

رابطه نوع زایمان بر موفقیت تغذیه با شیر مادر

دکتر ضیا اسلامی*^۱، فلوشیپ نوزادان؛ دکتر راضیه فلاح^۱، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان؛
دکتر مطهره گلستان^۱، متخصص اطفال؛ دکتر احمد شجری^۱، فوق تخصص نفلولوژی کودکان

۱. گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

دریافت: ۸۶/۴/۴؛ بازنگری: ۸۶/۹/۲؛ پذیرش: ۸۶/۱۰/۱۹

خلاصه

هدف: تغذیه انحصاری با شیر مادر نقش بارزی در کاهش مرگ و میر کودکان دارد. هدف از انجام این مطالعه بررسی ارتباط نحوه زایمان بر موفقیت در تغذیه با شیر مادر است.

روش مطالعه: در یک مطالعه مورد-شاهدی، کلیه مادرانی که در بیمارستان‌های شهر یزد نوزاد ترم (۳۷ هفته یا بیشتر) به دنیا آورده بودند، وارد مطالعه شدند. گروه مورد شامل موارد زایمان سزارین و گروه شاهد، موارد زایمان طبیعی بود. تعداد مساوی از هر دو گروه (۱۷۲ نفر) انتخاب و به مدت ۶ ماه، ماهانه از نظر نحوه تغذیه شیرخوار و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر پیگیری شدند.

یافته‌ها: مادران سزارینی با تفاوت معنی‌دار، کمتر در تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر موفق بودند (۱۳/۴٪ در برابر ۴۱/۸٪ در زایمان طبیعی). میانگین طول مدت تغذیه در زایمان طبیعی ۴/۵ (۱/۷±) ماه و سزارین شده‌ها ۴/۰ (۱/۵±) ماه بود که این اختلاف معنی دار بود (P=۰/۰۰۶). موارد شیردهی در طی ساعت اول پس از زایمان، با اختلاف معنی دار، در زایمان طبیعی بیش از موارد سزارین مشاهده شد (۸۲٪ در برابر ۳۸٪). میزان استفاده از شیرخشک با تفاوت معنی‌دار در شیرخواران مادران سزارینی بیش از موارد زایمان طبیعی بود (۳۳٪ در برابر ۲۲٪).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه سزارین نقش عمده‌ای در تاخیر شروع تغذیه با شیر مادر و نیز قطع تغذیه انحصاری با آن و شروع شیر خشک داشت لذا باید تلاش نمود تا با کاهش موارد سزارین و نیز آموزش و همدلی با این مادران در شروع شیردهی هر چه زودتر آنها، بتوان میزان شیردهی موفقیت آمیز را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: زایمان طبیعی؛ سزارین؛ شیردهی موفق؛ تغذیه انحصاری با شیر مادر

مقدمه

IgA ترشحی که نقش محافظت کننده گوش، بینی، حلق و دستگاه گوارش را دارد، به میزان زیاد و در سراسر سال اول زندگی در شیر مادر وجود دارد. شیر مادر انسیدانس و نیز شدت بیماری‌هایی همچون اسهال، عفونت‌های قسمت تحتانی دستگاه تنفسی، اوتیت، مننژیت باکتریال و عفونت دستگاه ادراری را کاهش می‌دهد. شیر مادر در کاهش بیماری‌های غیر عفونی شیر خوار نظیر آگزما و آسم، نقش چشمگیری دارد. سطح کارنتین که ماده‌ای است که برای به کارگیری اسیدهای چرب به عنوان منبع تامین انرژی ضروری است، در شیرخواران تغذیه شده با شیر مادر، در مقایسه با شیر

دوران شیرخواری از جهت رشد و تکامل از حساس‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد محسوب می‌شود و تغذیه طفل در این مرحله از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این میان شیر مادر کامل‌ترین غذا برای شیرخوار در طی چند ماه اول زندگی است. شیر مادر می‌تواند نیازهای تغذیه‌ای و بخش عمده‌ای از نیازهای ایمنی شیرخواران را در زیر شش ماه فراهم کند. آنچه به عنوان تغذیه طبیعی شیرخوار در ۶ ماه اول زندگی توصیه شده است، تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌باشد.

* مسئول مقاله؛

مادرزادی که مانع شیر خوردن نوزاد می‌شد و نیز مواردی که زایمان طبیعی با مداخله واکيوم یا فورسپس انجام شده بود، از این مطالعه مستثنی گردیدند. همچنین مادرانی که وضعیت عمومی و جسمانی آنها اجازه شیر دادن به فرزندانشان را نمی‌داد، نیز از این مطالعه حذف گردیدند.

افراد مورد مطالعه برحسب نحوه زایمان، به دو گروه مساوی تقسیم شدند که گروه مورد شامل سزارین شده‌ها (انتخابی یا اورژانس) و گروه شاهد زایمان‌های طبیعی بودند. اطلاعات راجع به متغیرهای تحقیق که شامل وزن و جنس نوزاد، وضعیت کلی نوزاد و مادر، زمان نخستین تغذیه با شیر مادر پس از زایمان، نوع اولین تغذیه شروع شده در بیمارستان، مدت زمان هم اطاق بودن مادر و نوزاد، شغل و سطح تحصیلات، تعداد حاملگی و تعداد زایمان‌های مادر بودند، از پرونده‌ها و نیز از طریق مصاحبه حضوری با مادران بدست آمد. شروع تغذیه با شیر مادر پس از ۲ ساعت از تولد تاخیر در شیردهی در نظر گرفته شد.

مادران به مدت شش ماه، ماهیانه از طریق تماس تلفنی از نظر نحوه تغذیه شیرخوار و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر پیگیری شدند. در مواردی که امکان دسترسی به اطلاعات از طریق ارتباط تلفنی وجود نداشت و یا به نظر می‌رسید که مادر توانایی لازم را در پاسخگویی به سوالات ندارد، با بررسی حضوری، اطلاعات لازم جمع آوری گردید. این اطلاعات در پرسشنامه مربوطه وارد و سپس توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت مقایسه میانگین‌ها بین دو گروه از آزمون تست تی و برای مقایسه متغیرهای کیفی از تست مجذور کای استفاده شد و ارزش P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان اختلاف معنی دار تلقی شد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۴۴ مادر مورد مطالعه قرار گرفتند که در هر گروه با زایمان سزارین و طبیعی ۱۷۲ نفر بودند. مشاغل مادران در هر دو گروه به ترتیب شیوع عبارت بودند از خانه‌دار، کارمند، دانشجو و کارگر. سطح تحصیل ابتدایی و سیکل (زیر دیپلم) در میان زنان با زایمان طبیعی (۴۲٪) و سطح تحصیلی در حد دیپلم در مادران سزارین شده (۳۹/۵٪) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. اما از نظر شغل مادر و سطح تحصیلات تفاوت معنی دار در بین دو گروه (زایمان طبیعی و سزارین) وجود نداشت (شغل $P=0/3$ و سواد $P=0/7$).

از کل مادران، ۹۵ مادر (۲۷/۶٪) شیرخوار خود را منحصراً در طی ۶ ماه اول با شیر مادر تغذیه کرده بودند و میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر $4/3$ (۱/۶±) ماه بود. تغذیه با شیر مادر توسط ۲۰۷ مادر (۶۰٪) در طی همان ساعت اول پس از زایمان شروع شده بود. تاخیر در شیردهی (شروع تغذیه با شیر مادر پس از ۲ ساعت از تولد) در ۵٪ از مادران با زایمان طبیعی و ۲۳٪ از مادران سزارینی مشاهده شد. در بررسی علل تاخیر در شیردهی در موارد با

خشک بالاتراست^[۱]. در کشورهای در حال توسعه سه علت عمده مرگ و میر اطفال زیر ۵ سال را سوءتغذیه، عفونت‌های تنفسی و اسهال تشکیل می‌دهند و در این میان شیر مادر نقش بارزی در کاهش مرگ و میر ناشی از این موارد دارد^[۳،۲].

در خصوص اهمیت استفاده از شیر مادر و مزایای آن مطالعات فراوانی صورت گرفته است و در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر (exclusive breast feeding) که در آن شیرخوار در ۶ ماهه اول تولد فقط با شیر مادر تغذیه شود و از دادن هر نوع مایع و یا غذای جامد به وی خودداری شود سفارش فراوان گردیده است^[۲] اما همیشه چنین توفیقی حاصل نمی‌شود. اگر چه در زمینه علل موفقیت و شکست شیردهی مطالعات زیادی انجام شده است ولی در خصوص تاثیر نحوه زایمان بر موفقیت شیردهی بررسی‌های کمتری صورت گرفته است و این در حالی است که هر روز بر میزان موارد زایمان از طریق سزارین افزوده می‌گردد^[۴].

اکسی توسین، اندورفین و آدرنالین تولید شده در پاسخ به درد زایمان طبیعی، نقش مهمی در پاسخ مادر و نوزاد به تولد و شروع زودرس تغذیه با شیر مادر دارند^[۵]. داروهای استفاده شده در سزارین، روی حالت عصبی-رفتاری نوزاد و شروع زود تغذیه وی با شیر مادر اثر می‌گذارد. این داروها می‌توانند منجر به تاخیر و یا سرکوب شدن لاکتوژنیزس شود و خطر از دست دادن زیاد وزن شیرخوار را افزایش دهد. تزریق داخل وریدی مخدرها در طول زایمان ممکن است رفلکس‌های طبیعی نوزاد را برای جستجوی پستان مادر در ساعت‌های اول تولد تحت تاثیر قرار دهد^[۶]. زمانی که تولد واژینال خودبخود و بدون استفاده از ابزار و دارو صورت گیرد و نوزاد بلافاصله در تماس پوست به پوست با مادر قرار داده شود، احتمال شروع تغذیه با شیر مادر افزایش می‌یابد^[۷].

زایمان طولانی، زایمان‌های با استفاده از فورسپس و واکيوم، سزارین و جدا نگهداشتن مادر و نوزاد برای مدت طولانی بعد از عمل جراحی پس از تولد، بیشترین خطر را برای شروع شیردهی دارند^[۸]. حمایت مداوم مادر در طول زایمان توسط پرسنل ورزیده، نیاز به داروهای ضد درد را کاهش داده و نیز میزان سزارین را تقلیل می‌دهد و موجب بهبودی در پیامد تغذیه با شیر مادر هم بلافاصله در دوره پس از زایمان و نیز چند هفته اول پس از تولد می‌شود^[۹]. ما در این مطالعه به بررسی ارتباط نوع زایمان با موفقیت در تغذیه با شیر مادر پرداختیم.

مواد و روش‌ها

دریک مطالعه مورد-شاهدی که روش نمونه گیری غیر تصادفی آسان بود کلیه مادرانی که در بیمارستان‌های شهر یزد نوزاد ترم (۳۷ هفته یا بیشتر) بدنیا آورده بودند وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با حدود اطمینان ۹۵٪ و با دقت یک درصد، ۳۰۰ نفر برآورد گردید که جهت اطمینان بیشتر ۳۴۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. نوزدان پره ترم، بیمار، مبتلا به سپسیس، آسفیکسی و یا ناهنجاری‌های

جدول ۱- نتایج بررسی شیردهی و موفقیت در آن در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	زایمان طبیعی	سزارین شده	P. value
فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول	۷۲ (۴۱/۸٪)	۲۳ (۱۳/۴٪)	۰/۰۰۰۱
میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر (ماه)	۴/۵ (۱/۷±)	۴/۰ (۱/۵±)	۰/۰۰۰۶
فراوانی شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان	۱۴۲ (۸۲/۵٪)	۶۵ (۳۸٪)	۰/۰۰۰۱
فراوانی هم اتاق بودن مادر و نوزاد در طی ۲۴ ساعت	۹۹/۸٪	۹۷٪	۰/۲
فراوانی تغذیه نوزاد فقط با شیرمادر در مدت اقامت در بیمارستان	۱۷۱ (۹۹/۴٪)	۱۶۱ (۹۳٪)	۰/۰۱
فراوانی استفاده از شیر خشک در ۶ ماه اول	۳۸ (۲۲٪)	۵۷ (۳۳٪)	۰/۰۱

سر و لگن (cephalopelvic disproportion) (۱۹٪)، نمای غیر طبیعی جنین (۱۴/۵٪)، دفع مگونیوم و خونریزی واژینال مادر (هر کدام ۲/۹٪) بودند.

بحث

ما در این مطالعه به بررسی تاثیر نحوه زایمان بر میزان شیردهی موفقیت آمیز و نیز تغذیه انحصاری با آن، پرداخته‌ایم. این مطالعه نشان داد که مادران سزارین شده به مراتب کمتر از مادران با زایمان طبیعی در امر تغذیه انحصاری با شیر مادر، موفق بوده‌اند که این نتیجه با اکثر مطالعات انجام شده در جوامع دیگر هم خوانی دارد.^{۱۱۷-۱۰۱} اگر چه در چند مطالعه دیگر نوع زایمان بر روی طول مدت شیردهی اثری نداشته است.^{۱۲۰، ۱۸، ۱۹} علت این تفاوت شاید در این باشد که در آن مطالعات، تغذیه با شیر مادر به طور کلی و تا دو سالگی بررسی شده است و احیاناً آموزش‌های مربوط به شیردهی در طول دوران بارداری به مادرانی که قرار بوده است سزارین شوند نیز تاثیر مثبت، داشته است.

میزان کلی تغذیه انحصاری با شیر مادر، در مطالعه ما ۲۷/۶٪ بود. میزان کلی تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعات دیگر بسیار متفاوت می‌باشد به طوری که در انگلستان ۰/۳٪^{۱۲۱}، آتن ۱۲/۱٪^{۱۲۱}، نیوزیلند ۹/۹٪^{۱۲۱}، در ژاپن ۲۱/۳۱٪^{۱۲۱}، در بخش مرکزی فلسطین اشغالی ۲۹/۹٪^{۱۲۱}، کانادا ۳۷/۳٪^{۱۲۵} و در روستاهای فلسطین اشغالی ۴۳/۴۳٪^{۱۲۶} بوده است. همچنین در مطالعات دیگر ایران در زاهدان و گرگان ۴۴/۳۷٪^{۱۲۸} و در تربت حیدریه ۸۰/۲۹٪^{۱۲۹} گزارش گردیده است. این تفاوت به واسطه تاثیر عواملی زیادی از جمله نحوه زایمان، آموزش‌های دوران بارداری، میزان هم اتاقی مادر و فرزند، سن بالای مادر، بیماری حاد طفل، شاغل بودن مادر و غیره می‌باشد.

میزان شروع شیردهی در ساعت اول تولد در بین مادران با زایمان طبیعی به صورت معنی‌داری بیش از مادران سزارین شده بوده که مشابه نتیجه مطالعه انجام شده در استرالیا می‌باشد.^{۱۳۰} بنابراین سزارین نقش عمده‌ای در تاخیر شروع تغذیه با شیر مادر داشته است. به هر حال خانم‌هایی که به روش سزارین زایمان می-

سزارین، عوارض بیهوشی و جراحی (۸۴/۵٪) شایع‌ترین علت آن بودند در حالی که در زایمان طبیعی وضعیت روحی و جسمی مادر (خستگی و درد) به عنوان علل اصلی تاخیر در شیردهی ذکر شدند. در مجموع ۹۶/۵٪ از مادران در طی اقامت در بیمارستان شیرخوارشان را فقط با شیر خود تغذیه کرده بودند.

میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، در گروهی که مادران در ظرف یکساعت اول، شیردهی طفل خود را آغاز کرده بودند (۶۰٪ از کل مادران)، ۴/۴ (۱/۶±) ماه بود و در آنهایی که فرزند خود را بعد از یک ساعت از زمان تولد شیر داده بودند ۴/۰ (۱/۷±) ماه بود که این تفاوت معنی دار نبود (P=۰/۰۹). جدول یک، نتایج بررسی در مورد شیردهی و موفقیت در آن راه، در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول نشان داده شده است تفاوت معنی دار بین نحوه زایمان و میزان هم اتاقی بودن مادر و نوزاد وجود ندارد ولی نوع زایمان بر میزان طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر و نوع تغذیه نوزاد در زمان اقامت در بیمارستان و استفاده از شیر خشک در ۶ ماه اول موثر بود. همچنین موفقیت تغذیه با شیر مادر در مادران سزارینی کمتر بود. در هر دو گروه شایع‌ترین علت برای شروع تغذیه با شیر خشک ناکافی بودن شیر مادر بود.

چهارده نفر از ۱۷۰ نوزاد پسر (۸٪) و ۶ نفر از ۱۷۴ نوزاد دختر (۳/۴٪) اصلاً دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر نبودند. از طرف دیگر ۲۷/۶٪ از پسرها و ۲۷/۹٪ از دختران به مدت ۶ ماه منحصراً با شیر مادر تغذیه شده بودند ولی جنس نوزاد در تعداد ماه‌هایی که نوزاد دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر بوده تاثیر نداشت (P=۰/۰۶).

میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیرمادر در مادران دیپلم ۴/۴ (۱/۷±) و بالای دیپلم ۴/۴ (۱/۵±) ماه بود اما رابطه معنی‌داری از نظر سطح سواد مادر و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر بدست نیامد (P=۰/۰۴). بیشترین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر مربوط به مادران دانشجو (۴/۷±۰/۹ ماه) و کمترین مقدار آن در مادران خانه‌دار (۴/۳±۱/۶) بود ولی تفاوت معنی‌دار از نظر شغل و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود نداشت (P=۰/۰۹).

در مورد علت سزارین، شایع‌ترین علت، سزارین قبلی مادر بود که ۴۷ نفر (۲۷٪ از موارد سزارین) از کل موارد را شامل می‌شد و بعد از آن به ترتیب شیوع علل وابسته به مادر (۲۶٪)، عدم تناسب

در این مطالعه تفاوت معنی‌دار از نظر شغل و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود نداشت که با توجه به کم بودن تعداد مادران کارگر (سه نفر) و نیز دانشجو (چهار نفر) نیاز به انجام مطالعه با حجم نمونه مناسب در این زمینه است.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه سزارین نقش عمده‌ای در تاخیر شروع تغذیه با شیر مادر و نیز قطع تغذیه انحصاری با آن و شروع شیر خشک داشت لذا باید تلاش نمود تا با کاهش موارد سزارین و نیز آموزش و همدلی با این مادران در شروع شیردهی هر چه زودتر آنها، بتوان میزان شیر دهی موفقیت آمیز را افزایش داد.

کنند به خاطر عوارض عمل جراحی، درد و احساس ناراحتی محل عمل و نیز به دلیل مسائل ناشی از بیهوشی مدت زمان بیشتری طول می‌کشد تا شیردهی را شروع کنند. در این مطالعه بطور کلی ۶۰٪ از مادران در طی ساعت اول زایمان به فرزند خود شیر داده بودند. فراوانی شروع شیردهی در ساعت اول تولد در نپال ۷۲/۲٪^[۱۳]، در انگلستان ۷۱٪^[۲۱]، در مرکز فلسطین اشغالی ۷۸/۵٪^[۲۴]، در کانادا ۸۵٪^[۲۵]، در آتن، در روستاهای فلسطین اشغالی و نیز زاهدان ۹۷٪^[۲۷، ۲۶، ۱۶] گزارش شده است.

در مطالعه ما میزان استفاده از شیرخشک در بین شیر خواران مادران سزارین شده به طور معنی‌دار بیش از شیر خواران مادران با زایمان طبیعی بوده است. لذا نوع زایمان می‌تواند بر استفاده از شیرخشک تاثیر گذار باشد. در بررسی حاضر، شایع‌ترین علت برای شروع تغذیه با شیرخشک، ناکافی بودن شیر مادر بود که نتیجه مشابه مطالعات دیگر است^[۳۰، ۲۶، ۱۷، ۱۰]. در این بررسی جنس شیر خوار بر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر اثری نداشت که مشابه مطالعات دیگر ایران است^[۳۲، ۳۱].

Relationship between Delivery Type and Successful Breastfeeding

Zia Islami*¹, MD, Fellowship in Neonatology; Razieh Fallah¹, MD, Pediatric Neurologist;
Motahharez Golestan¹, MD, Pediatrician; Ahmad Shajaree¹, MD, Pediatric Nephrologist

1. Department of Pediatrics, Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, Yazd, IR Iran

Received: 23/06/07; Revised: 21/11/07; Accepted: 08/01/08

Abstract

Objective: Exclusive breastfeeding has a major effect on decreasing the mortality of the children, particularly in developing countries. The aim of this survey was to study the effect of type of delivery on success of exclusive breastfeeding.

Methods: In a case-control study, 344 women including two equal groups of 172 cases were chosen based on the type of delivery, vaginally or by cesarean section, and followed for the 6 months for the way of feeding their infants and the rate of exclusive breastfeeding among them.

Findings: The rate of exclusive breastfeeding was significantly lower in the mothers delivered by cesarean section than who delivered vaginally (13.4% vs. 41.8%). The average duration of breastfeeding among the women with vaginal delivery was significantly longer than the cases with cesarean delivery (4.5±1.7 months vs. 4.0±1.5 months). The rate of the onset of breastfeeding in the first hour of delivery was significantly higher among the group with vaginal delivery than the group with cesarean one (82 % vs. 38 %) and finally the rate of formula feeding among the infants of the mother with cesarean section was higher than the infants of the mothers with vaginal delivery (33% vs. 22%).

Conclusion: Cesarean sections decrease the exclusive breastfeeding and hence attempts should be made to encourage the mothers for vaginal delivery and breastfeeding as well. Besides discussing the benefits of breastfeeding for both mother and infant, all support that mothers are mandatory to attain executive breastfeeding.

Key Words: Vaginal delivery; Cesarean section; Exclusive breast feeding

REFERENCES

1. Heird WC. The Feeding of Infant and Children. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB(eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia, Saunders. 2004; Pp: 157-61.
2. Ezzedin Zanjani N, Faghihi F, Tavakoli M. A qualitative survey of effective factors on exclusive breast-feeding and continuation in urban and rural areas of Iran, 2000-01. Hakim Res J. 2002;5(2):133-44. (Persian)
3. Richard J, Schanler RJ. The use of human milk for premature infants. Pediatr Clin North Am 2001;48(1):207-19.
4. Moied Mohseni M, Mohamadi Kh. Predicting the Increasing Cesarean Section Rate on the Basis of Present Statistical Records. Daneshvar. 2006;14(66):59-62. (Persian)
5. Kroeger M, Smith L. Impact of birthing practices on breastfeeding: protecting the mother and baby continuum. Jones and Bartlett, Sudbury, MA, 20004.
6. Dewey Kg, Nommsen LA, Heinig MJ, et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics. 2003;112(3 Pt 1):607-18.
7. Patel RR, Liegling RE, Murphy DJ. Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. Birth. 2003;30(4):255-61.

* Correspondence Author;

Address: NICU Ward, Shahid Sadoghi Hospital, Yazd, IR Iran

E-mail: kavosh252006@yahoo.com

8. Howell CJ. Epidural versus non- epidural analgesia for pain relief in labor. *Cochrane Database Rev* 2006 (4):CD003521.
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GL, et al. Continous support for women during childbirth. *Cochrane Database Reviews*2003; 3; CD003766.
10. Rostamnegan M, Amani F. Unsuccessful Breast Feeding among Women in Ardabil: Probing the Reasons, 2000-2001. *J Ardabil Uni Med Sciences*. 2004;3(12):31-5. (Persian)
11. Theofilogiannakou M, Skouroliakou M, Gounaris A, et al. Breast-feeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;43(3):379-84.
12. Chandrashekar TS, Joshi HS, Binu V, et al. Breast-feeding initiation and determinants of exclusive breast-feeding- a questionnaire survey in an urban population of western Nepal. *Public Health Nutr*. 2007;10(2): 192-7.
13. Batal M, Boulghourjian C, Abdallah A, et al. Breast- feeding and feeding practices of infants in a developing country: a national survey in Lebanon. *Public Health Nutr*. 2006;9(3):313-9.
14. Hwang WJ, Chung WJ, Kang DR, et al. Factors affecting breastfeeding rate and duration. *J Prev Med Pub Health*. 2006;39(1):74-80.
15. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wojdan-Godek E. Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *Soz Praventivmed*. 2005;50(1): 52-9.
16. Pechlivani F, Vassilakou T, Sarafidou J, et al. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. *Acta Paediatr*. 2005;94(7):928-34.
17. Farimani M. Evaluation of the relationship between the kind of delivery and succeeding in breast-feeding. *Scientific J Hamadan Uni Med Sci*. 2002;9(23):46-50. (Persian)
18. Perez- Escamilla R, Maulen- Radovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health*. 1996;86(6):832-6.
19. De Lathouwer S, Lionet C, Lansac J, et al. Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;117(2):169-73 .
20. Patel RR, Liebling RE, Murphy DJ. Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth*. 2003;30(4):255-60.
21. Kelly YJ, Watt RG. Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class- results from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr*. 2005;8(4):417-21.
22. Schluter PJ, Carter S, Percival T. Exclusive and any breast- feeding rates of Pacific infants in Auckland: data from the Pacific Islands Families First Two Years of Life Study. *Public Health Nutr*. 2006; 9(6): 692-9.
23. Kaneko A, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, 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.
24. Berger- Achituv S, Shohat T, Garty BZ. Breast- feeding patterns in Central Israel. *Isr Med Assoc J*. 2005; 7(8):515- 9.
25. Yang Q, Wen SW, Dubois L, et al. Determinants of breast- feeding and weaning in Alberta, Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(11):975- 81.
26. Azaiza F. Patterns of breastfeeding among rural Moslem women in Israel: a descriptive account. *Isr J Med Sci*. 1995;31(7):411-7.
27. Imani M, Mohammadi M, Rakhshani F, et al. Breast-feeding and its related factors in Zahedan. *Feyz*. 2003;26(7):26-33. (Persian)
28. Jalaly Aria K, Jooybari L, Sanagoo A. The reasons for failure of exclusive breast-feeding in health centers in Gorgan. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2001;3(8):81-6 (Persian).
29. Mahdizadeh SM. The survey of maternal breast-feeding function method in relationship with breast-feeding in Torbat-e-Heydariya. *Ofogh-E-Danesh*. 2000;2(6):64-59.
30. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*. 2002;29(2):124-31.
31. Eshraghian MR, Khoram Khorshid HR. Survival models and risk factors of breast feeding in urban and rural areas of Takestan - Introducing survival analysis. *Iran J Public Health*. 1999;4-1(28):64-55. (Persian)
32. Khadivzadeh T. Study on exclusive breast-feeding for the first 6 months of life. *J Shaheed Beheshti Uni Med Sci*. 2002;2(26):92-87. (Persian)