التقييم الغذائـي لوجبات طعام أطفال دور الحضانـة في مدينة بغداد وعلاقته بالحالـة التغذويــة

*سالم صالح التميمي** *فاتن فخر الدين الطالب** *نادية حسين منخي***

تاريخ قبول النشر 2005/11/15

الخلاصــة :

أجريت هذه الدراسة بهدف تقييم الحالة التغذوية لأطفال دور الحضانة في مدينة بغداد من اجل تقييم الوضع التغذوي لهؤلاء الأطفال للكشف المبكر عن حالات سوء التغذية .

وقد أظهرت نتائج البحث وجود انخفاض في معدل كمية ونوعية الغذاءالمستهلك يومياً من الطاقة والبروتين والدهون والكاربوهيدرات عن المقررات الغذائية الموصى بها عالمياً(RDA) والتي بلغت (1180.5 سعرة ،27.2 غم ، 38 غم ، 180 غم) على التوالي ، كما بلغت نسبة ما يغطيه الغذاء المتناول من هذه المكونات ,90.3%) (90.8 % ,83.7% ,87.3% على التوالي .كما أظهرت النتائج أن أعلى نسبة للاصابة بالتقزم ونقص الوزن والهزال كانت بين الأطفال الذين حصلوا على سعرات غير كافية والتي بلغت (32% ,22.7% ,15%) على التوالي في حين بلغت هذه النسبة بين الأطفال الذين حصلوا على سعرات كافية (7.5% ,4.5% ,3%) على التوالي.

كما أظهرت النتائج أن النمط الغذائي العام لغذاء أطفال عينة البحث محدد وغير متوازن لعدم الحصول على عدد الوجبات الموصى بتناولها يومياً لبعض المجاميع الغذائية الرئيسية وحسب توصيات هرم الدليل الغذائي للأطفال الصغار مثل مجموعة اللحوم والدواجن والأسماك والبيض والبقول والجوزيات ومجموعة الخضراوات والفواكه ، واقتصار الغذاء المتناول على مجموعة الحليب واللبن والجبن ومجموعة الخبز والرز والحبوب ومنتجاتها والمعجنات .

المقدمــة :

يقصد بالتقييم الغذائي Dietary Assessment تدوين ما يتناوله الفرد من الأغذية ومقارنتها مع الكميات الموصى بتناولها من أجل تقييم مستولى التغذية . وتعد الدراسة التي أجريت من قبل Hasses عام 1882 أول دراسة أجريت لتقييم أغذية الأطفال والمراهقين بعمر 2-11 سنة (Rockett and Colditz,1997) . ويعتمد التقييم الغذائي عادة على نوعين من التقديرات هي التقدير الغذائي الكمي والتقدير الغذائي النوعي .

ويتضمن النوع الأول تدوين ما بتناوله الفرد من الأغذية ثم حساب كميتها بالرجوع الى جداول تحليل الأغذية (Walker and Watkins,1997) . وهناك أربع طرق شائعة لأجراء هذا النوع من التقديرات تشمل طريقة مراجعة الغذاء Diet Recall حيث يتم استرجاع الغذاء لمدة 24 ساعة أو ثلاثة ايام وتستخدم هذه الطريقة بكثرة في الدراسات الوبائية أو المقارنة بين المجموعات السكانية (Hegart,1995)، وطريقة تسجيل الغذاء Dietary Record or Diaries حيث يتم تسجيل غذاء الفرد المتناول لمدة يوم أو ثلاثة ايام أو اسبوع وتسجيل كميته ووحدات القياس المستخدمة ووزن الغذاء أو حجم الوجبات (Owen et.al.1999) ، وطريقة التاريخ الغذائي Diet History التي تعتمد على استخدام استمارات استبيان خاصة تتضمن معلومات عن الفرد وتاريخه الصحي والعادات الغذائية والنشاطات اليومية للفرد وغيرها وتستخدم هذه الطريقة في المسوحات الغذائية وعيادات الأطباء (William and Anderson,1995) ، وطريقة التكرار الغذائي Food Frequency Record وتعتمد هذه الطريقة على تقسيم الأغذية الى مجاميع رئيسية حسب محتوياتها ويتم سؤال الفرد عن عدد مرات تناول كل غذاء في اليوم أو الأسبوع أو الشهر كما يتم تدوين حجم الوجبة ووزنها ووصفها حتى يتم تقدير كمية ونوعية الغذاء المستهلك ، وهذه الطريقة تعد من أفضل طرق التقييم الغذائي وخصوصاً اذا ما استعملت مع طريقة مراجعة الغذاء أو تسجيل الغذاء (المخللاتي ، 1997) .

أما التقدير الغذائي النوعي فيعتمد على تقدير نوعية غذاء الفرد من خلال معرفة الطريقة المتبعة في اختيار الغذاء ، ويتم الأعتماد على دليل أو مرشد مثل الأرشادات الغذائية الأمريكية أو بشكل أدوات تعليمية مثل المجاميع الغذائية ودليل الهرم الغذائي (Walker and Watkins,1997)

طرائـق العمـل :

1- اشتمل مجتمع البحث أطفال دور الحضانة التابعة لوزارة العمل والشؤون الأجتماعية والبالغ عددهم (1000) طفل ينتمون الى 84 دار

*قسم الاقتصاد المنزلي / كلية التربية للبنات – جامعة بغداد
** جزء من رسالة ماجستير للباحث الاخير

حضانة .وتم اختيار 10-15 %من عدد حضانات مجتمع البحث والبالغ عددها 6 حضانات اهلية و6 حضانات حكومية اختيرت بطريقة عشوائية من مناطق سكنية في مدينة بغداد بجانبيها الكرخ والرصافة ، كما تم اختيار 10 % من عدد أطفال مجتمع البحث بطريقة عشوائية والبالغ عددهم 120 طفل بواقع 60 طفل من دور الحضانات الأهلية و 60 طفل من دور الحضانات الحكومية وبواقع 10 أطفال من كل دار حضانة ، اختيروا قصدياً من مرحلتين عمرية وبواقع 60طفلاً من مرحلة الوسط بعمر 24- 35 شهراً و 60 طفلاً من مرحلة التحضيري بعمر 36-47 شهراً .

2– تم تحليل البيانات الغذائية يدوياً لتقدير كمية الغذاء المستهلك باستخدام طريقة مراجعة الغذاء لمدة 24 ساعة الماضية حيث طلب من والدة الطفل استرجاع غذاء الطفل المتناول في اليوم السابق من اجراء المقابلة ، وتم تحويل كمية الغذاء المقدرة بالمقاييس المنزلية الى وحدات الوزن ، كما تم حساب متوسط استهلاك مكونات الغذاء الرئيسة من طاقة وبروتين ودهون وكربوهيدرات (توفيق ، 1989) بالأعتماد على جداول تحليل الغذاء التي وضعتها وزارة الزراعة الأمريكية USDA (Townsend ana Roth,2000) .

3– تم مقارنة كمية الغذاء المستهلك مع المقررات الغذائية الموصى بها عالمياً (RDA)التي وضعتها هيئة الغذاء والتغذية في الأكاديمية الوطنية للعلوم / مجلس البحوث الوطنية عام 1997 Food and Nutrition Board,National Academy of Science,National Research Council (NRC) . وقد تم تحديد حاجة الطفل بعمر 1-3 سنوات لمكونات الغذاء الرئيسة الى (1300) سعرة ، (32.5) غم بروتين ، (42) غم دهون ، (195) غم كربوهيدرات على اعتبار أن 60%- 55من مجموع السعرات الكلية تجهزها الكربوهيدرات و10-15%البروتينات و30% الدهون .

4– جمعت معلومات عن النمط الغذائي العام لغذاء الطفل المتناول باستخدام طريقة سجل التكرار الغذائي، حيث طلب من والدة الطفل الأجابة عن عدد مرات تناول الطفل للمجاميع الغذائية الرئيسية وتم مقارنة عدد الوجبات المأخوذة يومياً من هذه المجاميع مع العدد الموصى بتناوله حسب توصيات هرم الدليل الغذائي للأطفال الصغار بعمر 2-6 سنوات كما هو موضح في الجدول (1) . (USDA, 1999)

جدول (1) : هرم الدليل الغذائي للأطفال الصغار بعمر 2-6 سنوات

ت	المجاميع الغذائية	عدد الوجبات/ اليوم	حجم الوجبة
1	الخبز والرز والحبوب ومنتجات الحبوب (برغل ، معكرونة ، سباكيتي) والمعجنات (كيك ، كعك ، بسكت ، فطائر)	6	(1) شريحة خبز ، (0.5) كوب رز أو حبوب مطبوخة أو منتجات الحبوب ، (1) قطعة معجنات
2	الخضراوات (الورقية وغير الورقية والخضراء والصفراء)	3	(0.5) كوب خضرة طازجة أو مطبوخة ، (1) كوب خضرة ورقية طازجة
3	الفواكه (الطازجة ، المجففة ، المعلبة)	2	(1) فاكهة طازجة ، (0.5) كوب فاكهة مطبوخة أو معلبة ، (0.25) كوب فاكهة مجففة ، (0.75) كوب عصير فاكهة
4	الحليب واللبن والجبن	2	(1) كوب حليب أو لبن ، (60) غم جبن
5	اللحوم الحمراء والدواجن والأسماك والبيض والبقول الجافة والجوزيات	2	(60) غم لحم أو دجاج أو سمك مطبوخ ، (1) بيضة ، (0.5) كوب بقول مجففة مطبوخة أو جوزيات
6	الدهون (الزبد ، مارجرين ، قيمر ، قشطة ، جبن كريمي ، مايونيز ، زيوت سلاطة) والحلويات (مربى ، دبس ، عسل ، جلي ، حلوى ، شكولاته ، مشروبات غازية أو ساخنة ، عصائر طازجة أو معلبة)	لم تحدد بعدد ثابت	(53) غم ، (6) ملاعق كوب

5– أدخلت بيانات الوزن والطول والعمر والجنس ودمجت معاً لتشكل مؤشرات انثروبومترية ثلاثة دالة على الحالة التغذوية وهي الطول بالنسبة الى العمر (H/A) والوزن بالنسبة الى العمر (W/A) والوزن بالنسبة الى الطول (W/H) . كما تم مقارنة توزيع هذه المؤشرات مع قيم المجموعة المرجعية (NCHS/CDC/WHO) لايجاد الأنحرافات الحاصلة في هذه المؤشرات (Waterlow,1977)، تم استخدام نظام توزيع درجات الانحراف المعياري حول الوسيط (Z-score) الذي يعبر عن القيم الأنثروبومترية كعدد من الانحرافات المعيارية دون أو أعلى من وسيط المجموعة المرجعية ، كما تم حساب النسبة المئوية لدرجات (Z - score) للمؤشرات الأنثروبومترية الثلاثة لتحديد درجة انتشار سوء التغذية وذلك باعتبار القيمة المرجعية الوسطى ناقصاً وحدتي انحراف معياري(2SD->) المستوى المحدد أو النقطة الفاصلة الدنيا التي تعد دليلاً على وجود سوء التغذية وذلك بالأعتماد على التصنيف الذي أقرته (WHO,1999) كما موضح في الجدول التالي :

التصنيف	درجات Z-score
طبيعي	أكثر من 1SD-
سوء تغذية خفيف	1.99SD- الى 1SD-
سوء تغذية متوسط	2.99SD- الى 2SD-
سوء تغذية شديد	أقل من 3SD-

تم تحليل البيانات الأنثروبومترية بوساطة حاسوب قسم الاحصاء في معهد بحوث التغذية باستخدام البرنامج الاحصائي (EPI-INFO/V.6) .

النتائج والمناقشة :

تقدير كمية الغذاء المستهلك

أظهرت النتائج المبينة في جدول (2) وجود انخفاض في معدل استهلاك مكونات الغذاء الرئيسة من طاقة وبروتين ودهون وكاربوهيدرات عن المقررات الغذائية الموصى بها عالميا والبالغة (1180.5 سعرة ، 27.2غم ، 38 غم ، 180 غم) على التوالي كما بلغت نسبة ما يغطيه الغذاء المتناول من هذه المكونات (90.8% ،83.7% ، 87.3% ، 92.3%) على التوالي.

جدول (2) : المتوسط ± الانحراف المعياري للمكونات الغذائية، ونسبة ما يغطيه الغذاء المتناول

مكالونات التغذوية	المتوسط	± الانحراف المعياري	المقررات الغذائية (RDA)	نسبة ما يغطيه الغذاء المتناول %
السعرات (سعرة)	1180.5	128	1300	90.8
البروتين (غم)	27.2	**7.2.5**	32	83.7
الدهون (غم)	38	**7.7**	43.5	87.3
الكاربوهيدرات (غم)	180	25.5	195	92.3

إن هذه النتائج تتفق مع ما أشارت إليه دراسة (WHO, 2000) التي وجدت حدوث انخفاض واضح في مستوى الطاقة والبروتين المتناول في غذاء المواطن العراقي في ظروف الحصار الاقتصادي. كما فسرت (FAO,1998) ذلك إلى أن الحصة التموينية التي يعتمد عليها الشعب العراقي توفر الجزء الأساس من حاجة الفرد اليومية لمكونات الغذاء الرئيسة من طاقة وبروتين ودهون، وان مستوى العناصر الغذائية مثل الحديد والكالسيوم والخارصين وحامض الفوليك والثيامين والبريدوكسين قليل جدا، كما أنها تفتقر إلى فيتامين A، C ، وهي تجهز حوالي (67%) من مجموع الطاقة، (55%) من مجموع البروتين، (50%) من مجموع الدهون مما كان يجهزه الغذاء قبل الحصار. وان كمية الحليب التي توزع إلى الأطفال الرضع دون السنة من العمر ضمن الحصة التموينية تغطي (75%) من الاحتياجات الغذائية للطفل.

أما بالنسبة للبروتين فقد أشار موترام (1987) إلى أن نقص البروتين لفترات قصيرة في مرحلة الطفولة المبكرة يؤثر في النمو الجسمي للطفل كما قد يؤدي إلى توقف النمو، في حين ينجم عن استمرار نقص البروتين لفترات طويلة صغر حجم الجسم، وقد يضطر الجسم أحياناً إلى استهلاك بروتين العضلات للمحافظة على مستوى الأحماض الأمينية الأساسية وهذا بدوره يسبب بطئ نمو الأنسجة وضمور العضلات. كما تتأثر عملية تعويض الأنسجة التالفة وخصوصا الأغشية المخاطية المبطنة للمعدة والأمعاء لذلك تزداد فرصة الإصابة بالإسهال بين الأطفال المصابين بسوء التغذية. أما في حالات النقص الشديد للبروتين فيؤدي إلى الإصابة بأمراض سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة (الكواشيوركر).

وبالنسبة لنقص الكاربوهيدرات في الغذاء فقد أشار الزهيري (1992) إلى أن انخفاض كمية الكاربوهيدرات المستهلكة يوميا في الغذاء يؤدي الى استخدام الدهون في تحرير الطاقة وهذا يؤدي إلى زيادة أيض الدهون ونتيجة لذلك تتراكم الأجسام الكيتونية في الدم بصورة أسرع من قابلية الجسم على استهلاكها في الحالات الطبيعية وعادة يحدث عند تحديد السعرات الكلية المأخوذة من الكاربوهيدرات في الغذاء إلى 15-10%.

وللتعرف على العلاقة بين الحالة التغذوية ومستوى السعرات المأخوذة تم توزيع المؤشرات الانثروبومترية الثلاث الدالة على الحالة التغذوية بين أطفال عينة البحث جيدي التغذية والمصابين بسوء التغذية (المتوسط والشديد) إلى فئتين حسب مستوى السعرات المأخوذة يوميًا وكما مبين في جدول (3).

وقد أظهرت النتائج أن أعلى نسبة للإصابة بالتقزم ونقص الوزن والهزال كانت بين الأطفال الذين حصلوا على سعرات غير كافية والتي بلغت (32% ، 22.7% ، 15%) في حين بلغت هذه النسبة بين الأطفال الذين حصلوا على سعرات كافية (7.5% ، 4.5% ، 3%).

جدول (3): توزيع الأطفال لجيدي التغذية والمصابين بسوء التغذية (المتوسط والشديد) حسب مستوى السعرات المأخوذة

مؤشرات الحالة التغذوية		جيدي التغذية						سيئي التغذية					
		H/AZ		W/AZ		W/HZ		H/AZ		W/AZ		W/HZ	
مستوى السعرات	عدد الاطفال	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
غير كافية	**53**	**36**	**68**	**41**	**77.3**	**45**	**85**	**17**	**32**	**12**	**22.7**	**8**	**15**
كافية	**67**	**62**	**92.5**	**64**	**95.5**	**65**	**97**	**5**	**7.5**	**3**	**4.5**	**2**	**3**
المجموع	**120**	**98**	**81.7**	**105**	**87.5**	**110**	**91.7**	**22**	**18.3**	**15**	**12.5**	**10**	**8.3**

وتوضح نتائج الجدول (4) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بالتقزم ونقص الوزن والهزال ومستوى السعرات المأخوذة.

جدول (4): العلاقة بين توزيع مؤشرات الحالة التغذوية حسب مستوى السعرات الماخوذة

مؤشرات الحالة التغذوية	قيمة مربع كاي المحسوبة	قيمة مربع كاي الجدولية	درجة الحرية	مستوى المعنوية
H/AZ	11.973	3.841	1	0.05
W/AZ	8.926	3.841	1	0.05
W/HZ	5.680	3.841	1	0.05

تقدير نوعية الغذاء المستهلك

للتعرف على النمط الغذائي العام للغذاء المتناول تم توزيع أطفال عينة البحث إلى ثلاث فئات حسب كفاية تناول المجاميع الغذائية الرئيسة، وذلك من خلال مقارنة المأخوذ اليومي لهذه المجاميع الغذائية مع توصيات هرم الدليل الغذائي للأطفال بعمر 2-6 سنوات وكما موضح في جدول (5).

جدول (5) : توزيع أطفال عينة البحث حسب كفاية تناول المجاميع الغذائية الرئيسة

كفاية تناول المجاميع الغذائية		اقل		كاف		اكثر	
المجاميع الغذائية	وجبة/ يوم	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الخبز والرز والحبوب ومنتجات الحبوب والمعجنات	6	18	15	31	25.8	71	59.2
الخضراوات	3	63	52.5	37	30.8	20	16.7
الفواكه	2	53	44.2	44	36.7	23	19.2
الحليب واللبن والجبن	2	40	33.3	58	48.3	22	18.4
اللحوم الحمراء والدجاج والأسماك والبقول والبيض والجوزيات	2	66	55	39	32.5	15	12.5

كما تم إيجاد دلالة الفروق في كفاية تناول الأطفال لكل مجموعة من المجاميع الغذائية باستخدام العلاقة الإحصائية مربع كاي (X^2) وكما موضح جدول (6).

جدول (6) :العلاقة بين كفاية تناول المجاميع الغذائية الرئيسة

المجاميع الغذائية	قيمة مربع كاي المحسوبة	قيمة مربع كاي الجدولية	درجة الحرية	مستوى المعوية
الخبز والرز والحبوب ومنتجات الحبوب والمعجنات	**38.150**	**5.991**	**2**	**0.05**
الخضراوات	**23.450**	**5.991**	**2**	**0.05**
الفواكه	**11.850**	**5.991**	**2**	**0.05**
الحليب واللبن والجبن	**16.200**	**5.991**	**2**	**0.05**
اللحوم الحمراء والدجاج والأسماك والبقول والبيض والجوزيات	**32.550**	**5.991**	**2**	**0.05**

توضح نتائج جدول (5) أن نسبة الأطفال الذين حصلوا على عدد الوجبات الموصى بتناولها يوميا لمجموعة الخبز والرز والحبوب ومنتجات الحبوب والمعجنات قد بلغت (25.8%)، وبلغت نسبة الأطفال الذين حصلوا على عدد وجبات اقل من الموصى به لهذه المجموعة الغذائية (15%)، في حين كانت نسبة عالية من الأطفال حصلوا على عدد وجبات أعلى من الموصى به والبالغة (59.2%). وقد وجد ان هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين كفاية تناول الأطفال لهذه المجموعة الغذائية وكما موضح في جدول (6).

ان هذه النتائج تتفق مع نتائج مسح الاستهلاك الغذائي الذي أشار إلى أن الخبز والرز والحبوب تشكل المصدر الرئيس للسعرات اليومية المستهلكة للعوائل العراقية بعد فرض الحصار الاقتصادي وذلك لأنها تجهز عن طريق الحصة التموينية ولرخص ثمنها (الجهاز المركزي للإحصاء 1995).

كما توضح النتائج المبينة في جدول (5) ان نسبة الأطفال الذين حصلوا على عدد الوجبات الموصى بتناولها لمجموعة الخضراوات والفواكه قد بلغت (30.8%) ، (36.7%) على التوالي. وبلغت نسبة الأطفال الذين حصلوا عدد وجبات أعلى من الموصى به لهذه المجموعة (16.7%) ، (19.1%) على التوالي. في حين كانت نسبة كبيرة من الأطفال قد حصلت على عدد وجبات اقل من الموصى به والبالغة (52.5%) ، (44.1%) على التوالي. وقد وجد ان هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين كفاية تناول الأطفال لكلا المجموعتين الغذائية وكما مبين جدول (6).

ويمكن ان يعزى سبب عدم رغبة الأطفال لتناول مجموعة الخضراوات الى قلة رغبة أفراد العائلة بها ، فضلا عن تأثير طرق الإعداد والطهي في مواصفات الطعام، كما تمانع بعض الأمهات أحياناً في تحضير بعض الوجبات الغذائية من الخضراوات لأطفالهن لافتقارهن إلى الوقت الكافي لاعداد تلك الأغذية أو بسبب افتقارهن للمعلومات الغذائية عن أهميتها بالنسبة لصحة الطفل (الطالب والقاسم، 1988).

بينما يلاحظ إقبال الأطفال على تناول الفواكه لمذاقها اللذيذ ولكن بسبب ارتفاع أسعارها تعجز الكثير من العوائل عن شرائها وان توفير كميات كافية من هذه الأغذية مكلف لميزانية العائلة.

إن عدم حصول الأطفال على كفايتهم من مجموعة الخضراوات والفواكه يجعل مستوى العناصر الغذائية الدقيقة (Nutrient) المأخوذة اقل من المتطلبات الموصى بها مما أدى إلى انتشار أمراض نقص المغذيات بكثرة بين الأطفال في السنوات الأخيرة (FAO, 1998) . وهذا ما أكده (Saskia et al.,1996) الذي أشار إلى ان كثرة استهلاك الخضراوات يحسن من مستوى الحديد وفيتامين A في الجسم، وان نقص هذان العنصران في الغذاء يؤدي إلى انتشار أمراض النقص الغذائي.

وتوضح نتائج جدول (5) ان نسبة الأطفال الذين حصلوا على عدد الوجبات الموصى بتناولها يوميا لمجموعة الحليب واللبن والجبن قد بلغت (48.3%)، وبلغت نسبة الأطفال الذين حصلوا على عدد وجبات اقل من الموصى به (33.3%)، في حين كانت نسبة الأطفال الذين حصلوا على عدد وجبات أعلى من الموصى به (18.4%). وقد وجد أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين كفاية تناول الأطفال لهذه المجموعة الغذائية وكما مبين جدول (6).

ان تناول مجموعة الحليب له أهمية كبيرة في مرحلة الطفولة المبكرة فقد وجدت صلة ارتباط قوية بين الزيادة في النمو وبالأخص النمو الطولي وتناول الحليب، فقد وجد أن الأطفال الذين يتناولون الحليب يوميا يكونون اكثر طولا وانحف من الأطفال الذين لا يتناولونه. كما وجد أن الأطفال الذين يتناولون ثلاثة أكواب من الحليب يوميا ينمون بشكل أسرع من المعدل الطبيعي (Williams,1993).

أما (UNICEF and WHO,1999) فقد أشارا إلى أن استمرار مرحلة رضاعة الطفل لمدة طويلة اكثر من سنتين يجعله يعتاد على شرب الحليب والإفراط بتناوله فيما بعد وعدم الإقبال على تناول طعام العائلة الاعتيادي، وان ذلك يمكن ان يؤدي إلى تطور نوع من الأنيميا الناتجة عن نقص الحديد تسمى (Milk anemia) لانخفاض محتوى الحليب بالحديد. وهذا ما وجدته دراسة الدباغ (1993) فقد وجدت أن السبب الرئيس لاصابة الأطفال بسوء التغذية المراجعين لمركز التأهيل التغذوي في مستشفى ابن البلدي في مدينة بغداد هو الاعتماد على الرضاعة الصناعية خلال السنة الأولى وطول مدة الرضاعة خلال السنة الثانية.

وتبين النتائج الموضحة في جدول (5) ان نسبة الأطفال الذين حصلوا على عدد الوجبات الموصى بتناولها يوميا لمجموعة اللحوم والدواجن والأسماك والبيض والبقول والجوزيات قد بلغت (32.5%). وبلغت نسبة الأطفال الذين حصلوا عدد وجبات اقل من الموصى بتناوله لهذه المجموعة الغذائية (12.5%). في حين حصل نسبة كبيرة من الأطفال على عدد وجبات أعلى من العدد الموصى بتناولها من هذه المجموعة الغذائية والبالغة (55%)، وقد وجد ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين كفاية تناول الأطفال لهذه المجموعة الغذائية وكما مبين جدول (6).

ان هذه النتائج تؤكد ما توصلت إليه نتائج مسح الأمن الغذائي المنزلي الذي نفذته البعثة المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الغذاء العالمي، والتي أشارت إلى حدوث تغير واضح في العادات الغذائية خلال السنوات الأخيرة حيث لوحظ انخفاض استهلاك (86%) من العوائل العراقية لبعض الأغذية مثل اللحوم والبيض ومنتجات الألبان والفواكه بينما ازداد استهلاكهم للخبز والرز والخضراوات والبقول بسبب انخفاض القدرة الشرائية وارتفاع أسعار الغذاء (FAO, 1998).

ويؤيد ذلك نتائج مسح طعام الأسرة التي نفذته البعثة المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الغذاء العالمي ومنظمة الصحة العالمية بالتعاون مع معهد بحوث التغذية، حيث تم استذكار الغذاء المتناول لمجموعة من العوائل لمدة 24 ساعة الماضية ، ولقد وجدت نتائج المسح (75%) من هذه العوائل لا تتناول اللحوم والأسماك والبقول والاجبان خلال 24 ساعة الماضية وان (40%) لم تتناولها خلال الأسبوع الماضي وذلك لارتفاع أسعارها وان توفرها بكميات كافية من هذه الأغذية مكلف جدا بحيث لا تستطيع العديد من العوائل شراءها من السوق لأنها تسبب إرباك دخل الأسرة (FAO, 2000) .

ومن الجدير بالذكر لم يتم دراسة إسهام مجموعة الدهون والحلويات في غذاء أطفال عينة البحث بسبب صعوبة تقدير كميتها كما أنها لم تحدد بعدد ثابت من الوجبات اليومية في توصيات هرم الدليل الغذائي للأطفال إذ أنها لم تدرس لحد الآن كمجموعة غذائية بحد ذاتها.

وبعد الاطلاع على نتائج جدول (5) يمكن التوصل الى ان النمط الغذائي العام (محدد وغير متوازن) لأطفال عينة البحث وذلك لان مجموعة الخبز والرز والحبوب ومنتجاتها والمعجنات ومجموعة الحليب واللبن والجبن قد شكلت أعلى نسبة إسهام في الغذاء المتناول مقارنة بالمجاميع الغذائية الأخرى في حين كانت اقل نسبة لذلك لمجموعة اللحوم والدواجن والأسماك والبيض والبقول والجوزيات ومجموعة الخضراوات والفواكه وبذلك فشلت أطفال عينة البحث في الإيفاء بعدد الوجبات الموصى بتناولها يوميا للمجاميع الغذائية الرئيسة حسب توصيات هرم الدليل الغذائي للأطفال الصغار، وان المنهاج الغذائي يفتقر الى التنويع والتخطيط الغذائي المتوازن بسبب افتقار الأبوين للثقافة الغذائية عن كيفية استخدام وتطبيق المعلومات الغذائية. ولقد أشار (Bentley et al.,1995) إن هناك علاقة واضحة بين تناول الغذاء المحدد غير المتوازن والحالة التغذوية السيئة للأطفال، كما أشاروا إلى ان الأطفال الذين لا يحصلون على وجبات غذائية متوازنة وبصورة منتظمة يتعرضون لخطر تأخر النمو حتى ولو كانوا من عائلات جيدة أو متوسطة الدخل لأنه يمكن ان يؤدي ذلك إلى فقدان الشهية المزمن.

المصـــادر

1. توفيق، هيفاء ابراهيم (1989) البحوث الغذائية .وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، هيئة المعاهد الفنية ، دار الكتب للطباعة والنشر ، جامعة البصرة ، ص65,15 .

2. الجهاز المركزي للأحصاء (1995) الخطة الوطنية للطفولة لغاية العام 2000 . بغداد.

3. الدباغ ، عبد المنعم يونس (1993) تأثير سوء التغذية على نمو الأطفال بعمر 6 أشهر الى خمس سنوات.الهيئة العراقية للأختصاصات الطبية .

4. الزهيري ، عبد الله محمد ذنون(1992) تغذية انسان .دار الكتب للطباعة والنشر، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، جامعة الموصل .

5. الطالب ، فاتن فخر الدين والقاسم ، نوال ابراهيم (1988) تغذية الطفل . مطبعة الحكمة ، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، جامعة بغداد.

6. المخلاتي ، جلال خليل (1997) دليل تغذية المرضى في المستشفيات . الطبعة الأولى ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان – الأردن.

7. موترام ، ف (1987) التغذية الصحيحة للأنسان . ترجمة آمال السيد ، منى خليل وحياة محمد . الدار العربية للنشر والتوزيع .

8. Bentley, M.E; Black, M.M. and Hurtade,E.(1995) Child feeding and appetite : What can programs do? Food Nutrition Bulletin. Vol : 16, No : 4, P: 1-13.

9. Hegart,V.(1995) Nutrition,food and environment.Second Edition,Eaga press,U.S.A P : 19- 21,88.FAO(1998) Evaluation of food and nutrition situation in Iraq . Technical Cooperation Program, Report FAO of the United Nation, Rome,Italy,P: 26,51,65.

10. FAO(2000) Evaluation of food and nutrition situation in Iraq . Technical Cooperation Program, Report FAO of the United Nation, Rome,Italy,P: 20, 23, 46.

11. Owen,A.L; Splett,P.L. and Owen,G.M. (1999) Nutritionin the community. 4 Edition,U.S.A.,P : 66, 97.

12. Rockett,H.R. and Colditz,G.A.(1997) Assessing diets of children adolescent. American Journal Clinical Nutrition,(65), p : 11165-11225.

13. Saskia,D.P; Clive, E.W; Darwin, K. and Josegh,G.(1996) Can increased vegetable consumption improve iron status?Food Nutrition Bulletin , Vol :17, p : 92-100.

14. Townsend,C.E. and Roth,R.A.(2000) Nutrition,diet therapy. 7 Edition Delmar publishers, U.S.A., P: 12-25, 400, 456.

15. UNICEF / WHO Regional consultation (1999) Prevention and control of iron deficiency anemia in women and children. Geneva, P: 28-29.

16. USDA (1999) Food Guide pyramid for young children. On line for food nutrition and health. Center for nutrition and policy promotion. P: 1-4.

17. Walker,W.A. and Watkins,J.B.(1997) Nutrition in pediatrics. Second Edition,Decker Inc.Publisher,U.S.A.,P: 8-11.

18. Waterlow, J.C. (1977) The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. Bulletin of World Health Organization, 55(4), p:130-139 .

19. WHO (1999) The management of severe malnutrition. Manual for physicians and other senior health workers. Geneva, p: 4-5.

20. WHO (2000) Health condition of the population in Iraq since the Gulf Crisis. Division of Emergency and Humanitarian Action. Resource Center, P : 1-50

21. William, S.R and Anderson, S.L.(1995) Diet therapy. Mosby Year Bbook U.S.A., P: 8-9.

22. Williams, M.M. (1993) Nutrition for Growing years. 5 Edition, plycon Press, California, P: 193,203.

Dietary Assessment for Meals of Nurseries Children in Baghdad City

*Salim Salih Al-Timimi ** *Fatin Fakhir Al-deen Al-Talib**

*Nadia Hussein Manki**

*Department of Home Economic-College of Education for Women / University of Baghdad

Abstract:

The objective of this study was to assess the nutritional status of childs of nurseries in Baghdad city so that an early detection of malnutrition cases could be carried out.

The results revealed that the daily consumption of food calories, protein, fat and carbohydrate were 1180.5 calories, 27.2gm, 38gm and 180gm, respectively, which were less than the RDA values and the percentages of these nutrients supplied by the food intake were 90.8, 83.7, 87.3 and 90.3%, respectively. It was also demonstrated that the highest percentages of stunting, underweight and wasting, which amounted to 32, 22.7 and 1.5%, respectively, were among those childs who obtained inadequate calories, while the percentages of the forementioned malnutrition cases among those childs who obtained inadequate calories were 7.5, 4.5 and 3%, respectively.

The results also pointed out that the general nutritional pattern of the childs food style in this study was strictly and unbalanced due to the lack in food meals recommended to be taken daily of certain main food groups according to the food guide pyramid for young children, such as meats, poultry, fish, eggs, legumes,nuts as well as vegetables and fruits group, otherwise, the food consumed was stricted to milk,yogurt and cheese group ,vegetables and fruits group, bread, rice, and other cereals as well as their products and bakeries.

There was anumber of bad food habits among the children of research sample was also observed and was found effect the quantity and quality of food consumed.

.