

# تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد، ۱۳۸۶

مهدی خباز خوب<sup>۱</sup>، اکبر فتوحی<sup>۲</sup>، محمدرضا مجدی<sup>۳</sup>، علی مرادی<sup>۴</sup>، علی جواهر فروشزاده<sup>۵</sup>، زهرا حائری کرمانی<sup>۶</sup>،  
حشمت قدسی<sup>۷</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد

<sup>۴</sup> مربی، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد

<sup>۵</sup> پزشک عمومی، پژوهشگر

<sup>۶</sup> پزشک عمومی، پژوهشگر، مرکز بهداشت ثامن مشهد

<sup>۷</sup> کارشناس، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد

نویسنده رابط: مهدی خباز خوب، آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات سرطان، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۸۱۰۱۰، نمابر: ۰۲۱-۲۲۴۸۱۰۱۰، پست الکترونیک:

khabazkhoob@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۰/۱؛ پذیرش: ۸۶/۱۲/۱۳

**مقدمه و اهداف:** تغذیه انحصاری با شیر مادر بهترین تغذیه برای کودک می باشد که تأمین کننده نیازهای جسمی فیزیولوژیکی و روحی

او تا ۶ ماهگی است و بروز برخی عفونت ها با تغذیه با شیر مادر کاهش می یابد. گزارش حاضر با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد ارائه می شود.

**روش کار:** طی یک مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت به وسیله نمونه گیری طبقه ای خوشه ای تعداد ۱۴۵۰ طفل ۱۲-۷ ماهه از ۳۰ خوشه انتخاب شد. اطلاعات به وسیله پرسش نامه و مصاحبه با مادر جمع آوری گردید. تغذیه انحصاری با شیر مادر به صورت تغذیه با شیر تا پایان ۶ ماهگی بدون مصرف هیچ گونه مواد غذایی بدون در نظر گرفتن قطره و شربت (ویتامین، مکمل ها و داروها) تعریف شد.

**نتایج:** میزان پاسخ مادران به شرکت در مطالعه ۸۷/۴٪ بود. ۵۱/۲٪ پسر و ۴۸/۸٪ (۶۱۸ نفر) دختر بودند. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی ۵۶/۴٪ با (۹۵٪ CI: ۶۳/۲-۴۹/۷) بود. این مقدار در پسران ۵۷/۲٪ با (۹۵٪ CI: ۶۴/۴-۴۹/۹) و دختران ۵۵/۷٪ (۹۵٪ CI: ۶۲/۶-۴۸/۷) بود. ۹۱/۷٪ (۹۵٪ CI: ۸۸/۷-۹۴/۷) اطفال مورد بررسی بلافاصله پس از زایمان تغذیه با شیر مادر شده اند. سن مادر، آگاهی مادر از کافی بودن شیر و توصیه اطرافیان به مصرف شیر خشک فاکتورهای بودند که در مدل رگرسیون لجستیک چندگانه رابطه معنی داری با تغذیه با شیر مادر تا ۶ ماهگی داشتند.

**نتیجه گیری:** حدود ۴۳٪ از کودکان تا ۶ ماهگی جایگزینی مثل غذای خانواده یا شیر خشک برای شیر مادر دارند. با توجه به اهمیت تأثیر مصرف شیر مادر ارائه برنامه های آموزشی از طرف وزارت بهداشت و بالا بردن آگاهی مادران نسبت به شیردهی می تواند از اولویت های بهداشتی در سلامت کودکان باشد.

**واژگان کلیدی:** تغذیه انحصاری با شیر مادر، مطالعه مقطعی، مشهد

می باشد (۱). این مقوله طی سال های گذشته از مهم ترین

توصیه های سازمان جهانی بهداشت و یونسف بوده است (۲). طی

سال های گذشته سوء تغذیه، عفونت های تنفسی و اسهال به عنوان

علت های اصلی مرگ و میر اطفال بوده اند در این راستا گزارشات

مبنی بر این که تغذیه با شیر مادر تا حد قابل توجهی از بروز این

## مقدمه

تغذیه انحصاری با شیر مادر به عنوان بهترین تغذیه برای کودک تا سن ۶ ماهگی می باشد که علاوه بر تأمین نیازهای جسمی و فیزیولوژیکی مکمل نیازهای روانی، کودک و به خصوص مادر

مرکز بهداشت درمانی تحت پوشش دارد. در این مطالعه نمونه‌گیری با روش طبقه‌ای خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام شد. ۴ مرکز بهداشت اصلی به عنوان طبقات و خوشه‌ها تمام مراکز شهری درمانی در نظر گرفته شدند. نمونه‌ها متناسب با جمعیت مراکز بهداشت اصلی (طبقات) انتخاب شد. در مرحله اول تعدادی خوشه از هر مرکز به طور تصادفی انتخاب شده و سپس در مرحله دوم نمونه‌گیری تصادفی در هر خوشه انجام شد. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس مطالعه محمود ایمانی و همکاران که در زاهدان انجام شده بود محاسبه گردید (۹). حجم نمونه برای نسبت ۴۵٪ با سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت ۳۰٪ تعداد ۱۰۵۶ نمونه به دست آمد، با توجه به نوع نمونه‌گیری اثر طرح ۱/۲۵ و میزان پاسخ افراد، ۹۰٪ در نظر گرفته شد و تعداد نمونه نهایی ۱۴۵۰ نفر مشخص شد. تعداد ۱۴۵۰ نمونه از ۳۰ خوشه به طور تصادفی (تعداد خوشه‌ها متناسب با طبقه) انتخاب شد (جدول ۱). از هر مرکز بهداشت درمانی شهری تعداد ۴۸ نمونه به روش سیستماتیک انتخاب شد؛ نمونه‌گیری بدین صورت بود که در روزهای زوج اطفال با شماره پرونده فرد و در روزهای فرد اطفال دارای شماره پرونده زوج مورد بررسی قرار می‌گرفتند. پس از انتخاب نمونه ابتدا از مادر کودک رضایت‌نامه‌ای جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید، رضایت‌نامه شامل تعهد مجری طرح نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات مادر و کودک بود. پس از رضایت مادر جهت شرکت در مطالعه مصاحبه با مادر به وسیله پرسش‌گر انجام می‌شد. اولین شرط ورود به مطالعه پس از رضایت دادن، سکونت حداقل ۵ سال گذشته در مشهد بود. داده‌ها از طریق مصاحبه به وسیله پرسش‌نامه‌ای که شامل اطلاعات مربوط به کودک، مادر و یک‌سری اطلاعات دموگرافیک بود جمع‌آوری گردید. قابل ذکر است که پرسش‌نامه‌ای دیگر جهت ارزیابی آگاهی و نگرش مادران نسبت به شیر مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر به وسیله خود مادر تکمیل می‌گردید. پرسش‌نامه‌های این مطالعه به وسیله ۷ متخصص پایا گردید و در

بیماری‌ها می‌کاهد به چشم می‌خورد (۳). تغذیه انحصاری با شیر مادر علاوه بر تأثیرات مثبت بر کودک و مادر تأثیرات آشکاری را به دلیل عدم مصرف شیر خشک بر اقتصاد خانواده و جامعه بر جای می‌گذارد (۴). مطالعات انجام شده در این زمینه با توجه به اهمیت آن بسیار معدود است، یکی از مهم‌ترین مطالعات طرحی کشوری بود که در سال ۷۶ وضعیت تغذیه با شیر مادر را در مناطق شهری و روستایی ۴۳٪ مشخص کرد (۵). مطالعات جامعی دیگر نیز در سال‌های ۷۷ و ۷۹ این مقدار را به ترتیب ۸۳٪ و ۵۵/۶٪ گزارش کردند (۶،۷). با این‌که تغذیه کودک از شیر مادر راحت‌ترین و با صرفه‌ترین روش جهت برطرف کردن نیازهای کودک می‌باشد ولی عواملی مثل شاغل بودن مادر، توصیه‌های اطرافیان و از همه مهم‌تر باورها غلط مادران و نگرش وی نسبت به شیردهی بر این مقوله تأثیر منفی گذاشته است (۸). با توجه به اهمیت موضوع و منوط به این‌که مطالعات انجام شده در ایران نسبتاً قدیمی بوده و آمار جدیدی از تغذیه انحصاری با شیر مادر در کشور وجود ندارد یا حداقل منتشر نشده است نیاز به مطالعات جدیدتر و گسترده‌تر کاملاً احساس می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد ارائه می‌شود.

## روش کار

مطالعه تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد، یک مطالعه مقطعی (مبتنی بر جمعیت) است که در سال ۱۳۸۶ بر روی جمعیت زیر ۱ سال، انجام گردید. جمعیت هدف در این مطالعه تمام اطفالی بودند که در زمان جمع‌آوری اطلاعات ۶ ماهگی را تمام کرده و حداکثر ۱ ساله بودند. شهر مشهد شامل ۴ مرکز بهداشت می‌باشد، هر مرکز تعدادی

جدول ۱- جزئیات روش نمونه‌گیری و مقایسه درصد نمونه در هر طبقه به سهم هر طبقه

طبقات	سهم طبقه در کل جامعه	تعداد خوشه منتخب (مرکز بهداشت درمانی شهری)	شرکت کننده	
			تعداد	درصد
مرکز بهداشت ۱	۲۳٪	۷	۲۷۶	۲۱/۸
مرکز بهداشت ۲	۴۵٪	۱۳	۵۵۹	۴۴/۱
مرکز بهداشت ۳	۲۶٪	۸	۳۴۱	۲۶/۹
ثامن	۶٪	۱ پایگاه	۹۱	۷/۲
کل	۱۰۰٪	۳۰	۱۲۶۷	۱۰۰

رگرسیون چندگانه استفاده شد و نسبت‌های برتری گزارش گردید. تمامی تجزیه و تحلیل‌ها با نرم افزار ۸ STATA صورت گرفت.

### یافته‌ها

طی اجرای این مطالعه که طی تیر ماه تا شهریور ۱۳۸۶ در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد از نمونه انتخاب شده ۱۲۶۷ مادر برای شرکت در مطالعه رضایت دادند (میزان پاسخ ۸۷/۴٪). همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد سهم تعداد نمونه در هر طبقه با سهم آن طبقه در جمعیت کل تفاوت زیادی نداشت. از نمونه مورد مطالعه ۵۱/۲٪ (۶۴۹ نفر) پسر و ۴۸/۸٪ (۶۱۸ نفر) دختر بودند. میانگین سن اطفال مورد بررسی ۸/۲ ماه با انحراف معیار ۱/۷ ماه بود. کمترین و بیشترین سن مورد بررسی ۷ ماه و ۱۲ ماه بود. ۵۷٪ اطفال مورد بررسی فرزند اول خانواده، ۲۵/۸٪ فرزند دوم و ۱۷/۲٪ دیگر فرزند سوم یا بالاتر بودند. میانگین وزن بدو تولد اطفال مورد بررسی ۳۱۹۰ گرم با انحراف

یک نمونه ۵۰ تاپی از روایی پرسش‌نامه اطمینان به دست آمد. در این مطالعه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی بدین صورت تعریف شد: تغذیه شیرخوار با شیر مادر بدون دادن هیچ ماده غذایی دیگر، البته در موارد لزوم قطره و شربت (ویتامین، مکمل‌ها و داروها) داده می‌شود.

### تجزیه و تحلیل آماری

شیوع در این مطالعه به صورت درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی محاسبه گردیده است. این شیوع در جمعیت مورد مطالعه بر حسب جنس، رتبه تولد کودک، سن مادر در زمان زایمان، نوع زایمان، سواد مادر و ... محاسبه شده است. برای محاسبه فواصل اطمینان ۹۵٪ اثر نمونه‌گیری خوشه‌ای لحاظ شد و نتایج تطبیق گردید. به منظور بررسی رابطه متغیرهای نامبرده با تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی از رگرسیون لجستیک جداگانه و برای شناسایی و جداکردن مخدوش کننده‌ها از مدل

جدول ۲- شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی بر اساس متغیرهای مربوط به کودک

عامل خطر	(حدود اطمینان ۹۵٪) شیوع	اثر طرح
<b>جنس</b>		
مذکر	۵۷/۱ (۴۹/۹-۶۴/۴)	۳/۳
مؤنث		
<b>رتبه تولد</b>		
اول	۵۶/۸ (۴۹/۶-۶۳/۹)	۳/۵
دوم	۵۵/۷ (۴۸/۲-۶۳/۲)	۱/۸
سوم یا بالاتر	۵۶/۷ (۴۵/۳-۶۸/۱)	۲/۷
<b>شروع مصرف شیر بلافاصله پس از زایمان</b>		
بلی	۵۷/۲ (۵۰/۲-۶۴/۳)	۱/۱
خیر	۴۹/۱ (۳۸/۳-۵۹/۷)	۵/۶
<b>داشتن بیماری زمینه‌ای</b>		
بلی	۵۲/۸ (۳۸/۲-۶۷/۴)	۱/۴
خیر	۵۶/۸ (۴۹/۷-۶۴/۰)	۵/۸
<b>نوع زایمان</b>		
طبیعی	۶۱/۱ (۳۴/۹-۵۴/۰)	۳/۳
سزارین	۵۲/۰ (۴۳/۹-۶۰/۰)	۳/۹
<b>زایمان</b>		
به موقع	۵۷/۰ (۵۰/۳-۶۳/۶)	۴/۵
زودرس	۴۶/۵ (۳۱/۶-۶۱/۴)	۲/۷
دیررس	۶۶/۶ (۵۳/۶-۷۹/۷)	۱/۶
<b>کل</b>	<b>۵۶/۴ (۴۹/۷-۶۳/۲)</b>	<b>۲/۶</b>

شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در جمعیت مورد مطالعه ۵۶/۴٪ با (۹۵٪ CI: ۴۹/۷ - ۶۳/۲) بود (اثر طرح=۵/۶). این مقدار تا ۴ ماهگی در ۹۱/۴٪ (۹۵٪ CI: ۸۸/۵ - ۹۴/۳) (اثر طرح=۲/۷) مشاهده شد. ۵۷/۲٪ پسران با (۹۵٪ CI: ۴۹/۹ - ۶۴/۴) تا ۶ ماهگی فقط از شیر مادر استفاده کردند (اثر طرح=۳/۳). این مقدار در دختران ۵۵/۷٪ (۹۵٪ CI: ۴۸/۷ - ۶۲/۶) بود (اثر طرح=۲/۹). شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در دو

معیار ۵۴۹ گرم بود، این مقدار در مورد قد آنان ۴۹/۷ سانتی متر با انحراف معیار ۳ سانتی متر بود. از نمونه مورد مطالعه ۲ طفل به دلیل فنیل کتونوری و گالاکتوزموی و ۱۱ طفل به دلیل مصرف داروی خاص به وسیله مادر از تغذیه با شیر مادر محروم بودند. این مقدار برای محاسبه شیوع در مخرج کسر باقی ماند. ۹۱/۷٪ (۹۵٪ CI: ۸۸/۷ - ۹۴/۷) اطفال مورد بررسی بلافاصله پس از زایمان تغذیه با شیر مادر شده‌اند.

جدول ۳- شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی بر اساس متغیرهای مربوط به مادر

عامل خطر	(حدود اطمینان ۹۵٪) شیوع	اثر طرح
سن مادر در زمان زایمان		
≤ ۲۰	۶۸/۳ (۵۳/۱ - ۸۳/۵)	۲/۶
۲۱ - ۲۵	۵۷/۳ (۴۹/۷ - ۶۴/۸)	۲/۴
۲۶ - ۳۰	۵۴/۷ (۴۷/۳ - ۶۲/۱)	۲/۳
۳۱ - ۳۵	۵۷/۶ (۴۷/۶ - ۶۷/۶)	۲/۰
۳۶ - ۴۰	۴۸/۰ (۳۴/۵ - ۶۱/۵)	۱/۳
> ۴۰	.	.
تحصیلات مادر		
بی سواد	۸۵/۱ (۷۱/۴ - ۹۸/۸)	۱/۶
ابتدایی	۵۵/۵ (۴۱/۵ - ۶۹/۶)	۴/۳
راهنمایی	۶۴/۰ (۵۳/۴ - ۷۴/۶)	۳/۵
دبیرستان	۵۱/۹ (۴۶/۹ - ۵۶/۹)	۱/۱
دانشگاهی	۴۸/۴ (۳۵/۹ - ۶۰/۸)	۲/۸
بیماری زمینه‌ای		
دارد	۴۵/۹ (۳۰/۴ - ۶۱/۵)	۱/۷
ندارد	۵۶/۹ (۵۰/۴ - ۶۳/۵)	۴/۹
آگاهی از معیار کافی بودن شیر		
دارد	۵۸/۸ (۵۲/۰ - ۶۵/۶)	۴/۸
ندارد	۴۵/۷ (۳۸/۹ - ۵۲/۶)	۰/۸
بیشترین زمان شیردهی		
صبح	۵۷/۶ (۴۸/۷ - ۶۶/۵)	۳/۱
ظهر	۴۰/۰ (۲۹/۷ - ۵۱/۲)	۰/۸
عصر	۶۱/۹ (۴۰/۱ - ۸۳/۷)	۲/۰
اول شب	۵۱/۳ (۳۸/۷ - ۶۳/۸)	۱/۷
نیمه شب	۵۵/۰ (۴۶/۲ - ۶۳/۸)	۲/۴
توصیه به دادن شیر خشک از طرف اطرافیان		
بلی	۴۶/۲ (۳۷/۶ - ۵۴/۸)	۱/۹
خیر	۵۹/۳ (۵۱/۸ - ۶۶/۷)	۵/۴
	۵۶/۴ (۴۹/۷ - ۶۳/۲)	۲/۶
کل	۴۶/۲ (۳۷/۶ - ۵۴/۸)	۱/۹

دنيا آمده بودند تفاوت معنی داری نداشت ( $P=0/069$ ،  $P=0/159$ ). تغذیه با شیر مادر حتی در مادرانی که بیماری زمینه‌ای داشتند نسبت به مادران دیگر تفاوت معنی داری نداشت ( $P=0/612$ ).

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران زیر ۲۰ سال حدود  $68/3\%$  است که این مقدار در سنین ۴۰-۳۶ سال به  $48\%$  می‌رسد. بررسی رابطه سن مادر با تغذیه انحصاری نشان می‌دهد که با افزایش سن مادر تغذیه انحصاری با شیر به طور معنی داری کم می‌شود ( $P<0/001$ ). سن ازدواج نیز به طور معنی داری با شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر رابطه عکس داشت ( $P=0/034$ ).

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد تغذیه انحصاری با شیر مادر با سواد مادر رابطه عکس دارد و تغذیه انحصاری در مادران با سطح سواد پایین‌تر به طور معنی داری بیشتر است ( $P<0/05$ ),  $53\%$  مادران شاغل به فرزند خود تا ۶ ماهگی شیر می‌دادند و این مقدار در زنان خانه‌دار  $56\%$  بود ( $P>0/05$ ). رابطه تعداد فرزند با تغذیه انحصاری با شیر مادر از نظر آماری معنی دار نبود ( $P=0/82$ ).

جدول ۴- رابطه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی با متغیرهای مربوط به کودک در یک مدل رگرسیون لجستیک جداگانه

عامل خطر	(حدود اطمینان ۹۵٪) نسبت شانس	P-Value
جنس		
مؤنث	۱	
مذکر	$1/06 (0/89-1/26)$	$0/486$
رتبه تولد		
اول	۱	
دوم	$0/96 (0/71-1/28)$	
سوم و یا بالاتر	$0/99 (0/67-1/40)$	
شروع مصرف شیر بلافاصله پس از زایمان		
بلی	۱	
خیر	$1/4 (0/86-2/23)$	$0/162$
داشتن بیماری زمینه‌ای		
بلی	۱	
خیر	$0/85 (0/44-1/60)$	$0/612$
نوع زایمان		
طبیعی	۱	
سزارین	$1/44 (1/04-2/10)$	$0/027$
زایمان		
به موقع	۱	
زودرس	$0/65 (0/36-1/19)$	$0/159$
دیررس	$1/5 (0/96-2/30)$	$0/069$

جنس تفاوت معنی داری از نظر آماری نداشت ( $P=0/486$ ). تفاوت شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکانی که بلافاصله پس از زایمان از شیر مادر استفاده کرده‌اند با آن‌هایی که مصرف نکردند از نظر آماری معنی دار نبود ( $P=0/162$ ). شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر با قد و وزن بدو تولد رابطه معنی دار آماری نداشت ( $P>0/05$ ).

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد  $61/1\%$  کودکانی که به روش طبیعی به دنیا آمده بودند تا ۶ ماهگی از شیر مادر مصرف کرده بودند این مقدار در کودکانی که به روش سزارین به دنیا آمده بودند  $52\%$  بود. در مدل رگرسیون جداگانه شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکانی که به روش طبیعی به دنیا آمده بودند به طور معنی داری بیشتر بود ( $P=0/027$ ).

شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکانی که به موقع به دنیا آمده بودند  $57\%$  بود، این مقدار در کودکان زودرس و دیررس به ترتیب برابر با  $46/5\%$  و  $66/7\%$  بود. تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زودرس و دیررس نسبت به کودکانی که به موقع به

بود ( $P < 0/001$ ). طی یک پرسش‌نامه سئوالاتی از مادر درباره آگاهی او از مزایا و خواص شیر مادر و همچنین نگرش وی نسبت به شیردهی پرسیده شد که بیان مفصل آن از حوصله این گزارش خارج است ولی نتایج به طور کلی مشخص کرد که بین آگاهی مادر و شیوع تغذیه انحصاری رابطه معنی‌داری وجود ندارد ولی بین نگرش مادر و تغذیه انحصاری طفل با شیر مادر تا ۶ ماهگی رابطه آماری معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). رابطه مصرف شیر مادر تا ۶ ماهگی به صورت انحصاری با متغیرهای فوق در یک مدل رگرسیون چندگانه مورد بررسی قرار

آموزش قبل از زایمان در مورد تغذیه با شیر هیچ رابطه معنی‌داری با تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی نداشت ( $P > 0/05$ ). آگاهی مادر از معیار کافی بودن شیر به طور معنی‌داری با تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی رابطه دارد ( $P < 0/001$ ). توصیه مادر از طرف اطرافیان به مصرف شیر خشک قبل از زایمان رابطه معنی‌داری با تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در طفل دارد به طوری که مادرانی که قبل از زایمان توصیه به مصرف شیر خشک برای طفلشان شده‌اند ۴۶/۲٪ آن‌ها تا ۶ ماهگی به فرزندشان شیر داده‌اند در حالی که این مقدار در مادرانی که توصیه نشده‌اند ۶۰٪

جدول ۵- رابطه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی با متغیرهای مربوط به مادر در یک مدل رگرسیون لجستیک جداگانه

عامل خطر	(حدود اطمینان ۹۵٪) نسبت شانس	P-Value
<b>سن مادر در زمان زایمان</b>		
<۲۰	۱	
۲۱-۲۵	۰/۶۲ (۰/۲۹-۱/۳۰)	۰/۲۰۳
۲۶-۳۰	۰/۵۶ (۰/۲۹-۱/۰۸)	۰/۰۸۲
۳۱-۳۵	۰/۶۳ (۰/۳۳-۱/۲۰)	۰/۱۵۸
۴۰-۳۶	۰/۴۳ (۰/۲۰-۰/۹۱)	۰/۰۳۱
<b>تحصیلات مادر</b>		
بی‌سواد	۱	
ابتدایی	۰/۲۱ (۰/۰۷-۰/۶۷)	۰/۰۰۱
راهنمایی	۰/۳۱ (۰/۱۱-۰/۸۴)	۰/۰۲۳
دبیرستان	۰/۱۹ (۰/۰۶-۰/۵۶)	۰/۰۰۴
دانشگاهی	۰/۱۶ (۰/۰۴-۰/۵۵)	۰/۰۰۵
<b>بیماری زمینه‌ای</b>		
ندارد	۱	
دارد	۰/۶۴ (۰/۳۷-۱/۰۹)	۰/۱۰۳
<b>آگاهی از معیار کافی بودن شیر</b>		
ندارد	۱	
دارد	۱/۷ (۱/۳-۲/۳)	۰/۰۰۲
<b>بیشترین زمان شیردهی</b>		
صبح	۱	
ظهر	۰/۵ (۰/۲۸-۱/۸۸)	۰/۰۱۸
عصر	۱/۱۹ (۰/۴۶-۳/۰۴)	۰/۰۰۷
اول شب	۰/۷۷ (۰/۴۵-۱/۳۰)	۰/۰۳۳
نیمه شب	۰/۸۹ (۰/۶۵-۱/۲۰)	۰/۰۰۵
<b>توصیه به دادن شیر خشک از طرف اطرافیان</b>		
بلی	۱	
خیر	۱/۷ (۱/۱-۲/۵)	۰/۰۱۱

## بحث

گرفت و فاکتورهای مؤثری که در مدل باقی ماندند سن مادر، آگاهی مادر از کافی بودن شیر و توصیه اطرافیان بوده است.

گزارش حاضر یک مطالعه مقطعی بوده که به بررسی شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی و برخی عوامل مؤثر بر آن در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی زیر ۱ سال شهر مشهد پرداخته است. همان طور که در قسمت روش کار بیان شد نمونه گیری از مادرانی که جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. اگرچه نمونه از کل جامعه به صورت فعال انتخاب نشده است ولی با توجه به این که تقریباً تمامی مادرانی که فرزند زیر ۱ سال دارند جهت پایش رشد و اکسیانسیون فرزند خود به مراکز درمانی شهری مراجعه می کنند با اطمینان بالایی می توان نسبت به تعمیم نتایج به دست آمده قضاوت کرد.

تغذیه انحصاری با شیر مادر طی سال های گذشته به عنوان اولویت های بهداشتی در جامعه ما مطرح بوده و حتی مطالعات وسیعی مثل مطالعه دکتر مرنیدی و همکاران، مطالعه DHS و مطالعاتی دیگر که در سال های ۷۶ و ۷۷ توسط وزارت بهداشت در این راستا انجام شده، مؤید این مطلب می باشد (۷-۴). با این حال مطالعات اندک طی سال های گذشته در این زمینه نشان داده که

جدول ۶- مقایسه شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مشهد با سایر مطالعات

سایر مطالعات خارج از ایران			ایران		
سال	محل	شیوع	سال	محل	شیوع
۱۹۹۴	اکوادور	۹۶/۰	۲۰۰۶	بوستون	۳۷/۱
۱۹۹۳	سنگال	۷/۰	۲۰۰۴	مطالعه مروری	۳۹/۰
۱۹۹۳	تایلند	۹۹/۰	۲۰۰۲	برزیل	۱۲/۸
۱۹۹۳	ارمنستان	۷/۰	۲۰۰۱	آمریکا <sup>۲۶</sup>	۶۵/۱
۱۹۹۳	سوئد	۶۱/۰	۲۰۰۰	ویتنام <sup>۲۸</sup>	۵۵/۰
۱۹۹۳	شیلی	۹۷/۰	۱۹۹۸	جنوا <sup>۲۷</sup>	۲۸/۱
۱۹۹۲	نیجر	۴/۰	۱۹۹۷	ارمنستان	۸/۲
۱۹۹۲	نیجریه	۲/۰	۱۹۹۵	آفریقای مرکزی	۴/۰
۱۹۹۲	سوئد	۵۵/۰	۱۹۹۵	لهستان	۱۷/۰
۱۹۸۸	زامبیا	۱۲/۰	۱۹۹۵	کلمبیا	۹۵/۰
۱۹۸۸	لهستان	۵/۱	۱۹۹۵	مصر	۶۸/۰
۱۹۸۷	مالی	۸/۰	۱۹۹۵	عربستان سعودی	۶۸/۰
۱۹۸۷	تایلند	۹۰/۰	۱۹۹۴	زامبیا	۱۷/۰
۱۳۸۶	مشهد	۵۶/۴			
۱۳۸۳	مازندران	۴۰/۰			
۱۳۸۱	زاهدان	۴۴/۷			
۱۳۸۰	گرگان	۴۴/۴			
۱۳۷۹	ایران	۵۵/۶			
۱۳۷۷	ایران	۸۳/۰			
۱۳۷۷	بابل	۵۲/۵			
۱۳۷۶	ایران	۴۳/۳			
۱۳۷۳	رشت	۷۴/۳			
۱۳۷۰	ایران	۷۰/۰			

این مهم رو به فراموشی می باشد و یادآوری اهمیت آن و ضرورت توجه بیشتر به این مساله از اهداف عمده این گزارش می باشد (۹-۱۱) یافته های تحقیقات گذشته مبنی بر تفاوت های آشکار در نتایج می باشد، اگرچه این تفاوت ها بیشتر طی گذر زمان ایجاد شده ولی آیا کاهش اهمیت سلامت اطفال به عنوان آینده سازان هر کشور را می توان با گذر زمان توجیه کرد؟ (۴-۷، ۹-۱۲) شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعه حاضر ۵۶/۴٪ به دست آمد. مطالعاتی که در این زمینه در شهرستان ها انجام شده، این مقدار را از ۴۰٪ در مازندران تا حدود ۷۴٪ در رشت گزارش کرده است (۱۲-۱۰) در این میان مطالعات جامعی در سال های ۱۳۷۶، ۷۷ و ۷۹ در کل کشور انجام شده، که این مقدار را به ترتیب ۴۳/۳٪، ۸۳ و ۵۵/۶٪ گزارش کرده اند (۷-۵). طی مطالعه ای در زاهدان این مقدار حدود ۴۵٪ گزارش شد که نشان دهنده بالا بودن درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در اطفال مشهد نسبت به زاهدان می باشد (۹). اگرچه مقایسه نتیجه مطالعه حاضر با این مطالعات گویای نسبت متوسط تغذیه انحصاری با شیر مادر در اطفال مشهدی می باشد ولی به این مسأله باید تأمل کرد. هنوز حدود ۴۴٪ اطفال تغذیه انحصاری با شیر مادر ندارند. مطالعاتی که در سراسر دنیا انجام شده اند این مقدار را تا ۹۹٪ نیز گزارش کرده اند (۱۳)، مطالعه ای در بوستون تغذیه انحصاری با شیر مادر را ۳۷/۱٪ شبه دست آورد این مقدار حتی در برزیل

## نتیجه گیری

شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در اطفال زیر ۶ ماه در مطالعه حاضر حاکی از کم شدن این مقدار نسبت به دهه قبل می‌باشد و با توجه به اهمیت نگرش مادران نسبت به شیردهی آموزش‌های مداوم و پیوسته در مادران می‌تواند از اولویت‌های جدی مدیران برنامه‌ریز بهداشتی باشد. این اولویت علاوه بر همکاری وزارت بهداشت نیازمند همکاری‌های سایر بخش‌ها و ایجاد نگرش و گرایش مثبت در مادران از طریق رسانه‌های عمومی می‌باشد.

## تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در انجام این طرح ما را یاری نمودند و از خانم‌ها شهربانو امیاری، فرشته کیاست فرد و همکاران محترم مراکز بهداشت درمانی مشهد که در گردآوری اطلاعات به ما کمک نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## منابع

1. lowrence RA. making and informed desicion about infant feeding. In breast feeding a guide fore the medical profession. 5th ed. Mosby Inc 1999: 217-32.
2. WHO/UNISEF. Joint statement inocenti declaration: on the protection promotion and support of breastfeeding, August 1990.
3. Behrman R, klegman R, Arvin A. Nelson textbook of pediatrics. 15th ed. Philadelpia: W. B saunders, 1996.
4. مردی سید علیرضا. نقش تغذیه با شیر مادر در رشد و بقای کودک. مجله نبض، خرداد ۱۳۷۱ صفحه ۳۶-۳۲
5. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بررسی شاخص‌های چندگانه وضعیت زنان و کودکان جمهوری اسلامی ایران، اسفند ماه ۱۳۷۶.
6. سیمای تغذیه کودکان در استان‌ها، وزارت بهداشت، اداره تغذیه، آبان ماه ۱۳۷۷.
7. سیمای سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران (DHS)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، مهر ۱۳۷۹.
8. Ruth A, Robert M, Dawrence braest feeding. 5th ed. ST. louis: Mosby, 1999.
9. ایمانی محمود، محمدی مهدی رخشانی فاطمه، شفیعی سوسن. شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در شیرخواران زاهدان سال ۸۰-۷۹. فصلنامه علمی پژوهشی فیض. ۱۳۸۲؛ شماره ۲۶: صفحات ۲۶ تا ۳۳
10. جلاهی حسن، علی محمد پور رضا، غلامی شیرزاد، واحدی حبیب. بررسی علل تغذیه با شیر مصنوعی در شیر خواران زیر ۶ ماه تحت پوشش

حدود ۱۳٪ گزارش شده است (۱۴،۱۵). جدول ۶ نتایج سایر مطالعات را طی دهه قبل تاکنون نشان می‌دهد. با توجه به گزارشات قبلی که رابطه شیردهی را با فرهنگ و نگرش مادران نسبت به این امر تأیید کرده، به نظر می‌رسد بالا بردن تغذیه انحصاری با شیر مادر با ایجاد فرهنگ‌سازی قوی‌تر و آموزش‌های مداوم امری ساده و دست یافتنی است (۲۰-۱۶). نگرانی که در این مسأله وجود دارد نوسانات این مقدار طی سالیان قبل تا کنون می‌باشد که اکثر آن‌ها نیز حاکی از کاهش این مقدار می‌باشند (۱۲-۷،۹-۴). نتایج مطالعات دهه ۷۰ نشان می‌دهد که این مقدار از متوسط بیشتری نسبت به کنون برخوردار بوده است (جدول ۶). البته حساسیت‌زایی‌هایی را که در آن دهه از طریق صدا و سیما و سایر رسانه‌ها انجام شد (۱۸) را می‌توان از دلایل عمده واصلی آن دانست و دیگر اهمیت دادن به برخی بیماری‌ها مثل قلبی و عروقی، تصادفات و سرطان‌ها را می‌توان دلیل به فراموشی سپردن این مهم در کشور ما و حتی برخی کشورهای پیشرفته دانست. همان‌طور که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد سن بالای مادر در زمان شیردهی از عواملی است که با تغذیه انحصاری با شیر مادر به طور معکوسی رابطه دارد. طی حداقل ۱۰ سال گذشته این الگو (افزایش سن مادر و کاهش تغذیه با شیر در اطفال) در گزارشاتی از ایران و کشورهای دیگر تکرار شده و با گذر زمان قوی‌تر شده است (۲۳-۱۱،۲۱). از یافته‌های دیگر این مطالعه رابطه موجود بین کاهش تغذیه انحصاری با شیر مادر و توصیه اطرافیان به مادر جهت مصرف شیر خشک بود. این یافته نشان‌دهنده تغییر آگاهی مادر به وسیله آموزش‌های دیگران است، لذا می‌توان به جای ایجاد آگاهی منفی در مادر از طرف اطرافیان، به وسیله آموزش‌های صحیح آگاهی مادر را در این مقوله بالا برد تا مادران شیرده با آگاهی خود از مزایای شیر برای کودک و خودشان در مقابل توصیه دیگران به استفاده از شیر خشک انعطاف پذیر نباشند. این یافته مؤید برخی گزارشات قبلی می‌باشد (۱۹-۱۶). البته خوشبختانه همانند بیشتر مطالعات قبلی درصد بالایی از مادران، نقش آموزش‌های دوران بارداری را در تقویت نگرش نسبت به شیردهی مؤثر دانسته‌اند (۲۵-۲۴، ۲۰، ۱۷-۱۶، ۹). برخی یافته‌های این مطالعه مثل نوع زایمان، سواد مادر و زمان شیردهی نیز مانند برخی گزارشات قبلی از عوامل مؤثر بر تغذیه با شیر مادر تا ۶ ماهگی بودند که با توجه به باقی نماندن آن‌ها در مدل چند متغیره و تأثیر دیگر مخدوش کننده‌ها بر آنان، به نظر می‌رسد مطالعات گسترده‌تری در آینده شاید بتواند زمینه بحث در مورد آن‌ها را فراهم کند.



۲۰. رضویه سیدولی، پورعبداللهی پروین، نیکخواه سپیده، دستگیری سعید. بررسی آگاهی، نگرش و کاربست مادران در خصوص تغذیه کودکان با شیر مادر و غذاهای کمکی. مجله پزشکی ارومیه ۱۳۸۰؛ شماره ۲: صفحات ۱۲۹-۱۳۷.
۲۱. اشراقیان محمدرضا، خرم خورشید محمدرضا، جزایری ابوالقاسم، مجلسی فرشته، رحیمی فروشانی عباس، سلیمانی دودران مسعود. شیوع مصرف شیر خشک در میان شیرخواران مناطق شهری و روستایی شهرستان تاکستان، زمستان ۱۳۷۷. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۸۱؛ شماره ۴: صفحات ۹۷-۲۹۱.
22. Cobaleda R, odrigo A, Hidalgo Vicario MI, Plaza Pérez I, Muñoz Calvo MT, López Martínez D, et al. Prevalence of breast feeding and its relation to cardiovascular risk factors in the pediatric population of Fuenlabrada. *An Esp Pediatr* 1989 Oct;31(4):350-55.
۲۳. عابدزاده معصومه، صابری فرزانه، سادات زهره. بررسی چگونگی تغذیه و عوامل مرتبط با آن در کودکان ۴،۵ ماهه شهر کاشان. فیض، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کاشان ۱۳۸۴؛ شماره ۳۵: صفحات ۶۴-۵۹.
۲۴. قائد محمدی زهرا، فرمند محمد هادی، حیدری غلامرضا، انارکی آریتا، دهقان عباس. تعیین علل تداوم یا قطع شیردهی به کودکان زیر یکسال در زنان شهرنشین استان بوشهر، ۱۳۸۰. طب جنوب، فصلنامه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر ۱۳۸۳؛ شماره ۱: صفحات ۸۷-۷۹.
۲۵. طوافیان صدیقه السادات، عدیلی فاطمه. تاثیر مداخله آموزش بهداشت بر طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۴ ماه بدو تولد: یک کارآزمایی بالینی. پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ۱۳۸۴؛ شماره ۲: صفحات ۳۱-۱۲۷.
26. Ruowei Li, Zhen Z, Mokdad A, Barker L, GrummerStrawn L. Prevalence of Breastfeeding in the United States: The 2001 National Immunization Survey. *PEDIATRICS* 2003; 111: 1198-1201.
27. Bouvier P, Rougemont A. Breast-feeding in Geneva: prevalence, duration and determinants. *Soz Praventivmed* 1998;43:116-23.
28. Li L, Thi Phuong Lan D, Hoa NT, Ushijima H. Prevalence of breast-feeding and its correlates in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Pediatr Int* 2002; 44:47-54.
- مراکز بهداشتی-درمانی استان مازندران سال ۱۳۸۲. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۸۴؛ شماره ۴۶: صفحات ۱۶-۱۱۱.
۱۱. جلالی آریا کتابون، ثناگو اکرم، جویباری لیلا. علل شکست شیردهی انحصاری در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر گرگان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان؛ شماره ۸: صفحات ۸۶-۸۱.
۱۲. برهانی سید مرتضی. باورهای نادرست و عوامل موثر در افت شیر دهی مادران مراجعه کننده به کلیه مراکز بهداشتی و زایشگاه‌های شهرستان در سه ماهه سوم ۱۳۷۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۷۷؛ شماره ۲۴: صفحات ۳۲-۲۸.
۱۳. بانک اطلاعاتی تغذیه با شیر مادر سازمان جهانی بهداشت به آدرس: [http://www.who.int/nut/db\\_bfd.htm](http://www.who.int/nut/db_bfd.htm) سال ۲۰۰۳ میلادی.
14. Anne Merewood MA, Supriya D. Mehta, Laura Beth Chamberlain, BA, Barbara L. Philipp, BauchnerH, Breastfeeding Duration Rates and Factors Affecting Continued Breastfeeding Among Infants Born at an Inner-City US Baby-Friendly Hospital. *Journal of Human Lactation* 2007; 23:157-64.
15. Sena MC, Silva EF, Pereira MG. Prevalence of breast-feeding in Brasilia, Brazi. *Cad Saude Publica* 2002;18: 613-21.
۱۶. خمایی هما مصفا. بررسی آگاهی و نگرش مادران طی یکسال اول بعد از زایمان نسبت به تغذیه با شیر مادر. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۳۸۳؛ شماره ۵۱: صفحات ۳۱-۲۳.
۱۷. هاشمی پور مهین، فیضی آلاله، صدری غلامحسین، قاسمی غلامرضا، حسن زاده اکبر، مهدیزاده مرتضی و همکاران. دانش مادران شیرده در زمینه اهمیت و ضرورت شیردهی به کودکان زیر ۱۵ ماه استان اصفهان، ۱۳۷۶. پژوهش در علوم پزشکی، مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۹؛ شماره ۱: صفحات ۷۷-۷۵.
۱۸. عزالدین زنجان‌نایید، فقیهی فرشته، توکلی مجید. پایش کیفی عوامل موثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم آن در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۷۹. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۸۱؛ شماره ۲: صفحات ۴۴-۱۳۳.
۱۹. هاشمیه مزگان، امانی علی. بررسی توزیع فراوانی نسبی علل عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶-۴ ماه اول زندگی شیرخواران در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهری اراک در سال ۱۳۷۷. فصلنامه ره آورد دانش، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۳۷۶؛ شماره ۵: صفحات ۳۵-۳۱.