

## بررسی (کاهش وزن) در تغذیه با شیر مادر در (هفته دوم) تولد در نوزادان متولد شده در بیمارستان امام خمینی (ره) ساری سال ۸۸

مریم نخشب<sup>۱</sup>  
الهام افضلیان اشکذری<sup>۲</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** تغذیه با شیر مادر بهترین روش تغذیه شیرخواران است و موجب رشد جسمی و تکامل روانی بهتر شیرخواران می‌شود و در کاهش مرگ و میر شیرخوارگی مؤثر است. عدم تغذیه کافی نوزاد با شیر مادر می‌تواند به عوارض مهمی از جمله نارسایی رشد، دزهدراتاسیون، اورمی، ازیمی و هایپرناترمی منجر شود. هدف از این مطالعه بررسی شیوع نارسایی رشد ناشی از عدم تغذیه کافی نوزاد با شیر مادر بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی - مقطعی بر روی ۳۰۰ نوزاد (شیر مادر خوار) متولد شده در بیمارستان امام ساری در سال ۸۸ است. توزین نوزاد در حین تولد و روز ۷ تا ۱۴ انجام شد. وجود کاهش وزن بیش از ۱۰ درصد به عنوان نارسایی رشد تعریف شد و مشخصات این نوزادان با نرم افزار SPSS آنالیز شد. هم‌چنین از آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی و درصد فراوانی) و جهت آنالیز داده‌های کمی از T-Test و کیفی  $K^2$  و fisher test استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد از ۳۰۰ نوزاد مورد بررسی ۲۰ نوزاد (۶/۶ درصد) دچار کاهش وزن بیشتر از ۱۰ درصد در دو هفته اول تولد شدند. میانگین درصد کاهش وزن نوزادان مورد بررسی  $(۶/۲۴ \pm ۱۵/۴۲)$  بوده است. وجود نارسایی رشد با سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته ارتباط داشت. اکثر مادران از کاهش وزن فرزندشان آگاه نبودند. در طی مطالعه ۲ مورد (۷ درصد) دچار دزهدراتاسیون شدید بودند که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شدند.

**استنتاج:** نارسایی رشد ناشی از عدم تغذیه کافی در نوزادان شیر مادر خوار با وجود آموزش شیر دهی به مادران بعد از تولد دیده می‌شود. با توجه به این که اکثر این مادران از کاهش وزن فرزندشان آگاه نبودند و وجود ۲ مورد دزهدراتاسیون شدید، پیگیری مادر شیرده از نظر رفع مشکلات شیر دهی در مراحل اولیه و پیگیری نوزاد از نظر روند وزن‌گیری می‌تواند بسیار با اهمیت باشد.

**واژه‌های کلیدی:** نارسایی رشد، شیر مادر، نوزاد

### مقدمه

می‌شود و در کاهش مرگ و میر شیرخوارگی و کاهش بروز برخی بیماری‌های این دوران مؤثر است (۱). روش

تغذیه با شیر مادر بهترین روش تغذیه شیرخواران است و موجب رشد جسمی و تکامل روانی بهتر شیرخواران

E-mail: pegahch@yahoo.com

مؤلف مسئول: مریم نخشب - ساری: مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا، گروه کودکان

۱. گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۱/۴/۳۱ تاریخ تصویب: ۹۱/۱۰/۳

## مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی Cross sectional می‌باشد که در بیمارستان امام خمینی ساری انجام گرفته است که تنها مرکز زایشگاهی دانشگاهی در مرکز استان مازندران بوده و بیمارستان دوستدار کودک می‌باشد و آمار سالیانه در حدود ۳۰۰۰ زایمان دارد.

در این مطالعه به کلیه‌ی مادران زایمان کرده در این بیمارستان توصیه شد که جهت توزین و معاینه نوزاد و مشاهده نحوه شیردهی در روز ۱۴-۷ بعد از تولد به بیمارستان امام مراجعه کنند.

در مورد روش نمونه‌گیری در این مطالعه که از نوع توصیفی بود، شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: تمامی نوزادان متولد شده در بیمارستان که از شیر مادر تغذیه می‌کردند و در معاینه‌ی ابتدای تولد طبیعی و قابل ترخیص بوده باشند و نوزادانی که به هر علتی تغذیه با شیری غیر از شیر مادرشان داشته بودند و یا در معاینه بدو تولد به هر علتی نرمال نبوده باشند از مطالعه خارج شدند. از نظر تعداد نمونه (ما ۱۰ درصد کل تولدهای بیمارستان امام را وارد مطالعه کردیم که) با توجه به مطالعات قبلی ۳۰۰ نمونه در بیمارستان امام مورد بررسی قرار گرفت.

در این بررسی نوزادان در روز تولد با ترازوی seca مدل ۷۲۵ با خطای ۱۰ گرم وزن شده و سپس در روز ۱۴-۷ بعد از تولد دوباره با همان ترازو وزن شدند و به علاوه مشخصات دموگرافیک مادر و نوزاد و نیز مشکلات شیردهی پرسیده و نحوه شیردهی نیز با مشاهده مورد ارزیابی قرار گرفت. نوزادانی که بیش از ۱۰ درصد وزن موقع تولد خود را از دست دادند و یا در ۲ هفته‌گی به وزن موقع تولد (نرسیدند) دچار نارسایی رشد تعریف (۱) و به درمانگاه فوق تخصصی نوزادان ارجاع داده شدند.

تغذیه انحصاری با شیر مادر طبق تعریف انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر، تغذیه شیرخوار تا پایان شش ماهگی فقط با شیر مادر است (به علاوه‌ی دارو در صورت نیاز) و شرایط آن عبارت است از تغذیه بر حسب

شیردهی هنری است که مادر باید با آن از دوران قبل از زایمان و بعد از تولد نوزاد آشنا شود. همچنین مادر باید بعد از زایمان از نظر چگونگی شیردهی پیگیری شود، نوزاد از نظر وضعیت تغذیه ارزیابی گردد و در صورتی که مشکلاتی در این زمینه وجود دارد شناسایی شده و اقدامات زودرس انجام گیرد (۱). همان‌طور که تغذیه موفقیت‌آمیز با شیر مادر مزایای بسیاری برای شیرخوار و مادر دارد تغذیه ناکافی با شیر مادر می‌تواند مشکلات جدی در نوزاد باعث شده و به عدم وزن‌گیری مناسب، زردی نوزاد، دهیدراتاسیون هایپوناترمیک و قطع تغذیه با شیر مادر منجر شود و حتی گاه به عوارض خطرناک مانند دهیدراتاسیون شدید اورمی و نارسایی رشد (FTT) بیانجامد (۲). در سال‌های اخیر موارد بستری مجدد شیر مادر خواران به علت زردی و یا دهیدراتاسیون را روبه افزایش می‌دانند (۷-۳). در یک مطالعه در ترکیه از ۹۴۱ مادر، ۴۰ درصد در پایان هفته اول به جز شیر مادر، ماده غذایی دیگری به شیرخواران می‌دادند و اکثراً به این علت بود که مادران باور داشتند که شیر کافی ندارند (۸). متأسفانه در کشور ما به علت کمبود پرسنل در بخش‌های RI (Rooming in) اکثراً آموزش مادران بعد از تولد عجولانه بوده و در مواردی ممکن است کافی نباشد و هنوز برنامه پیگیری شیردهی به صورت مدون در سیستم بهداشتی ما منظور نشده است (۹) در مطالعه‌ای که در سال (۸۲-۱۳۸۱) در مرکز طبی کودکان تهران انجام شد، ۱۷/۵ درصد زردی نوزادان ناشی از تغذیه ناکافی با شیر مادر بوده است (۱۰). همچنین در مطالعه‌ای در کشور ژنر بر روی ۳۳۰ نوزاد شیر مادر خوار ۷ درصد کاهش وزن قابل توجه گزارش کردند (۱۱) در یک مطالعه در بریتانیا از ۲۱ شیرخوار بستری شده، عدم کفایت تغذیه با شیر مادر و نارسایی رشد در ۹ مورد دیده شد (۴). هدف از این تحقیق تعیین شیوع کاهش وزن در نوزادان شیر مادر خوار متولد شده در بیمارستان امام خمینی ساری در روز ۱۴-۷ تولد در سال ۸۸ می‌باشد.

بیمارستان اصلاح شد. ۴۵ درصد نوزادان دچار کاهش وزن در بیمارستان بستری شده‌اند که ۶۶ درصد به علت ایکتر، ۲۲ درصد به علت سپسیس و ۱۲ درصد به علت آنومالی بوده است.

در مطالعه‌ی ما سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته با نارسایی رشد به علت کمبود تغذیه با شیر مادر ارتباط معناداری داشت ( $p > 0/01$ ) ولی ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات مادر و پدر، سن مادر، تعداد فرزندان، نوع زایمان، وجود مشکلات پستان با کمبود تغذیه با شیر مادر پیدا نکردیم.

جدول شماره ۱: مقایسه متغیرها در نوزادان طبیعی با نوزادان دچار کاهش وزن در نوزادان مورد بررسی در بیمارستان امام خمینی سال

۸۸-۸۷

متغیر	نوزاد طبیعی (تعداد (درصد))	دارای کاهش وزن (تعداد (درصد))	سطح معنی داری
سواد مادر			
بی سواد	۲۸/۸ (۲۸/۸)	۰ (۰)	NS
با سواد	۲۷۲ (۹۷/۲)	۲۰ (۱۰۰)	
اشتغال مادر			
اشتغال دار	۲۷۳ (۹۷/۵)	۲۰ (۱۰۰)	NS
شاغل	۷ (۲/۵)	۰ (۰)	
نوع زایمان			
طبیعی	۱۰۴ (۳۷)	۸ (۴۰)	NS
سزارین	۱۷۶ (۶۳)	۱۲ (۶۰)	
مراقبت پرنتال			
دارد	۲۷۷ (۹۹/۳)	۲۰ (۱۰۰)	NS
ندارد	۳ (۰/۸)	۰ (۰)	
جنس			
دختر	۱۴۲ (۴۹/۸)	۱۲ (۶۰)	NS
پسر	۱۳۸ (۴۹/۲)	۸ (۴۰)	
مشکلات پستان			
دارد	۶ (۷/۲)	۰ (۰)	NS
ندارد	۲۷۴ (۹۲/۸)	۲۰ (۱۰۰)	
نظر مادر در مورد شیر دهی			
موافق	۲۷۶ (۹۸/۸)	۲۰ (۱۰۰)	NS
مخالف	۴ (۱/۲)	۰ (۰)	
آموزش شیردهی مادر در دوران پرنتال			
دارد	۱۴۴ (۵۱/۳)	۸ (۴۰)	NS
ندارد	۱۳۶ (۴۸/۷)	۱۲ (۶۰)	
بارداری اول			
بله	۱۶۰ (۵۸)	۱۳ (۶۵)	NS
خیر	۱۲۰ (۴۲)	۷ (۳۵)	
سن حاملگی			
کمتر از ۳۴ هفته	۱ (۰/۴)	۲ (۱۰)	$S < 0/01$
بیشتر از ۳۴ هفته	۲۷۹ (۹۹/۶)	۱۸ (۹۰)	
مناسب بودن آموزش شیردهی در RI			
بله	۲۸۰ (۱۰۰)	۲۰ (۱۰۰)	NS
خیر	۰ (۰)	۰ (۰)	
تغذیه انحصاری با شیر مادر			
بله	۲۷۳ (۹۷/۲)	۱۹ (۹۵)	NS
خیر	۷ (۱/۸)	۱ (۵)	

تقاضای شیرخوار (on demand feeding) و تغذیه‌ی شبانه شیرخوار (۱) که در این مطالعه نیز به همین صورت تعریف شد.

برای ورود اطلاعات از نرم افزار SPSS و جهت آنالیز از آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی و درصد فراوانی) و T-Test و  $K^2$  و fisher test استفاده شد و P value کمتر یا مساوی ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار تلقی شد.

## یافته‌ها

نتایج نشان داد از ۳۰۰ نوزاد مورد بررسی در بیمارستان امام ساری ۲۰ نوزاد (۶/۶) درصد دچار کاهش وزن بیشتر از ۱۰ درصد در دو هفته اول تولد شدند. میانگین درصد کاهش وزن در نوزادانی که دچار کاهش وزن شدند  $15/42 \pm 6/24$  درصد بود. حداکثر کاهش وزن ۳۱ درصد و حداقل کاهش وزن ۱۱ درصد بود. در ۲ مورد کاهش وزن و دزهیدراتاسیون شدید دیده شد که در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شدند. مشخصات کامل دموگرافیک نوزادان مورد مطالعه در جداول شماره ۱ و ۲ آورده شده است.

تحصیلات مادران نوزادان دچار کاهش وزن ۵۵ درصد دیپلم و بالاتر و ۴۵ درصد زیر دیپلم بوده‌اند. همه این مادران خانه دار بودند. ۶۵ درصد مادران این ۲۰ نوزاد حاملگی اولشان بوده است. ۴۰ درصد مادران زایمان طبیعی و ۶۰ درصد سزارین بوده است. ۱۰۰ درصد مادران از هر دو سینه خود برای شیر دهی استفاده می‌کرده‌اند و هیچ مشکل پستانی نداشته‌اند. ۱۰۰ درصد مادران نظرشان در مورد شیر دهی مساعد بوده است. علی‌رغم این که همه مادران در دوران حاملگی مراجعه پرنتال داشته‌اند، فقط ۶۰ درصد مادران آموزش شیردهی در این دوران داشته‌اند. از نظر وضعیت تغذیه ۹۵ درصد مادران فقط از شیر خود و ۵ درصد از شیر کمکی استفاده می‌کردند. ۲۵ درصد مادران در نحوه‌ی شیردهی مشکل داشته‌اند که در زمان مراجعه به

جدول شماره ۲: مقایسه متغیرهای کمی در نوزادان طبیعی با نوزادان دچار کاهش وزن. بیمارستان امام ساری ۸۷-۸۸

متغیر	نوزاد طبیعی میانگین (SD)	دچار کاهش وزن میانگین (SD)	سطح معنی داری
سن مادر (سال)	± (۵/۲) ۲۵/۸	± (۵/۳۴) ۲۶/۵	NS
سن حاملگی (هفته)	± (۱/۳) ۳۸/۵	± (۲/۱۵) ۳۸/۱۵	NS
آپگار دقیقه (۱)	± (۱/۹) ۸/۹	± (۱/۶) ۸/۴	NS
زمان مراجعه نوزادان (روز)	± (۱/۶) ۱۱/۲	± (۱/۵۷) ۱۱/۵۵	NS
وزن تولد (کیلوگرم)	± (۰/۴۱) ۳/۱۹	± (۰/۳۳۵) ۳/۱۰۶	NS
وزن زمان مراجعه (کیلوگرم)	± (۰/۴۴) ۳/۳۱	± (۰/۶۰۱) ۲/۷۰۷	S P<0.00

## بحث

این مطالعه نشان داد که از ۳۰۰ نوزاد مورد مطالعه در حدود ۲۰ نوزاد (۶/۶ درصد) متولد شده در بیمارستان امام ساری که با شیر مادر تغذیه می‌شوند در روزهای اول تولد (۱۴-۷ روزگی) دچار کاهش وزن بیش از ده درصد شدند که در این سن به عنوان نارسایی رشد (FTT) Failure to thrive تعریف شده است (۶،۱).

با توجه به مطالعات دیگر میزان شیوع نارسایی رشد در شیر مادر خواران مطالعه‌ی ما مشابه سایر مطالعات و قابل توجه بوده است.

در مطالعه‌ای در دانمارک در مدت ۵ سال از ۸۹ مورد بستری با کاهش وزن بیش از ۱۰ درصد، ۲۴ مورد هایپرناترمی گزارش شد (۶).

در مطالعه‌ی دکتر بهجتی از مرکز طبی کودکان در تهران در مدت ۱ سال ۳۷ مورد (۱۷/۵ درصد) بستری زردی ناشی از کمبود تغذیه با شیر مادر داشتند که با کاهش وزن  $< ۵\%$  و  $N_{a} \text{ سرم} < ۱۵۰$  و وزن مخصوص ادرار بیشتر از ۱۰۱۲ بوده است (۱۰). در ژئیر در یک بررسی در ۳۳۰ شیرخوار ۷ درصد کاهش وزن گزارش کردند (۱۱). در یک مطالعه‌ی رتروسپکتیو در مدت ۵ سال نوزادان بستری شده به علت دزیدراتاسیون و هایپرناترمی ناشی از دریافت ناکافی شیر مادر را در ۷۰ مورد (۱/۹ درصد) از تمامی موارد نوزادان بستری گزارش کردند (۱۲).

میانگین در صد کاهش وزن در مطالعات مختلف

م تفاوت ذکر شده است. در مطالعه‌ی ما میانگین درصد کاهش وزن نوزادان  $۱۵/۴۲ \pm ۶/۲۴$  بود که از حداکثر ۳۱ درصد تا حداقل ۱۱ درصد وجود داشت. در مطالعه‌ای در دانمارک درصد کاهش وزن بین ۸ درصد و  $۲۳/۳$  درصد گزارش شد (۵). در مطالعه‌ی Cooper از آمریکا میانگین کاهش وزن  $۸ \pm ۲۳$  گزارش شد (۷) و در مطالعه‌ی ژئیر میانگین کاهش وزن ۷ درصد گزارش شد (۱۱). که از مطالعه ما کمتر بود ولی در مطالعه‌ی پیتزبورگ آمریکا متوسط کاهش وزن  $۵/۹ \pm ۱۳/۷$  بود که تقریباً مشابه مطالعه ما می‌باشد (۱۲). که با توجه به اینکه در مطالعه ما مهم‌ترین متغیر معنادار در ارتباط با کاهش وزن شیرخواران سن حاملگی بوده است، به نظر می‌رسد که لازم است ما در آموزش تغذیه به مادران این شیرخواران برنامه ریزی بهتری داشته باشیم.

در بررسی ما از ۲۰ مورد نوزاد دچار کاهش وزن فقط در ۶ مورد (۳۰ درصد) مادر از کاهش وزن شیر خوار اطلاع داشت. مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی با ما را نشان می‌دهند. به طوری که در یک مطالعه حتی در مواردی که مشکل تغذیه‌ای منجر به مرگ نوزاد شده است، کاهش وزن نوزاد خود را درک نکرده بوده‌اند (۲). در مطالعه‌ی پترزبورگ آمریکا حتی پزشک ارجاع کننده فقط در ۴ مورد (۵/۷ درصد) متوجه کاهش وزن نوزاد شده بود (۱۲).

تقریباً در تمامی مطالعات ذکر شده (۲-۶-۱۲) موارد کاهش وزن بیشتر در نوزادانی بود که مادر و پدر تمایل زیاد به تغذیه شیرخوار خود با شیر مادر دارند (۲،۷،۱۲). در مطالعه ما نیز ۱۰۰ درصد مادرانی که فرزندانشان دچار کاهش وزن بودند علاقه و تمایل به تغذیه نوزاد با شیر مادر داشتند. این مسئله از یک طرف موفقیت ترویج و آموزش در مورد تغذیه با شیر مادر را در منطقه‌ی ما نشان می‌دهد که جای خوشحالی دارد که به طور عمیق منجر به این باور در مادران شده است و از طرف دیگر یادآوری می‌کند که این آموزش لازم است

آموزش شیر دهی در مراقبت‌های پرناتال در کل نوزادان ۵۰/۷ درصد موارد و در نوزادان دچار مشکل کاهش وزن فقط در ۴۳/۵ درصد انجام شده که نشان دهنده‌ی عدم توجه به آموزش شیردهی در مراقبت‌های پرناتال می‌باشد

اکثر مطالعات بر تأیید اثر ترخیص زودرس بعد از زایمان بر کاهش موفقیت شیردهی مادر تأکید می‌کند (۲، ۱۲، ۷) (منظور از ترخیص زودرس ترخیص قبل از ۴۸ ساعت می‌باشد). ولی در بخش مورد مطالعه‌ی ما و اکثر زایشگاه‌های دیگر کشور ترخیص نوزاد معمولاً بیشتر از ۲۴ ساعت طول نمی‌کشد که فرصت کافی برای آموزش مؤثر شیر دهی فراهم نخواهد شد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که عدم وزن‌گیری مناسب و نارسایی رشد در در صدی از نوزادان با وجود تغذیه انحصاری با شیر مادر اتفاق می‌افتد. مشکلات تغذیه با شیر مادر قابل پیشگیری است. می‌توان با شناسایی فاکتورهای خطر برای کمبود تغذیه با شیر مادر و برنامه‌ریزی برای ویزیت به موقع و توزین مکرر نوزاد به شناخت نوزادان در خطر و اصلاح وضعیت شیردهی و تغذیه آن‌ها کمک کند.

با حمایت و پیگیری این شیرخواران و مادران باشد تا عدم موفقیت مادر منجر به احساس شکست و دلسردی مادر و ناباوری نگردد.

مطالعه‌ی ما نشان داد که سن حاملگی پایین (کمتر از ۳۴ هفته) با شیوع نارسایی رشد ارتباط معنادار دارد ( $p < 0/01$ ) که با مطالعات دیگر هم خوانی دارد (۱۲، ۱۱، ۲).

تحقیق ما نشان می‌دهد که با وجود تحصیلات مناسب، مادر می‌تواند آگاهی و مهارت کافی در تغذیه‌ی نوزاد نداشته باشد. در برخی مطالعات دیگر نیز اکثر مادران نوزادان با مشکل تغذیه از تحصیلات مناسب برخوردار بودند (۲). گرچه مطالعه‌ی ما ارتباط معناداری را بین تعداد فرزندان قبلی مادر و نارسایی رشد نشان نداد ولی ۶۵ درصد نارسایی رشد در مادران اول‌زا اتفاق افتاد. در مطالعات دیگر هم این مشکل در مادران اول‌زا بیشتر بوده است (۱۲، ۱۱، ۶، ۵، ۲) ریسک فاکتورهای دیگری شامل آموزش ناکافی پدر و مادر در مورد شیردهی (۷) ترخیص زودرس (۱۲، ۱۳) وزن بالای موقع تولد (۵، ۶)، مشکلات پستان مادر (۲) و عدم حمایت و پیگیری مادر بعد از ترخیص (۱۲، ۱۰، ۷، ۳) در بسیاری از مطالعات ذکر شده است (۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۴). در مطالعه‌ی ما

## References

1. Breast Feeding Promotion Society, Educational Collection for Breast feeding promotion, 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Unicef; 2009.
2. Marianne R. Neifert MD. Prevention of breast feeding tragedies. *Pediatr clin North Am.* 2001; 48 (2): 273-97.
3. Hall RT, Simon S, Smith MT. Readmission of breastfed infants in the First 2 weeks of life. *J perinatol* 2000; 20 (7): 432-7.
4. Davies DP. Is inadequate breast-Feeding an important cause of failure to thrive? *Lancet* 1979; 1(8115): 541-2.
5. Zachariassen G, Juvonen P. Neonatal dehydration (dehydration fever) in new born infants. *Ugeskr laeger* 2002; 164(42): 4930-4.
6. Reilev M, Borch K, Pryds OA. Neonatal hypernatraemic dehydration- why increasing incidence? *Ugesker Laequer* 2007; 169(13): 1227-31.
7. Cooper WO, Atherton HD, Kahana M, Kotagal UR. Increased incidence of sever breastfeeding malnutrition and hypernatremia in a metropolitan area. *Pediatrics* 1995; 96(5pt1): 957-60.
8. Neyzi O, Olgun P, Kutluay T, Uzel N, Saner G, Gokcay G, Tasdelen E, Akar U. An educational intervention on promotion of

- 
- breast feeding. Paediatr perinat Epidemiol 1991; 5(3): 286-98.
9. Safarnavadeh M, Yasamy MT, Evaluation of Breast-Feeding Promotion Programs in Hospitals of Kerman Province during 1995,
10. Behjati S, Shajari H, Vares Esfahani K, Golezar A, Incidence of Breast Feeding Jaundice 2002; 14(2): 109-112.
11. Enzunqa A, Fischer PR. Neonatal weight loss in rural Zaire. Ann trop paediatr 1990; 10(2): 159-63.
12. Moritz ML, Manole MD, Bogen DL, Ayus JC. Breastfeeding associated Hyponatremia: are we missing the diagnosis? Ped 2005 ; 116 (3), e 343-347
13. Wagner Carol conseling the Breastfeeding mother.//emedicine. Medscape. Com/article/977458-overview.
14. Emond A, Drewett R, Blair P, Emmett P. Postnatal factors associated with failure to thrive in term infants in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Arch Dis Child 2007; 92(2): 115.

Archive of SID