

تاثیر برنامه حمایتی بر تغذیه انحصاری نوزادان با شیر مادر

ملیحه حسنی طیبی^۱، سیما کرمانشاهی^{۲*}

۱. دانش آموخته آموزش پرستاری کودکان، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۵۰۰۵۶۲۹ ایمیل: kerman_s@modares.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه با شیر مادر سالم‌ترین و طبیعی‌ترین نوع تغذیه برای شیرخوار است. از آنجایی که اکثر مادران اطلاعات اندکی در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند، حمایت صحیح می‌تواند نقش موثری در ارتقاء سطح آگاهی مادران و در نتیجه افزایش میزان شیردهی انحصاری ایفا کند. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه طراحی شده بر تغذیه انحصاری نوزادان رسیده با شیر مادر انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی است که به‌صورت حمایت عاطفی و آموزش و پیگیری بر روی ۶۳ مادر نخست‌زا در دو گروه شاهد (۳۳ نفر) و آزمون (۳۰ نفر) که با روش سرشماری انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و چک لیست بررسی تغذیه انحصاری نوزاد بود که توسط مادران در طول یک ماه نوزادی تکمیل می‌شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آزمون توصیفی و تحلیلی و توسط نرم‌افزار SPSS-16 مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه آزمون (۵۶/۷٪) و شاهد (۲۷/۳٪) بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت ($p=0/018$). درمورد مصرف آب قند و داروهای گیاهی در دو گروه با آزمون کای دو تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($p=0/007$)، ولی از نظر مصرف شیرخشک این تفاوت معنی‌دار نبود ($p=0/455$).

نتیجه گیری: نتایج نشان دهنده تاثیر برنامه حمایتی در افزایش موارد تغذیه انحصاری با شیر مادر است و با توجه به اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و کاهش میزان آن، باید تاکید بیشتری بر اجرای برنامه‌های حمایتی حاضر در مراکز بهداشتی درمانی شود.

واژه‌های کلیدی: برنامه حمایتی، تغذیه انحصاری با شیر مادر، نوزاد

پذیرش: ۹۲/۱۱/۱

دریافت: ۹۲/۸/۲۰

مقدمه

تغذیه با شیر مادر سالم‌ترین و طبیعی‌ترین نوع تغذیه برای شیرخوار است که در ۶ ماه اول زندگی تمامی نیازهای تغذیه‌ای کودک را تامین نموده و در حفظ سلامتی کودکان در دنیا نقش مهمی دارد (۱). شیر مادر حاوی کالری لازم برای رشد مناسب نوزاد است. هر ۱۰۰ میلی لیتر شیر مادر ۷۵ کالری انرژی دارد. از طرفی مکیدن منظم نوزاد حین خوردن شیر مادر، الگوی تنفسی و ضربان قلب او را تنظیم و اکسیژن‌رسانی به بافت‌ها را بهتر می‌کند. همچنین

فرایند شیردهی به دلیل تماس پوستی مادر و نوزاد سبب آرامش مادر و نوزاد می‌شود، ضمن اینکه پیوند عاطفی مادر و نوزاد را تسهیل کرده و اثرات مفید آن بر تکامل شخصیت و تعادل روانی در سال‌های بعدی زندگی باقی می‌ماند. علاوه بر این نوزاد را گرم کرده و موجب پیشگیری از سقوط درجه حرارت بدن وی می‌شود. تغذیه با شیر مادر به رشد و تکامل فک و صورت کمک کرده و از پوسیدگی دندان پیشگیری می‌کند. امکان تکلم بهتر، هوش بالاتر و کسب مهارت‌های تکاملی و تحصیلی بهتر را در

آینده فراهم می‌کند (۲). شیر مادر حاوی عوامل ضد عفونت است که نوزاد را در مقابل بسیاری از بیماری‌ها و عفونت‌ها مثل اسهال و عفونت‌های گوارشی و تنفسی، عفونت گوش، آسم و اگزما و آلرژی محافظت کرده (۳) و مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها را کاهش می‌دهد، همچنین احتمال چاقی و بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، پرفشاری خون، سرطان‌ها و دیابت را در بزرگسالی کاهش می‌دهد. مادرانی که شیر می‌دهند، از لحاظ عاطفی رابطه عمیقی را با کودکان خود برقرار کرده و این امر موجب می‌شود، بنیان خانواده‌ها نیز مستحکم‌تر شود (۲). تغذیه انحصاری با شیر مادر به‌عنوان یک سیاست برای افزایش بقای کودکان و کاهش میزان بیماری‌های کودکان در سراسر دنیا مورد توصیه سازمان بهداشت جهانی است؛ به‌طوری که این سازمان تأکید می‌کند همه کشورها برنامه شیردهی انحصاری کودکان را تا سن ۶ ماهگی ترویج و پیگیری نمایند (۴). در تمام دنیا و از جمله در ایران بیمارستان‌های دوستدار کودک سعی می‌کنند تغذیه با شیر مادر را آموزش و ترویج دهند اما میزان شیردهی انحصاری در کشورها و حتی نواحی مختلف یک کشور بسیار متغیر می‌باشد؛ به طوری که در ژاپن ۲۱ درصد، هند ۷/۸ درصد، استرالیا ۴۷ درصد گزارش گردیده (۵-۷) و در نقاط مختلف کشور ایران به شرح زیر گزارش شده است: زنجان ۴۴ درصد، اراک ۴۱/۵ درصد و رشت ۲۱/۳ (۸-۱۰). مطالعه الانگ^۱ و همکاران نشان داد که فقط ۵۶ درصد از کودکان ایرانی تا ۴ ماهگی و ۲۵ درصد تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند که این در مقایسه با میزان توصیه‌شده سازمان بهداشت جهانی کم است (۱۱). لذا با توجه به مزایای ذکرشده هنوز هم بسیاری از مادران شیردهی را زودتر از موعد قطع کرده و یا همراه آن از مایعات غیرضروری یا تغذیه اضافی استفاده می‌کنند (۱۲).

^۱ Olang

مطالعه‌ای که توسط کیانی و همکاران انجام شد، نشان داد که آگاهی و عملکرد مادران در مورد تغذیه انحصاری در حد متوسط است (۱۳). با توجه به اینکه حمایت صحیح می‌تواند نقش موثری در ارتقاء سطح آگاهی مادران و در نتیجه افزایش میزان شیردهی انحصاری ایفا کند (۱۶-۱۴) و مطالعات نیز نشان داده‌اند که مادران تا حد زیادی در مورد شیردهی به فرزندشان قبل از زایمان تصمیم‌گیری می‌کنند (۱۷)، لذا در این مطالعه سعی شد با حمایت آموزشی از مادران باردار قبل از زایمان و ادامه حمایت‌ها بعد از تولد، تاثیر برنامه حمایتی بر تغذیه انحصاری نوزادان با شیر مادر مورد بررسی قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی است که روی ۷۰ مادر نخست‌زا در دو گروه شاهد و آزمون در سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ در شهرستان فیروزآباد انجام شد. نمونه‌گیری بدین صورت بود که از تعداد ۵ مرکز بهداشتی موجود در شهرستان، ۲ مرکز (یک مرکز از شمال و یک مرکز از جنوب) به‌صورت تصادفی به‌عنوان گروه آزمون و ۳ مرکز به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شده، سپس در مرحله دوم با استفاده از روش سرشماری، تمام افراد (۷۰ نفر) انتخاب شدند. ۵ نفر از مرکز شماره ۱، ۱۷ نفر از مرکز شماره ۲، ۱۸ نفر از مرکز شماره ۳، ۱۰ نفر از مرکز شماره ۴ و ۲۰ نفر از مرکز شماره ۵ که در ابتدا ۳۵ نفر در گروه آزمون و ۳۵ نفر در گروه شاهد قرار گرفت ولی نهایتاً به علت مسافرت، زایمان زودتر از موعد و عدم همکاری ۳۳ نفر در گروه شاهد و ۳۰ نفر در گروه آزمون باقی ماندند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و چک لیست بررسی تغذیه نوزاد شامل تعداد دفعات شیردهی در روز، نوع تغذیه نوزاد، دادن آب قند و شیرخشک و هر نوع داروی گیاهی به نوزاد بود. اعتبار ابزارهای گردآوری اطلاعات با

روش اعتبار محتوی و توسط ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی گروه پرستاری و مامایی دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس انجام شد. همچنین پایایی ابزار از طریق آزمون همزمان ۰/۸۹ برآورد گردید.

روش انجام کار به این صورت بود که پژوهشگر پس از ورود به مرکز با بررسی پرونده مادران، لیست تمامی مادران دارای شرایط مورد نظر پژوهشگر (نخست‌زا بودن، حاملگی تک‌قلو و عدم وجود مشکل در دوران بارداری)، شماره تماس و زمان مراجعه بعدی آنها به مرکز را ثبت می‌کرد. در مورد گروه شاهد با توجه به زمان‌های ثبت‌شده در پرونده، پژوهشگر به مراکز مراجعه و به‌صورت حضوری مادران را در جریان برنامه قرار می‌داد و در صورت تمایل آنها برای شرکت در پژوهش و دریافت رضایت آگاهانه از آنها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در اختیار آنها قرار داده می‌شد. پس از تکمیل و تحویل این پرسشنامه، چک لیست بررسی تغذیه نوزاد بعد از زایمان در اختیار آنها قرار داده شده و نحوه و زمان تکمیل آن برای مادران توضیح داده شد، ولی در گروه آزمون به علت اینکه ملاقات با تک تک مادران وقت‌گیر و مشکل بود، پژوهشگر با نمونه‌های گروه آزمون تماس گرفته و پس از ارائه توضیحات در مورد اهداف، روش مطالعه و طول مدت مداخله و جلب رضایت، از آنها برای شرکت در کلاس آموزشی دعوت نمود. مادران در دو گروه از نظر عوامل تاثیرگذار بر تغذیه انحصاری با شیر مادر از جمله سن، سطح تحصیلات و شاغل‌بودن همسان شدند. این کلاس‌ها برای مادران ۸ و ۹ ماهه به‌صورت ۲ جلسه کلاس ۱ تا ۱/۵ ساعته با مباحث مراقبت از خود مادر پس از زایمان شامل نحوه مراقبت از پستان، نحوه مراقبت از بچه، بهداشت شخصی و تغذیه؛ و آموزش نحوه شیردهی، فواید شیر مادر و مضرات شیر خشک بود. این کلاس‌ها به‌صورت تئوری و عملی با وسایل کمک آموزشی (ماکت و عروسک) بود که ۱۵ دقیقه اول از هر جلسه

به مرور مباحث جلسه قبل و پاسخ به مشکلات مادران اختصاص داده می‌شد و در مورد باورهای غلط مادران سوال و بحث می‌شد و یک ساعت بعدی مباحث جدید ارائه شده و مدت زمان انتهایی کلاس برای پاسخ به سوالات مادران اختصاص داشت و با سوال و جواب کردن از مادران میزان یادگیری آنها سنجیده می‌شد. در پایان کلاس مباحث مطرح شده در هر جلسه به‌صورت خلاصه در قالب پمفلت در اختیار مادران قرار داده می‌شد. با اتمام کلاس‌ها چک لیست بررسی تغذیه نوزاد در اختیار مادران قرار داده شد که باید روزانه تا پایان دوره نوزادی تکمیل می‌شد. ولی به‌صورت هفتگی از مادران تحویل گرفته می‌شد و گاهی با تلفن و یا در زمان حضور در منزل بر تکمیل آنها تاکید می‌شد. همچنین از مادر خواسته شد تا پمفلت‌های آموزشی را در اختیار همسر و مادر خود نیز قرار دهند تا با افزایش آگاهی در آنها از باورهای غلط و به‌خصوص دادن هر ماده غذایی بعد از تولد جلوگیری شود. بلافاصله بعد از زایمان پژوهشگر در بخش حضور داشته و به مادر در شروع شیردهی کمک می‌کرد. بعد از زایمان حداقل یک بار بازدید در منزل صورت گرفت و وضعیت سلامت مادر و نوزاد و شیردهی صحیح در منزل بررسی شد، علاوه بر این پژوهشگر به‌صورت هفتگی با مادران تماس گرفته و نکات مهم را به وی یادآوری می‌کرد.

گروه شاهد فقط برنامه مراکز بهداشتی که شامل یک جلسه کلاس شیردهی بود را دریافت می‌کردند و فقط جهت اطمینان از تکمیل چک لیست یکبار بعد از زایمان با آنها تماس گرفته شد. البته پس از اتمام مطالعه نکات آموزشی در اختیار آنها قرار داده شد و یادآوری شد که در صورت مشکل در مراقبت می‌توانند با پژوهشگر تماس بگیرند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (کای اسکوئر) در نرم افزار SPSS-16 مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

خانه دار بوده و در زمان تعیین شده زایمان کرده

بودند (جدول ۱).

اکثر واحدهای پژوهش در گروه آزمون و شاهد در

محدوده سنی ۲۳-۲۶ سال، دارای تحصیلات دیپلم،

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی مادران باردار بر حسب اطلاعات دموگرافیک در دو گروه آزمون و شاهد

متغیرها	آزمون	شاهد	P
سن	۱۸-۲۲ سال	۲۳/۳ (۷ نفر)	۱۵/۲ (۵ نفر)
	۲۳-۲۶	۳۶/۷ (۱۱ نفر)	۳۶/۴ (۱۲ نفر)
	۲۷-۳۰	۲۶/۷ (۸ نفر)	۳۰/۳ (۱۰ نفر)
	بیشتر از ۳۰	۱۳/۳ (۴ نفر)	۱۸/۲ (۶ نفر)
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۶/۷ (۵ نفر)	۱۸/۲ (۶ نفر)
	دیپلم	۴۰ (۱۲ نفر)	۵۱/۵ (۱۷ نفر)
	کاردانی	۱۰ (۳ نفر)	۶/۱ (۲ نفر)
	کارشناسی	۳۳/۳ (۱۰ نفر)	۲۴/۲ (۸ نفر)
شغل مادر	خانه دار	۹۳/۳ (۲۸ نفر)	۷۸/۸ (۲۶ نفر)
	شاغل	۶/۷ (۲ نفر)	۲۱/۲ (۷ نفر)

آزمون به طور معنی داری بیشتر بود ($p=0/018$).
 درمورد مصرف آب قند و داروهای گیاهی در دو
 گروه با آزمون کای دو تفاوت معنی دار مشاهده شد
 ($p=0/007$)، ولی از نظر مصرف شیر خشک این تفاوت
 معنی دار نبود ($p=0/455$) (جدول ۲).

آزمون آماری کای دو نشان داد دو گروه از نظر
 متغیرهای دموگرافیک مثل سن، خانه دار بودن و
 سطح تحصیلات و غیره یکسان بودند ($p>0/05$). بر
 اساس نتایج، میزان «تغذیه انحصاری با شیر مادر» در
 گروه آزمون ۵۶/۷٪ و گروه شاهد ۲۷/۳٪ بود،
 بنابراین میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه

جدول ۲. توزیع فراوانی نسبی نوزادان بر حسب «تغذیه انحصاری با شیر مادر» در دو گروه آزمون و شاهد

گروه	آزمون		شاهد		آزمون کای دو
	بله	خیر	بله	خیر	
فراوانی تغذیه	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	
فقط شیر مادر	۵۶/۷ (۱۷)	۴۳/۳ (۱۳)	۲۷/۳ (۹)	۷۲/۷ (۲۴)	$p=0/018$
آب قند	۱۰ (۳)	۹۰ (۲۷)	۳۹/۴ (۱۳)	۶۰/۶ (۲۰)	$p=0/007$
داروی گیاهی	۳۰ (۹)	۷۰ (۲۱)	۶۳/۶ (۲۱)	۳۶/۴ (۱۲)	$p=0/008$
شیر خشک	۱۶/۷ (۵)	۸۳/۳ (۲۵)	۲۴/۲ (۸)	۷۲/۷ (۲۵)	$p=0/455$

بحث

انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی در مطالعات
 محمدیگی در اراک ۴۱/۵ درصد (۱۹)، مطالعه
 مرودی^۱ در بوستون، ۳۷/۱ (۲۰) و مطالعه سنا^۲ در
 برزیل ۱۴ درصد گزارش شده است (۲۱)، که نسبت
 به نتایج مطالعه حاضر درصد پایین تری را نشان

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میزان تغذیه انحصاری
 با شیر مادر در گروه آزمون و در گروه شاهد
 تفاوت معنی دار داشت. در مطالعه الماسی فقط ۱۳۰
 نفر از مادران تغذیه انحصاری را رعایت می کردند و
 ۲۶۱ نفر تا زمان ۶ ماهگی، کودک را انحصاراً با شیر
 مادر تغذیه نکرده بودند (۱۸) و شیوع تغذیه

¹ Merewood² Sena

می‌دهند، علت آن می‌تواند در این باشد که در پژوهش حاضر حمایت آموزشی و عاطفی از مادران از قبل از زایمان شروع می‌شد تا مادران در سلامت روحی روانی، خود را برای شروع شیردهی آماده کنند و مجدداً بلافاصله بعد از زایمان نیز در بیمارستان این حمایت‌ها با اولین شیردهی مادر ادامه می‌یافت و معمولاً مادران با شروع شیردهی بعد از زایمان به دلیل درد و عدم تجربه مشکل دارند و حمایت توسط پرستار در شیردهی موفق کمک‌کننده است. میزان تغذیه انحصاری در مطالعات بنر^۱ و همکاران در قطر ۵۹/۳ (۲۲)، وهر^۲ و همکاران در آمریکا ۷۴/۹ (۲۳) و در مطالعه خبازخوب ۵۶/۴ (۲۴) به دست آمده است، که بیشتر از نتایج مطالعه حاضر است که علت آن می‌تواند پایین‌تر بودن سن مادران در مطالعات بالا و کمتر بودن تعداد نمونه‌ها در مطالعه حاضر باشد. در مطالعه محمد بیگی در ۴۴٪ موارد (۱۹) و مطالعه رستم نژاد ۶۶٪ نمونه‌ها (۲۵) از آب قند استفاده کرده بودند، در حالی که در مطالعه حاضر در گروه آزمون فقط ۱۰٪ موارد از آب قند استفاده کرده بودند که این امر شاید به علت تفاوت در نحوه آموزش ما که هم جلسات آموزشی و پمفلت را شامل می‌شد، باشد. در مطالعه طوافیان نیز که اثر آموزش و حمایت خود را به‌صورت برگزاری کلاس‌های آموزشی، ایجاد نگرش مثبت در مادران نسبت به شیردهی، آموزش عملی تکنیک‌ها و مهارت‌های شیردهی، پیگیری مادران و تماس تلفنی با مادران را در طول ۴ ماه بعد از زایمان بررسی کردند، میزان تغذیه انحصاری به‌طور چشمگیری (۶۴/۲٪) بالاتر از گروه شاهد (۲۹/۸٪) بود (۲۶) که همسو با مطالعه فعلی می‌باشد.

در مطالعه غلامی تبار که اثر آموزش به‌صورت فیلم و ۴ جلد کتاب شیردهی و مشاوره و حمایت که شماره مرکز مشاوره در اختیار مادران قرار داده

شده بود قبل از زایمان تا ۴ ماه بعد از زایمان را بر تغذیه انحصاری و شاخص رشد کوکان نارس بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که نوزادان گروه مداخله از شیر مادر بیشتر استفاده کرده‌اند (۲۷). تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه غلامی‌تبار در این است که پژوهشگر در اولین ساعات بعد از زایمان در کنار مادر بود و تا پایان یک ماهگی دائماً مادر را پیگیری می‌کرد، ولی مطالعه غلامی تبار در ۲۴ ساعت اول مادر را ملاقات می‌کرد و ملاقات دوم در ۲ ماهگی بود که به نظر می‌رسید باید زمان آن تقلیل یابد، چرا که در این مدت امکان شروع شیرخشک بیشتر می‌باشد. بنابراین در مطالعه حاضر حمایت از مادران به‌طور معنی‌دار احتمال شیردهی انحصاری را همانند برخی مطالعات داخلی: ایمانی، آکابریان (۲۸،۲۹)؛ و خارجی نظیر دوبوئیس، چاندراشخار^۳، و تیواری^۴ بالا برده است (۶،۲۳،۳۰،۳۱). اما در مطالعه حاضر تاثیر برنامه بیشتر بود در پژوهش حاضر این حمایت‌های آموزشی در شیردهی همراه با حمایت‌های مشاوره‌ای و عاطفی از مادران بوده که قبل از زایمان شروع و تا پایان نوزادی با حمایت پیگیری ادامه یافته است. الماسی هم که میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر ۳۳/۱ درصد بدست آورد به این نتیجه دست یافت که مهمترین عاملی که در شیردهی انحصاری تأثیر دارد آموزش مادران در مورد شیردهی انحصاری و تداوم این آموزش‌ها است (۱۸).

هوانگ در مطالعه خود یکی از موانع عدم موفقیت شیردهی را عدم آموزش، عدم مشاوره و عدم حمایت از مادران باردار می‌داند (۳۲)، که در پژوهش حاضر سعی بر آن شد که تمامی این موانع برداشته شود. یافته‌های تحقیق سکاکی که تاثیر بازدید منزل بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان مادران سزارین‌شده را بررسی کرد، نشان

³ CHandrashekhar

⁴ Tiwari

¹ Bener

² Vohr

داد که برنامه‌های بازدید و آموزش به مادر در منزل پس از ترخیص بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در دوره نوزادی تاثیر بسزایی دارد. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در پایان ماه اول، در گروه آزمایش ۸۲/۴ درصد و در گروه کنترل ۵۷/۶ درصد بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری داشتند (۳۳). بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که با مداخلات اثربخش می‌توان میزان تغذیه انحصاری را افزایش داد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به وجود موانع در دسترسی به مادران در مراحل اولیه و پیگیری آنها در منزل اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان‌دهنده تاثیر برنامه حمایتی حاضر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر است. لذا با توجه به اهمیت

تغذیه انحصاری با شیر مادر، باید تاکید بیشتری بر اجرای برنامه‌های حمایتی در مراکز بهداشتی شود که در این راستا می‌توان این مراقبت ادغام یافته را قبل و بعد از زایمان برای مادر و نوزاد که دورانی ایده‌آل برای دادن مراقبت به مادر و نوزاد جهت ارتقاء سلامت و افزایش بقای مادر و نوزاد و تغذیه انحصاری با شیر مادر است برنامه‌ریزی و اجرا نمود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله، پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، مسئولین شبکه بهداشت و کلیه پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان فیروزآباد که در انجام این پژوهش نقش داشته اند، ابراز می‌دارند.

References

1. Walker A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. Journal of pediatrics. 2010; 156 (2suppl): S3-7.
2. Pourmovahed Z, Dehghani KH. Pediatric nursing. Tehran: Asare Sobhan pub; 2012. [Persian]
3. Baby-friendly hospital initiative revised, updated and expanded for integrated care 2009 WHO press. World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. <http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI>.
4. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: Switzerland; 2001.
5. 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. Journal of Epidemiology. 2006; 16(2): 57-63.
6. Tiwari R, Mahajan PC, Lahariya C. The determinants of exclusive breast feeding in urban slums: a community based study. Journal of Tropical Pediatrics. 2009; 55(1): 49-54.
7. Win NN, Binns CW, Zhao Y, Scott JA, Oddy WH. Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study. International Breastfeeding Journal. 2006; 22(1): 28-32.
8. Koosha A, Hashemifesharaki R, Mousavinasab N. Breast-feeding patterns and factors determining exclusive breast-feeding. Singapore Medical Journal. 2008; 49(12): 1002-1006.
9. Mohammad Beygi A, Mohammad Salehy N, Bayati A. The pattern of exclusive breast feeding in referred neonatal to health centers of Arak. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2009; 70(18): 17-25. [Persian]
10. Ziaie T, Ghanbari A, Hassanzadeh- Rad A, Yazdani MA. Investigating risk factors of failure in exclusive breastfeeding in less than one-year-old children referred to health centers in Rasht city. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012; 15(18):32-39. [Persian]
11. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. International Breastfeeding Journal. 2012; 7:1.
12. Jalali Aria K, Sanagoo A, Joybari L. Study of failure in exclusive breast feeding in Gorgan. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2001; 3(8):81-86. [Persian]

13. Kiani MA, Khakshour A, Vakili R, Saeedi M. Maternal knowledge and practice in Mashhad city about breastfeeding in first 6 month of infant life. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2013; 5(1):199-208. [Persian]
14. Biglari M. A comparative study of feeding and non-breastfed babies under one year of its use food as a major factor effective. MSc Thesis. Hamadan: Hamadan University of Medical Sciences, 2001.
15. Guise JM, Palda V, Westhoff C. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breast feeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*. 2003; 1: 70-78.
16. Augusto J, Carrazedo A, Westphal MF, Venancio S, Bogus C, Souza S. Breast feeding training for health professionals and resultant changes in breast feeding duration. *Sao Paulo Medical Journal Review*. 2000; 118(6): 185-191.
17. Health Canada. Breastfeeding in Canada, a review and update. Ottawa: Minister of Supply and Services, Canada; 1998.
18. Almasi H, Saberi HR, Moravveji AR. The pattern of exclusive breast feeding in neonates under healthcares in health centers of Kashan city during 2006. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2010; 14(2): 163-168. [Persian]
19. Mohammad Beygi A, Mohammad Salehi N, Bayati A. The pattern of exclusive breastfeeding in referred neonates to health center of Arak. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2009; (70): 17-25. [Persian]
20. Merewood A, Supriya DM, Beth Chamberlain L, Philipp BL, Bauchner H. Breastfeeding duration rates and factors affecting continued breastfeeding among infants born at an Inner-City US Baby-Friendly Hospital. *Journal of Human Lactation*. 2007; 23: 157-164.
21. Sena MC, Silva EF, Pereira MG. Prevalence of breast-feeding in Brasilia. *Journal of Brazil Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 18: 613-621.
22. Bener A, Ehlayel MS, Alsowaidi S, Sabbah A. Role of breast feeding in primary prevention of asthma and allergic disease in a traditional society. *European Annals of Allergy and Clinical Immunology*. 2007; 39(10): 337-343.
23. 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 month of age. *Pediatrics*. 2006; 118(1): 115-123.
24. Khabazkhub M, Fotuhi A, Majdi M, Moradi A, Javaherforushzadeh A, Haeri Z, et al. Exclusive breast feeding and some effective factors in children referred to Mashhad health centers 2007. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2007; 3 (3-4): 45-53. [Persian]
25. Rostamnejad M, Amani F. Unsuccessful breast feeding among women in Ardabil: probing the reasons, 2000-2001. *Journal of Ardabil University of Medical Science*. 2004; 12 (3):31-35. [Persian]
26. Tavafian S, Adili F. Effect of health education intervention on the duration of exclusive breast feeding at 4 months after birth: a randomized controlled trial. *Payesh*. 2005; 4 (2): 127-131. [Persian]
27. Gholami tabar-Tabari M, Heidarzade M, Sattarzadeh N, Kooshavar H. Performing and evaluation of breast feeding education program on exclusive breastfeeding and growth indexes of preterm infant at 4 months after birth. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2011; 13(2): 57-62. [Persian]
28. Imani M, Mohammadi M, Rakhshani F, Shafie S. Breast-feeding and its related factors in Zahedan. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2003; 26 (7): 26-33. [Persian]
29. 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. *Iranian South Medical Journal*. 2004; 2(6):165-171. [Persian]
30. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the longitudinal study of child development in Quebec. *Canadian Journal of Public Health*. 2003; 94(4): 300-305
31. Chandrashekhar TS, Joshi HS, Binu V, Shankar PR, Rana MS, Ramachandran U. Breast-feeding initiation and determinants of exclusive breast-feeding: a questionnaire survey in an urban population of western Nepal. *Public Health Nutrition*. 2007; 10(2): 192-197.

32. Hogan SE. Overcoming barriers to breast feeding: suggested breastfeeding promotion programs for communities' eastern Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health*. 2001; 2: 105-108.
33. Sakaki M, Daneshkojuri M, Kheirkhah M, Hoseini F. The effect of home visits on breast feeding mothers of infants born by Cesarean section. *Iran Journal of Nursing*. 2010; 23 (64): 72-80. [Persian]

Influence of the Supportive Program on the Exclusive Feeding of Neonates with Mothers Milk

Hasani-Tayyebi M¹, Kermanshahi S*²

1. MSc in Pediatrics Nursing Education, Graduated from Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Nursing Department, Medical Faculty Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989125005629 E-mail: kerman_s@modares.ac.ir

Received: 11 Nov 2013 Accepted: 21 Jan 2014

ABSTRACT

Background & Objectives: Breastfeeding is the healthiest and the most natural kind of nutrition for infants. Since most of the mothers have little information about exclusive breastfeeding, appropriate support could play a significant role in promotion of mothers' knowledge and thus increase the rate of exclusive breastfeeding. So, present study aimed to determine the effect of supportive program on exclusive breast-feeding over.

Methods: This quasi-experimental study was performed by emotional support, education and follow-up over 63 nulliparous women in two groups of control (n=33) and case (n=30) which had been selected by consensus method. Data gathered using demographic information questionnaire and check list of neonates exclusive breast feeding, which filled by mothers in the period of one month after delivery. Data were analyzed by descriptive-analytical statistical tests in SPSS v.16.

Results: Based on the results, exclusive breastfeeding's rate were 56.7% in treatment group and 27.3% in control group which was statistically significant ($p=0.018$). Also, there were statistically significant difference in the consumption of solution of sugar and water and herbal medicines in the two groups by chi-square ($p=0.007$). But there was no significant difference about consumption of milk powder ($p=0.455$).

Conclusion: The results indicated that a protective program can be effective in the enhancement of exclusive breastfeeding, so it should be more emphasis on present protective programs in healthcare and medical services centers.

Keywords: Supportive Program, Exclusive Breast Feeding, Neonate.