DOI: 10.22122/jhsr.v16i2.3669 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 16, No. 2, Summer

Received: 16.03.2019 Accepted: 13.06.2019 Published: 05.07.2020

Factors Associated with Early Breastfeeding Cessation and Initiation of Artificial Milk in 0-18-Month Old Infants and Children from Isfahan City, Iran

Zohreh Amini-Nour[1], Akbar Hassanzadeh[2], Mohammad Bagherniya[3], Reza Ghiasvand[4]

Original Article

Abstract

Background: Breast milk contains organic nutrients necessary for the growth and development of infants and children. Since various factors are effective in the early discontinuation of breast milk, the accurate identification of these factors in various cultural contexts can play an important role in providing, maintaining, and promoting the health of children. Thus, the present study was conducted to determine the causes of breast milk discontinuation and use of artificial milk in children aged 0-18 months in Isfahan, Iran.

Methods: This was a cross-sectional descriptive analytical study with the study population including 600 mothers with 18-month old children in 20 centers and health centers in Isfahan City. Data were collected using questionnaires and interview with mothers.

Findings: The most important reasons for discontinuation of breastfeeding were mothers' lack of breast milk, infant's unwillingness to breastfeed, mother's disease or specific drug use, childhood diseases, maternal occupation, and early onset of supplementary foods. The most important reasons for using synthetic milk from the viewpoint of mothers were lack of breast milk, child crying and restlessness, and the recommendation by a pediatrician.

Conclusion: The main reason for early breastfeeding and the use of artificial milk is the inadequacy of breast milk. It seems that educational interventions are essential considering the importance, benefits, nutrition manner, the way to resolve breast-feeding problems, and the adequacy of milk in the child.

Keywords: Breast milk; Nutrition; Breastfeeding; Childhood

Citation: Amini-Nour Z, Hassanzadeh A, Bagherniya M, Ghiasvand R. **Factors Associated with Early Breastfeeding Cessation and Initiation of Artificial Milk in 0-18-Month Old Infants and Children from Isfahan City, Iran.** J Health Syst Res 2020; 16(2): 108-15.

1- Food Security Research Center AND Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Science, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Lecturer, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Assistant Professor, Food Security Research Center AND Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Science, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4- Associate Professor, Food Security Research Center AND Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Science, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Reza Ghaiasvand; Associate Professor, Food Security Research Center AND Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Science, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: rghiasvand@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.22122/jhsr.v16i2.3669 Published by Vesnu Publications

بررسی عوامل مؤثر بر قطع زودرس شیر مادر و شروع استفاده از شیر مصنوعی در کودکان صفر تا ۱۸ ماهه شهرستان اصفهان

زهره امینی نور[۱]، اکبر حسن‌زاده[۲]، محمد باقرنیا[۳]، رضا غیاثوند[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: شیر مادر دارای ترکیبات و مواد مغذی مطلوبی برای رشد و تکامل نوزادان و شیرخواران می‌باشد. از آن‌جا که عوامل مختلفی در قطع زودرس شیر مادر مؤثر می‌باشد، شناسایی دقیق این عوامل در بسترهای فرهنگی مختلف، می‌تواند نقش مهمی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت کودکان از طریق ترویج تغذیه با شیر مادر داشته باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان و علل قطع زودرس شیر مادر و استفاده از شیر مصنوعی در کودکان صفر تا ۱۸ ماهه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه، توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه مورد بررسی را ۶۰۰ مادر دارای کودک ۱۸ ماهه در ۲۰ مرکز و پایگاه بهداشت در سطح شهر اصفهان تشکیل داد. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه و مصاحبه با مادران بود.

یافته‌ها: از مهم‌ترین دلایل قطع زودرس شیر مادر از دیدگاه مادران می‌توان به «کافی نبودن شیر مادر، عدم پستان گرفتن کودک، کفایت شیردهی تا آن زمان، بیماری مادر یا مصرف دارویی خاص، بیماری کودک، شاغل بودن مادر و شروع زودرس غذای کمکی» اشاره کرد. مهم‌ترین دلایل مصرف شیر مصنوعی از دیدگاه مادران به ترتیب «کافی نبودن شیر مادر، گریه و بی‌قراری کودک و توصیه پزشک متخصص کودکان» بود.

نتیجه‌گیری: عمده‌ترین علت قطع زودرس شیر مادر و استفاده از شیر مصنوعی، «ناکافی بودن شیر مادر» عنوان گردید. انجام مداخلات آموزشی در زمینه اهمیت، مزایا، نحوه تغذیه، نحوه برطرف کردن مشکلات شیردهی و نشانه‌های کفایت شیر در کودک، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: شیر مادر؛ تغذیه؛ تغذیه با شیر مادر؛ دوران کوردکی

ارجاع: امینی نور زهره، حسن‌زاده اکبر، باقرنیا محمد، غیاثوند رضا. **بررسی عوامل مؤثر بر قطع زودرس شیر مادر و شروع استفاده از شیر مصنوعی در کودکان صفر تا ۱۸ ماهه شهرستان اصفهان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۲): ۱۱۵-۱۰۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۳/۲۳ تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۴/۱۵

مقدمه

تغذیه با شیر مادر مواد مغذی مطلوبی را برای رشد و تکامل کودکان فراهم می‌کند و اثرات بیولوژیک و روانی بی‌نظیری را بر سلامت مادر و کودک دارد (۱). شیر مادر بیشترین مقدار لاکتوز را نسبت به سایر پستانداران دارد و بیش از یک سوم انرژی مورد نیاز شیرخوار را فراهم می‌نماید و همچنین، موجب سهولت در جذب کلسیم می‌گردد. پروتئین‌های شیر مادر از لحاظ توازن اسیدهای آمینه بسیار مطلوب و متناسب با نیازهای رشد شیرخوار است. اسیدهای چرب ضروری در شیر مادر بیش از شیر گاو می‌باشد. این اسیدهای چرب به ویژه برای رشد مغز و سلامت عروق خونی اهمیت دارند. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، کمتر به عفونت‌های معده‌ای- روده‌ای، مشکلات تنفسی، عفونت گوش میانی و آلرژی مبتلا می‌شوند و مادران این کودکان نیز خطر کمتری را برای ابتلا به پوکی استخوان و سرطان‌های دستگاه تناسلی دارند (۲).

شیر مصنوعی از سال ۱۸۷۰ ابداع شد و تاکنون مصرف آن گسترش یافته است. اگرچه بررسی‌ها میزان کمتر ابتلا به بیماری و مرگ و میر در کودکان تغذیه شده با شیر مادر را در مقایسه با کودکان مصرف‌کننده شیر مصنوعی نشان داده، اما با این حال عوامل مختلفی سبب ایجاد روش‌های نادرست تغذیه، افزایش مرگ و میر شیرخواران و در تبدیل این موضوع به یکی از مشکلات عمده بهداشتی شده است. شیر مصنوعی فقط یک غذا است و دارای ترکیب ثابتی برای شیرخواران در همه سنین می‌باشد؛ در صورتی که ترکیب بعضی از مواد در شیر مادر، در شیر اولیه و نهایی و نیز در اوقات مختلف شبانه‌روز و یا حتی با افزایش سن (بسته به نیاز کودک) در حال تغییر است.

مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی در کل کشور، مناطق شهری، مناطق روستایی، پسران و دختران در سال ۱۳۸۹به ترتیب ۵۳/۱۳، ۴۷/۷۹، ۶۲/۷۶، ۵۰/۶۰ و ۵۶/۳۵

۱- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- مربی، گروه آمار زیستی و بهداشتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استادیار، مرکز تحقیقات امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴- دانشیار، مرکز تحقیقات امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: رضا غیاثوند؛ دانشیار، مرکز تحقیقات امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: rghiasvand@yahoo.com

درصد می‌باشد. شروع تغذیه به‌موقع (در یک ساعت اول بعد تولد) نیز به ترتیب ۶۸/۷، ۶۷/۵۹، ۷۰/۶۴، ۶۳/۵۹ و ۶۶/۶۴ درصد گزارش گردید (۳). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که هنوز بسیاری از کودکان به روش توصیه شده و صحیح تغذیه نمی‌شوند و بسیاری از مادرانی که شیردهی را به نحو رضایت‌بخشی آغاز کرده‌اند، چند هفته پس از زایمان، غذای کمکی را آغاز یا شیردهی را قطع و تغذیه با شیر مصنوعی را شروع می‌کنند. در واقع، بیشترین تأثیر شیر مادر در جوامعی است که میزان درامدها کمتر، سطح سواد پایین‌تر و وضع بهداشت نامطلوب‌تر می‌باشد (۴). استفاده از شیر مادر در چنین شرایطی ممکن است تنها راه بقای کودکان باشد. ترویج تغذیه با شیر مادر اعم از افزایش تعداد مادرانی که کودک خود را شیر می‌دهند و یا افزایش مدت شیردهی، به میزان قابل توجهی هزینه سنگین مراقبت‌های بهداشتی را برای خانواده‌ها به خصوص خانواده‌های فقیر کاهش می‌دهد (۴). از آن‌جایی که عوامل مختلفی در قطع زودرس شیر مادر مؤثر است، شناسایی دقیق این عوامل در بسترهای فرهنگی مختلف می‌تواند نقش مهمی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت کودکان از طریق ترویج تغذیه با شیر مادر داشته باشد. طبق اطلاعات به دست آمده، تاکنون تحقیقات اندکی در کشور انجام شده و در شهر اصفهان تاکنون پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان و علل قطع زودرس شیر مادر و استفاده از شیر مصنوعی در کودکان صفر تا ۱۸ ماهه شهر اصفهان انجام گردید.

روش‌ها

این تحقیق توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه پژوهش را مادران دارای کودک ۱۸ ماهه در شهر اصفهان تشکیل داد. معیار ورود مادران به پژوهش شامل داشتن فرزند ۱۸ ماهه و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. در ضمن، مادران دارای کودکان چند قلو از تحقیق خارج شدند.

با توجه به این که بیش از ۹۵ درصد کودکان شهری در مراکز و پایگاه‌های بهداشت شهرستان اصفهان واکسینه می‌شدند، افراد مورد نظر از بین مادران مراجعه‌کننده به واحد واکسیناسیون مراکز شهری و پایگاه‌های بهداشت جهت واکسیناسیون ۱۸ ماهگی کودکانشان انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول، شهر اصفهان به پنج منطقه جغرافیایی (در محدوده شمال، شرق، جنوب، غرب و مرکز شهر) تقسیم شد. سپس اسامی مراکز بهداشتی- درمانی و پایگاه‌های بهداشتی که واحد واکسیناسیون آن به صورت فعال به شهروندان ارایه خدمت می‌نمود، فهرست گردید و با توجه به این که تعداد مراکز و پایگاه‌های بهداشت در هر منطقه جغرافیایی بسته به جمعیت آن منطقه متفاوت بود و از طرف دیگر، با توجه به محدودیت‌های موجود از نظر امکانات، هزینه، زمان و نیروی انسانی، در اجرای این طرح بر اساس نظر کارشناسان ذی‌ربط، مقرر گردید ۲۰ مرکز و پایگاه بهداشت در سطح شهر اصفهان انتخاب شود؛ به طوری که امکان تعمیم نتایج به دست آمده به کل مراکز و پایگاه‌های بهداشت در سطح شهر اصفهان وجود داشته باشد. بنابراین، بسته به تعداد مراکز و پایگاه‌های بهداشت فعال در هر منطقه، سهم مراکز و پایگاه‌های بهداشت آن مشخص گردید. در مرحله بعدی، از فهرست مراکز و پایگاه‌های بهداشت در هر منطقه جغرافیایی، به طور تصادفی اسامی مراکز و پایگاه‌های بهداشت (بسته به سهم آن منطقه) برای نمونه مشخص شد. در مرحله آخر، با توجه به میانگین بار مراجعه مادران به مراکز منتخب جهت واکسیناسیون کودکان ۱۸ ماهه در یک فصل، سهم هر مرکز و یا پایگاه بهداشت از نمونه ۶۰۰ نفری مشخص گردید.

در مطالعه حاضر، از پرسش‌نامه طراحی شده دارای ۳۳ سؤال استفاده شد. بخش اول شامل سؤالاتی مربوط به مشخصات دموگرافیک والدین، بخش دوم شامل سؤالاتی در زمینه بارداری‌های مادر و نتایج آن، بخش سوم شامل سؤالاتی در ارتباط با تغذیه کودکان از بدو تولد به بعد، نوع شیردهی و بخش چهارم شامل سؤالاتی در زمینه منابع آموزشی مادران در بارداری و پس از زایمان در ارتباط با تغذیه با شیر مادر، نوع شیردهی و مدت آن بود.

در تهیه پرسش‌نامه، از منابع و کتب مرجع و سایر تحقیقات مرتبط با موضوع و همچنین، از نظرات چند نفر از اعضای هیأت علمی متخصص تغذیه و کارشناسان واحد کودکان گروه سلامت خانواده و جمعیت مرکز بهداشت استان اصفهان استفاده شد. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه توسط پانل متخصصان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار به کار رفته در مطالعه مقدماتی با شرکت ۵۰ مادر مشابه و غیر مشارکت‌کننده در پژوهش، بررسی گردید و همسانی درونی کل ابزار بر اساس ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۲ به دست آمد و مورد تأیید قرار گرفت.

با توجه به این که از بین ۲۰ مرکز منتخب، میانگین بار مراجعه مادران دارای کودک ۱۸ ماهه در پنج مرکز بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ نفر بود (با سهم نمونه ۴۲۰ نفر از ۶۰۰ نفر) و سه مرکز حدود ۳۰ تا ۹۹ نفر (با سهم نمونه ۷۷ نفر از ۶۰۰ نفر) و ۱۲ مرکز کمتر از ۳۰ نفر (با سهم نمونه ۱۰۳ نفر از ۶۰۰ نفر) بار مراجعه ماهیانه داشتند، در مورد مراکز با بار مراجعه کمتر از ۱۰۰ نفر، واکسیناتور مرکز در طی ماه شماره تلفن مادران مذکور را ثبت نمود و پرسشگران با تماس با این مادران آن‌ها را مطابق برنامه‌ای به مرکز دعوت نمودند تا امکان انجام مصاحبه با تمام مادران در اندک زمان ممکن میسر گردد. در مورد مراکز با بار مراجعه بیش از ۱۰۰ نفر در ماه، پرسشگران در واحد واکسیناسیون مستقر شدند و پرسش‌نامه‌ها را به مرور زمان تا اتمام نمونه مورد نظر از آن مرکز تکمیل کردند. مطالعه حاضر در مرداد تا بهمن ماه سال ۱۳۹۶ در شهر اصفهان انجام گردید.

برای تعیین رابطه بین شاخص‌های دموگرافیک و طول دوره شیردهی، از آزمون χ^2 استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۵۰/۸ درصد (۳۰۵ نفر) از کودکان مورد بررسی تحقیق حاضر، دختر و ۴۹/۲ درصد (۲۹۵ نفر) از کودکان پسر بودند. در شش ماهه اول، دوم و سوم زندگی کودکان، به ترتیب ۸/۳، ۵/۸ و ۸/۵ درصد مادران تغذیه با شیر خود را متوقف کرده بودند. بیشترین و کمترین توزیع فراوانی مادران به ترتیب در گروه‌های سنی ۲۵ تا ۲۹ و ۴۵ تا ۴۹ ساله و میانگین سن مادران، ۴/۸ ± ۲۸/۸ سال بود. ۴۸/۷ درصد (۲۹۲ نفر) از مادران دارای مدرک دیپلم، ۲۸/۸ درصد (۱۷۳ نفر) دارای مدرک دانشگاهی، ۱۲/۸ درصد (۷۷ نفر) دارای مدرک سوم راهنمایی، ۷ درصد (۴۲ نفر) دارای مدرک ابتدایی و ۲/۵ درصد (۱۵ نفر) بی‌سواد بودند. ۱۲/۸ درصد (۷۷ نفر) از مادران طول دوره بارداری کمتر از ۳۷ هفته،

۸۴/۴ درصد (۵۰۹ نفر) از مادران طول دوره بارداری بین ۳۷ تا ۴۲ هفته و ۲/۳ درصد (۱۴ نفر) از مادران طول دوره بارداری بیش از ۴۲ هفته داشتند. ۷۰ درصد (۴۲۰ نفر) کودکان به طریق سزارین و فقط ۳۰ درصد (۱۸۰ نفر) به روش زایمان طبیعی به دنیا آمده بودند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در افراد مورد بررسی

متغیر		تعداد (درصد)
جنسیت	دختر	۳۰۵ (۵۰/۸)
	پسر	۲۹۵ (۴۹/۲)
سن مادران کودکان	۱۵ -۱۹	۷ (۱/۲)
	۲۰ -۲۴	۹۶ (۱۶/۰)
	۲۵ -۲۹	۲۶۵ (۴۴/۲)
	۳۰ -۳۴	۱۵۴ (۲۵/۷)
	۳۵ -۳۹	۵۶ (۹/۳)
	۴۰ -۴۴	۲۰ (۳/۳)
	۴۵ -۴۹	۲ (۰/۳)
تحصیلات مادران کودکان	بی‌سواد	۱۵ (۲/۵)
	ابتدایی	۴۳ (۷/۲)
	راهنمایی	۷۷ (۱۲/۸)
	متوسطه	۲۹۲ (۴۸/۷)
	دانشگاهی	۱۷۳ (۲۸/۸)
شغل مادران کودکان	خانه‌دار	۵۳۳ (۸۸/۸)
	شاغل	۶۷ (۱۱/۲)
طول دوران بارداری مادران	کمتر از ۳۷ هفته	۷۷ (۱۲/۸)
	بین ۳۷ تا ۴۲ هفته	۵۰۹ (۸۴/۸)
	بیشتر از ۴۲ هفته	۱۴ (۳/۰)
نوع زایمان مادران	طبیعی	۱۸۰ (۳۰/۰)
	سزارین	۴۲۰ (۷۰/۰)

از ۲۸/۲ درصد (۱۶۹ نفر) مادرانی که کودکان خود را با شیر مصنوعی تغذیه کرده بودند، به ترتیب فراوانی شغل مادران، ۵۱/۵ درصد (۱۷ نفر) از مادران شاغل در بخش دولتی، ۳۸/۱ درصد (۸ نفر) شاغل در بخش خصوصی، ۲۸/۶ درصد (۲ نفر) شاغل در منزل، ۲۶/۵ درصد (۱۴۱ نفر) از مادران خانه‌دار بودند و ۱۶/۷ درصد (۱ نفر) از مادران درامدشان از سایر منابع کسب می‌شد. از نظر تحصیلات نیز ۳۴/۷ درصد (۶۰ نفر) از مادران دارای تحصیلات دانشگاهی، ۲۷/۱ درصد (۷۹ نفر) دارای مدرک دیپلم، ۲۶/۰ درصد (۲۰ نفر) دارای مدرک راهنمایی، ۱۹/۰ درصد (۸ نفر) دارای مدرک ابتدایی و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) از مادران بی‌سواد بودند و کودکان خود را با شیر مصنوعی تغذیه کرده بودند.

بر اساس نتایج به دست آمده، رابطه معنی‌داری بین شغل (P = ۰/۰۲۶)، میزان تحصیلات (P = ۰/۰۱۰)، میانگین سن (P = ۰/۰۰۱) و نوع زایمان مادران (P = ۰/۰۱۸) با مصرف شیر مصنوعی وجود داشت، اما بین جنسیت کودک (P = ۰/۵۷۰) و طول دوران بارداری (P = ۰/۳۲۰) با مصرف شیر مصنوعی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. ۱۱/۷ درصد از کل کودکان، هم مصرف‌کننده شیر مصنوعی و هم مادرانشان در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال بودند (بیشترین فراوانی مصرف شیر مصنوعی در کودکان بر حسب گروه‌های سنی مادران). ۰/۲ درصد از مادران گروه سنی ۴۵ تا ۴۹ سال نیز کودکانشان با شیر مصنوعی تغذیه شده بودند.

۲۱/۵ درصد از مادران با زایمان طبیعی و ۳۱ درصد مادران سزارینی، کودکان خود را با شیر مصنوعی تغذیه کرده بودند. ۷۸/۵ درصد از مادرانی که زایمان طبیعی داشتند، به کودکان خود شیر مصنوعی نداده بودند و این امر در بین مادران سزارینی، ۶۹ درصد گزارش شد. ۳۵/۱ درصد (۲۷ نفر) از مادرانی که طول دوره بارداری کمتر از ۳۷ هفته داشتند، ۲۷/۳ درصد (۱۳۹ نفر) از مادرانی که طول دوره بارداری بین ۳۷ تا ۴۲ هفته داشتند و ۲۱/۴ درصد (۳ نفر) از مادرانی که طول دوره بارداری بیشتر از ۴۲ هفته داشتند، کودکان خود را با شیر مصنوعی تغذیه کرده بودند. ۲۹/۲ درصد (۸۹ نفر) از مادرانی که دارای فرزند دختر بودند و ۲۷/۱ درصد (۸۰ نفر) از مادرانی که دارای فرزند پسر بودند، فرزندانشان را با شیر مصنوعی تغذیه کرده بودند (جدول ۲).

از میان ۷ علت مطرح شده به عنوان دلایل قطع زودرس شیر مادر، از دیدگاه مادران به ترتیب «کافی نبودن شیر مادر، عدم پستان گرفتن کودک، شیردهی تا آن زمان کافی بوده (به نظر مادر)، بیماری مادر یا مصرف داروی خاصی، بیماری کودک، شاغل بودن مادر و شروع زودرس غذای کمکی» بیشترین اهمیت را داشت (جدول ۳).

بررسی ۱۱ علت مطرح شده به عنوان دلایل مصرف شیر مصنوعی از دیدگاه مادران نشان داد که به ترتیب «کافی نبودن شیر مادر، گریه و بی‌قراری کودک، توصیه پزشک متخصص کودکان و انتخاب مادر (استنباط شخصی مادر)»، از مهم‌ترین عوامل مصرف شیر مصنوعی محسوب شد (جدول ۴).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در شش ماهه اول، دوم و سوم زندگی کودکان، به ترتیب ۸/۳، ۵/۸ و ۸/۵ درصد مادران تغذیه با شیر خود را متوقف کرده بودند. بررسی سایر مطالعات نشان می‌دهد که فقط ۲۶/۵ درصد مادران کویتی برای شش ماه و یا بیشتر تغذیه با شیر مادر داشته‌اند (۵) و در تحقیق دیگری که در اسکاتلند انجام گرفت، مشخص گردید که ۷۳/۶ درصد از مادران در طی هفته اول بعد از تولد، کاملاً شیر خود را قطع کرده بودند (۶). نتایج پژوهش Olang و همکاران نشان داد که ۵/۳ درصد مادران قبل از شش ماهگی و ۱۱/۰ درصد بعد از شش ماهگی (با میانگین ۱۳/۸ ماهگی)، تغذیه با شیر مادر نداشته‌اند (۱) و در مطالعه دیگری نیز نتیجه‌گیری کردند که ۸۹/۰ درصد کودکان تا ۱ سالگی و ۵۷/۰ درصد تا ۲ سالگی با شیر مادر تغذیه شده‌اند (۷).

Chalmers و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که ۵۳/۹ درصد مادران تا شش ماهگی کودک خود را با شیر مادر تغذیه کردند؛ در صورتی که ۹۰/۳ درصد مادران در بدو تولد تغذیه با شیر مادر را شروع کرده بودند (۸). Yesildal و همکاران، میزان تداوم تغذیه با شیر مادر را بین ۲۰ تا ۲۳ ماهگی، ۱۰ درصد گزارش نمودند (۹). رودباری و همکاران در پژوهش خود که در زاهدان انجام گرفت، به این نتیجه رسیدند که میزان تغذیه با شیر مادر در ۱، ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماهگی به ترتیب ۹۲، ۸۵، ۶۹، ۵۶ و ۸ درصد بوده است (۱۰).

جدول ۲. توزیع فراوانی استفاده از شیر مصنوعی بر اساس متغیرهای دموگرافیک و ارتباط‌سنجی متغیرها

متغیر		استفاده از شیر مصنوعی		مقدار P*
		بلی [تعداد (درصد)]	خیر [تعداد (درصد)]	
شغل مادران	خانه‌دار	۱٤۱ (۲٦/٥)	۳۹۲ (۷۳/٥)	۰/۰۲٦
	شاغل در منزل	۲ (۲۸/٦)	٥ (۷۱/٤)	
	شاغل در بخش دولتی	۱۷ (٥۱/٥)	۱٦ (٤۸/٥)	
	شاغل در بخش خصوصی	۸ (۳۸/۱)	۱۳ (٦۱/۹)	
	سایر	۱ (۱٦/۷)	٥ (۸۳/۳)	
تحصیلات مادران	بی‌سواد	۲ (۱۳/۳)	۱۳ (۸٦/۷)	۰/۰۱۰
	ابتدایی	۸ (۱۹/۰)	۳٥ (۸۱/۰)	
	راهنمایی	۲۰ (۲٦/۰)	٥۷ (۷٤/۰)	
	متوسطه	۷۹ (۲۷/۱)	۲۱۳ (۷۲/۹)	
	دانشگاهی	٦۰ (۳٤/۷)	۱۱۳ (٦٥/۳)	
سن مادران (سال)	۱۹- ۱٥	۱ (۱٤/۳)	٦ (۸٥/۷)	< ۰/۰۰۱
	۲٤- ۲۰	۲۰ (۲٦/۰)	۷٦ (۷۹/۲)	
	۲۹- ۲٥	۷۰ (۲٦/٤)	۱۹٥ (۷۳/٦)	
	۳٤- ۳۰	٤٦ (۲۹/۹)	۱۰۸ (۷۰/۱)	
	۳۹- ۳٥	۲۱ (۳۷/٥)	۳٥ (٦۲/٥)	
	٤٤- ٤۰	۱۰ (٥۰/۰)	۱۰ (٥۰/۰)	
	٤۹- ٤٥	۱ (٥۰/۰)	۱ (٥۰/۰)	
نوع زایمان	طبیعی	۳۹ (۲۱/٥)	۱٤۲ (۷۸/٥)	۰/۰۱۰
	سزارین	۱۳۰ (۳۱/۰)	۲۸٦ (٦۹/۰)	
طول دوران بارداری	کمتر از ۳۷ هفته	۲۷ (۳٥/۱)	٥۰ (٦٤/۹)	۰/۳۱٥
	بین ۳۷ تا ٤۲ هفته	۱۳۹ (۲۷/۳)	۳۷۰ (۷۲/۷)	
	بیشتر از ٤۲ هفته	۳ (۲۱/٤)	۱۱ (۷۸/٦)	
جنسیت	دختر	۸۹ (۲۹/۲)	۲۱٦ (۷۰/۸)	۰/٥۷٥
	پسر	۸۰ (۲۷/۱)	۲۱٥ (۷۲/۹)	

* آزمون χ^2

نتایج مطالعه Bonia و همکاران در دو ایالت کانادا نشان داد که میزان شروع تغذیه با شیر مادر، ۶۰/۴ درصد می‌باشد که از میانگین آن در کانادا (۸۷/۱ درصد)، بسیار کمتر است (۱۱). وقاری و رحمتی در تحقیقی در استان گلستان، به این نتیجه دست یافتند که ۸۹/۳ درصد مادران تا ۱ سالگی و ۸۴/۷ درصد حداقل تا ۱۸ ماهگی به کودک خود شیر مادر داده‌اند (۱۲). نتایج پژوهش Brown نیز نشان داد که ۸۸/۶ درصد کودکان از بدو تولد با شیر مادر و ۱۱/۱۷ درصد با شیر خشک تغذیه شده‌اند. ۷۹/۶ درصد مادران قبل از شش ماهگی به کودک خود شیر خشک داده بودند (۱۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی اهمیت دلایل قطع شیر مادر در کودکان مورد بررسی

رتبه دلایل قطع زودرس شیر مادر	دلایل قطع زودرس (کامل) شیر مادر	زیاد	متوسط	کم	بی‌نظر
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱	کافی نبودن شیر مادر	٥۰ (۸/۳)	۱۰ (۱/۷)	۳ (۰/٥)	۰ (۰)
۲	عدم پستان گرفتن کودک	۲٦ (٤/۳)	۹ (۱/٥)	۱ (۰/۲)	۰ (۰)
۳	شیردهی تا آن زمان کافی بوده است (به نظر مادر)	۱٥ (۲/٥)	٥ (۰/۸)	٤ (۰/۷)	۰ (۰)
٤	بیماری مادر یا مصرف دارویی خاص	٥ (۰/۸)	٤ (۰/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)
٥	بیماری کودک	٤ (۰/۷)	۳ (۰/٥)	۰ (۰)	۰ (۰)
٦	شاغل بودن مادر	۲ (۰/۳)	۳ (۰/٥)	۲ (۰/۳)	۰ (۰)
۷	شروع زودرس غذای کمکی	۱ (۰/۲)	٤ (۰/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)

http://hsr.mui.ac.ir

جدول ۴. توزیع فراوانی دلایل انتخاب مصرف شیر مصنوعی به ترتیب اولویت در مادران مورد بررسی

رتبه دلایل مصرف شیر مصنوعی	دلایل مصرف شیر مصنوعی	زیاد	متوسط	کم	بی‌نظر
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱	کافی نبودن شیر مادر	۷۰ (۱۱/۷)	۱۰ (۱/۷)	۱۰ (۱/۷)	۳ (۰/۵)
۲	گریه و بی‌قراری کودک	۱۱ (۱/۸)	٤٤ (۷/۳)	۱۳ (۲/۲)	۳ (۰/۵)
۳	توصیه پزشک متخصص کودکان	۳۳ (۵/۵)	۹ (۱/۵)	۱٤ (۲/۳)	۲ (۰/۳)
٤	انتخاب مادر (استنباط شخصی مادر)	۱۳ (۲/۲)	۱۰ (۱/۷)	۱۱ ()	۱۵ (۲/۵)
۵	شاغل بودن مادر	۸ (۱/۳)	۳ (۰/۵)	٤ (۰/۷)	۰ (۰)
٦	توصیه دوستان و آشنایان	۲ (۰/۳)	٤ (۰/۷)	۵ (۰/۸)	۷ (۱/۲)
۷	توصیه پرسنل مراکز بهداشتی- درمانی	۳ (۰/۵)	۵ (۰/۸)	۲ (۰/۳)	۳ (۰/۵)
۸	توصیه پزشک مراکز بهداشتی- درمانی	۳ (۰/۵)	۳ (۰/۵)	۱ (۰/۲)	۰ (۰)
۹	محرومیت از مادر	۳ (۰/۵)	۱ (۰/۲)	۱ (۰/۲)	۰ (۰)
۱۰	توصیه پزشک عمومی	۲ (۰/۳)	۰ (۰)	۳ (۰/۵)	۱ (۰/۲)
۱۱	اطلاعات گرفته شده از اینترنت	۰ (۰)	۱ (۰/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)

در رابطه با تداوم شیردهی، به نظر می‌رسد مادران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر نسبت به مادران در سایر تحقیقات وضعیت بهتری داشته‌اند؛ در حالی که وضعیت تغذیه با شیر مادر در اصفهان نسبت به پژوهش صورت گرفته در سطح کشور (۷) (۸۹ درصد تداوم تغذیه با شیر مادر تا ۱ سالگی در سطح کشور در مقایسه با ۸۵/۹ درصد در اصفهان)، نیاز به توجه بیشتری دارد.

۲۸/۲ درصد کودکان در مطالعه حاضر تا ۱۸ ماهگی با شیر مصنوعی تغذیه شده بودند. نتایج تحقیق Chantry و همکاران نشان داد که ۴۷/۰ درصد کودکان در بیمارستان شیر مصنوعی را شروع کرده بودند (۱۴). مهرپرور و ورزنده با انجام مطالعه‌ای در کرمان، نتیجه‌گیری کردند مادرانی که در کمتر از ۱ ماهگی به جزء شیر مادر چیز دیگری به کودک خود دادند، ۹۹/۷ درصد آن‌ها شیر مصنوعی را شروع کرده‌اند (۱۵). نتایج تحقیق مرندی و همکاران در تهران نشان داد که ۶۸/۰ درصد کودکان مورد بررسی، تغذیه با شیر مصنوعی را در بیمارستان شروع کرده بودند (۶۰ درصد در بیمارستان‌های دولتی و ۸۰ درصد در بیمارستان‌های خصوصی). ۲۱/۰ درصد مادران نیز تا ۱ ماهگی و ۶۶/۷ درصد تا قبل از ۴ ماهگی تغذیه با شیر مصنوعی را برای کودک خود شروع کرده بودند (۱۶).

در بررسی حاضر، رابطه معنی‌داری بین شغل، میزان تحصیلات، میانگین سن و نوع زایمان مادران با مصرف شیر مصنوعی وجود داشت. بر اساس نتایج پژوهشی در بیرجند، بین سطح تحصیلات مادران و نوع تغذیه کودک ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید، اما بین شغل و سن مادران با تغذیه کودک ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۷). نتایج مطالعه حاضر با تحقیق شهر بیرجند (۱۷) از نظر وجود یا عدم وجود ارتباط بین نوع تغذیه کودک و تحصیلات مادران مشابه بود، اما از نظر وجود ارتباط بین شغل و سن مادران تفاوت مشاهده شد. در پژوهش دیگری که در کاشان انجام گرفت، بین وضعیت اشتغال مادران و نوع تغذیه کودک ارتباط معنی‌داری یافت شد (۱۸). در مطالعه‌ای نیز که در کرمان انجام شد، ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات مادران و نوع تغذیه کودک وجود داشت (۱۹). همچنین، نتایج تحقیقی در شهر بابل (در شمال کشور) نشان داده که تحصیلات بیشتر مادران و خانه‌دار بودن آن‌ها، تأثیر مستقیمی در تداوم شیردهی دارد؛ در حالی که سن مادران تأثیری را در شروع و تداوم شیردهی نشان نداد (۲۰). نتایج پژوهش صورت گرفته در کرج نشان داد که ۱۴/۸ درصد کودکان با شیر مصنوعی تغذیه شده بودند. همچنین، مشخص گردید مادرانی که دارای سطح سواد پایین‌تری بودند در مقایسه با مادرانی که مدرک دیپلم و مدارک بالاتر داشتند، بیشتر تغذیه با شیر مادر را انتخاب کرده بودند و به همین ترتیب، با سواد دیپلم و بالاتر در مقایسه با سایر گروه‌های مادران، بیشتر تغذیه مصنوعی را برگزیدند (۲۱). به نظر می‌رسد تفاوت در ابزارهای مورد بررسی مطالعات، جمعیت مورد بررسی (شهری یا روستایی بودن)، فرهنگ حاکم بر آن جامعه و همچنین، دوری و نزدیکی به زمان تحقیق حاضر، از جمله مهم‌ترین عوامل عدم همسویی برخی از پژوهش‌ها با مطالعه حاضر باشد.

بر اساس بررسی‌های صورت گرفته، در سایر مطالعات نیز به کافی نبودن شیر مادر (۲۵-۲۲، ۱۶، ۱۲، ۹، ۶، ۱)، عدم پستان گرفتن کودک (۲۲، ۹)، بیماری مادر یا کودک (۱۶، ۵، ۱)، شاغل بودن مادر (۶، ۵)، سن بالاتر مادر (۵)، شروع دیرتر تغذیه با شیر مادر در بدو تولد (۵)، ناراحتی یا خستگی مفرط مرتبط با شیردهی (۶)، توصیه پزشک (۲۵)، عدم علاقه به ادامه شیردهی (۱۲)، بارداری (۱۲)، عدم وزن‌گیری کودک (۲۴، ۱۶)، احساس گرسنگی کودک (۲۳)، گاز گرفتن پستان توسط کودک (۲۲)، شروع به از شیرگیری کودک (۲۲)، اضطراب مادر (۱۶) و ضعف جسمانی وی (۱۶) به عنوان عمده‌ترین دلایل توقف تغذیه با شیر مادر اشاره شده است که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت.

با توجه به ناکافی دانستن شیر مادر توسط مادران شیرده به عنوان علت عمده قطع زودرس شیر مادر در بیشتر پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد این یک باور غلط در بین خانواده‌هاست؛ چرا که اغلب مادران، گریه کودک را دلیل ناکافی بودن شیر مادر می‌دانند؛ در صورتی که سایر عوامل مانند شلوغ بودن محیط، دردهای کولیکی، گرما یا سرما نیز می‌تواند باعث گریه کودک شود.

مهم‌ترین دلایل تغذیه با شیر مصنوعی در مطالعه حاضر به ترتیب «کافی نبودن شیر مادر، گریه و بی‌قراری کودک، توصیه پزشک متخصص کودکان و انتخاب مادر (استنباط شخصی مادر)» عنوان شد. از شایع‌ترین دلایلی که در سایر تحقیقات به آن‌ها اشاره شده است، می‌توان «ناکافی بودن شیر مادر (۲۵، ۱۴-۱۶، ۱)، گریه و بی‌قراری کودک (۱۶)، توصیه پزشک (۲۶، ۱۵، ۹، ۱)،

بیماری مادر و کودک (۲۶)، مطلوب نبودن منحنی رشد (۱۶) و عدم پستان گرفتن توسط کودک (۲۶)» را نام برد.

شناسایی عوامل تأثیرگذار در رابطه با تغذیه با شیر مادر و همچنین، مشکلات و مسایل مربوط به آن و نحوه مراقبت از نوزاد و کودک در دوران بارداری، شیردهی در بیمارستان و در منزل و آموزش‌های ارایه شده در این دوران، به تحقیقات بیشتر و گسترده‌تری نیاز دارد.

از نقاط قوت پژوهش حاضر این بود که نمونه‌ای واقعی از مادران با کودک ۱۸ ماهه در شهر اصفهان در نظر گرفته شدند و از پرداختن صرف به نمونه‌ای از مراجعان به مراکز و پایگاه‌های بهداشت پرهیز شد. همچنین، تکمیل پرسش‌نامه‌ها با نظارت کامل و دقیق محقق صورت گرفت و بر این اساس، پرسش‌نامه دارای حداقل داده‌های از دست رفته می‌باشد. از محدودیت‌های مطالعه نیز می‌توان به عدم سهولت در دسترسی به مادران کودکان دو ساله اشاره نمود که امکان بررسی حداقل ۲ سال تغذیه کودک با شیر مادر فراهم نشد و ناگزیر به علت مراجعه مادران جهت واکسیناسیون ۱۸ ماهگی کودکان، بررسی به سمت کودکان ۱۸ ماهه سوق داده شد تا امکان مصاحبه با آن‌ها فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مهم‌ترین دلایل قطع زودرس شیر مادر از دیدگاه مادران، به ترتیب «کافی نبودن شیر مادر، عدم پستان گرفتن کودک، کفایت شیردهی تا آن زمان، بیماری مادر یا مصرف دارویی خاص، بیماری کودک، شاغل بودن مادر و شروع زودرس غذای کمکی» و مهم‌ترین دلایل مصرف شیر مصنوعی از دیدگاه مادران به ترتیب «کافی نبودن شیر مادر، گریه و بی‌قراری کودک و توصیه پزشک متخصص کودکان» بود. عمده‌ترین علت قطع زودرس شیر مادر و استفاده از شیر مصنوعی، ناکافی بودن شیر مادر عنوان شده است. انجام مداخلات آموزشی در زمینه اهمیت، مزایا، نحوه تغذیه، نحوه برطرف کردن مشکلات شیردهی و نشانه‌های کفایت شیر در کودک ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد ۳۹۴۱۹۶، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

References

1. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. Int Breastfeed J 2012; 7(1): 7.
2. Brown A, Raynor P, Lee M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: A comparative study. J Adv Nurs 2011; 67(9): 1993-2003.
3. Rashidian A, Karimi-Shahanjarini A, Khosravi A, Elahi E, Beheshtian M, Shakibazadeh E, et al. Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Surve- 2010: Study Protocol. Int J Prev Med 2014; 5(5): 632-42.
4. Goshtaei M, Ravaghi H, Sari AA, Abdollahi Z. Nutrition policy process challenges in Iran. Electron Physician 2016; 8(2): 1865-73.
5. Nassar MF, Abdel-Kader AM, Al-Refaee FA, Mohammad YA, Al DS, Gabr S, et al. Breastfeeding practice in Kuwait: Determinants of success and reasons for failure. East Mediterr Health J 2014; 20(7): 409-15.
6. Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Can J Public Health 2014; 105(3): e179-e185.
7. Olang B. Aspects of feeding patterns in the first two years of life in Iranian infants [Thesis]; Solna, Sweden: Karolinska Institutet; 2011.
8. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: A national survey of women. Birth 2009; 36(2): 122-32.
9. Yesildal N, Aytar G, Kocabay K, Mayda AS, Dagli SC, Bahcebasi T. Breastfeeding practices in Duzce, Turkey. J Hum Lact 2008; 24(4): 393-400.
10. 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.
11. Bonia K, Twells L, Halfyard B, Ludlow V, Newhook LA, Murphy-Goodridge J. A qualitative study exploring factors associated with mothers' decisions to formula-feed their infants in Newfoundland and Labrador, Canada. BMC Public Health 2013; 13: 645.
12. Veghari G, Rahmati R. Breastfeeding status and some of its related factors in the Golestan province. Iran J Nurs 2011; 24(71): 8-18. [In Persian].
13. Brown A. Maternal restraint and external eating behaviour are associated with formula use or shorter breastfeeding duration. Appetite 2014; 76: 30-5.
14. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. J Pediatr 2014; 164(6): 1339-45.
15. Mehrparvar S, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman city during 2008- 2009. J Fasa Univ Med Sci 2011; 1(1): 45-52. [In Persian].
16. Marandi A, Afzali HM, Hossaini AF. The reasons for early weaning among mothers in Teheran. Bull World Health Organ 1993; 71(5): 561-9.
17. Fesharakinia A, Sharifzadeh G, Habbiby M. Evaluation of infants' complementary nutrition pattern and some of its associated factors in Birjand. J Birjand Univ Med Sci. 2009; 16(3); 40-6. [In Persian].

18. Abedzadeh M, Saberi F, Sadat Z. Quality of nutrition & factors related to it in 4/5-year old babies of Kashan. Feyz 2005; 9(3): 59-64. [In Persian].
19. Amini-Ranjbar S, Bavafa B. Iranian mother`s child feeding practices during diarrhea: A study in Kerman. Pak J Nutr 2007; 6(3): 217-9.
20. Sajadi P, Bakhtiari A, HAJ AM. Assessment of nutritional knowledge level of pregnant women referred to health and therapeutic centers of Babol. J Babol Univ Med Sci 2007; 9(5): 50-4. [In Persian].
21. Saeedi M, Asadi Shavaki M, Sarikhani M, Rahimzadeh M, Tizvir A. Factors Affecting Pregnant Women's Intention for Exclusive Breastfeeding Based on the Theory of Planned Behavior. Health Develop J 2018; 7(2): 142-54. [In Persian].
22. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics 2008; 122(Suppl 2): S69-S76.
23. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. J Nurs Scholarsh 2008; 40(4): 355-63.
24. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. J Hum Lact 2005; 21(3): 245-58.
25. Ramazani Y, Salehi M, Mousavi S, Saee M, Bakhtyari Asl M, Gravand A, et al. Assessment of factorsrelated to using artificial milk in children of Lenjan City. J Health Syst Res 2012; 7(6).
26. Dehdar Z, Behzadi Far A, Hadi B, Sheikh A, Mortazavi Z. Evaluation of factors cause using artificial milk and its relation with Iranian national guideline in Zahedan City. Proceedings of the 9th Iranian Nutrition Congress; 2006 Sep. 4-7; Tabriz, Iran. [In Persian].