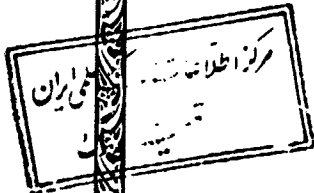


۳۱۹۱۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی زاهدان
دانشکده پزشکی
پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری پزشکی عمومی

عنوان:

تعیین میزان آگاهی و عملکرد مادران مراجعه کننده به بیمارستان
حضرت علی اصغر (ع) در ارتباط با تغذیه کمکی شیرخواران

استاد راهنما

جناب آقای دکتر ایمانی متخصص اطفال

استاد مشاور

جناب آقای دکتر رودباری دکترای آهار حیاتی

نگارنده

علی مستشفی حبیب آبادی

سال اجرا: ۱۳۷۸

۲۱۹۱۸

شماره پایان نامه: ۵۱۸

تقدیم به:

همسر وفادار عزیزم خانم دکتر ریحانه بنی مهد که
در انجام این طرح و بقیه امور زندگی یار و
پشتیبان من بوده و خواهد بود.

تقدیم به:

پدر و مادر فداکارم که همیشه مدیون زحمات و
فداکاریهای آنها خواهم بود

تقدیم به:

خواهرانم زهرا، مهتاب و آتنا که در همه مراحل
زندگی بامحبتهای خود، یاور من بوده‌اند.

باتشکر و قدردانی

از زحمات تمامی اساتید گرامیم که راهنما و هدایتگر
من در راه فراگیری علم پزشکی بودند.

به ویژه

جناب آقای دکتر ایمانی، استاد گرامیم که در انجام
این طرح تحقیقاتی از رهنمودهای ایشان بسیار
استفاده نمودم.

و همچنین

جناب آقای دکتر رودباری، استاد گرامیم که بدون
ارشادهای ایشان انجام این طرح کاری غیر ممکن بود.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان مطالب

چکیده پژوهش به زبان فارسی الف

فصل اول: مقدمه

الف - نیازهای تغذیه‌ای ۱

ب - تغذیه شیرخواران و نوزادان ۲

ج - مزایای شیر مادر ۵

د - تغذیه تکمیلی یا *BEIKOST* ۶

ه - وارد کردن تغذیه تکمیلی در رژیم شیرخواران ۸

ن - زیانهای زود دادن غذاهای تکمیلی ۱۲

و - اجزایی از *BEIKOST* که احتمالاً مضر هستند ۱۴

ی - انواع غذاهای تکمیلی ۱۶

ه - بیان مسئله ۲۴

فصل دوم: روش اجرای طرح (متدولوژی)

الف - طرز تهیه پرسشنامه ۲۶

ب - تعیین حجم نمونه ۲۸

فهرست مطالب

صفحه

عنوان مطالب

- ج - روش نمره گذاری ۲۹
- د - روش تجزیه و تحلیل داده‌ها ۳۱

فصل سوم: ارائه نتایج

- الف - اطلاعات بدست آمده و جداول مربوطه ۳۳
- ب - تجزیه و تحلیل و نتایج بدست آمده ۴۱

فصل چهارم: پیوستها

- پرسشنامه ۵۱
- چکیده پژوهش به زبان انگلیسی ۵۲

نمودارها

عنوان: تعیین میزان آگاهی و عملکرد مادران مراجعه کننده به بیمارستان حضرت

علی اصغر (ع) در ارتباط با تغذیه کمکی شیرخواران

چکیده پژوهش

یکی از مشکلات مهم در بین شیرخواران، استان سیستان و بلوچستان سوء تغذیه می باشد. در این تحقیق جهت سنجش آگاهی و عملکرد مادران در مورد تغذیه کمکی پرسشنامه ای تهیه شد که ۱۴ سوال داشت. سپس پرسشنامه ها از طریق مصاحبه با ۳۸۳ مادر (مطابق با حجم نمونه) که شیرخوار بین ۰-۲۴ ماهه داشتند، تکمیل شد. در مجموع همکاری پاسخ دهندگان خوب و قابل اطمینان بود. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات مشخص شد که ۱۱۴ نفر (۲۹/۸ درصد) میزان آگاهیهایشان کم بود (بسیار نامطلوب جهت تغذیه کمکی)، ۲۲۰ نفر (۵۷/۴ درصد) میزان آگاهیهایشان متوسط بود (نامطلوب جهت تغذیه کمکی)، ۲۲۰ نفر (۵۷/۴ درصد) میزان آگاهیهایشان خوب و مناسب بود. همانطور که مشاهده می شود اکثریت مادران (۸۷/۲ درصد) اطلاعات کافی جهت تغذیه کمکی علمی و مناسب برای کودک خود نداشتند.

ضریب همبستگی پیرسون میان دو متغیر تحصیلات و آگاهی مادران $P=+0/4697$ بود که نشان دهنده نقش مثبت تحصیلات مادران در بدست آوردن اطلاعات لازم جهت تغذیه کمکی می باشد.

آگاهی با تعداد فرزندان یک همبستگی منفی داشت $P=-0/2256$ که نشان می دهد با افزایش تعداد فرزندان نه تنها تجربه و آگاهی مادران افزایش نیافته، بلکه کاهش نیز

داشته است.

میزان ضریب همبستگی بین آگاهی و عملکرد مادران $P=+0/۶۱۱۶$ که نشان می‌دهد با افزایش آگاهی مادران، عملکرد آنها بهبود پیدا کرده است. از بحث فوق مشخص می‌شود که یکی از مشکلات مهم در این استان کم بودن آگاهی‌های مادران در مورد تغذیه کمکی می‌باشد و افزایش آگاهی مادران می‌تواند باعث کاهش چشمگیر شیوع سوء تغذیه و بهبود رشد کودکان شود.

فصل اول

مقدمه

نیازهای تغذیه‌ای

نیازهای تغذیه‌ای هر شیرخواری بر اساس اختلالات ژنتیکی و متابولیکی تفاوت می‌کند به‌رحال در مورد شیرخواران و کودکان اهداف اساسی عبارت از رشد مطلوب و جلوگیری از حالت‌های کمبود مواد غذایی خواهد بود. تغذیه خوب به پیشگیری از بیماری‌های حاد و مزمن و نیز به توسعه ظرفیت فیزیکی و فکری کودک کمک می‌نماید.

هیأت تغذیه و مواد غذایی (The Food Nutrition Board (NAS.NRC 1989) رژیم غذایی مناسب را در مورد تعدادی از مواد که از حالت‌های کمبود در اغلب افراد جلوگیری می‌نماید تعیین کرده است. جدول (۱-۴۳)

TABLE 4-1 Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences-National Research Council Recommended Dietary Allowances (Revised 1989)*

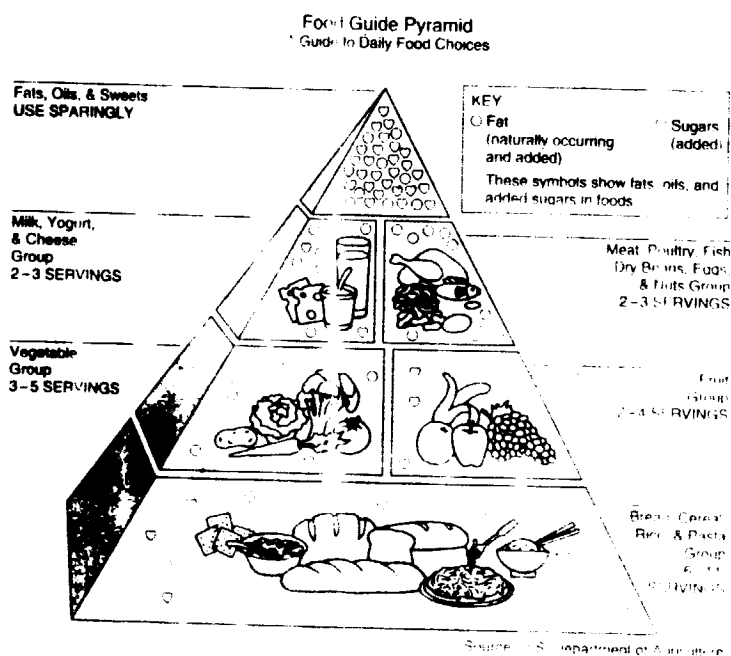
Age (yr) or Condition	Weight (kg)	Height (cm)	Protein (g)	Fat-Soluble Vitamins				Water-Soluble Vitamins							Minerals					
				Vitamin A (µg RE) ¹	Vitamin D (µg) ²	Vitamin E (mg α-TE) ³	Vitamin K (µg)	Vitamin C (mg)	Thiamine (mg)	Riboflavin (mg)	Niacin (mg NE) ⁴	Vitamin B ₆ (mg)	Folate (µg)	Vitamin B ₁₂ (µg)	Calcium (mg)	Phosphorus (mg)	Magnesium (mg)	Iron (mg)		
Infants																				
0.0-0.5	4	13	60	24	15	375	7.5	3	5	30	0.3	0.4	5	0.3	25	0.3	400	300	40	6
0.5-1.0	9	20	71	28	14	175	10	4	10	15	0.4	0.5	6	0.4	35	0.5	600	500	60	10
Children																				
1-3	13	29	90	35	16	400	10	6	15	40	0.7	0.8	9	1.0	50	0.7	800	800	80	10
4-6	20	44	112	44	24	500	10	6	20	45	0.9	1.1	12	1.1	75	1.0	800	800	80	10
7-10	28	62	132	52	28	700	10	7	30	45	1.3	1.5	17	1.7	100	1.4	800	800	100	10
Male																				
11-14	45	99	157	62	45	900	10	10	45	50	1.0	1.2	13	1.4	100	1.4	800	800	170	10
15-18	66	145	176	69	55	1000	10	10	65	60	1.5	1.8	20	2.0	150	2.0	1200	1200	270	12
19-24	72	160	177	70	58	1000	10	10	70	60	1.5	1.7	19	2.0	200	2.0	1200	1200	400	12
25-50	79	174	178	70	63	1000	10	10	80	60	1.5	1.7	19	2.0	200	2.0	800	800	350	10
51+	77	170	173	68	63	1000	10	10	80	60	1.5	1.7	19	2.0	200	2.0	800	800	350	10
Female																				
11-14	46	101	157	62	46	800	10	8	45	50	1.0	1.2	13	1.4	100	1.4	800	800	170	10
15-18	55	120	163	64	44	800	10	8	55	60	1.1	1.3	15	1.6	180	2.0	1200	1200	280	10
19-24	58	128	164	65	46	800	10	8	60	60	1.1	1.3	15	1.6	180	2.0	1200	1200	300	10
25-50	65	138	163	64	50	800	10	8	65	60	1.1	1.3	15	1.6	180	2.0	1200	1200	280	10
Pregnant																				
Lactating																				
1st 6 mo	143	160	63	50	800	10	8	65	60	1.0	1.2	13	1.6	200	2.0	800	800	280	10	
2nd 6 mo	62	106	62	46	800	10	8	65	70	1.5	1.6	17	2.2	400	2.2	200	200	320	30	

*The allowances, expressed as average daily intake, are intended to provide for interindividual variations among most normal persons on their lives in the United States under usual environmental stress. Diets should be based on a variety of other nutrients for which human requirements have been less well defined. See text for vitamin A, B₆, and iron allowances.
¹Designed for the measurement of good nutrition of practically all healthy people in the United States.
²Weight and height of Reference Adults are actual means for the population in the United States of the designated age as reported by National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II). The median weight and height of 18 children from Hamill et al. *Physical Growth: National Center for Health Statistics* (Ann. N.Y. Acad. Sci. 32: 607, 1979). The use of these figures does not imply that the actual weight-height ratios are exact.
³1 µg cholecalciferol (D₃) is equivalent to 400 IU of vitamin D.
⁴1 µg cyanocobalamin (B₁₂) is equivalent to 0.001 µg of vitamin B₁₂.
⁵1 µg of biotin is equivalent to 1 µg of B₇. See text for discussion of vitamin E allowances and discussion of vitamin E activity of the diet as a biopotential expression.
⁶NE (niacin equivalent) is equal to 1 mg of niacin or 60 µg of dietary tryptophan.

بدلیل آنکه بعضی از مواد ضروری غیر قابل شناسایی بوده استفاده از یک رژیم غذایی متنوع ممکن است تنها راه محتاطانه جهت تأمین این مواد بعد از اوایل دوره شیرخوارگی باشد نیازهای کالریک بیشتر از آنکه با سن یا وزن قابل پیش‌بینی باشد، با میزان سطح بدن می‌تواند پیش‌بینی گردد. معیار نهایی برای بررسی نیازهای بچه بر اساس رشد، احساس خوب و سیری می‌باشد.

نیازهای روزانه برای سال اول زندگی تقریباً ۱۲۰-۸۰ کیلو کالری به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن است که برای هر فاصله ۳ ساله بعدی در حدود 10 Kcal/Kg کاهش می‌یابد. در یک برنامه غذایی صحیح تقریباً ۱۵-۹ درصد کالریها از پروتئین، ۴۵-۵۵ درصد از کربوهیدرات و ۲۵-۴۵ درصد از چربیها مشتق می‌شود.

تغذیه کودک باید شامل گروههای مواد غذایی مختلف از هر کدام به میزان لازم باشد در سال ۱۹۹۲ دپارتمان کشاورزی ایالات متحده بر طبق گروههای غذایی مختلف یک راهنما و برنامه غذایی ارائه کرده است. (شکل ۲-۴۳ کتاب نلسون)



شکل ۲-۴۳: راهنمای غذایی

دریافت مقدار بیش از حد از یک گروه ممکن است منجر به یک سطح کالریک بالا و ایجاد یک کودک دارای وزن بالا شده ولی در همان زمان سبب دریافت کم و خطرناک برخی از مواد غذایی ضروری گردد.

تغذیه شیرخواران و کودکان

تغذیه موفقیت آمیز شیرخوار مستلزم تشریک مساعی بین مادر و کودک می باشد این امر با اولین تجربه تغذیه ای شروع شده و در تمام طول مدت وابستگی کودک ادامه خواهد یافت. پیدایش سریع تجربیات تغذیه ای راحت و رضایت بخش در سلامتی عاطفی شیرخوار و مادر مشارکت عمده دارد. زمان تغذیه باید برای مادر و کودک لذت بخش باشد. از آنجائیکه احساسات مادر به آسانی به کودک منتقل می شود، مادرانی که عصبی، مضطرب، تحریک پذیر و از نظر احساسی ناپایدار هستند به احتمال بیشتری یک ارتباط تغذیه ای مشکل را تجربه خواهند کرد.

بلافاصله بعد از تولد هنگامی که شیرخوار بتواند بطور بی خطر تغذیه دهانی را تحمل نماید، تغذیه باید شروع شود تا در جریان انتقال از زندگی جنینی به زندگی خارج رحمی متابولیسم و رشد طبیعی برقرار شده، ارتباط مادر و شیرخوار تسریع گردیده و خطر هیپوگلیسمی، هیپرکالمی، هیپر بیلی روبینمی و آزوتمی کاهش یابد. اغلب کودکان می توانند در ۶ ساعت اول زندگی خارج رحمی شروع به تغذیه کنند. هرچند بهتر است در صورت امکان اولین تغذیه بلافاصله بعد از تولد و در اطاق زایمان شروع شود. اغلب شیرخواران سالمی که با بطری تغذیه می شوند در ۱ هفته اول حیات خود نیاز به ۹-۶ بار تغذیه در ۲۴ ساعت خواهند داشت. بعضی از

شیرخواران در هر بار تغذیه به میزانی که برای سیر شدن به مدت تقریباً ۴ ساعت کافی باشد تغذیه می‌کنند. بعضی دیگر که کوچکتر بوده و یا زمان تخلیه معده آنها سریعتر است، تقریباً هر ۲-۳ ساعت نیاز به تغذیه خواهند داشت. شیرخواران تغذیه شونده با شیر مادر غالباً فواصل کوتاهتر را ترجیح می‌دهند. اغلب شیرخواران ترم مقدار شیر دریافتی خود را سریعاً از ۳۰ میلی لیتر به ۸۰ تا ۹۰ میلی لیتر در هر ۳-۴ ساعت افزایش می‌دهند.

تغذیه هنگامی پیشرفت موفقیت آمیز دارد که شیرخوار از روز ۷-۵ بعد از تولد وزن از دست نداده و از روز ۱۲-۱۴ شروع به افزایش وزن نماید.

برخی از شیرخواران بعد از ۳-۶ هفتهگی برای تغذیه نیمه شب بیدار نمی‌شوند و برخی نیز هرگز نیازمند آن نخواهند بود. بسیاری از شیرخواران در ۹-۱۲ ماهگی با سه وعده غذا در روز سیر می‌شوند.

نکته قابل توجه این است که تنها علت گریستن کودک، گرسنه بودن او نمی‌باشد و عادت تغذیه مکرر با مقدار کم و یا عادت بر تغذیه کودک برای آرام کردن تمامی موارد گریه، نباید ترویج داده شود. از طرف دیگر تأمین نیازهای گرسنگی واقعی شیرخوار به محض ابراز آن از طرف کودک، مزیت‌های متعددی دارد، احتیاجات فیزیولوژیک سریعاً به محض بوجود آمدن برطرف می‌شوند، شیرخوار گریه و ناراحتی طولانی مدت در رابطه با تغذیه را نمی‌آموزد و نیز احتمال تجربیات تغذیه‌ای بد مثل بلعیدن مواد غذایی و یا تغذیه مکرر با مقادیر اندک، کمتر می‌گردد.

مزایای شیر مادر:

در ۶ ماه اول زندگی شیر مادر به تنهایی تقریباً تمامی نیازهای کودک را برطرف می‌سازد. شیر مادر همیشه با حرارت مناسب به آسانی قابل دسترسی بوده و به آماده‌سازی نیاز ندارد. همچنین تازه و عاری از باکتریهای آلوده کننده می‌باشد و اختلالات گوارشی را کاهش می‌دهد. اگرچه در میزان مرگ و میر شیرخواران تغذیه شده با فورمولا و تغذیه شده با شیر مادر، در صورت مراقبتهای خوب، اختلافی وجود نداشته و یا اختلاف اندک است ولی در میان گروههایی که در شرایط اجتماعی و بهداشتی پایینتری بسر می‌برند، شیرخواران تغذیه شده با شیر مادر احتمال بقای بیشتری خواهند داشت. اثرات حیاتبخش شیر مادر بر علیه پاتوژنهای روده‌ای، بخصوص اسهال شدید در کشورهای در حال توسعه ثابت شده است. شیر مادر دارای غلظتهای نسبتاً بالائی از آنتی بادیهای *IgA* ترشحی است، رشد ویروسهای اوریون، آنفلونزا، واکسینا، ویروس انسفالیت *B* ژاپنی با موادی که در شیر انسان وجود دارد، قابل مهار شدن است. شیر مادر منبعی برای لاکتوفرین نیز می‌باشد که دارای یک اثر مهاری بر روی رشد *E.coli* است. فلور روده‌ای شیرخواران تغذیه شده با شیر انسان ممکن است آنها را در برابر عفونتهای ایجاد شده توسط بعضی از گونه‌های *E.coli* محافظت نماید. لیپاز تحریک شده با املاح صفراوی نیز سبب کشته شدن ژیا ردیالامبلیا و آنتامبا هیستولیتیکا می‌گردد. انتقال پاسخگویی به تو برکولینی توسط شیر مادر همچنین نشاندهنده انتقال غیر فعال ایمنی سلولی (*T.cell*) می‌باشد.

شیر مادرانی که رژیم غذایی آنها کافی و دارای تعادلی مناسب می باشد، احتمالاً به غیر از فلوراید (و بعد از چندین ماه، ویتامین D) سایر مواد غذایی ضروری را تأمین خواهد کرد.

مزایای روانی تغذیه با شیر مادر، برای هر دو نفر مادر و شیرخوار بخوبی شناخته شده است و تغذیه مناسب با شیر مادر برای هر دو رضایت بخش خواهد بود. گزارشهای موجود نشان داده است، کودکانی که کمتر از ۶ ماه با شیر مادر تغذیه شده اند و یا اصلاً شیر مادر نخورده اند، ۵ تا ۱۰ بار بیش از کودکانی که ۶ ماه و یا بیشتر شیر مادر خورده اند، در ۶ ماه دوم زندگی خود در معرض خطر مرگ قرار دارند در صورتی که شیرخوار بعد از هر نوبت شیر خوردن راضی باشد، ۲-۴ ساعت خوابیده و افزایش وزن کافی داشته باشد، نشان دهنده کافی بودن شیر مادر می باشد.

(تغذیه تکمیلی یا BEIKOST)

کلمه BEIKOST اصطلاح کلی برای تمام غذاهائی است (غیر از شیر مادر و فرمولا) که در تغذیه شیرخوار بکار می رود.

مهمترین عوامل مربوط به تجویز غذاهای تکمیلی در شیرخواران:

۱- عوامل تغذیه ای

۲- آموزشی

۳- اجتماعی اقتصادی است.