

## دراسة العلاقة بين مشعر كتلة الجسم عند الأم قبل الحمل وبداية الإرضاع

د. ثورة نعيسة\*

د. صفاء سلمان\*\*

خفاف محمد\*\*\*

(تاريخ الإيداع 2021 / 7 / 3 . قبل للنشر في 2021 / 8 / 4)

### □ ملخص □

**الهدف:** تقييم حدوث بدء الرضاعة الطبيعية وفقاً لمشعر كتلة الجسم (BMI) عند الأم قبل الحمل خلال أول 48 ساعة بعد الوضع.

**الطرق:** دراسة حشدية مستقبلية شملت 101 سيدة حامل مع حمل حي وحيد. تم حساب BMI للمريضات قبل الحمل والتقسيم إلى 4 مجموعات. أجريت تحليلات الانحدار اللوغاريتمي لتقييم (RR) لعدم بدء الإرضاع الوالدي بين فئات BMI للأُم بعد استبعاد المتغيرات ذات التأثير الوسيط. مدة البحث عام كامل من شباط 2020 إلى شباط 2021م.

**النتائج:** تم البدء بالإرضاع عند 81.2% من عينة البحث وبالمقارنة فإن 83,6% من النساء ذوات الوزن الطبيعي باشرن بالإرضاع خلال فترة المتابعة مقارنة بـ 64.7% من البدينات (RRadj 3.4 95% CI [1.7-5.9]). بقيت فئة البدينات أقل احتمالاً للمباشرة بالإرضاع حتى بعد التعديل للعوامل ما قبل الولادة وما حول الولادة والمتعلقة بالوليد (RRadj 2.3 95% CI [1.2-3.1]).

**الخلاصة:** بدء الرضاعة الطبيعية عند البدينات في فترة ما بعد الولادة المباشرة أقل بمعدل مرتين من النساء ذوات الوزن الطبيعي.

**الكلمات المفتاحية:** مشعر كتلة الجسم، البدانة، بداية الإرضاع، الإرضاع الوالدي.

\*أستاذ ، قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

\*\*أستاذ ، قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

\*\*\*طالبة ماجستير، قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

## The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation

Dr. Thawra Naisa\*  
Dr. safa salman\*\*  
Khunav Mohammad\*\*\*

(Received 3 / 7 / 2021. Accepted 4 / 8 / 2021)

### □ ABSTRACT □

**Objective:** evaluate incidence of breastfeeding initiation according to maternal pre-pregnancy body mass index (BMI) in the first 48 hours postpartum.

**Patients and methods:** A prospective cohort study included 101 pregnant women with a single live pregnancy. The BMI pre-pregnancy was calculated and divided into 4 groups. Log-binomial regression analyses were performed to assess relative risk (RR) of non-initiation of breastfeeding between maternal BMI categories after exclusion of variables with a mediating effect. The duration of the research was one year, from February 2020 to February 2021.

**Results:** Breastfeeding was initiated among 81.2% of the research sample. 83.6% of normal weight women started breastfeeding compared to 64.7% of obese women (RR<sub>unadj</sub> 3.4 95% CI [1.7-5.9]). The obese group remained less likely to initiate breastfeeding even after adjusting for prenatal, perinatal and neonatal factors (RR<sub>adj</sub> 2.3 95% CI [1.2-3.1]).

**Conclusion:** obese women are twice less likely than normal weight women to initiate breastfeeding in the immediate postpartum period.

**Keywords:** Body mass index, obesity, breastfeeding initiation, breastfeeding.

---

\*Professor- Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*Professor- Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\*Postgraduate Student- Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة

تضاعف انتشار البدانة في جميع أنحاء العالم ثلاث مرات تقريباً بين عامي 1975 و 2016. النسبة العالية لشيوع البدانة عند النساء المقبلات على الحمل تشكل تحدي حقيقي للرعاية الصحية، آخذين بعين الاعتبار الموارد الهائلة والتكلفة الضخمة المرتبطة بمرضاة الأمهات والأطفال الناتجة عن زيادة الوزن والبدانة (1،2). يشير عدد كبير من الأدلة إلى تأثير الأمراض الناجمة عن البدانة على الجنين ونموه ومسارته الصحية لاحقاً (3،4،5،6). لذلك فإن الأطفال المولودين لأمهات مع مشعر كتلة جسم BMI مرتفع معرضون لخطر أعلى لحدوث اضطرابات استقلابية حالية (7) ولاحقة في مرحلة الطفولة كالسكري والبدانة وارتفاع التوتر الشرياني (8،9). رغم الفوائد المحتملة للإرضاع الوالدي بتحسين صحة الطفل (10) فإن البدانة تلعب دوراً سلبياً فيما يخص الإرضاع (11). تشير العديد من الدراسات أن النساء البدنيات أقل ميلاً للإرضاع الوالدي (11،12)، البدء به أقل (11،12،13،14،15) ومدة الإرضاع أقصر (16،17). تتعدد أسباب عدم البدء بالإرضاع الوالدي عند النساء البدنيات ويمكن أن تتأثر بعوامل مختلفة. هذا ورغم توصيات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بشأن إرضاع الأطفال فإن المعلومات المتوفرة عن حالة الإرضاع الوالدي عند النساء البدنيات في المجتمعات لا تزال قليلة.

## أهمية البحث وأهدافه

بأخذ فوائد الإرضاع الوالدي بعين الاعتبار وزيادة نسبة البدانة في المجتمع فمن الضروري معرفة التأثيرات السلبية للبدانة إن وجدت على بداية الإرضاع لتدارك نتائجها. يهدف البحث إلى دراسة مدى تأثير مشعر كتلة الجسم للأم قبل الحمل على حدوث بداية الإرضاع بالإضافة إلى التشجيع على الإرضاع الوالدي وتنقيف السيدات بأهميته وفوائده للأم والوليد على المدى القريب والبعيد.

## طرائق البحث ومواده

**شريحة المرضى:** شملت الدراسة 101 مريضة من الحوامل مع حمل حي وحيد بعمر حملي <25 أسبوعاً المقبولات في قسم التوليد وأمراض النساء في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الممتدة من شباط 2020 إلى شباط 2021.

تراوحت أعمار مريضات عينة الدراسة بين 18 إلى 42 سنة، بلغ المتوسط  $29 \pm 4.8$  سنة.

## متغيرات البحث:

تم التعبير عن المتغيرات الكمية quantitative بمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت. وتم التعبير عن المتغيرات النوعية qualitative بالتكرارات والنسب المئوية.

## منهجية البحث:

بعد قبول المريضة تم أولاً شرح موضوع البحث والاجابة عن أسئلة المريضة وأخذ موافقتها المستتيرة. تم استجواب المريضة استجاباً كاملاً عند القبول وتوثيق تاريخ آخر طمث ووجود أي اختلاطات رافقت الحمل الحالي أو الحمل السابقة إضافة للسوابق المرضية والدوائية والتدخين. في هذه الدراسة تم إيلاء الأهمية الكبرى لبدء إرضاع الأم لطفلها واعتباره قد حدث إذا تم إيصال حليب الأم للرضيع بشكل مباشر أو غير مباشر لمرة واحدة على الأقل خلال مدة

المتابعة (اول 48 ساعة بعد الوضع مباشرة). تم حساب BMI للمريضات قبل الحمل والتقسيم تبعاً للقيم إلى 4مجموعات حسب المعهد الوطني للصحة  
وزن أقل من الطبيعي ( $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ )  
وزن طبيعي ( $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 24.99$ )  
زيادة الوزن ( $25 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 29.99$ )  
السمنة ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ )

- تم بعد ذلك تسجيل طريقة الولادة ونوع التخدير وعمر الحمل عند الولادة وجنس الوليد ووزنه وأبغاره في الدقيقة الخامسة وفيما إذا تم قبوله لشعبة الحواضن.

#### معايير الاستبعاد من الدراسة:

- 1- المريضات الحوامل بجنين متوفى.
- 2- المريضات مع أدينوما أو بروجيكتينوما.
- 3- كيسات المبيض اللوتينية الصندوقية المرافقة للحمل.
- 4- المريضات اللواتي في سوابقهن كتلة /خراجة/كيسة/جراحة سابقة على أحد الثديين.
- 5- المريضات اللواتي يتناولن حالياً أدوية معروفة بإنقاصها لإنتاج الحليب أو زيادة البرولاكتين مثل الأدوية العصبية .
- 6- المريضات مع اضطرابات استقلابية سابقة أو مرافقة للحمل (ارتفاع توتر شرياني، قصور درق).

#### الدراسة الاحصائية: حشدية مستقبلية

✓ إحصاء وصفي: Description Statistical

مقاييس النزعة المركزية (Central Tendency) ومقاييس التشتت، التكرارات (Frequencies).

النسب المئوية (Percentile Values).

✓ إحصاء استدلالي: Inferential Statistical بالاعتماد على قوانين الإحصاء

✓ اختبار One Way ANOVA للمقارنة بين متوسط عدة مجموعات مستقلة.

✓ اختبار Chi-Square Or Fisher exact لدراسة العلاقة بين المتغيرات النوعية.

✓ تم تقدير الخطر النسبي RR بين البدينات والوزن الطبيعي من خلال استخدام log-binomial regression مع التعديل للعوامل ما قبل الولادة، حول الولادة والمتعلقة بالوليد.

✓ تعتبر النتائج هامة احصائياً مع  $p\text{-value} < 5\%$

اعتماد البرنامج SPSS statistics Version 20 الحساب المعاملات الاحصائية وتحليل النتائج

### النتائج والمناقشة

- شارك في البحث 101 مريضة من المريضات الحوامل اللواتي تم قبولهن وولادتهن في قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 1/2/2020 ولغاية 1/2/2021 وبحمل وحيد بعمر حملي أكثر من 25 أسبوع حملي والمحققات معايير الاشتمال في البحث كما وتم حساب BMI للمريضات قبل الحمل والتقسيم تبعاً للقيم إلى 4مجموعات

ناقصات الوزن ( $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ )

طبيعيات الوزن ( $BMI \geq 18.5 \text{ kg/m}^2 \leq 24.99$ )

زائدات الوزن ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2 \leq 29.99$ )

• البدينات ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ )

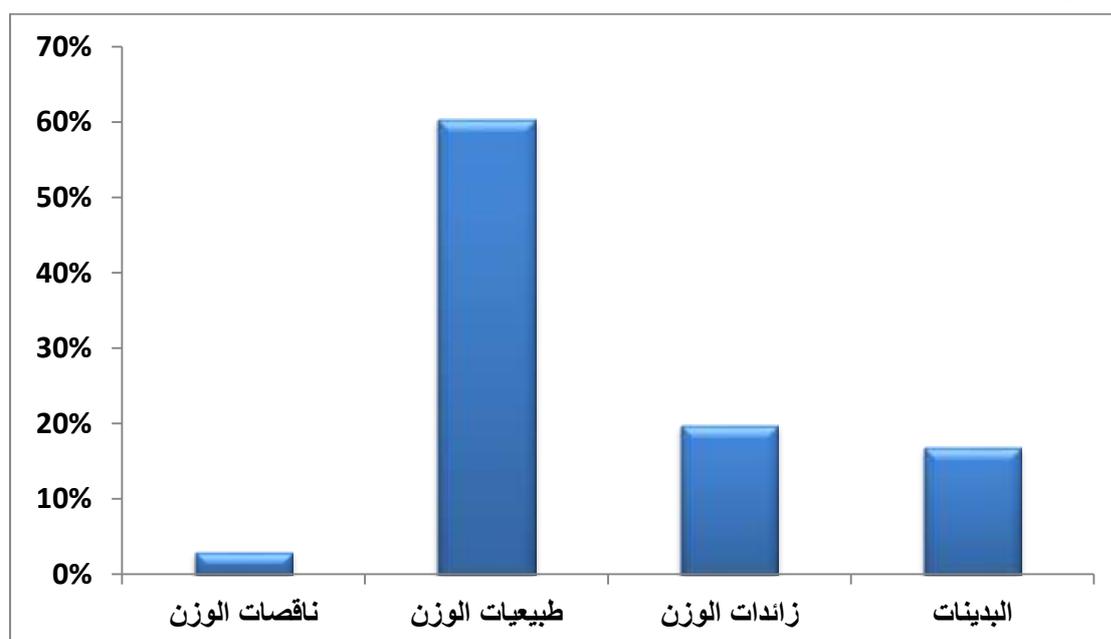
تراوحت أعمار مريضات عينة البحث بين 18 إلى 42 سنة ، بلغ المتوسط  $29 \pm 4.8$  سنة.

جدول (1) توزع عينة 101 مريضة تبعاً لمشعر كتلة الجسم BMI من مراجعي قسم التوليد

وأعراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020 - 2021.

مشعر كتلة الجسم BMI	العدد	النسبة	Mean $\pm$ SD	Min - Max
ناقصات الوزن	3	3%	15.9 $\pm$ 1.5	14.46 – 17.60
طبيعيات الوزن	61	60.4%	22.6 $\pm$ 1.4	18.86 – 24.65
زائدات الوزن	20	19.8%	26.8 $\pm$ 2	20.29 – 29
البدينات	17	16.8%	32.4 $\pm$ 1.9	30.85 – 37.50

• نلاحظ من الجدول السابق أن 16.8% من عينة البحث المدروسة كانوا من البدينات بمتوسط مشعر كتلة الجسم  $32.4 \pm 1.9$ .



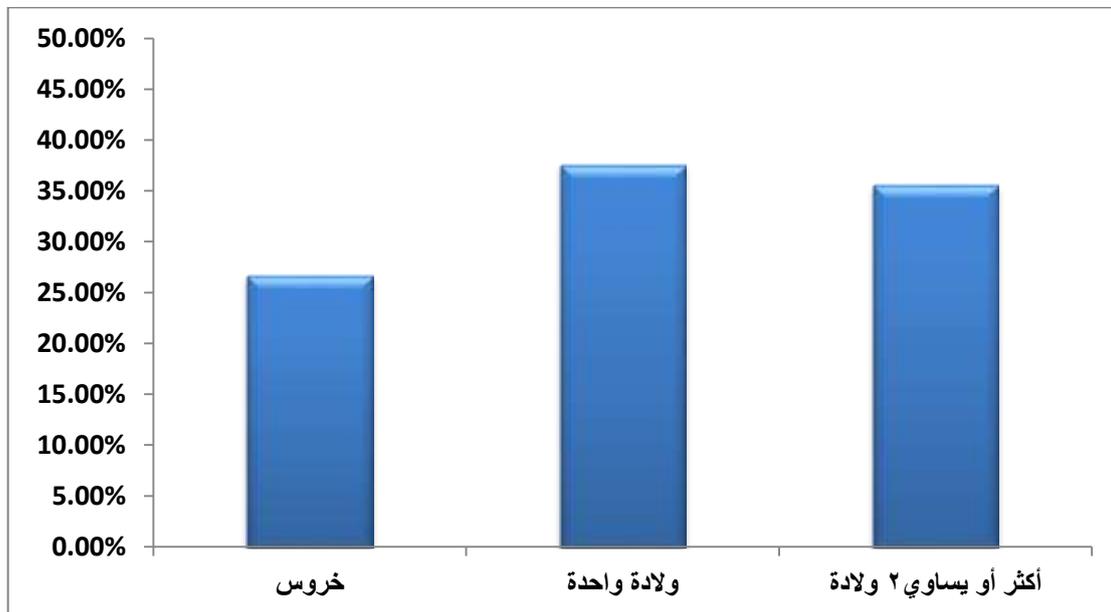
الشكل (1) توزع عينة 101 مريضة تبعاً لمشعر كتلة الجسم BMI من مراجعي قسم التوليد

وأعراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020 - 2021 .

جدول (2) توزع عينة 101 مريضة تبعاً للعوامل قبل الولادة من مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021.

عوامل قبل الولادة	العدد	النسبة
<u>عدد الولادات</u>		
0	27	26.7%
1	38	37.6%
≥2	36	35.6%
التدخين	38	37.6%
	Mean ± SD	Min – Max
عمر الأم	29±4.8	18 – 42

• نلاحظ أن 26.7% كانت من الخروسات وأن 37.6% من عينة البحث المدروسة كانت من المدخنات.



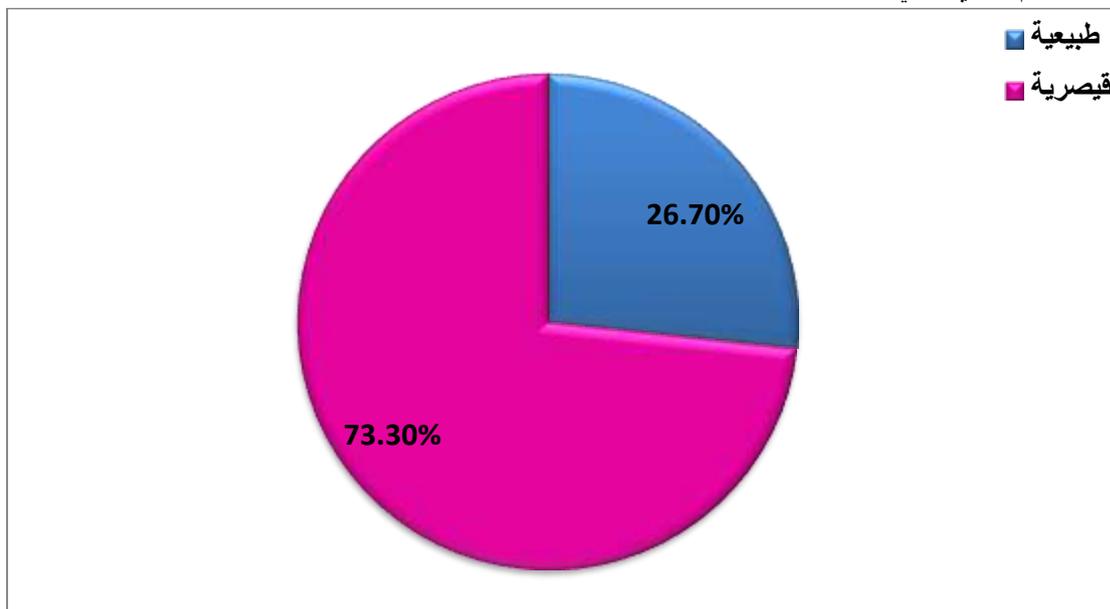
الشكل (2) توزع عينة 101 مريضة تبعاً لعدد الولادات مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 .

جدول (3) توزع عينة 101 مريضة تبعاً للعوامل الولادية من مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 .

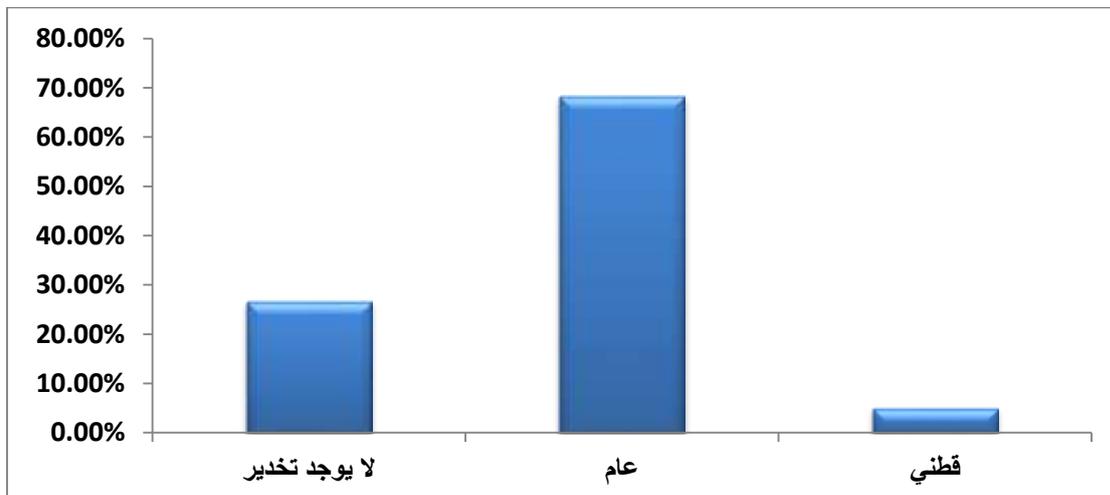
العوامل الولادية	العدد	النسبة
<u>طريقة الولادة</u>		
طبيعية	27	26.7%
قيصرية	74	73.3%
<u>التخدير</u>	27	26.7%
لا يوجد	69	68.3%
عام	5	5%

قطني		
السكري الحلمي	4	4%

- نلاحظ من الجدول السابق أن 73.3% من عينة البحث المدروسة كانت مع ولادة قيصرية و 68.3% بتخدير عام .  
4% وجد لديهم سكري حلمي .



- الشكل (3) توزع عينة 101 مريضة تبعاً لطريقة الولادة مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020 - 2021.

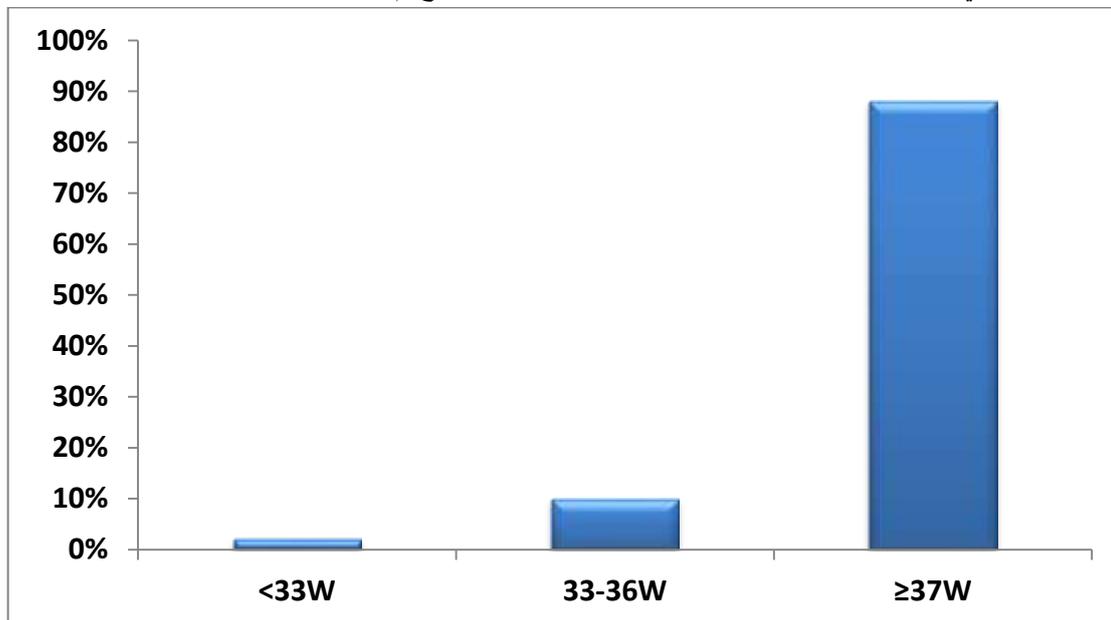


- الشكل (4) توزع عينة 101 مريضة تبعاً لنوع التخدير من مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020 - 2021 .

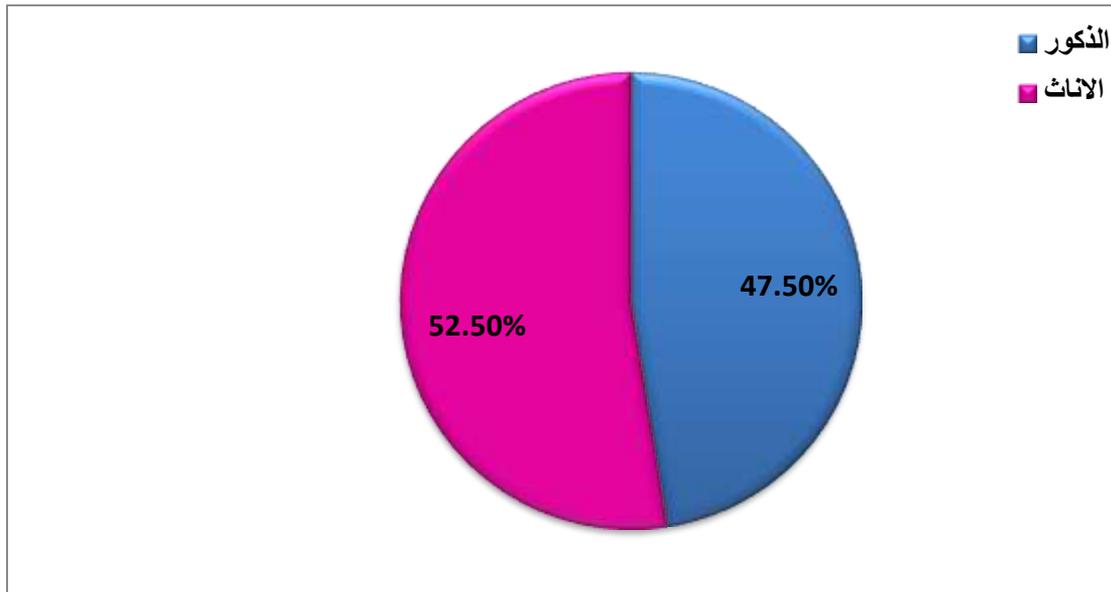
جدول (4) توزع عينة 101 مريضة تبعاً للعوامل ما بعد الولادة مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020 - 2021.

عوامل بعد الولادة	العدد	النسبة
<u>عمر الحمل عند الولادة (أسبوع)</u>		
<33	2	2%
33-36	10	9.9%
≥37	89	88.1%
	Mean ± SD	Min - Max
وزن الطفل	3301.9±446.7	1800 - 4000
<u>أبغار في الدقيقة 5</u>		
0-3	0	0%
4-7	3	3%
8-10	98	97%
<u>جنس الوليد</u>		
ذكر	48	47.5%
أنثى	53	52.5%
القبول في الحواضن	7	6.9%
الارضاع خلال أول 48 ساعة	82	81.2%

• نلاحظ من الجدول السابق أن 88.1% من عينة البحث المدروسة كانت مع عمر حملي أكثر أو يساوي 37 أسبوع حملي وأن الأبغار في الدقيقة 5 ما بين 8-10 كان بنسبة 97% والبدء بالارضاع تم عند 81.2% من عينة البحث



الشكل (5) توزع عينة 101 مريضة تبعاً للعمر الحملي عند الولادة مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020 - 2021 .



الشكل (6) توزع عينة 101 مريضة تبعاً لجنس الوليد من مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 .

جدول (5) فروقات التوزع في عينة 101 مريضة حسب مجموعات الـ BMI وتبعاً للعوامل

قبل الولادة مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 .

عوامل قبل الولادة	نقص وزن	وزن طبيعي	زيادة وزن	بدانة
عمر الأم	25.66±2.08	28.67±4.6	29.7±6.4	30±3.8
P-value	0.3	1	0.4	0.1
<u>عدد الولادات</u>				
0	1(33.3%)	20(32.8%)	3(15%)	3(17.6%)
1	1(33.3%)	24(39.3%)	7(35%)	6(35.3%)
≥2	1(33.3%)	17(27.9%)	10(50%)	8(47.1%)
P-value	0.9	1	0.01	0.02
<u>التدخين</u>	2(66.7%)	23(37.7%)	7(35%)	6(35.3%)
P-value	0.001	1	0.8	0.8

• نلاحظ من الجدول السابق وجود فروقات ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بعدد الولادات حيث نجد أن الولادات الأكثر أو يساوي 2 ولادة كانت أكثر شيوعاً لدى البدنيات وزائدات الوزن ولم نلاحظ وجود علاقة مع عمر الأم. التدخين كان أشيع عند ناقصات الوزن بوجود فروقات ذات دلالة إحصائية لدى مقارنتها مع طبيعيات الوزن.

جدول (6) فروقات التوزع في عينة 101 مريضة حسب مجموعات الـ BMI وتبعاً للعوامل الولادية من مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 .

العوامل الولادية	نقص وزن	وزن طبيعي	زيادة وزن	بدانة
<u>طريقة الولادة</u>				
طبيعية	0(0%)	20(32.8%)	2(10%)	5(29.4%)
قيصرية	3(100%)	41(67.2%)	18(90%)	12(70.6%)
P-value	0.2	1	0.05	0.7
<u>التدبير</u>				
عام	3(100%)	38(62.3%)	16(80%)	12(70.6%)
قطني	0(0%)	3(4.9%)	2(10%)	0(0%)
لا يوجد	0(0%)	20(32.8%)	2(10%)	5(29.4%)

P-value	0.4	1	0.1	0.5
السكري الحمل	0(0%)	1(1.6%)	1(5%)	2(11.8%)
P-value	0.8	1	0.4	0.03

- نلاحظ من الجدول السابق أن الولادات القيصرية كانت شائعة لدى كافة الفئات وكذلك التخدير العام من دون فروقات دالة إحصائية وكان التخدير القطني هو الأقل لدى مجموعة البدنيات، السكري الحمل كان شائعاً لديهم أيضاً وبوجود فروقات ذات دلالة إحصائية لدى مقارنتها مع الوزن الطبيعي .

جدول (7) فروقات التوزع في عينة 101 مريضة حسب مجموعات الـ BMI وتبعاً للعوامل بعد الولادة مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 .

عوامل بعد الولادة	نقص وزن	وزن طبيعي	زيادة وزن	بدانة
<u>عمر الحمل عند الولادة(أسبوع)</u>				
<33	0(0%)	1(1.6%)	1(5%)	0(0%)
33-36	0(0%)	4(6.6%)	3(15%)	3(17.6%)
≥37	3(100%)	56(91.8%)	16(80%)	14(82.4%)
P-value	0.8	1	0.01	0.03
<u>وزن الطفل</u>	3000±200	3226.2±421.1	3405±506.2	3505.8±420.5
P-value	0.3	1	0.1	0.02
<u>أبغار في الدقيقة 5</u>				
0-3	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
4-7	0(0%)	1(1.6%)	1(5%)	1(5.9%)
8-10	3(100%)	60(98.4%)	19(95%)	16(94.1%)
P-value	0.8	1	0.4	0.3

- نلاحظ من الجدول السابق أن الولادات المبكرة كانت أشيع لدى البدنيات وزائدات الوزن بوجود فروقات ذات دلالة إحصائية وفيما يتعلق بأوزان الأطفال كان الأطفال لأمهات بدنيات أعلى وزناً وبوجود فروقات إحصائية وبالنسبة لأبغار في الدقيقة 5 كان أبغار من 8-10 هو الأشيع لدى جميع الفئات ولكن دون فروقات إحصائية .

جدول (8) فروقات التوزع في عينة 101 مريضة حسب مجموعات الـ BMI وتبعاً للعوامل بعد الولادة من مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2020-2021 .

عوامل بعد الولادة	نقص وزن	وزن طبيعي	زيادة وزن	بدانة
<u>جنس الوليد</u>				
ذكر	1(33.3%)	30(49.2%)	9(45%)	8(47.1%)
أنثى	2(66.7%)	31(50.8%)	11(55%)	9(52.9%)
P-value	0.5	1	0.7	0.8
<u>القبول في الحواضن</u>	1(33.3%)	4(6.6%)	0(0%)	2(11.8%)
P-value	0.001	1	0.2	0.4
<u>الارضاع خلال أول 48 ساعة</u>				
نعم	3(100%)	51(83.6%)	17(85%)	11(64.7%)
لا	0(0%)	10(16.4%)	3(15%)	6(35.3%)
P-value	0.4	1	0.1	0.001

- نلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بجنس الوليد ، القبول في الحواضن كان مرتفع لدى ناقصات الوزن بوجود فروقات دالة إحصائية وبالنسبة لتأخر الإرضاع خلال أول 48 ساعة كان أشيع لدى البدينات ويوجد فروقات ذات دلالة إحصائية .

#### جدول (9) الخطر النسبي لعدم البدء بالإرضاع الوالدي حسب BMI الأم في عينة 101 مريضة

من مراجعي قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2021-2020 .

BMI لدى الأم قبل الحمل	RR [CI95%]	P-value
<u>غير المعدل</u>		
نقص وزن طبيعي الوزن	1.2[0.3-1.9]	0.06
زيادة وزن بدانة	0.9[0.3-1.9]	0.5
	3.4[1.7-5.9]	0.0001
<u>المعدلة بصفات قبل الولادة</u>		
نقص وزن طبيعي الوزن	1.1[0.1-1.8]	0.4
زيادة وزن بدانة	0.7[0.1-1.8]	0.09
	2.5[1.4-2.9]	0.008
<u>المعدلة بصفات ما حول الولادة والوليد</u>		
نقص وزن طبيعي الوزن	0.8[0.2-1.9]	0.9
زيادة وزن بدانة	0.6[0.1-1.9]	0.4
	2.3[1.2-3.1]	0.001

- نلاحظ من الجدول السابق أنه بالمقارنة مع BMI الطبيعي كانت النساء البدينات هم على خطر لعدم البدء بالإرضاع حتى بعد استبعاد العوامل ما قبل الولادة وما حول الولادة والمتعلقة بالوليد مع  $RR=2.3[1.2-3.1]$  و  $p-value=0.001$ .
- وبالمقارنة مع الدراسات العالمية نجد أن نتائج دراستنا تتوافق مع دراسة في دراسة Verret وزملائه في كندا التي أجريت على 6592 سيدة حامل بحمل وحيد مفرد ولدن بين أعوام 2005-2010 لتقييم حدوث بدء الرضاعة الطبيعية وفقاً لمؤشر كتلة الجسم عند الأم قبل الحمل (BMI) في مشفى "Grossesse en Santé"، كانت 337 سيدة ناقصات الوزن (5.1%) و 4105 طبيعيات الوزن (62.3%) و 1317 زائدات الوزن (20.0%) و 833 بدينات (12.6%) . وجد الباحثون أن عشر (20%) من النساء البدينات لم يشرعن في الرضاعة الطبيعية خلال إقامتهن في المستشفى مقارنة بـ 12% من النساء ذوات الوزن الطبيعي واستنتجوا ارتباط بدانة الأم بتضاعف احتمال عدم البدء في الرضاعة الطبيعية في فترة ما بعد الولادة المباشرة مقارنة مع أولئك الذين لديهم مؤشر كتلة جسم طبيعي قبل الحمل. كما كانت النساء البدينات أكثر عرضة لخطر عدم بدء الرضاعة الطبيعية (الخطر النسبي غير المعدل  $RR_{unadj} 1.69$  )، (مجال الثقة 95%  $CI 1.44-1.98$  ) حتى بعد التعديل للعوامل ما قبل الولادة والاجتماعية الديموغرافية ( حيث الخطر النسبي المعدل  $RR_{adj} 1.26$  )، (مجال الثقة 95%  $CI 1.08-1.46$  )، علاوة على ذلك، لا يزال خطر عدم البدء في الرضاعة الطبيعية عند النساء البدينات أعلى بعد إدخال عوامل ما قبل الولادة وبعدها والمتعلقة بالوليد (الخطر النسبي 1.22 ، مجال الثقة 95%  $CI 1.04-1.42$  ) وهذا متوافق مع نتائج دراستنا . كما وجدت هذه الدراسة أن 25% من البدينات لم يرضعن أطفالهن السابقين مقارنة بـ 17,7% من ذوات الوزن الطبيعي (18).

- في دراسة Fiona وزملائها التي أجريت في أستراليا لدراسة العلاقة بين البدانة ومعدلات بدء الرضاعة الطبيعية بأثر رجعي امتد ل 8 أعوام وشملت جميع النساء اللواتي ولدن ولادة حية بين عامي 2010 و 2017 حيث ساهم ما مجموعه 7491 امرأة في 10234 ولادة حية مفردة أو متعددة مع متوسط مدة إقامة في المشفى 2,2 يوم. وبالنتيجة كان 57.2% من النساء زائدات الوزن أو بدينات، مع زيادة البدانة على مدى 8 سنوات بنسبة (12.8%،  $p=0.001$ ) وعلى الرغم من أن الرضاعة الطبيعية زادت بمرور الوقت، والتي لوحظت في جميع الفئات الاجتماعية والاقتصادية وفئات مشعر كتلة الجسم، إلا أن أدنى النسب وجدت باستمرار بين البدينات (78.9% مقابل 87.1% لدى الأمهات غير البدينات  $p < 0.001$ ) أي كانت البدينات أقل احتمالاً للبدء بالإرضاع بـ 2.6 مرة مقارنة بالنساء ذوات الوزن الطبيعي وهذا يتوافق مع نتائج دراستنا. في التحليل متعدد المتغيرات في هذه الدراسة ارتبط خطر عدم بدء الرضاعة الطبيعية في الفترة ما بعد الوضع المباشرة بارتفاع مؤشر كتلة الجسم، والأمهات المراهقات، والتدخين، والانتماء إلى فئة اقتصادية واجتماعية متدنية، وعدد الولادات < 4 والخضوع لولادة مهبلية مساعدة بالأدوات أو قيصرية. العديد من هذه العوامل كانت متماثلة بين فئات عينة دراستنا مما لم يتيح الفرصة لدراسة تأثير تفاوتها بين فئات الوزن المختلفة ولكن سمح لنا بالتركيز على المتغيرات الأساسية للدراسة (19).
  - في دراسة Lindsay A. وزملائها التي أجريت في فلوريدا في أمريكا لدراسة الإرضاع في الفترة بعد الوضع المباشرة والتي امتدت ل 6 أعوام لتشمل جميع الولادات الحية المفردة بين عامي 2004-2009 لعينة 1,161,949 مريضة كانت بالنتيجة 5,4% من النساء ناقصات الوزن و 51,7% طبيعيات الوزن و 23,8% زائدات الوزن و 19,1% بدينات. في هذه الدراسة كانت معدلات البدء بالإرضاع أقل عند البدينات وناقصات الوزن (74.0% و 74.2% على الترتيب) مقارنة بالنساء ذوات الوزن الطبيعي وزائدات الوزن (80.4% و 79.1%). وهذا مالم نجده في دراستنا الحالية في مشفى تشرين عند ناقصات الوزن والسبب قلة عدد عينات هذه الفئة من مراجعات المشفى. بالنسبة للبدينات وحتى بعد التعديل للعوامل الاجتماعية الديموغرافية، عدد الولادات، عمر الحمل عند الولادة، طريقة الولادة، وزن الطفل عند الولادة وجنسه بقيت البدينات في خطر أعلى لعدم بدء الإرضاع  $(OR\ 0.84, 95\%CI\ 0.83-0.85)$  (20).
  - وفي دراسة Josefa L وزملائها في أمريكا عام 2016 والتي شملت 480 سيدة لاتينية بحمل وحيد مفرد ولدن بتمام الحمل ( $\leq 37$  أسبوع حملي) لتقييم حالة الإرضاع قبل التخرج من المشفى زادت النساء البدينات من الفئة الثانية (مؤشر كتلة الجسم، 35.0-39.9 كجم / م<sup>2</sup>) من احتمالات الفشل في الإرضاع الحصري من الثدي قبل التخرج من المستشفى مقارنة بالنساء ذوات الوزن الزائد (21).
- لم تتمكن بياناتنا من تضمين العوامل النفسية (مثل إدراك الجسم) المعروفة بضعفها عند النساء البدينات (22،23) الدعم الاجتماعي (24) والمفهوم العائلي للرضاعة الطبيعية (25) والتي تم تحديدها على أنها عوامل تؤثر على نجاح الرضاعة الطبيعية. كما تم الإبلاغ مؤخرًا عن أن المعرفة المجتمعية للإرضاع، والتأثير الاجتماعي، وراحة الأم، والمعتقدات السلوكية حول الرضاعة الطبيعية تؤثر على نتائجها [26]

## الاستنتاجات والتوصيات

### الاستنتاجات

توفر دراستنا معلومات حول بدء الرضاعة عند النساء البدينات في فترة ما بعد الولادة مباشرة حيث أنها أقل بمعدل مرتين من النساء ذوات الوزن الطبيعي. قد يكون هذا بسبب تأثير كتلة الدهون على البرولاكتين والأوكسيتوسين وقد تتداخل عوامل أخرى مثل الثدي الكبير والصعوبات في الحركة إلا أن الفيزيولوجيا المرضية المسببة لا زالت غير معروفة بدقة هنا وبحاجة للمزيد من الدراسات.

**التوصيات**

تشير النتائج إلى الحاجة إلى تدخلات هادفة في الفترة ما حول الوضع لدعم الرضاعة الطبيعية بين هذه المجموعات السكانية باعتبارها معرضة للخطر. من المهم أن تحافظ السيدات المقبلات على الحمل والولادة على أوزان ضمن القيم الطبيعية.

إجراء مزيد من الأبحاث عن الارتباطات النفسية والاجتماعية والفيزيولوجية بين البدانة والرضاعة الطبيعية من حيث البدء بها ومدتها واحتمال الإيقاف المبكر.

**Reference**

1. Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J (2000) Obesity and Pregnancy: Complications and Cost. *Am J Clin Nutr* 71: 1242S–1248S.
2. Heslehurst N, Lang R, Rankin J, Wilkinson JR, Summerbell CD (2007) Obesity in pregnancy: a study of the impact of maternal obesity on NHS maternity services. *Bjog-Int J Obstet Gy* 114: 334–342.
3. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, et al. (2010) SOGC Clinical Practice Guidelines: Obesity in pregnancy. *Int J Gyn O* 110: 167–173
4. Buschur E, Kim C (2012) Guidelines and interventions for obesity during pregnancy. *Int J Gyn O* 119: 6–10.
5. Heslehurst N, Rankin J, Wilkinson JR, Summerbell CD (2010) A nationally representative study of maternal obesity in England, UK: trends in incidence and demographic inequalities in 619 323 births, 1989–2007. *Int J Obes* 34: 420–428. 10.1038/ijo.2009.250.
6. Hales C, Barker D (2013) Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thrifty phenotype hypothesis. *Int J Epid* 42: 1215–1222. 10.1093/ije/dyt133.
7. Adamo KB, Ferraro ZM, Brett KE (2012) Can we modify the intrauterine environment to halt the intergenerational cycle of obesity? *Int J Environ Res Public Health* 9: 1263 10.3390/ijerph9041263.
8. Gaudet L, Tu XW, Fell D, El-Chaar D, Wen SW, et al. (2012) The effect of maternal Class III obesity on neonatal outcomes: a retrospective matched cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 25: 2281–2286. 10.3109/14767058.2012.688 Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J (2000) Obesity and Pregnancy: Complications and Cost. *Am J Clin Nutr* 71: 1242S–1248S.
9. Horta BL, Victora CG (2013) Long-term effects of breastfeeding: A Systematic Review Genève: World Health Organization; 74 p. 10.1002/jobm.201300173
10. Kramer MS, Kakuma R (2012) Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Db Syst Rev* 8: CD003517.
11. Gale C, Logan KM, Santhakumaran S, Parkinson JRC, Hyde MJ, et al. (2012) Effect of breastfeeding compared with formula feeding on infant body composition: a systematic review and meta-analysis. *Amer J Clin Nutr* 95: 656–669. 10.3945/ajcn.111.027284.
12. Amir L, Donath S (2007) A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *Bmc Pregnancy Childb* 7: 9 Available: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/9>. Accessed 2014 December 29.
13. Guelinckx I, Devlieger R, Bogaerts A, Pauwels S, Vansant G (2012) The effect of pre-pregnancy BMI on intention, initiation and duration of breast-feeding. *Public Health Nutr* 15: 840–848. 10.1017/S1368980011002667.

14. Turcksin R, Bel S, Galjaard S, Devlieger R (2014) Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. *Matern Child Nutr* 10: 166–183. 10.1111/j.1740-8709.2012.00439.x
15. Wojcicki JM (2011) Maternal prepregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Int J Women Health* 20: 341–347.
16. Donath SM, Amir LH (2008) Maternal obesity and initiation and duration of breastfeeding: data from the longitudinal study of Australian children. *Matern Child Nutr* 4: 163–170. 10.1111/j.1740-8709.2008.00134.
17. Kronborg H, Vaeth M, Rasmussen KM (2013) Obesity and early cessation of breastfeeding in Denmark. *Eur J Public Health* 23: 316–322. 10.1093/eurpub/cks135.
18. Verret-Chalifour J, Giguère Y, Forest J-C, et al. Breastfeeding initiation: impact of obesity in a large Canadian perinatal cohort study. *PLoS One* 2015;10:e0117512.
19. Bish MR, Faulks F, Amir LH, et al. Relationship between obesity and lower rates of breast feeding initiation in regional Victoria, Australia: an 8-year retrospective panel study. *BMJ Open* 2021;11:e044884. doi:10.1136/bmjopen-2020-044884.
20. Lindsay A. Thompson , Shuyao Zhang ,Erik Black ,Rajeeb Das , Mary Ryngaert , Sandra Sullivan ,Jeffrey Roth: The Association of Maternal Pre-pregnancy Body Mass Index with Breastfeeding Initiation *Matern Child Health J* DOI: 10.1007/s10995-012-1204-7.
21. Josefa L Martinez, Donna J Chapman, Rafael Pérez-Escamil, Prepregnancy Obesity Class Is a Risk Factor for Failure to Exclusively Breastfeed at Hospital Discharge among Latinas. PMID: 26747829 DOI: 10.1177/0890334415622638.
22. Hauff LE, Demerath EW (2012) Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *Am J Hum Biol* 24: 339–349. doi:10.1002/ajhb.22238 PMID: 22308116
23. Hauff LE, Leonard SA, Rasmussen KM (2014) Associations of maternal obesity and psychosocial factors with breastfeeding intention, initiation, and duration. *Am J Clin Nutr* 99: 524–534. doi: 10.3945/ajcn.113.071191 PMID: 24401717.
24. Mehta UJ, Siega-Riz AM, Herring AH, Adair LS, Bentley ME (2011) Maternal obesity, psychological factors, and breastfeeding initiation. *Breastfeed Med* 6: 369–376. doi:10.1089/bfm.2010.0052 PMID:21492019.
25. Feldman-Winter L (2013) Evidence-based interventions to support breastfeeding. *Ped Clin North Am* 60: 169–187.

## الملاحق:

## الملحق رقم (1): استمارة المريض

الرقم/رقم الاضبارة	التاريخ	الاسم	العمر	السكن / الهاتف
				السوابق المرضية /الجراحية/الدوائية
عوامل قبل ولادية		عدد الولادات السابقة		التدخين مدخنة / غير مدخنة
عوامل ما حول الولادة		طريقة الولادة مهبلية قيصرية		التخدير والتسكين عام/ قطني/ موضعي/ غير ذلك
عوامل تتعلق بالوليد	عمر الحمل عند الولادة	وزن الوليد	أبغارد د5	القبول لشعبة الحواضن
حالة الإرضاع		خلال إقامتها بالمشفى		خلال (1-2) يوم بعد الوضع
BMI	الطول قبل الحمل	الوزن قبل الحمل		