DOI: 10.22122/jhsr.v16i1.3587 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 16, No. 1, Spring

Received: 19.09.2018 Accepted: 26.01.2019 Published: 03.04.2020

Factors Associated with Breastfeeding: A Review Study

Reyhan Rafizadeh-Tafti[1], Zahra Heydari[2], Mahmood Karimy[3], Fereshteh Zamani-Alavijeh[4], Marzieh Araban[5]

Review Article

Abstract

Background: Nowadays, the benefits of exclusive breastfeeding are evident to anyone, however the decision of a mother to feed her baby depends on many factors. Identifying these factors will enable healthcare organizations to raise the breastfeeding rates in different areas at an acceptable level by investing in them. This review study is conducted with the aim of investing factors associated with exclusive breastfeeding.

Methods: In this review, 71 articles from Persian and English scientific bases were studied to identify the factors associated with exclusive breastfeeding.

Findings: In this review, 39 factors were gathered in five dimensions: Individual and demographic factors, factors related to pregnancy and childbirth, factors related to the child's condition, cognitive-perceptual factors, and behavioral factors. Given the findings, almost all studies confirmed the positive and significant impact of mother's knowledge on exclusive breastfeeding. Additionally, the positive impact of the education level of family, mother's perceived social support and attitude, and vaginal delivery was reported in most studies.

Conclusion: The results of this study can be used by all researchers who want to study the relationship between these factors and the exclusive breastfeeding.

Keywords: Exclusive Breast-Feeding; Awareness; Social Support; Attitude; Review

Citation: Rafizadeh-Tafti R, Heydari Z, Karimy M, Zamani-Alavijeh F, Araban M. **Factors Associated with Breastfeeding: A Review Study.** J Health Syst Res 2020; 16(1): 69-77.

1- MSc Student, Student Research Committee AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Biostatic and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Associate Professor, Social Determinant of Health Research Center AND School of Health, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
4- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5- Associate Professor, Health Education and Promotion Department, Public Health School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
Corresponding Author: Fereshteh Zamani-Alavijeh; Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: f_zamani@hlth.mui.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.22122/jhsr.v16i1.3587 Published by Vesnu Publications

عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر: یک مطالعه مروری

ریحان رفیع‌زاده تفتی[1]، زهرا حیدری[2]، محمود کریمی[3]، فرشته زمانی علویجه[4]، مرضیه عربان[5]

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: در امروزه مزایای تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر بر هیچ کسی پوشیده نیست، اما تصمیم یک مادر برای تغذیه نوزاد خود با شیر مادر به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل باعث می‌شود سازمان‌های بهداشتی بتوانند با بهبود آن‌ها، نرخ تغذیه انحصاری با شیر مادر را در مناطق مختلف به سطح قابل قبولی ارتقا دهند. پژوهش مروری حاضر با هدف شناسایی عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه، با بررسی ۷۱ مقاله از پایگاه‌های علمی داخلی و خارجی، به مرور هدفمند عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر پرداخته شد.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق حاضر، جمع‌آوری ۳۹ عامل در پنج بعد شامل «عوامل دموگرافیک و فردی، عوامل مرتبط با بارداری و زایمان، عوامل مربوط به وضعیت کودک، عوامل شناختی ادراکی، نوع و چگونگی اتخاذ رفتارهای شیردهی» بود. تا حدودی در تمام پژوهش‌ها، تأثیر مثبت و معنی‌دار آگاهی مادران بر روی تغذیه انحصاری تأیید شده است. همچنین، تأثیر مثبت سطح تحصیلات خانواده، زایمان طبیعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و نگرش مادر در بیشتر مطالعات گزارش گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده می‌تواند مورد استفاده تمام محققانی قرار گیرد که قصد دارند عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر را بررسی نمایند.

واژه‌های کلیدی: تغذیه انحصاری با شیر مادر؛ آگاهی مادر؛ حمایت اجتماعی؛ نگرش؛ مطالعه مروری

ارجاع: رفیع‌زاده تفتی ریحان، حیدری زهرا، کریمی محمود، زمانی علویجه فرشته، عربان مرضیه. **عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر: یک مطالعه مروری.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۱): ۷۷-۶۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۶/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۶ تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱/۱۵

مقدمه

شیر مادر مطلوب‌ترین و کامل‌ترین غذا برای نوزاد در طی چند ماه اول زندگی است (۲، ۱). عدم تغذیه با شیر مادر، خطر بیماری‌هایی همچون عفونت‌های دستگاه تنفسی، حساسیت، مشکلات گوارشی، سوء تغذیه، دیابت، چاقی و سرطان را در کودکی و بزرگسالی افزایش می‌دهد (۳). بر اساس بیانیه صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل (UNICEF) در سال ۲۰۰۷ میلادی، تغذیه با شیر مادر، سالانه جان ۱/۳ میلیون کودک را از مرگ حتمی نجات می‌دهد (۴). حدود ۶ میلیون کودک کمتر از ۵ سال در سال ۲۰۱۳ مرده‌اند که ۴۴ درصد این مرگ‌ها در دوره نوزادی بوده و ۴۵ درصد آن به دلیل سوء تغذیه اتفاق افتاده است (۵). این در حالی است که بر اساس گزارش همین سازمان، با بهبود شاخص‌های تغذیه با شیر مادر، تغذیه انحصاری با شیر مادر و تغذیه تکمیلی، می‌توان روزانه جان ۵۰۰۰ کودک را در سراسر جهان نجات داد (۴).

حداکثر استفاده از مزایای شیر مادر زمانی حاصل می‌شود که کودک تا شش ماهگی به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود (۶). با این حال، آمارهای موجود در مورد شیردهی انحصاری مادران در ایران مطلوب نیست (۷). در این راستا، رئیس اداره سلامت کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۳، آمار تغذیه انحصاری تا شش ماهگی را در کشور ۵۳/۱ درصد اعلام کرد (۸). همچنین، طبق مطالعه‌ای علمی با هدف بررسی ویژگی‌های شاخص‌های جمعیتی در ایران، شاخص تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی، ۲۳/۱ درصد گزارش گردید (۹). از این‌رو، تغذیه با شیر مادر بخش غیر قابل تفکیک فرایند باروری به شمار رفته و به اهمیت تغذیه مناسب کودک در ماه‌ها و سال‌های اولیه عمر در حفظ، بقا، تأمین رشد، تکامل و سلامت او و مادر اشاره شده است (۱۰).

تصمیم یک مادر برای تغذیه نوزاد خود با شیر مادر، به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل باعث می‌شود که سازمان‌های بهداشتی بتوانند با سرمایه‌گذاری بر روی آن‌ها، نرخ تغذیه انحصاری را در مناطق مختلف به سطح قابل قبولی ارتقا دهند. به همین دلیل، تحقیقات متعددی در زمینه شناسایی این عوامل در نقاط مختلف جغرافیایی چه در داخل و چه خارج از ایران صورت گرفته و بعضی نتایج متناقض و متفاوتی از نحوه اثرگذاری این عوامل بر روی تغذیه انحصاری گزارش شده است. مطالعات مروری می‌توانند به صورت مختصر و جامع، پژوهش‌های انجام شده در یک حوزه تحقیقاتی را جمع‌بندی کنند و در اختیار سایر محققان قرار دهند، اما

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استادیار، گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ایران
۴- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
نویسنده مسؤول: فرشته زمانی علویجه؛ استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: f_zamani@hlth.mui.ac.ir

جستجوها نشان می‌دهد مطالعات مروری در این زمینه در ایران معدود می‌باشد و جامعیت لازم را نیز ندارند. در این راستا، صمدانیان و طاهباز در قالب یک پژوهش مروری، وضعیت شیردهی مادران در تهران را طی دو دهه مورد بررسی قرار دادند (۱۱). همچنین، علیزاده و قاسمی در تحقیقی متفاوت، به مرور مقالاتی پرداختند که رابطه تغذیه انحصاری تا شش ماهگی را با چاقی نوزاد مورد بررسی قرار داده بودند (۱۲). قاسمی و همکاران نیز در قالب یک مطالعه مروری، به بررسی روش‌های آزمون شده جهت بهبود تغذیه با شیر مادر پرداختند (۱۳)، اما هیچ‌کدام از این پژوهش‌ها به مرور عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر که در تحقیقات گذشته مورد استفاده قرار گرفته بود، نپرداختند. بنابراین، خلأ وجود چنین تحقیقی احساس شد. با مرور مطالعاتی که تغذیه انحصاری را مورد بررسی قرار داده‌اند، فهرستی از عوامل مختلفی که در پژوهش‌های گذشته مورد استفاده قرار گرفته‌اند، شناسایی و دسته‌بندی گردید. همچنین، عواملی که در بیشتر تحقیقات تأثیر مثبت آن‌ها گزارش شده بود، به عنوان عوامل مهم مرتبط به تغذیه انحصاری با تفصیل بیشتری بررسی شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مروری سیستماتیک بود. بدین منظور، مقالات انجام شده در این حوزه طی ۲۵ سال گذشته (از سال ۱۹۹۳ تا سال ۲۰۱۸) مورد بررسی قرار گرفت. مقالات فارسی در پایگاه‌های Scientific Information Database (SID) و Google Scholar و مقالات انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed و Google Scholar با کلید واژه‌های فارسی «تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه انحصاری، شیردهی انحصاری، زمان شیردهی، تغذیه تا شش ماهگی و رفتار شیردهی» و کلید واژه‌های انگلیسی «Exclusive breastfeeding، Exclusive nutrition، Breastfeeding، Nutrition up to six months و Breast-feeding behavior» جستجو گردید. جستجوها به صورت مجزا در عنوان، چکیده و کلید واژه‌های مقالات انجام گرفت. معیار اولیه انتخاب مقالات این بود که اثر عامل یا عواملی مشخص را بر روی تغذیه انحصاری با شیر مادر سنجیده باشند. بدین ترتیب، ابتدا عنوان و سپس چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفت و مقالاتی که این ویژگی را داشتند، تفکیک گردید که تعداد آن‌ها حدود ۱۱۰ مقاله (فارسی و انگلیسی) بود. مقالاتی که فقط چکیده آن‌ها در دسترس بود، اگر در چکیده به این موضوع اشاره شده بود که ارتباط یا اثر عامل یا عواملی بر روی تغذیه انحصاری در تحقیق تأیید شده یا نشده است، وارد فرایند تحقیق گردید و در غیر این صورت، از فهرست مقالات مورد بررسی کنار گذاشته شدند.

در ادامه، مقالاتی که چند سال از تاریخ انتشار آن‌ها گذشته بود و تعداد استناد (Citation) آن‌ها کمتر از دو مورد بود نیز از فرایند مطالعه کنار گذاشته شد. بدین ترتیب، ۷۱ مقاله در فهرست نهایی بررسی قرار گرفت. از این بین، ۴۰ مقاله خارجی و ۳۱ مقاله داخلی بود. همچنین، بیشترین مقالات بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ (۲۷ مقاله) انتشار یافته بود و از این بین، سال ۲۰۰۸ با ۸ مقاله، بیشترین تعداد را داشت. در مرحله بعد، عوامل مطرح شده مرتبط با موضوع استخراج و در ابعاد مختلف دسته‌بندی گردید. نحوه استخراج عوامل از هر مقاله به این صورت بود که یک محقق مقاله را می‌خواند و در بخش یافته‌های تحقیق، عواملی که اثر یا رابطه آن‌ها با تغذیه انحصاری به هر روش سنجیده شده بود و معنی‌داری یا عدم معنی‌داری رابطه آن‌ها گزارش شده بود، به فهرست پژوهش حاضر اضافه می‌شد. مرور عوامل و دسته‌بندی آن‌ها در ادامه به تفصیل ارایه شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه مروری، از نتایج ۷۱ مقاله، ۳۹ عامل در شش بعد استخراج گردید. یافته‌ها حاکی از گوناگونی نتایج تحقیقات انجام شده در مورد عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر بود. ابعاد پنج‌گانه به دست آمده شامل «عوامل دموگرافیک و وضعیت سلامت و بیماری مادر، عوامل مرتبط با بارداری و زایمان، عوامل مربوط به وضعیت کودک، عوامل شناختی ادراکی و نوع و چگونگی اتخاذ رفتارهای شیردهی» بود. نحوه قرار گیری عوامل مختلف در هرکدام از ابعاد در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. ابعاد و عوامل تعیین‌کننده تغذیه انحصاری جمع‌آوری شده از ادبیات تحقیق

ابعاد	عوامل مرتبط با هر بعد	
عوامل دموگرافیک و وضعیت سلامت و بیماری مادر	شاغل بودن مادر (۱۵، ۱٤)، سطح تحصیلات پدر و مادر (۲۱-۱٦)، سن مادر (۲۱، ۱۹-۱۷)،محل سکونت(روستا شهر) (۲۲)، تعداد فرزندان (۲٦-۲۳)	بیماری احتمالی مادر و مصرف دارو (۳۰-۲۷، ۱۹)، مشکلات پستان (۳۲، ۳۱، ۱۹)، اعتیاد به دخانیات (سیگار) (۲۲)، استعمال قلیان (۲۲)، اعتیاد به مواد (۲۲)
عوامل مرتبط با وضعیت بارداری و زایمان	طول دوران بارداری (۳۳، ۱۹)، نوع زایمان (۳۹-۳٤، ۲٤، ۲۱، ۱۹، ۱٦)، چندقلویی (٤۰، ۲۳)، تحت نظر متخصص بودن (٤۱)، دسترسی اسان به رابطین بهداشتی (٤۲، ٤۱)، نوع تغذیه نوزاد در بیمارستان (۲۲)، میزان رضایت از فرایند تغذیه نوزاد در بیمارستان (۲۲)	رتبه تولد (۲٦-۲٤، ۲۱، ۱۹، ۱۸)، ناخواسته بودن حاملگی (٤۳، ۲٤، ۲۱)، مراقبت‌های منظم در طی دوران بارداری (۱۷)، آموزش قبل از زایمان (٤٦-٤٤، ۲٤، ۲۲، ۲۰)، مراقبت‌های ویژه نوزاد (NICU) (۲۲)، هم‌اتاقی بودن مادر و نوزاد بعد از زایمان (٤٤، ۲٤، ۲۱، ۱۰)
عوامل مرتبط با وضعیت کودک	وضعیت منحنی رشد (۲٤)، بیماری منجر به بستری شدن کودک (٤۷، ٤۱، ۲٤)	وزن نوزاد در هنگام تولد (٤۷، ۳۳، ۲٤)، جنس کودک (۵۰-٤۸، ۱۹)
عوامل شناختی ادراکی	حمایت اجتماعی ادراک شده (۵٤-۵۱، ٤٦-٤٤، ۳۹، ۵٦، ۵۵، ۳۲، ۲۷)، خودکارامدی ادراک شده مادر (۵۹-۵۷، ۹)	آگاهی مادر (٦۵-٦۰، ۲۸، ۲۷)، نگرش مادر (۵۱، ٤٦، ٤۵، ۳۲)، لذت بردن مادر از شیردهی (٤٤)
سایر عوامل	تجربه شیردهی (٦٦، ۲۲)	
نوع و چگونگی اتخاذ رفتارهای شیردهی	شروع شیردهی بلافاصله بعد از زایمان (٦۹-٦۷، ٤٤، ۲٤، ۲۱، ۱۹)، شیردهی بر اساس تقاضای کودک یا تمایل مادر (٤٤، ۲٤)، ادراک نسبت به برآورده کردن طول دوره برنامه‌ریزی شده برای شیردهی انحصاری (۲۲)	استفاده از پستانک (۷۰، ۳۳، ۲٤)، برنامه برای ترکیب تغذیه (۲۲)، طول دوره برنامه‌ریزی برای شیردهی (۲۲)

NICU: Neonatal intensive care unit

بدیهی است در هر کدام از ابعاد مذکور، متغیرهای فراوانی قابل دسته‌بندی می‌باشد و تحقیقات مختلف تأثیر این متغیرها را مورد بررسی قرار دادند، اما برخی از این متغیرها به مقدار بیشتری در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته‌اند که علت آن اهمیت بالاتر این متغیرها می‌باشد. در ادامه، به بررسی هر کدام از ابعاد شش‌گانه پرداخته شد و در هر بعد، آن دسته از عواملی که با تکرار بیشتری در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته بود و اهمیت بیشتری داشتند، با تفصیل بیشتری بررسی گردید.

عوامل فردی و دموگرافیک: پژوهشگران در تحقیقات پیشین، بسته به گستردگی و نوع نیازی که احساس کرده‌اند، از گروهی از عوامل دموگرافیک در مطالعه خود استفاده کرده بودند. بر اساس نتایج، اثر عوامل مختلف در این بعد بر روی تغذیه انحصاری تفاوت و تناقض بیشتری را نسبت به سایر ابعاد نشان داد و وابستگی زیادی به بافت فرهنگی جامعه مورد بررسی دارد.

یکی از عوامل دموگرافیک که در بیشتر پژوهش‌ها تأثیر سوئی بر تغذیه انحصاری داشت، اشتغال مادران بود. بر اساس نتایج مطالعات متعدد، اشتغال مادران و عواملی همچون عدم حضور مادر در منزل، ساعات کار، مدت مرخصی زایمان و نوع شغل مادر، نقش مهمی در شروع و تداوم شیردهی داشت. همچنین، کار پاره‌وقت و ایجاد تسهیلات مناسب برای تغذیه شیرخواران در مجاورت محل کار مادران، می‌تواند نقش مؤثری در افزایش طول مدت شیردهی داشته باشد (۷۱، ۵۴، ۱۴). در تحقیق انجام شده در تایلند نیز اشتغال مادران عامل مهمی در کاهش ادامه شیردهی بود (۱۴). نتایج پژوهشی که در ایالات متحده آمریکا انجام شد، نشان داد که حدود ۵۰ درصد مادرانی که فرزند کمتر از یک سال داشتند، در خارج از منزل کار می‌کردند. این مادران در شیردهی با مشکلات متعددی مواجه بودند (۵۴). نتایج مطالعات قائد محمدی و همکاران در استان بوشهر (۷۱) و Sasaki و همکاران (۱۷) این یافته را تأیید کرد.

از عوامل مهم دیگر در این بعد، سطح تحصیلات خانواده بود. به نظر می‌رسد که هرچقدر سطح تحصیلات بالاتر باشد، به دلیل آگاهی بیشتر خانواده و عدم توجه آن‌ها به باورهای غلط سنتی، سطح تغذیه انحصاری بالاتر خواهد بود. به عنوان مثال، Vohr و همکاران در تحقیق خود، میزان تحصیلات و وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده را از علل مهم تغذیه انحصاری دانستند (۲۰).

در پژوهش Abada و همکاران در فیلیپین نیز بین تحصیلات مادر و تغذیه انحصاری، رابطه معنی‌داری به دست آمد (۱۶). در مطالعه Sasaki و همکاران، مادران جوان‌تر و مادران دارای تحصیلات پایین، کمترین نظر موافق را نسبت به تغذیه انحصاری داشتند (۱۷). نتایج تحقیق وقاری و رحمتی نشان داد که با افزایش سطح سواد مادر، تغذیه انحصاری به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. همچنین، طول دوره شیردهی با درامد خانوار، رتبه تولد، سن مادر و وضعیت تغذیه کودک رابطه مثبت و معنی‌داری داشت (۱۸). رستم‌نژاد و امانی به این نتیجه دست یافتند که بین وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات مادر با تداوم شیردهی انحصاری ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۸). در پژوهش سیفی و همکاران، بین عدم شیردهی انحصاری با تحصیلات پدر و وضعیت اقتصادی خانوار ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید. البته در مطالعه آن‌ها بین عدم موفقیت مادران با سن و تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۲۱).

بیماری‌های مادر و مصرف داروها نیز از جمله عواملی بود که در تحقیقات مختلف، ارتباط آن‌ها با تغذیه انحصاری با شیر مادر مورد بررسی قرار گرفته است (۳۰-۲۷، ۱۹). مشکلات پستانی مادر نیز به عنوان یک از عوامل مهم مرتبط با این موضوع به مراتب در پژوهش‌های مختلف مطرح شده است (۳۲، ۳۱، ۱۹). در مطالعه رستم‌نژاد و امانی در اردبیل، مشکلات پستانی از عوامل مهم در استفاده زودهنگام از تغذیه کمکی و عدم تداوم تغذیه انحصاری ذکر شد (۲۸). همچنین، Rebhan و همکاران در تحقیق خود، مشکلات نوک پستان مادر را از مهم‌ترین علل برشمردند (۲۹). بر اساس نتایج پژوهش ضیائی و همکاران، مادران مشکلاتی شیردهی را دلیل عدم موفقیت خود در تداوم شیردهی ذکر نمودند. همچنین، ابتلای مادر به بیماری‌های دیگر غیر پستانی نیز می‌تواند در تغذیه انحصاری نقش داشته باشد (۳۰).

عوامل مرتبط با بارداری و زایمان: عواملی همچون نوع زایمان، رتبه زایمان، چندقلویی و حتی مصرف دخانیات در دوره بارداری، نوع خدمات و نحوه ارایه خدمات دوران بارداری و پس از زایمان در این بعد قرار می‌گیرد. برخی دیگر از عوامل نیز در کنار این عامل مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه سیفی و همکاران نشان داد که هم‌اتاقی مادر و نوزاد در قالب نحوه ارایه خدمات مادر و کودک، با شیردهی انحصاری ارتباط معنی‌داری داشت (۲۱). البته در تحقیق آن‌ها، عدم موفقیت مادران در تغذیه انحصاری با متغیرهایی مانند نوع زایمان و بارداری ناخواسته ارتباط معنی‌داری نداشت (۲۱). در پژوهش ضیائی و همکاران، نتایج آزمون Logistic regression نشان داد که محرومیت از حق مرخصی برای شیردهی کودک (پاس شیر)، شانس تداوم شیردهی را کاهش می‌دهد (۳۱). نتایج مطالعه Al-Sahab و همکاران نشان داد که سابقه زایمان قبلی و زایمان در سنین بالاتر، با افزایش احتمالی شیردهی انحصاری همراه می‌باشد (۶۶).

دیگر عامل مهمی که بیشتر تحقیقات بر روی تأثیر مثبت آن توافق دارند، خواسته بودن حاملگی است. بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش‌های محمد بیگی و همکاران (۲۴) و Dye و همکاران (۴۳)، مادرانی که حاملگی برنامه‌ریزی شده و خواسته شده دارند، با احتمال بیشتری به تغذیه انحصاری کودک توسط می‌پردازند. البته در مطالعه سیفی و همکاران، عدم موفقیت مادران در تغذیه انحصاری، ارتباط معنی‌داری با بارداری ناخواسته نداشت (۲۱).

سومین عامل مهم در این بعد، نوع زایمان می‌باشد. نتایج تحقیق رستم‌نژاد و امانی نشان داد که بین نحوه زایمان و تداوم شیردهی انحصاری ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۸). بیشتر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زایمان طبیعی، اثرات مثبتی بر تغذیه انحصاری دارد. به عنوان مثال، در برخی مطالعات، نمرات شیردهی زنان در گروه زایمان طبیعی در مقایسه با گروه سزارین به صورت معنی‌داری بیشتر بود(۳۸، ۳۶-۳۴). در تحقیق Evans و همکاران که در آمریکا صورت گرفت، علت تأثیر منفی سزارین، ناامیدی مادر در مورد سزارین از پیش تصمیم‌گیری نشده، زمان طولانی‌تر بهبود، درد و خطرات بیشتر عمل نسبت به زایمان طبیعی ذکر شد (۳۷). بنابراین، می‌توان گفت زایمان طبیعی بهترین و کم‌عارضه‌ترین روش زایمان هم برای مادر و هم برای نوزاد می‌باشد. هرچند سیفی و همکاران در پژوهش خود گزارش نمودند که عدم موفقیت مادران در تغذیه انحصاری، ارتباطی به ناخواسته بودن بارداری آن‌ها نداشته است (۲۱).

در رابطه با سایر عوامل نیز مطالعات مختلف نتایج متفاوتی را ارایه کرده‌اند. به طور مثال، می‌توان به تحقیق Abada و همکاران در فیلیپین اشاره کرد که در رابطه با تغذیه انحصاری، زایمان در بیمارستان را بهتر از زایمان در منزل گزارش نمودند (۱۶). در رابطه با چند قلویی نیز در پژوهش جلاهی و همکاران که در مازندران انجام شد، بیشترین علت مصرف شیرخشک، دوقلویی بود (۲۳). نتایج مطالعه McDonald و همکاران که در

کانادا انجام گردید، کودکانی که تک قلو بودند، بیشتر از دوقلوها به طور منحصری با شیر مادر تغذیه شدند (۴۰).

عوامل مرتبط با وضعیت کودک: تمام عوامل مرتبط با نوزاد در بدو تولد یا در دوران شیرخوارگی مانند وزن نوزاد در بدو تولد، وضعیت منحنی رشد و بیماری نوزاد، در این بعد جای می‌گیرد. یکی از متغیرهای مرتبط به این بعد، جنسیت بود که در اغلب مقالات مورد بررسی به آن پرداخته بودند. تحقیقات بسیار زیادی تأثیر این عامل را بر رفتار شیردهی مورد سنجش قرار داده‌اند. با این وجود، نمی‌توان ادعا کرد که پژوهش‌های مذکور نتیجه‌گیری هم‌سویی نسبت به تأثیر جنسیت داشته‌اند. به عنوان نمونه، Kaneko و همکاران در مطالعه خود، داشتن فرزند دختر را با افزایش تغذیه انحصاری همراه می‌دانند (۴۸)، اما محققانی همچون Habtewold و همکاران (۴۹) و Aarti و همکاران (۵۰) بر این باور بودند که داشتن جنسیت پسر با افزایش میزان تغذیه انحصاری همراه می‌باشد. پژوهش سیفی و همکاران، بین تغذیه انحصاری با جنسیت نوزاد و وزن نوزاد هنگام تولد هیچ ارتباطی مشاهده نشد (۲۱).

در رابطه با بیماری کودک، مطالعه جلالی و همکاران نشان داد که ابتلای کودک به بیماری حاد و کم‌وزنی نوزاد در بدو تولد، از جمله علل عدم موفقیت در شیردهی انحصاری می‌باشد (۴۷).

عوامل شناختی ادراکی: عوامل استخراج شده در این بعد به چهار دسته «آگاهی مادران، نوع نگرش مادران به شیردهی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارامدی» تقسیم گردید.

آگاهی: مهم‌ترین عامل شناختی، میزان آگاهی مادران در زمینه‌های مختلف شیردهی بود. در واقع می‌توان گفت تمامی تحقیقات بررسی شده حول محور آگاهی، این نکته را متذکر شد که آگاهی ناکافی باعث اختلال در تغذیه انحصاری و گاهی حتی قطع شیر مادر و توسل به سایر روش‌های تغذیه‌ای می‌گردد. آگاهی در پژوهش‌های بررسی شده، قابل دسته‌بندی به موضوعات مرتبط شامل آگاهی نسبت به معیار کافی بودن شیر، مزایای تغذیه انحصاری، معایب تغذیه تکمیلی قبل از شش ماهگی، رفتارهای مناسب شیردهی و شرایط مجاز برای استفاده از تغذیه تکمیلی بود. نتایج مطالعات نشان داد که کمترین سطح آگاهی مادران مربوط به موضوع معیارهای کافی بودن شیر می‌شود؛ به طوری که ناآگاهی مادران و ناکافی دانستن شیر توسط مادر به عنوان یک عامل مهم در شکست تغذیه انحصاری گزارش شده است (۶۵-۶۰، ۲۸، ۲۷). نتایج تحقیقات بسیاری نشان داده است که آگاهی ناکافی و باورهای غلط، باعث اختلال در شیردهی می‌شود (۷۴-۷۲، ۶۳-۶۰، ۲۸، ۲۷). پژوهشگران با توجه به نتیجه چنین پژوهش‌هایی، اعتقاد دارند که آموزش درست به مادران در ماه‌های آخر بارداری و در طول دوره شیردهی، تأثیر بسیار زیادی در افزایش آگاهی و افزایش نرخ تغذیه انحصاری خواهد داشت. در همین راستا، مطالعات زیادی رابطه معنی‌دار بین آموزش مادران و میزان شیردهی را تأیید نمودند (۵۱، ۴۶، ۴۵).

حمایت اجتماعی ادراک شده: مادران در دوران بارداری و شیردهی بسیار تحت تأثیر توصیه‌ها و حمایت‌های اطرافیان قرار دارند. این نتیجه از مرور تحقیقات حول این بعد به دست آمد. حمایت اجتماعی از مادر، مجموعه حمایت از طرف همسر، رابطین بهداشتی و سایر اطرافیان است. نتایج نشان داد توصیه هر کدام از این افراد به دادن شیر خشک، باعث کاهش ادراک مادر نسبت به حمایت اجتماعی می‌شود. پژوهش‌های زیادی در خصوص نوع ارتباط این عامل با تغذیه انحصاری انجام شده است که برخی از آن‌ها رابطه معنی‌داری را بین حمایت درست خانواده در دوران شیردهی با میزان تغذیه انحصاری گزارش کردند (۵۱، ۴۶، ۴۵، ۳۲). در همین زمینه، نتایج مطالعه Batal و Boulghaurjian نشان داد که مادران طی دوران شیردهی، به آموزش، تشویق و حمایت نیاز دارند و لازم است در مورد چگونگی شیردهی به کودک و فایق آمدن بر مشکلات شیردهی به آن‌ها آموخته شود (۳۹). در تحقیق Shakespeare و همکاران، مادران عدم دسترسی به کارکنان بهداشتی را به عنوان مشکلی در تداوم شیردهی مطرح کردند (۵۲).

سکاکی و خیرخواه (۵۳) و Katbamna (۵۵) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که در بسیاری از فرهنگ‌ها، مادری که به تازگی صاحب فرزند شده است، بسیار تحت تأثیر توصیه‌های خانواده، دوستان و همسایگان می‌باشد. در مطالعات آن‌ها مشاهده شد که علت بسیاری از موارد عدم تغذیه انحصاری، توصیه بستگان در خصوص استفاده از داروهای گیاهی، آب قند و یا سایر خوراکی‌ها است (۵۵، ۵۳). Ingram و همکاران در مطالعه خود با عنوان تأثیر مادربزرگ‌ها بر تغذیه شیرخوار به یافته‌های مشابهی دست یافتند (۵۴). بر اساس نتایج تحقیق Simbar و همکاران، حمایت روحی زنان مناسب‌ترین شکل مشارکت مردان می‌باشد (۵۶).

نگرش: نگرش در واقع بیانگر نوع نگاه مادر به شیردهی بود و در تعدادی از مقالات مرور شده، نقش آن در تغذیه با شیر مادر تأیید شده است (۷۴، ۶۲، ۳۲). این که مادر شیر خود را غنی‌ترین تغذیه برای نوزاد، شیردهی را امری مطلوب، آسان، لذت‌بخش و بدون عوارض تلقی نماید و به مزایای اقتصادی آن نسبت به شیر خشک معتقد باشد، نمونه‌هایی از نگرش مثبت مادر به شیردهی بود. اجماع در رابطه با تأثیر نوع نگرش بر تغذیه انحصاری مانند دو عامل قبلی نیست، اما می‌توان گفت که تأثیر معنی‌دار آن بیشتر گزارش شده است. به عنوان نمونه، Scott و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین ادامه تغذیه با شیر مادر و نوع نگرش مادران نسبت به شیردهی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۶۲). همچنین، بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش Kang و همکاران، در زنان کره‌ای نیز مهم‌ترین علت عدم شیردهی، کمبود نگرش مثبت بود (۷۴). مطالعه Brown و همکاران نیز نشان داد که اعتقاد به آسانی امر شیردهی و همچنین، پذیرفتن شیردهی به عنوان یک هنجار طبیعی در محیط زندگی شهر، باعث می‌شود که تغذیه انحصاری ادامه داشته باشد (۳۲).

خودکارامدی: به عنوان اعتقادی تعریف شده است که یک فرد به توانایی خود جهت انجام دادن یک طریقه یا روش مشخصی برای کسب اهداف معین دارد (۵۷). خودکارامدی شیردهی چارچوب باارزشی است که رفتار شیردهی مادر را پیش‌بینی می‌کند و اعتماد به نفس مادری و درجه توانایی وی را در انجام شیردهی نشان می دهد (۵۷). تحقیقات مختلف به کرات تأثیر مثبت این عامل بر روی تغذیه انحصاری و دیگر رفتارهای شیردهی مادران را گزارش کرده‌اند. به طور نمونه، تحقیقات ورعی و همکاران (۵۷) و Dennis و Faux (۵۸) به این نتیجه رسیدند که خودکارامدی شیردهی با وضعیت شیردهی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد. نتایج پژوهش توصیفی O'Campo و همکاران که بر روی ۱۹۸ مادر باردار انجام گرفت، نشان داد که خودکارامدی شیردهی با ضریب بالایی طول مدت شیردهی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، آن‌ها نتیجه‌گیری کردند که زنان با خودکارامدی پایین در مقایسه با زنان با خودکارامدی بالا، ۳/۱ بار بیشتر ترک زودرس شیردهی داشتند (۷۵).

نتایج مطالعه Noel-Weiss و همکاران نشان داد که پس از دریافت

آموزش، با گذشت زمان، نمره خودکارامدی شیردهی در هر دو گروه آزمون و شاهد افزایش یافت و ارتباط معنی‌داری بین سطح نمرات خودکارامدی و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر بین دو گروه وجود داشت (۵۹).

نوع و چگونگی اتخاذ رفتارهای شیردهی: این بعد شامل انواع و چگونگی رفتارهای شیردهی مادر می‌باشد. این که مادر با هر دو پستان به نوزاد شیر بدهد یا این که از پستانک یا شیشه در دوران شیردهی استفاده کند، از جمله عواملی بود که در این بعد قرار گرفت. یکی از مهم‌ترین این رفتارها، استفاده مادران از پستانک و شیشه برای شیر دادن به نوزاد بود. در تحقیق Camurdan و همکاران در ترکیه، استفاده از بطری از جمله عوامل مؤثر بر شیردهی ناموفق در ماه‌های اول بارداری گزارش گردید (۷۰). در پژوهش اکابریان و دیانت، استفاده از پستانک و شیشه برای شیردهی به نوزاد، از عوامل مهم در عدم موفقیت مادران به تغذیه انحصاری عنوان شد (۶۹). این در حالی است که عدم استفاده از شیشه و پستانک، از سردرگمی نوزاد در دوران شیردهی پیشگیری می‌کند و از امتناع نوزاد از خوردن شیر مادر و کاهش ترشح شیر مادر جلوگیری می‌کند (۷۶).

یکی از مهم‌ترین رفتارهای مرتبط در این بعد، شروع شیردهی و زمان آن بود. عمده مطالعات در رابطه با این عامل نشان داد که اگر شیردهی بلافاصله پس از زایمان اتفاق بیفتد، احتمال موفقیت تغذیه انحصاری بیشتر خواهد بود. به عنوان مثال، تحقیقی که در تایوان انجام گرفت، نشان داد که تأخیر در شروع شیردهی، باعث کاهش میزان تغذیه انحصاری می‌شود (۶۷). همچنین، پژوهش‌های دیگری همین رابطه را تأیید کرده‌اند (۷۲، ۶۸). نتایج حاصل از مطالعه محمدبیگی و همکاران نیز شروع شیردهی در دو ساعت اول پس از زایمان را از عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری عنوان کرد (۲۴). در تحقیق سیفی و همکاران، بین شیردهی انحصاری با زمان اولین تغذیه نوزاد ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۱). رستم نژاد و امانی با انجام پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین زمان شروع تغذیه نوزاد با تداوم شیردهی انحصاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۲۸). نتایج مطالعه ضیائی و همکاران نشان داد که تأخیر در اولین شیردهی پس از ۳۰ دقیقه اول، شانس تداوم شیردهی را کاهش می‌دهد. رفتارهای شیردهی قبلی نیز در رفتارهای شیردهی جاری مادر مؤثر شناخته شد و رابطه سابقه مادر در شیردهی به فرزندان قبلی با تغذیه انحصاری، مثبت گزارش گردید (۳۱). به عنوان مثال، در تحقیق Ogbeide و همکاران در عربستان، رابطه معنی‌داری بین داشتن سابقه شیردهی فرزند قبلی با تغذیه انحصاری برای شیرخوار جدید مشاهده شد (۲۵). همچنین، در پژوهش Vieira و همکاران در برزیل، نتیجه مشابهی به دست آمد (۲۶).

بحث

در مطالعه حاضر با مرور تحقیقات انجام شده در حوزه تغذیه انحصاری با شیر مادر، فهرستی از عوامل مختلف تأثیرگذار بر آن شناسایی گردید. در بین این عوامل، گروهی از آن‌ها با تکرار بیشتری در پژوهش‌ها ذکر شده بودند و دارای بیشتری داشتند. از طرف دیگر، نتایج در مورد نحوه اثرگذاری برخی از این عوامل در اغلب مطالعات، همسو گزارش شده بود. از جمله می‌توان به نحوه تأثیر آگاهی مادران و آموزش آن‌ها بر روی تغذیه انحصاری اشاره کرد. به نظر می‌رسد که بی‌تجربگی، نگرانی‌ها و دلسوزی‌های نادرست برخی مادران که همگی از ناآگاهی آن‌ها نشأت می‌گیرد، باعث می‌شود که تفسیر نادرستی از ایما و اشارات کودک داشته باشند و تصور نمایند که همواره گریه کودک به معنای ناکافی بودن شیرشان است (۷۳، ۷۲، ۶۳-۶۰). در همین راستا، عمده تحقیقات ادعا دارند که هرچقدر سطح تحصیلات بالاتر باشد، شاید به دلیل آگاهی بیشتر خانواده نسبت به مزایای شیردهی انحصاری و عدم توجه آن‌ها به باورهای غلط، سطح تغذیه انحصاری بالاتر خواهد بود (۲۰، ۱۸-۱۶).

از دیگر عواملی که اتفاق نظر زیادی بر روی نحوه تأثیرگذاری آن بر روی تغذیه انحصاری وجود داشت، نوع زایمان بود. تقریباً با قطعیت بالایی می‌توان گفت که زایمان طبیعی، بهترین و کم‌عارضه‌ترین روش زایمان هم برای مادر و هم برای نوزاد می‌باشد (۳۶-۳۴، ۱۹، ۱۶). از طرف دیگر، نگرش به شیردهی و کیفیت شیردهی در زایمان طبیعی بهتر خواهد بود. بنابراین، یکی از مهم‌ترین اقدامات در ارتباط با رفتارهای مناسب بارداری، زایمان و شیردهی، باید آموزش این نکته به مادران و سوق دادن آن‌ها به سمت زایمان طبیعی باشد.

علاوه بر این، پژوهشگران بر اساس نتایج مطالعات مختلف، اعتقاد داشتند که در زمان بارداری و شیردهی، مادر به شدت نیازمند دریافت حمایت‌های درست و تشویق نسبت به شیردهی انحصاری است (۵۶-۵۲). متأسفانه با وجود توصیه‌های کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی، هنوز هم لازم است تمامی اعضای خانواده در مورد مزایا و منابع تغذیه انحصاری شیرخوار به خصوص در هفته‌های اول پس از تولد آگاه شوند و چگونگی تشویق و حمایت مادران را بدانند. همچنین، این از جمله وظایف ماماها است که علاوه بر مادر، در طول دوران بارداری و پس از زایمان به سایر اعضای خانواده نیز در مورد تغذیه با شیر مادر آموزش‌های لازم را بدهند که این امر مهم، با سوق یافتن هرچه بیشتر علم مامایی به سوی مامایی جامع‌نگر امکان‌پذیر می‌باشد (۵۳).

نتیجه‌گیری

در نهایت، می‌توان گفت نکته قوت مطالعه حاضر این بود که پژوهشگران سعی در بررسی تمامی عوامل شناخته شده در تحقیقات گذشته را داشتند که به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت شیردهی، بررسی این عوامل در جوامع گوناگون و بافت‌های فرهنگی مختلف و قومیت‌های متفاوت، می‌تواند در برنامه‌ریزی شیردهی برای مادران مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، همکاری سایر بخش‌ها و پرسنل درگیر اعم از متخصصان، ماماها و پرسنل بهداشتی، نقش بسزایی را در این امر ایفا می‌کند. بنابراین، با توجه به مطالعه مروری انجام شده، بهتر است در برنامه‌های مداخلاتی و تحقیقاتی آینده، تأثیر هر کدام از این عوامل بر روی قصد مادران نسبت به شیردهی نوزاد و همچنین، نوع شیردهی به نوزاد در بافت فرهنگی و جغرافیایی خود مورد بررسی قرار گیرد و با توجه به آن، اقدامات آموزشی مناسب برای بهبود وضعیت تغذیه انحصاری به جامعه هدف پیشنهاد گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۱۹۷۱۸۲، مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند و همچنین، از داوران محترمی که متن مقاله را خواندند و آن را از زوایای مختلف نقد کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Schanler RJ. The use of human milk for premature infants. Pediatr Clin North Am 2001; 48(1): 207-19.
2. Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia, PA: Saunders; 2004.
3. Tol A, Majlesi F, Shojaeizadeh D, Esmaelee Shahmirzadi S, Mahmoudi Majdabadi M, Moradian M. Effect of the educational intervention based on the health belief model on the continuation of breastfeeding behavior. Journal of Nursing Education 2013; 2(2): 39-47. [In Persian].
4. UNICEF. Breastfeeding can save over 1 million lives yearly [Online]. [cited 2020]; Available from: URL: https://www.unicef.org/media/media_22646.html
5. Coutinho SB, Lira PI, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth A. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: Impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. Public Health Nutr 2014; 17(4): 948-55.
6. Barria RM, Santander G, Victoriano T. Factors associated with exclusive breastfeeding at 3 months postpartum in Valdivia, Chile. J Hum Lact 2008; 24(4): 439-45.
7. Bayati Z, Jamshidimanesh M, Hasani M, Afshar B. Effects of home visit on perceived social support of mothers and the continuation of exclusive breastfeeding: A randomized clinical trial study. Koomesh 2020; 22(4): 581-8. [In Persian].
8. Afkarnews. Benefits of exclusive breastfeeding up to 6 months. No. 643059 [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: https://www.afkarnews.com. [In Persian].
9. Hasanpoor SH, Bani S, Ansari S, Ebrahimi H. Measuring breastfeeding self - efficacy among pregnant women referred to health centers of Ahvaz. Nursing and Midwifery Journal 2010; 5(19): 47-53. [In Persian].
10. Froozani MD, Permehzadeh K, Motlagh AR, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. Bull World Health Organ 1999; 77(5): 381-5
11. Samdanian F, Tahbaz F. A review of breastfeeding in Tehran's infants over the past two decades. Shiremadar 2003; (13): 22-3. [In Persian].
12. Alizadeh F, Ghasemi L. Investigating the relationship between exclusive breastfeeding and prevention of obesity in children. Proceedings of the International Congress of Maternal; 2015 May 14-15; Urmia, Iran. [In Persian].
13. Ghasemi, V., Simbar, M., Banaei, M., Saei Ghare Naz, M., Jahani, Z., Nazem, H. The Effect of Interventions on Breastfeeding Self-efficacy by Using Bandura's Theory in Iranian Mothers: A Systematic Review. Iran J Pediatr 2019; 7(8): 9939-54. [In Persian].
14. Laisiriruangrai P, Wiriyasirivaj B, Phaloprakarn C, Manusirivithaya S. Prevalence of exclusive breastfeeding at 3, 4 and 6 months in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. J Med Assoc Thai 2008; 91(7): 962-7.
15. Johnston ML, Esposito N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007; 36(1): 9-20.
16. Abada TS, Trovato F, Lalu N. Determinants of breastfeeding in the Philippines: A survival analysis. Soc Sci Med 2001; 52(1): 71-81.
17. Sasaki Y, Ali M, Kakimoto K, Saroeun O, Kanal K, Kuroiwa C. Predictors of exclusive breast-feeding in early infancy: A survey report from Phnom Penh, Cambodia. J Pediatr Nurs 2010; 25(6): 463-9.
18. Veghari GH, Rahmati R. Breastfeeding Status and Some of its Related Factors in the Golestan Province. Iran J Nurs 2011; 24(71): 8-18. [In Persian].
19. Khabazkhoob M, Fotouhi A, Majdi MR, Moradi A, Javaherforoshzadeh A, Rezvan B, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding in health center Mashhad, 2007. Iran J Epidemiol 2008; 3(3-4): 45-53. [In Persian].
20. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. Pediatrics 2006; 118(1): e115-e123.
21. Seifi S, Fathi P, Valedeini P. Failure of breast-feeding mothers and children under on years old in the city of Ardabil. Iranian Journal of Pediatrics 2002; 13. [In Persian].
22. McQueen K, Sieswerda LE, Montelpare W, Dennis CL. Prevalence and factors affecting breastfeeding among Aboriginal women in Northwestern Ontario. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2015; 44(1): 51-68.
23. Jalahi H, Mohammad Pour R, Gholami S, Vahedi H. Reasons for formula milk consumption in infants under 6 months in Mazandaran province in 2003. J Mazandaran Univ Med Sci 2005; 15(46): 111-6. [In Persian].
24. Mohammad Beygi AA, Mohammad Salehi N, Bayati A. The pattern of exclusive breast feeding in referred neonatal to health centers of Arak. J Guilan Univ Med Sci 2009; 18(70): 17-25. [In Persian].
25. 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.
26. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. J Pediatr (Rio J) 2010; 86(5): 441-4.
27. Bakhtiar K. Investigating the Causes of Failure in Breastfeeding of Mothers Referring to Khorramabad Health Centers in 1994. Yafteh 1995; 3(6): 52-8. [In Persian].
28. Rostamnezhad M, Amani F. Unsuccessful breast feeding among women in Ardabil: Probing the reasons, 2000-2001. J Ardabil Univ Med Sci 2004; 3(12): 31-5. [In Persian].

29. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breast-feeding, frequency and problems-results of the Bavarian breast-feeding study. Gesundheitswesen 2008; 70(Suppl 1): S8-S12.
30. Rakhshani F, Ansarimoghaddam A, Mohammadi M, Imani M, Mobaraki F. Continued breastfeeding and its related factors in children aged 2-6 years covered by Zahedan Health Centers in 2001. Pajuhandeh 2003; 9(6): 350-4. [In Persian].
31. 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. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012; 15(18): 32-9. [In Persian].
32. 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.
33. Ghanbarnejad A, Abedini S, Taqipoor L. Exclusive breastfeeding and its related factors among infants in Bandar Abbas city, Iran. J Babol Univ Med Sci 2014; 16(1): 85-91. [In Persian].
34. Islami Z, Razieh F, Golestan M, Shajaree A. Relationship between delivery type and successful breastfeeding. Iranian J Pediatr 2008; 18(Suppl 1): 47-52. [In Persian].
35. Ekhtiyari A, Emami P. Comparison of success rates in breastfeeding after vaginal delivery and cesarean section. Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch 2008; 18(1): 51-4. [In Persian].
36. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. Int J Nurs Stud 2007; 44(7): 1128-37.
37. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003; 88(5): F380-F382.
38. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? Birth 2010; 37(4): 275-9.
39. Batal M, Boulghaurjian C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: Are the hospitals "mother friendly"? J Pediatr Nurs 2005; 20(1): 53-9.
40. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, et al. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. Obstet Gynecol 2012; 119(6): 1171-9.
41. Poorahmad-Garbandi F, Salaezade M, Etehad R. Reasons for termination of breastfeeding among women referred to Bandar-Abbas health centers. J Prev Med 2014; 1(1): 16-22. [In Persian].
42. Latifi M, Saggar R, Seyyedghasemi NS, Moghaddam Z, Soleymaninejad M, Ghaedi M. Investigating of breast feeding situation in mothers who have 8-24 months infant and its related factors based on BASNEF model constructs in Aqqala city. J Prev Health 2015; 1(1): 64-73. [In Persian].
43. Dye TD, Wojtowycz MA, Aubry RH, Quade J, Kilburn H. Unintended pregnancy and breast-feeding behavior. Am J Public Health 1997; 87(10): 1709-11.
44. Abdollahi F, YazdaniCharati J, Roohani S. Exclusive breastfeeding by mothers attending primary health centers in Sari, 2012. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(115): 13-21. [In Persian].
45. Roby JL, Woodson KS. An evaluation of a breast-feeding education intervention among Spanish-speaking families. Soc Work Health Care 2004; 40(1): 15-31.
46. Froehlich J, Boivin M, Rice D, McGraw K, Munson E, Walter KC, et al. Influencing university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding. J Nutr Educ Behav 2013; 45(3): 282-4.
47. Jalali Aria K, Sanagoo A, Joybari L. Study of failure in exclusive breast feeding Gorgan, Iran. J Gorgan Univ Med Sci 2001; 3(8): 81-6. [In Persian].
48. Kaneko A, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Suzuki K, et al. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: For activities to support child-rearing with breast-feeding. J Epidemiol 2006; 16(2): 57-63.
49. Habtewold TD, Sharew NT, Alemu SM. Evidence on the effect of gender of newborn, antenatal care and postnatal care on breastfeeding practices in Ethiopia: a meta-analysis andmeta-regression analysis of observational studies. BMJ Open 2019; 9(5): e023956.
50. Aarti P, Rashid AK, Narayan KA. Prevalence of exclusive breast feeding and its correlates in an urban slum in Western India. International e-Journal of Science, Medicine and Education 2009; 3(2): 14-8.
51. Bich TH, Hoa DT, Malqvist M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam. Matern Child Health J 2014; 18(6): 1444-53.
52. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. Midwifery 2004; 20(3): 251-60.
53. Sakkaki M, Khairkhah M. Promotion of exclusive breastfeeding: teaching good positioning and support from fathers and families. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2013; 10(6): 824-31. [In Persian].
54. Ingram J, Johnson D, Hamid N. South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. Midwifery 2003; 19(4): 318-27.
55. Katbamna S. "Race" and Childbirth. London, UK: Open University Press; 2000.
56. Simbar M, Nahidi F, Tehrani FR, Ramezankhani A. Fathers' educational needs for perinatal care in urban Iran: A qualitative approach. J Biosoc Sci 2010; 42(5): 633-41.
57. Varaei S, Mehrdad N, Bahrani N. The relationship between self-efficacy and breastfeeding, Tehran, Iran. Hayat 2009; 15(3): 31-8. [In Persian].

58. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Res Nurs Health 1999; 22(5): 399-409.
59. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(5): 616-24.
60. 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.
61. Hill PD, Ledbetter RJ, Kavanaugh KL. Breastfeeding patterns of low-birth-weight infants after hospital discharge. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1997; 26(2): 189-97.
62. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a cohort study. Pediatrics 2006; 117(4): e646-e655.
63. Charkazi A, Miraeiz SZ, Razzaghnejad A, Shahnazi H, Hasanzadeh A, Badleh MT. Breastfeeding status during the first two years of infants' life and its risk factors based on BASNEF model structures in Isfahan. J Educ Health Promot 2013; 2: 9.
64. Bulk-Bunschoten AM, van Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, de Groot CJ. Reluctance to continue breastfeeding in The Netherlands. Acta Paediatr 2001; 90(9): 1047-53.
65. Segura-Millan S, Dewey KG, Perez-Escamilla R. Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. J Nutr 1994; 124(2): 202-12.
66. Al-Sahab B, Tamim H, Mumtaz G, Khawaja M, Khogali M, Afifi R, et al. Predictors of breast-feeding in a developing country: Results of a prospective cohort study. Public Health Nutr 2008; 11(12): 1350-6.
67. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. Birth 2007; 34(2): 123-30.
68. Baker EJ, Sanei LC, Franklin N. Early initiation of and exclusive breastfeeding in large-scale community-based programmes in Bolivia and Madagascar. J Health Popul Nutr 2006; 24(4): 530-9.
69. Akaberian Sh, Dianat M. Evaluation of factors influencing on - non - exclusive breast feeding during the first six months of life in Bushehr port using focus group discussion. Iran South Med J 2004; 6(2): 165-71. [In Persian].
70. Camurdan AD, Ilhan MN, Beyazova U, Sahin F, Vatandas N, Eminoglu S. How to achieve long-term breast-feeding: Factors associated with early discontinuation. Public Health Nutr 2008; 11(11): 1173-9.
71. Ghaed Mohammadi Z, Zafarmand Mh, Heydari GR, 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. Iran South Med J 2004; 7(1): 79-87. [In Persian].
72. Mehrparvar S, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman city during 2008-2009. J Fasa Univ Med Sci 2011; 1(1): 45-52. [In Persian].
73. Rahmatnejad L, Bastani F. Factors associated with discotinuation of exclusive breast feeding by first time mothers. Iran J Nurs 2011; 24(71): 42-53. [In Persian].
74. Kang NM, Song Y, Im EO. Korean university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2005; 42(8): 863-70.
75. O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: Recommendations for prenatal interventions. Birth 1992; 19(4): 195-201.
76. Zandi H, Shahsavari S, Pashaie T, Zokaei M, Bayazidi S, Khezrnezhad F. Exclusive Breastfeeding Pattern and Related Factors in Children in Sanandaj in 2018. Iran South Med J 2020; 23(3): 257-65.[In Persian].