

## ***Beliefs of Pregnant Women in Qom City about Exclusive Breastfeeding until 6 Months of Age, Iran***

***Tahereh Rahimi<sup>1</sup>, Tahereh Dehdari<sup>2\*</sup>, Sarallah Shojaei<sup>3</sup>, Batool Sadat Hashemi<sup>4</sup>, Zahra Akbari<sup>1</sup>, Hava Daryafiti<sup>1</sup>***

<sup>1</sup>Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

<sup>2</sup>Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>Nekoei Education & Treatment Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

<sup>4</sup>Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

**\*Corresponding Author:**  
**Tahereh Dehdari**, Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email:  
dehdarit@yahoo.com

Received: 23 Jul, 2015

Accepted: 10 Sep, 2015

### ***Abstract***

***Background and Objectives:*** Exclusive breastfeeding is the most effective way of feeding infants until 6 months of age. The present study aimed to determine the beliefs of pregnant women in Qom city about exclusive breastfeeding until 6 months of age based on constructs of theory of planned behavior.

***Methods:*** In this descriptive cross-sectional study, after designing a questionnaire to measure the constructs of theory of planned behavior, including behavioral, normative, and control beliefs, and also determining its validity and reliability, 240 pregnant women in Qom were selected using cluster sampling and completed the questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics.

***Results:*** More emotional relationship with infants was the most important positive behavioral belief, and belief in breast malformation and fatigue was negative behavioral beliefs about exclusive breastfeeding among the pregnant women. The opinion of physicians and health care providers about exclusive breastfeeding was reported as the most important normative belief, and urging of relatives, especially mother or mother-in-law to use sweet water or powdered milk was the most important control beliefs among the mothers, which made exclusive breastfeeding difficult.

***Conclusion:*** Promoting positive beliefs and correcting wrong beliefs about exclusive breastfeeding, along with consideration of the role of health care providers and husband would help pregnant mothers to accept the choice of exclusive breastfeeding until the end of 6 months of age.

***Keywords:*** Breastfeeding; Culture; Pregnant women.

## باورهای زنان باردار شهر قم در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی

طاهره رحیمی<sup>۱</sup>، طاهره دهداری<sup>۲\*</sup>، ناراله شجاعی<sup>۳</sup>، بتول سادات هاشمی<sup>۴</sup>، زهرا اکبری<sup>۱</sup>، حوا دریافتی<sup>۱</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** تغذیه انحصاری با شیر مادر، مؤثرترین روش تغذیه نوزاد تا پایان ۶ ماهگی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین باورهای زنان باردار شهر قم در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی براساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی، پس از طراحی پرسشنامه برای سنجش سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده شامل: باورهای رفتاری، هنجاری و کنترلی، همچنین تعیین روایی و پایایی آن، ۲۴۰ زن باردار شهر قم به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** برقراری ارتباط عاطفی بیشتر با نوزاد، از مهم‌ترین باورهای رفتاری مثبت و باور به بد شکل شدن فرم سینه و خستگی، از باورهای رفتاری منفی مادران باردار در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر بود. نظر پزشک و کارکنان بهداشتی در زمینه تغذیه انحصاری، مهم‌ترین باور هنجاری و اصرار اطرافیان، به‌خصوص مادر یا مادر شوهر به استفاده از آب قند یا شیرخشک نیز از مهم‌ترین باورهای کنترلی مادران گزارش شد که امکان شیردهی انحصاری را با مشکل مواجه می‌ساخت.

**نتیجه‌گیری:** ترویج باورهای مثبت و اصلاح اعتقادات نادرست در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر، با در نظر گرفتن نقش کارکنان بهداشتی و همسر به مادران باردار جهت پذیرش انتخاب روش تغذیه انحصاری تا پایان ۶ ماهگی، کمک‌کننده خواهد بود.

**کلید واژه‌ها:** تغذیه با شیر مادر؛ فرهنگ؛ زنان باردار.

<sup>۱</sup>دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

<sup>۲</sup>دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

<sup>۳</sup>مرکز آموزشی - درمانی نکویی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

<sup>۴</sup>دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

\*نویسنده مسئول مکاتبات:

**طاهره دهداری**، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

dehdarit@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۵/۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱۹

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Rahimi T, Dehdari T, Shojaei S, Hashemi BS, Akbari Z, Daryafati H. Beliefs of pregnant women in Qom city about exclusive breastfeeding until 6 months of age, Iran. Qom Univ Med Sci J 2016;10(2):61-69.

## مقدمه

تغذیه نوزاد با شیر مادر دارای منافع کوتاه‌مدت و بلندمدت بهداشتی برای نوزاد و مادر است (۱). پروتئین‌ها، ویتامین‌ها و کربوهیدرات‌های موجود در شیر مادر، مواد مغذی لازم برای نوزاد را حداقل تا ۶ ماهگی فراهم می‌کند. به‌علاوه، مواد معدنی و آنتی‌بادی‌های شیر مادر، نیاز نوزاد به ریزمغذی‌ها را تأمین کرده و با بهبود عملکرد سیستم ایمنی باعث مهار عفونت‌های نوزادی مانند عفونت دستگاه گوارش، تنفسی، پوست و در نهایت، موجب افزایش رشد جسمی و عصبی نوزاد می‌شود (۲). همچنین کاهش وزن، کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان و تخمدان، کاهش خونریزی و افسردگی پس از زایمان، آمنوره و پیشگیری از بارداری، کاهش خطر ابتلا به پوکی استخوان در دوره پس از یائسگی و سلامت روانی مادر از مزایایی است که برای مادران شیرده بیان می‌شود (۳-۵).

آکادمی اطفال آمریکا، تغذیه با شیر مادر را به‌عنوان معیاری اساسی برای تغذیه نوزاد تا پایان ۶ ماهگی در نظر گرفته است (۶). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، تغذیه انحصاری عبارت است از: "تغذیه نوزاد با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی بدون استفاده از هرگونه مواد خوراکی جامد یا مایع به استثنای ویتامین‌ها، مواد معدنی و یا داروهای پزشکی" (۷). باوجود تأکید سازمان‌های بهداشتی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر، در بسیاری از کشورها این میزان نامطلوب است (۸). به‌طورکلی در کشورهای در حال توسعه، یک‌نفر از هر سه نوزاد در ۶ ماه اول زندگی، منحصراً با شیر مادر تغذیه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که در سال ۲۰۱۰ میزان تغذیه انحصاری، ۳۹٪ بوده است (۹، ۱۰). این میزان به‌طور خاص در غرب و مرکز آفریقا، ۲۸٪ و در جنوب آسیا حدود ۴۵٪ می‌باشد. گزارش اخیر سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد پوشش متوسط تغذیه انحصاری از ۲۶٪ طی سالهای ۲۰۰۵-۲۰۰۰ به ۴۰٪ بین سالهای ۲۰۰۶-۲۰۱۱ در ۴۸ کشور جهان افزایش داشته، ولی همچنان با هدف این سازمان برای پوشش ۹۰٪ کل کشورها فاصله دارد (۱۱، ۱۲). در سال ۲۰۱۱ میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران ایرانی، ۳۱/۱۷٪ گزارش شد (۱۳). عوامل مختلفی بر تغذیه انحصاری تأثیر می‌گذارند که شامل طیف وسیعی از نگرش‌ها، باورها، مهارت و توانایی مادر برای شیردهی، ادراکات مادر از

چیزی که دیگران درباره او فکر می‌کنند و پشتیبانی اعضای خانواده، به‌خصوص همسر وی می‌باشد (۱۴، ۱۵). Hawley و همکاران باورهای نظیر بی‌ضرر بودن استفاده از شیر خشک، عدم کفایت شیر مادر، راحتی استفاده از شیر خشک، عدم تولید شیر کافی توسط مادر، درد هنگام شیردهی و نقش حمایت خانواده را از مهم‌ترین باورهای مادران در تغذیه انحصاری بیان می‌کنند (۱۶). رحمت‌نژاد در مطالعه خود در مادران نخست‌زای؛ خودکارآمدی درک‌شده پایین، درک مادر از کم بودن حجم شیر و مشکلات پستان را از علل قطع تغذیه انحصاری دانسته است (۱۷). در مطالعه حاضر برای بررسی باورهای مادران در زمینه تغذیه انحصاری، از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده استفاده گردید. براساس این تئوری، قصد رفتاری، مهم‌ترین تعیین‌کننده رفتار بوده که خود تحت تأثیر نگرش (باورها در مورد پیامدهای احتمالی رفتار و ارزیابی این پیامدها)، هنجارهای ذهنی (باورها در مورد انتظارات هنجاری دیگران و انگیزه برای پیروی از آنها) و کنترل رفتاری درک‌شده (باورها درباره حضور عواملی که ممکن است تسهیل‌کننده و یا مانع انجام رفتار شوند و قدرت درک‌شده این عوامل) قرار می‌گیرد (۱۸).

طبق بررسی‌های صورت‌گرفته توسط محققین، تاکنون در مطالعات داخلی به این موضوع با استفاده از یک چارچوب نظری پرداخته نشده و بیشتر از جنبه عوامل جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است که گروه هدف این مطالعات نیز مادران شیرده پس از زایمان بوده‌اند (۱۷، ۱۹، ۲۰). بنابراین، در مطالعه حاضر باورهای زنان باردار شهر قم در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی مورد بررسی قرار گرفت.

## روش بررسی

مطالعه حاضر به روش توصیفی - مقطعی بر روی ۲۴۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. جهت دستیابی به هدف پژوهش، پرسشنامه محقق‌ساخته در دو بخش طراحی گردید. بخش اول شامل: مشخصات دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزند و تعداد بارداری) و بخش دوم شامل: باورهای رفتاری با ۱۳ سؤال، باورهای هنجاری با ۶ سؤال و باورهای کنترل با ۱۱ سؤال

و احتمال ریزش ۱۰٪، در مجموع ۲۴۰ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بود؛ بدین صورت که ابتدا تعداد ۱۶ مرکز بهداشتی درمانی شهر قم از مناطق مختلف شهر به‌طور تصادفی انتخاب و سپس از هر خوشه، ۱۵ زن باردار واجد شرایط وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود زنان باردار به مطالعه عبارت بودند از: ایرانی بودن، سن حاملگی ۳۶ هفته و بالاتر، عدم اعتیاد به سیگار و هرگونه مواد مخدر و نداشتن سابقه بیماری جسمی و روانی که شیردهی پس از زایمان را تحت تأثیر قرار دهد. معیارهای خروج شامل: عدم توانایی شیردهی از پستان به صلاح‌دید پزشک (که قبل از زایمان تشخیص داده شده باشد) بود. پس از کسب موافقت افراد برای ورود به پژوهش، پرسشنامه برای تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت و مدت زمان لازم برای پاسخگویی به آن اختصاص یافت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۲۴۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم با دامنه سنی ۴۰-۱۷ سال انجام شد. میزان تحصیلات ۵۴/۲٪ از شرکت‌کنندگان حاضر در مطالعه، مقطع دیپلم و شغل ۹۲/۹٪ آنان خانه‌دار گزارش شد. ۵۵٪ زنان بدون فرزند بودند و ۵۲/۱٪ نیز اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند. مهم‌ترین باورهای رفتاری مثبت زنان باردار در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر به ترتیب برقراری ارتباط عاطفی بیشتر (۷۴/۲٪)، رایگان بودن شیر مادر (۴۹/۶٪) و برگشت سریع‌تر به وزن پیش از بارداری (۴۷/۱٪) بود. در بین باورهای منفی، باور به بد شکل شدن فرم سینه (۴۲/۵٪) و خستگی ناشی از شیردهی (۳۸/۸٪)، از مهم‌ترین باورهای منفی گزارش شد (جدول شماره ۱).

بود. نمره‌دهی سؤالات با استفاده از مقیاس لیکرت هفت‌گزینه‌ای با حداکثر نمره ۷ و حداقل نمره ۱ برای هر آیتم صورت گرفت. جهت تهیه ابزار مورد استفاده در این مطالعه، یک جستجوی دقیق در مقالات و پایگاه‌های اطلاع‌رسانی علمی موجود، انجام شد. کلیه مطالعات مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر و تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، مورد بررسی و مطالعه دقیق قرار گرفت و پرسشنامه‌های موجود در این رابطه جمع‌آوری شد. علاوه بر پرسشنامه‌های جمع‌آوری‌شده جهت پیشبرد اهداف پژوهش، با تعدادی از مادران باردار در مراکز بهداشتی درمانی که دارای شرایط مشابه با گروه هدف مطالعه حاضر بودند مصاحبه‌هایی صورت گرفت و سؤالات هدفمند مرتبط با سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده مطرح گردید تا از میان گفتگوها، آیتم‌های مناسب برای پرسشنامه استخراج شود. پس از طراحی ابزار اولیه، جهت تعیین روایی صوری آیتم‌ها، پرسشنامه در اختیار ۲۵ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم که دارای شرایط مشابه با گروه هدف مطالعه حاضر بودند قرار داده شد تا آن را مطالعه کرده و آیتم‌ها را از نظر ظاهری، تناسب، جذاب بودن، گویا و مختصر بودن، سهولت درک و جامعیت مورد ارزیابی قرار دهند و پس از آن از مطالعه خارج شدند. براساس بازتابی که از مادران باردار دریافت شد، تغییرات ضروری جهت وضوح کامل برخی از آیتم‌ها انجام گرفت. برای تعیین روایی محتوی پرسشنامه، تعداد ۸ نسخه از پرسشنامه در اختیار ۶ متخصص آموزش بهداشت و ۲ متخصص مامایی گذاشته شد و در نهایت، نسبت روایی محتوای ۰/۹۱ و شاخص روایی محتوی ۰/۸۶ محاسبه گردید که قابل قبول ارزیابی شد. پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تعیین گردید. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای سازه باورهای رفتاری (۰/۸۳)، هنجاری (۰/۸۹) و باورهای کنترل (۰/۷۴) محاسبه شد که قابل قبول بود. در مرحله بعد، حجم نمونه با استفاده از انحراف معیار ۰/۳۸ حاصل از یک مطالعه مقدماتی (بر روی ۲۵ زن باردار مشابه با گروه هدف) و با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵٪، دقت آزمون ۰/۰۵

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویی مادران باردار به سؤالات باورهای رفتاری در زمینه تغذیه انحصاری

باورهای رفتاری تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی:	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	تا حدی مخالفم تعداد (درصد)	نظری ندارم تعداد (درصد)	تا حدی موافقم تعداد (درصد)	کاملاً موافقم تعداد (درصد)
باعث می شود کودک کمتر به اسهال مبتلا شود.	۲(۰/۸)	۵(۲/۱)	۱(۰/۴)	۲۵(۱۰/۴)	۱۸ (۷/۵)	۸۵(۳۵/۴)
ارتباط عاطفیم را با کودک بیشتر می کند.	۲(۰/۸)	۱(۰/۴)	۰(۰)	۴(۱/۷)	۹(۳/۸)	۴۶(۱۹/۲)
از شیردادن به کودک در خارج از منزل خجالت می کشم.	۲۰(۸/۳)	۲۷(۱۱/۲)	۳۶(۱۵)	۱۷(۷/۱)	۱۵(۶/۲)	۴۶(۱۹/۲)
برایم بدون هزینة است.	۵(۲/۱)	۶(۲/۵)	۱(۰/۴)	۲۱(۸/۸)	۲۵(۱۰/۴)	۶۳(۲۶/۲)
باعث می شود سریع تر به وزن قبل از بارداری برگردم.	۶(۲/۵)	۵(۲/۱)	۶(۲/۵)	۲۷(۱۱/۲)	۲۱(۸/۸)	۶۲(۲۵/۸)
خواب شبم را دچار مشکل می کند.	۸(۳/۳)	۲۷(۱۱/۲)	۳۶(۱۵)	۳۵(۱۴/۶)	۱۵ (۶/۲)	۶۶(۲۷/۵)
باعث می شود کارهای دیگرم را نتوانم انجام دهم.	۲(۰/۸)	۹(۳/۸)	۳۷(۱۵/۴)	۱۶(۶/۷)	۲۰(۸/۳)	۸۷(۳۶/۲)
دادن شیر خشک باعث می شود کودکم وزن بهتری بگیرد.	۱۱(۴/۶)	۷(۲/۹)	۱۸(۷/۵)	۳۹(۱۶/۲)	۱۶(۶/۷)	۶۹(۲۸/۸)
برای رفع تشنگی کودکم همیشه به او آب هم می دهم.	۵(۲/۱)	۱۷(۷/۱)	۳۵(۱۴/۶)	۲۷(۱۱/۲)	۱۹(۷/۹)	۷۴(۳۰/۸)
دادن شیر خشک در کنار شیر خودم باعث می شود تا کمتر خسته شوم.	۱(۰/۴)	۸(۳/۳)	۱۳(۵/۴)	۲۹(۱۲/۱)	۶(۲/۵)	۹۰(۳۷/۵)
دادن کمی غذای سفره از چهار تا پنج ماهگی باعث می شود کودکم زودتر به غذای سفره عادت کند.	۲(۰/۸)	۱۲(۵)	۳۶(۱۵)	۱۵(۶/۲)	۲۲(۹/۲)	۶۷(۲۷/۹)
باعث می شود سینه هایم بد شکل شوند.	۲(۰/۸)	۹(۳/۸)	۱۷(۷/۱)	۲۰(۸/۳)	۱۱(۴/۶)	۷۹(۳۲/۹)
دادن آب قند باعث می شود کودکم راحت تر بخوابد.	۱(۰/۴)	۶(۲/۵)	۱۳(۵/۴)	۴۰(۱۶/۷)	۱۳(۵/۴)	۷۷(۳۲/۱)

نظر پزشک و کارکنان بهداشتی در زمینه تغذیه انحصاری مادران بود (جدول شماره ۲).

(۶۲/۵٪) و نظر همسر (۵۴/۶٪)، فراوان ترین باور هنجاری

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویی مادران باردار به سؤالات باورهای هنجاری در زمینه تغذیه انحصاری

سؤالات باورهای هنجاری	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	تا حدی مخالفم تعداد (درصد)	نظری ندارم تعداد (درصد)	تا حدی موافقم تعداد (درصد)	کاملاً موافقم تعداد (درصد)
خانواده ام معتقدند که من باید تا پایان ۶ ماه فقط شیر خودم را به کودکم بدهم.	۹(۳/۸)	۴(۱/۷)	۳(۱/۲)	۹(۳/۸)	۲۲(۹/۲)	۷۶(۳۱/۷)
خانواده همسر معتقدند که من باید تا پایان ۶ ماه فقط شیر خودم را به کودکم بدهم.	۹(۳/۸)	۷(۲/۹)	۲(۰/۸)	۱۴(۵/۸)	۲۶(۱۰/۸)	۷۵(۳۱/۲)
همسر معتقد است که من باید تا پایان ۶ ماه فقط شیر خودم را به کودکم بدهم.	۸(۳/۳)	۸(۳/۳)	۰(۰)	۱۱(۴/۶)	۱۵(۶/۲)	۶۷(۲۷/۹)
بیشتر دوستان صمیمی ام معتقدند که من باید تا پایان ۶ ماه فقط شیر خودم را به کودکم بدهم.	۹(۳/۸)	۱۰(۴/۲)	۶(۲/۵)	۱۴(۵/۸)	۲۵(۱۰/۴)	۷۳(۳۰/۴)
نظر پزشک و کارکنان مرکز بهداشتی این است که من باید تا پایان ۶ ماه فقط شیر خودم را به کودکم بدهم.	۴(۱/۷)	۴(۱/۷)	۱(۰/۴)	۱۱(۴/۶)	۴(۱/۷)	۶۶(۲۷/۵)
آداب و فرهنگ شهر ما به گونه ای است که من باید تا پایان ۶ ماه فقط شیر خودم را به کودکم بدهم.	۱۰(۴/۲)	۹(۳/۸)	۱۰(۴/۲)	۲۲(۹/۲)	۳۲(۱۳/۳)	۵۲(۲۱/۷)

مهم‌ترین مشکلات درک‌شده مادران باردار در باورهای کنترلی برای تغذیه انحصاری بود (جدول شماره ۳).

اصرار اطرافیان، به‌خصوص مادر یا مادرشوهر به استفاده از آب قند یا شیرخشک (۱۵/۴٪) و زخم نوک سینه و درد (۱۰/۸٪)، از

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویی مادران باردار به سؤالات باورهای کنترلی در زمینه تغذیه انحصاری

سؤالات باورهای کنترلی تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی	کاملاً غیرممکن تعداد(درصد)	غیرممکن تعداد(درصد)	تاحدی غیرممکن تعداد(درصد)	نه غیرممکن نه ممکن تعداد(درصد)	تاحدی ممکن تعداد(درصد)	ممکن تعداد(درصد)	کاملاً ممکن تعداد(درصد)
وقتی خسته هستم	۶(۲/۵)	۷(۲/۹)	۶(۲/۵)	۸(۳/۳)	۲۶(۱۰/۸)	۱۰۴(۴۳/۳)	۸۳(۳۴/۶)
وقتی مشکلات شیردهی مانند زخم نوک سینه و درد دارم	۷(۲/۹)	۱۳(۵/۴)	۲۷(۱۱/۲)	۳۳(۱۳/۸)	۷۶(۳۱/۷)	۵۸(۲۴/۲)	۲۶(۱۰/۸)
در خارج از خانه	۳(۱/۲)	۴(۱/۷)	۹(۳/۸)	۱۶(۶/۷)	۴۷(۱۹/۶)	۹۷(۴۰/۴)	۶۴(۲۶/۷)
دوشیدن و نگهداری شیر خودم برای مواقعی که سرکار هستم و نمی‌توانم به کودک شیر بدهم	۸(۳/۳)	۱۵(۶/۲)	۶(۲/۵)	۲۰(۸/۳)	۴۹(۲۰/۴)	۸۰(۳۳/۳)	۶۲(۲۵/۸)
وقتی اطرافیانم (مادر یا مادرشوهرم) اصرار می‌کنند به او آب قند یا شیر خشک بدهم	۲۶(۱۰/۸)	۳۴(۱۴/۲)	۲۳(۹/۶)	۲۵(۱۰/۴)	۳۹(۱۶/۲)	۵۶(۲۳/۳)	۳۷(۱۵/۴)
وقتی نحوه صحیح شیردهی را خوب بلد نیستم	۱۰(۴/۲)	۴(۱/۷)	۹(۳/۸)	۱۲(۵)	۴۵(۱۸/۸)	۹۵(۳۹/۶)	۶۵(۲۷/۱)
حتی اگر تناسب اندامم به هم بخورد	۶(۲/۵)	۴(۱/۷)	۵(۲/۱)	۷(۲/۹)	۲۰(۸/۳)	۸۴(۳۵)	۱۱۴(۴۷/۵)
حتی اگر شیر خشک ارزان هم باشد	۲(۰/۸)	۲(۰/۸)	۱(۰/۴)	۴(۱/۷)	۶(۲/۵)	۷۰(۲۹/۲)	۱۵۵(۶۴/۶)
حتی اگر کودک دچار اسهال شود	۴(۱/۷)	۳(۱/۲)	۴(۱/۷)	۱۳(۵/۴)	۱۷(۷/۱)	۸۱(۳۳/۸)	۱۱۸(۴۹/۲)
دادن آب قند یا نبات داغ؛ حتی اگر کودک بی‌قراری و گریه کند	۳(۱/۲)	۱۱(۴/۶)	۱۲(۵)	۱۹(۷/۹)	۴۱(۱۷/۱)	۷۵(۳۱/۲)	۷۹(۳۲/۹)
حتی اگر سینه‌هایم کوچک باشند	۳(۱/۲)	۲(۰/۸)	۳(۱/۲)	۶(۲/۵)	۱۵(۶/۲)	۷۶(۳۱/۷)	۱۳۵(۵۶/۲)

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد اعتقاد به برقراری ارتباط عاطفی بیشتر با نوزاد به‌علت تغذیه انحصاری با شیر مادر، یک نگرش مثبت مهم در مادران باردار است. شواهد علمی موجود نشان می‌دهند عمل تغذیه با شیر مادر به‌علت ایجاد تماس پوستی و ترشح هورمون اکسی‌توسین در مادر و نوزاد، باعث ایجاد پیوند عاطفی بین آنها شده و رشد و ثبات عاطفی نوزاد را تأمین می‌کند (۲۲،۲۱). مشابه مطالعه حاضر در مطالعه Walingo و همکاران، ۷۶٪ از مادران اعتقاد داشتند شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر، پیوند و اتصال عاطفی بین مادر و نوزاد را افزایش می‌دهد (۲۳).

در مطالعه حاضر اعتقاد به رایگان بودن شیر مادر و برگشت سریع‌تر به وزن پیش از بارداری نیز از دیگر نگرش‌های مثبت مادران به تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ ماهگی بود. همچنین در مطالعه Wojcicki و همکاران، ارزان بودن شیر مادر نسبت به شیر خشک، ایجاد سلامتی برای کودک و جلوگیری

چاق شدن کودک به‌عنوان نگرش‌های مثبت مادران در کالیفرنیا در زمینه تغذیه انحصاری ذکر گردید (۲۴). Dewey و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند مادرانی که نوزادانشان را منحصراً تا پایان ۶ ماه شیر داده‌اند در مقایسه با مادرانی که تا ۴ ماهگی به این امر مبادرت ورزیده‌اند، به‌طور معنی‌داری با اختلاف ۰/۶ کیلوگرم، بیشتر وزن از دست داده‌اند (۲۵). داشتن نگرش مثبت به تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌تواند مدت زمان تغذیه با شیر مادر را به‌صورت انحصاری افزایش دهد. هنگامی که مادران انواع مزیت‌های تغذیه انحصاری را باور داشته و آنرا برای خود و نوزادشان طبیعی و سالم بدانند، با اطمینان بیشتری به شیردهی انحصاری مبادرت خواهند ورزید. بنابراین، آشنا کردن مادران با مزیت‌های شیردهی انحصاری باید مورد توجه کارکنان بهداشتی درمانی قرار گیرد. از طرف دیگر، باور به بد شکل شدن فرم سینه‌ها و خستگی ناشی از شیردهی، از مهم‌ترین اعتقادات منفی به تغذیه انحصاری در مادران باردار عنوان شده است.

بنابراین، باید از همان آغاز تولد نوزاد، به انجام این امر در بیمارستان اقدام شود. کارکنان بیمارستان که فرهنگ تغذیه با شیر مادر را پذیرفته‌اند، می‌توانند یک سیستم حمایت اجتماعی قدرتمند را در بخش زایمان ایجاد کنند (۳۱). همچنین شواهد قانع‌کننده‌ای وجود دارد که نقش کارکنان مراکز بهداشتی را بسیار مهم نشان می‌دهد. آن‌دسته از کارکنان بهداشتی که از اهمیت تغذیه با شیر مادر آگاه بوده و از آن حمایت می‌کنند، احتمال بیشتری برای ترویج تغذیه با شیر مادر در مدت زمان طولانی‌تر دارند. بالعکس آن‌دسته از کارکنان بهداشتی درمانی که اطلاعات ناکافی در ارتباط با شیردهی دارند ممکن است دارای نگرش‌ها، باورها و عملکرد منفی و بازدارنده پنهانی باشند که می‌تواند بر آموزش در نحوه عملکرد شیردهی مادران تأثیرگذار باشد. تصورات فرهنگی غلط و یا عدم دانش پزشکی در مورد تغذیه با شیر مادر اغلب منجر به ایجاد موانع شیردهی برای مادران می‌شود. به‌عنوان مثال این نگرش منفی کارکنان که بین تغذیه با شیر مادر و تغذیه با شیر خشک، تفاوتی وجود ندارد باعث بی‌علاقگی آنان در اختصاص زمان برای حمایت مادر در شیردهی می‌گردد (۳۲). بنابراین، کارکنان بیمارستان‌ها، بخش زایمان و مراکز بهداشتی که خدمات برنامه مراقبت از کودک سالم را ارائه می‌دهند، باید خود، از اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر آگاهی کافی داشته و به‌صورت هماهنگ و با در نظر گرفتن تفاوت‌های ادراکی، زبانی و فرهنگی به ارائه خدمات و آموزش تغذیه با شیر مادر، به‌خصوص تغذیه انحصاری بپردازند.

پشتیبانی اعضای خانواده، به‌خصوص پدر خانواده از نوزاد تازه متولدشده نیز نقش فعالی در شیردهی انحصاری بازی می‌کند؛ درحالی‌که رفتار غیرحمایت‌گراانه و نگرش منفی همسر می‌تواند وضعیت چالش‌برانگیزی ایجاد کرده و حتی شروع تغذیه با شیر مادر را در مادران کاهش دهد (۱۵). Rempel و همکاران، نقش پدر خانواده را در درک، تشویق، ارزش قائل شدن برای مادران شیرده و اشتراک در کارهای خانه و مراقبت از کودک، مهم تلقی کرده‌اند. در این مطالعه نوزادانی که پدرانشان دارای دانش کافی درباره تغذیه با شیر مادر بوده‌اند ۱/۷۶ برابر تا پایان ماه اول و ۱/۹۱ برابر تا پایان ماه سوم تولد، بیشتر احتمال داشته که منحصراً با شیر مادر تغذیه شوند (۳۳).

بنابراین، این نکته مهم بوده که نگرش زنان به سمت شکل بدن ممکن است بیشتر از اندازه فیزیکی بدن پیش‌بینی‌کننده قصد مادر برای شیردهی نوزادش باشد (۲۶). در برخی مطالعات، ارتباط معنی‌داری بین جنبه‌های مختلف تصویر بدن و تغذیه با شیر مادر نشان داده شده است. برای مثال، Huang و همکاران در مطالعه خود دریافتند مادرانی که به‌طور انحصاری نوزادشان را با شیر خود تغذیه می‌کنند، به احتمال زیاد یک تصویر بدنی مثبت از خود در دوران قبل از بارداری داشته‌اند (۲۷). Dykes و همکاران علاوه بر خستگی، به باورهای منفی مادران در زمینه شیردهی نظیر خجالت از شیردهی در بیرون از منزل، احساس دیده‌شدن و مورد قضاوت قرار گرفتن توسط سایرین، نداشتن اعتماد به نفس و حمایت عاطفی و عدم راحتی در شیردهی اشاره داشته‌اند (۲۸). همچنین از سایر باورهای رفتاری منفی مادران در این مطالعه می‌توان به این موضوع که مادران باور داشتند دادن مقدار کمی از غذای سفره، از ۴-۵ ماهگی باعث می‌شود تا کودک زودتر به غذای سفره عادت کند، اشاره کرد. در مطالعه Synnott و همکاران نیز برخی مادران اعتقاد داشتند کودکانی که تا پایان ۶ ماهگی تنها با شیر مادر تغذیه می‌شوند، تغذیه تکمیلی را به‌سختی خواهند پذیرفت (۲۹). از آنجایی که نگرش منفی زنان باردار نسبت به شیردهی پس از زایمان ممکن است تغذیه با شیر مادر را دچار مشکلاتی کند و پیامدهای منفی را برای تداوم شیردهی انحصاری به همراه داشته باشد، لذا باید شفاف‌سازی این نگرش‌ها و برطرف نمودن سوءبرداشت‌های قبل از ورود مادر به مرحله شیردهی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر درباره باورهای هنجاری نشان داد نظر پزشک و کارکنان مراکز بهداشتی، همچنین نظر همسر زنان باردار در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر، از اهمیت بالایی برخوردار است. مطالعه Bai و همکاران، حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده، دوستان و متخصصان سلامت را نیز در طول مدت شیردهی انحصاری به‌عنوان مهم‌ترین باورهای هنجاری برشمرده است (۳۰).

حمایت قوی از تغذیه با شیر مادر در چند ساعت اول پس از تولد نوزاد در بیمارستان به‌عنوان پایه و اساس تغذیه با شیر مادر در درازمدت شناسایی شده است.

درد، شکاف، خونریزی و زخم نوک سینه، از شایع‌ترین شکایات زنان شیرده جهت حفظ تغذیه انحصاری است (۳۶). مطالعات نشان می‌دهند درد نوک سینه، به‌عنوان یکی از دلایل برای زود از شیر گرفتن نوزاد مطرح است (۳۷، ۳۸). شایع‌ترین علت درد نوک سینه صدمه آن در طول شیردهی به‌علت وضعیت قرارگرفتن نادرست سر و بدن نوزاد و مکیدن‌های نامناسب او می‌باشد (۳۹). بنابراین، توجه به این نکته مهم است که کارکنان بهداشتی استفاده از تکنیک‌های صحیح شیردهی را در دوره بارداری و پیش از زایمان و نیز در اولین بار تغذیه با شیر مادر پس از تولد آموزش دهند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم بررسی باورها در زنان جمعیت روستایی که ممکن است باورهای رفتاری و فرهنگی متفاوتی با جمعیت مشابه زنان شهری داشته باشند. اشاره کرد. بنابراین، انجام چنین مطالعه‌ای در زنان جامعه روستایی و نیز در سایر نقاط کشور مفید به‌نظر می‌رسد.

### نتیجه‌گیری

طبق نتایج این مطالعه، ترویج و تشویق باورهای مثبت و اصلاح اعتقادات نادرست مادران باردار در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر، با در نظر گرفتن نقش پزشک، کارکنان بهداشتی و نیز همسر به پذیرش انتخاب روش تغذیه انحصاری تا پایان ۶ ماهگی توسط مادر، کمک‌کننده خواهد بود.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل داده‌های یک طرح پژوهشی تحت عنوان "بررسی کارآیی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی قصد انجام تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان باردار شهر قم در سال ۱۳۹۳" می‌باشد که با حمایت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۳ (کد ۲۴۳۶۲، مورخ ۹۳/۱/۲۷) اجرا شده است. بدین وسیله از همکاری کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر قم که در جمع‌آوری اطلاعات ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

از آنجا که اهمیت حمایت توسط اعضای خانواده به‌خوبی شناخته شده است؛ بنابراین، این نوع از حمایت اجتماعی باید با آموزش کامل اعضای خانواده قبل از تولد نوزاد، آغاز و در طول دوره پس از زایمان نیز ادامه یابد. اعضای خانواده، به‌خصوص پدر خانواده با تقسیم مسئولیت‌ها و کمک به مادر در هنگام برخورد با مشکلات شیردهی می‌توانند انگیزه و اطمینان کافی برای شروع شیردهی موفق و تداوم آن را به مادر القا کنند.

در این مطالعه اصرار اطرافیان، به‌خصوص مادر یا مادرشوهر به استفاده از آب قند یا شیر خشک و زخم نوک سینه و درد، از مهم‌ترین مشکلات درک‌شده مادران بود که کنترل تغذیه انحصاری را برای آنان غیرممکن می‌ساخت. در خانواده‌های گسترده، نقش مادر بزرگ در رفتارهای تغذیه‌ای نوزاد تأثیر بسیاری دارد، اگرچه راهنمایی‌های آنان ممکن است خود از فرهنگ و آداب و رسوم محلی که در تناقض با توصیه‌های تغذیه‌ای بهداشتی برای نوزاد بوده، مشتق شده باشد (۳۴). نتایج مطالعه Susin و همکاران در بررسی نقش مادر بزرگ‌ها در شیوه تغذیه با شیر مادر در برزیل نشان داد توصیه‌های مادر بزرگ‌ها برای اضافه کردن آب، چای و یا دیگر غذاها به تغذیه نوزاد، به‌طور معنی‌داری با قطع شیردهی انحصاری در ۱ ماه پس از زایمان و از شیر گرفتن کامل تا ۶ ماه پس از زایمان در ارتباط است (۳۵). از این‌رو، فرآیند ترویج رفتار تغذیه انحصاری با شیر مادر، به‌خصوص در مادران نخست‌زا و در جوامعی که نقش مادر بزرگ در تغذیه نوزاد تأثیرگذار است باید دربرگیرنده آموزش مادر بزرگ‌ها و برخورد با هرگونه باور سنتی باشد که به‌طور بالقوه نادرست است. یکی دیگر از شرایط دشوار درک‌شده برای مادران که امکان تداوم تغذیه انحصاری را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، مشکل زخم و درد سینه هنگام شیردهی است. تقریباً تمام مادران با مشکلات جسمی کوتاه‌مدت و بلندمدت دوران شیردهی دست و پنجه نرم می‌کنند. این مسئله، به‌ویژه در زنان نخست‌زا، تجربه‌ای منحصر به فرد و غیرمنتظره بوده که ممکن است آنها را از تغذیه انحصاری با شیر مادر بازدارد.



## References:

- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):598-601.
- Fairbrother N, Stanger-Ross I. Reproductive-aged women's knowledge and attitudes regarding infant-feeding practices: An experimental evaluation. *J Hum Lact* 2010;26(2):157-67.
- James DC, Lessen R. Position of the American Dietetic Association: Promoting and supporting breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2009;109(11):1926-42.
- Hale R. Infant nutrition and the benefits of breastfeeding. *Br J Midwifery* 2007;15(6):368-71.
- Weinstein ME, Oleske JM, Bogden JD. A selected review of breastfeeding recommendations. *Nutr Res* 2006;26(8):379-84.
- [No authors listed]. Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100(6):1035-9.
- World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices-Part 1: Definitions. Washington DC: World Health Organization; 2008.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Breastfeeding Report Card-United States. 2010. Available From: <http://http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>. Accessed March 25, 2013.
- Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatry SK, Leclercq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr* 2008;138(3):599-603.
- Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2012;7(1):12.
- Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: A systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(Suppl 3):S20.
- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362(9377):65-71.
- Dalili H, Farsar A, Barakati H, Raji F, Shariat M, Pourmalek F, et al. Frequency of exclusive breastfeeding and its affecting factors in Tehran, 2011. *Acta Med Iran* 2014;52(7):552-6.
- Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *J Adv Nurs* 2005;50(3):272-82.
- Laantera S, Polkki T, Ekstrom A, Pietila A. Breastfeeding attitudes of finnish parents during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:79.
- Hawley NL, Rosen RK, Strait EA, Raffucci G, Holmdahl I, Freeman JR, et al. Mothers' attitude and beliefs about infant feeding highlight barriers to exclusive breastfeeding in American Samoa. *Women Birth* 2015;28(3):e80-6.
- Rahmatnejad L, Bastani F. An investigation of breast feeding self efficacy and its relationship with exclusive breast feeding. *Alborz Univ Med J* 2012;1(1):31-6. [Full Text in Persian]
- Ajzen I. Constructing a TPB questionnaire: conceptual and methodological considerations. 2006. Available From: <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>. Accessed Jan 13, 2006.
- Nazari R, Hosein Alipoor S, Rashidaie M, Sharifneia H, Mosaveian Gh. Affective factors to exclusive breast feeding in infants referred to health centers of Amole. *Nurs Midwif J* 2012;6(21):32-8. [Full Text in Persian]

20. Ziaie T, Ghanbari A, Hassanzadeh Rad A, Yazdani MA. Investigating risk factors of failure in exclusive breastfeeding in less than one-year-old children referred to health centers in Rasht city. *Iranian J Obstet Gynecol Infertil* 2012;15(18):32-9. [Full Text in Persian]
21. Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-9.
22. Oddy WH, Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, et al. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: A pregnancy cohort study followed for 14 years. *J Pediatr* 2010;156(4):568-74.
23. Walingo MK, Mutuli LA. Influence of maternal beliefs, attitude, perceived behavior on breast-feeding among post partum mothers in Western Kenya. *Pakistan J Nutr* 2014;13(5):250-4.
24. Wojcicki JM, Gugig R, Tran C, Kathiravan S, Holbrook K, Heyman MB. Early exclusive breastfeeding and maternal attitudes towards infant feeding in a population of new mothers in San Francisco, California. *Breastfeed Med* 2010;5(1):9-15.
25. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: Results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2001;131(2):262-7.
26. Foster S, Slade P, Wilson K. Body image, maternal-fetal attachment and breastfeeding. *J Psychosom Res* 1996;41(2):181-4.
27. Huang HC, Wang SY, Chen CH. Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: A study in Taiwan. *Birth* 2004;31(3):183-8.
28. Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: Experiences and support needs-an exploratory. *J Hum Lact* 2003;19(4):391-401.
29. Synnott K, Bogue J, Edwards CA, Scott JA, Higgins S, Norin E, et al. Parental perceptions of feeding practices in five European countries: an exploratory study. *Eur J Clin Nutr* 2007;61(8):946-56.
30. Bai Y, Middlestadt S, Peng J, Fly A. Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life. *J Hum Lact* 2010;26(1):26-34.
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: Hospital practices to support breastfeeding-United States, 2007 and 2009. *Mmwr Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60(30):1020-5.
32. OlaOlorun FM, Lawoyin TO. Health workers' support for breastfeeding in Ibadan, Nigeria. *J Hum Lact* 2006;22(2):188-94.
33. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *J Hum Lact* 2011;27(2):115-21.
34. Grassley J, Eschiti V. Grandmother breastfeeding support: What do mothers need and want? *Birth* 2008;35(4):329-35.
35. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practice. *Rev Saude Publica* 2005;39(2):141-7.
36. Kelleher C. The physical challenges of early breastfeeding. *Soc Sci Med* 2006;63(10) 2727-38.
37. Schwartz K, D'Arcy HJ, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract* 2002;51(5):439-44.
38. Lewallen LP, Dick MJ, Flowers J, Powell W, Zickefoose KT, Wall YG, et al. Breastfeeding support and early cessation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(2):166-72.
39. Woolridge MW. The etiology of sore nipples. *Midwifery* 1986;2(4):172-6.