

بکارگیری تحلیل بقاء در بررسی ارتباط زمان آغاز شیردهی با عوامل

مرتبط با مادر و نوزاد

غلامرضا بابایی^{۱*}، ابراهیم حاجی زاده^{*}، مریم کشاورز^{**}، مزگان شایگان^{***}

چکیده

هدف: تغذیه با شیر مادر دارای فوائد فراوان روانی، بهداشتی، ایمنی، اقتصادی برای نوزاد و مادر می باشد. این تغذیه، بخصوص در ساعات اولیه پس از تولد دارای اهمیت ویژه ای است، به طوری که شروع زود هنگام شیردهی می تواند نوزاد را از ابتلا به بیماری های عفونی دوره نوزادی و برخی بیماری های مزمن در بزرگسالی، مصون دارد. بعلاوه، شیردهی نوزاد توسط مادر و تماس بدنی این دو در فاصله کوتاهی پس از تولد، در وضعیت روانی مادر و احساس همبستگی بین مادر و نوزاد، بسیار مؤثر است. با توجه به اهمیت موضوع، در این مطالعه به بررسی عوامل مؤثر بر افزایش یا کاهش مدت زمان بین تولد و آغاز اولین وعده شیردهی پرداخته و از روش های آماری رگرسیون کاکس، آزمون رتبه لگاریتمی و منحنی کاپلان مایر بری این مقایسه استفاده شده است.

روش بررسی: این مطالعه به روند همگروهی بر روی ۱۱۰ زوج مادر و نوزاد در یکی از بیمارستان های شهر تهران به مرحله اجرا در آمد و بر اساس زمان آغاز شیردهی با عوامل مرتبط از قبیل نوع زایمان، رتبه تولد فرزند سطح تحصیلات مادر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج، عامل نوع زایمان، مهم ترین عامل در زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر بدست آمد، به طوری که با احتساب هر زمان ثابتی پس از تولد، تعداد موارد تغذیه با شیر مادر در نوزادان متولد شده بروش زایمان طبیعی، ۳/۹ برابر نوزادان متولد شده به روش سزارین معمولی و در حدود ۶/۸ برابر نوزادان متولد شده به روش سزارین با بیحسی نخاعی بود. از لحاظ ترتیب اهمیت، متغیرهای رتبه تولد فرزند و سطح تحصیلات مادر، بترتیب در مراتب بعدی قرار می گیرند.

نتیجه گیری: بنابراین آموزش زنان باردار و افزایش آمادگی آنها در پذیرش زایمان طبیعی و کاهش عمل های غیر ضروری سزارین در برقراری ارتباط سریعتر بین مادر و نوزاد و آغاز شیر دهی متمر ثمر خواهد بود.

کلید واژه گان: شیردهی، تحلیل بقاء، رگرسیون کاکس، آزمون رتبه لگاریتمی، روش کاپلان مایر

مقدمه

شیر مادر، کشورهای پیشرفته هم به این مهم پی برده اند(۲). آکادمی اطفال آمریکا نیز تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه نخست زندگی را توصیه می نماید(۱) از مزایای روانی و ترکیبات کامل شیرمادر بارها سخن به میان آمده است. طبق آخرین مطالعات، تغذیه با شیر مادر، میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های اسهالی را به شدت

تغذیه در سراسر زندگی انسان برای حفظ سلامت وی حائز اهمیت می باشد و بخصوص در چند ماه اول زندگی نقشی حیاتی را ایفاء می کند؛ زیرا در این زمان مغز بسرعت رشد می کند و مصرف انرژی بدلیل نارس بودن سیستم های شیرخوار افزایش می یابد. (۱) در طی قرنهای شیر مادر، تنها غذای شیرخوار در طی ماههای اولیه زندگی شیر خوار محسوب می شد و اکنون پس از گذشت ۱۴ قرن از تعالیم قران کریم و ائمه معصومین در اهمیت

*دانشیار، گروه آمار زیستی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

**مربی، دانشکده پرستاری مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران

***استادیار، مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران

۱- نویسنده مسئول

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۲/۱۷ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۳/۸/۵ اعلام قبولی: ۱۳۸۵/۹/۲۸

Archive of SID

با علم به اهمیت این مسأله، تاکنون در جهان مطالعات بسیاری در زمینه بررسی ارتباط متغیرهای مختلف با زمان آغاز و نیز مدت شیردهی انجام گرفته است. اکثر مطالعات، تنها نوع متغیر زایمان را مورد توجه قرار داده اند که تقریباً در همه آنها زایمان سزارینی را به عنوان عاملی خطرزا در آغاز شیردهی تشخیص داده اند؛ (۱۵ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵) به استثنای مطالعه‌ای که در طی سالهای ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۶ و بر روی ۴۹۱۲ نوزاد برزیلی صورت گرفت و در آن، انجام سزارین، دلیلی بر کاهش شیوع و مدت شیردهی در نظر گرفته نشد. (۲) در برخی تحقیقات نیز عامل مصرف یا عدم مصرف دخانیات توسط مادر نیز مدنظر بوده که در اکثر آنها ارتباط معنی دار و معکوسی بین زمان آغاز شیردهی و مصرف دخانیات توسط مادر وجود داشته است. (۱۶ و ۱۳) در برخی مطالعات نیز مشخصه‌های مربوط به نوزاد مانند وزن در هنگام تولد، جنس، مرتبه تولد نوزاد در خانواده و نیز متغیرهای مربوط به مادر همچون سن در هنگام زایمان، سطح تحصیلات، درآمد، نژاد، شهری و روستایی بودن و عوامل دیگری را به عنوان متغیرهای فرعی مدنظر قرار داده اند. (۱۷ و ۱۸ و ۱۹)

با این حال، مطالعات معدودی در آسیا صورت گرفته است که البته اکثر آن موارد، به منطقه شرق آسیا محدود می شوند و بدیهی است که خصوصیات فرهنگی آن مناطق و به تبع آن، الگوهای شیردهی آنان با ایران بسیار متفاوت است. در ایران نیز، حدود ۶ مطالعه نسبتاً مشابه در زمینه بررسی عوامل مرتبط با شیردهی انجام شده است (۱۰ و ۷ و ۹ و ۱۰) که با توجه به کمبود کمی و بخصوص کیفی مطالعات انجام شده در کشور و نیز با توجه به آن که به استثنای متغیر نوع زایمان یا نوع بیهوشی در عمل سزارین، در مورد سایر متغیرها نتایج ضد و نقیضی بدست آمده است، لذا بر آن شدیم تا در این مقاله به بررسی مهمترین متغیرهای مداخله گر مربوط به مادر و نوزاد در زمان آغاز شیردهی بپردازیم.

می‌کاهد و از ابتلا به عفونت های گوش میانی، عفونت های حاد دستگاه تنفسی و گوارشی و مرگ و میر ناشی از آن می‌کاهد. (۳ و ۱۱) در ضمن به تازگی، محققان گزارش نموده اند که تداوم بیشتر شیردهی و شروع هر چه زودتر آن، با شیوع کمتر بیماری دیابت شیرین (نوع ۱)، بهره هوشی بالاتر نوزاد، کاهش سرطانهای دوران طفولیت، مننژیت نوع ب و نیز کاهش عوارض نامطلوبی از جمله چاقی در بزرگسالی و واکنشهای آلرژیکی در ارتباط است. (۱۲ و ۱۳) شیردهی برای مادر نیز سودمند است؛ زیرا که باعث کاهش خونریزی بعد از زایمان، کاهش سرطان های تخمدان و پستان و تنظیم خانواده برای وی می‌گردد و اعضای بدن مادر، سریعتر به حالت طبیعی اولیه بر می‌گردد. (۱۴) از طرفی هزینه ای که مادر برای تغذیه صحیح خود و شیردهی موفقیت آمیز لازم دارد، بسیار کمتر از خرید شیر خشک و غذاهای آماده برای شیرخواران محروم از شیر مادر می‌باشد. (۱۵ و ۱۶ و ۱۷)

تغذیه شیرخوار در ساعات اولیه پس از تولد نیز بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا آغوز (کلاستروم یا ماک) که زرد رنگ و غلیظ است، بعلت دارا بودن مواد ایمنی بخش و ضد عفونی کننده، شیرخوار را از ابتلا به بسیاری از بیماری های عفونی مصون می‌دارد. در واقع تغذیه نوزاد با آغوز، تأمین کننده سیستم ایمنی نوزاد بعد از تولد است. این مواد ایمنی بخش، در روزهای اول بعد از تولد، بسیار بیشتر از روزها و هفته‌های بعد خواهد بود (۵). بعلاوه، تغذیه زود هنگام نوزاد سبب می‌شود که با ترشح هورمون اکسی توسین، فرایند تولید شیر و انقباض رحم مادر تسریع گردد. تغذیه نوزاد با شیر مادر سبب بهبود وضعیت روانی مادر و احساس همبستگی بین مادر و فرزند خواهد شد (۶). به این نکته مهم نیز باید توجه نمود که مادرانی که با فاصله هر چه کوتاهتری پس از وضع حمل، تغذیه نوزاد با شیر خود را آغاز نموده اند، شیردهی آنان در آینده تداوم بیشتری داشته است. (۲)

روش بررسی

این تحقیق در بخش بعد از زایمان بیمارستان منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و بر مبنای اطلاعات پرسشنامه‌ای مربوط به ۱۱۰ جفت مادر و نوزاد صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه و برگه مشاهده بوده است. پرسشنامه حاوی سؤالاتی در مورد سن مادر در هنگام زایمان، سطح تحصیلات مادر، مرتبه تولد فرزند و جنس نوزاد بوده و در طول انجام طرح، داده‌های مربوط به فاصله زمانی بین تولد و آغاز اولین تغذیه نوزاد با شیر مادر در برگه‌هایی بر حسب دقیقه ثبت شده است. جامعه آماری مادران و نوزادان نیز با توجه به ماهیت طرح، طوری انتخاب گردید که دارای این ویژگیها باشند:

- ۱- مادر، مشکل آناتومیکی پستان نداشته باشد.
- ۲- نوزاد، رسیده باشد؛ یعنی سن حاملگی، کمتر از ۳۷ هفته تمام در هنگام تولد نباشد.
- ۳- نوزادان وزن مناسب سن حاملگی را داشته باشند.
- ۴- آپگار دقیقه ۵، برابر ۸ یا بیشتر در هنگام تولد باشد.
- ۵- ناهنجاری‌های مادرزادی؛ مانند شکاف کام و لب شکری در نوزاد وجود نداشته باشد.
- ۶- نوزاد، تک قلو باشد.

در این پژوهش، تعداد نمونه کل، ۱۱۰ مورد برآورد گردید که با توجه به اهمیت و تعیین کننده بودن نوع زایمان و بیهوشی در مطالعه تحت بررسی، تخصیص نمونه‌ها در سه طبقه زایمان طبیعی، زایمان سزارینی معمولی و زایمان سزارینی با بیحسی نخاعی انجام گرفت که تعداد نمونه‌های متناظر با این طبقات، به ترتیب ۵۰، ۳۰ و ۳۰ تعیین گردید. در این پژوهش، بمنظور ارتباط متغیرهای موجود در پرسشنامه با زمان آغاز شیردهی، از مدل آماری رگرسیون کاکس استفاده شد. پس از آن با مقایسه P - مقدارهای متغیرهای مستقل موجود در مدل، تعیین کننده ترین متغیر در ارتباط با متغیر پاسخ،

تشخیص داده شد. در گام بعد، با استفاده از منحنی کاپلان‌مایر، توزیع بقای متغیر پاسخ در سطوح سه گانه متغیر اخیر، مورد مقایسه قرار گرفت. لازم به ذکر است که کلیه تحلیل‌های آماری لازم، با استفاده از نرم افزار SPSS صورت پذیرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، مجموع ۱۱۰ زوج مادر و نوزاد از بدو تولد تا زمان آغاز اولین شیردهی، مورد تعقیب قرار گرفتند. (جدول ۱) با توجه به ترکیب نمونه اخذ شده، ۵/۵ درصد از مادران موجود در نمونه بصورت طبیعی، ۲۷/۳ درصد با روش سزارین معمولی و ۲۷/۳ درصد دیگر نیز با استفاده از روش سزارین با بیحسی نخاعی زایمان نموده‌اند. از میان ۱۱۰ مادر موجود در نمونه، ۲۶/۴ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر، ۶۴/۵ درصد دارای تحصیلات راهنمایی یا متوسطه و فقط ۹/۱ درصد از مادران دارای تحصیلات عالی بوده‌اند. این، درحالی است که اکثر نوزادان نمونه، (حدود ۵۷/۲ درصد) پسر و اکثریت قریب به اتفاق نوزادان، فرزند اول یا دوم خانواده‌های خود بوده‌اند. (۸۰/۹ درصد)

نتایج نشان می‌دهد که زایمان سزارینی به طور کلی، یک عامل خطرزا در شروع شیردهی محسوب می‌شود. داده‌های جدول ۲ حاکی از آن است که به ازاء هر زمان خاص پس از تولد، نرخ آغاز شیردهی، در نوزادان متولد شده به روش سزارین معمولی، بین ۰/۱۵ تا ۰/۴۴ برابر نوزادان متولد شده به روش طبیعی است؛ در حالی که این نرخ در نوزادان متولد شده به روش سزارین با بیحسی نخاعی بین ۰/۰۸ تا ۰/۲۶ برابر نوزادانی است که بروش طبیعی متولد شده‌اند.

جدول ۱: مشخصات توصیفی مادران و نوزادان نمونه

متغیر	فراوانی	درصد
نوع زایمان طبیعی	۵۰	۴۵/۵
سزارین معمولی	۳۰	۲۷/۳
سزارین با بیحسی نخاعی	۳۰	۲۷/۳
سطح تحصیلات مادر ابتدایی و پایین تر	۲۹	۲۶/۴
راهنمایی و متوسطه	۷۱	۶۴/۵
دانشگاهی	۱۰	۹/۱
سن مادر ۱۹ و پایین تر	۱۲	۱۰/۹
۲۰-۲۹	۶۸	۶۱/۸
۳۰ و بالاتر	۳۰	۲۷/۳
جنس نوزاد پسر	۶۳	۵۷/۳
دختر	۴۷	۴۲/۷
مرتبه تولد فرزند ۱	۴۶	۴۱/۸
۲	۴۳	۳۹/۱
۳	۱۳	۱۱/۸
۴ و بالاتر	۸	۷/۳

که می تواند بیانگر این مطلب باشد که به ازای هر زمان خاص پس از تولد، نرخ آغاز شیردهی در این دو رده تحصیلی، بسیار کمتر از رده مربوط به مادرائی است که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. درضمن، هیچ کدام از دو متغیر سن مادر و جنس نوزاد، در ارتباط با زمان آغاز شیردهی، معنی دار تشخیص داده نشد. ($p=0/12$) و ($p=0/37$) اطلاعات کاملتر مربوط به نقش متغیرهای مستقل موجود در مدل، در جدول ۲ آمده است.

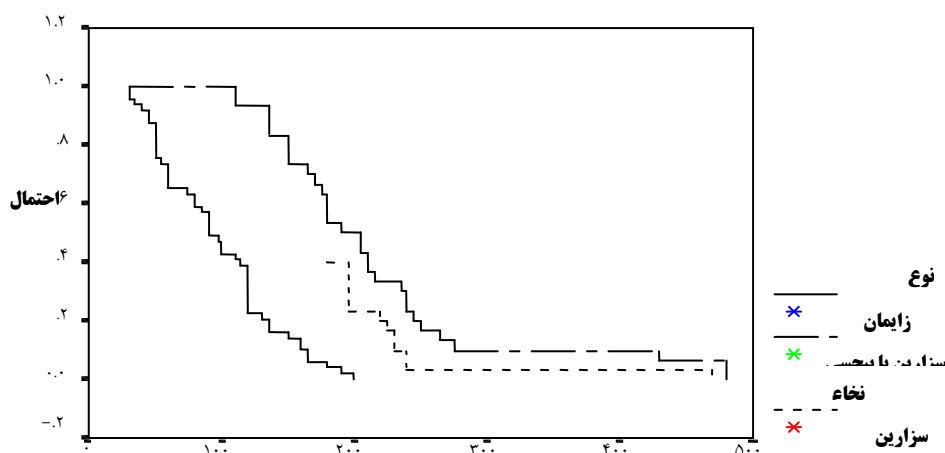
مرتبه تولد فرزند نیز با زمان آغاز شیردهی، ارتباط معنی داری را نشان می دهد. ($p=0/021$) مقدار مخاطره نسبی ۱/۳۰ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۱/۶۳ و ۱/۰۴)، نشان می دهد که با افزایش یک واحد در رتبه تولد فرزند، نرخ آغاز شیردهی بین ۱/۰۴ تا ۱/۶۳ برابر افزایش می یابد. متغیر سطح تحصیلات مادر را نیز میتوان با احتساب خطایی بیشتر یعنی اندکی بیش از ۰/۰۵ ($0/054$) معنی دار دانست. مقدار مخاطره نسبی مربوط به دو سطح تحصیلی اول و دوم، به ترتیب حدود ۰/۴۱ و ۰/۳۴ می باشد

جدول ۲: مخاطره نسبی متغیرهای مستقل، با توجه به زمان آغاز اولین شیردهی

متغیرهای مستقل	مخاطره نسبی	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	P - مقدار
روش زایمان			
زایمان طبیعی	۱		
سزارین طبیعی	۰/۲۵۹۴	(۰/۱۵۳۹ و ۰/۴۳۹۸)	
سزارین با بیحسی نخاعی	۰/۱۴۵۵	(۰/۰۸۲۰ و ۰/۲۵۸۳)	
سن مادر			
سطح تحصیلات مادر	۰/۹۶۳۶	(۰/۹۱۹۶ و ۱/۰۰۹۷)	۰/۱۱۹۸
ابتدایی و پایین تر	۰/۴۱۱۱	(۰/۱۶۰۰ و ۱/۰۰۳۸)	۰/۰۵۴۳
راهنمایی و متوسطه	۰/۳۴۲۸	(۰/۱۳۹۶ و ۰/۸۴۱۴)	
دانشگاهی	۱		
جنس نوزاد			
پسر	۱/۱۹۲۵	(۰/۸۱۰۶ و ۱/۷۵۴۳)	۰/۳۷۱۵
دختر	۱		
مرتبه تولد فرزند	۱/۳۰۲۴	(۱/۰۴۱۳ و ۱/۶۲۸۹)	۰/۰۲۰۶

اولین شیردهی) در گروه های متناظر با روشهای مختلف زایمان، بطور جداگانه وبا استفاده از روش کاپلان مایر برآورد گردید که منحنی مربوطه در نمودار ۱ آمده است.

با مقایسه مقدارهای p و مخاطرات نسبی متغیرهای مستقل موجود در جدول ۲، تعیین کننده ترین متغیر در زمان آغاز شیردهی، نوع زایمان مادر می باشد. پس از تعیین متغیر نامبرده، تابع بقای متغیر وابسته (زمان آغاز



نمودار ۱: تابع بقای زمان آغاز شیردهی به تفکیک نوع زایمان مادر، زمان آغاز اولین شیردهی

سزارینی بود که اکنون این تناسب بهم خورده است و این، در حالی است که هر روز در سطح دنیا، از متقاضیان سزارین کاسته می شود. عدم اطلاع رسانی عمومی دقیق درباره عوارض و مشکلات زایمان غیر طبیعی، ترس مادران از درد زایمان طبیعی، بالا رفتن سن ازدواج و بارداری، تمایل زوج ها به تک فرزندی، عدم آگاهی خانواده ها از برخی عوارض و زیان های ناشی از سزارین و تمایلات شخصی برخی پزشکان برای این عمل نسبتاً راحت و کوتاه مدت، از جمله دلایل افزایش تعداد زایمان های سزارینی محسوب می شود. عده ای از زنان نیز تصور می کنند، زایمان طبیعی در روابط زناشویی آنها اثرات نامطلوبی می گذارد و به خاطر همین نگرش غلط، تمایل شدید به سزارین دارند. اکنون با توجه به اهمیت عامل نوع زایمان وبا توجه به اختلاف نسبتاً زیاد زمان اولین تغذیه با شیر مادر در گروه

با مقایسه این سه توزیع بقاء با استفاده از آزمون رتبه لگاریتمی، فرض یکی بودن این سه منحنی بقاء با $p < 0/01$ رد گردید و چون در مورد یکی بودن توزیع بقاء در دو رده مربوط به نوزادان سزارینی شبهاتی وجود داشت، آزمون رتبه لگاریتمی در مورد این دو گروه، دوباره تکرار گردید که فرض عدم تطابق این دو توزیع بقاء، مورد تأیید قرار نگرفت.

بحث

در این مطالعه همانند اکثر مطالعات قبلی، زایمان سزارینی بعنوان مهمترین عامل مداخله گر در زمان آغاز شیردهی مورد تأیید قرار گرفت. بحرانی بودن این مسأله زمانی بیشتر بروز می نماید که بدانیم در سالهای گذشته، ۶۵ درصد زایمان ها در ایران، طبیعی و ۳۵ درصد به شیوه

بہتر مادران، در شیردهی به فرزندان بعدی خود، با تجربه‌تر یا مسوولانه‌تر عمل می‌نمایند. این امر می‌تواند ضرورت حمایت، تشویق و آموزش مادران نخست‌زا در امر شیردهی را منعکس سازد. درمورد نحوه تأثیر عامل سطح تحصیلات مادر بر زمان آغاز شیردهی نیز می‌توان گفت مادرانی که از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بوده‌اند، بسیار زودتر از سایرین فرآیند شیردهی را آغاز نموده‌اند. این یافته می‌تواند نشان دهنده آگاهی بیشتر این دسته از مادران از خواص ایمنی بخش شیر مادر در ساعات اولیه پس از تولد باشد. البته با توجه به این که در این مطالعه، درصد اندکی از مادران دارای تحصیلات عالی بوده‌اند، (حدود ۹ درصد) و با توجه به نتایج ضد و نقیضی که تا کنون در مورد نقش این عامل منتشر شده است، توصیه می‌شود در تحقیق گسترده تری، نقش مستقیم این عامل مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد.

قدردانی

بدین وسیله، از خانم دکتر می‌نور لمیعان میاندوآب (گروه مامایی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس) و آقای دکتر فضل الله احمدی (گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس) که در تهیه و تدوین این مقاله، نگارندگان را یاری نمودند، سپاسگذاری می‌گردد.

مادران سزارینی وزایمان طبیعی، پیشنهاد می‌شود با انجام صحیح طرح هم اتاقی مادر و نوزاد، این اختلاف به حداقل برسد. در ضمن با توجه به باورهای غلطی که در مورد زایمان طبیعی وجود دارد، توصیه می‌شود که نتایج حاصل از این مطالعه در ابعاد وسیعتری به مادرانی که به مراکز مراقبت از بارداری مراجعه می‌کنند، منعکس گردد. نکته‌ای که در این پژوهش قابل تأمل است عدم منظور کردن مقدار ماده بیهوشی مورد استفاده در عمل سزارین مادران می‌باشد که به علت در دست نبودن این اطلاعات، متغیر مزبور در فرآیند مطالعه مورد استفاده واقع نشد. چون همان طور که می‌دانید هر مقدار از داروی بیهوشی که مورد استفاده قرار گیرد، از طریق جفت به بدن نوزاد منتقل می‌شود و آثار آن تا ساعتها در بدن مادر و نوزاد باقی می‌ماند. پس هر چه مقدار داروی بیهوشی مورد استفاده بیشتر بوده باشد، ممکن است مادر و نوزاد، دیرتر فرآیند شیردهی و تغذیه را آغاز نمایند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های بعدی این مسأله مد نظر قرار گیرد. همانطور که در بخش یافته‌ها ذکر شد، در این مطالعه نوع بیهوشی مورد استفاده در عمل سزارین، مؤثر تشخیص داده نشد که البته با توجه به حجم محدود نمونه مورد استفاده، پیشنهاد می‌گردد که عامل نوع بیهوشی در ابعاد وسیعتری مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد. معنی‌دار شناخته شدن متغیر مرتبه تولد نوزاد نیز می‌تواند نشان دهنده نقش تجربه مادر در امر شیردهی باشد. به عبارت

منابع

- ۱- معصومی طاهره. بررسی مقایسه ای رفتارهای تغذیه ای در نوزادان متولد شده به روش زایمان طبیعی و سزارین در بخش بعد از زایمان در بیمارستان منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مامایی (گرایش بهداشت مادران و نوزادان) دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۶.
- ۲- بکایی مهشید. بررسی الگوهای شیردهی در خانم‌های زایمان طبیعی و سزارینی تا ۳ ماهگی بعد از تولد. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مامایی (گرایش بهداشت مادر و کودک). دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۳.

- ۳-پارسا پریسا. بررسی تأثیر تغذیه با شیر مادر در کاهش ابتلا به اوتیت میانی در اطفال ۲۴-۰ ماهه شهر همدان در سال ۱۳۷۵. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مامایی (گرایش بهداشت مادر و کودک). دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۵.
- ۴- فهیمی نیلوفر. بررسی تأثیر نحوه شیردهی بر میزان ابتلا به اسهال. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مامایی. دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۳.
- ۵- خاقانی شهناز. تغذیه مادر و کودک. تهران: دانشگاه تهران؛ ۱۳۷۲. ص. ۱۸۶.
- ۶- یآوری پروانه. حفظ ارتقاء و حمایت از تغذیه کودک با شیر مادر: بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونسف؛ ۱۳۷۷. ص ۱۵.
- ۷- جمشیدیگی عصمت. بررسی الگوی شیردهی تا یک سالگی کودک و طول مدت شیردهی در مادران ساکن مناطق روستایی کشور. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته علوم بهداشتی در تغذیه. دانشکده بهداشت دانشگاه تهران؛ مهر ۱۳۷۰.
- ۸- شفقی خسرو. بررسی وضعیت شیردهی در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته علوم بهداشتی در تغذیه. دانشکده بهداشت دانشگاه تهران؛ ۱۳۷۰.
- ۹- مرندی علیرضا، ملک افضلی حسین، سعدوندیان سوسن. بررسی الگوی تغذیه شیرخواران جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۰.
- ۱۰- کریمی بتول. عوامل مؤثر بر طول مدت شیردهی در شهرستان سمنان. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته علوم بهداشتی در تغذیه. دانشکده بهداشت دانشگاه تهران؛ ۱۳۶۹.

11-Helping you through your pregnancy , 2002; [http:// www.pregnancy-info.net](http://www.pregnancy-info.net)

12-Barriocanal L A, Benitez G, Benitez S. Breastfeeding and Type I Diabetes Mellitus; Diabetes Research and Clinical Practice. 2000 50 (Sep); 210.

13-Leung GM, Lam TH, Ho LM Breastfeeding and Its Relation to Smoking and Mode of Delivery. Obstet and Gynec 2002 99(5): 785-94.

14-Kulski JK , Smith M , Hartman PE . Normal and Cesarean section delivery and the initiation of lactation in women. Aus J Exp Bio Med Sci 1981 59: 405-12.

15-Escamilla RP, Radovan IM, Dewey KG. The Association Between Cesarean Delivery and Breast-feeding Outcomes among Mexican Women. Ame J Pub Health 1996 86 (6): 832-6.

16-Nadjawi F, Faour M. Maternal Smoking and Breastfeeding. East Mediterr Health J. 1999 5: 450-6.

17-Kraemer HC; Determinants of breastfeeding in philippines; Soc Sci Med; 2001; 52.

18-Dusdieker LB , Booth BM , Seals BF et al. Investigation of a model for the initiation of breastfeeding in primigravida women. 1985 20 (7): 695-703.

19-Iskandar MD Costello C, Nasutiony. Initiation and duration of breastfeeding in Indonesia 1990 5 (1) : 89-112.