

وضعیت تغذیه کمکی در کودکان زیر یک سال مراجعه کننده به درمانگاه‌های ایلام

فرحناز جوکار* زهرا طاهری ازبرمی** محمدرضا یگانه*

چکیده

زمینه و هدف: پایان شش ماهگی مناسب‌ترین زمان برای شروع تغذیه کمکی بعد از طی شش ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر است و دریافت ناکافی مواد غذایی در این دوران می‌تواند منجر به سوء تغذیه گردد. از آن جا که الگوی تغذیه تکمیلی شیر خواران تابع شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع می‌باشد ضروری است که این مسأله در شرایط مختلف مورد بررسی قرار گیرد، لذا این تحقیق با هدف تعیین وضعیت تغذیه کمکی در کودکان ۱۲-۶ ماهه مراجعه کننده به درمانگاه‌های شهر ایلام در سال ۱۳۸۱ انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی ۳۶۴ مادر کودک ۱۲-۶ ماهه مراجعه کننده به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه حاوی چهار بخش مشخصات فردی مادر و کودک، وضعیت شیردهی (تعداد دفعات شیردهی، نوع شیر مصرفی)، غذای کمکی (سن شروع غذای کمکی، اولین غذای کمکی، شروع ترکیبی از چند غذا و منبع کسب اطلاعات از غذای کمکی) و عملکرد مادران در مورد نحوه دادن غذای کمکی بود که از طریق مصاحبه تکمیل می‌شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رشد ۸/۸٪ کودکان در جاده سلامتی (وضعیت مطلوب و منحنی عمودی و موازی) است. ۲۸٪ از کودکان فرزند اول بودند ۹/۱٪ از مادران غذای کمکی کودک ۱۲-۶ ماهه خود را در پایان ۶ ماهگی و ۵۰/۹٪ قبل از پایان شش ماهگی شروع کرده بودند. هم‌زمان با غذای کمکی ۸۳/۵٪ کودکان از شیر مادر تغذیه می‌شدند. اولین غذای کمکی در ۴۰/۸٪ نمونه‌ها لعاب برنج بود. در مورد نحوه دادن غذای کمکی، فاصله شروع یک غذای کمکی با غذای دیگر در ۵۰/۲٪ نمونه‌ها ۳-۴ روز بود و ۸۰/۸٪ در موقع دادن یک غذای جدید از یک قاشق شروع و تدریجاً اضافه می‌نمودند. ۶۴٪ مادران جهت جلب کودک برای خوردن غذای کمکی شکر، نمک و ادویه اضافه نمی‌کردند. ۷۵/۸٪ غذای کمکی را با قاشق و فنجان می‌دادند و ۹۲/۹٪ از مادران حداکثر زمان نگهداری غذای پخته شده در یخچال را ۲۴ ساعت می‌دانستند. منبع کسب اطلاعات راجع به نحوه دادن غذای کمکی در ۶۵/۴٪ موارد مراکز بهداشتی و در ۰/۵٪ از نمونه‌ها کتاب و جزوه بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که بیش از نیمی از مادران بدون توجه به الگوی خاصی قبل از شش ماهگی تغذیه کمکی را شروع کرده‌اند، لذا به نظر می‌رسد با وجود ارایه برنامه‌های آموزشی به روش‌های معمول در درمانگاه‌های شهر ایلام هنوز هم در این مورد مشکلاتی وجود دارد. از این رو آموزش به مادران با روش‌های دیگر مانند فیلم یا نمایش توصیه می‌شود.

نویسنده مسئول:
فرحناز جوکار؛ مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد کیلان

e-mail: f_jokar@gums.ac.ir
واژه‌های کلیدی: تغذیه کمکی، کودک زیر یک سال، شیر مادر

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷

مقدمه

نیازهای غذایی نیاز به تغذیه کمکی دارند (۱). بهترین سن شروع اولین خوراک یاری بعد از پایان ۶ ماهگی است. راهبردهایی که شروع و تداوم موفق شیردهی را توسعه می‌دهد موجب تسهیل تجارب شیردهی مادران می‌شود (۲).

بعد از تغذیه انحصاری با شیر مادر، شیرخواران در ۶-۵ ماهگی به دلیل افزایش

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کیلان
** مربی گروه آموزشی پرستاری کودکان دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کیلان

تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول که ایده‌آل‌ترین نوع تغذیه در کل دنیا می‌باشد و تداوم شیردهی پس از شروع تغذیه تکمیلی می‌تواند از بروز بیماری‌های مختلفی نظیر پنومونی، عفونت دستگاه ادراری، عفونت گوش میانی، اسهال، باکتری‌می و مننژیت باکتریال جلوگیری نموده و موجب کاهش ۵۰ درصدی خطر توسعه بیماری آسم در دوران کودکی در خانواده‌های مستعد گردد (۳).

تغذیه تکمیلی را بایستی با ساده‌ترین ماده غذایی و با قوام و غلظتی شبیه شیر مادر و مزه‌ای مشابه آن و از یک قاشق مرباخوری شروع کرد. چون در سال اول عمر شیر مادر غذای اصلی کودک به حساب می‌آید، بهتر است در هر وعده‌ای که استفاده از غذای کمکی کودک مدنظر است، مادر ابتدا فرزند خود را طبق معمول با شیر خود تغذیه نماید و بلافاصله غذای کمکی مورد نظر را به وی بدهد (۴).

مواد غذایی چه از نظر مقدار و چه از نظر نوع باید به تدریج به غذای شیرخوار اضافه گردد، به طوری که از یک نوع غذای ساده شروع شود و تدریجاً به مخلوطی از چند نوع افزایش یابد، همچنین از مقدار کم شروع شود و به تدریج بر مقدار آن اضافه شود. ابتدا با یک یا دو قاشق کوچک از غذای جدید شروع شده و سپس به تدریج مقدار آن افزایش یابد و به ۱ تا ۲ قاشق غذاخوری در یک وعده برسد. هر ماده غذایی جدید باید به تنهایی و ترجیحاً وسط روز داده شود. اضافه کردن غذای جدید دیگر باید با چند روز تا یک هفته فاصله باشد. این مسأله به خاطر عادت کردن شیرخوار به طعم جدید و ماهیت غذا و تشخیص هر گونه آلرژی غذایی است (۵و۶).

استفاده از قاشق با گودی کم و دسته مستقیم بلند برای قرار دادن غذا در دهان شیرخوار مناسب است. به دلیل پایین بودن قدرت دفاعی شیرخواران و کودکان کم سن در مقابل عوامل بیماری‌زا بهتر است آن دسته از مواد غذایی را که نیاز به پختن دارد، یا فقط به اندازه مصرف ۲۴ ساعت تهیه نمود یا بلافاصله پس از طبخ آن را در جایخی قرار داد و یا آن را به چند وعده تقسیم کرده و در فریزر نگهداری نمود (۴). آکادمی اطفال آمریکا، سازمان جهانی بهداشت و آکادمی اروپایی آلرژی و ایمونولوژی به پرهیز از تغذیه زودرس با مواد جامد حداقل در ۴ ماه اول پس از تولد کودک توصیه نموده‌اند (۹-۷). مرور سیستماتیک بر تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد، شروع زودرس غذاهای کمکی (شروع تغذیه بین ۶-۴ ماهگی و یا زودتر) خطر ابتلا به آگزاما را افزایش می‌دهد (۱۰). همچنین برخی منابع خطر توسعه آلرژی، چاقی، بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت نوع یک را با شروع زود هنگام تغذیه کمکی مرتبط می‌دانند (۱۱و۱۲).

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که زمان شروع تغذیه کمکی که از عوامل مؤثر بر رشد کودک در سال اول تولد می‌باشد، تحت تأثیر مشخصات فرهنگی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی مادر، توصیه پزشک و تأثیری است که تغذیه کمکی بر خواب شبانه‌گاهی کودک دارد (۱). بنابراین از آن جا که الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران تابع شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع می‌باشد، ضروری است تا این مسأله در شرایط مختلف مورد بررسی قرار گیرد. لذا با توجه به اهمیت تغذیه کمکی و نقش آن در جلوگیری از اختلال در رشد کودکان، تحقیق حاضر با هدف تعیین وضعیت تغذیه کمکی در

کودکان ۶-۱۲ ماهه مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر ایلام در سال ۱۳۸۱ انجام گرفته است.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - مقطعی در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۱، ۳۶۴ مادر کودک ۶-۱۲ ماهه مراجعه‌کننده به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر ایلام به صورت خوشه‌ای و در مرکز با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به این که مراجعان به درمانگاه‌های شهر ایلام تفاوت چندانی نداشتند، تعداد نمونه‌های هر مرکز بین ۳۰ تا ۴۰ نفر متغیر بود و زمان نمونه‌گیری تا تکمیل نمونه‌های هر مرکز ادامه یافت. شرایط ورود به مطالعه با توجه به این که شروع تغذیه کمکی در کشور ما مطابق با استانداردهای جهانی بعد از پایان شش ماهگی می‌باشد، قرار داشتن کودک در سن ۶ تا ۱۲ ماهگی تمام و سکونت خانواده کودک در شهر ایلام بود. همچنین با توضیح اهداف تحقیق به مادران، رضایت آنان جهت شرکت در مطالعه جلب گردید. شرایط خروج از مطالعه ابتلای کودک به ناهنجاری‌های مادرزادی، بیماری‌های مزمن و کم وزنی هنگام تولد بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که پس از انجام روایی محتوا با همکاری اساتید پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و گیلان و با استفاده از کتب معتبر پرستاری، بهداشت و مامایی و انجام آزمون مجدد، از طریق مصاحبه تکمیل شد. مصاحبه‌گران یک نفر کارشناس پرستاری و یک کاردان بهداشت خانواده بودند که قبلاً در مورد نحوه مصاحبه و بیان سؤالات آموزش دیده بودند و خود پرسشنامه را تکمیل می‌نمودند. پرسشنامه حاوی چهار بخش

مشخصات فردی مادر و کودک، وضعیت شیردهی (تعداد دفعات شیردهی، نوع شیر مصرفی)، غذای کمکی (سن شروع غذای کمکی، اولین غذای کمکی، شروع ترکیبی از چند غذا و منبع کسب اطلاعات از غذای کمکی) و عملکرد مادران در مورد نحوه دادن غذای کمکی بود. پاسخ‌های مربوط به عملکرد مادران در دو حیطه صحیح و غلط دسته‌بندی گردید. منبع سؤالات مربوط به عملکرد مادران منابع علمی و دستورالعمل‌های مرتبط با تغذیه کمکی موجود در مراکز بهداشتی بود. همچنین چارت رشد قدی وزنی کودکان از روی کارت بهداشتی آنان ثبت گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، آمار توصیفی و استنباطی (مجذور کای) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۶۹/۹٪ مادران خانه‌دار هستند. سن اکثریت مادران (۷۶/۶٪) ۱۸-۲۴ سال و بیشترین درصد آن‌ها دارای مدرک دیپلم بودند. منحنی رشد ۸/۸٪ کودکان با توجه به نمودار رسم شده در کارت مراجعه کودکان زیر شش سال، در جاده سلامتی بود (حالت کفه یا اُفت نمودار وجود نداشت، به عبارت دیگر وضعیت مطلوب و منحنی عمودی و موازی بود). ۳۷ نفر (۲۸٪) از کودکان فرزند اول بودند. ۴۹/۱٪ از مادران غذای کمکی کودک ۶-۱۲ ماهه خود را در پایان ۶ ماهگی شروع کرده بودند. سن شروع غذای کمکی در اکثر نمونه‌ها (۱۸۵ نفر) زیر شش ماهگی بود (جدول شماره ۱). هم‌زمان با غذای کمکی ۸۳/۵٪ از کودکان ۶-۱۲ ماهه شیر مادر می‌خوردند و ۰/۸٪ از

مادران تغذیه با هر نوع شیر را قطع کرده بودند و به کودک ۱۲-۶ ماهه خود فقط غذای کمکی می‌دادند (جدول شماره ۲).

در مورد تعداد دفعات شیردهی، ۷۹/۸٪ از کودکان در موقع نیاز (تقاضای کودک به صورت گریه کردن و بهانه‌گیری به نحوی که مادر تشخیص می‌داد کودک گرسنه است و نه بر اساس برنامه مشخص) تغذیه می‌شدند (جدول شماره ۳).

اولین غذای کمکی در ۴۰/۸٪ کودکان مواد لعاب برنج و حریره بادام و در ۱۷/۱٪ نمونه‌ها، فرنی بود. نتایج نشان داد که برخی از مادران چند غذای کمکی را با هم شروع کرده‌اند که در ۸/۸٪ موارد اولین غذای کمکی، ۲۸/۲٪ موارد دومین غذای کمکی، ۱۷/۲٪ موارد سومین غذای کمکی و ۹/۲٪ موارد چهارمین غذای کمکی، ترکیبی از چند غذا بود.

نتایج عملکرد مادران در مورد نحوه دادن غذای کمکی نشان می‌دهد که در ۵۰/۲٪ موارد فاصله شروع یک غذای کمکی با غذای کمکی قبلی ۳ تا ۴ روز و در ۲۳٪ موارد ۵-۷ روز بوده است. ۸۰/۸٪ غذای جدید را از یک قاشق شروع و به تدریج اضافه می‌نمودند، ۶۴٪ جهت جلب کودک برای خوردن غذای کمکی شکر، نمک و ادویه اضافه نمی‌کردند، ۷۵/۶٪ غذای کمکی را با قاشق و مایعات را با فنجان می‌دادند و ۹۲/۹٪ حداکثر زمان نگهداری غذای کمکی را در یخچال ۲۴ ساعت می‌دانستند (جدول شماره ۴).

منبع کسب اطلاعات راجع به نحوه دادن تغذیه کمکی در ۶۵/۴٪ موارد مراکز بهداشتی، ۲۲٪ اقوام، دوستان و آشنایان، ۱۱/۳٪ پزشک و پرستار، ۰/۸٪ مجله و روزنامه و در ۰/۵٪ از نمونه‌ها کتاب و جزوه بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی زمان شروع غذای کمکی در میان کودکان ۱۲-۶ ماهه مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ایلام در سال

۱۳۸۱

درصد	فراوانی	سن شروع غذای کمکی
۱/۴	۵	کمتر از چهار ماهگی
۱۲/۱	۴۴	۴-۵ ماهگی
۳۷/۳	۱۳۶	۵-۶ ماهگی
۴۹/۱	۱۷۹	پایان ۶ ماهگی
۱۰۰	۳۶۴	جمع

جدول ۲- توزیع فراوانی نوع شیر مصرفی همراه با تغذیه کمکی در میان کودکان ۱۲-۶ ماهه مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های

ایلام در سال ۱۳۸۱

درصد	فراوانی	نوع شیر مصرفی همراه با تغذیه کمکی
۸۳/۵	۳۰۴	شیر مادر
۱۳/۷	۵۰	شیر خشک
۱/۲	۴	شیر گاو
۰/۸	۳	شیرهای دیگر (شیر بز، گوسفند...)
۰/۸	۳	قطع هر گونه شیر
۱۰۰	۳۶۴	جمع

جدول ۳- توزیع فراوانی دفعات شیردهی به کودکان ۱۲-۶ ماهه، پس از شروع غذای کمکی در میان مراجعان به درمانگاه‌های ایلام در سال ۱۳۸۱

تعداد دفعات شیردهی	فراوانی	درصد
۴-۶ بار در روز	۲۴	۶/۵
۷-۱۳ بار در روز	۵۰	۱۳/۶
بر حسب تقاضا و نیاز کودک	۲۹۰	۷۹/۸
جمع	۳۶۴	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی نحوه پاسخ‌گویی مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ایلام به سؤالات مربوط به نحوه دادن غذای کمکی به کودکان ۱۲-۶ ماهه در سال ۱۳۸۱

نحوه پاسخ‌گویی		صحیح		غلط		جمع
سؤالات	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
در موقع شروع یک غذای کمکی جدید دیگر، آن را با چه فاصله‌ای نسبت به غذای قبلی به کودک می‌دهید؟	۸۴	۲۳	۲۸۰	۷۷	۳۶۴	۱۰۰
هر غذای جدید را با چه مقدار شروع می‌کنید؟	۲۹۴	۸۰/۸	۷۱	۱۹/۵	۳۶۴	۱۰۰
آیا جهت جلب کودک برای خوردن غذای کمکی شکر، نمک و ادویه به آن اضافه می‌کنید؟	۲۳۳	۶۴	۱۳۱	۳۶	۳۶۴	۱۰۰
غذای کمکی را چگونه به کودکان می‌دهید؟	۲۷۶	۷۵/۶	۸۸	۲۴/۴	۳۶۴	۱۰۰
غذای پخته شده به شرط نگره‌داری در یخچال تا چه زمانی مجاز است؟	۳۳۸	۹۲/۹	۲۶	۷/۱	۳۶۴	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

علاوه بر تغذیه انحصاری با شیرمادر در شش ماهه اول، از ۶ تا ۱۲ ماهگی هنوز غذای اصلی شیرخوار، شیر مادر است و غذای کمکی همراه با شیر مادر برای آماده‌سازی و تکامل روانی اجتماعی کودک نقش به‌سزایی دارد (۱۳). نتایج تحقیق حاضر نیز نشان داد که اکثریت مادران از شیر خود برای تغذیه کودک استفاده می‌نمایند.

نتایج نشان داد تعداد دفعات شیردهی به کودکان بر حسب نیاز آنان در هر زمان است و نه بر اساس برنامه مشخص. با شروع غذای کمکی همیشه باید به مادر توصیه کرد که تعداد دفعات تغذیه با شیر خود را افزایش دهد تا از کاهش حجم شیرشان جلوگیری شود (۱۴). از ۶

تا ۱۲ ماهگی هنوز غذای اصلی شیرخوار، شیر مادر است. بنابراین استفاده از یک الگوی صحیح غذایی و ایجاد عادات غذایی مناسب، بسیار ضروری است (۱۵).

یافته‌ها حاکی از آن است که با وجود تبلیغات بسیار در آموزش‌هایی که در مراکز بهداشتی درمانی به مادران داده می‌شود، نزدیک به نیمی از مادران مورد مطالعه غذای کمکی را در قبل از ۶ ماهگی (کمتر از ۵ ماه و ۲۹ روز) شروع کرده‌اند. یافته‌های پژوهش به‌روزی‌خواه نیز نشان داد حدود ۸۳٪ از مادران تغذیه تکمیلی را در ۴ تا ۶ ماهگی کودک شروع کرده بودند (۱۶). زود شروع کردن تغذیه تکمیلی نه تنها به دلیل آماده نبودن دستگاه گوارش شیرخوار برای غذاهای غیر

شروع نموده‌اند (۱). در مطالعه Erkkola و همکاران سبب زمینی جزء اولین غذاهای کمکی استفاده شده بود. محققان پیشنهاد می‌کنند بهتر است در شروع تغذیه کمکی اکثر کودکان از منابع غلات استفاده شود و در پایان شش ماهگی علاوه بر تغذیه با شیر مادر مواد غذایی آبدی و نرم مانند فرنی و سپس غذاهای جامد نیز به رژیم غذایی شیر خوار اضافه شود (۱۵). برنج به دلیل هضم آسان و ایجاد حساسیت کمتر در شروع تغذیه تکمیلی ترجیح داده می‌شود (۱۱). البته برنج به صورت‌های مختلف مانند فرنی، حریره بادام و لعاب برنج در مناطق مختلف کشور مصرف می‌شود و مصرف لعاب برنج در نمونه‌های ما مرسوم‌تر بود که شاید به دلیل در دسترس نبودن، فرنی تهیه نمی‌شد و این امر نیاز آموزش بیشتر مادران دارد.

یافته‌ها حاکی از آن است که اکثریت واحدها به غذای کمکی چاشنی اضافه نمی‌کنند، نتایج پژوهش جمشید بیگی نیز نشان داد ۳۲٪ از مادران به اضافه کردن چاشنی به غذای کمکی معتقد نیستند (۱۸) اصولاً شیرخواران غذاهای نرم و فاقد مواد محرک و نمک را به سادگی استفاده می‌کنند. گرچه شیرخواران از غذاهای با مزه شیرین لذت می‌برند ولی می‌توانند به غذاهای فاقد مواد شیرین نیز عادت نمایند (۱۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد منبع کسب اطلاعات مادران در بیشترین موارد مرکز بهداشتی و در کمترین موارد کتاب، جزوه و رادیو است. در حالی که در پژوهش‌های مشابه دیگر بهترین منبع کسب آگاهی دوستان و آشنایان بودند (۱۶).

شیر اقدام نادرستی است، بلکه شروع زودرس تغذیه تکمیلی سبب کمتر مکیدن پستان مادر می‌شود که خود از عوامل مهم کاهش تولید شیر مادر است. همچنین بزرگ‌ترین خطر فوری عرضه زودرس غذاهای کمکی، بیماری‌های اسهالی است (۱۴).

در مورد رعایت فاصله جهت شروع یک غذای کمکی با غذای قبلی نتایج نشان داد که اکثریت نمونه‌ها دستور ۷-۵ روز فاصله بین هر غذای جدید را رعایت نمی‌کنند، اما اکثریت هر غذای جدید را از یک قاشق شروع و به تدریج اضافه می‌نمودند. شروع تدریجی یک غذای تکمیلی خوب و سالم این محاسن را نیز دارد که با اضافه کردن تدریجی غذاها کودک به گروه‌های غذایی جدید عادت می‌کند و چون در این مدت شیر مادر قطع نمی‌گردد، کودک به یک منبع غذایی خوب حاوی پروتئین و انرژی دسترسی دارد (۱۷).

نتایج نشان داد که اکثریت نمونه‌ها غذای کمکی را با قاشق و فنجان به کودک می‌دهند. نتایج مطالعه Carruth و همکاران نشان داد که کلیه مادران از قاشق برای تغذیه کودک استفاده می‌کنند (۱)، که با نتایج تحقیق ما مشابهت دارد.

اولین غذای کمکی در اکثریت نمونه‌ها لعاب برنج و حریره بادام و در ۱/۱۷٪ فرنی بود و در برخی در ابتدا یا بلافاصله پس از شروع یک یا چند غذای کمکی، از ترکیبی از چند غذا استفاده شده بود. نتایج مطالعه Carruth و همکاران نشان داد که بیشتر مادران از سن ۴ ماهگی غلات، از سن ۴/۵ ماهگی آب میوه، از سن ۵ ماهگی میوه، از سن ۵/۵ ماهگی سبزیجات و از سن ۷ ماهگی غذای مخلوط را به عنوان غذای کمکی برای شیرخواران خود

پیشنهاد می‌شود کارکنان بهداشتی به تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماهه اول و شروع تغذیه کمکی پس از سن شش ماهگی توجه خاص مبذول نمایند.

نتایج تحقیق نشان داد که با وجود اجرای برنامه‌های آموزشی به روش‌های معمول سخنرانی، آموزش چهره به چهره و ارایه پمفلت و جزوات آموزشی در درمانگاه‌های شهر ایلام هنوز هم در مورد تغذیه کمکی کودکان مشکلاتی وجود دارد لذا ارایه آموزش به مادران با روش‌های دیگر مانند فیلم یا نمایش توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام به شماره قرارداد ۸۸۱۲/۴۰/۲۲ مورخ ۷۹/۹/۸ می‌باشد، بدین وسیله از همکاری معاونت پژوهشی و کلیه دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی ایلام که در این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

گستره آگاهی‌های مادر نقش به‌سزایی در تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول و شروع به موقع تغذیه کمکی در پایان شش ماهگی دارد. مطالعه Hendricks و همکاران نشان داد مادران دارای تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با مادران فاقد تحصیلات دانشگاهی کودکان خود را تا ۶ ماهگی منحصراً با شیر خود تغذیه نموده و طبق توصیه آکادمی اطفال آمریکا تغذیه کمکی را بعد از ۶ ماهگی شروع کرده بودند. همچنین در رژیم‌غذایی روزانه شیرخواران و نوپایان این مادران کمتر نوشابه‌های شیرین و یا شکلات و یا دسرهای موجود بود و از میوه بیشتر استفاده می‌نمودند (۲۰). نتایج پژوهش Erkkola و همکاران در مورد ۶۷۵ کودک شیرخوار در فنلاند نشان می‌دهد طول مدت شیردهی انحصاری کوتاه‌تر از ۶ ماه بوده و ۳۷٪ مادران زودتر از ۴ ماهگی اقدام به تغذیه کمکی نموده بودند. همچنین مادرانی که از سطح آموزشی بالایی برخوردار بودند، طول مدت شیردهی بالاتری نسبت به مادران با سطح آموزشی پایین داشتند و دیرتر از آنان تغذیه کمکی را شروع نموده بودند (۱۵).

منابع

- 1 - Carruth BR, Skinner JD, Houck KS, Moran JD 3rd. Addition of supplementary foods and infant growth (2 to 24 months). *J Am Coll Nutr.* 2000 Jun; 19(3): 405-12.
- 2 - Borucki LC. Breastfeeding mothers' experiences using a supplemental feeding tube device: finding an alternative. *J Hum Lact.* 2005 Nov; 21(4): 429-38.
- 3 - Weinstein ME, Oleske JM, Bogden JD. A selected review of breast-feeding recommendations. 2006 July; 26(8): 379-384.
- 4 - Arezomanians S. [Growth and development of human (child and adult with nursing base)]. Tehran: Noredanesh Publications; 2002. P. 115. (Persian)
- 5 - Mortazavi H, Tabatabai Chehr M. [Nursing guideline of healthy children]. Tehran: Salemi Publications; 2002. P. 190. (Persian)
- 6 - Pillitteri A. Maternal & child health nursing: care of the childbearing & child rearing family. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. P. 674.
- 7 - Kleinman RE. American academy of pediatrics, committee on nutrition. *Pediatric nutrition handbook.* 5th ed. Elk Grove Village IL: AAP; 2004.

- 8 - World health organization. Prevention of allergy and allergic asthma. paper presented at: WHO/WAO meeting on the prevention of allergy and allergic Asthma, January 8-9, 2002; Geneva, Switzerland.
- 9 - Muraro A, Dreborg S, Halken S, Host A, Niggemann B, Aalberse R. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III: Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations. *Pediatr Allergy Immunol*. 2004 Aug; 15(4): 291-307.
- 10 - Tarini BA, Carroll AE, Sox CM, Christakis DA. Systematic review of the relationship between early introduction of solid foods to infants and the development of allergic disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 May; 160(5): 502-7.
- 11 - Chandra R. Breast feeding, hydrolysate formulas and delayed introduction of selected foods in the prevention of food hypersensitivity and allergic disease. *Nutrition Research*. 2002; 22(1-2): 125-135.
- 12 - Virtanen SM, Knip M. Nutritional risk predictors of beta cell autoimmunity and type 1 diabetes at a young age. *Am J Clin Nutr*. 2003 Dec; 78(6): 1053-67.
- 13 - Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D. *Wong's essentials of pediatric nursing*. St. Louis: Mosby; 2001.
- 14 - Akhtari AS. [Translation of Neonatal diseases]. Nelson B (Authors). Tehran: Khosravi Publications; 2002. P. 244-246. (Persian)
- 15 - Erkkola M, Pigg HM, Virta-Autio P, Hekkala A, Hypponen E, Knip M, Virtanen SM. Infant feeding patterns in the Finnish type I diabetes prediction and prevention nutrition study cohort. *Eur J Clin Nutr*. 2005 Jan; 59(1): 107-13.
- 16 - Behroozi Khah MR. [Survey on feeding pattern of infants in Sabzevar]. *Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*. 1997; 1(4): 19-29. (Persian)
- 17 - Abd Yazdan Z, Mostafaei MR, Ghazavi Z, Nasiri M. [Pattern of breast feeding in mothers working as health and treatment staff]. *Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Nurses and Midwives Research*. 2001; 18(4): 57-64. (Persian)
- 18 - Jamshid Beigi E. [Study of mothers view related to feeding by supplementary nutrition to their children in Ilam city]. *Ilam University of Medical Sciences Scientific Journal*. 1999; 8(22,23): 37-39. (Persian)
- 19 - Marandi SA. [Supplementary feeding]. *Quarterly Breast feeding*. 2002; 3(9): 3. (Persian)
- 20 - Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. *J Am Diet Assoc*. 2006 Jan; 106(1 Suppl 1): S135-48.