

تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی شیرخوار و عوامل اجتماعی و جمعیت شناختی موثر بر آن در ایران

مینا اسماعیلی^۱ (M.Sc)، سید حامد برکاتی^۲ (M.D)، مرتضی عبداللهی^۳ (Ph.D)، مرجان عجمی^۱ (Ph.D)، فروزان صالحی^۲ (M.D)، مریم سادات کسائی^{۳*} (M.Sc)، آناهیتا هوشیار راد^{۱*} (M.Sc)

۱- انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۳- انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۲۸۲۱۴۶۰۱-۰۹۱۲۳۸۵۳۳۵۰ - anahrad@yahoo.com - mkasaii1@gmail.com تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۱۱

چکیده

هدف: تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی نقش مهمی در سلامت نوزاد و مادر و پیشگیری از مرگ و میر نوزادان دارد. گزارش حاضر با هدف بررسی عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه و ارزیابی میزان دستیابی به هدف سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۲۵ در سطح ملی تدوین شد.

مواد و روش‌ها: در این پیمایش ملی، داده‌های ۱۸۴۵ مادر دارای کودک زیر ۶ ماه بررسی شد. داده‌های مربوط به تغذیه با شیر مادر و رژیم غذایی کودک در ۲۴ ساعت گذشته با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد MICS که توسط یونیسف طراحی شده است، و اطلاعات دموگرافیک و وضعیت اجتماعی و اقتصادی با پرسش‌نامه DHS طراحی شده WHO در سال ۱۳۹۶ جمع‌آوری شد. نقش و اهمیت عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با آزمون‌های آماری رگرسیون لجستیک و کای دو تعیین شد.

یافته‌ها: میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه ۴۵/۹٪ گزارش شد. میزان تغذیه انحصاری در نوزادان دختر بیش‌تر از نوزادان پسر بود و با افزایش سن میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر کاهش یافت ($P=0/00$). شاغل بودن مادران از عوامل موثر در عدم تداوم تغذیه انحصاری است. در این پژوهش شغل پدر، تحصیلات والدین و شرایط اقتصادی اجتماعی از عوامل موثر بر تغذیه انحصاری نبودند ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که سن و جنس کودک و شغل مادر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر اثر مثبت دارند. میزان کشوری تغذیه انحصاری با شیر مادر نسبت به مطالعات قبلی کاهش یافته است به همین دلیل سیاست‌های حوزه سلامت باید در راستای ارتقاء آگاهی مادران و حمایت از مادران شاغل برای شیردهی باشد.

واژه‌های کلیدی: تغذیه انحصاری با شیرمادر، کودکان زیر ۶ ماه، پیمایش ملی، نوزادان، عوامل اجتماعی، جمعیت شناختی

مقدمه

شیر مادر بود. پس از اجرای این طرح، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۱۲/۷ میلیون در سال ۱۹۹۰ به ۶/۳ میلیون در سال ۲۰۱۳ رسید [۲]. تغذیه انحصاری با شیر مادر بهترین روش تغذیه برای کودک تا سن ۶ ماهگی است [۳]. همچنین یک عامل مهم حفظ و ارتقای سلامتی به شمار می‌آید که اثرات مثبت کوتاه مدت و بلند مدتی بر سلامت نوزادان و مادران دارد [۴]. این روش تغذیه نه تنها می‌تواند باعث پیشگیری از بیماری‌ها و مرگ کودکان شود بلکه برای سلامتی مادر نیز اهمیت بسزایی دارد [۵، ۱]. شیوع بیماری‌های ناشی از اسهال، عفونت، واکنش‌های آلرژیک در کودکان زیر یک سال با تغذیه انحصاری با شیر مادر کاهش یافته و حتی

تعریف سازمان جهانی بهداشت از تغذیه انحصاری با شیر مادر این است که نوزاد از بدو تولد تا ۶ ماهگی فقط شیر مادر را دریافت کند و هیچ‌گونه مایعات و جامدات به نوزاد داده نشود (محلول خوراکی ORS و قطره مکمل‌ها و داروهای تجویز شده مستثنی هستند). تا قبل از سال ۲۰۰۱ توصیه سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری با شیر مادر به مدت ۴-۶ ماه بود اما در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی سبب رشد و نمو بهتر کودک می‌شود [۱]. یکی از راهبردهای اصلی برنامه کاهش مرگ و میر کودکان طراحی شده در سال ۱۹۹۰، ترویج تغذیه انحصاری با

اجزاء و اولویت‌های مراقبت‌های بهداشتی کشور محسوب می‌شود. برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر از سال ۱۳۶۵ شروع شده و در این چند دهه به عنوان بخشی از برنامه جامع تغذیه و سلامت مادر همواره از اولویت‌های نظام سلامت بوده است. شناسایی چالش‌ها و مشکلات و دسترسی به داده‌های بروز و معتبر از وضعیت موجود برای تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی ضروری است. آخرین اطلاعات جامع در زمینه وضعیت تغذیه با شیر مادر و میزان تغذیه انحصاری مربوط به سال ۱۳۸۹ است [۱۰]. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در سطح ملی و ارزیابی میزان دستیابی به هدف جهانی تغذیه انحصاری با شیر مادر ۲۰۲۵ سازمان جهانی بهداشت انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ در کشور انجام شد که در رده پیمایش‌های ملی قرار دارد. جامعه این بررسی، تمام کودکان زیر پنج سال ایرانی بودند. نمونه‌گیری. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار ENA محاسبه شد. تعداد نمونه برای هر استان ۶۰۰ کودک زیر ۵ سال تعیین و حجم کلی نمونه مورد بررسی برای ۳۱ استان، ۱۸۶۰۰ کودک بود. نمونه‌گیری با استفاده از پایگاه داده‌های خانوارهای ایرانی در وزارت بهداشت (سامانه سیب) انجام شد. با استفاده از سامانه سیب فهرست اسامی و نشانی خانوارهای دارای کودک زیر پنج سال تهیه و به عنوان چارچوب نمونه‌گیری برای انتخاب تصادفی خانوارهای دارای کودک استفاده شد. نمونه‌های مورد بررسی در مطالعه حاضر شامل ۱۸۴۵ کودک زیر ۶ ماه از مناطق شهری، روستایی و حاشیه شهر بودند.

جمع‌آوری داده‌ها. پرسش‌نامه مورد استفاده برای تعیین وضعیت تغذیه‌ای، رشد و تکامل کودکان براساس پرسش‌نامه‌های MICS6 سال ۲۰۱۶ [۱۴] و MIDHS سال ۲۰۱۰ [۱۰] طراحی و در محدوده معیارهای مجاز، برای استفاده در کشور تعدیل و بومی شد. این پرسش‌نامه شامل بخش‌های مختلف اطلاعات عمومی و محل سکونت خانوار، اطلاعات دموگرافیک و اقتصادی-اجتماعی خانوار، اطلاعات کودک، اطلاعات مربوط به نحوه زایمان و نحوه تماس پوست با پوست و تغذیه کودک با شیر مادر در ساعت اول بعد از تولد، توصیه‌های مربوط به خوراندن مایعات غیر از شیر مادر به کودک بلافاصله پس از زایمان، نحوه تغذیه کودک زیر شش ماه و مدت تغذیه با شیر مادر و زمان شروع غذای کمکی،

بر سلامتی سال‌های بعدی زندگی آن‌ها نیز تاثیر زیادی می‌گذارد و می‌تواند باعث کاهش خطر چاقی کودکان و فشارخون در آینده شود [۵، ۶]. مطالعات زیادی اثرات تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی بر سلامت و تغذیه کودکان را بررسی کرده‌اند و دریافته‌اند که تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌تواند بر وضعیت تغذیه کودکان و رشد مطلوب آن‌ها اثر قابل توجهی داشته باشد [۷].

میانگین میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر (تا ۶ ماهگی) در کودکان جهان ۳۴/۸٪ توسط سازمان جهانی بهداشت اعلام شده است [۸]. تقریباً ۲ نوزاد از هر ۳ نوزاد از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار نیستند و این روند به‌ویژه در دو دهه گذشته بهبود نیافته است. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر از سال ۱۹۹۵ (۳۳٪) تا سال ۲۰۱۰ (۳۹٪) تنها شش درصد افزایش داشته است. این تغییر بیش‌تر در کشورهای در حال توسعه و با درآمد کم و متوسط دیده شده است [۹]. بر اساس مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۷، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در بیش‌تر کشورهای دنیا کم‌تر از میزان توصیه شده بین‌المللی می‌باشد و تنها ۳۶٪ کودکان زیر ۶ ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر را دریافت می‌کنند [۴]. در ایران، تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه بر اساس یافته‌های مطالعه DHS سال ۲۰۰۰، IMES سال ۲۰۰۴ و MIDHS سال ۲۰۱۰ به ترتیب ۴۴/۱٪، ۲۳/۱٪ و ۵۳/۱٪ گزارش شده است [۱۰]. توصیه سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۲۵، افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی تا حداقل ۵۰٪ می‌باشد [۱۱].

عوامل متعددی می‌توانند بر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر موثر باشند. یافته‌های مطالعات متعدد نشان داده‌اند که وضعیت اشتغال و نوع شغل مادر و پدر، سن مادر، وضعیت تاهل، سطح سواد مادر، میزان آگاهی مادر از فواید شیردهی، آگاهی و حمایت پدر، نوع زایمان، محل زایمان، مراقبت پیش و پس از زایمان، بیماری‌های مادر و کودک، کافی بودن شیر مادر، زمان شروع تغذیه تکمیلی، وجود ناامنی غذایی، جنس نوزاد، رتبه تولد نوزاد، وزن کم هنگام تولد نوزاد، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، عوامل فرهنگی، منطقه محل سکونت و مذهب از مهم‌ترین عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی هستند [۳، ۴، ۵، ۸، ۱۲، ۱۳].

اهمیت تغذیه مناسب در ماه‌های اول زندگی و بهره‌مندی از تغذیه با شیر مادر به عنوان مناسب‌ترین روش تغذیه در تحقق سلامت مطلوب به‌خوبی شناخته شده است. تغذیه با شیر مادر به‌ویژه تغذیه انحصاری در ۶ ماه اول به عنوان راه‌کار موثر در کاهش مرگ و میر کودکان و ارتقاء سلامت آنان از

مصرف مکمل و بخش تغذیه با شیر مادر و رژیم غذایی در ۲۴ ساعت گذشته بود.

اطلاعات عمومی شامل؛ نام استان و شهرستان، منطقه محل سکونت کودک (شهری، روستایی یا حاشیه شهر)، بعد خانوار، تعداد کودکان زیر پنج سال، جنس و وضعیت تاهل سرپرست است.

اطلاعات دموگرافیک و اقتصادی- اجتماعی خانوار شامل: سطح تحصیلات و شغل پدر و مادر (یا مراقب اصلی کودک)، وضعیت تملک مسکن، تعداد اتاق در اختیار خانواده، سطح زیربنای واحد مسکونی، برخورداری از برنامه‌های حمایتی و تسهیلات زندگی (تلویزیون مسطح، فریزر جداگانه، اجاق مایکروویو، رایانه شخصی، دسترسی به اینترنت در منزل و دارا بودن بیش از یک سواری شخصی) است.

برای تعیین وضعیت اجتماعی- اقتصادی و طبقه‌بندی خانوارها از تحلیل عاملی استفاده شد. تمام متغیرهای فوق علاوه بر منطقه سکونت وارد مدل گردید و با چرخش واریماکس، مدل مناسب طراحی شد. سپس با استفاده از امتیاز هر خانوار روی عامل اول، تمام خانوارها به ۵ گروه مساوی (پنجک) تقسیم شدند به شکلی که گروه ۱، دارای کمترین امتیاز (سطح پایین اقتصادی- اجتماعی) و گروه ۵ دارای بیشترین امتیاز (سطح بالای اقتصادی- اجتماعی) تعریف شدند.

اطلاعات کودک شامل؛ رتبه کودک در خانوار، جنس، تاریخ تولد، وزن هنگام تولد، ابتلا به بیماری در ۱۵ روز گذشته، برخورداری از کارت مراقبت و نحوه استفاده از کارت مراقبت بود. قد و وزن کودک به روش استاندارد اندازه‌گیری و ثبت می‌شد.

اطلاعات تغذیه با شیر مادر و رژیم غذایی: اطلاعات مربوط به تغذیه با شیر مادر و رژیم غذایی برای کودکان زیر ۲ سال با استفاده از پرسش‌نامه MICS جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه بر اساس محدوده مجاز تعیین شده توسط مستند *Guidelines for the Customisation IYCF (WHO2008)* of MICS6 Questionnaires of تعدیل و بومی‌سازی شد [۱۴]. در یک مطالعه پایلوت پرسش‌نامه توسط کارشناسان بهداشتی آموزش‌دیده و مصاحبه با مادران دارای کودک زیر ۶ ماه در مراکز بهداشتی تکمیل شد. سپس تیم کارشناسی پرسش‌نامه‌ها را ارزیابی و نهایی کردند.

این پرسش‌نامه در بخش تغذیه کودکان زیر ۲ سال شامل ۲۹ سوال با هدف شناسایی و تعیین مایعات و مواد غذایی است که در ۲۴ ساعت گذشته به کودک خورنده شده است. داده‌های مربوط به مصرف شیر مادر و یا سایر انواع شیر، مکمل‌های ویتامینی یا معدنی، سایر مایعات به‌جز شیر و

گروه‌های غذایی از طریق مصاحبه مستقیم و چهره به چهره با مادر یا مراقب اصلی کودک جمع‌آوری شد. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری عبارت است از این‌که نوزاد تا ۶ ماهگی فقط با شیر مادر تغذیه شده باشد و هیچ نوع مایعات حتی آب و جامدات (به‌جز مکمل‌های ویتامین و مواد معدنی، ORS و یا دارو) به کودک خورنده نشده باشد. تعریف عملیاتی شیرخواران دارای تغذیه انحصاری عبارت است از کودکانی که در ۲۴ ساعت گذشته مصرف شیر مادر را گزارش کرده بودند و به بقیه سوالات راجع به مصرف سایر مایعات و مواد غذایی پاسخ منفی داده بودند. هم‌چنین مصرف مکمل‌ها، دارو و ORS در ۲۴ ساعت گذشته جداگانه سوال شده بود.

سازمان‌دهی و تشکیلات اجرایی. هسته اصلی طراحی و مدیریت اجرایی طرح (متشکل از دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس (اداره کل کودکان)، دفتر بهبود تغذیه جامعه و انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور)، تمام برنامه‌ها و پروتکل را طراحی و به ناظران ستادی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ کردند. ناظران ستادی وظیفه برنامه‌ریزی و مدیریت اجرایی و تشکیل تیم‌های تن‌سنجی-پرسشگری در استان را به عهده داشتند.

ناظران استانی در یک کارگاه ۲ روزه در تهران آموزش‌های لازم را برای اجرای پروتکل و آموزش کارشناسان استانی دریافت نمودند.

پرسشگری در مراکز بهداشت و با مصاحبه چهره به چهره با مادر یا مراقب اصلی کودک انجام می‌شد. پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل به ناظران شهرستانی و پس از بازبینی مجدد به استان و در نهایت ستاد فرستاده می‌شد. در تمام استان‌ها جمع‌آوری داده‌ها در ماه‌های آبان، آذر و دی ۱۳۹۶ انجام شد.

آنالیز آماری. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام گرفت. میزان خطای نوع یک کم‌تر از ۵٪ در نظر گرفته شد.

برای آنالیز داده‌ها از وزن‌دهی استفاده شد، و سه متغیر سن، جنس و منطقه سکونت (شهری- روستایی) در نظر گرفته شدند.

با توجه به این‌که دسترسی به توزیع سنی- جنسی کودکان کشور بر حسب استان و مناطق روستایی و شهری بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ در دسترس بود، برای وزن‌دهی از توزیع این صفات در جمعیت استفاده شد.

تولد با شیر مادر تغذیه شده بودند و ۱٪ مادران این موضوع را به یاد نداشتند. نزدیک به ۹۰٪ مادرانی که زایمان طبیعی داشتند در ساعت اول به نوزاد خود شیر مادر داده بودند و این درصد برای مادرانی که سزارین شده بودند با بی‌هوشی موضعی ۷۲٪ و با بی‌هوشی کامل (به محض به هوش آمدن) ۸۳٪ گزارش شد.

بر اساس تعریف تغذیه انحصاری با شیر مادر نمونه‌ها به دو گروه دارای تغذیه انحصاری (EBF) و گروهی که تغذیه انحصاری (NonEBF) نداشتند تقسیم شدند. با استفاده از آزمون کای دو Chi-Square ارتباط بین متغیرهای موثر بر تغذیه انحصاری در دو گروه تعیین شد (جدول ۱). این مطالعه نشان داد که ۴۵/۹٪ کودکان شهری و ۵۰/۹٪ کودکان روستایی، تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند. اگرچه میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در روستا بیشتر بود اما این تفاوت معنادار نبود ($P=0/09$).

تفاوت متغیرهای جنس سرپرست خانوار، تحصیلات و شغل پدر، وضعیت اجتماعی اقتصادی، وضعیت تاهل، نحوه زایمان در دو گروه اختلاف معنی‌دار نداشتند. متغیرهای مرتبط با کودک شامل مصرف مرتب مولتی‌ویتامین و تحت پوشش برنامه‌های حمایتی نیز تفاوت معنی‌دار نشان ندادند.

بعد خانوار، تعداد کودکان زیر ۵ سال، رتبه تولد، جنس و سن کودک، وزن هنگام تولد، نظر مادر در مورد وزن کودک، ابتلا به بیماری در ۱۵ روز قبل از بررسی، سن کودک، تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، دادن مایعاتی غیر از شیر مادر به کودک در بیمارستان، تحصیلات و شغل مادر، وضعیت تملک و تعداد اتاق متغیرهایی بودند که تفاوت بین دو گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر و گروهی که تغذیه انحصاری نداشتند از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۱).

متغیرهای تعداد کودکان زیر ۵ سال و رتبه تولد نشان می‌دهد که تغذیه انحصاری در کودکان خانوارهای تک فرزندی و در کودکان با رتبه اول تولد کم‌تر است (به ترتیب ۴۵٪/۷ و ۴۳٪/۸).

جنس و سن کودک از عوامل موثر بر تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر است. بر اساس یافته‌های این مطالعه ۵۲٪ نوزادان پسر و ۴۸٪ دختر بودند. مقایسه دو گروه نشان می‌دهد که درصد نوزادان دختر که دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر بودند بیش‌تر از نوزادان پسر است و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است.

درصد نوزادان ۰ تا ۲ ماهه (۶۲٪) که از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بودند بیش‌تر از کودکان ۲ ماهه بالا است. یافته‌ها نشان می‌دهد که با افزایش سن درصد کودکانی

مقادیر مناسب وزن‌دهی برای تمام کودکان در دو سطح استان و کل کشور، در نظر گرفته شد و تمام برآوردها در دو مرحله کاملاً جدا تعیین گردید.

داده‌های وزن داده شده برای تعیین فراوانی، میانگین‌ها و انجام آزمون‌های آماری استفاده شد. از آزمون کای دو برای تعیین معنی‌داری بین عوامل موثر بر تغذیه انحصاری در دو گروه استفاده شد. اختلاف میانگین متغیرهای کمی با آزمون تی مستقل سنجیده شد. عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی موثر بر تغذیه انحصاری با آزمون رگرسیون لجستیک تعیین شد.

ملاحظات اخلاقی. اولیای تمام کودکان شرکت‌کننده در طرح، پرسش‌نامه‌ای را که مبنی بر رضایت شرکت در طرح می‌باشد را مطالعه و امضا کردند و رضایت خود را از شرکت در این طرح اعلام کردند. هر یک از شرکت‌کنندگان می‌توانستند هر زمان که بخواهند از طرح خارج شوند. این پژوهش در کمیته اخلاق انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور با کد اخلاق IR.SBMU.NNFTRI.REC.1396.165 مورد تایید قرار گرفت.

نتایج

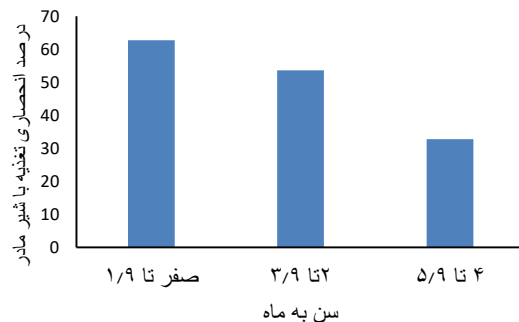
یافته‌ها بر اساس داده‌های وزن‌دهی شده ارائه می‌شود. بر اساس گزارش مادران، ۴۵/۹٪ کودکان دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر بودند، در حالی که بیش از نیمی از کودکان (۵۴٪/۱) تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند. اکثر مادران متاهل (۹۹/۵٪) و شهرنشین (۵۵٪) بودند. یک سوم مادران روستایی و ۱۱٪ حاشیه‌نشین شهری بودند. نتایج نشان می‌دهد که ۹۲٪ مادران خانه‌دار بودند و مادران شاغل اکثراً کارمند (۵٪)، مغازه‌دار یا شغل آزاد (۳٪) داشتند. بیش از نیمی از مادران تحصیلات متوسطه (۶۲٪) و تقریباً یک چهارم (۲۳٪/۶) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

خانوارهای زن سرپرست ۰/۳٪ خانوارها را تشکیل می‌دادند. این خانوارها اکثراً روستایی بودند و در تمام طبقات اجتماعی اقتصادی دیده شدند و اکثر کودکان این خانوارها از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بودند.

وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات پدران نشان می‌دهد که ۴۷٪ مغازه‌دار یا شغل آزاد، ۲۶/۵٪ کارگر، کشاورز و دامدار و ۱۵٪ کارمند بودند، ۶۲٪ تحصیلات متوسط و ۲۱٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند.

تنها ۱۲٪ مادران سزارین با بی‌هوشی عمومی داشتند و بقیه زایمان طبیعی (۴۷/۵٪) و یا سزارین با بی‌هوشی موضعی (۴۰٪) داشتند. بر اساس گزارش ۸۲٪ نوزادان در ساعت اول

که فقط با شیر مادر تغذیه می‌شوند کاهش می‌یابد و ۶۷٪ کودکان ۴ تا ۶ ماهه از تغذیه انحصاری برخوردار نبودند (شکل ۱).



شکل ۱. ارتباط میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و سن

مقایسه سه گروه وزن هنگام تولد نشان می‌دهد که با افزایش وزن هنگام تولد درصد کودکانی که از تغذیه انحصاری برخوردار می‌شوند، افزایش می‌یابد. در گروه با وزن ۲۵۰۰ گرم و بیش‌تر حدود نیمی از کودکان (۴۹٪) تا شش ماهگی فقط با شیر مادر تغذیه می‌شوند در حالی که در کودکان با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم فقط حدود ۳۰٪ کودکان دارای تغذیه انحصاری هستند. نظر و برداشت مادر در مورد وزن کودک عاملی نیست که باعث افزایش تغذیه انحصاری شود. درصد کمی (۳۶٪) از کودکانی که از نظر مادرشان کم وزن و لاغر بودند از تغذیه انحصاری برخوردار بودند.

تغذیه با شیر مادر بلافاصله بعد از زایمان (ساعت اول بعد از تولد) و مصرف مایعاتی غیر از شیر مادر در بیمارستان از عوامل مهم تداوم تغذیه انحصاری هستند. تقریباً بیش از ۶۰٪ نوزادانی که در بیمارستان مایعاتی غیر از شیر مادر دریافت کرده بودند از تغذیه انحصاری برخوردار نبودند.

بر اساس یافته‌های ارائه شده در جدول ۱، که با استفاده از آزمون کای دو Chi-Square انجام شد، درصد کودکان در گروه تغذیه انحصاری، که مادرانشان تحصیلات دانشگاهی دارند و مادرانی که کارمند هستند کم‌تر است.

جدول ۱. مقایسه عوامل موثر در تغذیه انحصاری در دو گروه کودکان با تغذیه انحصاری و بدون تغذیه انحصاری

متغیرها	EBF (%)	Non EBF (%)	سطح معنی داری
منطقه	شهری	۴۵/۹	۵۴/۱
	روستایی	۵۰/۹	۴۹/۱
	حاشیه شهر	۴۴/۲	۵۵/۸
جنسیت سرپرست خانواده	مرد	۴۷/۴	۵۲/۶
	زن	۶۰/۰	۴۰/۰
وضعیت تاهل	متاهل	۴۷/۶	۵۲/۴

متغیرها	EBF (%)	Non EBF (%)	سطح معنی داری
جداشده	۱۲/۵	۸۷/۵	
	بیوه	۵۰/۰	
بعد خانوار	۳	۴۲/۵	۰/۰۰
	۴	۴۸/۳	
	۵	۵۲/۶	
	<۶	۵۱/۸	
تعداد کودکان زیر ۵ سال	۱ کودک	۴۵/۷	۰/۰۱
	>۱ کودک	۵۱/۷	
نظر مادر درباره وزن کودک	لاغر	۳۶/۱	۰/۰۰
	طبیعی	۴۹/۹	
	اضافه وزن یا چاق	۴۶/۷	
	نظری ندارد	۴۵/۵	
جنسیت نوزاد	پسر	۴۴/۵	۰/۰۰
	دختر	۵۰/۶	
رتبه تولد	۱	۴۳/۸	۰۰/۰
	۲	۵۱/۵	
	۳	۴۵/۵	
	۴	۶۰/۷	
وزن هنگام تولد (کیلوگرم)	>۱۵۰۰	۲۷/۳	۰/۰۰
	۲۵۰۰	۳۲/۲	
	<۲۵۰۰	۴۸/۷	
ابتلا به بیماری در ۱۵ روز قبل از بررسی	داشتند	۶۲/۷	۰/۰۰
	نداشتند	۵۳/۶	
تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد	بله	۳۲/۸	۰/۰۰
	خیر	۴۲/۴	
	نمی‌داند	۵۰/۳	
نحوه زایمان	طبیعی	۵۰/۴	۰/۰۰
	سزارین	۳۴/۴	
مایعات غیر از شیر مادر	بله	۳۳/۳	۰/۱۱
	خیر	۴۸/۱	
	نمی‌داند	۴۲/۵	
مصرف مولتی ویتامین	بله، مرتب	۳۶/۸	۰/۰۰
	بله، نامرتب	۴۹/۹	
	خیر	۷۰/۰	
تحصیلات پدر	بی سواد و ابتدایی	۴۸/۵	۰/۱۰
	متوسطه	۴۱/۱	
	دانشگاهی	۴۸/۱	
تحصیلات مادر	بی سواد و ابتدایی	۴۵/۷	۰/۲۳
	متوسطه	۴۸/۹	
	دانشگاهی	۴۴/۴	

سطح معنی داری	Non EBF (%)	EBF (%)	متغیرها	
۰/۲۷	۵۶/۵	۴۳/۵	ندارند	فریزر
	۵۰/۲	۴۹/۸	دارند	
۰/۰۴	۵۳/۳	۴۶/۷	ندارند	مایکروویو
	۴۹/۵	۵۰/۵	دارند	
۰/۱۲	۵۴/۴	۴۵/۶	ندارند	کامپیوتر
	۵۱/۴	۴۸/۶	دارند	
۰/۰۶	۵۵/۴	۴۴/۶	ندارند	اینترنت
	۵۱/۱	۴۸/۹	دارند	
	۵۵/۸	۴۴/۲	ندارند	بیش از یک خودرو
	۵۰/۷	۴۹/۳	دارند	

*EBF به معنی تغذیه انحصاری با شیر مادر و Non EBF به معنی عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر

مقایسه میانگین سن و وزن هنگام تولد در دو گروه نشان می‌دهد که کودکان در گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر دارای میانگین سن کم‌تر و وزن هنگام تولد بالاتر بودند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۲).

نتایج برازش مدل رگرسیون لجستیک برای تعیین متغیرهای موثر در تغذیه انحصاری با شیر مادر در جدول ۳ آورده شده است.

شغل مادر، جنس و سن کودک عوامل موثر در تغذیه انحصاری با شیر مادر بودند. احتمال تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان مادران خانه‌دار ۱/۰۸ برابر بیشتر از مادران شاغل است. در نوزادان دختر احتمال تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱/۳۵ برابر بیشتر از نوزادان پسر است و در کودکان با سن کم‌تر ۰/۶۸ بیشتر از کودکان بزرگ‌تر است.

سطح معنی داری	Non EBF (%)	EBF (%)	متغیرها	
۰/۰۱	۵۳/۹	۴۶/۱	کارمند	شغل پدر
	۵۰/۰	۵۰/۰	کارگر و کشاورز	
	۵۸/۱	۴۱/۹	آزاد	
۰/۱۴	۵۲/۰	۴۸/۰	بازنشسته	
	۵۰/۲	۴۹/۸	بیکار	
	۵۳/۰	۴۷/۰	کارمند	شغل مادر
	۱۰۰/۰	۰/۰	آزاد	
	۶۰/۷	۳۹/۳	خانه دار	
۰/۰۰ ۰/۱۵	۷۵/۵	۲۴/۵	خیلی پایین	وضعیت اقتصادی- اجتماعی
	۵۰/۹	۴۹/۱	پایین	
	۵۱/۵	۴۸/۵	متوسط	
	۵۵/۵	۴۴/۵	بالا	
	۵۱/۲	۴۸/۸	خیلی بالا	
	۴۸/۴	۵۱/۶	کل	
	۵۱/۶	۴۸/۴	کمیت امداد امام	تحت پوشش برنامه حمایتی
	۵۶/۷	۴۳/۳	روستامهد	
	۵۲/۶	۴۷/۴	هیچکدام	
۰/۶۲	۵۷/۱	۴۲/۹	ملکی	وضعیت تملک مسکن
	۱۰۰/۰	۰/۰	استیجاری	
	۵۲/۶	۴۷/۴	سایر	
۰/۰۴	۵۴/۰	۴۶/۰	۱	تعداد اتاق
	۴۸/۲	۵۱/۸	۲	
	۵۶/۰	۴۴/۰	۳	
۰/۰۴	۵۴/۰	۴۶/۰	ندارند	ال سی دی/ ال ای دی
	۴۹/۷	۵۰/۳	دارند	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن (ماه) و وزن هنگام تولد (گرم) در دو گروه کودکان با تغذیه انحصاری و بدون تغذیه انحصاری

سطح معنی داری	Non EBF		EBF		متغیرها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰۰/۰	۵۰/۱	۳۸۱	۴۰/۱	۹۹/۲	سن (ماه)
۰۰/۰	۵۳۹/۰	۳۱۳۶	۰۴۵۲	۲۴۳/۳	وزن هنگام تولد (کیلوگرم)

*EBF به معنی تغذیه انحصاری با شیر مادر و Non EBF به معنی عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر

جدول ۳ عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه

سطح معنی داری	۹۵٪ فاصله اطمینان	نسبت شانس	متغیر
۰/۱۹۵	۰/۹۲۳-۱/۰۱۷	۰/۹۶۸	شغل پدر
۰/۰۰۸	۱/۰۲-۱/۱۳۷	۱/۰۷۷	شغل مادر
۰/۳۶۱	۰/۸۳۲-۱/۰۶۹	۰/۹۴۳	تحصیلات مادر
۰/۲۰۷	۰/۹۵۲-۱/۲۵۵	۱/۰۹۳	تحصیلات پدر
۰/۸۲۲	۰/۸۸-۱/۱۰۶	۰/۹۸۷	وضعیت اقتصادی اجتماعی
۰/۰۰۳	۱/۱۰۹-۱/۶۳۲	۱/۳۴۵	جنسیت
۰/۰۰۰	۰/۶۴-۰/۷۳	۰/۶۸۳	سن (ماه)

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین ارزیابی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و مقایسه با اهداف جهانی ۲۰۲۵ و تعیین عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی انجام شد. یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که ۴۵/۹٪ نوزادان تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند و با توصیه سازمان جهانی بهداشت برای ۲۰۲۵ که افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی حداقل به میزان ۵۰٪ است فاصله دارد. نتایج این مطالعه در مقایسه با مطالعات ملی DHS-2000 (۴۴٪/۱) و MIDHS-2010 (۵۳٪/۱) به آمار سال ۲۰۰۰ نزدیک‌تر است. رنجبران و همکاران در سال ۲۰۱۶ در مرور سیستماتیک و متاآنالیزی که بر روی ۱۶ بررسی مربوط به سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۵ انجام دادند شیوع کلی تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی را (۹۵٪CI: ۳۳/۴-۶۴/۹) اعلام کردند [۱۵]. در متاآنالیزی که در سال ۲۰۱۹ توسط بهزادی فر و همکاران بر روی ۳۲ مطالعه بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۵ انجام شد شیوع کلی تغذیه انحصاری را (۹۵٪CI: ۴۴-۶۲) اعلام کردند [۱۶]. در این مطالعه بر اساس سال انتشار (P=۰/۶۱) و حجم نمونه (P=۰/۲۶) مطالعات وارد شده در متاآنالیز نشان‌دهنده یک روند کاهشی در EBF در طول زمان است، اگر چه این روند از نظر آماری معنی‌دار نبود. نتایج مطالعه حاضر کم‌تر از درصد شیوع گزارش شده در مطالعات متاآنالیز انجام شده است.

در مطالعه‌ای که توسط Ayoub Al-Jawaldeh و Azza Abul-Fadl با هدف ارزیابی روند ۲۵ ساله تغذیه نوزادان (۱۹۹۵-۲۰۲۰) در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی انجام دادند، مشخص شد که با توجه به کاهش در شاخص‌های تغذیه نوزادان نیاز به یک برنامه عملیاتی در سطح جامعه و تسهیلاتی در کشورهای منطقه است. در این مطالعه از اطلاعات بررسی‌های ملی کشورهای منطقه در یک دوره ۲۵ ساله استفاده شده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که روند تغییرات تغذیه انحصاری با شیر مادر تقریباً ثابت بوده و در این دوره ۲۵ ساله تغییرات کمی صورت گرفته است. در این مطالعه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در ایران بر اساس اطلاعات DHS-2000 و MIDHS-2010 که در این بررسی استفاده شده است در مقایسه با سایر کشورهای منطقه در هر دو دوره زمانی بالا است و ایران از وضعیت بهتری نسبت به سایر کشورهای منطقه برخوردار است. مقایسه یافته‌های حاضر با کشورهای منطقه که برای دوره زمانی ۲۰۱۵-۲۰۱۹ اطلاعات دارند نشان می‌دهد که ایران در رتبه سوم بعد از افغانستان (۵۷/۵٪)، پاکستان (۴۷/۵٪) قرار

می‌گیرد وضعیت ایران از کشورهای مراکش (۳۵/۵٪)، عراق (۲۵/۸٪)، اردن (۲۵/۴٪) و عمان (۲۳/۲٪) بهتر است [۱۷]. برای ارتقا میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و دستیابی به توصیه سازمان جهانی بهداشت باید به عوامل اجتماعی-فرهنگی و سایر عوامل موثر توجه داشت و با اجرای مداخلات اجتماعی و مداخلات آموزشی و بهبود سواد سلامت مادران و ایجاد اعتماد به نفس و افزایش حمایت اجتماعی، به تداوم شیردهی تا شش ماهگی دست یافت [۱۸،۱۹].

Hamade در مطالعه‌ای در لبنان در سال ۲۰۱۳ میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر را ۲۷/۴٪ گزارش کرد [۲۰]. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در بررسی در آفریقا ۳۶٪ بود [۲۱]. در مطالعه‌ای که در غنا انجام گرفت، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶۴٪ بود [۲۲]. در مطالعه‌ای که در جنوب کشور اتیوپی انجام گرفته است، تخمین زده شده است که تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌تواند باعث کاهش ۱۳٪ مرگ و میر نوزادان شود. در این مطالعه میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه ۷۸٪ بود [۲۳].

تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی اثرات مثبتی بر سلامت مادر و نوزاد دارد. در کودکان باعث کاهش مرگ و میر ناشی از اسهال و عفونت‌های تنفسی می‌شود. به‌ویژه توجه به عفونت‌های تنفسی به دلیل پاندمی کووید ۱۹ در جهان مورد توجه خاص مجامع علمی قرار گرفته است. برای کنترل و مدیریت چنین بحران‌هایی باید سیستم ایمنی افراد را تقویت کرد که با تغذیه انحصاری با شیر مادر از هنگام تولد تا ۶ ماهگی و تداوم تغذیه با شیر مادر تا ۲ سالگی شروع می‌شود و تأکیدی است بر ضرورت توجه کشورها به برنامه‌های اجرایی شیردهی و تغذیه نوزادان با شیر مادر و شناسایی عوامل موثر آن است.

در این مطالعه با انجام آزمون کای دو Chi-Square و رگرسیون سن و جنس کودک و شغل مادر به‌عنوان عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی شناسایی شدند. با افزایش سن نوزاد میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر کاهش می‌یابد (P=۰/۰۰). این یافته هم‌راستا با مطالعه Adugna است. در مطالعه Adugna (۲۰۱۷)، تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶۰/۹٪ بود که میزان آن در نوزادان ۰ تا ۱/۹ ماهه و ۲ تا ۳/۹ ماهه بیش‌تر از نوزادان ۴ تا ۶ ماهه گزارش شده است [۴]. در بررسی Yalcin نیز نوزادان ۱/۹-۰ ماهه و ۲/۹-۳ ماهه بیش‌تر از نوزادان ۵/۹-۴ ماهه از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بودند [۲۱].

دلایل متعددی برای توقف تغذیه با شیر مادر و عدم تداوم تغذیه انحصاری شناسایی شده است. در مطالعه حاضر شاغل

بودن مادر از عوامل موثر بود. در مطالعات ناکافی بودن شیر مادر، تصور مادر از ناکافی بودن شیر برای تغذیه با افزایش سن کودک و شروع زود هنگام تغذیه تکمیلی، دادن مایعات به‌ویژه آب همراه با شیر، عدم تمایل نوزاد به مکیدن، ناآگاهی مادر در ارتباط با مزایای تغذیه انحصاری، کاهش حمایت همسر و خانواده و در نتیجه کاهش خودکارآمدی مادر برای تداوم شیردهی، عوامل مرتبط با سلامت مادر و شاغل بودن مادر از مهم‌ترین دلایل بیان شده است [۱۶، ۱۸، ۱۹].

در مطالعه حاضر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در دو جنس متفاوت است و در دخترها بیش‌تر از پسرها بود ($P=0/00$) و Yalcin و Agho نیز نشان دادند که دختر بودن از عوامل موثر در برخورداری از تغذیه انحصاری با شیر مادر است [۲۱، ۲۴]. این در حالی است که در مرور سیستماتیک و متآنالیز شیوع و تعیین عوامل موثر بر تغذیه انحصاری در ایران توسط بهزادی‌فر انجام شد OR برای جنسیت نوزاد، ($P=0/43$)، (۱/۰۳ - ۲۸/۸۳) گزارش شد و بر اساس یافته‌های این مطالعه تغذیه انحصاری در نوزادان پسر بیش‌تر از دختر بود که همسو با یافته‌های مطالعه حاضر نیست [۱۶]. در بررسی‌های انجام شده در عربستان هم نشان داده شد که EBF در نوزادان پسران بیش‌تر است [۲۵]. Asare و همکاران (۲۰۱۸) در بررسی خود نشان دادند که در غنا بین جنس نوزاد و تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباطی وجود ندارد [۲۶]. در مطالعه دیگری در غنا هم میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به جنس وابسته نبود و میزان تغذیه انحصاری در هر دو جنس یکسان بود [۲۲]. در مطالعاتی که EBF در دختران بالاتر است بیان شده که مادران به علت توجه بیش‌تر به نوزاد پسر، تغذیه تکمیلی را زودتر شروع می‌کنند. در مطالعه حاضر این عامل بررسی نشده است و نیاز به مطالعات بیش‌تری است.

متغیرهای بعد خانوار، تعداد کودکان زیر ۵ سال، رتبه تولد، وزن هنگام تولد، مصرف شیر ۱ ساعت پس از تولد، دادن مایعات غیر از شیر مادر در بیمارستان، تحصیلات مادر، براساس نتایج آزمون کای ۲ بین دو گروه EBF و nonEBF تفاوت معنی‌داری داشتند در حالی‌که در رگرسیون جزء متغیرهای تاثیرگذار نبودند.

با افزایش بعد خانوار و در خانواده‌هایی با دو یا بیش از دو فرزند زیر ۵ سال تغذیه انحصاری با شیر مادر افزایش معنی‌داری نشان می‌دهد. رتبه تولد هم بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار داشت ($P=0/00$)، اما در مطالعه Agho این ارتباط گزارش نشد [۲۴]. با افزایش تعداد فرزندان احتمال افزایش تغذیه انحصاری بیش‌تر می‌شود. این گروه از مادران به

دلیل تجارب قبلی، از اعتماد، خود کارآمدی و آگاهی بیش‌تری برای تداوم تغذیه کودک خود با شیر مادر برخوردار هستند و میزان تغذیه انحصاری در این گروه از مادران بالاتر است. نظر مادر درباره وزن کودک در دو گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر و بدون آن به طور معناداری متفاوت است ($P=0/00$) و ۶۴٪ کودکانی که از نظر مادر لاغر هستند از تغذیه انحصاری برخوردار نیستند. این گروه از مادران شیر خود را برای تغذیه کودکشان به تنهایی کافی نمی‌دانند و برای جبران کمبود وزن از روش‌های دیگر مثل تغذیه تکمیلی استفاده می‌کنند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد وزن هنگام تولد از عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی است و EBF در نوزادان با وزن هنگام تولد بالاتر از ۲۵۰۰ گرم بیش‌تر است. ($P<0/05$) Mohite در مقاله‌اش نشان داد که تعداد کودکان با وزن هنگام تولد کم‌تر از ۲/۵ کیلوگرم که تغذیه انحصاری با شیر مادر را قطع کرده‌اند ۲،۵ برابر کودکان با وزن تولد بیش‌تر از ۲/۵ کیلوگرم بود [۱۳]. یافته‌های بررسی حاضر همسو با مطالعه بهزادی‌فر نیست، نتایج این متآنالیز نشان داد که EBF در نوزادان با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم بیش‌تر است [۱۶]. مطالعاتی که ارتباط بین تغذیه انحصاری و وزن کم هنگام تولد را بررسی کرده‌اند نشان می‌دهد که تغذیه با شیر مادر در ساعت اول بعد از تولد مهم‌ترین عامل در موفقیت در تداوم تغذیه با شیر مادر و تغذیه انحصاری است. یافته‌ها نشان می‌دهد هر چقدر فاصله زمانی تا شروع تغذیه دهانی بیش‌تر باشد احتمال موفقیت در شیردهی و تغذیه انحصاری کم‌تر می‌شود [۲۷]. نوزادان با وزن کم هنگام تولد در معرض خطر بیماری‌های مختلف قرار دارند. تغذیه با شیر مادر می‌تواند باعث بهبود عملکرد و سیستم گوارش این دسته از نوزادان و کاهش ابتلا به عفونت شود [۲۸]. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که تغذیه انحصاری با شیر مادر برای نوزادان با وزن هنگام تولد کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم ضروری است و مادران باید این مسئله را جدی بگیرند [۲۷، ۲۹]. بر اساس گزارش این بررسی ۵۸٪ کودکانی که در ۱۵ روز قبل بررسی بیمار بوده‌اند و تغذیه انحصاری نشده‌اند و تفاوت بین دو گروه معنی‌دار است ($P=0/00$).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد در موفقیت EBF عامل موثری است [۳۰، ۳۱] و نوع زایمان تاثیر معنی‌داری ندارد و همسو با یافته‌های این بررسی است. در مطالعه متآنالیز هم مشخص شد EBF در مادران ایرانی که زایمان طبیعی داشتند بیش‌تر از مادران سزارینی است. هم‌چنین در بررسی‌های عربستان سعودی، اکوادور و اردن [۶۸] نتایج مشابهی گزارش شده است

تغذیه انحصاری با شیر مادر، در مادران متاهل و خانه‌دار بیش‌تر از مادران مجرد و شاغل بود [۴]. این در حالی است که مطالعات دیگر ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اشتغال و سطح سواد مادر با تغذیه انحصاری گزارش نکرده‌اند [۴۱].

یافته‌های مربوط به تاثیر وضعیت اجتماعی اقتصادی در پژوهش‌های مختلف متفاوت است. Mohite و همکاران گزارش کردند که وضعیت اقتصادی اجتماعی در هندوستان تاثیر معنی‌داری بر توقف تغذیه انحصاری ندارد [۱۳]. در حالی که نتایج مطالعه Agho و همکاران مشخص شد که تغذیه انحصاری با شیر مادر در خانواده‌های با وضعیت اقتصادی خوب و متوسط بیش‌تر از گروه‌های اقتصادی پایین‌تر است [۲۴].

این مطالعه محدودیت هر مطالعه مقطعی دیگر در ترسیم رابطه علت و معلولی بین عوامل و شیوع تغذیه انحصاری را به اشتراک می‌گذارد. ماهیت مقطعی مطالعه و ناتوانی در اندازه‌گیری طول مدت شیردهی محدودیت مطالعه است. پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی در این ارتباط انجام شود. محدودیت دیگر مطالعه احتمال سوگیری یادآوری است. در این مطالعه مادران باید به یاد می‌آوردند که در ۲۴ ساعت گذشته کودک چگونه تغذیه شده است.

این بررسی در سطح ملی انجام شده است. با توجه به حجم نمونه و روش نمونه‌گیری اطلاعات قابل تعمیم به کل جامعه است. در این پیمایش ملی شاخص تغذیه انحصاری بر اساس تعاریف استاندارد WHO بررسی شده و از پرسش‌نامه استاندارد MICS برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به تغذیه کودک استفاده شده است. که این موارد نقاط قوت این مطالعه هستند.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر میزان شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی ۴۵/۹٪ است که در مقایسه با آخرین بررسی ملی انجام شده، نشان‌دهنده کاهش در میزان EBF است. سن و جنسیت نوزاد به‌عنوان دو عامل موثر در EBF شناسایی شدند. احتمال تغذیه انحصاری در نوزادان دختر بیش‌تر از پسران است و هر چه سن کودک کم‌تر باشد درصد EBF افزایش می‌یابد و بیش‌ترین درصد EBF در نوزادان ۰ تا ۲ ماهه گزارش شده است. شغل مادر یکی از عوامل تاثیرگذار بر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر است. میزان EBF در مادران خانه‌دار بالاتر است. بدون تردید تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی و تداوم شیردهی تا دو سالگی فواید بسیاری برای سلامت کودک دارد و سیاست‌ها و تصمیم‌گیران در حوزه سلامت باید در راستای ارتقاء

[۲۳،۳۲،۳۳]. با توجه به درصد سزارین در کشور (۵۲٪)، کارکنان بهداشتی باید مادران باردار را در زمینه نحوه زایمان و اثرات آن آگاه نمایند.

ارزیابی تاثیر عوامل اجتماعی اقتصادی، وضعیت تاهل، اشتغال و سطح تحصیلات مادر و پدر، محل سکونت (شهری، روستایی و حاشیه شهر) نشان داد که به‌جز شغل مادر بقیه متغیرها از عوامل موثر بر EBF نیستند. یافته‌های مطالعات دیگر نشان می‌دهد که EBF در برخی مناطق روستایی ۴/۵ برابر مناطق شهری است [۲]. نتایج مربوط به وضعیت تاهل در برخی از مطالعات [۲۴] همسو با پژوهش حاضر و نتایج مطالعات دیگر حاکی از آن است که میزان تغذیه انحصاری در مادران مجرد کم‌تر از مادران متاهل است [۳۴].

در این بررسی مشخص شد که EBF در مادران با سطح تحصیلات متوسطه و بی‌سواد بیش‌تر از زنان با سطح سواد بالاتر است اگرچه که از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار نبود. یافته‌های متاآنالیز به‌زادای فر کاملاً مشابه پژوهش حاضر است [۱۶] و همسو با بررسی‌های انجام شده در بنگلادش، امارات متحده عربی و اتیوپی [۷۴] است [۳۵،۳۶،۳۷]. Hamade و همکاران نشان دادند که سطح سواد مادر تاثیری بر میزان تغذیه انحصاری ندارد [۲۰]. یافته‌های Lenja مشابه بررسی حاضر بود و گزارش کردند که مادرانی که توانایی خواندن و نوشتن داشتند بیش‌تر از مادران بی‌سواد، از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردارند اما سطح سواد پدر تاثیری بر EBF ندارد [۲۳]. Agho و همکاران گزارش کردند که EBF در مادرانی که تحصیلات بالاتری داشتند تقریباً دو برابر است [۲۴].

در مطالعه حاضر شغل مادر ارتباط معنی‌داری با تغذیه انحصاری داشت و بر اساس نتایج رگرسیون یکی از عوامل تاثیرگذار بر EBF شناسایی شد، در حالی که شغل پدر هیچ ارتباطی نشان نداد. تغذیه انحصاری در مادران خانه‌دار نزدیک به ۲ برابر مادران شاغل بود. یافته بررسی حاضر کاملاً همسو با یافته‌های مطالعه به‌زادای فر در ایران است [۱۶]. مادرانی که شاغل نیستند فرصت بیش‌تری برای مراقبت و نگهداری از نوزاد را دارند. مادرانی که شاغل هستند وقت کافی در اختیار ندارند و استرس و خستگی و مشکلات بیش‌تری را در ارتباط با شیردهی تجربه می‌کنند. قوانین کار برای دوران شیردهی می‌تواند نقش موثری در ترغیب زنان به تداوم شیردهی و تغذیه انحصاری داشته باشد. در حال حاضر زنان می‌توانند از ۹ ماه مرخصی زایمان استفاده کنند. نتایج بررسی‌های انجام شده در اتیوپی، عربستان سعودی و اردن [۶۸] همسو با مطالعه حاضر است [۳۸،۳۹،۴۰]. بر اساس یافته‌های مطالعه Adugna

<https://doi.org/10.1186/1746-4358-7-12>

PMid:23020813 PMCID:PMC3512504

[10] Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Islamic republic of Iran's multiple indicator demographic and health survey (IrMIDHS) 2010. Tehran Ministry Health Med Educ 2012; 83-86.

[11] Organization WH. Global nutrition targets 2025: Stunting policy brief. World Health Organization, 2014.

[12] Yeneabat T, Belachew T, Haile M. Determinants of cessation of exclusive breastfeeding in Ankesha Guagusa Woreda, Awi Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14: 262.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-262>

PMid:25107331 PMCID:PMC4137087

[13] Mohite RV, Kshirsagar VY, Mohite VR. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding among primi-para rural Indian mothers. Int J Commun Med Public Health 2018; 6: 314-319.

<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20185265>

[15] Ranjbaran M, Nakhaei MR, Chizary M, Shamsi M. Prevalence of exclusive breastfeeding in Iran: Systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol Res 2016; 3: 294-301.

[16] Behzadifar M, Saki M, Behzadifar M, Mardani M, Yari F, Ebrahimzadeh F, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding practice in the first six months of life and its determinants in Iran: a systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr 2019; 19: 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12887-019-1776-0>

PMid:31656169 PMCID:PMC6815441

[17] Al-Jawaldeh A, Abul-Fadl A. Trends in Infant Feeding in Countries of the Eastern Mediterranean region 1995 to 2020: Time for action. Egyptian J Breastfeed 2020; 17: 25-52.

[18] Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Effect of education based on the theory of self-efficacy and health literacy strategies on exclusive breastfeeding: A randomized clinical trial. Koomesh 2019; 21: 633-638. (Persian).

[19] Bayati Z, Jamshidimanesh M, Hasani M, Afshar B. Effects of home visit on perceived social support of mothers and the continuation of exclusive breastfeeding: A randomized clinical trial study. Koomesh 2020; 22: 581-588. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/koomesh.22.4.581>

[20] Hamade H, Chaaya M, Saliba M, Chaaban R, Osman H. Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon: a cross-sectional study. BMC Public Health 2013; 13: 702.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-702>

PMid:23902627 PMCID:PMC3737045

[21] Yalçın SS, Berde AS, Yalçın S. Determinants of exclusive breast feeding in sub-Saharan Africa: a multilevel approach. Paediatr Perinat Epidemiol 2016; 30: 439-449.

<https://doi.org/10.1111/ppe.12305>

PMid:27259184

[22] Tampah-Naah AM, Kumi-Kyereme A. Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectional study. Int Breastfeed J 2013; 8: 13.

<https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-13>

PMid:24119727 PMCID:PMC3852847

[23] Lenja A, Demissie T, Yohannes B, Yohannis M. Determinants of exclusive breastfeeding practice to infants aged less than six months in Offa district, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. Int Breastfeed J 2016; 11: 32.

<https://doi.org/10.1186/s13006-016-0091-8>

PMid:27990174 PMCID:PMC5148885

[24] Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM. Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. BMC Pregnancy Childbirth 2011; 11: 2.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-2>

PMid:21219659 PMCID:PMC3025918

[25] Alzaheb RA. Factors influencing exclusive breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia. Clin Med Insights Pediatr 2017; 11: 1179556517698136.

<https://doi.org/10.1177/1179556517698136>

PMid:28469519 PMCID:PMC5398646

[26] Asare BY-A, Preko JV, Baafi D, Dwumfour-Asare B. Breastfeeding practices and determinants of exclusive

برنامه‌های مراقبت از مادران و کودکان، افزایش سطح آگاهی، برطرف کردن موانع و تشویق و ترغیب شیردهی باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت بهداشتی، مدیران و کارشناسان شبکه‌های بهداشت و درمان کشور کمال تشکر را داریم که در اجرای این پیمایش ملی ما را یاری کردند. از خانواده‌هایی که با حضور خود در مطالعه حاضر به این پروژه تحقیقاتی جامه عمل پوشاندند نیز صمیمانه سپاسگزاریم.

مشارکت و نقش نویسندگان

مینا اسماعیلی، آناهیتا هوشیارراد و مریم سادات کسائی: ایده و طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تفسیر نتایج و نگارش نسخه اولیه مقاله، حامد برکاتی و فروزان صالحی: طراحی مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها، مرتضی عبدالهی: ایده و طراحی و جمع‌آوری داده و نگارش نسخه اولیه مقاله، مرجان عجمی: جمع‌آوری و نگارش. همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را تایید نموده‌اند.

منابع

- [1] Kumar A, Singh V. A study of exclusive breastfeeding and its impact on nutritional status of child in EAG states. J Stat Appl Probabil 2015; 4: 435.
- [2] Asfaw MM, Argaw MD, Kefene ZK. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. Int Breastfeed J 2015; 10: 23. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0049-2> PMid:26269708 PMCID:PMC4534166
- [3] Khabazkhoob M, Fotohi A, Majidi M, Moradi A, Javaherforushzade A, Rezvan B, Etal. Exclusive breastfeeding and some factors affecting it in children referred to health centers in Mashhad. 2007; 53-54 (Persian).
- [4] Adugna B, Tadele H, Reta F, Berhan Y. Determinants of exclusive breastfeeding in infants less than six months of age in Hawassa, an urban setting, Ethiopia. Int Breastfeed J 2017; 12: 45. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0137-6> PMid:29142586 PMCID:PMC5669024
- [5] Maharlouei N, Pourhaghighi A. Factors affecting exclusive breastfeeding, using adaptive LASSO regression. Int J Community Based Nurs Midwifery 2018; 6: 260.
- [6] Fallah R, Kazemnejad A, Shoghli A, Zayeri F, Moezi F. Association of exclusive breastfeeding and its duration with the weight of 24 ½ month-old children in Zanjan Province. J Zanjan Univ Med Sci Health Serv 2016; 24: 99-108.
- [7] Khan MN, Islam MM. Effect of exclusive breastfeeding on selected adverse health and nutritional outcomes: a nationally representative study. BMC Public Health 2017; 17: 889. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4913-4> PMid:29162064 PMCID:PMC5697409
- [8] Jabbari-Biramy H, Samadi-Afshar S. Comparison of growth index in exclusive breastfeeding and infant formula feeding in six-month-old infants in east Azerbaijan province. Depict Health 2018; 8: 252-259.
- [9] Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. Int Breastfeed J 2012; 7: 12.

- [34] Ayawine A, Ayuurebobi K. Determinants of exclusive breastfeeding: a study of two sub-districts in the Atwima Nwabiagya District of Ghana. *Pan Afr Med J* 2015; 22. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.248.6904> PMID:26958111 PMCID:PMC4764318
- [35] Joshi PC, Angdembe MR, Das SK, Ahmed S, Faruque AS, Ahmed T. Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in rural Bangladesh: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* 2014; 9: 1-8. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-9-7> PMID:24904683 PMCID:PMC4046052
- [36] Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health* 2013; 13: 1-1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-171> PMID:23442221 PMCID:PMC3598336
- [37] Setegn T, Belachew T, Gerbaba M, Deribe K, Deribew A, Biadgilign S. Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Goba district, south east Ethiopia: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* 2012; 7: 1-8. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-7-17> PMID:23186223 PMCID:PMC3560275
- [38] Chekol DA, Biks GA, Gelaw YA, Melsew YA. Exclusive breastfeeding and mothers' employment status in Gondar town, Northwest Ethiopia: a comparative cross-sectional study. *Int Breastfeed J* 2017; 12: 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0118-9> PMID:28638435 PMCID:PMC5473972
- [39] El-Gilany AH, Shady E, Helal R. Exclusive breastfeeding in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Breastfeed Me Dicine* 2011; 6: 209-213. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0085> PMID:21214391
- [40] Khasawneh W, Khasawneh AA. Predictors and barriers to breastfeeding in north of Jordan: could we do better?. *Int Breastfeed J* 2017; 12: 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0140-y> PMID:29234457 PMCID:PMC5721388
- [41] Fernandez-Canadas Morillo A, Duran Duque M, Hernandez Lopez AB, Muriel Miguel C, Martinez Rodriguez B, Oscoz Prim A, et al. A comparison of factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 3 and 6 months. *Breastfeed Med* 2017; 12: 430-435. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0045> PMID:28787188
- breastfeeding in a cross-sectional study at a child welfare clinic in Tema Manhean, Ghana. *Int Breastfeed J* 2018; 13: 12. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0156-y> PMID:29541153 PMCID:PMC5840768
- [27] Islam M, Rahman S, Kamruzzaman MI, Samad A. Effect of maternal status and breastfeeding practices on infant nutritional status-a cross sectional study in the south-west region of Bangladesh. *Pan Afr Med J* 2013; 16: 139. <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.16.139.2755> PMID:24847401 PMCID:PMC4024436
- [28] Singh D, Devi N, Raman TR. Exclusive breast feeding in low birth weight babies. *Med J Armed Forces India* 2009; 65: 208-212. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(09\)80045-2](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(09)80045-2) [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(09\)80004-X](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(09)80004-X) PMID:27408247
- [29] Mamemoto K, Kubota M, Nagai A, Takahashi Y, Kamamoto T, Minowa H, Yasuhara H. Factors associated with exclusive breastfeeding in low birth weight infants at NICU discharge and the start of complementary feeding. *Asia Pac J Clin Nutr* 2013; 22: 270-275.
- [30] Mgongo M, Mosha MV, Uriyo JG, Msuya SE, Stray-Pedersen B. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among women in Kilimanjaro region, Northern Tanzania: a population based cross-sectional study. *Int Breastfeed J* 2013; 8: 1-8. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-12> PMID:24107593 PMCID:PMC3852397
- [31] Al-Akour NA, Okour A, Aldebbs RT. Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Syria: a cross-sectional study. *J Adv Med Med Res* 2014; 2713-2724. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2014/8395>
- [32] Jara-Palacios MA, Cornejo AC, Peláez GA, Verdesoto J, Galvis AA. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding among adolescent mothers from Quito, Ecuador: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* 2015; 10: 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-014-0027-0> PMID:25635183 PMCID:PMC4310186
- [33] Khasawneh W, Khasawneh AA. Predictors and barriers to breastfeeding in north of Jordan: could we do better?. *Int Breastfeed J* 2017; 12: 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0140-y> PMID:29234457 PMCID:PMC5721388

Exclusive breastfeeding in the first 6 months of life and its socio-demographic determinants in a nationwide survey in Iran

Mina Esmaeili (Master)¹, Hamed Barakati (M.D)², Morteza Abdollahi (Ph.D)³, Marjan Ajami (Ph.D)¹, Forouzan Salehi (M.D)², Maryam Sadat Kasaii (Master)^{*1}, Anahita Houshiarrad (Master)^{*1}

1- Dept. of Nutrition Research, National Nutrition and Food Technology Research Institute, School of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Population, Family and School Health Office, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

3- National Nutrition & Food Technology Research Institute, and Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 9128214601-9123853350 mkasaii1@gmail.com-anahrad@yahoo.com Received: 25 Aug 2021; Accepted: 1 May 2022

Introduction: Exclusive breastfeeding for up to 6 months has an important role in infant and maternal health and prevention of child mortality. And the present study aimed to examine the factors affecting exclusive breastfeeding in children under 6 months and evaluate the achievement of the World Health Organization's goal for 2025 at the national level.

Materials and Methods: In this national survey, Data from 1845 mothers/caregivers with children under 6 months were examined Information on breastfeeding and infant nutrition during the past 24 hours, demographic information and socio-economic status in 1396 were collected. The survey questionnaire is derived from the DHS questionnaire designed by WHO and the food intake section is based on the standard questionnaire of MICS designed by UNICEF. The role and importance of factors affecting exclusive feeding were determined by logistic regression and chi-square tests.

Results: The rate of exclusive breastfeeding among infants (< 6 months) was 45.9%. The percentage of exclusive feeding was higher in girls compared to boys and it decreased with age ($P=0.00$). Mothers' employment outside the home is one of the effective factors in the discontinuation of exclusive feeding. In this study, the Husband's Occupation, parents' education, and socioeconomic status were not associated with exclusive breastfeeding ($P>0.05$).

Conclusion: We showed that the age and sex of the children and the occupation of the mothers have a significant effect on exclusive breastfeeding. Also, the national rate of exclusive breastfeeding has decreased compared to the previous studies. Thus, health policies should be aimed at raising the awareness of mothers and protecting employed mothers from breastfeeding.

Keywords: Exclusive breastfeeding, children under 6 months, National survey, infants, socio demographic determinants