

# تغذیه تکمیلی و برخی عوامل مؤثر بر آن در استان کهگیلویه و بویراحمد

دکتر صدیقه ابراهیمی \*

عزیزالله پورمحمودی \*\*

## چکیده

این مطالعه به منظور تعیین الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران و سن شروع خوراکیاری و برخی عوامل مؤثر بر آن به روش توصیفی، تحلیلی، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای و نمونه‌ای به حجم ۳۳۲ کودک ۱۲ تا ۳۶ ماهه در جمعیت شهری و روستایی استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۸۰ انجام شد. تجزیه تحلیل با SPSS و به کمک آزمونهای کای دو، فیشر و تی تست و مدل رگرسیون چند گانه لجستیک انجام گرفت.

یافته‌های این بررسی نشان داد که ۵۶/۲ درصد مادران شهری و ۵۳/۳ درصد از مادران روستایی تغذیه کمکی کودکان خود را در سن ۴ تا ۶ ماهگی شروع کرده‌اند. الگوی شروع غذای کمکی در هر دو گروه مادران تقریباً مشابه می باشد. متوسط سن شروع غذای کمکی در این پژوهش برحسب ماه  $5/6 \pm 3/2$  می باشد. روستایی بودن مادر، پسر بودن، بی سوادی پدر، سواد بالای مادر و کارمند بودن مادر از جمله عوامل مؤثر در بالا بردن این میانگین سنی می باشند. متوسط سن از شیرگیری در این مطالعه برحسب ماه  $33/8 \pm 31/2$  می باشد. شهری بودن مادر، دختر بودن کودک، سواد متوسط پدر، سواد متوسط مادر (یا لاتر از ابتدایی تا دیپلم)، شغل آزاد پدر، کشاورز یا دامدار بودن مادر از جمله عوامل مؤثر به پایین آوردن این

میانگین می باشند. کم‌خونی در ۱۵/۸ درصد از کودکانی که زیر ۴ ماهگی و در ۱۰/۳ درصد از کودکانی که بالای ۷ ماهگی برایشان غذای کمکی شروع شده بود، مشاهده شد. همچنین کم‌خونی در کودکانی که در سن ۱۲ ماهگی یا کمتر اقدام به از شیرگیریشان شده بود، بیشتر دیده شد. سوء تغذیه در کودکانی که سن شروع تغذیه کمکی آنها زیر ۶ ماهگی بوده بیشتر بود (۱۱/۷ درصد).

**واژه‌های کلیدی:** تغذیه تکمیلی، سن شروع خوراکیاری، عوامل مؤثر

## مقدمه

شیر مادر به عنوان مناسب ترین و بهترین غذا برای شیرخوار شناخته شده است. شیر مادر به طور معمول تا سنین ۴ تا ۶ ماهگی به تنهایی و بدون اضافه کردن هیچ نوع غذای کمکی برای رشد طبیعی شیرخوار کافی است. در سنین بالاتر به دلیل رشد سریع، احتیاجات تغذیه‌ای او افزایش

(۱) نویسندگان به ترتیب حروف الفبا امتیاز به سهم مساوی  
\* استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، گروه اطفال  
\*\* مربی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، آموزشده بهداشت، گروه تغذیه

الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران متأثر از شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی می باشد. در کشور ما نیز تعداد و انواع غذاهای سنتی کودکان متعدد بوده و شناخت و ارزیابی هر یک از آنان ضروری می باشد. در این پژوهش سعی ما بر این است که از طرفی با توجه به محل سکونت، شیوع و فراوانی غذاهای رایج و در دسترس را بررسی کرده و از طرفی تأثیر این نوع تغذیه را به کودکان همان مناطق، از نظر وضعیت سلامت بدست آوریم.

### مواد و روشها

مطالعه حاضر مقطعی و از نوع توصیفی - تحلیلی است که با حجم نمونه ۴۳۲ کودک ۱۲ تا ۳۶ ماهه استان کهگیلویه و بویراحمد انجام گردید. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام گردید. گردآوری داده‌ها با روش مصاحبه و تکمیل پرسشنامه و همچنین مشاهده تن سنجی و اندازه‌گیری Hb صورت گرفت.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از جداول توافقی و آزمون کای دو و فیشر برای تعیین وجود وابستگی بین متغیرهای مستقل کیفی با متغیرهای وابسته و آزمون T برای مقایسه میانگین سن شروع خوراک یاری انجام گرفت. از Relative Risk جهت تعیین عوامل دخیل در زود شروع کردن یا دیر شروع کردن غذای کمکی و همچنین تعیین عوامل دخیل در زودان‌شیرگرفتن کودکان مورد مطالعه استفاده شد. داده‌ها بعد از جمع‌آوری و کدگذاری با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفتند.

### یافته‌ها

این مطالعه نشان می‌دهد که از کل جمعیت کودکان مورد مطالعه (۴۳۲ نفر) پسران ۵۰/۲ درصد و دختران ۴۹/۸ درصد از جمعیت را تشکیل می‌دهند

یافته و دیگر شیرمادر به تنهایی قادر به تأمین نیازهای او نمی‌باشد و از طرفی کودک از نظر فیزیولوژیکی نیز می‌تواند برخی از منابع غذایی را تحمل کند؛ (۱) بنابراین باید علاوه بر شیر، غذاهای نیمه‌جامد را برای کودک شروع کرد تا بتواند بعضی از مواد معدنی و ویتامینهای مورد نیازش را برآورده نماید (۲ و ۳).

شروع غذای کمکی نه تنها می‌تواند انرژی لازم‌رابطه‌ای رشد مناسب شیرخوار تأمین کند، بلکه دوران بسیار حساس آموزش تدریجی شیر خوار برای ایجاد عادت صحیح غذایی و استفاده از غذای سفره خانواده است. غذاهای کمکی در سالهای اول زندگی کودک به معنای جایگزین کردن غذا بجای شیر مادر نبوده، بلکه هدف، تأمین نیازهای تغذیه‌ای کودک با توجه به افزایش سن و رشد سریع او در این دوره می‌باشد و از طرفی در این دوره کودک با طعم و مزه منابع مختلف غذایی آشنا می‌شود. بنابراین غذاهای تکمیلی که در این دوره برای کودکان توصیه می‌شود، باید از ارزش تغذیه‌ای مناسب برخوردار بوده، خصوصیات فیزیکی، قابلیت پذیرش و تناسب اکولوژیکی اقتصادی و فرهنگی آن نیز در نظر گرفته شود. در سنین بالاتر به تدریج غذای کمکی از نظر ارزشهای تغذیه‌ای و حجم دریافتی تغییر کرده به غذای خانواده نزدیکتر شده و از تنوع غذایی برخوردار می‌گردد. پایان ۶ ماهگی بهترین سن شروع غذای نیمه‌جامد است؛ زرده تخم مرغ، حبوبات که به آن شیر اضافه شود، گوشت، پودینگ‌ها انرژی بیش از شیر دارند، در حالی‌که سبزیجات و میوه‌ها ارزش انرژی مشابه و یا کمتر از شیر دارند (۴). همزمان با شروع غذای کمکی تغذیه با شیر مادر همچنان برحسب میل و تقاضای شیرخوار ادامه داشته، حتی ضروری است دفعات تغذیه با شیر مادر افزایش یابد (۵).

مادران کارمند، سن شروع غذای کمکی کمتر از ۴ ماهه بوده است. ۰/۲ درصد خانواده‌های کمتر از ۴ نفر تا ۶ ماهگی و ۳/۳ درصد، کمتر از ۴ ماهگی را برای تغذیه کمکی شروع کرده‌اند. در خانواده‌های بیش از ۴ نفر، ۳۲/۵ درصد کمتر از ۴ ماهگی و ۵۲/۳ درصد در ۴ تا ۶ ماهگی تغذیه کمکی را شروع کرده‌اند. رتبه تولد در سن شروع غذای کمکی تأثیری نداشته است.

جدول شماره (۲) بیانگر فراوانی نسبی کودکان مورد مطالعه برحسب اولین غذای کمکی و محل سکونت می‌باشد. بیشترین میانگین سن شروع غذای کمکی (۴/۹ ± ۰/۵) در پدران بی سواد (۲۶/۹ درصد) و کمترین میانگین سن شروع غذای کمکی (۵/۱ ± ۱/۷) در گروه پدران با سطح سواد بالاتر از دیپلم (۱۲ درصد) مشاهده شد ( $P=0/2$ ). بیشترین میانگین سن شروع غذای کمکی (۵/۹ ± ۰/۷۸) در گروه مادران بالاتر از دیپلم (۲/۱ درصد) و کمترین میانگین سن شروع غذای کمکی (۵/۲ ± ۱/۶) در مادران با سواد بالاتر از ابتدایی تا دیپلم بود ( $P=0/4$ ).

سن از شیرگیری در ۱۲/۱ درصد کمتر از ۱۲ ماهگی و در ۸۵/۹ درصد بیشتر از ۱۲ ماهگی بوده است. ۱۶ درصد از کودکان روستایی و ۱۱ درصد از کودکان شهری زودتر از ۱۲ ماهگی از شیر گرفته شده‌اند. ۱۲/۲ درصد از دختران و ۱۵ درصد از پسران زودتر از ۱۲ ماهگی از شیر گرفته شده‌اند.

متوسط سن از شیرگیری در پدران کشاورز و دامدار (۲۷/۷ ± ۲۸/۶) بیشترین میزان را داشته است، درحالی که در پدران با شغل آزاد این متوسط (۲۲/۴ ± ۲۸/۶) کمترین میزان را داشته است ( $P=0/4$ ). متوسط سن از شیرگیری در خانواده‌هایی که مادر کارگر بوده (۳۳/۹ ± ۴۱) بیشترین مقدار را دارد، در حالی که در خانواده‌هایی

که از این تعداد ۳۷/۶ درصد شهر نشین و ۶۲/۴ درصد روستایی بودند. ۳۳ درصد از پدران سطح سواد بالاتر از ابتدایی تا دیپلم و ۱۲ درصد بالاتر از دیپلم و بقیه بی سواد یا کم سواد (ابتدایی و نهضت) بودند. مادران بیشتر بی سواد (۴۵/۸ درصد)، ابتدایی و نهضت (۳۳/۶ درصد) بودند، در حالی که بالاتر از دیپلم فقط ۲/۱ درصد بود. اکثر مادران خانه دار (۹۴ درصد) بودند و ۳۳/۱ درصد پدران کارمند و ۲۵ درصد کارگر و ۱۰/۹ درصد بیکار و بقیه شغل‌های آزاد یا کشاورزی داشتند. از نظر تعداد افراد خانواده ۱۷/۱ درصد ۴ عضو و بعد از آن ۱۴/۴ درصد دارای ۵ عضو بودند و مجموعاً ۵۶/۱ درصد بالای ۶ نفر عضو داشتند.

جدول شماره (۱) نشان دهنده فراوانی کودکان مورد بررسی برحسب اولین غذای کمکی شروع شده برای کودک می‌باشد.

سن شروع غذای کمکی در کودکان مناطق شهری به ترتیب و فوراً ۴ تا ۶ ماهگی (۵۶/۲٪)، کمتر از ۴ ماهگی (۳۱/۵٪) و بیشتر از ۷ ماهگی (۱۲/۳٪) بود و در مناطق روستایی به ترتیب ۴ تا ۶ ماهگی (۵۲/۳٪) و کمتر از ۴ ماهگی (۲۲/۶٪) و بیشتر از ۷ ماهگی (۱۴/۱٪) بود که تقریباً الگویی مشابه داشتند.

سن شروع غذای کمکی کمتر از ۴ ماهگی در ۲۸/۹ درصد پسران و ۳۵/۵ درصد دختران و بین ۴ تا ۶ ماهگی در ۵۶/۹ درصد پسران و ۵۱/۹ درصد دختران و بیش از ۷ ماهگی در ۱۴/۲ درصد پسران و ۱۲/۶ درصد دختران بود که شایع ترین سن شروع تغذیه کمکی از هر جنس ۴-۶ ماهگی بود. والدین با شغل‌های مختلف بیشتر در سن ۴-۶ ماهگی اقدام به شروع خوراکی‌ری نمودند (۵۰-۶۰ درصد). در ۴۳/۸ درصد از مادران کارگر و کشاورز و ۳۱/۹ درصد از مادران خانه دار و ۲۲/۲ درصد از

می‌باشد، ولی به طور کلی ارتباط معنی‌داری بین الگوی خوراکیاری در شهر و روستا وجود ندارد. این الگوی خوراکیاری مطابق با الگوی بدست آمده در شهرستان بابل و مناطق روستایی کرمان و مناطق شهری تبریز، که اولین نوع غذای کمکی لعاب برنج و حریره بوده، می‌باشد (۵، ۷).

میانگین سن شروع خوراکیاری در شهر برابر  $5/96 \pm 1/5$  ماه و در روستا  $5/62 \pm 2/72$  ماه است (۷٪). این دقیقاً مطابق با توصیه های W.H.O می‌باشد که سن شروع غذای کمکی را بین ۴ تا ۶ ماهگی پیشنهاد می‌کند (۸). در یافته های بدست آمده از مطالعه بابل میانگین سن آغاز خوراکیاری در مناطق شهری  $4/12 \pm 6/7$  ماه و در روستا  $4/12 \pm 6/4$  ماه است (۶) و در مطالعه کرمان میانگین سن آغاز خوراکیاری در مناطق شهری  $4/23 \pm 1/23$  ماه و در روستا  $4/23 \pm 1/88$  ماه بدست آمده است. (۵)

در این بررسی اکثر مادران اولین خوراکیار را در شهر و روستا از سن ۴-۶ ماهگی شروع کرده‌اند که نشان از موقعیت مادران این استان در شناخت صحیح شروع خوراکیاری می‌باشد. این یافته منطبق با بررسی بابل (۶) و بررسی دیگری که در شهر تبریز انجام شده است و سن آغاز خوراکیاری در ۸۰٪ درصد از کودکان را ۴ تا ۶ ماهگی گزارش می‌کند، می‌باشد (۷).

از آنجایی که شروع غذای تکمیلی در قبل از ۴ ماهگی با بروز عفونت و سوء تغذیه همراه است، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که شروع زودرس (قبل از ۴ ماهگی) غذای تکمیلی در شهر و روستا یکسان است، ولی مادران روستایی به نسبت مادران شهری تغذیه تکمیلی را دیرتر شروع کرده‌اند. اگر چه هر دو یافته در محدوده قابل قبولی می‌باشند، ولی طبق توصیه های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سایر منابع جدید که

که کشاورز یا دامدار بوده است ( $30/3 \pm 28$ ) کمترین مقدار را دارد ( $P=0/9$ ).

بیشترین میانگین سن از شیرگیری  $44/8 \pm 30/8$  در مادران با سطح سوادی بالاتر از دیپلم بوده است، در حالیکه کمترین میانگین سن از شیرگیری  $31/5 \pm 25/2$  در مادران با سطح سوادی بالاتر از ابتدایی تا دیپلم بود ( $P=0/4$ ). بیشترین میانگین سن از شیرگیری  $38/8 \pm 41$  در پدران با سواد ابتدایی و نهضت بوده است و کمترین میانگین سن از شیرگیری  $28/4 \pm 23/7$  در پدران با سطح سوادی بالاتر از ابتدایی تا دیپلم مشاهده می‌شود ( $P=0/2$ ).

کم خونی در ۱۵/۸ درصد از کودکانی که زیر ۴ ماهگی و ۱۰/۳ درصد از کودکانی که بالای ۷ ماهگی غذای کمکی را شروع کرده بودند، مشاهده شد. همچنین کم خونی در کودکانی که در سن ۱۲ ماهگی یا کمتر اقدام به از شیرگیریشان شده، درصد بیشتری را در برمی گرفت. سوء تغذیه در کودکانی که سن شروع غذای کمکی آنها زیر ۶ ماه بود، بیشتر بود (۱۱/۷ درصد). ارتباط معنی‌داری بین شروع غذای کمکی با بُعد خانوار ( $R=0/09, P=0/06$ )، هموگلوبین ( $R=0/09, P=0/09$ )، وزن بر حسب کیلوگرم ( $R=0/02, P=0/09$ ) و قد بر حسب سانتی متر ( $R=0/3, P=0/5$ ) وجود ندارد. همچنین ارتباط معنی‌داری بین سن از شیرگیری با وزن بر حسب کیلوگرم ( $R=0/3, P=0/5$ ) و با قد بر حسب سانتی متر ( $R=0/8, P=0/1$ ) وجود ندارد.

## بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان می‌دهد که خوراکیار متداول در روستا به ترتیب حریره با شیربرنج، آب میوه، زرده تخم مرغ و آبگوشت

متوسط سن آغاز خوراکیاری در خانواده هایی که مادر کارمند بوده (۲/۰۹) بیشترین مقدار (۵/۸۸±۱/۲۷) را دارد، در حالی که در خانواده هایی که مادر کارگر بوده (۱/۶۲٪)، کمترین مقدار (۴/۴۳±۲/۳۰) را دارد (P=۰/۶). از آنجایی که شروع زودرس یا تأخیر خوراکیاری می تواند باعث ایجاد عفونت، سوء تغذیه و در نتیجه افت رشد کودکان گردد، بر آن شدیم که اثر عوامل مؤثر را در بروز این خطرات، بررسی کنیم. شانس نسبی (OR) برای زود شروع کردن غذای کمکی، با دختر بودن (OR=۱/۱۴) و روستایی بودن مادر (OR=۱/۴۵) افزایش می یابد. در مطالعه بابل این دو مورد با این خطرات ارتباط معنی داری ندارند (۶)، در حالی که در مطالعه Jackson و همکاران در کشور تایلند، روستایی بودن مادر همراه با بعد بالای خانوار، اشتغال مادر به کار کشاورزی، با شروع زودرس غذای کمکی همبستگی دارد (۱۰). همچنین مشاهده شد که دختر بودن کودک مورد مطالعه (OR=۱/۰۳) و روستایی بودن مادر (OR=۱/۱۵) مجدداً خطر شروع کردن خوراکیاری را افزایش می دهد. در این بررسی مشخص شد که سن شروع غذای کمکی و بعد خانوار با Hb، وزن و قد کودکان مورد مطالعه ارتباط آماری معنی داری ندارد، در حالی که مطالعه دکتر بیلان در تبریز نشان داد که سواد مادر و تداوم شیردهی مادر با قد، فاصله بین مولید، وزن، جنس کودک در سال اول تولد، ارتباط آماری معنی داری داشته است (۹).

متوسط سن از شیرگیری در این مطالعه برابر با ۳۴/۸±۳۱/۲ ماهگی است و از بین متغیرهای مستقل فقط با سطح سوادی پدر ارتباط معنی داری دارد. در مطالعه تایلند میانگین سن از شیرگیری ۱۲±۱۱ ماهگی گزارش شده است و ۶۳٪ از کودکان در سنین ۱۰ تا ۱۵ ماهگی به طور کامل از شیر

بهترین سن شروع اولین خوراکیاری را بعد از پایان ۶ ماهگی می دانند (۳)، مادران روستایی در سن مناسب تری اقدام به شروع تغذیه کمکی برای کودکان نشان کرده اند و این مسأله خود گویای آن است که بهورزان در عرضه خدمات بهداشتی و درمانی صحیح در سطح روستا به نحو مطلوب تری عمل می کنند، ولی هنوز برای رساندن این سن به محدوده مطلوب (پایان ۶ ماهگی) نیاز به آموزش مادران در هر دو گروه می باشد.

در ارتباط با شغل مادر و میانگین سن شروع خوراکیاری، بررسی حاضر نشان داده است که میانگین سن شروع غذای تکمیلی کودکانی که دارای مادران کارمند می باشند، بیشتر از بقیه گروه مادران می باشد و نزدیک به آخر ۶ ماهگی است. این مسأله در ارتباط با سواد مادران (سواد بالای دیپلم) هم صادق است؛ اگر چه این اختلاف از نظر آماری معنی دار نیست، ولی بیانگر این است که این دو گروه از مادران به مسأله به موقع شروع کردن غذای تکمیلی، طبق آخرین توصیه های وزارت بهداشت، توجه داشته اند. این نتیجه منطبق با بررسی بابل می باشد (۶).

میانگین سن شروع تغذیه کمکی در پسران ۵/۷۳±۳/۸ و در دختران ۵/۴۱±۲/۴ بود (P=۰/۳) که در پسران این میانگین سنی بالاتر و نزدیکتر به آخرین توصیه های وزارت بهداشت می باشد، در حالی که این میانگین در مطالعه بابل در دو جنس تقریباً یکسان و ۶/۵±۲/۱ ذکر شده است (۶).

بررسی حاضر نشان داد که پدران بی سواد و دارای شغل کشاورزی و دامداری با میانگین سنی ۶/۱۲±۶/۰۲ برای کودکان نشان اقدام به شروع خوراکیاری نموده اند، در حالی که در پدران کارمند (۳۳/۱۷٪) با کمترین میانگین سنی (۵/۲۱±۱/۷۸) شروع خوراکیاری انجام شده است (P=۰/۴).

می‌باشد، این میانگین در پسران  $11/4 \pm 1/8$  و در کودکان شهری  $11/6 \pm 4/9$  بود که به ترتیب نسبت به دختران و کودکان روستایی بیشتر می‌باشد. در مطالعه کاشان سال ۷۷، این میانگین در کودکان پسر و دختر ۱۲ ماهه به ترتیب  $9/65 \pm 0/94$  و  $9/36 \pm 0/53$  کیلوگرم می‌باشد (۱۲). متوسط قد کودکان  $83/5 \pm 43/8$  سانتیمتر می‌باشد. این میانگین در پسران  $82/6 \pm 7/1$  و در کودکان شهری  $82 \pm 54/8$  سانتی‌متر می‌باشد که به ترتیب نسبت به دختران و کودکان روستایی کمتر می‌باشد. در مطالعه کاشان سال ۷۷، میانگین قد در دختران و پسران ۱۲ ماهه به ترتیب  $73/48 \pm 1/49$  و  $75/08 \pm 2/2/01$  سانتی‌متر می‌باشد (۱۲).

در مطالعه حاضر طبقه بندی واترلو (وزن برای قد) که نمایانگر وضع تغذیه زمان حال می‌باشد، جهت بررسی وضع تغذیه کودکان مورد مطالعه انتخاب شده است. طبعاً وضع کنونی تغذیه کودک می‌تواند پیامدی از عوامل مؤثر در ایجاد سوءتغذیه، از بدو تولد تا سن کنونی کودک باشد. براساس یافته‌های این مطالعه در ارتباط با سن شروع تغذیه کمکی  $5/6\%$  از کل جمعیت و در ارتباط با سن از شیرگیری  $5/3\%$  از کل جمعیت مورد مطالعه از سوء تغذیه در رنج بودند. در ارتباط با سن شروع غذای کمکی کمترین میزان سوءتغذیه در سن زیر ۴ ماهگی ( $5/7\%$ ) و بیشترین میزان در سن ۴ تا ۶ ماهگی بوده است. این حالت بیانگر مکفی بودن شیرمادر جهت تغذیه کودکان در زیر ۴ ماهگی می‌باشد و از طرفی در سن ۴ تا ۶ ماهگی به دلیل شروع غذاهای کمکی و کافی نبودن مقدار آن و یادر ارتباط بودن آن با بیماریهای عفونی، بیشترین میزان سوء تغذیه را داریم. در ارتباط با سن از شیرگیری، عمده کودکان سالم کسانی هستند که مادرانشان در سنین بالاتر از ۱۲ ماهگی اقدام به

گرفته شده‌اند. در مطالعه دکتر بیلان اکثریت ( $82/5\%$ ) تا پایان ۱۲ ماهگی شیر مادر دریافت کرده‌اند و  $7/7\%$  از کودکان در زیر ۱۱ ماهگی از شیر گرفته شده‌اند (۹). عوامل پایین آورنده این میانگین، شهری بودن مادر، سواد متوسط پدر و مادر، شغل آزاد پدر یا کشاورز و دامدار بودن می‌باشند. این امر احتمالاً بخاطر شرایط زندگی شهری اعم از شاغل بودن مادر و کمی درآمد در مورد شغل آزاد می‌باشد (۹). در مطالعه تایلند عوامل مؤثر در زود از شیرگیری کودکان، استفاده از فرموله، جوان بودن مادر و بالا بودن بعد خانوار بوده است و زود شروع کردن غذای کمکی به تنهایی در این امر دخالتی نداشته است (۱۰).

از آنجا که زود از شیرگیری کودکان می‌تواند بر روی وضعیت جسمانی آنها عواقب نگران کننده‌ای از قبیل سوء تغذیه داشته باشد، به بررسی جهت تعیین عوامل مؤثر در خطر از شیرگیری قبل از ۶ ماهگی پرداختیم. در اینجا دختر بودن ( $OR = 0/88$ ) و روستایی بودن مادر ( $OR = 0/48$ ) خطر زود از شیر گرفتن کودکان را افزایش می‌دهند. براساس گزارش W.H.O کودکان بیشماری از کاهش رشد که در نتیجه سوءتغذیه ایجاد می‌شود، رنج می‌برند. این نوع سوءتغذیه در شیرخواران و کودکان خردسالی که زودتر از شیر گرفته شده‌اند و یا شیر مادر را به مدت طولانی و بدون مصرف و یا مصرف ناکافی خوراکیار استفاده کرده‌اند، بیشتر گزارش شده است. جهت پیشگیری و رفع کمبودهای تغذیه‌ای ابتدا می‌باید علل کمبود مشخص شود و سپس جهت جلوگیری و برطرف کردن آن اقدام کرد (۱۱).

جهت بررسی وضع تغذیه کودکان اقدام به اندازه گیری قد و وزن آنها کردیم. در این راستا متوسط وزن کودکان  $11/36 \pm 4/9$  کیلوگرم

4-Curran JS, Baness LA. Nutrition: the feeding of infant children. In Nelson: textbook of pediatrics. Philadelphia: WB Saunders Co 2000; p.167-168.

۵- گنجعلی زاده، س. سیاسی، ف. الگوی خوراکیاری کودکان و مقایسه آن بین مناطق روستایی با حاشیه شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۴.

۶- حاجیان، ک. سجادی، پ. الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران طب و تزکیه، (شماره ۳۵)، ۱۳۷۸، ۴-۹.

۷- ابراهیمی، ق. بررسی الگوی تغذیه کودکان شیرخوار تحت پوشش خانه‌های بهداشت تبریز. مجموع خلاصه مقالات سومین کنفرانس تغذیه ایران، تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۲، ۳۵، ۳۰.

8-Cohen RJ, Brown KH, et al. Effect of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth. *Lancet* 1994; 344(8918):288 - 293.

۹- بیلان، ن. یاوری کیا، پ. بررسی ارتباط بین برخی مشخصات فردی اجتماعی مادر، فاصله مولید و وضعیت رشد کودکان. مجله ره آورد دانش، سال دوم (شماره ۶)، ۱۳۷۷، ۷-۱۰.

10-Jakson DA, Imony SM. Weaning practices and breast feeding duration in northern Thailand. *Br J Nutr* 1992; 57(2):149-54.

۱۱- فروزانی، م. شهرکی، م. وضع تغذیه کودکان صفر تا ۲۶ ماهه در زابل. مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی، (شماره ۴ و ۳)، ۱۳۷۶، ۴۲.

۱۲- شریف، م. عظیمی، ع. طالبیان، ا. پایش رشد در طی سال اول زندگی شیرخواران. فصلنامه علمی پژوهشی فیض، سال چهارم (شماره ۱۴)، ۱۳۷۹، ۳۷.

۱۳- مردانی، م. رضاپور، ص. سوء تغذیه و عوامل مؤثر در کودکان لرستان. مجله پزشکی حکیم، دوره دوم (شماره ۲)، ۱۳۷۸، ۱۲-۱۵.

از شیرگیری نشان نموده اند (۴).

میزان سوء تغذیه در روستا در ارتباط با شروع غذای کمکی ۵/۲٪ و در رابطه با سن از شیرگیری ۴/۸٪ از شهر بیشتر بود. طبق این مطالعه، وضعیت تغذیه زمان حال کودکان مورد مطالعه نسبت به مطالعه زابل و لرستان بهتر بود. در مطالعه زابل براساس طبقه بندی واترلو (وزن برای قد)، میزان کل سوء تغذیه ۲۸/۲٪ بود که کمترین میزان آن در سن زیر ۳ ماهگی بود (۱۱)؛ در مطالعه لرستان که به همان شکل انجام شده بود، ۲۳/۴٪ کودکان دارای سوء تغذیه بودند و کمترین میزان در سن ۶ ماهگی (۱۱/۴٪) بود (۱۳). مطالعه کشوری کودکان زیر ۵ سال مناطق شهری و روستایی کشور نشان داد که ۶/۹٪ کل کودکان براساس وزن برای قد دچار سوء تغذیه بودند و این با یافته ما در این پژوهش همخوانی دارد. از طرفی در مطالعه سیرجان، زابل و بررسی سالهای ۸۲-۱۹۸۰ در واشنگتن، نشان داده است که شیوع سوء تغذیه در ماههای اولیه عمر به مراتب کمتر بوده و با افزایش سن این میزان افزایش می‌یابد (۱۳).

## تشکر و تقدیر

از همکاری و مساعدت همکارانی که به نوعی ما را یاری دادند، تشکر و تقدیر می‌گردد.

## References

- 1-Abraham SL, et al. First supplement. *J Human Nutrition* 1978;32: 179-284.
- ۲ - فروزانی، م. تغذیه در دوران بارداری، شیردهی، شیرخوارگی و کودکی. چاپ اول، تهران، انتشارات چهر، ۱۳۷۲، ۱۰، ۸۱.
- ۳- معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. شیر مادر در تغذیه شیرخوار. چاپ سوم، تهران، انتشارات حیان، ۱۳۷۶، ۱۵، ۱۷.

**جدول ۱: توزیع فراوانی کودکان مورد بررسی به تفکیک اولین غذای کمکی شروع شده برای کودک**

اولین غذای کودک	فراوانی	درصد
حریره برنج	۲۷۶	۶۳/۹
زرده تخم مرغ	۵۲	۱۲
آبگوشت	۲۰	۴/۶
پوره سبزیجات	۴	۰/۹
آب میوه	۶۶	۱۵/۳
حبوبات	۱	۰/۲
غذای سفره	۱۲	۲/۸
کل	۴۲۲	۱۰۰

**جدول ۲: فراوانی نسبی کودکان مورد مطالعه بر مبنای اولین غذای کمکی و محل سکونت**

محل سکونت / اولین غذای کمکی	شهر		روستا		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حریره با شیر برنج	۹۲	۵۶/۴	۱۸۴	۶۸/۴	۲۷۶	۶۳/۹
زرده تخم مرغ	۱۳	۸	۳۹	۱۲/۵	۵۲	۱۲/۱
آبگوشت	۱۱	۶/۷	۹	۲/۳	۲۰	۴/۶
پوره سبزیجات	۳	۱/۸	۱	۰/۴	۴	۰/۹
آب میوه	۳۹	۲۳/۹	۲۷	۱۰	۶۶	۱۵/۳
حبوبات	۲	۱/۲	۰	۰	۲	۰/۵
غذای سفره	۳	۱/۸	۹	۲/۳	۱۲	۲/۸
جمع	۱۶۳	۱۰۰	۲۶۹	۱۰۰	۴۳۲	۱۰۰

**جدول ۳: فراوانی نسبی کودکان مورد مطالعه بر مبنای سن از شیرگیری و هموگلوبین**

سن از شیرگیری (ماه)	غیر طبیعی		طبیعی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
< ۱۲	۸	۱۳/۱	۵۳	۸۶/۹	۶۱	۱۰۰
> ۱۲	۴۲	۱۱/۳	۳۲۹	۸۸/۷	۳۷۱	۱۰۰
جمع	۵۰	۱۱/۶	۳۸۲	۸۸/۴	۴۳۲	۱۰۰