مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال دوم، شماره۴، زمستان ۱۳۸۶ ، صفحات ۴۸-۴۱

وضعیت تن‌سنجی و شیرخواری در کودکان زیر پنج سال خانوارهای مادر سرپرست تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران و برخی عوامل موثر بر آن، سال ۱۳۸۴

فاطمه اسفرجانی[۱]، ناهید سالارکیا[۲]، روشنک روستایی[۳]، علیرضا ابدی[۴]

۱- نویسنده مسئول: پژوهشیار گروه تحقیقات سیاست‌گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پست الکترونیکی: F.Esfarjani@nnftri.ac.ir
۲- پژوهشیار گروه تحقیقات سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- کارشناس تغذیه گروه تحقیقات سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴- استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت: ۸۶/۳/۶ تاریخ پذیرش: ۸۶/۷/۳

چکیده

سابقه و هدف: فقر یکی از مهم‌ترین عوامل بروز سوء تغذیه به شمار می‌رود و از آنجا که تقریبا یک سوم خانواده‌های مادر سرپرست، جزء دهک‌های پایین درآمدی جامعه محسوب می‌شوند، خطر آسیب‌پذیری تغذیه‌ای کودکان در این خانوارها معمولا بیش از خانوارهای پدر سرپرست است. در این تحقیق، وضعیت سلامت تغذیه‌ای کودکان زیر پنج سال خانوارهای مادر سرپرستِ تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۳۸۴ ارزیابی شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، یک تحقیق توصیفی- مقطعی است که نمونه‌های آن با توجه به تراکم جمعیت کودکان زیر پنج سالِ تحت پوششِ مناطق بیست گانهٔ کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران، از هشت منطقه (در محدوده های شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) انتخاب شدند. سپس در هر منطقه، همه کودکان زیر پنج سال خانوارهای مادر سرپرست که دارای پرونده فعال بودند، پس از تکمیل فرمِ رضایت‌نامه توسط مادر، وارد مطالعه شدند (n=۱۳۷). داده‌ها از طریق پرسشنامه، حاوی سوالاتی در مورد وضعیت دموگرافیک خانوار، چگونگی تغذیه کودک در دو سال اول زندگی، مصاحبه کارشناس تغذیه مجرب با مادران و همچنین مشاهده گردآوری شد. سپس وزن و قد کودکان با روش‌های استاندارد، اندازه‌گیری و با جداول NCHS به عنوان جامعه مرجع، مقایسه شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر، با نرم افزارهای Epi Info و $SPSS_{11.5}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار سن مادران ۴/۷ ± ۳۱ سال بود. ۶۷ ٪ مادران ۲ تا ۳ فرزند داشتند و کمتر از ۱۰٪ آن‌ها شاغل بودند و به تامین درآمد خانوار کمک می‌کردند. مسکن ۴۷٪ آن‌ها به شکل رهن یا اجاره بود. بیشترین میزان سواد مادران (۴۲٪) در گروه راهنمایی و زیر دیپلم بود. در بررسی تاریخچه غذایی کودکان در ۲ سال اول زندگی مشخص شد که ۹۵٪ کودکان، آغوز شیر مادر را دریافت کرده بودند. ۶۷٪ کودکان مورد بررسی، در ۶ ماه اول زندگی فقط شیر مادر خورده بودند. برای ۵۳٪ کودکان مورد بررسی، تغذیه تکمیلی و برای ۳۰٪ آن‌ها دادن غذای خانواده در سنین مناسب شروع شده بود. بررسی تن‌سنجی کودکان مورد مطالعه نشان داد که میزان کم وزنی، لاغری، اضافه وزن و کوتاه قدی به ترتیب ۱۱٪ ، ۶ ٪ ، ۵ ٪ و۱۰٪ بود. تحلیل رگرسیون لجستیک هم نشان داد که نسبت شانس (OR) کم وزنی در دختران ۶/۳۹ برابر پسران (۲۷/۳۵-۱/۵۶: ۹۵٪ CI) و نسبت شانس (OR) کم وزنی در کودکانِ مادرانِ بی سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی / نهضت ۶/۲۹ برابر مادران دارای تحصیلات دوره راهنمایی (۲۹/۶۰-۱/۲۳: ۹۵٪ CI) بود.

نتیجه‌گیری: کودکان زیر پنج سال خانوارهای مادر سرپرست از درجاتی از سوء تغذیه رنج می‌برند. با توجه به وجود مشکلات متعدد در این خانوارها، آموزش مادران در زمینه مسائل اجتماعی از جمله مهارت‌های زندگی، ارتقای سطح تحصیلات و تخصیص کمک‌های غذایی هدفمند توأم با آموزش تغذیه برای بهبود وضعیت موجود توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: کودکان زیر پنج سال، خانوار مادر سرپرست، وضعیت شیرخواری، تن‌سنجی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]

• مقدمه

سوء تغذیه، یک مشکل چند وجهی است و نگاهی به وضعیت تغذیه‌ای کودکان کشورمان نشان می‌دهد که تعداد قابل توجهی از کودکان به درجاتی از سوء تغذیه مبتلا هستند. نتایج اولین مطالعه کشوری در زمینه وضعیت سلامت تغذیه‌ای کودکان کشورمان در سال ۱۳۷۷ نشان داد که ۱۱٪ از کودکان زیر پنج سال، به کم‌وزنی متوسط و شدید، ۵٪ به لاغری مبتلا و ۱۵٪ دچارکوتاه قدی هستند. اگر موارد سوء تغذیه خفیف نیز به این آمارها افزوده شود، وسعت مشکل، بیشتر نمایان می‌شود (۱).

کودکانی که در سال‌های اول زندگی، از مراقبت مناسب و غذای کافی، محروم هستند، ضریب هوشی پایین‌تری داشته و از قدرت فراگیری و رقابت کمتری برخوردار هستند، بیشتر بیمار می‌شوند و مدت بیماری آن‌ها طولانی‌تر می‌شود. این شرایط در سال‌های بعد با وجود تغذیه کافی یا مراقبت بیشتر، بهبود شرایط زندگی و آموزش، برگشت پذیر نخواهد بود(۲) این مهم با گذشت زمان می تواند صدمات جبران ناپذیری را برای توسعه پایدار کشور به وجود آورد.

فقر، یکی از مهم‌ترین عوامل بروز سوء تغذیه به شمار می‌رود و از آنجا که تقریبا یک سوم خانواده های مادر سرپرست، جزء دهک‌های پایین درآمدی جامعه محسوب می‌شوند، خطر آسیب‌پذیری تغذیه‌ای کودکان در این خانوارها معمولاً بیش از خانوارهایی است که سرپرستی به عهده پدر است(۴، ۳). با توجه به اینکه وجود فقر اقتصادی معمولاً با فقر فرهنگی نیز همراه است (۶-۴) سلامت تغذیه‌ای کودکان در این خانواده‌ها به شدت در معرض خطر قرار دارد. بنابراین، برای حفاظت از سلامت تغذیه‌ای گروه‌های در معرض خطر، از جمله کودکان زیر پنج سالِ خانواده‌های کم درآمد، برنامه‌های متعددی توسط نهادهای مختلف در کشورها تدوین و اجرامی‌شود. برنامه WIC (Women, Infant, Children) که از سال ۱۹۷۴ در کشور آمریکا اجرا می‌شود، نمونه‌ای از برنامه‌های حمایتی برای این گروه‌های آسیب‌پذیر است. در کشور ما، کمیته امداد امام خمینی (ره) یک نهاد غیر دولتی NGO (Non Governmental Organization) است که حامی اقشار آسیب‌پذیر جامعه، به شمار می‌رود که با توجه به مسائل اقتصادی _ اجتماعی در خانوارهای تحت پوشش خود، به آن‌ها کمک‌های نقدی و غذایی ارائه می‌کند. اما از آنجا که این کمک‌های غذایی بدون توجه کافی به وضعیت سلامت تغذیه‌ای افراد بوده است (۷) و چگونگی وضعیت تغذیه‌ای کودکان تحت پوشش این نهاد تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است، این تحقیق با هدف بررسی وضعیت سلامت تغذیه‌ای کودکان زیر پنج سال خانوار های مادر سرپرستِ تحت پوششِ کمیتهٔ امدادِ امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۳۸۴ انجام شد.

• مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک تحقیق توصیفی- مقطعی بود که با توجه به شیوع سوء تغذیه (کم وزنی متوسط و شدید) در کودکان زیر پنج سال شهر تهران که ۶/۶٪ گزارش شده (۱)، در سطح اطمینان ۹۵٪ با احتمال خطای ۸۰٪ انجام شد.

تعداد نمونه ها حداقل ۱۲۷کودک محاسبه شد. ابتدا با توجه به تراکم جمعیت کودکان زیر پنج سال تحت پوشش مناطق ۲۰ گانه کمیته امداد امام خمینی (ره) در شهر تهران، هشت منطقه (در محدوده‌های شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) انتخاب شدند و در هر منطقه، کلیه کودکان زیر پنج سال خانوارهای مادر سرپرست که دارای پرونده فعال بودند، پس از تکمیل فرم رضایت نامه توسط مادر، وارد مطالعه شدند (n=۱۳۷). گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه با مادران و مشاهده توسط کارشناس تغذیه با تجربه انجام شد.

پرسشنامه، حاوی سوالاتی در مورد وضعیت دموگرافیک خانوار و چگونگی تغذیه کودک در دو سال اول زندگی بود. سن دقیق کودک از روی شناسنامه و اگر شناسنامه در دسترس نبود، از روی کارت واکسیناسیون در پرسشنامه ثبت شد. پس از تایید سلامت هر کودک توسط پزشک تیم بررسی، اندازه‌گیری‌های تن‌سنجی او انجام می‌شد.

وزن با ترازوی قابل حمل دیجیتال (Hardstone) ساخت آلمان با دقت ۱۰۰ گرم با حداقل پوشش و بدون کفش اندازه‌گیری شد. توزین کودکان زیر دو سال در آغوش مادر و

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]

سایر کودکان مستقیماً روی ترازو انجام شد. هر فرد دوبار، توزین و میانگین دوبار اندازه‌گیری به عنوان وزن نهایی او ثبت شد. قبل از هر بار توزین، صحت کار ترازو با وزنهٔ شاهد ۵ کیلوگرمی کنترل می‌شد. قد کودکان زیر دو سال به طور خوابیده و سایر کودکان به طور ایستاده با متر پلاستیکی متصل به دیوار با دقت ۰/۵cm اندازه‌گیری شد. اندازهٔ قد نمونه‌ها بدون کفش و با پاهای به هم چسبیده، در حالی که زانوها، لگن، شانه و پشت سر آن‌ها در امتداد یک خط عمود قرار داشت و بازوها به طور آزاد در طرفین بودند، پشت به دیوار ایستاده و پس از مماس شدن گونیا با فرق سر، تعیین شد.

نمایه‌های وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد بر اساس طبقه بندی امتیاز Z در مقایسه با جداول NCHS (National Center for Health Statistics, 1977) به عنوان جامعه مرجع مورد سنجش قرار گرفتند (کم‌وزنی، کوتاه قدی و لاغری زیر استاندارد ۲ - انحراف معیار از صدک پنجاهم و اضافه وزن، بالای ۲+ انحراف معیار از صدک پنجاهم شاخص‌های وزن و قد برای سن و وزن برای قد). اطلاعات به دست آمده از فرم‌های اطلاعاتی، ابتدا کُدگذاری و طبقه بندی شد و سپس توسط اپراتور وارد رایانه شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر با نرم افزارهای Epi Info و $SPSS_{11.5}$ مورد ارزیابی قرار گرفت.

- **یافته‌ها**

در این مطالعه ۱۲۶ مادرِ سرپرستِ خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران و ۱۳۷ کودک زیر پنج سال آن‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن مادران مورد بررسی ۴/۷±۳۱ سال بود. کمتر از ۱۰٪ آنان شاغل بودند و به تامین درآمد خانوار کمک می‌کردند و مسکن ۴۷٪ آن‌ها رهن یا اجاره بود. ۶۸٪ خانوارهای مورد بررسی سه تا چهار نفره و ۶۷٪ آنان دارای دو تا سه فرزند بودند. سایر ویژگی‌های دموگرافیک مادران مورد بررسی در جدول۱ نشان داده شده است.

جدول۱ نشان می‌دهد که فراوان‌ترین علت مراجعه مادران به کمیته امداد، فوت و متواری یا زندانی بودن همسر است. همچنین بیش‌ترین فراوانی تحصیلات مادران در سطح راهنمایی و زیر دیپلم بود.

۴۹٪ کودکان مورد مطالعه، دختر بودند. ۳۷٪ کل نمونه‌ها در سنین بین ۲۴ تا ۳۶ ماه و ۳۹٪ در مرتبه تولد سوم و بالاتر قرار داشتند. بررسی تاریخچه غذایی کودکان در دو سال اول زندگی نشان داد که ۹۵٪ کودکان، آغوز شیر مادر را دریافت کرده بودند. در شش ماه اول زندگی، ۶۷٪ کودکان مورد بررسی، فقط شیر مادر و ۲۲٪ شیر مادر توأم با سایر انواع شیر دریافت کرده بودند و ۱۱٪ اصلا شیر مادر نخورده بودند. بالاترین فراوانی تغذیه با شیر مادر در مادران با سطح تحصیلات راهنمایی و زیر دیپلم (۴۵٪) بود. آزمون آماری دقیق فیشر، ارتباط معنی‌داری بین تغذیه با شیر مادر و سطح سواد مادر نشان داد ($P < ۰/۰۵$) ، به طوری که درصد بیشتری از مادران با سواد (۷۰٪) نسبت به مادران بی‌سواد (۳۳٪) فرزندشان را با شیر خودشان تغذیه کرده بودند.

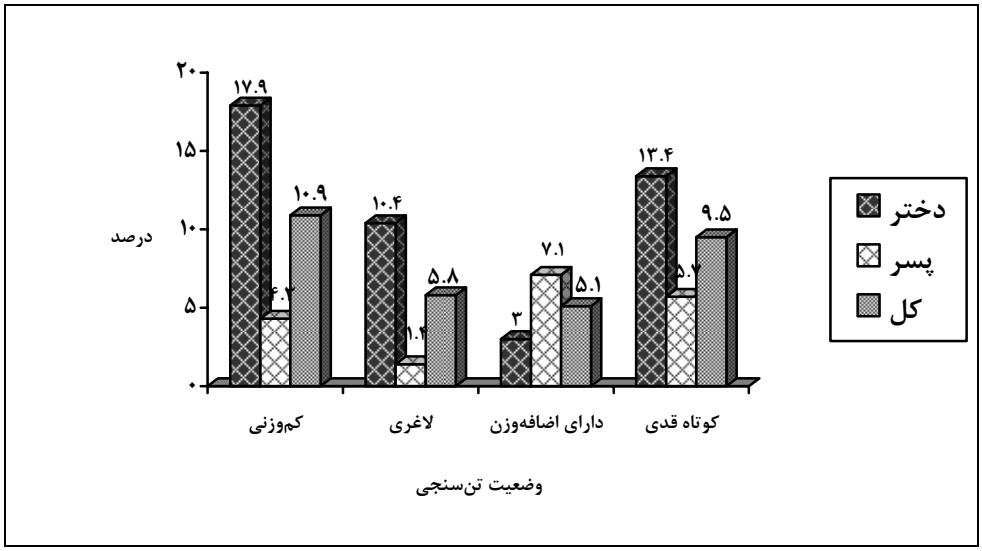
برای ۵۳٪کودکانِ مورد بررسی، تغذیه تکمیلی در سنین بعد از شش ماهگی شروع شده بود. اولین غذا در شروع تغذیه تکمیلی به این ترتیب بود: ۴۱٪ فرنی ، ۱۵٪ لعاب برنج ، ۱۴٪ سوپ و ۹/۵٪ حریره بادام. برای ۳۰٪ آن‌ها استفاده از غذای خانواده در زمان مناسب، شروع شده بود. بین تغذیه کودکان با شیر مادر و سن شروع تغذیه تکمیلی با متغیرهای علت مراجعه، سن و شغل مادر، تعداد فرزندان و وضعیت مسکن خانوار، رابطه معنی‌داری دیده نشد(NS).

بررسی تن‌سنجی کودکان مورد بررسی نشان داد که ۱۱٪ کم وزن، ۶٪ لاغر، ۵٪ دارای اضافه وزن و ۱۰٪ کوتاه‌قد بودند. در بررسی وضعیت این شاخص‌ها به تفکیک جنس مشخص شد که در پسران، میزان اضافه وزن و در دختران کم‌وزنی، لاغری و کوتاه‌قدی بالاتر بوده است. این ارتباط بین دو جنس بر اساس آزمون آماری دقیق فیشر در کم وزنی و لاغری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$)، اما در اضافه‌وزن و کوتاه قدی از نظر آماری معنی‌دار نبود (شکل۱). تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که نسبت شانس (OR)کم‌وزنی در دختران ۶/۳۹ برابر پسران(۲۷/۳۵-۱/۵۶: ۹۵٪ CI) است($P<۰/۰۵$).

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]

جدول ۱- توزیع فراوانی مادرانِ سرپرستِ تحتِ پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره) تهران، بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک، سال ۱۳۸۴

علت مراجعه مادر	نبود همسر		حضور همسر		مجموع
	فوت همسر	متارکه	متواری/ زندانی	بیماری/ معلولیت	
تعداد (درصد)	۳۷ (۲۹/۴)	۲۱ (۱۶/۷)	۳۶ (۲۸/۵)	۳۲ (۲۵/۴)	۱۲۶ (۱۰۰)
تحصیلات مادر	بی‌سواد	نهضت و ابتدایی	راهنمایی و زیر دیپلم	دیپلم و بالاتر	
تعداد (درصد)	۸(۶/۳)	۳۸ (۳۰/۱)	۵۳ (۴۲/۱)	۲۷ (۲۱/۴)	۱۲۶ (۱۰۰)

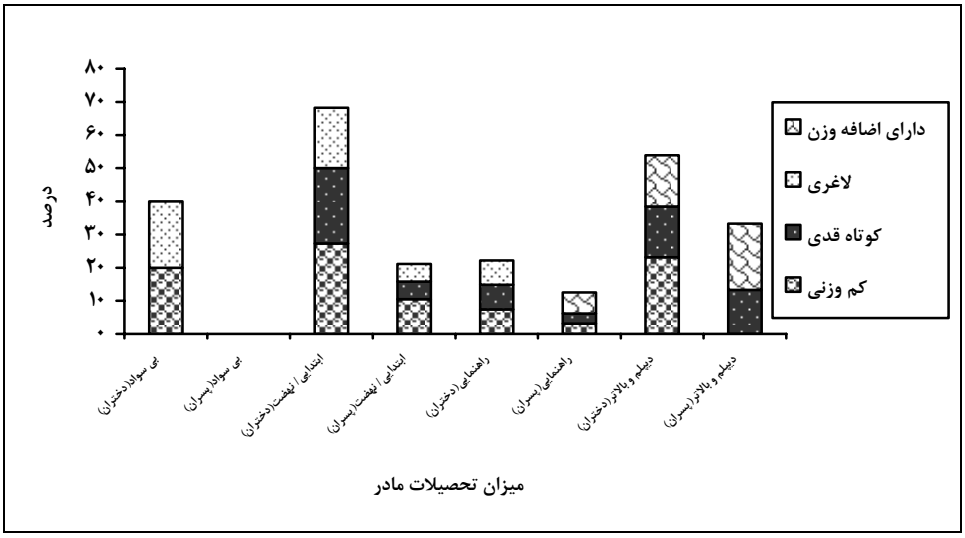


شکل۱- توزیع فراوانی شاخص‌های تن سنجی در ۱۳۷ کودک مورد بررسی در خانوارهای مادر سرپرست تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) تهران به تفکیک جنس، تهران، سال ۱۳۸۴

بر اساس شکل۲ بالاترین میزان کم وزنی (۲۷/۳٪) و کوتاه قدی (۲۲/۷٪) به ترتیب در دختران مادران با تحصیلات نهضت و ابتدایی بالاترین میزان لاغری (۲۰٪) در دختران مادران بی‌سواد و بالاترین میزان اضافه وزن(۲۰٪) نیز در فرزندان پسر در مادران با تحصیلات دیپلم و بالاتر بود.

توزیع کودکان مورد بررسی بر حسب شاخص‌های تن‌سنجی به تفکیک میزان تحصیلات مادر نشان داد که با افزایش سواد مادران در سطح راهنمایی و بالاتر، میزان کم وزنی شدید و متوسط با آزمون آماری دقیق فیشر به طور معنی‌داری کاهش یافته است (P < ۰/۰۵). تحلیل رگرسیون لجستیک هم نشان داد که نسبت شانس کم‌وزنی در کودکان مادران بی‌سواد یا دارای تحصیلات نهضت و ابتدایی ۶/۲۹ برابر مادران با تحصیلات راهنمایی(۲۹/۶۰-۱/۲۳: ۹۵٪ CI) (P<۰/۰۵) بود. اما این اختلاف در سطوح تحصیلات بالاتر، معنی‌دار نبود. همچنین، شاخص‌های تن‌سنجی با متغیرهای علت مراجعه، سن و شغل مادر، تعداد فرزندان و وضعیت مسکن خانوار، رابطه معنی‌داری نشان نداد(NS).

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]



شکل ۲- توزیع فراوانی شاخص‌های تن سنجی در ۱۳۷ کودک مورد بررسی به تفکیک جنس کودکان و تحصیلات مادران، تهران، سال ۱۳۸۴

• بحث

بررسی حاضر نشان می‌دهد که ۹۵٪ کودکان مورد بررسی، آغوز شیر مادرشان را دریافت کرده بودند. ۶۷٪ کودکان در شش ماه اول با شیر مادر تغذیه شده بودند. در بررسی نجم‌آبادی و همکاران(۱۳۷۸) در مناطق مختلف شهر تهران هم ۹۴٪ کودکان آغوز شیر مادرشان را دریافت کرده بودند و ۶۰٪ کودکان در شش ماه اول زندگی با شیر مادر تغذیه شده بودند(۸) که مشابه یافته‌های بررسی حاضر است. در مطالعه ایمانی و همکاران(۱۳۸۰) در زاهدان، فراوانی دریافت آغوز و تغذیه با شیر مادر تا سنین شش ماهگی به ترتیب ۹۸٪ و ۴۵٪ بود(۹). در مطالعه Khoury و همکاران(۲۰۰۵) در آمریکا روی زنان کم درآمد، مشاهده شد که تنها ۳۸٪ از مادران، تغذیه نوزادشان را با شیر خود آغاز کرده‌اند(۱۰) این اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع مورد بررسی باشد.

در بررسی الگوی تغذیه تکمیلی در این مطالعه دیده شد که برای بیش از نیمی از کودکان مورد بررسی(۵۳٪) تغذیهٔ تکمیلی در سنین بعد از شش ماهگی و تنها برای ۱۲٪ آنان زودتر از چهار ماهگی آغاز شده بود. در مطالعه منتظری‌فر و همکاران(۱۳۸۰) در زاهدان نیز مشابه مطالعه حاضر، تغذیه تکمیلی برای ۵۴٪ کودکان، بعد از شش ماهگی شروع شده بود(۱۱). در حالی که در مطالعه برزگر و همکاران(۱۳۷۹) در تبریز در ۲۷٪ موارد، تغذیه تکمیلی زودتر از چهار ماهگی (۱۲) و در مطالعه نجم آبادی و همکاران (۸) در ۸۷٪ کودکان در سنین ۴ تا ۶ ماهگی آغاز شده بود. در مجموع به نظر می‌رسد که در سال‌های اخیر، سن شروع تغذیه تکمیلی در کودکان کشور به زمان مناسب آن نزدیک‌تر شده است. در مطالعه Sibeko و همکاران (۲۰۰۵) در آفریقای جنوبی برای ۳۲٪ از نوزادان در ماه اول زندگی تغذیه تکمیلی را شروع کرده بودند(۱۳). این اختلافات می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد، اما یکی از مهم‌ترین دلایل را می‌توان آموزش به مادران در برنامه پایش رشد کشور دانست.

در بررسی ارتباط متغیرهای اقتصادی- اجتماعی خانوارها (سن، شغل، تحصیلات و علت مراجعه مادر، تعداد فرزندان و وضعیت مسکن خانوار) با تغذیه کودکان با شیر مادر و سن شروع تغذیه تکمیلی، فقط میزان تحصیلات مادر، رابطه معنی‌داری نشان داد. به طوری که با افزایش تحصیلات مادر تا زیر دیپلم، میزان تغذیه با شیر مادر، افزایش و از دیپلم و بالاتر کاهش می‌یابد. مطالعه پورعبدالهی و همکاران (۱۳۷۷) هم نشان داد که مادران با میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر، در مقایسه با سایر گروه‌ها کمتر تغذیه با شیر مادر را انتخاب کرده بودند (۱۴). اما در مطالعه Khoury مادران با میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر، تمایل بیشتری برای تغذیه نوزادشان

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]

با شیر خود داشتند(۱۰). همچنین، مشابه الگوی تغذیه با شیر مادر در مطالعه حاضر، در خصوص تغذیه تکمیلی هم افزایش میزان تحصیلات مادر تا سطح دیپلم بر وضعیت تغذیه تکمیلی، تاثیر مثبتی داشت، اما بیشتر مادران با تحصیلات بالاتر از دیپلم، تغذیه تکمیلی را قبل از زمان مناسب آغاز کرده بودند. در مطالعه افتخاری و همکاران (۱۳۸۱) نیز با افزایش سطح تحصیلات مادر، درصد بیشتری از مادران، تغذیه تکمیلی را از ماه چهارم شروع کرده بودند. (۱۵).

شاید یکی از علل بروز رفتارهای نادرست مادران در سطوح بالاتر از دیپلم، افزایش فعالیت‌های اجتماعی آنان در خارج از منزل باشد که این امر موجب می‌شود مادر فرصت کمتری برای بودن در کنار کودک داشته باشد. بنابراین، تغذیه کودک الزاماً باید مستقل از حضور مادر باشد. در نتیجه، تغذیه با شیر مادر، کاهش می‌یابد و تغذیه تکمیلی هم زودتر آغازمی‌شود. به علاوه، شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جوامع نیز می‌توانند در بروز چنین رفتارهایی نقش داشته باشند. به نظر می رسد که در این مطالعه، در سطوح بالاتر از دیپلم که آگاهی مادر درباره نحوه تغذیه کودک، افزایش می‌یابد، به دلیل محدودیت درآمد خانوار و به دنبال آن، دسترسی ناکافی به غذای با کیفیت برای همه اعضای خانواده، مادر شیر خود را از نظر مقدار و کیفیت، کافی نمی‌داند و بنابراین، تغذیه کودک با شیر مادر کاهش می‌یابد و در تلاش برای تامین نیازهای تغذیه‌ای کودک، تغذیه تکمیلی هم زودتر آغازمی‌شود.

نتایج بررسی حاضر در زمینه وضعیت تن‌سنجی کودکان نشان می‌دهد که ۱۱٪ کودکان، کم وزن، ۶ ٪ لاغر و ۱۰٪ کوتاه قد بودند. در بررسی نتایج طرح جامع کشوری سیمای تغذیه کودکان در استان‌ها (انیسI) در سال ۱۳۷۷ نیز میزان کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی به ترتیب ۱۰/۹، ۴/۹ و ۱۵/۴٪ بود(۱) مطالعات دیگری هم که در سال‌های پس از آن به طور پراکنده در کشور انجام شد، به خوبی نشان می‌دهد که الگوی سوء تغذیه در کودکان زیر پنج سال کشور، در حال تغییر است. هلاکویی و همکاران(۱۳۸۱) نشان دادند که کم وزنی، لاغری و کوتاه‌قدی در کودکان زیر پنج سال اسلامشهر، ری و قم، به ترتیب ۵/۴۵، ۴/۵ و ۲۴/۴٪ بود(۱۶). در مطالعه نجومی و همکاران (۱۳۸۰) در کرج نیز این میزان‌ها به ترتیب ۱۳/۹، ۴/۹ و ۲۰/۳٪ بود(۱۷). یکی از دلایل بارز اختلاف در نتایج حاصل از تحقیقات انجام شده در کشور را می‌توان در پراکندگی جغرافیایی (جمعیت شهری و روستایی)، اقتصادی (کمک‌های مردمی و یارانه‌های غیر هدفمند در گروه‌های آسیب‌پذیر) و فرهنگی (باورها و رسوم نادرست) و سپس نحوه و دقّت اندازه‌گیری و همچنین استفاده از روش‌های مختلف برای تفسیر نتایج جستجو کرد. در این مطالعه، در ۵٪ کودکان مورد بررسی، اضافه وزن مشاهده شد که به عنوان یک مشکل جدید در الگوی سوء تغذیه کودکان زیر پنج سال کشور در سال‌های اخیر مطرح شد و باید در کنار مشکلات کم وزنی و کوتاه قدی، مورد توجه خاص قرار گیرد.

به علاوه، در بررسی این شاخص‌ها به تفکیک جنس در مطالعه حاضر دختران در مقایسه با پسران، کم وزن‌تر (۱۸٪ در برابر۴٪)، کوتاه قدتر (۱۳٪ در برابر۶٪) و لاغرتر (۱۰٪ در مقابل ۱٪) بودند و پسران دارای اضافه وزن بیشتر نسبت به دختران (۷٪ در برابر ۳٪) بودند که نشان می‌دهد، سوء تغذیه در دختران، بیشتر از پسران (۴۴٪ در برابر ۱۸٪) است. در مطالعه نجومی و همکاران نیز کم وزنی در دختران بیش از پسران بود(۱۷). در بررسی منتظری‌فر و همکاران هم سوءتغذیه در دختران، بیشتر از پسران (۶۰/۱٪ در برابر ۳۹/۹٪) گزارش شده است (۱۱). در مطالعه حاجیان و همکاران هم دیده شد که رشد دختران ۵ تا ۲۰٪ کمتر از پسران است(۱۸). نتایج برخی مطالعات انجام شده در سطح کشور مؤید این یافته‌ها می‌باشد. (۲۳-۱۹) در مجموع، مطالعات انجام شده روی کودکان زیر پنج سال نشان می‌دهد که پسران عموماً وضعیت تن‌سنجی بهتری نسبت به دختران دارند که شاید ناشی از توجه و رسیدگی بیشتر مادر به فرزند پسر باشد. این موضوع در باورهای فرهنگی، ریشه دارد و ممکن است در خانوارهای مادرسرپرست که مسئولیت سرپرستی خانوار به سایر نقش‌های مادر افزوده می‌شود، تبعیض‌های جنسی، نمود بیشتری داشته باشند.

در بررسی رابطه وضعیت تن‌سنجی کودکان با متغیرهای اقتصادی- اجتماعی خانوارهای مورد بررسی، فقط با میزان

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]

تحصیلات مادر، رابطه معنی‌داری مشاهده شد. به طوری که مادران با تحصیلات ابتدایی، دارای بالاترین میزان کم‌وزنی و کوتاه قدی فرزندان و مادران با تحصیلات دیپلم و بالاتر دارای بالاترین میزان اضافه وزن کودکان بودند. سواد مادر می‌تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، از طریق افزایش آگاهی‌های تغذیه‌ای مادر یا افزایش مهارت‌های مادر در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای تاثیر گذار باشد (۲۵، ۲۴) . به نظر می‌رسد که در مطالعه حاضر، در مادران با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم، آگاهی مادر و میزان توجه او به تغذیه کودک، افزایش یافته و غذای بیشتری به کودک می‌خوراند. همچنین به دلیل مشکلات اقتصادی- اجتماعی این گروه از خانوارها از جمله محدودیت منابع مالی ممکن است از غذاهای پرکالری که عموماً هزینه کمتری دارند، برای تغذیه کودک استفاده شود که این عوامل می‌توانند منجر به بروز چاقی در کودک شوند. تاثیر تحصیلات مادر در بروز سوء تغذیه کودکان در مطالعات متعدد دیگری در سطح کشور (۲۶ ، ۲۴ - ۲۲، ۱۹، ۱۷) و در سایر کشورها (۳۱-۲۷) نیز گزارش شده است .

در مجموع، مطالعه حاضر نشان می دهد که کودکان زیر پنج سال خانوارهای مادرسرپرست، از درجاتی از سوء تغذیه رنج می‌برند. با توجه به وجود مشکلات متعدد موجود در این خانوارها، آموزش مادران در زمینه مسائل اجتماعی از جمله مهارت‌های زندگی، ارتقای سطح تحصیلات و تخصیص کمک‌های غذایی هدفمندِ توأم با آموزش تغذیه برای بهبود وضعیت موجود توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

بدینوسیله از شورای پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، به دلیل تشخیص ضرورت و حمایت از اجرای تحقیق، مدیران و همکاران کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران و خانوارهای تحت پوشش این مراکز که بدون همکاری آن‌ها انجام این مطالعه میسر نمی‌شد و همچنین خانم‌ها بهاره رسولی، سمیه تقی‌پور و نگار زمانی نور، کارشناسان تغذیه، که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه همکاری صمیمانه داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

• References

۱. اداره تغذیه، سیمای تغذیه کودکان در استانها. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸.

۲. قاسمی ح. زارع س. رشد در کودکان و نوجوانان. تهران: انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، ۱۳۷۱.

۳. محمدی نصر آبادی ف ، قدسی د ، عبدالهی م ، هوشیار راد آ ، غفارپور م ، کلانتری ن. الگوی غذایی و وضعیت تغذیه‌ای خانوارهای زن سرپرست در مقایسه با خانوارهای مرد سرپرست: طرح جامع مطالعات الگوی مصرف مواد غذایی خانوار و وضعیت تغذیه‌ای کشور ۸۰-۱۳۷۹. مجله علمی پژوهشی انجمن تغذیه‌ایران(متا)، ۱۳۸۵؛ ۲: ۳۱-۳۹ .

۴. پژویان ، جمشید. سیاستهای حمایتی از قشرهای آسیب‌پذیر تهران: وزارت امور اقتصادی و دارایی، ۱۳۷۳.

۵. چشم اندازهای اقتصاد ایران و جایگاه یارانه، مجله جهان اقتصاد، ۱۳۷۸؛ ۱۴۳۴

۶. شیخ‌الاسلام ر. چرخه سوء تغذیه، مجموعه مقالات گردهمایی بررسی مسئله فقر و فقرزدایی؛ ۱۳۷۵.

۷. گزارش آماری کمیته امداد امام خمینی (ره) سالنامه آماری ۱۳۸۴، www.emdad.ir.

۸. نجم آبادی ش ، کفاشی ا. الگوی تغذیه شیرخواران کوچکتر از دو سال در مناطق مختلف غرب تهران ، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۸؛ ۶ (۳): ۲۳۹-۲۴۵.

۹. ایمانی م ، محمدی م ، رخشانی ف ، شفیعی س . شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن در شیرخواران زاهدان سال ۸۰-۱۳۷۹. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان (فیض) ۱۳۸۲ ؛ ۲۶(۷): ۲۶-۳۳.

10. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low income woman: Role of attitudes, support, and perceived control. Women Health Issues,15(2):64-72,2005.

۱۱. منتظری فر ف ، کرجی بانی م ، قنبری م ، موسوی گیلانی ر . بررسی عوامل مؤثر بر سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان ۱۳۸۲؛ ۲(۱۰): ۶۳-۶۸.

۱۲. برزگر م، امینی ا، حنایی ج ، یعقوبی ع ، صدر ک، محمدزاده ح. آگاهی، نگرش و عملکرد مادران ساکن منطقه شمال غرب تبریز در مورد مراقبت کودکان زیر ۶ سال، ۱۳۷۹،مجله پزشکی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز ۱۳۸۲؛ ضمیمه شماره ۵۹: ۲۳-۲۸

13. Sibeko L, Dhansay MA, Charlton KE, Johns T, Gray-Donald K. Beliefs, attitudes and practices of breastfeeding mothers from a periurban community in South Africa. J Hum Lact,21(1):31-8, 2005

۱۴. پورعبدالهی پ، قائم مقامی ج، مطالعه برخی عوامل موثر بر انتخاب نوع تغذیه شیرخواران تبریز در سال۱۳۷۷. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان ۱۳۷۹؛ ۸، (۳۲) ۳۴-۴۰.

۱۵. افتخاری م ح ، مظلوم ز ، زمانی ر. بررسی رفتار شیردهی مادران شهرستان لارستان و حومه و ارتباط آن با وضعیت تحصیلی مادر و اقتصاد خانواده .مجله طب و تزکیه ۱۳۸۱؛ (۴۵) ۲۹-۳۴.

۱۶. هلاکویی ک، ح صادقی پور رودسری ح، پیشوا ح، پناهنده ز، اساسی پ.وضعیت رشد کودکان زیر ۵ سال در اسلامشهر، ری و قم. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۱۳۸۱؛ ۱، (۱) ۱۷-۲۷.

۱۷. نجومی م ، کفاشی ا ، نجم آبادی ش، بررسی فراوانی عوامل خطر سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال شهرستان کرج در سال ۸۱-۱۳۸۰، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۲؛ ۱۰، (۳۳) ۱۲۳-۱۳۲.

۱۸. حاجیان ک، علیپورع، حبیبیان ن، سجادی پ.بررسی میزان رشد تا دو سالگی کودکان مناطق روستایی شهر بابل، فصلنامه علمی پژوهشی فیض ۱۳۸۱؛ ۶(۲۳): ۶۹-۷۸.

۱۹. هنرپیشه ع ، حفیظی ع ، اربابی م ، شریفی ح . بررسی رابطه شاخصهای اقتصادی خانواده و سوء تغذیه کودکان. فصلنامه علمی پژوهشی فیض ۱۳۸۱؛ ۲۱(۶): ۸۳-۸۸.

۲۰. امانی ر. ارزیابی الگوی تغذیه‌ای کودکان در مهد کودکهای وابسته به دانشگاه های اهواز، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز، ۱۳۸۲؛ (۳۶): ۷-۱۱.

۲۱. رضویه و، پورعبدالهی پ، نیکخواه س، دستگیری س، کریم نژاد اصل م ، بررسی میزان شیوع سوء تغذیه در کودکان ۳۶-۰ ماهه در مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه ، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز ۱۳۸۰؛ ۳۵ (۵۲): ۲۷-۳۱.

۲۲. علوی نائینی م، بررسی شیوع سوء تغذیه و برخی عوامل موثر بر آن در کودکان زیر پنج سال تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان بیرجند، مجله دانشکده پزشکی تهران ۱۳۸۰؛ ۵۹(۱): ۹۹-۱۰۳.

۲۳. کبیری م، پارسی نیا م، گودرزی م ، بابایی غ. بررسی رابطه رشد جسمی کودکان ۰ تا ۲ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرج با وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و والدین آنان با استفاده از مدل رگرسیون لوجستیک، مجله بیماری های کودکان ایران ۱۳۸۲؛ ۱۳(۱): ۴۷-۵۲.

۲۴. تیموری پ، رشادمنش ن، بررسی تاثیر آگاهی های تغذیه‌ای مادر بر روند رشد وزنی کودکان ۲-۰ ساله در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری استان کردستان در سال۱۳۷۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ۱۳۷۷؛ ۲(۷): ۲۰-۲۵.

25. Appoh L.Y. , Krekling S. Maternal nutritional knowledge and child nutritional status in the Volta Region of Ghana, Maternal and Child Nutrition , 1 (2) :100,2005.

۲۶. کیقبادی ک، سیاسی ف، ملک افضلی ح، جارالهی ن، صدرزاده ه، معتبر ا ، علوی نایینی ا م، ستوده گ، ناظمی ل، قاضی اسدالهی ف، غفاری ف .تاثیر آموزش مادر بر وضع تغذیه کودکان خانوارهای حاشیه نشین شهر کرمان، مجله پژوهشی حکیم ۱۳۸۱؛ ۵(۱): ۴۹-۵۵.

27. Victora CJ. Vaghan JP. Kirkwood BR. Martins JC, Barcelos LB. Risk factors for malnutrition in Brazilian children: The role of social and environmental variables. Bulletin of WHO; 1986 64 (2): 299-309.

28. Wamani H, Tylleskar T, Astrom AN, Tumwine JK, Peterson S. Mothers' education but not fathers' education, household assets or land ownership is the best predictor of child health inequalities in rural Uganda , Int j equity health 2004; 3:9 .

29. Borooah VK. The role of maternal literacy in reducing the risk of child malnutrition in India . International center for economic research, available from: URL: HTTP:// www.icer.it/docs/wp2002/borooah31-02pdf.

30. Delpeuch F, Traissac P, Martin_Prevel Y, Massamba J.P. , Maire B .Economic crisis and malnutrition : socioeconomic determinants of anthropometric status of preschool children and their mothers in an African urban area. Public Health Nutr 2000; 3 (1): 39-47.

31. Setswe G. Prevalence and risk factors for malnutrition among children aged 5 years and less in the Lefaragatlha village of Bophuthatswana. Curationis 1994; 17(3):33-35.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2025-12-08]