

## *Exclusive Breastfeeding by Mothers Attending Primary Health Centers in Sari, 2012*

Fatemeh Abdollahi<sup>1</sup>,  
Jamshid Yazdani Charati<sup>2</sup>,  
Samad Roohani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Public Health, Health Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 7, 2014 ; Accepted June 21, 2014)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Exclusive breastfeeding for the first six months after birth has an important role in preventing children morbidity and mortality. Understanding the factors that influence exclusive breastfeeding is critical in promoting this behavior. This study aimed to determine the factors predicting exclusive breastfeeding among children of mothers attending primary health centers in Sari.

**Material and methods:** In a cross-sectional study 400 mothers with children under one year were randomly selected. Data was collected using a researcher-made questionnaire. The questionnaire's content validity and reliability was previously approved. A multivariate logistic regression analysis was used to identify the predictors of exclusive breastfeeding.

**Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding for the first six months after birth was 86.20% . The mean duration of exclusive breastfeeding was 3.2±1.08 months. Also, the prevalence of breastfeeding after six months was 81.6%. Living in their own house and having a supportive husband were independently associated with exclusive breastfeeding.

**Conclusion:** Promotion of exclusive breastfeeding as a maternal child health index in Sari shows that breastfeeding behavior is well established in this region. High rate of exclusive breastfeeding signifies the role of family health programs in this region.

**Keywords:** Breast feeding, exclusive, children

J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(115): 13-21 (Persian).

## بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری، سال ۱۳۹۲

فاطمه عبدالمی<sup>۱</sup>  
جمشید یزدانی چراتی<sup>۲</sup>  
صمد روحانی<sup>۳</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماه اول بعد تولد نقش مهمی در کاهش بیماری و مرگ و میر کودکان دارد. بررسی فاکتورهای تاثیر گذار بر تغذیه انحصاری با شیرمادر جهت ارتقا این مهم اهمیت زیادی دارد. هدف این مطالعه تعیین فاکتورهای تقویت کننده و بازدارنده مرتبط با تغذیه انحصاری با شیرمادر در کودکان مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری می باشد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۴۰۰ مادر دارای کودک زیر یکسال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری (۱۳۹۲) به روش نمونه گیری تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با پرسشنامه محقق ساخته ای که روایی و پایایی آن تایید شده بود، جمع آوری شد. عوامل تقویت کننده و بازدارنده تغذیه انحصاری با شیرمادر بعد از همسازی متغیرها در مدل لجستیک رگرسیون تعیین شد.

**یافته ها:** شیوع و میانگین طول دوره تغذیه انحصاری با شیرمادر در کودکان کمتر از ۶ ماه ۸۶/۲۰ درصد و ۱/۰۸ ± ۳/۲ ماه بود. همچنین شیوع شیردهی در کودکان بیش تر از ۶ ماه ۸۱/۶ درصد بود. در آزمون لجستیک چند طرفه، وضعیت مسکن و تشویق همسر به شیردهی از پیش بینی کننده های مستقل وضعیت تغذیه انحصاری با شیرمادر بود.

**استنتاج:** نتایج این مطالعه بیانگر ارتقا قابل توجه تغذیه انحصاری با شیرمادر به عنوان یکی از شاخص های بهداشت مادر و کودک در شهر ساری می باشد که نشان می دهد سنت شیردهی به خوبی در این منطقه گسترش یافته و نشانگر اقدامات موثر واحد بهداشت خانواده در این عرصه باشد.

**واژه های کلیدی:** شیرمادر، تغذیه انحصاری، کودکان

### مقدمه

تا ۶ ماهگی و ادامه آن حداقل برای دو سال مورد توصیه سازمان بهداشت جهانی بوده (۲) و آن را نشانگر وضعیت بهداشت عمومی جوامع اعلام کرده است (۳).  
تاثیر مثبت تغذیه با شیرمادر بر مادر و کودک اثبات

سال های اول زندگی مهم ترین دوران رشد و تکامل کودک محسوب می شود از این رو تغذیه کودک در این دوران نقش قابل توجهی در عملکرد او در سال های بعد زندگی ایفا می کند (۱). تغذیه انحصاری با شیرمادر

**مؤلف مسئول:** جمشید یزدانی چراتی- ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت E-mail: abdollahizagh@gmail.com

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
  ۲. دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
  ۳. استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۳/۳۱

شده است (۴). در طی ۶ ماه اول زندگی شیر مادر ایده‌آل‌ترین نوع تغذیه بوده و تمام نیازهای غذایی کودک از جمله ویتامین‌ها و مواد معدنی را برآورد کرده (۲) و با کاهش فاکتورهای خطر مشکلات بهداشتی از جمله عفونت گوارشی و تنفسی همراه است (۵). مطالعات در کشورهای رو به توسعه نشان داده است ارتقا تغذیه انحصاری با شیر مادر بهترین مداخله جهت کاهش مرگ و میر کودکان است (۶).

کاهش میزان و قطع زودهنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیرات سو بسیاری بر سلامت و فعالیت‌های اجتماعی - اقتصادی مادر، کودک و اجتماع داشته و منتج به هزینه‌های اضافی بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (۷). تخمین زده شده است عدم تغذیه انحصاری در ۶ ماه اول زندگی منجر به ۱/۴ میلیون مرگ و علت ۱۰ درصد بیماری در کودکان زیر ۵ سال بوده است. از پی‌آمدهای طولانی مدت عدم تغذیه انحصاری می‌توان به کاهش عملکرد کودکان در مدرسه، کاهش رشد اجتماعی و بهره‌هوشی کودکان اشاره کرد (۷).

علی‌رغم تلاش‌های جهانی انجام شده جهت ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر قبل از ۶ ماهگی، این میزان در حد متوسط باقی مانده است (۱). بررسی Cai و همکاران (۲۰۱۲) در ۶۶ کشور رو به توسعه نشان داده کمتر از ۴۰ درصد کودکان زیر ۶ ماه تا سال ۲۰۱۰ تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند. بررسی کشوری در ایران در سال ۲۰۰۶، این میزان را ۵۶/۸ و ۲۷/۷ درصد برای کودکان ۴ و ۶ ماه برآورد کرده است (۸). این میزان خیلی کمتر از ۹۰ درصد پیشنهادی پوشش جهانی تغذیه انحصاری با شیر مادر (۹) و نشان دهنده تلاش‌های فوری برای ایجاد یک برنامه موثر جهت ارتقا تغذیه انحصاری با شیر مادر است.

در ایران، کمیته ملی ارتقا ترویج تغذیه با شیر مادر از سال ۱۳۷۰ توسط وزارت بهداشت و درمان تشکیل شد. از آن پس، سطوح مختلف مداخله جهت تأکید بر تغذیه انحصاری با شیر مادر هم در مراکز بهداشتی و هم

در سطح جامعه شکل گرفت اما علی‌رغم این تلاش‌ها میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در حد قابل قبول نبوده است که ممکن است ناشی از کاهش مطالعات گسترده جهت یافتن فاکتورهای تأثیرگذار بر تغذیه انحصاری با شیر باشد. از آنجایی که الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر تابع شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع بوده، لذا با توجه به اهمیت شیرمادر و نقش آن در جلوگیری از اختلالات رشد کودکان و با عنایت به عدم پیشینه تحقیقاتی این مهم در شهر ساری و ضرورت بررسی آن در شرایط مختلف، تحقیق حاضر به منظور بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیرمادر و عوامل دموگرافیک، اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی بازدارنده و تقویت کننده مرتبط با آن را در در کودکان مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی - مقطعی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و تغذیه تکمیلی ۴۰۰ کودک زیر یکسال تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری (۱۳۹۲)، مرکز استان مازندران با بیش از ۳۰۷۳۹۴۳ نفر جمعیت مورد بررسی قرار گرفت. تعداد نمونه بر اساس فرمول برآورد نمونه در مطالعات توصیفی، واریانس مدت شیردهی انحصاری در مطالعات قبلی (۱/۰۳)، شیوع تغذیه انحصاری با شیرمادر (۳۰ درصد)، اطمینان ۹۵ درصد و خطا ۵ درصد، ۴۰۰ کودک زیر یک سال برآورد شد.

برای انتخاب مراکز بهداشتی درمانی از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و برای انتخاب کودکان تحت پوشش مراکز از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. در روش نمونه‌گیری طبقه‌ای شهر به پنج طبقه (شمال - جنوب - مغرب - مشرق - مرکز) تقسیم شده و نمونه‌های هر مرکز بر اساس جمعیت کودکان تحت پوشش به طور تصادفی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه به دفتر واکنش‌شناسیون مراجعه و آدرس آخرین کودک واکسینه

شده به عنوان اولین نمونه انتخاب و مابقی با توجه به جهت‌های جغرافیایی انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه مادران مراجعه‌کننده جهت مراقبت کودکان زیر یکسال بود. معیار خروج از مطالعه کودکان با ناهنجاری‌های مادرزادی، مادران با بیماری‌های مزمن، کودکان سوء تغذیه‌ای و کودکان دارای کم وزنی هنگام تولد بود. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه محقق ساخته‌ای که روایی و پایایی آن تایید شده بود، انجام شد. پایایی پرسشنامه با پیش‌آزمون بر روی ۴۰ مادر دارای کودک زیر یکسال با ضریب کاپای ۰/۸۴ ( $p < 0/002$ ) تایید شد. پرسشنامه حاوی سوالاتی مربوط به مشخصات دموگرافیک-مأمایی و اجتماعی-اقتصادی-فرهنگی مادر و کودک (۲۳ سوال) شامل سن مادر و کودک، جنس کودک، تعداد فرزندان، سطح سواد پدر و مادر، میزان درآمد خانواده (بر اساس حداقل دریافتی اعلام شده در لایحه بودجه سالیانه وزارت اقتصاد و دارایی سال ۱۳۹۱)، سوالات مربوط به چگونگی شیردهی و تغذیه انحصاری با شیر مادر قبل از ۶ ماهگی (۱۳ سوال) شامل طول مدت شیردهی، علل قطع شیردهی و غیره بود. بخشی از داده‌ها از پرونده بهداشتی کودکان و بخشی دیگر با مصاحبه حضوری با مادر تکمیل گردید. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر با محاسبه تعداد کودکان کمتر از شش ماه که فقط با شیر مادر تغذیه شده‌اند بر کل نوزادان زیر شش ماه محاسبه شد. همچنین جهت محاسبه میانگین طول دوره شیردهی از مادران پرسیده شد چند ماه کودک آن‌ها فقط با شیر مادر تغذیه شده‌اند. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری MBI-SPSS-۲۰ و آزمون‌های آماری توصیفی، آزمون کای دو و رگرسیون لجستیک انجام شد و عوامل تقویت‌کننده و بازدارنده تغذیه انحصاری با شیر مادر بعد از همسازی متغیرها در مدل رگرسیونی تعیین شد. جهت تعیین فاکتورهای تاثیرگذار بر شیردهی ابتدا از لجستیک یک طرفه استفاده شد سپس متغیرهای معنی‌دار در مدل رگرسیون چندجانبه جهت تعیین

متغیرهای مستقل تاثیرگذار بر شیردهی بعد از همسازی دیگر متغیرها وارد شدند. سطح معنی‌داری ۵٪ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی مادران و کودکان زیر دو سال مورد پژوهش به ترتیب  $4/7 \pm 27/99$  سال و  $3/2 \pm 5/74$  ماه بود. اکثر نمونه‌های پژوهش مادران سالم (۹۸/۸ درصد)، شکم اول (۷۱/۰۸ درصد)، خانه‌دار (۷۸/۸ درصد) با سطح سواد زیر دیپلم (۵۹/۳ درصد) بودند. میانگین درآمد ماهیانه خانواده نمونه‌ها  $7752860/78$  ریال بود. جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: مشخصه‌های دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ساری، سال ۱۳۹۱

متغیر	تعداد (درصد)
سن مادر (سال)	۱۶-۲۴ (۲۳/۹) ۹۶
	۲۵-۳۶ (۷۰/۸) ۲۸۴
	$37 \leq$ (۵/۲) ۲۱
شغل پدر	ازاد (۵۰/۴) ۲۰۲
	کارمند (۳۷/۹) ۱۵۲
	کارگر (۱۰/۲) ۴۱
	بیکار (۱/۵) ۶
مسکن	شخصی (۲۰/۹) ۳۱۷
	استیجاری (۷۹/۱) ۸۴
جنس کودک	دختر (۵۲/۴) ۲۱۰
	پسر (۴۷/۶) ۱۹۱
نوع زایمان	طبیعی (۷۴/۶) ۲۹۹
	سزارین (۲۵/۴) ۱۰۲
بیمارستان محل زایمان	دولتی (۵۲/۶) ۲۱۱
	خصوصی (۴۷/۴) ۱۹۰
جاده سلامتی	بله (۹۸/۸) ۳۹۶
	خیر (۱/۲) ۵
سن کودک	$6 \leq$ (۶۲) ۲۴۸
	$6 <$ (۳۸) ۱۵۲

شیوع شیردهی در کودکان بیش‌تر از ۶ ماه ۸۱/۶ درصد و شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان کمتر از ۶ ماه ۸۶/۲۰ درصد بود. همچنین میانگین طول

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر بر حسب مشخصه های دموگرافیک نمونه های مورد پژوهش مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری، ۱۳۹۱

متغیر	تغذیه انحصاری		سطح معنی داری
	با شیر مادر تعداد (درصد)	عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر تعداد (درصد)	
سن مادر (سال)			۰/۸۸
۱۶-۲۴	۴۹ (۸۴/۵)	۹ (۱۵/۵)	
۲۵-۳۶	۱۵۳ (۸۶/۹)	۲۳ (۱۳/۱)	
۳۷≤	۱۱ (۸۴/۶)	۲ (۱۵/۴)	
شغل مادر			۰/۰۳
خانه دار	۱۷۰ (۸۹)	۲۱ (۱۱)	
شاغل	۴۳ (۷۸/۲)	۱۲ (۲۱/۸)	
درآمد			۰/۳۸
≤۵۹۹۹۹۹۹	۴۰ (۸۸/۹)	۵ (۱۱/۱)	
۶۰۰۰۰۰۰ ≤	۱۷۳ (۸۵/۶)	۲۹ (۱۴/۴)	
تعداد فرزندان			۰/۳۰
۱	۱۵۰ (۸۵/۲)	۲۶ (۱۴/۸)	
۲-۵	۶۳ (۸۸/۷)	۸ (۱۱/۳)	
جنس کودک			۰/۱۱
دختر	۱۰۶ (۸۲/۸)	۲۲ (۱۷/۲)	
پسر	۱۰۷ (۸۹/۹)	۱۸ (۱۷/۳)	
سن کودک (ماه)			۰/۱۴
۰-۲	۸۷ (۹۱/۶)	۸ (۴/۸)	
۳-۴	۶۸ (۸۴)	۱۳ (۱۶)	
۵-۶	۵۸ (۸۱/۷)	۱۳ (۱۸/۳)	
نوع زایمان			۰/۳۵
طبیعی	۱۶۰ (۸۷)	۲۴ (۱۳)	
سزارین	۵۳ (۸۴/۱)	۱۰ (۱۵/۹)	
بیمارستان محل زایمان			۰/۰۲
دولتی	۱۰۲ (۸۱/۶)	۲۳ (۱۸/۴)	
خصوصی	۱۱۱ (۹۱)	۱۱ (۹)	

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر بر حسب رفتارهای شیردهی نمونه های مورد پژوهش مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری، ۱۳۹۱

متغیر	تغذیه انحصاری		سطح معنی داری
	با شیر مادر تعداد (درصد)	عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر تعداد (درصد)	
هم اطاقی مادر و نوزاد بعد از زایمان			۰/۰۶
بله	۱۸۸ (۸۷/۹)	۲۶ (۱۲/۱)	
خیر	۲۵ (۷۵/۸)	۸ (۲۴/۲)	
آموزش نحوه شیردهی به مادر			۰/۳۳
بله	۱۶۷ (۸۸/۸)	۲۱ (۱۱/۲)	
خیر	۴۶ (۷۸)	۱۳ (۲۲)	
تمایل مادر به شیردهی			۰/۰۰۶
بله	۱۹۸ (۸۸/۴)	۲۶ (۱۱/۶)	
خیر	۱۵ (۶۵/۲)	۸ (۳۴/۸)	
تشویق همسر به شیردهی			۰/۰۰۱
بله	۱۷۵ (۹۱/۱)	۱۷ (۸/۹)	
خیر	۳۸ (۶۹/۱)	۱۷ (۳۰/۹)	
چگونگی شیردهی			۰/۱۱
برحسب تقاضای کودک	۱۲۷ (۸۸/۸)	۱۶ (۱۱/۲)	
برحسب دلخواه مادر	۸۶ (۸۲/۷)	۱۸ (۱۷/۳)	

دوره تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان کمتر از ۶ ماه  $1/0.8 \pm 3/2$  ماه بود. به اکثر مادران ( $76/30$  درصد) نحوه صحیح شیردهی آموزش داده شده بود و  $56/90$  درصد آنان ( $227$ ) بر حسب تقاضای کودک نوزاد خود را تغذیه می نمودند. در  $11/3$  درصد موارد، کودکان علاوه بر شیر مادر با شیرهای دیگر نیز تغذیه می شدند.

جهت مقایسه درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان کمتر از ۶ ماه مطالعه حاضر با نتایج تحقیق کشوری و استانی در سال  $1387$  و  $1392$ ، از آزمون آماری دو جمله ای استفاده شد و نتایج نشان داد که به طور معنی داری میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در مقایسه با کشوری و استانی افزایش معنی داری داشته (به ترتیب  $p < 0/001$  و  $p < 0/015$ ) است.

نتایج آزمون کای دو نشان داد که شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران خانه دار، مادرانی که در بیمارستان خصوصی زایمان کرده، مادرانی که بیشتر تمایل به شیردهی داشته و توسط همسر خویش به شیردهی تشویق می شده اند بیشتر از مادران شاغل، مادرانی که در بیمارستان های دولتی زایمان کرده و تمایل به شیردهی نداشته و توسط همسر خویش نیز به شیردهی تشویق نمی شده اند بود ( $p < 0/05$ ) (جدول شماره ۲ و ۳).

آزمون لوجستیک یک طرفه نشان داد مادرانی که در منزل شخصی زندگی کرده و در بیمارستان خصوصی زایمان داشته اند در حدود چهار برابر  $CI: 1/8-8/34$  ( $OR: 27/3$ ) مادرانی که زندگی استیجاری داشته و در بیمارستان دولتی زایمان داشته اند به طور انحصاری با شیر مادر نوزاد خود را تغذیه نموده اند. هم چنین احتمال تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان مادرانی که به آنان نحوه شیردهی آموزش داده شده  $CI: 1/04-4/82$  ( $OR: 24/2$ ;  $95\%$ )، تمایل به شیردهی داشته ( $OR: 06/4$ ;  $95\%$ ) و توسط همسر خویش نیز به شیردهی تشویق شده ( $CI: 6/4OR2/15-9/82$ ;  $95\%$ )

بیشتر از دیگر مادران بود. این احتمال درمادارانی که فاصله زمانی بین زایمان و شیردهی آنان بیشتر بود کاهش یافت (95% CI: 78/0OR<sub>0/62-0/97</sub>)

در آزمون لوجستیک چند طرفه پس از همگونی متغیرها، وضعیت مسکن و تشویق همسر به شیردهی از پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر بود به طوری که احتمال تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان مادرانی که در منزل استیجاری زندگی کرده (95% CI: 38/0OR<sub>0/16-0/9</sub>) و به شیردهی تشویق نشده بودند (95% CI: 35/0OR<sub>0/14-0/82</sub>) کمتر از مادران مقیم در خانه شخصی و مادرانی بود که جهت شیردهی توسط همسر خویش حمایت شده بودند.

**جدول شماره ۴:** فاکتورهای تاثیر گذار بر تغذیه انحصاری با شیر مادر با استفاده از مدل رگرسیون لوجستیک در کودکان مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر ساری، ۱۳۹۱

متغیر	تغذیه انحصاری با شیر مادر (تعداد درصد)	عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر (تعداد درصد)	Crude odds ratio (CI 95%)	Adjusted odds ratio (CI 95%)
مسکن				
استیجاری	۳۶ (۷۰/۶)	۱۵ (۲۹/۴)	۳/۸۸ (۱/۸-۸/۳۴)	۰/۳۸ (۰/۱۶-۰/۹)
شخصی	۱۷۷ (۹۰/۳)	۱۹ (۹/۷)	۱	
بیمارستان محل زایمان				
دولتی	۱۰۲ (۸۱/۶)	۲۳ (۱۸/۴)	۱	
خصوصی	۱۱۱ (۹۱)	۱۱ (۹)	۲/۲۷ (۱/۰۵-۴/۹)	
آموزش نحوه شیردهی به مادر				
بله	۱۶۷ (۸۸/۸)	۲۱ (۱۱/۲)	۲/۲۴ (۱/۰۴-۴/۸۲)	
خیر	۴۶ (۷۸)	۱۳ (۲۲)	۱	
تعامل مادر به شیردهی				
بله	۱۹۸ (۸۸/۴)	۲۶ (۱۱/۶)	۴/۰۶ (۱/۵۷-۱۰/۵)	
خیر	۱۵ (۶۵/۲)	۸ (۳۴/۸)	۱	
تشویق همسر به شیردهی				
بله	۳۸ (۶۹/۱)	۱۷ (۳۰/۹)	۴/۶ (۲/۱۵-۹/۸۲)	۰/۳۵ (۰/۱۴-۰/۸۲)
خیر	۱۷۵ (۹۱/۱)	۱۷ (۸/۹)	۱	
زمان شروع شیردهی بعد از زایمان (دقیقه)				
	۲۱۳	۳۴	۰/۸۸ (۰/۶۲-۰/۹۷)	

## بحث

مطالعه حاضر شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مهم مرتبط با آن را در کودکان مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری مورد

بررسی قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان داد ۲٪ ± ۸۶/۲۰٪ کودکان کمتر از شش ماه شهر ساری انحصاراً با شیر مادر تغذیه شده اند که نشان دهنده روند مثبت تغذیه انحصاری با شیر مادر در مقایسه با نتایج بررسی کشوری (۲۰۰۶) (۲۷/۷ درصد) است (۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد علی‌رغم اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر، میزان آن در کشورهای رو به توسعه در حد مطلوب نمی‌باشد (۱). مطالعاتی که در سایر کشورها نیز انجام شده میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در امریکا ۱۶/۸ درصد (۲۰۰۷) در مالزی، ۵۴/۲ درصد (۲۰۰۹) و در ایتالیایی ۷۱/۳ درصد (۲۰۱۰) گزارش شده است (۱۰-۱۲). مطالعات انجام شده طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ در سایر شهرهای ایران نشان داده که روند تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر روند یکنواختی نداشته و زمانی کاهش و در دیگر زمان افزایش داشته است به طوری که این میزان از ۱/۶ درصد در فسا (۲۰۱۱) (۱۳)، ۵۶/۴ درصد در مشهد (۲۰۰۷) (۱۴)، ۶۱/۶ درصد در امیدیه (۲۰۱۰) (۱۵)، ۶۱/۶ درصد در استان گلستان (۱۶)، ۷۴ درصد در رشت (۲۰۰۸) (۱۷) تا ۸۵/۷ درصد در استان گیلان (۲۰۱۱) (۱۸) متفاوت بوده است. همچنین مقایسه نتایج این مطالعه با یافته‌های شاخص عدالت در سلامت استان مازندران (۲۰۱۳) که شیوع تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر را در شهرستان ساری ۷۵ درصد گزارش نموده و نیز با یافته‌های گذشته در استان مازندران (۲۰۱۰) که این میزان را ۶۴/۹۱ درصد گزارش نموده دلالت بر روند مثبت تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در شهر ساری دارد (p < ۰/۰۱۵). بنابراین با توجه به نتایج سایر مطالعات، مادران در شهر ساری مشابه مادران استان گیلان (۸۵/۷ درصد) (۱۸) نسبت به تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر حساس بوده و تا حدود زیادی این مهم را دریافته‌اند. این تفاوت می‌تواند ناشی از گذر زمان و افزایش اهمیت به این مهم در استان و شهرستان در نتیجه برنامه‌های آموزشی ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی، حساسیت رسانه‌های عمومی طی سال‌های اخیر و نیز تفاوت در روش مطالعه

مطالعات نشان داده که حمایت همسر به طور معنی داری طول مدت شیردهی را افزایش می دهد (۱۹). در مطالعه اخیر مادرانی که توسط همسران خویش به شیردهی تشویق شده بودند به طور متوسط ۱/۶۹ ماه بیشتر به کودکان خود شیرد داده اند.

در پایان می توان نتیجه گرفت که میزان تغذیه ی انحصاری با شیرمادر در شهرسازی مشابه میزان استاندارد پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی (۹۰ درصد) و در حد مطلوب می باشد. وضعیت اقتصادی پایین و عدم حمایت همسر جهت شیردهی از موانع این مهم می باشد. اگرچه تغییر وضعیت اقتصادی به آسانی و به سرعت ممکن است مقدور نباشد اما با ایجاد محیط مناسب و حمایت کننده با در نظر گرفتن تفاوت های فرهنگی و اقتصادی می توان میزان تغذیه ی انحصاری با شیرمادر را به میزان استاندارد جهانی رساند.

از جمله نقاط قوت این مطالعه استفاده از پرسشنامه استاندارد با اعتماد و روایی بالا برای اولین بار در شهرسازی می باشد. نتایج این مطالعه محدود به گزارش مادران در مورد رفتارهای شیردهی که ممکن است ظریف یادآوری در آن دخالت داشته باشد. از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر، بررسی کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بود که ممکن است نماینده واقعی کودکان جامعه نباشد. همچنین این مطالعه دانش و نگرش مادران و نیز دیگر فاکتورهای مربوط به خانواده و اطرافیان که ممکن است بر تغذیه ی انحصاری با شیرتاثیر بگذارد را بررسی نکرده است. پیشنهاد می شود مطالعه کمی و کیفی در سطح وسیع تر و در فرهنگ های مختلف در سطح جامعه انجام گیرد.

## سپاسگزاری

از معونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت حمایت مالی از طرح، کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و و مادران مراجعه کننده به این مراکز جهت همکاری در اجرای طرح سپاسگزاری می شود.

و نمونه های مورد مطالعه باشد. چنانچه اکثر نمونه های این مطالعه را مادران سالم، خانه دار، با میانگین سنی مناسب برای شیردهی که زایمان طبیعی داشتند (عوامل موثر بر شیردهی طبق گزارشات قبلی) تشکیل می دهند (۱۵،۱۴،۱۱،۱۰) که می توان آن را از محدودیت های پژوهش فرض کرد. همچنین درصد زیادی از مطالعات قبلی نقش آموزش در تقویت نگرش نسبت به شیردهی را از عوامل مهم تاثیرگذار بر شیوع تغذیه ی انحصاری با شیرمادر دانسته اند (۱۵،۱۴). نتایج این مطالعه نیز نشان داد به اکثر مادران در مورد شیردهی آموزش داده شده بود. و نیز با توجه به زمینه های متفاوت فرهنگی و اقتصادی، اجتماعی، این دامنه گسترده دور از انتظار نمی باشد.

آزمون لوجستیک چند طرفه بعد از حذف متغیرهای مداخله گر نشان داد بین وضعیت مسکن و تغذیه ی انحصاری با شیرمادر ارتباط معنی داری وجود داشت. به طوری که احتمال تغذیه انحصاری در کودکان مادرانی که در منزل شخصی زندگی کرده بیشتر از کودکان مادران مقیم در خانه استیجاری بود. وضعیت مسکن یکی از شاخص های مهم نشانگر وضعیت اجتماعی اقتصادی در ایران می باشد. اگرچه نتایج مطالعات در سایر کشورها ارتباطی بین وضعیت اقتصادی و تغذیه انحصاری با شیرمادر نشان نداده (۱۰)، نتایج بررسی های کشوری نشان می دهد ارتباط بین وضعیت اقتصادی و تغذیه انحصاری با شیرمادر نامشخص بوده به طوری که در بعضی از مناطق کشور بهبود وضعیت اقتصادی سبب افزایش تغذیه انحصاری با شیرمادر شده و در دیگر مناطق این ارتباط معکوس بوده است (۸). می توان چنین نتیجه گرفت میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر بیشتر از وضعیت اقتصادی، تحت تاثیر آداب و سنن اجتماعی در مناطق مختلف می باشد.

نتایج مطالعه رابطه معنی داری بین حمایت همسر و تغذیه ی انحصاری با شیرمادر نشان داد. به طوری که مادرانی که توسط همسر خویش به شیردهی تشویق شده بودند بیشتر مبادرت به شیردهی نموده اند. نتایج سایر

---

## References

1. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2012; 7(1): 12.
2. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva. WHO. 2002.
3. World Health Organisation. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva. World Health Organization; 2003.
4. IP S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, Trikalinos T, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Technol Asses (Full Rep)* 2007; 153: 1-186.
5. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (8).
6. World Health O. Global strategy for infant and young child feeding, The optimal duration of exclusive breastfeeding. 54<sup>th</sup> World Health Assembly. Geneva: World Health Organization. 1, May, 2001.
7. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2008; 11(12): 1411.
8. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *Int Breastfeed J* 2009; 4(8).
9. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362(9377): 65-71.
10. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 2011; 128(6): 1117-1125.
11. 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): 17.
12. Tan K. Factors associated with non-exclusive breastfeeding among 4-week post-partum mothers in Klang District, Peninsular Malaysia. *Malays J Nutr* 2009; 15(1): 11-18.
13. Mehrparvar Sh, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of exclusive breastfeeding in children below six months in Kerman city during 2008-2009. *J Fasa Univ Med Sci* 2011; 1(1): 45-52 (Persian).
14. KhabazKhoob M, Fotouhi A, Majidi M, Moradi A, Javaherforoshzadeh A, Haeri Kermani Z, et al. Prevalence of Exclusive breastfeeding in health center Mashhad 2007. *Iranian Journal of Epidemiology* 2007; (3-4): 45-53 (Persian).
15. Nasser-pur F, Nouhjah S, Sharifat R. Pattern of exclusive breastfeeding and related factors in children attending health centers of Omidieh city in 2010. *Jentashapir* 2010; 2(3): 119-124 (Persian).
16. Veghari G, Mansourian A, Abdollahi A. Breastfeeding status and some related factors in northern Iran. *Oman Med J* 2011; 26(5): 342-348.
17. Jalahi H, Mohammadpoor R, Gholami S, Vahedi H. Reasons for formula milk consumption in infants under 6 months in Mazandaran province in 2003. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2005; 15(46): 111-116 (Persian).



18. Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Multiple Indicator and Demographic and Health Survey (IrMIDHS). Iranian Ministry of Health and Medical Education 2010, Tehran, Iran. 2012; (Persian).
19. Olayemi O, Aimakhu CO, Bello FA, Motayo VO, Ogunleye AA, Odunukan OW, et al. The influence of social support on the duration of breast-feeding among antenatal patients in Ibadan. J Obstet Gynaecol 2007; 27(8): 802-805.