مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال هفتم، شماره ۵، ویژه‌نامه زمستان ۱۳۹۱، صفحات ۱۳۴-۱۲۵

بررسی میزان شیردهی مادران و عوامل مؤثر بر آن در سه بیمارستان شهر تهران، سال ۱۳۸۷

زینت کمالی[۱]، بهاره رسولی [۲]، شهلا رودپیما[۳]، زهره حاجی میرصادقی[۴]، محمد جواد ایوانی[۵]

۱- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، پست الکترونیک: zkamalee@yahoo.com
۲- کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه کارولینسکا، استکهلم، سوئد
۳- استاد، فوق تخصص قلب کودکان، مرکز پزشکی آموزشی و درمانی شهید مدرس، تهران ، ایران
۴- کارشناس تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵- کمیته تحقیقات دانشجویان، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: شیر مادر یکی از عوامل مهم در سلامت، ایمنی، رشد ذهنی و جسمی کودک می‌باشد که فوائد اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی زیادی برای خانواده و اجتماع دارد. ولی با وجود این مزایا و تاکید بر ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر و ادامه آن با تغذیه تکمیلی حداقل تا پایان سال اول، این میزان در کشور ما بسیار پایین است. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شیردهی مادران و عوامل مؤثر بر آن در مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۷ و مقایسه آن با اطلاعات موجود در سال‌های ۸۶-۱۳۷۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به روش توصیفی- مقطعی بر روی ۳۰۰ مادر دارای کودک ۱۲ الی ۲۴ ماه انجام گرفت. ابتدا خصوصیات دموگرافیک مادر و کودک سوال شد، سپس عوامل مؤثر بر شیردهی شامل تحصیلات، شغل، روزهای اشتغال، آموزش در طی دوران شیردهی و سایر عوامل سوال و سپس مدت شیردهی، نوع شیر مصرفی، زمان شروع تغذیه تکمیلی ثبت شد. دو عامل آگاهی و نگرش با استفاده از پرسشنامه‌های حاوی ۱۰ سوال آگاهی و ۱۶ سوال نگرش سنجیده شد و داده‌ها توسط برنامه آماری SPSS استخراج شد.

یافته‌ها: متوسط سن مادران ۴/۶±۲۸/۹ سال بود که حدود ۴۱/۷ درصد آنها دیپلم داشتند، ۱۹/۷ درصد نمونه‌ها شاغل بودند که فقط ۲۲ درصد در محل کار خود مکانی برای شیردهی داشتند. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۴ ماهگی ۷۵/۷ درصد و تا ۶ ماهگی ۲۷/۴ درصد بود. زمان شروع تغذیه تکمیلی در ۶۳/۳ درصد نمونه‌ها در ۶ ماهگی و در ۳۱/۱ درصد نمونه‌ها قبل از ۶ ماهگی و ۶۸۵ درصد بعد از ۶ ماهگی بود. فقط ۲۹/۷ درصد آگاهی خوب داشتند، در صورتی که ۹۵/۷ درصد نگرش خوبی نسبت به شیردهی داشتند. در بین عوامل مؤثر تحصیلات مادر ارتباط معکوس با مدت تغذیه انحصاری داشت و امکان شیردهی در محل کار موجب افزایش مدت تغذیه انحصاری به میزان ۱ ماه شده بود.

نتیجه‌گیری: علی‌رغم تلاش وزارت بهداشت در جهت افزایش طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، تا ۶ ماهگی کماکان از هدف جامعه سالم در سال ۲۰۱۰ که این میزان را ۵۰ درصد اعلام کرده‌اند، تفاوت چشمگیری وجود دارد.

واژگان کلیدی: شیردهی، آگاهی، نگرش، تغذیه انحصاری، تغذیه تکمیلی

مقدمه

نتایج مطالعات نشان می‌دهد شیردهی و شیر مادر در سلامت، ایمنی، رشد ذهنی و جسمی کودک مؤثر است و فوائد اجتماعی و اقتصادی و محیطی زیادی برای مادر و اجتماع دارد (۱). با وجود تاکید بر ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر و ادامه آن با تغذیه تکمیلی حداقل تا پایان سال اول این میزان در کشور ما بسیار پایین است بطوریکه بسیاری از زنان کشور ما شیردهی را با شیر خود شروع و فقط ۲۳/۱ درصد تا ۶ ماه ادامه می‌دهند. این میزان در شهر تهران در سال ۱۳۷۵ به میزان ۶۲/۱ ، درصد گزارش شده ولی در سال ۱۳۸۴ به ۲۷/۱ درصد کاهش یافته و میانگین

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

سن قطع شیردهی در کشورنیز ۷/۵۴ ماه شده است (۳، ۲). در آمریکا ۵۰ درصد مادران تا ۶ ماه و ۲۵ درصد تا پایان یکسال کودک خود را شیر می‌دهند (۴). یکی از اهداف جامعه سالم سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۱۰ (Healthy People 2010) افزایش نسبت زنانی که شیردهی را آغاز می‌کنند و زنانی که شیردهی را تا شش ماهگی ادامه می‌دهند به ترتیب ۷۵ و ۵۰ درصد است(۵). عوامل مختلفی نظیر مدت بارداری، نوع زایمان، وضعیت اشتغال مادر و حمایت خانواده و اطرافیان وجود محل مناسب برای نگهداری شیرخوار در محل کار مادرو آموزش مناسب کادر بهداشتی در میزان شیردهی نقش دارند (۷، ۶، ۲) ، روند افزایش اشتغال مادران و همچنین عوامل تاثیرگذار دیگر منجر به کاهش مصرف شیرمادر و افزایش هزینه خانوار ناشی از تهیه شیرخشک می‌گردد و مشکلاتی نظیر سوءتغذیه، افزایش بیماری‌های عفونی، افزایش چاقی و نیز ابتلا به بیماری‌های مزمن در بزرگسالی به تدریج در جامعه افزایش می‌یابد که علاوه بر مشکلات فردی، بار مالی هنگفتی در بخش بهداشت و درمان بر دولت تحمیل می‌کند (۲). با توجه به نقش آگاهی و نگرش مادران در شیردهی به کودک مطالعات بسیاری در این زمینه انجام شده است. به طوری که میزان آگاهی در اغلب مطالعات کم گزارش شده است و در یک مطالعه انجام شده در سال۸۱-۸۰ میزان آگاهی بالا فقط ۸/۳ درصد گزارش شده است و میزان آگاهی ضعیف ۵۰/۸ درصد بوده است (۸).

نظر به اهمیت موضوع و انجام مطالعات مشابه در سال‌های اخیر در این مطالعه میزان شیردهی مادران و عوامل مؤثر بر آن در مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی(Cross-sectional) در ۶ مرکز پزشکی, آموزشی و درمانی چیذر، مفید، طالقانی، همایون، ۱۲ بهمن و شبیر انجام شد. مراکز به طورتصادفی انتخاب شده بودند نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از بین مادرانی که جهت واکسیناسیون به درمانگاه‌های مذکور مراجعه کرده و سن کودکان آنها ۱۲ تا ۲۴ ماه بود انجام شد و پس از اخذ رضایت نامه مصاحبه توسط کارشناس تغذیه به عمل آمد. ابتدا خصوصیات دموگرافیک، وضعیت کودک، مدت شیردهی و نوع شیر مصرفی کودک و سایر عوامل تاثیرگذار بر شیردهی مورد سوال قرار گرفته و سپس آگاهی و نگرش مادران با استفاده از پرسشنامه‌هایی با سوالات جداگانه به ترتیب شامل ۱۰و ۱۶ آیتم ارزیابی شد. برای سنجش نگرش از پرسشنامه نگرش Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) شامل ۱۶ سوال بر مقیاس رتبه‌بندی لیکرت استفاده شد که Reliability و Internal Consistency آن با آزمون Cronbach's Alpha بیش از ۸۶٪ بود (۹).

در رابطه با نمره‌دهی به سوالات سنجش میزان آگاهی، به هر پاسخ صحیح یک نمره و به پاسخ نادرست و نمی‌دانم نمره صفر تعلق گرفت. حداکثر نمره کسب شده از این بخش ۱۰ بود. در نهایت دسته‌بندی پاسخ‌های بخش آگاهی به صورت آگاهی کم، متوسط و خوب انجام شد، به طوری که تمام نمرات خام بخش آگاهی بر مبنای صفر تا ۱۰۰ درصد دسته‌بندی شده و بر اساس این تبدیل امتیازات صفر تا ۳۳ درصد در گروه آگاهی ضعیف، امتیازات ۳۴ درصد تا ۶۶ درصد در گروه آگاهی متوسط و امتیازات ۶۷ درصد تا ۱۰۰ درصد در گروه آگاهی خوب قرار گرفت.

در بخش سنجش نگرش، امتیاز دهی به هر عبارت یا گویه با استفاده از طیف لایکرت و معیار درجه‌بندی ۱ تا ۵ انجام گرفت که این طیف با درجات کاملا" موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف نشان داده شد، در نهایت جهت سنجش نگرش‌ها، پس از همسو کردن گویه‌ها، به عباراتی که نشانگر نگرش مثبت بودند گزینه کاملاً موافق امتیاز ۵، گزینه موافق امتیاز ۴، گزینه بی‌نظر امتیاز ۳، گزینه مخالف امتیاز ۲ و گزینه کاملا" مخالف امتیاز ۱ تعلق گرفت. از سوی دیگر عباراتی که نشان‌دهنده نگرش منفی بودند، گزینه کاملا" موافق امتیاز ۱، گزینه موافق امتیاز ۲، گزینه بی‌نظر امتیاز۳، گزینه مخالف امتیاز ۴ و گزینه کاملا" مخالف امتیاز ۵ داده شد. بنابراین، حداقل نمره خام در بخش سنجش نگرش، نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۸۰ بود. نمره نگرش نیز بر مبنای صفر تا ۱۰۰ درصد بندی شد و نمره کمتر از ۵۰ به عنوان نگرش ضعیف و بالای ۵۰ نگرش خوب تعریف شد. سپس با استفاده از مستندات موجود در خصوص میزان شیردهی و عوامل تاثیرگذار بر آن مشخص شد.

پس از تکمیل نمونه‌ها، داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS استخراج و داده‌ها توسط آمارهای توصیفی ارائه و آزمون‌های Chi-square، regression آنالیز واریانس و LSD جهت استنتاج مطالب استفاده شد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

یافته ها

در این مطالعه ۳۰۰ خانم از ۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفتند. متوسط سن آنها ۴/۶±۲۸/۹ سال بود. از نظر تحصیلات والدین بیشترین نمونه‌ها دارای دیپلم بودند واز نظر اشتغال خانم ها فقط ۲۰درصد آنها شاغل بودند. بیشترین تعداد خانوار سه‌نفره بودند که حدود ۵۹ درصد نمونه‌ها را تشکیل می‌دادند.

سزارین بیشترین تعداد زایمان یعنی حدود ۷۲ درصد زایمان‌ها را تشکیل می‌داد که از این تعداد ۶۷/۶ درصد به صورت کامل تحت بیهوشی قرار گرفته بودند.

بیش از نیمی از این مادران فردی به عنوان همراه را برای کمک به نگهداری کودک داشتند و در بین خانم‌های شاغل ۲۲ درصد در محل کار خود مکانی برای شیردهی داشتند و ۷۸ درصد آنها فاقد این امکان بودند. ۱۶/۹ درصد مادران در محل کار خود شیرخوارگاه داشتند و ۸۳/۱ درصد فاقد مهد کودک بودند. از نظر تعداد روزهای کار ۷۸ درصد بیش از ۴ روز در هفته کار می‌کردند.

از نظر آموزش شیردهی در طی دوران بارداری فقط حدود ۳۷/۷ درصد نمونه‌ها در طی این دوران آموزش دیده بودند. از نظر پاسخ‌دهی به سوالات در خصوص شیردهی بیشترین افراد پاسخگو به سوالات و مشکلات، کارشناسان درمانگاه (۲۶/۷ درصد)، پزشک کودک (۲۱/۷ درصد) و اقوام و دوستان (۲۰/۷ درصد) بودند. مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات پزشک و کادر بهداشتی (۵۳/۷ درصد) بودند. میزان شیردهی انحصاری تا ۴ ماه ۷۵/۷ درصد و تا ۶ ماهگی ۲۷/۴ درصد بود. مدت شیردهی به صورت غیرانحصاری حدود ۰/۵±۱۸/۳ ماه بود. ۲۹ نفر از مادران (۹/۷ درصد) اصلاً به کودک خود شیر نداده بودند. میزان شیردهی تا یک سالگی ۴۱/۳ درصد بود. میزان تغذیه انحصاری در مراکز ۱۲ بهمن و شبیر بیشترین و در طالقانی کمترین میزان را داشت. زمان شروع تغذیه تکمیلی در ۶۳/۳ درصد نمونه‌ها ۶ ماهگی بود و فقط در ۵/۶ درصد نمونه‌ها بعد از ۶ ماهگی بود. لازم به ذکر است زمان شروع تغذیه تکمیلی در مراکز تقریباً مشابه و حدود ۵/۵ ماهگی بود.

از نظر سطح آگاهی نمونه‌ها ۱۸ درصد آگاهی ضعیف، ۵۲/۳ درصد متوسط و ۲۹/۷ درصد آگاهی خوب داشتند. در بین ۱۰ سوال پرسیده شده بیشترین آگاهی در خصوص سن شروع تغذیه تکمیلی و کمترین آگاهی در مورد کیفیت شیر مادر بود(جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی آگاهی مادران شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه سال ۱۳۸۷

سوالات آگاهی	صحیح		غلط	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سوال ۱- طبق توصیه‌های بهداشتی-تغذیه ای متوسط دوران شیردهی با شیر مادر تا ۶ ماه برای رشد کودک کافی می‌باشد.	۱۰۴	۳۴/۷	۱۹۶	۵۶/۳
سوال ۲- مادرانی که سینه‌های کوچکتری دارند کمتر در شیردهی موفق خواهند بود.	۱۵۹	۵۳	۱۴۱	۴۷
سوال ۳- شیر مادر محتوی فاکتورهای ایمنی برای تقویت سیستم ایمنی کودک در برابر بیماری‌ها است.	۲۵۳	۸۴/۳	۴۷	۱۵/۷
سوال ۴- اگر مادر رژیم غذایی مناسبی دریافت نکند، شیر مادر از کیفیت مناسبی برای رشد کودک برخوردار نخواهد بود.	۲۴	۸	۲۷۶	۹۲
سوال ۵- اگر مادر بیماری داشته باشد و داروی آنتی بیوتیک مصرف کند بایستی شیردهی را قطع نمود.	۱۲۷	۴۲/۳	۱۷۳	۵۷/۷
سوال۶- توصیه می‌شود در هنگام بیماری کودک (اسهال و تب) شیردهی با شیر مادر تداوم یابد.	۲۴۷	۸۲/۳	۵۳	۱۷/۷
سوال ۷- بهترین زمان شروع تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از زایمان می‌باشد.	۲۶۳	۸۷/۷	۳۷	۱۲/۳
سوال ۸- مصرف یا عدم مصرف آغوز تاثیری بر سلامت نوزاد ندارد.	۱۸۰	۶۰	۱۲۰	۴۰
سوال ۹- طبق توصیه‌های متخصصین تغذیه ۶ ماهگی بهترین زمان شروع تغذیه تکمیلی می‌باشد.	۲۶۵	۸۸/۳	۳۵	۱۱/۷
سوال۱۰- اگر تغذیه تکمیلی در زمان مناسب آغاز نشود بدلیل آنکه شیر مادر به تنهایی نمی تواند تمام نیازهای کودک را برآورده نماید موجب سوءتغذیه کودک می‌شود.	۲۵۵	۸۵	۴۵	۱۵

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

از نظر میزان نگرش در خصوص شیردهی فقط ۴/۳ درصد نگرش ضعیف داشتند و ۹۵/۷ درصد نگرش خوبی به شیردهی داشتند. بیشترین نگرش مثبت در خصوص افزایش ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد و اقتصادی‌تر بودن شیر مادر بود و کمترین نگرش مثبت در خصوص این جمله بود که "شیردهی موجب بدشکل شدن اندام مادر به خصوص سینه‌ها می‌گردد"(جدول ۲).

دلایل قطع شیردهی در نمونه‌ها به ترتیب کافی‌نبودن شیر مادر (۳۵ درصد)، عدم تمایل کودک (۲۰ درصد)، مشکل در شیردهی به علت فرورفتگی یا زخم نوک سینه (۸/۲ درصد)، برگشت به کار (۵/۹درصد)، تولد فرزند بعدی (۵/۹ درصد)، دستور پزشک (۴/۷درصد) و سایر علل بود.

در بین عوامل جنس، امکان شیردهی در محل کار، شیرخوارگاه، نگهداری شیر در هنگام عدم حضور در کنار کودک، وجود پرستار کودک، آموزش شیردهی در طی بارداری، نوع زایمان، بستری شدن کودک در بیمارستان، شغل مادر، تحصیلات و رشته تحصیلی والدین، فقط امکان شیردهی در محل کار، نوع زایمان و تحصیلات والدین با مدت تغذیه انحصاری رابطه داشته است. مادرانی که امکان شیردهی در محل کار داشتند یک ماه بیشتر به طور انحصاری به کودک خود شیر داده بودند. همچنین مادرانی که زایمان سزارین داشتند، مدت تغذیه انحصاری کودکانشان بیشتر بود. در حالی‌که در والدین با تحصیلات دانشگاهی مدت تغذیه انحصاری کاهش یافته بود. آزمون Linear regression نشان داد در بین ۳ فاکتور مرتبط، تحصیلات مادر نقش مهم‌تری دارد و از نظر تغذیه تکمیلی آموزش شیردهی در طی بارداری و رشته تحصیلی پدر با شروع تغذیه تکمیلی رابطه داشت. به عبارت دیگر مادرانی که آموزش دوران بارداری دیده بودند، به طور متوسط ۵/۸ ماهگی تغذیه تکمیلی را شروع کرده بودند در حالی که در افراد آموزش ندیده تغذیه تکمیلی زودتر شروع شده بود. همچنین پدرانی که رشته تحصیلی آنها مرتبط با پزشکی بود کودکانشان در ۶/۱ ماهگی تغذیه تکمیلی را شروع کرده بودند اما در سایر پدران این زمان زودتر بود. آزمون Linear regression نشان داد در بین دو فاکتور یاد شده، آموزش نقش مهم‌تری در شروع تغذیه تکمیلی داشته است (جدول ۳).

جدول شماره۲. نوع نگرش مادران شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه سال ۱۳۸۷

سوالات نگرش	موافقم		نظری ندارم		مخالفم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سوال ۱- مادرانی که با شیر خشک کودک خود را تغذیه می‌کنند از یکی از لذتهای مادر بودن محروم می‌شوند.	۲۴۱	۸۰/۳	۲۶	۸/۷	۳۳	۱۱
سوال ۲- از مشاهده اینکه مادری در جمع کودک خود را شیر می‌دهد، احساس ناراحتی می‌کنم.	۶۹	۲۳	۴۷	۱۵.۷	۱۸۴	۶۱.۳
سوال ۳- از دید اجتماع تغذیه با شیر خشک قابل قبول تر از تغذیه با شیر مادر است.	۳۰	۱۰	۳۳	۱۱	۲۳۷	۷۹
سوال ۴- تغذیه با شیر خشک راه قابل قبول تری برای شیردهی می‌باشد زیرا پدر نیز در تغذیه کودک مشارکت می‌کند.	۳۸	۱۲/۷	۲۹	۹/۷	۲۳۳	۷۷/۶
سوال ۵- مزایای شیر مادر فقط تا زمانیکه کودک شیر مادر را می‌خورد ادامه دارد.	۱۳۰	۴۳/۳	۴۶	۱۵/۳	۱۲۷	۴۱/۳
سوال۶- شیر مادر فاقد ریز مغذی آهن می‌باشد.	۸۶	۲۸/۶	۹۷	۳۲/۳	۱۲۷	۴۲/۳
سوال ۷- شیرخشک برای مادران شاغل انتخاب بهتری است.	۱۳۱	۴۳/۶	۵۹	۱۹/۷	۱۱۰	۳۶/۷
سوال ۸- شیر مادر اقتصادی تر از شیرخشک است.	۲۷۸	۹۲/۶	۱۱	۳/۷	۱۱	۳/۷
سوال ۹- شیر مادر آسانتر از شیرخشک هضم می‌شود.	۲۷۱	۹۰/۴	۱۹	۶/۳	۱۰	۳/۳
سوال۱۰- تغذیه با شیرخشک آسانتر از شیردهی است.	۴۴	۱۴/۶	۵۰	۱۶/۷	۲۰۶	۶۸/۷
سوال ۱۱- شیر مادر ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد را زیاد می‌کند.	۲۸۹	۹۶/۳	۸	۲/۷	۳	۱
سوال ۱۲- کودکانی که شیرخشک می‌خورند بیشتر از کودکانی که شیر مادر می‌خورند پرخور می‌شوند.	۱۵۰	۵۰	۱۰۹	۳۶/۳	۴۱	۱۳/۷
سوال ۱۳- بچه هایی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند سالم تر از بچه هایی هستند که شیرخشک می‌خورند.	۲۶۱	۸۷	۲۳	۷/۷	۱۶	۵/۳
سوال ۱۴- شیردهی آسانتر از تهیه شیرخشک است.	۲۵۹	۸۶/۳	۲۶	۸/۷	۱۵	۵
سوال ۱۵- شیرخشک به اندازه شیر مادر سالم و بهداشتی است.	۷۰	۲۳/۳	۶۶	۲۲	۱۶۴	۵۴/۷
سوال ۱۶- شیردهی موجب بد شکل شدن اندام مادر بخصوص سینه ها می‌گردد.	۱۳۸	۴۶	۶۱	۲۰/۳	۱۰۱	۳۳/۷

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۳. ارتباط عوامل مورد بررسی با طول مدت تغذیه انحصاری و تغذیه تکمیلی در مادران شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه سال ۱۳۸۷

متغیر		تغذیه انحصاری Mean±SD	P-value	تغذیه تکمیلی Mean±SD	P-value
جنس	دختر	۴/۳±۱/۷	۰/۴	۵/۷۱±۰/۷	۰/۳
	پسر	۴/۱±۲		۵/۸±۰/۶	
امکان شیردهی در محل کار	دارد (n=۱۳)	۴/۸±۱/۶	۰/۰۵	۵/۸±۰/۷	۰/۹
	ندارد (n=۴۶)	۳/۸±۱/۹		۵/۷±۰/۷	
شیرخوارگاه	دارد	۳/۸±۲/۲	۰/۶	۵/۵±۰/۷	۰/۲
	ندارد	۴/۱±۱/۸		۵/۸±۰/۷	
نگهداری شیر	بلی	۴/۲±۱/۶	۰/۶	۵/۷±۰/۷	۰/۲
	خیر	۴/۱±۱/۹		۵/۸±۰/۶	
پرستار کودک	دارد	۴/۱±۱/۹	۰/۱	۵/۷±۰/۷	۰/۹
	ندارد	۴/۴±۱/۸		۵/۷±۰/۶	
آموزش شیردهی در طی بارداری	انجام شده	۴/۳±۱/۸	۰/۲	۵/۸±۰/۶	۰/۰۲
	انجام نشده	۴/۱±۱/۹		۵/۷±۰/۷	
نوع زایمان	طبیعی	۴/۷±۱/۵	۰/۰۲	۵/۸±۰/۶	۰/۷
	سزارین	۴/۱±۱/۹		۵/۷±۰/۷	
بستری شدن کودک در بیمارستان	بلی	۳/۸±۲/۲	۰/۱	۵/۷±۰/۷	۰/۳
	خیر	۴/۳±۱/۸		۵/۷±۰/۷	
شغل مادر	خانه‌دار	۴/۳±۱/۹	۰/۴	۵/۷±۰/۶	۰/۸
	شاغل	۴/۰±۱/۸		۵/۷±۰/۷	
تحصیلات مادر	نهضت/ابتدایی	[a] ۴/۴±۱/۷	۰/۰۰۶	۵/۷±۰/۵	۰/۶
	دیپلم	[a] ۴/۴±۱/۷		۵/۸±۰/۷	
	دانشگاهی	[b] ۳/۷±۲/۲		۵/۷±۰/۷	
رشته تحصیلی مادر	مرتبط با پزشکی	۳/۸±۰/۵۲	۰/۸	۵/۵±۰/۷	۰/۱
	غیر مرتبط با پزشکی	۳/۷±۰/۲۷		۵/۸±۰/۷	
تحصیلات پدر	نهضت/ابتدایی	[a] ۴/۴±۱/۷	۰/۰۱	۵/۶±۰/۶	۰/۳
	دیپلم	[a] ۴/۴±۱/۷		۵/۸±۰/۶	
	دانشگاهی	[b] ۳/۷±۲/۲		۵/۸±۰/۷	
رشته تحصیلی پدر	مرتبط با پزشکی	۳/۲±۰/۷	۰/۴	۶/۱±۰/۶	۰/۰۳
	غیر مرتبط با پزشکی	۳/۸±۰/۳		۵/۷±۰/۷	

* حروف غیر یکسان نشان‌دهنده اختلاف آماری معنی‌دار در سطح P <۰/۰۵ می‌باشد.

بحث

در مطالعه حاضر میزان تغذیه انحصاری تا ۴ ماه ۷۵/۷ درصد و تا ۶ ماه ۲۷/۴ درصد بوده است. میزان شیوع تغذیه انحصاری در سال ۱۳۷۰ تا ۴ ماهگی ۷ درصد اعلام شده بود که با برنامه‌های وزارت بهداشت در سال ۷۱ این رقم تا ۲۲/۳ درصد افزایش یافت، سپس این روند صعودی تا سال ۱۳۷۵ ادامه یافت و به رقم ۶۲/۱ درصد رسید، پس از آن مجدداً میزان شیردهی انحصاری کاهش یافت به طوری که در سال ۱۳۸۴ به ۲۷/۱ کاهش یافت. طبق آخرین آمار رسمی کشور ۷۵٪ مادران تغذیه انحصاری با شیر مادر را رعایت نمی‌کنند و حداکثر ۶۰٪ شیرخواران تا دو سالگی از شیر مادر استفاده می‌کنند (۲۸-۲۶ ، ۳). در سال ۲۰۰۷ میزان تغذیه انحصاری تا ۶ ماه در غرب آسیا و اقیانوسیه ۳۵/۵ درصد گزارش شده که حداقل آن در تایلند به میزان ۵/۴ درصد و حداکثر آن در جمهوری دموکراتیک خلق کره به میزان ۶۵/۱ درصد بوده است(۲۹). در ایالت متحده آمریکا تنها ۳۳ درصد مادران تا ۶ ماهگی به کودکان خود شیر می‌دهندو در برزیل ۳۰/۱ درصد زنان بین ۴ تا ۶ ماه به کودکان خود شیر می‌دهند (۳۰، ۳). با توجه به این که یکی از اهداف جامعه سالم تا

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

سال ۲۰۱۰ (Healthy People 2010) افزایش نسبت زنانی که شیردهی را تا شش ماهگی ادامه می‌دهند ۵۰ درصد است (۴). لذا به نظر می‌رسد با توجه به اینکه فقط ۱ سال زمان به موعد مقرر باقی مانده است، هنوز اختلاف چشمگیری بین وضعیت موجود و اهداف جامعه سالم وجود دارد. ۹۰/۳ درصد نمونه ها شیردهی را با شیر مادر آغاز کرده بودند و ۴۱/۳ درصد آنها تا یک سالگی به کودک خود شیر داده بودند که با توجه به اهداف جامعه سالم که این ارقام به ترتیب ۷۵ و ۲۵ می‌باشد به نظر می‌رسد به این هدف دست یافته‌ایم.

طول مدت شیردهی به صورت غیر انحصاری در نمونه‌های مورد بررسی به طور متوسط ۱۸ ماه بود. در مطالعه مرندی و همکاران در شهر تهران در سال ۱۳۷۱ طول مدت شیردهی ۱۴ ماه بود. آراتی و همکاران در سال ۱۳۷۹ با بررسی ۵۹۱ کودک در شهر قزوین به این نتیجه رسیدند که متوسط طول شیردهی ۷/۲±۱۸/۳ ماه می‌باشد که تقریبا شبیه مطالعه حاضر است(۱۸). در مطالعه آیت‌اللهی در شهر شیراز مدت شیردهی ۱۷/۴ ماه بدست آمد که ۱ ماه کمتر از مطالعه حاضر است. میانگین زمان شروع شیردهی ۷/۸±۴/۲ ساعت بود و در مطالعه مرندی و همکاران در سال ۱۳۷۱، ۴۲/۵ ساعت بوده است و در بیش از ۷۰ درصد موارد تغذیه با شیر مادر ۲۰ ساعت یا بیشتر پس از زایمان شروع می‌شود (۱۷، ۱۴).

زمان شروع تغذیه تکمیلی در مطالعه حاضر در ۶۳/۳ درصد نمونه‌ها ۶ ماهگی بوده است. در مطالعه رستم نژاد و امانی در اردبیل ۳۷/۵ درصد مادران در سنین ۲ الی ۴ ماهگی تغذیه کمکی را شروع کرده بودند. یکی از عوامل مهم در استفاده از تغذیه کمکی مشکلات پستانی و شایع‌ترین علت آن ناکافی بودن شیر ذکر شده بود. و میانگین سن شروع تغذیه تکمیلی ۰/۷±۵/۷ ماه بود (۲۴). سن شروع تغذیه کمکی کودکان در مطالعه آراتی و همکاران ۱/۵±۵/۶ بود که مشابه یافته‌های مطالعه ما است(۱۸). به نظر می‌رسد آموزش و اطلاع‌رسانی در خصوص زمان شروع تغذیه تکمیلی به نسبت وضعیت تغذیه انحصاری بهتر بوده است. در مطالعه ما شایع‌ترین علت قطع شیر مادر کافی نبودن شیر مادر (۳۱/۶ درصد) و عدم تمایل کودک (۲۲/۴ درصد) ذکر شده است. در مطالعه جلاهی و همکاران که در شیرخواران زیر ۶ ماه استان مازندران در سال ۱۳۸۲ بود بیشترین علت مصرف شیرخشک دوقلویی (۲۳/۸ درصد)، سپس کمبود شیر مادر (۱۳/۶ درصد) بود(۲۱). در مطالعه احمدی در شهر کاشان در سال ۱۳۸۲، مهم‌ترین علت مصرف شیرخشک ناکافی بودن شیر مادر (۵۰ درصد)، اشتغال مادر در خارج خانه (۲۰ درصد) و امتناع کودک از گرفتن سینه (۱۶/۵ درصد) بود (۲۹). در مطالعه قائد محمدی و همکاران در استان بوشهر در سال ۱۳۸۰، شایع‌ترین علت عدم تداوم شیردهی کمبود شیر مادر، شاغل بودن مادر و گریه و ناآرامی کودک ذکر شده بود(۷).

در مطالعه حاضر فقط ۳۷/۷ درصد نمونه‌ها در طی دوران بارداری آموزش دیده بودند. در مطالعه حاتمی و طالبی فقط ۱۲/۸ درصد نمونه‌ها آموزش شیر مادر را از مراکز بهداشتی کسب کرده بودند (۲۲). در مطالعه هاشمی پور و همکاران در سال ۱۳۷۶ در شهر اصفهان مشخص شد که ۵۶ درصد نمونه‌ها در کلاس آموزش تغذیه با شیر مادر شرکت نکرده بودند و ۶۷/۲ درصد آنها بلافاصله بعد از زایمان و در بیمارستان نحوه شیردهی را آموزش دیده بودند (۱۹). در حال حاضر میزان آموزش دوران بارداری که یکی از فاکتورهای تاثیرگذار بر وضعیت شیردهی می‌باشد، در کشور ما پوشش کمی دارد و آموزش بلافاصله بعد از زایمان هرچند که در اغلب بیمارستان‌ها انجام می‌شود ولی تاثیر کمتری نسبت به آموزش مداوم و در حین دوران بارداری دارد.

از نظر پاسخ‌دهی به سوالات در خصوص شیردهی کارشناسان درمانگاه‌ها و پزشک کودک، و سپس اقوام و دوستان بیشترین پاسخ‌دهی را داشتند، و کمترین پاسخ دهی در بیمارستان و هنگام زایمان بود.

در مطالعه حاضر تحصیلات پدر و مادر، سن مادر، زمان شروع تغذیه تکمیلی و نوع زایمان با آگاهی ارتباط داشتند. کسانی که آگاهی بالاتری داشتند، تحصیلات و سن بالاتر داشتند و شروع تغذیه تکمیلی آنها نزدیک‌تر به ۶ ماه بود درصورتی که در افراد با آگاهی ضعیف، غذای کمکی زودتر شروع شده بود. در مطالعه ما کمترین آگاهی در خصوص کیفیت شیر بود. در مطالعه مصفای خمامی نیز کمترین آگاهی در مورد سوال "وجود مواد محافظت کننده در مقابل بیماری‌ها در کدامیک از شیرهای مادر یا شیر خشک بیشتر است" بود (۸).

در مطالعه حاضر ۹۵/۷٪ نمونه‌ها نگرش مثبتی نسبت به شیردهی داشتند، در مطالعه مصفای خمامی در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهری لاهیجان، نگرش مثبت درخصوص مزایای تغذیه کودک با شیر مادر ۴۲/۵

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

درصد بود، به عبارت دیگر ۵۷/۵ درصد نگرش منفی داشتند. همچنین همانند مطالعه حاضر بیشترین نگرش منفی نسبت به این جمله که "شیردهی موجب بد شکل شدن اندام مادر خصوصا" سینه‌ها می‌گردد" بود و بیشترین نگرش مثبت به جمله "شیر دادن به کودک از سینه واقعا" لذت بخش است"(۸).

نتایج مطالعه جان‌نثاری و همکاران در سال ۱۳۸۶ که روی دانشجویان دختر رشته‌های غیر علوم پزشکی شهر تهران انجام شده بود، نشان داد ۷۵/۴ درصد نمونه‌ها نسبت به شیردهی نگرش مثبت داشتند که به نظر می‌رسده در سال‌های اخیر نگرش مثبت نسبت به شیردهی افزایش یافته است(۲۳).

در مطالعه ما، از نظر سطح آگاهی، ۱۸ درصد اگاهی ضعیف و فقط ۲۹/۷ درصد میزان آگاهی خوب داشتند. در مطالعه مصفای خمامی، که در شهر لاهیجان انجام شده است، مشخص شد تنها ۸/۳ زنان دارای آگاهی بالا بودند و حدود نیمی از نمونه ها آگاهی ضعیف داشتند(۸).

در مطالعه هاشمی پور و همکاران که بررسی دانش زنان شیرده شهر اصفهان پرداخته است، به این یافته رسیده اند که نیمی از مادران نسبت به شروع زمان شیردهی در زایمان سزارین و ۳۰ درصد آنها سن شروع تغذیه تکمیلی را نمی‌دانستند. و بین تعداد فرزند با دانش مادران ارتباط معکوس وجود داشت(۱۹).

در مطالعه انجام شده توسط عزالدین زنجانی و همکاران که به صورت یک مطالعه کیفی بر روی عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم شیردهی مادران انجام شده بود، مشخص شد بسیاری از آنها از زمان شروع تغذیه تکمیلی نحوه و نوع غذای کمکی، شیردهی مادر هنگام بیماری و مشکلات پستانی یا استفاده از دارو، نگهداری شیر دوشیده شده مادر اطاعات کافی نداشته و یا باورهای غلطی را عنوان می‌کنند. در حالی که در مطالعه حاضر بیشترین آگاهی درخصوص سن شروع تغذیه تکمیلی و کمترین آگاهی در خصوص کیفیت شیر مادر بود (۶).

همت یار و وکیلی در مقاله منتشر شده در سال ۱۳۸۳ میزان آگاهی ۳۰۰ خانم در محدوده سنین باروری را در سال ۱۳۸۰ بررسی کردند و طبق یافته‌های آنها ۶۳٪ نمونه‌ها آگاهی عالی داشتند ومیزان آگاهی با تحصیلات مادر ارتباط معنی‌دار داشت. تفاوت یافته‌های ایشان با سایرین احتمالاً به دلیل تفاوت در نوع سوالات و نمره‌بندی آنها می‌باشد (۲۵).

در مطالعه ایشان ۷۷٪ زمان شروع تغذیه تکمیلی را می‌دانستند در صورتی که در مطالعه ما ۸۸/۳ درصد در زمان آن اطلاع داشتند. در مطالعه کریمی در شهر یزد نیز ۸۸/۲۵ درصد زمان شروع تغذیه کمکی را می‌دانستند (۲۰).

در مطالعه ما سن و تحصیلات مادر و پدر و نوع زایمان با سطح آگاهی ارتباط معنی‌دار داشت. در مطالعه مصفا خمامی در شهر گیلان نیز مشخص شد، افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی آگاهی بالاتری نسبت به سایرین داشتند. از نظر شغل کمترین آگاهی در زنان خانه‌دار و بالاترین درصد آگاهی در گروه کارکنان بهداشتی دیده شد (۸). در مطالعه ما هر چند در افراد تحصیل‌کرده، آگاهی بالاتر بود ولی بین افراد با تحصیلات در حیطه بهداشتی و پزشکی با افراد دارای تحصیلات دانشگاهی غیر مرتبط، اختلاف وجود نداشت. در مطالعه هاشمی‌پور و همکاران نیز مشخص شد، دانش مادران کارمند نسبت به مادران خانه‌دار و قالیباف بالاتر بود(۱۹). اردویی و همکاران، رضویه و همکاران نیز به یافته‌های مشابه در این خصوص رسیده بودند (۲۰، ۱۶).

در مطالعه حاضر خانم‌های خانه‌دار و خانم‌های سزارین شده، نگرش مثبت تری نسبت به سایرین داشتند. همچنین یافته مشابه در کلیه مطالعات انجام شده در خصوص نگرش و آگاهی ارتباط معنی‌دار بین آن دو بود، به طوری که با بالا رفتن سطح آگاهی، سطح نگرش افراد هم بالا می‌رود.

منابع کسب اطلاع در خصوص تغذیه کودک بیش از همه پزشک و کادر بهداشتی درمانی بود و رادیو و تلویزیون و کتب ۱۱/۳ درصد منبع کسب اطلاع بودند. در مطالعه آیت‌اللهی و همکاران مهم‌ترین منبع کسب آگاهی مادران در رابطه با مدت شیردهی، اقوام و دوستان (۴۰ درصد) بود (۱۷).

به نظر می‌رسد که عملکرد معاونت بهداشتی طی سال‌های ۷۱ الی ۷۵ در بهبود میزان شیردهی بسیار مؤثر بوده است. در طی سال‌های یاد شده اهمیت شیر مادر در راس برنامه‌های معاونت بهداشتی قرار داشت ولی از سال ۷۶ به بعد با تغییر معاون بهداشتی عملاً برنامه‌های آموزشی در این خصوص روند نزولی پیدا کرد به طوری که در سال ۸۴ که آخرین گزارش رسمی کشوری گزارش شده است این میزان به ۲۷/۱ درصد رسید. در بین عوامل مورد بررسی تحصیلات، آموزش و امکان شیردهی در محل کار و زایمان سزارین مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار هستند که نیاز به توجه

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

بیشتری دارند. همچنین توصیه می‌شود در خصوص علل شروع زودرس تغذیه تکمیلی و باورها و اعتقادات جامعه، مطالعات بیشتری انجام گیرد.

سپاسگزاری: هزینه این پژوهش از محل اعتبارات طرح‌های پژوهشی معاونت پژوهشی شورای پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور تأمین شده است. از شورای پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور به جهت حمایت مالی و جناب آقای دکتر علیرضا ابدی، مشاور آمار قدردانی می‌گردد.

References

1. A group of authors Breastfeeding and infant nutrition, Office of Health Education,Tehran, 1980:2-6. [in Persain]

2. Health Department of the Ministry of Health and Medical Education, monitoring and evaluation of reproductive health programs (IMES),2005[in Persian].

3. Ministry of Health and Medical Education.UNISEF. Health indicators and evaluation of the goals of the Islamic Republic of Iran. Periodical Report of Journal of Health and Medical Education.2006;83-104. [in Persian]

4. Clark A, Anderson J, Adams E. Assessing the knowledge, Attitudes, Behaviors and Training Needs related to infant feeding, specifically breastfeeding, of child care providers, Matern Child Health Journal. 2008; 12(1): 128-135

5.Centers for Disease Control and Prevention Health Resources and Service Administration. Helathy People2010Objects.http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume2/16MICH.htm#_Toc494699660

6.Ezzedin Zanjani N, Faghihi Tavakoli M. A qualitative survey of effective factors on exclusive breastfeeding and continuation in urban and rural areas of Iran, 2000-2001.Hakim. Summer 2002; 5(2):133-144[in Persian]

7. Ghaed Mohamamdi Z, Hadi Zafarmand M, Heydary GH, Anaraki A, Dehghan A, Determination of effective factors in breast feeding continuity for infants less than 1 year old in urban area of Bushehr Province (Persian) Iran South Med J, 2004; 7(1) 1:79-87 [in Persian]

8. Mossafa Khomami H, Knowledge and attitudes of mothers during the first year after the birth of Breastfeeding. J Guilan Univ Med Sci. 2004; 13(51) 23-33[in Persian].

9. Shaker I, Scott J, Reid M. Infant feeding attitudes of expectant parents: Breastfeeding and formula feeding, Journal of Advanced Nursing, 2002, 45 (3), 260-268.

10. Khassawneh M, Khader Y, Amarin Z, Alkafajei A. Knowledge, attitude and practice of Jordan: a cross-sectional study, International breastfeeding journal. 2006, 1:17.

11. Dewan N, Wood L, Maxwell S, Cooper C, Barbin B, Breast-feeding knowledge and attitudes of teenage mothers in Liverpool, Journal of Human Nutrition Dietetics, 2002, 15, 33-37.

12. Glover M, Manaena-Biddle H, Waldon J. Influences that affect Maori women breastfeeding, PMID: 17695072 [PubMed - indexed for MEDLINE

13. Appoh LY, Krekling S. Maternal nutritional knowledge and child nutritional status in the Volta region of Ghana, 2005, Blackwell publishing Ltd.

14. Marandi A, Afzali MH, Hossaini AF. The reasons for early weaning among mothers in Tehran. Bull World Health Organ .1993,71(5):561-569

15. Malekafzali H, Azedeen Zanjani A, Saadondian S, HoseiniChavooshi M. Assessment of Married Women Aged Between 15-49 Interaction with Breast Feeding Promotion Program in June 1994. Teb Tazkiyeh 1997;Spring(24):6-10 .[in Persian]

16. Razaviyeh SV,Sohrabi A,Pour abdollahi P ,Salekzamani M.Dastgiri S. Knowledge, attitudes and utilization of maternal health care centers in the city of Tabriz on breast feeding and weaning foods.Med J Tabriz Univ Med Sci.2000.34(48) 65-70[in Persian]

17. Ayatolahi ST, Nasihatkon AA, Ayatelahi SAR. A longitudinal study on factors affecting weaning pattern of mothers in Shiraz, Iran. J Kerman Univ Med Sci .Winter 2001; 8(1):35-43 [in Persian].

18.Arati A,GHartian K,Study of Factors affecting the duration of breastfeeding in children under 30 months covered by the Community Center, 22 Bahman 1379..[PhD thesis of GP].Ghazvin.Medical Schoool .Qazvin University of Medical Sciences and Health Services.1999[in Persian]

19.Hashemi pour M, Gheisar A, Sadri GH, et al. Knowledge about the importance and necessity of breastfeeding mothers breastfeeding for children under 15 months ,Isfahan 1376.J of The faculty of Medicine1999.5(1) 75-77[in Persain].

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

20.Karimi M,Orduei M,Jamshidi Khosh Kh. Knowledge of mothers on infant feeding in the first 2 years after the birth in Azad Shahr. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci.2001.36(4) 16-22. [in Persain]

21. Jalahi H,Mohammadpour H,Gholami GH, Vahedi H. Reasons for formula milk consumption in infant under 6 months in mazandaran province in 2003. J Mazandaran Univ Med Sci. Spring 2005; 15(46):111-116[in Persian]

22.Hatami A, Talebi Toti Z. Feeding patterns in nfant. Hayat .2007.13(2):71-76[in Persian]

23.Jannesari SH, Doulatian M, AlaviI Mmajd H. Knowledge and attitude regarding breastfeeding. Faculty of Nurs of Midf Quartely, Fall 2007; 16(58):4-12 [in Persian]

24.Rostam Nejad M, Amnai F. Causes of Failure in Breast Feeding Mothers Ardabil 1379-80 J Ardabil Univ Med Sci. 2004; 3 (4) 31-35[in Persian]

25.Hemmaryar M,Vakili L.The Evaluation of awareness of Pregnant mothers and reproductive age women about nursing . Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch. Fall 2004; 14(1):23-28[in Persian].

26.Marandi A, Malek Afzali H, Saadvandian S. The pattern of feeding in the Islamic Republic of Iran. Nabz. 1991;(6)-9-12[in Persian]

27.Health Department of the Ministry of Health and Medical Education,study of Multiple indicators of the status of women and children in Iran (MICS).1997[in Persian].

28. Health Department of the Ministry of Health and Medical Education, study of Indicators of population characteristics in Iran. 2000 [in Persian]

29.Key strategies for promotion of Breastfeeding. http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20070801.htm

30. Audi CA, Correa AM, Latorre MR. Complementary feeding and factors associated with breastfeeding and exclusive breast-feeding among infants up to twelve months of age, Itapira, Sao Paulo,1999. Brazilian J of Mother and Child Health. 2003; 3: 85-93.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

Assessment of breastfeeding and related factors in three hospitals of Tehran, 2008

Kamali Z[1], Rasouli B[2], Roodpeyma Sh[3], Haji Mirsadeghi Z[4], Eivani MJ[5]*

*1- *Corresponding author: M.Sc in Nutrition Sciences, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: zkamalee@yahoo.com*

2- M.Sc in Epidemiology , Karolinska Institute , Sewden

3- Prof, Pediatric Cardiology Ward, Shaheed Modarres Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- B.Sc in Nutrition Sciences, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Students' Research Committee, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran , Iran.

Abstract

Background and Objective: Breastfeeding is one of the important factors in infant's health, safety and body and mental development that have many social, economical and health benefits for family and society. In spite of these advantages of breastfeeding and recommendations to exclusive breastfeeding up to 6 months and continuation of it at least until 1 year with supplementary food, but still in our country the rate of breastfeeding is low. Current study accomplished with the purpose of determination the rate of breastfeeding and related factors, which affect it in Shahid Beheshti University of Medical Sciences' health centers and compare the results with available information from 1370-1386.

Materials and Methods: In this cross sectional study 300 women with children aged 12 to 24 months were randomly selected and interviewed. Information regarding participants' demographics and related factors on breastfeeding consists of level of education of parents, parents' occupation, number of working days, training about breastfeeding and other factors were collected. Then knowledge and attitude of mothers regarding breastfeeding were assessed by using a questionnaire consists of 10 questions about knowledge and 16 question about attitude. Data was analyzed by SPSS software.

Results: The average age of mothers was 28.9±4.6 years, about 41.7% of them has finished the high school and 19.7% of mothers has worked out of home and among them just 22% in workplace had a specific place for breastfeeding. The result showed that 75.7% of mothers were exclusive breast feeders up to 4 months and just 27.4% of them did it up to 6 months. In 63.3% of infants supplementary feeding was started in 6 month and in 31.1% of them it was started before 6 months. Among them just 29.7% of mothers had good levels of knowledge but 95.7% of them had good attitudes regarding breastfeeding.

Among related factors that affect breastfeeding, level of mother's education had relation with length of exclusive breastfeeding inversely. Existence of a specific place for breastfeeding in workplaces leaded to increasing length of exclusive breastfeeding for 1 month.

Conclusion: In spite of the fact that health ministry tried to increase the length of exclusive breastfeeding, but still we are far from the aim of a health community in 2010 that announced it should be near 50%.

Keywords: Breastfeeding, Knowledge, Attitude, Exclusive breastfeeding

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]