

تأثیر آموزش الگوی رفتارهای تغذیه‌ای به مادران کودکان نوپا بر کیفیت تغذیه کودکان و عملکرد مادران

اکرم السادات سادات حسینی* سوسن سمیعی* نغمه رزاقی**

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه در رشد کودکان نوپا اهمیت زیادی دارد. شروع اولین گام‌های تغذیه همراه با خانواده در این سن ضرورت توجه به رفتارهای صحیح تغذیه‌ای را نشان می‌دهد. لذا این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آرایه الگوی رفتارهای تغذیه‌ای بر کیفیت تغذیه کودکان نوپا و عملکرد مادران آنان انجام یافته است.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی است که در آن ۶۶ کودک ۳۶-۱۲ ماهه به صورت غیر احتمالی آسان از دو مرکز بهداشتی - درمانی جنوب تهران طی یک ماه انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مادر و کودک، سنجش عملکرد مادران در مورد رفتارهای کودک در هنگام تغذیه و یادآمد ۲۴ ساعته مواد غذایی بود که از طریق مصاحبه مستقیم با مادران تکمیل شد. سپس الگوی رفتارهای تغذیه‌ای در سن نوپایی از طریق کارگاه آموزشی طی دو روز و هر روز به مدت ۳ ساعت به مادران آرایه شد. ۳ ماه پس از آموزش مجدداً از طریق پرسشنامه یادآمد ۲۴ ساعته مواد غذایی اطلاعات جمع‌آوری و در نهایت با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی اطلاعات تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که نحوه عملکرد مادران در مورد رفتارهای کودک در هنگام تغذیه نسبت به قبل از مداخله به طور معناداری ارتقا یافته است. همچنین بین الگوی تغذیه کودکان نوپا قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری دیده شد $p < 0/05$

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج فوق مشخص می‌شود که آرایه الگوهای رفتاری صحیح در هنگام تغذیه کودک سبب ارتقای الگوی تغذیه‌ای کودکان نوپا و همچنین افزایش آگاهی مادران آنان نسبت به عملکرد صحیح در مقابل رفتارهای کودک به هنگام تغذیه می‌گردد. لذا پیشنهاد می‌شود جهت بهبود کیفیت تغذیه کودکان نوپا الگوی رفتارهای تغذیه‌ای صحیح به مادران آموزش داده شود.

واژه‌های کلیدی: رفتارهای تغذیه‌ای، کیفیت تغذیه، کودکان نوپا

نویسنده مسؤول: اکرم السادات سادات حسینی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail:
ashosemi@sina.tums.
ac.ir

- دریافت مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۶

مقدمه

یکی از مهم‌ترین هدف‌های بهداشتی در سال‌های اولیه زندگی کودک دستیابی به تغذیه متعادل و صحیح است، از سوی دیگر همچنین تغذیه ناکافی سبب مشکلات فیزیکی، روحی و روانی در کودک می‌شود (۱). آموزش عادات

مطلوب غذا خوردن و رفتارهای صحیح تغذیه‌ای سبب ماندگاری این عادات تا بزرگسالی می‌گردد (۲).

حدود ۳۰٪ والدین در هنگام غذا خوردن با کودک خود مشکل دارند (۳). کم شدن تسلط والدین بر کودک، شروع به تنهایی غذا خوردن کودک و استفاده از غذای خانواده همگی رویدادهای جدیدی در زندگی کودک نوپا

* مربی گروه آموزشی کودکان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزشی بهداشت کودک و خانواده دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

محسوب می‌شود. این رویدادهای جدید رفتارهای جدیدی را نیز می‌طلبند و توأم شدن آن با تغییرات فاحش در اشتها و عادات غذایی کودک سبب تضادها و اختلافاتی بین مادر و کودک می‌گردد (۵و۴).

عدم کنترل والدین بر کودک نوپا و تعاملات جدید والدین و کودک برای خانواده به شدت تنش‌زا است که در صورت عدم برخورد صحیح سبب ناسازگاری‌های رفتاری به هنگام تغذیه کودک می‌شود (۳) والدین اغلب نیازمند هستند در مورد رفتارهای مناسب تغذیه‌ای کودکان نوپا و این که کودکان با چه چیز، چگونه و چه وقت تغذیه شوند (۴) یا در هنگام تضاد با کودک چه رفتاری را انجام دهند آموزش ببینند (۵و۴) آنان همچنین باید آموزش‌های لازم را در این مورد که چگونه می‌توانند محیط مطلوبی برای تغذیه کودک فراهم آورند، دریافت دارند (۵و۴).

بنابراین سن نو پایی دوره‌ای بحرانی از لحاظ ایجاد الگوهای مناسب رفتارهای تغذیه‌ای است. رفتارهای تغذیه‌ای در این سن مستقیماً تحت تأثیر خانواده و تعامل کودک با محیط زندگی و خانواده‌اش است (۶). به خصوص در سال‌های اولیه زندگی که کودک مستقیماً تحت تأثیر اعتقادات، نگرش، فرهنگ و سنت‌های خانواده قرار دارد، رایج الگوهای مناسب رفتارهای تغذیه‌ای به والدین به خصوص مادر نقش مهمی در تغذیه کودکان دارد (۷).

با توجه به اهمیتی که مادران در ایجاد عادات و رفتارهای صحیح تغذیه‌ای در خانواده دارند و این که در سن نوپایی مسؤول مستقیم تغذیه کودکان‌شان هستند، آگاهی مادران از

نحوه صحیح ایجاد رفتارهای مناسب تغذیه‌ای تأثیر مستقیمی بر کیفیت تغذیه کودکان دارد (۷).

با توجه به مطالب گفته شده مشخص می‌گردد سن نوپایی دوره‌ای است که در آن کودک در حال کسب استقلال است. این امر سبب ایجاد تضاد و کشمکش‌های زیادی بین مادر و کودک می‌شود، علاوه بر این در این سن کودک دچار بی‌اشتهایی فیزیولوژیک نیز می‌شود که ترکیب این دو امر سبب می‌گردد تضاد به خصوص به هنگام تغذیه بیشتر گردد و سبب بروز مشکل برای کودک و والدین به خصوص مادر شود که مسؤولیت تغذیه کودک را به عهده دارد. در مجموع این رفتارهای ناشی از تضاد اگر هدایت نشود و به سمت صحیح و سالم خود پیش نرود سبب بروز مشکلاتی در زمان تغذیه کودک مانند نفرت از خوردن، نفرت از زمان غذا خوردن، لجبازی، بی‌اشتهایی و ایجاد الگوهای نادرست تغذیه‌ای در کودکان می‌گردد (۵-۳و۸) در تحقیق حاضر فرض بر این است که با رایج الگوی رفتارهای صحیح در زمان تغذیه به مادران کودکان نوپا و آموزش چگونگی رفتار صحیح با کودک به هنگام ایجاد تضاد می‌توان مشکلات ناشی از رفتارهای ناآگاهانه در هنگام بروز تضاد در زمان تغذیه را از بین برد که در نتیجه کودک تمایل بیشتری نسبت به خوردن تمام وعده‌های غذایی و همچنین غذاهای توصیه شده توسط والدین نشان می‌دهد و الگوی تغذیه‌ای وی ارتقا می‌یابد. به طور کلی هدف از اجرای الگوی رفتارهای تغذیه‌ای رایج مداخلات رفتاری مناسب جهت پیش‌بینی رفتارهای کودک و مدیریت صحیح آن به منظور ایجاد تعامل

مثبت در زمان تغذیه کودک نوپا و کنترل رفتارهای نسنجیده و نامطلوب والدین در مقابله با کودک می‌باشد (۳).

در این پژوهش هدف از آموزش الگوی رفتارهای تغذیه‌ای تعیین تأثیر به‌کارگیری آن بر عملکرد مادران و الگوی تغذیه‌ای کودکان نوپا خواهد بود که این سنجش از طریق خود گزارش‌دهی مادران در رابطه با مواد غذایی مصرف شده برای کودکان‌شان و عملکرد آنان در مقابل رفتارهای کودک در هنگام غذا خوردن مورد سنجش قرار گرفت.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی است. پس از طی مراحل قانونی و تهیه ابزار مناسب شامل: ۱- پرسشنامه یادآمد ۲۴ ساعته مواد غذایی که در مطالعات متعددی جهت ارزیابی الگوی تغذیه در کشور ایران و خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته است (۸)، ۲- پرسشنامه عملکرد مادران که محقق ساخته می‌باشد و روایی آن از طریق روایی محتوا و پایایی باشیوه آزمون مجدد سنجیده شد، مطالعه آغاز گردید. ابتدا از میان لیست مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران دو مرکز به صورت تصادفی جهت انجام تحقیق انتخاب شد. سپس از بین مراجعان به مرکز در مدت یک ماه به روش غیر احتمالی آسان ۹۵ مادر و کودک با شرایط زیر انتخاب شدند: مادران برای شرکت در مطالعه رضایت داشته باشند، با سواد باشند، از سلامت روان برخوردار باشند، دانش آموخته یا شاغل به تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی نباشند. کودکان بین ۳۶-۱۲ ماه

سن داشته باشند، دچار بیماری حاد یا سیستمیک نباشند، دچار نقص عضو عمده نباشند و به مهدکودک نروند. همچنین مسؤولیت تغذیه کودک با مادر باشد.

در جلسه اول ملاقات مشخصات جمعیت‌شناختی کودک و والدین از طریق پرسشنامه و الگوی تغذیه‌ای کودک از طریق پرسشنامه یادآمد ۲۴ ساعته مواد غذایی با روش مصاحبه با مادر کودک (خود گزارش‌دهی) تکمیل گردید.

الگوی تغذیه‌ای در این مطالعه به معنای کلیه مواد غذایی خورده شده در هر وعده غذایی بر حسب گروه‌های ۸ گانه مواد غذایی (نان و غلات، شیر و لبنیات، گوشت و تخم مرغ، میوه‌جات، سبزی‌جات، مواد قندی، مواد کم ارزش و چربی‌ها) و همچنین مصرف وعده‌های اصلی غذا و میان وعده‌ها می‌باشد.

ارایه الگوی رفتارهای تغذیه‌ای به مادران بر اساس پنج هدف عمده ذیل بود:

- ۱- افزایش اطلاعات و یافتن نگرش مثبت درباره استقلال کودک نوپا
 - ۲- آموزش راهبردهایی برای دادن غذاهای جدید و میان وعده‌های سالم
 - ۳- آموزش مادران در مورد مسؤولیت‌های والدین و کودک به هنگام غذا خوردن
 - ۴- ایجاد تعامل صحیح بین والدین و کودک در هنگام غذا خوردن
 - ۵- ارتقای رفتارهای صحیح تغذیه‌ای مادر و کودک
- قبل از ارایه الگوهای رفتاری در هنگام تغذیه کودک از مادران آزمونی کتبی جهت

محل شناخته شده بود حضور او باعث همکاری بیشتر نمونه‌ها با محققان شد.

یک هفته پس از ارایه الگو در محل برگزاری کارگاه جلسه‌ای ۳ ساعته جهت پرسش و پاسخ و رفع اشکالات مادران برگزار شد. سپس در پایان جلسه مجدداً آزمونی کتبی در مورد الگوهای رفتاری هنگام تغذیه کودک نوپا گرفته شد که باید مادران حداقل ۷۰٪ نمره را از پرسشنامه سنجش آگاهی مادران کسب می‌کردند تا جزء نمونه‌های پژوهش قرار گیرند، (البته از نتایج این پرسشنامه تنها در انتخاب نمونه‌ها از نظر توانایی قرارگیری در مطالعه استفاده شد). در غیر این صورت توانایی کافی جهت اجرای الگو را نداشتند. در این مرحله تعداد نمونه‌ها به ۷۰ نفر تقلیل یافت. در خاتمه جلسه و آزمون، جزوات آموزشی مخصوص همراه با شماره تلفن و لیست روزها و ساعاتی که محقق می‌تواند جهت پاسخ‌گویی به مادران در مرکز حضور داشته باشد، در اختیار آنان قرار داده شد که مجموعاً حدود ۱۰ جلسه محقق در مرکز جهت پاسخ‌گویی به مشکلات مادران حضور یافت. سپس مادران به مدت ۳ ماه بدون مداخله رها شدند. پس از طی این مدت محقق با مراجعه به درب منازل نمونه‌ها شروع به جمع‌آوری اطلاعات الگوهای تغذیه‌ای با استفاده از پرسشنامه یاد آمد ۲۴ ساعته مواد غذایی و همچنین اطلاعات مربوط به نحوه عملکرد از طریق مصاحبه مستقیم با مادران نمود. معیارهای خروج از مطالعه و همچنین ریزش تعداد نمونه‌ها شامل: ابتلا کودک به بیماری‌های حاد و مزمن، جراحی، نقل مکان خانواده، کسب نمودن حداقل امتیاز به وسیله

سنجش عملکرد مرتبط با الگوهای رفتاری مادران در هنگام تغذیه کودک گرفته شد.

سپس الگوی رفتارهای تغذیه‌ای به شیوه کارگاهی حداکثر در طی دو روز و هر روز به مدت ۳ ساعت ارایه شد. البته لازم به ذکر است زمان آموزش به دلیل پرسش و پاسخ و بحث گروهی مادران، گاهی اوقات اندکی تغییر می‌کرد. جمعاً ۱۲ دوره کارگاه با تعداد بین ۸-۵ نفر در هر کارگاه برگزار شد. محل کارگاه منزل نمونه‌هایی بود که توانایی و امکانات بهتری را جهت برگزاری کارگاه داشتند. جلسات آموزشی شامل موارد ذیل بود:

روز اول:

- آشنایی با خصوصیات رفتاری کودک

نوپا (یک و نیم ساعت) {هدف ۱ و ۲}

- آشنایی با تغییرات فیزیولوژیک طبیعی

در تغذیه کودک نوپا (یک ساعت) {هدف ۱ و ۲}

- آشنایی با عادات تغذیه‌ای صحیح در

کودک نوپا (نیم ساعت) {هدف ۲}

روز دوم:

- آشنایی با مشکلات رایج در هنگام تغذیه

کودک و روش‌های مقابله با آن (دو ساعت)

{هدف ۳ و ۴}

- آشنایی با روش‌های ایجاد عادات

رفتاری صحیح تغذیه‌ای در کودک نوپا (یک

ساعت) {هدف ۵}

ضمناً هزینه‌های مربوط به کارگاه نیز به

فردی پرداخت می‌گردید که کارگاه در منزل او برقرار می‌شد.

در مدت زمان کارگاه یکی از رابطان

بهداشتی محله جهت نگره‌داری از فرزندان

مادران حضور داشت و چون از طرف اهالی

مادر جهت شرکت در پژوهش، عدم پیگیری مادر و عدم تمایل خانواده به ادامه پژوهش بود که این موارد از نمونه‌ها حذف گردیدند و در نهایت آزمون‌های آماری در مورد ۶۶ نفر با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ و استفاده از آزمون‌های آماری مک‌نمار، ویل‌کاکسون و فراوانی مطلق و نسبی انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۵۱/۵٪ کودکان دختر، میانگین سن نمونه‌ها ۱۹/۴ ماه بود. بیشترین درصد پدران تحصیلات راهنمایی (۳۹/۴٪)، شغل آزاد (۵۵٪) و سن بین ۲۲-۴۰ سال (۴۳/۲٪) داشتند. ۳۹/۴٪ مادران نیز تحصیلات راهنمایی، سن بین ۲۱-۳۰ سال (۵۷٪) و خانه‌دار (۹۸/۵٪) بودند.

۶۹/۷٪ کودکان به طریق طبیعی به دنیا آمده بودند و ۹۲/۴٪ آن‌ها وزن بالای ۲/۵ کیلوگرم در بدو تولد داشتند. اکثریت آنان هیچ نوع حساسیت غذایی نداشتند (۸۴/۴٪). ۷۵/۸٪ نمونه‌ها دچار بیماری مزمن و یا حاد وخیم در طی زندگی خود نشده بودند و ۵۰٪ آنان فرزند اول خانواده بودند و اکثر خانواده‌ها تک فرزند بودند.

۱- یافته‌ها در مورد کیفیت تغذیه کودکان

۱-۱- وعده‌های اصلی غذا

۱-۱-۱- صبحانه: در مورد وعده‌های اصلی غذا مشخص شد قبل از مداخله ۵۹/۱٪ کودکان اصلاً صبحانه نمی‌خوردند که این میزان بعد از مداخله به ۱۹/۷٪ رسید که تفاوت معناداری را بین قبل و بعد از مداخله (۰/۰۰۱ < p) نشان می‌دهد. در مورد مواد مصرفی در این وعده غذایی بین مصرف نان و غلات، میوه و سبزی، لبنیات و

شیر و تخم مرغ قبل و بعد از مداخله ارتباط معناداری در جهت افزایش مصرف وجود داشت (۰/۰۵ < p) در مورد مصرف مواد غذایی کم ارزش بین، قبل و بعد از مداخله ارتباط معناداری (۰/۰۰۱ < p) در جهت کاهش میزان مصرف مشاهده شد (جدول شماره ۱).

۱-۱-۲- ناهار: قبل از مداخله ۱۰/۶٪

کودکان اصلاً ناهار نمی‌خوردند در حالی که بعد از مداخله کلیه کودکان ناهار می‌خوردند. مقایسه این نتایج نشان می‌دهد که ارتباط معناداری بین مصرف‌کنندگان ناهار قبل و بعد از مداخله وجود دارد (۰/۰۰۱ < p). در مصرف نان و غلات و میوه و سبزی ارتباط معناداری بین قبل و بعد از مداخله در جهت افزایش مصرف مشاهده شد (۰/۰۵ < p).

اما در میزان مصرف لبنیات، گوشت، مواد قندی و چربی بین قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری یافت نشد. در مورد مصرف مواد غذایی کم ارزش بین قبل و بعد از مداخله در جهت کاهش مصرف تفاوت معناداری (۰/۰۵ < p) دیده شد (جدول شماره ۲).

۱-۱-۳- شام: قبل از مداخله ۲۷/۳٪

کودکان اصلاً شام نمی‌خوردند که این میزان بعد از مداخله به صفر درصد رسید که تفاوت معناداری را بین قبل و بعد از مداخله (۰/۰۰۱ < p) نشان می‌دهد (جدول شماره ۳).

۱-۲-۱- میان وعده‌ها

۱-۲-۱- بین صبحانه و ناهار: قبل از مداخله ۶۲/۱٪ کودکان این وعده غذایی را اصلاً مصرف نمی‌کردند ولی بعد از مداخله ۱۶/۷٪ کودکان این وعده غذایی را مصرف نمی‌نمودند. مقایسه نتایج بین قبل و بعد از مداخله تفاوت

معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهد ($p < 0/001$).

میزان مصرف نان و غلات قبل از مداخله ۳۷/۹٪ و بعد از مداخله ۸۳/۳٪ بود. میزان مصرف شیر و لبنیات قبل از مداخله ۲۵/۸٪ و بعد از مداخله ۹۸/۵٪ بود. مصرف میوه‌جات قبل از مداخله ۲۸/۸٪ و بعد از مداخله ۸۱/۸٪ رسیده بود مصرف سبزی‌جات قبل از مداخله ۱۸/۲٪ و بعد از مداخله ۵۷/۶٪ شده بود. مصرف گوشت و تخم مرغ و چربی‌ها در هر دو مرحله وجود نداشت. بین مصرف نان و غلات، سبزی‌جات و میوه‌جات و لبنیات قبل و بعد از مداخله در جهت افزایش مصرف تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$). در مورد مصرف مواد قندی و کم ارزش بین قبل و بعد از مداخله در جهت کاهش مصرف تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$).

۲-۲-۱- بین ناهار و شام: ۴۰/۹٪ از کودکان قبل از مداخله این وعده غذایی را نداشتند اما بعد از مداخله کلیه کودکان این وعده غذایی را مصرف می‌نمودند. میزان مصرف نان و غلات قبل از مداخله ۴۷٪ و بعد از مداخله ۷/۶٪ بود. مصرف شیر و لبنیات قبل از مداخله ۵۳٪ و بعد از مداخله ۱۵/۲٪ شده بود. مصرف میوه‌جات قبل از مداخله ۴۰/۹٪ و بعد از مداخله ۹۵/۵٪ بود. مصرف سبزی‌جات قبل از مداخله ۳۳/۳٪ و بعد از مداخله ۹۷٪ شده بود. مصرف گوشت و تخم مرغ قبل و بعد از مداخله اصلاً وجود نداشت. مصرف چربی قبل از مداخله وجود نداشت ولی بعد از مداخله به ۴/۵٪ رسیده بود. میزان مصرف مواد قندی قبل از مداخله ۵۹/۱٪ و بعد از مداخله اصلاً وجود

نداشت. مصرف مواد کم ارزش قبل از مداخله ۵۷/۶٪ و بعد از مداخله به ۳٪ رسیده بود. بین قبل و بعد از مداخله در مصرف نان و غلات، شیر و لبنیات، میوه‌جات و سبزی‌جات، مواد قندی و کم ارزش تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$). ولی در مورد سایر مواد تفاوت معناداری بین قبل و بعد از مداخله دیده نشد.

۱-۲-۳- قبل از خواب: قبل از مداخله ۴۵/۵٪ از کودکان اصلاً این وعده غذایی را مصرف نمی‌نمودند اما بعد از مداخله تنها ۵٪ کودکان این وعده غذایی را دریافت نمی‌کردند. میزان مصرف نان و غلات قبل از مداخله ۳۴/۸٪ و بعد از مداخله اصلاً مصرف نشده بود. مصرف شیر و لبنیات قبل از مداخله ۵۱/۵٪ و بعد از مداخله ۸۴/۸٪ بود. مصرف میوه‌جات قبل از مداخله ۲۷/۳٪ و بعد از مداخله ۸۱/۸٪ شده بود. سبزی‌جات قبل از مداخله اصلاً مصرف نشده بود و بعد از مداخله مصرف آن به ۲۴/۸٪ رسیده بود. مصرف گوشت و تخم مرغ و چربی‌ها قبل و بعد از مداخله وجود نداشت. میزان مصرف مواد کم ارزش قبل از مداخله ۵۴/۵٪ و بعد از مداخله اصلاً وجود نداشت. مواد کم ارزش قبل از مداخله ۳۶/۴٪ و بعد از مداخله اصلاً مصرف نمی‌شد ($p < 0/001$). بین قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری نیز در مصرف نان و غلات، شیر و لبنیات، میوه‌جات و سبزی‌جات، مواد قندی و کم ارزش مشاهده شد ($p < 0/001$). ولی در مورد مصرف گوشت و تخم مرغ و چربی‌ها تفاوت معناداری بین دو مرحله دیده نشد ($p < 0/001$).

نموده بودند. مقایسه نتایج بین قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری را با استفاده از آزمون ویلکاکسون در این مورد نشان می‌دهد ($p < 0.001$).

۲- یافته‌ها در مورد عملکرد مادران بین میزان آگاهی و گزارش دهی مادران در مورد عملکرد صحیح رفتارهای تغذیه‌ای قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری ($p < 0.05$) در کلیه موارد مشاهده شد (جدول شماره ۴).

۳-۱- شیر مادر: در مورد تعداد دفعات مصرف شیر مادر، قبل از مداخله ۵۱٪ کودکان بین ۴-۶ بار در شبانه روز شیر مادر مصرف می‌کردند. ۱۵/۲٪ بین هیچ تا یک بار، ۳۰/۸٪ بین ۱-۳ بار و ۳٪ بیشتر از ۷ بار در طی شبانه روز مصرف شیر مادر را گزارش کرده بودند. بعد از مداخله اکثریت (۵۹/۱٪) اصلاً از شیر مادر استفاده نمی‌نمودند. ۳۹/۴٪ بین ۱-۳ بار و ۱/۵٪ ۴ بار یا بیشتر مصرف شیر مادر را گزارش

جدول ۱- جدول فراوانی مصرف مواد غذایی در وعده صبحانه کودکان نوپا قبل و بعد از مداخله در سال ۱۳۸۴

*p-value	میزان مصرف بعد از مداخله		میزان مصرف قبل از مداخله		مواد غذایی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=0.001$	۸۰/۳	۵۳	۴۰/۹	۲۷	نان و غلات
$p=0.001$	۸۰/۳	۵۳	۴۰/۹	۲۷	شیر و لبنیات
$p=0.054$	۲۴/۲	۱۶	۱/۵	۱	گوشت و تخم مرغ
$p=0.007$	۶۸/۲	۴۵	۱۵	۱۰	میوه جات
$p=0.001$	۷/۶	۵	۱۵	۱۰	سبزیجات
$p=0.001$	۸۰/۳	۵۳	۴۰/۹	۲۷	مواد قندی
$p=0.001$	۰	۰	۹	۶	مواد کم ارزش
$p=0.09$	۰	۰	۰	۰	چربی‌ها

*آزمون آماری مکنمار

جدول ۲- جدول فراوانی مصرف مواد غذایی در وعده ناهار کودکان نوپا قبل و بعد از مداخله در سال ۱۳۸۴

*p-value	میزان مصرف بعد از مداخله		میزان مصرف قبل از مداخله		مواد غذایی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=0.016$	۱۰۰	۶۶	۸۹/۴	۵۹	نان و غلات
$p=0.36$	۶۲/۱	۴۱	۷۱/۲	۴۷	شیر و لبنیات
$p=0.85$	۷۱/۲	۴۷	۶۸/۲	۴۵	گوشت و تخم مرغ
$p<0.0001$	۸۱/۸	۵۴	۱۹/۷	۱۳	میوه‌جات
$p<0.0001$	۶۵/۷	۴۳	۱۶/۷	۱۱	سبزیجات
$p=0.09$	۱/۵	۱	۰	۰	مواد قندی
$p<0.0001$	۰	۰	۳۷/۹	۲۵	مواد کم ارزش
$p=0.72$	۹۵/۵	۶۳	۹۲/۴	۶۱	چربی‌ها

*آزمون آماری مکنمار

جدول ۳- جدول فراوانی مصرف مواد غذایی در وعده شام کودکان نوپا قبل و بعد از مداخله در سال ۱۳۸۴

*p-value	میزان مصرف بعد از مداخله		میزان مصرف قبل از مداخله		مواد غذایی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p < .0001$	۱۰۰	۶۶	۷۲/۷	۴۸	نان و غلات
$p < .001$	۹۰/۹	۶۰	۳۴/۸	۲۳	شیر و لبنیات
$p = .043$	۷۱/۲	۴۷	۵۱/۵	۳۴	گوشت و تخم مرغ
$p = .005$	۳۶/۴	۲۴	۱۲/۱	۸	میوه جات
$p = .009$	۶۲/۱	۴۱	۳۶/۴	۲۴	سبزیجات
$p = .006$	۴/۵	۳	۱۳/۶	۹	مواد قندی
$p = .09$	۰	۰	۰	۰	مواد کم ارزش
$p = .001$	۹۸/۵	۶۵	۵۶/۱	۳۷	چربی‌ها

*آزمون آماری مکنمار

جدول ۴- جدول فراوانی نحوه عملکرد مادران در مورد رفتارهای تغذیه‌ای کودکان نوپا در سال ۱۳۸۴

*p-value	پاسخ صحیح بعد از مداخله		پاسخ صحیح قبل از مداخله		رفتار
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p = .001$	۷۴/۲	۴۹	۲۵/۸	۱۷	بی‌اشتهایی
$p = .009$	۸۶/۵	۵۷	۸۰/۳	۵۳	لجبازی
$p = .001$	۹۵/۵	۶۳	۱۶/۷	۱۱	آماده سازی کودک برای تغذیه
$p = .001$	۸۶/۴	۵۷	۸۲/۳	۵۵	ظرف غذای مخصوص
$p = .001$	۷۲/۷	۴۸	۲۱/۲	۱۴	رد کردن غذا توسط کودک
$p = .001$	۹۰/۹	۶۰	۵۱/۵	۳۴	شروع غذای جدید
$p = .001$	۹۲/۴	۶۱	۶۰/۶	۴۰	غذا خوردن همراه خانواده
$p = .001$	۹۷	۶۴	۱۰/۶	۷	بازی و سرگرمی همراه غذا
$p = .001$	۸۹/۴	۵۹	۴۵/۵	۳۰	طول مدت غذا خوردن

*آزمون آماری مکنمار

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه اکثریت کودکان رتبه اول تولد را داشته‌اند و با توجه به این که اغلب مادران جوان بوده و از سطح تحصیلات بالایی برخوردار نیستند لزوم آموزش‌های مستمر و پی‌گیری‌های آموزشی درباره مسایل بهداشتی برای این گروه مشخص می‌شود. با توجه به این که اکثریت نمونه‌ها را مادران خانه‌دار تشکیل می‌دادند شاید بهترین اقدام جهت

آموزش و به‌کارگیری الگوهای جدید رفتاری

محیط خانه باشد.

بر اساس آمارهای وزارت بهداشت و درمان شیوع سوء تغذیه در سن نوپایی بالاست و بر طبق شاخص تغذیه سالم (Healthy eating index) ۷۶٪ از کودکان در سن ۲-۵ سالگی رژیم غذایی نامطلوبی دارند (۹). با توجه به نتایج تحقیق حاضر که اکثریت کودکان در بدو تولد وزن طبیعی (۹۲/۴٪) داشته‌اند و

غلات، گوشت و لبنیات و تخم مرغ در این وعده‌های غذایی مصرف شده است.

در مطالعه‌ای نیز که توسط Huntly و همکاران در کشور انگلستان انجام گرفت، مصرف مواد نشاسته‌ای در این گروه سنی شایع ولی مصرف گوشت و تخم مرغ بسیار کم و تنها یک بار در هفته بود. همچنین اکثریت نوپایان کمتر از یک بار در هفته و ۳۸٪ آن‌ها اصلاً سبزیجات مصرف نمی‌کردند و ۱۱٪ نیز اصلاً میوه نمی‌خوردند. ۵۱٪ کودکان نوشیدنی‌های شیرین و مواد غذایی کم ارزش در وعده‌های غذایی مصرف می‌نمودند و ۷۱٪ از شیر و لبنیات استفاده می‌کردند (۱۲).

مقایسه نتایج مطالعه یاد شده با مطالعه حاضر نشان می‌دهد مصرف میوه و سبزیجات در هر دو مطالعه در کودکان نوپا کم بوده است و اکثریت کودکان مصرف شیر و لبنیات را در این وعده غذایی داشته‌اند. همچنین مصرف مواد غذایی کم ارزش در وعده‌های اصلی غذا شایع است.

در مطالعه‌ای که توسط Radcliffe و همکاران در کشور استرالیا انجام گرفت. دریافت کلیه مواد ضروری کودکان نوپا به جز آهن کافی بود که به نظر می‌رسد شرایط اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی متفاوت دو جامعه سبب نتایج متناقض این دو مطالعه شده است (۱۳).

در مطالعه Perlas و همکاران مشاهده شد که مصرف نان و غلات و مواد پر نشاسته در سن نوپایی شایع است. دریافت پروتئین در این سن به حد توصیه شده سازمان بهداشت جهانی است ولی میزان دریافت ویتامین، میوه‌جات و سبزیجات و

دچار بیماری و مشکلات جسمی نیز نبوده‌اند (۷۵/۸٪). شاید علت اصلی مشکلات تغذیه کودکان ناشی از نداشتن الگوهای صحیح تغذیه‌ای و عدم آگاهی از شیوه‌های صحیح تغذیه‌ای و رفتارهای نامناسب تغذیه‌ای باشد (۱۰). بنابراین نهادینه کردن رفتارهای مناسب و اصولی تغذیه‌ای باید از همان اوایل کودکی آغاز گردد (۱۱).

با توجه به نتایج به دست آمده قبل از مداخله مشخص شد که در بین وعده‌های غذایی صبحانه بیشترین مشکل را دارد زیرا اکثریت کودکان اصلاً این وعده غذایی را مصرف نمی‌کردند و یا از مواد غذایی مناسبی در آن استفاده نمی‌نمودند. به نظر می‌رسد این مشکل به علت فرهنگ جامعه باشد که کودکان اغلب در هنگام صرف صبحانه خواب‌اند و چون اغلب خانواده‌ها این وعده را با یکدیگر صرف نمی‌کنند اهمیت چندانی برای آن قایل نمی‌شوند. از علل دیگر می‌تواند، صرف شام در ساعات انتهایی شب و حتی در برخی کودکان بیدار شدن مکرر در شب برای مصرف شیر مادر باشد که سبب بی‌اشتهایی در وعده صبحانه می‌شود.

همچنین در مطالعه مشخص شد که پس از صبحانه به ترتیب شام و ناهار بیشترین مشکل را دارند، به طوری که مصرف سبزی و میوه در این وعده‌های غذایی کم بوده و حتی ۳۷/۹٪ موارد از مواد غذایی کم ارزش در وعده ناهار استفاده می‌نمودند.

به نظر می‌رسد عدم تمایل کودکان به مصرف سبزیجات و میوه خانواده‌ها را از اهمیت مصرف این مواد غافل کرده است. ولی خوشبختانه به علت فرهنگ تغذیه‌ای کشور ما،

پروتئین حیوانی از مقدار توصیه شده سازمان بهداشت جهانی کمتر است (۱۱).

نتایج این مطالعه مصرف کم میوه و سبزیجات را در کودکان نوپا تأیید می‌نماید.

در مورد میان وعده‌ها بیشترین مشکل در میان وعده صبح بود که اغلب خانواده‌ها آن را حذف می‌کردند. متأسفانه در تمامی این میان وعده‌ها مصرف مواد کم ارزش غذایی رایج بود که سبب از بین رفتن اشتهای کودک برای وعده‌های اصلی غذا می‌گردد.

این نتایج نشان می‌دهد مصرف کم میوه و سبزیجات سبب کاهش دریافت ویتامین‌ها می‌شود که متعاقباً کودک را برای ابتلا به انواع بیماری‌ها آماده می‌سازد. در مطالعات Perlas و همکاران و Hunty و همکاران نیز مشاهده شد که مصرف میوه و سبزی در این گروه سنی کم است (۱۱ و ۱۲).

این مطالعه نشان می‌دهد اکثریت خانواده‌های کودکان نوپا در مورد اهمیت مصرف لبنیات آگاهی کافی دارند اما به نظر می‌رسد مصرف شیر و لبنیات در تمام وعده‌های غذایی وجود دارد که این خود احتمالاً سبب می‌شود مقدار مصرف از میزان توصیه شده حداکثر 750°C در شبانه روز بالاتر رفته و سبب بی‌اشتهایی و کاهش جذب آهن و در نتیجه کم خونی ناشی از فقر آهن شود البته این امر نیازمند بررسی‌های بیشتر و دقیق‌تر است.

در مطالعه‌ای که توسط Morton و همکاران انجام گرفت نیز مشاهده شد اغلب خانواده‌ها همه وعده‌های تغذیه بین روز را با برنامه مناسب ندارند و اغلب آن را بر اساس نیاز و درخواست کودک یا نیاز والدین به

کودک می‌دهند که سبب می‌شود این وعده شامل مواد غذایی مناسب نباشد (۴).

مقایسه این نتایج با مطالعه حاضر نشان می‌دهد تغذیه بین روز در نزد خانواده‌ها از اهمیت کافی برخوردار نیست و اغلب کودکان در این وعده غذایی مواد مناسبی مصرف نمی‌کنند.

در مورد مصرف مواد غذایی در وعده‌های اصلی بعد از مداخله بر اساس یافته‌های تحقیق در این مرحله همه کودکان شام و ناهار مصرف می‌نمودند و مصرف مواد غذایی کم ارزش در این وعده‌های غذایی حذف شد که نشان می‌دهد رایج الگوی رفتارهای تغذیه‌ای سبب کاهش تضاد والد و کودک در هنگام تغذیه و در نتیجه تمایل کودک به غذا خوردن شده است. علاوه بر این برنامه‌ریزی و مصرف مناسب مواد غذایی در زمان مناسب، سبب شده تا اشتهای کودک در وعده‌های اصلی غذا حفظ شود و به سمت مصرف همه مواد غذایی پیش برود.

در مورد مصرف مواد غذایی در وعده‌های تغذیه نیم‌روزی بعد از مداخله مصرف سبزیجات، میوه و لبنیات به طور معناداری افزایش یافته و مصرف مواد قندی و بی‌ارزش به طور معناداری کاهش یافته که مشخص می‌کند رایج الگوهای رفتاری سبب بهبود تغذیه نیم‌روزی و در نتیجه بهبود اشتهای کودکان نوپا جهت وعده‌های اصلی غذا شده است و همچنین سبب شده تا مواد ضروری در هر وعده غذایی به کودک برسد.

ولی در این مرحله نیز هنوز مصرف شیر و لبنیات بالاست که به نظر می‌آید هنوز رایج الگو نتوانسته بر روی نگرش و در نتیجه عملکرد

مادران اثر بگذارد و تمایلات فرهنگی و اجتماعی هنوز به نفع مصرف این ماده غذایی می‌باشد.

در مطالعه Horodynski و همکاران نیز مشاهده شد که پس از ارایه الگوی آموزش تغذیه‌ای خاص نوپایان (Nutrition Education Aimed at Toddlers=NEAT) بهبود قابل ملاحظه‌ای در مواد غذایی مصرفی کودکان نو پا رخ داد به طوری که $\frac{3}{4}$ آن‌ها لبنیات، $\frac{2}{3}$ میوه، $\frac{1}{4}$ سبزیجات در طول روز مصرف می‌کردند و نیمی از آنان نیز به طور روزانه گوشت مصرف می‌نمودند اگر چه این مقادیر هنوز با استانداردها فاصله داشت ولی به طور معناداری الگوی NEAT سبب افزایش عملکرد تغذیه‌ای خانواده‌ها شده بود (۷).

در مورد الگوهای رفتاری تغذیه، با توجه به این که مادران در تغذیه و رفتارهای تغذیه‌ای خانواده نقش مهم و غیر قابل انکاری دارند و نتیجه عملکرد آنان به طور مستقیم از طریق رعایت تغذیه و بهداشت صحیح و غیر مستقیم از طریق الگوپذیری فرزندان بر سلامت کلیه اعضای خانواده اثر می‌گذارد (۸) بنا بر نتایج به دست آمده در این پژوهش، ارایه الگوهای رفتاری تغذیه‌ای سبب بهبود عملکرد و آگاهی مادران شرکت‌کننده در این مطالعه شده است. نتایج این مطالعه با مطالعات Horodynski و همکاران نیز مطابقت می‌کند که در آن عملکرد مادران بعد از مداخله به طور معناداری بهبود پیدا کرده و آنان رفتارها و عکس‌العمل‌های مناسب‌تری بعد از مداخله در مقابل رفتارهای ناشی از رشد و تکامل سن نو پایی در هنگام تغذیه و غذا خوردن داشتند (۵).

همچنین مطالعه Engle و Zeitlin نشان داده است که رفتارهای تغذیه‌ای در کودکان نو پا اغلب شکل صحیحی ندارد و خانواده‌ها اغلب در این مورد واکنش‌های مناسبی انجام نمی‌دهند. او لزوم آموزش الگوهای مناسب رفتاری برای کودک در سن نو پایی بر اساس نیازها و خصوصیات رفتاری و تغذیه‌ای این کودکان متذکر شده است (۱۴).

همچنین در مطالعه Harris و Blissett مشاهده گردید مداخلات رفتاری و ارایه الگوهای رفتاری صحیح در هنگام تغذیه سبب بهبود رفتارهای کودک در هنگام تغذیه می‌شود (۳).

در مورد دفعات مصرف شیر مادر مشخص شد دفعات مصرف بعد از مداخله به طور معناداری کاهش یافته است که این می‌تواند ناشی از دو عامل عمده باشد: ۱- افزایش سن کودکان و از شیر گرفتن آن‌ها ۲- تأثیر ارایه الگو، زیرا قبل از مداخله اکثریت کودکان ۶-۴ بار در طی شبانه روز شیر مادر دریافت می‌کردند که احتمالاً این خود سبب بی‌اشتهایی کودک جهت وعده‌های اصلی غذا و حتی اختلال در خواب کودک و مادر می‌شد. در هر صورت در این مرحله سنی شیر مادر اولین گام تغذیه‌ای در کودکان نمی‌باشد و با توجه به این که مصرف شیر و لبنیات نیز در نمونه‌های مورد مطالعه رایج بود شاید تعدیل استفاده از شیر مادر یا شیر و لبنیات جهت حفظ اشتهای کودک مفید به نظر برسد. البته اثبات این امر نیازمند بررسی‌ها و مطالعات دقیق‌تر و کامل‌تری است.

اگر چه نتایج این تحقیق قابل تعمیم به کل جامعه نمی‌باشد، ولی با توجه به نتایج این تحقیق و مطالعات قبلی مشخص شد که کودکان اغلب مواد غذایی مناسب در وعده‌های غذایی خود

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۱۳۰/۱۰۸۸ مورخ ۸۱/۲/۳۱ می‌باشد، بدین‌وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسؤولین محترم مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری و مامایی به جهت فراهم نمودن امکانات مالی و پشتیبانی‌هایی که در انجام پژوهش داشته‌اند، ابرار می‌نمایند.

دریافت نمی‌کنند و خانواده‌ها نیز عملکرد مناسبی نسبت به رفتارهای کودک در هنگام تغذیه ندارند، لذا ارایه الگوهای رفتاری و تغذیه‌ای مناسب می‌تواند سبب بهبود مواد غذایی مصرفی در کودکان و ارتقای عملکردهای خانواده در مقابل رفتارهای کودک در هنگام تغذیه شود. بر این اساس توصیه می‌شود این الگوها به مادران دارای کودک نوپا ارایه گردد تا شاید در بهبود تغذیه آنان گام‌های مؤثرتری برداشته شود. همچنین با انجام مطالعات بیشتر در این زمینه قابلیت تعمیم این الگو تأیید گردد.

منابع

- 1 - Weaver LT. Meeting an unmet need: Health care professionals and infant nutrition and feeding. *Nutrition Bulletin*. 2007; 32: 65-68.
- 2 - Sangster J, Cooke L, Eccleston P. 'What's to eat?' - nutrition and food safety needs in out-of-school hours care. *Nutrition and Dietetics*. 2004; 61(3): 172-176.
- 3 - Blissett J, Harris G. A behavioral intervention in a child with feeding problems. *J Hum Nutr Diet*. 2002; 15(4): 255-260.
- 4 - Morton H, Campbell K, Santich B, Worsley A. Parental strategies and young children's snacking behaviour: a pilot study. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*. 1999 Dec; 56(4): 215-220.
- 5 - Horodyski MA, Contreras D, Hoerr SM, Coleman G. Nutrition Education Aimed at Toddlers (NEAT) curriculum. *J Nutr Educ Behav*. 2005 Mar-Apr; 37(2): 96-7.
- 6 - Vazir S. Behavioral aspects of development of eating behavior and nutrition status. *Nutr Rev*. 2002 May; 60(5 Pt 2): S95-101.
- 7 - Horodyski MA, Hoerr S, Coleman G. Nutrition education aimed at toddlers: a pilot program for rural, low-income families. *Fam Community Health*. 2004 Apr-Jun; 27(2): 103-13.
- 8 - سادات حسینی اکرم السادات. بررسی تأثیر طرح مدون تغذیه نیمروزی بر شاخص‌های رشد کودکان نو پا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت کودک و خانواده، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۹.
- 9 - Federal interagency forum on child and family statistics. Available at: <http://www.childstats.gov/ac1999/heirel.asp>. Accessed July 8, 1999.
- 10 - Knol LL, Houghton B, Fitzhugh EC. Food insufficiency is not related to the overall variety of foods consumed by young children in low-income families. *J Am Diet Assoc*. 2004 Apr; 104(4): 640-4.
- 11 - Perlas LA, Gibson RS, Adair LS. Macronutrient and selected vitamin intakes from complementary foods of infants and toddlers from Cebu, Philippines. *Int J Food Sci Nutr*. 2004 Feb; 55(1): 1-15.
- 12 - Hunty A, Lader D, Clarke PC. What British children are eating and drinking at age 12-18 months. *J Hum Nutr Diet*. 2000 Apr; 13(2): 83-86.
- 13 - Radcliffe BC, Cameron CV, Baade PD. Nutrient intakes of young children: implications for long-day child-care nutrition recommendations. *Nutrition and Dietetics*. 2002 Sep; 59(3): 187-90.
- 14 - Engle PL, Zeitlin M. Active feeding behavior compensates for low interest in food among young Nicaraguan children. *J Nutr*. 1996 Jul; 126(7): 1808-16.