

«مقاله اصیل»

بررسی الگوی تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در کودکان

مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر امیدیه در سال 1389

فریده ناصرپور^۱، صدیقه نوح جاه^۲، رباب شریفیات^۱

۱- دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

چکیده

زمینه: تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر مهم‌ترین جزء خط زندگی کودک می‌باشد که بیشترین اثر بخشی در ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری‌های کودکان را دارد. شیر مادر به دلیل خواص منحصر به فردش ضامن سلامتی و رشد جسمی - روانی مطلوب برای کودک است. هدف از این مطالعه تعیین شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر تا سن 6 ماهگی و عوامل موثر بر آن در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر امیدیه بود.

روش: در یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی به طور مقطعی 400 کودک 6 تا 18 ماهه که جهت دریافت مراقبت‌های روتین کودکان، در مدت نمونه‌گیری به مراکز بهداشت شهر امیدیه مراجعه نمودند مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته که روایی و پایایی آن در مراحل مقدماتی ارزیابی شده بود و مصاحبه با مادر جمع‌آوری گردید. عوامل مرتبط با تغذیه‌ی انحصاری با استفاده از آزمون‌های کای اسکور، تی تست و رگرسیون لجستیک تعیین شد.

نتایج: شیوع تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر تا 6 ماهگی در شهرستان امیدیه 61/6% بود. تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر با وزن بدو تولد، شروع تغذیه با شیرمادر بلافاصله پس از زایمان، توصیه اطرافیان به دادن شیر خشک، استفاده از پستانک و آب قند، نوع زایمان، تعداد فرزندان و نحوه‌ی شیردهی دارای رابطه معنی‌داری بود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: علیرغم میزان تغذیه‌ی انحصاری نسبتاً بالا، با توجه به آن که 39/4% کودکان مورد مطالعه تا 6 ماهگی جایگزین دیگری غیر از شیر مادر داشته‌اند، هنوز هم نقش آموزش مادران در زمینه تغذیه با شیر مادر کلیدی است. آموزش در مورد شروع تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از زایمان و عدم استفاده از پستانک و آب قند از طرف مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها بایستی جایگزین آموزش‌های منفی و نادرست اطرافیان شود. همچنین باید در جهت حمایت از شیر مادر مشاوره‌های مناسب در زمینه‌ی انتخاب روش زایمان و نحوه‌ی شیردهی به کودک به مادران ارائه شود.

واژگان کلیدی: تغذیه‌ی انحصاری، شیر مادر، کودکان

تاریخ پذیرش: 90/5/12

تاریخ دریافت: 90/3/23

نویسنده مسئول: * صدیقه نوح جاه، اهواز، اهواز، جاده‌ی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت
موبایل: 99168360929
پست الکترونیک (بارانامه): s_nouhjah@yahoo.com
سایر نویسندگان:
فریده ناصرپور
nserpoorf@yahoo.com
رباب شریفیات
robabsharifat@yahoo.com
موبایل: 993/6289644

مقدمه

میزان 21 درصد در کانادا، هند و غنا به ترتیب 6.8/، 6/51 درصد گزارش گردیده است. اما بر اساس بررسی های انجام شده در ایران این میزان از 23 تا 41% متغیر است (5و4). در سال های اخیر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ایران کاهش شدیدی داشته است و اغلب مطالعات انجام شده نسبتاً قدیمی می باشند (2).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع ضرورت دارد در هر منطقه عوامل مرتبط با شیردهی به طور جداگانه و با توجه به ویژگی های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی منطقه مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به تنوع قومی، طبقاتی و فرهنگی که در شهر امیدیه مشاهده می شود، مطالعه ی حاضر با هدف تعیین الگوی تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا 6 ماهگی کودک و عوامل مرتبط با آن در کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر امیدیه انجام شد.

روش

این مطالعه مقطعی و توصیفی - تحلیلی، در 6 ماهه ی دوم سال 1389 بر روی کودکان 6 تا 18 ماهه که برای مراقبت به مراکز بهداشتی شهر امیدیه در طی مدت نمونه گیری مراجعه می کردند، انجام شد. کودکانی که در زمان نمونه گیری 6 ماهگی را تمام کرده بودند و حداکثر 1/5 ساله بودند جمعیت هدف محسوب می شدند. نمونه گیری از کلیه مراکز شهری بر اساس تعداد کودکان تحت پوشش این گروه سنی انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسش نامه ای بود، که توسط پژوهش گر و با توجه به، مطالعات قبلی و کتب مرجع و تایید اساتید مرتبط در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز تهیه شد. روایی پرسش نامه با استفاده از نظرات اساتید رشته کارشناسان با تجربه ارزیابی و اصلاحات لازم اعمال گردید. پایایی پرسش نامه نیز از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد (81/0-α).

این پرسش نامه حاوی سؤالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک جامعه ی مورد مطالعه و سؤالاتی درباره ی طول مدت تغذیه ی انحصاری نوزاد با شیر مادر و وضعیت شیردهی می باشد. حجم نمونه براساس شیوع به دست آمده در مطالعات مشابه (6) با نسبت 45%، دقت 0/05 و اطمینان 95% طبق فرمول زیر

به تغذیه ی شیرخوار تا 6 ماهگی تنها با شیر مادر بدون اضافه نمودن آب و مواد غذایی به غیر از داروها، ویتامین ها و مکمل های مجاز تغذیه ی انحصاری با شیر مادر اطلاق می شود (1). شیر مادر تا 6 ماهگی کودک قادر به تامین نیازهای جسمی و عاطفی کودک می باشد (2). به دلیل در دسترس بودن همیشگی، درجه حرارت مناسب، عاری بودن از آلودگی و در نتیجه کاهش احتمال ابتلا به مشکلات گوارشی به عنوان بهترین شیر برای نوزادان توصیه می شود (3).

سوء تغذیه، عفونت های تنفسی و اسهال از مهمترین علل مرگ و میر کودکان می باشند و تغذیه با شیر مادر از بروز موارد فوق به میزان قابل توجهی می کاهد (4). نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند کمتر به عفونت گوش میانی، مننژیت و دیابت نوع یک دچار می شوند و همچنین ضریب هوشی بالاتری دارند (3).

یکی از هدف های رسیدن به جامعه ی سالم تا سال 2010 دست یابی به 1/5% تغذیه با شیر مادر می باشد (4). در واقع تغذیه با شیر مادر فعالیتی با بیشترین اثر بخشی در ارتقای سلامتی و پیشگیری از اختلالات و بیماری ها می باشد. اگرچه در طول سال های اخیر میزان شیردهی در گستره ی جهانی کاهش یافته است، لیکن تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا 6 ماهگی بعنوان یک سیاست برای افزایش بقای کودکان و کاهش میزان بیماری کودکان در سراسر دنیا مورد توصیه ی سازمان جهانی بهداشت (WHO) است. بر اساس همین سیاست بیمارستان های دوستدار کودک تغذیه با شیر مادر را آموزش و ترویج می دهند (5). اما طبق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران در سال 85 تنها 28% از نوزادان زیر 6 ماه در ایران از تغذیه ی انحصاری با شیر مادر بهره مندند (6). عوامل متعددی شیردهی مادر را تحت تاثیر قرار می دهند، عدم اعتقاد مادران به کافی بودن شیر، عدم حمایت مناسب خانواده از شیردهی، زایمان سزارین، شاغل بودن مادر، سواد مادر، استفاده از بطری و پستانک، تعداد زایمان و همچنین ترویج جانشین های شیر مادر از جمله این عوامل می باشد (8و7).

به طور کلی میزان شیردهی انحصاری در کشورها و حتی نواحی مختلف یک کشور بسیار متغیر است، در ژاپن این

۹۲/۵٪ از زنان مورد مطالعه، خانه دار و ۱/۵٪ شاغل بودند و بین شاغل بودن مادر و تغذیه ی انحصاری رابطه معنی دار نبوده است. به لحاظ شغلی ۳۲/۹٪ پدران در مطالعه، کارگر بودند، ۱۳/۳٪ کارمند، ۴٪ شغل آزاد، ۱/۳٪ نیز سایر مشاغل را دارا بودند و ۵/۵٪ بیکار که بین شغل پدر و تغذیه ی انحصاری نیز رابطه معنی دار نبوده است. متغیرهای کیفی مورد مطالعه و رابطه ی آن ها با تغذیه ی انحصاری در جدول شماره ۲ آمده است.

شیوع تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در شهرستان امیدیه ۶۱/۶٪ محاسبه گردید، که از این تعداد ۲۳۸ کودک (۹/۱۱٪) تغذیه با شیر مادر را بلافاصله پس از زایمان آغاز کرده بودند و ۱ کودک (۲/۹٪) بلافاصله پس از زایمان از شیر مادر استفاده نکرده اند و یا از مخلوط شیر مادر و شیرخشک استفاده نموده اند. بین تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و شروع شیردهی بلافاصله پس از تولد رابطه معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$).

۶۸/۲٪ از مادران مهم ترین علت عدم تغذیه نوزاد با شیر مادر بلافاصله پس از زایمان یا بعد از آن را کم بودن شیر مادر ذکر کرده اند و ۳۱/۸٪ سایر علل، مانند بیماری مادر، مشکلات پستان، بیماری و یا نارس بودن کودک را ذکر نموده اند. ۱۹/۱ نفر (۴۹/۳٪) از مادران ۱ فرزند داشتند، ۱۲۵ نفر (۳۱/۳٪) ۲ فرزند و ۱۸ نفر (۱۹/۵٪) سه فرزند و یا بیشتر داشتند که بیشترین تعداد فرزندان ۱ فرزند ذکر شده است. بین تعداد فرزندان و تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی رابطه معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$).

همچنین نتایج نشان داد که ۲۱۹ مورد (۵۴/۸٪) از زایمان ها به روش طبیعی بوده است. بین نوع زایمان و تغذیه ی انحصاری رابطه معنی دار وجود داشته است. از بین این زایمان ها ۲۰ زایمان (۵/۱٪) زودرس، ۳/۱ زایمان (۹۳/۱٪) به موقع و تنها ۳ زایمان (۱/۳٪) دیررس بودند. که بین زمان زایمان و تغذیه انحصاری رابطه آماری وجود نداشت.

در جامعه ی مورد مطالعه ی شهرستان امیدیه ۶۴/۱٪ عرب زبان بودند، ۲۴/۳٪ لر و بختیاری، ۴/۸٪ ترک و ۶/۳٪ سایر قومیت ها را تشکیل می دادند که بین قومیت و تغذیه ی انحصاری

۳۲۹ نفر محاسبه گردید که با توجه به میزان پاسخ مادران تعداد ۴۰۰ نفر انتخاب شد.

داده ها از طریق نرم افزار SPSS (version 11) کد گذاری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون کای اسکور، تی تست و همچنین رگرسیون لجستیک مورد استفاده قرار گرفت. تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به صورت تغذیه تنها با شیر مادر بدون مصرف آب و غذا صرف نظر از ویتامین ها، داروها و مواد معدنی مجاز در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی کودکان در این مطالعه ۱۰/۸ ماه با انحراف معیار ۳/۴ ماه است. در بین این کودکان ۴۹/۳٪ فرزند اول خانواده، ۳۱/۳٪ فرزند دوم خانواده و ۱۹/۵٪ فرزند سوم یا بیشتر بودند. ۲۱۴ کودک (۵۳/۵٪) پسر و ۱۸۶ (۴۶/۵٪) دختر بودند. بیشترین و کمترین وزن بدو تولد در کودکان به ترتیب ۴۵۰۰ گرم و ۱۱۰۰ گرم، با میانگین ۳۱۶۰ گرم و انحراف معیار ۵۰۰ گرم بود.

میانگین قد بدو تولد کودکان ۴۹/۶۴ سانتی متر با انحراف معیار ۲/۱۶ سانتی متر بود و برای دور سر بدو تولد میانگین ۳۴/۳۳ سانتی متر با انحراف معیار ۵۴/۱ محاسبه گردید. در بین کودکان ۹/۹٪ وزن بدو تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند. رابطه معنی داری بین وزن هنگام تولد و تغذیه ی انحصاری با شیر مادر وجود داشت ($p = 0.003$). میانگین سنی مادران شرکت کننده در این مطالعه ۵/۲۱ سال با انحراف معیار ۵/۵ سال بود (جدول ۱).

۱۰ نفر (۲/۵٪) از مادران بی سواد، ۹۵ نفر (۲۳/۸٪) ابتدایی، ۱۰۱ نفر (۲۵/۳٪) راهنمایی، ۱۳۹ نفر (۳۴/۸٪) دبیرستان و ۵۵ نفر (۱۳/۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. بین تحصیلات مادران و تغذیه ی انحصاری رابطه معنی دار نبوده است ولی طبق نتایج به دست آمده در زنان با تحصیلات بالاتر شیردهی انحصاری کمتر بوده است.

تحصیلات پدران نیز شامل ۱۰ نفر (۲/۵٪) بی سواد، ۵۹ نفر (۱۴/۸٪) ابتدایی، ۱۲۰ نفر (۳۰٪) راهنمایی، ۱۶۰ نفر (۴۰٪) دبیرستان و ۵۱ نفر (۱۲/۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

13/8% از مادران اظهار کرده اند بیشتر صبح ها به کودک خود شیر می دهند و 46/9% نیمه شب ها، 17/2% در همه ی طول روز میزان شیر دادنشان یک سان بوده، 12/5% اول شب و 9/7% نیز بیشتر عصرها و ظهر به کودک خود شیر می دادند. طبق نتایج به دست آمده 19/9% از کودکان در طی 6 ماه اول پس از تولد از پستانک و 14/3% نیز از آب قند استفاده کرده اند. بین استفاده از پستانک و استفاده از آب قند با تغذیه ی انحصاری رابطه معنی دار وجود داشته است ($p < 0/05$). در طی یک سال اول زندگی 88 کودک (22/4%) در بیمارستان بستری شده اند و 304 کودک (77/6%) بستری نشده اند و مهم ترین علت بستری شدن کودکان (38/8%) بیماری اسهال و

رابطه معنی دار نبوده است. بین توصیه ی اطرافیان به استفاده از شیرخشک و تغذیه ی انحصاری با شیر مادر رابطه ی معنی دار بوده است ($p < 0/05$). به طوری که از بین 153 (38/4%) مادری که تغذیه ی انحصاری نداشته اند 72 نفر (48/3%) از آنان از طرف اطرافیان تشویق به دادن شیر خشک شده اند (جدول 2). 370 نفر (96/4%) از مادران برحسب تقاضای کودک شیر می دادند و تنها 14 نفر (3/6%) به دلخواه خود به کودک شیر می دادند. بین نحوه ی شیردهی و تغذیه ی انحصاری رابطه ی معنی دار بوده است ($p < 0/05$). در مورد زمان شیر دهی به کودک و تغذیه ی انحصاری رابطه ی معنی دار نبوده است و

جدول شماره ی 1: رابطه ی برخی متغیرهای کمی مورد مطالعه با تغذیه ی انحصاری

P value	تغذیه ی انحصاری ندارد انحراف معیار \pm میانگین	تغذیه ی انحصاری دارد انحراف معیار \pm میانگین	تغذیه ی انحصاری متغیر
0/634	27/7 \pm 5/5	27/3 \pm 5/5	سن مادر (سال)
0/037	31/5 \pm 5/8	31/4 \pm 5/9	سن پدر (سال)
0/197	21/5 \pm 4/2	20/7 \pm 3/8	سن ازدواج (سال)
0/647	26/5 \pm 5/5	25/8 \pm 5/5	سن حاملگی (سال)
0/055	10/4 \pm 3/2	11/16 \pm 3/6	سن کودک (ماه)
<0/001	5/6 \pm 0/7	5/9 \pm 0/2	شروع تغذیه تکمیلی
0/003	3040 \pm 0/54	3420 \pm 450	وزن بدو تولد (گرم)
0/090	49/2 \pm 2/8	49/8 \pm 2/7	قد بدو تولد (cm)
0/040	33/9 \pm 1/5	34/5 \pm 1/4	دورسر تولد (cm)
0/027	7800 \pm 0/9	7900 \pm 900	وزن 6 ماهگی (gr)

استفراغ بوده است و سایر علل به ترتیب 18/8% زردی، 14/1% آنفلوآنزا یا سرماخوردگی، 4/7% عفونت تنفسی و 23/5% سایر علل بوده است. رابطه آماری معنی داری بین بستری شدن کودک و تغذیه ی انحصاری مشاهده نشد.

بحث

در طی این مطالعه که به صورت مقطعی بر روی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر امیدیه انجام گرفت. شیوع تغذیه ی انحصاری 61/6% به دست آمد. مطالعات انجام شده در

جدول شماره 2: تعیین رابطه ی برخی متغیرهای کیفی مورد مطالعه با تغذیه ی انحصاری

Pvalue	تغذیه ی انحصاری ندارد		تغذیه ی انحصاری دارد		تغذیه ی انحصاری متغیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
0/774	128	%83/7	215	% 87/8	زیر دیپلم	تحصیلات مادر
	25	%16/3	30	%12/2	دانشگاهی	
0/830	131	%85/6	216	%88/2	زیر دیپلم	تحصیلات پدر
	22	%14/4	29	%11/8	دانشگاهی	
0/349	140	%91/5	228	%93/1	خانه دار	شغل مادر
	13	%8/5	17	%6/9	شاغل	
0/109	38	%25	48	%19/7	خوب	وضعیت اقتصادی
	104	% 68	166	%67/8	متوسط	
	10	%6/5	30	%12/3	ضعیف	
0/022	74	%48/4	145	%59/2	طبیعی	نوع زایمان
	79	%51/6	100	%40/8	سزارین	
0/087	12	%7/8	8	%3/3	زودرس	زایمان
	138	%90/2	231	%95/9	به موقع	
	3	%0/2	2	%8/0	دیر رس	
0/107	137	%91/3	230	%95	بله	هم اتاقی مادر و کودک
	13	%8/7	12	%5	خیر	
0/552	132	%88	214	%88/1	بله	آموزش نحوه ی شیردهی
	18	%12	29	%18/9	خیر	
0/019	41	%57/7	41	%40/6	بله	بیمارستان دوستدار کودک
	30	%42/2	60	%59/4	خیر	
0/058	40	%27/2	48	%19/8	بله	بستری شدن کودک
	107	%72/8	195	%80/2	خیر	
0/008	131	%92/9	238	%98/2	برحسب تقاضای کودک	نحوه ی شیردهی
	10	%7/1	4	%1/7	دلخواه مادر	
P<001/0	72	%48/3	48	%20/3	بله	توصیه ی اطرافیان به دادن شیرخشک
	77	%51/7	190	%79/8	خیر	
P<001/0	45	%29/8	34	%13/9	بله	استفاده از پستانک
	106	%70/2	211	%86/1	خیر	
0/003	32	%20/9	25	%10/2	بله	استفاده از آب قند
	121	%79/1	220	%89/8	خیر	
0/632	138	%90/3	230	%97/9	بله	حمایت از شیردهی
	3	%2	5	%2/1	خیر	
0/378	14	%9/2	19	% 7/8	بله	بیماری زمینه ای مادر
	138	%90/8	224	%92/2	خیر	

همین رو مشاوره و تشویق مادران نسبت به زایمان طبیعی می تواند موثر واقع شود.

مهم ترین علت تغذیه نشدن کودکان با شیر مادر (68/2%) همانند نتایج سایر مطالعات (15 و 14 و 3) اعتقاد مادران به ناکافی بودن شیر مادر عنوان شده بود. بیشتر مادران از معیار کافی بودن شیر مادر برای نوزاد اطلاع چندانی ندارند و به همین دلیل تصور ذهنی مبنی بر ناکافی بودن شیر مادر برای نوزاد بسیار قوی است. که باز هم باید با آموزش های مداوم و تشریح نشانه های کافی بودن شیر مادر برای نوزاد مادران را از این تصور ذهنی اشتباه دور کنیم.

از جمله نقاط ضعف این مطالعه بررسی کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بود که ممکن است نماینده واقعی کودکان جامعه نباشند، اما از آنجا که تقریباً همه کودکان زیر 2 سال امیدیه جهت تکمیل برنامه واکسیناسیون به این 6 مرکز بهداشتی مراجعه می نمایند نتایج قابل تعمیم می باشد. از طرف دیگر نتایج این مطالعه بر اساس گزارش مادر می باشد که ممکن است اریب یادآوری در آن دخالت نماید. علیرغم محدودیت ها، تا کنون چنین مطالعه ای در شهر امیدیه صورت نگرفته است و نتایج آن می تواند زمینه هایی جهت برنامه ریزی های آموزشی در مراکز بهداشتی باشد.

تشکر و قدردانی:

از شبکه ی بهداشت و درمان شهرستان امیدیه و کارکنان محترم واحد کودکان که در مراحل نمونه گیری ما را یاری نمودند و همچنین معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور که از تصویب و اجرای این طرح حمایت نمودند سپاگزاریم.

سایر شهرها شیوع تغذیه ی انحصاری را 41/5% در اراک تا 74% در رشت گزارش نموده اند (6 و 2-4). مطالعاتی که در سایر کشورها انجام شده 16/1% تا 99% گزارش شده است (9-11 و 2). با توجه به زمینه های متفاوت فرهنگی و اقتصادی اجتماعی، این دامنه گسترده دور از انتظار نمی باشد.

اگرچه به دلیل فقدان چنین مطالعه ای در سال های قبل در شهر امیدیه نمی توان به راحتی از افزایش یا کاهش شیردهی انحصاری در این شهر سخن گفت، ولی با توجه به مطالعات سایر شهرهای ایران و خارج از ایران مادران در شهر امیدیه نسبت به تغذیه ی انحصاری با شیر مادر حساس هستند و تا حدود زیادی این مهم را دریافته اند. البته این نکته را نیز باید در نظر گرفت که هنوز هم 39/4% از کودکان در این شهر از تغذیه ی انحصاری برخوردار نیستند و از سایر مواد جایگزین شیر مادر استفاده می نمایند. بنابر این هنوز هم نقش آموزش، کلیدی است. در مطالعه ی حاضر نیز مانند سایر مطالعات، استفاده از پستانک و آب قند به عنوان فاکتورهای مختل کننده ی شیردهی انحصاری مطرح هستند. استفاده از پستانک به عنوان شیء آرام کننده به جای سینه ی مادر علاوه بر مخاطراتی نظیر افزایش برفک دهان، بد شکلی دندان و آماس مکرر گوش، باعث می شود که کودک به تدریج به این شیء عادت کرده و تمایل خود را به سینه مادر از دست بدهد. به طوری که در این مطالعه از مجموع 38/4% افرادی که از تغذیه ی انحصاری استفاده نمی کرده اند، 29/8% از پستانک و 20/9% از آب قند در طی 6 ماهه اول زندگی کودک استفاده می نموده اند. این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه ی موسی احمد پورکچو و همکاران (1386) همخوانی دارد (12).

در این مطالعه نوع زایمان و تغذیه نوزاد بلافاصله پس از زایمان با شیر مادر با تغذیه ی انحصاری دارای ارتباط معنی داری بود. نتایج سایر مطالعات از جمله تحقیق کاموردان و همکاران (2008) نیز این ارتباط را گزارش نمودند (13 و 6 و 3 و 2). از

References

منابع

- 1) Curado MP, Voti L, Sortino-Rachou M. [Cancer registration data quality indicators in low and middle income countries].2008. Available from: URL: www.Springerlink.com
- 2) Shamsoddin Z. [Cancer, The challenge for life continue].2010. Available from: URL: www.Iranscience.page. (Persian)
- 3) Azimi R.[comparison study of Iran an USA hospital cancer registry régimes]. [M.Sc. Thesis] Theran: Iran University of medical Sciences; 2004-2005. (Persian)
- 4) Maragi M. [hospital cancer patients information management] .Mashhad: medical universities. 2008. (Persian)
- 5) Teppo L, Pukkala E, Lehtonen M. Data quality and quality control of a population – based cancer registry.1994. Available from: URL: www.informaword.com .
- 6) Letrilliat L. Reliability of report coding of hospital referrals in primary care versus practice-based coding .2000. Available from: URL: www.Springerlink.com
- 7) Ahmadi M. A comparative study adhering degree of disease and procedures coding quality elements in teaching hospitals of Iran, Tehran and shahid Beheshti universities of medical Sciences. Journal of Health management. 2007; 10(27):13-6. (Persian)
- 8) Mehdipour y. [Introduce to ICD-10]Mashhad: Sonble. 2001. (Persian)
- 9) [Coding of cancer register]. Available from: URL: www.show.cc.nhs.sotland.com
- 10) Kumar A. [Improving and strengthening the use of ICD 10 and Medical Record System in India] .2004 - 2005 . Available from: URL: www.cbhidghs.nic.in
- 11) Ahmadi M. [international classification of health information] .Tehran: Jafari. 2007. (Persian)
- 12) Safdari R. [Quidenece of international disease results classification according to ICF,ICIDH].Tehran: Mirmah 2007. (Persian)
- 13) [International classification of diseases for oncology 3th revision]. WHO Geneva 2000
- 14) Jakob R. [The WHO family of international classification].2007. Available from: URL: www.springerlink
- 15) Ghorbani V. [conformed study of classification system of heart and vessels disease in selected country with Iran]. [M.Sc.Thesis] Tehran University of medical Sciences. 2007-2008. (Persian)
- 16) Louis DN. [The 2007 WHO classification of tumors of the central nervous system] 2007. Available