

## وضعیت تغذیه کودکان زیر دو سال و عوامل مرتبط با آن در مراکز شهری و روستایی جهرم سال ۸۷-۸۶

نویسندگان:

- سوسن ترابی<sup>۱</sup>، سید اسماعیل مناقب<sup>۲\*</sup>، سمیرا رحمانیان<sup>۳</sup>، راضیه زاهدی<sup>۱</sup>، زهره صلح جو<sup>۱</sup>  
 ۱- واحد بهداشت خانواده، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران  
 ۲- بخش پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران  
 ۳- واحد تغذیه، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم، جهرم، ایران

فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره نهم، شماره دو، تابستان ۹۰

## چکیده:

**مقدمه:** تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی نقش برجسته ای در رشد و تکامل کودک دارد. این پژوهش به منظور بررسی وضعیت تغذیه کودکان زیر دو سال در مناطق شهری و روستایی شهرستان جهرم انجام گرفت.

**روش کار:** این پژوهش از نوع مقطعی و جامعه مورد مطالعه ۴۳۵ نفر از کودکان با سن ۱۸-۲۴ ماه ساکن مناطق شهری و روستایی شهرستان جهرم بود. نمونه های پژوهش به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسش نامه جمع آوری و با کمک روش های آمار توصیفی و استنتاجی تحلیل شدند.

**یافته ها:** میانگین سنی کودکان مورد بررسی  $3/305 \pm 20/86$  ماه، میانگین سنی تغذیه انحصاری با شیر مادر  $1/64 \pm 5/49$  ماه و فراوانی درصدی تغذیه انحصاری با شیر مادر  $55/4$  درصد بود.

در این مطالعه  $26/9$  درصد از کودکان از شیر مصنوعی (شیر خشک) استفاده می کردند. میانگین سن شروع غذای کمکی  $0/956 \pm 6/04$  ماه و میانگین سن تداوم تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی  $5/321 \pm 18/58$  ماه بود.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به پایین بودن فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر، عوارض بعدی آن و همچنین مصرف دو برابری شیر مصنوعی در شهر نسبت به روستا به نظر می رسد در ارتباط با نحوه تغذیه انحصاری با شیر مادر و مزایای آن به خصوص برای مادران در مراکز شهری اقدامات آموزشی بیش تری باید انجام شود.

**واژگان کلیدی:** تغذیه انحصاری با شیر مادر، شیرخوار، وضعیت تغذیه، شیر مادر، شیر مصنوعی

## مقدمه:

تغذیه ای وی افزایش یافته و شیر مادر به تنهایی قادر به تامین نیازهای او نمی باشد. از طرف دیگر با افزایش سن، توانایی تحمل برخی از منابع غذایی از نظر فیزیولوژیکی در کودک زیادتیر می شود [۲] و بنابراین باید علاوه بر شیر مادر برای کودک غذای نیمه جامد را نیز شروع کرد تا بدین وسیله بعضی از مواد معدنی و ویتامین های مورد نیازش تامین شود [۳ و ۴].

الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران متأثر از شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی حاکم بر جامعه است. در ایران غذاهایی که مادران می توانند به عنوان غذای مکمل برای کودک استفاده کنند متعدد بوده و به منظور استفاده هر چه بهتر، شناخت و ارزیابی آن ها ضروری است [۵]. بدیهی است کودک هنگامی از مزایای شیر مادر بهره مند خواهد شد که اصول تغذیه انحصاری با شیر مادر (عدم استفاده از هر نوع ماده غذایی حتی آب به استثنای

کودکان امروز سرمایه های فردای جامعه هستند و اداره جامعه آینده متضمن سلامت جسم و روان امروز آن ها است. تغذیه صحیح در دو سال اول زندگی مهم ترین عامل تامین سلامت آینده و رشد و نمو کودکان می باشد و نقش چشمگیری در توانمندسازی جسمی، روحی و عقلی آنان دارد. دو سال اول زندگی، مهم ترین دوره تکامل مغزی کودک است و تاثیر قابل ملاحظه ای روی عملکرد ذهنی، جسمی، روانی و یادگیری وی در دوران مدرسه دارد [۱].

شیر مادر به عنوان مناسب ترین و بهترین غذا برای کودک شناخته شده است و به طور معمول تا سن ۴-۶ ماهگی به تنهایی و بدون هیچ غذای کمکی دیگری برای رشد طبیعی وی کافی است. در سنین بالاتر به دلیل رشد سریع کودک، احتیاجات

شش ماهگی به ترتیب ۸۰ درصد و ۳۳/۳ درصد و استفاده از شیر مادر تا دو سالگی ۴۰ درصد بوده است، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت ۵ درصد، حداقل حجم نمونه، تعداد ۴۳۰ نفر محاسبه شد. در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شد که در تمام مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی توسط مادران کودکان مورد مطالعه تکمیل شد. معیار ورود به مطالعه، داشتن کودک ۱۸-۲۴ ماه و مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت برای ایمن سازی و مراقبت های دوره ای کودک و معیار خروج، عدم تمایل مادر کودک به تکمیل پرسش نامه بود.

در این مطالعه از ۱۹ نفر کارشناسان مراکز شهری و روستایی به عنوان پرسشگر استفاده شد. به منظور کاهش تورش مصاحبه گران، در یک کارگاه آموزشی به مدت سه ساعت آموزش های لازم به آن ها داده شد و همچنین دستور العمل پرسشگری به صورت مکتوب در اختیار آنان قرار داده شد. پرسش نامه متشکل از یازده سؤال شامل سوالات مرتبط با مشخصات دموگرافیک و عمومی و هشت سؤال عملکردی بود. پرسش نامه های تکمیل شده در پایان هر ماه توسط کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی جمع آوری و تحویل مجری طرح شد. داده های جمع آوری شده پس از کدگذاری وارد نرم افزار SPSS 11.5 شدند و با استفاده از شاخص های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی و همچنین آزمون کای مربع و آزمون دقیق فیشر تحلیل شدند.

#### یافته ها:

در مطالعه حاضر، ۴۳۵ کودک زیر دو سال مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سنی این کودکان  $30.5 \pm 20/86$  ماه و میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سنی مادران آن ها  $36/5 \pm 28/1$  سال بود. ۶۰/۲ درصد (۲۶۲ نفر) از مادران زیر دبلم، ۳۶/۶ درصد (۱۵۹ نفر) دبلم و بالاتر و ۳/۲ درصد (۱۴ نفر) بی سواد بودند. ۹۲/۶ درصد (۴۰۳ نفر) از مادران خانه دار و ۷/۴ درصد (۳۲ نفر) شاغل بودند.

۵۲ درصد (۲۲۶ نفر) از این کودکان، ساکن مناطق شهری و بقیه ساکن مناطق روستایی، ۵۰/۲ درصد دختر (۲۱۲ نفر) و بقیه پسر بودند. رتبه تولد ۴۸/۷ درصد (۲۱۲ نفر) از آن ها یک، ۳۰/۸ درصد (۱۳۴ نفر) دو و ۲۰/۵ درصد (۸۹ نفر) سه تا هشت بود.

فراوانی درصدی تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه، ۵۵/۴ درصد بود و ۴۴/۶ درصد از آن ها در شش ماه اول پس از تولد علاوه بر شیر مادر از دیگر مواد غذایی از جمله شیر مصنوعی، آب، آب قند، جوشانده، شیردام، غذای کمکی و یا غذای سفره استفاده می کرده اند که بیشترین ماده غذایی مورد استفاده در این مدت آب قند بوده است. بیشترین علت استفاده از آب قند توصیه اطرافیان بوده است (جدول ۱).

قطره مولتی ویتامین یا داروهای تجویز شده توسط پزشک) رعایت شده باشد [۶].

میزان تغذیه با شیر مادر در سال ۲۰۰۲ بالاترین مقدار (تقریباً ۷۰ درصد) بوده است. با این حال تعداد شیرخوارانی که در شش ماهگی هنوز از شیر مادر تغذیه می کنند به ۳۳ درصد کاهش یافته و این رقم برای سن یک سالگی به کم تر از آن یعنی مقدار ۱۵ درصد رسیده است.

در بعضی از زیرگروه های جمعیتی زنان از جمله مادران جوان و زنان کم درآمد میزان شیردهی پایین است. بسیاری از مادران به دلایل حمایت نشدن از جانب متخصصین، مراقبین بهداشتی و خانواده و نیاز به برگشت به محل کار در ادامه شیردهی با موانعی روبرو می شوند [۷].

در استراتژی جهانی، یکی از مهم ترین روش های ارتقا سطح سلامت کودک پایش رشد است. در این روش با ثبت منظم اندازه های کودک می توان میزان پیشرفت رشد و نحوه تغذیه وی را در فرایند وزن گیری مشخص نمود. بدین ترتیب با شناسایی وضعیت نامتناسب رشد و عوامل مرتبط با آن از جمله آگاهی تغذیه ای مادر در خصوص رشد و منحنی وزن گیری کودک می توان گام های سریع تری برای بهبود وضعیت تغذیه ای کودکان برداشت [۸].

دیده شده است بعضی از مادران خود سرانه اقدام به استفاده از شیر مصنوعی برای کودک خود می کنند. بدون شک تجویز شیر مصنوعی برای کودک به ویژه در سنین کم تر از شش ماهگی باید توجیه علمی داشته باشد [۹]. مطالعات حاکی از ناکافی بودن آگاهی مادران در مورد تغذیه با شیر مادر است [۱۰]. بنابراین بررسی و تعیین علل مصرف شیر مصنوعی در کودکان ضروری به نظر می رسد. با توجه به اهمیت تغذیه کودکان زیر دو سال و نبود اطلاعات کافی در مورد وضعیت تغذیه این گروه از کودکان از جمله میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر، زمان و نوع غذای کمکی در شروع تغذیه تکمیلی و علل مصرف شیر مصنوعی این مطالعه انجام شده است.

#### روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که در سال ۸۶-۸۷ در شهرستان جهرم انجام گرفت. جامعه پژوهش کلیه کودکان با سن ۱۸-۲۴ ماه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان جهرم برای واکسیناسیون و مراقبت های دوره ای بهداشتی بودند. بر اساس نتایج مطالعات انجام شده در سال ۸۴ در کشور توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در قالب طرح کشوری نظام نوین پایش و ارزشیابی بهداشت باروری (IMES) مبنی بر این که فراوانی درصدی تغذیه با شیر مادر ۸۸/۹ درصد، تغذیه انحصاری با شیر مادر تا چهار ماهگی و تا

جدول ۱: مقایسه استفاده از سایر مواد غذایی در شش ماه اول پس از تولد با علل مربوط

نوع ماده غذایی	آب، آب قند، جوشانده، چای، آب میوه		شیر مصنوعی		شیر دام		غذای کمکی		غذای سفره	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
گریه زیاد کودک	۲۶	۸۱/۸	۱۲	۲۷/۳	۲	۴/۵	۳	۶/۸	۲	۴/۵
کافی نبودن شیرمادر	۱۹	۵۲/۸	۱۹	۵۲/۸	۲	۵/۶	۴	۱۱/۱	۲	۵/۶
تجویز پزشک	۷	۳۰/۴	۱۷	۷۳/۹	۰	۰	۵	۲۱/۷	۰	۰
توصیه اطرافیان	۹۹	۹۳/۴	۷	۶/۶	۱	۰/۹	۳	۲/۸	۴	۳/۸
سایر موارد	۲۵	۷۳/۵	۶	۱۷/۶	۰	۰	۳	۸/۸	۲	۵/۹

در مطالعه انجام شده، ۲۶/۹ درصد از کودکان از شیر مصنوعی استفاده می کردند که به طور تقریب ۷۰ درصد آن ها ساکن شهر و بقیه ساکن روستا بودند. در بیش تر موارد (حدود ۵۲ درصد) شیر خشک توسط متخصص اطفال تجویز شده بود. بالاترین درصد علت تجویز شیر خشک توسط متخصص اطفال، کافی نبودن شیر مادر و منحنی رشد نامطلوب گزارش شده است (جدول ۲). در بررسی ارتباط مصرف شیر مصنوعی با هیچ یک از عوامل مرتبط از جمله سن مادر، تحصیلات مادر، محل سکونت، اشتغال مادر، رتبه تولد و جنس نوزاد رابطه معناداری مشاهده نشد.

در این بررسی میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سنی تغذیه انحصاری با شیر مادر  $۱/۶۴ \pm ۵/۴۹$  بود. در بررسی ارتباط مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر با عوامل مرتبط از جمله شغل مادر، تحصیلات مادر، محل سکونت، جنسیت نوزاد، رتبه تولد و سن از طریق آزمون کای مربع، به جز با عامل تحصیلات مادر، با هیچ یک از عوامل مذکور رابطه معناداری مشاهده نشد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). به بیان دیگر، مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران با تحصیلات زیر دیپلم نسبت به مادران با تحصیلات دیپلم و بالاتر بیش تر بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی علل مصرف شیر مصنوعی بر حسب فرد تجویز کننده

علت تجویز	کافی نبودن شیر مادر و منحنی رشد نامطلوب		بستان نگرفتن		بیماری یا مصرف دارو		بیماری کودک		شغل مادر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
فرد تجویز کننده شیر مصنوعی	۸	۴۷/۱	۰	۰	۲	۱۱/۸	۲	۱۱/۸	۲	۱۱/۸
پزشک عمومی	۲۵	۶۵	۳	۷/۷	۳	۷/۷	۱	۲/۶	۰	۰
متخصص اطفال	۱۱	۷۸/۵	۱	۵/۹	۰	۰	۲	۱۱/۸	۰	۰
کارمند بهداشتی	۱	۵/۰	۰	۰	۰	۰	۱	۵/۰	۰	۰

( $P < ۰/۰۲۰$ )، به بیان دیگر، مادران خانه دار در مقایسه با مادران شاغل تا سن بالاتری شیردهی را ادامه داده اند. در این مطالعه، میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سن شروع غذای کمکی  $۰/۹۵۶ \pm ۶/۰۴$  ماه بود. ۹۲/۴ درصد از مادران غذای کمکی را با غذای کمکی صحیح و قابل قبول (فرنی و حریره) و ۷/۴ درصد با سایر مواد غذایی از قبیل غذای خانواده، سوپ، آب میوه و نشاسته شروع کرده بودند. نحوه صحیح شروع غذای کمکی با استفاده از آزمون کای مربع با تحصیلات مادر رابطه معناداری نشان داد ( $P < ۰/۰۲$ ). بیش تر مادرانی که نوع شروع غذای کمکی در آن ها صحیح نبود، افراد بی سواد و سطح سواد

(در برخی موارد فرد تجویز کننده شیر مصنوعی و یا علت مصرف آن نامشخص بوده و در بعضی موارد افراد بیش تر از یک علت و یا یک فرد را برای تجویز شیر مصنوعی عنوان کرده اند).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سن تداوم تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی  $۱۸/۵۸ \pm ۵/۳۲۱$  ماه بود. در بررسی رابطه بین تداوم مدت شیردهی تا دو سالگی با عوامل مرتبط از جمله اشتغال مادر، محل سکونت، تحصیلات مادر، سن مادر، جنسیت نوزاد و رتبه تولد از طریق آزمون کای مربع، فقط تداوم مدت شیردهی با عامل اشتغال مادر رابطه معناداری داشت

آموزش داده شود و یادآوری شود که گریه کودک علت های زیادی دارد که یکی از آن ها گرسنگی کودک است. آموزش مناسب در این زمینه می تواند در راستای ترویج تغذیه با شیر مادر و احیای دوباره آن با تبدیل دانش و نگرش ها به یک رفتار بهداشتی نقش مهمی داشته باشد.

در مطالعه انجام شده، فراوانی استفاده از شیر مصنوعی در شهر در مقایسه با روستا بیش تر از دو برابر بود (۷۰ درصد در شهر و ۳۰ درصد در روستا). در مطالعه ای که در خصوص علل تغذیه با شیر مصنوعی در مازندران توسط جلاهی و همکاران انجام گرفت نیز فراوانی استفاده از شیر مصنوعی در شهر بالاتر از روستا بوده است (۵۵/۶ درصد در مقابل ۴۴/۴ درصد) [۱۱]. یکی از دلایل احتمالی این اختلاف فاحش مصرف شیر مصنوعی در شهر نسبت به روستا می تواند انجام مراقبت های بهداشتی به صورت فعال در مراکز روستایی و خانه های بهداشت باشد. در روستاها کلیه مادران در دوران بارداری و پس از زایمان به مراکز بهداشتی مراجعه کرده و در صورت عدم مراجعه به موقع، تاخیر توسط بهورز پیگیری شده و مراقبت های لازم در خانه انجام می شود. در حالی که در مراکز شهری، مراقبت ها به صورت غیر فعال انجام می شود یعنی در صورت عدم مراجعه مادر به مراکز بهداشتی، پیگیری خاصی برای مراجعه مادر انجام نمی گیرد و در نتیجه ممکن است اولین مراجعه مادر به مراکز بهداشتی-درمانی پس از زایمان و یا پس از شروع مصرف شیر مصنوعی باشد که در این حالت تاثیر آموزش های مرتبط با شیردهی در راستای تغییر رفتار مادر نسبت به عدم مصرف شیر مصنوعی کاهش پیدا خواهد کرد.

در این پژوهش، میانگین سنی تداوم شیردهی  $5/321 \pm 18/58$  ماه بود، در حالی که در مطالعه کشوری پایش و ارزشیابی بهداشت باروری در سال ۸۴ این میانگین برابر با ۶/۲ ماه و در استان فارس ۵/۰۹ ماه بوده است [۱۱] که بیانگر افزایش بسیار خوب این شاخص می باشد. در این مطالعه بین اشتغال مادر با تداوم شیردهی رابطه معناداری مشاهده شد. به عبارت دیگر، مادران خانه دار در مقایسه با مادران شاغل تا سن بالاتری شیردهی را ادامه داده اند. در مطالعه انجام شده در کهگیلویه و بویراحمد، عوامل موثر در کاهش میانگین مدت زمان شیردهی، شهری بودن مادر، سواد متوسط پدر و مادر، شغل آزاد یا کشاورز و دامدار بودن پدر بوده است [۱۵].

در پژوهش حاضر، میانگین سن شروع غذای کمکی  $6/04 + 0/95$  ماه می باشد که در شهر  $5/7 + 0/8$  ماه و در روستا  $6/42 + 0/96$  ماه است و این نتایج با دستورالعمل انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر که بهترین زمان برای شروع غذای کمکی را پایان شش ماهگی توصیه می کند، منطبق می باشد [۱۶]. در حالی که در مطالعه کشوری پایش و ارزشیابی بهداشت

کم تر بوده اند. یکی دیگر از عواملی که با نوع صحیح شروع غذای کمکی رابطه معناداری نشان داد، رتبه تولد بود ( $P < 0/009$ ). به عبارت دیگر، با افزایش تعداد فرزندان خانواده، نوع صحیح شروع غذاهای به کودک نامناسب شده است.

#### بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه به منظور بررسی وضعیت تغذیه کودکان زیر دو سال در مناطق شهری و روستایی شهرستان جهرم انجام گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد، ۵۵/۴ درصد از کودکان تا سن شش ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند. این شاخص در مقایسه با مطالعه پایش و ارزشیابی بهداشت باروری در سال ۸۴ که در کشور برابر با ۱۹/۳ درصد و در جهرم برابر با ۳۳/۳ درصد بوده است افزایش قابل توجهی نشان می دهد [۱۱]. میزان تغذیه انحصاری تا سن شش ماهگی بر اساس نتایج مطالعات انجام شده در زاهدان برابر با ۶۵/۹ درصد [۱۲] و بر اساس مطالعه انجام شده در بابل برابر با ۵۷/۱ درصد در شهر و ۵۰/۱ درصد در روستا بوده است [۱۳].

میانگین مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر در این مطالعه،  $5/49 \pm 1/64$  ماه بود که با مطالعه انجام شده در زاهدان ( $5/71 \pm 2/55$  ماه) و مطالعه انجام شده در بابل ( $3/5 \pm 5/6$  ماه) همخوانی دارد [۱۳].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، اصول تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۴۴/۶ درصد از کودکان رعایت نشده است. به عبارت دیگر، در مدت شش ماه اول زندگی کودک، مواد غذایی دیگر علاوه بر شیر مادر از قبیل آب، آب قند، جوشانده، شیر مصنوعی، غذای کمکی و یا غذای سفره به وی داده شده است. بیش ترین ماده غذایی داده شده به کودک در این مدت آب، آب قند و جوشانده به توصیه اطرافیان بوده است. این مورد می تواند باعث عدم افزایش وزن کودک به مقدار کافی، کم شدن میزان تولید شیر مادر، افزایش خطر ابتلا به اسهال، اگزما، آسم و دیگر بیماری ها شود [۱۴]. بنابراین ارائه آموزش های لازم به کلیه مادران در دوران بارداری و پس از زایمان در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی-درمانی، در زمینه فوائد تغذیه انحصاری با شیر مادر و خطرات عدم تغذیه انحصاری در شش ماه اول زندگی کودک ضروری به نظر می رسد. در مطالعه حاضر، توصیه اطرافیان و بعد از آن گریه کودک بیش ترین علت های عدم تغذیه انحصاری کودک با شیر مادر بوده است. از این رو به نظر می رسد اطرافیان با حمایت از مادر در تداوم شیردهی می توانند نقش موثری ایفا کنند و بنابراین حضور یک همراه در کلاس های آموزش شیردهی در دوران بارداری برای کمک به مادر در امر شیردهی پس از زایمان باید الزامی شود. در این دوره های آموزشی باید نشانه های کمبود شیر به کلیه مادران

می باشد که خود می تواند نشان دهنده اقدامات مثبت و اتخاذ راه کارهای مؤثر واحدهای بهداشت خانواده در این عرصه باشد. پیشنهادات: ۱- تداوم آموزش به خانواده ها در خصوص فواید تغذیه انحصاری با شیر مادر، زمان و نحوه شروع تغذیه تکمیلی و ادامه شیردهی تا پایان دو سالگی. ۲- انجام پژوهش های بیش تر در ارتباط با علل مصرف شیر مصنوعی در بین مادران.

**تقدیر و تشکر:** بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی و تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی جهرم به دلیل حمایت مالی در اجرای طرح و از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرداری و روستایی به خاطر همکاری صمیمانه در تکمیل پرسش نامه ها تشکر می شود.

## Reference:

- Delawar B, Farivar M, Javanparast S, et al. Integrated management of child health. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: UNICEF; 2002: 1-2. (Persian)
- Kelishadi R. Childhood nutrition in health and disease. 1<sup>st</sup> ed. Isfahan: Naghshe Jahan Publ; 2004 : 268-270. (Persian)
- Froozani M. Nutrition in pregnancy, lactating infancy and childhood. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Chehr Publ; 1993: 10-81. (Persian)
- Institute of Health and Medical Education. Mother's milk in infant nutrition. Tehran: Inst Health Med Educ; 1997: 15-17. (Persian)
- Ebrahimi S, Mahmoodi A. A study on complementary nutrition and its related factors in Kohgiluyeh and Boyerahamad Province in 1991. Armaghane-danesh: J Yasouj Univ Med Sci 1991; 6(24): 8-16. (Persian)
- Ahmadi M. Motherly guide to feed the infants. 4<sup>th</sup> ed. Isfahan: Shahid Fahmideh Publ; 2007 : 20. (Persian)
- Krebs NF, Primak LE. Pediatric nutrition and nutritional disorders. In: Marcadante K, Kliegman RM. Nelson Essentials of Pediatrics. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1998: 195 - 196.
- Teymori P, Reshadmanesh N. Survey of the effect of nutritional knowledge on weight gain trend 0-2 year in mothers going to rural health child center in Kordestan Province, 1998. J Kordestan Univ Med Sci 1988; 2(7): 20-25. (Persian)
- Jalali H, Mohammadpour RA, Gholami SH, et al. Reason for formula milk consumption in infant under 6 of Mazandaran province in 2003. J Mazandaran Univ Med Sci 2005; 46(15): 111-116. (Persian)
- Ghaffari V, Vahidshahi K, Parvinnejad N, et al. Assessment of mother's attitude and knowledge toward exclusive breast feeding, Sari, 2007. J Jahrom Univ Med Sci 2009; 7(1): 53-61. (Persian)
- Ministry of Health. Results of reproductive integrated monitoring and evaluation system. Tehran: Inst Health Med Educ; 2007: 19-20. (Persian)
- Imani M, Mohammadi M, Rakhshani F, et al. Breast feeding and its related factors in Zahedan. Feyz: J Kashan Univ Med Sci 2003; 7(2): 26-30. (Persian)
- Hajian K. Survey of the prevalence of exclusive breast-feeding and its determinants in the rural and urban population of Babol in 1997. J Mazandaran Univ Med Sci 1998; 19(8): 12-17. (Persian)
- Farivar KH, Sadvandian S, Farivar M. Development and support of breastfeeding in the baby-friendly hospitals. Tehran: Ministry Health; 2008:150. (Persian)
- Ebrahimi S, Poor Mohamadi A. A study on complementary nutrition and its related factors in Kohgiluyeh and Boyerahamad Province in 2001. Armaghane-danesh J Yasouj Univ Med Sci 2002; 24(6): 8-15. (Persian)
- Quaid Mohammadi Z. Breastfeeding acknowledgment. Tehran: Rastan Publ; 2002: 73. (Persian)
- Hajian K, Saggadi P. The pattern of infants' complementary foods and the age of first supplementation and its relation to bicultural and social characteristics of mothers and infants in Babol population. J Med Refin 2000; 35(4): 9-14. (Persian)
- Oaladi B, Bahrami M. Mother's milk and infants' nutrition. Tehran: Pardis Publ; 1995 : 44. (Persian)

باروری در سال ۸۴ میانگین این شاخص در شهرستان جهرم برابر ۴/۸ ماه و در استان فارس ۵/۰۱ ماه بوده است. بر اساس نتایج مطالعه انجام شده در استان کهگیلویه و بویر احمد، میانگین سن شروع غذای کمکی در شهر ۱/۹۶ + ۵/۵ ماه و در روستا ۳/۷۲ + ۵/۶۲ ماه [۱۵] و برای مطالعه انجام شده در بابل به ترتیب در شهر ۱۲/۴ + ۶/۷ ماه و در روستا ۱۲/۱ + ۶/۴ ماه بوده است [۱۷].

در پژوهش انجام شده، ۹۲/۴ درصد از کل مادران غذای کمکی را با حریره بادام یا فرنی شروع کرده اند که متناسب با دستورالعمل وزارت بهداشت می باشد [۱۸]. یعنی اکثر مادران آگاهی کافی در خصوص نحوه صحیح شروع تغذیه تکمیلی داشته اند.

این مطالعه بیانگر ارتقاء قابل توجه شاخص های بهداشت مادر و کودک در کودکان زیر دو سال طی سال های ۸۴ تا ۸۷

## Nutritional status of children under two years and its associated factors in urban and rural areas of Jahrom, 2007-8

Torabi S<sup>1</sup>, Managheb SE\*<sup>2</sup>, Rahmanian S<sup>3</sup>, Zahedi R<sup>1</sup>, Solhjoo Z<sup>1</sup>

Received: 12/22/2010

Revised: 05/30/2011

Accepted: 06/06/2011

1. Division of Family Health, Deputy of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Dept. of Community Medicine, School of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Division of Nutrition, Deputy of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

---

Journal of Jahrom University of Medical Sciences Vol. 9, No. 2 , Summer 2011

### Abstract:

#### Introduction:

Breastfeeding and the complementary feeding have a prominent role in the growth and development of children. This survey was designed to assess the nutritional status of children under two years in urban and rural areas of Jahrom.

#### Material and Methods:

This was a cross-sectional study on 435 children aged 18-24 months and living in rural and urban areas. Data were collected through a questionnaire and descriptive and analytic statistics were employed.

#### Results:

In this survey, the mean ( $\pm$ SD) age of the children was  $20.86 \pm 3.305$  years. Exclusive breast feeding was 55.4 percent and the mean ( $\pm$ SD) age of exclusive breastfeeding was  $5.49 \pm 1.64$  years. Moreover, 26.9 percent of the children were fed with artificial milk. The mean ( $\pm$ SD) age to start supplementary feeding was  $6.04 \pm 0.956$  and that of continuation of breast feeding until 2 years of age was  $18.58 \pm 5.321$ .

#### Conclusion:

Considering the considerable lack of exclusive breast feeding and its resulting complications and consumption of about two times as much artificial milk in the urban as compared to rural areas, it seems that there should be an attempt to educate mothers on the disadvantages of lack of exclusive breast feeding and advantages of breastfeeding specially in rural health care centers.

**Keywords:** Exclusive Breast Feeding, Infant, Nutritional Status, Breast Milk, Infant Formulas