

الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران و عوامل مؤثر بر آن در

مناطق شهری و روستائی شهرستان زابل - ۱۳۸۰

دکتر محمود ایمانی^۱، مهدی محمدی^۲

^۱ استادیار گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
^۲ کارشناس ارشد آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

طب جنوب / سال چهارم؛ شماره دوم / اسفند ۱۳۸۰

چکیده:

رشد و تکامل مطلوب کودکان در گرو تغذیه صحیح و عادات غذایی مناسب است. بعد از ۶ ماهگی نیازهای غذایی شیرخوار فقط با شیر مادر برآورده نمی‌شود و علاوه بر شیر، غذاهای نیمه جامد را نیز باید برای کودک شروع کرد. مطالعه حاضر با توجه به مشکلات خاص استان سیستان و بلوچستان از جمله شیوع بالای سوء تغذیه، فقر فرهنگی و عدم آگاهی والدین به ارزش شروع غذای کمکی صورت گرفت. این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی به روش مصاحبه با مادران و تکمیل پرسشنامه است. مصاحبه با ۶۰۳ نفر از مادرانی که کودک ۲۴-۶ ماهه داشتند از جمعیت شهری و روستائی شهرستان زابل در سال ۱۳۸۰ انجام شده است. نتایج این بررسی‌ها نشان می‌دهد که سن شروع غذای کمکی در جمعیت شهری بطور متوسط $1/07 \pm 7/19$ ماه و در جمعیت روستائی $1/16 \pm 6/93$ ماه می‌باشد ($P < 0/05$). در شهر شروع تغذیه کمکی به ترتیب با فرنی $42/2\%$ ، لعاب برنج $25/1\%$ ، غذای سفره $17/2\%$ ، سوپ $6/9\%$ ، مامانا $4/6\%$ و پوره سیب زمینی 2% در هفته اول ماه ششم بود در حالی که در روستا به ترتیب فرنی 58% ، لعاب برنج 29% سوپ $4/3\%$ ، غذای سفره $4/2\%$ ، مامانا 3% و پوره سیب زمینی 1% بوده است. ارتباط معنی‌داری بین شغل مادر، سواد، رتبه فرزند و سن مادر با شروع تغذیه تکمیلی دیده نشد. مطالعه نشان می‌دهد که سن شروع تغذیه تکمیلی در شهر زابل نسبت به سایر نقاط کشور و جهان کمی بالاتر بوده است. اگرچه ترتیب شروع تغذیه تکمیلی در شهرستان زابل مطابق با برنامه غذایی شیرخواران در ارتباط با تغذیه تکمیلی است ولی تنها حدود نیمی از مادران، از این الگو استفاده می‌کنند. این شواهد ضرورت برنامه ریزی بیشتر برای آموزش مادران و افزایش آگاهی‌های آنان در مورد سن مناسب شروع تغذیه تکمیلی و همچنین نوع و ترتیب غذاهای کمکی مورد استفاده را روشن می‌کند.

واژه‌گان کلیدی: تغذیه تکمیلی، شیرخواران، سوء تغذیه، رشد و تکامل

مقدمه:

رشد و تکامل مطلوب کودکان در گرو تغذیه صحیح و عادات غذایی مناسب است. اگر تغذیه کودک مناسب و برنامه غذایی وی مطلوب باشد، سلامتی کودک تأمین می‌شود. توجه به تغذیه کودکان از این جهت حائز اهمیت است که حساس‌ترین و آسیب پذیرترین گروه اجتماع را در مقابل سوء تغذیه و کمبود غذا تشکیل می‌دهند. شواهد موجود حاکی از آن است که اثر تغذیه نامناسب کودکان مقاومت آنان را در برابر عفونت کاهش داده و در نتیجه موجب ازدیاد بیماری و مرگ و میر و همچنین عقب افتادگی رشد فیزیکی و فکری کودک می‌شود (۱).

شیر مادر تا پایان ۴ ماهگی و حتی ۶ ماهگی به تنهایی و بدون اضافه کردن هیچ نوع غذای کمکی برای رشد طبیعی شیرخوار کافی است. بعد از ۶ ماهگی نیازهای غذایی شیرخوار فقط با شیر مادر برآورده نمی‌شود و لازم است که علاوه بر شیر، غذاهای نیمه جامد نیز برای کودک شروع گردد (۲).

پایان ۶ ماهگی بهترین سن شروع غذاهای کمکی است و چنانچه زودتر شروع شود به دلیل عدم آمادگی دستگاه گوارش باعث بروز آلرژی، عفونت و تأخیر رشد شده، شیرخوار پستان مادر را کمتر مکیده و باعث کاهش ترشح و تولید شیر می‌شود و ادامه موفقیت‌آمیز شیردهی را با مشکل مواجهه می‌نماید و چنانچه از ۶ ماهگی تغذیه مکمل شروع نشود شیر مادر به تنهایی قادر به تأمین همه نیازهای شیرخوار به غذا، مواد معدنی و ویتامین‌ها نخواهد بود و کودک دچار سوء تغذیه خواهد شد (۲). مناسب‌ترین غذاهای مکمل، غذاهایی هستند که دارای انرژی زیاد و حجم کم باشند مانند شکر، غلات و مواد چربی دار (۳). شواهد نشان می‌دهد که در مناطق و فرهنگ‌های متفاوت بسته به شرایط فرهنگی خاص و اعتقادات، عادات غذایی با توجه به امکان دسترسی به منابع غذایی موجود

در دسترس الگوی تغذیه تکمیلی با هم متفاوت است. مثلاً مطالعه‌ای در آفریقا نشان می‌دهد که حیوانات به عنوان یکی از غذاهای جامد در بین ۵۰٪ بچه‌ها در اولین مراحل شروع غذای مکمل و در ۸۱٪ در طی مراحل بعدی در برنامه غذایی وجود دارد (۴)، در انگلستان از نان و غلات مکرراً استفاده می‌شود (۵).

مطالعات مشابه انجام شده در شهرهای مختلف ایران نشان داده است که الگوی تغذیه تکمیلی در شهر به ترتیب سوپ، فرنی، حریره بادام، لعاب برنج و زرده تخم مرغ بوده و در روستا به ترتیب فرنی، حریره بادام، لعاب برنج، سوپ و زرده تخم مرغ است (۱).

مطالعات متعدد نشان داده است که وجود برخی عوامل در شروع به موقع تغذیه کمکی و همچنین کیفیت مراقبت تغذیه‌ای مادر از کودک تأثیرگذار است. یکی از این عوامل میزان دانش و آگاهی مادر در شروع به موقع و استفاده مناسب از مواد غذایی در دسترس است و برعکس اشتغال مادر به مدت طولانی در خارج از منزل و در عین حال داشتن مسئولیت خانه زمان لازم را برای مراقبت و تغذیه کودک به حداقل می‌رساند (۳).

ترتیب تولد از مواردی است که در تغذیه تأثیر دارد و مادر در مراقبت از فرزند اول بی تجربه بوده و اگرچه سعی زیادی می‌کند ولی ممکن است در تغذیه کودک موفق نباشد ولی در فرزندان بعدی تجربه کافی را کسب کرده و با کمی دقت خواهد توانست این کار را به خوبی انجام دهد (۳).

نکته مهم در انتخاب مواد غذایی مکمل وجود تعادل در الگوی غذایی است که در تضمین کفایت تغذیه‌ای نقش دارد. مواد غذایی حاوی کربوهیدرات، چربی، پروتئین، ویتامین‌ها و املاح نیاز روزانه کودک را تأمین و موجب رشد می‌شود و در عین حال این رژیم مغذی باید قادر باشد در حجم مناسب و کم، دانسیته انرژی مورد نیاز را در اختیار کودک قرار دهد (۶).

روش نمونه‌گیری و انتخاب مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی و خانه‌های بهداشت وابسته، به صورت چند مرحله‌ای و تصادفی بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده از پرسشنامه و تکمیل آن به روش مصاحبه حضوری توسط پرسشگر آموزش دیده انجام گردید. این پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک شامل ۵ سؤال در مورد سن و جنس کودک، شغل، سواد و سن مادر در زمان تولد کودک و ۵ سؤال در مورد نحوه شروع غذای کمکی، سن شروع غذای کمکی و سواد غذائی مورد استفاده بوده است. سپس داده‌ها جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS (۱۷.9) و آزمون χ^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج:

در این مطالعه ۶۰۳ مادر که شیرخوار ۲۴-۶ ماهه داشتند از جمعیت شهری و روستائی شهرستان زابل مورد مصاحبه قرار گرفتند. مطالعه نشان می‌دهد که ۲۴/۱٪ از مادران شهری بی سواد و تنها ۵٪ آنها سواد بیشتر از دیپلم داشتند در حالی که در روستا ۴۸/۷٪ مادران بیسواد و فقط ۲/۳٪ آنها سواد بیشتر از دیپلم داشتند ($P < 0/001$). ۹۰/۴٪ مادران شهری و ۹۵٪ مادران روستائی خانه دار بودند. ۵۱/۲٪ مادران شهری دارای حداکثر دو فرزند و ۶/۳٪ مادران دارای بیش از ۶ فرزند بودند در حالی که در روستا ۴۶/۳٪ مادران دارای حداکثر دو فرزند و ۷٪ مادران دارای بیش از ۶ فرزند بودند. در شهر ۵۷/۱٪ مادران در فاصله سنی ۲۰-۳۰ سال و ۲/۶٪ مادران در فاصله سنی کمتر از ۲۰ سال بودند و در روستا ۵۸/۳٪ مادران در فاصله سنی ۲۰-۳۰ سال و ۲/۳٪ آنها در فاصله سنی کمتر از ۲۰ سال قرار داشتند.

سن شروع تغذیه تکمیلی در جمعیت شهری بطور متوسط $1/07 \pm 7/19$ ماه و در جمعیت روستائی بطور متوسط $1/16 \pm 6/93$ ماه می‌باشد ($P = 0/017$). ۳۶٪ از

سیستان و بلوچستان یکی از چند استان محروم و غیر برخوردار و توسعه نیافته کشور است. میزان بیسوادی در استان بالا می‌باشد. این استان از نظر شیوع سوء تغذیه در بین کودکان زیر ۵ سال مقام اول را دارا می‌باشد، از طرفی به دلیل عدم دانش کافی والدین در مورد ارزش و اهمیت شروع به موقع غذای کمکی در سنین مناسب (۶ ماهگی) و استفاده صحیح از منابع غذائی در دسترس و همچنین فراوانی عادات غلط فرهنگی و غذائی در مورد استفاده بی رویه از آب قند، چای، آب میوه در شیرخواران و یا قطع شیر مادر در کودکی که مبتلا به اسهال شده با تغییر ناسازگار بودن، یا قطع شیردهی به محض حامله شدن مجدد مادر بر آن شدیم تا در خصوص سن شروع تغذیه تکمیلی و الگوی آن در بین شیرخواران و مقایسه نتایج در بین خانواده‌های شهری و روستائی مطالعه‌ای انجام داده و با استفاده از نتایج بدست آمده و انعکاس آن به مسئولین بهداشتی و فرهنگی جامعه در جهت اصلاح مشکل مذکور برنامه ریزی شود.

مواد و روش‌ها:

در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و از نوع مقطعی طی سال ۱۳۸۰ از بین مادران دارای فرزند ۲۴-۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی شهرستان زابل حجم نمونه مورد مطالعه انتخاب شد. بر اساس یک پیش مطالعه، انحراف معیار سن شروع تغذیه تکمیلی در شهر ۱/۶ و در روستا ۱/۷۴ برحسب ماه بدست آمد. اما برای رسیدن به دقت بالاتر در این مطالعه $s = 1/9$ در نظر گرفته شد و با توجه به اینکه متوسط سن شروع برحسب ماه بود $d = 0/22$ نیز برحسب ماه در نظر گرفته شد که بیانگر انحراف $7 - 0/22 \times 30 = 0/22 \times 30$ روز از مقدار میانگین واقعی سن شروع تغذیه تکمیلی در جامعه مورد نظر است (با استفاده از فرمول $n = \frac{Z^2 \times s^2}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times (1.9)^2}{(0.22)^2} = 299$) برای هر دسته از مراکز شهری و روستائی انتخاب و بطور کلی ۳۰۲ نمونه وارد مطالعه شدند.

کودکان شهری و ۴۵٪ از کودکان روستایی در ۶ ماهگی شروع به تغذیه تکمیلی کرده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی سن شروع تغذیه تکمیلی بر حسب محل سکونت در شیرخواران شهرستان زابل - ۱۳۸۰

کل	روستایی	شهری	
۲۰ (۳/۳)	۱۳ (۴/۳)	۷ (۲/۳)	کمتر از ۶ ماهگی
۲۴۴ (۴۰/۵)	۱۳۵ (۴۵)	۱۰۹ (۳۶)	۶ ماهگی
۳۳۹ (۵۶/۲)	۱۵۲ (۵۰/۷)	۱۸۷ (۶۱/۷)	بیش از ۶ ماهگی

* مقادیر بصورت تعداد (درصد) می‌باشند.

ششم شروع کرده بودند (جدول ۲).

اگرچه تقریباً شهر و روستا رفتار مشابهی از نظر اولویت مواد غذایی تکمیلی داشتند اما فراوانی استفاده از هر یک از این مواد در شهر و روستا براساس آزمون کای دو اختلاف معنی داری نشان می‌داد ($P < 0/001$). در شهر و روستا تفاوتی بین شغل مادر، سطح سواد مادران، رتبه فرزند و سن مادر با سن شروع تغذیه تکمیلی یافت نشد ($P > 0/05$).

مادران شهری تغذیه تکمیلی شیرخواران خود را به ترتیب با فرنی (۴۳/۲٪)، لعاب برنج (۲۵/۱٪) و سایر مواد غذایی مانند غذای سفره (۱۷/۲٪)، سوپ (۶/۹٪)، فرآورده‌های آماده مثل مامانا (۴/۶٪) و پوره سیب زمینی (۳٪) در هفته اول ماه ششم زندگی شروع کرده‌اند؛ در حالی که در روستا مادران تغذیه تکمیلی شیرخواران خود را به ترتیب با فرنی (۵۸٪)، لعاب برنج (۲۹٪)، سوپ (۴/۳٪) و سایر مواد غذایی مثل غذای سفره (۴/۳٪)، فرآورده‌های آماده (۳/۳٪) و پوره سیب زمینی (۱٪) در هفته اول ماه

جدول ۲) توزیع فراوانی نوع اولین ماده غذایی در شروع تغذیه تکمیلی شیرخواران به تکنیک محل سکونت در شیرخواران شهرستان زابل - ۱۳۸۰

جمع	روستایی	شهری	
۱۶۳ (۲۷)	۸۷ (۲۹)	۷۶ (۲۵/۱)	لعاب برنج
۲۴ (۴)	۱۰ (۳/۳)	۱۴ (۴/۶)	فرآورده‌های آماده مانند مامانا
۳۴ (۵/۶)	۱۳ (۴/۳)	۲۱ (۶/۹)	سوپ
۳۰۵ (۵۰/۶)	۱۷۴ (۵۸)	۱۳۱ (۴۳/۲)	فرنی
۱۲ (۲)	۳ (۱)	۹ (۳)	سیب زمینی
۶۵ (۱۰/۸)	۱۳ (۴/۳)	۵۲ (۱۷/۲)	سایر موارد

* مقادیر بصورت تعداد (درصد) می‌باشند.

غذایی تکمیلی در حال حاضر در مناطق شهری و روستایی شهرستان زابل تقریباً مطابق با الگوی تغذیه تکمیلی

بحث:

یافته‌های فوق نشان می‌دهد که شروع اولین برنامه www.SID.ir

در مطالعه تبریز در ۸۰٪ کودکان زیر ۲ سال، سن شروع تغذیه تکمیلی آنها ۶-۴ ماهگی بوده است (۷).

در اهواز میانگین سن کودکان در زمان شروع تغذیه تکمیلی ۱/۷ ± ۵ ماه بود (۸).

در مطالعه‌ای در مصر غذاهای جامد زودتر از سن توصیه شده (۶-۴ ماهگی) شروع شده بود (۵)، و در شهر لاهور پاکستان میانگین سن شروع تغذیه تکمیلی با غذاهای جامد ۴/۴ ماه بوده است (۱۰).

در آتلانتا میانگین سن شروع تغذیه تکمیلی با غذاهای مایع ۴/۵ ± ۶ ماه و با غذاهای جامد ۵/۰ ± ۴ ماه بوده است (۱۱).

در مطالعه‌ای در تایلند شروع زودرس تغذیه تکمیلی با اقامت در منطقه روستائی، تعداد زیاد افراد خانوار، اشتغال مادر با کار کشاورزی و سن مادر همبستگی داشته است (۱۲).

در بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۰ در شهرستان زابل اکثریت مادران روستائی اولین تغذیه تکمیلی شیرخواران را در پایان ۶ ماهگی شروع کرده‌اند، درحالیکه سن شروع تغذیه تکمیلی در شهر با تاخیر همراه بوده است که این مسئله نشان از عدم آگاهی و موفقیت مادران در شروع به موقع تغذیه تکمیلی و شناخت سن صحیح آن می‌باشد. البته لازم به ذکر است که چون داده‌های مربوط به سن شروع غذای کمکی از مادر، زمانی جمع آوری گشته که کودک در محدوده سنی ۲۴-۶ ماهگی بوده است لذا ممکن است این داده‌ها تحت تاثیر خطا در یادآوری قرار داشته باشند. مع الوصف در این مطالعه خطای یادآوری، جهت‌گیری سیستماتیک معینی ندارد. به ویژه این خطا نسبت به سطوح متغیرهای مورد مطالعه تفاوتی ندارد و لذا اعتبار نتایج حاصل را تهدید نمی‌کند.

از آنجائی که شروع غذای تکمیلی در قبل از ۴ ماهگی با بروز عفونت و سوء تغذیه همراه است نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تاخیر در شروع تغذیه تکمیلی تقریباً در شهر و روستا یکسان است ولی مادران شهری به نسبت مادران روستائی تغذیه تکمیلی را دیرتر شروع

شیرخواران توصیه شده از طرف کارکنان بهداشتی است که بعد از پایان ماه ششم با فرنی شروع می‌شود. ولی سن شروع تغذیه تکمیلی در جمعیت شهری ۱/۰۷ ± ۷/۱۹ ماه و در جمعیت روستائی بطور متوسط ۱/۱۶ ± ۶/۹۳ ماه می‌باشد که مطابق با توصیه‌های وزارت بهداشت و منابع جدید نمی‌باشد. یک مطالعه در سال ۱۳۷۰ در تبریز نشان داد که الگوی تغذیه تکمیلی شروع شده در هفته اول ۶ ماهگی به ترتیب لعاب برنج، فرنی و حریره بادام بوده است (۷).

مطالعه دیگری در سال ۱۳۷۸ در شهرستان بابل نشان داد که الگوی تغذیه تکمیلی متداول در روستا به ترتیب لعاب برنج، فرنی و حریره بادام و در شهر اولین تغذیه کمکی به ترتیب فرنی، حریره بادام و لعاب برنج می‌باشد. در این مطالعه مشخص شد که بین میزان استفاده از غذای کمکی در شهر و روستا از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود داشته است، بطوریکه استفاده از لعاب برنج، فرنی و حریره بادام در روستا بیشتر از مناطق شهری بوده است (۲).

در یک مطالعه در شهر اهواز الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران بعد از ۶ ماهگی به ترتیب شامل غلات ۷۱/۴٪، آب میوه ۲۳/۶٪، غلات و آب میوه ۳/۹٪ و پوره سبزیها بوده است (۸).

در مطالعه دیگری در کاشان الگوی تغذیه تکمیلی متداول پس از ۶ ماهگی به ترتیب حریره بادام، فرنی، لعاب برنج و آب میوه، تخم مرغ، سوپ و پوره سیب زمینی بوده است (۹).

در مطالعه‌ای در کرمان تغذیه تکمیلی در هفته اول پایان ۶ ماهگی به ترتیب لعاب برنج، حریره بادام و فرنی بوده است (۲).

در بابل میانگین سن شروع تغذیه تکمیلی در شهر برابر ۱۲/۷ ± ۶/۷ ماه و در روستا برابر ۱۲/۴ ± ۶/۴ ماه بوده است (۲).

در شهر کرمان میانگین سن شروع تغذیه تکمیلی در مناطق روستائی ۱/۸۸ ± ۴/۴۳ ماه و در مناطق شهری ۴/۳۶ ± ۱/۳۶ ماه بوده است (۳).

وضعیت تغذیه تکمیلی شیرخواران ضروری می‌باشد. با توجه به نتایج بدست آمده در این مطالعه و مقایسه آن با سایر مطالعات، به نظر می‌رسد آموزش بیشتر مادران در مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستائی و از طریق رسانه‌های جمعی در مورد سن شروع تغذیه تکمیلی و الگوی تغذیه تکمیلی از بروز عفونت‌های زودرس یا سوء تغذیه پیشگیری کرده و تاثیرگذار خواهد بود.

همچنین در این مطالعه تعداد مادران شاغل و با سواد کم بوده است که برای پی بردن به رابطه بین اشتغال و سواد با شروع تغذیه تکمیلی به موقع و با الگوی مناسب که در بعضی مطالعات جهانی دارای ارتباط معنی دار بوده است ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و سپاس:

در پایان لازم میدانم از همکاری صمیمانه همکاران محترم سرکار خانم دکتر فاطمه رخشانی که در بازبینی و اصلاح مطالب نهایت تلاش را مبذول داشته و سرکار خانم دکتر ماریه عارفی و همچنین سرکار خانم نازی دادی‌پور تشکر و قدردانی نمایم.

کرده‌اند که خود این مسئله، یعنی تاخیر در شروع کردن غذای تکمیلی بعد از ۶ ماهگی می‌تواند افت رشد کودکان را به همراه داشته باشد. در بررسی حاضر نشان داده شد که مادران روستائی، در سن مناسب‌تری براساس توصیه وزارت بهداشت و درمان تغذیه تکمیلی کودک خود را شروع کرده‌اند و این مسئله خود گویای آن است که به‌روزان نقش آموزشی و اطلاع رسانی مناسبی در سطح روستاها دارند. و در سطح شهر هنوز نیاز به آموزش بیشتر به ویژه برای مادران می‌باشد. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که سن شروع تغذیه تکمیلی در شهرستان زابل نسبت به سایر کشورهای جهان و همچنین در نقاط مختلف ایران بالاتر بوده است، ولی ترتیب شیوع تغذیه تکمیلی در شهرستان زابل در مناطق شهری و روستائی تقریباً متناسب با الگوی تغذیه تکمیلی توصیه شده وزارت بهداشت و منابع موجود می‌باشد که بعد از پایان ۶ ماهگی با فرنی شروع می‌شود ولی تنها حدود ۵۰ درصد جمعیت از این الگو تبعیت می‌کنند. سایر اطلاعات بدست آمده در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که سن شروع تغذیه تکمیلی ارتباط با اشتغال مادر، سن مادر، رتبه فرزند و سواد مادر ندارد. با این حال هنوز آموزش بیشتر مادران به ویژه مادران شهری و بیسواد جهت ارتقاء کمی و کیفی

REFERENCES:

- Behrman RE, Kehlgram RM, Jenson HN. The textbook of pediatric. 16th ed. W.B. Saunders Company, 2000,166-8.
- مردی س ع، تغذیه با تغذیه تکمیلی، مجله طب و ترکیه، شماره ۳۵: زمستان ۱۳۷۸، ۱۱-۱۳.
- تغذیه شیرخواران ۶ تا ۱۲ ماهگی (تغذیه تکمیلی)، انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، ۱۳۷۱، ۱۴-۱۵.
- Faber M, Benade AJ. Perceptions of infant cereals and dietary intakes of children aged 4-24 months in a rural South African community. *Int J Food Sci Nutr* 2001;52:359-65.
- Hunty DI, Ladrn D. What British children are eating and drinking at age 12-18 months. *J Human Nutr Diet* 2000;13:83-6.
- قاسمی ح، گزارش امنیت غذا و تغذیه در کشور، طرح مطالعاتی در زمینه الگوی برنامه و اجرا، ۱۳۷۶، ۸۴-۸۵.
- Chey JK, Lim WK, Lim CL. Breast feeding at weeks milk praictive factors. *J Trop Pediatric* 1997;43:358-83.
- ابراهیمی معقانی م، امینی ا، محبوب س. بررسی الگوی تغذیه‌ای کودکان شیرخوار تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان تبریز، خلاصه مقالات سومین کنگره تغذیه ایران، اصفهان، ۱۳ تا ۱۶ اسفند ۱۳۷۳، ۳.
- حاجیان ک، سجادی پ، الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران و سن شروع خوراک پاری و برخی از عوامل مؤثر بر آن در

- شهرستان بابل، مجله طب و ترکیه، زمستان ۱۳۷۸ (شماره ۳): ص ۹-۱۴.
۱۰. امانی ر، افضل‌ن، بررسی دانش‌نگری و عملکرد مادران شاغل شیرده و تغذیه تکمیلی در شهر اهواز سال ۱۳۷۶، مجله علمی - پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز، شماره ۲۸: ۱۳۷۹، ۲-۸.
۱۱. یزدانی ع، عملکرد ۴۰۰ تن از مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی در تغذیه شیرخواران صفر تا چهار ماهه دانشگاه علوم پزشکی کاشان، شماره ۶: ۱۳۷۲، ۱۳-۱۲.
12. Hakim LA, el-Ashmawy LA. Breast feeding patterns in a rural village in Giza, Egypt. *AM J Public Health* 1992;82:731-2.
13. Kulsoon U, Saeed A. Breast feeding practices and belief about weaning among mothers of infants aged 0-12 months. *J Pak Med Assoc* 1997;47:54-60.
14. Sellen DW. Comparison of infant feeding patterns reported for nonindustrial populations with current recommendations. *J Nutr* 2001;131:2707-15.
15. Jackson DA, Lumony SM, Wongsawasdi L, et al. Weaning practice and breast-feeding duration in Northern Thailand. *Br J Nutr* 1992;67:149-64.