مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
بهار ۱۳۹۲؛۵(۱): ۲۰۸-۱۹۹

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Spring2013;5(1): 199-208

مقاله پژوهشی

بررسی میزان آگاهی و عملکرد مادران شهر مشهد در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی کودک

محمد علی کیانی[۱]، علی خاکشور[۲]، رحیم وکیلی[۳]، معصومه سعیدی[۱]*

[۱]استادیار، فوق تخصص گوارش اطفال، مرکز تحقیقات نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[۲]استادیار، متخصص اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۳]استاد، فوق تخصص غدد اطفال، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[*]**نویسنده مسئول**: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
پست الکترونیک:Masumeh_Saeedi@yahoo.com

وصول:۹۲/۱/۲۶ اصلاح:۹۲/۳/۱۳ پذیرش:۹۲/۳/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: *تغذیه با شیرمادر یکی از اصول مهم در تامین سلامتی شیرخواران می باشد. تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماهه اول زندگی، سبب کاهش مرگ و میر شیرخواران شده آنها را در مقابل بیماریها محافظت می نماید. این مطالعه جهت تعیین "آگاهی و عملکرد مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی کودک" انجام شد.*

مواد و روش کار: *این مطالعه توصیفی تحلیلی ۱۰۵ مادر دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه که به روش خوشه ای و تصادفی ساده از مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شده و پرسشنامه محقق ساخته آگاهی و عملکرد را تکمیل نمودند. اطلاعات توسط آزمونهای توصیفی-تحلیلی (تی تست، همبستگی، ANOVA) در SPSS آنالیز شد.*

یافته ها: *۷۲/۴ درصد کودکان تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند. میانگین آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر ۴/۵۴۵+۱۸/۸۱۸ از نمره ۲۸ و میانگین عملکرد آنان ۲/۳۳۸+۷/۱۰۶ از ۱۲بود. وضعیت رشد کودکان در ۴/۸درصد موارد عالی و در ۴۲/۹ درصد خوب بود. یافته ها نشان داد بین تحصیلات پدر، تعداد فرزند، وضعیت رشد کودک و عملکرد مادر ارتباط آماری معنی دار بود (۰۵/ $p<0$). بین محل سکونت و آگاهی مادران نیز ارتباط معنی داری وجود داشت ($p<0/05$). بین میزان آگاهی و عملکرد مادران همبستگی مستقیم و معنی دار بود ($p= 0/000$ و $r=0/212$). بین سن مادر و عملکرد وی نیز ارتباط معنی دار و معکوس بود ($p= 0/000$ و $r=0/212$).*

نتیجه گیری: *آگاهی و عملکرد مادران نسبت به تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در حد متوسط می باشد. ضروریست برنامه ریزی جهت ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی کودک برای گروه هدف انجام گیرد.*

واژه های کلیدی: *آگاهی- عملکرد- تغذیه انحصاری- شیرخوار*

مقدمه

شیر مادر یکی از سالمترین روشهای تغذیه کودک است و مزایای بارزی برای مادران و کودکان دارد. این شیر حاوی عناصر مغذی است که حداقل تا سن شش ماهگی بهترین تعادل تغذیه ای را برای کودک فراهم میکند. تغذیه با شیر مادر باعث کاهش خطر بیماریه ای عفو نی، دیابت، سرطان، آسم و چاقی کودکان می شود و علاوه بر آن شیردهی مزایای اقتصادی نیز در بردارد [۱]. مطالعات اپیدمیولوژیک اثر شیر انسان را در کاهش مرگ و میر نوزادان در نتیجه بیماریهای مزمن و حاد را نشان داده است [۲-۳]. شیر مادر در شش ماه اول زندگی، تمامی نیازهای تغذیه ای کودک را تامین نموده و در حفظ سلامتی کودکان در دنیا نقش بسیار مهمی دارد [۴] و شروع تغذیه تکمیلی می تواند بر رشد شیرخوار، تاثیر منفی بگذارد [۴-۶]. کارشناسان معتقدند تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی، اهمیت زیادی در سلامت

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

و کاهش مرگ و میر کودکان داشته [۸-۷] و علاوه بر کاهش مرگ و میر نوزادی می تواند از بسیاری از بیماری های دوران کودکی پیشگیری کند [۱۱-۹]. شیر مادر به دلیل دارا بودن بسیاری از مواد شناخته شده و ناشناخته، به خصوص اسیدهای چرب ضروری برای رشد مغز و تکامل اعصاب، اهمیتی ویژه دارد [۱۲]. سازمان بهداشت جهانی بر ادامه تغذیه انحصاری در ۶ ماه اول زندگی تاکید بسیار دارد [۱۴-۱۳،۱۰]. تعاریف زیادی درباره تغذیه انحصاری با شیر مادر در منابع علمی آورده شده است ولی تعریفی که بیشتر استفاده می شود عبارت است از: "تغذیه نوزاد با شیرمادر به تنهایی بدون تغذیه با سایر مواد غذایی و حتی آب که این مواد شامل داروها، واکسن ها، ویتامین ها، و مکمل های غذایی مورد نیاز نمی شود" [۱۵]. پیشنهادهای سازمان بهداشت جهانی و یونیسف همگی بر تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول زندگی و شروع تغذیه کمکی از پایان ماه ۶ تا ۲سالگی تاکید دارند [۱۶]. از طرفی نیاز به ارتقا و حمایت شیردهی جهت سلامتی و تکامل کودکان امری غیرقابل انکار بوده و تغذیه با شیر مادر یکی از اولویتهای بهداشت عمومی در جهان است [۱۷].

در بررسی های به عمل آمده توسط دست اندرکاران ترویج تغذیه با شیر مادر، الگوی تغذیه انحصاری با شیرمادر در ۶ ماه اول زندگی در نقاط مختلف جهان متفاوت است. در چین ۸۰ درصد از کودکان در ۴ تا۶ ماه اول، توسط شیرمادر به صورت انحصاری تغذیه می شوند [۱۸]. به طور کلی تغذیه انحصاری با شیرمادر از ۱ تا ۹۰ درصد در نقاط مختلف جهان متفاوت است [۱۹]. شیوع تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی در اوگاندا ۳۵/۱، در غنا ۵۱/۶ و در عربستان ۲۷/۳ درصد بوده است [۲۲-۲۰]. تغذیه انحصاری با شیر مادر در خاورمیانه در سالهای ۲۰۰۶-۲۰۰۰ به طور متوسط ۲۸ درصد و در پاکستان ۱۶ درصد، عراق ۲۵درصد، عربستان صعودی ۳۱درصد، مصر۳۸ درصد و در ایران ۴۴ درصد گزارش شده است [۲۳]. عوامل اقتصادی –اجتماعی، دموگرافیک، فرهنگی، مامایی و نوزادی در توقف زودهنگام تغذیه انحصاری موثر شناخته شده است. این عوامل در جوامع مختلف متفاوت می باشد [۲۱،۲۴]. در امریکا در سال ۲۰۰۰، ۳۵ درصد از مادران کودک خویش را تا ۶ماهگی به طور انحصاری با شیرخود تغذیه کرده اند ولی این آمار در سال ۲۰۱۰ به ۵۰ درصد رسیده است [۲۵،۲۷].

این در حالیست که در ایران مطالعات دموگرافیک و سلامت[1] در سال ۲۰۰۰ و ادغام نظارت و ارزیابی[2] که توسط وزارت بهداشت و درمان در سال ۲۰۰۴ انجام شد، تغذیه انحصاری با شیرمادر تا پایان ۶ ماهگی را به ترتیب ۴۴ درصد و ۲۷ درصد گزارش کرده اند [۲۸].

در مطالعات مختلف نتایج ضد و نقیضی در ارتباط با عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری گزارش شده است. عواملی چون جنس شیرخوار، سن، سواد، شغل و پاریتی مادر، آموزش های قبل از زایمان و زمان شروع شیردهی در بعد از زایمان، مورد بررسی قرار گرفته اند [۲۹،۲۴-۶،۲۱-۵]. در مطالعاتی نیز بین جنس شیرخوار و تغذیه انحصاری ارتباط معنادار، وجود نداشته است [۶-۵]. در سالهای اخیر تلاش بسیاری در جهت ترویج تغذیه انحصاری در سیستم شبکه بهداشتی-درمانی کشور انجام گرفته است. با توجه به اهمیت ارتقاء و ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر و تعیین عوامل مرتبط با آن و نیز با توجه به ضد و نقیض بودن نتایج مطالعات در این زمینه، این پژوهش به منظور بررسی آگاهی وعملکرد مادران شهر مشهد در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی کودک انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه مادران دارای شیرخوار ۶ تا ۱۲ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد جهت پایش رشد کودک و حجم نمونه پژوهش با روش خوشه ای و تصادفی ساده انتخاب گردید که با خطای ۰/۰۵ درصد و فاصله اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۳ درصد، ۱۰۵ نفر تعیین شد.

روش نمونه گیری به این صورت بود که کل شهر مشهد به سه خوشه (مرکز بهداشت مشهد یک، مرکز بهداشت

1 -DHS(Demoghraphic and Health Surveys)

2 -IMES(Integrated Monitoring and Evaluation System)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

مشهد دو و مرکز بهداشت مشهد سه) تقسیم و در هر خوشه به روش تصادفی ساده ۳ مراکز بهداشتی درمانی انتخاب گردید (جمعا ۹ مرکز بهداشتی درمانی از مناطق مختلف شهر مشهد) و در هر مرکز بهداشتی درمانی به روش تصادفی ساده نمونه مورد نظر انتخاب گردید، به این صورت که پژوهشگران با هماهنگی با مسوول مراکز بهداشتی درمانی به کلینیک مادر و کودک در هر مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده و با انتخاب مادر (دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه، ملیت ایرانی، داشتن فرزند زنده بدون ناهنجاری شناخته شده، داشتن پرونده در مرکز بهداشتی درمانی، نداشتن سابقه هیچ گونه بیماری جسمی، روانی و اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر طبق اظهار مادر) و بیان اهداف تحقیق برای مادران، ضمن اخذ موافقت واحدهای پژوهش جهت همکاری در اجرای طرح، در مورد محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن نمونه ها در رد یا قبول شرکت در پژوهش نیز توضیحاتی ارائه و در صورت رضایت مادران، پرسشنامه تحقیق در اختیار آنان قرار گرفته و در صورتی که مادر سواد کافی نداشت از طریق مصاحبه اطلاعات لازم اخذ می گردید، سایر اطلاعات مربوط به رشد کودک از پرونده کودک استخراج گردید.

روش گردآوری اطلاعات بر اساس پرسشنامه ای پژوهشگر ساخت بود که روایی آن توسط صاحبنظران و پایایی آن (توسط آزمون آماری) تایید شده بود، به این صورت که روایی پرسشنامه با استفاده از کتب، دستورالعمل ها و مقاله های علمی و با بهره گیری از نظرات اساتید و کارشناسان دست اندرکار تعیین شد. برای تعیین پایایی آن نیز از روش ثبات درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد.این ضریب برای کل پرسش نامه ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و ۱۴ سوال در خصوص آگاهی مادر در مورد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر (فواید تغذیه با شیر مادر، مضرات عدم شیردهی به موقع برای شیرخوار، مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه با شیر مادر و نقش آن در ایمنی شیرخوار، مدت زمان مکیدن پستان مادر، نیاز به مابعات هنگام تغذیه انحصاری شیرخوار) و ۶ سوال در مورد عملکرد مادران نسبت به تغذیه انحصاری با شیرمادر بود (هم اتاقی بودن پس از تولد نوزاد، تعداد دفعات شیر دادن، مواقع شیر دادن، استفاده از شیر مصنوعی، استفاده از آب قند و داروهای گیاهی، مدت زمان شیر دادن به کودک در ۶ ماه اول تولد کودک). اطلاعات پس از جمع آوری، کدبندی و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵شدند. سپس اطلاعات کدبندی شده با آزمونهای توصیفی (میانگین-جدول توزیع فراوانی) و نیز آزمونهای تحلیلی (همبستگی-تی تست-ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

میانگین سن مادران ۵/۸۹۸±۲۹/۶۶ بود. از لحاظ رشد کودک: ۴/۸ درصد کودکان رشد عالی، ۴۲/۹ درصد خوب داشتند. درآمد خانواده در ۳۸/۱ درصد خوب و ۳/۸ درصد هم خیلی خوب بوده است. ۷۲/۴ درصد مادران خانه دار و ۶۲/۹ درصد پدران نیز شغل آزاد داشتند.۴۰ درصد مادران تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات پدر در ۶/۷درصد ابتدایی و ۲۹/۵ درصد راهنمایی بوده است (جدول ۱).

میانگین آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر ۴/۵۴۵±۱۹/۸۱۸از نمره ۲۸ و میانگین عملکرد آنان ۲/۳۳۸±۷/۱۰۶ از ۱۲ بود (جدول ۲).

۸۸/۶ درصد مادران بعد از تولد کودک با وی هم اتاق بوده اند و شیردهی به نوزاد بلافاصله شروع شده است. ۳۷/۱ درصد مادران اعلام کردند که روزی بیش از ۱۲ بار به کودک خود شیر داده و شیردهی به کودک در بقیه موارد کمتر از این مقدار بوده است. یافته ها نشان داد ۷۸درصد مادران گزارش کردند که هنگام گرسنگی به کودک خود شیر داده و بقیه مادران ساعات مشخصی از شبانه روز را برای شیردهی به کودک خود در نظر می گرفتند. شیردهی اختصاصی به کودک در ۶ ماهه اول تولد فقط در ۷۲/۴ درصد مادران اجرا شده و ۲۷/۶درصد هم علاوه بر شیر مادر مواد دیگری نیز به کودک می دادند. یافته ها نشان داد ۳۰/۵ درصد مادران به کودک زیر ۶ ماه آب قند، ۱۳/۳درصد داروی گیاهی و ۱۰/۵ درصد نیز آب می دادند. یافته ها نشان داد ۶۴ درصد مادران در مورد نشانه های کافی بودن شیر مادر اطلاعات کافی داشتند. ۴۳/۸درصد مادران بیان کردند که برای تغذیه کودک شیرخوار کمتر از ۶ ماه علاوه بر شیر مادر، کودک نیاز به مایعات دیگری هم

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه

متغیرها	فراوانی	درصد
وضعیت رشد کودک		
عالی	۵	۴/۸
خوب	۴۵	۴۲/۹
متوسط	۴۶	۴۳/۸
ضعیف	۹	۸/۶
شغل مادر		
خانه دار	۷۶	۷۲/۴
آزاد	۷	۶/۷
کارمند	۲۲	۲۱
شغل پدر		
آزاد	۶۶	۶۲/۹
کارمند	۳۹	۳۷/۱
تحصیلات مادر		
ابتدایی	۷	۶/۷
راهنمایی	۳۰	۲۸/۶
متوسطه	۲۶	۲۴/۸
دانشگاهی	۴۲	۴۰
تحصیلات پدر		
ابتدایی	۷	۶/۷
راهنمایی	۳۱	۲۹/۵
متوسطه	۳۱	۲۹/۵
دانشگاهی	۳۶	۳۴/۳
درآمد خانواده		
کم	۱۰	۹/۵
متوسط	۵۱	۴۸/۶
خوب	۴۰	۳۸/۱
خیلی خوب	۴	۳/۸
رتبه تولد فرزند		
اول	۵۰	۴۷/۶
دوم	۴۸	۴۵/۷
سوم	۵	۴/۸
بیشتر از سه فرزند	۲	۱/۹

جدول ۲: مقایسه آگاهی و عملکرد مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیرمادر بر حسب میانگین

متغیر	میانگین	انحراف معیار	نمره کل
آگاهی	۱۹/۸۱۸	۴/۵۴۵	۲۸
عملکرد	۷/۱۰۶	۲/۳۳۸	۱۲

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول۳: عملکرد مادران در مورد برخی فاکتورهای موثر بر شیردهی انحصاری کودک با شیر مادر

آماره		تعداد	درصد
عملکرد			
هم اتاق بودن	بلی	۹۳	۸۸/۶
مادر و کودک	خیر	۱۲	۱۱/۴
پس از تولد	کل	۱۰۵	۱۰۰
در چه ساعاتی از	صبح	۲	۱/۹
شبانه روز به	ظهر	۱۸	۱۷/۱
کودک شیر می	شب	۷	۶/۷
دهید؟	زمان گرسنگی	۷۸	۷۴/۳
	کل	۱۰۵	۱۰۰
علاوه بر شیر مادر	بلی	۲۹	۲۷/۶
به کودک شیر یا	خیر	۷۶	۷۲/۴
غذای کمکی هم	کل	۱۰۵	۱۰۰
می دهید؟			
کدام یک از این	آب	۱۱	۱۰/۵
مواد را به جز	داروی گیاهی	۱۴	۱۳/۳
شیرمادر به	آب قند	۳۲	۳۰/۵
کودک داده اید؟	هیچکدام	۴۸	۴۵/۷
	کل	۱۰۵	۱۰۰

جدول ۴: آگاهی مادران در مورد برخی فاکتورهای موثر بر شیردهی انحصاری کودک باشیرمادر

آماره		تعداد	درصد
آگاهی			
در تغذیه با شیرمادر	بلی	۴۶	۴۳/۸
کودک تا ۶ماهگی،	خیر	۴۶	۴۳/۸
کودک نیاز به مایعات	نمی دانم	۱۳	۱۲/۴
دیگری هم دارد.	کل	۱۰۵	۱۰۰
نشانه کافی بودن شیر	افزایش وزن	۲۲	۲۱
مادر برای کودک کدام	گریه نکردن کودک	۱۵	۱۴/۳
می باشد؟	۶-۴بار مدفوع در شبانه	۴	۳/۸
	روز	۶۴	۶۱
	همه موارد	۱۰۵	۱۰۰
آیا شیرمادر تا۶	بلی	۷۸	۷۴/۳
ماهگی نیاز غذایی	خیر	۲۱	۲۰
کودک را برآورده می	نمی دانم	۶	۵/۷
کند؟	کل	۱۰۵	۱۰۰
از مضرات شیر	بلی	۸۱	۷۷/۱
مصنوعی ، ابتلای	خیر	۱۳	۱۲/۴
بیشتر کودک به	نمی دانم	۱۱	۱۰/۵
بیماریهاست.	کل	۱۰۵	۱۰۰

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۵: مقایسه همبستگی سن مادران بر حسب میزان آگاهی و عملکرد

متغیر	آماره	آگاهی	عملکرد
سن مادر	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۱۶۷	-۰/۲۶۶
	درجه معنی داری	۰/۰۹۸	*۰/۰۰۷

جدول ۶ : مقایسه همبستگی عملکرد مادران بر حسب میزان آگاهی آنها در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر

متغیر	آماره	آگاهی
عملکرد مادران	ضریب همبستگی پیرسون	*۰.۲۱۲
	درجه معنی داری	۰.۰۳۷

دارد و ۷۸ درصد مادران هم اعتقاد داشتند که در ۶ ماهه اول شیرمادر نیاز غذایی کودک را برآورده می سازد. ۷۷/۱ درصد مادران نیز در مورد مصرف شیر مصنوعی و عوارض آن برای کودک اطلاع کافی داشتند.

آزمون آماری اسپیرمن نشان داد بین سن و عملکرد مادر در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط آماری معکوس و معنی داری موجود است (p= ۰/۰۰۷ و r=۰/۲۶۶-) به طوریکه هرچه سن مادر بیشتر بود عملکرد ضعیف تری نسبت به تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشت.

آزمون اسپیرمن نشان داد رابطه آماری معنی داری بین آگاهی و عملکرد مادران موجود است (p=۰/۰۳۷ و r=۰/۲۱۲) به طوریکه هرچه آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر بیشتر بود ، عملکرد بهتری در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند.

آزمون ANOVA نشان داد بین تعداد فرزندان و عملکرد مادر در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط آماری معنی داری موجود است (p=۰/۰۴۸) به طوریکه مادران دارای یک فرزند عملکرد بهتری در خصوص تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند. این آزمون همچنین نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین وضعیت رشد کودک وعملکرد مادر در مورد تغذیه انحصاری با شیرمادر وجود دارد (p=۰/۰۲۳) به طوریکه مادران دارای کودک با وضعیت رشد خوب، عملکرد بهتری در خصوص تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند. یافته ها نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین منطقه محل سکونت مادر و میزان آگاهی مادر در مورد تغذیه انحصاری با شیرمادر موجود بود (p=۰/۰۰۶) به طوریکه مادران ساکن بالای شهر آگاهی شان در مورد تغذیه انحصاری با شیرمادر بیشتر از سایر مادران بود.ارتباط آماری معنی داری نیز بین تحصیلات و شغل پدر و عملکرد مادران در مورد تغذیه انحصاری باشیر مادر موجود بود، به طوریکه کودکانی که پدرشان کارمند و تحصیلات آنان بالاتر (دانشگاهی) بود، مادرشان عملکرد بهتری در مورد تغذیه انحصاری باشیر مادر داشته است (p<۰/۰۵).آزمون ANOVA همچنین نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین درآمد خانواده، تحصیلات مادر، شغل مادر و میزان آگاهی و عملکرد مادر در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر موجود نبود (p>۰/۰۵).

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

بحث

در این مطالعه ۱۰۵ مادر شیرخوار ۶ تا ۱۲ ماهه که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مشهد بودند از نظر میزان آگاهی و عملکرد در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول تولد کودک در این مطالعه ۷۲/۴ درصد می باشد. این نتایج با نتایج مطالعه کشور چین همخوانی داشته [۱۸] و از طرفی بیشتر از میانگین تغذیه با شیر مادر در کشور ایران [۲۸] و کشورهای امریکا [۲۵،۲۷]، اوگانداو غنا [۲۲-۲۰]، مصر، عراق، عربستان [۲۳] و پاکستان [۱۶] می باشد.

آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر در حد متوسط بود که با یافته های مصفای خمامی هماهنگ می باشد [۳۰]. یافته های چرکزی[1] و همکاران نشان داد میزان آگاهی مادران در مورد تغذیه با شیر مادر در ۸۲ درصد مادران خوب بوده است [۳۱]. مطالعه حاضر نشان داد عملکرد مادران در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر نیز در حد متوسط می باشد. طبق نتایج این مطالعه رابطه آماری معنی داری بین تحصیلات پدر کودک (دانشگاهی) و شغل پدر (کارمند) با عملکرد بهتر مادر در زمینه تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر وجود داشت که با یافته های وقاری همسو نیست [۳۲]. بررسی علایی و همکاران در تهران نشان داد که ۲۴ درصد موارد همسر و ۴۴ درصد خواهر و مادرخانم و یا همسر وی و در ۳۲ درصد موارد سایر افراد فامیل و دوستان و کادر درمانی مشوق شیردهی بوده اند [۳۳]. در مطالعه ای در انگلستان حمایت همسر و پذیرش رفتار شیردهی به عنوان یک هنجار اجتماعی، حمایت از طرف دوستان از عوامل مهم برای شروع و تداوم شیردهی بوده است [۳۴]. اسویت[2] نیز در مطالعه خود نشان داد حمایت همسران و نگرش مناسب آنان نسبت به تغذیه با شیرمادر در تداوم شیردهی نوزادان نارس موثر بوده است [۳۵]. بررسی گیل[3] نشان داد که اعضاء دیگر خانواده در دوره موفقیت آمیز تغذیه با شیر مادر نقش دارد [۳۶]. یافته های پیساکانه[4] حاکی از آن بود که آموزش پدر در مورد اهمیت تغذیه با شیر مادر و رفع مشکلات و موانع تغذیه با آن، با افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی کودک همراه می باشد [۳۷]. همچنین یافته های اسکات[5] موید این بود که بین ادامه تغذیه با شیر مادر و میزان آگاهی، نگرش و حمایت پدر رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت [۳۸].

در مطالعه حاضر بین سن مادر و تعداد فرزندان و عملکرد وی در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط آماری معنی دار وجود داشت، به طوریکه مادران با سن بیشتر عملکرد ضعیف تری نسبت به تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند که می تواند به دلیل تعداد فرزندان بیشتر باشد. ارتم[6] نیز در مطالعه خود نشان داد ارتباط بین سن و تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر معنی دار می باشد [۳۹].

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد ارتباط بین تعداد فرزندان (یک فرزند) و عملکرد بهتر مادر در مورد تغذیه انحصاری معنی دار می باشد. این نتایج با یافته های چرکزی [۳۱]، پرساد[7] [۴۰]، گریفتس[8] [۴۱] و میراحمدی زاده [۴۲] هماهنگ نبوده ولی با یافته وقاری در این زمینه همسو می باشد [۳۲].

نتایج این مطالعه نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین محل سکونت و آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری باشیر مادر وجود داشت، نتایج این مطالعه نشان داد مادران ساکن در مناطق مرفه شهر اطلاعات بیشتری در مورد فواید شیرمادر و تغذیه انحصاری کودک داشتند که می تواند به دلیل تحصیلات بیشتر آنها و همسرانشان، داشتن فرزند کمتر و برخورداری بیشتر از امکانات مراکز بهداشتی درمانی (شرکت در کلاس های آموزشی، مطالعه پمفلت و بروشورهای اطلاع رسانی در مورد فواید شیردهی و تغذیه انحصاری برای کودک) باشد. این نتایج با یافته های میراحمدی زاده هماهنگ نمی باشد [۴۲]. مطالعه ای درکانادا نشان داد تفاوت آماری معنی دار در مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر بین کودکان شهری و

1 -Cherkzi
2 -Sweet
3 -Gill
4 -Pisacane

5 - Scott
6 -Ertem
7 -Persad
8 - Griffiths

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

روستایی وجود دارد [۴۳]. مطالعه حاضر نشان داد رابطه آماری معنی داری بین سطح سواد و شغل مادر با تغذیه انحصاری با شیر مادر موجود نیست که با یافته های سویج[1] در این زمینه هماهنگ نمی باشد [۴۴].

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد وضعیت رشد کودک با عملکرد مادر در زمینه تغذیه انحصاری مرتبط می باشد، از طرفی بین عملکرد و آگاهی مادران در زمینه تغذیه انحصاری باشیر مادر ارتباط آماری معنی دار موجود می باشد.

نتیجه گیری

تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر بیشتر از میانگین کشوری و نیز میانگین کشورهایی همچون امریکا، کشورهای افریقایی مثل غنا و اوگاندا و نیز کشورهای عضو منطقه خاورمیانه می باشد. از طرفی آگاهی مادران در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر در حد متوسط می باشد. از آنجا که بین آگاهی و عملکرد ارتباط آماری معنی دار موجود است می توان نتیجه گیری نمود که با افزایش آگاهی مادران در زمینه تغذیه انحصاری باشیر مادر، عملکرد آنان نیز در این زمینه ارتقایافته و لذا آموزش به مادران در مورد فواید شیر مادر و اطلاع رسانی بیشتر به آنان در مورد تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر در ۶ ماهه اول تولد کودک، سهمی به سزا در ارتقای سلامت کودکان جامعه خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

از همکاری و مشاوره ارزشمند معاونت فنی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی جناب آقای دکتر غلامحسن خدایی و نیز کلیه پرسنل شاغل در ۹ مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد (شهید قدسی، شهید مطهری، مرکز خواجه ربیع، دانش آموز، آب و برق، شهید صفاری، التیمور، چهارده معصوم(ع)، شهید هاشمی نژاد) و مادران عزیزی که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

1 -Savage

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

References

1. Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care 2009 WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI,(2009_s3.1&2).
2. 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.
3. 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.
4. Walker A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. J Pediatr. 2010; 156(2Suppl):S3-7. Review.
5. Imani M, Mohamadi M, Rakhshani F. [Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding in Zahedan (Persian)]. Faiz 2003;26(7):26-33
6. Abedzadeh M, Saberi F, Sadat Z.[Quality of nutrition and factors related to it in 4/5 month old babies of Kashan (Persian)]. Faiz 2005;3: 59-64.
7. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS:How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003, 362:65-71.
8. 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. Lancet2000, 355(9202):451-455.
9. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW: Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. J Paediatr Child Health 2001, 37(3):254-261.
10. WHO: The optimal duration of exclusive breastfeeding.Geneva 2001.
11. Breastfeeding trends and updated national health objectives for exclusive breastfeeding United States, birth years 2000-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2007,56(30):760-763.
12. Innis SM: Perinatal biochemistry and physiology of longchain polyunsaturated fatty acids. J Pediatr 2003, 143(4Suppl):S1-8.
13. WHO: Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding World Health Organization; 2001.
14. American Academy of Pediatrics (AAP). Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk.Pediatrics. 1997;100(6):1035–1039.
15. World Health Organization. WHO Expert committee report. Geneva, WHO; 2001.
16. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva,World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01.08;WHO/FCH/01.23).
17. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding 55th World Health Assembly. Geneva 2003: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding _text_eng, (7 May 2007).
18. Xu F, Qiu L, Binns CW, Liu X. Breastfeeding in China: a review. Int Breastfeed J. 2009, 16:4-6.
19. United Nations Children's Fund (UNICEF): Progress for Children: A Child Survival Report Card 2004 [http://www.unicef.org/publications/files/29652L01Eng.pd f],(September 2004).
20. Ssenyonga R, Muwonge R, Nankya I. Towards a better understanding of exclusive breastfeeding in the era of HIV/AIDS: a study of prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding from birth, in Rakai,Uganda. J Trop Pediatr 2004 ;50(6):348-53.
21. Aidam BA, Pérez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra,Ghana. Eur J Clin Nutr 2005; 59(6): 789-96.
22. Ogbeide DO, Siddiqui S, Al Khalifa IM, Karim A. Breast feeding in a Saudi Arabian community. Profile of parents and influencing factors. Saudi Med J 2004; 25(5): 580-4.
23. The state of the world's children. 2008, [Child survival] New York: UNICEF; 2007.
24. Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. Birth 2007;34(3):212-9.
25. US. Department of Health and Human Services. Chapter 16. Maternal, Infant, and Child Health. Healthy People 2010 (2nd Ed.): With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. Vol

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

26.Washington, DC: US. Governmental Printing Office;2000.
27. Ryan AS, Zhou W, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. Pediatrics.2002;110(6):1103–1109.
28. Kramer MS, Kakuma R. The Ministry of Health IR of Iran, Breastfeeding office: http://www .bfps.ir/ (i5emlr45w1kdeg45tov0ysem)/Persian/Home.aspx, (2009).
29. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in S?o Paulo,Brazil: a multilevel analysis. Public Health Nutr 2006; 9(1): 40-6.
30. Mosaffa H. Survey of the knowledge and attitude of mothers during one year after delivery about breast-feeding.Journal of Guilan University of Medical Sciences 2004; 13(51): 23-31.
31. 31.Cherkzi A,Miraeiz Z,Razaghnejad A,Shahnazi H,Hasanzadeh A,Badeleh MT.Breastfeeding status at the end of two years and Factors affecting by the structure of the BASNEF in Esfahan City. Journal of Health Systems Research 2010, 6 (2):0-0.
32. Veghari GH , Rahmati R . Breastfeeding Status and Some of its Related Factors in the Golestan Province. IJN. 2011; 24 () :8-18.
33.Alaie N, Faghihzadeh S. Relationship of Mother Factors with Mothers' Attitude about Breast Feeding. Daneshvar Medicine April-May 2008; 15(74): 31-40.
34.Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003; 37(4): 447-52.
35. Sweet L, Darbyshire P. Fathers and breast feeding very-low-birthweight preterm babies Midwifery 2009; 25(5):540-53.
36. Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF. Effects of support on the initiation and duration of breastfeeding. *West J Nurs* Res. 2007 Oct;29(6):708-23.
37. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 2005 Oct;116(4):e494-8.
38. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006;117(4):e646.
39. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*. 2001 Mar;107(3):543-8.
40. Persad MD, Mensinger JL. Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and sociodemographics among urban primiparas J Community Health 2008; 33(2): 53-60.
41.Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C. The contribution of parental and community ethnicity to breastfeeding practices: evidence from the Millennium Cohort Study Int J Epidemiol 2005; 34(6): 1378-86.
42. Mirahmadizadeh A, Zare P, Moradi F, Sayadi M, Hesami E, Moghadami M. Exclusive breast-feeding weaning pattern and its determinant factors in Fars province in 2010.. 3. 2012; 19 () :11-22.
٤٣. Duration of Exclusive Breastfeeding in Canada: Key Statistics and Graphics (2007-2008). http://www.hcsc.gc.ca/fnan/surveill/nutrition/commun/prenatal/duration-dureeeng.php (Access at 4th Aug 2011).
44. Savage King, F. Helping breast fed mothers. Translated by Dehghani P. IUMS publications,Tehran. 1999.p 44.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]

Original Article

Maternal Knowledge and practice in Mashhad City about Breast-feeding in first 6 -month of Infant's life

*Kiani MA[1], Khakshour A[2], Vakili R[3], Saeedi M[1]**

[1]Assistant professor of Pediatrics Gastroenterology ,Neonatal Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
[2] Assistant Professor of Pediatric, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[3] professor of Pediatric Endocrinologist, Endocrine Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

***Corresponding Author**:
Students Research Committee, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Email:
Masumeh_Saeedi@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives*: Breastfeeding is an important principle in pediatric health. It decreases their mortality and protect them fromm diseases in the first 6-month of life. This study aimed to determined Maternal Knowledge and practice in Mashhad City about Breast-feeding in first 6 -month of Infant's life.*

Material and Methods*: This Analytic study was conducted on 105 mothers who had a child between 6 to 12 months,and selected by the cluster sampling and simple random, completed the Knowledge and Practic questionnaire who was made by researchers. Information were analyzed by descriptive-analytical test (ANOWA,T-test,corelation) in spss software in version11.5.*

Results: *This findings showed that 72/4% of infants have had exclusive until end of the first 6-month.*

breast-feeding. Average of maternal knowledge about exclusive breast-feeding was 19/818+4/545 of total score 28 and average of maternal practice was 7/106+2/338 of total score 12. Status of growth infants at 4/8% was very good and in 42/9% was good. There was a significant relationship between maternal practice about Breast-feeding and fathers' education, number of children, status of growth ($p<0.05$). There was a significant relationship between maternal knowledge about Breast-feeding and area who lived there($p<0.05$) and also there was a direct and positive correlation between maternal knowledg and practice ($p=0.000$, $r=0.212$). There was a significant relationship and reverse between maternal practice and age of mothers ($p = 0.007$, $r = -0.266$).

Conclusion*: Maternal Knowledge and practice about breast-feeding infants is moderate. Planning is essential to target groups to promote breastfeeding in the first 6- month of infant's life.*

Keywords*: Knowledge , Practice ,Exclusive,Infant.*

Submitted:15 Apr 2013
Revised:3 June 2013
Accepted: 11June 2013

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-13]