مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
تابستان ۱۳۹۰
دوره ۳، شماره۲، صفحات ۴۲-۳۵

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Summer 2011
Vol. 3; Issue 2, Pages : 35-42

ارتباط بین عوامل اجتماعی و روش‌های خورانش کودک با دریافت غذایی کودکان ۳ تا ۶ ساله

سعید دعائی[۱]، ناصر کلانتری[۲]، بهرام رشیدخانی[۳]، مریم غلامعلی زاده[۴*]، سارا طالقانی نژاد[۵]، آیت رحمانی[۶]

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه در دوران کودکی از اهمیت فراوانی برخوردار است. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که روش‌های مورد استفاده والدین در تغذیه کودک نقش مهمی در دریافت غذایی کودک دارد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین عوامل اجتماعی و روش‌های خورانش غذا به کودک با دریافت غذایی کودک ۳ تا ۶ سال می‌باشد.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی تحلیلی که در سال ۱۳۸۹ در شهر رشت انجام گرفت، ۲۰۸ مادر دارای کودک ۳ تا ۶ سال از مهدکودک‌های این شهر به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و وارد مطالعه شدند. به مادران دو پرسشنامه اطلاعات عمومی و جامع روش‌های تغذیه کودک (CFPQ) داده شد. با استفاده از CFPQ روش‌های تغذیه کودک از ۱۲ جنبه مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات مورد نیاز در مورد رژیم غذایی کودک نیز از پرسشنامه بسامد خوراک (FFQ) استفاده شد. در پایان قد و وزن مادران و کودکان شرکت کننده در مطالعه اندازه‌گیری شد. جهت آنالیز آماری از SPSS 16 و روش رگرسیون خطی چند طبقه‌ای استفاده گردید.

یافته‌ها: بین سن، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال مادر، سطح تحصیلات والدین و سن و جنس کودک با دریافت غذایی کودک ارتباط معنی دار وجود داشت. همچنین استفاده مادر از روش‌های تشویق به تعادل و تنوع، استفاده از غذا به عنوان پاداش، مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده‌های غذایی، نظارت بر مصرف میان وعده‌ها، الگوسازی، آموزش تغذیه، آزادی عمل کودک و محدود کردن مصرف غذا با هدف سلامتی کودک با دریافت کودک از گروه‌های غذایی ارتباط داشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که عوامل اجتماعی و روش‌های تغذیه با دریافت غذایی کودکان مرتبط می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: دریافت غذایی کودک، روش‌های خورانش کودک، عوامل اجتماعی

۱- کارشناس ارشد تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲- دانشیار تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- استادیار تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۵- کارشناس، مرکز خدمات مشاوره ای فرهنگ گستر نخبگان
۶- کارشناسی ارشد بهداشت محیط، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
***نویسنده مسئول:** دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده تغذیه، گروه تغذیه
تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۷۶۷ پست الکترونیک:mgholamalizade84@yahoo.com .

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

سوء تغذیه یکی از مسائل اساسی کشورهای در حال توسعه و نیز برخی از مناطق کشورهای توسعه یافته می‌باشد (۱). مدارک سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که سوء تغذیه با نیمی از مرگ‌های کودکان در سرتاسر جهان مرتبط می‌باشد و کودکانی که از سوء تغذیه جان بدر می‌برند از ناتوانی‌های مغزی و فکری رنج می‌برند. در ایران نیز شیوع انواع سوءتغذیه به نسبت بالا می‌باشد و عبارتند از کوتاه قدی تغذیه‌ای در ۱۶/۸٪ پسران و در ۱۳/۹٪ دختران، کم وزنی بر اساس شاخص وزن برای قد ۱۱/۹٪ در پسران و ۹/۷٪ در دختران و لاغری ۵/۱٪ درپسران و ۴/۷٪ دردختران. همچنین ۱۸ تا ۳۸ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور دچار کم خونی هستند که شایع ترین علت آن کمبود آهن می‌باشد. شیوع کمبود روی نیز در کودکان زیر ۶ سال کشور ۳۱٪ می‌باشد (۲). از سوی دیگر گسترش بی رویه چاقی در کودکان در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، آن را به یک مشکل سلامت عمومی تبدیل نموده است (۳). نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ۷ تا ۱۶ درصد کودکان ایرانی دچار مشکل چاقی هستند (۴). عادات غذایی دوران کودکی احتمالاً در دوران بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. بنابراین تغذیه ناسالم در کودکی مخاطراتی را برای سلامت در سرتاسر دوران زندگی به همراه دارد (۵). رژیم غذایی کودکان در سنین پیش دبستانی ممکن است تحت تأثیر والدین، دوستان، رسانه‌ها و سلایق شخصی کودک قرار بگیرد (۶). تأثیر والدین در اوایل دوران کودکی که نقش تهیه کننده، اجرا کننده و الگو را برای تغذیه کودک ایفا می‌کنند، به عنوان مهم ترین عامل موثر شناخته شده است (۸،۷). در سنین پیش از مدرسه والدین مسئول اصلی انتخاب‌های غذایی کودک هستند و با استفاده از روشهای مختلف به تغذیه کودک خود می‌پردازند. روشهای مورد استفاده والدین یکی از راه‌های تأثیر بر تغذیه کودک می‌باشد (۹). مطالعات نشان داده‌اند که روشهای تغذیه کودک توسط والدین مستقیماً بر توانایی کودک در تنظیم مصرف غذا بر طبق نشانه‌های داخلی گرسنگی و سیری (۵) و سلایق غذایی او (۱۰) و نیز با میزان مصرف انرژی و وزن بدن (۱۱) مرتبط می‌باشد. والدین با شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مختلف از روشهای بسیار متنوعی برای کنترل تغذیه کودکان خود استفاده می‌کنند (۱۲,۹،۱۳). با توجه به گستردگی رویکردهای مورد استفاده والدین برای تغذیه کودک، نتایج مطالعاتی که بر روی تأثیر این فعالیت‌ها بر رژیم غذایی و سلامت کودک انجام شده ضد و نقیض بوده است. برخی از مطالعات کنترل تغذیه کودک توسط والدین را مفید دانسته (۱۳,۱۲و ۱۴) و برخی دیگر کنترل والدین را عامل سوءتغذیه یا چاقی می‌دانند (۱۵-۱۹). بنابراین، با توجه به اهمیت تغذیه کودکان و شیوع بالای سوءتغذیه در کشور و از آنجا که مطابق اطلاع نویسنده در زمینه روشهای مورد استفاده والدین برای تغذیه کودک مطالعه‌ای یافت نشد، مطالعه حاضر به منظور بررسی عوامل اجتماعی و روش‌های تغذیه کودک و ارتباط آن با دریافت غذایی کودکان ۳ تا ۶ ساله شهر رشت صورت گرفت.

روش کار

در یک مطالعه مقطعی تحلیلی، کودکان ۳ تا ۶ سال ثبت نام شده در ۳۰ مهدکودک دولتی و خصوصی شهر رشت با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعه در فاصله زمانی تابستان تا زمستان ۱۳۸۹انجام گرفت. پس از هماهنگی با سازمان بهزیستی استان گیلان، برنامه ریزی لازم جهت مراجعه حضوری به مهدکودک‌های در نظر گرفته شده به عمل آمد. در روز ملاقات، پس از یک صحبت ابتدایی با مادرانِ کودکان مورد مطالعه و تقدیر از شرکت آنها در این پژوهش، اهداف مطالعه تشریح شد. کودکانی که سن آنها بین ۳ سال تا ۶ سال بود و والدینشان تمایل به همکاری داشتند وارد مطالعه شدند. همچنین کودکانی که سابقه هر گونه بیماری متابولیکی، مادرزادی و غیره که با رفتارهای غذایی مادر و کودک شرکت کننده تداخل داشته باشد را داشتند از مطالعه حذف شدند. تعداد ۲۰۸ مادر و کودک واجد شرایط شناخته شده وارد مطالعه شدند.

به منظور جمع آوری اطلاعات مربوط به وزن هنگام تولد کودک، سن کودک، سن مادر، اشتغال مادر، تحصیلات والدین، استعمال دخانیات و درآمد خانواده عوامل اجتماعی از پرسشنامه اطلاعات عمومی استفاده گردید. همچنین برای بررسی نحوه تغذیه کودک توسط مادر از پرسشنامه جامع نحوه خورانش کودک یا CFPQ (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire) پس از بررسی روایی و اعتبارسنجی استفاده شد (۲۰). جهت بررسی روایی از سنجش روایی محتوا و جهت ارزیابی پایایی از روش دوباره سنجی و ثبات درونی استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۴۶ سوال بود و اطلاعات مربوط به میزان آزادی عمل کودک، تنظیم عواطف کودک با استفاده از مواد غذایی، تشویق کودک به رعایت تعادل و تنوع در خوردن، کنترل غذاهای در دسترس کودک، استفاده از غذا به عنوان پاداش، میزان مشارکت کودک در برنامه ریزی غذایی، الگو سازی مصرف غذا، نظارت بر مصرف میان وعده‌ها، اجبار به خوردن، محدود کردن کودک با هدف سلامتی، محدود کردن کودک با هدف کنترل وزن و آموزش تغذیه مناسب به کودک جمع آوری گردید. تمامی این خرده آزمون‌ها با استفاده از مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرت اندازه‌گیری شد که محدوده‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) یا کاملا مخالف (۱) تا کاملا موافق (۵) را در بر می‌گرفت. نمره زیر ۳ برای هر خرده آزمون به عنوان استفاده کم، نمره ۳ به عنوان استفاده متوسط و نمرات بالای ۳ به عنوان استفاده بالای مادر از روش مربوطه در نظر گرفته شد

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]

(۱۲). جهت جمع آوری اطلاعات مرتبط با رژیم غذایی کودک، پرسشنامه بسامد خوراک (FFQ) که قبلا در ایران معتبر شده است مورد استفاده قرار گرفت (۲۱). این پرسشنامه مواد غذایی را در ۱۷ گروه دسته بندی نموده و مورد بررسی قرار می‌دهد. در مطالعه حاضر اطلاعات مربوط به مصرف ۱۲ گروه غذایی جمع آوری گردید که عبارتند از : ۱- غلات کامل ۲- غلات تصفیه شده ۳- سیب زمینی ۴- محصولات لبنی ۵- سبزی‌ها ۶- میوه‌ها ۷- حبوبات ۸- گوشت‌ها ۹- قندهای ساده ۱۰- عسل و مربا ۱۱- نوشابه‌ها ۱۲- دسرها و اسنک ها. سپس این داده‌ها به صورت ۷ گروه غذایی اصلی در تجزیه و تحلیل آماری مد نظر قرار گرفت که عبارت بود از :۱-گروه غلات ۲-گروه لبنیات ۳-گروه میوه‌ها و سبزی‌ها ۴-گروه گوشت‌ها ۵- گروه قندهای ساده ۶- گروه نوشابه‌ها و ۷- گروه دسرها و اسنک‌ها. در تقسیم بندی میزان مناسب برای مصرف هر یک از گروه‌های غذایی از راهنمای خورانش (Feeding guide) منتشر شده در کتاب تغذیه و رژیم درمانی کراوس استفاده گردید (۲۲). همچنین قد و وزن مادر با استفاده از ترازوی Seca و متر نواری اندازه‌گیری شد.

اطلاعات جمع آوری شده برای توصیف مشخصات والدین و کودک، فعالیت‌های کنترلی والدین و رژیم غذایی کودک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از روش رگرسیون خطی چند طبقه‌ای برای تعیین ارتباط بین دریافت غذایی کودک به عنوان متغیر وابسته با مشخصات والدین و کودک و عوامل اجتماعی (بلوک ۱) و روش‌های خورانش مورد استفاده مادر در تغذیه کودک (بلوک۲) به عنوان متغیرهای مستقل استفاده شد. با توجه به اینکه در این پژوهش اثر چندین متغیر مستقل بر چند متغیر وابسته اندازه‌گیری می‌شود، از ضریب تصحیح بُن فِرنی برای تعیین سطح معنی دار بودن نتایج استفاده می‌گردد تا نتایج بدست آمده تفاوتی با آنالیز تک متغیره نداشته باشد (۲۳). با استفاده از این فرمول سطح معنی‌داری تطبیق یافته[1] برای تجزیه و تحلیل‌های آماری در این مطالعه به صورت زیر بدست آمد: Adjusted P –value=۰/۰۰۰۲.

یافته ها

یافته‌های مربوط به مشخصات اجتماعی و دموگرافیک شرکت کنندگان نشان داد که سن کودکان شرکت کننده در مطالعه بین ۳/۵ تا ۶ سال تمام بود. اکثر مادران در زمان انجام مطالعه شاغل، متأهل و دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و بیشتر آنها BMI بالاتر از حد طبیعی داشتند. هیچ یک از مادران دخانیات مصرف نمی کردند، در حالیکه در مورد ۲۵ درصد پدران مصرف دخانیات مثبت گزارش شد. همچنین اکثر خانواده‌های شرکت کننده در مطالعه از طبقه متوسط و مرفه جامعه بودند. جدول ۱ ویژگیهای پایه مادران و کودکان مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

در ارتباط با روش‌های خورانش مورد استفاده مادر در تغذیه کودک، میانگین نمرات مادر مربوط به هر خرده آزمون پرسشنامه جامع روش‌های خورانش کودک تعیین شد. همانگونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، رایج ترین روش‌های مورد استفاده مادر شامل کنترل غذاهای در دسترس کودک، تشویق به تعادل و تنوع، الگوسازی و آموزش تغذیه مناسب به کودک بود. تقریباً نیمی از مادران از روش‌های استفاده از غذا به عنوان پاداش و محدودیت غذا با هدف کنترل وزن استفاده می‌کردند و عده معدودی نیز روش تنظیم عواطف کودک با مواد غذایی را بکار می‌گرفتند.

در زمینه میزان دریافت کودک از گروه‌های غذایی، میزان دریافت گروه‌های غذایی در کودکان شرکت کننده در این مطالعه در جدول ۳ مشخص شده است. مصرف میوه و سبزی در تقریباً نیمی از کودکان مورد مطالعه کمتر از میزان توصیه شده (۵ واحد در روز) بود. همچنین دریافت از گروه گوشت در بیش از نیمی از کودکان مورد مطالعه کمتر از مقادیر توصیه شده (۲ واحد در روز) بود. همچنین تقریباً نیمی از کودکان بیشتر از ۲ واحد در روز از هر یک از گروه‌های قندهای ساده و اسنک‌ها مصرف می‌کردند.

در زمینه ارتباط عوامل اجتماعی و روش‌های خورانش مورد استفاده مادر با دریافت غذایی کودک، با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی چند طبقه‌ای ارتباط عوامل اجتماعی مرتبط با والدین و کودکان (بلوک۱) و روش‌های خورانش مورد استفاده مادر (بلوک۲) با دریافت غذایی کودک مورد بررسی قرار گرفت (جدول۴).

مصرف غلات در کودکانی که مادرانشان مطلقه بودند و مادرانشان از روش‌های تشویق به تعادل و تنوع، استفاده از غذا به عنوان پاداش، مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده‌های غذایی و نظارت بر مصرف میان وعده‌ها بیشتر استفاده می‌کردند و از روش‌های الگو سازی و آموزش تغذیه مناسب به کودک کمتر استفاده می‌کردند، به طور معنی‌داری بالاتر بود ($P<۰/۰۰۰۲$)

مصرف لبنیات در کودکانی که سطح تحصیلات والدینشان بالاتر بود و والدینشان از روش‌های آزادی عمل کودک و مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده‌های غذایی کمتر استفاده می‌کردند، به طور معنی‌داری بالاتر بود ($P<۰/۰۰۰۲$). مصرف میوه و سبزی در کودکانی که مادرانشان از روش‌های آزادی عمل کودک و مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده‌های غذایی و محدود کردن مصرف غذا با هدف سلامتی کودک به میزان کمتر و از روش الگو سازی به میزان بیشتری استفاده می‌کردند، به طور معنی‌داری بالاتر بود ($P<۰/۰۰۰۲$). مصرف گروه گوشت‌ها در کودکانی که دختر بودند، سن مادر بالاتر بود،

1. Adjusted P- value

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۱: ویژگیهای عمومی و عوامل اجتماعی مربوط به کودکان و مادران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد(درصد)	میانگین± انحراف معیار	متغیر	تعداد (درصد)
جنس کودک			وضعیت تحصیلی پدر	
پسر	۱۲۴(۶۰)		زیر دیپلم	۲۱(۹/۶)
دختر	۸۴(۴۰)		دیپلم	۵۱(۲۵)
سن کودک(سال)		۴/۷±۰/۸۸	بالای دیپلم	۱۳۶(۶۵/۴)
وزن هنگام تولد کودک(kg)		۳/۴±۰/۴۳	استعمال دخانیات توسط مادر	
BMI کودک		۱۷/۷۳±۵/۸۶	بلی	۰(۰)
سن مادر(سال)		۳۱/۶۷±۴/۵۹	خیر	۲۰۸(۱۰۰)
قد مادر(متر)		۱/۵۷±۰/۳۲	استعمال دخانیات توسط پدر	
وزن مادر(kg)		۷۱/۵۴±۱/۷۲	بلی	۵۲(۲۵)
BMI مادر		۳۳/۲۲±۳/۰۷	خیر	۱۵۶(۷۵)
وضعیت تأهل مادر			درآمد خانواده	
متأهل	۱۸۴(۹۶/۵)		کمتر از ۶۰۰ هزار تومان	۴(۱/۹)
مجرد (Single Parent)	۸(۳/۵)		بین ۶۰۰ هزار تومان و یک میلیون تومان	۹۵(۴۵/۷)
وضعیت تحصیلی مادر			بالاتر از یک میلیون تومان	۹۳(۴۴/۲)
زیر دیپلم	۴(۱/۹)		وضعیت اشتغال مادر	
دیپلم	۸۴(۴۰/۴)		شاغل	۵۲(۲۵)
بالای دیپلم	۱۲۰(۵۷/۷)		خانه دار	۱۵۶(۷۵)

جدول ۲: روش های مورد استفاده مادر برای خورانش کودکان مورد مطالعه

روش مورد استفاده مادر	تعداد(درصد)	روش های خورانش مورد استفاده مادر	تعداد(درصد)
آزادی عمل کودک		الگو سازی	
استفاده کم	۷۲(۳۶/۴)	استفاده کم	۰(۰)
استفاده متوسط	۸(۳/۸)	استفاده متوسط	۱۶(۷/۷)
استفاده زیاد	۱۲۸(۶۱/۵)	استفاده زیاد	۱۹۲(۹۲/۳)
تنظیم عواطف کودک با مواد غذایی		نظارت	
استفاده کم	۱۸۰(۸۶/۵)	استفاده کم	۲۰(۹/۶)
استفاده متوسط	۲۴(۱۱/۵)	استفاده متوسط	۱۲(۵/۸)
استفاده زیاد	۴(۱/۹)	استفاده زیاد	۱۷۶(۸۴/۶)
تشویق به تعادل و تنوع		اجبار به خوردن	
استفاده کم	۴(۱/۹)	استفاده کم	۱۳۲(۶۳/۵)
استفاده متوسط	۰(۰)	استفاده متوسط	۱۲(۵/۸)
استفاده زیاد	۲۰۴(۹۸/۱)	استفاده زیاد	۶۴(۳۰/۸)
کنترل غذاهای در دسترس کودک		محدود کردن با هدف سلامتی کودک	
استفاده کم	۱(۰/۵)	استفاده کم	۴۰(۱۹/۲)
استفاده متوسط	۷(۳/۴)	استفاده متوسط	۲۸(۱۴/۵)
استفاده زیاد	۲۰۰(۹۶/۱)	استفاده زیاد	۱۳۶(۶۶/۳)
استفاده از غذا به عنوان پاداش		محدود کردن با هدف کنترل وزن کودک	
استفاده کم	۷۶(۳۶/۵)	استفاده کم	۹۶(۴۶/۲)
استفاده متوسط	۳۶(۱۷/۳)	استفاده متوسط	۱۶(۷/۷)
استفاده زیاد	۹۶(۴۶/۲)	استفاده زیاد	۹۶(۴۶/۲)
مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده های غذایی		آموزش تغذیه مناسب به کودک	
استفاده کم	۴(۱/۹)	استفاده کم	۵(۲/۴)
استفاده متوسط	۲۰(۹/۶)	استفاده متوسط	۰(۰)
استفاده زیاد	۱۸۴(۸۸/۵)	استفاده زیاد	۲۰۳(۹۷/۶)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۳: میزان دریافت گروه های غذایی درکودکان مورد مطالعه

میزان دریافت گروه های غذایی	تعداد(درصد)	میزان دریافت گروه های غذایی	تعداد(درصد)
نان و غلات		قند های ساده	
کمتر از میزان نیاز(۳ واحد در روز)	۳۸(۱۸/۳)	کمتر از ۲ واحد در روز	۱۱۶(۵۵/۸)
بیشتر یا مساوی ۳ واحد در روز	۱۷۰(۸۱/۳)	بیشتر یا مساوی ۲ واحد در روز	۹۲(۴۴/۲)
محصولات لبنی		نوشابه ها	
کمتر از میزان نیاز(۳ واحد در روز)	۴۸(۲۳/۱)	کمتر از یک واحد در هفته	۱۶۸(۸۰/۸)
بیشتر یا مساوی ۳ واحد در روز	۱۶۰(۷۶/۹)	بیشتر یا مساوی یک واحد در هفته	۴۰(۱۹/۲)
سبزی ها و میوه ها		دسرها و اسنک ها	
کمتر از میزان نیاز (۵ واحد در روز)	۱۰۰(۴۸/۱)	کمتر از دو واحد در روز	۱۱۶(۵۵/۸)
بیشتر یا مساوی ۵ واحد در روز	۱۰۸(۵۱/۹)	بیشتر یا مساوی دو واحد در روز	۹۲(۴۴/۲)
گوشت ها			
کمتر از میزان نیاز(۲ واحد در روز)	۱۲۴(۵۹/۶)		
بیشتر یا مساوی ۲ واحد در روز	۸۴(۴۰/۴)		

جدول ۴: ضریب رگرسیون (B) ارتباط عوامل اجتماعی و روش های خورانش با دریافت غذایی کودک

	غلات	لبنیات	میوه و سبزی	گوشت ها	نوشابه ها	اسنک ها	قند های ساده
	B	B	B	B	B	B	B
متغیر های طبقه اول							
جنس کودک	-۰/۰۲۱	۰/۱۶۳	۰/۰۹۷	۰/۳۰۰*	۰/۰۸۳	-۰/۵۰۷*	-۰/۳۷۱*
سن مادر	-۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۰۱۰	۰/۰۵۹*	۰/۰۳۱	۰/۰۱۲	-۰/۰۲۰
تأهل مادر	۰/۵۱۸*	-۰/۰۳۹	-۰/۳۵۰	۰/۰۰۴	-۰/۴۴۴	-۰/۰۱۳	-۰/۳۰۸
اشتغال مادر	-۰/۵۹	-۰/۰۶۴	-۰/۱۲۵	-۰/۱۸۵*	۰/۱۷۳*	۰/۰۲۴	۰/۳۱۳
تحصیلات مادر	-۰/۰۵۷	۰/۴۶۹*	۰/۰۷۸	۰/۲۹۴*	-۰/۰۸۰	-۰/۳۹۱*	-۰/۰۱۸
تحصیلات پدر	۰/۲۰۷	۰/۳۵۷*	۰/۰۸۲	۰/۱۷۰	-۰/۲۲۵*	-۰/۰۳۵	۰/۱۰۶
متغیر های طبقه دوم							
آزادی عمل کودک	-۰/۰۰۴	-۰/۱۸۴*	-۰/۳۷۷*	۰/۱۰۸	۰/۱۲۷	۰/۱۱۹	۰/۰۱۵
تشویق به تعادل	۱/۱۵۵*	۰/۴۱۹	۰/۳۸۶	-۰/۰۸۶	-۰/۲۷۴	۰/۰۵۹	۰/۲۲۷
غذا به عنوان پاداش	۰/۱۲۶*	-۰/۰۷۶	۰/۰۳۲	۰/۰۰۹	۰/۰۸۵	۰/۰۶۳	۰/۰۹۳
مشارکت کودک	۰/۲۵۶*	-۰/۲۷۸*	-۰/۳۳۱*	۰/۰۵۱	-۰/۳۳۹*	-۰/۱۹۷	۰/۰۳۲
الگو سازی	-۰/۸۵۵*	۰/۱۰۶	۰/۸۰۱*	-۰/۲۰۱	-۰/۲۹۵	-۱/۰۷۲*	-۰/۲۵۹
نظارت	۰/۵۴۵*	۰/۲۴۷	-۰/۱۰۱	-۰/۰۴۳	۰/۱۶۶	۰/۲۳۹	۰/۱۵۵
محدود کردن با هدف سلامتی	۰/۰۳۴	-۰/۱۰۹	-۰/۲۶۵*	-۰/۲۸۰	-۰/۱۳۷	۰/۰۲۸	۰/۰۷۰
آموزش تغذیه	-۰/۳۰۲*	۰/۱۵۹	۰/۲۰۳	۰/۳۰۱	-۰/۰۱۴	-۰/۱۵۱	۰/۱۴۸

P<۰/۰۰۰۲ *

مادران خانه دار بودند و سطح تحصیلات مادر بالاتر بود، به طور معنی‌داری بالاتر بود (P<۰/۰۰۰۲). مصرف گروه نوشابه‌ها در کودکانی که مادر شاغل داشتند و تحصیلات پدر پایین تر بود و مادران آنها از روش مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده‌های غذایی به میزان کمتری استفاده می‌کردند، به طور معنی‌داری بالاتر بود (P<۰/۰۰۰۲). مصرف گروه اسنک‌ها در کودکانی که پسر بودند، سطح تحصیلات مادر پایین تر بود و مادران آنها از روش الگوسازی به میزان کمتری استفاده می‌کردند، به طور معنی‌داری بیشتر بود (P<۰/۰۰۰۲). مصرف گروه قندهای ساده در کودکانی که پسر بودند به طور معنی‌داری بالاتر بود (P<۰/۰۰۰۲). در مجموع یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه ارتباط عوامل اجتماعی با دریافت غذایی کودک نشان داد که تحصیلات بالاتر والدین با افزایش مصرف غذاهای سالم (گوشت و لبنیات) و کاهش مصرف میان وعده‌های ناسالم (اسنک ها) ارتباط معنی دار دارد. پسرها میان وعده‌های ناسالم بیشتری مصرف می‌کنند. همچنین اشتغال مادر بر برخی از جنبه‌های رژیم غذایی کودک تأثیر نامطلوب بر جا می‌گذارد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]

در زمینه ارتباط روش‌های تغذیه با دریافت غذایی کودک نیز مشخص شد که بین برخی از روش‌های خورانش کودک (تشویق به تعادل و تنوع، استفاده از غذا به عنوان پاداش، آموزش تغذیه مناسب، الگو سازی، نظارت، مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده‌های غذایی، آزادی عمل کودک، محدود کردن با هدف سلامتی) با دریافت کودک از گروه‌های غذایی (غلات، لبنیات، میوه‌ها و سبزی‌ها، نوشابه‌ها، اسنک‌ها) و میزان سلامت رژیم غذایی کودک ارتباط وجود دارد. الگوسازی تغذیه سالم توسط مادر با افزایش مصرف میوه و سبزی و کاهش مصرف اسنک‌ها همراه بود. از سوی دیگر آزادی عمل کودک با کاهش مصرف میوه و سبزی و لبنیات ارتباط داشت.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که برخی از عوامل اجتماعی شامل وضعیت تاهل، سن، جنسیت کودک، سن مادر، اشتغال مادر، تحصیلات والدین، وزن هنگام تولد کودک، استعمال دخانیات و درآمد خانواده با دریافت غذایی کودک ۳ تا ۶ سال مرتبط می‌باشد. همچنین استفاده مادر از روش‌های تشویق به تعادل و تنوع، استفاده از غذا به عنوان پاداش، مشارکت کودک در برنامه ریزی وعده‌های غذایی، نظارت بر مصرف میان وعده‌ها، الگوسازی، آموزش تغذیه، آزادی عمل کودک و محدود کردن مصرف غذا با هدف سلامتی کودک با دریافت کودک از گروه‌های غذایی ارتباط دارد.

از اهداف اختصاصی این مطالعه بررسی روش‌های خورانش مورد استفاده والدین برای تغذیه کودک بود. در ارتباط با روش‌های خورانش، رایج ترین روش‌های خورانش مورد استفاده مادر، کنترل غذاهای در دسترس کودک، تشویق به تعادل و تنوع، الگوسازی و آموزش تغذیه مناسب به کودک بود. در مطالعه‌ای که توسط مور[1] و همکارانش در انگستان با هدف بررسی شیوه‌های رایج خورانش کودکان ۳ تا ۵ سال انجام شد، رایج ترین روش‌های مورد استفاده مادر الگو سازی، تلاش جهت تأثیر بر هنجارهای غذا خوردن در خانواده و اجبار به خوردن بود (۲۴). در این مطالعه نیز یکی از رایج ترین شیوه‌های خورانش کودک الگوسازی بود، ولی سایر روش‌های رایج با نتایج این مطالعه همخوانی نداشت. اگر چه روش اجبار به خوردن در مطالعه ما نیز مورد ارزیابی قرار گرفته بود، ولی این روش تنها در ۳۰ درصد از مادران رایج بود. در مطالعه مور نزدیک به ۷۰ درصد از کودکان پسر بودند و ممکن است علت تفاوت در میزان رایج بودن شیوه اجبار به خوردن در جنسیت کودکان مورد مطالعه نهفته باشد.

همچنین از اهداف مطالعه حاضر بررسی ارتباط عوامل اجتماعی با دریافت غذایی کودک بود. در کودکانی که مادر خانه دار داشتند، مصرف گروه گوشت‌ها به طور معنی‌داری بالاتر و مصرف گروه نوشابه‌ها به طور معنی‌داری کمتر گزارش شده است. در مطالعه دیگری که در این زمینه انجام شده بود، بین اشتغال مادر و دریافت غذایی کودک ارتباط معنی‌داری گزارش نشد (۱۲). ممکن است این تفاوت ناشی از این مسئله باشد که در مطالعهٔ مذکور اشتغال به تحصیل و کارهای پاره وقت نیز به عنوان شغل در نظر گرفته شده بود، در حالیکه در مطالعهٔ ما مادران با حداقل ۸ ساعت کار روزانه به عنوان شاغل در نظر گرفته شده‌اند. در مجموع یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مادران خانه دار از روش الگوسازی برای خورانش کودک خود استفاده بیشتری می‌کنند و کودکانشان دریافت غذایی سالم تری دارند.

دریافت از گروه‌های اسنک‌ها و قندهای ساده در پسران به طور معنی‌داری بیشتر بود. درحالیکه دختران از گروه گوشت‌ها به طور معنی‌داری بیشتر دریافت می‌کردند. در سایر مطالعات ارتباطی میان جنسیت کودک و دریافت غذایی کودک گزارش نشد (۲۵،۱۲). دلیل این مسئله ممکن است تفاوت در روش‌های مورد استفاده مادران مورد مطالعه ما در خورانش فرزندان دختر با پسر باشد. یافته‌های مطالعه ما نشان داد که مادرانی که فرزند پسر دارند از روش اجبار به خوردن بیشتر استفاده می‌کنند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سن بالاتر مادر با افزایش دریافت کودک از گروه گوشت‌ها ارتباط داشت. نتایج مطالعه‌ای مشابه نشان داد که سن مادر با دریافت غذاهای سالم ارتباط منفی دارد (۱۲)که با یافته‌های مطالعه ما در تضاد می‌باشد. البته در مطالعه مذکور میانگین سن مادران مورد مطالعه ۳۸ سال بود، در حالیکه در مطالعه ما میانگین سن مادران ۳۲ سال بود که ممکن است بر نتایج بدست آمده تأثیر گذار باشد. به عنوان مثال ممکن است افزایش سن مادر تا مرز ۴۰ سالگی باعث بهبود روش‌های خورانش کودک شود، در حالیکه سنین بالاتر از ۴۰ سالگی اثر منفی بر رفتارهای مورد استفاده مادر در قبال تغذیه کودک داشته باشد.

دریافت گروه غلات در کودکانی که مادر مطلقه داشتند، به طور معنی‌داری بالاتر از سایر کودکان بود. در مطالعهٔ مشابه که توسط براون[2] و همکارانش انجام گرفت، عنوان شد که وضعیت تأهل مادر با دریافت غذایی کودک مرتبط نمی باشد (۱۲). البته در مطالعه مذکور تنها دریافت کودک از نظر میان وعده‌های سالم و ناسالم و میزان مصرف میوه و سبزی مد نظر بود و مصرف غلات در کودکان مورد ارزیابی قرار نگرفته بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در کودکانی که سطح تحصیلات والدین بالاتر بود، دریافت از گروه‌های لبنیات و گوشت‌ها بالاتر و دریافت از گروه‌های نوشابه‌ها و اسنک‌ها به طور معنی‌داری کمتر از سایر مادران بود. که یافته‌های یک

1. Moore

2. Brown

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]

مطالعات مشابه را تأیید می‌کند (۲۶). در مطالعه دیگری نیز تحصیلات والدین را با مصرف کمتر میان وعدها مرتبط دانسته‌اند (۱۲). در مطالعه مذکور انرژی دریافتی کودک محاسبه نشده بود، ولی به نظر می‌رسد که مادران تحصیل کرده در کشورهای غربی تمایل به محدود کردن انرژی دریافتی کودک خود دارند که در نتیجه ممکن است سبب کاهش مصرف میان وعده‌ها توسط کودک شود.

بررسی ارتباط روش‌های تغذیه و دریافت غذایی کودک نیز از اهداف این مطالعه بود. نتایج مطالعه ما نشان داد که روش های تغذیه کودک با دریافت غذایی کودک مرتبط می باشد. در اکثر مطالعات پیشین ارتباط میان روش های خورانش کودک با دریافت غذایی کودک تأیید شده بود، ولی نحوه این ارتباط در مطالعات مختلف تناقض داشت. در مطالعه اندرسون[1] و همکارانش الگوسازی با افزایش مصرف غذاهای سالم و کاهش دریافت غذاهای ناسالم ارتباط داشت (۲۷) که با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد. در مطالعه براون و همکارانش گزارش شد که مصرف میان وعده های غیر سالم با استفاده کمتر از رویکردهای نامحسوس و بکارگیری بیشتر روش اجبار به خوردن مرتبط می‌باشد. خوردن میوه و سبزی نیز با سطوح بالاتر کنترل آشکار و نامحسوس و استفاده کمتر از روش اجبار به خوردن ارتباط داشت (۱۲). در مطالعه حاضر نیز آزادی عمل کودک که با کاهش کنترل تغذیه کودک توسط مادر همراه است، با کاهش مصرف میوه ها و سبزی ها ارتباط معنی دار داشت که یافته های مطالعات قبلی را تأیید می کند. در مطالعهٔ ما روش اجبار به خوردن با دریافت کودک از گروه‌های غذایی ارتباط معنی‌داری نداشت. البته در مطالعه ما از پرسشنامه CFPQ استفاده شده بود که روش‌های خورانش مادر را در ۱۲ خرده آزمون مختلف مورد بررسی قرار می‌داد، در حالیکه خرده آزمون های سایر پرسشنامه‌ها به ۴ تا ۵ خرده آزمون محدود می‌شد، که ممکن است این مسئله سبب ارزیابی دقیق تر روش‌های مورد استفاده مادر و تفاوت در سطح معنی‌داری برخی روش‌ها شده باشد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بین عوامل اجتماعی و روش‌های خورانش با دریافت غذایی کودک رابطه معنی‌داری وجود دارد. به نظر می‌رسد که کودکانی که مادران خانه دار، دارای سن بالاتر و والدین تحصیل کرده تری دارند، تغذیه سالمتری داشته باشند. همچنین در صورتیکه مادر بیشتر از روش الگوسازی استفاده کند و از روش آزادی عمل کودک به میزان کمتری بهره گیرد، دریافت کودک از گروه‌های غذایی سالم بالاتر و از گروه‌های غذایی ناسالم کمتر خواهد بود.

References

1. Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM, Maternal feeding practices, child eating behavior and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis 2010;7(2):55-65.
2. Bahrami M, Malnutition and its effects on development in Iranian children, J Pediatr 2004; 2(14): 149-156[Persian].
3. Klesges RC, Stein RJ, Eck LH, Isbell TR, Klesges LM, Parental influence on food selection in young children and its relationships to childhood obesity, Am J Clin Nutr 1991;53(4):859–64.
4. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, "et al", Thinness, overweight and obesity in a national sample of Iranian children and adolescents, Child Care Health Dev 2008; 34(1): 44-54.
5. Lindsay AC, Sussner KM, Kim J and Gortmaker S, The role of parents in preventing childhood obesity, Future Child 2006;16(1):169-80.
6. Wilson G, W K, The influence of children on parental purchases during supermarket shopping, Int J Consumer Stud 2004;28, 329–336.
7. McCaffree J. Childhood eating patterns: The roles parents play, J Am Diet Assoc 2003; 103(12): 1587.
8. Wardle J, Cooke L, Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related? J Am Diet Assoc 2005;105, 227-232.
9. Patrick H, Nicklas TA, Hughes SO and Morales M, The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. Appetite 2005; (44): 243-249.
10. Birch LL, Psychological influences on the childhood diet, J Nutr 1998; 128(2): 407S-410S.
11. Birch LL, Fisher JO, Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight, Am J Clin Nutr 2000; 71(5): 1054-61.
12. Brown K, Ogden J, Vogele C and Gibson L, The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI, Appetite 2008; 50(2-3): 252-259.
13. Faith MS, Heshka S, Keller KL, "et al", Maternal-Child feeding patterns and child body weight : Findings from a population-based sample, Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157(9): 926-932.
14. Hughes SH , The Impact of Child Care Providers' Feeding on Children's Food Consumption, J Dev Behav Pediatr 2007;28, 435–442.

1. Anderson

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]

15. Clarck H, How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy, Journal of Public Health 2007;29, 132–141.
16. Johannsen T, Specker B. Influence of Parents' Eating Behaviors and Child Feeding Practices on Children's Weight Status. Obesity, 2006;14, 431-439.
17. Hughes SH, Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context, Appetite 2005;44,83-93.
18. Brann L, More Controlling Child-Feeding Practices Are Found among Parents of Boys with an Average Body Mass Index Compared with Parents of Boys with a High Body Mass Index. J Am Diet Assoc, 2005;105, 1411-1416.
19. Clark H, How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy, Journal of Public Health 2007;29, 132–141.
20. Musher-Eizenman D, Holub S, Comprehensive feeding practices questionnaire: Validation of a new measure of parental feeding practices, J Pediatr Psychol 2007; 32(8): 960-972.
21. Hossieni F, Reproducibility and Relative Validity of Food Group Intake in a Food Frequency Questionnaire Developed for the Tehran Lipid and Glucose Study, J Epidemiol 2010; 83, 2-9.
22. Mahan LK , Stamp SS, Krause's food & nutrition therapy , Elsevier 2008.
23. Dunnet CW, A multiple comparisons procedure for comparing several treatments with a control, Journal of the American Statistical Association 1955;50: 1096-1121.
24. Moore S, Murphy S, Feeding strategies used by others of 3–5-year-old children. Appetite 2007;49: 704–707.
25. Ogden, J, Reynolds R , Smith A, Expanding the concept of parental control: A role for overt and covert control in children's snacking behaviour? Appetite 2006;47: 100-106.
26. Crouch P, O'dea J, Battisti R, Child feeding practices and perceptions of childhood overweight and childhood obesity risk among mothers of preschool children, Nutr Diet 2007; 64(3): 151-158.
27. Anderson K, predictors of Overweight in Children under 5 Years of Age in India,Journal of Social Sciences 2010;2: 138-146.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-24]