

**وضعیت، سیاست ها و برنامه های تغذیه ای مادران شیرده در ایران: یک مطالعه مروری**صدیقه مقیمی<sup>۱</sup>، نضال آژ<sup>۲</sup>، ترانه استکی<sup>۳</sup>، پروین میرمیران<sup>۴</sup>\*

۱. مربی، عضو هیات علمی گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران / دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران / مربی، عضو هیات علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران
۳. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار، عضو هیات علمی گروه تغذیه و صنایع غذایی، پژوهشکده غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

پذیرش: ۹۴/۴/۱۴

انجام اصلاحات: ۹۳ /۷/۶

دریافت: ۹۳/۳/۱۹

تجدید

**زمینه و هدف:** زنان باردار یا شیرده و کودکان دو گروه جمعیتی آسیب پذیر نسبت به کمبودهای تغذیه ای هستند. هدف از مطالعه حاضر مروری بر وضعیت تغذیه ای زنان شیرده، به عنوان یکی از حلقه های اصلی زنجیره عوامل مؤثر بر سلامت نسل و جامعه، بررسی برنامه های تغذیه ای حمایتی موجود در ایران و ارائه راهکارهایی در این راستا است.

**روش بررسی:** مطالعه مروری حاضر در فروردین ماه ۱۳۹۳ انجام شده است. کلیه مقالات مرتبط بدون محدودیت زمانی در پایگاه های ایران مدکس و مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و Pub med مورد بررسی قرار گرفتند. پس از بررسی خلاصه مقالات، ۱۵ مقاله فارسی و ۱۳ مقاله انگلیسی مورد بررسی کامل قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج تحقیقات موجود درباره وضعیت تغذیه ای زنان شیرده حاکی از کمبودها یا الگوی نامناسب تغذیه ای زنان شیرده است. گرچه در تدوین استراتژی های تغذیه ای، زنان باردار یا شیرده و کودکان غالباً به یک اندازه مورد توجه اند اما در عمل زنان هدف برنامه های سلامت و تغذیه برای بهبود رشد جنین یا کودک بوده و توجه کمی به نیازهای تغذیه ای و سلامت خود آنها شده است. تغذیه زنان شیرده فراموش شده و تمرکز صرف بر تغذیه زنان در دوره پره ناتال به معنی نادیده انگاشتن مشکل پایه ای تر تغذیه زنان در سراسر زندگی شان می باشد.

**نتیجه گیری:** اتخاذ رویکردی کل نگر به سلامت و تغذیه زنان به جای رویکرد سنتی که منحصراً بر دوره خاصی از زندگی تاکید دارد، منجر به ارتقا و تضمین سلامت زنان و نسل آینده خواهد شد.

**کلمات کلیدی:** تغذیه، شیردهی، سلامت زنان، سیاستگذاری، ایران، مقاله مروری

نویسنده مسئول: پروین میرمیران  
آدرس: ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی  
ایمیل: Mirmiran@endocrine.ac.ir

**مقدمه**

و بی سوادی بسیار بیشتر از مردان است. به علاوه سنت های اجتماعی - فرهنگی و تبعیض در الگوی انجام کار خانه، امکان سوء تغذیه در زنان را افزایش می دهد (۳). تغذیه مناسب در دستیابی به اهداف توسعه هزاره به ویژه اهداف یک: کاهش فقر و گرسنگی، چهار: کاهش مرگ کودکان و پنج: کاهش مرگ مادران کمک خواهد کرد (۴-۳). هیچ توصیه مبتنی بر شواهد در مورد میزان دریافت درشت مغذی ها در زنان شیرده وجود ندارد

شیردهی یک استراتژی بهداشت عمومی مهم به منظور بهبود مرگ و میر و عوارض شیرخوارگی و کودکی، بهبود عوارض مادری و کمک به کنترل هزینه های مراقبت بهداشتی است (۱). زنان باردار یا شیرده و کودکان به ویژه کودکان زیر دو سال، دو گروه جمعیتی آسیب پذیر نسبت به کمبودهای تغذیه ای هستند (۲). احتمال ابتلای زنان به کمبودهای تغذیه ای به چند دلیل از جمله بیولوژی تولید مثل، وضعیت اجتماعی پایین، فقر و

Strategy ، Program Lactation ، Postpartum Diet و Iran جستجو شد. ۱۳ مقاله مرتبط با وضعیت تغذیه زنان شیرده در Pub med مورد بررسی قرار گرفت. مقاله ای مرتبط با برنامه ها و سیاستگذاری که منحصراً به سیاست ها و برنامه های تغذیه ای در شیردهی اشاره داشته باشد یافت نشد. هیچ محدودیت زمانی در بررسی مقالات وجود نداشت.

#### یافته ها:

یافته های حاصل از مرور مقالات در دو بخش الف: وضعیت تغذیه زنان شیرده در ایران و ب: برنامه های حمایت از تغذیه مادران شیرده در ایران به شرح زیر است:

#### الف. وضعیت تغذیه زنان شیرده در ایران

وضعیت تغذیه زنان شیرده در ایران به صورت طبقه بندی شده در ۵ حیطه دریافت کالری، املاح، ویتامین ها، اسیدهای چرب و دیگر عوامل مرتبط مورد بررسی قرار گرفت.

#### الف ۱. وضعیت دریافت کالری و گروه های مختلف غذایی در رژیم غذایی

شاید اولین مطالعه ای که درباره وضعیت تغذیه زنان شیرده در ایران انجام شده است مطالعه Geissler و همکاران در سال ۱۹۷۸ باشد. نتایج این مطالعه که بر روی دو گروه از زنان تهرانی با وضعیت اقتصادی - اجتماعی متوسط و پایین انجام شد نشان داد، میزان دریافت انرژی، ویتامین ب ۶، فولاسین، کلسیم، آهن و روی در هر دو گروه کمتر از ۸۰ درصد میزان توصیه شده سازمان بهداشت جهانی است. سطح هموگلوبین، هماتوکریت، میزان پروتئین توتال سرم و پروتئین فرکشن در دو گروه تفاوت معنی دار داشت (۱۳).

در مطالعه مهدوی و همکاران میانگین انرژی دریافتی مادران شیرده تبریزی ( $2390 \pm 405$  کیلوکالری) به طور معنی داری کمتر از مقدار توصیه شده ( $2733$  کیلوکالری) ولی نزدیک به میانگین انرژی مورد نیاز محاسبه شده ( $2458 \pm 257$  کیلوکالری) بود. میانگین انرژی دریافتی در شهر به طور معنی داری کمتر از روستا بود ( $P < 0.05$ ). میانگین مصرف نان، سبزی و پنیر در مناطق روستایی و میانگین مصرف برنج، میوه، شیر، ماست و گوشت در مناطق شهری به طور معنی داری بیشتر بود ( $P < 0.05$ ).

که با تکامل جسمی بینه کودک همراه باشد (۵). در یک بررسی، تجویز مکمل غذایی به مادران شیرده در دوره بعد از زایمان به مدت بیست هفته، مانع از اثرات سوء عدم دریافت مکمل غذایی در دوره پره ناتال بر تکامل شناختی نوزاد گردید (۲). ذخیره انرژی مادران شیرده با مصرف مکمل غذایی افزایش یافته و باعث می شود بهتر به کودک خود شیر دهند، بیشتر با او بازی و او را تحریک کنند و رابطه ایمن و سالمی با کودک داشته باشند (۶) که این تحریکات می تواند با خطرات مرتبط با کم وزنی زمان تولد مقابله کند (۷) لذا اهمیت تغذیه مادر در دوران شیردهی کمتر از دوران پره ناتال نیست (۲). ارزیابی وضعیت تغذیه زنان شیرده و دیگر گروه های جمعیتی کاربردهای زیادی در تحقیقات، مدیریت بیمار، توسعه سیاست عمومی، طراحی و ارزشیابی برنامه دارد (۸). مطالعات اندکی به بررسی وضعیت تغذیه ای زنان شیرده در ایران (۹) و جهان (۸) پرداخته اند، نتایج تحقیقات در برخی موارد متناقض اند و نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه احساس می شود. اما نتایج اندک تحقیقات موجود نیز حاکی از کمبودهای تغذیه ای یا الگوی نامناسب زنان شیرده است (۹-۱۱).

هدف از مطالعه حاضر مروری بر وضعیت تغذیه ای زنان شیرده به عنوان یکی از حلقه های اصلی زنجیره عوامل مؤثر بر سلامت نسل و جامعه، بررسی برنامه ها و سیاست های موجود در ایران به منظور حمایت از تغذیه مناسب با هدف حفظ سلامت آنان و ارائه راهکارهایی در این راستا است.

#### روش بررسی:

مطالعه حاضر، مروری نقلی (Narrative) است که در فروردین ماه ۱۳۹۳ انجام شده است. به منظور تعیین وضعیت تغذیه زنان شیرده و بررسی برنامه ها و سیاست های موجود در ایران، کلیه مقالات مرتبط با کلید واژه ی «مادر شیرده»، «شیردهی»، «بعد از زایمان» در پایگاه های داده ی فارسی زبان، ایران مدکس و مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) ابتدا از نظر عنوان مورد بررسی قرار گرفتند که ۲۶ مقاله از نظر عنوان با هدف مطالعه مرتبط بودند. پس از بررسی خلاصه مقالات، ۱۵ مقاله مورد بررسی کامل قرار گرفت. (به دلیل شباهت داده و جمعیت مورد مطالعه در دو مقاله یکی از آنها مورد استناد قرار گرفت. (۱۲)). همچنین در پایگاه داده Pub med با کلید واژه های:

Nursing mother، Lactating mother

### الف ۳. ویتامین ها

کمبود ویتامین A در کنار فقر آهن و ید از شایع ترین اشکال سوء تغذیه ریز مغذی ها یا گرسنگی پنهان در جوامع در حال توسعه می باشد (۱۷). کمبود ویتامین A در سطح جهانی مطرح است و این ویتامین اثرات مهمی در سیستم ایمنی، بینایی و رشد نوزاد دارد (۱۸). با توجه به تغییر پذیری غلظت های چربی در شیر مادر و رابطه چربی شیر با رژیم غذایی مادر، میزان دریافت شیرخوار از ویتامین های محلول در چربی می تواند به طور محسوس متغیر باشد. مقدار ویتامین A در شیر رسیده مادر ۲۸۰ واحد در دسی لیتر است که تکافوی نیاز شیرخواران را بخوبی می نماید. مناسب بودن غلظت ویتامین A موجود در شیر مادر می تواند نشان دهنده مناسب بودن وضعیت تغذیه ای مادران و نوزادان باشد (۱۹ و ۲۰) در شش ماهه اول عمر رتینول شیر مادران کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای توسعه یافته پایین تر است (۲۱). در بررسی کلانتری و همکاران در زمستان ۱۳۷۸ شیوع موارد کمبود رتینول شیر مادر (غلظت کمتر از ۱/۰۵ میکرومول در لیتر) در استان هرمزگان حدود ۱۷ درصد برآورد شده بود (۲۰) اما مطالعه ی نخعی و همکاران در سال ۱۳۸۶ بر روی کلستروم روزهای ۳-۱ مادران شیرده تیریزی نشان داد میزان بتاکاروتن و رتینول دریافتی و میزان آن در کلستروم در حد طبیعی بوده و عمده ترین منبع تامین (۷۰ درصد) ویتامین A منابع گیاهی است (۲۲، ۱۹). همچنین چربی رژیم غذایی هنگامی که با مقدار زیادی فیبر مصرف شود نقش چندانی در افزایش زیست فراهمی (Bioavailability) کاروتنوئیدها ندارد (۲۲) توصیه شده است برای افزایش دسترسی به رتینول، مادران شیرده از چربی و نیز منابع حیوانی تامین کننده رتینول بیشتری استفاده کنند (۱۹).

### الف ۴. املاح

نوزادان و شیرخواران جمعیت هدف اثرات کمبود ید هستند و وضعیت ید شیرخواران تغذیه شده با شیر مادر به میزان زیادی وابسته به مقادیر ید موجود در شیر است. میزان ید شیر در محدوده ۱۵۰-۱۰۰ میکروگرم بر دسی لیتر کافی در نظر گرفته می شود (۲۳). در بررسی بذرافشان و همکاران بر روی ۱۰۰ زن شیرده گرگانی با شیرخوار ۱۸۰-۳۰ روزه میانه مقادیر ید ادرار در مادران شیرده حاکی از دریافت کافی ید بود ولی مقادیر ید شیر در تعدادی از مادران (۱۹ درصد) ناکافی (کمتر از ۵۰  $\mu\text{g/L}$ ) بوده که می تواند نوزادان را در معرض دریافت ناکافی ید قرار دهد. اگرچه بین مقادیر غلظت ید شیر و ادرار مادر ارتباط معنی داری

ارتباط معنی داری بین وزن شیرخواران و نمایه توده بدنی مادران مشاهده شد ( $P < 0.05$ ,  $\beta = 0.49$ ). همچنین اختلاف معنی داری بین وزن شیرخواران مربوط به مادران با دریافت انرژی بیشتر از ۲۵۰۰ کیلوکالری و شیرخواران مادران با دریافت انرژی کمتر از ۲۵۰۰ کیلوکالری وجود داشت ( $P < 0.05$ ). محقق در این مطالعه چنین نتیجه گیری کرده است که انرژی توصیه شده برحسب RDA (Recommended Daily Allowance) برای مادران شیرده تیریزی بیش از نیاز آنان است (۹) در این مطالعه علی رغم دریافت پروتئین کافی، منابع پروتئین عمدتاً از منابع گیاهی با ارزش بیولوژیک کمتر تامین می گردید. همین طور نسبت کربوهیدرات دریافتی نسبت به مقادیر توصیه شده و USDA (United States Department of Agriculture) بیشتر بود (۹).

در مطالعه عابدینی و همکاران مصرف همه گروه های غذایی به جز میوه و سبزیجات و مایعات در زنان شیرده کمتر از میزان توصیه شده بود. مصرف گروه شیر و لبنیات، گروه نان و غلات، گروه گوشت و حبوبات به ترتیب در ۸۰ درصد، ۶۱ درصد و ۳۷ درصد مادران، کمتر از میزان سفارش شده بود (۱۰) البته فصل سال نیز بر نوع تغذیه مؤثر است، مثلاً در تابستان به دلیل وفور میوه و سبزی افراد بیشتری امکان تهیه آن را دارند که در مطالعه فوق زمان نمونه گیری ذکر نشده است.

در یک بررسی متوسط انرژی روزانه دریافتی زنان شیرده در شیراز ۲۲۵۰ کیلوکالری بود. دریافت پروتئین در ۹ درصد، کلسیم در ۳۵/۷ درصد، آهن در ۱۸/۸ درصد و ویتامین C در ۱۵ درصد آنها ناکافی بود. پروتئین و ویتامین C به طور قابل توجهی بیشتر از حد مجاز در رژیم غذایی توصیه شده بود (۱۴).

### الف ۲. اسیدهای چرب

تأثیر نامطلوب اسیدهای چرب ترنس بر بیماری های قلبی - عروقی و چربی های خون در مطالعات زیادی مطرح شده است. اسیدهای چرب ترنس توسط انسان ساخته نمی شوند و منشاء آن عمدتاً رژیم غذایی حاوی روغن های گیاهی هیدروژنه است. در مقایسه با شیر زنان اروپایی و آمریکایی، شیر مادران ایرانی حاوی اسید چرب ترنس و اسیدهای چرب کوتاه و متوسط زنجیره بیشتر و اسید پالمیتیک و استئاریک کمتری است (۱۵). تعدیل چربی ها در رژیم غذایی مادران شیرده موجب کاهش سطح لیپیدهای نامطلوب سرم در مادر و شیرخوار خواهد شد (۱۶).

(از نوع غیر هم Heme) بالاتر، میزان روی و مس مصرفی کمتر از میزان توصیه شده بود. همچنین میانگین روی، مس و آهن در شیر مادران با وضعیت اقتصادی بالاتر به طور معنی داری کمتر از گروه اقتصادی ضعیف بود که به سن بالاتر مادران در گروه وضعیت اقتصادی پایین ارتباط داده شده است (۳۰).

تنها یک مطالعه به بررسی وضعیت مکمل آهن در زنان باردار و شیرده (۲ ماه اول بعد از زایمان) پرداخته بود که نتایج آن به صورت جداگانه در مورد مادران شیرده گزارش نشده بود و تنها ۲۵ درصد جمعیت مورد مطالعه زنان شیرده بعد از زایمان بودند (۳۱).

#### الف ۵. دیگر موارد مؤثر بر وضعیت تغذیه مادران شیرده

در یک بررسی ۴۰ درصد مادران شیرده با فرزند شش ماهه یا بیشتر ۱ تا ۳۰ روز در ماه مبارک رمضان روزه گرفته بودند (۳۲) ولی به نظر می رسد روزه داری مادران تأثیر معنی داری بر شاخص های رشدی شیرخوارانی که به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند ندارد (۱۲). طبق نتایج یک مطالعه در ورامین غلظت عناصر سنگین کروم و کادمیوم در شیر مادران بیش تر از حد استاندارد می باشد، زندگی در نزدیکی کارخانه یا مراکز صنعتی با افزایش هر دو عنصر و مصرف سیگار توسط همسر، مصرف برنج وارداتی، مصرف آب معدنی با افزایش سطح کروم شیر مادر مرتبط بوده است (۳۳). سلیمانی و همکاران نیز میزان سرب شیر مادران ساکن تهران  $22/43 \pm 23/66$  میکروگرم بر دسی لیتر) را بالاتر از کشورهای دیگر (۲۰-۱۵ میکروگرم بر دسی لیتر) گزارش کردند (۳۴). شیوع آلودگی شیر مادران با آفلاتوکسین M<sub>1</sub> در اصفهان ۱/۲۵ درصد (۳۵)، همدان ۶/۰۶ درصد با غلظت متوسط ۹/۴۵ نانوگرم در لیتر (۳۶) و در زنان روستایی تبریز ۲۲ درصد با غلظت  $6/96 \pm 0/94$  پیکوگرم بر میلی لیتر است و شیر هیچ یک از زنان شهری تبریز (۳۷) آلوده نبوده است. حداکثر سطح قابل تحمل آفلاتوکسین M<sub>1</sub> مورد قبول آمریکا و اتحادیه اروپا ۲۵ نانوگرم بر لیتر و سطح مجاز استرالیا و سوئیس ۱۰ نانوگرم بر لیتر است (۳۶).

در یک تحقیق که بر روی مادران شیرده انجام شد نتایج نشان داد، با توجه به تأثیر مثبت ورزش بر سلامت جسمی و روانی مادران شیرده، علیرغم آگاهی خوب و نگرش مثبت زنان شیرده به فوائد ورزش در دوران شیردهی، تنها ۱۴ درصد آنان نوعی از فعالیت ورزشی را انجام می دادند و میانگین انجام فعالیت

وجود داشت ( $P < 0/001$  و  $r = 0/44$ ) ولی غلظت ید ادراری تضمین کننده دریافت کافی ید از طریق شیرمادر در شیر خوار نیست (۲۴). نتایج حاصل از مطالعه ی بذرافشان و مطالعاتی که روی زنان باردار مناطق با دریافت کافی یا اضافی ید انجام گرفته حاکی از آن است که، باید توجه بیشتری به دریافت ید در بارداری و شیردهی معطوف گردد. ممکن است میزان دریافت توصیه شده ید از طریق ید دار کردن سراسری نمک برای زنان باردار و شیرده کافی نباشد و بهتر است مکمل یاری در بارداری و شیردهی منطبق با آخرین توصیه ها مد نظر باشد (۲۵). در بررسی مادران شیرده اصفهانی نیز میزان دریافت ید رژیم غذایی کافی بود اما غلظت ید در شیر مادران دارای نوزاد مبتلا به کم کاری تیروئید بالاتر از شیر مادران با نوزاد غیر مبتلا بود، تأثیر احتمالی ید اضافی بر کم کاری مادرزادی تیروئید مطرح شده است (۲۶).

عنصر روی برای ساختمان و عملکرد آنزیم ها، رشد و ایمنی سلولی ضروری است (۲۱). در مطالعه خسروی و همکاران طی تیرماه ۱۳۷۹ تا تیرماه سال ۱۳۸۰ در شهر یزد، حدود ۶ درصد مادران شیرده در روزهای ۵ تا ۱۰ بعد از زایمان به کمبود روی مبتلا بودند. متوسط روی دریافتی روزانه مادران ۱۰/۳ میلی گرم بود که تنها حدود ۵۴ درصد از میزان توصیه شده روزانه برای آنان را تامین می نمود. میانگین کلی روی دریافتی شیرخواران نیز ۲/۲ میلی گرم روزانه بود که معادل ۴۵/۸ درصد میزان مجاز روزانه است (۲۷). در این مطالعه، میانگین سطح روی شیرمادران  $316 \pm 152$  میکروگرم بر دسی لیتر و در بررسی خاقانی و همکاران (۲۸)  $2/95 \pm 0/77$  میلی گرم بر لیتر گزارش شد.

شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند به عارضه ناشی از کمبود روی به نام آکرودرماتیت آنروپایتک مبتلا نمی شوند (۲۱). اعتقاد بر این است در کشورهای با کمبود حاشیه ای روی، مکانیسم های تطبیقی مانع از دفع روی از راه های مختلف از جمله شیر مادر می شود. با توجه به کمبود حاشیه ای روی و شیوع بالای سوء تغذیه به ویژه سوء تغذیه از نوع بازماندگی از رشد (Stunted) در ایران، تجویز مکمل روی به مادران شیرده و اطفالی که رشد طولی مناسبی ندارند قابل توصیه است (۲۹).

در مطالعه ای دیگر مصرف عناصر معدنی نظیر کلسیم، ید، منیزیم، فسفر، روی و ویتامین های C, B<sub>9</sub>, A, B<sub>2</sub> و D در زنان شیرده خرم آبادی وضعیت نامطلوبی داشت (۱۱). صرف نظر از وضعیت اقتصادی میزان روی موجود در شیر مادران با کودک ۹۰ تا ۱۲۰ روزه پایین تر از میزان استاندارد و میزان آهن مصرفی



ورزشی فقط ۵ دقیقه بود (۳۸). باورها و عقاید هر جامعه در سلامت افراد آن جامعه نقشی اساسی دارد. آشنایی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از باورهای تغذیه‌ای از جمله زنان در دوران شیردهی امری ضروری است. ۴۴/۶ درصد زنان (روستای لیقوان): از کارهای سنتی در زمان بعد از زایمان استفاده می‌کردند: مثل خوردن قیماق، گندم، هندوانه و دعا کردن (۳۹).

## ب. برنامه‌های حمایت از تغذیه مادران شیرده در ایران

اطلاعات چاپ شده زیادی درباره پروژه‌های مداخله‌ای تغذیه‌ای برای مادران و کودکان در منطقه EMRO وجود ندارد (۴۰).

اجرای طرح سلامت مادران باردار و شیرده در مناطق کمتر توسعه یافته ایران با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور با هدف ارتقاء سطح سلامت تغذیه‌ای آن‌ها توسط موسسه بنیاد علوی از موسسات بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی از مهر ماه سال ۱۳۸۷ آغاز شده است و هم‌چنان ادامه دارد (۴۱، ۱۱). در سال ۱۳۹۲ بین مادران واجد شرایط در مناطق محروم در ۲۱ استان و ۱۲۴ شهرستان، بالغ بر ۱۳۱ هزار سبد غذایی شامل برنج، ماکارونی، کنسرو نخود فرنگی، لوبیاچیتی، پنیر، سویا، گوشت یا مرغ، کنسرو تن ماهی، عدس، بادام یا پسته یا گردو، خرما، روغن مایع، عسل، شکر ماهانه توزیع شده است. به منظور ارزیابی نقاط قوت و ضعف و بررسی اثربخشی پروژه اقدامات اولیه صورت گرفته است (۴۲). برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی بر تأثیر این طرح در بهبود روند رشد کودکان متولد شده، مطلوب بودن وضعیت وزن‌گیری اکثریت مادران باردار، روند مناسب وزن‌گیری ۹۸ درصد کودکان زیر ۶ ماه، اثرات مثبت روانی در حمایت از تغذیه مادر و کودک، افزایش کیفیت ارائه خدمات آموزشی به مادران باردار تأکید کرده‌اند (۴۳). در مورد این که چه تعداد یا درصد از زنان گروه‌های فوق نیازمند به حمایت تغذیه‌ای تحت پوشش برنامه قرار گرفته‌اند یا میزان اثر بخشی برنامه بر پیامدهای کوتاه یا بلند مدت تغذیه‌ای چگونه بوده است، هیچ گزارش رسمی در منابع الکترونیکی و اینترنتی یافت نشد.

## بحث و نتیجه‌گیری:

### انجام پژوهش‌های کاربردی درباره تغذیه مادران شیرده:

در جهان ایده آل، انتخاب برنامه و سیاست، مبتنی بر چارچوب مفهومی عموماً مقبول و اثبات شده با تحقیق است که در یک محیط مناسب آزمون شده‌اند (۱۸). بهبود تغذیه‌ی جامعه در کشورهای در حال توسعه نیازمند تصویر اپیدمیولوژیکی دقیق از نواحی

از آن‌جا که اطلاعات مبتنی بر شواهد درباره تغذیه مادران شیرده محدود است، به منظور اولویت بندی، طراحی و شروع برنامه‌های مداخله‌ای با هدف بهبود تغذیه مادران نیاز فوری به اطلاعاتی درباره شیوه‌های تغذیه، وضعیت تغذیه و فاکتورهای مرتبط با آن در زنان شیرده است (۴۶). مطالعات کیفی درباره باورهای تغذیه‌ای زنان شیرده ایرانی بسیار محدود است (۴۸، ۴۷ و ۱۳).

## تدوین و اجرای برنامه مدون مراقبت تغذیه مادران شیرده در سیستم خدمات بهداشتی درمانی کشور:

در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی اولیه ایران، مراقبت‌های تغذیه‌ای در بارداری و شیردهی شامل ارزیابی تغذیه، آموزش تغذیه مناسب و مصرف مکمل‌ها و نیز ثبت و پیگیری وزن‌گیری در طی بارداری است و برنامه مدونی برای مراجعات مادران شیرده به مراکز بهداشتی درمانی و ارزیابی تغذیه آنها وجود ندارد (۴۹). گرچه در تدوین استراتژی‌های تغذیه‌ای، زنان باردار یا شیرده و کودکان غالباً به یک اندازه مورد توجه‌اند اما در عمل زنان هدف برنامه‌های سلامت و تغذیه برای بهبود رشد جنین یا کودک بوده و توجه کمی به نیازهای تغذیه‌ای و سلامت خود آنها شده است. تغذیه زنان شیرده فراموش شده و تمرکز صرف بر تغذیه زنان در دوره پره‌ناتال به معنی نادیده انگاشتن مشکل پایه‌ای تغذیه‌ای زنان در سراسر زندگی‌شان است. باید توجه داشت وضعیت تغذیه‌ای، متفاوت از بیماری، دارای رفتاری تجمعی در طی زمان بوده و رخدادی مجزا نیست (۵۰) با توجه به ایرادات موجود در الگوی غذایی زنان شیرده در مناطق مختلف کشور و تأثیر تغذیه مادر بر رشد کودک (۵۱، ۱۱) اصلاح الگوی تغذیه‌ای موجود و جایگزینی الگوی مناسب دریافت مواد غذایی نیازمند آموزش و توجه بیشتری است. مادران شیرده بویژه زنان خانه‌دار، بی‌سواد و دارای کودک زیر ۳ سال (۱۰) زنان با بارداری‌های مکرر و نزدیک به هم (۵۰) مادران شیرده‌ی مناطق کم‌درآمد (۴۶) نیازمند توجه و حمایت تغذیه‌ای بیشتری هستند.

## اتخاذ سیاست هایی با رویکرد کل نگر به سلامت و تغذیه زنان:

از آنجا که سلامت و تغذیه زنان در سراسر زندگی شان تحت تأثیر عوامل پیچیده و بسیار مرتبط به هم زیستی، اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی و مرتبط با خدمات بهداشتی است. رویکرد کل نگر به سلامت و تغذیه زنان که کل چرخه زندگی را در نظر می گیرد و بر عوامل خطر موجود قبل از بارداری و حتی قبل از کودکی اشاره دارد بهتر از رویکردی سنتی است که منحصراً بر دوره خاصی از زندگی تاکید دارد (۵۰). طبق نتایج مطالعه قند و لیپید تهران رژیم غذایی اکثر نوجوانان نیاز به اصلاح دارد (۵۲) پرداختن به نیازهای دختران و زنان در سراسر زندگی شان - رویکرد چرخه ی زندگی (Life cycle approach) - منجر به بهبود وضعیت تغذیه ی زنان می شود (۳). از آنجا که علل سوء تغذیه زنان ندرتاً ساده و تک بعدی است برنامه ها باید به مجموعه ای از عوامل تعیین کننده تغذیه گروه هدف پردازند (۳). استراتژی منطقه ای سازمان بهداشت جهانی درباره تغذیه طی سال های ۲۰۱۹-۲۰۱۰ نیز بهبود تغذیه در تمام طول چرخه زندگی افراد در منطقه EMRO است (۴).

### ارتقاء تغذیه جمعیت عمومی:

الگوهای تغذیه ای اکثر بزرگسالان تهرانی منطبق با راهنمای تغذیه آمریکا (DGA ۲۰۰۵) و اهداف تغذیه سازمان بهداشت جهانی / سازمان غذا و کشاورزی نیست (۵۳). زنان از تلاش های انجام شده در جهت بهبود تغذیه عمومی بطور مثال غنی سازی غذاهای پرمصرف روزانه با ریز مغذی ها از جمله ید، آهن، فولات ویتامین A و یا تنوع بخشی به رژیم غذایی روزانه با آموزش های تغذیه ای در مورد غذاهای بومی حاوی کالری و مواد مغذی کافی منتفع خواهند شد (۳).

### برنامه های مداخله ای مبتنی بر اجتماع به منظور ارتقاء وضعیت تغذیه زنان:

در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه ایران برخی جنبه های مراقبت های بهداشتی اولیه جامع (Comprehensive primary health care) مانند دسترسی معقول و مناسب به خدمات بهداشتی اصلی نسبت به برخی جنبه های دیگر مانند مشارکت شهروندان و رویکردهای پایین به بالا بیشتر مورد توجه واقع شده است (۵۴). مداخلات مبتنی بر اجتماع (Community-based intervention) روشی عملی و

و هزینه - اثربخش برای رسیدگی به سلامت تعداد زیاد افراد با منابع محدود است. این روش برای فعالیت های تغذیه ای و جسمی که تحت تأثیر عوامل مختلف محیطی، جسمی اجتماعی و اقتصادی قرار می گیرند و برای گروه های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین که نیازها و موانع ویژه دارند مناسب است (۵۵). قدرت اجتماع برای مشارکت در طراحی و به کارگیری برنامه های تغذیه ای و انجام اقدام بین بخشی در مراقبت بهداشتی اولیه ایران نادیده انگاشته شده است (۵۴). بهترین روش مشارکت اجتماع در برنامه های مداخله تغذیه ای برنامه های پایین - بالاست. افراد اجتماع با کمک بخش دولتی، اطلاعات را جمع آوری می کنند، مشکلات را تشخیص می دهند، راه حل هایی پیشنهاد و مداخلات را انجام می دهند. مشارکت اجتماع می تواند به دو شکل باشد: فراهم نمودن برخی اجزاء منابع مورد نیاز یا دخالت مستقیم در فرایند تصمیم گیری (۴۴). استفاده از همه پتانسیل خدمات بهداشت اولیه در ایران نیازمند بخشیدن حیاتی دوباره به آن است. ترکیب رویکردهای بالا- پایین و پایین - بالا با کم کردن شکاف درکی بین سیاستگذاران و ارائه کنندگان و دریافت کنندگان خدمات مرتبط با سلامت ضروری است (۵۴). ارائه الگوهای مناسب برای ارتقای شیوه های زندگی سالم با تأکید بر گروه های آسیب پذیر و ارائه الگوی مناسب با نگرش جدید به خدمات بهداشتی اولیه در ارائه خدمات سلامت در شهرهای بزرگ و حاشیه شهرها با تأکید بر ابعاد معنوی و اجتماعی از اولویت های پژوهشی سال ۹۲ کشور است (۵۶).

### ارزیابی، ارزشیابی و طراحی مجدد برنامه های حمایت از تغذیه گروه های آسیب پذیر:

هر چند برنامه حمایت از تغذیه گروه های آسیب پذیر در ایران در حال اجراست، اما گزارشاتمی برای تعیین درصد پوشش، ارزیابی، ارزشیابی و تعیین اثربخشی و کارآمدی این برنامه منتشر نشده است. ارزیابی، ارزشیابی و طراحی مجدد برنامه های حمایت از تغذیه گروه های آسیب پذیر اقدامی ضروری است. هنگام طراحی استراتژی ها و سیاست ها باید توجه ویژه ای به موارد زیر معطوف گردد: همکاری درون و بین بخشی، نظام مراقبت تغذیه، پایش و ارزشیابی، همکاری بین کشوری، تعهد سیاسی، ظرفیت فنی و فناوری



و توسعه مهارت ها و قابلیت ها، مشارکت اجتماع و وضع قوانین مناسب (به طور مثال غنی سازی غذا) (۴۰).

## References:

1. Position of the American Dietetic Association: Promoting and Supporting Breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(11):1926-42.
2. Alderman H, Hawkesworth S, Lundberg M, Tasneem A, Mark H, Moore SE. Supplemental feeding during pregnancy compared with maternal supplementation during lactation does not affect schooling and cognitive development through late adolescence. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(1):122-9.
3. Ransom EI, Elder LK. *Nutrition of Women and Adolescent Girls: Why It Matters*. Population Reference Bureau 2003.
4. WHO., Mediterranean ROftE. *Regional strategy on nutrition 2010–2019 and Plan of action*. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2011.
5. Burtseva T, Solodkova I, Savvina M, Dranaeva G, Shadrin V, Avrusin S, et al. Dietary intakes of energy and macronutrients by lactating women of different ethnic groups living in Yakutia. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72.
6. Lundberg M, Wuermli A. *Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks*. Washington, DC: World Bank, 2012.
7. Walker SP, Chang SM, Younger N, Grantham-McGr, SM. e. The effect of psychosocial stimulation on cognition and behaviour at 6 years in a cohort of term, low-birthweight Jamaican children. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52:e148-54.
8. *Nutrition During Lactation*: The National Academies Press; 1991.
9. Mahdavi R, Nikniaz L, Aref Hossaini SR. taen olgoye taghziehie madarane shirdeh va tasire an bar vazeeyte roshde shirkharan dar shahre Tabriz va rostahaye atraf. *Medical Journal of Tabriz university of medical sciences*. 1388;31(3):97-102.. [persian]
10. Abedini Zahra ATH, Haudari Saeideh. nutritional status of lactating mothers for divided food groups and its related factors. *Payesh*. 1391;5:651-60.. [persian]
11. Shahnaz Khaghani., Hormozi M. food status of lactating mothers referring to health centers in Khorram Abad. *yafteh*. 1381;4(12):49-54.. [persian]
12. Khoshdel A, Kheiri S, Nasiri J, Taheri E, Najafi M, Salehifard A, et al. Comparison of Growth Parameters of Infants of Ramadan Fasted and Non-Fasted Mothers. *iranian journal of endocrinology and metabolism* 2008. [persian]
13. Geissler C, Calloway DH, Margen S. Lactation and pregnancy in Iran. II. Diet and nutritional status. *Am J Clin Nutr*. 1978;31(2):341-54.
14. Ayatollahi SM. Nutritional assessment of lactating women in Shiraz in relation to recommended dietary allowances. *East Mediterr Health J*. 2004;10(6):822-7.
15. Bahrami G, Rahimi Z. Fatty acid composition of human milk in Western Iran. *Eur J Clin Nutr*. 2005 Apr;59(4):494-7.
16. Fard NM, Mehrabian F, Sarraf-Zadegan N, Sajadi F. Fat-modified diets during pregnancy and lactation and serum lipids after birth. *Indian J Pediatr*. 2004;71(8):683-7.
17. FAO/WHO. FAO/WHO. *Deceleration of International Conference on Nutrition (ICN)*. Rome: FAO. 1992.
18. Mahan L, Escott-Stump S. *Krause's food, nutrition, & diet therapy*. translated by: Shidfar F. Kholdi N. Teheran. Jamaehnegar Publications. 1384. 2005:88-90.



19. Nakhaei M, Palizvan M, Mouris N. The evaluation of the relationship between retinol equivalent intake and colostrum retinol of lactating mothers referring to hospitals in Tabriz. *HBI\_Journals*. 2011;13(4):126-32.
20. Kalantari N, Rashidi A, Esmaeili M, Nasser E, Houshiar-rad A, Falahat- Pische HR, et al. Nutritional status of vitamin A in Hormozgan province, Southern Iran- March 2000. *Hakim*. 2003;6(3):1-6.. [persian]
21. majmoe amozeshie Tarvije taghzieh ba shire madar. Anjomane tarvije taghzie ba shire madar ba hamkarie UNICEF.Nasher: Unicef in Iran. 1388:71.. [persian]
22. Nakhaei MR, Palizvan MR. Rabete-e Charbie daryafti ba mizane B-Caroten mojud dar shire Aghoze madarane shirdeh moraje konandeh be zayeshgaha-e shahr-e Tabriz. *Journal of Kordestan university of medical sciences*. 1391;17:15-20.. [persian]
23. Azizi F, Smyth P. Breastfeeding and maternal and infant iodine nutrition. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2009 May;70(5):803-9..
24. Bazrafshan HR, Mohammadian S, Ordookhani A, Abedini A, Davoodi R, Hedayati M, et al. tozie yod dar edrar va shir-e madaran dar dorane pas az zayeman dar Gorgan, 1382. *Pazhohesh dar pezhshki*. 1384;29(2):169-73.. [persian]
25. Azizi F. Iodine nutrition in pregnancy and lactation in Iran. *Public Health Nutr*. 2007 Dec;10(12A):1596-9.
26. Hashemipour M, Nasri P, Hovsepian S, Hadian R, Heidari K, Attar HM, et al. Urine and milk iodine concentrations in healthy and congenitally hypothyroid neonates and their mothers. *Endokrynol Pol*. 2010 ;61(4):371-6.
27. Mozaffari Khosravi H, Keshavarz SA, Siasy F, sheraghian R, Majdzadeh R, Shaikholeslam R. Motalea vaseiate "Roy" dar madaran-e shirdeh va roshde shirkharane anha dar shahre yazd.[www.sid.ac.ir](http://www.sid.ac.ir). *Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 1380;9(4). [persian]
28. Khaghani S, Ezzatpanah H, Mazhari N, Givianrad MH, Mirmiran-pour H, Sadrabadi FS. Zinc and copper concentrations in human milk and infant formulas. *Iran J Pediatr*. 2010 Mar;20(1):53-7..
29. Mozafari Khosravi H, Keshavarz SA, Siasy F, Eshraghian R, Majdzadeh R, Shaikholeslam R. Tasire Roy-e takmili-e madarane Shirde bar vaseiate Roshde tolie atfale shir-e madarkhar. *iranian journal of endocrinology and metabolism*. 1384;1:45-56.. [persian]
30. Mahdavi R, Nikniaz L, Pourghassem G, Ghaemmaghami J. Evaluation of zinc, copper and iron concentrations in breast milk of mothers belonging to different economic classes and their correlations with infants' growth. *Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2010;19(3):281-91.. [persian]
31. Hamidzadeh S, Moghaddasi J, Mehralian HA, Alavi A. Barrasi-e elal-e masrafe namonazam-e ghors-e Ahan dar kxanomha-e bardar va shirdeh morajee konandeh be marakez-e behdashti- darmani shahr-e Brojen 1384-1385. *Shahr-e Kord University of medical sciences*. 1386;9(4):91-6.. [persian]
32. Ayatollahi SMT. mizane rozedari madarane shirdeh va avamele moaser bar an dar dorane shirdehi dar shiraz. *Tebbe Tazkieh*. 1383;52. [persian]
33. Nazarpour S, Teimoori L, Teimoori S. Cadmium and Chrome Concentrations in Human Milk. *Knowledge & Health*. 2014;9(1):21-9.. [persian]
34. Soleimani S, Shahverdy MR, Mazhari N, Abdi K, Gerayesh Nejad S, Shams S, et al. Lead Concentration in Breast Milk of Lactating Women who Were Living in Tehran, Iran. *Acta Med Iran*. 2014 Jan;52(1):56-9.
35. Jafarian Dehkordi A, Pourrudi N. Determination of Aflatoxin M1 in Breast Milk Samples in Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School Original Article*. 2012;30(182,4th week).
36. Ghiasian S, Maghsood A. Infants' Exposure to Aflatoxin M1 from Mother's Breast Milk in Iran. *Iran J Public Health*. 2012;41(3):119-26.
37. Mahdavi R, Nikniaz L, Arefhosseini SR, Vahed Jabbari M. Determination of aflatoxin M(1) in breast milk samples in Tabriz-Iran. *Matern Child Health J*. 2010 Jan;14(1):141-5.
38. Ghasemi S, Azari G, Rahchamani MR. Barrasi-e mizan faaliatie jesmani va avamele mortabet bar anjam-e an dar madaran-e shirdeh moraje konande be marakeze behdashti- darmani. *Payesh*. 1389;11(5):634-49. [persian]
39. Ozsoy SA, Katabi V. A comparison of traditional practices used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey and Iran. *Midwifery*. 2008 Sep;24(3):291-300.
40. Djazayery A. Regional overview of maternal and child malnutrition: trends, interventions and outcomes. *East Mediterr Health J*. 2004 Nov;10(6):731-6.
41. Bonyad Alavi. [http://alavi-bonyad.com/Modules/CMS/News/News\\_Show.aspx?MItemID=hPeHhjPqhPco](http://alavi-bonyad.com/Modules/CMS/News/News_Show.aspx?MItemID=hPeHhjPqhPco). 25 march 2014. [persian]
42. Foundation A. bargozarie jalase arzyabie progeh erteghe salamate taghzieh madarane bardare niazmand. [http://alavi-bonyad.com/Modules/CMS/News/News\\_Show.aspx?MItemID=hPeHhjPqhPco](http://alavi-bonyad.com/Modules/CMS/News/News_Show.aspx?MItemID=hPeHhjPqhPco). 25 march 2014.
43. Foundation A. asar bakhshie sabade ghazaei madaran dar ostane mazandaran.[http://alavi-bonyad.com/Modules/CMS/News/News\\_Show.aspx?MItemID=hPeHhjPqhPco](http://alavi-bonyad.com/Modules/CMS/News/News_Show.aspx?MItemID=hPeHhjPqhPco). 25 march 2014.
44. Sheikholeslam R, Abdollahi Z, Haghighi FN. Managing nutritional programmes in developing countries. *East Mediterr Health J*. 2004 Nov;10(6):737-46.
45. Khoshnevisan F, Hajifaraji M, Salarkia N, Aminpour A, Rassi M, Abbassgholi N, et al. Nutrition research in the first decade of 21 century in Iran: the necessity of road Map. *Springerplus*. 2013 Dec;2(1):262.
46. Hailelassie K, Mulugeta A, Girma M. Feeding practices, nutritional status and associated factors of lactating women in Samre Woreda, South Eastern Zone of Tigray, Ethiopia. *Nutr J*. 2013;12:28.
47. Ahlqvist M, Wirfalt E. Beliefs concerning dietary practices during pregnancy and lactation. A qualitative study among Iranian women residing in Sweden. *Scand J Caring Sci*. 2000;14(2):105-11.
48. Geissler C, Calloway DH, Margen S. Lactation and pregnancy in Iran. I. Social and economic aspects. *Am J Clin Nutr*. 1978 Jan;31(1):160-8.
49. Parisa Torabi, Robabeh shekholeslam, Mina Minaei, Abdollahi Z. National guide : nutrition during pregnancy and lactation; special for Physician and Midwives. *Nutrition Department of Irans ministry of Health and Medical Education* 1385:1-67. [persian]
50. Mora JO, Nestel PS. Improving prenatal nutrition in developing countries: strategies,prospects, and challenges. *Am J Clin Nutr*. 2000;71(1):1353S-63S.
51. Mahdavi Reza NL, Aref Hossaini Sayed Rafie. taen olgoeye taghziehie madarane shirdeh va tasire an bar vaseeete roshde shirkharan dar shahre Tabriz va rostahaye atraf. *Medical Journal of Tabriz university of medical sciences*. 1388;31(3):97-102..[persian]
52. Mirmiran P, Azadbakht L, Azizi F. Dietary quality-adherence to the dietary guidelines in Tehranian adolescents: Tehran Lipid and Glucose Study. *Int J Vitam Nutr Res*. 2005 May;75(3):195-200.
53. Mirmiran P, Hosseini-Esfahanil F, Jessi M, Mahan LK, Shiva N, Azizis F. Does dietary intake by Tehranian adults align with the 2005 dietary guidelines for Americans? Observations from the Tehran lipid and glucose study. *J Health Popul Nutr*. 2011 Feb;29(1):39-52.





53. Mirmiran P, Hosseini-Esfahanil F, Jessri M, Mahan LK, Shiva N, Azizis F. Does dietary intake by Tehranian adults align with the 2005 dietary guidelines for Americans? Observations from the Tehran lipid and glucose study. *J Health Popul Nutr.* 2011 Feb;29(1):39-52.
54. Javanparast S, Coveney J, Saikia U. Exploring health stakeholders' perceptions on moving towards comprehensive primary health care to address childhood malnutrition in Iran: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2009;9(36):36.
55. Everson-Hock ES, Johnson M, Jones R, Woods HB, Goyder E, Payne N, et al. Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: A mixed methods systematic review. *Preventive Medicine.* 2013;56(5):265-72.
56. Secretariat of the supreme council of Sciences research and technology. Iran's policies and priorities of research and technology. 1392.



review Article

Moghasemi & Colligues...

## The status, policies and programs of nutrition among in nursing mothers: A review article

Sedigheh Moghasemi<sup>1</sup>, Nezal Ajh<sup>2</sup>, Taraneh Estaki<sup>3</sup>, Parvin Mirmiran<sup>4\*</sup>

1. Instructor, Faculty member of midwifery, faculty of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Iran / PhD Student in Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. PhD Student in Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran / Instructor, Faculty member of midwifery, faculty of Medicine, Ghazvin University of Medical Sciences, Iran
3. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Associate Professor, Faculty member of Nutrition and Food Technology, Institute of Endocrinology and Metabolism, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2014.5.9

Revised: 2014.9.28

Accepted: 2015.7.5

Abstract

**Background & Objective:** Pregnant or lactating women and children are the two population group most vulnerable to nutritional deficiencies. The aim of this study was to review the nutritional status of lactating women, as one of the main loops of the chain of effective factors on health of the generation and society, assessing the supportive nutrition programs in Iran and to provide solutions in this regard.

**Method:** This review was conducted in April 2014. All related articles on the databases of IranMedex, SID (Scientific Information database) and PubMed were investigated with no time limit. After reviewing the abstracts, 15 Persian articles and 13 English articles were fully reviewed.

**Results:** The results of the few available studies on the nutritional status of lactating women indicate deficiencies or inappropriate nutritional patterns among lactating women. Although in formulation of nutritional strategies, pregnant or lactating women and children often receive equal attention, women are practically the target of nutrition and health programs to improve the growth of the fetus and little attention have been paid to their health and nutritional needs. Nutrition of lactating women have been forgotten and solely focus on prenatal nutrition of women means ignoring the more fundamental nutritional problem in women throughout their lives.

**Conclusion:** Implementing a holistic approach to health and nutrition of women instead of the traditional approach, which focuses solely on a particular period of life, leads to health promotion and ensuring the health of women and the next generation.

**Keywords:** Nutrition, Breastfeeding, Women's Health, Policy, Iran, review article

Corresponding Author: Parvin Mirmiran

Address: Iran ,Tehran, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Institute of Endocrinology and Metabolism,

Email: Mirmiran@endocrine.ac.ir

**Please cite this paper as:** Moghasemi S, Ajh N, Estaki T, Mirmiran P.A review of studies on the status, policies and programs of nutrition among in nursing mothers Hakim Jorjani J. 2015; 2(2): 1 -10.

