

الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران و سن شروع خوراکیاری و برخی از عوامل مؤثر بر آن در شهرستان بابل

نویسندگان: دکتر کریم حاجیان^۱، پروین سجادی^۲

خلاصه

این مطالعه به منظور تعیین الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران و سن شروع خوراکیاری به روش توصیفی تحلیلی از اطلاعات گذشته نگر با نمونه‌ای به حجم ۶۰۰ کودک ۱۲ تا ۲۴ ماهه در جمعیت شهری و روستایی شهرستان بابل در سال ۱۳۷۶ انجام شده است. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که ۶۱/۵٪ مادران روستایی، ۳۶/۴٪ مادران شهری تغذیه کمکی کودکان را در سن ۴ تا ۶ ماهگی آغاز کرده‌اند و تاخیر در شروع تغذیه تکمیلی بعد از ۸ ماهگی در مادران شهری بیشتر از مادران روستایی بوده است. در شهر، مادران تغذیه تکمیلی کودک را به ترتیب با سوپ ۲۹/۶٪، فرنی و حریره بادام ۲۲/۱٪ و لعاب برنج ۱۵/۳٪ در هفته اول شروع کرده‌اند در حالیکه در روستا مادران تغذیه کمکی کودکان خود را به ترتیب با فرنی و حریره بادام ۳۲/۲٪، لعاب برنج ۲۱/۳٪ و سوپ ۱۹/۸٪ نموده‌اند. الگوی شروع تغذیه تکمیلی در شهر و روستا اختلاف معنی‌دار دارد ($p < 0/006$).

نتایج تجزیه تحلیل مدل رگرسیونی لجستیک چندگانه، نسبت شانس (OR) Odds Ratio رابطه بین عوامل مؤثر در خطر زودرس سن شروع خوراکیاری و یا تاخیر آن بعد از ۸ ماهگی نشان می‌دهد که روستایی بودن مادر ($OR=0/56$) و با سواد بودن مادر ($OR=0/46$) اشتغال مادر در خارج از منزل ($OR=0/30$) خطر مذکور را بطور معنی‌داری کاهش می‌دهند. افزایش هر رتبه تولد کودک خطر را بطور معنی‌داری افزایش می‌دهد ($OR=1/32$) و سن مادر و جنس کودک پس از حذف اثرات متغیرهای دیگر در بروز خطر زودرس و یا تاخیر سن شروع خوراکیاری رابطه معنی‌دار ندارند. بنابراین هنوز نیاز به آموزش بیشتر مادران به ویژه مادران شهری و مادران بیسواد و مادران چندم‌زا در بهبود وضعیت تغذیه کمکی و سن شروع خوراکیاری شیرخواران است.

کلید واژه: الگوی تغذیه تکمیلی، سن شروع خوراکیاری، عوامل مؤثر، نسبت شانس

مقدمه:

شیر مادر تا پایان ۴ ماهگی و حتی تا ۶ ماهگی به تنهایی و بدون اضافه کردن هیچ نوع غذای کمکی برای رشد طبیعی شیرخوار کافی است. بعد از ۶ ماهگی نیازهای غذایی شیرخوار فقط با شیر مادر برآورده نمی‌شود و لازم است که علاوه بر شیر غذاهای نیمه جامد را نیز برای کودک شروع کرد (۱). چرا که شیرمادر به تنهایی نمی‌تواند احتیاجات بعضی از مواد معدنی و ویتامینها را برآورده نماید (۱، ۲). شروع غذای کمکی نه تنها می‌تواند انرژی لازم را برای رشد مناسب شیرخوار تأمین کند بلکه دوران بسیار حساس آموزش تدریجی شیرخوار

برای ایجاد عادت صحیح غذایی و استفاده از غذاهای سفره خانواده است. سن شروع خوراکیاری باید بر اساس رشد و نمو شیرخوار باشد. اکثر شیرخواران بین ۴ تا ۶ ماهگی آمادگی بلع و پذیرش غذاهایی را دارند که کمی غلیظ‌تر از شیرمادر باشد مثل

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و درصد فراوانی نسبی کودکان مورد مطالعه بر حسب اولین نوع غذای کمکی در هفته اول شروع و محل سکونت در شهرستان بابل (۱۳۷۶)

منطقه سکونت	شهر		روستا		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اولین غذای کمکی در هفته						
لغاب برنج	۲۵	۱۵/۳	۶۳	۲۱/۴	۱۰۸	۱۸/۲
فرنی + حریره بادام	۶۷	۲۲/۸	۹۶	۳۲/۲	۱۶۳	۲۷/۵
آب میوه	۱۲	۴/۱	۹	۳/۰	۲۱	۳/۵
زرده تخم مرغ	۲۱	۷/۱	۱۰	۳/۲	۳۱	۵/۲
سوپ	۸۷	۲۹/۶	۵۹	۱۹/۸	۱۴۶	۲۴/۷
سیب زمینی	۵	۱/۷	۶	۲/۰	۱۱	۱/۹
غذای سفره	۱۸	۶/۱	۱۱	۳/۸	۲۹	۴/۹
غیره	۳۹	۱۳/۳	۲۲	۱۲/۸	۸۳	۱۴/۰
جمع	۲۹۲	۱۰۰	۲۹۸	۱۰۰	۵۹۲	۱۰۰

$\chi^2 = 19/9$ $p = 0/006$ $n = \text{تعداد نامعلوم}$

روش کار:

این مطالعه با نمونه‌ای با حجم ۶۰۰ زوج مادر و کودک ۱۲ تا ۲۴ ماهه جمعیت شهری و روستایی شهرستان بابل در سال ۱۳۷۶ اجراء گردیده است. نمونه‌گیری به

لغاب برنج، فرنی، حریره بادام و شیربرنج رقیق، البته شروع غذاهای کمکی در این سن نه تنها کمک به دریافت انرژی لازم و ایجاد عاداتهای صحیح غذایی می‌کند، بلکه باعث آشنا شدن شیرخوار به مزه و طعم غذاها نیز می‌شود.

پایان ۶ ماهگی بهترین سن شروع غذاهای نیمه جامد است. چرا که زود شروع کردن تغذیه تکمیلی نه تنها بدلیل آماده نبودن دستگاه گوارش شیرخوار برای پذیرش غذاهای غیرشیر، اقدام نادرستی است بلکه تهیه این مواد در شرایط غیربهداشتی امکان ابتلا عفونتها از جمله اسهال را افزایش می‌دهد و این خود باعث توقف رشد شیرخوار می‌شود و از طرف دیگر، شروع زودرس تغذیه تکمیلی سبب کمتر مکیدن پستان مادر می‌شود که خود از عوامل مهم کاهش تولید شیرمادر است.

مناسبترین غذاها برای تغذیه تکمیلی، غذاهایی هستند که دارای انرژی و حجم کم باشند (مواد چربی دار، شکر، غلات) نرم بوده و هضم آن آسان باشد. تازه و بدون آلودگی و پاکیزه و بهداشتی تهیه شوند. در دسترس، ارزان و مناسب عادات غذایی خانواده باشند. امکان استفاده از آنها در حجم کم و در دفعات زیاد وجود داشته باشد (۲). همزمان با شروع غذای کمکی تغذیه با شیرمادر همچنان مکرراً بر حسب میل و تقاضای شیرخوار ادامه داشته و حتی ضروری است دفعات تغذیه با شیرمادر افزایش یابد (۳).

از آنجا که الگوی تغذیه تکمیلی شیرخواران تابع شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع است، ضروری است که این مسئله در شرایط مختلف مورد بررسی قرار گیرد. لذا هدف این بررسی تعیین الگوی خوراکیاری شیرخواران و سن شروع خوراکیاری و برخی از عوامل مؤثر بر آن در شهرستان بابل است.

نتایج:

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در شهر مادران تغذیه تکمیلی کودکان خود را به ترتیب با سوپ ۲۹/۶٪ و فرنی و حریره بادام ۲۲/۸٪ و لغاب برنج ۱۵/۳٪ و زرده تخم مرغ ۷/۱٪ در هفته اول شروع کرده‌اند در حالیکه در روستا مادران تغذیه تکمیلی کودکان خود را با فرنی و حریره بادام ۳۲/۲٪ و لغاب برنج ۲۱/۴٪ و سوپ ۱۹/۸٪ و زرده تخم مرغ ۳/۲٪ در هفته اول آغاز نموده‌اند. آزمون کای دو وجود اختلاف معنی داری را بین الگوی اولین غذای تکمیلی کودکان در شهر و روستا نشان می‌دهد ($p < 0/006$).

جدول شماره ۲ بیانگر آن است که درصد بیشتری از کودکان شهری در مقایسه با کودکان روستایی از انواع غذای مکمل استفاده کرده‌اند. همچنین جدول شماره ۲ میانگین سن شروع غذای تکمیلی در شهر و روستا برای هر یک از انواع تغذیه تکمیلی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳ بیان می‌کند ۲۷/۵٪ مادران شهری و روستایی در سن کمتر از ۴ ماهگی غذا کمکی کودک را آغاز کرده‌اند در حالیکه ۱۰/۶٪ مادران شهری و ۵/۴٪ مادران روستایی تغذیه تکمیلی کودک خود را با تأخیر ۹ ماه و یا بیشتر شروع کرده‌اند. ۳۶/۴٪

روش خوشه‌ای با استفاده از لیست شماره بهداشتی خانوار انجام گرفته است. ابتدا ۲۵ خوشه شهری و ۲۵ خوشه روستایی توسط لیست مذکور به روش سیستماتیک انتخاب شدند و سپس در حول نقطه شروع خوشه انتخابی با چرخش از راست به چپ از هر خوشه ۱۲ کودک ۱۲ تا ۲۴ ماهه به عنوان واحد نمونه‌ای انتخاب شدند که در کل ۶۰۰ کودک مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های این بررسی با استفاده از پرسشنامه طرح ریزی شده الگوی تغذیه‌ای شیرخواران که مشتمل بر اطلاعات سابقه تغذیه تکمیلی کودک بود از طریق مصاحبه با مادران جمع‌آوری گردیده است.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از جداول توافقی و آزمون کای دو برای صفات کیفی و از آزمون T برای مقایسه میانگین سن شروع خوراکیاری انجام گرفته است. هم‌چنین نسبت شانس Odds Ratio (OR) اثر متغیرهای مستقل در خطر زودرس تغذیه تکمیلی (قبل از ۴ ماهگی) و یا تأخیر آن (بعد از ۸ ماهگی) توسط مدل رگرسیون لجستیک (Logistic Regression Model) برآورد گردیده است و حدود اطمینان ۹۵٪ نسبت شانس (OR) و مقدار p آزمون تعیین گردیده است.

($p < 0.07$).

نسبت شانس اشتغال مادر در خارج از منزل برابر $OR = 0.3$ است و با حدود اطمینان ۹۵٪ (۰/۷۲ و ۰/۱۲) و ($p < 0.007$) یعنی احتمال خطر زودرس و یا تأخیر در شروع تغذیه تکمیلی مادران شاغل در خارج از منزل نسبت به مادران غیر شاغل به نسبت ۷۰٪ کاهش می یابد. اثر رتبه تولد در بروز خطر مذکور معنی دار است و تقریباً به ازای افزایش هر رتبه تولد به نسبت ۳۲ درصد خطر افزایش می یابد

($p < 0.02$). سن مادر در خطر زودرس و یا تأخیر بیش از حد تغذیه تکمیلی اثر معنی دار ندارد ($OR = 1.01$ و $p < 0.81$).

بحث:

یافته های این پژوهش نشان می دهد اولین خوراکیار متداول در روستا بترتیب لعاب برنج و فرنی و حریره بادام و در شهر اولین خوراکیار بترتیب فرنی و حریره بادام و لعاب برنج می باشد. از غذای سر سفره در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی استفاده می شده است ولی بطور کلی بین اولین الگوی خوراکیاری در شهر و روستا از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود دارد. بطوریکه استفاده از لعاب برنج و فرنی و حریره بادام در روستا بطور معنی داری

جدول شماره ۲- تعداد و درصد کودکان مورد مطالعه بر حسب نوع تغذیه تکمیلی مورد استفاده و میانگین (± انحراف معیار) سن شروع تغذیه تکمیلی بر حسب نوع غذای کمکی در شهرستان بابل (۱۳۷۶)

نوع غذای کمکی	منطقه سکونت			شهر			روستا			کل		
	تعداد	درصد	Mean ± SD	تعداد	درصد	Mean ± SD	تعداد	درصد	Mean ± SD	تعداد	درصد	Mean ± SD
غذای کمکی	۲۹۱	—	۶/۷ ± ۲/۴	۲۹۲	—	۶/۴ ± ۲/۱	۵۸۵	—	۶/۵ ± ۲/۳	۶/۵ ± ۲/۳	—	۵۸۵
لعاب برنج	۱۵۹	۵۳	۷/۰ ± ۲/۶	۱۲۶	۲۲	۶/۶ ± ۲/۱	۲۸۵	۲۷	۶/۸ ± ۲/۴	۶/۸ ± ۲/۴	۲۷	۲۸۵
حریره بادام و فرنی	۲۱۳	۷۱	۷/۱ ± ۲/۸	۱۸۸	۶۳	۶/۹ ± ۲/۳	۴۰۱	۶۷	۷/۰ ± ۲/۶	۷/۰ ± ۲/۶	۶۷	۴۰۱
آب میوه	۱۹۳	۵۹	۷/۲ ± ۲/۷	۱۷۰	۵۷	۷/۹ ± ۲/۵	۳۶۳	۶۱	۷/۵ ± ۲/۶	۷/۵ ± ۲/۶	۶۱	۳۶۳
سبب زمینی و برنج نرم	۱۷۷	۵۹	۷/۶ ± ۲/۴	۱۸۸	۶۳	۸/۳ ± ۲/۲	۳۶۵	۶۱	۷/۹ ± ۲/۳	۷/۹ ± ۲/۳	۶۱	۳۶۵
زوده تخم مرغ	۲۱۳	۷۱	۷/۵ ± ۲/۵	۱۹۶	۶۵	۸/۶ ± ۲/۸	۴۰۹	۶۸	۸/۱ ± ۲/۷	۸/۱ ± ۲/۷	۶۸	۴۰۹
سوپ و آش	۲۵۹	۸۶	۷/۰ ± ۲/۱	۲۱۷	۷۲	۷/۶ ± ۲/۴	۴۷۶	۷۹	۷/۳ ± ۲/۳	۷/۳ ± ۲/۳	۷۹	۴۷۶
غذای آماده	۱۶۰	۵۳	۸/۷ ± ۳	۱۵۲	۵۱	۸/۷ ± ۲/۷	۳۱۴	۵۲	۸/۱ ± ۲/۹	۸/۱ ± ۲/۹	۵۲	۳۱۴
غذای سفره	۲۸۹	۹۶	۱۰/۵ ± ۲/۹	۲۸۲	۹۴	۱۱/۰ ± ۲/۶	۵۷۱	۹۵	۱۰/۷ ± ۲/۸	۱۰/۷ ± ۲/۸	۹۵	۵۷۱

جدول شماره ۵ ضرایب جدول مدل رگرسیونی لجستیک و خطای معیار و نسبت شانس عوامل مؤثر خطرزا یا حفاظت کننده در خطر زودرس تغذیه تکمیلی و یا تأخیر آن بعد از ۸ ماهگی را نشان می دهد. نسبت شانس اثر روستایی بودن در مقابل شهری بودن ($OR = 0.56$) و با حدود اطمینان ۹۵ درصد (۰/۹۸ و ۰/۳۲) می باشد. یعنی روستایی بودن خطر شروع تغذیه تکمیلی زودرس و تأخیر بیش از حد تغذیه مکمل را به نسبت ۴۴ درصد پس از حذف متغیرهای دیگر در مدل رگرسیونی کاهش می دهد. نسبت شانس اثر جنس دختر به پسر در بروز خطر مذکور $OR = 0.88$ ، ($p < 0.65$) که اختلاف معنی داری را نشان نمی دهند. نسبت شانس باسوادی مادر برابر با $OR = 0.46$ و با حدود اطمینان ۹۵ درصد (۰/۱۹ و ۱/۰۷) است. بدین معنا که باسواد بودن مادر خطر زودرس و یا تأخیر در شروع تغذیه تکمیلی را به نسبت ۴۴ درصد کاهش می دهد

مادران شهری و ۶۱/۵٪ مادران روستایی تغذیه تکمیلی را در سن ۶-۴ ماهگی آغاز نموده اند. آزمون آماری کای دو وجود اختلاف معنی داری را بین الگوی سن شروع تغذیه تکمیلی در شهر و روستا ($P < 0.001$) نشان می دهد.

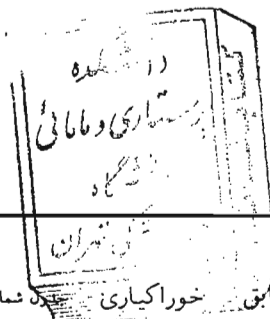
جدول شماره ۴ نشان می دهد میانگین سن شروع خوراکیاری کودکان شهری کمی بیشتر از کودکان روستایی است. میانگین سن شروع خوراکیاری در دو جنس پسر و دختر تقریباً یکسان است. میانگین سن شروع خوراکیاری کودکانی که دارای مادران کارمند می باشند کمتر از کودکانی است که مادران آنها خانه دار ستند و این اختلاف معنی دار است ($p < 0.02$). میانگین سن شروع خوراکیاری کودکانی که دارای مادران بی سواد و مادران با سطح سواد دیپلم و بالاتر هستند تقریباً کمتر از میانگین سن شروع خوراکیاری کودکانی است که مادران آنها دارای سطح سواد از خواندن و رشتن تا سطح دبیرستان می باشند ($p < 0.08$).

میانگین سن شروع خوراکیاری در گروه های مختلف سنی مادران تقریباً یکسان است و نتلاف معنی داری مشاهده نمی شود ($p < 0.89$) و بالاخره میانگین سن شروع خوراکیاری است.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی و درصد فراوانی نسبی کودکان مورد مطالعه بر حسب سن شروع غذای کمکی، منطقه سکونت در شهرستان بابل (۱۳۷۶)

منطقه سکونت	شهری		روستایی		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن شروع غذای کمکی (ماه)	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
کمتر از ۴ ماه	۸	۲/۷	۸	۲/۷	۱۶
۴ ماه	۲۷	۹/۳	۲۸	۹/۵	۵۵
۵ ماه	۳۱	۱۰/۶	۱۸	۶/۱	۴۹
۶ ماه	۷۵	۲۵/۷	۱۳۶	۴۶/۲	۲۱۱
۷ ماه	۱۰۱	۳۴/۷	۷۰	۲۳/۸	۱۷۱
۸ ماه	۱۸	۶/۲	۱۸	۶/۱	۳۶
۹ ماه	۳۱	۱۰/۶	۱۶	۵/۴	۴۷
جمع	۲۹۱	۱۰۰	۲۹۴	۱۰۰	۵۸۵

$X^2 = 31.5$ $p = 0.000$ $n = 15$ تعداد نامعلوم



بیشتر از مناطق شهری است. این نتیجه مطابق خوراکیاری

متغیرها	ضرایب (B)	SE(B)	P	OR	حدود اطمینان ۹۵٪ OR
منطقه سکونت	-۰/۵۸	۰/۲۹	* ۰/۰۵	۰/۵۶	(۰/۳۲ و ۰/۹۸)
جنس کودک	-۰/۱۲	۰/۲۸	۰/۶۵	۰/۸۸	(۰/۵۱ و ۱/۵۲)
رتبه تولد	۰/۲۸	۰/۱۲	* ۰/۰۲	۱/۳۲	(۱/۰۱ و ۱/۶۷)
سواد مادر	-۰/۷۲	۰/۲۳	* ۰/۰۷	۰/۲۶	(۰/۱۹ و ۱/۰۷)
اشتغال مادر	-۱/۲	۰/۲۵	* ۰/۰۰۷	۰/۳۰	(۰/۱۲ و ۰/۷۲)
سن مادر (سال)	۰/۰۰۸	۰/۰۳	۰/۸۱	۱/۰۱	(۰/۹۵ و ۱/۰۷)

با یافته های بدست آمده از بررسی الگوی خوراکیاری کودکان در مناطق روستایی کرمان است که اولین خوراکیار متداول به ترتیب لعاب برنج و حریره و فرنی بود (۳). یافته های بررسی حاضر به ویژه در مناطق روستایی و شهری بابل دقیقاً مطابق با برنامه غذایی شیرخواران در ارتباط با تغذیه تکمیلی است که بعد از پایان ۶ ماه اولین خوراکیار فرنی و حریره بادام می باشد (۲، ۴). در بررسی دیگری که در این زمینه در شهر تبریز انجام گرفت نشان داده شد که اولین نوع غذای کمکی لعاب برنج و حریره و فرنی بود (۵).

میانگین سن شروع خوراکیاری در شهر برابر ۶/۷±۱۲/۴ ماه و در روستا ۶/۴±۱۲/۱ ماه است و این دقیقاً مطابق با توصیه های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سایر منابع جدید است که بهترین سن شروع اولین

سن شروع اولین غذای کمکی آنها در ۴ تا ۶ ماهگی بوده است (۵). در این بررسی اکثریت مادران اولین خوراکیار را در شهر و روستا از سن ۴-۶ ماهگی شروع کرده اند که نشان از موقعیت مادران شهرستان بابل در شناخت سن صحیح شروع خوراکیاری می باشد. البته لازم به ذکر است که چون داده های مربوط به سن شروع غذای کمکی از مادر در زمانی جمع آوری گشته که کودک در سن ۱۲ تا ۲۴ ماهگی بوده است

لذا ممکن است این داده ها تحت تأثیر خطا در یادآوری قرار داشته باشند. مع الوصف در این مطالعه خطای یادآوری جهت گیری سیستماتیک معین ندارد. به ویژه این خطا نسبت به سطوح متغیرهای مورد مطالعه تفاوتی ندارد. (Non-differential) لذا اعتبار نتایج حاصل را تهدید نمی کند.

از آنجایی که شروع غذای تکمیلی در قبل از ۴ ماهگی با بروز عفونت و سوء تغذیه همراه است نتایج این پژوهش نشان می دهد که شروع زودرس (قبل از ۴ ماهگی) غذای تکمیلی در شهر و روستا یکسان است ولی مادران شهری به نسبت مادران روستایی تغذیه تکمیلی را دیرتر شروع کرده اند که خود این مسئله یعنی تأخیر در شروع کردن غذای تکمیلی بعد از ۶ ماهگی می تواند افت رشد کودکان را به همراه داشته باشد (۲). گرچه در این بررسی اختلاف معنی داری در میانگین سن شروع خوراکیاری بین مادران روستایی و شهری وجود ندارد ولی مادران روستایی در سن مناسبتری بر اساس

بدست آمده از بررسی کرمان میانگین سن آغاز خوراکیاری در مناطق روستایی و حاشیه شهر کرمان بترتیب ۴/۴۳±۱/۸۸ و ۱/۳۳±۴/۳۶ ماه را نشان داده است (۴). همچنین یافته های بدست آمده از بررسی کاشان نیز بیشتری سن مصرف غذاهای کمکی مانند حریره بادام و فرنی، لعاب برنج و آب میوه را در ۴ ماهگی، تخم مرغ و سوپ و سیب زمینی را در ۶ ماهگی نشان داده است (۶).

در بررسی دیگری که در شهر تبریز در بین کودکان زیر ۲ سال انجام شد ۸۰/۶٪ کودکان

جدول شماره ۲- تعداد و میانگین (±انحراف معیار) سن شروع خوراکیاری بر حسب سطوح مختلف متغیرهای مورد مطالعه و مقدار P آزمون در شهرستان بابل

متغیرها	تعداد	انحراف معیار و میانگین	P
منطقه سکونت	شهری	۶/۷۱۲/۴	۰/۰۸
	روستایی	۶/۴۱۲/۱	۰/۰۸
جنس کودک	پسر	۶/۵۱۲/۱	۰/۸۷
	دختر	۶/۶۱۲/۳	۰/۸۷
اشتغال مادر	کارمند	۵/۸۱۱/۳	۰/۰۲
	کار کشاورزی	۶/۲۱۲/۳	۰/۰۲
	فقط خانه دار	۶/۷۱۲/۳	۰/۰۲
	غیره	۶/۱۱۱/۱	۰/۰۲
سواد مادربیسواد	۵۷	۰/۰۸	۰/۰۸
	خواندن و نوشتن ابتدایی	۶/۷۱۲/۵	۰/۰۸
	راهنمایی و دبیرستان	۶/۷۱۲/۳	۰/۰۸
	دیپلم و بالاتر	۶/۷۱۲/۵	۰/۰۸
سن مادر	کمتر از ۲۰ سال	۶/۱۱۱/۴	۰/۰۸
	۲۰-۲۹	۶/۲۱۱/۹	۰/۹۲
	۳۰-۳۹	۶/۵۱۲/۲	۰/۹۲
	۴۰+	۶/۶۱۲/۴	۰/۹۲
		۶/۶۱۳/۱	۰/۹۲
رتبه تولد کودک (چندمین زا)	۱	۶/۳۱۲/۱	۰/۲۸
	۲	۶/۳۱۲/۲	۰/۲۸
	۳	۶/۹۱۲/۴	۰/۲۸
	۴+	۶/۶۱۲/۷	۲/۸

توصیه وزارت بهداشت و درمان تغذیه تکمیلی کودک خود را شروع کرده اند و این مسئله خود گویای آن است که بهورزان در عرضه خدمات بهداشتی و درمانی صحیح در سطح روستا بنحو مطلوبتری عمل می نمایند و در سطح شهر هنوز نیاز به آموزش بیشتر به ویژه برای مادران می باشد.

در ارتباط با شغل مادر و میانگین سن شروع خوراکیاری بررسی حاضر نشان داده است که میانگین سن شروع غذ تکمیلی کودکانی که دارای مادران شاغل می باشند کمتر از کودکانی است که مادران آنها فقط خانه دار هستند و این اختلاف از نظر آماری معنی دار می باشد و شاید علت این اختلاف سطح تحصیلات خانمهای کارمند باشد که به مسئله به موقع شروع کردن غذای تکمیلی توجه داشته اند (جدول شماره ۴).

از آنجائی که شروع زودرس یا تأخیری خوراکیاری می تواند باعث ایجاد عفونت، سوء تغذیه و در نتیجه افت رشد کودکان را به همراه داشته باشد برآن شدیم که اثر عوامل مؤثر را در بروز این خطرات بوسیله مدل رگوسیرنی چندگانه لجستیک بررسی نماییم. نتایج نشان می دهد این خطر با روستایی بودن، سواد و اشتغال مادر بطور معنی داری کاهش و با افزایش رتبه تولد کودک خطر مذکور بیشتر می شود. همچنین بررسی Jackson و همکاران در کشور تایلند نشان داده است که شروع زودرس تغذیه تکمیلی بطور معنی داری با اقامت در منطقه روستایی، بعد بالای خانوار، اشتغال مادر با کار کشاورزی و سن مادر همستگی دارد (۷).
گرچه نتایج بدست آمده از شهرستان بابل نشان از موفقیت مادران در شروع خوراکیاری

کودکان می باشد ولی فقط ۴/۴۶٪ مادران روستایی و ۷/۲۵٪ مادران شهری در سن ۶ ماهگی خوراکیاری را شروع کرده اند. بنابراین هنوز نیاز به آموزش بیشتر مادران به ویژه مادران شهری و بیسواد و مادران چندمزا جهت ارتقاء کمی و کیفی وضعیت تغذیه تکمیلی ضروری است.

تشکر و قدردانی:

از حمایت مالی و مساعدت مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل و همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه، کارشناسان بهداشتی و دانشجویان پزشکی در جمع آوری اطلاعات صمیمانه قدردانی و تشکر می کنم.

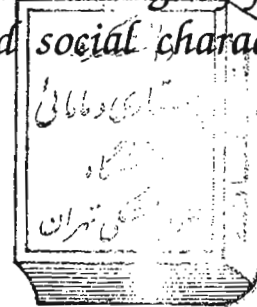
منابع:

- ۱- فروزانی م. تغذیه در دوران بارداری و شیردهی. شیرخوارگی، کودکی، انتشارات چهره تهران، ۱۳۷۲.
- ۲- شیرمادر در تغذیه شیرخوار. معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، چاپ سوم، ۱۳۷۶.
- ۳- گنجعلی زاده س. سیاسی ف. الگوی خوراکیاری کودکان و مقایسه آن بین مناطق روستایی با حاشیه شهر کرمان، گروه تغذیه و بیوشیمی دانشکده بهداشت انستیتو تحقیقات
- بهداشتی و مرکز آموزش و تحقیقات بهداشتی کرمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.
- ۴- تغذیه شیرخوران از ۶ تا ۱۲ ماهگی (تغذیه تکمیلی)، انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، ۱۳۷۷.
- ۵- معفانی ابرهمی. قاسم، امینی. ا. محبوب. س. بررسی الگوی تغذیه کودکان شیرخوار تحت پوشش خانه های بهداشت شهرستان تبریز، مجموعه خلاصه مقالات سومین کنگره تغذیه ایران، ۱۳۷۰.
- ۶- یزدانی. ع. تعیین عملکرد ۴۰۰ تن از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در تغذیه شیرخوران (مسنر تا ۲۴ ماهه) خود. دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ۱۳۷۲.
- 7- Jackson D.A., Imony, S.M: Wearing practices and breast feeding duration in northern Thailand. *Br. J. Nutr.* 67(2): 149-64, 1992.

Abstract

The Pattern of infants complimentary foods and the age of first supplementation and its relation to biocultural and social characteristics of mothers and infants in Babol population.

Dr. Hajian KO¹. (PhD); Saggadi P². (MSPH)



This study was designed to assess the pattern of complimentary food and the age of first supplementation in Babol population using a retrospective data with a sample of 600 pairs of mothers and infants at age 12 to 24 month in 1997. The results showed %61.5 of mothers in rural area and %36.4 of mothers in urban area started the first supplementation at age 4 to 6 month. In the urban area, the first supplementation was started with soup in %29.6 pudding and pap of almond in 22.1% and rice enamelled in 15.3% whereas in the rural area it was begun with pudding and pap of almond in %32.2, rice enamilled in %21.4 and soup in %19.8 respectively. There was a significant difference between the pattern of first supplementation in rural and urban area ($p=0.006$). We determined the odds ratio (OR) on the risk of early supplementation or delay after 8 month using multivariate logistic regression analysis. Living in the rural area (OR= 0.56) and maternal education (OR= 0.46) and maternal occupation (OR=0.30) decreased significantly the risk of being on early supplementation or its delay; by increasing a birth order, the risk significantly increased (OR=1.32). Maternal age and gender did not significantly associated with the risk after adjusting other variables. Therefore, it is necessary to focus on prenatal and post-natal education, particularly in the urban area, illiterate mothers and mother with multiparity in order to promote infants supplementation.

Keywords: *Pattern of complimentary foods, age of first supplementation, biocultural and social characteristics, odds, ratio.*

1) Assistant professor of Social Medicine, Babol Medical University

2) MSc in Nutrition, Member of Scientific Group, Social Medicine, Babol Medical University