

الگوی مصرف مواد غذایی و وضعیت رشد کودکان نوپای رفسنجان در سال ۱۳۸۴

فاطمه عبدلی^{۱*}، طیبه نگاهبان^۱، اکرم زرین نعل^۲

خلاصه

زمینه و هدف: تغذیه نقش اساسی در رشد و تکامل دوران کودکی زیر پنج سال داشته و ارزیابی وضعیت تغذیه، می‌تواند به عنوان معیاری جهت تعیین سلامت جامعه، مورد نظر قرار گیرد. این مطالعه با هدف تعیین الگوی مواد غذایی مصرف شده در تغذیه کودکان نوپا که شامل وعده‌های اصلی تغذیه (صبحانه، نهار و شام) و میان وعده‌های (صبح، بعدازظهر و هنگام خواب) می‌باشد، و وضعیت شاخص‌های رشد آنان طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی و حجم نمونه مورد پژوهش، ۳۰۰ کودک ۱-۳ ساله شهر رفسنجان بوده که بر اساس نتایج حاصل از میانگین و انحراف معیار، شاخص‌های رشد کودکان ۱-۳ ساله به دست آمد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی-سهمیه‌ای از جمعیت کودکان نوپای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان انجام و اطلاعات از طریق اندازه‌گیری معیارهای رشد و پرسشنامه یادآمد تغذیه ۲۴ ساعته، جمع‌آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS و از آمار توصیفی و آزمون t استفاده گردید.

یافته‌ها: داده‌های این مطالعه، حاکی از آن است که نوپایان به طور متوسط، شش الی هفت مرتبه در روز تغذیه می‌شدند. عمده‌ترین ماده غذایی در وعده صبحانه، نان، شیر، لبنیات و تخم‌مرغ و بیشترین ماده غذایی مصرف شده در وعده نهار و شام، انواع گوشت‌ها، برنج، ماکارونی بود. میان وعده صبح و بعد از ظهر عده کثیری از کودکان را، انواع شیرینی، کیک، کلوچه و چیپس تشکیل داده که گاه همراه میوه و یا شیر، مصرف می‌شدند. در میان وعده قبل از خواب، اکثر کودکان از شیر استفاده می‌کردند. ۷۹ درصد کودکان از نظر وزن و ۶۲ درصد از نظر قد، زیر صدک پنجاه بودند. اختلاف آماری معنی‌داری بین مواد غذایی مصرف شده در وعده نهار و میان وعده قبل از خواب با وزن مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: گرچه اغلب مواد غذایی مصرف شده در تغذیه کودکان نوپا، مغذی و به‌نظر مناسب می‌رسند اما با توجه به شاخص‌های رشد کودکان نوپا، به نظر می‌رسد انتخاب میان وعده صحیح با کالری مناسب می‌تواند از کاهش اشتهاى کودک برای وعده‌های اصلی و در نهایت از سوء تغذیه و مشکلات ناشی از آن پیشگیری کند.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌های رشد، تغذیه، کودکان نوپا، رفسنجان

*۱ - کارشناس ارشد بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان - نویسنده مسئول

۲- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه

ویتنامی مشخص شد که بیشترین تأخیر رشد وزن از سن ۱۵ تا ۳۶ ماهگی بوده است [۱۴]. نتایج تحقیقات فوق و مشابه نشان می‌دهد که کودکان در سنین نوپایی برای دستیابی به سلامت تغذیه‌ای نیاز به مصرف سه وعده اصلی و دو میان وعده دارند. مطالعات نشان داده است کودکانی که روزانه کمتر از ۴ بار و یا بیش از ۶ بار غذا دریافت می‌کنند، با مشکلات تغذیه‌ای روبرو هستند [۱۵]. نتایج مطالعه حسینی و همکاران نشان داد که مواد غذایی مصرف شده در تغذیه نیمروزی مطابق با استاندارد نمی‌باشد. به طوری که در میان وعده صبح ۲۹/۷ درصد و در میان وعده عصر ۳۱/۹ درصد از مواد شیرین استفاده می‌کردند [۱۶].

به هرحال با توجه به مطالب فوق، بهترین اقدام برای حل مشکل تغذیه‌ای در این سنین، افزایش دفعات تغذیه همراه با بالا بردن کیفیت تغذیه می‌باشد که به نظر می‌رسد بهترین روش برای دریافت مواد غذایی کافی در کودکان، دادن تغذیه نیمروزی علاوه بر وعده‌های اصلی غذا می‌باشد [۱۶]. رشد ناکافی، مشکل شایع قابل پیشگیری است که به دلیل نیازهای بالای متابولیکی به وجود می‌آید [۸]. در بسیاری از جوامع و حتی کشور خودمان، گاه با وجود دسترسی گروه کثیری از خانواده‌ها به غذای کافی، متأسفانه سوء تغذیه به علت عدم دانش مناسب والدین در مورد تغذیه و مصرف بالای تنقلات در بین کودکان نوپا، شایع می‌باشد. لذا ضرورت انجام این مطالعه، در جهت نیل به چهارچوب ذهنی در خصوص مواد غذایی مصرف شده در وعده‌های اصلی و میان وعده‌های تغذیه کودکان، و شناسایی عوامل زمینه‌ای مؤثر در سوء تغذیه آن‌ها می‌باشد. شاید این عوامل با به کارگیری آموزش مناسب در خانواده‌ها در رابطه با تغذیه کودکان نوپا مرتفع گردند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی مقطعی است که به بررسی شاخص‌های رشد و مواد غذایی مصرف شده در تغذیه کودکان نوپای شهر رفسنجان پرداخته است. حجم نمونه مورد مطالعه بر اساس نتایج به دست آمده از میانگین و انحراف معیار شاخص‌های رشد (قد، وزن و دورسر) کودکان ۱-۳ ساله و با توجه به فرمول $d = \mu_0 - \mu_1 / \sigma$ و $n = [(z_{1-\alpha} + 2\beta/2) / 2]^2$ تعداد ۳۰۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری به صورت تصادفی سهمیه‌ای از جمعیت نوپا با دامنه سنی ۱۲ تا ۳۶ ماه در مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان صورت گرفت. جمع‌آوری اطلاعات در زمستان ۱۳۸۴ انجام شد. شرایط ورود به این مطالعه، ایرانی بودن، نداشتن سابقه بیماری (اسهال، سرماخوردگی، استفراغ و ..) و نداشتن ناهنجاری‌های مادرزادی

از خصوصیات بارز طفولیت، رشد و تکامل مداوم است که از لقاح تا پایان بلوغ ادامه دارد. مهم‌ترین معیار در شناسایی سلامت کودک، بررسی رشد و نمو اوست [۱]. سنجش رشد فیزیکی کودکان، یک عنصر کلیدی در ارزیابی وضعیت سلامتی کودکان می‌باشد چرا که الگوی رشد، بارزترین شاخص وضعیت تغذیه و سلامتی کودکان هر کشور است [۲]. رشد طبیعی کودک، حاصل تغذیه طبیعی اوست لذا وضعیت تغذیه کودک را از روی محاسبه رشد او می‌توان سنجید [۱]. رشد به عنوان یکی از شاخص‌های سلامتی، همواره مورد توجه بوده به طوری که اندازه‌گیری قد، وزن و دور سر جهت ارزیابی رشد جسمانی و استفاده از آن‌ها به منظور دستیابی به وضعیت تغذیه افراد یک جامعه، بسیار ارزشمند است [۳ و ۴]. تغذیه، نه تنها بر رشد جسمی بلکه بر ظاهر کودک، احساس او از محیط و جهان، خلق و خو، و رفتار کودک نیز تأثیرگذار است [۵].

سوء تغذیه از نوع کمبودهای تغذیه‌ای، مشکل عمده کشورهای در حال توسعه است که میلیون‌ها کودک را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طوری که ۶۰ درصد علل مرگ کودکان زیر پنج سال، به سوء تغذیه نسبت داده می‌شود [۶]. بررسی انجام شده در سال ۱۳۷۷ در کودکان زیر ۵ سال ایران، نشان داد که سوء تغذیه، کماکان به عنوان یک مشکل عمده تغذیه‌ای کشور محسوب می‌شود [۷]. نیازمندی‌های تغذیه‌ای این سنین، در کودکان متفاوت بوده و به تفاوت‌های فردی بستگی دارد. کودکان نسبت به بزرگسالان، به مقدار بیشتری مواد مغذی برای هر کیلوگرم وزن بدن احتیاج دارند که علت اصلی رشد آن‌ها می‌باشد [۸]. کودکان در جهت رشد و سلامت، باید رژیم غذایی کافی و متنوع دریافت کنند. در سنین نوپایی، رشد کودک کندتر از شیرخوارگی است که این امر، سبب تغییر عادات تغذیه‌ای کودکان و ایجاد مشکلات و مسائل تغذیه‌ای می‌شود [۹]. Skinner معتقد است که تغذیه در سنین ۲-۴ سالگی از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا بیشتر رفتارهای تغذیه‌ای در بزرگسالی مربوط به تجارب تغذیه‌ای قبل از ۲ سالگی می‌باشد [۱۰]. از طرفی آمار منتشره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز نشان می‌دهد که حداکثر کندی رشد شدید کودکان ایرانی در سنین ۱۲-۳۶ ماهگی مشاهده می‌شود و بیشترین میزان سوء تغذیه در کودکان پسر، بین سنین ۱۲-۲۴ ماهگی و در کودکان دختر، بین سنین ۲۴-۳۶ ماهگی مشاهده می‌شود [۱۱]. تحقیقات مشابه در زابل و سیرجان نیز حاکی از این مسأله است [۱۲ و ۱۳]. در مطالعه Hop و همکاران با بررسی کودکان

سن مادران و پدران به ترتیب ۲۷ و ۳۲/۳ سال بود. ۸۸/۳ درصد مادران، خانه‌دار و ۶۰ درصد پدران شغل آزاد داشتند. تحصیلات ۴۹ درصد مادران و ۴۱/۳ درصد پدران، در حد دبیرستان و میانگین درآمد خانواده ۱۷۵۶۰۰ تومان بود. از نظر رتبه تولد ۶۲ درصد کودکان، فرزند اول خانواده بودند. ۷۴ درصد آن‌ها از داروهای مکمل نظیر مولتی ویتامین و سولفات آهن استفاده کرده بودند. سن شروع تغذیه تکمیلی در ۷۷ درصد کودکان، ۶ ماهگی ذکر گردید.

در این مطالعه مشخص گردید به طور متوسط نوپایان شش الی هفت مرتبه در روز تغذیه می‌شدند که اکثراً شامل سه وعده اصلی و سه میان وعده بود. جهت بررسی نوع مواد غذایی مصرف شده در تغذیه کودکان نوپا، سه وعده اصلی (صبحانه، ناهار و شام) و میان وعده های صبح، بعد از ظهر و زمان خواب برای مطالعه در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد اکثر کودکان (۴۴ درصد) در وعده صبحانه، از نان، شیر و لبنیات و ۲۳/۷ درصد آن‌ها از تخم‌مرغ استفاده کرده و تنها ۲/۳ درصد اصلاً وعده صبحانه نداشتند. نزدیک به نیمی از کودکان (۴۳ درصد) در وعده ناهار، از پلو و یکی از انواع خورشت‌ها استفاده کرده و تنها ۳/۷ درصد آنان اصلاً وعده ناهار نداشتند. ۲۱/۷ درصد کودکان نیز در وعده شام، پلو و یکی از انواع خورشت‌ها را مصرف نموده و ۳/۷ درصد آنان، وعده شام نداشتند. بیشترین تغذیه میان وعده صبح کودکان به ترتیب میوه و شیرینی یا شیر (۲۷/۳ درصد) و میوه (۲۴ درصد) بود و ۵/۷ درصد آنان اصلاً میان وعده صبح نداشتند. در مورد میان وعده بعد از ظهر هم میوه و شیرینی یا شیر (۲۳/۷ درصد)، و میوه (۱۶ درصد) بیشترین مواد غذایی را به خود اختصاص داده و ۷/۳ درصد اصلاً تغذیه نیم‌روزی بعد از ظهر نداشتند. در خصوص میان وعده قبل از خواب ۲۷/۳ درصد شیرمادر، ۲۱ درصد شیرگاو و ۲۹/۳ درصد اصلاً تغذیه میان وعده قبل از خواب نداشتند (جدول ۱).

اگر مواد غذایی مصرف شده در تغذیه کودکان نوپا به پنج گروه پروتئین‌ها، شیر و لبنیات، میوه و سبزیجات، کربوهیدرات‌ها و چربی‌ها تقسیم کرده و بررسی بر روی گروه‌های مواد غذایی مصرف شده در وعده‌های مختلف در آن‌ها انجام دهیم به این نتایج می‌رسیم که در وعده صبحانه، ۶۷/۴ درصد کودکان از شیر، لبنیات و کربوهیدرات و ۱۱/۷ درصد از چربی‌ها و مواد قندی استفاده می‌کردند. عمده‌ترین گروه ماده غذایی مصرف شده در وعده صبحانه، نان، شیر، لبنیات و تخم‌مرغ بود. در وعده ناهار ۵۶/۷ درصد و در وعده شام نیز ۴۶/۷ درصد از کودکان از پروتئین و کربوهیدرات‌ها استفاده می‌کردند. به

بود. در ضمن، تنها کودکانی که مسئولیت تغذیه آن‌ها به عهده مادرشان بود در مطالعه شرکت داده شدند. با عنایت به روش نمونه‌گیری و این‌که از قبل می‌بایست به والدین کودکان نوپا، جهت مراجعه به مراکز بهداشتی اطلاع داده می‌شد، گاهی اوقات مراجعه برای خانواده‌ها مقدور نبود لذا سعی می‌گردید اهمیت پژوهش کاملاً برای آنان توضیح داده شود و از هر مرکز تعداد بیشتری نمونه تهیه گردد تا موارد حذف شده، باعث کاهش حجم نمونه نگردد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگر ساخته دوقسمتی بود. قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک کودک و والدین او و اندازه‌گیری شاخص‌های رشد کودک (قد، وزن، دورسر) در زمان پر کردن پرسشنامه بود. قد کودکان با استفاده از قدسنج خوابیده تا دوسالگی و مترنواری با دقت ۰/۱ سانتی‌متر، و وزن با ترازو با دقت ۰/۱ کیلو گرم و با لباس سبک، و دور سر با استفاده از مترنواری اندازه‌گیری شد. قسمت دوم پرسشنامه شامل اطلاعات مربوط به تغذیه کودک با استفاده از برگه یادآمد ۲۴ ساعته (از ۸ صبح روز قبل تا ۸ صبح روز مصاحبه) بود که شامل نوع مواد غذایی مصرف شده در وعده‌های اصلی (صبحانه، ناهار و شام) و میان وعده‌ها (صبح، بعد از ظهر و هنگام خواب) که توسط مادر کودک بیان می‌شد. جهت روائی پرسشنامه از روائی محتوا و برای پایایی ابزار از آزمون مجدد استفاده گردید. پرسشنامه‌ها توسط همکاران آموزش دیده در مراکز بهداشتی درمانی از طریق پرونده‌های بهداشتی و با مصاحبه حضوری با مادر تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط کامپیوتر و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. در راستای دستیابی به اهداف پژوهش، از آمار توصیفی و آزمون t استفاده گردید.

نتایج

یافته‌های حاصل از این پژوهش، نشان داد که از ۳۰۰ کودک مورد بررسی، ۵۴/۷ درصد پسر و ۴۵/۳ درصد دختر بودند. میانگین وزن آن‌ها موقع تولد ۳۰۷۷ گرم با انحراف معیار ۴۹۱ و در حال حاضر ۱۱۲۳۴ گرم با انحراف معیار ۱/۸۴۴ گزارش شد. میانگین قد موقع تولد ۴۹/۶۶ سانتی‌متر با انحراف معیار ۲/۱۱ و در حال حاضر ۸۴/۶۲ سانتی‌متر با انحراف معیار ۷/۷۷ بوده و میانگین دور سر آن‌ها موقع تولد ۳۴/۷۳ سانتی‌متر با انحراف معیار ۱/۵۶ و در حال حاضر ۴۷/۷۲ با انحراف معیار ۱/۷۶ به دست آمد. میانگین سن کودکان ۲۲/۹ ماه با انحراف معیار ۷/۱ بود. ۲۷/۳ درصد آن‌ها در گروه سنی ۱۷-۱۲ ماه، ۲۷ درصد در گروه سنی ۲۳-۱۸ ماه، ۲۲/۷ درصد در گروه سنی ۲۹-۲۴ ماه و ۲۳ درصد گروه سنی ۳۶-۳۰ ماهه بودند. میانگین

چپیس) تشکیل می‌داد. لازم به توضیح است که ۳۰/۳ درصد کودکان علاوه بر وعده‌های اصلی و سه میان وعده، وعده غذایی دیگری هم داشتند که مادر آن را وعده اصلی یا میان وعده در نظر نمی‌گرفت و عمدتاً شامل تغذیه در شب با شیرمادر ۱۵/۳ درصد و ۱۵ درصد تغذیه با شیرگاو یا شیرخشک بوده است.

طوری که بیشترین گروه غذایی مصرف شده در وعده نهار و شام، مواد پروتئینی (انواع گوشت‌ها) و کربوهیدرات‌ها (برنج و ماکارونی) بود. در میان وعده صبح ۲۴ درصد کودکان از میوه و سبزیجات و ۲۵/۷ درصد از چربی‌ها و مواد شیرین استفاده می‌کردند. میان وعده صبح و بعد از ظهر، تغذیه عده کثیری از کودکان نوپا را مواد شیرین و چربی‌ها (شیرینی، کیک، کلوچه،

جدول ۱: توزیع فراوانی کودکان نوپا براساس نوع مواد غذایی مصرفی در میان وعده صبح، بعد از ظهر و قبل از خواب

زمان		میان وعده صبح		میان وعده بعد از ظهر		میان وعده قبل از خواب	
مواد غذایی		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
میوه، شیرمادر		۲۴	۷۲	۱۶	۴۸	۳۲	۱۰/۷
شیرمادر		-	-	۴	۱۲	۸۲	۲۷/۳
شیرگاو		۴	۱۲	۳/۷	۱۱	۶۳	۲۱
شیرینی، کیک، کلوچه، چپیس، پفک		۱۶/۷	۵۰	۱۳/۶	۴۱	۲۷	۹
میوه و شیرینی، شیر، نان		۲۷/۳	۸۲	۲۳/۷	۷۱	-	-
پلو خورشت		۷	۲۱	۹/۷	۲۹	-	-
سوپ، عدسی، آب گوشت، آش		۷/۳	۲۲	۱۰	۳۰	-	-
سیب زمینی، ماکارونی، سوسیس		۳/۷	۱۱	۱۲	۳۶	-	-
تخم مرغ، کوکو		۴/۳	۱۳	-	-	۸	۲/۷
اصلاً نخورده اند		۵/۷	۱۷	۷/۳	۲۲	۸۸	۲۹/۳
جمع		۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۱۰۰

در این مطالعه، مشخص گردید از نظر وزن در حال حاضر ۶۷/۳ درصد و از نظر قد ۵۱/۷ درصد نمونه‌ها بین صدک سوم و پنجاه قرار دارند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی کودکان نوپا بر اساس صدک‌های وزن و قد استاندارد

وزن	قد	
	درصد	فراوانی
زیر صدک سوم	۳۵	۳۱
بین صدک سوم و پنجاه	۲۰۲	۱۵۵
بین صدک پنجاه و نود و هفت	۵۷	۱۰۲
بالای صدک نود و هفت	۶	۱۲
جمع	۳۰۰	۳۰۰

مذکور، مشکل سوء تغذیه، در کودکان ۵-۱ ساله شهر رفسنجان وجود دارد [۱۷]. به هر حال از آنجا که انتظار می‌رود ۴۷ درصد کودکان از نظر وزن و قد، بین صدک سوم و پنجاه، و صدک پنجاه و نود و هفت قرار گیرند و ۳ درصد زیر صدک سوم و بالای صدک نود و هفت باشند می‌توان نتیجه گرفت که این مشکل شاید به نوعی با مسئله تغذیه کودکان نوپا در این شهر در ارتباط باشد.

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه، مشخص گردید بیش از نیمی از کودکان مورد پژوهش، از نظر قد و وزن بین صدک سوم و پنجاه بودند. باتوجه به بررسی انجام شده در معاونت بهداشتی رفسنجان در سال ۱۳۸۰ نیز ۷۰/۴ درصد کودکان از نظر وزن زیر صدک پنجاه قرار داشتند و همچنین با توجه به مطالعه

مثل بادام، گردو، پسته، کشمش، برگه هلو، زردآلو، و توت خشک بسیار مناسب هستند. عدسی، لوبیای پخته، کدو حلوایی، لبو، ماست و اسفناج، شلغم پخته، عدس برشته و گندم برشته از انواع میان وعده‌های مفید هستند. به هر حال کودک زیر ۲ سال را نباید تحت رژیم کم چربی خانواده قرار داد و یک نوپا برای سوخت و ساز و تکامل بدن و مغز به چربی‌ها نیاز دارد. بیشتر از ۳۰ درصد کالری مورد نیاز کودکان از چربی‌های سالم که به طور طبیعی در شیر یا محصولات طبیعی مانند گردو، انواع روغن‌های گیاهی و بعضی از سبزیجات یافت می‌شود، تامین می‌گردد [۱۹ و ۱۰]. از این مطالعه می‌توان دریافت که اکثر کودکان، تغذیه میان وعده صحیح که بایست حاوی شیر و لبنیات، غلات، میوه و سبزی باشد را ندارند.

اختلاف آماری معنی داری بین شاخص قد و دور سر در حال حاضر با جنس کودک مشاهده گردید ($P < 0.05$). بر اساس آزمون آماری t ، اختلاف معنی داری بین شاخص‌های وزن، قد و دور سر و استفاده یا عدم استفاده از مکمل‌های دارویی مشاهده نگردید. همچنین اختلاف آماری معنی داری بین شاخص‌های رشد و رتبه تولد کودک با ویژگی‌های دموگرافیک والدین (تحصیلات و شغل و درآمد خانواده) مشاهده نگردید که تقریباً مشابه نتایج سایر تحقیقات می‌باشد [۱۶ و ۲۰]. و این در حالی است که سازمان یونیسف در استراتژی "انقلاب سلامتی کودک بسیج" معروف به GOBI یعنی استفاده از نمودار رشد (Growth chart) به منظور پایش بهتر تکامل کودک، مایع درمانی خوراکی Oral Dehydration، ترویج استفاده از تغذیه کودک با شیر مادر Breast feeding و ایمن سازی کودکان Immunization، برای کاهش مرگ و میر کودکان، تحصیلات مادر را از اجزاء اصلی این استراتژی قرار می‌دهد [۲۱].

نتیجه‌گیری

گرچه اغلب مواد غذایی مصرف شده در تغذیه کودکان نوپای مورد مطالعه، مغذی و به نظر مناسب می‌رسند اما با توجه به شاخص‌های رشد کودکان نوپا، انتخاب میان وعده صحیح با کالری مناسب می‌تواند از کاهش اشتها و کودک برای وعده‌های اصلی و در نهایت از سوء تغذیه و مشکلات ناشی از آن پیشگیری کند. والدین معمولاً به تغذیه میان وعده‌ها اهمیت نداده و غذاهای بی ارزشی مثل تنقلات و شیرینی‌جات در این وعده مصرف می‌شود و این برخلاف تغذیه میان وعده صحیح است که باید حاوی میوه، سبزیجات، نان، غلات، شیر و فراورده‌های آن باشد. بنابراین والدین باید در مورد تغذیه صحیح کودکان نوپا، آموزش دیده تا علاوه بر برقراری الگوی صحیح تغذیه کودک از سنین پائین، از مشکلات احتمالی

در خصوص مواد غذایی مصرف شده در سه وعده اصلی مشخص گردید که در وعده صبحانه در حدود ۹۰ درصد از کودکان، نان، شیر و لبنیات و یا مواد پروتئینی نظیر تخم‌مرغ مصرف می‌کرده و در وعده‌های اصلی ناهار و شام نیز ۹۵ درصد از کودکان از مواد غذایی دارای پروتئین نظیر انواع گوشت‌ها و مواد غذایی دارای کربوهیدرات‌ها نظیر برنج استفاده می‌کردند. در بررسی Skinner نیز صبحانه بیشتر از سایر وعده‌ها دارای مواد غذایی سرشار از آهن، فولاد و کلسیم بود [۱۰]. حداقل ۲۰-۱۵ درصد کالری رژیم غذایی کودکان از پروتئین نظیر گوشت، تخم‌مرغ، حبوبات تامین می‌شود. کودکان نوپا، نیاز به کالری برای رشد داشته و ۵۰ تا ۵۵ درصد کالری مورد نیاز کودکان از کربوهیدرات‌ها و غلات یا حبوباتی نظیر برنج، جو، ذرت، سیب زمینی و غیره می‌باشد، تامین می‌گردد. لذا اهمیت مصرف مواد غذایی سرشار از کربوهیدرات و پروتئین در غذای کودکان مشخص می‌شود [۱۵]. در بررسی Skinner مشخص شد بیش از ۵۰ درصد نوپاها، هیچ سبزیجاتی در وعده ناهار و بیش از ۳۰ درصد آنان هیچ سبزیجاتی در وعده شام نداشتند. اکثراً از مواد پروتئینی نظیر گوشت‌ها و پنیر استفاده می‌کردند [۱۰]. در این مطالعه نیز بیش از ۹۵ درصد کودکان سه وعده اصلی در تغذیه خود داشته و کمترین ماده غذایی در وعده‌های اصلی تغذیه کودکان نوپا، میوه و سبزیجات می‌باشد که ذخیره فوق العاده‌ای از ویتامین‌ها و مواد معدنی بوده و برای رشد جسمی و عقلی کودک لازم می‌باشند. در حدود نیمی از کودکان نوپا در میان وعده صبح و بعد از ظهر از مواد غذایی نظیر چیپس، انواع شیرینی، کلوچه، کیک که گاه همراه میوه یا شیر بوده، استفاده کرده‌اند. در مطالعه حسینی نیز مشخص گردید که درصد بالایی از کودکان در وعده نیم روزی صبح و بعد از ظهر، از مواد شیرین استفاده کرده‌اند [۱۶]. در مطالعه Wolf و همکاران نیز مشخص شد که ۷۲ درصد کودکان مواد شیرین در طول روز مصرف می‌کرده و ۴۰ درصد آن‌ها اصلاً سبزی و میوه نمی‌خوردند [۱۸]. در مطالعه

Skinner مشخص شد که غذاهای عمده میان وعده نوپایان، بیشتر شیرینی، چیپس و یک میوه بود. از آنجا که میان وعده‌ها بیش از ۲۵ درصد انرژی مورد نیاز کودکان را تامین می‌کردند، ضرورت دارد که آموزش‌های لازم در خصوص میان وعده‌های مفید به خانواده‌ها داده شود [۱۰]. براساس توصیه اداره بهبود تغذیه کودکان، میان وعده‌ها غذاهای مختصری هستند که نباید جای وعده اصلی غذا را بگیرند، غذاهایی مانند شیر و بیسکویت، نان و خرما، نان و پنیر، کیک و کلوچه با آب میوه طبیعی و انواع شربت‌های خوراکی خانگی، خشکبار

انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵، ص ۵.

۱۲- فروزانی م، آئینه وند س، درستی مطلق الف. وضع تغذیه کودکان صفر تا ۳۶ ماهه در مراکز بهداشتی درمانی شهر زابل. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۱، سال ۱۶، شماره ۳ و ۴، ص ۴۸-۴۲.

۱۳- احمدی م. بررسی تن سنجی وضع تغذیه کودکان ۶ تا ۶۰ ماهه شهری شهرستان سیرجان. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مجموعه مقالات نخستین کنگره تغذیه ایران، ص ۳۶۹.

14- Hop LT. Longitudinal observation of growth of Vietnam an from birth to 10 years of age. Euro J Clin Nutr, 1997; 51(3): 164-71.

۱۵- اداره تغذیه معاونت بهداشتی. مجموعه آموزشی تغذیه کودکان برای کارکنان، آذر ۱۳۷۶.

۱۶- حسینی الف، غفرانی پور ف، الحانی ف. بررسی مواد غذایی مصرف شده در تغذیه نيمروزی کودکان نوپا. فصلنامه دانشکده‌های پرستاری مامایی گیلان ۱۳۸۰، سال ۱۱، شماره ۴۱ و ۴۰، تابستان و پاییز، ص ۱۴-۹.

۱۷- سالم ز، فتح اللهی م، اسماعیلی ع. شیوع سوء تغذیه در کودکان ۵-۱ ساله شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۳۸۱؛ سال اول جلد، ۱ شماره ۴، ص ۲۶۶-۲۶۰.

18- Wolfe T, Wand N. Food pattern, diet quality and related characteristics of school children in New Yourk State. J. AM. Diet. Assoc, 1993; 11:1280-4.

۱۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری یونیسف، سیمای تغذیه کودکان در استان‌ها. تهران؛ یونیسف، ۱۳۷۸، ص ۹۵-۲۸.

۲۰- احسان پور الف. عوامل مؤثر بر وزن گیری کودکان کمتر از ۲ سال زیر صدک پنجاه و بالای صدک پنجاه وزن در شهر اصفهان ۱۳۷۴، مجله پژوهش در علوم پزشکی، ۱۳۷۴، ص ۱۳۸-۱۳۴.

۲۱- نخشپ م، نصیری ه. بررسی میزان شیوع سوء تغذیه و عوامل مؤثر در آن در کودکان زیر ۲ سال شهر ساری در سال ۷۸-۷۹. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۸۱، سال ۱۲، شماره ۳۴، بهار ۱۳۸۱، ص ۵۶-۴۷.

تغذیه نادرست در بزرگسالی نیز جلوگیری به عمل آید. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود رفتارهای مطلوب غذا خوردن کودکان در سال‌های اول زندگی که با رشد و تکامل او ارتباط اساسی دارد به والدین آموزش داده شود. متخصصین کودکان و مراکز بهداشتی درمانی می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از سوء تغذیه و پیامدهای ناشی از آن داشته باشند.

تشکر و قدردانی:

از همکاری صمیمانه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان در اجرای این طرح پژوهشی کمال تشکر را داریم.

منابع

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: (اداره بهبود تغذیه کودکان زیر ۶ سال)، یونیسف، ۱۳۷۶.
- ۲- محمودی ش. بررسی برخی از شاخص‌های سلامت جسمی دانش آموزان ۶-۱۲ سال شهرستان سنندج سال ۱۳۷۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان ۱۳۷۷، سال سوم، شماره ۱۰، ص ۲۶.
- 3- Nelson . Text book of pediatrics. 15ed edition, USA:WB Sanders CO , 1996.
- ۴- کرمی زاده ز، کشاورز و بررسی روند رشد از بدو تولد تا دو سالگی در شهر شیراز طی سال‌های ۷۴-۷۲. مجله نبض، ۱۳۷۶؛ سال هفتم، شماره پنجم، ص ۵۷.
- ۵- سلمانی ندوشن م. تغذیه در دوران مدرسه. روزنامه جام جم، دوشنبه ۱۰ آذر ۱۳۸۲، شماره ۱۰۲۴، ص ۱۲.
- 6- WHO .Management of Nutrition in major emergencies. 2000: 10-12
- ۷- سیاری ع، شیخ الاسلام ر، عبداللهی ز. بررسی شیوع انواع سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال مناطق شهری و روستایی کشور. فصلنامه پژوهنده، ۱۳۷۷، شماره ۲۰، ص ۱۶-۴۰۹.
- ۸- رابینسون ک. اصول تغذیه. ترجمه ناهید خسروی، چاپ اول، تهران: انتشارات سالمی، بهار ۱۳۷۸.
- 9- Stanfiled P. Nutrition and diet therapy. Second edition, Jones and Bartlett publishers, 1992: 272.
- 10- Skinner J. Meal and snack patterns of infants and toddlers. J American dietetic Association, 2004, 104(1): 65-70.
- ۱۱- وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی. جزوه گزارش آماری مربوط به اطلاعات بهداشتی کودکان ۵-۰ ساله ایران.

Physical growth and nutritional status of toddlers (1-3 years) in Rafsanjan.

F. Abdoli^{1*}. MSc, T. Negahban¹.MSc, A. ZarinNael² RN

1- MSc , Department of Community Health Nursing , Rafsanjan University of Medical Science

2- RN, Kerman University of Medical Science

*Corresponding author Tel:03915225900

Background and Objective: Nutrition has an important role in growth and development of children less than 5 years and therefore can be an indicator for assessing community health. This study was done to assess the physical growth and nutritional status regarding quality/quantity of meals and snacks in toddler in Rafsanjan.

Materials & Methods: In this comparative – descriptive study, 300 children aged 1-3 years from Rafsanjan were including using systematic random Sampling method. The data was collected by a 24 –hour recall questionnaire and also by physical growth criteria. SPSS software and t test were used to analyze the data

Results: On average toddlers were fed 6-7 times per day. Bread, milk, egg, kinds of meat, rice and noodles were among the typical foods consumed for main meals. There also used candy, cake, cookies, chips and sometime fruit or milk as morning and afternoon snacks. Seventy-nine percent of toddlers were under 50th percentile of weight and 62% were under 50th percentile of height. There was a significant relationship between food eaten in lunch and snacks before sleep and weight.

Conclusion: Although most foods consumed by toddlers were nutritionally appropriate for age however, proper snacks with adequate calories can prevent toddler's anorexia and malnutrition and its relevant complications.

Key words: Growth indexes, Nutrition, Toddlers, Rafsanjan .