

روش‌های تغذیه کودک در روستاهای شهرستان سیرجان

قسمت اول - روش‌های تغذیه شیرخواران و عوامل مؤثر بر آن

دکتر فریدون سیاسی*، دکتر ابوالقاسم جزایری*، ناهید خلدی**، دکتر علی کشاورز دهنو*

واژه‌های کلیدی: عادت غذائی، از شیرگیری، غذای کمکی، شیرخوار، سیرجان

چکیده

روش‌های خورانش شیرخوار و تأثیر عواملی چون سطح تحصیلات مادر، دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی اولیه و درآمد خانوار بر این روش‌ها در ۳۱ خانوار دارای ۹۳ کودک ۶ تا ۶ ماهه از روستاهای شهرستان سیرجان (استان کرمان) بررسی شد. مادران زیادی (۸۵٪) از شیر خود برای تغذیه شیرخوار استفاده می‌کردند و نیز ۸۶٪ مادران به کودک آغوز می‌دادند. سن شروع خورانش غذای کمکی برای حدود نیمی از کودکان ۴ تا ۶ ماهگی بود. غذای خانواده عمده‌ترین غذائی بود که معمولاً بعنوان اولین خوراکیار به کودک می‌دادند. مادران اغلب به روش ناگهانی کودک را از شیر می‌گرفتند. بررسی اثر متغیرهای مستقل مطالعه بر روش‌های خورانش کودک نشان داد که بطور کلی این عوامل بویژه سطح تحصیلات مادر و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی اولیه مناسب و مستمر می‌تواند نقش مثبتی در تصحیح روش‌های خورانش شیرخوار داشته باشند.

سراغاز

مدت زیادی است که رابطه سوءتغذیه کودکان با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بد، شناخته شده است (۷). رابطه فقر و خوراک فقط یک رابطه کمی نیست، بلکه عوامل فرهنگی هم

* بخش اکولوژی انسانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

صندوق پستی ۶۴۴۶-۱۴۱۵۵

** دانشکده پرستاری و مامایی زینب، دانشگاه علوم پزشکی ایران

بر انتخاب و دریافت غذا اثر می‌گذارد (۱۴). هم ماراسموس و هم کواشیورکور در نتیجه فقر و نیز جهل بوجود میاید. حتی اگر غذا در دسترس و پول برای خرید آن موجود باشد بسیاری از مادران دانش مناسی در مورد تغذیه کودکان نشان ندارند (۱۱). روش‌های تغذیه شیرخوار بر عقاید فرهنگی و سنتی استوار است و قابلیت دسترسی به غذاها و اطلاعات مادر به آن شکل می‌دهد (۱۰). بنابراین، از آنجا که عقاید بر رفتار خورانش^۱ تأثیر دارند (۸)، در این بررسی روش‌های خورانش شیرخوار، تأثیر عواملی چون سطح تحصیلات مادر و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی اولیه و درآمد خانوار بر این روش‌ها مورد مطالعه قرار گرفت. اطلاعات حاصل می‌تواند کاربرد عملی در برنامه‌های آموزش فرورش^۲ برای گروه‌های مختلف سنی داشته باشد (۱۳).

نمونه‌گیری و روش بررسی

این بررسی بخشی از طرح تحقیقاتی «ارزیابی وضع تغذیه گروه‌های آسیب‌پذیر (مادران باردار، شیرده و کودکان ۶ تا ۶۰ ماه) ساکن روستاهای شهرستان سیرجان (استان کرمان)» توسط واحد تغذیه گروه اکولوژی انسانی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی-دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که در تابستان سال ۱۳۶۵ انجام گرفت.

از میان ۵۴۳ روستای شهرستان سیرجان (۱)، تعداد ۳ روستا از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای و در هر روستا ۳ کودک بطور تصادفی انتخاب شدند. به این ترتیب ۹۳ کودک از ۳۱ خانوار (شامل ۳۱ مادر) مورد مطالعه قرار گرفتند. برای بدست آوردن داده‌های مورد نیاز از پرسش‌نامه‌هایی استفاده گردید که از طریق مصاحبه چهره به چهره با مادر خانواده و توسط پرسشگران تعلیم دیده که دانشجویان دوره کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه (دانشکده بهداشت دانشکده علوم پزشکی تهران) بودند تکمیل گردید.

تجزیه و تحلیل یافته‌ها با استفاده از آزمون χ^2 برای تعیین وابستگی بین متغیرهای مستقل (سطح تحصیلات مادر، ارائه خدمات بهداشتی-درمانی اولیه و درآمد) و متغیرهای وابسته (روش‌های خورانش شیرخوار) و نیز تعیین ضریب همبستگی چوپوروف انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سن مادران ۳۱/۴۵ سال ($SD \pm 7/01$) بود که فقط ۲۲٪ آنان (۱۶ نفر) سواد داشتند. در ۲۱٪ روستاها خانه بهداشت و مرکز بهداشت فعال وجود داشت (به ترتیب ۲۶/۵ و ۴/۵ درصد).

تعداد مادرانی که به نوزاد خود آغوز می دادند (۴۵۷ مادر) حدوداً ۶ برابر تعداد مادرانی بود که این ماده غذایی را به کودک خود نمی خوراندند (۸۶ مادر) (به ترتیب ۸۶٪ در مقابل ۱۴٪). بین سطح تحصیلات مادر و درآمد با خورانش آغوز به نوزاد رابطه معنی دار آماری یافت نشد، در حالیکه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی اولیه با متغیر وابسته فوق وابستگی آماری معنی دار نشان داد، (شترنگه ۱).

در حدود ۲۵٪ مادران از آب گرم و ۴۲٪ از آب گرم و قند بعنوان اولین خوراک کودک استفاده می کردند. از مواد دیگری که به کودک داده می شد از خاک تربت (۱۰٪)، سهر و آب (۴/۵ درصد)، ریوند چینی (۷٪) و مخلوط آب داغ و قند ریوند (۱۰/۵٪) می توان نام برد. تنها ۱٪ مادران شیرمادر را به عنوان اولین غذای نوزاد ذکر کردند. از سوی دیگر، ۱/۵٪ از مادران ۳ ساعت پس از تولد و ۴/۵٪ از آنها ۱۱ تا ۲۴ ساعت پس از تولد نخستین خورانش را به کودک می دادند. تعدادی از زنان نیز (۴/۵٪) اولین زمان خورانش نوزاد را ۴۸ ساعت یا بیشتر پس از تولد ذکر کردند.

در مورد نوع شیر مصرفی در خورانش شیرخوار، ۸۵٪ مادران از شیر مادر و ۱۵٪ از شیرهای غیر از شیر مادر (شیرخشک (۷٪) یا شیر تازه دام (۸٪)) برای تغذیه شیرخوار استفاده می کردند. بین هیچکدام از سه متغیر یاد شده در آغاز با نوع شیر مصرفی در خورانش شیرخوار وابستگی آماری معنی دار مشاهده نشد.

در حدود ۲۰٪ از مادران اظهار کردند تا ۲۴ ماه و ۱۵/۵٪ تا ۱۸ ماه و ۱۱٪ تا ۱۲ ماه به کودک خود شیر خود را می دهند. کمترین مدت خورانش شیر مادر به کودک ۱

شترنگه ۱- خورانش آغوز به نوزاد و متغیرهای مطالعه

متغیرهای مستقل	خورانش آغوز		سی دهد		نمی دهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خدمات بهداشتی-درمانی اولیه* درروستا	دارد	۱۷۳	۸۰	۴۳	۲۰	۴۰
ندارد	۲۸۴	۹۰	۳۱	۱۰	۳۱۵	۵۹/۵
جمع (تعداد و درصد از کل نمونه)	۴۵۷	۸۶	۷۴	۱۴	۵۳۱	۱۰۰

* P < . / . ۰۱ و P_T = ۰ / ۱۴۳

ماه (۲/۵٪) و بیشترین مدت آن ۳۶ ماه (۵/۰٪) و میانگین سن خورانش آن ۱۵/۸ ماه بود. مدت تغذیه کودک منحصراً با شیر مادر، یا به عبارت دیگر سن شروع خورانش خورا کیار از یک ماه تا ۳ سال در خانوارهای مورد مطالعه متفاوت بود. بیشترین درصد مادران از ۴ تا ۶ ماهگی (۱۴۸ نفر ۱۶٪، ۸۹ نفر ۹/۵٪ و ۱۶۶ نفر ۱۸٪ به ترتیب در ۴، ۵ و ۶ ماهگی) غذای کمکی به کودک را شروع می کردند. هر سه متغیر مستقل با سن شروع خورانش خورا کیار وابستگی آماری معنی دار داشتند، (شترنگه ۲).

غذای خانواده عمده ترین غذائی بود که معمولاً بعنوان نخستین خورا کیار به کودک داده می شد (۴۴۲ مورد (۵۷/۵٪)). خورا کیارهای دیگر شامل شیر کمکی (۲۴/۸۴٪)، غذای آردی یا برنجی (۱۴/۴۱٪)، تخم مرغ (۵/۴۸٪)، سوپ گوشت و سبزی (۳/۹۸٪)، حبوبات پخته (۰/۷۵٪) و آب سیوه (۰/۳۲٪) بود. بین متغیرهای مستقل و نوع اولین خورا کیار برای تغذیه کودک وابستگی آماری معنی دار وجود داشت (شترنگه ۳).

جهت از شیرگیری دو روش تدریجی (۱۰۱ مورد (۱۹٪)) و ناگهانی (۴۳۰ مورد (۸۱٪)) مورد استفاده قرار می گرفت. از شیرگیری ناگهانی با مالیدن سوادی چون ترف، سوخته تریاک، صفرای گاو، فلفل، زنجبیل، که طعم تند یا تلخ دارند بر روی پستان (۱۰٪) یاسپاه کردن سینه (۳۰٪) انجام می شد و یا کودک کرا برای چند روز از مادر دور می کردند. شترنگه ۴ نشان می دهد که بین درآمد و طریقه از شیرگیری وابستگی آماری معنی دار وجود داشت، اما متغیرهای دیگر اثری نداشتند.

گفتگو

در بروز سوءتغذیه که یکی از بیماری های شایع کودکان در ایران می باشد عوامل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی نقش مؤثری دارد (۲). در بررسی حاضر علاوه بر روش های خورانش شیرخوار، برخی از عوامل مؤثر بر عادات و آداب غذایی در تغذیه کودک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. از آنجا که در گروهی از خانوارها پس از تولد کودک مدتی طول می کشد تا به او شیر بدهند، تعدادی از کودکان از دریافت آغوز محروم می شوند. پیروی از چنین روشی نه تنها از نقاط مختلف کشور بلکه از سایر نقاط دنیا نیز گزارش شده است (برای نمونه منابع ۳، ۴، ۵، ۹ و ۱۰). جالب این است که برخی از دلایل ذکر شده برای عدم خورانش آغوز، یعنی کثیف بودن، مانده بودن یا مضر دانستن آن برای کودک، نیز در کشورهای

مختلف مشابه هستند. با اینکه تعداد مادرانی که از شیر خود کود کشان را تغذیه نمی کردند بطورنسبی کم بود ($\frac{1}{6}$ کل مادران)، توصیه می شود از راههای مختلف، مادران درخورانش شیر خود به کودک ترغیب شوند. بعلاوه در مورد سن مناسب شروع خوراکیار نیز با توجه به داده های بدست آمده به نظر میرسد آگاه نمودن مادران لازم می باشد. در این میان افزایش سطح تحصیلات مادر، دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی اولیه می تواند کمک مؤثری باشند، زیرا با افزایش سطح تحصیلات مادر و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی اولیه، همانطور که در این مطالعه دیده شد، نسبت بیشتری از مادران غذای کمکی را در ۴ تا ۶ ماهگی برای کودک شروع کرده اند.

در این مطالعه همچنین مشاهده شد که میزان استفاده از شیر کمکی به عنوان اولین خوراکیار با کاهش میزان درآمد، کاهش می یافت. احتمالاً این امر به دلیل گران و کمیاب بودن این ماده غذایی بود. در بررسی های دیگر نیز این امر ملاحظه شده که کودکانی که از وضع اقتصادی-اجتماعی خوبی برخوردار بوده اند، مواد مغذی مکمل زیادی از جانشین های شیر مادر به شکل فرمولاسیون دریافت می کردند، در صورتی که کودکان با وضع اقتصادی اجتماعی پایین مواد مغذی مکمل را از غلات به دست می آورده اند (۶). زنانی که به خدمات بهداشتی درمانی اولیه دسترسی داشتند بیشتر از زنانی که به این خدمات دسترسی نداشتند از غذاهای آردی (غلات و حبوبات) به عنوان اولین خوراکیار استفاده می کردند. این امر ممکن است نتیجه آموزش توسط کارکنان خانه های بهداشت باشد. از سوادی که بطور وسیعی در منطقه مورد استفاده قرار می گرفت، غذای خانواده بود که با افزایش درآمد و دسترسی به خدمات بهداشتی و با افزایش سواد، میزان خورانش آن به کودک که به عنوان نخستین خوراکیار کاهش می یافت. با توجه به اینکه در برنامه غذایی روزانه تعدادی از خانوارها گروه گوشت و لبنیات وجود نداشت و با در نظر گرفتن این نکته که چنین موادی به دلیل دارا بودن پروتئین با کیفیت خوب برای رشد کودک لازم هستند، احتمالاً غذای چنین خانواده هایی نمی تواند برای کودک خوراکیار مناسبی (به عنوان نخستین خوراکیار) باشد. به علاوه مشاهده شد که زنانی که دارای تحصیلات متوسطه و بالاتر بودند، و زنانی که به ایشان خدمات بهداشتی ارائه می گردید، بیشترین تعداد را در میان خانم های دیگر در مورد انتخاب تخم مرغ به عنوان اولین خوراکیار داشتند. این موضوع بیانگر این نکته است که ممکن است این خانم ها از ارزش غذایی این ماده خوراکی با اطلاع باشند اما از زمان استفاده از آن برای تغذیه کودک آگاهی کافی نداشته باشند.

شترنگاه ۲- سن شروع خورانش خوراکیار (ماه) و متغیرهای مستقل

جمع تعداد و درصد از کل نمونه	درآمد سالانه (هزار تومان)***		جمع تعداد و درصد از کل نمونه	خدمات بهداشتی- درمانی اولیه در روستا***		جمع تعداد و درصد از کل نمونه	سطح تحصیلات مادر*			متغیرهای مستقل	
	≥ ۵۵	۳۵-۵۴		۱۵-۳۴	< ۱۵		ندارد	دارد	سطح تحصیلات		تخصصیات
۱۹۷	۷۱	۷۴	۳۷	۱۵	۱۳۲	۸۳	۲۱۵	۱۹	۴۱	۱۵۵	۱-۲
۲۵	۳۲	۲۵	۱۹	۲۰	۲۴	۲۲	۲۳	۲۵/۵	۲۰/۵	۲۱/۵	درصد
۳۳۰	۱۰۵	۱۲۳	۷۵	۲۷	۲۷۲	۱۳۱	۴۰۳	۴۱	۵۹	۳۰۳	تعداد
۴۲	۴۸	۴۱/۵	۳۸/۵	۳۶/۵	۴۹	۳۶/۵	۴۳/۵	۵۵/۵	۴۴	۴۲	درصد
۱۲۶	۲۲	۴۵	۴۴	۱۵	۸۶	۵۶	۱۴۲	۶	۱۳	۱۲۳	تعداد
۱۶	۱۰	۱۵	۲۲/۵	۲۰	۱۵/۵	۱۵	۱۵	۸	۹/۵	۱۷	درصد
۸۹	۱۴	۳۵	۳۰	۱۰	۵۷	۴۶	۱۰۳	۴	۱۳	۸۶	تعداد
۱۱/۵	۶/۵	۱۲/۵	۱۵/۵	۱۳/۵	۱۰/۵	۱۲	۱۱/۵	۵/۵	۹/۵	۱۲	درصد
۴۳	۸	۱۹	۹	۷	۵	۶۲	۶۷	۴	۸	۵۵	تعداد
۵/۵	۳/۵	۶/۵	۴/۵	۹/۵	۱	۱۶/۵	۷	۵/۵	۶	۷/۵	درصد
۷۸۵	۲۲۰	۲۹۶	۱۹۵	۱۴	۵۵۲	۳۷۸	۹۳۰	۷۴	۱۳۴	۷۲۲	تعداد
۱۰۰	۲۸	۳۷/۵	۲۵	۹/۵	۵۹/۵	۴۰/۵	۱۰۰	۸	۱۴/۵	۷۷/۵	درصد

* $P = . / . ۲۵$ و $P_T = . / . ۸۱$

** $P < . / . ۰۱$ و $P_T = . / ۲۱۶$

*** $P < . / . ۰۰۱$ و $P_T = . / . ۰۹$

سن شروع خوراکیار

شترنگه ۳- نوع اولین خوراکیار برای خورانش کودک و متغیرهای مستقل مطالعه

شترنگه ۳- نوع اولین خوراکیار	متغیرهای مستقل		سطح تحصیلات مادر *		جمع تعداد خدمات بهداشتی-درمانی		جمع درآمد سالانه ***		جمع تعداد و درصد از کل نمونه
	سطح تحصیلات	تخصصیلات	تخصصیلات	تخصصیلات ابتدایی متوسطه و بالاتر	اولیه در روستا **	دارد	ندارد	سطح درآمد	
شیر کمکی	تعداد	۶۳	۴۵	۲۳	۱۰۰	۲۶	۲۳	۶	۲۰
	درصد	۲۲/۵	۳۳/۵	۳	۲۷/۵	۲۳	۲۵	۱۹/۵	۶
غذای آردی (غلات)	تعداد	۱۰۰	۳	۱۰	۶۶	۷۵	۱۴۱	۹	۲۲
	درصد	۴۱	۲۳	۳/۳۱	۸/۱	۳/۳۱	۵۱	۱۱	۴۱
غذای خانواده	تعداد	۳۷۶	۳۳	۷۲	۷۴۱	۳۰۳	۱۵۳	۵۳	۷۱
	درصد	۵۲/۵	۴۳	۳۱	۶۳	۵۵	۷۴	۷	۶۳
سوپ گوشت و میزی	تعداد	۳۷۸	۶	۳	۳۱	۳۴	۷۴	۷	۳۷
	درصد	۵	۴/۵	۵/۵	۳	۶	۵	۵/۷	۵/۳
تخم مرغ پخته	تعداد	۴۲	۷	۶	۴۵	۴۱	۶۵	۵	۳۳
	درصد	۶	۲	۲/۶	۴۱	۴۱	۶۵	۵	۵/۵
جمع	تعداد	۷۲۲	۴۳۱	۴۸	۳۷۷	۵۵۲	۹۳۰	۸۲	۴۲
	درصد	۷۷/۵	۵/۴۱	۵/۴۸	۴۰/۵	۵/۶۵	۹۳/۵	۱۰	۵/۵

* P < .۰۰۱ و PT = .۱۰۸

** P < .۰۰۱ و PT = .۰۲۶

*** P < .۰۰۵ و PT = .۰۴۶

اگرچه مادران مورد مطالعه به مدت کافی به کودک شیر مادر می‌دادند اما بسیاری از آنها از نحوه درست از شیرگیری آگاهی نداشتند. استفاده از روش از شیرگیری ناگهانی با دور کردن کودک از مادر یا بکارگیری مواد آلوده و پیروی از یک خوراک نامناسب برای کودک می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در ابتلای کودک به ماسوموس باشد (۱۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است که متأسفانه بسیاری از زنان از روش‌های نامناسبی برای خورانش کودک استفاده می‌کنند. از جمله علل اتخاذ این روش‌های غلط باورهای نادرست همگان بر مبنای محرمانه سنتی و عادات فرهنگی یا تلقین و توصیه‌های اطرافیان است که غالباً از روی ناآگاهی و بدون اساس علمی می‌باشد. به نظر می‌رسد مناسب‌ترین راه برای رفع مشکلات ناشی از روش‌های غلط خورانش کودک، آموزش‌های تغذیه‌ای باشد. در اینجا به جرأت باید گفت که افزایش سطح تحصیلات مادر می‌تواند نقش مثبتی داشته باشد، چنانکه در این مطالعه نیز تأثیر مثبت سطح تحصیلات مادر بر روش‌های خورانش مشاهده شد. به علاوه اهمیت تحصیلات مادر در رابطه با سلامتی و رفاه عمومی کودک توسط دیگران تأکید شده است (۱۲). در چند مورد در بررسی کنونی ملاحظه شد که درآمد رابطه مثبتی با روش‌های خورانش کودک شیر خوار دارد. یک علت این امر ممکن است دستیابی بیشتر مادران در خانواده‌های با درآمد بالاتر به رسانه‌های گروهی از قبیل رادیو تلویزیون باشد که در سواردی برنامه‌های

شترنگه ۴- چگونگی از شیرگیری و متغیرهای مستقل مطالعه

جمع	ناگهانی		به تدریج		چگونگی از شیرگیری	متغیرهای مستقل
	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد		
						درآمد سالانه (هزار تومان) *
۱۰	۴۷	۳۶	۱۷	۶۴	۳۰	< ۱۰
۲۶	۱۲۰	۱۶	۲۰	۸۴	۱۰۰	۱۰-۳۴
۳۷	۱۷۶	۱۹	۳۴	۸۱	۱۴۲	۳۰-۵۴
۲۷	۱۲۸	۱۹	۲۴	۸۱	۱۰۴	≥ ۵۰
۱۰۰	۴۷۶	۲۰	۹۵	۸۰	۳۸۱	جمع (تعداد و درصد از کل نمونه)

تغذیه و بهداشت پخش می کنند. به این ترتیب پیشنهاد می گردد آموزش های لازم در زمینه تغذیه شیرخوار با شیر مادر، خورانش آغوز، آگاه کردن مادران از جوانب تغذیه ای و روانی از شیرگیری و ترتیب مناسب استفاده از خوراکیار در زمان از شیرگیری و زمان مناسب آن، به مادران داده شود. در این رابطه می توان از رسانه های گروهی و سیستم خدمات بهداشتی درمانی اولیه به خوبی استفاده نمود. در انتها لزوم بررسی روش های خورانش شیرخوار در سراسر کشور که دارای شرایط اقلیمی و محصولات غذایی و گروه های قومی گوناگون است احساس می شود تا بدین ترتیب اطلاعات لازم در مورد رفتار خورانش شیرخوار و جنبه های تغییر آن به دست آید و نیز عوامل مؤثر بر آن شناخته شود. این امر می تواند تدوین استراتژی های بهتری برای آموزش و تأثیرگذاری مثبت تر بر برخی روش های کنونی را امکان پذیر سازد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از جناب آقای دکتر ادیب پور رئیس شبکه و همه کارکنان شبکه بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان که با همکاری های فراوان خود اجرای این طرح پژوهشی را امکان پذیر ساختند صمیمانه سپاسگزاری می شود.

کتابنامه

- ۱- اداره مبارزه با بیماری های واگیر وریشه کنی مالاریا (۱۳۶۵) آمار جمعیت ، روستاها و دهستان های شهرستان سیرجان، استان کرمان، اردیبهشت ماه .
- ۲- بهرامی، م. (۱۳۶۶) سوء تغذیه، در: عزالدین زنجانی، ن (گردآورنده) مجموعه مقالات سیمینار تغذیه مادر و کودک، انتشارات دفتر هماهنگی برنامه های آموزش بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ص ۱۸۸-۱۶۸ .
- ۳- طایف محمودی، ح. (۱۳۵۶) عادات و عقاید در باره غذای مکمل نوزادان روستاهای بیستون، پایان نامه تحصیلی فوق لیسانس علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت- دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۴- کفاش سجیدی، پ. (۱۳۶۶) بررسی آذینهای خوراکی ساکنان روستاهای شهرستان لاهیجان، پایان نامه تحصیلی فوق لیسانس علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۵- گوهری انارکی، ر. (۱۳۵۶) عادات و عقاید در مورد تغذیه شیرخواران در کوی نهم آبان پایان نامه تحصیلی فوق لیسانس علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- 6- Bisgrove, E.Z., Popkin, B.M., and Barba, C. (1989) Infant feeding in the Philippines: A Cluster analysis approach, *Ecol. Food Nutr.*, 23: 75-90.
- 7- Christian, P., Abbi, R., Gujral, S., and Gopaldas, T. (1989) Socioeconomic Determinants of Child Nutritional Status in Rural and Tribal India, *Ecol. Food Nutr.*, 23: 31-38.
- 8- Jenkins, C.L., Orr-ewing, A.K., and Heywood, P.F., (1984). Cultural aspects of early childhood growth and nutrition among the AMELE of LOWLAND PAPUA NEW GUINEA, *Ecol. Food Nutr.*, 14: 261-275.
- 9- Morse, J.M. (1984) The cultural context of infant feeding in FIJI, *Ecol. Food Nutr.*, 14: 287-296

- 10- Nur, A.O., and Darton-Hill, I. (1985) Infant Feeding in Mogadishu, Somali, *Ecol. Food Nutr.*, 17: 219-229
- 11- Passmore, R., and Eastwood, M.A. (1986) *Human Nutrition and Dietetics* 8th ed., Churchill Livingstone, London, P: 280.
- 12- Powell, C.A., and Rantham-McGregor, S.G. (1985) The Ecology of Nutritional Status and Development in Young Children in Kingston, Jamaica, *Am. J. Clin. Nutr.*, 14: 1322-1331.
- 13- Wein, E.E., Sabry, J. H., and Evers, F.T. (1989). Food Health Beliefs and preferences of Northern Native Canadians, *Ecol, Food Nutr.*, 23: 177-188
- 14- Wright, M.G.M., and De Oliveria, J. E.D. (1989) Infant Feeding in a low income Brazilian Community, *Ecol. Food Nutr.*, 23: 1-12.