وضعیت تغذیه با شیر مادر تا پایان دوسالگی و عوامل مؤثر بر آن از طریق سازه‌های مدل بزنف در شهر اصفهان ۱۳۸۸*

عبدالرحمان چرکزی[۱]، سیده زینب میرآئیز[۲]، آتنا رزاق‌نژاد[۲]، حسین شهنازی[۳]، اکبر حسن‌زاده[۴]، محمد تقی بادله[۵]

چکیده

مقدمه: تغذیه با شیر مادر تابع شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع است. مدل بزنف یکی از مدل‌های جامع مطالعه رفتار به خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت تغذیه با شیر مادر تا پایان دوسالگی و عوامل مؤثر بر آن از طریق سازه‌های مدل بزنف انجام گرفت.

روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی ازنوع مقطعی می‌باشد. تعداد ۴۰۶ مادر دارای کودک ۶ الی ۲۴ ماهه به طور نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. اطلاعات با پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ۵ بخش براساس سازه‌های مدل بزنف به همراه اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری گردید. و از طریق نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۸}$ و با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: شیوع تغذیه با شیرمادر۳۵۱ نفر (۸۶/۴ درصد) بود. سیصد و سی سه نفر (۸۲ درصد) دارای آگاهی خوب بودند. بین سطح آگاهی و رفتار شیردهی مادران ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). دویست و هشتاد و پنج نفر (۷۰/۲ درصد) دارای نگرش مطلوب و خیلی مطلوبی بودند. بین نگرش و رفتارشیردهی مادران ارتباط آماری معنی‌دار یافت نشد ($P > ۰/۰۵$). بین هنجارهای انتزاعی همسر، مادر و مادرشوهر با رفتار شیردهی مادران ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P < ۰/۰۵$) ولی در مورد عوامل قادرساز این ارتباط یافت نشد ($P > ۰/۰۵$). همچنین بین نوع تغذیه شیرخوار و متغیرهای نوع زایمان، تعداد فرزندان و سن مادران ارتباطی مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: علاوه بر وجود آگاهی و اطلاعات مادران شیرده، حمایت و تشویق همسر، مادر و مادر شوهر به عنوان هنجارهای انتزاعی در رفتار شیردهی مادران تاثیرمثبتی دارند و در برنامه‌های تغذیه با شیر مادر به نقش این عوامل توجه بیشتری باید مبذول شود.

واژه‌های کلیدی: تغذیه با شیر مادر، شیرخوار، مدل بزنف، عوامل قادرساز، هنجارهای انتزاعی.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۸۹/۲/۲۳ *پذیرش مقاله: ۸۹/۳/۲۵*

* این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۲۸۸۱۶۷ می‌باشد.

۱- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران و گروه بهداشت عمومی، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسؤول).

Email: rcharkazi@yahoo.com

۲- دانشجوی دوره کارشناسی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- کارشناس ارشد آمار زیستی، مربی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- کارشناس ارشد زبان انگلیسی، مربی، گروه دروس عمومی، معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]

www.mui.ac.ir

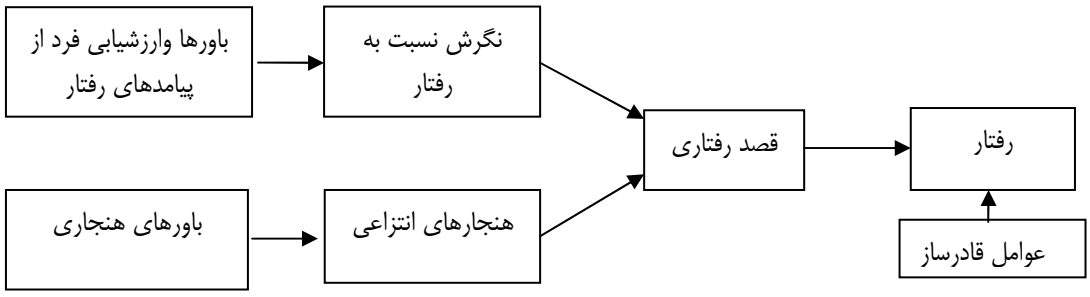
مقدمه

تغذیه با شیر مادر دارای فواید زیادی برای شیرخوار و مادر است. میزان بیماری‌های گوارشی و تنفسی، اگزما، چاقی، عفونت گوش میانی و آلرژی‌ها در شیرخوارنی که با شیر مصنوعی تغذیه شده‌اند بیشتر است (۶-۱). همچنین مادرانی که فرزندان خود را با شیر مادر تغذیه نکرده‌اند در معرض خطر سرطان سینه و پوکی استخوان قرار می‌گیرند (۸، ۷). میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و ادامه آن در کشورها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت می‌باشد. دامنه وسیعی از عوامل و فاکتورها در تصمیم مادر برای تغذیه نوزاد با شیر خود و ادامه آن تأثیرگذار است که به عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاست‌گذاری، رسانه‌ها، عوامل روانشناختی، در دسترس‌بودن خدمات بهداشتی و حمایت اجتماعی ارتباط دارد (۱۰، ۹). سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی و ادامه آن تا ۲ سالگی را به همه کشورها توصیه کرده است (۱۱).

برای موفقیت در تغییر رفتار سالم، آموزش‌دهندگان سلامت باید از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری یک رفتار آگاه باشند و تئوری‌ها به این فرآیند کمک می‌کنند. یکی از مدل‌های مورد استفاده جهت درک رفتار افراد مدل بزنف است که یک مدل جامع و کامل جهت مطالعه رفتار می‌باشد. این مدل به منظور مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شود.

بر طبق این مدل فرد زمانی دست به انجام یک رفتار جدید می‌زند که به این باور برسد که آن رفتار دارای فواید بهداشتی، اقتصادی و غیره باشد (باور فرد و ارزشیابی از پیامدهای رفتار). پس از آن، این ارزیابی باعث شکل‌گیری نگرش نسبت به رفتار در وی می‌شود (نگرش به رفتار). در موازات آن افراد مهمی که در زندگی فرد وجود دارند می‌توانند تصمیم فرد برای رفتار جدید را تحت تاثیر قرار دهند و به عنوان یک مانع یا یک تسهیل کننده در رفتار عمل کنند (هنجارهای انتزاعی). هنجارهای انتزاعی فرد نیز توسط باورهای هنجاری تعیین می‌شود به این معنی که رفتار جدید تا چه اندازه مورد تایید یا رد افراد مهم از نظر وی است. ترکیب نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی باعث شکل‌گیری تصمیم فرد برای اتخاذ رفتار جدید می‌شوند (قصد رفتاری) ولی در این بین عواملی نظیر مهارت، پول، هزینه و غیره می‌توانند در تبدیل قصد رفتاری به رفتار مؤثر تبدیل شود، این عوامل باید از قبل وجود داشته باشند تا رفتار صورت گیرد (عوامل قادرساز) (شکل ۱).

این مدل علاوه بر فرد، به تأثیر خانواده، جامعه و سطوح ملی در شکل‌گیری رفتار تأکید می‌کند و برای حصول یک رفتار باید تغییرات آموزشی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در نظر گرفته شوند (۱۳، ۱۲).



شکل ۱: شمایی از مدل بزنف

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]
www.mui.ac.ir

Bertini و همکاران نشان دادند که هنجارهای انتزاعی نظیر دیدگاه همسر، دوستان و پرسنل بهداشتی در شروع تغذیه با شیر مادر و ادامه آن مؤثر است (۱۴). نتایج مطالعات Brown و همکاران در انگلستان نشان داد که پذیرش تغذیه با شیرمادر بعنوان یک هنجار در جامعه و وجود حمایت اجتماعی از مادر در ادامه تغذیه با شیر مادر بسیار تعیین کننده هستند (۱۵). بررسی محققین نشان داد که مطالعه‌ای در مورد رفتار شیردهی بر اساس سازه‌های مدل بزنف در کشور ایران صورت نگرفته است، این پژوهش با هدف بررسی وضعیت تغذیه با شیر مادر تا پایان دوسالگی و عوامل مؤثر بر آن از طریق سازه‌های مدل بزنف انجام گرفت.

روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی به صورت مقطعی می‌باشد. جامعه مورد پژوهش را ۴۵۰ نفر از مادران دارای کودک ۶ الی ۲۴ ماهه شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام گرفت، بعد از محاسبه تعداد خوشه‌ها به صورت تصادفی ۹ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. حجم نمونه برای نسبت ۸۸ درصد باسطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان دقت ۰/۰۳ برآورد گردید. معیار ورود به مطالعه شامل مادران با فرزند ۶ الی ۲۴ ماهه، دارای پرونده بهداشتی فعال در پایگاه بهداشتی و علاقه‌مند به شرکت در مطالعه بودند. جهت دستیابی به نمونه‌های مورد بررسی به پایگاه‌های منتخب مراجعه و آنانی که دارای پرونده بهداشتی فعال بودند از بین پرونده‌های موجود به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از طریق تلفنی به آنان در مورد اهداف مطالعه توضیحاتی داده شد و جهت شرکت در مطالعه دعوت بعمل آمد. در صورت پذیرش روز و ساعت مصاحبه با توافق طرفین تعیین گردید و در موعد مقرر پرسش‌نامه جهت تکمیل در اختیار آنان گذاشته شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۵ بخش شامل اطلاعات دموگرافیک (۸ سؤال) سؤالات مربوط به میزان آگاهی (۸ سؤال) سؤالات مربوط به نگرش (۹ سؤال) سؤالات مربوط به هنجارهای انتزاعی (۶ سؤال) و سؤالات مربوط به عوامل قادرساز (۶ سؤال) بود. پرسش‌های مربوط به آگاهی با سه گزینه (بلی، خیر، نمی‌دانم) تنظیم شد که برای جواب بلی نمره ۱ و برای جواب خیر و نمی‌دانم نمره صفر در نظر گرفته شد. پس از امتیازبندی آگاهی مادران به پنج گروه خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و خیلی‌خوب تقسیم‌بندی شدند. در مورد سؤالات مربوط به نگرش نیز با درجه‌بندی لیکرت (به طور کامل موافق، تا کامل مخالف) به ترتیب نمرات صفر تا ۴ داده شد و به عبارات معکوس نمره‌دهی معکوس داده شد. پس از امتیازبندی نگرش مادران به پنج گروه خیلی‌ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و خیلی‌خوب تقسیم‌بندی شد.

برای سنجش عوامل قادرساز نیز ۴ سؤال با جواب بلی و خیر تنظیم شد که به جواب بلی نمره ۱ و به جواب خیر نمره صفر داده شد و برای سنجش هنجارهای انتزاعی نیز در پرسش‌نامه از مادر خواسته شد که بین همسر، مادر، مادرشوهر، دوستان، کارکنان مرکز بهداشت و پزشک اشخاصی را که در رابطه با شیردهی برای او مهم هستند به ترتیب اولویت مشخص کند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه شریفی‌راد و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۶). داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۸}$ و با استفاده از آزمون‌کای اسکوئر و ANOVA برای مقایسه متغیرها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در کل ۴۰۶ مادر دارای کودک ۲۴ـ۶ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. (میزان پاسخ دهی ۹۰/۲ درصد بود). میانگین و انحراف معیار سن مادران و تعداد فرزندان به ترتیب برابر با ۴/۷۱ ± ۲۷/۷۹ سال و ۰/۸۱ ± ۱/۶۳ فرزند بود. میانگین سنی شیرخواران برابر با ۵/۰۶ ± ۱۲/۵۰ ماه بود. ۴/۲ درصد مادران و ۴/۲ درصد از پدران این شیرخواران بی سواد بودند. ۲۱/۹ درصد مادران و ۲۹/۶ درصد پدران دارای تحصیلات زیردیپلم بودند در حالی‌که ۵۳/۲ درصد مادران و ۴۵/۲ درصد از پدران دارای دیپلم و ۲۰/۷ درصد مادران و ۲۱/۲ درصد پدران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۹۴/۱ درصد مادران خانه‌دار و ۵/۹ درصد آنان شاغل بودند. نحوه زایمان ۳۵/۷

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]

www.mui.ac.ir

درصد زایمان طبیعی و ۶۴/۳ درصد از طریق سزارین بوده است. شیوع تغذیه با شیر مادر ۸۶/۴ درصد، شیرخشک ۶/۴ درصد و هر دو (شیرخشک به همراه شیر مادر) ۷/۲ درصد بود.

از نظر میزان آگاهی در مورد تغذیه با شیر مادر اکثر مادران (۸۲ درصد) در وضعیت مناسبی قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی آگاهی و نگرش مادران مورد بررسی درباره تغذیه با شیر مادر در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸

	متغیر	تعداد	درصد
آگاهی	خیلی ضعیف	۵	۱/۲
	ضعیف	۲۵	۶/۲
	متوسط	۴۳	۱۰/۶
	خوب	۱۸۳	۴۵/۱
	خیلی خوب	۱۵۰	۳۶/۹
	جمع	۴۰۶	۱۰۰
نگرش	خیلی ضعیف	۱	۰/۲
	ضعیف	۱۶	۴
	متوسط	۱۰۴	۲۵/۶
	خوب	۱۷۸	۴۳/۹
	خیلی خوب	۱۰۷	۲۶/۳
	جمع	۴۰۶	۱۰۰

همچنین اکثر آنان (۷۰/۲ درصد) نگرش مطلوبی نسبت به تغذیه با شیر مادر داشتند.

مادرانی که از شیر مادر استفاده می‌کردند نسبت به دو گروه دیگر (شیرخشک و هر دو) دارای نمره نگرش و آگاهی بالاتری بودند که بر اساس آزمون آماری ANOVA برای نمره آگاهی از نظر آماری معنی‌دار بود (F = ۰/۰۰۱ و P =۸/۲۰۹). ولی برای نگرش اگر چه میانگین نمره بالاتر بود، اما از نظر آماری معنی‌دار نبود (P = ۰/۱۷۴ و F = ۱/۷۵۸).

در ارتباط با سازه‌های عوامل قادرساز، پاسخ‌دهی مناسب کارکنان (۸۶/۲ درصد) و رسانه‌های جمعی (۷۷/۸ درصد) نسبت به سایر موارد بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است (جدول ۲).

آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد بین عوامل قادرساز و نوع تغذیه شیرخوار ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد (P > ۰/۰۵).

روشی که بیشتر مادران به وسیله آن طریقه‌ی صحیح شیردهی را آموزش دیده‌اند نمایش عملی بود (۳۷/۹ درصد) و بعد از آن نمایش فیلم و عکس هر کدام با ۱۰/۶ درصد فراوانی داشتند. همچنین ۴۰/۸ درصد مادران هم بیان داشتند که هیچ‌گونه آموزشی در این زمینه ندیده‌اند.

اولویت هنجارهای انتزاعی نیز برای مادران مورد بررسی به ترتیب مادر، همسر، کارکنان مرکز بهداشت، پزشک، مادرشوهر و دوستان بود که آزمون آماری ANOVA نشان داد که بین نوع تغذیه شیرخوار و هنجارهای انتزاعی همسر، مادر و مادر شوهر ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P < ۰/۰۵).

جدول ۲: توزیع فراوانی عوامل قادرساز در رفتار تغذیه با شیر مادر در مادران مورد بررسی در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸

عوامل قادرساز	بلی		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پاسخ‌دهی مناسب کارکنان	۳۵۰	۸۶/۲	۵۶	۱۳/۸
رسانه‌های جمعی	۳۱۶	۷۷/۸	۹۰	۲۲/۲
جزوات آموزشی	۲۰۹	۵۱/۵	۱۹۷	۴۸/۵
کلاس‌های آموزشی	۲۰۷	۵۱	۱۹۹	۴۹
امکان تماس تلفنی با مرکز بهداشتی	۱۵۱	۳۷/۲	۲۵۵	۶۲/۸

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]

www.mui.ac.ir

در میان شیرخوارانی که تداوم شیردهی با شیرمادر نداشتند "کمبود شیرمادر"، "گریه و نا آرامی کودک" و "سختی امر شیردهی" از شایع‌ترین علل ذکر شده توسط مادارن بود. (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی علل قطع شیردهی در مادران مورد بررسی در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸

علت قطع شیردهی	تعداد	درصد
کمبود شیرمادر	۳۰	۶۳/۹
گریه و ناآرامی کودک	۵	۱۰/۶
سختی امر شیردهی	۵	۱۰/۶
بیماری کودک	۳	۶/۴
بیماری مادر	۳	۶/۴
توصیه پزشک معالج	۱	۲/۱
جمع	۴۷	۱۰۰

بر اساس آزمون آماری کای اسکوئر بین نوع زایمان، سطح تحصیلات مادر و شغل مادر با وضعیت تغذیه شیرخوار ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). همچنین بر اساس آزمون آماری ANOVA بین سن مادر و تعداد فرزندان مادر با نوع تغذیه شیرخوار ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

بحث

مدل بزنف عوامل مختلف مؤثر در اتخاذ یا عدم اتخاذ یک رفتار بهداشتی را مورد بررسی قرار می‌دهد. اهمیت این مدل بر این است که در برنامه‌ریزی و زمینه‌سازی تغییر و ثبات رفتار به باورها و نگرش‌های فرد از ارزشیابی نتایج حاصل از رفتار و انجام رفتار توسط فرد توجه دارد. در واقع به باورهای هنجاری و هنجارهای انتزاعی که منجر به تصمیم برای تغییر و استمرار رفتار مورد نظر می‌شود، همراه با عوامل قادر ساز توجه می‌شود (۱۷).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که درخصوص میزان آگاهی مادران در مورد تغذیه با شیر مادر ۸۲ درصد مادران دارای آگاهی خیلی‌خوب و خوب بودند. در مورد نحوه نگرش مادران نیز ۷۰/۲ درصد مادران دارای نگرش خیلی‌خوب و خوب بودند که بالابودن آگاهی در بهبود عملکرد آنها تأثیر داشته است. در مورد نگرش اگرچه مادران دارای نگرش مطلوبتر دارای عملکرد بهتری بودند ولی این ارتباط معنی‌دار نبود. این نتایج با یافته‌های مطالعات علائی و همکاران (۱۸)، غفاری و همکاران (۱۹). همخوانی دارد ولی با مطالعه مصفای خمامی و همکاران در لاهیجان (۲۰) .که مقادیر کمتر آگاهی و نگرش غیرمطلوبتری را درباره تغذیه با شیر مادر گزارش کردند، هم‌خوانی ندارد. این تفاوت می‌تواند به زمینه‌های متفاوت فرهنگی، فاصله زمانی مطالعه فوق با مطالعه حاضر و استفاده از ابزار متفاوت در دو مطالعه مربوط باشد.

در این مطالعه بین هنجارهای انتزاعی مادر، همسر، مادرشوهر و رفتار شیردهی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. اما بین هنجارهای انتزاعی کارکنان مرکز بهداشت پزشک ودوستان این ارتباط مشاهده نشد. که این موضوع نشان دهنده اهمیت افراد نزدیک مادر در رفتار شیردهی مادر است. می‌توان نتیجه گرفت زمانی که مشوقین از نزدیکان باشند یعنی افرادی که تجربیات خود را به مادر منتقل می‌کنند و حتی مادر مشاهده گر تجربیات آن‌ها است نگرش بهتری در تغذیه نمودن کودک با شیر مادر حاصل می‌شود پیشنهاد می‌گردد در آموزش فقط آموزش به مادر را نباید ملاک قرار داد بلکه آموزش به خانواده به خصوص همسر و کسانی که مادر با آن‌ها ارتباط نزدیک دارد نظیر مادر و مادرشوهر که ارتباط و تأثیرپذیری آنها بیشتر است باید جزء گروه آموزشی و مشاوره‌ای قرار گیرند. بررسی علائی 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 بوده‌اند (۱۸). در مطالعه‌ای در انگلستان حمایت همسر و پذیرش رفتار شیردهی به عنوان یک هنجار اجتماعی، حمایت از طرف دوستان و شرکت در کلاس‌های آموزشی قبل از زایمان و پیگیری و حمایت بعد از زایمان مهم‌ترین عوامل برای شروع

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]
www.mui.ac.ir

و تداوم شیردهی بوده است (۱۴). انتظارات اجتماعی از عوامل مؤثر در تداوم شیردهی مادر است (۲۱، ۲۲) در مطالعه‌ای در انگلستان بدلیل تضاد بین انتظارات شخصی و هنجار اجتماعی باعث شده است که مادرانی که فرزندان خود را با شیر خود تغذیه می‌کنند دچار انزوای اجتماعی، جسمانی و هیجانی شوند. زیرا شیردهی مادر یک هنجار پذیرفته شده در قسمت اعظم آن جامعه نمی‌باشد (۲۳).

نتایج مطالعات Walburg و همکاران که شروع شیردهی و تداوم آن را در دو کشور آلمان و فرانسه مورد بررسی قرار داده بودند نشان داد اگرچه دو کشور از نظر اجتماعی ـ اقتصادی دارای هم‌گونی زیادی باهم هستند اما در کشور آلمان به‌دلیل سیاست‌گذاری، حمایت و پیگیری مناسب توسط پرسنل بهداشتی (ماما و پرستار) بعد از زایمان باعث شده است که شروع شیردهی و تداوم آن در قیاس با مادران فرانسوی به دلیل عدم برخورداری از سیستم حمایتی فوق بطور معنی‌داری بیشتر باشد (۲۴). تفاوت در هنجارهای انتزاعی مهم در امر شیردهی بین کشورهای توسعه یافته و کشور ما می‌تواند بدلیل ساختار متفاوت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی باشد.

Sweet نیز در مطالعه خود نشان داد که حمایت همسران و نگرش مناسب آنان نسبت به تغذیه با شیر مادر در تداوم شیردهی نوزادن نارس مؤثر است (۲۵).

در رابطه با عوامل قادرساز نیز اگرچه درصد قابل توجه‌ای از مادران در کلاس های آموزشی در رابطه با شیردهی شرکت و از جزوات آموزشی استفاده کرده‌اند (۵۱ درصد) و یا از طریق تماس تلفنی با مرکز بهداشتی در تماس بوده‌اند (۸۶/۲ درصد) اما بین عوامل قادرساز و رفتار شیردهی مادران ارتباط معنی‌داری یافت نشد که این موضوع می‌تواند به کیفیت مشاوره و آموزش و ایجاد اعتماد در بین مددجویان مربوط باشد. همچنین ۴۰/۸ درصد مادران بیان داشته‌اند که در رابطه با طریقه صحیح شیردهی هیچ‌گونه آموزشی ندیده‌اند. در حالی که نتایج مطالعه شریفی‌راد و همکاران نشان داد آموزش و مداخله بر اساس سازه‌های مدل بزنف در دوران بارداری در رفتار شیردهی مادران بطور معنی‌داری تاثیر مثبت دارد (۱۶). در کل می‌توان چنین استنباط کرد که در مطالعه حاضر نقش هنجارهای انتزاعی در رفتار شیردهی بسیار پررنگ تر از عوامل قادرساز بوده است.

نتایج پژوهش نشان داد که شیوع تغذیه با شیر مادر در کودکان ۲۴-۶ ماهه شهر اصفهان ۸۶/۴ درصد بود. در این مطالعه بیشترین فراوانی علل قطع شیردهی به ترتیب کمبود شیر مادر، گریه و نا آرامی کودک، سختی امر شیردهی، بیماری کودک و بیماری مادر و توصیه پزشک معالج بود. در مطالعه خزاعی و همکاران در سال ۱۳۸۵ در بیرجند شایع‌ترین علل قطع شیردهی کمبود شیر مادر، فشار خون بالای مادر، بیماری و بستری کودک (۲۶). و در مطالعه قائدی محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۰ در استان بوشهر مهم‌ترین علل قطع شیر مادر، شاغل بودن مادر، گریه و ناآرامی کودک و بیماری کودک (۲۷). و در مطالعه رستم نژاد و امانی در سال ۱۳۸۰ در اردبیل مهم‌ترین علت شروع زود هنگام تغذیه تکمیلی ناکافی بودن شیر مادر بیان شده است (۲۸). باتوجه به این که مهم‌ترین علت عدم تداوم تغذیه با شیر مادر در این مطالعات کمبود شیر مادر بیان شده و از آنجا که احساس کمبود شیر مادر به عوامل مختلفی همچون تجربه قبلی شیردهی، تأثیر اطرافیان، میزان آگاهی مادر، تحصیلات مادر، حمایت از مادر جهت شیردهی در ارتباط است به نظر می‌رسد باید توجه ویژه‌ای به آن شود. به نظر می‌رسد علاوه بر انجام مراقبت‌های دوران بارداری و آموزش مادر طی این دوران، آموزش مادر پس از زایمان و هنگام ترخیص از بیمارستان یا زایشگاه نیز می‌تواند مؤثر باشد (۲۹). در مطالعه Khory و همکاران نتایج نشان داد که مشاوره و آموزش مادران توسط ماما و پرستار در حین ترخیص از بیمارستان باعث تداوم شیردهی در مادران دارای طبقات پایین اجتماعی شده است (۳۰).

در مطالعه حاضر بین تغذیه با شیر مادر با نوع زایمان، وضعیت اشتغال مادر، سن و تعداد فرزندان زنده مادر رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. نتایج مطالعات مختلف نشان داد که سن پایین به عنوان یکی از عوامل مؤثر در عدم تغذیه با شیر

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]

www.mui.ac.ir

مادر و قطع زود هنگام تغذیه با شیر مادر است (۳۳، ۳۱). این عامل در مطالعه حاضر مشاهده نشد که این می‌تواند به دلیل برخورداری از حمایت‌های اجتماعی بیشتر در بین مادران مورد بررسی باشد. همچنین در مطالعاتی بین انجام سزارین و قطع شیردهی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد (۳۴، ۳۵). نتایج مطالعه آینده‌نگر اختیاری و امامی در تهران نشان داد که میزان موفقیت در شیردهی کامل در گروه سزارین ۴۷ درصد و در گروه زایمان طبیعی برابر با ۷۰ درصد بود (۳۶).

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم پاسخگویی ۹/۸ درصدی مادران مورد بررسی بود که ممکن است بر روی نتایج سوگرایی ایجاد کرده باشد. همچنین پایین‌بودن احتمالی ابزار پرسش‌نامه برای سنجش واقعی نگرش افراد مورد بررسی بود که با بدون نام بودن پرسش‌نامه‌ها تا اندازه‌ای کنترل گردید. به دلیل در دسترس نبودن نتایج مطالعات مربوط با عنوان تحقیق در مادران دارای شیرخوار بهتر است تحقیقات مشابه و مکمل در سایر نقاط به عمل آید تا بتوان از کل این بررسی‌ها نتیجه بهتری بدست آورد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد علاوه بر وجود آگاهی و اطلاعات مادران شیرده، حمایت و تشویق همسر، مادر و مادر شوهر بعنوان هنجارهای انتزاعی در رفتار شیردهی مادران تاثیر مثبتی دارد و در برنامه‌های تغذیه با شیر مادر به نقش این عوامل توجه بیشتری باید مبذول شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در انجام این طرح همکاری لازم را داشتند و همکاران محترم مراکز بهداشتی درمانی اصفهان که در گردآوری اطلاعات ما را یاری نمودند و مادران عزیزی که در مطالعه شرکت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Adv Exp Med Biol 2004; 554: 63-77.
2. Moore MM, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Camargo CA, Jr., Gold DR, et al. Perinatal predictors of atopic dermatitis occurring in the first six months of life Pediatrics 2004; 113(3 Pt 1): 468-74.
3. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis Am J Epidemiol 2005; 162(5): 397-403.
4. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media Pediatrics 1993; 91(5): 867-72.
5. Fewtrell MS. The long-term benefits of having been breast-fed. Paediatrics 2004; 14(2): 97-103.
6. Mai XM, Becker AB, Sellers EA, Liem JJ, Kozyrskyj AL. The relationship of breast-feeding, overweight, and asthma in preadolescents J Allergy Clin Immunol 2007; 120(3): 551-6.
7. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease Lancet 2002; 360(9328): 187-95.
8. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women Int J Epidemiol 1993; 22(4): 684-91.
9. Cooke M, Schmied V, Sheehan A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia Midwifery 2007; 23(1): 66-76.
10. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding Midwifery 2009; 25(1): 50-61.
11. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization, 2003.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]

www.mui.ac.ir

12. Salehi M, Kimiagar SM, Shahbazi M, Mehrabi Y, Kolahi AA. Assessing the impact of nutrition education on growth indices of Iranian nomadic children: an application of a modified beliefs, attitudes, subjective-norms and enabling-factors model Br J Nutr 2004; 91(5): 779-87.

13. Hubley J. An action guide to health education and promotion. Communicating Health. Price: Macmillan Press, 2004.

14. 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.

15. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community Midwifery 2011; 27(1): 53-9.

16. Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanzadeh A, Charkazi AR, et al. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding. Behavior of pregnant mothers in Arak. Arak Medical University Journal 2010; 13(1): 63-70.

17. Hazavehei SMM, Asadi Z, Hassanzadeh A, Shekarchizadeh P. Comparing the Effect of Two Methods of Presenting Physical Education ? Course on the Attitudes and Practices of Female Students towards Regular Physical Activity in Isfahan University of Medical Sciences. IJME 2008; 8(1): 121-31.

18. Alaie N, Faghihzadeh S. Relationship of Mother Factors with Mothers' Attitude about Breast Feeding. Daneshvar Medicine April- May 2008; 15(74): 31-40.

19. Ghaffari V, Vahidshahi K, Parviniejad N, Ghavanch zade TM. Assessment of mothers' attitude toward exclusive breast feeding , Sari, 2007. Journal of Jahrom Medical School 2009; 7(1): 53-61.

20. 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.

21. Hauck YL, Irurita VF. Incompatible expectations: the dilemma of breastfeeding mothers Health Care Women Int 2003; 24(1): 62-78.

22. Hauck Y, Langton D, Coyle K. The path of determination: exploring the lived experience of breastfeeding difficulties Breastfeed Rev 2002; 10(2): 5-12.

23. Mahon-Daly P, Andrews GJ. Liminality and breastfeeding: women negotiating space and two bodies Health Place 2002; 8(2): 61-76.

24. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Scholmerich A, Chabrol H. Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers Midwifery 2010; 26(1): 109-15.

25. Sweet L, Darbyshire P. Fathers and breast feeding very-low-birthweight preterm babies Midwifery 2009; 25(5): 540-53.

26. Khazaei T, Madarshahian F, Hasanabadli M, Kianfar S. Barriers of Exclusive Breast Feeding and Related Factors in Formula-fed Infants in Birjand. Quarterly Journal of Yasuj Faculty of Nursing And Midwifery 2008; 3(1-2): 35-45.

27. Ghaed Mohammadi Z, Zafarmand MH, Heidari GhR, 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. Iranian South Medical Journal 2004; 7(1): 79-87.

28. Rostamnegad M, Amani F. Unsuccessful Breast Feeding among Women in Ardabil: Probing the Reasons, 2000-2001. Journal of Ardabil University of Medical Sciences& Health Services 2004; 3(12): 31-5.

29. Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding Pediatrics 1996; 97(5): 669-75.

30. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control Womens Health Issues 2005; 15(2): 64-72.

31. Persad MD, Mensinger JL. Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas J Community Health 2008; 33(2): 53-60.

32. 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.

33. Taveras EM, Scanlon KS, Birch L, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year Pediatrics 2004; 114(5): e577-83.

34. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding Birth 2002; 29(2): 124-31.

35. Sheehan D, Krueger P, Watt S, Sword W, Bridle B. The Ontario Mother and Infant Survey: breastfeeding outcomes J Hum Lact 2001; 17(3): 211-9.

36. Ekhtiari A, Emami P. Comparison of success rates in breastfeeding after vaginal delivery and cesarean section. Journal of Islamic Azad University of Tehran 2008; 18(1): 51-4.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]

www.mui.ac.ir

Breast feeding status during the first two years of infants' life and its risk factors based on BASNEF model structures in Isfahan

***Abdorahman Charkazi*[1], *Sayyede Zeynab Mir Aeiz*[2], *Atena Razzagh Nejad*[2], *Hossein Shahnazi*[3], *Akbar Hasanzadeh*[4], *Mohammad Taghi Badleh*[5]**

Abstract

Background: Breast feeding is subject to social and cultural conditions of societies.BASNEF model considered as one of the comprehensive models of behavior study, especially in developing countries. This study was performed to investigate the status of breast feeding during the first two years of infants' life and its risk factors through BASNEF model structures.

Methods: In this cross-sectional descriptive and analytical study, 406 mothers of 6-24 months old children were selected by multistage cluster sampling method. Data was collected using a questionnaire included five sections based on the BASNEF model structures. Demographic characteristics of studied population were recorded also.

Findings: The prevalence of breast feeding was 86.4% (351 mothers). 333 mothers (82%) had a good knowledge. There was significant relationship between knowledge and breastfeeding behavior of mothers ($P < 0.05$). 285 mothers (70.2%) had good and very good attitude in this regard. There was no significant relationship between attitude and breastfeeding behavior of mothers ($P < 0.05$).There was significant relationship between breastfeeding behavior of mothers and abstract norms of husbands, mother and mother in low ($P < 0.05$) but it had no significant relationship with capable factors ($P > 0.05$).It was no significant relationship between type of children nutrition and type of delivery, maternal age and number of children ($p> 0.05$).

Conclusion: In addition to knowledge and information of nursing mothers, supports and encouragement of husbands, mother and mother in low as abstract norms of behavior have a positive impact on breastfeeding behavior of mothers. It should be paid more attention to the role of mentioned factors in breast feeding programs.

Key words: Breastfeeding, Infant, Capable Factors, Abstract Norms, BASNEF Model

* This article was extracted from research project No 288167 by Isfahan University of Medical Sciences.

1- PhD. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: rcharkazi@yahoo.com
2- BSc. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3- PhD. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4- MSc., Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5- MSc., Instructor, Department of Public Courses, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07]

www.mui.ac.ir