بررسی علل شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی شیرخواران در مراجعین به مراکز بهداشتی – درمانی شهری خرم آباد درسال 1385

اعظم محسن زاده[1]، مهناز مردانی[2]، کوروش شاه کرمی[3]، فرزاد ابراهیم زاده[4]

1- استادیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
2- استادیار، گروه تغذیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
3- پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان خرم آباد
4- مربی، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره دهم / شماره 1 / بهار 87 / مسلسل 35

چکیده

دریافت مقاله: 86/8/3، ***پذیرش مقاله***: 87/1/21

Ø مقدمه: شواهد زیادی از فوائد شیر مادر برای سلامت نوزاد و مادر وجود دارد. در بعضی مناطق جهان میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی شیرخوار کاهش یافته است. همچنین مهمترین فاکتورهای مربوط با کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی عوامل اقتصادی - اجتماعی مانند سن مادر، وضعیت اشتغال مادر، سطح سواد مادرو فاصله بین شیرخوار از فرزند قبلی وبعدی است.

Ø مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی – توصیفی تحلیلی بود. جامعه مورد مطالعه مادران دارای کودک 6 ماهه تا یکساله بودند. حجم نمونه 340 نفر بود. متغیرها شامل سن، شغل مادر، رتبه زایمان، جنس کودک،نوع زایمان تحصیلات مادر، علت تغذیه غیر انحصاری،فاصله سنی کودک فعلی با قبلی، وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادرو مدت تغذیه انحصاری به ماه بود. داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار spss جهت آنالیز آماری قرار گرفت. در این تحقیق همچنین از آزمون های مانند آزمون کای- دو، آزمون دقیق فیشر، آزمون من ویتنی، آزمون کروسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

Ø یافته‌ها: از 340 نمونه، 151 نفر زایمان به طریق سزازین داشتند. تعداد مادران شاغل 57 نفر و تعداد مادران خانه دار 283 نفر بودند.از 340 بچه 185 نفر پسر و 155 نفر دختر بودند که 10 نفر دو قلو بودند. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی 79/1% بدست آمد. 20/9% شکست در تغذیه انحصاری داشتند. از میان 268 شیرخوار که تغذیه انحصاری داشتند 144 نفر پسر و 124 نفر دختر بودند. تعداد مادرانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند 53 نفر بودند و تعداد مادرانی که تحصیلات متوسطه داشتند 145 نفر و مادرانی که بیسواد یا کم سواد بودند 142 نفر بودند. علل شکست تغذیه انحصاری عبارتند از: افت در منحنی رشد، شاغل بودن، چند قلویی و سایر علل بود. بین شغل مادر، سواد مادر، زایمان به روش سزارین و شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت. دلیل اصلی برای شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر کاهش رشد فرزندان گزارش شده بود.

Ø بحث و نتیجه‌گیری: براساس یافته های بدست آمده میزان شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی شیرخواردر شهر خرم آباد 20/9% بود. بنابراین ما پیشنهاد میکنیم مادران شاغل حداقل 6 ماه مرخصی زایمان جهت تغذیه انحصاری بنابه توصیه سازمان بهداشت جهانی داشته باشند، محل مناسبی برای شیردهی کودکان درمحل کار فراهم شود یا ساعت کاری کاهش یابد. مادران باید با جدول رشد نرمال بچه ها وعلل کاهش رشد آنها بیشتر آشنا باشند، همچنین با یدبه مادران در مورد فوائد شیرمادر در طی حاملگی، زایمان و در مراکز بهداشتی درمانی آموزش داده شود.

Ø کلید واژه‌ها: شیر مادر، شکست تغذیه انحصاری، شیرخوار

آدرس مکاتبه: خرم آباد، خیرآباد، بیمارستان کودکان شهید مدنی

پست الکترونیک: mohsenzadehazam@gmail.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

تغذیه با شیر مادر روشی بی نظیر جهت تامین غذای ایده آل برای رشد و تکامل مناسب شیرخواران می باشد (1) هر سال در جهان بیش از هشت میلیون شیر خوار قبل از یک سالگی می میرند و بیش از نیمی از آنان کمتر از یک ماه زنده می مانند. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری شیر خواران با شیر مادر در 6-4 ماه اول عمر یک روش بسیار مهم کاهش مرگ و میر شیر خواران است.

بنابر آمار سازمان مذکور در برخی نقاط دنیا تنها 35 در صد شیر خواران تا چهار ماهگی به طور مطلق با شیر مادر تغذیه می شوند این مساله بیشتر شامل کشورهایی می شود که میزان سوء تغذیه و میرایی بالایی دارند (2).

شیرخوارانی که از شیر مادر استفاده نمی کنند در مقایسه با آنهایی که از شیر مادر استفاده می کنند بیشتر دچار بیماری می شوند(3). تحقیقات نشان می دهد که شیردهی انحصاری بهره هوشی کودک را افزایش می دهد (4).

با توجه به این فوائد وتوصییه سازمان بهداشت جهانی، آکادمی اطفال آمریکا توصییه می کنند که شیرخواران در 6 ماه اول زندگی به طور انحصاری از شیر مادر استفاده کنند (5) در مطالعه ای که در شهر آپسالای سوئد انجام شده 95% شیر خواران تا 4 ماهگی از شیر مادر تغذیه شده ولی 40% انحصاراً از شیر مادر تغذیه شده بودند (6).

متاسفانه علی رغم وجود این اثرات غیر قابل انکار، هنوز بسیاری از مادران بنا به دلایل مختلف از جمله باورهای غلط، نا آگاهی، تصور نا کافی بودن شیر و عدم برخورداری از حمایت های اجتماعی، شیردهی خود را زودتر از موعد (زمان مناسب) قطع کرده و یا همراه با آن از مایعات غیر ضروری و تغذیه اضافی استفاده می کنند. مطالعات نشان داده است که مهمترین فاکتورهای مربوط با کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی عوامل اقتصادی –اجتماعی مانند سن مادر، شغل مادر، سطح سواد مادر، فاصله بین شیرخوار از فرزند قبلی وبعدی است (7).

هدف از این مطالعه بررسی علل شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در 6 ماه اول زندگی شیرخواران در مراجعین به مراکز بهداشتی - درمانی شهری خرم آباد درسال 1385بود.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع مقطعی – توصیفی تحلیلی بود.جامعه مورد مطالعه عبارت بودند از کلیه مادرانی که تا تاریخ تصویب طرح دارای کودک 6 ماهه تا 1 ساله بوده و جهت مراقبت های بهداشتی به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر خرم آباد مراجعه می کردند.

روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای بود. برای انتخاب خوشه ها (مراکز بهداشتی-درمانی) با استفاده از نقشه شهر خرم آباد نمونه گیری سیستماتیک انجام می شد و سپس درون هر خوشه نیز از نمونه گیری سیستماتیک استفاده می شد. چارچوب نمونه گیری سیستماتیک در این مرحله هم لیست و هم پرونده های خانوارها بود. حجم نمونه 340 نفر برآورد گردید. سپس از مادران دعوت شد که درمطالعه شرکت کنند و هدف مطالعه برای انها توضیح داده شد.

در طی مصاحبه اطلاعات مربوط به نمونه ها از طریق پرسشنامه ای که قبلاً تهیه شده بود جمع آوری گردید متغیرها شامل سن، شغل مادر، رتبه زایمان، جنس کودک، نوع زایمان تحصیلات مادر، علت تغذیه غیر انحصاری،فاصله سنی کودک فعلی با قبلی، وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادرو مدت تغذیه انحصاری به ماه مورد بررسی قرارگرفت. داده ها با نرم افزار spss مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

در این تحقیق همچنین از آزمون های مانند آزمون کای-دو، آزمون دقیق فیشر، آزمون من ویتنی، آزمون کروسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون نیزاستفاده شد.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

یافته ها

حجم نمونه شامل 340 مادر بودند که فرزند 6 تا 12 ماه داشتند. تعداد موارد مادرانی که سزارین کرده بودند حدود 151 نفر بودند که بیشتر از 42% مادران را تشکیل می داد. تعداد مادران شاغل 57 نفر و تعداد مادران خانه دار 283 نفر بودند. از 340 بچه 185 نفر پسر و 155 نفر دختر بودند که10 نفر دوقلو بودند. تعداد مادرانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند 53 نفر بودند و تعداد مادرانی که تحصیلات متوسطه داشتند 145 نفر و مادرانی که بیسواد یا کم سواد بودند 142 نفر بودند. میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در 6 ماه اول زندگی 79/1% (268) بدست آمد. 20/9% (72) شکست در تغذیه انحصاری داشتنداز میان 268 شیرخوار که تغذیه انحصاری داشتند 144 نفر پسر و 124 نفر دختر بودندعلل شکست تغذیه انحصاری عبارتند از: افت در منحنی رشد (50/7%)، چندقلویی (14/1%)، شاغل بودن (16/9%) و سایر علل (18/3%) بود.

نتایج آزمون دقیق فیشر نشان می دهد که بین وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر ووضعیت اشتغال مادر ارتباط معنی داری وجود دارد (p‹0/001). بطوری که در صد شکست تغذیه انحصاری در مادران شاغل 38/6% و در مادران خانه دار 17/7% می باشد (جدول 1). علت اصلی شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر،در مادران خانه دار افت در منحنی رشد (59/2%) است، در حالی که در مادران شاغل، شاغل بودن (54/5%)آنها است واین اختلاف باآزمون x2 معنی داراست. (p‹0/001) (جدول 2).

نتایج آزمون x2 نشان می دهد که بین وضعیت شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر و وضعیت سواد مادر ارتباط معنی داری وجود دارد (p‹0/001) بطوری که در صد شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر با افزایش سطح سواد، بیشتر شده است:بیسواد و کم سواد 15/5%، متوسطه 18/6% و دانشگاهی 43/4% (جدول 3). علت عمده تغذیه غیر انحصاری در مادران دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر به علت شاغل بودن (45/5%) است در حالی که این علت شکست در مادران بیسواد یا کم سواد و تحصیلات متوسطه افت در منحنی رشد (81/8% و 37%) بود (جدول 4).

جدول شماره 1- توزیع فراوانی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر به تفکیک وضعیت اشتغال مادر

وضعیت اشتغال	وضعیت تغذیه انحصاری				جمع کل	
	دارد		ندارد			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شاغل	35	61/4	22	38/6	57	100
خانه دار	233	82/3	50	17/7	283	100
جمع کل	268	78/8	72	21/2	340	100

جدول شماره 2- توزیع فراوانی علل شکست تغذیه با شیر مادر به تفکیک وضعیت اشتغال مادر

وضعیت اشتغال مادر	علت عدم تغذیه انحصاری									
	چند قلویی		افت در منحنی رشد		شاغل بودن		سایر علل		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شاغل	2	9/1	7	31/8	12	54/5	1	4/5	22	100
خانه دار	8	16/3	29	59/2	0	0	12	24/5	49	100
جمع کل	10	14/1	36	50/7	12	16/9	13	18/3	71	100

جدول شماره 3- توزیع فراوانی وضعیت شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر به تفکیک سطح تحصیلات مادر

تحصیلات	وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر				جمع کل	
	دارد		ندارد			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد یا کم سواد	120	84/5	22	15/5	142	100
متوسطه	118	81/4	27	18/6	145	100
دانشگاهی	30	56/6	23	43/4	53	100
جمع	268	78/8	72	21/2	340	100

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره 4- جدول توزیع فراوانی علل شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر به تفکیک وضعیت سواد مادر

تحصیلات	علت شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر									
	چندقلویی		افت در منحنی رشد		شاغل بودن		سایر علل		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد یا کم سواد		0	18	81/8	0	0	4	18/2	22	100
متوسطه	7	25/9	10	37/0	2	7/4	8	29/6	27	100
دانشگاهی	0	0	8	36/4	10	45/5	1	4/5	22	100
جمع کل	10	14/1	36	50/7	12	16/9	13	18/3	71	100

نتایج آزمون x^2 نشان می دهد که بین علت تغذیه غیر انحصاری با شیر مادر و نوع زایمان ارتباط معنی داری وجود دارد (p=0/001) به طوری که شکست درگروه زایمان به روش سزارین 27/8% و در زایمان طبیعی 15/9% بود (جدول 5).

جدول شماره 5- توزیع فراوانی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر به تفکیک نوع زایمان

نوع زایمان	وضعیت تغذیه انحصاری				جمع کل	
	دارد		ندارد			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سزارین	109	72/2	42	27/8	151	100
طبیعی	159	84/1	30	15/9	189	100
جمع	268	78/8	72	21/2	340	100

نتایج آزمون دقیق فیشر نشان می دهد که بین وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و جنس کودک ارتباط معنی داری وجود ندارد (p=0/690) به طوری که در دخترها 20% ودر پسرها 22/2% بود. در هر دوگروه علت شکست افت در منحنی رشدبود (57/5% در پسرها و 41/9% در دخترها).

نتایج آزمون x^2 نشان می دهد که در سطح اطمینان 95% بین علل شکست تغذیه غیر انحصاری با شیر مادر و فاصله زمانی بین زایمان فعلی و قبلی، ارتباط معنی داری وجود ندارد (p=0/183). همچنین در این تحقیق بین میزان ومدت تغذیه انحصاری با سن مادر، جنس نوزاد، رتبه تولد نوزاد فاصله بین این تولد و فرزند قبلی یا بعدی رابطه معنی داری بدست نیامد.

بحث و نتیجه‌گیری

استقاده از شیر مادربه مدت طولانی حتی د ر کشورهای صنعتی بر روی سلامت شیرخوار تاثیر مثبت دارد. (8، 9) شیرخوارانی که از شیر مادر استفاده نمی کنند در مقایسه با شیرخوارانی که از شیر مادر استفاده می کنند بیماری های بیشتری دچار می شوند. (10، 11،12)

درمطالعه ما که جهت بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و علل شکست آن در شیر خواران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم آباد انجام شد در صد تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول زندگی شیر خواران 79/1% بدست آمد که رقم نسبتاً مطلوبی می باشددرصورتیکه در شهر گرگان 44/4% شیر خواران در چهارماه اول زندگی تغذیه با شیر مادر داشتند (13). این میزان درشیرخواران شهر شیراز 41/3% در 1/5 ماه اول (14) و در شهر زاهدان 44/7 در شش ماه اول بوده است (15). در کشور سوئیس میانگین تغذیه با شیر مادر31 هفته درسال 2003 بود(16)، همچنین نتایج السی و همکاران نشان داد که 53% از مادران شیرخوار خود را به مدت 12 هفته انحصاراًبا شیرخود تغذیه کردند(18). دربررسی انگلند و همکاران میزان تغذیه با شیردر کلمبیا 51% بود (3).

در این مطالعه ارتباط معنی داری بین شکست تغذیه با شیر مادر وشاغل بودن مادر وجود داشت. دلیل اصلی برای شکست و شروع شیر کمکی برگشت مادر به سر کار بود. در سایر مطالعات نیزکاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و شاغل

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

بودن مادر گزارش شده است (16، 18، 19). ،همچنین درشهرهای یزد و زاهدان شاغل بودن مادر تاثیری روی میزان مدت تغذیه انحصاری با شیر مادرنداشته است. (20،15). بهر حال در مطالعه ما علت شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران غیر شاغل، کافی نبودن شیر مادر و کاهش رشد شیرخوار بود. در مطالعات قبلی نیز یکی از دلایل اصلی برای شروع شیر کمکی یا استفاده از غذای کمکی درک غلط مادراز ناکافی بودن شیرخود و کاهش رشد شیرخوار بود (7،17، 19، 21، 23،22). ما می دانیم که کاهش رشد در بچه ها یک مشکل با علل گوناگون است و می تواند به علت بیماریهای کودک، کم خونی، عفونت یا ندانستن مادر در رابطه بارشد طبیعی فرزندانشان وهمچنین مقایسه ظاهر کودکشان با سایر بچه ها وروش غلط شیردهی بخصوص در مادران نخست زا می باشد.

یافته دیگر این مطالعه ارتباط معنی دار بین سطح سواد مادر و شکست تغذیه انحصاری با شیر مادر بود بطوریکه که شکست تغذیه درمادران با سطح سواد بالاتر به طور معنی داری بیشتر از مادران دیگر بود. همچنین دلیل اصلی در مادران با سواد بالاتر وضعیت اشتغال انها بود وبرای سایر مادران تاخیر رشد ودوقلویی بود. اسمیت وهمکاران (24) و سیسک و همکاران (25) نشان دادند که سواد بالا با تمایل بیشتر برای شیر همراه بود. درحالیکه بعضی مطالعات در ایران مانند تحقیقات ایمانی و همکاران (15) پور موحد و دهقانی (20) نشان دادند که ارتباط معنی داری بین سطح سواد و تغذیه با شیر مادر وجود ندارد. این اختلاف بین یافته ما و سایر مطالعات به علت اختلاف مشاغل گوناگون در سراسر جهان وهمچنین آموزش ناکافی به مادران شاغل به دلیل نداشتن وقت کافی برای شرکت در کلاسهای آموزشی و مراکز بهداشتی در مقایسه با مادران غیرشاغل است.

مادرانی که زایمان سزارین داشتند شکست تغذیه با شیر مادر بیشتر از مادرانی بود که زایمان طبیعی داشتند. ثابت شده است که دقایق اولیه پس از تولد وتماس سریع مادر وشیرخوار در شیر دهی موفق آمیز خیلی مهم است.بعضی از مطالعات پیشین نشان داده که از نوع زایمان می توان شروع ومدت تغذیه باشیر مادر راپیش بینی کرد.برای مثال جلاحی وهمکاران (19) در مطالعه اشان نشان دادند که زایمان سزارین یکی از دلائل برای شیر کمکی می باشد.به طوریکه 71/4% از مادرانی که به فرزندانشان شیر کمکی می دادند زایمان سزارین داشتند. ریگهارد (26) و آرویدسین و همکاران (27) گزارش کردند که تغذیه انحصاری با شیر مادردر مادرانی که زایمان طبیعی داشتند بیشتر از مادرانی است که زایمان سزارین داشتند اما این اختلاف معنی دار نبود. پورموحد و دهقانی (20) گزارش کردندکه بین نوع زایمان و تغذیه انحصاری با شیر مادرارتباط معنی داری وجود ندارد.

با توجه به نتایج بدست آمده ما پشنهاد می کنیم که مادران شاغل حداقل 6 ماه مرخصی زایمان جهت تغذیه انحصاری بنابه توصییه سازمان بهداشت جهانی داشته باشند،همچنین محل مناسبی درمحل کار برای شیردادن کودکان فراهم شود یا ساعت کاری کاهش یابد. مادران باید با جدول رشد نرمال بچه ها و علل کاهش رشد آنها بیشتر آشنا باشند، همچنین با ید به مادران در مورد فوائد شیرمادر در طی حاملگی، زایمان و در مراکز بهداشتی درمانی آموزش داده شود.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

References

1. Lawrence RA, Lawrence EM. Breastfeeding: a guide for the medical profession.5th edn. Mosby Inc., St, Louis 1999
2. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson AM. textbook of pediatrics, Volume 1, Philadelphia,W.B. Saunderscompany, 1996: 151-172, 467-459
3. England L, Ruth Brenner R, Bhaskar B, Simons-Morton1 B, Das A, Revenis M, Mehta N and Clemens J Breastfeeding practices in a cohort of inner-city women: the role of contraindications. BMC Public Health. 2003: 3
4. Paine BJ. Makrides M. Gibson RA. Duration of breast feeding and bayley 5 mental developmental index at 1 year of ago. J pediater Child Health. 1999; 35(1): 82-85
5. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100: 1035-1039
6. Agustoni C, Grandi F, Gianni ML, Silano M. Growth patters of breast fed and formula fed infants in the first 12 mounths of life:an ITALIAN study. Arch Dis child. 1999; 81: 395-399
7. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. Midwifery. 2002; 18: 87-101
8. Noble S, Emmett P. Differences in weaning practice, food and nutrient intake between breast- and formula-fed 4-month-old infants in England. J Hum Nutr Dietet. 2006; 19: 303–313
9. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 1997; 100: 1035–1039
10. Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. Arch Dis Child 2001; 85: 183-188
11. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. J Pediatr, 1995; 126: 696-702
12. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. J Pediatr, 1995; 126: 191-197
13. Jallali Aria K, Sanagoo A, Jooibari L. Reasons for exclusive breastfeeding failure in Gorgan city. Journal of Gorgan University of medical sciences. 2001; 8: 81-86
14. Ayatollahi SMT, Nasihatkon AA, Ayatollahi SAR. A longitudinal study on breast-feeding pattern of mothers, Shiraz, Iran. Journal of Hakim, 2001; 3: 173-180
15. Imani M, Mohammadi M, Rakhshani F, Shafiei S. Prevalence of exclusive breastfeeding and its related factors in Zahedan, Iran. Journal of Feyz, 2003; 26: 26-33
16. Merten S, Dratva J, Ackermann-Lierbrich U. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? J Pediatrics, 2005; 116(5): 702-708
17. Taveras EM, Li R, Grammer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego V H, et al. Opinions and Practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding.J Pediatrics. 2004; 113(4): 283-290

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

18. Li Y, Kong L, Hlota M, et al. Breastfeeding in Bankok, Thailand. Current status Maternal knowledge attitude and social support.Pediatrics. Int 1999; 41(6): 648-654
19. Jalaahi H, Ali Mohammad pour R, Golaami Sh and Vahedi H. Investigation of Rate and reasons of formula feeding in under 6 months old children of Mazandaran Provience, Iran. Journal of Mazandaran University of medical sciences. 2005; 46: 111-116
20. Pour Movahed Z, Dehghani KH. Problems that influence exclusive breastfeeding in Yazd, Iran. Journal of Yazd University of medical sciences, 1999; 4: 65- 70
21. Ford RP, Mitchel EA, Scragg R, Stewart AW, Tay Allen EM. Factors adversely associated with breastfeeding in new Zealand. Journal od pediatric child health, 1994; 30(6): 483-489
22. Taveras EM, Li R, Grammer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego V H, et al. Mother's and clinician's perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. Pediatrics, 2004; 113(5): 405-411
23. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Pediatrics, 2005; 115(2): 139-146
24. Smith M, DurkinM, Hinton V, Bellinger D, Kuhn L. Initiation of breastfeeding among mothers of very low birth weight infants. Pediatrics. 2003; 111: 1337-1342
25. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, Gruber KJ. lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: Effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. Pediatrics. 2006; 117: 67- 75
26. Rghard L. Are breast feeding problems related to incorrect breast feeding technique and the use of pacifiers and bottles? Journal of Birth. 1998; 25(1): 40-44
27. Arvidsin, Ransjo AB, et al. Maternal and infant health problems after normal child – birth: a randomized controlled study in Zambia. J Epidemiol – Community Health. 1998; 52(6): 385-391

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]