Original Article

The pattern of exclusive breast feeding in neonates under healthcares in health centers of Kashan city during 2006

Almasi H[1], Saberi HR[1*], Moravveji AR[2]

1- Department of Professional Health, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran

2- Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran

Received November 2, 2009; Accepted May 8, 2010

Abstract:

Background: Exclusive breast feeding, an important need for infants, can be affected by numerous factors. This study was designed to survey the pattern and period of exclusive breast feeding.

Materials and Methods: The study was performed on mothers of 391 newborns at six months of age taking healthcare in health centers of Kashan. The necessary information was recorded and exclusive breast feeding patterns and related factors were determined.

Results: Our findings uncovered that the rate of exclusive breast feeding was 33.1%. The exclusive breast feeding showed a significant relationship with the mothers' education level (P=0.001), baby weight loss (P=0.046), exclusive breast feeding education (P=0.004), type of delivery (P=0.045), father's job (P=0.012), birth weight (P=0.007) and growing (P=0.002) status. However, sexuality of the neonate, sexual preference by family, bedding room, technique of breast feeding education, mother's job, immaturity and weight not considerably influenced the exclusive breast feeding.

Conclusion: Concerning low rate of exclusive breast feeding it seems increased understanding and knowledge of pregnant wemon, mothers, as well as their family, can improve exclusive breast feeding.

Keyword: Exclusive breast feeding, Breast milk, Infant

* **Corresponding Author.**
Email: hamisa2002@yahoo.com
Tel: 0098 913 361 4699
Fax: 0098 361 555 0111

Conflict of Interests: *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Summer 2010; Vol 14, No 2, Pages 163-168

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29]

بررسی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان طی سال ۱۳۸۶

حسن الماسی [۱]، حمید رضا صابری [*۱]، سید علیرضا مروجی [۲]

خلاصه

سابقه و هدف: تغذیه انحصاری با شیر مادر یک نیاز مهم برای شیر خواران است که می‌تواند بر اثر فاکتورهای متعددی تحت تاثیر قرار گیرد. این مطالعه برای بررسی تغذیه انحصاری با شیر مادر و فاکتورهای مربوط به آن در کاشان انجام شد.

مواد و روش ها: طی یک مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸٦ و با نمونه‌گیری آسان، مادران ۳۹۱ کودک شش ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کاشان مورد تحقیق قرار گرفتند. وضعیت تغذیه کودک به طور انحصاری با شیر مادر و ارتباط آن با عواملی چون جنس کودک، شغل والدین، بیماری مادر، وزن تولد رتبه فرزندی، نارسی، رجحان جنسی برای خانواده، وضعیت منحنی رشد، نوع زایمان، تحصیلات مادر، وضعیت آموزش شیردهی و افت وزن در ماه‌های گذشته مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر ۳۳/۱ درصد بود. تغذیه انحصاری با سطح تحصیلات مادر (P=۰/۰۰۱)، وزن کودک موقع تولد (P=۰/۰۰۷)، کاهش وزن کودک (P=۰/۰٤٦)، آموزش تغذیه انحصاری (P=۰/۰۰٤)، نوع زایمان (P=۰/۰٤٥)، رتبه فرزندی (P= ۰/۰۳)، شغل پدر (P= ۰/۰۱۲) و وضعیت منحنی رشد (P=۰/۰۲) ارتباط معنادار داشت، اما سایر فاکتورهای مورد بررسی ارتباطی با تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان کم تغذیه انحصاری با شیر مادر در این مطالعه و عوامل تاثیر گذار بر آن، به نظر می‌رسد بالا بردن سطح آگاهی و دانش در مادران، زنان حامله و همچنین خانواده آنها می‌تواند در بالا بردن میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به دست آمده در این منطقه موثر باشد.

واژگان کلیدی: تغذیه انحصاری با شیر مادر، شیر مادر، شیر خوار

فصلنامه علمی – پژوهشی فیض، دوره چهاردهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹، صفحات ۱٦۸-۱٦۳

مقدمه

تأثیر شیر مادر بر سلامت کودک و مادر، رشد و بقای کودک، کاهش مرگ و میر و معلولیت، ارضای نیازهای عاطفی مادر و فرزند و نیز صرفه جوئی اقتصادی در بعد خانواده و جامعه ثابت شده است [۱]. تغذیه انحصاری با شیر مادر (Exclusive Breast Feeding; EBF) به عنوان یک سیاست برای افزایش بقای کودکان و کاهش میزان بیماری‌های کودکان در سراسر دنیا مورد توصیه سازمان بهداشت جهانی (WHO) است؛ به طوری که این سازمان تأکید می‌کند همه کشورها برنامه شیردهی انحصاری کودکان را تا سن ٦ ماهگی ترویج و پیگیری نمایند [۱]. در تمام دنیا و از جمله ایران بیمارستان‌های دوستدار کودک سعی می‌کنند تغذیه با شیر مادر را آموزش و ترویج دهند. این سیاست و برنامه در اکثر کشورها از جمله ایران اجرا گردیده است؛ به طوری که اقدام به شروع شیردهی در اکثر کشورها و مطالعات از موفقیت بالایی برخوردار بوده است؛ به عنوان مثال در ایران به ۹۸ درصد می‌رسد [۲]، اما میزان شیردهی انحصاری در کشورها و حتی نواحی مختلف یک کشور بسیار متغیر می‌باشد؛ به طوری که EBF در ژاپن ۲۱ درصد [۳]، هند ۷/۸ درصد [٤]، کانادا ٦ درصد [٥]، و غنا ۵۱/٦ درصد [٦] گزارش گردیده است. این میزان در نقاط مختلف کشور ایران به شرح زیر است: زاهدان؛ ٤٤/۷ درصد [۷]، زنجان؛ ٤٤ درصد [۸]، اراک؛ ٤۱/٥ درصد [۹] و گرگان؛ ٤٤/٤ درصد [۱۰]. در مطالعه‌ای که توسط عابدزاده و همکاران در سال ۸۱ بر روی مادران کاشانی دارای کودکان ٤/٥ ماهه انجام گردید، میزان شیردهی انحصاری ۸۲ درصد به دست آمد [۱۱]. عوامل متعددی وجود دارند که شیردهی و ادامه آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که عواملی همچون عدم اعتقاد مادران به کافی بودن شیر، عدم حمایت خانواده در ایجاد وضعیت مطلوب شیردهی و بازگشت به محل کار بعد از زایمان در شیردهی غیرانحصاری نقش داشته اند [۱۲] و بالعکس ارائه آموزش‌های لازم و مفید د ر زمان بارداری و بلافاصله بعد از زایمان در زایشگاه، سالم بودن کودک، سن مادر و تعداد فرزندان از عوامل مؤثر و اصلی در انتخاب روش تغذیه کودک می‌باشند

[۱] استادیار، گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[*] **نشانی نویسنده مسوول:**

کاشان، کیلومتر ٥ بلوار قطب راوندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تلفن: ۰۹۱۳۳٦۱٤٦۹۹ **دورنویس:** ۰۳٦۱٥٥۰۱۱۱

پست الکترونیک: hamisa2002@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۱۱ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۸۹/۲/۱۸

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29]

[۱۴،۱۳]. بنابر اهمیت موضوع ضرورت دارد در هر منطقه این عوامل به طور جداگانه مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد تا با شناخت عوامل تسهیل کننده و یا بازدارنده، راه‌کارهایی برای افزایش میزان شیردهی خصوصا شیردهی انحصاری ارائه گردد. این مطالعه با هدف فوق برای بررسی میزان شیر دهی انحصاری تا ٦ ماهگی و عوامل مرتبط با آن در شهر کاشان انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

این تحقیق در سال ۱۳۸٦ و به صورت مقطعی بر روی مادرانی انجام گرفت که برای انجام مراقبت های شیر خوار خود در ٦ ماهگی به ۲٦ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه بهداشتی شهر کاشان مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از نسبت تغذیه انحصاری در مطالعات مشابه کشور [۱۰-۷] و خطای ۵ درصد حدود ۳۹۰ نفر برآمده شد. تعداد ۳۹۱ مادر با روش نمونه گیری غیر احتمالی از نوع آسان (Convenient) وارد مطالعه شدند. پس از توجیه مادران و کسب رضایت از آنها اطلاعات توسط پرسشنامه‌ای که توسط پژوهشگر از کتب مرجع و تحقیقات صورت گرفته قبلی و تایید اعضا هیات علمی مرتبط در دانشگاه تهیه شده بود، جمع آوری گردید. این پرسش‌نامه ۱۸ سؤالی حاوی متغیرهایی بود که می‌توانست تأثیر بر شیردهی انحصاری داشته باشد. پایایی پرسشنامه با انجام مطالعه اولیه بر روی حدود ۳۰ نفر از مادران، حدود ۸۷ درصد به دست آمد. این متغیرها شامل سن مادر، جنس کودک، تحصیلات مادر، شغل پدر و مادر، وزن کودک هنگام تولد، وضعیت منحنی رشد کودک، بیماری مادر، نوع زایمان و آموزش مادر در زمینه شیردهی بود. برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۲٦ نفر از پرسنل واحد بهداشت خانواده در مراکز مورد تحقیق انتخاب شدند. این افراد آموزش-های لازم برای تکمیل پرسش‌نامه را از محقق فراگرفتند و با ارائه پرسش‌نامه به مادران و توضیح به روش مصاحبه و نیز تکمیل اطلاعات از روی پرونده کودک اقدام به جمع آوری اطلاعات کردند. در صورتی که هر سؤال به هر دلیل توسط مادر پاسخ داده نمی‌شد به عنوان یک عدم پاسخ در نظر گرفته می‌شد و سؤال مورد نظر از تجزیه و تحلیل داده‌ها حذف می‌گردید. در نهایت برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی و کیفی با شیردهی انحصاری از آزمون t-test و مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. در کلیه تحلیل‌ها سطح منحنی دارای ۵ درصد در نظر گرفته شد و نتایج آزمون‌های فوق برای متغیرهای کیفی به صورت نسبت شانس (OR) همراه با حدود اطمینان ۹۵ درصد برای آن بیان شد.

نتایج

از ۳۹۱ مادر مورد بررسی ۳۵۷ نفر (۹۲ درصد) خانه دار و بقیه شاغل بودند. ۱۳۷ نفر (۳۵ درصد) مادران بی سواد و کم سواد، ۱۸۹ نفر(٤۸/۳ درصد) تا دیپلم و سایر افراد تحصیلات بالای دیپلم داشتند. ۱۹۸ کودک (۵۰/۹ درصد) رتبه اول تولد، ۱۳۰ نفر (۳۳/۳ درصد) رتبه دوم تولد و ٦۲ نفر (۱۵/۸ درصد) رتبه سوم تولد به بعد بودند. ۱۷ کودک (٤ درصد) نارس و بقیه غیر نارس بودند. محدوده سنی مادران از ۲۱ تا۳۳ سال با میانگین ۵/۲±۲٦/۸۱ بود. ۱۳۰ نفر از مادران (۳۳/۱ درصد) تغذیه انحصاری را رعایت می‌کردند و ۲٦۱ نفر (٦٦/٤ درصد) تا زمان ٦ ماهگی کودک را انحصارا با شیر مادر تغذیه نکرده بودند. وضعیت متغیرهای کیفی مرتبط با تغذیه انحصاری در جدول شماره ۱ ارائه شده است. با توجه به این جدول متغیرهای وزن موقع تولد، رتبه فرزندی، وضعیت منحنی رشد، شغل پدر، آموزش تغذیه انحصاری با شیر مادر، نوع زایمان، افت وزن کودک و تحصیلات مادر به طور معنی‌دار با EBF ارتباط داشت؛ اما متغیرهای آموزش روش شیردهی، ترجیح جنسی کودک برای خانواده، جنس کودک، هم اتاقی مادر و کودک در زمان تولد، شاغل بودن مادر، و نارسی کودک ارتباط معنی داری با EBF نداشت. همچنین متغیر سن مادر نیز ارتباطی با EBF نداشت (P=۰/۱۱٤).

بحث

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه میزان شیردهی انحصاری تا ٦ ماهگی ۳۳/۱ درصد به دست آمد که این میزان کمتر از مطالعات مشابه در بوشهر [۱۵]، زنجان [۸]، گرگان [۱۰] و اراک [۱۰] بود. نتایج این مطالعه در مقایسه با مطالعات انجام شده در کشورهای برزیل [۱٦]، هند [٤] و ژاپن [۳] بالاتر و نسبت به مطالعه کشور غنا [٦] پائین‌تر است. علت این تفاوت ها می‌تواند عوامل تأثیرگذار فرهنگی، فردی، آموزشی، سیاسی و اقتصادی منطقه‌ای و زمان انجام مطالعه باشد. عامل آموزش تغذیه انحصاری با شیر مادر به مادران تقریبا در تمام مطالعات داخلی [۱۷،۱۵،۷] و خارجی [۱۸،۱٦،۵،٤] همانند مطالعه ما به طور معنی‌دار احتمال شیردهی انحصاری را بالا می‌برد. به نظر می‌رسد این نوع آموزش هم در میزان شروع و ادامه شیردهی و هم کاهش تأثیر عوامل بازدارنده شیردهی مؤثر باشد. هرچند که در اکثر مطالعات به نوع، میزان و تداوم آموزش‌ها اشاره نشده است ولی احتمالا کیفیت و کمیت این آموزش‌ها در شیردهی انحصاری مؤثر بوده است. تأثیر مثبت میزان تحصیلات مادر در شیردهی انحصاری در این مطالعه می‌تواند به دلیل آموزش پذیری بهتر این گروه همانند مطالعات

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29]

مشابه باشد [۲۰،۱۹،۱۱]. با این همه، در مجموع تعداد کم مادرانی که موفق به تداوم شیردهی انحصاری با شیر مادر در ٦ ماه اول زندگی کودک شدند، نشان می‌دهد احتمالا آموزش‌ها دارای کیفیت مناسب و تأثیرگذار و مهمتر از آن مداوم نبوده و باید در ماه‌های بعد از ترخیص از بیمارستان نیز به آن توجه گردد. عامل دیگری که در این مطالعه تأثیر معنی‌دار بر شیردهی انحصاری داشت، کاهش رشد کودک و کاهش وزن کودک در طی این دوره است. این یافته به عنوان عامل بازدارنده در مطالعات دیگر نیز معرفی می‌گردد [۱٦،۱۰].

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت رعایت تغذیه انحصاری تا ٦ ماهگی به تفکیک عوامل مرتبط احتمالی

		شیردهی انحصاری	شیر دهی غیر انحصاری	P	OR(CI 95%)
شاغل بودن مادر	خانه دار	۱۲۳	۲۳٤	۰/۱۷۹	-
	شاغل	۷	۲٤		
بیماری مادر	دارد	۱۲۲	۲٤٦	۰/۸۷۲	-
	ندارد	۸	۱۵		
نارسی شیرخوار	رسیده	۱۲۲	۲۵۱	۰/٤٦۸	-
	نارس	۷	۱۰		
جنس کودک	پسر	٦۷	۱۱۰	۰/۰۷۹	-
	دختر	٦۳	۱۵۱		
وزن موقع تولد	بیش تر از ٤۰۰۰	۷	۱۷	۰/۰۰۷	٤/۸ (۱/۳ –۱۸/۱)
	٤۰۰۰-۲۵۰۰ گرم	۸۸	۱۹۵		٤/٤ (۱/٦-۱۲/۲)
	کم تر از ۲۵۰۰	۱۲	٦		۱
رتبه تولد	نوبت سوم به بعد	۲۹	۳۳	۰/۰۳۲	۰/٤٦ (۰/۲٦ –۰/۸۳)
	نوبت دوم	٤۳	۸۷		۰/۸۲ (۰/۵۱-۱/۳)
	نوبت اول	۵۷	۱٤۱		۱
برتری جنسی کودک برای خانواده	وجود دارد	۳۲	۵۷	۰/٤۹۷	-
	وجود ندارد	۹۵	۲۰۱		
وضعیت منحنی رشد کودک	داخل جاده سلامتی	۱۰۲	۲۳۱	۰/۰۲	۱/۹٦ (۱/۱-۳/٦)
	خارج جاده سلامتی	۲٦	۳۰		
شغل پدر	کارمند	۲٤	٦۹	۰/۰۱۲	۱
	کارگر	۵۷	۷٦		۰/٤٦ (۰/۲۵-۰/٦۸)
	آزاد	٤۸	۱۱٤		۰/۸ ۳ (۰/٤۵- ۱/۵)
آموزش شیوه شیردهی	دارد	۱۱۷	۲۳۳	۰/۸۱۱	-
	ندارد	۱۱	۲٤		
آموزش تغذیه مطلق با شیر	دارد	۱۲۲	۲۱۹	۰/۰۰٤	۳/۲(۱/٤-۷/۳)
	ندارد	۷	٤۰		
نوع زایمان	سزارین	۵۸	۱٤٤	۰/۰٤۵	۰/۵٦ (۰/٤۳-۰/۹۹)
	طبیعی	۷۲	۱۱٦		
قرارگیری کنار مادر در زمان تولد	داشته	۱۲۰	۲٤۵	۰/۵۵۹	-
	نداشته	۱۰	۱٦		
افت وزن در ماه‌های گذشته	داشته	۲٤	۷٤	۰/۰٤٦	۰/۵۹(۰/۳۵-۰/۹۹)
	نداشته	۱۰۲	۱۸٦		
سطح تحصیلات مادر	۵ کلاس به پایین	٦٤	۷۳	۰/۰۰۱	۱
	تا دیپلم	۵۰	۱۳۹		۳/٤(۱/۵-۳/۹)
	بالای دیپلم	۱٦	٤۹		۲/۷(۱/٤-۵/۲)

به نظر می‌رسد علت این امر احساس نگرانی مادر از ناکافی بودن شیر و عدم کیفیت شیر خود به عنوان علت این امر باشد که مادر را وادار به تغذیه کودک از مواد غذایی دیگر می‌کند. در این مطالعه نارسی کودک ارتباط منفی معنی‌دار بر شیردهی انحصاری

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29]

نداشت؛ در حالی که مطالعاتی وجود دارد که نارسی کودک جزء عوامل بازدارنده از شیردهی انحصاری محسوب گردیده است [۳،۱٦]. دلیل عدم تأثیر نارسی را می‌توان این‌گونه توجیه نمود که کودکان نارس بر اساس سیستم موجود کشور تحت مراقبت‌های بیشتر و تخصصی‌تری قرار می گیرند و در تمام این مراقبت‌ها تأکید به شیردهی انحصاری برای تغذیه این کودکان صورت می‌گیرد. شانس شیردهی انحصاری کودکانی که با روش سزارین به دنیا آمده بودند بیشتر از روش طبیعی بود که مخالف بعضی از مطالعات انجام شده است [٤،۱٦،۲۱]. آمار سزارین در کاشان بالا بوده و اکثر کسانی که روش سزارین را انتخاب می‌کنند، افراد با تحصیلات و سطح اجتماعی اقتصادی بالاتر هستند؛ بنابراین شاید وجود این عوامل زمینه‌ای باعث معنی‌دار شدن ارتباط نوع زایمان با شیردهی انحصاری می‌گردد. نوبت تولد بالاتر ارتباط منفی معنی دار در شیردهی انحصاری داشت. این یافته در مطالعات مشاهده نگردیده است [٤،۱۷]. دلیل این امر را می‌توان به علت بارداری‌های ناخواسته، سطح پائین‌تر تحصیلات مادر، عدم ارائه آموزش‌های لازم در زایمان‌های بعدی، توجه بیشتر مادران در نوبت اول تولد به کودک و عوامل دیگر جستجو کرد. فاکتورهای شغل مادر، سن مادر، جنسیت کودک و ترجیح جنسی کودک برای خانواده تأثیری در شیردهی انحصاری نداشت. به نظر می‌رسد متغیرهای فوق در محیط های گوناگون و منطقه‌ای تأثیرات مثبت و یا منفی متفاوتی داشته باشند؛ برای مثال جنسیت پسر در مطالعه برزیل تأثیر منفی روی شیردهی انحصاری می‌گذارد [۱٦]؛ همچنین شاغل بودن مادر در مطالعات داخلی و خارجی تأثیر منفی روی شیردهی داشته است [۱۵،۱۷،۲۲].

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های ما میزان شیردهی انحصاری در مقایسه با سایر نقاط کشور و مطالعات دیگر در حد مناسب نمی‌باشد؛ به طوری که تقریبا ٦٦ درصد مادران شیردهی انحصاری را رعایت نمی‌کنند. بر اساس یافته‌های ما، مهمترین عامل که در شیردهی انحصاری تأثیر دارد آموزش مادران در مورد شیردهی انحصاری است. به نظر می رسد لازم است در مورد کیفیت آموزش‌های فوق و تداوم آن تجدید نظر گردد؛ همچنین لازم است با کاهش نقش فاکتورهای اثرگذار منفی میزان شیردهی انحصاری را بالا برد.

References:

[1] World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation: Geneva, switzerland, 2001.

[2] Roudbari M, Roudbari S, Fazaeli A. Factors associated with breastfeeding patterns in women who recourse to health centres in Zahedan, Iran. ***Singapore Med J*** 2009; 50 (2): 181-4.

[3] Kaneko A, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Suzuki K, et al. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: for activities to support child-rearing with breast-feeding. ***J Epidemiol*** 2006; 16(2): 57-63.

[4] Tiwari R, Mahajan PC, Lahariya C. The determinants of exclusive breast feeding in urban slums: a community based study. ***J Trop Pediatr*** 2009; 55(1): 49-54.

[5] Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the longitudinal study of child development in Quebec. ***Can J Public Health*** 2003; 94(4): 300-5.

[6] Aidam BA, Pérez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. ***Eur J Clin Nutr*** 2005; 59(6): 789-96.

[7 Imani M, Mohammadi M, Rakhshani F, Shafie S. Breast-feeding and its related factors in Zahedan ***Feyz, Kashan University of Medical Sciences & Health Services*** 2003; 26(7): 26-33. [in persian]

[8] Koosha A, Hashemifesharaki R, Mousavinasab N. Breast-feeding patterns and factors determining exclusive breast-feeding. ***Singapore Med J*** 2008; 49(12): 1002-6.

[9] Mohammad Beygi A, Mohammad Salehy N, Bayati A. The Pattern of Exclusive Breast Feeding in Referred Neonatal to Health Centers of Arak. ***Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences*** 2009; 70(18): 17-25. [in persian]

[10] Jalaly Aria K, Jooybari L, Sanagoo A. The reasons for failure of exclusive breast-feeding in health centers in Gorgan (1378-79). ***Journal of Gorgan University of Medical Sciences*** 2001; 8(3): 81-6. [in persian]

[11] Abed Zadeh M, Saberi F, Sadat Z. Quality of nutrition and factors related to it in 4.5-year old babies of Kashan. ***Feyz, Kashan University of Medical Sciences & Health Services*** 2005; 35(9): 59-64. [in persian]

[12] Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. ***Public Health Nutr*** 2006; 9(1): 40-6.

[13] Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast feeding duration. ***Pediatrics*** 1995; 95(4): 497-9.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29]

[14] Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Treviño-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. ***J Nutr*** 1995; 125(12): 2972–84.
[15] Ghaed Mohammadi Z, Zafarmand MH, Heidari Gh, Anaraki A, Dehghan A. Determination of effective factors in breast-feeding continuity for infants less than 1 year old in urban area of Bushehr province. ***Iranian South Medical Journal*** 2004; 1(7): 79-87. [in persian]
[16] Novotny R, Kieffer EC, Mor J, Thiele M, Nikaido M. Health of infant is the main reason for breast feeding in a WIC population in Hawaii. ***J Am Diet Assoc*** 1994; 94(3): 293-7.
[17] Akaberian Sh, Dianat M. Evaluation of factors influencing on non-exclusive breast feeding during the first six months of life in Bushehr port using focus group discussion. ***Iranian South Medical Journal*** 2004; 2(6): 165-71. [in persian]
[18] Chandrashekhar TS, Joshi HS, Binu V, Shankar PR, Rana MS, Ramachandran U. Breast-feeding initiation and determinants of exclusive breast-feeding - a questionnaire survey in an urban population of western Nepal. ***Public Health Nutr*** 2007; 10(2): 192-7.
[19] Nath DC, Goswami G. Determinants of breast-feeding patterns in an urban society of India. ***Hum Biol*** 1997; 69(4): 557-73.
[20] Ayatollahi SMT, Nasihatkon AA, Ayatollahi SAR. ***Journal of Kerman University of Medical Sciences*** 2001; 1(8): 35-43. [in persian]
[21] Theofilogiannakou M, Skouroliakou M, Gounaris A, Panagiotakos D, Markantonis SL. Breast-feeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. ***J Pediatr Gastroenterol Nutr*** 2006; 43(3): 379-84.
[22] Schluter PJ, Carter S, Percival T. Exclusive and any breast-feeding rates of Pacific infants in Auckland: data from the pacific islands families first two-years of life study. ***Public Health Nutr*** 2006, 9(6): 692-9.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29]