

بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر آن در شهرستان شازند در سال ۱۳۹۳

مهدی رنجبران^{۱*}، هادی جعفری منش^۲، مریم پناهی^۳، معصومه بادران^۳، محسن شمسی^۴، محمود رضا نخعی^۵، زهرا حکیمی^۲، زهرا اصلانی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۲۴

خلاصه

مقدمه: دوران شیرخواری از نظر رشد و تکامل از حساس‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد محسوب می‌شود و شیر مادر کامل‌ترین غذا برای شیرخوار در طی چند ماه اول زندگی است. هدف این مطالعه، بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر آن در شهرستان شازند در سال ۱۳۹۳ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۲۸۳ نفر از مادران دارای کودک ۶ ماهه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از بین مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان شازند انتخاب شدند. اطلاعات توسط چک-لیست اطلاعات عمومی و به صورت مصاحبه با مادران گردآوری گردید. داده‌ها با کمک آمار توصیفی و آزمون کای دو و دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر ۷۰/۷ درصد از کودکان از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار بودند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، تغذیه انحصاری با شیر مادر در خانوارهای با درآمد بالا، کمتر بود ($P=0/004$). همچنین در خانوارهای با اعضای کمتر تغذیه انحصاری با شیر مادر نیز کمتر بود ($P=0/010$). سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری را با وضعیت تغذیه انحصاری کودکان نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** تغذیه انحصاری با شیر مادر در شهرستان شازند از وضعیت مطلوبی برخوردار است. برنامه‌ریزی‌های بهداشتی جهت تداوم و ارتقاء این رفتار بهداشتی، همچنین آموزش به خانوارها به خصوص خانوارهای با درآمد بالا در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: تغذیه انحصاری با شیر مادر، کودکان شیرخوار، عوامل اقتصادی-اجتماعی

۱- مری، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: ranjbaran@arakmu.ac.ir

۲- مری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۴- استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۵- استادیار، دکتری تخصصی تغذیه، گروه بیوشیمی، تغذیه و ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

مقدمه

دوران شیرخواری از نظر رشد و تکامل از حساس‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد محسوب می‌شود و تغذیه طفل در این دوران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این میان، شیر مادر کامل‌ترین غذا برای شیرخوار در طی چند ماه اول زندگی است. آنچه به‌عنوان تغذیه طبیعی شیرخوار در ۶ ماه اول زندگی توصیه شده، تغذیه انحصاری با شیر مادر است [۱]. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، به تغذیه شیرخوار تا شش ماهگی تنها با شیر مادر بدون آب و مواد غذایی به غیر از داروها، ویتامین‌ها و مکمل‌های مجاز، تغذیه انحصاری با شیر مادر اطلاق می‌شود [۲].

تغذیه انحصاری با شیر مادر ممکن است از بیماری‌های مزمن مانند چاقی کودک [۳]، دیابت [۴] و آسم جلوگیری کند [۵]. همچنین فواید بی‌شماری برای نوزاد مانند کاهش شیوع بیماری‌های دستگاه گوارش، عفونت و مرگومیر را به همراه دارد [۶-۷]. تغذیه انحصاری برای مادران ممکن است موجب تأخیر در بارداری، کاهش خونریزی‌های بعد از بارداری، برگشت سریع به وزن قبل از بارداری و کاهش ریسک ابتلا به سرطان سینه و تخمدان گردد [۸-۹]. از طرف دیگر، تغذیه کوتاه با شیر مادر با التهاب گوش میانی و اسهال [۱۰]، افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌هایی مانند لوسمی [۱۱]، عفونت سیستم تنفسی تحتانی [۱۲] و سندرم مرگ ناگهانی کودک مرتبط است [۵].

گرچه یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در دستیابی به جامعه سالم تا سال ۲۰۱۲ میلادی، دستیابی به میزان ۶۸ درصد تغذیه با شیر مادر بوده است [۱۳]، اما مطالعه Olang و همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان داد که فقط ۸۶ درصد بچه‌های ایرانی تا ۴ ماهگی و ۲۵ درصد تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند که این در مقایسه با میزان پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی کمتر بوده است با این حال، ۸۶ درصد بچه‌ها تا ۲ سالگی با شیر مادر تغذیه می‌شدند [۱۴].

اگرچه تغذیه با شیر مادر افزایش یافته، اما میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در مناطق مختلف کمی متغیر است [۱۵]. وزارت بهداشت ایران نیز میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر را

۴۳ درصد گزارش نمود [۱۶]. اما مطالعات انجام شده در مناطق مختلف کشور حاکی از آن است که تغذیه انحصاری با شیر مادر در زاهدان ۴۴/۷ درصد [۱۷]، زنجان ۴۴ درصد [۱۸]، اراک ۴۱/۵ درصد [۱۹]، گرگان ۴۴/۴ درصد [۲۰]، خرم‌آباد ۷۹/۱ درصد [۲۱] می‌باشد.

متأسفانه در بسیاری از نقاط دنیا شیوع و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر به دلایل مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کاهش یافته است [۲۲]. امروزه وضعیت اقتصادی-اجتماعی، به‌عنوان یکی از عوامل خطر بسیار مهم سلامتی در افراد محسوب می‌شود. به‌طوری‌که در سیاست‌گذاری‌های سلامت و اقدامات پیشگیری، وضعیت اقتصادی-اجتماعی در پژوهش‌های بهداشت عمومی بسیار حائز اهمیت بوده و توجه دست‌اندرکاران حوزه سلامت را به خود جلب نموده است [۲۳]. بسیاری از علل اقتصادی، آموزشی، قومیتی و باورهای فرهنگی روی تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیر دارد [۲۴، ۲۵]. در مطالعات گوناگون عوامل مختل‌کننده تغذیه انحصاری با شیر مادر متفاوت بوده و متغیرهای نژاد، سن، شغل و سطح سواد مادر، عوامل اقتصادی اجتماعی، ناکافی بودن شیر مادر، ابتلای کودک به بیماری، تک قلو بودن نوزاد، نوع زایمان و تمایل مادر به شیردهی بر روی تغذیه انحصاری با شیر مادر مورد بررسی قرار گرفته است [۱۹]. با این حال، یافته‌های تحقیقات گذشته تفاوت‌های آشکاری را در نتایج نشان می‌دهد [۱۷] و [۲۶]، اگرچه این تفاوت‌ها بیشتر طی گذر زمان ایجاد شده است ولی آیا کاهش اهمیت سلامت اطفال به‌عنوان آینده‌سازان هر کشور را می‌توان با گذر زمان توجیه کرد؟ انجام مطالعات جدیدتر یادآوری اهمیت و ضرورت موضوع تغذیه انحصاری با شیر مادر را افزایش می‌دهد.

با توجه به اهمیت عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر شیردهی که در مناطق مختلف کشور متفاوت است و همچنین اهمیت مسئله تغذیه انحصاری با شیر مادر، ضروری است تا وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر آن در شهرستان شازند نیز شناخته شود تا با نتایج حاصل از آن، بتوان مشکلات را مشخص کرد و عوامل مرتبط با عدم تداوم شیردهی را به مسئولان، پرسنل بهداشتی،

متون، پرسشنامه تهیه و در اختیار ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده بهداشت اراک قرار گرفت و با راهنمایی‌های آن‌ها اصلاحات لازم صورت گرفت.

ملاحظات اخلاقی در طول مطالعه رعایت گردید. بدین منظور اهداف مطالعه به نمونه‌ها شرح داده شد و رضایت آگاهانه آن‌ها جهت شرکت در مطالعه کسب گردید. همچنین در پرسشنامه از طرح سؤالات خصوصی خودداری شده است. اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با کمک آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی، فراوانی نسبی و هم‌چنین آمار استنباطی شامل آزمون کای دو و دقیق فیشر تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که در مجموع از ۲۸۳ کودک مورد بررسی، ۴۹/۱٪ (۱۳۹ نفر) را پسران و ۵۰/۹٪ (۱۴۴ نفر) را دختران تشکیل داده بودند. ۹۲/۶٪ (۲۶۲ نفر) مادران خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. همچنین در مجموع ۷۰/۷ درصد (۲۰۰ نفر) از کودکان از تغذیه انحصاری برخوردار بودند و ۲۹/۳ درصد (۸۳ نفر) نیز فاقد تغذیه انحصاری تا شش‌ماهگی بودند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، ارتباط معنی‌داری بین درآمد خانوار و وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود داشت به طوری که تغذیه انحصاری با شیر مادر در خانوارهای با درآمد بالا، کمتر بوده است ($p=0/004$). بین متغیر تعداد اعضای خانوار و تغذیه انحصاری نیز ارتباط آماری معناداری مشاهده گردید و در خانوارهای با اعضای کمتر تغذیه انحصاری با شیر مادر نیز کمتر گزارش شد ($p=0/010$). سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری را با وضعیت تغذیه انحصاری کودکان نشان نداد (جدول ۱).

مادران و خانواده‌های آنان معرفی نمود. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر آن در شیرخواران شهرستان شازند طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ بر روی تعداد ۲۸۳ نفر از مادران دارای کودک ۶ ماهه انجام گرفت. با استفاده از فرمول حجم نمونه مربوط به برآورد نسبت و با در نظر گرفتن $p=0/43$ در مطالعات مشابه انجام شده [۱۸، ۱۹] و دقت برابر ۶ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد، حداقل حجم نمونه لازم برابر با ۲۶۱ به دست آمد که در نهایت ۲۸۳ نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از بین مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان شازند که جهت انجام واکسیناسیون شش‌ماهگی کودک مراجعه کرده بودند، انتخاب و وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سکونت در شهرستان شازند و حومه، تمایل مادر به شیر دادن نوزاد از پستان در موقع شروع شیردهی، و معیارهای خروج از پژوهش شامل وجود ناهنجاری‌های مادرزادی نوزاد مانند لب‌شکری و شکاف کام و وجود برخی مشکلات یا بیماری‌های مادر مانند ماستکتومی یا ابتلای مادر به بیماری‌های روانی بود.

جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با مادر بود و به مدت ۶ ماه از اول اردیبهشت تا پایان مهر سال ۱۳۹۳ به طول انجامید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک حاوی ۴ سؤال (جنسیت کودک، رتبه تولد، سن پدر، سن مادر) و پرسشنامه عوامل اقتصادی-اجتماعی حاوی ۱۱ سؤال (شغل پدر، شغل مادر، محل سکونت، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، بعد خانوار، میزان درآمد، مصرف دخانیات، نوع مسکن، نوع بیمه، تداوم شیردهی با شیر مادر) بود. جهت تعیین روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش روایی محتوا استفاده شد، بدین‌صورت که پس از انجام مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی

جدول ۱- عوامل جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی مرتبط با تغذیه انحصاری با شیر مادر

متغیر	تغذیه انحصاری (درصد فراوانی)		
	کل	دارد	ندارد
جنسیت کودک	مذکر	۱۳۹ (۴۹/۱)	۹۷ (۶۹/۸)
	مؤنث	۱۴۴ (۵۰/۹)	۴۱ (۲۸/۵)
شغل مادر	خانه‌دار	۲۶۲ (۹۲/۶)	۷۵ (۲۸/۶)
	شاغل	۲۱ (۷/۲)	۸ (۳۸/۱)
شغل پدر	کارگر	۹۰ (۳۱/۸)	۶۱ (۶۷/۸)
	کارمند	۶۴ (۲۲/۶)	۱۵ (۲۳/۴)
محل سکونت	شهر	۱۷۹ (۶۳/۳)	۵۵ (۳۰/۷)
	روستا	۱۰۴ (۳۶/۷)	۲۸ (۲۶/۹)
سن مادر	۱۵-۲۰	۲۸ (۹/۹)	۴ (۱۴/۳)
	۲۱-۳۰	۱۵۶ (۵۵/۱)	۵۲ (۳۳/۳)
تحصیلات پدر	بی‌سواد و ابتدایی	۵۸ (۲۰/۵)	۱۳ (۲۲/۴)
	سیکل	۹۰ (۳۱/۸)	۲۷ (۳۰/۰)
تحصیلات مادر	دیپلم	۷۸ (۲۷/۶)	۲۳ (۲۹/۵)
	بالتر از دیپلم	۵۷ (۲۰/۱)	۲۰ (۳۵/۱)
بعد خانوار	۳ یا ۴ نفره	۲۲۴ (۷۹/۲)	۷۴ (۳۳/۰)
	۵ نفره و بالاتر	۵۹ (۲۰/۸)	۹ (۱۵/۳)
درآمد خانوار	بالای یک میلیون	۴۹ (۱۷/۳)	۲۳ (۴۶/۹)
	۵۰۰ هزار تا یک میلیون	۱۶۱ (۵۶/۹)	۴۶ (۲۸/۶)
وضعیت مسکن	زیر ۵۰۰ هزار	۷۳ (۲۵/۸)	۱۴ (۱۹/۲)
	شخصی	۱۵۴ (۵۴/۴)	۴۱ (۲۶/۶)
تحت پوشش بیمه	استیجاری/رهن	۱۲۹ (۴۵/۶)	۸۷ (۶۷/۴)
	دارد	۲۶۸ (۹۴/۷)	۸۱ (۳۰/۲)
	ندارد	۱۵ (۵/۳)	۲ (۱۳/۳)

*آزمون کای اسکور

فواید تغذیه با شیر مادر در مقالات بسیار زیادی موضوع تحقیق بوده و امری ثابت شده است و توصیه عمومی، استفاده انحصاری از شیر مادر تا ۶ ماهگی و ادامه شیردهی در کنار استفاده از مکمل‌های غذایی از ۶ ماهگی تا ۲ سالگی است. اما شرایط اجتماعی و عوامل متعددی بر شیردهی مادر تأثیرگذار هستند. در مطالعه حاضر در مجموع ۷۰/۷ درصد از کودکان از تغذیه انحصاری برخوردار بودند و ۲۹/۳ درصد نیز فاقد تغذیه انحصاری بودند.

در مطالعه محمدبیگی و همکاران مشخص شد شیوع تغذیه انحصاری در شهر اراک در سال ۱۳۸۶ حدود ۴۱/۵ درصد بوده است [۱۹]. به نظر می‌رسد از سال ۱۳۸۶ تاکنون، تغذیه انحصاری با شیر مادر روند روبه رشد خود را دارد. البته شاید علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه محمد بیگی و همکاران، تفاوت در جامعه پژوهش باشد. به نظر می‌رسد در جوامع صنعتی و بزرگ‌تر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر کمتر از جوامع کوچک و سنتی باشد.

الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش‌ماهه اول زندگی در کشورهای مختلف جهان متفاوت است. به‌طور کلی، تغذیه انحصاری با شیر مادر از ۱ تا ۹۰ درصد گزارش شده است [۲۷]. این میزان در چین بر اساس آمار استانی آن کشور در سال ۲۰۰۰ میلادی ۸۰ درصد بود که مشابه مطالعه حاضر است [۲۸]. در کشور ایران در مطالعه مروتی شریف‌آباد و همکاران در سال ۲۰۱۳ میزان تغذیه انحصاری تا ۴ ماه ۷۵/۷ درصد و تا ۶ ماه ۲۷/۴ درصد بوده است [۲۹]. در مطالعه میراحمدی زاده و همکاران ۷۸/۴ درصد از کودکان تا سن ۴ ماهگی و ۵۰/۷ درصد تا سن ۶ ماهگی از شیر مادر به صورت انحصاری تغذیه می‌شدند [۳۰]. نتایج مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر مشابه است. به نظر می‌رسد گسترش آموزش‌های بهداشتی در سطح کشور، تبلیغات گسترده رسانه‌ها و ارتقای آگاهی خانواده‌ها نسبت به فواید تغذیه با شیر مادر روند شیردهی انحصاری با شیر مادر را افزایش داده است. بالا بردن تغذیه انحصاری با شیر مادر با ایجاد فرهنگ‌سازی قوی‌تر و آموزش‌های مداوم، امری ساده و دست‌یافتنی است. نگرانی که در این مسئله وجود دارد نوسانات این مقدار طی سالیان

قبل تاکنون می‌باشد که اکثر آن‌ها نیز حاکی از کاهش این مقدار است [۱۷ و ۳۱].

میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در کشور اوگاندا از میزان مطالعه حاضر پایین‌تر بوده و ۵۰ درصد گزارش شده است [۳۲]. این میزان در سال ۲۰۰۹ در قطر ۱۹ درصد و در برزیل ۳۹/۷ درصد گزارش شده است [۳۳-۳۴]. تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در منطقه خاورمیانه در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶ میلادی به‌طور متوسط ۲۸ درصد گزارش گردیده [۳۵] که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است. شاید علت تفاوت نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر، تفاوت در زمان انجام پژوهش باشد. لذا مطالعات جدید می‌تواند خلأ موجود در تحلیل‌های ناشی از کاهش یا افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در این جوامع را مشخص کند. البته باید نقش عوامل اقتصادی-اجتماعی را مورد توجه قرار داد. به نظر می‌رسد متغیرهای فرهنگی و قومیتی در کشورهای مختلف بر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر مؤثر باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد از بین عوامل اقتصادی - اجتماعی، درآمد خانواده و تعداد اعضای خانواده با تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط داشته‌اند. در مورد متغیر درآمد خانوار مشاهده گردید، تغذیه انحصاری با شیر مادر در خانوارهای با درآمد بالا، کمتر بود. مطالعه محمد بیگی و همکاران بین تغذیه انحصاری با سن، تحصیلات و شغل مادر، درآمد خانواده، تغذیه با آغوز در شیردهی و همچنین آموزش لازم برای شیردهی در دوره بارداری رابطه معنی‌دار نشان نداد. که از لحاظ درآمد خانوار با مطالعه حاضر متفاوت است [۱۹]. شاید علت تفاوت در نتایج این دو مطالعه، تفاوت در جامعه پژوهش و تعداد نمونه‌ها باشد. به نظر می‌رسد خانواده‌های با درآمد بالا در مطالعه حاضر، شامل خانواده‌هایی باشند که دارای فرهنگ اجتماعی متفاوتی هستند و به دلیل رفاه مالی سعی می‌کنند از مکمل‌های مختلف غذایی برای نوزاد خود استفاده نمایند، زیرا عقیده دارند استفاده از این مکمل‌های در سلامت نوزاد مؤثر است، در نتیجه، شیوع تغذیه انحصاری در آن‌ها کمتر است. در صورتی که خانواده‌های با درآمد پایین، رغبت کمتری به خرید مکمل‌های غذایی که معمولاً گران قیمت هم می‌باشد، دارند.

و شناسایی عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر، اهمیت آن را دوچندان می‌کند. هرچند در این مطالعه، صرفاً تغذیه کودکان تا ۶ ماهگی مورد بررسی قرار گرفت اما تداوم شیردهی مادر تا دو سالگی و بالاتر از آن به‌عنوان گامی روبه‌جلو در تحقق بخشیدن پرورش فرزندان سالم و رسیدن جامعه به سطح بالای سلامتی توصیه می‌شود.

در مطالعه حاضر عوامل نوزادی مؤثر در تغذیه انحصاری با شیر مادر بررسی نشد. لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر ارزیابی دوره‌ای مادران در مورد نحوه صحیح شیردهی و رفع مشکلات احتمالی مخصوصاً در شش ماه اول زندگی شیرخوار، مطالعات بیشتری در مورد عوامل نوزادی مؤثر در تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم شیردهی بررسی گردد. از محدودیت‌های این پژوهش بررسی فقط برخی متغیرها بود و نیاز به بررسی متغیرهای کامل‌تر در مطالعات بعدی می‌باشد.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر در مجموع ۷۰/۷ درصد از کودکان از تغذیه انحصاری برخوردار بودند و ۲۹/۳ درصد فاقد تغذیه انحصاری بودند. به‌طور کلی، نتایج مطالعه نشان داد، تغذیه انحصاری در شهرستان شازند از وضع مطلوبی برخوردار است و حمایت مسئولان و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی جهت تداوم و ارتقاء این رفتار بهداشتی، همچنین آموزش به خانوارها به‌خصوص خانوارهای با درآمد بالا در خصوص اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران این تحقیق از همه مادرانی که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

در مطالعه حاضر، بین متغیر تعداد اعضای خانوار و تغذیه انحصاری نیز ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید و در خانوارهای با اعضای کمتر، تغذیه انحصاری با شیر مادر نیز کمتر بود. سایر متغیرها (جنسیت کودک، شغل پدر، شغل مادر، سن پدر، سن مادر، محل سکونت، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، رتبه تولد، مصرف دخانیات، نوع مسکن و نوع بیمه) ارتباط معنی‌داری با تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند. در مطالعه میراحمدی‌زاده و همکاران، هیچ یک از متغیرهای در نظر گرفته‌شده بر زمان قطع شیردهی انحصاری تأثیری نداشت [۳۰].

در مطالعه مروتی شریف‌آباد و همکاران میانگین مدت تغذیه انحصاری (با آب جوشیده و بدون آب جوشیده) برحسب جنس نوزاد، نوع زایمان، شغل مادر و شیردهی بلافاصله بعد از زایمان از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری نداشت ولی برحسب سواد مادر از لحاظ آماری اختلاف معنی‌دار داشت [۲۹]. در مطالعه بیگی و همکاران (۲۰۰۹) بین تغذیه انحصاری با سن، تحصیلات و شغل مادر، درآمد خانواده، تغذیه با آغوز در شیردهی و همچنین آموزش لازم برای شیردهی در دوره بارداری رابطه معنی‌دار نشان داد که از نظر درآمد خانواده با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد [۱۹]. اجرای برنامه مدون جهت آگاه‌سازی مادران در دوران بارداری از اهمیت تغذیه با شیر مادر توسط افراد مرتبط نظیر متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کادر مستقر در واحد بهداشت و تنظیم خانواده مراکز بهداشتی درمانی لازم به نظر می‌رسد و امید است با کوشش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک این امر محقق شود. از آنجا که شیر مادر سرشار از ویتامین‌ها و مواد معدنی و مغذی برای رشد نوزادان است و از ابتلای آن‌ها به بیماری‌ها جلوگیری می‌کند، آگاهی والدین و نزدیکان نوزاد از این امر

Reference

1. Islami Z, Raziheh F, Golestan M, Shajaree A. Relationship between Delivery Type and Successful Breastfeeding. Iranian Journal of Pediatrics 2008;18(Suppl 1):47-52.[persian]
2. Global strategy for infant and young child feeding: World Health Organization; 2009 [cited 2014]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/.
3. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. International journal of obesity 2004;28(10):1247-56.
4. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. The American journal of clinical nutrition 2006;84(5):1043-54.

5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence report/technology assessment 2007;153:1-186.
6. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2003;361(9367):1418-23.
7. Kramer MS, Kakuma R, World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. 2001;554: 63-77.
8. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TI, Rasmussen KM. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. *The American journal of clinical nutrition* 2008;88(6):1543-51.
9. Up to what age can a baby stay well nourished by just being breastfed? World Health Organization; 2013 [cited 2014]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/21/en/index.html>.
10. Chien PF, Howie PW. Breast milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized and non-industrialized settings. *Advances in nutritional research*: Springer; 2001. 69-104.
11. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public health reports*. 2004;119(6):521.
12. Bachrach VRG, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2003;157(3):237-43.
13. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibberd PL, Lucas A, et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *The American journal of clinical nutrition* 2007;85(2):635S-8S.
14. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *Int Breastfeed J* 2012;7: 7.
15. Almasi H, Saberi H, Moravveji SA. The pattern of exclusive breast feeding in neonates under healthcares in health centers of Kashan city during 2006. *Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences* 2010;14(2);163-8.[persian]
16. Habicht J-P. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. *Protecting Infants through Human Milk*: Springer; 2004: 79-87.
17. Imani M, Mohammadi M, Rakhshani F, Shafie S. Breast feeding and its related factors in Zahedan. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2003;7(2):26-33.[persian]
18. Koosha A, Hashemifesharaki R, Mousavinasab N. Breast-feeding patterns and factors determining exclusive breast-feeding. *Singapore medical journal*. 2008;49(12):1002.
19. Mohammad Beygi A, Mohammad Salehy N, Bayati A. The pattern of exclusive breast feeding in referred neonatal to health centers of Arak. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences* 2009;70(18):17-25.[persian]
20. Aria KJ, Joybari L, Sanagoo A. The reasons for failure of exclusive breast-feeding in health centers in Gorgan (1378-79). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2001;3(2):81-6. [persian]
21. Mohsenzande A, Mardani M, Shahkarami K, F. E. Failure of exclusive breast feeding in first 6 months of life of infants referred to health centers of Khorramabad. *Yafte*. 2008;35(1):55-62.[persian]
22. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat A-S, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):139-46.
23. Ranjbaran M, Soori H, Etemad K, Khodadost M. Relationship between Socioeconomic Status and Health Status and Application of Principal Component Analysis. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2014;1(1):9-19.[persian]
24. Ergenekon-Ozelci P, Elmaci N, Ertem M, Saka G. Breastfeeding beliefs and practices among migrant mothers in slums of Diyarbakir, Turkey, 2001. *The European Journal of Public Health* 2006;16(2):143-8.
25. Giovannini M, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Riva E. Epidemiology of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatrica* 1999;88(s430):19-22.

26. Merewood A, Patel B, Newton KN, MacAuley LP, Chamberlain LB, Francisco P, et al. 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(2):157-64.
27. Unicef. Progress for children: a child survival report card. Vol 1. New York: Unicef, 2004: 4-22
28. Xu F, Qiu L, Binns CW, Liu X. Breastfeeding in China: a review. *International breastfeeding journal* 2009;4(1):6.
29. Morowatisharifabad M, Hajizadeh H, Akhavan Karbasi S, H. F. Study of the Status of 6-12 Months Children Exclusive Breast-fed up to Six Months and its Related Factors in the Urban Health Care Centers of Ardakan City. *The Journal of Toloo-e-behdasht*. 2013;12(3):84-94.[persian]
30. Mirahmadizadeh A, Zare P, Moradi F, Sayadi M, Hesami E, Moghadami M. Exclusive breast-feeding weaning pattern and its determinant factors in Fars province in 2010. *Daneshvar medicin* 2012;19(99):11-22.
31. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical professional: Elsevier Health Sciences; 2010.
32. Poggensee G, Schulze K, Moneta I, Mbezi P, Baryomunsi C, Harms G. Infant feeding practices in western Tanzania and Uganda: implications for infant feeding recommendations for HIV-infected mothers. *Tropical Medicine & International Health* 2004;9(4):477-85.
33. Al-Kohji S, Said HA, Selim NA. Breastfeeding practice and determinants among Arab mothers in Qatar. *Saudi medical journal*. 2012;33(4):436-43.
34. Brandão DS, Venancio SI, Giugliani ER. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. *Jornal de Pediatria* 2014: 156-9.
35. State of the world's children; UNICEF; 2009 [cited 2014]. Available from: <http://www.unicef.org/sowc09/report/report.php>.

The Survey of Exclusive Breast Feeding and Some Socio-Economical Determinants in Shazand-Arak in 2014

Ranjbaran M^{1*}, Jafari Manesh H², Panahi M³, Baderan M³, Shamsi M⁴, Nakhaei M⁵, Hakimi Z³, Aslany Z³

1. Instructor, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. * (Corresponding Author) Email: ranjbaran@arakmu.ac.ir

2. M.Sc. of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3. B.Sc. Student of Public Health, Student Research Committee, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

5. Assistant Professor of Nutrition, Department of Nutrition, Biochemistry and Genetic, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 15 December 2014

Accepted: 14 April 2015

Introduction: Infancy is one of the most sensitive periods of life and breast milk is the perfect food for infants during the first few months of life. The aim of this study was to determine the status of breast feeding and some socio-economical determinants in Shazand City of Markazi Province in 2014.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 283 mothers with newborns less than 6 months referring to Health centers of Shazand were selected using convenience sampling. Data was collected by demographic checklist, and analyzed with SPSS version 20, using descriptive statistics, Chi-square and fisher exact tests.

Results: In this study 70.7% of the children were exclusively breastfed. Based on the result of the chi-square test, exclusive breast feeding was significantly lower in the high-income households ($p=0.004$). Also, exclusive breast feeding was lower in the households with smaller family size ($p=0.010$). Other variables did not show any significant association with breast feeding ($p>0.05$).

Conclusion: Exclusive breastfeeding in the city of Shazand shows a desirable situation. Health planning by officials and health education programs, especially for high income households about the importance of exclusive breast feeding is essential for the sustainment and promotion of this healthy behavior

Keywords: Exclusive Breast Feeding, Infancy, Socioeconomic Status

Please cite this article as follows:

Ranjbaran M, Jafari Manesh H, Panahi M, BaderanM, Shamsi M, Nakhaei M, HakimiZ, Aslany Z. The Survey of exclusive Breast Feeding and Some Socio-Economical Determinants in Shazand-Arak in 2014. *Community Health journal* 2014; 8(2):10-18

Funding: This study was conducted with the personal funds

Conflict of interest: none declared

Ethical approval: not necessary

