

شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در ایران: مرور نظام‌مند و متاآنالیز

آذر بابا احمدی^۱، زهرا سادات پژوهیده^۲، سلماز محمدی^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناس ارشد آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران.
۳. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۵

خلاصه

مقدمه: تغذیه با شیر مادر، یکی از راهبردهای مهم برای رشد و بقاء کودکان است، زیرا تأمین‌کننده نیازهای جسمی، فیزیولوژیک و روحی او تا ۶ ماهگی است، بنابراین مطالعه مروری حاضر با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در ایران انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مرور نظام‌مند و متاآنالیز، پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Web of Science، SID، Magiran، Iranmedex، IranDoc و Google Scholar منابع مقالات انتخاب شده و منابع منتشر نشده (کنفرانس‌ها، ترها) با کلید واژه‌های Exclusive Breastfeeding، Prevalence و Iran از سال ۲۰۱۹-۲۰۱۰ مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی کیفیت از چک‌لیست استروب، جهت بررسی ناهمگونی از شاخص I^2 و برای ارزیابی سوگرایی انتشار از آزمون Egger's استفاده شد. از مدل اثرات تصادفی برای شیوع ترکیبی و نسبت شانس با فاصله اطمینان ۹۵٪ استفاده شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار Stata (نسخه ۱۶) انجام شد.

یافته‌ها: از ۳۰ مطالعه‌ای که نتایج آنها استخراج گردید، ۱۹۷۴۰ کودک مورد بررسی قرار گرفتند. میزان شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر (۰/۳۸-۰/۵۹) (CI: ٪۹۵، ۰/۴۹) به دست آمد. نسبت شانس تغذیه انحصاری برای نوع زایمان (۱/۰۷-۱/۷۲) (CI: ٪۹۵، ۱/۳۶) برای سطح تحصیلات (۱/۰۱-۱/۸۴) (CI: ٪۹۵، ۱/۳۶) و برای شغل مادر (۴/۲۳-۱/۰۹) (CI: ٪۹۵، ۲/۱۵) بود.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر پایین بوده و نیازمند اقدامات مداخله‌ای می‌باشد.

کلمات کلیدی: ایران، تغذیه انحصاری، شیوع، متاآنالیز، مرور سیستماتیک

* نویسنده مسئول مکاتبات: سلماز محمدی؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. تلفن:

۰۶۱۳-۳۲۱۹۱۲۲، پست الکترونیک: sl.mohammadi89@yahoo.com

مقدمه

باشند که اوضاع در مناطق کم‌درآمد و توسعه‌نیافته حتی بدتر است (۱۲). تخمین زده شده است که از هر ۱۰ نوزاد، فقط ۲ کودک ممکن است در ۶ ماه اول پس از تولد تغذیه انحصاری مناسب داشته باشد (۱۳). مطالعه مونگو و همکاران (۲۰۱۳) در تانزانیا گزارش داد که فقط ۲۱٪ از نوزادان تغذیه انحصاری دریافت کردند و مطالعه کوئولوز و همکاران (۲۰۱۲) در برزیل نشان داد که فقط ۳۰٪ از نوزادان به‌طور انحصاری در ۶ ماه اول از شیر مادر تغذیه می‌کنند (۱۴، ۱۵). شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول پس از تولد در مناطق مختلف ایران بین ۳۳-۱۷٪ متفاوت است (۱۶، ۱۷)؛ به‌طوری‌که نرخ تغذیه انحصاری با شیر مادر در شهر سنندج ۴۹٪، مشهد ۵۴٪، چهارمحال و بختیاری ۴۴٪، اراک ۴۱/۵٪ و گرگان ۴۴/۴٪ گزارش شده است (۲۲-۱۸). مطالعه اولانگ و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که فقط ۵۶٪ کودکان ایرانی تا ۴ ماهگی و ۵۱٪ تا ۶ ماهگی تغذیه با شیر مادر داشتند که در مقایسه با میزان پیشنهادی «انحصاری» سازمان جهانی بهداشت کمتر بود، با این حال ۵۷٪ کودکان تا ۵ سالگی تغذیه با شیر مادر (انحصاری یا غیرانحصاری) داشتند (۲۳). در متآنالیز رنجبران و همکاران (۲۰۱۶) نرخ تغذیه انحصاری با شیر مادر ۴۹/۱٪ گزارش شد (۳۹).

کثرت مطالعات انجام شده در زمینه نرخ تغذیه انحصاری در مناطق مختلف ایران پس از سال ۲۰۱۵، بررسی منابع اطلاعاتی جدید در این زمینه و تعیین تغییرات شیوع تغذیه انحصاری و عوامل مرتبط با آن را جهت مطلع کردن متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌گذاران در مورد چگونگی بهترین حمایت از مادران و افزایش موفقیت در مداخلات ارتقاء شیردهی ضروری می‌سازد، لذا مطالعه مروری حاضر با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری یا شیر مادر و عوامل مرتبط در ایران انجام خواهد شد.

روش کار

این مطالعه متآنالیز با هدف بررسی شیوع تغذیه انحصاری با شیردهی حاصل طرح پژوهشی با کد ۹۸۰۰۰۰۰۷۲ و بر اساس رهنمودهای PRISMA

امروزه شیردهی انحصاری به‌عنوان یک راهبرد اساسی در تأمین رشد و بقاء کودک مورد توجه یونیسف (UNISEF) و سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۱ است (۱). تغذیه انحصاری با شیر مادر به‌معنی تغذیه شیرخوار فقط با شیر مادر بدون دریافت مایع و مواد غذایی جامد، به‌جز ویتامین، مواد معدنی و دارو در ۶ ماه اول است (۲). اگر در سراسر جهان هر کودک به‌طور انحصاری در ۶ ماه اول تولد با شیر مادر تغذیه شود، زندگی حدود ۱/۳ میلیون نفر در سال نجات خواهد یافت (۳). بر اساس اعلام WHO، حدود ۹۸٪ از مادران توانایی تغذیه انحصاری کودکان خود تا ۶ ماهگی با شیر مادر را دارا می‌باشند (۴). عواملی مانند شرایط مادر و نوزاد، حمایت محیطی، شهری بودن، جدایی مادر و فرزند، کاهش حمایت اطرافیان، باورهای غلط، میزان آگاهی والدین، اشتغال مادران، حاملگی مجدد، نوع زایمان و مانند آن به‌عنوان عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر (موفقیت یا عدم موفقیت) مطرح شده‌اند (۵). تغذیه انحصاری با شیر مادر موجب کاهش عفونت‌های دوران کودکی و جلوگیری از مشکلات ناشی از سلامت در دوران بلوغ خواهد شد (۶). تغذیه انحصاری با شیر مادر موجب کاهش فشارخون در دوران بلوغ، کاهش در شاخص توده بدنی، بهبود دانسیته استخوان و رشد ذهنی می‌شود (۷، ۸). علاوه بر این، مادرانی که فرزندشان را با شیر مادر تغذیه می‌کنند، به‌زودی پس از زایمان به وزن بدن قبل از حاملگی برمی‌گردند و خطر ابتلاء به سرطان پستان در آنها در مقایسه با مادران غیرشیرده کمتر است (۹، ۱۰). شیردهی می‌تواند به ایجاد پیوند قوی بین مادر و فرزندش و ایجاد احساسات و عواطف مثبت در مادر و کودک از افسردگی پس از زایمان جلوگیری کند (۱۱). علی‌رغم مزایای فوق در شیردهی، در سطح جهانی تخمین زده می‌شود که کمتر از ۴۰٪ از نوزادان زیر ۶ ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند و فقط ۱۵٪ ممکن است طبق توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت شیردهی مداوم همراه با مواد جامد را تا ۲ سال داشته

¹ World Health Organization

مقالات واجد شرایط انتخاب و نسبت به حذف موارد غیرمرتبط اقدام گردید. برای جلوگیری از سوگرایی، استخراج و ارزیابی کیفیت مقالات توسط ۲ پژوهشگر مستقل انجام شد. در مواردی که بین دو پژوهشگر اختلاف وجود داشت، بررسی مقاله توسط فرد سوم انجام گرفت. در مرحله بعد، اطلاعات مربوط به مقالات منتخب شامل نویسند اول، سال انتشار مقاله، مکان، حجم نمونه، هدف مطالعه، طراحی مطالعه، شیوع گزارش شده و عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری در فرم استخراج داده‌ها ثبت گردید.

ارزیابی کیفیت مقالات واجد شرایط به‌طور مستقل توسط دو محقق با استفاده از بیانیه تقویت گزارش مطالعات مشاهده‌ای در اپیدمیولوژی (STROBE) انجام شد. چکلیست STROBE شامل ۲۲ بخش متنوع می‌باشد که حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب برای هر مطالعه بین ۴۴-۱ در نظر گرفته شده است. بر این اساس، مطالعات به ۳ گروه دارای کیفیت پایین (۲۲-۰)، کیفیت متوسط (۲۳-۳۳) و دارای کیفیت بالا (۳۳-۴۴) تقسیم شدند (۲۴). در هر مطالعه میزان شیوع بر اساس نسبت کل نوزادانی که در مطالعه شرکت کرده بودند به نوزادانی که تا ۶ ماهگی از شیر مادر تغذیه کرده بودند، به‌دست آمد. جهت برآورد ادغام میزان شیوع از نرم‌افزار کامپیوتری Stata (نسخه ۱۶) استفاده گردید. برای ارزیابی ناهمگونی مطالعات نیز از شاخص استفاده I^2 شد. از آنجایی که در میان مطالعات یافت شده نیز ناهمگونی یافت شد، از مدل اثرات تصادفی برای شیوع ترکیبی و نسبت شانس (OR) با فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI) استفاده شد. با توجه به اینکه در نمودار کیفی تنها ۵۰٪ سوگیری انتشار قابل تشخیص است، از آزمون Egger برای ارزیابی امکان سوگیری انتشار استفاده شد.

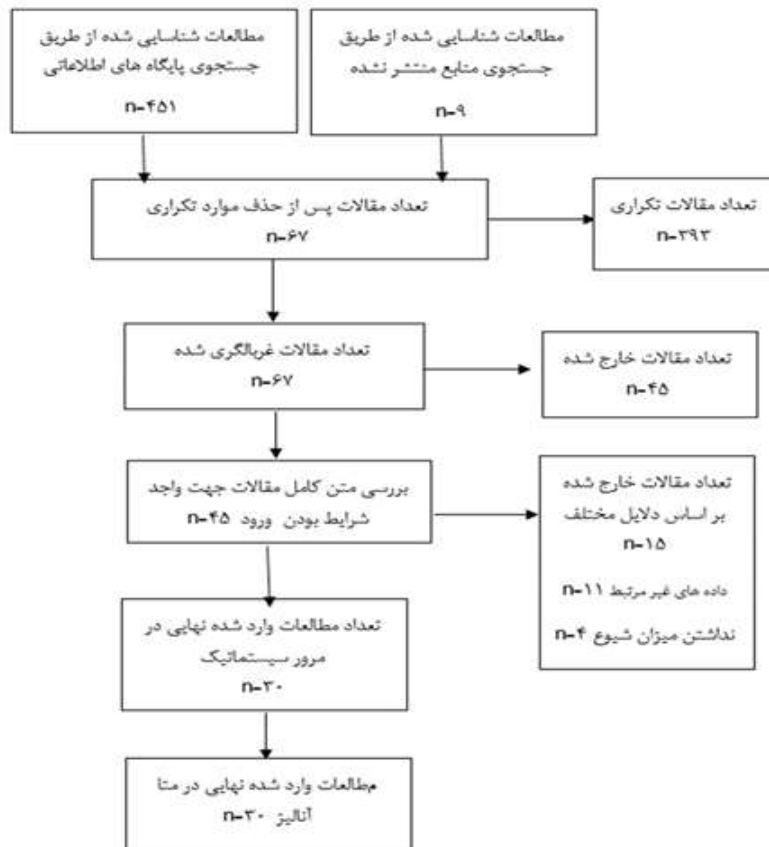
یافته‌ها

در جستجوی اولیه، ۴۶۰ مقاله یافت شد. ۳۹۳ مقاله به‌دلیل تکراری بودن حذف و متن کامل ۴۵ مقاله واجد شرایط بررسی شد. از این تعداد، ۱۵ مقاله به‌دلیل عدم رعایت معیارهای مربوط به نوع طراحی مطالعه و نداشتن

انجام شد (۲۴). در این مطالعه تمام منابع و مطالعات انجام شده به زبان فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Web of Science، SID، Magiran، Iranmedex، IranDoc و Google Scholar و منابع مقالات انتخاب شده و منابع منتشر نشده (کنفرانس‌ها، ترها) با استفاده از کلیدواژه‌های لاتین Infant feeding، Breastfeeding، breast-feeding، breastfeeding duration، breastfeeding prevalence، Exclusive breastfeeding، frequency، Iran، assessment، patterns، prevalence، investigation، breastfeeding status و کلیدواژه‌های فارسی: تغذیه انحصاری با شیر مادر، شیر مادر، طول مدت شیردهی، شیوع، فراوانی، الگو و ارزیابی با استفاده از عملگرهای OR و AND، از سال ژانویه ۲۰۱۰ یعنی ۳ سال پس از اعلام وزارت بهداشت مبنی بر تغذیه با شیر مادر به‌عنوان استراتژی حیات‌بخش کاهش مرگ‌ومیر کودکان تا دسامبر ۲۰۱۹ مورد بررسی قرار گرفت.

معیار ورود مقالات به مطالعه شامل: تمام مطالعات مقطعی، توصیفی-تحلیلی و کوهورت موجود به زبان انگلیسی و فارسی که شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر را گزارش کرده بودند و معیار خروج از مطالعه شامل: مطالعات انجام شده در جمعیت خاص مانند نمونه‌های کمتر از ۱۰۰ نفر، مطالعات طراحی شده به‌صورت سری مورد، گزارش مورد، آزمایشات بالینی تصادفی یا تحقیقات مداخله‌ای و مطالعاتی که داده‌های آنها برای تخمین شیوع تغذیه انحصاری ناکافی بود. پیامد مورد بررسی تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶ ماه اول پس از زایمان و تعیین عوامل مرتبط با آن بود. برای انتخاب مطالعات و استخراج داده‌ها، ابتدا عناوین تمام مقالات به‌دست آمده توسط ۲ نفر از همکاران طرح بررسی و موارد تکراری حذف شد، سپس عنوان چکیده مقالات باقی‌مانده به دقت مورد مطالعه قرار گرفت و مقالات فاقد معیارهای ورود به این مرور نظام‌مند حذف شدند. در نهایت متن کامل مقالات مرتبط احتمالی بررسی و

اطلاعات کافی در مورد شیوع حذف و ۳۰ مقاله وارد مطالعه شد (شکل ۱). بر اساس چک‌لیست استروب، ۱۰ مطالعه از کیفیت متوسط و ۲۰ مطالعه از کیفیت بالا برخوردار بودند (جدول ۱).



شکل ۱- فلوچارت مراحل ورود مطالعات به فرآیند مرور سیستماتیک

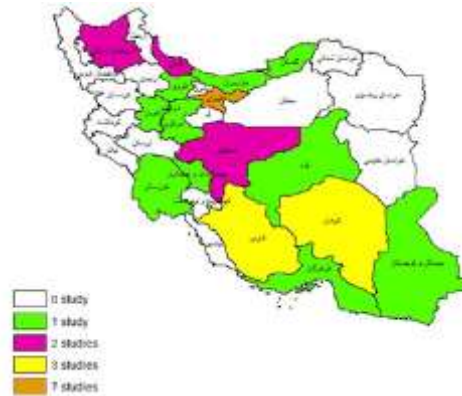
جدول ۱- مشخصات مطالعات وارد شده در متاآنالیز شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران

نویسنده/سال/رفرنس	هدف مطالعه	نوع مطالعه	جمعیت مورد مطالعه	روش نمونه‌گیری	ابزار	نتایج اصلی	کیفیت بر اساس استروب
حمیدی و همکاران (۲۰۱۱) (۲۰)	بررسی علل مصرف شیر مصنوعی	توصیفی-تحلیلی	شیرخوار زیر ۱ سال	خوشه‌ای تصادفی	پرسشنامه	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۴۴/۵٪	متوسط
الماسی و همکاران (۲۰۱۰) (۱۶)	وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر	مقطعی	کودک ۶ ماه	آسان	پرسشنامه	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۳۳/۱٪	بالا
الله قلی و همکاران (۲۰۱۱) (۵۰)	ارتباط طول مدت شیردهی با وزن‌گیری	همبستگی از نوع پیشگویی	مادران دارای کودک ۲-۳ سال	طبقه‌ای	پرسشنامه	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۷۶/۵٪	متوسط
وقاری و همکار (۲۰۱۱) (۵)	وضعیت تغذیه با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن	توصیفی-مقطعی	کودکان ۶-۶۰ ماه	خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای	پرسشنامه	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۹/۹٪	بالا
ناصرپور و همکاران (۲۰۱۱) (۵۱)	بررسی الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن	توصیفی-تحلیلی	کودکان ۱۸-۶ ماه	-	پرسشنامه	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶۱/۶٪	بالا
مهرپور و همکار (۲۰۱۱) (۲۵)	بررسی علل کاهش تغذیه انحصاری با شیر مادر	توصیفی-مقطعی	کودکان زیر یک سال	-	پرسشنامه	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶۰/۳٪	متوسط
یقینی و همکاران (۲۰۱۱) (۵۲)	مقایسه عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر	توصیفی-تحلیلی	کودکان کمتر از یک سال	تصادفی آسان	پرسشنامه	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۸۱/۹٪	متوسط
رحمت‌نژاد و همکار (۲۰۱۱) (۵۳)	بررسی علل قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر	توصیفی-مقطعی	مادران نخست‌زا	-	پرسشنامه و چک‌لیست	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۲/۶٪	بالا

متوسط	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۵/۴٪	پرسشنامه	آسان	کودکان ۱۸-۲۴ ماه	مقطعی	وضعیت تغذیه کودکان و عوامل مرتبط با آن در مراکز شهری و روستایی	ترابی و همکاران (۲۰۱۱) (۵۴)
متوسط	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶/۱٪	پرسشنامه	سرشماری	کودکان ۶-۱۲ ماه	توصیفی - مقطعی	بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن	مروت شریف‌آبادی و همکاران (۲۰۱۳) (۵۵)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۲۰/۸٪	پرسشنامه	غیرتصادفی	نوزادان ۶ ماه	توصیفی - مقطعی	الگوی شیردهی در نوزادان متولد شده توسط روش‌های کمک باروری	کرمانی و همکاران (۲۰۱۲) (۵۶)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۰/۷٪	اطلاعات پرونده و مصاحبه	تصادفی چند مرحله‌ای	کودکان ۶-۱۲ ماه	هم‌گروهی تاریخی	بررسی الگوی قطع تغذیه با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن	میراحمدزاده و همکاران (۲۰۱۲) (۵۷)
متوسط	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۲۱/۳٪	پرسشنامه	-	کودکان زیر یک سال	توصیفی - تحلیلی	بررسی عوامل مرتبط با عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر	ضیایی و همکاران (۲۰۱۲) (۵۸)
متوسط	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱۵/۳٪	پرسشنامه	آسان	کودکان زیر ۲ سال	توصیفی - مقطعی	عوامل مرتبط با تداوم تغذیه با شیر مادر	جعفری و همکاران (۲۰۱۴) (۵۹)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۲۷/۴٪	پرسشنامه	تصادفی ساده	کودکان ۱۲-۲۴ ماه	توصیفی - مقطعی	بررسی میزان شیردهی مادران و عوامل مؤثر بر آن	کمالی و همکاران (۲۰۱۳) (۶۰)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۲۳/۸٪	پرسشنامه	خوشه‌ای	کودکان کمتر از ۲ سال	مقطعی	میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مؤثر بر نگرش و آگاهی مادران	خمینیان و همکاران (۲۰۱۳) (۶۱)
متوسط	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶/۱٪	مصاحبه - پرسشنامه	خوشه‌ای	نوزادان بیشتر از ۶ ماه	آیندنگر	الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر و تعداد دفعات شیردهی در روز	ساکي و همکاران (۲۰۱۴) (۶۲)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶/۸٪	پرسشنامه	-	نوزادان ۱۲-۱ ماه	مقطعی	ارزیابی شیردهی در نوزادان	آقابابایی و همکاران (۲۰۱۴) (۶۳)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۳۱/۱۷٪	پرسشنامه	-	نوزادان ۶ ماه	مقطعی	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مؤثر بر آن	دلیلی و همکاران (۲۰۱۴) (۶۴)
متوسط	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۵/۴٪	پرسشنامه	خوشه‌ای	کودکان بیشتر از ۶ ماه	مقطعی	تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن	قنبرزاد و همکاران (۲۰۱۴) (۶۵)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۴۶/۵٪	پرسشنامه	خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای	کودکان ۶-۲۴ ماه	مقطعی	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن	نقوی و همکاران (۲۰۱۴) (۶۶)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶۹/۵٪	پرسشنامه	سیستماتیک	نوزادان ۶ ماه	مقطعی	عواطف مادری و الگوی تغذیه شیرخواران	انصاری جابری و همکاران (۲۰۱۵) (۶۷)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۷۰/۷٪	پرسشنامه	تصادفی ساده	کودکان ۶ ماه	توصیفی - مقطعی	بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر آن	رنجبران و همکاران (۲۰۱۷) (۶۸)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۷۱/۱٪	پرسشنامه	طبقه‌ای	کودکان کمتر از ۲ سال	مقطعی	عوامل مرتبط با تداوم شیردهی	روستایی و همکاران (۲۰۱۵) (۶۹)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۸/۹٪	پرسشنامه	تصادفی ساده	کودکان ۶-۱۲ ماه	مقطعی	ارتباط عوامل دموگرافیک، خانواده سالم و سلامت اجتماعی با تغذیه انحصاری با شیر مادر	سنجری و همکاران (۲۰۱۶) (۷۰)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۳۴/۴٪	پرسشنامه	خوشه‌ای طبقه‌بندی شده دومرحله‌ای	کودکان ۶ ماه	طولی	عوامل پیشگویی کننده آغاز و تداوم رفتار شیردهی در مادران	پاکپور و همکاران (۲۰۱۶) (۷۱)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۳/۱۳٪	پرسشنامه	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	کودکان بیشتر از ۶ ماه	مقطعی	بررسی الگوی شیردهی	کلیشادی و همکاران (۲۰۱۶) (۷۲)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۸۶/۵٪	پرونده و پرسشنامه	تصادفی ساده	نوزادان ۶ ماه	کوهورت گذشته‌نگر	مقایسه شاخص رشد در دو گروه تغذیه انحصاری با شیر مادر و تغذیه با شیر خشک	صمدی افشار (۲۰۱۸) (۲۶)
بالا	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۵۰/۵٪	پرسشنامه	طبقه‌بندی تصادفی	کودکان ۵-۲ سال	مقطعی تحلیلی	ارتباط عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان نخست‌زا	حسینی و همکاران (۲۰۱۹) (۷۳)
متوسط	شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۶۶/۸٪	پرسشنامه	در دسترس	نوزادان ۶ ماه	مقطعی	ارتباط توانمندی مادران در شیردهی با تغذیه انحصاری شیر مادر	طهری و همکاران (۲۰۱۹) (۷۴)

تا ۶ ماهگی از شیر مادر تغذیه کرده بودند به نوزادانی که در مطالعه شرکت کرده بودند، به دست آمد (جدول ۱). توزیع جغرافیایی مقالات منتخب در سراسر کشور بر روی نقشه نشان داده شده است (شکل ۲).

از میان ۳۰ مطالعه‌ای که نتایج آنها استخراج گردید، ۱۹۷۴۰ کودک مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعات در فاصله سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۱۰ به چاپ رسیده بودند. در هر مطالعه میزان شیوع بر اساس نسبت نوزادانی که



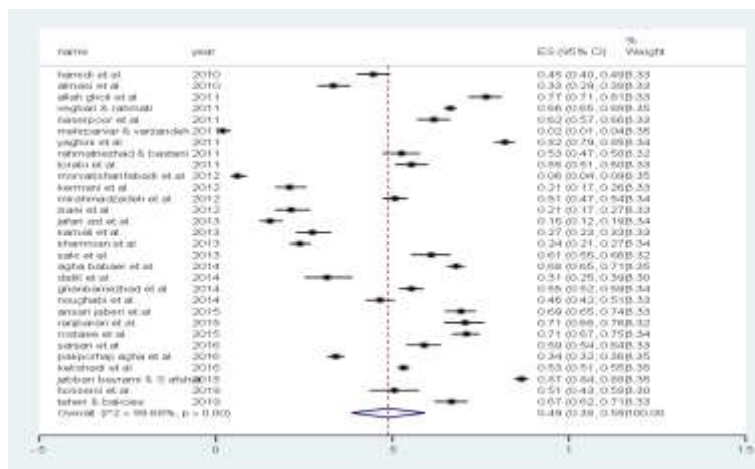
شکل ۲- توزیع جغرافیایی مطالعات در سراسر کشور

مادر (۰/۳۸-۰/۵۹: CI ۹۵٪: ۰/۴۹) محاسبه شد (شکل ۳). وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس نوع زایمان، سطح تحصیلات و شغل مادر مورد بررسی قرار گرفت که هر سه فاکتور از نظر آماری معنادار بودند ($p < ۰/۰۵$) (جدول ۲).

بیشترین میزان شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در مطالعه صمدی افشار (۲۰۱۸) با مقدار (۰/۸۴-۰/۸۸)، کمترین میزان شیوع در مطالعه مهرپرور و همکار (۲۰۱۱) با مقدار (۰/۰۴-۰/۰۱)، ۹۵٪ (CI: ۰/۸۷) و ۰/۰۲ (CI: ۰/۲۶، ۰/۲۵). در نتیجه متاتالیز، برآورد ادغام شده میزان شیوع تغذیه انحصاری با شیر

جدول ۲- نسبت شانس (OR) عوامل مؤثر بر تغذیه انحصاری با شیر مادر با استفاده از مدل اثرات تصادفی

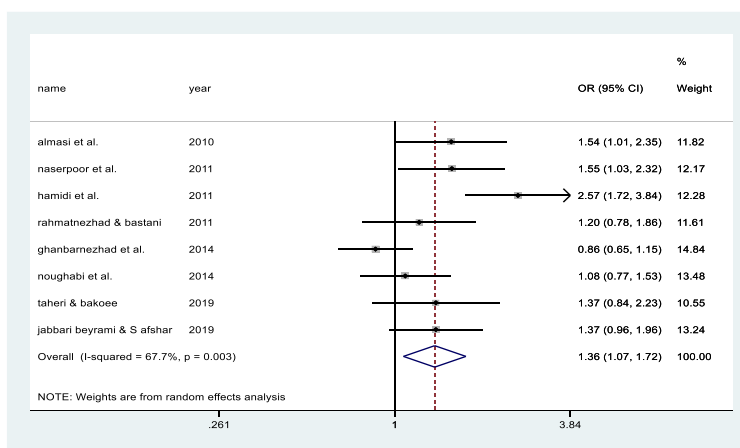
نام متغیر	تعداد مطالعات	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	I^2	سطح معنی‌داری
نوع تولد	۸	۱/۳۶ (CI: ۰/۹۵، ۱/۷۲)	۶۷/۷٪	۰/۰۰۰۳
سطح تحصیلات مادر	۹	۱/۳۶ (CI: ۰/۹۵، ۱/۸۴)	۶۷/۷٪	۰/۰۰۰۲
وضعیت اشتغال مادر	۱۰	۲/۱۵ (CI: ۰/۹۵، ۴/۲۳)	۹۰/۴٪	< ۰/۰۰۰۱



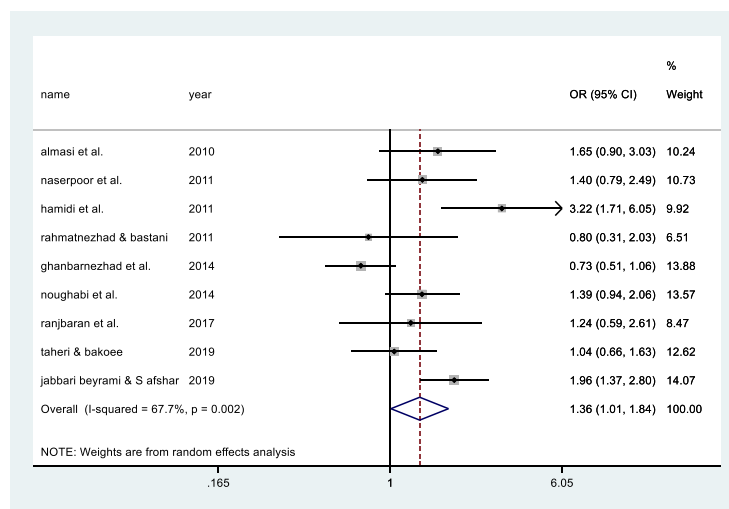
شکل ۳- نمودار انباشت شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر با استفاده از مدل اثر تصادفی

(CI: ۲/۱۵ برابر نوزادان مادران شاغل بود. بیشترین مقدار مربوط به مطالعه سنجری و همکاران (۲۰۱۶) با نسبت شانس (CI: ۱۱/۴۹-۴۱/۷۶، ۰/۹۵) و ۲۱/۹۱ و کمترین مقدار مربوط به مطالعه قنبرنژاد (۲۰۱۴) با نسبت شانس (CI: ۰/۵۱-۱/۰۹، ۰/۷۵) بود (شکل ۶) (۶۵، ۷۰). از آزمون Egger برای ارزیابی امکان سوگیری انتشار استفاده شد که نتیجه آزمون معنادار نبود ($p=۰/۲۲۹$). اثر متغیرهای سال انتشار مطالعات و حجم نمونه به روش متارگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند که بر اساس نتایج، شیوع شیردهی انحصاری با گذشت زمان افزایش یافت، ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=۰/۱۲۴$) (شکل ۷). همچنین حجم نمونه بر شیوع شیردهی انحصاری از نظر آماری اثر معناداری نداشت ($p=۰/۲۹۴$) (شکل ۸).

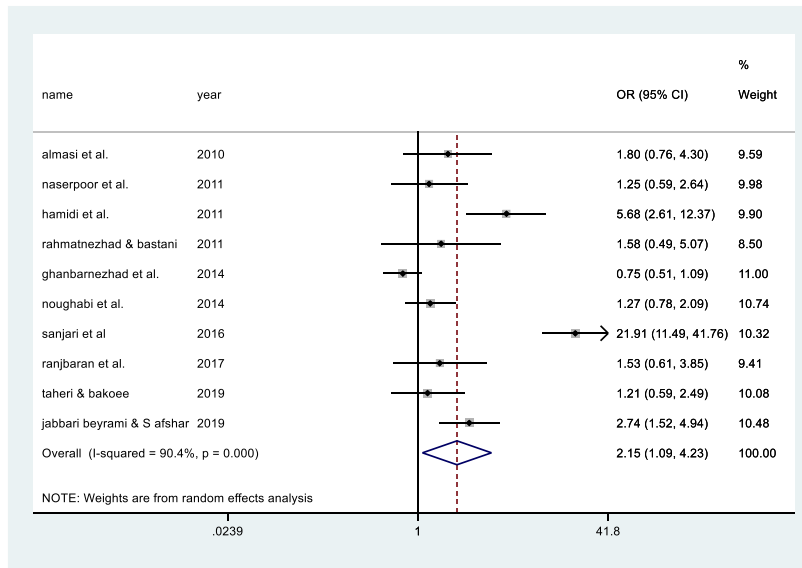
نسبت شانس تغذیه انحصاری در نوزادان حاصل زایمان طبیعی (CI: ۱/۰۷-۱/۷۲، ۰/۹۵) برابر نوزادان حاصل سزارین بود. بیشترین مقدار مربوط به مطالعه حمیدی و همکاران (۲۰۱۱) با نسبت شانس (CI: ۳/۸۴-۱/۷۲، ۰/۹۵) و کمترین مقدار مربوط به مطالعه قنبرنژاد (۲۰۱۴) با (CI: ۰/۶۵-۱/۱۵، ۰/۹۵) بود (شکل ۴) (۲۰، ۶۵). نسبت شانس تغذیه انحصاری در نوزادان مادران فاقد تحصیلات دانشگاهی (CI: ۱/۰۱-۱/۸۴، ۰/۹۵) برابر نوزادان مادران با تحصیلات دانشگاهی بود. بیشترین مقدار مربوط به مطالعه حمیدی و همکاران (۲۰۱۱) با نسبت شانس (CI: ۱/۷۱-۶/۰۵، ۰/۹۵) و کمترین مقدار مربوط به مطالعه قنبرنژاد (۲۰۱۴) با (CI: ۰/۵۱-۱/۰۶، ۰/۹۵) بود (شکل ۵) (۲۰، ۶۵). نسبت شانس تغذیه انحصاری در نوزادان مادران خانه‌دار (CI: ۱/۰۹-۴/۳۳، ۰/۹۵)



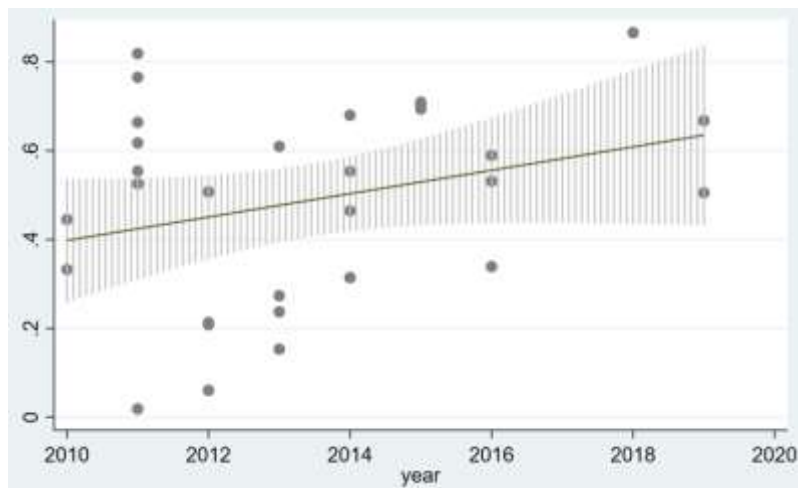
شکل ۴- نمودار انباشت تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس نوع تولد



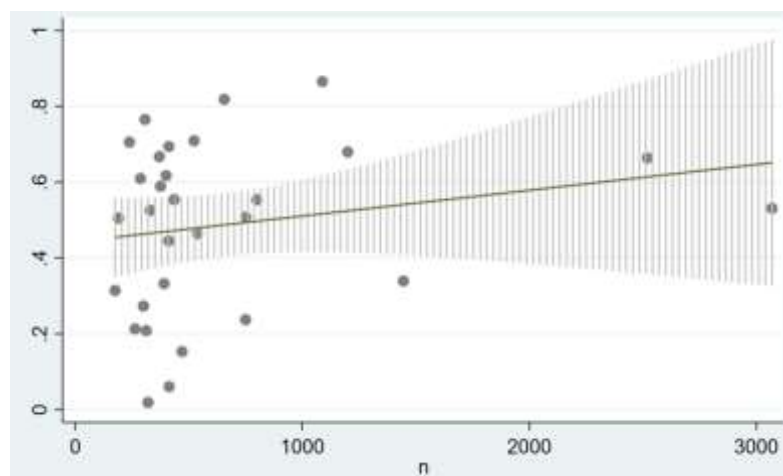
شکل ۵- نمودار انباشت تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس سطح تحصیلات مادر



شکل ۶- نمودار انباشت تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس وضعیت اشتغال مادر



شکل ۷- نمودار متارگرسیون شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس سال انتشار



شکل ۸- نمودار متارگرسیون شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس حجم نمونه

بحث

این مطالعه متاآنالیز با هدف تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط در ایران انجام شد. بر اساس متاآنالیز نتایج ۳۰ مطالعه، شیوع کلی شیردهی انحصاری ۴۹٪ تخمین زده شده است. کمترین میزان شیوع تغذیه انحصاری در کرمان (۶۰/۰۳٪) و بیشترین میزان در آذربایجان شرقی (۸۰/۵٪) گزارش شده است که این اختلاف ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و جمعیت‌شناختی است (۲۶، ۲۵).

نسبت شانس تغذیه انحصاری در نوزادان حاصل زایمان طبیعی بیشتر از نوزادان حاصل از سزارین بود. در متاآنالیز اولیایی‌منش و همکاران (۲۰۱۸) نرخ سزارین در ایران ۴۸٪ گزارش شده بود که این میزان بالای سزارین می‌تواند بر روی مادر و جنین تأثیر منفی داشته باشد، از جمله موجب کاهش تغذیه انحصاری با شیر مادر شود (۲۷). سیاست‌گذاران بهداشتی در طرح تحول نظام سلامت که از سال ۲۰۱۴ شروع شد، برنامه ترویج زایمان طبیعی و کاهش زایمان سزارین رو به‌صورت جدی در دستور کار خود قرار دادند (۲۷).

نسبت شانس تغذیه انحصاری در نوزادان دارای مادران خانه‌دار بیشتر از نوزادان مادران شاغل بود. کمبود وقت و خستگی در مادران شاغل، آنها را با مشکل شیردهی مواجهه می‌کند (۲۸). یک بررسی مقطعی برای تعیین نرخ واقعی تغذیه انحصاری در یک گروه از نوزادان کمتر از ۶ ماه سریلانکا نشان داد که شروع کار مادر، دلیل متوقف کردن تغذیه انحصاری از ۲ ماهگی است (۲۹). به‌همین ترتیب در زنان روستاهای ویتنام که پس از زایمان به محل کار خود بازگشته بودند، تغذیه انحصاری کمتر بود (۳۰). مصاحبه‌های عمیق با مادران در غنا و تانزانیا، اشتغال مادران را یک مانع مهم در برابر تغذیه انحصاری با شیر مادر به‌دلیل کوتاه بودن دوره بعد از زایمان و یا عدم وجود مکان شیردهی در محل کار شناسایی کرد (۳۱، ۳۲). برخلاف این گزارش‌ها، کاراچام (۲۰۰۸) بر روی زنان ترکیه نشان داد که اشتغال مادران با تغذیه انحصاری ارتباط مثبت دارد که دلیل این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از قوانین

مربوط به کار، مرخصی زایمان و مرخصی ساعتی مربوط به مادران شیرده شاغل در کشورهای مختلف باشد (۳۳). مطالعه بکر و همکار (۲۰۰۸) نشان داد قانون حمایت از بارداری به زنان این امکان را می‌دهد که بدون نیاز به انتخاب کار و بهترین تغذیه برای نوزاد خود، شیردهی را انتخاب کنند (۳۴). شواهد به‌دست آمده از مطالعات طولی نشان می‌دهد که مرخصی زایمان طولانی‌تر احتمال دستیابی مادران به تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی را در کانادا افزایش می‌دهد (۳۴). با این حال چنین شرایطی ممکن است برای مادرانی که در بخش‌های غیررسمی استخدام می‌شوند، قابل استفاده نباشد، بنابراین در نظر گرفتن مداخلات اصلاحی برای حمایت از گروه‌های پرخطر (مانند زنان شاغل)، احتمالاً تأثیر مداخلات ارتقاء شیردهی را افزایش می‌دهد.

بر اساس این مطالعه، شیوع تغذیه انحصاری در ایران بسیار کمتر از هدف جهانی ۲۰۳۰ (که نرخ تغذیه انحصاری ۷۰٪ می‌باشد) است (۳۵). در سطح جهانی، کمتر از نیمی از نوزادان در اولین ساعت پس از تولد، شیردهی را شروع می‌کنند. ۴۱٪ از نوزادان کمتر از ۶ ماه فقط با شیر مادر تغذیه می‌شوند (۳۶). طی سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۰، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در منطقه خاورمیانه آفریقای شمالی (MENA)^۱، ۲۸٪ گزارش شده است که در کشورهای مختلف متفاوت است (۳۷). داده‌های روند تغذیه انحصاری در سطح جهان (۲۰۱۰-۱۹۹۵) نشان می‌دهد شیوع شیردهی منحصربه‌فرد در شیرخواران کمتر از ۶ ماه در کشورهای در حال توسعه از ۳۳٪ در سال ۱۹۹۵ به ۳۹٪ در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است (۳۸). با بیشترین میزان در آفریقای غربی و مرکزی که افزایش ۲ برابری در نرخ تغذیه انحصاری داشته است (از ۱۲٪ در سال ۱۹۹۵ به ۲۸٪ در سال ۲۰۱۰). همچنین میزان تغذیه انحصاری در آفریقای شرقی و جنوبی بهبود یافته است (با افزایش از ۳۵٪ در سال ۱۹۹۵ به ۴۷٪ در سال ۲۰۱۰)، اما در آسیای جنوبی پیشرفت‌های متوسط‌تری (۴۰٪ در سال ۱۹۹۵ به ۴۵٪

¹ Middle-East North Africa

در سال ۲۰۱۰) مشاهده شده است. داده‌های کافی برای توصیف الگوهای منطقه‌ای برای شرق آسیا و اقیانوس آرام به دلیل کمبود اطلاعات روند از چین وجود ندارد، به همین ترتیب به دلیل کمبود نظرسنجی، اطلاعات کافی در مورد روند نرخ تغذیه انحصاری در مناطق اروپای شرقی و مرکزی، کارائیب، آمریکای لاتین و خاورمیانه وجود ندارد (۳۸). در مطالعه حاضر، نتایج شیوع تغذیه انحصاری با متآنالیز رنجبران و همکاران (۲۰۱۶) تفاوتی نداشت. در مطالعه حاضر شیوع شیردهی انحصاری با گذشت زمان افزایش یافت، ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین حجم نمونه بر شیوع شیردهی انحصاری از نظر آماری اثر معناداری نداشت (۳۹). مقایسه الگوهای تغذیه انحصاری کشورهای مختلف با ایران نشان می‌دهد که میزان تغذیه انحصاری در ایران از مصر (۹/۷٪)، هند (۳۴٪)، عربستان سعودی (۲۴/۴٪)، مالزی (۴۳/۱٪)، کانادا (۲۳٪)، پرو (۳۵٪)، سوئد (۳۴٪) و ایالات متحده آمریکا (۱۶/۸٪) بیشتر است (۴۶-۴۰). تفاوت نرخ تغذیه انحصاری در کشورهای مختلف علاوه بر تفاوت آنها در بکارگیری استراتژی‌های مؤثر در افزایش نرخ تغذیه انحصاری، به روش‌های مختلفی برای اندازه‌گیری تغذیه انحصاری هم بستگی دارد. شیوع برآورد نرخ تغذیه در برخی مطالعات مانند حسین و همکاران (۲۰۱۸) از نوع فراخوان، در برخی دیگر مانند مطالعه سعید و همکاران (۲۰۱۳) یادآوری رژیم غذایی از بدو تولد^۱ و یا در مطالعه تان (۲۰۱۱) در شبه جزیره مالزی از روش "هفت روز خودآگاهی"^۲ است که می‌تواند بر روی نرخ شیوع تغذیه انحصاری اثر بگذارد (۴۳، ۴۷، ۴۸). مطالعه آیدام (۲۰۰۵) در غنا تفاوت نرخ تغذیه انحصاری در دو روش "یادآوری رژیم غذایی از بدو تولد" و "یادآوری ۲۴ ساعته"^۳ (۷۰/۲٪) در مقابل ۵۱/۶٪، از تاثیر روش های متدولوژیکی در تعیین تغذیه انحصاری حمایت می‌کند (۴۹). در مطالعات آینده این موضوع باید هدف قرار گیرد که آیا تفاوت‌های گزارش شده در شیوع به علت تفاوت‌های

متدولوژیکی تنها است و یا می‌تواند ناشی از عوامل فرهنگی-اجتماعی باشد.

از نقاط قوت این مطالعه، جستجوی جامع منابع اطلاعاتی رسمی و غیررسمی در یک باز زمانی ۱۰ ساله، تعیین عوامل مرتبط با تغذیه انحصاری و تعیین توزیع جغرافیایی مطالعات منتخب بود. از محدودیت‌های این پژوهش، تفاوت‌های روش‌شناختی مطالعات، حجم نمونه کمتر از ۵۰۰ در ۱۹ مطالعه اولیه وارد شده در متآنالیز و عدم قابلیت جستجوی ترکیبی کلیدواژه‌ها در منابع اطلاعاتی داخلی بود.

نتیجه‌گیری

در حالی که شیردهی به‌خصوص تغذیه انحصاری برای رشد و تکامل مناسب نوزادان توصیه می‌شود، شیوع تغذیه انحصاری در ۶ ماه اول زندگی نوزاد بر اساس متآنالیز صورت گرفته ۴۹٪ است. بنابراین در راستای هدف جهانی ۲۰۳۰، تغذیه انحصاری با شیر مادر باید مورد تشویق بیشتر قرار گیرد و استراتژی‌های مداخله‌ای توسط مسئولین ذی‌صلاح در جهت محافظت، آموزش و حمایت از مادران در تغذیه انحصاری باید طراحی گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از دانشگاه علوم پزشکی شوشتر به دلیل حمایت مالی از این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

¹ since birth dietary recall

² seven day self-recall

³ 24-h recall

1. World Health Organization. Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025.
2. Jafari AM, Chehrzed MM, Shafipour SZ, Ghanbari A. Quality of Educational Services from View Points of Nursing and Midwifery Students Based on Servqual Model. *Research in Medical Education* 2014; 6(1):50-58.
3. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care; 2009.
4. Khademloo M, Zare A, Fakhar M. Survey of service quality gap from the viewpoint of paramedicine students in Mazandaran University of Medical Sciences, 2010. *Education & Ethic In Nursing* 2013; 2(1):1-5.
5. Veghari GH, Rahmati R. Breastfeeding status and some of its related factors in the Golestan Province. *Iran journal of nursing* 2011; 24(71):8-18.
6. MacNamara MM, Taylor LE, Taylor JS. State-wide support for physician-mothers who are breastfeeding. *Rhode Island Medical Journal* 2012; 95(1):9.
7. Vafa M, Moslehi N, Afshari S, Hossini A, Eshraghian M. Relationship between breastfeeding and obesity in childhood. *Journal of health, population, and nutrition* 2012; 30(3):303.
8. Tarrant AM, Schooling CM, Leung SL, Mak KH, Ho LM, Leung GM. Impact of breastfeeding on infectious disease hospitalisation: the children of 1997 cohort. *Hong Kong medical journal* 2014.
9. Jarlenski MP, Bennett WL, Bleich SN, Barry CL, Stuart EA. Effects of breastfeeding on postpartum weight loss among US women. *Preventive medicine* 2014; 69:146-50.
10. Babita NK, Singh M, Malik JS, Kalhan M. Breastfeeding reduces breast cancer risk: a case-control study in north India. *International journal of preventive medicine* 2014; 5(6):791.
11. Assarian F, Moravveji A, Ghaffarian H, Eslamian R, Atoof F. The association of postpartum maternal mental health with breastfeeding status of mothers: a case-control study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(3).
12. Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations with growth measures in 14 low-income countries. *Maternal & child nutrition* 2012; 8(3):354-70.
13. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC public health* 2011; 11(3):1-8.
14. Mgongo M, Mosha MV, Uriyo JG, Msuya SE, Stray-Pedersen B. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among women in Kilimanjaro region, Northern Tanzania: a population based cross-sectional study. *International breastfeeding journal* 2013; 8(1):1-8.
15. Queluz MC, Pereira MJ, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012; 46(3):537-43.
16. Almasi H, Saberi H, Moravveji SA. The pattern of exclusive breast feeding in neonates under healthcares in health centers of Kashan city during 2006. *Kaums Journal (FEYZ)* 2010; 14(2):163-8.
17. Vafae A, Khabazkhoob M, Moradi A, Najafpoor AA. Prevalence of exclusive breastfeeding during the first six months of life and its determinant factors on the referring children to the health centers in mashhad, northeast of Iran-2007. *Journal of applied sciences* 2010; 10(4):343-8.
18. Khayyati F. An investigation into the reasons of terminating breastfeeding before the age of two. *J Qazvin Univ Med Sci* 2007; 11(3):25-30.
19. Khabazkhoob M, Fotouhi A, Majdi MR, Moradi A, Javaherforoshzadeh A, Haeri Kermani Z, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding in Health Center Mashhad, 2007. *Iranian Journal of Epidemiology* 2008; 3(3):45-53.
20. Hamidi M, Khoshdel A, Khadivi Boroujeni R, Deris F, Parvin N, Malekhamadi MR. The causes of formula milk consumption in the infants under 1 year old in Chaharmahalva Bakhtiari provins Iran, 2007. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences* 2011; 13.
21. Mohammad Beygi A, Mohammad Salehy N, Bayati AK. The pattern of exclusive breast feeding in referred neonatal to health centers of Arak. *Journal of Guilan university of Medical sciences* 2009; 18(70):17-25.
22. Jalaly AK, Jouybari L, Sanagou A. The Reasons for Failure of Exclusive Breast Feeding in Health Centers in Gorgan (1378-79). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2001-2002; 3(8):81-86.
23. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *International breastfeeding journal* 2012; 7(1):1-7.
24. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi journal of anaesthesia* 2019; 13(Suppl 1):S31.
25. Mehrparvar S, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman city during 2008-2009. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2011; 1(1):45-52.
26. Samadi-Afshar S. Comparison of Growth Index in Exclusive Breastfeeding and Infant Formula Feeding in Six-Month-Old Infants in East Azerbaijan Province. *Depiction of Health* 2018; 8(4):252-9.
27. Olyaeemanesh A, Behzadifar M, Mousavinejhad N, Behzadifar M, Heydarvand S, Azari S, et al. Iran's health system transformation plan: a SWOT analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2018; 32:39.

28. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Maternal & child nutrition* 2015; 11(4):433-51.
29. Perera PJ, Ranathunga N, Fernando MP, Sampath W, Samaranyake GB. Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: A prospective observational study. *International breastfeeding journal* 2012; 7(1):1-6.
30. Dearden KA, Quan LN, Do M, Marsh DR, Pachón H, Schroeder DG, et al. Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: insights from mothers who exclusively breastfed and worked. *Food and nutrition bulletin* 2002; 23(4_suppl2):99-106.
31. Otoo GE, Lartey AA, Pérez-Escamilla R. Perceived incentives and barriers to exclusive breastfeeding among periurban Ghanaian women. *Journal of Human Lactation* 2009; 25(1):34-41.
32. Shao Mlay R, Keddy B, Noerager Stern P. Demands out of context: Tanzanian women combining exclusive breastfeeding with employment. *Health Care for Women International* 2004; 25(3):242-54.
33. Karaçam Z. Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(3):341-9.
34. Baker M, Milligan K. Maternal employment, breastfeeding, and health: Evidence from maternity leave mandates. *Journal of health economics* 2008; 27(4):871-87.
35. WHO U, World Health Organization. The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030. Geneva: World Health Organization; 2018.
36. Collective GB. Global breastfeeding scorecard, 2018: Enabling women to breastfeed through better policies and programmes. Retrieved from UNICEF & WHO website: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf>. 2018.
37. UNICEF. The state of the world's children 2008: Child survival. Unicef; 2007.
38. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *International breastfeeding journal* 2012; 7(1):1-5.
39. Ranjbaran M, Nakhaei MR, Chizary M, Shamsi M. Prevalence of exclusive breastfeeding in Iran: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology Research* 2016; 3(3):294-301.
40. Al-Safar TS, Khamis RH, Ahmed SR. Exclusive Breastfeeding Duration to Six Months: A Literature Review of Factors and Barriers from 2010 to 2020. *International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice* 2020; 2(1):60-79.
41. Radhakrishnan S, Balamuruga SS. Prevalence of exclusive breastfeeding practices among rural women in Tamil Nadu. *International Journal of Health & Allied Sciences* 2012; 1(2):64.
42. El-Gilany AH, Shady E, Helal R. Exclusive breastfeeding in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Breastfeeding Medicine* 2011; 6(4):209-13.
43. Tan KL. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. *International breastfeeding journal* 2011; 6(1):1-7.
44. Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Dewey KG. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. *Journal of human lactation* 2012; 28(1):45-54.
45. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public health nutrition* 2005; 8(1):39-46.
46. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 2011; 128(6):1117-25.
47. Hossain M, Islam A, Kamarul T, Hossain G. Exclusive breastfeeding practice during first six months of an infant's life in Bangladesh: a country based cross-sectional study. *BMC pediatrics* 2018; 18(1):1-9.
48. Seid AM, Yesuf ME, Koye DN. Prevalence of Exclusive Breastfeeding Practices and associated factors among mothers in Bahir Dar city, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *International breastfeeding journal* 2013; 8(1):1-8.
49. Aidam BA, Perez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. *European journal of clinical nutrition* 2005; 59(6):789-96.
50. Student AL, Student RA, Hajikazemi ES. The relationship between the duration of breast feeding and child weight gain up to the end of the age of 24-months. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(71):83-92.
51. Naserpoor F, Noughjah S, Sharifat R. The pattern of exclusive breastfeeding and related factors in children referred to health centers of Omidieh city in 2010. *Jentashapir Journal of Cellular and Molecular Biology (Jentashapir Journal of Health Research)* 2011; 2(3):118-124.
52. Yaghini SO, Khameh S, Danesh F, Modaresi MR, Saneian H. Determinants of Exclusive Breast Milk Feeding of Infants in Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School* 2011; 28(117).
53. Rahmatnejad L, Bastani F. Factors associated with discontinuation of exclusive breast feeding by first time mothers. *Iran Journal of Nursing* 2011; 24(71):42-53.
54. Torabi S, Managheb S, Rahmanian S, Zahedi R, Solhjoo Z. Nutritional status of children under two years and its associated factors in urban and rural areas of Jahrom, 2007-8. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011; 9(2):15-20.
55. Morowatisharifabad M, Hajizadeh H, Akhavan Karbasi S, Fallahzadeh H. 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. *Tolooebehdasht* 2013; 12(3):84-94.

56. Kermani R, Nedaeifard L, Tehrani M, Nateghi MR, Fazeli A. Pattern of breastfeeding in infants conceived by assisted reproductive techniques at royan institute from birth to 6 months in Tehran-Iran. *Journal of Family and Reproductive Health* 2012; 105-9.
57. 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 Medicine* 2012; 18(99).
58. Ziaie T, Ghanbari A, Hassanzadeh Rad A, Yazdani MA. Investigating risk factors of failure in exclusive breastfeeding in less than one-year-old children referred to health centers in Rasht city. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(18):32-9.
59. Gafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A. Related factors to continued breastfeeding in infants. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2014; 24(2):1-8.
60. Kamali Z, Rasouli B, Roodpeyma S, Haji Mirsadeghi Z, Eivani MJ. Assessment of breastfeeding and related factors in three hospitals of Tehran, 2008. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology* 2013; 7(5):125-34.
61. Khamnian Z, Azarfar A, Ravanshad Y, Hashemian M, Hasanpour K. Exclusive breastfeeding and factors affecting knowledge, attitude and practice of mothers in rural and urban regions of East Azerbaijan, Iran. *Life Science Journal* 2013; 10(SUPPL. 5):473-8.
62. Saki A, Eshraghian MR, Tabesh H. Patterns of daily duration and frequency of breastfeeding among exclusively breastfed infants in Shiraz, Iran, a 6-month follow-up study using Bayesian generalized linear mixed models. *Global journal of health science* 2013; 5(2):123.
63. Aghababaii S, Artimani T, Mahjoob H, Shobeiri F. Assessing the infant's breastfeeding in Hamadan city, Iran. *SJMMS* 2014; 2(10):86-91.
64. Dalili H, Farsar A, Barakati H, Raji F, Shariat M, Pourmalek F, et al. Frequency of exclusive breastfeeding and its affecting factors in Tehran, 2011. *Acta Medica Iranica* 2014; 552-6.
65. Ghanbarnejad A, Abedini S, Taqipoor L. Exclusive breastfeeding and its related factors among infants in Bandar Abbas city, Iran. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2014; 16(1):85-91.
66. Noughabi ZS, Tehrani GS, Foroushani AR, Nayeri F, Baheiraei A. Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding at 6 months of life in Tehran: a population-based study. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal* 2014; 20(1):24-32.
67. Ansari Jaberi A, Negahban Bonabi T, Alahtavakoli M, Kazemi M. Maternal affectivity and their infants feeding pattern among referrers to health care centers in Rafsanjan in 2011. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015; 14(1):47-56.
68. Ranjbaran M, Jafari Manesh H, Panahi M, Baderan M, Shamsi M, Nakhaei M, et al. The survey of exclusive breast feeding and some socio-economical determinants in Shazand-Arak in 2014. *Community Health Journal* 2017; 8(2):10-8.
69. Roostae F, Tabatabaei SM, Zaboli M, Keykhaie R, Sharifi-Rad J, Shahrak P, et al. Breast-feeding continuation in south-eastern of Iran: the associated factors. *Medical Archives* 2015; 69(2):98.
70. Sanjari S, Mohammadi Soleimani MR, Khanjani NA, Mohseni M, Ahmadi Tabatabaei SV. The relationship between demographic factors, healthy family and social health with exclusive breastfeeding in women referred to Kashani Hospital of Jiroft in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2016; 15(2):165-78.
71. Pakpour A, Alijanzadeh M, Pouresmaeil M, Taherkhani F, Mohammadgholiha R, Jozi N. Predictive factors associated with breastfeeding initiation and duration behaviors of 6-months postpartum mothers referred to health centers in the city of Qazvin based on theory of planned behavior. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2016; 4(1):20-30.
72. Kelishadi R, Rashidian A, Jari M, Khosravi A, Khabiri R, Elahi E, et al. National survey on the pattern of breastfeeding in Iranian infants: the IrMIDHS study. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2016; 30:425.
73. Hoseini F, Rasekhi A, Lamyian M. Factors associated with exclusive breastfeeding among primiparous women. *Journal of Nursing Education* 2019; 8(2):51-7.
74. Taheri Z, Bakouei F. The Relationship between Mothers' Empowerment in Breastfeeding with Exclusive Breast Feeding in Infants. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2019; 21(1):85-92.