تأثیر کیفیت مراقبت‌های مادران و کودکان در مرگ کودکان زیریک‌سال شهرستان بجنورد

دکتربهمن نیکپور*: دانشیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت وانستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران
دکترحمیدرضا بهرامی طاقانکی: پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مشهد

فصلنامه پایش
سال دوم شماره دوم بهار ۱۳۸۲ صص ۱۱۱-۱۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۱۰/۲۱

چکیده

هدف از این مطالعه شناخت تأثیر کیفیت مراقبت‌های مادران در دوران بارداری و شیرخواران، در مرگ کودکان زیریک‌سال در شهرستان بجنورد، و ارایه راهکارهایی مناسب جهت بالا بردن کیفیت مراقبت‌ها ودرنهایت کاهش مرگ شیرخواران بود.

مطالعه به‌صورت مورد شاهدی (Case-control) در کودکان زیریک سالی که از سه سال قبل از مطالعه ساکن بجنورد بودند انجام گرفت. مجموعاً ۱۵۰ کودک زیریک‌سال در طی سال ۱۳۷۹ (۷۹/۱/۱ تا ۸۰/۱/۱) در منطقه فوت نمودند که به‌عنوان مورد ودر مقابل ۴۵۰ کودک به عنوان شاهد انتخاب شدند.

داده‌ها نیز از طریق پرسشنامه، مصاحبه با والدین، مراجعه به پرونده‌های بهداشتی مراکز بهداشتی- درمانی، اطلاعات موجود در ادارات ثبت احوال شهرستان، زایشگاه و تسهیلات زایمانی جمع آوری گردید.

نتایج حاصله نشان داد که در مورد کیفیت مراقبت دوران بارداری نه تنها هر کدام از فاکتورها (جدول شماره ۳) به تنهایی بلکه مجموع فاکتورهای خدماتی به‌طور معنی‌دار در کل شهرستان با مرگ کودکان ارتباط داشتند(P=۰/۰۰۰).

از طرف دیگر در مورد کیفیت مراقبت از شیرخواران، هر یک از خدمات به تنهایی و نیز در مجموع ارتباط معنی‌داری با مرگ شیرخوار در سال اول تولد داشتند(P=۰/۰۰۰۱).

با توجه به مطالب ذکرشده می‌توان چنین نتیجه گرفت که وجود این مشکل ضرورت پایش خدمات و ارزشیابی آن را در منطقه ایجاب می‌کند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت، مراقبت، مرگ

* نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی تهران، دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشتی، صندوق پستی ۶۴۴۶ – ۱۴۱۵۵
تلفن: ۶۱۱۲۵۳۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.3.4]

مقدمه

باوجود پیشرفت‌هایی که در سال‌های اخیر در زمینه پزشکی و بهداشت حاصل شده ولی هنوز هم سالانه تعداد زیادی از کودکان جهان قبل از یک‌سالگی فوت می‌کنند. تأسف بارتر آن که بیشتر این کودکان متعلق به کشورهایی در حال رشد هستند و این در حالی است که تعداد زیادی ازاین مرگ‌ها با امکانات فعلی قابل پیشگیری است.

در مطالعه‌ای که بین سال‌های ۹۸ – ۱۹۹۵ در ۲۹ بیمارستان در آرژانتین بر روی ۴۶۱۷۱ شیرخوار صورت گرفت، بیشترین علت مرگ، وزن کم هنگام تولد بود (Low Birth Weight-L. B. W.). همچنین بیشترین عامل خطر برای چنین تولدهایی عدم مراقبت کافی در زنان باردار بود[۱].

از طرفی در برنامه Healthy start ایالت هاوائی که برنامه‌ای جهت کاهش مرگ شیرخواران بود و از سال ۹۵ -۱۹۹۰ اعمال شد، عوامل خطر جهت مرگ شیرخواران عبارت بودند از: مراقبت‌های بارداری ناکافی، سابقه سقط و حاملگی ناخواسته (حاملگی‌های ناخواسته، خود بیشتر به علت عدم آموزش و مشاوره در امر تنظیم خانواده بوده است و اغلب منجر به سقط عمدی نیز شده بود[۲].

از طرف دیگر Furquim و همکارانش براساس مطالعه‌ای در سن پائولوی برزیل نشان دادند که بین محل زایمان وفوت کودک ارتباط معنی داری وجود دارد[۳].

همچنین مطالعه‌ای که در سال ۱۳۶۴ تحت عنوان ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در روستاهای آذربایجان انجام شد، نشان داد که باوجود فراهم بودن لوازم و تجهیزات فنی، وضعیت زنجیره سرما و پوشش واکسیناسیون در منطقه پایین بوده و این مسأله در مرگ کودکان زیر یک‌سال منطقه مؤثر بوده است[۴].

درشهرستان بجنورد در طی سال‌های ۷۹ - ۷۶ (سه سال قبل از مطالعه)، میزان مرگ شیرخواران (Infant Mortality Rate- I.M.R) ۶۰-۵۰ در هزار تولد زنده بوده و با روند بطئی کاهش داشته است. در انتهای سال ۱۳۷۸ این شاخص ۵۰/۱ در هزار تولد زنده بوده که با مقایسه ۳۳/۵ درهزار استان خراسان و ۲۶ در هزار کشور، به تنهایی زنگ خطری به بزرگی Topic of Problem List شهرستان و استان محسوب می‌شود[۵].

در مجموع و باتوجه به بالابودن مرگ شیرخواران در منطقه و تفاوت فاحش با شاخص‌های کشوری، اهمیت بررسی حاضر روشن می‌شود، به‌خصوص این که میزان مرگ کودکان زیر یک سال نشانه وضعیت بهداشتی و رفاه اجتماعی هر منطقه است.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات Health System Research و به‌صورت مورد شاهدی(Case-control)انجام شد. جمعیت مورد مطالعه نیز کودکان زیریکسالی بودند که خانواده آنها طی سه سال قبل از مطالعه ساکن بجنورد بوده‌اند.

گروه مورد، کودکان زیر یکسال فوت شده در شهرستان از ۷۹/۱/۱ لغایت ۸۰/۱/۱ بودند که ۱۵۰ مورد را شامل می‌شدند و گروه شاهد نیز کودکان متولد شده در شهرستان بجنورد بودند که براساس اطلاعات زایشگاه، تسهیلات زایمانی شهرستان و دفاتر ثبت وقایع حیاتی خانه‌های بهداشت و ثبت احوال در همان روز تولد کودک فوت‌شده گروه مورد به دنیا آمده و در حین پژوهش زنده بودند. در مجموع به‌ازای هر کودک مورد سه کودک شاهد با شرایط فوق به‌طور تصادفی انتخاب شدند (یعنی ۴۵۰ شاهد درمقابل ۱۵۰ مورد).

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: کلیه کودکانی که با احراز شرایطی غیر از سوانح و مسمومیت‌ها، فوت مادر بعد از یک‌ماهگی و کودکان مهاجر به منطقه فوت نموده‌اند (منظور از غیرمهاجرها کودکانی است که خانواده‌های آنها از ۷۶/۱/۱ در منطقه ساکن بوده‌اند). جمع آوری داده‌ها نیز از طریق پرسشنامه و به وسیله مصاحبه با والدین، مراجعه به پرونده‌های بهداشتی و اطلاعات موجود درادارات ثبت احوال شهرستان، زایشگاه و تسهیلات زایمانی تکمیل گردید. لازم به ذکر است که پرسشنامه قبلاً به صورت پایلوت در یکی از مراکز بهداشتی-درمانی تکمیل و پس از رفع نواقص مورد استفاده قرار گرفت. همچنین تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۴ نفر کارشناس مرکز بهداشت استان که آموزش دیده بودند صورت گرفت و جهت جلوگیری از Bias در جمع آوری اطلاعات، پرسشگرها به دو گروه تقسیم شدند که هر گروه مسئول تکمیل پرسشنامه‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.3.4]

گروه مورد یا شاهد بود. سپس اطلاعات، کدبندی و وارد کامپیوتر شد و نهایتاً از طریق نرم افزار Epi-info و با استفاده از شاخص Odds-ratio و همچنین χ^2 (و در مواردی تست دقیق فیشر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

کیفیت مراقبت بهداشتی شیرخواران (جدول شماره ۱) بر روی مرگ آنها مؤثر بود. همانطور که از اطلاعات ارایه‌شده در این جدول مشخص است برای کیفیت، ۱۲ فاکتور در نظر گرفته شد. در صورتی که ۹ مورد یا بیشتر مثبت بود، کیفیت مراقبت خوب، ۸- ۶ مورد مثبت، کیفیت مراقبت متوسط و کمتر از ۶ مورد مثبت، کیفیت مراقبت ضعیف برآورد شد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی کیفیت مراقبت از کودک بر اساس ۱۲ موضوع

	مورد						شاهد			
	مثبت		منفی		مورد ندارد*		مثبت		منفی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱- کودک قبل از فوت ماهی یک‌بار جهت مراقبت مراجعه می‌کرد؟	۵۳	۳۵	۲۷	۱۸	۷۰	۴۷	۴۴۳	۹۸	۷	۲
۲- آیا کودک در بدو تولد واکسینه شده است؟	۴۵	۳۰	۶۳	۴۲	۴۲	۲۸	۳۹۱	۸۷	۵۹	۱۳
۳- آیا مادر کودک در طول دوران بارداری و بعد از تولد در مورد تغذیه کودک آموزش دیده است؟	۵۹	۳۹	۹۱	۶۱	۰	۰	۴۱۸	۹۳	۳۲	۷
۴- آیا مادر کودک در طول دوران بارداری و بعد از تولد در مورد رشد کودک آموزش دیده است؟	۱۳	۹	۱۳۷	۹۱	۰	۰	۱۷۸	۳۹	۲۷۲	۶۱
۵- آیا مادر در مورد کارت منحنی رشد توجیه شده؟	۲۴	۱۶	۶۰	۴۰	۶۶	۴۴	۳۶۸	۸۲	۸۲	۱۸
۶- آیا پرونده بهداشتی برای نوزاد تشکیل شده و کارت ۷ و ۸ تحویل مادر شده؟	۶۵	۴۳	۱۹	۱۳	۶۶	۴۴	۴۴۹	۹۹/۷	۱	۰/۳
۷- آیا در هر نوبت مراقبت، وزن، قد و دور سر اندازه‌گیری شده؟	۶۳	۴۲	۲۱	۱۴	۶۶	۴۴	۴۴۸	۹۹/۵	۲	۰/۵
۸- آیا داروهای شاخه بهداشتی (آهن و مولتی‌ویتامین) به مادر تحویل شده؟	۴۲	۲۸	۳۸	۲۵	۷۰	۴۷	۴۴۰	۹۸	۱۰	۲
۹- آیا تجهیزات لازم (ترازوی اطفال و متر) در محل کار وجود دارد؟	۱۱۹	۷۹	۳۱	۲۱	۰	۰	۴۵۰	۱۰۰	۰	۰
۱۰- آیا خصوصیات رشد کودک روی منحنی رشد ترسیم شده؟	۶۲	۴۱	۲۲	۱۵	۶۶	۴۵	۴۴۵	۹۹	۵	۱
۱۱- در صورت عدم مراجعه مادر، آیا پی‌گیری لازم از طریق کارمند بهداشتی صورت گرفته؟	۸۷	۵۸	۳۹	۴۲	۲۴	۱۶	۳۹۰	۸۷	۶۰	۱۳
۱۲- آیا مادر قادر به تفسیر منحنی رشد هست؟	۹	۶	۷۵	۵۰	۶۶	۴۴	۲۳۰	۵۱	۲۲۰	۴۹

*منظور، شیرخواران تا یک‌ماهگی هستند که چون بسیاری از خدمات در مورد آنها صدق نمی‌کرد، جداگانه منظور شده و با سایر موارد محاسبه نشدند.

میزان کیفیت نیز در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود، ۳۴ درصد از گروه مورد و ۰/۴ درصد از گروه شاهد مراقبت ضعیف داشتند و در مقابل در ۲۸ درصد از گروه مورد و ۹۳/۶ درصد از گروه شاهد از مراقبت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.3.4]

خوب برخوردار بوده‌اند. نتایج تحلیل داده‌های حاصل در کل شهرستان نیز نشان داد که بین کیفیت مراقبت بهداشتی کودک و فوت او در این مطالعه ارتباط معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۰۰۱). لبته این ارتباط در مورد شهر (P<۰/۰۰۰۱) و مراقبت با کیفیت خوب، ۸- ۶ مورد متوسط وکمتر از ۶ مورد مثبت به‌عنوان مراقبت ضعیف تلقی شد.

همچنین نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که ۲۷ درصد مادران گروه مورد و ۲ درصد مادران گروه شاهد مراقبت با کیفیت ضعیف داشته‌اند (جدول شماره ۴) و نیز ۵۲ درصد مادران گروه مورد و ۹۴ درصد مادران گروه شاهد در رده مراقبت بارداری با کیفیت خوب قرار گرفتند.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی سطح کیفیت مراقبت بهداشتی کودک در کل شهرستان

		مورد		شاهد		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شهر	خوب	۶	۲۷	۶۲	۹۴	<۰/۰۰۰۱
	متوسط	۶	۲۷	۲	۳	
	ضعیف	۱۰	۴۶	۲	۳	
	جمع	**۲۲**	**۱۰۰**	**۶۶**	**۱۰۰**	
روستا	خوب	۳۶	۲۸	۳۶۰	۹۴	<۰/۰۰۰۱
	متوسط	۵۱	۶۰	۲۴	۶	
	ضعیف	۴۱	۳۲	۰	۰	
	جمع	**۱۲۸**	**۱۰۰**	**۳۸۴**	**۱۰۰**	
کل شهرستان	خوب	۴۲	۲۸	۴۲۲	۹۳/۶	<۰/۰۰۰۱
	متوسط	۵۷	۳۸	۲۶	۶	
	ضعیف	۵۱	۳۴	۲	۰/۴	
	جمع	**۱۵۰**	**۱۰۰**	**۴۵۰**	**۱۰۰**	

روستا (P<۰/۰۰۰۱) نیز به‌طور جداگانه معنی‌دار بود. همچنین بررسی این داده‌ها نمایانگر آن بود که کیفیت مراقبت ضعیف و متوسط در مرگ شیرخوار مؤثر بوده (Odds ratio=۱۱/۶۳, 95%CI=۲/۴۹-۷۰۷۴) و مقایسه کیفیت مراقبت بهداشتی خوب و ضعیف نیز ارتباط معنی‌دار داشت (Odds ratio=۳۸۴/۳۲, 95%CI=۸۴/۹۶-۲۴۱۱/۷۱). به عبارت دیگر، کیفیت مراقبت، یک عامل مهم در زمینه پیامد مرگ کودک محسوب می‌شود.

کیفیت مراقبت مادر در طول بارداری نیز یک عامل خطر قوی برای کودک در سال اول تولد محسوب می‌شود. در این مطالعه همانطور که از جدول شماره ۳ بر می‌آید، ۱۲ عامل برای کیفیت درنظرگرفته شد و احراز ۹ مورد مثبت یا بیشتر به‌عنوان

از طرفی نتایج تحلیل داده‌ها در کل شهرستان، مؤید یک ارتباط معنی‌دار بین کیفیت مراقبت بهداشتی در طول بارداری و فوت کودک تا یکسالگی است (P=۰/۰۰۰). البته این رابطه به‌صورت جداگانه در مورد شهر (P=۰/۰۰۱) و روستا (P=۰/۰۰۰) نیز معنی‌دار بود. ضمن آن که مقایسه سطوح مختلف کیفیت مراقبت نشان داد که بین کیفیت ضعیف و متوسط (Odds ratio=۲/۶۵, 95%CI=۰/۹۶-۷/۴۳) و نیز بین سطوح ضعیف و خوب (Odds ratio=۲۴/۷۱, 95%CI=۱۱/۰۱-۵۷/۰۸) ارتباط معنی‌دار بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.3.4]

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی کیفیت مراقبت مادر بر اساس ۱۲ موضوع

	مورد						شاهد					
	مثبت		منفی		مورد ندارد*		مثبت		منفی		مورد ندارد*	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱- آیا مادر از بدو حاملگی تحت مراقبت بوده است؟	۶۷	۴۵	۸۳	۵۵	-	-	۳۷۷	۸۲	۷۳	۱۸	-	-
۲- آیا برای مادر پرونده بهداشتی تشکیل شده؟	۱۰۹	۷۳	۴۱	۲۷	-	-	۴۴۱	۹۸	۹	۲	-	-
۳- آیا مادر از ماه ۵ قرص آهن دریافت کرده؟	۸۷	۵۸	۶۳	۴۲	-	-	۴۲۳	۹۴	۲۷	۶	-	-
۴- آیا آزمایشات دوران بارداری برای مادر انجام شده؟	۷۸	۵۲	۷۲	۴۸	-	-	۳۸۹	۸۶	۶۱	۱۴	-	-
۵- آیا واکسیناسیون کزاز مادر انجام شده؟	۱۱۸	۷۹	۳۲	۲۱	-	-	۴۴۵	۹۹	۵	۱	-	-
۶- آیا مأمور بهداشتی، در مورد محل زایمان به مادر توصیه کرده؟	۱۰۷	۷۱	۴۳	۲۹	-	-	۴۳۸	۹۷	۱۲	۳	-	-
۷- آیا در هر نوبت مراقبت، وزن، فشار خون و ادم مادر اندازه‌گیری شده؟	۱۰۹	۷۳	۴۱	۲۷	-	-	۴۴۰	۹۸	۱۰	۲	-	-
۸- آیا مادر در طی حاملگی افزایش وزن طبیعی داشته؟	۶۸	۴۵	۸۲	۵۵	-	-	۳۶۴	۸۱	۸۶	۱۹	-	-
۹- آیا مادر برای زایمان به مامای دوره‌دیده مراجعه کرده؟	۹۴	۶۳	۵۶	۳۷	-	-	۴۰۷	۹۰	۴۳	۱۰	-	-
۱۰- در صورتی که حاملگی مادر در گروه پر خطر بوده، آیا مادر توسط پزشک معاینه شده؟	۳۶	۲۴	۴۶	۳۱	۶۸	۴۵	۸۴	۱۹	۷	۲	۳۵۹	۷۹
۱۱- آیا مادر آموزش کافی در مورد خطرات بارداری دیده؟	۲۲	۱۵	۱۲۸	۸۵	-	-	۱۴۵	۳۲	۳۰۵	۶۸	-	-
۱۲- آیا مادر در مورد محل زایمان آموزش کافی دیده؟	۱۰۸	۷۲	۴۲	۲۸	-	-	۴۳۸	۹۷	۱۲	۳	-	-

*منظور، شیرخواران تا یک‌ماهگی هستند که چون بسیاری از خدمات در مورد آنها صدق نمی‌کرد، جداگانه منظور شده و با سایر موارد محاسبه نشدند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.3.4]

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی سطح کیفیت مراقبت بهداشتی مادر در کل شهرستان

		مورد		شاهد		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شهر	خوب	۱۳	۵۸	۶۱	۹۲/۵	۰/۰۰۱
	متوسط	۶	۲۸	۳	۴/۵	
	ضعیف	۳	۱۴	۲	۳	
	جمع	**۲۲**	**۱۰۰**	**۶۶**	**۱۰۰**	
روستا	خوب	۶۵	۵۱	۳۶۲	۹۳/۵	<۰/۰۰۰۱
	متوسط	۲۵	۱۹/۵	۱۵	۴/۵	
	ضعیف	۳۸	۲۹/۵	۷	۲	
	جمع	**۱۲۸**	**۱۰۰**	**۳۸۴**	**۱۰۰**	
کل شهرستان	خوب	۷۸	۵۲	۴۲۳	۹۴	<۰/۰۰۰۱
	متوسط	۳۱	۲۱	۱۸	۴	
	ضعیف	۴۱	۲۷	۹	۲	
	جمع	**۱۵۰**	**۱۰۰**	**۴۵۰**	**۱۰۰**	

بحث و نتیجه‌گیری

ارایه خدمات بهداشتی با کیفیت خوب و قابل قبول در تامین و ارتقای سلامتی و کاهش موارد ابتلا و مرگ شیرخواران مؤثر است. باتوجه به این که مادران وکودکان دو قشر آسیب پذیربوده و ارایه خدمات به آنها از اولویت خاصی برخوردار است، لذا توجه به کیفیت خدمات، پایش و ارزشیابی آن اهمیت زیادی دارد.

غالب مطالعات انجام‌شده در کشورهای پیشرفته یا در حال توسعه نیز مؤید این نکته است که کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و انجام عملیات مراقبتی عامل مهمی در جلوگیری از مرگ کودکان در سال اول زندگی است[۶، ۷ و ۸].

درمنطقه مورد بحث باتوجه به بالابودن مرگ شیرخواران (۵۰/۱ درهزار) در مقایسه با ۳۳/۵ درهزار در استان خراسان و ۲۶ درهزار کشوری در سال ۱۳۷۸[۵] این مطالعه صورت گرفت.

همانطور که نتایج نشان داد کیفیت خدمات هم در مورد مادران باردار و هم در مورد شیرخواران در مرگ سال اول تولد مؤثر بود. کیفیت خدمات هم برای هرکدام از فاکتورهای خدماتی به تنهایی و هم مجموع خدمات در شهرستان بجنورد ارتباط معنی داری با مرگ شیرخواران در سال اول تولد نشان داد. فاکتورهایی که به عنوان کیفیت خدمات درنظرگرفته شد جزء دستورالعمل‌های مراقبتی کودکان و مادران است که متأسفانه با این که همه ساده به‌نظر می‌رسند ولی به‌خوبی اعمال نشده‌اند. لذا برای کاهش مرگ کودکان در منطقه در کوتاه مدت شناسایی کودکان و مادران در معرض خطر، کنترل و پایش خدمات و مشارکت مردم می‌تواند مؤثر باشد. در درازمدت نیز ایجاد سازمان‌های واحد و یک‌پارچه حمایتی در سطح ملی و گسترش آموزش‌های همگانی بهداشتی در قالب آموزش عمومی و از نظر مدیریتی پایش و ارزشیابی خدمات کارساز خواهد بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.3.4]

منابع

۱- مرکز بهداشت استان خراسان، واحد آمار و رایانه، بررسی سه ساله شاخص‌های بهداشتی شهرستان‌های تابعه دانشگاه مشهد ۱۳۷۷-۱۳۷۹

۲- ملک‌افضلی حسین، وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، چاپ و نشر بنیاد، تهران، ۱۳۷۱

3- Anonymous M Risk adjusted and population based studies of the outcome for high risk infants in Scotland and Australia. Archive of Child, Fetal and Neonatal Disease 2000; 82: 118- 23

4- Bortman M. Risk factors for low birth weight. Review Panam Salud Publication 1998; 3: 314- 21

5- Berzerra D, Guimaraes MJ. Infant mortality and social at Recife the Metropolis of the Mortality of the North. East of the Brazil Sate 2000; 10: 1117-21

6- Campos TP. Infant mortality in Rio De Janeiro, Brazil: risk areas and distance traveled by patient's to get to health care facilities. Review Paumam Salud Publication 2000; 8: 164- 71

7- Duggan A. Hawaii's healthy start of home visitint for at risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. Journal of the Ambulatory Pediatric. Association 1998; 105: 250-59

8- Fur guim C. Neonatal mortality by place of delivery in san paulo Brazil. Journal of Epidemiology and Community Health 2000; 54: 879-84

9- McCusker D. Native American infant mortality in Wisconsin. Wisconsin Medical Journal 2000; 99: 50-52

10- Moctezuma H. Perinatal mortality in Colimacol case-control study. Ginecology and Obstetric journal of Mexico 2000; 68: 207-11

11- Rasmussen Z. Case management of childhood pneumonia in developing countries: recent relevant research and current initiatives. Internal Journal of Tuberculosis Lung Diseases 2000; 4: 807-26

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.2.3.4]