بررسی عوامل مؤثر بر قطع شیردهی در شیرخواران ترم مراکز بهداشتی درمانی زابل

مهربانو امیر شاهی[1]، لیلا میرشکاری[2]، فرشته ناروئی[3]، محمد احمدوند[4]، اکرم ثناگو[5]، لیلا منصوری فر[6]

۱. مربی، گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۳. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۴. متخصص بیهوشی، گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران
۶. کارشناس پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دوره ششم/ شماره ۳و۴/ مسلسل ۱۲و۱۳/ پاییز و زمستان ۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه با شیر مادر هم برای مادر و هم برای نوزاد مفید است. امروزه در بسیاری از نقاط دنیا مدت تغذیه با شیر مادر به دلایل مختلفی کاهش یافته است. شناخت عوامل مؤثر بر قطع شیردهی نقش مهمی در ارتقاء سلامت شیرخواران و کاهش عوارض و مرگ و میر آنان دارد. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر قطع شیردهی در شیرخواران ترم طراحی شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، ۴۰۰ شیرخوار ترم که از مهرماه ۱۳۹۳ لغایت آذر ماه ۱۳۹۳ به مراکز بهداشتی درمانی زابل آورده شدند و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. از میان این ۴۰۰ شیرخوار، ۱۰۳ نفر آنان در گروه قطع شیردهی قرار گرفتند. داده‌های ۱۰۳ شیرخوار بوسیله پرسشنامه جمع‌آوری و توسط روش‌های آماری توصیفی و به کمک نرم افزار آماری *SPSS* نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تداوم تغذیه با شیر مادر در شیرخواران ۱، ۳، ۶، ۱۲، ۲۴ و۳۰ ماهه، به ترتیب ۹۰، ۵۰، ۴۲، ۱۵، ۲ و۱ درصد بود. نگرانی در مورد کافی نبودن شیر سینه (۶۵/۳ درصد)، مکیدن ضعیف شیرخوار (۳۰/۸ درصد)، پس زدن پستان مادر (۳۸/۸ درصد)، خستگی مادر (۲۰/۲ درصد) و گریه بیش از حد شیرخوار (۲۸/۱درصد) از علل عمده قطع شیردهی بودند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه تداوم تغذیه با شیر مادر با افزایش سن شیرخوار کاهش یافت. از آنجا که مهمترین عوامل قطع شیردهی، باور غلط مادران در مورد ناکافی بودن شیر پستان و پس زدن پستان مادر توسط شیرخوار بود بنابراین لزوم مداخلات آموزشی بیشتر مادران در دوران بارداری و شیردهی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: قطع شیردهی، شیرخوار ترم، شیردهی از پستان

آدرس مکاتبه: زابل، خیابان فردوسی شرقی، جنب میراث فرهنگی، دانشکده پرستاری و مامایی زابل
پست الکترونیکی: *amirshahim@ymail.com*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

تغذیه با شیر مادر ضامن سلامتی مادر و شیرخوار است. تحقیقات نشان داده است که همهٔ مادران صرف نظر از سن، تعداد زایمان، قومیت، اندازه پستان، رژیم غذایی یا وضعیت اجتماعی- اقتصادی می‌توانند شیردهی داشته باشند. سازمان جهانی بهداشت و انجمن طب کودکان آمریکا به تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر حداقل تا شش ماهگی و ادامهٔ آن به همراه غذای کمکی تا دو سالگی یا بیشتر تاکید می‌کنند (۱- ۴). برنامه گسترش ملی شیر مادر در ایالات متحده در نظر دارد تا حداقل ۷۵ درصد مادران از شیر خود برای تغذیه شیرخوارشان استفاده نموده و حداقل ۵۰ درصد مادران آن را تا ۶ ماهگی ادامه دهند (۵).

برخی مزایای شیردهی برای مادر شامل جمع شدن زودتر رحم و جلوگیری از خونریزی، کاهش خطر سرطان آندومتر، تخمدان و پستان، از دست‌دادن زودتر اضافه وزن دوران حاملگی و کاهش نیاز به انسولین در مادران دیابتیک شیرده است. این مزایا در شیرخوار شامل قابلیت هضم بیشتر آن نسبت به شیر خشک، افزایش بهره‌هوشی، کاهش ابتلا به دیابت، عفونت‌های گوش و برخی سرطان‌های دوران کودکی می‌شوند. شیر مادر به لحاظ ایجاد یک سپر دفاعی در برابر انواع عفونت‌ها، تأمین اسیدهای چرب اُمگا-۳ به همراه آنتی اکسیدان‌هایی مانند ویتامین E، بتا-کاروتن و تورین که از رتینوپاتی‌های چشمی جلوگیری می‌کنند، ویتامین‌ها و مواد معدنی از جمله کلسیم که برای استخوان‌سازی ضروری است، فراهم‌کردن کلسترول که جزء ضروری در تکامل مغز است، حفاظت در برابر انواع آلرژی‌ها و برقراری تماس پوست به پوست که به شیرخوار فرصت آشنایی با بو، پستان و آغوش مادر را می‌دهد و هر دو را تشویق به ارتباط تنگاتنگ در گذر از شرایط بحرانی می‌کند اهمیت ویژه‌ای دارد (۲ و ۶- ۸).

اگر چه آمار نشان می‌دهد که شیر مادر سالانه ۶ میلیون کودک را در جهان فقط با پیشگیری از اسهال و عفونت‌های تنفسی نجات می‌دهد اما با این‌حال کاهشی جهانی که ناشی از علل متفاوتی است در میزان تغذیه با شیر مادر دیده می‌شود (۹). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ طی گزارشی از ۹۴ کشور جهان اعلام نمود که تنها ۳۵ درصد شیرخواران تا چهار ماهگی با شیر مادر تغذیه می‌شوند. مطالعات اخیر در آمریکا نشان داده است ۷۰/۹۱ درصد مادران پس از زایمان شیردهی را شروع می‌کنند اما از این میان تنها ۳۳/۲ درصد آنها تا ۶ ماهگی به شیردهی ادامه می‌دهند و قطع شیردهی آنان علل مختلفی دارد. علی‌رغم پیشرفت‌های موفقیت‌آمیزی که در زمینه تغذیه با شیر مادر از سال ۱۹۹۰ به بعد در کشورهای حوزه خلیج فارس و از جمله ایران بوجود آمده است (۱۰) اما آخرین آمار رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نشان می‌دهد که درصد تغذیه با شیر مادر تا ۶ ماهگی در سطح کشور از ۴۴/۱ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۲۳/۱ درصد در سال ۱۳۸۹ رسیده است که در این میان زابل دارای سهم ۲۹/۶ درصدی می‌باشد (۱۱- ۱۲).

هر چند شیر مادر نقش مهمی در رشد و تکامل و سلامت شیرخواران دارد و قطع شیردهی می‌تواند منجر به افزایش سوء تغذیه، عفونت و مرگ و میر شیرخواران گردد (۱۳)، با این‌حال مشخص نیست چرا بسیاری از مادران از ادامه شیردهی باز می‌مانند. نظر به اینکه تغذیه با شیرمادر از اولویت‌های بهداشتی کشور است و در حال حاضر اطلاعات اندکی در مورد مدت شیردهی و دلایل قطع آن در شیرخواران ترم شهرستان زابل وجود دارد پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر قطع شیردهی در شیرخواران ترم شهرستان زابل انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی بود که از مهرماه ۱۳۹۳ لغایت آذر ماه ۱۳۹۳ بر روی ۴۰۰ شیرخواری که به مراکز بهداشتی درمانی زابل آورده شده و شرایط ورود به مطالعه (شیرخوار سالم با سن حاملگی ۳۷ هفته کامل به بالا، که حاصل زایمان تک قلویی بود و در بیمارستان امیرالمؤمنین زابل متولد و با توانایی تغذیه با شیر مادر مرخص شده بود و مادر وی نیز فاقد مشکلات پستانی اثرگذار بر شیردهی مانند نوک پستان صاف یا فرو رفته بود) را داشتند انجام شد. از میان این ۴۰۰ شیرخوار، ۱۰۳ نفر آنان در گروه قطع شیردهی قرار

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

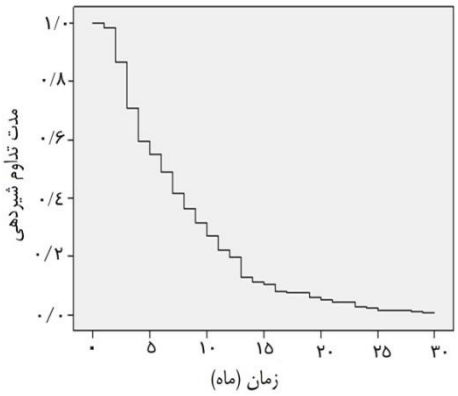
گرفتند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد یک نسبت استفاده شد. روش نمونه‌گیری تصادفی آسان بود به این نحو که در این مطالعه، نمونه‌های پژوهش از بین شیرخوارانی که جهت انجام ویزیت‌های مربوطه توسط مادرانشان به مراکز بهداشتی درمانی زابل آورده شده و دارای شرایط پژوهش بودند بصورت تصادفی، انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از شیرخواری که سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته کامل داشت، یا حاصل زایمان چند قلویی بود، و یا شیرخوار بیماری که بنا به دستور پزشک شیردهی‌اش قطع شده بود و یا مادر در زمان مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی زابل مشکل اثرگذار بر شیردهی از پستان داشت (نظیر بیماری روانی، افسردگی پس از زایمان، غم و اندوهی که بر شیردهی تاثیر گذار بود، مشکلات جدی جسمی و یا مصرف داروهایی که سبب تداخل با شیردهی و یا قطع آن شده بود). شیرخوارانی که دارای هرگونه هر ناهنجاری مادرزادی بودند نیز از مطالعه کنار گذاشته شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای حاوی ۲۵ سؤال و مشتمل بر دو قسمت بود: بخش اول مربوط به برخی از مشخصات فردی- اجتماعی و زایمانی مادر و مشخصات فردی شیرخوار بود و بخش دوم سوالات اختصاصی در رابطه با هدف اصلی پژوهش راکه علل قطع شیردهی بودند در برمی‌گرفت. این پرسشنامه با مراجعه به متون و مقالات علمی مرتبط طراحی شده بود. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و جهت برآورد پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد. پایایی پرسشنامه به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ ارزیابی شد. پس از تکمیل مشخصات دموگرافیک مادر و نوزاد به کمک پروندهٔ بهداشتی مادر و مصاحبه با وی، نوع شیر مصرفی شیرخوار (شیرمادر یا شیرخشک) و مدت تغذیه او از مادر سؤال شد و در صورتی که شیردهی قطع شده بود، دلایل قطع شیر از مادر پرسیده شد. در این مطالعه، نمونه‌گیری توسط همکارانی انجام شد که توسط پژوهشگران آموزش‌های لازم برای انجام مصاحبه را دیده بودند، پس از آموزش‌های لازم، نمونه‌گیران در مراکز بهداشتی درمانی حضور یافتند و بعد از اخذ موافقت واحدهای مورد پژوهش که دارای شرایط ورود به تحقیق بودند، در مورد پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و آزاد بودن نمونه‌ها در رد یا قبول شرکت در پژوهش، توضیحاتی ارائه و بعد از اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی، نمونه‌گیری کردند. داده‌های بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و به کمک نرم افزار آماری *SPSS* نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

این مطالعه، بر روی شیرخواران سالم ترمی انجام شد که پس از زایمان و هنگام ترخیص از بیمارستان، از شیر مادر تغذیه می‌کردند. در زمان تکمیل پرسشنامه، فقط نیمی از شیرخواران با شیر مادر تغذیه می‌شدند. سن شیرخواران مورد مطالعه، بین ۱ تا ۳۰ ماه بود. فراوانی تغذیه با شیر مادر در شیرخواران یک، سه، شش، ۱۲، ۲۴ و ۳۰ ماهه، به ترتیب ۹۰، ۵۰، ۴۲، ۱۵، ۲ و ۱ درصد بود (نمودار ۱). ۲۴/۳ درصد مادرانی که در گروه قطع شیردهی قرار داشتند، در طی بارداری و ۵۲/۹ درصد آنان قبل از ترخیص از بیمارستان، آموزش شیردهی دیده بودند. نگرانی مادر از ناکافی بودن شیر سینه، پس زدن پستان مادر توسط شیرخوار، مکیدن ضعیف شیرخوار، خستگی مادر و گریه بیش از حد شیرخوار به ترتیب از علل عمده قطع شیردهی بودند و در هیچ یک از موارد قطع شیر مادر، نداشتن شیر پستان یا قطع شیردهی توسط پزشک تأیید یا توصیه نشده بود (جداول شماره ۱ و ۲). در این مطالعه، اغلب مادران ساکن شهر (۹۳/۵ درصد) بوده و روش زایمان ۶۱/۷ درصد مادران، طبیعی و ۳۸/۳ درصد آنان سزارین بود.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]



نمودار ۱- تداوم تغذیه با شیرمادر بر حسب زمان تغذیه با شیر مادر

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی علل مادری مؤثر در قطع شیردهی از پستان

علل مادری	فراوانی	درصد
نگرانی از کافی نبودن شیر سینه	۵۷	(۶۵/۳)
خستگی	۳۱	(۲۰/۲)
بیماری	۷	(۶/۸)
بازگشت به کار	۷	(۶/۷)
حاملگی مجدد طی ۶ ماه اول بعد از زایمان	۱	(۱)

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی علل نوزادی مؤثر در قطع شیردهی از پستان

علل نوزادی	فراوانی	درصد
مکیدن ضعیف شیر خوار	۴۲	(۳۰/۸)
پس زدن سینه مادر	۴۰	(۳۸/۸)
گریه بیش از حد	۱۸	(۲۸/۲)
جثه کوچک	۲	(۱/۲)
جراحی	۱	۱
توصیه پزشک به قطع شیر مادر	۰	(۰)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، همه شیرخواران در زمان مرخص‌شدن از بیمارستان، با شیرمادرخوار تغذیه می‌شدند اما میزان تغذیه شیرخواران با شیرمادر با گذشت زمان کم شده بود. حدود یک چهارم مادران در طی بارداری و نیمی از آنها قبل از ترخیص از بیمارستان آموزش شیردهی دیده بودند. علل قطع شیردهی ترکیبی از عوامل مادری و نوزادی بود که از این بین، نگرانی مادر از ناکافی بودن شیر پستان عمده ترین دلیل قطع شیردهی بود. در هیچیک از موارد قطع شیردهی پزشک دستور قطع شیردهی نداده بود. اکثر مادران این پژوهش ساکن شهر بودند و بیش از نیمی از مادران زایمان طبیعی داشتند. در این بررسی تمامی شیرخواران هنگام ترخیص از بیمارستان، از شیر مادر تغذیه می‌کردند در حالیکه این میزان در مطالعه *Awi*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

(۲۰۰۶) و *Tesfaye* و همکاران (۲۰۱۱)، به ترتیب ۳۴ درصد و ۵۲/۴ درصد بود (۱۴- ۱۵).

با توجه به اینکه همه شیرخواران هنگام ترخیص از بیمارستان شیر مادرخوار بودند اما در زمان تکمیل پرسشنامه فقط نیمی از شیرخواران با شیرمادر تغذیه می‌شدند به نظر می‌رسد هنگامی که مادران بعد از ترخیص از بیمارستان، حمایت‌ها و تشویق شیردهی را از دست داده بودند، مدت تغذیه شیرخوار با شیر مادر، کمتر شده بود و هر چه سن شیرخوار افزایش یافته بود این سیر نزولی بیشتر ادامه پیدا کرده بود، سیر نزولی مدت تغذیه با شیر مادر در این پژوهش با نتایج حاصل از مطالعه *Baghurst* و *McCarter-Spaulding* که تداوم تغذیه با شیر مادر را در یک، سه، شش و ۱۲ ماهگی به ترتیب ۸۵ درصد، ۶۱ درصد، ۴۴ درصد و ۱۱ درصد گزارش کرده بودند، همخوانی داشت (۱۶- ۱۷).

از آنجا که ۲۴/۳ درصد از مادران در طی دوران بارداری و ۵۲/۹ درصد قبل از ترخیص از بیمارستان آموزش شیردهی دریافت کرده بودند مشخص شد که باید بر آموزش شیردهی مادران در دوران بارداری و پس از زایمان تأکید بیشتری شود. یکی از دلایلی که می‌توانست در زمینه آموزش کم شیردهی مادران مؤثر باشد، کمبود نسبت پرسنل ماما و پرستار به مادران بود، کمبود تعداد پرسنل با توجه به زیاد بودن تعداد زایمان‌ها در هر شیفت و بالطبع زیادبودن تعداد مادران در بخش پس از زایمان و نیز حجم زیاد کار در این بخش که علاوه بر مادران زایمان‌کرده، شامل اداره مادرانی می‌شد که بنا به دلایلی مانند سقط، مول، کورتاژ و غیره در این قسمت بستری بودند، فرصت کافی را برای آموزش‌های لازم به مادران کاسته بود و لذا لازم بود تا نسبت به جذب نیروی کارشناس و آموزش‌های خاص مربوط به تغذیه با شیر مادر و رفع مشکلات منجر به قطع آن اقدام شود، به گونه‌ای که در هر شیفت کاری حداقل یک نفر کارشناس مسئول آموزش شیردهی در بخش حضور داشته‌باشد. بدین‌ترتیب کارشناسان مسئول آموزش شیردهی قادر خواهند بود به رفع مشکلات مادران در مورد شیردهی، کاهش استرس آنها و همچنین برقرای تماس زود هنگام مادر و شیرخوار کمک کنند.

به عقیده انجمن طب کودکان آمریکا، با انجام مشاوره‌های شیردهی، آموزش مزایایی که شیردهی هم برای مادران و هم شیرخواران دارد و اصلاح وضعیت‌های شیردهی می‌توان مادرانی را که با خطر شکست شیردهی از پستان روبرو هستند، حمایت کرد (۱۸).

Dennis و *Ertem*، در مطالعات خود به اثر مثبت حمایت مراقبین بهداشتی در تداوم شیردهی مادر اشاره کرده و آموزش شیردهی را در طی بارداری و پس از زایمان به عنوان یکی از عوامل مؤثر در تداوم شیردهی شیرخواران معرفی کرده بودند، به طوری که مادرانی که شیردهی موفقی داشتند آموزش بیشتری در دوران بارداری (۶۹/۳ درصد) و پس از زایمان (۷۸/۴ درصد) دریافت کرده بودند (۱۹- ۲۰).

در مطالعه *Olang* (۲۰۱۲) یکی از عمده‌ترین دلایل قطع شیردهی در شیرخواران، نگرانی مادر از کافی نبودن شیر سینه (۴۵ درصد) بود. همچنین در بررسی اریکا (۲۰۱۳)، نگرانی مادر از کافی نبودن شیر سینه (۶۰ درصد) یکی از علل قطع شیر مادر بود. در مطالعه ما نیز نگرانی مادر از کافی نبودن شیر پستان از علل عمده قطع شیردهی بود (۲۱- ۲۲).

در مطالعه رحمت نژاد- باستانی (۲۰۱۱) و جعفری اصل (۲۰۱۳) در بین عوامل مادری منجر به قطع شیردهی، نگرانی مادر از کم بودن شیر پستان (۷۲/۱درصد) از جمله عللی بود که منجر به قطع شیردهی شده بود که این یافته با بررسی مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۳- ۲۴).

در مطالعه *Hill*، *Catherine & Meberg*، مکیدن ضعیف شیرخوار (۴۲/۶، ۴۳/۱، ۳۲ درصد) و پس زدن سینه مادر (۳۶/۷، ۳۴/۵، ۳۹/۱ درصد) دو دلیل برای قطع شیردهی مادر بودند که این دو علت با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت (۲۵- ۲۷).

در مطالعه *Bulk-Bunschote* ، *Trendel* و پوراحمد گربندی، گریه شیرخوار (۲۷/۸، ۲۷/۵ درصد) از علل قطع شیر مادر بود که این علت نیز از علل قطع شیردهی در بررسی حاضر بود (۲۸- ۳۰).

با توجه به اینکه در هیچ یک از موارد قطع شیرمادر، پزشک، نداشتن شیرپستان یا قطع شیردهی را تأیید یا توصیه

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

نکرده بود، بنابراین شاید نگرانی مادر از ناکافی بودن شیر پستان که عمده‌ترین دلیل در بین همه دلایل قطع شیردهی بود به نگرانی وی از گرسنه ماندن نوزاد دامن زده بود و موجب شده بود تا برخی مادران، قضاوت صحیحی نسبت به کفایت یا عدم کفایت شیر خود نداشته باشند و این مسئله در کنار مکیدن ضعیف پستان مادر توسط شیرخوار و گریه بیش از حد شیرخوار (که از دیگر دلایل قطع شیردهی بودند)، باعث شده بود تا وی در مورد گرسنه ماندن شیرخوار دلواپسی زیادی داشته باشد و این دل نگرانی، مادران را به سمت شروع شیر خشک سوق داده بود. در نتیجه شیرخواری که باید برای مکیدن سینه مادر انرژی بیشتری صرف کند، راه آسانتری یافته و بدنبال تغذیه با بطری، سینه مادر را پس زده بود. بسته خدمتی نوزاد سالم وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دادن شیر خشک را یکی از عوامل دخیل در قطع شیر مادر دانسته و تأکید می‌کند حتی در صورت نامساعد بودن حال مادر و یا نوزاد، باید شیر مادر را دوشید و توسط فنجان و یا قاشق به شیرخوار داد (۳۱).

یکی دیگر از عوامل دخیل در قطع شیردهی، خستگی مادران بود که به نظر می‌رسید استرس لیبر و زایمان، روش زایمان (با توجه به آنکه برخی از مادران سزارین شده بودند و این خود علاوه بر درد و ناراحتی ناشی از عمل جراحی، مشکلاتی برای حرکت کردن مادر و شیردهی وی در پی داشت و خستگی او را بیشتر می‌کرد)، بی‌خوابی و نگرانی مادر از توانایی در مراقبت از نوزاد و انجام سایر وظایف، به خستگی مادران دامن می‌زد. در مطالعه *Catherine* (۲۰۱۴) خستگی مادر به عنوان یکی از دلایل قطع شیردهی شیرخواران عنوان شده بود و با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۶).

از آنجا که بعد مسافت تا مراکز بهداشتی درمانی و مسائل مربوط به تردد می‌تواند در میزان موفقیت شیردهی مادران نقش داشته باشد و در این مطالعه تنها نزدیک به ۹۴ درصد مادران ساکن شهر بودند، در نظر گرفته نشدن بعد مسافت مادران خود یکی از محدودیت‌های پژوهش بود.

هدف این مطالعه بررسی علل قطع تغذیه با شیر مادر در شیرخواران ترم بود و مشخص شد که هم عوامل مادری و هم عوامل نوزادی در کاهش میزان تغذیه باشیر مادر نقش داشتند. سر دسته عوامل مادری نگرانی وی از کافی نبودن شیر پستانش بود و سردسته عوامل نوزادی هم، پس زدن پستان مادر توسط شیرخوار و مکیدن ضعیف پستان مادر توسط شیرخوار بودند.

به طور کلی، با توجه به دلایل قطع شیر مادر و سیر نزولی تداوم شیردهی مشخص شد که مادران، برای ادامه موفق شیردهی، نیازمند آموزش و حمایت‌های مستمر مراقبین بهداشتی هستند. دنباله‌دار بودن این حمایت‌ها بعد از ترخیص از بیمارستان، علاوه بر آنکه آگاهی‌های مادر و خانواده را در مورد فواید ادامه شیردهی افزایش می‌دهد، مشکلاتی را که ممکن است مادر در طی زمان شیردهی داشته باشد رفع می‌کند، نتیجه ادامه یافتن شیردهی، بهبود تغذیه شیرخواران و کاهش عوارض و مرگ و میر آنان خواهد بود. در راستای حمایت از شیردهی مادران، می‌توان بر مداخلات آموزشی مانند مشاوره‌های تلفنی ۲۴ ساعته و ایجاد کلینیک‌های مشاوره شیر مادر تأکید کرد. همچنین با تدارک فضای مناسب و کافی برای اقامت مادران در بخش پس از زایمان و با افزایش تعداد پرستاران این بخش‌ها می‌توان امکان برقراری تماس هر چه زودتر مادر و نوزاد و شیردهی زودرس را فراهم کرد و از قطع شیرمادر جلوگیری کرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه مادرانی که در این مطالعه با ما همیاری کردند و نیز همکارانی که در تدوین و چاپ این مقاله نقش داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

References

1. Zenuzi A, Homayunfar N, Jafarzadeh H. Breastfeeding special care babies. 1st ed. Ardabil: Ardabil University of Medical Science; 2009. P.7-8. [In Persian]

2. Burby L. 101 Reasons to Breastfeed Your Child. 2015. Available from: http://www.not milk.com/101.html.

3. World Health Organization. Feeding in exceptionally difficult circumstances. 2012. Available from: http://www.who.Int/entity/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition.

4. Nascimento MB, Reis MA, Franco SC, Issler H, Ferraro A, Grisi SJ. Exclusive breastfeeding in southern Brazil: prevalence and associated factors. Breastfeed Med. 2010; 5(2): 79-85.

5. Department of health and Human Services, Developing Objectives for Healthy People 2010. Infant Feeding Recommendation. Neonatal care. 2009; 19(2): 157-165.

6. Butte NF, Mardia G, Alarcon L, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Arch Pediatr. 2013; 10(1): 11-8.

7. Joventino ES, Dodt RC, Araujo TL, Cardoso MV, Silva VM, Ximenes LB. Nursing technologies to promote breastfeeding. Rev Gaucha Enferm. 2011; 32(1):176-84.

8. Nascimento M, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. Rev Hosp Clin. 2009; 58(1): 1-16.

9. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self- efficacy and perception of insufficient breast milk. J Obster Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 30(5): 515-22.

10. United Nations Children's Fund. Breastfeeding information in Iran. 2006. Available from: http://www.unicef.org/iran/fa/media.html.

11. Ministry of Health and Medical Education. Population and health in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Office of Family Health and Population; 2001. P. 56-57. [In Persian]

12. Ministry of Health and Medical Education. Population and health in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Office of Family Health and Population. 2010. P.272-275. [In Persian]

13. Buckley K, Charles G. Benefits and Challenges of Transitioning Preterm Infants to at-Breastfeeding. Inter Breastfeed J. 2006; 1(13): 1-13.

۱۴. *Awi DD, Alikor EA. Barriers to timely initiation of breastfeeding among mothers of healthy full-term babies who deliver at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. Niger J Clin Pract.* ۲۰۰۶؛ ۹(۱):۵۷-۶۴.

۱۵. *Tesfaye S, Mulusew E, Tefera B. Determinants of timely initiation of breastfeeding among mothers in Goba Woreda, South East Ethiopia: A cross sectional study. BMC Public Health.* ۲۰۱۱؛ ۱۱(۲۱): ۸۷-۹۲.

16. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breastfeeding self- efficacy and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first- time mothers in Adelaid, Australia. Midwifery. 2008; 23(4): 382-91.

17. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self- efficacy and perception of insufficient breast milk. Obster Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 30(5): 515-22.

18. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2005; 115(2): 496-506.

19. Dennis CL. Breastfeeding Initiation and duration. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008; 31(1): 12-32.

20. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding in preterm infants. Pediatrics. 2006; 107 (3): 543-8.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

۲۱. *Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. IBJ.* ۲۰۱۲*; ۷(۷):* ۳۴- ۳۹.

۲۲. *Odom EC, Ruowei L, Scanlon K, Perrine C, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. Pediatrics.* ۲۰۱۳*; ۱۳(۳):* ۷۲۶-۷۳۲.

23. Rahmatnejad M, Bastani F. Factors Associated with Discontinuation of Exclusive Breastfeeding by First Time Mothers. IJN. 2011; 24(71): 42-53.

24. Gafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A, Ahmad Shear bafi M. Related factors to continued breastfeeding in infants. NMH. 2013; 24(72): 1-8.

25. Hill P. Primary and Secondary Mediator's Influence on Milk Output in Lactating Mothers of Preterm and Term Infant. J Hum Lact. 2007; 21(2): 138-145.

26. Meberg A. High Potential for breast feeding among mothers giving birth to preterm infants. Acta Paediatr Scand. 2006; 71(4): 661-4.

27. Brown C, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. CJPH. 2014; 105(3): 178-181.

28. Bulk- Bunschoten AM, Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, Groot CJ. Reluctance to continue breastfeeding in the Netherlands. Acta paediatr. 2010; 90(9): 147-153.

29. Trendel A. Breast Feeding & Family Foods: Loving & Healthy. MCN. 2009; 5(2): 68-72.

30. Poorahmad Gorbandi F, Salarzadeh M, Etehad R. Investigate the cause of stopping the Exclusive breastfeeding mothers referred to health centers in Bandar Abbas. JPM. 2014; 1(4): 22-16.

31. Basir MF, Jafari P, Habibolahi A, Heydarzade M. Package health newborn care service in the country. 1st. Tehran: The idea of participating visionaries and art fans; 2011. P.33-35. [In Persian]

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

Assessment the reasons of breastfeeding cessation in term infants referred to Zabol health care centers

Amirshahi M[1], Mirshekari L[2], Narouei F[3], Ahmadvand M[4], Sanagoo A[5], Mansori far L[6]

۱. Instructor, Department of Midwifery, Nursing & Midwifery School, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

۲. Instructor, Department of Nursing, Nursing & Midwifery School, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

3. Instructor, Department of Nursing, Nursing & Midwifery School, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

4. Anesthetist, Department of Anesthesiology, Medical Science School, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

۵. Associate Professor, Department of Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran

6. BSc in Nursing, Department of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aim: *Breastfeeding is useful for both mother and baby. Today's, in many parts of the world, duration of breastfeeding has decreased for various reasons. The factors which effect on cessation of breast feeding plays an important role in improving the health of the infant and reduce their morbidity and mortality. This study was designed to investigate the factors influencing the cessation of breastfeeding in term infants.*

Material & Methods**:** *In this descriptive study, ۴۰۰ term infants who were referred to Zabol health care centers from October ۲۰۱۴ to December ۲۰۱۴ and those who were eligible for the study were selected by simple random sampling method. The data of ۱۰۳ infants collected by questionnaire and analyzed by descriptive statistics, using SPSS ۱۷ software.*

Results: *The duration of breastfeeding among infants ۱, ۳, ۶, ۱۲, ۲۴ and ۳۰ months was ۹۰, ۵۰, ۴۲, ۱۵, ۲ and ۱٪ respectively. Concerns about insufficient breast milk (۶۵.۳ percent), poor sucking infant (۳۰.۸ percent), refusing the breast mother (۳۸.۸ percent), maternal fatigue (۲۰.۲ percent) and excessive crying Infant (۲۸.۱ percent) were the major causes of cessation of breast feeding.*

Conclusion: *In this study the continuation of breastfeeding decreased with increasing age of infants. Since the major causes of the cessation of breastfeeding was mother's false beliefs about the Insufficient breast milk and refusing mother's breast by infant, therefore more educational interventions recommended for mothers during pregnancy and lactation.*

Keywords: *Cessation of breastfeeding, Term infant, Breastfeeding*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]