٪ بوده است که تا میزان ایده آل فاصله زیادی دارد^(۶). طبق گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش

پزشکی ایران در سال ۱۳۸۵ کمتر از یک سوم و به عبارتی تنها ۲۸ درصد از نوزادان زیر شش ماه ایران از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند بوده‌اند. در سالهای اخیر، شاخص‌های مربوط به تغذیه با شیر مادر در ایران افت شدیدی داشته است و کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به نسبت نا مطلوبی ادامه دارد.^(۷) در این

در این ارتباط، Marques و همکاران رشد نوزادان تغذیه شده انحصاری با شیر مادر را در ۶ ماهه اول زندگی در برزیل مورد مطالعه قرار دادند. کل کودکان مورد بررسی در این مطالعه ۱۰۲ نفر بودند. تمامی آنها ترم و در موقع تولد وزنی بیشتر یا برابر با ۲۵۰۰ داشتند. نوزادان بطور ماهیانه پیگیری شده و وزن و قد در موقع تولد، در دوره نوزادی (یک ماه پس از تولد نوزاد) و در آخر چهارمین و ششمین ماه زندگی کودک اندازه گیری شد. آنها نتیجه گیری کردند که متوسط وزن کودکان تغذیه شده انحصاری با شیر مادر در ماه های ذکر شده در مقایسه با استانداردهای موجود رضایت بخش است، که خود مزایای تغذیه انحصاری با شیر مادر را مورد تأیید قرار می دهد، به ویژه زمانی که مادران در رابطه با تکنیک های صحیح شیردهی انحصاری راهنمایی و مشاوره لازم را دریافت دارند^(۲).

Ertem و همکاران به منظور تعیین شیوع و ارتباط قطع زود هنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر (عدم تبعیت)، یک مطالعه طولی را در ترکیه روی مادران واجد شرایط انجام دادند. آنان به این نتیجه دست یافتند که اطمینان یا خودکارآمدی شیردهی، به نسبت سایر مشکلات مادری، در ارتباط معناداری با تبعیت یا عدم تبعیت با ختم زود هنگام شیردهی بوده است. به طور ویژه، مادران بارداری که از خودکارآمدی پایینی برای شیردهی برخوردار بودند، دو برابر بیش از سایر مادران قطع شیردهی پیش از دو ماه بعد از زایمان را گزارش کردند^(۱۶). Papinczak و Turner مطالعه ای در ایسلند به منظور تعیین فاکتورهای شخصی و اجتماعی مادری مرتبط با طول مدت شیردهی انجام دادند که در اوایل دوره پس از زایمان و در طول شش ماه بعدی انجام شد. مطالعه بر روی ۱۵۹ مادر صورت گرفت. مداخلات در حول و حوش زایمان، سه ماه بعد و شش ماه بعد از زایمان انجام شد. آنان دریافتند مادرانی که برای برقراری شیردهی توانمند نیستند، به طور

خودکارآمدی مادر در شیر دهی است^(۱۰). در این میان مشکلاتی از قبیل احتقان و تورم سینه به همراه شقاق و ترک نوک سینه که باعث درد در سینه های مادر شیرده می شود و ناشی از عدم رعایت تکنیک صحیح شیردهی است، می تواند یکی از علل عمده قطع شیردهی نیز در مادران باشد که همین عامل نیز به فاکتور محوری و اصلی نظیر خودکارآمدی مادر در شیردهی بستگی تام دارد^(۱۱). مطالعات بسیاری نشان داده اند که میزان قابل توجهی از مادران در کشورهای پیشرفته، عدم تبعیت از تغذیه انحصاری با شیر مادر را حداقل برای ۱۲ هفته بعد از زایمان داشته اند. مروری تازه بر مقالات شیردهی نشان می دهد که دلایل این کاهش سریع در تغذیه با شیر مادر متعدد هستند. یکی از متغیرهایی که دائماً در ارتباط با نتایج مثبت تغذیه با شیر مادر است، احساس اطمینان از شیردهی مادران و به عبارتی خودکارآمدی شیردهی می باشد. اطمینان پایین از شیردهی می تواند در ارتباط با درک مادران از ناکافی بودن ذخیره شیر باشد که منجر به استفاده از ترکیبات فرمولا (شیر خشک) و کاهش تداوم شیردهی در کودک می شود. در یک مطالعه آینده نگر در آنالیز فاکتورهای چند متغیری ۱۹۸ زن، از ۱۱ فاکتور فیزیولوژیکی و دموگرافیکی، عامل خودکارآمدی یا اطمینان از شیردهی در دوره پره ناتال (قبل از زایمان) یکی از مهم ترین پیشگویی کننده های تبعیت از طول مدت شیردهی بیان شده است^(۱۲). مطالعات نشان می دهد که خودکارآمدی مادران یکی از متغیرهای بسیار موثر بر تداوم شیردهی انحصاری است^(۱۳، ۱۴). خود کارآمدی شیردهی، باور و اطمینان فرد در توانایی خود جهت شیردهی انحصاری و موفق می باشد. در این رابطه Dennis معتقد است که هر چه میزان خودکارآمدی شیردهی در مادران بالا رود، تبعیت از طول مدت شیردهی انحصاری نیز افزایش می یابد^(۱۵).

های تحقیق از طریق تکمیل پرسشنامه می‌کرد. حجم نمونه ۳۳۱ نفر برآورد گردید. معیارهای ورودی مادران در مطالعه عبارت بودند از: داشتن ملیت ایرانی، نخست‌زایی و داشتن فرزند زنده و بدون ناهنجاری شناخته شده که حداقل یک روز کامل بعد از تاریخ زایمان در بیمارستان بستری بوده و قادر به تکمیل بخش اول پرسشنامه بطور کتبی بودند (در موارد بیسوادی، پرسشنامه توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد)، ضمن اینکه واحدهای مورد پژوهش می‌بایست دارای تلفن، جهت پاسخگویی به قسمت دوم پرسشنامه باشند. سایر معیارهای ورود شامل نداشتن سابقه هیچ گونه بیماری جسمی، روانی و اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر طبق اظهار شخصی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بود که در ابتدا سوالاتی در خصوص اطلاعات زمینه‌ای و فردی مادران نخست‌زا در ارتباط با سن، تحصیلات، شغل مادران، وضعیت اقتصادی خانواده و وزن شیرخواران در هنگام تولد را شامل می‌شد. تبعیت یا عدم تبعیت مادران از تغذیه انحصاری با شیر مادر با یک سوال منفرد مورد سنجش قرار گرفت. دلایل قطع زود هنگام شیردهی مادران با چک لیستی که مبتنی بر مروری بر متون و مطالعات گذشته تدوین شده بود مورد سنجش قرار گرفت. از آنجا که عامل خودکارآمدی شیردهی در قبل یا بعد زایمان بعنوان یکی از دلایل تبعیت یا عدم تبعیت در شیردهی مطرح بود، لذا این متغیر یک روز پس از زایمان در مدت بستری مادر در بخش‌های پس از زایمان یا سزارین مورد ارزیابی قرار گرفت.

متغیر خودکارآمدی شیردهی توسط پرسشنامه خودکارآمدی شیردهی (دنیس، ۲۰۰۳) که شامل ۱۴ سوال است، اندازه‌گیری شد. سوالات به صورت جملات مثبت طراحی شده و دامنه نمرات بین یک ("هرگز یا اصلاً مطمئن نیستم") تا پنج ("همواره یا کاملاً مطمئنم") در مقیاس لیکرت برای هر پاسخ در نظر گرفته شد. حداقل و حداکثر نمره خودکارآمدی شیردهی، بترتیب بین ۱۴ و ۷۰ بود. به طوری که بالاترین نمره نشان دهنده بالاترین خودکارآمدی در شیردهی بود. به عبارت دیگر هرچه نمرات بالاتر از میانه بود فرد، دارای خودکارآمدی شیردهی بالاتر و بالعکس

قابل ملاحظه‌ای سطوح پایبندی از اطمینان شیردهی را نسبت به مادرانی که به مدت بیش از ۶ ماه به کودک خود شیر دادند، گزارش کردند^(۱۷).

Hornel و دیگران در مطالعه‌ای که تحت عنوان الگوی شیردهی انحصاری در نوزادان بر اساس ثبت روزانه به مدت شش ماه، در سوئد انجام دادند، ۵۰۶ مادر را که حداقل یک شیردهی قبلی کمتر از ۴ ماه را تجربه کرده بودند مورد بررسی قرار دادند. اغلب مادران بر اساس نیاز نوزادشان شیردهی را مورد توجه قرار دادند. در این مطالعه، تبعیت از طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، تعداد دفعات شیردهی با تغذیه نوزاد قبلی با شیر مادر و تحصیلات بالاتر مادر همبستگی مثبت داشتند^(۱۸). سایر مطالعات نیز بیانگر دخیل بودن عوامل دیگر مثل وضعیت فیزیولوژیکی (آسم مادر)، مشکلات مرتبط با پستان و نوک سینه‌ها، اشتغال مادر، درک مادر از کم بودن حجم شیر، مسائل سایکولوژیکی مادر، نوع زایمان، حمایت‌های خانوادگی و همسالان، و وضعیت فیزیولوژیکی نوزاد بعد از تولد در قطع زودهنگام تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر بوده است^(۱۹-۲۲).

مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی "عدم تبعیت از تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر، و دلایل" قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر" در مادران نخست‌زا انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی است. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران نخست‌زایی بودند که در بیمارستان شهید اکبر آبادی تهران زایمان (طبیعی، سزارین یا با فرسپس و واکيوم) کرده و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. روش نمونه‌گیری بصورت مستمر و غیراحتمالی (Nonprobability sampling (convenience) بود.

به این صورت که پژوهش‌گر به منظور نمونه‌گیری هر روز به محیط پژوهش، بیمارستان شهید اکبر آبادی تهران، بخش بعد از زایمان و یا بخش سزارین مراجعه نموده و از میان مادران واجد شرایط، اقدام به نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده

خانه دار (۹۶/۴ درصد)، وضعیت اقتصادی متوسط (۷۶/۱ درصد)، نوع زایمان طبیعی (۵۵/۳ درصد) و تولد نوزاد با وزن طبیعی (۷۸/۵ درصد) بوده اند. نتایج حاصل از پژوهش در رابطه با هدف تعیین فراوانی عدم تبعیت از شیردهی انحصاری در مادران نخست زای پژوهش نشان داد شد که حدود ۴۷ درصد از مادران عدم تبعیت از تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر را داشته اند (جدول شماره ۲) که با هیچیک از متغیرهای زمینه ای ارتباط معنی دار آماری نداشت (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای زمینه ای در مادران مورد مطالعه

متغیرهای زمینه ای	فراوانی	درصد
کمتر از ۲۴ سال	۲۰۰	۶۰/۴
۳۰-۲۴ سال	۱۲۱	۳۶/۶
بالاتر از ۳۰ سال	۱۰	۳/۰
زیر دیپلم	۱۸۳	۵۵/۳
دیپلم	۱۲۹	۳۹/۵
بالاتر از دیپلم	۱۹	۵/۷
شاغل	۱۲	۳/۶
خانه دار	۳۱۹	۹۶/۴
خوب	۴۷	۱۴/۲
وضعیت اقتصادی متوسط	۲۵۲	۷۶/۱
ضعیف	۳۲	۹/۷
نوع زایمان طبیعی	۱۸۳	۵۵/۳
سزارین	۱۴۸	۴۴/۷
زیر ۲۵۰۰ گرم	۲۲	۶/۶
وزن نوزاد هنگام ۲۵۰۰-۳۵۰۰ گرم	۲۶۰	۷۸/۵
تولد بالاتر از ۳۵۰۰ گرم	۴۹	۱۴/۸

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر در مادران مورد مطالعه

تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر	فراوانی	درصد
وجود داشته	۱۷۴	۵۲/۶
وجود نداشته	۱۵۷	۴۷/۴
جمع	۳۳۱	۱۰۰

در خصوص هدف ویژه دوم، مبنی بر "تعیین دلایل قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر" جدول شماره چهار نشان می

هرچه نمرات پایین تر از میانه بود، فرد دارای خودکارآمدی پایین تر بود^(۳۳). سایر دلایل مرتبط با قطع شیردهی با استفاده از چک لیست و به صورت تلفنی توسط پژوهشگر تکمیل شد.

برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر ابزار مورد نظر را در اختیار ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده و نظرات و اصلاحات پیشنهاد شده را در تصحیح جملات و عبارات و نیز محتوای پرسشنامه اعمال نمود. برای پایایی ابزار از همسانی درونی (Internal consistency) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

روش کار به این صورت بود که پژوهشگر در بخش های پس از زایمان (بخش های زایمان طبیعی و سزارین) حضور یافته و ضمن اخذ موافقت واحدهای مورد پژوهش که دارای معیارهای ورود به تحقیق بودند جهت شرکت در مطالعه، در مورد اهداف انجام تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن نمونه ها در رد یا قبول شرکت در پژوهش، توضیحاتی ارائه داده و پس از اخذ رضایت آگاهانه بصورت کتبی اقدام به نمونه گیری و تکمیل بخش اول پرسشنامه که در خصوص خودکارآمدی پس از زایمان بود کرد. بخش دوم، که مربوط به چک لیست دلایل دیگر قطع شیردهی انحصاری در مادران بود، به صورت تلفنی از مادران سوال شده و تکمیل گشت. بعد از پایان نمونه گیری و تکمیل کلیه پرسشنامه ها و چک لیست دلایل قطع تغذیه انحصاری، با ورود اطلاعات به کامپیوتر تجزیه و تحلیل داده ها آغاز شد. داده ها با نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های پژوهش و آزمون های انجام شده در جداول یک تا هفت خلاصه شده است. همانگونه که در جدول شماره یک مشخص است، اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۰/۴ درصد) دارای سن کمتر از ۲۴ سال، دارای تحصیلات کمتر از دیپلم (۵۵/۳ درصد)،

تغذیه انحصاری در نمونه های مورد پژوهش در جدول شماره ۶ آورده شده است. همچنین در مورد عوامل نوزادی در قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر، دل درد های کولیکی نوزاد به تنهایی (۵۸/۸ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود (جدول شماره ۵).

دهد که بیشترین درصد دلیل قطع تغذیه انحصاری نوزاد با شیرمادر مربوط به ترکیبی از فاکتورهای مادری و نوزادی بود (۳۹/۵ درصد). دلایلی همچون درک مادر از کم بودن حجم شیر و مشکلات مربوط به پستان از فراوانی بالایی در فاکتورهای مادری برخوردار بودند (جدول شماره ۵). نمرات کسب شده از متغیر خودکارآمدی شیردهی به تفکیک

جدول شماره ۳: فراوانی تبعیت از تغذیه انحصاری با شیر مادر بر حسب متغیرهای زمینه ای در مادران مورد مطالعه

تغذیه انحصاری با شیر مادر		بله		خیر		جمع
وضعیت	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت دموگرافیک	۱۷۴	۵۲/۶	۱۵۷	۴۷/۴	۳۳۱	۱۰۰
سطح تحصیلات						
زیر دیپلم	۱۰۱	۵۵/۲۰	۸۲	۴۸/۸۰	۱۸۳	۱۰۰
دیپلم	۶۲	۴۸/۱۰	۶۷	۵۱/۹۰	۱۲۹	۱۰۰
بالتر از دیپلم	۱۱	۵۷/۹۰	۸	۴۲/۱۰	۱۹	۱۰۰
جمع	۱۷۴	۵۲/۶۰	۱۵۷	۴۷/۴۰	۳۳۱	۱۰۰
نتیجه آزمون کای دو $X^2 = ۱/۷۷, Pvalue = ۰/۴۱, df = ۲$						
وضعیت اقتصادی						
خوب	۲۵	۵۳/۲۰	۲۲	۴۶/۸۰	۴۷	۱۰۰
متوسط	۱۳۰	۵۱/۶۰	۱۲۲	۴۸/۴۰	۲۵۲	۱۰۰
ضعیف	۱۹	۵۹/۴۰	۱۳	۴۰/۶۰	۳۲	۱۰۰
جمع	۱۷۴	۵۲/۶۰	۱۵۷	۴۷/۴۰	۳۳۱	۱۰۰
نتیجه آزمون کای دو $X^2 = ۰/۷, p value = ۰/۷, df = ۲$						
نوع زایمان						
طبیعی	۱۰۰	۵۴/۶۰	۸۳	۴۵/۴۰	۱۸۳	۱۰۰
سزارین	۷۴	۵۰/۵۰	۷۴	۵۰/۵۰	۱۴۸	۱۰۰
جمع	۱۷۴	۵۲/۶۰	۱۵۷	۴۷/۴۰	۳۳۱	۱۰۰
نتیجه آزمون کای دو $X^2 = ۰/۷, p value = ۰/۴, df = ۱$						
شغل						
شاغل	۵	۴۱/۷۰	۷	۵۸/۳۰	۱۲	۱۰۰
خانه دار	۱۶۹	۵۳/۵۰	۱۵۰	۴۷/۵۰	۳۱۹	۱۰۰
جمع	۱۷۴	۵۲/۶۰	۱۵۷	۴۷/۴۰	۳۳۱	۱۰۰
نتیجه آزمون کای دو $X^2 = ۰/۵۹, p value = ۰/۴۴, df = ۱$						
سن مادر						
کمتر از ۲۴ سال	۱۰۷	۵۳/۵۰	۹۳	۴۶/۵۰	۲۰۰	۱۰۰
۲۴-۳۰ سال	۶۱	۵۰/۴۰	۶۰	۴۹/۶۰	۱۲۱	۱۰۰
بالتر از ۳۰ سال	۶	۶۰/۵۰	۴	۴۰/۵۰	۱۰	۱۰۰
جمع	۱۷۴	۵۲/۶۰	۱۵۷	۴۷/۴۰	۳۳۱	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار سن مادر $۲۲/۸۸ \pm ۴/۱۳$ $۲۳/۰۱ \pm ۳/۶۰$						
نتیجه آزمون t مستقل $p value = ۰/۷۶, t = -۰/۲۹۸, df = ۳۲۹$						

جدول شماره ۴: توزیع دلایل کلی قطع تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در مادران مورد مطالعه

دلایل قطع شیر دهی انحصاری با شیر مادر	فراوانی	درصد
عوامل مادری	۶۱	۳۸/۹
عوامل نوزادی	۳۴	۲۱/۶
ترکیبی از عوامل مادری و نوزادی	۶۲	۳۹/۵
جمع	۱۵۷	۱۰۰

جدول شماره ۵: توزیع عوامل مادری قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر (بجز خودکارآمدی) در نمونه های مورد پژوهش

عوامل مادری قطع تغذیه انحصاری	فراوانی	درصد
مشکلات مربوط به پستان	۱	۱/۶
تغذیه نوزاد توسط دیگران (بعلت عدم حضور مادر برای مدت کوتاه)	۲	۳/۲
بستری شدن مجدد مادر در بیمارستان	۱	۱/۶
درک مادر از کم بودن حجم شیر	۴۴	۷۲/۱
مشکلات مربوط به پستان به همراه درک مادر از کم بودن حجم شیر	۷	۱۱/۵
تغذیه نوزاد توسط دیگران و درک مادر از کم بودن حجم شیر باهم	۶	۹/۸
جمع	۶۱	۱۰۰

جدول شماره ۶: مقایسه نمرات کسب شده از متغیر خودکارآمدی شیردهی به تفکیک تغذیه انحصاری در نمونه های مورد پژوهش

تغذیه انحصاری	بله	خیر	جمع
خودکارآمدی شیردهی	فراوانی	درصد	فراوانی
بالا	۱۱۶	۷۱/۶	۲۸/۴
پایین	۵۸	۳۴/۳	۶۵/۷
جمع	۱۷۴	۵۲/۶	۱۵۷
میانگین و انحراف معیار	۵۳/۶۴ ± ۹/۸	۴۶/۱۱ ± ۹/۲۳	
نتیجه آزمون t مستقل	p value = ۰/۰۰۱, df = ۳۲۹, t = ۷/۱۷۶		

جدول شماره ۷: توزیع عوامل نوزادی در قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر در نمونه های مورد پژوهش

عوامل نوزادی در قطع تغذیه انحصاری	فراوانی	درصد
زردی	۶	۱۷/۶
دل درد های کولیکی (بتنهایی)	۲۰	۵۸/۸
وزن کم نوزاد در هنگام تولد	۱	۳/۰
دل درد و زردی باهم	۶	۱۷/۶
عفونت	۱	۳/۰
جمع	۳۴	۱۰۰

اکثر مادران مورد پژوهش، سن بین ۲۴ تا ۳۰ سال را داشته، دارای وضعیت اقتصادی متوسط، با سواد، دارای زایمان طبیعی و نوزادانی با وزن طبیعی و خانه دار بودند. این ویژگی ها بطور کلی مربوط به عده قابل توجهی از

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه نمونه ها از بین مادران نخست زای واجد شرایط انتخاب شدند. یافته های این پژوهش نشان داد که

مادران نخست زای مورد مطالعه بود که نشان دهنده خصوصیات طبیعی در پرورده بارداری و زایمانی می باشد. زیرا مادرانی که دارای وضعیت بارداری و زایمانی پر خطر (High Risk) هستند معمولا دارای مشکلات بیشتری نیز در روند شیردهی می باشند^(۲۵).

در این مطالعه، فراوانی تبعیت از تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تنها ۵۲/۶ درصد بودند. که به عبارت دیگر در حدود نیمی از مادران نیز از شیر دهی انحصاری تبعیت نمی کردند (جدول شماره ۲) به این معنی که بطور کامل (۶ ماه) کودکان را بطور انحصاری با شیر مادر تغذیه نکرده و احتمالا همراه با شیر مادر از شیر خشک و مواد رایج دیگر همچون آب قند استفاده کرده بودند. طبق نتایج تحقیق، این عدم تبعیت با هیچیک از متغیرهای زمینه‌ای و فردی مادر (نظیر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، شغل و نوع زایمان) ارتباط معنی دار آماری نداشته است (جدول ۳). در این مورد باید توجه داشت که از نظر متدولوژیکی، چون در تحقیق حاضر محیط پژوهش تنها یک بیمارستان بوده و از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است، تعمیم پذیری یافته بطور محدود امکانپذیر بوده و پر واضح است که نتیجه گیری در این مورد نیاز به بررسی های وسیع تر دارد. البته مطالعات بسیاری ارتباط تبعیت از شیردهی انحصاری با سن^(۲۶)، تحصیلات، شغل^(۲۸) و نوع زایمان^(۲۹) را مورد تایید قرار داده اند که در تمامی آن ها، جامعه پژوهش علاوه بر مادران نخست زای، مادران چند زای نیز مورد مطالعه قرار گرفته بودند.

در پژوهش حاضر، بیش از نیمی از مادران از تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تبعیت نکرده و مبادرت به قطع زود هنگام آن کرده بودند که در بیشتر موارد (۳۹/۵ درصد) علت آن، شامل ترکیبی از عوامل مادری و نوزادی بوده است (جدول شماره ۴). از مجموع دلایل مادری تاثیر گذار بر عدم تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر، عامل خودکارآمدی شیردهی بطور مجزا، بسیار بارز بوده و در اغلب مطالعات بدان اشاره شده است^(۳۰-۳۲).

لذا در این تحقیق، مساله خودکارآمدی بطور مجزا مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که نمره خودکارآمدی در دو گروه دارای خودکارآمدی شیردهی بالا و پایین تقریبا در حد ۵۰ درصد بوده است. بطوریکه در کل نمونه های مورد پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی شیردهی، $51 \pm 10/24$ بدست آمد. این یافته با نتایج تحقیق Dai و Dennis^(۲۰۰۳) (۱۵) در آمریکای شمالی تقریبا مطابقت دارد. آنچه که قابل تامل است، ذکر این نکته است که بنا به جدول شماره ۷ در مقایسه میانگین خودکارآمدی شیردهی بالا و پایین در دو گروه مادران نخست زای، با استفاده از آزمون آماری t مستقل، ($p\text{-value} \leq 0/001$) نتایج نشان داد که بین دو گروه از مادران، اختلاف معنی داری وجود دارد که این نتایج با مطالعات Papinczak و Turner همخوانی داشت، ضمن اینکه آنان دریافتند مادرانی که برای برقراری و تبعیت از شیردهی توانمند نیستند، نسبت به مادرانی که به مدت ۶ ماه اقدام به شیردادن نموده بودند، به طور قابل ملاحظه ای سطوح پایتتری از اطمینان شیردهی را دارا هستند^(۳۳). بنابراین اهمیت احساس اطمینان و خودکارآمدی شیردهی، به عنوان یک فاکتور مادری، بویژه در مادران نخست زای که دارای هیچگونه تجربه قبلی شیردهی هم نیستند، بیش از پیش روشن می گردد.

مطالعه Thulier و همکاران نشان داد که شیردهی پدیده‌ای پیچیده بوده و مدت شیردهی تحت تاثیر عوامل دموگرافیکی، فیزیکی، اجتماعی و روانشناسی است^(۳۴) Chezem و همکاران نیز دریافتند زنانی که در دوران بارداری از اطمینان (confidence) پایینی برخوردارند سه برابر بیشتر از زنان با اطمینان بالا در معرض خطر قطع شیردهی در شش ماهه اول خواهند بود^(۳۵). در نتیجه، این احتمال وجود دارد که در میان مادران مورد مطالعه، درصد قابل توجهی با خودکارآمدی پایین، از تغذیه انحصاری با شیر مادر تبعیت نکنند. در این زمینه یافته های مطالعه Carter و همکاران در مادران شیرده

یعنی درک مادران از عدم کفایت شیر یا

ناکافی بودن شیر، ارتباط معناداری را یافتند. آنها نتیجه گیری کردند که مداخلات پرستاری به منظور تقویت خودکارآمدی، ممکن است اطمینان مادران را از جهت کفایت شیرشان، بهبود بخشد در بین دلایل نوزادی قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر، دل درد (کولیک کودکان)، به همراه، زردی نوزادی بالاترین فراوانی را دارا بود (جدول ۷). Howard و همکاران بیان می‌کنند که کولیک نوزادی با خودکارآمدی پایین مادران و مستعد بودن آنها برای خلق افسرده در ارتباط است. آنها نتیجه گرفتند مادران نوزادانی که در آنها کولیک تشخیص داده شده بود، در معرض خطر بالای عدم تبعیت یا کاهش طول مدت تغذیه کامل با شیر مادر قرار داشتند. علیرغم اینکه دلیل این موضوع نامشخص است، این نتیجه گیری می‌تواند در مساله کولیک و تغذیه نوزادان و تشویق مادران برای تغذیه کامل نوزاد با شیر مادر برای مدت زمان توصیه شده شش ماه (در خصوص افزایش خودکارآمدی شیردهی)، کمک کننده باشد و در مداخلات آموزشی مشاوره‌ای مادران شیرده مد نظر قرار گیرد^(۴۱).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که در کل نمونه‌هایی که تغذیه انحصاری با شیر مادر را قطع کردند (۱۵۷ نفر)، فراوانی ترکیبی از عوامل مادری و نوزادی (۳۹/۵ درصد) بیش از فراوانی هر یک از عوامل مادری و نوزادی به تنهایی بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گیری کرد که رفع مشکلات مادری و نوزادی، از طریق آموزش، مشاوره رو در رو و یا پی‌گیری‌های مکرر به شکل بازدید از منزل و یا مشاوره های تلفنی ۲۴ ساعته با مادران تازه زایمان کرده، می‌تواند از راه های ارتقای شروع و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر باشد. به نظر می‌رسد این گونه استراتژی‌ها ضمن عملی بودن، از هزینه-اثربخشی بالایی نیز برخوردار بوده و پایه ای نیز برای تحقیقات بعدی به حساب می‌آید.

نیز مشخص ساخت که خودکارآمدی به همراه عامل دیگر

کمبود حجم شیر، از دلایل قطع زود هنگام شیردهی بوده است^(۳۶).

مطالعات اخیر در آمریکا نشان می‌دهد که ۷۰/۹۱ درصد مادران، تبعیت از تغذیه نوزاد (در پایان یک ماهگی) را با شیر مادر بطور انحصاری داشته اند^(۳۷). ارقام گزارش شده در ایران در سال ۱۳۸۲ حاکی از این است که حدود ۴۱ درصد مادران از تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول پس از تولد تبعیت کرده اند. بر طبق گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران در سال ۱۳۸۵، کمتر از یک سوم و به عبارتی تنها ۲۸ درصد از کودکان ایرانی زیر شش ماه از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند بوده اند^(۳۸)، ارقام بدست آمده در این تحقیق نشان دهنده این مطلب است که فقط حدود نیمی از نوزادان تازه متولد شده از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مندند و چه بسا تضمین کننده تداوم آن تا ۶ ماهگی هم نباشد. این نتایج نمی‌تواند گزارش چندان امیدوار کننده‌ای در ایران باشد. ضمن اینکه متأسفانه تأیید کننده گزارش معاونت محترم تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مورخ ۸۵/۶/۵ شماره ۸۵/۳/۷۰۹)^(۳۹) است که در سالهای اخیر، شاخص های مربوط به تغذیه با شیر مادر در ایران افت شدیدی داشته است و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر با روند نا مطلوب نزولی مواجه بوده که انجام مداخلات موثر را در این زمینه ضروری می‌سازد.

در مطالعه حاضر، در بین عوامل مادری (بجز خودکارآمدی)، درک مادر از کم بودن حجم شیر دارای فراوانی بالایی (۷۲/۱٪) بود (جدول ۶). مطالعات Bulk-Bunschoten و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که تردید درباره کفایت شیر و احساس محدود شدن هنگام تغذیه نوزاد با شیر مادر، از دلایل اصلی مادری قطع تغذیه با شیر مادر تلقی می‌شود^(۴۰). Carter و همکاران در مطالعه خود، بین خودکارآمدی مادران با درک آنها از

تقدیر و تشکر

خود را از معاونت محترم پژوهشی جهت حمایت مالی و
مادران شرکت کننده در مطالعه اعلام می‌داریم.

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده
پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (کد
۳۹۴/پ) بوده است که بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی

فهرست منابع

1. Batal M, Boulghourjian C, Abdallah A, Afifi R. Breast-feeding and feeding practices of infants in a developing country: a national survey in Lebanon. *Pub Health Nutr*: 2006; 9(3): 313–319.
2. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. [Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life]. *J Pediatr (Rio J)*. 2004 Mar-Apr; 80(2):99-105. [Portuguese]
3. World Health Organization, WHOSIS (Statistical Information System) 2007. Available from: (www.who.int/whosis)
4. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG: Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis. Geneva: World Health Organization 2007.
5. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI, American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005, 115: 496-506.
6. Veghari G, Mansourian A, Abdollahi A. Breastfeeding Status and Some Related Factors in Northern Iran. *Oman Med J*. 2011. 26(5):342-348.
7. UNICEF. Breastfeeding information in Iran. Available from <http://www.unicef.org/iran/fa/media.html>. Accessed: Aug 20, 2006.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Breastfeeding: Data and statistics: Breastfeeding practices, 2003 Results from the 2003 National Immunization Survey (updated August 11, 2004). Available from: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/NIS-data>
9. Miller R, Pallant J, Negri L. Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? *BMC psychiatry*. 2006;6(1):12.
10. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2004 Mar-Apr;80(2):99-105.
11. Noel-Weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 May-Jun;35(3):349-57.
12. Dai X, Dennis CL. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health*. 2003 Sep-Oct;48(5):350-6.
13. Bainbridge J. Dealing with breast and nipple soreness when breastfeeding. *BJM*. 2005;13(9):552-56.
14. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Sep-Oct;35(5):616-24.
15. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. 2002 Dec;29(4):278-84.
16. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*. 2001 Mar;107(3):543-8.
17. Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeed Rev*. 2000 Mar;8(1):25-33.
18. Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatrica*. 1999;88(2):203-11.

19. Bolton TA, Chow T, Benton PA, Olson BH. Characteristics associated with longer breastfeeding duration: an analysis of a peer counseling support program. *J Hum Lact*. 2009 Feb;25(1):18-27.
20. O'Brien M, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, phase 1: perceptions of mothers and clinicians. *J Hum Lact*. 2009 Feb;25(1):55-63.
21. Otoo GE, Lartey AA, Perez-Escamilla R. Perceived incentives and barriers to exclusive breastfeeding among periurban Ghanaian women. *J Hum Lact*. 2009 Feb;25(1):34-41.
22. Miniello VL, Francavilla R, Brunetti L, Franco C, Lauria B, Lieggi MS, et al. Primary allergy prevention: partially or extensively hydrolyzed infant formulas?. *Minerva Pediatr*. 2008 Dec;60(6):1437-43.
23. Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lonnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr*. 1998 Aug;68(2):335-44.
24. Dennis CL. Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2002;31(1):12-32.
25. Dennis CL. Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002;31(1):12-32.
26. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*. 2001 Mar;107(3):543-8.
27. Ranjina M. Breast feeding practices and adult mothers. *Nutrition*, 2000,71-73, 2, News Letter.
28. Savage King, F. Helping breast fed mothers. Translated by Dehghani P. IUMS publications, Tehran. 1999.p 44.
29. Lowdermilk D, Perry SH, Bobak, I. maternity and women's health care., 7th ed. Mosby, St Louise, p 137. 2000
30. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*. 2007 Dec;23(4):382-91.
31. Kools EJ, Thijs C, Kester AD, de Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. *Prev Med*. 2006 Nov;43(5):394-401.
32. Alus Tokat M, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale--Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*. 2010;26(1):101-8.
33. Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeed Rev*. 2000 Mar;8(1):25-33.
34. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009 May-Jun;38(3):259-68
35. Chezem J, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32:40-47.
36. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001 Sep-Oct;30(5):515-22.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding: Data and statistics: Breastfeeding practices, 2003.—Results from the 2003 National Immunization Survey (updated August 11, 2004). Available from <http://www.cdc.gov/breastfeeding/NIS-data>. Accessed May 27, 2005.
38. UNICEF- Breast Feeding information in Iran. Available from: <http://www.unicef.org/iran/fa/media.html>. Accessed Aug 20, 2006.
39. The Ministry of Health in Iran. Strategies in exclusive breast feeding. Fact Sheet, No 85/3/709, 2006, p 1.
40. Bulk-Bunschoten AM, van Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, de Groot CJ. Reluctance to continue breastfeeding in the Netherlands. *Acta Paediatr*. 2001 Sep;90(9):1047-53.
41. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeed Med*. 2006 Autumn;1(3):146-55.

Factors Associated with Discontinuation of Exclusive Breast Feeding by First Time Mothers

Rahmatnejad L. MSc¹

*Bastani F. PhD²

ABSTRACT

Background & Aim: Maternal exclusive breast feeding for the first 6 months of newborn's life has been recommended by World Health Organization. Recently, a high incidence of breast feeding discontinuation has been reported in Iran. Accordingly this study was done with the aim of determining the factors associated with discontinuation of exclusive breast feeding by first time mothers.

Material & Methods: It was a descriptive and cross-sectional study. The study sample (n=331) was selected by convenience sampling among first time mothers admitted to Shahid Akbar Abadi hospital. Data was collected by questionnaire and a check list. The condition of exclusive breast feeding was followed by phone after delivery. The data was analyzed using SPSS-PC (v.12).

Results: Exclusive breast feeding was observed in 52.6% of the sample. The reasons for discontinuation of exclusive breast feeding included maternal factors (low breast feeding self efficacy, mothers' perception of inadequacy of the breast milk, lactation problems related to breast, feeding of baby by others) (38.9%), neonatal factors (colic, hyperbilirubinemia, low birth weight)(21.7%), and a combination of these factors (39.5%).

Conclusion: Modification of maternal and neonatal barriers to exclusive breast feeding would be a good way for breast feeding adherence. Giving breast feeding information to low experienced mothers is recommended.

Key words: Exclusive Breast Feeding, First Time Mother, Early Discontinuation

Received: 27 May 2011

Accepted: 13 Sep 2011

¹ MS in nursing, Midwifery Dept., Urmia University of Medical Sciences, West Azerbaijan, Iran.

² Associate Professor, Public Health Dept., School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding Author), Tel: +98- 21- 61054301 Email: faridehbastani@yahoo.com