

الگوی از شیر گرفتن کامل کودکان و عوامل مرتبط با آن در استان فارس

نویسندگان:

پروین زارع^{۱*}، علی‌رضا میراحمدی‌زاده^۱، مهرباب صیادی^۱، فریبا مرادی^۱، صمد محمدی^۱

۱- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 11, No. 2, Summer 2013

چکیده:

مقدمه: قطع کامل شیردهی با روش درست و در زمان مناسب به اندازه شروع شیردهی دارای اهمیت است. این مطالعه با هدف تعیین الگوی قطع کامل تغذیه با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در استان فارس انجام شد.

روش کار: در این مطالعه، پرونده ۷۳۴ کودک ۲/۵ تا ۳ سال شهری و روستایی به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و داده‌های موجود در پرونده آن‌ها به همراه سایر داده‌ها از طریق مصاحبه جمع‌آوری شدند. تأثیر برخی از متغیرهای جمعیت شناختی، فرهنگی بر زمان و نحوه قطع کامل شیردهی با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری بررسی شد.

یافته‌ها: قطع کامل شیر مادر در ۵۰/۱٪ کودکان در ۲۴ ماهگی و بیشتر و با میانگین $21 \pm 5/7$ ماه بود. نحوه قطع کامل شیردهی در ۶۱٪ کودکان به طور ناگهانی بود. در میانگین مدت زمان شیردهی به تفکیک تحصیلات مادر، شغل همسر، روش زایمان و رتبه تولد تفاوت معناداری وجود داشت. بین مدت زمان شیردهی و وزن هنگام تولد و سن مادر ارتباط معناداری مشاهده نشد. بیش‌ترین (۳۰٪) علت قطع کامل شیردهی قبل از ۲۴ ماهگی نگرانی والدین از اختلال رشد کودک بود.

نتیجه‌گیری: تداوم تغذیه با شیر مادر در جمعیت مورد بررسی از بسیاری مطالعات دیگر بیش‌تر بود، ولی با توصیه سازمان جهانی بهداشت فاصله داشت. قطع کامل شیردهی به طور ناگهانی می‌تواند تطابق مادر و کودک را کاهش و آسیب‌های گوناگون را افزایش دهد. برای ارتقای این شاخص‌ها، استفاده از شیوه‌های نوین آموزشی در آموزش‌ها و راه‌اندازی مراکز مشاوره تخصصی شیردهی ضروری است.

واژگان کلیدی: تغذیه با شیر مادر، کودک، از شیر گرفتن

J Jahrom Univ Med Sci 2013; 11(2): 31-7

مقدمه:

هم‌زمان با شناخت ارزش والای تغذیه با شیر مادر و نقش بی‌نظیر آن در پیش‌گیری از ابتلا به بیماری‌ها و مرگ و میر شیرخواران و تأمین سلامت آنان در چند دهه‌ی اخیر، بسیاری از مطالعات انجام شده در زمینه تغذیه با شیر مادر نشان می‌دهد که اکثر مزایای شیر مادر به طور مستقیم با طول مدت شیردهی ارتباط دارند [۱-۳]. آکادمی پزشکی کودکان آمریکا ادامه تغذیه با شیر مادر را برای شیرخواران تا ۱۲ ماهگی و سازمان جهانی بهداشت و یونسف تا دو سالگی پیشنهاد می‌کنند [۳-۴]. این در حالی است که در اسناد دینی، تاریخی، علمی و پزشکی ادامه تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی پیشنهاد شده است. زمان از شیر

گرفتن کامل در میان عبری‌های عهد باستان نزدیک به سه سالگی و در منابع دیگر از جمله تلمور (شریعت یهود) و قرآن کریم دست‌کم دو سالگی توصیه شده است [۵]. زمان مناسب برای قطع کامل شیردهی در متون مختلف متفاوت بیان شده است، ولی زمان مورد توافق در بیش‌تر منابع علمی پیرامون ۲۴ ماهگی است [۶].

از شیر گرفتن کامل می‌تواند روندی خطرناک برای کودک محسوب شود. تغییر الگوی غذایی شیرخوار می‌تواند موجب سوء تغذیه، کاهش وزن، پرخاشگری و دیگر مشکلات روانی در کودک شود [۷]. قطع نادرست شیردهی می‌تواند آسیب‌رسان بوده و آسیب‌های جسمی و روحی - روانی بر مادر و کودک به

* نویسنده مسئول، نشانی: شیراز، بلوار کریم‌خان زند، ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، طبقه چهارم، معاونت بهداشتی، گروه سلامت خانواده، جمعیت، تغذیه و مدارس

تلفن تماس: ۰۹۱۷۷۱۱۰۲۹۶ ، ۲۱۲۲۴۳۴ - ۰۷۱۱ ، دورنگار: ۲۳۴۷۳۱۵ - ۰۷۱۱ ، پست الکترونیک: parvinzare@ yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۱/۰۸/۱۷ اصلاح: ۱۳۹۱/۱۰/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۲/۰۳

رشد کودکان در دو مقطع قطع تغذیه انحصاری و آغاز غذای کمکی و در زمان قطع کامل شیردهی دیده می‌شود، مطالعه حاضر با هدف تعیین الگوی از شیر گرفتن کامل کودکان و عوامل مرتبط با آن در استان فارس با جمعیت نزدیک به ۴٫۵ میلیون نفر و ۱۶۰ هزار کودک ۱۲ تا ۳۶ ماهه انجام شد [۱۴] و [۱۵].

روش کار:

در این مطالعه هم‌گروهی تاریخی با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تصادفی ۷۳۴ کودک بین ۲٫۵ تا ۳ سال استان فارس در سال ۱۳۸۹ انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ و با احتساب اثر طراحی برابر با ۱٫۳۵ به دست آمد. نمونه‌گیری از هر دو طبقه شهری و روستایی به نسبت جمعیت آن‌ها انجام شد. برای این کار، هر پایگاه بهداشتی در شهر و هر خانه‌ی بهداشت در روستا، به عنوان یک خوشه انتخاب و از طریق نمونه‌گیری تصادفی منظم، کودکان ۲٫۵ تا ۳ سال متناسب با جمعیت آن منطقه انتخاب شدند. ابزار مطالعه پرسش‌نامه‌ای شامل پرسش‌های جمعیت شناختی مربوط به کودک و والدین و همچنین پرسش‌هایی درباره تغذیه با شیر مادر، چگونگی ادامه آن تا پایان ۲۴ ماهگی و قطع آن و متغیرهای پیش‌گو کننده‌ای از قبیل سن، تحصیلات، شغل، محل زندگی و قومیت والدین و جنسیت کودک، روش و محل زایمان مادر بود. برای بررسی روایی محتوا و ساختاری پرسش‌نامه از نظرات چهار متخصص نوزادان، تغذیه، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی استفاده شد. پایایی پرسش‌نامه با اجرای مطالعه آزمایشی روی ۵۰ نمونه توسط دو پرسشگر مستقل با فاصله زمانی یک ماه، در حد قابل قبول (کاپا) بین ۷۵ تا ۸۵٪ و ضریب همبستگی درونی بین ۷۵ تا ۹۸٪) تایید شد. پرسش‌نامه با استفاده از اطلاعات پرونده‌های بهداشتی کودکان و همچنین از طریق مصاحبه با والدین تکمیل شد. برای بررسی تفاوت در زمان قطع شیردهی، افزون بر آزمون تی و تحلیل واریانس از مدل‌های بقا از جمله کاپلان مایر و آزمون لگاریتم رتبه‌ای نیز استفاده شد. مقدار معناداری کمتر از ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

از مجموع ۷۳۴ کودک مورد مطالعه، ۵۳٫۵٪ شهری و ۴۶٫۵٪ روستایی بودند. میانگین سنی کودکان $32/87 \pm 2/68$ ماه بود. بیش‌تر کودکان با سن حاملگی ۳۹ هفته به دنیا آمده بودند. بیش‌تر کودکان (۵۰٫۱٪) فرزند اول بودند، در بیمارستان

جا گذارد [۸]. روند از شیر گرفتن کامل شیرخوار توسط مادر می‌تواند به دو روش تدریجی یا ناگهانی انجام شود. قطع تدریجی بهترین روش قطع شیردهی است و باید همراه با حمایت‌های کامل روانی، تغذیه‌ای مناسب انجام شود تا مانع آسیب‌های ناشی از اختلالات در کودک شود [۳، ۸-۹]. حذف یک وعده شیر هر ۲ تا ۳ روز به صورت تدریجی بهترین روش قطع کامل شیردهی برای شیرخوار بوده و از ایجاد احتقان پستان در مادر نیز جلوگیری می‌کند [۳]. روش‌های قطع شیردهی در جوامع مختلف متفاوت است. در بعضی از جوامع به کودکان اجازه داده می‌شود تا زمانی که میل دارند به شیر خوردن ادامه دهند [۱۰]. این شیرخواران معمولاً بدون هیچ‌گونه درگیری و یا ضربه عاطفی در ۳ یا ۴ سالگی خود به خود شیر خوردن را قطع می‌کنند [۳]. شیردهی می‌تواند در سال دوم زندگی یا حتی بیش‌تر به همراه غذای خانواده تا زمانی که مادر و یا شیرخوار تمایل دارند، ادامه یابد [۳].

بر اساس مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۶ در اردن، سن متوسط قطع کامل شیردهی ۱۲٫۴ ماه بود [۱۱]. نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که سن متوسط قطع کامل شیردهی در ۶۸٪ کودکان کشورهای در حال توسعه و ۷۸٫۸٪ کودکان کشورهای آسیای جنوبی و مرکزی، ۱۲-۲۳ ماهگی است [۱۲]. در گزارش یونسف در سال ۲۰۱۲ فراوانی ادامه تغذیه با شیر مادر تا ۲۳-۲۰ ماهگی در آفریقا برابر با ۴۴٪، جنوب آسیا ۷۶٪، آمریکای لاتین و کارائیب ۳۳٪، کشورهای مستقل مشترک المنافع ۲۲٪، کشورهای در حال توسعه ۵۶٪ و کشورهای کم‌تر توسعه یافته ۶۱٪ اعلام شده است [۱۳].

نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ انجام شد نشان داد بیش‌تر کودکان (۵۲٫۱٪) کم‌تر از دو سال با شیر مادر تغذیه می‌شدند و میانگین سن قطع شیردهی ۲۰٫۶ ماه بود. در این مطالعه ۵۵٪ از مادران به طور تدریجی و ۴۵٪ به طور ناگهانی شیردهی را قطع کرده‌اند. همچنین ۳۷٫۲٪ از مادران از دارو و بقیه از روش‌هایی چون استفاده از مواد شیمیایی یا پوشش فیزیکی به عنوان روش قطع شیردهی استفاده کرده‌اند [۷]. مطالعه نظام ادغام یافته پایش و ارزشیابی وزارت بهداشت، (Integrated Monitoring & Evaluation System - IMES) در سال ۲۰۰۵ نشان داد که نزدیک به ۹۸٪ زنان استان فارس بعد از زایمان، تغذیه نوزاد با شیر خود را آغاز کرده‌اند، ولی تنها در ۸۶٫۴٪ موارد تغذیه با شیر مادر در ۱۲ تا ۱۵ ماهگی و در ۷۳٫۷٪ موارد در ۲۰ تا ۲۳ ماهگی ادامه یافته است [۱۴].

به دلیل اندک بودن مطالعات در زمینه الگوی از شیر گرفتن شیرخواران در کشور و این که مشکلات سوء تغذیه و کند شدن

دامنه زمان قطع کامل تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد بررسی، ۱ تا ۳۵ ماه با میانگین $21 \pm 5/7$ ماه و میانه ۲۴ ماه بود. تغذیه با شیر مادر بیش تر کودکان (۵۰/۱٪) در ۲۴ ماهگی و یا بعد از آن قطع کامل شده بود (جدول ۱). در ۴۹/۹٪ از کودکان قطع کامل شیردهی قبل از ۲۴ ماهگی اتفاق افتاده بود. علل قطع کامل شیردهی قبل از ۲۴ ماهگی در جدول ۲ آورده شده است. نحوه قطع کامل شیردهی در ۶۱٪ کودکان به طور ناگهانی (کم تر از هفت روز) و بقیه به طور تدریجی بود. طول دوره تدریجی قطع شیردهی از ۷ تا ۳۵ روز متغیر بود (جدول ۳).

(۹۸/۲٪) و به روش زایمان طبیعی (۶۱/۱٪) به دنیا آمده بودند. دامنه سنی مادران ۱۸ تا ۴۷ سال با میانگین $29/31 \pm 5/4$ سال، دامنه سنی پدران ۲۰ تا ۷۴ سال با میانگین سنی $6/15 \pm$ سال و توزیع سنی آنان نرمال بود. بیش ترین میزان تحصیلات مادران مورد مطالعه، دیپلم (۲۷/۴٪) و پدران، راهنمایی (۳۰/۴٪) بود. بیش تر مادران (۸۳/۸٪) و پدران (۸۲/۳٪) از قوم فارس بودند. بیش تر مادران شغل خانه داری (۹۰/۸٪) و پدران، شغل آزاد (۴۳/۷٪) داشتند. ۹۲/۵٪ کودکان مورد مطالعه در هنگام تولد، وزن بالای ۲۵۰۰ گرم داشتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی زمان قطع کامل شیردهی کودکان

زمان قطع کامل شیردهی	تعداد (%)
بدو تولد تا ۶ ماه	۴۰ (۵/۵)
۷ تا ۱۲ ماه	۳۵ (۴/۸)
۱۳ تا ۱۸ ماه	۶۴ (۸/۸)
۱۹ تا ۲۰ ماه	۷۹ (۱۱)
۲۱ تا ۲۳ ماه	۱۴۵ (۱۹/۹)
۲۴ ماه	۲۶۸ (۳۶/۸)
بیشتر از ۲۴ ماه	۹۷ (۱۳/۳)

جدول ۲: توزیع فراوانی علل قطع کامل شیردهی قبل از ۲۴ ماهگی

علت قطع	(%) فراوانی*
نگرانی والدین از اختلال رشد کودک به علت کاهش میل به غذا	۱۱۰ (۳۰)
نداشتن شیر	۸۰ (۲۲)
نظر شخصی مادر مبنی بر قطع کامل شیردهی قبل از ۲۴ ماهگی	۵۴ (۱۴/۸)
امتناع شیرخوار از خوردن شیر مادر	۵۳ (۱۴/۵)
بارداری مجدد	۳۸ (۱۰/۵)
ممنوعیت پزشکی	۹ (۲/۵)
سایر موارد	۷۷ (۲۱)

* این پرسش می توانسته بیش از یک گزینه جواب داشته باشد.

جدول ۳: توزیع فراوانی طول دوره قطع شیردهی

طول دوره قطع تدریجی شیردهی	درصد
ناگهانی (کمتر از ۷ روز)	۶۱٪
۷ تا ۱۴ روز	۲۰٪
۱۵ تا ۳۰ روز	۱۸٪
بیشتر از ۳۰ روز	۱٪

وسایل مورد علاقه کودک از جمله اسباب بازی (۴۸/۸٪)، بردن کودک نزد مادربزرگ، اقوام، دوستان و سایرین (۴۸/۲) و بازی کردن بیش تر والدین با کودک (۴۲/۵) بوده است. بعضی از والدین با چند روش خود را مورد حمایت روانی قرار می دادند. ۷۲/۶٪ از مادران عنوان نمودند که در ارتباط با نحوه و

۸۲٪ از والدین عنوان کردند پس از قطع کامل شیردهی برنامه تغذیه ای کودک را تغییر داده اند و ۸۵/۱٪ برنامه ای را برای حمایت روانی کودک در نظر گرفته بودند. فراوان ترین حمایت روانی در نظر گرفته شده برای کودکان پس از قطع کامل شیردهی، در آغوش گرفتن بیش تر کودک (۵۰٪) و سپس خرید

در آمار تحلیلی این پژوهش به بررسی تأثیر برخی از متغیرهای جمعیت شناختی بر زمان قطع کامل شیر مادر پرداخته شده است. میانگین زمان قطع کامل شیر مادر بر حسب متغیرهای تحصیلات مادر و شغل همسر معنادار بود (جدول ۴).

زمان قطع کامل شیردهی اطلاعاتی را کسب کرده‌اند. بیشترین منابع کسب اطلاعات در خصوص نحوه و زمان قطع کامل شیردهی به ترتیب آموزش چهره به چهره توسط کارکنان بهداشتی (۵۰/۴٪)، دوستان، خویشاوندان، همسایگان (۴۰/۶٪) و کتاب، کتابچه، پمفلت (۹/۸) بود. برخی از والدین نیز از چند روش مختلف اطلاعات کسب کرده بودند.

جدول ۴: مقایسه‌ی میانگین زمان قطع کامل شیر مادر (ماه) به تفکیک متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین (ماه)	P-value
محل زندگی	شهر	۲۰,۸ \pm ۵,۹	۰/۱۴۵*
	روستا	۲۱,۴ \pm ۵,۳	
تحصیلات مادر	بی سواد و ابتدایی	۲۲,۱ \pm ۵	$\leq 0,001^{**}$
	راهنمایی	۲۱,۷ \pm ۴,۲	
	دبیرستان و دیپلم	۲۰ \pm ۶,۵	
	دانشگاهی	۲۰,۴ \pm ۶,۱	
شغل مادر	خانه دار	۲۱,۱ \pm ۵,۶	۰/۷۰۳*
	سایر	۲۰,۸ \pm ۵,۸	
قومیت مادر	فارس	۲۱,۱ \pm ۵,۶	۰/۷۰۴*
	سایر	۲۰,۹ \pm ۵,۸	
تحصیلات پدر	بی سواد و ابتدایی	۲۱,۲ \pm ۵,۷	۰/۱۳۹**
	راهنمایی	۲۱,۶ \pm ۴,۶	
	دبیرستان و دیپلم	۲۰,۷ \pm ۶,۰۱	
	دانشگاهی	۲۰,۱ \pm ۶,۶	
شغل پدر	کارمند	۲۰,۷ \pm ۶,۲	۰/۰۳۸**
	کارگر و کشاورز	۲۱,۸ \pm ۴,۹	
قومیت پدر	آزاد و سایر	۲۰,۶ \pm ۵,۹	۰/۳۲۶*
	فارس	۲۱,۱ \pm ۵,۵	
جنسیت کودک	سایر	۲۰,۶ \pm ۵,۹	۰/۳۰۱*
	پسر	۲۱,۲ \pm ۵,۲	
	دختر	۲۰,۸ \pm ۶	

*T test

**ANOVA

معناداری بیش‌تر از آنانی بود که هیچ‌گونه اطلاعاتی کسب نکرده بودند ($P \leq 0,001$). برای بررسی تأثیر هر یک از متغیرهای بالا بر مدت شیردهی، علاوه بر آزمون‌های پیش‌گفت از مدل بقای کاپلان مایر و آزمون لگاریتم رتبه‌ای نیز استفاده شد و نتایج بدست آمده تفاوتی با نتایج بیان شده نداشت.

بحث:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین زمان قطع شیردهی ۵/۷ \pm ۲۱ ماه و بیش‌ترین زمان قطع کامل شیردهی (۳۶/۸٪) ۲۴ ماهگی بود. قطع کامل شیردهی در ۵۰٪ از کودکان در قبل از ۲۴ ماهگی اتفاق افتاده بود و بیش‌ترین علت قطع شیردهی در

میانگین مدت زمان قطع شیردهی در زنانی که به روش طبیعی زایمان کرده بودند (۶۲٪) به طور معناداری بیش‌تر از زنانی بود که به روش سزارین (۳۸٪) زایمان کرده بودند ($P < 0,001$) و مدت زمان قطع شیردهی همبستگی معنادار مثبتی با رتبه تولد داشت ($P < 0,001$ و $F = 0,129$). بین مدت زمان شیردهی کودک و متغیرهای سن حاملگی مادر، وزن هنگام تولد کودک، سن مادر ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P > 0,05$). همچنین بین نحوه قطع کامل شیردهی (قطع تدریجی یا قطع ناگهانی) و محل زندگی افراد، تحصیلات والدین، شغل و قومیت والدین، جنسیت کودک ارتباطی وجود نداشت ($P > 0,05$). میانگین مدت زمان قطع کامل شیردهی در کودکانی که مادر آن‌ها اطلاعاتی در ارتباط با قطع کامل شیردهی کسب کرده بودند، به طور

و سفیدپوست کودکان خود را با شیر مادر تغذیه می‌کنند. همچنین مادران آفریقایی-آمریکایی، به علت بازگشت زود هنگام به کار، زودتر از مادران سفید پوست شیر خود را قطع می‌کنند [۱۸]. نتایج مطالعه لی در آمریکا نیز نشان داد مادرانی که به فرزند اول شیر می‌دهند زودتر از سایر مادران شیردهی را قطع می‌کنند، همچنین مادران جوان تر، ازدواج نکرده، دارای تحصیلات پایین تر و وضعیت اقتصادی ضعیف تر نیز زودتر شیردهی را قطع می‌کنند [۱۹]. با توجه به تفاوت‌های زیادی که در مطالعات مختلف دیده می‌شود، به نظر می‌رسد تعیین کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت در هر جامعه متفاوت بوده و لازم است هر جامعه به منظور ارتقای شاخص‌های موثر بر سلامت خود به طور مستقل به بررسی و شناخت عوامل تأثیر گذار بپردازد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نحوه قطع کامل شیردهی در بیش تر کودکان (۶۱٪) به طور ناگهانی (کم تر از هفت روز) و بقیه به طور تدریجی بود. طول دوره تدریجی قطع شیردهی از ۷ تا ۳۵ روز متغیر بود. نتایج مطالعه همایی در دامغان نیز نشان داد ۴۵٪ کودکان به طور ناگهانی از شیر گرفته می‌شوند [۷]. از شیر گرفتن ناگهانی امکان تطابق مادر و کودک را کاهش داده و امکان آسیب‌های عاطفی و جسمی را افزایش می‌دهد [۸]. از این رو به منظور پیشگیری از آسیب‌های جسمی و روانی ناشی از روش نادرست از شیر گرفتن، باید با استفاده از شیوه‌های نوین آموزشی، اطلاعات درست و به هنگام به خانواده‌ها داده شود تا بتوان با تغییر در نگرش و عملکرد آنان در راستای بهبود و تصحیح روش قطع شیردهی اقدام نمود.

این مطالعه با رجوع به پرونده‌های بهداشتی کودکان ۲/۵ تا ۳ سال و انجام نمونه گیری تصادفی از بین آنان آغاز و سپس با توجه به داده‌های موجود در پرونده و همچنین فراخوانی مادران و پرسشگری از آنان، الگوی قطع شیردهی پرسیده شد. چنانچه با یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر با شیرخوار همراهی می‌شد، جمع آوری داده‌هایی با صحت و دقت بیشتر ممکن بود. بسیاری از داده‌های به دست آمده از مطالعات گذشته‌نگر و یا از پرونده‌ها که بیشتر برای فعالیت‌های اجرایی جمع آوری می‌شوند، دارای اشکال و حتی تورش در یادآوری هستند و کیفیت داده‌های آینده‌نگر را ندارند [۲۰ و ۲۱].

نتیجه گیری: در کل می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تداوم تغذیه با شیر مادر در جمعیت مورد بررسی بیش از مطالعات دیگر بوده، ولی با توصیه سازمان جهانی بهداشت مبنی بر تداوم تغذیه شیرخواران تا دو سالگی فاصله دارد. همچنین نحوه قطع کامل شیردهی در بیش تر کودکان مورد مطالعه به طور ناگهانی بوده

قبل از ۲۴ ماهگی، نگرانی والدین از اختلال رشد کودک به علت کاهش میل به غذا و پس از آن نداشتن شیر بیان شد. مطالعه‌ای که در سریلانکا انجام شد، نشان داد که ۷۸٪ کودکان کم تر از ۲۴ ماه با شیر مادر تغذیه می‌شدند [۱۶]. نتایج مطالعه‌ای که در برزیل انجام شد نشان داد که ۴۵٪ کودکان قبل از شش ماهگی و ۶۲٪ کودکان قبل از ۱۲ ماهگی از شیر مادر گرفته شده بودند و فقط ۳۸٪ آنان تا ۱۲ ماهگی همچنان با شیر مادر تغذیه می‌شدند [۱۷]. در گزارشی که توسط یونیسیف منتشر شد، فراوانی ادامه‌ی تغذیه با شیر مادر تا ۲۳-۲۰ ماهگی در جمهوری آذربایجان ۱۶٪، برزیل ۲۵٪، مصر ۳۵٪، ایران ۵۸٪، ترکیه ۲۲٪، پاکستان ۵۵٪ گزارش شده است [۱۳]. سازمان جهانی بهداشت، تداوم تغذیه با شیر مادر را تا ۲۴ ماهگی توصیه کرده است [۴]. در مطالعه حاضر فراوانی تداوم تغذیه با شیر مادر تا ۲۳-۲۰ ماهگی ۷۰٪ بود که این درصد نسبت به سایر کشورها، حتی کشورهای اسلامی، بهتر بود. این بهبودی نسبی در مطالعه حاضر نسبت به دیگر مطالعات انجام شده، ناشی از راه‌اندازی مراکز مشاوره تخصصی شیردهی در استان فارس، اجرای نظام مراقبت جامع و موثر ادغام یافته برنامه کودک سالم و ارائه آموزش در باره چگونگی و زمان قطع کامل شیردهی توسط کارکنان بهداشتی می‌باشد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۵۰/۴٪ از مادران آموزش چهره به چهره توسط کارکنان بهداشتی دریافت کرده بودند.

در این مطالعه، نگرانی والدین از اختلال رشد کودک به علت کاهش میل به غذا و نداشتن شیر از علل قطع کامل شیردهی قبل از ۲۴ ماهگی بیان شد. نتایج مطالعه‌ای که به منظور بررسی دلایل قطع شیردهی در سال اول زندگی در آمریکا از دیدگاه مادران انجام شد، کافی نبودن شیر، گزیدن پستان مادر توسط شیر خوار و امتناع شیرخوار از علل شایع قطع شیردهی بیان شده بود [۱۸]. نتایج پژوهش حاضر تفاوت معناداری در میانگین مدت زمان تداوم شیردهی بر حسب تحصیلات مادر، شغل همسر، روش زایمان و رتبه تولد نشان داد، ولی بین مدت زمان شیردهی و متغیرهایی چون سن حاملگی مادر، سن مادر و وزن هنگام تولد کودک ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین بین نحوه قطع کامل شیردهی با محل زندگی افراد (شهر و روستا)، تحصیلات، شغل و قومیت والدین، و جنسیت کودک ارتباطی مشاهده نشد. نتایج مطالعه انجام شده در سریلانکا با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است. در آن مطالعه، ادامه‌ی تغذیه با شیر مادر در پایان یک سالگی به طور معناداری در زنان غیر شاغل کم تر از زنان شاغل بود [۱۷]. مطالعه انجام شده در آمریکا نشان داد که تداوم شیردهی در نژادهای مختلف متفاوت است، به طوری که مادران هیسپانیک بیش تر از مادران آفریقایی

تقدیر و تشکر: نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان بهداشتی برای گردآوری داده‌ها و از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به خاطر پشتیبانی مالی از این پژوهش (طرح شماره ۵۱۴۵-۸۹) سپاسگزاری کنند.

است. برای ارتقای این شاخص‌ها، استفاده از شیوه‌های نوین آموزشی و راه اندازی مراکز مشاوره تخصصی شیردهی ضروری است.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه نداشته‌اند.

References:

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362(9387): 916.
2. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355(9202): 451-5.
3. Schanler RJ, Dooley S, Gartner L, et al. Breastfeeding handbook for physicians. Illinois: Am Acad Pediatr; 2006: 19-32.
4. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organ; 2003.
5. Schanler R. Breastfeeding. The pediatric clinics of North America. Philadelphia: WB Saunders; 2001: 48:1
6. Dettwyler KA. When to wean: biological versus cultural perspectives. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47(3): 712-23.
7. Homami S, Pourmohammadi B, Mansourian AA. A study on the reasons, methods and outcomes of full weaning. *Koomesh* 2005; 4: 277-83. (Persian)
8. Reeder SJ, Martin LL, Griffin DK. Maternity nursing: family, newborn, and women's health care. 18th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 1997.
9. Brylin Highton. Weaning as a natural process. *Leaven* 2001; 36(6): 112-4.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession, 7th ed. Maryland: Elsevier Mosby; 2011: 319-35.
11. Mubaideen MM, AL-Saraireh RM. Breast-feeding pattern in selected Antenatal care clinics in Jordan. *JRMS* 2006; 13(2): 74-8.
12. Lauer JA, Betrán AP, Victora CG, et al. Breastfeeding patterns and exposure to suboptimal breastfeeding among children in developing countries. *BMC Med* 2004; 2: 26.
13. Monitoring the situation of children and women, infant and young child feeding. (Accessed Jul 17, 2012. Available from: http://www.childinfo.org/breastfeeding_icyf.php.
14. OlangB, Farivar K, Heidarzadeh A, et al. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *Int Breastfeed J* 2009; 4: 8.
15. Statistical Center of Iran. Census of Population and Housing 2011. (Accessed Jul 17, 2012. Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=11>. (Persian)
16. Senarath U, Dibley MJ, Agho KE. Breast-feeding practices and associated factors among children under 24 months of age in Timor-Leste. *Eur J Clin Nutr* 2007;61(3): 387-97.
17. Wayland C. Breastfeeding patterns in Rio Branco, Acre, Brazil: a survey of reasons for weaning. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6): 1757-61.
18. Hurley K, Black M, Papas M, et al. Variation in breastfeeding behaviours, perceptions, and experiences by race/ethnicity among low-income statewide sample of Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) participants in the United States. *Matern Child Nutr* 2008; 4(2): 95-105.
19. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2): S69-S76.
20. Mann CJ. Observational research methods. Research design II: Cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emerg Med J* 2003; 20(1): 54-60.
21. Breslow NE, Day NE: Statistical methods in cancer research. Lyon: IARC Sci Publ; 1980.

Pattern of complete weaning and its related factors in Fars province

Zare P^{*1}, Mirahmadizadeh A¹, Sayadi M¹, Moradi F¹, Mohammadi S¹

Received: 11/07/2012

Revised: 01/09/2013

Accepted: 04/23/2013

1. Deputy of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 11, No. 2, Summer 2013

J Jahrom Univ Med Sci 2013; 11(2): 31-7

Abstract:

Introduction:

Proper pattern of complete weaning and its duration is as important as initiation of breastfeeding. This study aimed to determine the pattern of CBF and its related factors in Fars province.

Materials and Methods:

In this study, 734 infants aged 2.5 to 3 years (urban and rural) were selected using multi-random sampling method. The required data were collected through health records and interviews. In addition to descriptive statistics the effect of demographic and cultural variables on CBF weaning was studied using statistical tests.

Results:

The mean time of CBF weaning was 21 ± 5.7 months. 50.1% of children ceased CBF at 24 months of age or later. Pattern of CBF weaning in 61% of the children was abrupt. There were associations between mother's education, husband's job, method of delivery and birth rank duration of CBF weaning. There weren't any associations between birth weight and maternal age with duration of CBF weaning. The most (30%) reason of CBF weaning before 24 months of age was the parent's concern about failure to thrive.

Conclusion:

Duration of breast feeding in this study was more than other studies, but there is still a discrepancy with WHO recommendation. Abrupt CBF weaning can reduce mother and baby's compliance and increase the emotional and physical damages. To promote breast feeding indices, the use of modern educational methods and establishment of breast feeding clinics are recommended.

Keywords: Breastfeeding, Infants, Weaning

* Corresponding author, Email: parvinzarea@yahoo.com