مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال پنجم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹، صفحات ۸۶-۷۵

نقش عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تغذیه کودک زیر دو سال از دیدگاه مادران، مراقبین کودک و کارکنان بهداشتی: یک مطالعه کیفی در شهرستان دماوند

ناهید سالارکیا[۱]، مریم امینی[۲]، مرتضی عبداللهی[۳]، بابک عشرتی[۴]

۱- نویسنده مسئول: پژوهشیار گروه تحقیقات سیاستگذاری و برنامه‌ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پست الکترونیکی: n_salarkia@hotmail.com
۲- محقق گروه تحقیقات تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- استادیار پژوهشی گروه تحقیقات تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴- استادیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۷ تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱

چکیده

سابقه و هدف: تغذیه کودک در دو سال اول زندگی نقش مهمی در رشد و تکامل او برای سال‌های بعدی زندگی دارد. در این تحقیق کیفی دیدگاه‌ها، باورها و تجارب افراد درگیر در تغذیه کودک در مورد نقش عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک زیر دو سال در شهرستان دماوند، واقع در شمال شرق تهران، در سال ۱۳۸۷مورد بررسی قرار گرفت.

افراد و روش‌ها: طی یک مطالعه کیفی ۲۳بحث گروهی با مادران دارای کودک زیر ۲ سال، مراقبین داخل منزل (مادربزرگ‌ها) و مراقبین خارج منزل (مربیان مهد کودک) و کارکنان بهداشتی شهری و روستایی درخصوص تغذیه کودک زیر دو سال در شهرستان دماوند صورت گرفت. جلسات با حضور یک هماهنگ‌کننده، دو یادداشت‌بردار و یک ناظر برگزار شد. پس از پایان عملیات میدانی، کلیه یادداشت‌ها بر اساس اهداف مطالعه کدگذاری شد. سپس زیرگروه‌های هر هدف به‌دست آمد و مضامین اصلی مطالعه از بین آنها استخراج و گزارش شد.

یافته‌ها: چهار مضمون به‌دست آمده در مورد تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر تغذیه کودک زیر دو سال عبارت بودند از: تأثیر درآمد خانواده، سواد مادر، فرهنگ و اعتقادات والدین و حمایت عاطفی- اجتماعی مادر. بر اساس یافته‌های بررسی حاضر، هر چند مادران و مراقبین کودک به اهمیت شیردهی واقف بودند ولی تغذیه انحصاری در این منطقه به‌صورت واقعی آن رعایت نشده بود. اکثر شرکت‌کنندگان اگرچه نسبت به تغذیه تکمیلی آگاهی داشتند ولی در عمل به نوع غذا، ایجاد تنوع غذایی، ارزش تغذیه‌ای یا کیفیت غذاهای داده شده به کودکان خود توجهی نداشتند. از نظر شرکت‌کنندگان شرایط اجتماعی، اقتصادی و باورهای غلط نقش مؤثری در عدم موفقیت در اجرای شیردهی و تغذیه تکمیلی داشته است.

نتیجه‌گیری: برای رفع مشکلات فعلی در زمینه شیردهی و تغذیه تکمیلی، علاوه بر تجدید نظر در دستورالعمل‌های فعلی تغذیه‌ای، اجرای برنامه‌های حمایتی و آموزشی با توجه به اعتقادات و فرهنگ جامعه به تمام افراد درگیر در تغذیه کودک از جمله مادران، مراقبین کودک و کارکنان بهداشتی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: تغذیه، نوزاد، عوامل اقتصادی، مطالعه کیفی

• مقدمه

دو سال اول زندگی مهمترین دوران رشد و تکامل کودک محسوب می‌شود. از این رو تغذیه کودک در این دوران نقش قابل توجهی در عملکرد جسمی، روحی و اجتماعی او در سال‌های بعدی زندگی ایفا می‌کند. به‌طوری که نشان داده شده است، تغذیه نامناسب کودکان با کاهش مقاومت در برابر عفونت‌ها موجب افزایش بیماری و مشکلات جسمی و روحی درکودک می‌شود (۲، ۱). بر اساس مطالعات انجام شده، سوء تغذیه پروتئین- انرژی در کودکان ۶ ماه تا ۲ سال با عواملی مانند از شیرگیری زودهنگام، تأخیر در شروع تغذیه تکمیلی و برخورداری از رژیم غذایی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

کم‌پروتئین و بسیاری از عفونت‌ها مرتبط است(۳). تصمیم‌گیری در زمینه تغذیه کودک در این دوران از جمله تغذیه با شیر مادر تحت تأثیر چندین عامل فرهنگی، اجتماعی، جمعیت‌شناختی از قبیل سن، وضعیت ازدواج، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و عوامل روانی- اجتماعی مثل حمایت اجتماعی، باور شخصی مادران، وضعیت سلامت کودک و شاخص‌های در دسترس بودن غذا در خانواده است. (۷ – ۴).

در کشور ما سوءتغذیه کودکان همچنان به‌عنوان یکی از مسائل بهداشتی و تغذیه‌ای مطرح است. طبق آخرین آمار منتشر شده، ۷/۷، ۱۵/۵ و ۴/۳ درصد کودکان زیر دو سال کشور به‌ترتیب دچار کم‌وزنی متوسط تا شدید، کوتاه‌قدی تغذیه‌ای و لاغری هستند (۸). هر چند مطالعات تا کنون نشان داده است فقر، عدم دسترسی به غذای کافی، ناآگاهی، عادات نادرست غذایی، مراقبت ناکافی و محیط ناسالم از عوامل عمده بروز سوءتغذیه محسوب می‌شوند ولی شناسایی دقیق و ریشه‌ای مشکلات در جهت تدوین و ارائه راهکارهای مناسب نیاز به بررسی عمیق در قالب اجرای مطالعات کیفی دارد. امروزه در مطالعات اپیدمیولوژیک، بررسی‌های کیفی به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد(۹). روش بحث گروهی که به‌عنوان یکی از معمول‌ترین راه‌های جمع‌آوری داده‌ها در تحقیقات کیفی شناخته شده است (۱۰-۱۲)، در سطح وسیعی در تحقیقات بهداشتی و تغذیه‌ای به‌کار گرفته می‌شود (۱۳- ۱۵). استفاده از این روش جهت پایش اجرای برنامه‌ها در سطح جامعه، به‌خصوص اگر با تکنیک و سوالات مناسب و با استفاده از پیش فرض همراه باشد، می‌تواند داده‌های سودمندی را در مورد نقاط قوت و ضعف این برنامه‌ها فراهم کند (۱۶-۲۰).

در این بررسی با استفاده از یک تحقیق کیفی و از طریق انجام بحث‌های گروهی، عمق نظرات، باورها و تجارب افراد درگیر در تغذیه کودک زیر دو سال در مورد نقش عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر وضعیت تغذیه کودک در شهرستان دماوند مورد بررسی قرار گرفت. شهرستان دماوند، به‌عنوان یکی از پایگاه‌های جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، از نظر شیوع کم‌وزنی کودکان زیر ۲ سال دارای درصد مشابه در کل کشور است، به‌طوری‌که با توجه به آخرین آمار موجود از طرح ریزمغذی‌ها، شیوع کم‌وزنی در کودکان زیر ۲ سال در این منطقه (۷/۵٪) تقریباً مشابه آمار کل کشور(۷/۷٪) است (۸) . نتایج این تحقیق می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت انجام مراحل بعدی برنامه جامع کاهش سوءتغذیه کودکان زیر ۲ سال و نیز تدوین سیاست‌های مؤثر و اجرای مداخله‌های تغذیه‌ای در جهت ارتقای شیردهی در اختیار مسئولین و برنامه‌ریزان کشور قرار دهد.

• افراد و روش‌ها

روش و نحوه اجرای تحقیق: روش مورد استفاده در این پژوهش کیفی شامل بحث گروهی FGD (Focus Group Discussion) با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاری با ارائه سوالات باز در زمینه مورد بحث بود. یک نمونه سوال باز مطرح شده این بود که: به نظر شما چه عواملی در حال حاضر در وضعیت تغذیه و سلامتی کودک شما اثر دارد؟ (به نظر شما چه عوامل دیگری باید فراهم باشد تا کودک بهتر تغذیه شود و به خوبی رشد کند و سالم‌تر باشد؟).

بر اساس اطلاعات و مدارک موجود در شبکه، فهرست مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و آمار کلی مرتبط با وضعیت بهداشتی کودکان زیر دو سال منطقه جمع‌آوری شد.

در مجموع ۲۳ بحث گروهی در گروه‌های مادران دارای کودک زیر دو سال، مراقبین کودک و کارکنان بهداشتی در مناطق شهری و روستایی شهرستان دماوند به شرح زیر انجام شد:

۱- مادر دارای کودک زیر دو سال در ۱۱ بحث گروهی (شامل ۷ بحث گروهی در مناطق شهری رودهن، آبسرد و کیلان و ۴ بحث گروهی در مناطق روستایی جابان، وادان، آبعلی و مهرآباد) شرکت کردند.

۲- مراقبین کودک در دو گروه: ۱) مراقب کودک در داخل منزل (مادربزرگ‌ها) و ۲) مراقب کودک در خارج منزل (مربیان مهد کودک) در دو جامعه شهری و روستایی در مجموع ۸ بحث گروهی مورد مطالعه قرار گرفتند.

۳- کارکنان بهداشتی در دو گروه: ۱) کارکنان و کاردان‌های بهداشتی در شهر و ۲) بهورزان در روستا، در مجموع در ۴ بحث گروهی شرکت کردند.

ابتدا راهنمای بحث گروهی بر اساس اهداف و گروه‌های مورد مطالعه با ۲۱ سوال طراحی شد. هر سوال دارای تعدادی سوال مکمل بود. علاوه بر سوالات باز، پرسش‌های جستجوگرانه نیز به‌کار گرفته شد. برای هر پرسش از کلمات

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

روشن و جملات معنی‌دار استفاده شد. هم‌زمان با یادداشت‌برداری در حین بحث‌های گروهی تمامی رفتارهای غیرکلامی شامل ژست، حرکات سر و بدن و حالات مختلف چهره افراد در حین بحث نیز ثبت شد.

گروه تحقیق برای هر بحث شامل یک هماهنگ‌کننده، دو یادداشت‌بردار و یک ناظر باسابقه در انجام بحث‌های گروهی بود که همگی از کارشناسان تغذیه با خصوصیات کنجکاوی، خلاقیت، علاقه‌مندی و برخوردار از مهارت در ایجاد ارتباط با افراد، قدرت طرح سوالات و تجزیه و تحلیل آن بودند.

بر اساس تقویم کار از گروه‌های هدف جهت شرکت در بحث‌ها دعوت به‌عمل آمد. بحث‌های گروهی قبل از ظهر انجام می‌شد و در بعد از ظهر همان روز تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام می‌گرفت. بحث گروهی در محیطی آرام در خانه‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشت شهری انجام می‌شد. مصاحبه‌کننده و شرکت‌کنندگان به‌صورت دایره‌ای روی زمین و یا روی صندلی می‌نشستند تا همدیگر را ببینند، با یکدیگر صحبت کنند و به حرف هم گوش دهند. هماهنگ‌کننده در کنار شرکت‌کنندگان می‌نشست و ضمن معرفی و ارائه مقدمه و خلاصه‌ای از اهداف تحقیق برای شرکت‌کنندگان، سوالات را بر اساس راهنمای گردانندگان بحث و کاربرگ‌های مربوط طرح می‌کرد. هر جلسه با تعداد شش تا ده نفر اجرا می‌شد و بین ۱ تا ۱/۵ ساعت به‌طول می‌انجامید. یادداشت‌برداری و ضبط نوار مذاکره، بلافاصله پس از معرفی مصاحبه شروع و تا پایان آن ادامه می‌یافت. در پایان بحث ضمن تشکر از شرکت‌کنندگان، پذیرایی مختصری از آنان به‌عمل می‌آمد و هدیه بهداشتی به آنان داده می‌شد. بلافاصله بعد از پایان هر بحث برای شناسایی و تکمیل یادداشت‌ها مروری بر آنها انجام می‌شد.

در مطالعه حاضر جهت بررسی اعتبار تحقیق، سعی شد با استفاده از تحقیق هم‌زمان در منطقه با روش‌های ارزیابی چندجانبه (triangulation) از جمله استفاده هم‌زمان از ضبط صوت همراه با یادداشت‌برداری برای هم‌خوانی بین یادداشت‌ها و مطالب ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان و مستندسازی مطالعه، نسبت به تأییدپذیری (confirmability) اطمینان حاصل شود . جهت قابلیت تعمیم (transferability) انتخاب شرکت کنندگان در بحث‌های گروهی از جمله مادران، مراقبین و کارکنان بهداشتی به‌نحوی صورت گرفت تا از لحاظ متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و رفتاری مربوط به موضوع، نماینده خوبی از جامعه باشند. همچنین برای جلوگیری از سوگیری (bias) علاوه بر سابقه و تجربه پژوهشگران، روش کار به‌طور مرتب با مشاوران و افراد صاحب نظر در امر مطالعات کیفی، مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: در فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها که به روش Krueger انجام شد (۲۱)، ابتدا مرور یادداشت‌ها و حذف موضوعات بی‌ربط یا تکراری توسط دو یادداشت‌بردار از طریق مقایسه دست‌نوشته‌ها و مراجعه به ضبط صوت انجام گرفت. تمامی نوارها و یادداشت‌ها تاریخ و کد زده شدند. سپس محتوای یادداشت‌ها بر اساس اهداف کلی مطالعه مرتب و موضوعات و زیرموضوعات مربوط به هر هدف انتخاب شدند. پس از انتخاب زیرموضوعات، فراوانی هر زیر موضوع شمارش و به‌دنبال آن مضامین بر اساس گروه‌های مطالعه و روش جمع‌آوری داده‌ها شناسایی و انتخاب شدند (۲۲). در ارتباط با هدف مطالعه، چند عنوان کلی استخراج و فراوانی آراء درباره هر یک گزارش شد. در اعلام نتیجه مشخص شد که نظریه اعلام‌شده مربوط به اندکی، تعداد کمی، تعدادی، نصف، اکثریت، به اتفاق آراء و تنها یک نفر از شرکت‌کنندگان در بحث گروهی بوده است. بعد از جمع‌آوری هر مصاحبه، خلاصه‌ای از یافته‌های آن آماده می‌شد.



شکل ۱- مراحل تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌های بحث گروهی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

مسائل اخلاقی تحقیق: در ابتدای هر مصاحبه افراد شرکت‌کننده در جریان اهداف تحقیق قرار گرفتند و رضایت هر یک از آنها کسب شد. مجریان متعهد شدند که اسامی و کلیه اطلاعات شخصی افراد مورد بررسی را محرمانه نگه دارند و در پایان بررسی نیز نتایج حاصل از تحقیق را برای آگاهی مسئولین منطقه در اختیار آنان قرار دهند.

• یافته‌ها

در تحقیق حاضر، چهار مضمون کلی درباره تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی ، محیطی و آموزشی بر تغذیه کودک زیر ۲ سال به‌دست آمد که در جدول ۱ نشان داده شده است.

مضمون اول: مادران، مراقبین کودک و کارکنان بهداشتی درآمد را بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک مؤثر می‌دانستند.

اکثریت قریب به اتفاق شرکت‌کنندکان در بحث‌های گروهی، درآمد را بر وضعیت تغذیه و سلامت وی مؤثر می‌دانستند ولی دلیلی برای آن ابراز نکردند. تعداد اندکی از مادران درآمد را به تنهایی مؤثر نمی‌داستند.

" (مادر) در رفاه باشد، هر چه لازم است برای بچه می‌خرد"، " درآمد موجب افزایش روحیه بچه می‌شود"، " اگه پول باشه بهتر است " ، " مادری که دستش باز است، می‌تواند ماهیچه بخرد " و" درآمد از نظر مادی و معنوی می‌تواند امکانات بیشتری برای بچه فراهم کند" توسط هر یک از مادران به‌عنوان دلیل تأثیر درآمد بر وضعیت تغذیه کودک بیان شد.

در گروه مراقبین کودک هر یک از مراقبین بیان داشتند: "درآمد خوب باشد (پدر و مادر) برای بچه پرستار می‌گیرند و غذای تازه می‌دهند"، " مادری که پول ندارد مواد غذایی بخرد، بچه سوءتغذیه می‌گیرد"و "فقر بیشتر از همه چیز زندگی را می‌پاشد و با درآمد خوب می‌توان برای بچه همه چیز خرید".

تعداد کمی از کارکنان بهداشتی معتقد بودند که با درآمد کافی ۹۰ درصد مشکلات حل می‌شود. تعداد اندکی از آنان اظهار داشتند: درآمد باعث بالا رفتن فرهنگ می‌شود. توسط هر یک از کارکنان بهداشتی عنوان شد: "آدم فقیر آموزش نمی‌گیرد " و " درآمد باعث بالا رفتن فرهنگ نمی‌شود".

تعدادی از بهورزان درآمد را بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک زیر ۲ سال مؤثر می‌دانستند و معتقد بودند تورم و فقر اقتصادی مانع خرید انواع مواد غذایی می‌شود. تنها یک تن از آنان معتقد بود درآمد بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک اثر ندارد.

جدول ۱- عنوان‌ها و مضمون‌های حاصل از بحث‌های گروهی مادران، مراقبین و کارکنان بهداشتی شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی درباره تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی ، محیطی وآموزشی بر تغذیه کودک زیر دو سال شهرستان دماوند- سال ۱۳۸۷

ردیف	عنوان	مضمون
۱	تأثیر درآمد بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک	مادران ، مراقبین کودک و کارکنان بهداشتی درآمد را بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک مؤثر می‌دانستند.
۲	تأثیر سواد مادر بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک	به عقیده مادران و سایر افراد درگیر در تغذیه کودک زیر دو سال، سواد مادر بر نحوه مراقبت و وضعیت تغذیه و سلامت کودک مؤثر است.
۳	تأثیر فرهنگ و اعتقادات مادر و پدر	مادران، مراقبین و کارکنان بهداشتی معتقد بودند فرهنگ خانواده و اعتقادات مادر و پدر بر وضعیت تغذیه و سلامتی کودک مؤثر است.
۴	حمایت مادر و حفظ آرامش در خانواده	مراقبت و حمایت روحی، روانی و جسمی مادر و ایجاد آرامش در خانواده بر وضعیت تغذیه کودک مؤثر است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

مضمون دوم: به عقیده مادران و سایر افراد درگیر در تغذیه کودک زیر دو سال، سواد مادر بر نحوه مراقبت و وضعیت تغذیه و سلامت وی مؤثر است.

اکثریت مادران، مراقبین و کارکنان شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی بدون ذکر دلیلی، سواد مادر را عاملی مؤثر بر نحوه مراقبت و وضعیت تغذیه و سلامت وی می‌دانستند.

در گروه مادران، تعداد اندکی سواد را مؤثر نمی‌دانستند. یکی از مادران دلیل آن را این گونه عنوان کرد: "سواد در سلامت جسمی کودک تأثیری ندارد ". توسط هر یک از مادران دلیل تأثیرسواد بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک بیان شد: " اطلاعات مادر باسواد بیشتر است"، " مادر باسواد بیشتر به بچه‌اش (از نظر تغذیه‌ای) می‌رسد " ، " مادر باسواد رفتارش با بچه بهتر است" ، "آگاهی مادر باسواد بیشتر است" و "مادر باسواد می‌تواند دستور غذایی روی قوطی را بخواند" و "سواد مادر برای بعد (آینده بچه) مهم است".

در گروه مراقبین (مادربزرگ‌ها) تعداد اندکی بیان داشتند: "اثر سواد ۵۰-۵۰ است و با آگاهی بیشتر، مشکل کمتری پیش می‌آید". توسط هر یک از مراقبین بیان شد: "مادر باسواد بهتر با بچه رفتار می‌کند"، "مادر می‌تواند کتاب مطالعه کند"، "کتاب خواندن برای بچه" و "مادر باسواد می‌داند در دوره بارداری چه چیزهایی بخورد". تنها یکی از مراقبین اظهار داشت: "با اینکه سواد دارند ولی به بچه اهمیت نمی‌دهند".

در گروه مربیان مهد کودک تنها یکی معتقد بود: "مادر باسواد توجه کمتری به بچه دارد تا مادر بی‌سواد و فرهنگ از سواد خیلی مؤثرتر است".

تعداد اندکی از بهورزان به عنوان دلیل تأثیر سواد اشاره کردند: " اگر مادر سواد داشته باشد می‌تواند مواد غذایی را جایگزین کند". یکی از بهورزان معتقد بود سواد بر وضعیت تغذیه کودک اثری ندارد.

مضمون سوم : مادران، مراقبین و کارکنان بهداشتی معتقد بودند فرهنگ خانواده و اعتقادات مادر و پدر بر وضعیت تغذیه و سلامتی کودک مؤثر است.

اکثر مادران، مراقبین و کارکنان بهداشتی شرکت کننده در مصاحبه‌های گروهی معتقد بودند فرهنگ خانواده بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک مؤثر است ولی دلیلی برای آن ابراز نداشتند.

تعداد اندکی از مادران معتقد بودند که: اعتقادات غلط سایر افراد بیشتر از اعتقادات پدر و مادر روی تغذیه کودک اثر دارد.

در گروه مراقبین(مادربزرگ‌ها) تعداد اندکی بیان داشتند که افزایش آگاهی مادر موجب عدم تبعیت کامل از اعتقادات خانواده می‌شود.

در گروه مربیان مهد کودک تعداد کمی اظهار داشتند: "پدر و مادر با فرهنگ شعور بالاتری دارند".

در گروه کارکنان بهداشتی، این جملات دلیل تأثیر فرهنگ بر سلامت و تغذیه کودک بیان شد: "باورهای غلط منطقه به خاطر مهاجرپذیری آن است"، "تک‌فرزندی باعث کم‌خوردن غلط می‌شود"،" با توجه به اینکه بروشور می‌دهیم، فرهنگ ندارند که غذایی برای بچه‌شان تهیه کنند" و " اگر خودشان هم نخورند، به بچه می‌دهند".

هر یک از بهورزان دلیل تأثیر سطح فرهنگ بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک را این گونه بیان کردند: "(مادر) از پول گوشت می‌زند، مبل و ویترین می‌خرد"، " مواد غذایی را دارند ولی آگاهی کافی ندارند "، "افغانی هرچه درآمد دارد خرج غذایش می‌کند" و "وجود چشم و هم چشمی".

مضمون چهارم: مراقبت و حمایت روحی، روانی و جسمی مادر و ایجاد آرامش در خانواده بر سلامت و وضعیت تغذیه کودک مؤثر است.

اکثریت قریب به اتفاق افراد شرکت‌کننده به مراقبت و حمایت روحی، روانی و جسمی مادر و ایجاد آرامش در خانواده، به‌ویژه حمایت همسر، اشاره کردند.

در پاسخ به این سوال بزرگترهای خانواده چطور می‌توانند به مادری که تازه بچه‌دار شده است کمک کنند، نیمی از مراقبین به مراقبت و حمایت مادر و ایجاد آرامش در خانواده اشاره کردند. تعدادی از مراقبین انتقال تجارب و آموزش تغذیه به مادر را ذکر کردند. تعداد کمی به تغذیه مناسب و استراحت کافی مادر و نیز به محبت شوهر اشاره کردند. تعداد اندکی از مراقبین معتقد بودند که مادران جوان بیشتر به حرف دکتر اهمیت می‌دهند و حرف مادرشوهر را قبول ندارند. تعداد کمی از بهورزان به مراقبت از مادر و کمک به او اشاره کردند. یکی از مراقبین اظهار داشت: "مرکز بهداشت به مادران آموزش می‌دهد".

تأثیر اشتغال مادر بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک: تعداد کمی از مادران، شغل را بر وضعیت سلامت و تغذیه

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

کودکان مؤثر می‌دانستند. " مادر در خانه باشد فرق می‌کند تا اینکه پرستار بچه باشد"، " مادر در خانه باشد، برای رشد بچه بهتر است"، " مادر شاغل بچه‌اش زود مریض می‌شود" ، " مادر شاغل نمی‌تواند به بچه‌اش برسد" و "بچه مادر شاغل رشد می‌کند ولی از نظر عاطفه مادری کمبود دارد" جملاتی هستند که توسط هر یک از مادران به عنوان دلیل تأثیر شغل بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک بیان شد.

نیمی از مراقبین، اشتغال مادر را بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک مؤثر می‌دانستند. آنها معتقد بودند مادر خانه‌دار بهتر به بچه‌اش رسیدگی می‌کند. تعدادی از مراقبین اظهار داشتند که مادر شاغل بچه را به مهد می‌سپارد و نمی‌تواند به او برسد و تعداد اندکی نیز معتقد بودند مادری که شاغل است، نمی‌تواند بچه را خوب تربیت کند.

مراقبین اظهار کردند: "مادر شاغل وقت ندارد برای بچه غذا درست کند" ، "تأثیر شغل مادر ۵۰-۵۰ است" ،"مادر شاغل بچه‌اش عقده‌ای می‌شود" و "مادر شاغلی که درآمدش خوب باشد برای بچه اش پرستار می‌گیرد". در گروه مربیان مهد کودک تعداد کمی شغل و فرهنگ را بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک مؤثر می‌دانستند. تعداد کمی اظهار داشتند که مادر شاغل به بچه توجه زیادی ندارد و کمتر به او می‌رسد و تعداد اندکی نیز عنوان کردند که خیلی از مادرهای خانه‌دار به بچه نمی‌رسند. " مادر شاغل غذای فریزری به بچه‌اش می‌دهد" و " به بچه مادر شاغل ظلم می‌شود" هر کدام توسط یکی از مربیان عنوان شد.

تعداد کمی از کارکنان اظهار داشتند که اشتغال بر وضعیت سلامت و تغذیه کودکان مؤثر است. تعداد کمی از آنان اظهار داشتند مادر شاغل نمی‌تواند تغذیه انحصاری با شیر مادر را رعایت کند و به کودک خود شیر بدهد. یکی از آنان معتقد بود که مادر خانه‌دار بهتر به بچه می‌رسد. تعدادی از بهورزان شغل مادر را بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک مؤثر می‌دانستند. "مادر شاغل حوصله ندارد و خسته است و برای بچه غذا درست نمی‌کند"، "شیردهی مادر شاغل کم می‌شود و استرس شغل خیلی اثر دارد"، "بچه اذیت می‌شود"، "بچه سوءتغذیه می‌گیرد" جملاتی بودند که توسط یکی از بهورزان به‌عنوان دلیل تأثیر شغل بیان شد. یکی از بهورزان اظهار داشت که شغل مادر بر وضعیت تغذیه کودک اثر ندارد و دلیل آن را برنامه‌ریزی مادر شاغل می‌دانست. تعداد کمی از بهورزان معتقد بودند که بیکاری پدر بر وضعیت تغذیه کودک مؤثر است.

تأثیر توانایی مادر از بعد فیزیکی، روانی و اجتماعی بر وضعیت تغذیه و سلامتی کودک: تعدادی از مادران شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی، توانایی مادر را بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک مؤثر می‌دانستند ولی دلیلی برای آن ذکر نکردند.

تعداد اندکی از مراقبین اظهار داشتند که توانایی مادر بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک اثر دارد. یکی از آنان عنوان کرد "افزایش مطالعه در هنگام بارداری موجب افزایش توانایی مادر می‌شود". تعدادی از مراقبین توجه به اعتقادات و تجربیات بزرگترها را عوامل مؤثری بر سلامت کودکان می‌دانستند.

"توانایی فکری مادر مهم است"، "مادرها خیلی شلخته هستند"،" مادر پرتوان به بچه بهتر می‌رسد" جملاتی بودند که توسط یکی از مربیان مهد کودک به عنوان دلایل تأثیر توانایی مادر بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک بود.

تعداد کمی از کارکنان معتقد بودند که توانایی مادر بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک مؤثر است و دلیل آنان این بود که مادر کم‌ذهن یا کم‌هوش نمی‌تواند به بچه رسیدگی کند.

تأثیر محیط خانه و ارتباط پدر و مادر بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک: نیمی از مادران دعوای پدر و مادر در حضور بچه و تعدادی آرام بودن محیط خانه و وجود محبت و آرامش و عصبانی نشدن و آرام بودن مادر را از عوامل مؤثر بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک می‌دانستند. آنها معتقد بودند که آرامش در محیط خانه و نحوه ارتباط پدر و مادر با یکدیگر، به دلیل نقشی که روی سلامت مادر و مدیریت تغذیه خانواده دارد، بر وضعیت تغذیه و سلامت کودک نیز مؤثر است.

نیمی از مراقبین ارتباط پدر و مادر و تعدادی از آنان اهمیت دادن و محبت به بچه را از عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک می‌دانستند. تعداد کمی به " آرامش محیط خانه و مادر و خوش‌اخلاقی پدر و مادر" اشاره کردند.

تعدادی ازکارکنان به مشکلات و اختلافات خانوادگی و تعداد کمی به دعوای زن و شوهر اشاره کردند.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

• بحث

یافته اصلی در پژوهش حاضر این بود که از نظر شرکت‌کنندگان در بحث‌های گروهی، عواملی مثل درآمد خانوار ، سواد مادر، فرهنگ و اعتقادات پدر و مادر و مراقبت و حمایت روحی و اجتماعی مادر تأثیر مهمی بر سلامت تغذیه‌ای و الگوی غذا خوردن کودک زیر دو سال دارد.

تأثیر درآمد خانوار بر وضعیت تغذیه و سلامتی کودک: در بررسی حاضر مشابه یافته‌های مطالعه کیفی Sherry (۲۳)، مادران کم‌درآمد بیشتر نگران سلامت کودکان خود بودند. درحالی که بر پایه مطالعات Kruger (۲۴)، درآمد به تنهایی مؤثر نیست بلکه امکان دسترسی به غذای سالم و اصلاح روش‌های آماده‌سازی در تغذیه کودک مهم است و داشتن غذای کافی در خانوار تضمینی برای داشتن تغذیه خوب افراد خانوار به‌ویژه بچه‌ها نیست.

تأثیر سواد مادر بر نحوه مراقبت و وضعیت تغذیه‌ای کودک: در مقایسه با پژوهش‌های انجام شده در کشور از جمله مطالعه رستم‌نژاد و امانی در اردبیل (۲۵) و ابراهیمی در کهکیلویه و بویراحمد (۲۶)، میزان سواد و آگاهی تغذیه‌ای مادر با وضعیت تغذیه‌ای کودک ارتباط نزدیکی داشت. در مقایسه با مطالعات سایر کشورها نتایج مشابه با مطالعه Appoh (۲۷) در منطقه ولتای به‌دست آمد. طبق بررسی Appoh ، مادران کودکان سالم در شاخص آگاهی تغذیه‌ای و در مقایسه با مادران کودکان سوءتغذیه‌ای، امتیاز بالاتری کسب کردند. این بررسی نشان داد آگاهی بهتر مادر با پیامد تغذیه‌ای بهتری در کودک همراه است. مطالعه Franca با مراقبین کودک در برزیل (۵) نشان داد که تحصیلات و آگاهی مادر برای پیشگیری از عملکردهایی که تأثیر منفی بر شیردهی دارند، مهم و حیاتی است. مطالعه Barona-Vilar (۴) نشان داد زنان در طبقات بالاتر تحصیلی پیام‌های بهداشتی را بهتر درک کرده بودند. در بررسی کیفی Sutton (۲۸) بر روی مادران ویتنامی ساکن کانادا، فقدان دانش و عدم آگاهی مادران و نیز ناتوانی آنها در برقراری ارتباط به زبان انگلیسی با پرسنل مراکز ارائه خدمات بهداشتی، به عنوان موانع اصلی شیردهی معرفی شدند و ضرورت خدمات حمایتی بعد از زایمان و تشویق به تغذیه با شیر مادر برای این جمعیت ویتنامی ضروری اعلام شد. به‌طور کلی در پژوهش حاضر مشخص شد که تحصیلات مادر روی وضعیت تغذیه‌ای کودک مؤثر است اما به هر صورت وضعیت اقتصادی نقش تعیین‌کننده‌تری بر وضعیت تغذیه‌ای کودک دارد. به‌عبارت دیگر تحصیلات مادر بیشتر از طریق ارتباط با آگاهی تغذیه‌ای و وضعیت اقتصادی بهتر ، وضعیت تغذیه‌ای کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به بیان دیگر، آگاهی تابعی از تحصیلات و دانش عمومی فرد است و در هر صورت وضعیت اقتصادی بیشترین تأثیر را دارد.

تأثیر فرهنگ و اعتقادات مادر و پدر بر وضعیت تغذیه و سلامتی کودک: در پژوهش حاضر همانند مطالعه Kruger (۲۴)، توجه به اعتقادات فرهنگی در زمینه انتخاب غذا و روش‌های پخت غذای تکمیلی کاملاً آشکار و مشهود است. به‌طوری‌که بر اساس اعتقادات فرهنگی، غذای کودکان در ظرف جداگانه تهیه می‌شد که دلیل این امر روش‌های مختلف پخت و زمان غذا خوردن آنها در مقایسه با افراد بزرگسال خانواده بود. به علاوه شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که خوردن از یک ظرف باعث ایجاد تأثیرات منفی روی کودک می‌شود. نتایج بررسی کمی و کیفی Appoh (۲۷) در مورد عوامل مؤثر بر آگاهی تغذیه‌ای مادر و وضعیت تغذیه‌ای کودک نشان داد که مادرانی که سوءتغذیه کودک را نه به‌علت کمبود غذا بلکه به‌دلیل بعضی رفتارهای اجتماعی و وجود خرافات مؤثر می‌دانند، کمتر احتمال دارد که غذای مورد نیاز کودک خود را تأمین کنند. در مطالعه کیفی Saka در ترکیه (۳۵) اکثر مادران شرکت‌کننده، کلستروم را برای کودک نامناسب می‌دانستند و اغلب آن را شیر زرد، شیر بعد از تولد یا شیر اول و شیر کثیف می‌نامیدند و بر این باور بودند که بعد از تولد باید این شیر کثیف یا شیر زرد را دور بریزند. عده ای معتقد بودند که این شیر برای کودک ضرر دارد و باعث بیماری او می‌شود. بعضی از مادران اعتقاد داشتند که تا اذان سوم باید منتظر بمانند و بعد شیردهی را آغاز کنند. عده‌ای بعد از استحمام مادر و گروهی ۳ روز بعد از زایمان را مناسب برای شیردهی می‌دانستند. هرچند اعتقاد کلی بر این بود که نباید کلستروم را به نوزاد داد ولی بعضی از شرکت‌کنندگان کلستروم را غذای خوب و مفید برای نوزادان می‌دانستند. بعضی آن را به‌عنوان اولین واکسن برای نوزاد معرفی کردند ولی اظهار کردند که در اولین روز، با توجه به خستگی مادر و ضعف بدنی او تغذیه نوزاد با شیر مادر برای او سخت می‌شود. بر اساس یافته‌های تحقیق Kumar در هند (۲۹) مشخص شد که ابتدا محدودیت‌های

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

خانوادگی و سپس آداب و رسوم اجتماعی و عقاید مذهبی رایج در جامعه علت اصلی تاخیر در شروع تغذیه شیر مادر هستند. ۴۰ درصد مادران به شیرخواران خود قبل از شیر مادر غذا دادند و مشخص شد که شیر گاو و عسل بیشترین چیزهایی هستند که قبل از شیر مادر به نوزاد داده می‌شود. این مطالعه نشان داد که در این جمعیت، مادران شیردهی را دیر آغاز می‌کنند که بیشتر ناشی از محدودیت‌های خانوادگی و دخالت زنان مسن‌تر است. تأخیر در شروع شیردهی بیشتر در میان مادران بی‌سواد که در خانه زایمان کرده بودند مشاهده شد. مطالعه Franca (۵) بر روی مراقبین کودک در برزیل نشان داد که عوامل اجتماعی و فرهنگی وضعیت شیر دادن به کودک را تعیین می‌کند و همچنین تحصیلات و آگاهی مادر برای پیشگیری از عملکردهایی که تأثیر منفی بر شیردهی دارند، مهم و حیاتی است. بر پایه یافته‌های حاصل از مطالعه کیفی Raven در چین (۳۰) بر روی خانواده‌ها، کارکنان بهداشتی و پزشکان طب سنتی در مورد اثر روش‌های سنتی رایج در دوره پس از زایمان بر تغذیه کودک شیر خوار، لزوم اطلاع‌رسانی و آموزش پرسنل بهداشتی همگام با آگاه‌سازی خانوارها برای جلوگیری از نفوذ عقاید احتمالاً نادرست تأکید شد. مطالعه Barona-Vilar (۴) نشان داد که شیردهی یک عملکرد فرهنگی است و سنت‌ها و پیام‌های رسیده از نسل‌های پیشین در شیردادن مادر به کودک مؤثر است. همچنین بر پایه یافته‌های مطالعه Barona-Vilar تأثیر پدران در میان گروه‌های بالاتر اجتماعی- اقتصادی بیشتر بود، در حالی که درگروه‌های پایین‌تر اجتماعی- اقتصادی نوع تصمیم گرفته‌شده بیشتر تحت تأثیر یک زن در خانواده مثل خواهر، مادر، ... و یا دوستان بود. یافته‌های تحقیق کیفیLipsky (۳۱) در زنان روستایی مکزیکی نشان داد تصمیم مادران درباره تغذیه با شیرمادر بیشتر تحت تأثیر رسم و رسوم و توصیه پزشک و اعضای خانواده بود. در بعضی موارد توصیه‌های پزشکی در تضاد با روش‌های سنتی بود. به‌طور کلی در پژوهش حاضر از نظر شرکت‌کنندگان شرایط فرهنگی و باورهای غلط معمول جامعه در عدم موفقیت در شیردهی انحصاری نقش داشته و به‌نظر می‌رسد که اکثر عوامل و مشکلات فوق از طریق آموزش مناسب قابل پیشگیری است.

تأثیر حمایت عاطفی و اجتماعی از مادر بر وضعیت تغذیه و سلامتی کودک: در مورد تأثیر حمایت عاطفی و اجتماعی مادر نتایج پژوهش حاضر مشابه مطالعه انجام‌شده در داخل کشور توسط اکابریان(۳۲) و در سایر کشورها، همانند بررسی Castle در مالی آفریقا بود(۳۳). Castle در مطالعه کیفی خود نشان داد که از اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده در توانایی مادر در مراقبت از فرزندش، حمایت اجتماعی موجود در خانوار، به‌خصوص حضور دختر بزرگتر و همچنین خستگی مادرانی که مجبور بودند هم‌زمان با مراقبت از کودک به کارهای خانه نیز بپردازند و در نهایت محدود شدن رابطه او با کودک مطرح شد. بر پایه نتایج به‌دست آمده از مطالعه Ramos (۳۴)، این حمایت و پشتیبانی مادر باید دربرگیرنده محیط خانواده تا اجتماع باشد. بر اساس مطالعه Barona-Vilar (۴) از دیدگاه مادران دارای کودک شیرخوار حمایت عاطفی و عینی همسر تأثیر مثبتی بر تصمیم‌گیری و طول دوره شیردهی داشت. آنها عقیده داشتند که حمایت پدران از شیردهی یک امر ضروری است و همچنین معتقد بودند که پدران باید سایر وظایف مراقبت از کودک را به عهده بگیرند تا مادر بتواند راحت‌تر به کودک شیر بدهد. آنها همچنین به اهمیت نقش مادربزرگ‌ها به عنوان تأمین‌کننده حمایت عاطفی، عینی و اطلاعاتی اشاره کردند. بیشتر زنان باردار تصور می‌کنند که بعد از تولد نوزاد ، نیاز به حمایت یک فرد باتجربه مانند مادر یا یک فرد متخصص بهداشتی مثل ماما دارند تا توصیه‌های لازم برای مراقبت از نوزاد از جمله شیر دادن را به آنها بگوید. در این مطالعه نشان داده شد که با افزایش سطح اجتماعی- فرهنگی نقش مادربزرگ کاهش و برعکس نقش متخصصین بهداشتی افزایش می‌یابد. زنانی که از طبقات پایین‌تر اجتماعی- فرهنگی بودند، پس از تولد نوزاد، حمایت و تجربیات مادرانشان را مفید می‌دانستند. مطالعات Omer-Salim(۷) و Sellen در تانزانیا (۶) نیز نشان داد افراد مختلفی که در محیط اطراف مادر وجود داشتند، به‌طور فعال در حمایت و تصمیم‌گیری در مورد تغذیه کودک نقش داشتند. نقش نسبتاً فعال پدر در حمایت از تغذیه و حمایت از کودک به‌ویژه مورد توجه است. مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه‌یافته، همبستگی مثبتی را بین حمایت پدر و افزایش تغذیه با شیر مادر نشان دادند. تحقیقات صورت گرفته در آفریقا نشان داده است که بسیاری از کارکنان بهداشتی دانش و آگاهی کافی و مهارت‌های لازم را برای کمک به مادران در جهت رفع مشکلات روزمره مرتبط با تغذیه کودک ندارند. افزایش مهارت کارکنان بهداشتی در

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

حمایت و پشتیبانی از تغذیه مناسب کودک بسیار حائز اهمیت است. از این گذشته نوع اطلاعات داده شده در مورد تغذیه کودک چگونگی مؤثر بودن این اطلاعات برای مادران را تعیین می‌کند.

تأثیر اشتغال مادر بر وضعیت تغذیه و سلامتی کودک: نتایج پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعات انجام شده در کشور، همانند مطالعه کیفی اکابریان و دیانت در بوشهر(۳۲) و رستم نژاد و امانی در اردبیل(۲۵) و ابراهیمی (۲۶) نشان داد که اشتغال عامل مؤثری در شیردهی است. همچنین مشابه نتایج به‌دست آمده از مطالعهRamos (۳۴) که عوامل مؤثر بر شیردهی مادران را مورد مطالعه قرار داد، شغل مادر بر شیردهی مؤثر بود. به‌طوری که نشان داد اشتغال مادر باعث کم شدن ارتباط نزدیک و مستمر بین نوزاد و مادر از نظر روحی و جسمی و کاهش احتمال شیردهی کامل و مؤثر شده بود. در این راستا ضرورت حمایت همه‌جانبه از مادر که دربرگیرنده محیط خانواده تا اجتماع است، در اجرای موفق تغذیه با شیر مادر ضروری شناخته شد. در مطالعه کیفی Saka در ترکیه (۳۵) بعضی از مادران شرکت‌کننده انجام کارهای فصلی و در نتیجه مشغول بودن و کار در مزارع را از عوامل محدودکننده می‌دانستند. مطالعه Barona-Vilar (۴) نشان داد اشتغال مادران در خارج از منزل همراه با امکان شیردهی، مهمترین نگرانی زنان بود.

تأثیر توانایی مادر از بعد فیزیکی، روانی و اجتماعی بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک: در تحقیق کنونی عدم توانایی مادر از جنبه‌های مختلف مورد نظر بود، از جمله: بیماری جسمی و روحی، سن پایین و نداشتن تجربه، بی‌سوادی، نداشتن اعتماد به نفس، وابستگی زیاد به دیگران در مراقبت از کودک، نداشتن مهارت اجتماعی، عدم حمایت مادر، اشتغال و...). براساس یافته‌های مطالعه حاضر، شرکت‌کنندگان در بحث‌های گروهی، توانایی مادر را بر وضعیت سلامت و تغذیه کودک مؤثر می‌دانستند. نتایج بررسی کیفی Hoddinott (۳۶) که در مورد ارتباط بین عوامل اجتماعی- اقتصادی و تصمیم‌گیری در مورد شیردهی در میان زنان ساکن در بخش شرقی لندن انجام شد، نشان داد که مواجهه مادران با تغذیه با شیر مادر به میزان زیادی با تعهد آنها قبل از تولد نوزاد و اطمینانشان نسبت به توانایی خود در شیردهی و شروع تغذیه با شیر مادر و به‌نسبت کمتر با طول دوره و انحصاری بودن شیردهی مرتبط بود.

تعداد زیادی از زنان در این مطالعه، نسبت به اندام خود احساساتی منفی داشتند و میزان رضایت‌مندی آنها از اندام‌شان، پایین بود. او همچنین نشان داد زمانی که زنان و خانواده و دوستان آنها گواهی دهند تغذیه با شیر مادر به‌عنوان بخشی از زندگی عادی روزانه است، مادر نسبت به توانایی خود در شیردهی اطمینان بیشتری پیدا می‌کند و نیز به تصمیم خود متعهد می‌شود. اگر تغذیه با شیر مادر به‌ندرت انجام شود و سایر اطرافیان عقاید منفی نسبت به آن داشته باشند، عکس‌العمل مادران هم مثبت نخواهد بود.تمام زنان در این مطالعه نسبت به اینکه تغذیه با شیر مادر برای سلامتی بهترین است، آگاه بودند. طبق مطالعه Ramos (۳۴)، توانایی جسمی و روحی مادر از جمله وضعیت پستان بعد از زایمان، کمبود تجربه مادر، شیر ناکافی و بار مسئولیتی که در اثر شیردهی به فعالیت‌های روزانه مادر افزوده می‌شود، در اجرای موفق شیردهی بسیار مؤثر بوده است. مطالعه Gill (۳۷) در مورد شناسایی عقاید فرهنگی در مورد شیردهی با مادران و مراقبین کودک در بین آمریکایی مکزیکی‌های کم‌درآمد نشان داد که زنان باردار و زنانی که تازه مادر شده بودند، به اثرات مثبت شیردهی بر روی شرایط فیزیولوژیکی و جسمی مادران بعد از زایمان و اثرات مفید آن بر روی بازگشت سریع اندام‌ها به حالت اولیه و کاهش وزن سریع‌تر مادر معتقد بودند. همچنین افراد شرکت‌کننده در بحث گروهی سه مانع از جمله: خجالت، درد و ناراحتی را برای تغذیه با شیر مادر اعلام کردند. در مطالعه کیفی Saka در ترکیه (۳۵)، بعضی از مادران شرکت‌کننده فکر می‌کردند که توانایی و یا عدم توانایی مادر در شیر دادن، ارثی است. بیماری مادر، مشکلات روحی و روانی او و یا بارداری مجدد از عوامل دیگر ذکر شد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر هر چند مادران از فواید شیردهی اطلاع کافی داشتند و خود را موظف به انجام آن می‌دانستند، اما موانعی از جمله پیروی از روش‌های سنتی، آگاهی ناکافی از فواید شیردهی، عدم حمایت مادر از سوی جامعه و ناتوانی جسمی و یا روحی مادر موجب اختلال در تداوم شیردهی می‌شد.

مطالعه کیفی حاضر با کنکاش عمیق‌تر نشان داد که تغذیه انحصاری به‌صورت واقعی آن در منطقه دماوند رعایت نمی‌شود. از طرفی هنوز اعتقاد به خوراندن موادی مانند کره محلی، آب جوش، مهر جا نماز در بدو تولد به نوزاد در

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

منطقه مورد بررسی مشاهده می‌شود که می‌تواند برای سلامتی نوزاد و روند شیردهی خطرناک باشد.

نتایج این مطالعه نشان دادکه از نظر شرکت‌کنندگان در بحث‌های گروهی، شرایط اجتماعی، اقتصادی و باورهای غلط موجب عدم موفقیت در شیردهی و تغذیه تکمیلی می‌شود و در نتیجه نقش مؤثری بر تغذیه کودک زیر دو سال دارد.

محدودیت‌ها و نقاط ضعف و قدرت پژوهش: در پژوهش حاضر به‌دلیل طبیعت خاص تحقیقات کیفی و آشنا نبودن برخی از مسئولین به این نوع مطالعات، در کلیه مراحل تحقیق مجریان و تیم بررسی با مشکلات متعددی مواجه شدند. امور هماهنگی جهت دعوت از کارکنان بهداشتی در مراکز و خانه‌های بهداشت برای شرکت در بحث‌های گروهی به‌علت حضور آنان در جلسات مختلف، انجام مأموریت‌های شغلی و یا هم‌زمان بودن برنامه‌های مختلف اجرایی با مشکلات فراوانی همراه بود. در گروه مادران دارای کودک زیر دو سال نیز مواردی مثل به‌موقع حاضر نشدن مادر در بحث گروهی و دشواری تمرکز مادر در هنگام بحث به‌علت همراه داشتن کودک شیرخوار از دیگر مشکلات و محدودیت‌های تحقیق بود.

از نقاط ضعف پژوهش حاضر عدم امکان دسترسی به مادران شاغل در منطقه جهت شرکت در بحث‌های گروهی و دشواری دسترسی به مشاوران متخصص در حوزه پژوهش‌های کیفی بود. از جمله نقاط قوت تحقیق کنونی مقرون به‌صرفه بودن پژوهش از نظر عدم نیاز به تجهیزات و خدمات خاص و همچنین بهره‌مندی از تیم بررسی ماهر و آموزش‌دیده در انجام مطالعات کیفی از نظر تکنیکی و اجرایی بود.

پیشنهادات: جهت رفع مشکلات فعلی در زمینه تغذیه کودک، شیردهی و تغذیه تکمیلی تجدید نظر در دستورالعمل‌های فعلی تغذیه‌ای و نیز ترکیبی از مداخلات از جمله اجرای برنامه‌های حمایتی مادر و برنامه‌های آموزشی همسو با اعتقادات و فرهنگ جامعه به تمام افراد درگیر در تغذیه کودک زیر دو سال از جمله مادران، مراقبین و کارکنان بهداشتی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

از ریاست محترم انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور به جهت مساعدت در اجرای پژوهش، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مسئولین گرامی شبکه بهداشت و مراکز بهداشتی شهرستان دماوند به جهت همکاری صمیمانه در انجام عملیات میدانی ، از کلیه مادران، مادر بزرگ‌ها، مربیان مهد کودک و کارکنان بهداشتی و بهورزان شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی که بدون همکاری صمیمانه آنان انجام بررسی امکان‌پذیر نمی‌شد و در نهایت از خانم‌ها: مریم اسلامی، تلما ذوقی، منیره دادخواه، هما حیدری، نسرین حسین پور، ستاره علیپور و ندا مظاهری به جهت همکاری صمیمانه شان در انجام تحقیق حاضر قدردانی می شود.

• References

1. Michaelsen KF. Breastfeeding; Nutrition of healthy infants, children and adolescents. in: Koletzko B(ed) Pediatric nutrition in practice. Basel: Karger: 2008; 85-89.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics: 2005;115(2):496-506.
3. Rice A, Sacco L, Hyder A, Black R. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. Bull World Health Organ. 2000; 78(10): 1207-21.
4. Barona-Vilar C, Escriba-Aguir V, Ferrero-Gandia R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. Midwifery: 2007.
5. Franca GV, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Breast feeding determinants on the first year of life of children in a city of Midwestern Brazil. Rev Saude Publica. 2007;41(5):711-18.
6. Sellen DW. Weaning, complementary feeding, and maternal decision making in a rural east african pastoral population. J Human Lact: 2001;17(3):233.
7. Omer-Salim A, Persson LL, Olsson P. Whom can I rely on? Mothers' approaches to support for feeding: An interview study in suburban Dar es Salaam, Tanzania. Midwifery: 2007; 23(2): 172-83.
8. Ministry of health and medical education in corporation with UNICEF: Training package for medical doctors. [Improvement of children growth and nutrition] Tehran (Iran): Sina Publication: 2004[in Persian].
9. Holloway I, Wheeler S, Publishers B. Qualitative research in nursing: Wiley: 2002.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

10. Krueger RA. Focus groups: A practical guide. London: Sage 1988.
11. Khan ME, Manderson L. Focus groups in tropical diseases research. Health Policy and Planning. 1992; 7(1): 56-66.
12. Morgan DL. Successful focus groups: Advancing the state of the art. Sage Publications Inc: 1993.
13. Malekafzali H. The guideline of the qualitative research. Focus Group Interview: Tehran: Author publication: 1999[in Persian].
14. Soraya S. The method of discussion and interview based on the cause and effect interaction in the group. Tehran, Iran: Roshd Publication: 1998[in Persian].
15. Iszler J, Crockett S, Lytle L, Elmer P, Finnegan J, Luepker R, et al. Formative evaluation for planning a nutrition intervention: Results from focus groups. Journal of Nutrition Education: 1995; 27:127.-
16. Burgess RG. In the field: an introduction to field research. Routledge: London: 1991.
17. Yoddumnern-Attig B, Attig G, Boonchalaksi W, Richter K, Soonthorndhada A. Qualitative methods for population and health research. Institute for population and social research: Mahidol University at Salaya Thailand: The William and Flora Hewlett Foundation: 2001.
18. Bogardus ES. The group interview. Journal of Applied Sociology: 1926;10(4):372-82.
19. Merton R, Fisk M ,Kendall P. The Focused Interview: A Report of the Bureau of Applied Social Research. 1956.
20. Basch CE. Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Health Educ Q. 1987; 14(4):411-48.
21-Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage: 2008.
22. Barden L. Content analysis in qualitative research. 1st ed. Translated by Ashtiani M, Yamini Dozi Sarkhabi M. Tehran: Shahid Beheshti University Press: 1996[in Persian].
23. Sherry B, McDivitt J, Birch LL, Cook FH, Sanders S, Prish JL, et al. Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, Hispanic, and African-American mothers. J Am Diet Assoc: 2004; 104(2): 215-21.
24. Kruger R, Gericke GJ. A qualitative exploration of rural feeding and weaning practices, knowledge and attitudes on nutrition. Public Health Nutr: 2007; 6(02): 217-23.
25. Rostamnezhad F, Amani M. Unsuccessful breast feeding among women in Ardabil. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2004; 4(2): 31-35[in Persian].
26. Ebrahimi S, Pourmahmoodi A. Complementary feeding and the risk factors in Kohkiloyeh Boyer Ahmad Province. Armaghan Danesh: 2001; 6(24):8-15[in Persian].
27. Appoh LY, Krekling S. Maternal nutritional knowledge and child nutritional status in the Volta Region of Ghana. Matern Child Nutr: 2005;1(2):100-10.
28. Sutton J, He M, Despard C, Evans A. Barriers to breastfeeding in a vietnamese community: A qualitative exploration. Can J Diet Pract Res: 2007; 68(4): 195-200.
29. Kumar D, Agarwal N, Swami HM, Statistics A, Comments R. Socio-demographic correlates of breast-feeding in urban slums of Chandigarh. Indian J Med Sci: 2006; 60(11): 461-6.
30. Raven JH, Chen Q ,Tolhurst RJ, Garner P. Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth: 2007; 7:8.
31. Lipsky S, Stephenson PA, Koepsell TD, Gloyd SS, Lopez JL, Bain CE. Breastfeeding and weaning practices in rural Mexico. Nutr Health: 1994; 9(4): 255-63.
32. Akaberian Sh, Dianat M. Evaluation of factors influencing on non-exclusive breast feeding during the first six months of life in Bushehr Port using focus group discussion. Iranian South Medical Journal: 2003; 6(2):71-165 [in Persian].
33. Castle S, Yoder PS, Konaté M, Macro ORC, Measure/Dhs. Introducing complementary foods to infants in central mali: MEASURE DHS+, ORC: Macro: 2001.
34. Ramos CV, Almeida JAG. Maternal allegations for weaning: qualitative study. J Pediatr (Rio J): 2003; 79: 385-90.
35. Saka G, Ertem M, Musayeva A, Ceylan A, Kocturk T. Breastfeeding patterns, beliefs and attitudes among Kurdish mothers in Diyarbakir, Turkey: Acta Paediatrica. 2005;94(9):1303-9.
36. Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. BMJ. 1999; 318 (7175): 30-4.
37. Gill SL, Reifsnider E, Mann AR, Villarreal P, Tinkle MB. Assessing infant breastfeeding beliefs among low-income mexican americans. J Perinat Educ: 2004;13(3):39.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]

Socio-Economic and Cultural Factors Affecting Child Feeding Practices: an Exploratory Qualitative Study in Damavand

*Salarkia N[*1], Amini M[2], Abdollahi M[3], Eshrati B[4]*

1- [*] Corresponding author: Researcher, Dept. of Food and Nutrition Policy and Planning Research, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: n_salarkia@hotmail.com

2- Researcher, Dept. of Nutrition Research, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Assistant prof (in research), Dept. of Nutrition Research, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Assistant Prof, Dept. of Epidemiology, Faculty of Paramedica Arak University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received 17 May, 2010 **Accepted 23 Oct, 2010**

Background and Objectives: Early child nutrition plays a vital role in the growth and development not only in infancy but also later in life. This study was carried out to determine the views, beliefs and experience of mothers, caregivers and health professionals about the role of socio-economic and cultural factors in child feeding practices in Damavand, a district located in the north of Tehran, in 2008.

Subject and Methods: In a qualitative study 23 focus group discussions (FGDs) were held with the presence of a facilitator, 2 rapporteurs, and a supervisor. Mothers of under-2-year-old children attended 11 FGDs, and 8 FGDs were arranged for home caregivers (grandmothers), out-of-home care-givers (community child health nurses), and rural and urban health workers. At the end of the field work all the notes taken in the FGDs were coded based on objectives of the study. Then the subgroups for each objective and emerging themes were derived and reported. The data were analyzed using content analysis.

Results: Most participants were aware of breast feeding and complementary feeding benefits. However, exclusive breast feeding was not followed precisely and the quality and diversity of the diet of children were ignored. The participants thought that social and economic factors, such as literacy, income, erroneous beliefs, family restrictions, and interference of elderly females, had a role in failure of breast and complementary feeding. Cultural factors appeared to have an important influence on mothers' infant feeding practices and feeding patterns of their children.

Conclusion: To overcome the problems related to breast feeding and complementary feeding practices, revision of the current nutritional protocols and educational programs is essential. In addition, involvement of mothers, caregivers, elderly women, and all those involved in child care, in nutrition education activities is recommended.

Keywords: Nutrition, Infant, Economic factors, Qualitative research

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-22]