مقـــاله تحقیقی

بررسی رابطه دندانی شیری در کودکان تغذیه شده با شیر مادر

کتایون سالم [۱]، جوانه وجدانی [۲*]، ساناز اسپیدکار [۳]، سبا آقایی [۱]

[۱] استادیار دانشکده دندان پزشکی آزاد اسلامی، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران

[۲] استادیار دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

[۳] دندان پزشک، دانشکده دندانپزشکی گیلان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: رشت، جاده لاکان، دانشگاه‌علوم‌پزشکی‌گیلان،دانشکده‌دندانپزشکی

نشانی الکترونیک: jvejdani@yahoo.com

چکیده

زمینه: تاثیر الگوهای مختلف شیرخوارگی نوزادان بر روی شکل گیری اکلوژن دندانی یکی از موارد مورد بحث و بررسی می باشد. با توجه به فقدان نتایج مشخص در این رابطه، هدف از انجام این مطالعه، تعیین روابط دندانی در کودکان تغذیه شده با شیر مادر و مقایسه آن با شیشه شیر در دندانهای شیری بود.

روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی و بر روی ۳۱۶ کودک ۵-۴ ساله انجام گرفت. مبنای این مطالعه بر اساس معاینه کلینیکی و پرسشنامه بود. معاینه در مهدکودک، در وضعیت نشسته و در معرض نور طبیعی انجام گرفت. رابطه دندانی، وضعیت اورجت(بیرون زدگی دندانهای قدامی بالا)، اوربایت (میزان پوشش دندانهای قدامی پایین بوسیله دندانهای قدامی بالا) و کراس بایت (اختلال در پوشش دندانهای خلفی پایین توسط دندانهای خلفی بالا) از طریق مشاهده مستقیم مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه ها براساس نوع و مدت تغذیه با شیرمادر یا شیشه شیر توسط مادران تکمیل شد.کودکان دچار عادات دهانی، پوسیدگی های وسیع، دندان های کشیده و یا سابقه تروما به ناحیه فک و صورت ازمطالعه حذف شدند. داده های جمع آوری شده توسط آزمونهای آماری Chi-square و One –way Anova مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: این مطالعه ارتباط آماری معنی داری بین تغذیه با شیر خشک و اورجت افزایش یافته (P-value = ۰/۰۴۸) و وقوع اکلوژن دیستال استپ را نشان داد (P-value = ۰/۰۰۱). طول مدت شیر خوارگی با هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی ارتباط معنی داری نشان نداد.

نتیجه گیری: در کودکانی که ازشیر مادر تغذیه می کردند، اورجت نرمال ورابطه مزیال استپ بیشتر مشاهده شد .

واژه های کلیدی: اکلوژن دندانی، دندان‌های شیری، شیر مادر، شیشه شیر

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

مقدمه

شیر مادربهترین و مناسب ترین غذا برای کودک تا سن یک سالگی است. (۱). از آنجائیکه مکیدن تنها روش اصلی تغذیه ای کودک در دوران نوزادی می باشد و از طرفی بر تکامل و رشد کمپلکس ماگزیلومندیبولار نیز اثر گذار است، بررسی نوع روش تغذیه ای در دوران نوزادی از اهمیت ویژه ای برخوردار می گردد (۴-۲) . به لحاظ تئوری عضلات و اسکلت کرانیوفاسیال در دو نوع روش تغذیه با شیر مادر و شیشه شیر به طور متفاوتی فعال می شوند. در روش تغذیه با شیر مادر عضلات صورت فعالیت بیشتری نشان داده و حرکت لب ها و زبان نیز بیشتر از زمان مکیدن شیشه شیر است. در مکیدن شیر از سینه مادر، کودک نوک پستان را توسط زبان به کام سخت فشرده و با حرکت نبضی شیر را می مکد. در مکیدن شیشه شیر، کودک نوک شیشه را با حرکت شبه پیستونی به کام سخت فشار می دهد. در این حالت فعالیت مکشی قویتری روی لبها و گونه و نیروهای قویتری روی کام وجود دارد.در عین حال قوام بیشتر سر شیشه شیر در مقایسه با سینه مادر، فشار رو به بالای بیشتری را از طرف زبان، جهت خارج کردن شیر از شیشه نسبت به پستان مادر نیاز دارد که می تواند با کاهش رشد عرضی کام و افزایش احتمال اپن بایت قدامی همراه باشد. (۶ و۵). تعدادی از مطالعات، تغذیه از سینه مادر را یک فاکتور محافظت کننده در مقابل مال اکلوژن گزارش کرده اند. همچنین افزایش مدت تغذیه از سینه مادر با کاهش نسبت کودکان دارای مال اکلوژن و نیازمند به درمان ارتدنسی مرتبط بوده است (۸و۷و۳و۲). در مقابل،گزارشاتی مبنی بر فقدان ارتباط میان مدت زمان تغذیه از سینه مادر در سال اول تولد و پارامتر های اکلوزالی و قوس دندانی نیز وجود دارد (۹). گزارش های مختلفی درمورد اشکال مختلف مال اکلوژن (اپن بایت قدامی و کراس بایت خلفی) در مورد عادات غیر تغذیه ای از جمله مکیدن انگشت وجود دارد، لکن در مورد عادات تغذیه ای (استفاده از شیشه شیر یا سینه مادر) مطالعات منتشر شده محدود می باشد (۹-۲). با درنظر گرفتن اینکه روش تغذیه با شیر مادر بر اساس آموزه های دینی توصیه شده و همچنین سازمان جهانی بهداشت به دلیل تاثیرات مثبت تغذیه با شیر مادر از جهات گوناگون عاطفی و نیز مقاومت در برابر بیماریها آن را روش ارجح تغذیه نوزادی معرفی نموده و وجود ابهامات در تاثیر روش تغذیه ای دوران نوزادی در رشد فک و صورت، بر آن شدیم تا اثر عادات تغذیه ای شامل مکیدن سینه مادر و شیشه شیر را در تکامل اکلوژن دندان های شیری مورد بررسی قرار دهیم.

روش کار

این تحقیق از نوع توصیفی-تحلیلی و جامعه مورد بررسی شامل ۳۱۴ کودک ۵-۴ ساله بود . شرکت کنندگان از ۲۱مهد کودک خصوصی و بهزیستی شهر رشت و از هر مهد کودک ۱۵ نفر بطور تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به مطالعه Viggiano و همکاران (۶) و براساس OR =۲/۴۳ و۱۸% = P، محدوده اطمینان ۹۵٪ وقدرت آزمون ۹۵٪ به تعداد ۳۱۴ نفربرآورد شد. معیار های خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود:

داشتن عادات دهانی مثل مکیدن انگشت، پستانک، تنفس دهانی، داشتن یک یا تعدادی دندان شیری کشیده شده، وجود پوسیدگی‌های وسیع و بین دندانی، سابقه تروما به کمپلکس کرانیوفاسیال، فقدان مادرزادی دندان و دارا بودن سیستم دندانی مختلط.

پس از درج مشخصات فردی کودک در پرسشنامه، سطح دندان ها به کمک گاز استریل پاک شده و معاینه توسط آینه یکبار مصرف در یک اتاق مناسب با نور طبیعی صورت گرفت. موارد ثبت شده شامل رابطه مولر های شیری (مزیال استپ، دیستال استپ و فلاش ترمینال)، میزان اورجت (مقدار نرمال حدود ۲ میلیمتر) و میزان اوربایت (مقدار نرمال۲ میلیمتر، درتماس لبه انسیزال ثنایای شیری پایین با سطح پالاتال ثنایای شیری بالا در سنتریک اکلوژن) بود (۱۰). همزمان پرسشنامه ای توسط والدین کودکان مورد معاینه پر می شد که شامل اطلاعاتی در مورد سن کودک، جنسیت، شغل و میزان تحصیلات والدین، تعداد فرزندان خانواده، نوع تغذیه کودک در سنین شیرخوارگی (سینه مادر، شیشه شیر و یا ترکیبی از هر دو) و طول مدت تغذیه با شیر و سن شروع شیرخوارگی ترکیبی (زمان شروع و طول مدت) بود.

اطلاعات پس از جمع آوری به نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ منتقل شد و ارتباط اکلوژن کودکان با نوع تغذیه(شیر مادر یا شیشه شیر) توسط آزمون آماری کای دو مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. به منظور تعیین ارتباط سن والدین با نوع شیر مصرفی کودک از آزمون One-way Anova استفاده شد.

یافته ها

این مطالعه بر روی ۳۱۶ کودک۵-۴ ساله شامل (۴۹/۷%)۱۵۷دختر و (۵۳/۳%)۱۵۹پسر انجام گردید.از این تعداد۵۸/۲% از شیر مادر، ۱۴/۹%از شیر خشک و ۲۵/۹% ترکیبی از شیرمادر و شیر خشک استفاده کرده بودند. جدول شماره ۱ توزیع کودکان مورد مطالعه به تفکیک جنسیت، تعداد فرزندان و مدت تغذیه را با نوع شیرمصرفی نشان می دهد.آزمون کای- دو ارتباط آماری معنی داری میان نوع شیر مصرفی با جنسیت ویا مدت تغذیه را نشان

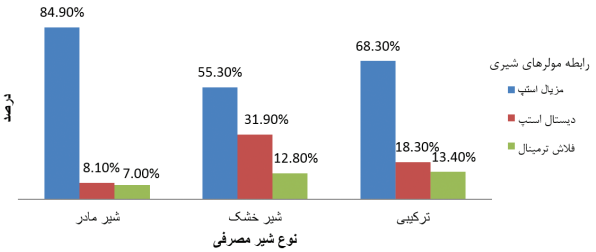
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

نمی داد، ولی میان تعداد فرزندان خانواده و الگوی شیردهی با شیر مادر رابطه آماری معنی داری وجود داشت. به این ترتیب که درخانواده های دارای یک فرزند، تغذیه کودک با شیر مادر بیشتر مشاهده می‌شد. بین شغل مادر و روش شیردهی ارتباط معنی داری بدست آمد، بطوریکه در مادران خانه دار تغذیه با شیر مادر بیشتر از سایر گروهها بود ولی رابطه معنی داری میان تحصیلات مادر و یاشغل پدر با نوع روش شیر دهی مشاهده نگردید. (جدول۱).

جدول ۱ .توزیع فراوانی نوع شیر مصرفی بر حسب عوامل دموگرافیک

عوامل دموگرافیک		شیرمادر	شیر خشک	ترکیبی	سطح معنی داری
جنسیت	پسر	۹۸ (٪۵۲/۴)	۲۲(٪۴۶/۸)	۳۹(٪۴۷/۶)	۰/۶۶
	دختر	۸۹(٪۴۷/۶)	۲۵(٪۵۳/۲)	۴۳(٪۵۲/۴)	
تعداد فرزندان	۱	۱۲۹(٪۶۹)	۲۷(٪۵۷/۵)	۱۰(٪۵۸/۸)	* ۰/۰۴
	۲	۴۸(٪۲۵/۵)	۱۴(۲۹/۸٪)	۶(٪۳۵/۳)	
	۳وبیشتر	۱۰(٪۵/۵)	۶(٪۱۲/۷)	۱(٪۱/۲)	
طول مدت شیرخوارگی	کمتر از دوسال	۱۴۱(٪۷۵/۴)	۳۴(٪۷۲/۴)	۵۷(٪۶۹/۵)	۰/۵۹
	بیشتر از دوسال	۴۶(٪۲۴/۶)	۱۳(٪۲۷/۶)	۲۵(٪۳۰/۵)	
شغل مادر	خانه دار	۹۸(٪۵۲/۵)	۱۹(٪۴۰/۴)	۱۸(٪ ۲۲)	*۰/۰۰۱
	کارمند	۷۸(٪۴۱/۷)	۲۴(٪۵۱/۱)	۵۵(٪۶۷/۱)	
	آزاد	۱۱(٪۵/۸)	۴(٪۸/۵)	۹(٪۱۰/۹)۹	
تحصیلات مادر	زیردیپلم	۱۲(٪۸۰)	۱(٪۲/۱۲)	۲(٪۲/۴)	۰/۰۷
	دیپلم	۵۳(٪۶۸/۸)	۱۱(٪۲۳/۴)	۱۳(٪۱۵/۹)	
	لیسانس وبالاتر	۱۲۲(٪۵۴/۴)	۳۵(٪۷۴/۴)	۶۷(٪۸۱/۷)	
شغل پدر	کارمند	۱۰۷(٪۵۷/۲)	۲۵(٪۵۳/۲)	۵۳(٪۶۴/۶)	۰/۱۱
	آزاد	۸۰(٪۴۲/۸)	۲۱(٪۴۶/۸)	۲۹(٪۳۵/۴)	
سن مادر		۳۳۰۹ ± .۴/۷۹	۳۴/۷ ± ۵/۲۸	۳۴/۱۶ ± ۵/۰۸	۰/۰۶
سن پدر		۳۷/۵ ± ۵/۶۷	۳۹/۳± ۵/۴۵	۳۷/۷۱ ± ۵/۲۷	۰/۱۴
جمع		۱۸۷(٪۱۰۰)	۴۷(٪۱۰۰)	۸۲(٪۱۰۰)	

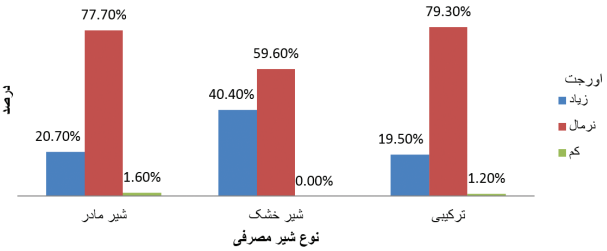
شکل شماره ۱ فراوانی روابط اکلوزالی شیری در کودکان با دو الگوی شیر مصرفی را نشان می‌دهد. بین رابطه مولرهای شیری و نوع تغذیه ارتباط معنی‌داری وجود داشت. درکودکانی که از شیرمادر تغذیه می‌کردند، رابطه مزیال استپ بیشتر مشاهده شد ولی در گروه شیرخشک درصد دیستال استپ بیشتر بود (P>۰/۰۰۱)



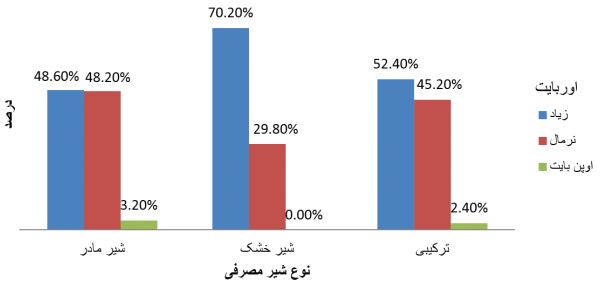
شکل شماره۱ :فراوانی روابط اکلوزالی دندانهای شیری در کودکان باانواع الگوی شیر مصرفی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

شکل شماره ۲ ارتباط معنی داری بین نوع شیر مصرفی و نوع اکلوژن را نشان می دهد. در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌کردند، اورجت نرمال بیشتر مشاهده می‌شد (P=۰/۰۴۸). ارتباط آماری معنی داری بین اوربایت و نوع تغذیه شیرخواری مشاهده نشد (P=۰/۱۰۴) (شکل شماره۳) .همچنین هیچ موردی از کراس بایت قدامی یا خلفی در کودکان مشاهده نگردید.



شکل شماره ۲: تعیین فراوانی انواع اورجت (بیرون زدگی دندانهای قدامی بالا) در کودکان با سه الگوی شیر مصرفی



شکل شماره ۳ :تعیین فراوانی انواع اوربایت (پوشش دندانهای قدامی بالا بر قدامی پایین)در کودکان با سه الگوی شیر مصرفی

بحث

این پژوهش به روش گذشته‌نگر با هدف تعیین اثرات تغذیه با شیرمادر و شیشه شیر بر روی اکلوژن دندان‌های شیری در جمعیت کودکان ۴ تا ۵ ساله مهدکودک ها وکودکان مراجعه کننده به کلینیک دانشکده دندانپزشکی شهر رشت انجام شد.بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق ، ۵۸/۲% از کودکان مورد مطالعه فقط با شیر مادر، ۱۴/۹% فقط با شیر خشک و ۲۵/۹ % با روش ترکیبی تغذیه شده بودند.

انتخاب نحوه تغذیه (شیر مادر یا شیر خشک) با تعداد فرزندان خانواده ارتباط معنی دار نشان داد به طوری که با افزایش تعداد فرزندان خانواده، نوع تغذیه کودک بیشتر به استفاده از شیر خشک متمایل بودکه با یافته های Taylor و همکاران همسویی داشت که در آن مطالعه نیز با افزایش تعداد فرزندان فراوانی تغذیه کودک از سینه مادر کاهش می یافت (۱۱).

مطالعه ما ارتباط میان سطح تحصیلات مادران و انتخاب نوع روش شیردهی را نشان نداد که با یافته های به دست آمده با مطالعه Motee و همکاران همسویی داشت (۱۲). این امر را می توان به تغییر عقاید مادران و عدم تمایل به روش های سنتی تر در تغذیه کودک با افزایش سطح تحصیلات آن ها ویا اشتغال مادران با تحصیلات بالاتر مرتبط دانست. البته این یافته برخلاف نتایج دو مطالعه انجام شده توسط Taylor و همکاران در سال های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۸ می باشد که گزارش کرده اند که با افزایش تحصیلات مادر شیوع و طول مدت شیردهی از سینه مادر افزایش می یابد. در این دو مطالعه حجم نمونه بسیار بالا (۲۱۱۵ نفر) و مادران با محدوده سنی بسیار وسیع (۱۵ تا ۴۴ سال) و مقایسه تحصیلی بالاتر و پایین تر از دبیرستان در نظر گرفته شده بود (۱۳و۱۱).

بررسی ارتباط میان وضعیت اشتغال مادران و نوع تغذیه کودک نشان داد که ۷۲/۶%از مادران خانه دار، کودک را منحصرا با شیر خود تغذیه می‌کردند. در گروه مادران شاغل این درصد پایین تر بود و الگوی تغذیه ترکیبی شیر مادر و شیر خشک افزایش می یافت. به نظر می رسد که مادران شاغل به علت عدم حضور مداوم در منزل از روش های دیگری مانند شیشه شیر برای تغذیه کودک خود استفاده می کنند. بنابراین شیوع تغذیه با سینه مادر در میان مادران شاغل کمتر می باشد (۱۵و۱۴و۱۲). بر خلاف مادران، ارتباط معنی داری میان شغل پدر و نوع تغذیه شیرخوارگی به دست نیامد که در این زمینه نتایج متناقضی در منابع گزارش شده است. این یافته‌ها همراستا با مطالعه ضیایی و همکاران (۱۶) و غیر همسو با مطالعه کمالی و همکاران (۱۷) می باشدکه به نظر می رسد در مطالعه کمالی و همکاران علت تفاوت یافته‌ها تخصیص دادن شغل پدر به دو گروه مرتبط و غیر مرتبط با پزشکی باشد.

یکی از یافته های مطالعه حاضر، وجود ارتباط میان نوع اورجت (بیرون زدگی دندانهای قدامی بالا) والگوی شیر مصرفی بود. در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می کردند، فراوانی نسبی اورجت نرمال نسبت به افرادی که از شیر خشک تغذیه می کردند بیشتر بود که با یافته های Sum و همکاران و Viggiano و همکاران هماهنگ بود (۱۸و ۶). بر اساس مطالعه Sum و همکاران در کودکانی که بیش از۶ ماه تنها از سینه مادر تغذیه می کردند احتمال اورجت افزایش یافته، به شکل معنی داری کمتر بود (۱۸). بر خلاف نتایج حاصل از مطالعه حاضر، Jabbar و همکاران گزارش کردند که تغذیه از شیشه شیر به تنهایی ارتباط مستقیمی با افزایش اورجت در دندان های شیری ندارد و چون احتمال استفاده و مکیدن پستانک درکودکانی که از شیشه شیر تغذیه می کنند بیشتر است، می تواند در این زمینه دخیل باشد (۱۹). همانطور که می دانیم مکانیزم مکیدن در این دو

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

نوع الگوی شیر خوارگی متفاوت است . در مکیدن شیر از سینه مادر، کودک نوک پستان را توسط زبان به کام سخت فشرده و با حرکت نبضی شیر را می مکد. در مکیدن شیشه شیر، کودک نوک شیشه را با حرکت شبه پیستونی کام سخت فشار می دهد. در این حالت فعالیت مکشی قویتری روی لبها و گونه و نیروهای قویتری روی کام وجود دارد. قوام بیشتر نوک شیشه شیر در مقایسه با نوک پستان مادر، موجب فشار رو به بالای بیشتری از طرف زبان جهت خارج کردن شیر از شیشه نسبت به پستان مادر می شود. همانطور که تحقیق نشان می دهد تغذیه با شیر مادر محرکی ایده آل برای تکامل فیزیولوژیک عضلات و اسکلت کمپلکس دهانی _ صورتی می باشد، بنابر این تغذیه از شیشه شیر در روند تکامل سگمنت قدامی دخالت دارد (۶).

یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر، وجود ارتباط معنی دار بین رابطه مولرهای شیری و نوع شیر مصرفی بود. در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می کردند در مقایسه با گروههای دیگر، رابطه مولری مزیال استپ شیوع بالاتری داشت (۸۴/۹%). در کودکانی که از شیشه شیر تغذیه می کردند در مقایسه با گروه شیر مادر رابطه مولری دیستال استپ افزایش نشان داد (۳۱/۹% در برابر ۸/۱%). این یافته هماهنگ با یافته های چندین مطالعه در این زمینه می باشد که اشاره می کنند تغذیه از سینه مادر در پیشگیری از مال اکلوژن در کنارکاهش عادات پارافانکشنال در کودکان مشارکت و مداخله دارد (۲۰و۷و۴و۲). هر چه مدت زمان تغذیه از سینه مادر طولانی تر باشد امکان رابطه مولری دیستال استپ کاهش می یابد (۲۰). همچنین Chen و همکاران گزارش کردند که در کودکانی که بیش از ۱۸ ماه از شیشه شیر تغذیه می کنند ۱/۴۵ برابر ریسک روابط مولری غیر مزیال استپ افزایش می یابد (۲).

مطالعه حاضر نشان داد که نوع تغذیه، احتمالا اثر چندانی بر اپن بایت قدامی و کراس بایت خلفی نداردکه یافته ها در این زمینه غیر همسو با مطالعه Romero و همکاران است که تغذیه از شیشه شیر تا ۱۲ ماهگی افزایش ریسک اپن بایت قدامی تا ۹ برابر را به همراه داشته است (۳). بررسی مروری Narbutyte و همکاران در سال ۲۰۱۳ نشان می دهد که احتمالا عادات غیر تغذیه ای طی ماه های ابتدایی تولد نسبت به روش تغذیه ای، تاثیر بیشتری بر اپن بایت قدامی دارند و تغذیه از سینه مادرنه تنها باعث کراس بایت خلفی یا اپن بایت نمی شود،بلکه اثرات حفاظتی در برابر ایجاد آن ها دارد (۲۱). در مطالعه حاضر کودکانی که دارای عادت دهانی بودند حذف شدند، بنابراین می‌توان عدم مشاهده کراس بایت و اپن بایت را به این امر نسبت داد.

همچنین در این مطالعه ارتباط آماری معنی داری بین طول مدت شیر خوارگی (شیر مادر یا شیر خشک) و مشاهده موارد اپن بایت قدامی و کراس بایت خلفی مشاهده نشد که نتایج حاصل هماهنگ با مطالعات Raftowicz-Wojcik و Warren و همکاران می باشد (۹و۸). آنچه که تمامی مطالعات در آن نظر مشابهی دارند این است که ارتباط منفی بین طول مدت تغذیه از سینه مادر و شیوع مال اکلوژن وجود دارد و تغذیه با شیر مادر نقش حفاظتی در مقابل ایجاد اپن بایت و کراس بایت در دندانهای شیری ایفا می کند (۵).

بر اساس مطالعه مروری انجام شده توسط Narbutyte و همکاران در سال ۲۰۱۳، شیوع کراس بایت خلفی به طور معکوس با مدت زمان تغذیه از سینه مادر در ارتباط بود (۲۱). همچنین Viggiano و همکاران و Larsson به طور جداگانه درمطالعات خود نشان دادند که کراس بایت خلفی در کودکانی که از سینه مادر تغذیه می کنند، شیوع کمتری نسبت به کودکان تغذیه کننده از شیشه شیر دارد؛ حتی اگر این کودکان به طور همزمان عادت مکیدن غیر تغذیه ای داشته باشند (۲۲و۶).

بر اساس مطالعه Viggiano و همکاران، همزمانی رفتار تغذیه ای استفاده از شیشه شیر با عادت مکیدن انگشت، احتمال ایجاد کراس بایت خلفی را ۳ برابر و همزمانی آن با عادت استفاده از پستانک، احتمال ایجاد کراس بایت خلفی را ۲ برابر افزایش میدهد. همچنین همزمانی خوردن شیر از شیشه با دو عادت دهانی مکیدن انگشت و پستانک، احتمال ابتلا به کراس بایت خلفی را ۴ برابر افزایش می دهد بر اساس این مطالعات، همزمانی چند عادت مکیدن غیر تغذیه ای با یکدیگر ممکن است اثر تجمعی بر احتمال ابتلا به کراس بایت خلفی داشته باشد (۶). تغییرات دندانی که بر اثر عادات مکیدن غیر تغذیه ای ایجاد می شود، بسته به شدت، طول مدت و تکرر عادت متفاوت است. طول مدت مهمترین نقش را در حرکت دندانی ایجاد شده توسط عادات ایفا می‌کنند (۹).

شیر مادر روش طبیعی و ترجیحی تغذیه برای تمام نوزادان بوده (۱) که سبب کاهش احتمال بسیاری از بیماری ها در مادران و کودکان می شود (۲۳). بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، مصرف شیر مادر با فراوانی بیشتر اکلوژن مزیال استپ و عدم مشاهده اپن بایت و کراس بایت خلفی همراه بود.

محدودیت ها و مشکلات

در این مطالعه تنها نوع تغذیه در افراد، مورد مطالعه قرار گرفت، در صورتیکه مال اکلوژن ماهیت چند عاملی دارد و عواملی چون ژنتیک، نوع تغذیه، عادات دهانی و..... در ایجاد آن موثر است. بنابراین واضح است جهت نتیجه گیری بهتر به مطالعات وسیع

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

تری نیاز است تا تاثیر سایر عوامل در کنار هم مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که نوع مطالعه گذشته نگر بود و بخشی از اطلاعات مورد نیاز با پرسشنامه هایی که والدین پر کرده بودند به دست آمد، ناتوانی برخی والدین در به خاطر آوردن دقیق مدت شیرخوارگی از محدودیت های دیگر این مطالعه بود.

نتیجه گیری

بر اساس مطالعه حاضر، در کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌کردند، اورجت نرمال و رابطه مزیال استپ، فراوانی بیشتری داشت. همچنین در مطالعه ما هیچ موردی از اپن بایت قدامی و کراس بایت مشاهده نشد که می تواند مربوط به حذف کودکان مبتلا به عادات دهانی از مطالعه باشد.

مراجع

1. Zahra S, Monreh A, Easa M, Susan P. Successful breastfeeding mothers' experiences of the difficulties of exclusive breastfeeding. Acta Médica Mediterr. 2015;2010(11):1479-87.

2. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. BMC Pediatr. 2015;15:46.

3. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. J Appl Oral Sci. 2011;19(2):161-8.

4. Peres KG, Barros AJ, Peres MA, Victora CG. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. Rev Saude Publica. 2007;41(3):343-50.

5. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):54-61.

6. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child. 2004;89(12):1121-3.

7. López Del Valle LM, Singh GD, Feliciano N, Machuca Mdel C. Associations between a history of breast feeding, malocclusion and parafunctional habits in Puerto Rican children. P R Health Sci J. 2006;25(1):31-4.

8. Raftowicz-Wójcik K, Matthews-Brzozowska T, Kawala B, Antoszewska J. The effects of breast feeding on occlusion in primary dentition. Adv Clin Exp Med. 2011;20(3):371-5.

9. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2002;121(4):347-56.

10. Vegesna M, Chandrasekhar R, Chandrappa V. Occlusal Characteristics and Spacing in Primary Dentition: A Gender Comparative Cross-Sectional Study. Int Sch Res Notices. 2014;2014:512680.

11. Taylor JS, Geller L, Risica PM, Kirtania U, Cabral HJ. Birth order and breastfeeding initiation: results of a national survey. Breastfeed Med. 2008;3(1):20-7.

12. Motee A, Ramasawmy D, Pugo-Gunsam P, Jeewon R. An Assessment of the Breastfeeding Practices and Infant Feeding Pattern among Mothers in Mauritius. J Nutr Metab. 2013;2013:243852.

13. Taylor JS, Risica PM, Geller L, Kirtania U, Cabral HJ. Duration of breastfeeding among first-time mothers in the United States: results of a national survey. Acta Paediatr. 2006;95(8):980-4.

14. Abada TS, Trovato F, Lalu N. Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. Soc Sci Med. 2001;52(1):71-81.

15. Seid AM, Yesuf ME, Koye DN. Prevalence of Exclusive Breastfeeding Practices and associated factors among mothers in Bahir Dar city, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. Int Breastfeed J. 2013;8(1):14.

16. Ziaie T, Ghanbari A, Hassanzadeh Rad A, Yazdani MA. Investigating risk factors of failure in exclusive breastfeeding in less than one-year-old children referred to health centers in Rasht city. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;15(18):32-9.

17. Kamali Z, Rasouli B, Roodpeyma S, Haji Mirsadeghi Z, Eivani MJ. Assessment of breastfeeding and related factors in three hospitals of Tehran, 2008. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2013;7(5):125-34.

18. Sum FH, Zhang L, Ling HT, Yeung CP, Li KY, Wong HM, et al. Association of breastfeeding and three-dimensional dental arch relationships in primary dentition. BMC Oral Health. 2015;15:30.

19. Jabbar NS, Bueno AB, Silva PE, Scavone-Junior H, Inês Ferreira R. Bottle feeding, increased overjet and Class 2 primary canine relationship: is there any association? Braz Oral Res. 2011;25(4):331-7.

20. Nahás-Scocate AC, Moura PX, Marinho RB, Alves AP, Ferreira RI, Guimarães FM. Association between infant feeding duration and the terminal relationships of the primary second molars. Brazilian Journal of Oral Sciences. 2011;10(2):140-5.

21. Narbutytė I, Narbutytė A, Linkevičienė L. Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion. Stomatologija. 2013;15(3):67-72.

22. Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. Angle Orthod. 2001;71(2):116-9.

23. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007;(153):1-186.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]