

روش‌های تغذیه کودک در روستاهای شهرستان سیرجان

قسمت دوم - روش‌های تغذیه کودکان خردسال در دوران سلامت و در مواقع ابتلا به اسهال

ناهید خلدی* ، دکتر ابوالقاسم جزایری** ، دکتر فریدون سیاسی***

دکتر علی کشاورز دهنو***

واژه‌های کلیدی: کودکان خردسال، اسهال، عقاید خوراکی، سیرجان

چکیده

روش‌های تغذیه (خورانش) کودکان خردسال در زمان ابتلا به اسهال و در دوران سلامت در ۳۱ خانوار ساکن روستاهای شهرستان سیرجان بررسی گردید. اگرچه بیشتر مادرها اعتقادی به پرهیز یا تجویز ماده غذایی ویژه‌ای برای کودکان خردسال سالم نداشتند اما برخی از مادران از پرهیزها و تجویزهای سنتی برای کودکان دختر و پسر پیروی می‌کردند. همچنین عقیده به پرهیز و تجویزهای خوراکی نامناسبی توسط تعداد زیادی از مادران در دوران ابتلای کودک که به اسهال اظهار شد. در این مطالعه، تأثیر عواملی چون سطح تحصیلات مادر، منبع دانش تغذیه‌ای مادر، درآمد خانوار و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی اولیه بر این روش‌ها مورد بررسی قرار گرفت و وابستگی آماری معنی‌دار بین تمام متغیرها و روش‌های تغذیه‌به‌استثنای درآمد خانوار و سطح تحصیلات مادر با تغذیه کودک در اسهال پیدا شد.

سراغاز

یکی از اهداف توسعه جهانی در دهه ۱۹۹۰ ایجاد کاهشی معادل ۵۰٪ در سوار

* دانشکده پرستاری و مامائی زینب ، دانشگاه علوم پزشکی ایران
** بخش اکولوژی انسانی ، دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی تهران ، صندوق

مرگ و میر ناشی از اسهال در کودکان زیر ۵ سال و کاهش معادل ۲۰٪ در نرخ دفعات ابتلا به اسهال است (۸). همه ساله در جوامع در حال رشد ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال به دلایل محیطی مثل سوء تغذیه و اسهال و سرخک از بین رفته و ۳ میلیون کودک دیگر بطور جدی به همین دلایل ناتوان می‌شوند (۱۰). از آنجا که اسهال یک علت عمده سوء تغذیه کودک است شناخته شده و سالانه مسئول مرگ تقریباً ۳/۵ میلیون کودک است (۱۱) و دلیل دیگر سوء تغذیه کودکان جهل والدین در مورد نیازهای تغذیه‌ای کودک است (۱۰)، روش‌های تغذیه کودکان خردسال در وضعیت سلامتی و اسهال در روستاهای شهرستان سیرجان مطالعه گردید. در این مطالعه عقاید مادران در مورد خورانش کودک و تأثیر عواملی چون سطح تحصیلات مادر، منبع دانش تغذیه‌ای مادر، درآمد خانوار و دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی اولیه بر روش‌های فوق بررسی شد.

نمونه‌گیری و روش بررسی

روش‌های بررسی و نمونه‌گیری بطور کلی مانند قسمت اول از همین بررسی (روش‌های تغذیه شیرخواران و عوامل مؤثر بر آن) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کوکران^۱ برای تعیین وابستگی بین متغیرهای مستقل مطالعه (سطح تحصیلات مادر، منبع دانش تغذیه‌ای مادر، درآمد خانوار و خدمات بهداشتی - درمانی اولیه) و متغیرهای وابسته (روش‌های خورانش کودکان خردسال در دوران سلامت و ابتلا به اسهال) انجام شد.

یافته‌ها

قسمتی از یافته‌ها در مقاله اول آمده است. منبع دانش تغذیه‌ای مادران بطور عمده (۹۲/۵٪) مادر، مادر بزرگ و همسایه و دوستان و سپس خود فرد (۳/۵٪) و رسانه‌های گروهی (رادیو، تلویزیون، روزنامه، مجله و کتاب ۰/۷٪) بود. بیشتر خانوارها دارای درآمد سالانه‌ای حدود ۳۰ تا ۴۰ هزار تومان بودند (۳۳٪) در حالی که بطور کلی میزان درآمد سالانه از ۲۰۰ تومان تا ۳ هزار تومان متفاوت بود. در رابطه با متغیرهای وابسته مطالعه، ملاحظه شد که تعدادی از مادران در تغذیه کودکان خردسال در دوران سلامت به رعایت پرهیز خوراکی معتقد بودند (۶/۵ و ۹ درصد به ترتیب برای دختر و پسر) و نیز میزان اعتقاد به تجویز مواد غذایی خاص برای این دوران به ترتیب برای دختر و پسر عبارت بود از ۱/۷٪ و ۱/۵٪ از مواد مورد پرهیز برای دختران خردسال می‌توان از پنیر (۳۰٪) مغزگوسفند (۲۵٪)، گردو (۲۰٪)،

مواد غذایی «سرد یا خنکی»^۱ (۱۷/۵٪) نام برد و مواد غذایی موردپرهیز در تغذیه پسران خردسال عبارت بودند از: مواد غذایی «گرم»^۱ (۲۹/۵٪)، پنیر (۲۳٪)، گردو (۱۰٪)، تخم مرغ (۱۰٪). در مقابل، مصرف تعدادی از مواد غذایی نیز برای کودکان خردسال بطور خاصی توصیه می‌شد، از آن جمله «گرمی» (۳۷/۵٪)، تخم مرغ (۲۰٪)، نبات (۲۰٪)^۲ برای دختران خردسال و مواد غذایی «سرد یا خنکی» (۸۳/۵٪) برای پسران خردسال نام برده شد. بعلاوه ۱۲/۵٪ مادران ذکر کردند که «دخترها پس مانده غذای پسرها را می‌خورند» و ۱۶/۵٪ نیز ذکر کردند که «به پسرها غذای بهتری می‌دهند».

غذاها و مواد غذایی که مصرف آنها در دوران ابتلا به اسهال ممنوع بود شامل آبگوشت (۲۰/۸٪)، چربی‌ها و غذاهای چرب (۱۹/۶٪)، شیر (۱۲/۵٪)، شامل شیر انسان و شیر دام)، گوشت (۷/۴٪)، میوه (۵/۵٪)، ترشی (منظور کشک و ماست بود، ۵/۵٪)، غذاهای مایع (۴/۸٪) و آب (۱٪) می‌شد. بعلاوه، ۳٪ مادران هم اظهار کردند که «کودک اصلاً غذا نمی‌خورد». اما همچنانکه مصرف تعدادی از مواد غذایی ممنوع می‌گردد بر مصرف برخی مواد دیگر تأکید می‌شود، از قبیل: کته و ماست (۳۷/۴٪)، برنج و کشک (۱۳/۲٪)، لعاب برنج (۱۳٪)، برنج (۶٪)، حریره نشاسته (۴/۸٪)، ماست (۴/۳٪)، کشک (۴٪) شیر (۲/۷٪)، شامل شیر انسان و شیر دام) چای (۱/۷٪) محلول مایع درمانی خوراکی (۱/۱٪). لازم به ذکر است که در منطقه مورد مطالعه مصرف داروهای محلی رواج داشت و از جمله گیاهان دارویی مصرفی برای درمان اسهال از پونه، نعناع، بادیه، بابونه، ختمی، آویشن، کلپوره و می‌تخم نام برده شد (۴٪). بطور کلی ۶/۵٪ و ۹/۲٪ مادران معتقد به پرهیز خوراکی برای کودکان خردسال (به ترتیب دختر و پسر) در زمان سلامت بودند و ۹۵/۱٪ و ۹۷/۲٪ نیز اعتقاد به پرهیز و تجویز خوراکی در دوران ابتلا به اسهال داشتند.

در بیان زنانی که خدمات بهداشتی-درمانی اولیه به ایشان ارائه می‌شد ۳٪ آبگوشت، ۲۹٪ چربی و غذاهای چرب، ۱۷/۳٪ تخم مرغ پخته، ۱۰/۶٪ شیر دام، ۹/۸٪ گوشت، ۷/۸٪ میوه یا آبمیوه، ۴/۵٪ غذاهای مایع و ۳٪ شیر مادر به کودک مبتلا به اسهال نمی‌دادند. در مقابل، مواد غذایی که در این دوران توسط این زنان تجویز می‌شد شامل مواد زیر است: ۶۵/۵٪ برنج (کته)، ۵۸/۴٪ ماست، ۲۷/۸٪ لعاب برنج، ۱۸/۷٪ کشک، ۹/۵٪ حریره نشاسته، ۴/۸٪ داروهای محلی، ۳/۵٪ شیر (شامل شیر انسان و شیر دام)، ۳٪ محلول قند و نمک، ۲/۴٪ چای، ۲٪ آب (جوشیده)، ۲٪ نوشابه، ۲٪ آبمیوه، ۱/۵٪ آش برنج و

۱- مواد غذایی که بطور سنتی به آنها «گرم یا سرد» گفته می‌شود.

۲- در قسمت دیگری از مطالعه روشن شد که تخم مرغ و نبات از مواد غذایی «گرم» بودند.

۱٪ آب هویج .

بین تمام متغیرهای مستقل مطالعه با روش‌های خورانش کودکان خردسال (به تفکیک دختر و پسر) در دوران سلامت وابستگی معنی‌دار وجود دارد (شترنگه‌های ۱ تا ۴) و نیز بین متغیرهای منبع دانش تغذیه‌ای مادر و وجود خدمات بهداشتی-درمانی اولیه در روستا با پرهیز و تجویز خوراکی در دوران ابتلای کودک به اسهال وابستگی معنی‌دار وجود داشت (شترنگه ۵).

گفتگو

در ایران، تلفات اسهال در کودکان زیره سال در شهرها حدود ۰.۰۵ نفر و در روستاها ۰.۱۱۲ نفر است (۱). با تغذیه مناسب می‌توان از اتلاف آب بدن و سرگ کود که جلوگیری کرد. اثر روش‌های نامناسب خورانش کودکان را بر وضعیت تغذیه‌ای کودکان نمی‌توان نادیده گرفت (۶ و ۷). بسیاری از موارد سوء تغذیه امروزه در خانه‌هایی وجود دارد که غذای کافی در دسترس دارند (۹). مانند سایر مطالعات در ایران (به عنوان نمونه ۳ و ۵)، در این مطالعه نیز مشاهده شده که اعتقاد به پرهیزهای خوراکی در دوران سلامت خردسالان به دلایلی که درستی آنها از نظر علمی ثابت نشده، وجود دارد. از جمله این دلایل «سرد» بودن وجود دختر، «گرم» بودن وجود پسر، ترسو شدن و لک‌آوردن صورت، سنگین شدن زبان (دیر به حرف آمدن) و گنگ شدن کودک می‌باشد. با توجه به مواد مورد پرهیز مشاهده می‌گردد که بعضی از این مواد مانند پنیر و تخم‌مرغ از منابع بسیار خوب پروتئین بوده و نیز مواد غذایی «سرد» که اغلب شامل میوه‌ها و سبزیها و کشک و ماست است، بطور محلی قابل تهیه و در دسترس می‌باشد. بدین ترتیب می‌توان حدس زد که پرهیز از این مواد خوراکی آثار سوئی بر وضع تغذیه و میزان رشد کودک به همراه خواهد داشت. اما همانطور که در شترنگه ۱ ملاحظه می‌گردد سطح تحصیلات مادر بویژه تحصیلات متوسطه و بالاتر اثر مثبتی در عدم رعایت اینگونه روشها در خورانش کودک دارد و به خوبی مشخص شده که تحصیل مادر با سلامتی کودک رابطه نزدیکی دارد و نیز یکی از قوی‌ترین اهرم‌های افزایش رفاه خانواده می‌باشد (۲). اگرچه در این مطالعه بین سطح تحصیلات مادر و روش‌های خورانش کودک مبتلا به اسهال وابستگی معنی‌دار پیدا نشد ولی در مطالعات دیگر رابطه مثبت سواد مادر در برخورد با بیماری اسهالی و درمان آنها یافت شده است (۲ و ۴).

وجود وابستگی معنی‌دار بین منبع دانش تغذیه‌ای مادر و روش‌های خورانش کودک اهمیت منبع آگاهی را نشان می‌دهد. چنانکه مواد غذایی تجویز شده در دوران اسهال توسط مادرانی که منبع دانش تغذیه‌ای ایشان رسانه‌های گروهی بود شامل برنج (کته) و ماست یا

کشک، نوشابه، محلول قند و نمک (محلول مایع درمانی خوراکی) و لعاب برنج می‌گردید و نیز موارد پرہیز برای دختران و پسران خردسال در دوران سلامت اصلاً وجود نداشت. این امر توانایی و نفوذ رسانه‌های گروهی (اغلب رادیو و تلویزیون، ۷۰٪) را در رساندن آگاهی‌های علمی به مردم نشان می‌دهد.

با وجود اینکه در مطالعه دیگری در مورد رابطه درمان اسهال و متوسط درآمد خانواده رابطه مثبت پیدا شد (۲)، اما در این مطالعه چنین رابطه‌ای وجود نداشت. در صورتی که بین این متغیر مستقل با روشن‌های خورانش کودک خردسال در دوران سلامت وابستگی معنی‌دار دیده شد و با توجه به شترنگه ۳ ملاحظه می‌گردد که با افزایش درآمد تا حد متوسط اعتقاد به پرہیز خوراکی برای دخترها و پسرهای خردسال کاهش می‌یابد، اما با افزایش درآمد بیشتر از حد متوسط میزان اعتقاد به پرہیزهای خوراکی نیز افزایش پیدا می‌کند. چنین حالتی در مورد تجویز خوراکی برای کودکان خردسال در دوران سلامت نیز وجود داشت.

همانگونه که در بخش یافته‌ها ذکر گردید تعدادی از زنان که به خدمات بهداشتی-درمانی اولیه دسترسی داشتند هنوز عقیده به پرہیزهای خوراکی نامناسبی در مورد کودکان خردسال مبتلا به اسهال دارند و بر این باورند که دریافت این مواد برای کودک بویژه در دوران ابتلا به اسهال لازم نیست و این مواد شامل شیر، آب و غذاهای مایع است. اگرچه درصد این زنان نسبتاً کم است، اما تصحیح اینگونه اعتقادات و برقراری روشهای مناسب خورانش کودک کوشش بیشتری را از جانب کارکنان خدمات بهداشتی-درمانی می‌طلبد. بویژه آنکه هنوز در میان زنانی که اینگونه خدمات به ایشان ارائه می‌شود اعتقاداتی مبنی بر پرہیز خوراکی برای کودکان خردسال دیده می‌شود و متأسفانه نسبت زنانی که به این پرہیزها معتقد هستند در روستاهای دارای خدمات بهداشتی بیشتر از زنانی است که به این خدمات دسترسی ندارند. این امر می‌تواند گویای این نکته باشد که خدمات بهداشتی-درمانی اولیه توفیقی در امر تصحیح چنین عادات غذایی نداشته است. اما در زمینه توصیه‌های خوراکی در زمان ابتلای کودک به اسهال، دانش و نحوه برخورد زنانی که به ایشان خدمات بهداشتی ارائه می‌شد نسبتاً خوب بود.

بطور کلی، روشن‌های خورانش کودک در دوران سلامت و ابتلا به اسهال در منطقه مورد مطالعه، حاوی نقاط ضعف و نکات منفی چندی می‌باشد که نیاز به تصحیح دارد. به عنوان مثال موارد بکارگیری مایعات و محلول مایع درمانی خوراکی برای درمان کم‌آبی ناشی از اسهال بسیار کم بود و نیز پرہیزهای خوراکی نامناسبی چه در دوران سلامت و چه بیماری وجود داشت که نشان دهنده کافی نبودن آگاهی خانواده‌ها در زمینه نحوه تغذیه کودک مبتلا به اسهال و نیازهای تغذیه‌ای کودک خردسال در حال رشد می‌باشد. بنابراین

توصیه می‌شود این نکات در برنامه‌ریزی‌های آموزشی مورد توجه قرارگیرد و بعلاوه کارکنان خدمات بهداشتی-درمانی اولیه در زمینه آگاه کردن مادران از چگونگی نیازهای تغذیه‌ای و روش‌های خورانش کودک در دوران سلامت و بیماری با استفاده از مواد غذایی در دسترس کوشش بیشتری نمایند، اگرچه برطبق گزارش سازمان بهداشت جهانی یک بررسی در مورد استفاده از مایع درمانی خوراکی در ۶ کشور جهان نشان داد که فقط ۹٪ کارکنان خدمات بهداشت عمومی برای استفاده از مایع درمانی خوراکی در سال ۱۹۸۸ تربیت شده بودند (۹). بدین ترتیب آموزش مناسب و کافی کادر درمانی - بهداشتی نیز الزامی به نظر میرسد. برای برقراری روش‌های مطلوب تغذیه‌ای می‌توان رسانه‌های گروهی بخصوص رادیو را جهت آنکه تعداد بیشتری از افراد را می‌تواند پوشش دهد، به کار گرفت. در این رابطه اقداماتی در جهت سواد آموزی و یا افزایش سطح تحصیل مادران می‌تواند بطور غیرمستقیم نقش مثبتی در اصلاح روش‌های نادرست تغذیه‌ای داشته باشد، زیرا دیده شده است که سواد مادر نقش بسیار مؤثری در جذب آموزش‌های بهداشتی و بکارگیری بهتر آموخته‌ها دارد (۴).

سپاسگزاری

بدینوسیله از آقای عباس رحیمی کارشناس ارشد آمارزیستی به جهت همکاری صمیمانه‌شان در انتخاب آزمون آماری که تجزیه و تحلیل مناسب داده‌های این مقاله را امکان پذیر ساخت سپاسگزاری می‌گردد.

شترزنگه ۱- سطح تحصیلات مادر و عقاید خوراکی در زمان سلامت

جنس کودک	عقاید خوراکی	سطح تحصیلات مادر				تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
		تعداد	درصد	تعداد	درصد				
دختر *	پرهمیز دارد	۲۳	۶/۵	۱۱	۷/۴۱	۱	۳/۳	۳۵	۶/۶
	ندارد	۳۷۷	۹۴/۴	۶۳	۱۵/۵	۱۳	۶/۷۷	۴۹	۹۳/۴
	جمع **	۴۱۰	۷۷	۳۷	۳۱	۱۴	۷	۵۲۵	۰۰۱
	تجویز دارد	۶	۵/۱	۲	۷/۲	۱	۳/۱	۶	۷/۱
	ندارد	۴۰۳	۵/۷	۱۷	۳/۷	۱۳	۶/۷	۵۱۵	۳/۷
	جمع **	۴۰۹	۷۷	۳۷	۶/۳۱	۱۴	۷	۳۲۵	۰۰۱
پسر ***	پرهمیز دارد	۳۹	۹/۵	۶	۳/۲۱	۱	۲/۴	۴۳	۳/۶
	ندارد	۳۷۲	۵/۶	۳۶	۷/۷	۱۳	۶/۷	۷۷۳	۷/۶
	جمع **	۴۱۴	۷۷	۴۲	۳۱	۱۴	۷	۶۲۵	۰۰۱
	تجویز دارد	۵	۱/۱	۱	۳/۱	۱	۸/۳	۷	۵/۱
	ندارد	۳۶۷	۵/۶	۳۵	۷/۷	۱۳	۶/۷	۷۷۳	۷/۶
	جمع **	۳۷۲	۹/۵	۴۱	۳/۲۱	۱۴	۲/۴	۴۳	۳/۶
	جمع **	۴۰۴	۷۷	۴۲	۶/۳۱	۱۴	۱/۷	۷۱۵	۰۰۱
	جمع **	۳۶۵	۷/۶	۴۰	۶/۷	۱۳	۵/۲	۱۰۰	۹۷/۵

* P < ۰/۰۰۱ ** P < ۰/۰۰۱ *** P < ۰/۰۰۱

شترنگه ۳- منبع دانش تغذیه‌ای مادر و عقاید خوراکی در زنان سلامت

		منابع دانش تغذیه‌ای مادر								
		مجموعه‌ای ازمنابع قبل	خود شخص	رسانه‌های گروهی	مادر و مادر بزرگ و زنان دیگر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
جمع *										
۶/۷	۳۵	۳۳/۳	۵	۰/۰	۰	۰/۰	۶/۲	۳۰	پرهنیز دارد	دختر**
۹۳/۳	۴۸۷	۶۶/۷	۱۰	۱۰۰/۰	۱۶	۱۰۰/۰	۹۳/۸	۴۵۷	ندارد	
۱۰۰/۰	۵۲۲	۲/۹	۱۵	۳/۰	۱۶	۰/۸	۹۳/۳	۴۸۷	جمع *	
۱/۷	۹	۰/۰	۰	۵/۹	۱	۰/۰	۱/۶	۸	تغویز دارد	
۹۸/۳	۵۱۱	۱۰۰/۰	۱۵	۹۴/۱	۱۶	۱۰۰/۰	۹۸/۳	۴۷۶	ندارد	
۱۰۰/۰	۵۲۰	۲/۹	۱۵	۳/۳	۱۷	۰/۸	۹۳	۴۸۴	جمع *	
۹/۴	۴۹	۳۳/۳	۵	۶/۲	۱	۰/۰	۸/۸	۴۳	پرهنیز دارد	پسر***
۹۰/۶	۴۷۳	۶۶/۷	۱۰	۹۳/۷	۱۵	۱۰۰/۰	۹۱/۲	۴۴۴	ندارد	
۱۰۰/۰	۵۲۲	۲/۹	۱۵	۳/۰	۱۶	۰/۸	۹۳/۳	۴۸۷	جمع *	
۱/۵	۸	۶/۷	۱	۵/۹	۱	۰/۰	۱/۲	۶	تغویز دارد	
۹۸/۵	۵۰۶	۹۳/۳	۱۴	۹۴/۱	۱۶	۱۰۰/۰	۹۸/۸	۴۷۲	ندارد	
۱۰۰/۰	۵۱۴	۲/۹	۱۵	۳/۳	۱۷	۰/۸	۹۳/۰	۴۷۸	جمع *	

* پاسخ‌های داده نشده و شترنگه منظور نشده است. P < ۰/۰۰۱ *** P < ۰/۰۰۱ **

شترنگه ۳- میزان درآمد و عقاید خوراکی در دوران سلامت کودک

جنس کودک	اعتقاد خوراکی	سطح درآمد (۱۰۰۰) تومان				جمع تعداد درصد		
		تعداد > ۱۰۵	تعداد ۳۰-۵۴	تعداد ۵۵-۱۰۰	تعداد > ۱۰۵			
دختر**	پرهیز دارد	۴	۶	۷	۴	۲۳	۷/۶	
		۴۲	۳/۱۶	۳۶۱	۵۱۱	۱۳۳	۳/۱۶	
	ندارد	۴۶	۷/۶	۱۸۱	۶۲۱	۴۷۳	۰۰۱	
		۱	۱/۲	۳	۲	۷	۵/۱	
	تجویز دارد	۳۳	۷/۷۶	۶۶۱	۵۲۱	۳۶۳	۵/۷۶	
		۵۳	۶/۶	۲۸۱	۷۲۱	۴۷۳	۰۰۱	
	جمع*	۴۲	۳/۱۶	۳۶۱	۵۱۱	۱۳۳	۳/۱۶	
		۴۶	۷/۶	۱۸۱	۶۲۱	۴۷۳	۰۰۱	
	پسر**	پرهیز دارد	۷	۳/۷۱	۵۱	۶۱	۶۳	۷/۶
			۳۸	۶/۲۷	۷۵۱	۳۱۱	۷۲۳	۳/۰۶
ندارد		۴۳	۷/۶	۳۸۱	۶۲۱	۳۷۳	۰۰۱	
		۱	۱/۲	۱	۱	۶	۳/۱	
تجویز دارد		۳۳	۷/۷۶	۶۶۱	۵۲۱	۷۵۳	۷/۷۶	
		۴۵	۷/۶	۳۲۱	۷۶۱	۴۶۳	۰۰۱	
جمع*		۴۳	۷/۷۶	۶۶۱	۵۲۱	۷۵۳	۷/۷۶	
		۴۵	۷/۶	۳۲۱	۷۶۱	۴۶۳	۰۰۱	

* پاسخ های داده نشده و «نمی‌داند» در محاسبات و شترنگه منظور نشده است. P < ۰/۰۰۱ *** P < ۰/۰۰۱ **

شترنگه ۴- خدمات بهداشتی-درمانی در روستا و عقاید خوراکی در دوران سلامت کودک

جمع *	خدمات بهداشتی درمانی در روستا				اعتقاد خوراکی	جنس کودک
	ندارد		دارد			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
						دختر***
۶/۶	۳۵	۴/۸	۱۵	۹/۳	۲۰	پرهیز دارد
۹۳/۳	۴۹۱	۹۵/۲	۲۹۷	۹۰/۶	۱۹۴	ندارد
۱۰۰	۵۲۶	۵۹/۳	۳۱۲	۴۰/۷	۲۱۴	جمع *
۱/۷	۹	۱/۳	۴	۲/۴	۵	تجویز دارد
۹۸/۳	۵۱۵	۹۸/۷	۳۰۹	۹۷/۶	۲۰۶	ندارد
۱۰۰	۵۲۴	۵۹/۷	۳۱۳	۴۰/۳	۲۱۱	جمع *
						پسر***
۹/۳	۴۹	۶/۷	۲۱	۱۳/۱	۲۸	پرهیز دارد
۹۰/۷	۴۷۷	۹۳/۳	۲۹۲	۸۶/۸	۱۸۵	ندارد
۱۰۰	۵۲۶	۵۹/۵	۳۱۳	۴۰/۵	۲۱۳	جمع *
۱/۵	۸	۱	۳	۲/۴	۵	تجویز دارد
۹۸/۵	۵۱۰	۹۹	۳۰۹	۹۷/۵	۲۰۱	ندارد
۱۰۰	۵۱۸	۶۰/۲	۳۱۲	۳۹/۸	۲۰۶	جمع *

* پاسخ های داده نشده و «نمیداند» در محاسبات و شترنگه منظور نشده است.

*** P < ۰/۰۰۱

**** P < ۰/۰۰۱

شترنگه ۵- منبع دانش تغذیه ای مادر و وجود خدمات بهداشتی-درمانی اولیه در روستا در رابطه با عقاید خوراکی در زمان ابتلای کودک به اسهال

عقاید خوراکی			متغیرهای مستقل			
تجویز	دارد	ندارد	پرهیز	دارد	ندارد	
جمع*	دارد	ندارد	جمع*	دارد	ندارد	
۸۴۶	۴۴	۴۸۲	۴۸۸	۱۶	۴۷۲	منبع دانش تغذیه ای مادر**
۹۲/۷	۰/۸	۹۹/۲	۹۲/۷	۳/۳	۹۶/۷	مادر و مادر بزرگ و تعداد
۴	۰	۴	۴	۰	۴	سایر زنان*** درصد
۰/۸	۰	۱۰۰	۰/۸	۰	۱۰۰	رسانه های گروهی تعداد
۱۹	۲	۱۷	۱۹	۱	۱۸	درصد
۳/۶	۱۰/۵	۸۹/۵	۳/۶	۵/۳	۹۴/۷	خود فرد تعداد
۱۵	۰	۱۵	۱۵	۰	۱۵	درصد
۲/۹	۰	۱۰۰	۲/۸	۰	۱۰۰	مجموعه ای از منابع تعداد
۵۲۴	۶	۵۱۸	۵۲۶	۱۷	۵۰۹	فوق درصد
۱۰۰	۱/۲	۹۸/۸	۱۰۰	۳/۲	۹۶/۸	جمع* تعداد
						درصد
						خدمات بهداشتی-درمانی
						در روستا***
۲۰۸	۴	۲۰۶	۲۱۴	۶	۲۰۸	دارد تعداد
۴۰/۵	۱/۹	۹۸/۱	۴۰/۸	۲/۸	۹۷/۲	درصد
۳۰۹	۱	۳۰۸	۳۱۰	۱۲	۲۹۸	ندارد تعداد
۵۹/۵	۰/۳	۹۹/۷	۵۹/۲	۳/۹	۹۶/۱	درصد
۵۱۹	۰	۵۱۴	۵۲۴	۱۸	۵۰۶	جمع* تعداد
۱۰۰	۱	۹۹	۱۰۰	۳/۴	۹۶/۶	درصد

* پاسخ های داده نشده و «نمیداند» در محاسبات و شترنگه منظور نشده است.

** $P < .01$

*** سایر زنان شامل همسایه و دوست می باشد.

**** $P < .05$

کتابنامه

- ۱- بهرامی م. (۱۳۶۹) علل عمده بیماریها و سرگرمی کودکان در ایران و وضعیت بهداشتی کودکان در ایران و جهان، در: طب اجتماعی اطفال ۱ (مجموعه مقالات اولین سمینار طب اجتماعی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)، انتشارات آرمان، یزد، ۷-۶
- ۲- سوری ح. (۱۳۶۹) مطالعه میزان آگاهی های مادران در مورد بیماری های اسهالی، در: طب اجتماعی اطفال ۱، (مجموعه مقالات اولین سمینار طب اجتماعی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)، انتشارات آرمان، یزد، ۱۱۹-۱۲۲.
- ۳- شایباز م. (۱۳۵۵) عادات و آداب غذایی مردم دزفول، پایان نامه تحصیلی لیسانس تغذیه، دانشگاه الزهرا.
- ۴- صبح خیز م. ع. (۱۳۶۹) رشد وزنی کودکان و سوء تغذیه و اسهال در استان سیستان و بلوچستان، در: طب اجتماعی اطفال ۱، (مجموعه مقالات اولین سمینار طب اجتماعی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)، انتشارات آرمان، یزد، ۱۴۷-۱۵۵
- ۵- قدیریان پ. (۱۳۴۸)، بررسی عادات و آداب غذایی مردم شمال ایران، پایان نامه تحصیلی فوق لیسانس تغذیه و شیمی مواد غذایی، دانشکده علوم تغذیه و انستیتو خواربار و تغذیه ایران.

- 6- Bender A.E. and Bender D.A. (1982) Nutrition for medical students, John Wiley & Sons Ltd., London, 238-239
- 7- Ritchie J.A.S. (1967) Learning better nutrition, F.A.O. M Nutrition Studies NO. 20, Rome, 37.
- 8- U.N. (1990) World declaration on the survival, Protection and development of children and plan of action for implementation. The world declaration on the survival, protection and development of children in the 1990, world SUMMIT FOR CHILDREN, New York.
- 9- UNICEF (1990) The state of world's children 1990.
- 10- UNICEF and UNEP (1990) The state of the environment 1990, children and the environment.
- 11- UNICEF, WHO and UNESCO, Facts for life, New York.