

تأثیر شیوه غذا خوردن کودک و والدین بر چاقی دختران سن مدرسه

* طاهره صادقی^۱ دکتر محمدعلی حسینی^۲ دکتر مهدی رهگذر^۳ زهرا کاشانی نیا^۴

چکیده

زمینه و هدف: بین چاقی دوران کودکی و بزرگسالی رابطه نزدیکی وجود دارد؛ تحقیقات نشان می دهد که بین چاقی والدین و شیوه غذا خوردن و عادات غذا خوردن در خانواده با چاقی کودکان ارتباط مستقیمی وجود دارد. بنابراین اجرای تدابیری برای تغییر عادات غذا خوردن کودک و خانواده برای کاهش وزن در کودکان ضروری است. به این لحاظ این پژوهش با هدف تعیین تأثیر شیوه غذا خوردن کودک و والدین بر چاقی دختران سن مدرسه در مدارس منتخب شهر اندیشه سال ۱۳۸۵ انجام شد.

روش بررسی: در مطالعه شبه تجربی حاضر ۹۷ دختر سن مدرسه سالم که در مدارس منتخب شهر اندیشه در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۵ مشغول به تحصیل بوده و میزان صدک شاخص توده بدنی آن‌ها بیش از ۸۵ درصد بود نمونه پژوهش را تشکیل می دادند که به طور تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بعد از تأیید اعتبار و اعتماد پرسشنامه؛ گروه مداخله و خانواده آن‌ها تحت آموزش اصلاحات رفتاری به مدت ۷ جلسه قرار گرفتند. قبل از مداخله و در پایان هر ماه (به مدت سه ماه) میزان صدک شاخص توده بدنی محاسبه و یادداشت شد، شیوه غذا خوردن کودک و والدین توسط پرسشنامه تعیین عادات غذایی کودک و خانواده قبل از مداخله و در پایان مداخله ثبت گردید و در نهایت دو گروه مقایسه شدند.

یافته ها: میزان صدک شاخص توده بدنی در دو گروه در پایان اختلاف معنی داری با هم داشتند ($P=0/015$). در دو گروه شیوه غذا خوردن پدر در دو گروه اختلاف معنی داری نداشت اما شیوه غذا خوردن مادر و کودک در دو گروه اختلاف معنی داری داشت ($P<0/05$) نتایج آزمون آنالیز کوواریانس نشان داد شیوه غذا خوردن کودک با تعدیل اثر پدر و مادر با هم اختلاف معنی داری داشته است ($P=0/022$).

نتیجه گیری: شیوه غذا خوردن کودک و والدین بر چاقی کودک مؤثر می باشد. آموزش شیوه صحیح غذا خوردن به کودک و خانواده در درمان چاقی کودکان مؤثر است و درمان چاقی کودکان باید یک مداخله خانواده محور باشد.

کلید واژه ها: دختران سن مدرسه - صدک شاخص توده بدنی - شیوه غذا خوردن

تاریخ دریافت: ۸۶/۴/۲۶ تاریخ پذیرش: ۸۷/۳/۱۹

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ مربی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامائی قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (*مؤلف مسؤل)

^۲ مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۳ استادیار گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۴ مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

چاقی یک بیماری مزمن است که شیوع آن در حال افزایش است.^(۱) تحقیقات نشان می‌دهد که بین چاقی دوران کودکی و بزرگسالی رابطه نزدیکی وجود دارد؛ زیرا عادات غذایی در سال‌های اولیه زندگی تثبیت می‌شود و در سایر دوره‌ها نیز ادامه می‌یابد.^(۲) چاقی در کودکان یک مشکل بهداشتی است.^(۳) تعداد کمی از تحقیقات در ارتباط با شیوه زندگی و رفتارهایی که باعث چاقی می‌شوند در کودکان وجود دارد.^(۴) جلوگیری از چاقی بهترین فرصت اساسی برای تغییر در شیوه زندگی می‌باشد.^(۵) هنگامی که چاقی در دوران کودکی آغاز می‌شود، فرد تا پایان عمر خود با کالری درستی‌زاست.^(۶)

طبق آمار مرکز تغذیه و بهداشت ملی (National Health and Nutrition Examination Surveys) در سال ۱۹۹۹ تقریباً ۱۳ درصد کودکان سن ۶-۱۱ سال چاق بوده و همچنین تعداد نوجوانان که شاخص توده بدنی بالای ۹۵ داشتند ۱۴ درصد بوده است.^(۷) Jiulin chen می‌نویسد، سازمان بهداشت جهانی؛ سال ۱۹۹۸ را سال اپیدمی چاقی معرفی کرده است. بیشترین شیوع چاقی در سال ۲۰۰۲ در بین کودکان ۶-۱۱ سال نژاد آمریکایی-چینی بوده است که میزان آن ۳۱ درصد در کودکان این گروه سنی گزارش شده است.^(۸) با توجه به افزایش چاقی در کودکان در سال ۲۰۰۰ هدف بهداشت عمومی کاهش شیوع چاقی در کودکان تا سال ۲۰۱۰ می‌باشد.^(۹)

شاخص توده بدنی از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر توان دوم قد بر حسب متر به دست می‌آید، و مهم‌ترین وسیله برای ارزیابی و تعریف چاقی در بالغین می‌باشد که البته یک شاخص معتبر برای ارزیابی چاقی در کودکان نمی‌باشد.^(۹،۱۰) در کودکان میزان شاخص

توده بدنی با سن تغییر می‌کند؛ امکان تعیین یک خاص برای تعریف اضافه وزن یا چاقی در کودکان وجود ندارد. منحنی‌های جدید صدک اختصاصی سن و جنس برای امکان ارزیابی صدک منحنی رشد را فراهم کرده است. در صورتی که شاخص توده بدنی کودک بالاتر از صدک ۸۵ باشد کودک در معرض خطر اضافه وزن بوده و اگر بالاتر از صدک ۹۵ منحنی رشد باشد، چاقی مطرح می‌شود و صدک ما بین ۵ الی ۸۵ در محدوده وزن مناسب قرار دارد.^(۱۰،۹)

در دیابت نوع دوم افزایش فشارخون و افزایش سطح چربی دانسته کم با چاقی در ارتباط می‌باشد.^(۱۱) در کودکان چاق احتمال وقوع حملات آسم و حملات آپنه شبانه بیشتر می‌باشد.^(۱۲)

اساس اصلاح رفتار بر این عقیده است که "وزن زیاد به سبب رفتارهای ناهنجار اکتسابی غذا خوردن به وجود می‌آید و قابل تصحیح است" لذا بر تغییر رفتارهای غذایی و فعالیت‌هایی که مغایر با حفظ وزن هستند بیشتر از رژیم‌های غذایی و مقدار کالری تاکید شده است.^(۱۳) لازمه نگهداری طولانی مدت وزن بعد از کاهش وزن تغییر در شیوه زندگی می‌باشد و اصلاحات رفتاری، کمک به افراد چاق برای دستیابی به این تغییرات می‌باشد، این روش بهترین و اقتصادی‌ترین روش برای کاهش وزن می‌باشد. تغییر رفتار نیازمند زمان می‌باشد و معمولاً این روش تدریجی می‌باشد.^(۱۴)

مدارک قابل توجهی دال بر این مطلب وجود دارد که رفتارهای تغذیه‌ای کودکان و نوجوانان برگرفته از رفتارهای تغذیه‌ای والدین می‌باشد، والدین به عنوان یک عامل مهم تغییر و اصلاحات رفتاری کودکان محسوب می‌شوند،^(۱۵) و خانواده در توسعه و پیشگیری از مشکلات اضافه وزن کودکان نقش اساسی دارند.^(۱۶)

روش بررسی

این تحقیق از نوع مطالعه نیمه تجربی بود جامعه تحقیق شامل کلیه دختران ۶-۱۲ ساله و مشغول به تحصیل در مدارس ابتدائی شهر اندیشه در سال ۸۴-۸۵ بود. نمونه های مورد مطالعه در این پژوهش را ۹۷ دختر سن مدرسه سالم که در یکی از مدارس شهر اندیشه در شهرستان شهریار در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۵ مشغول به تحصیل بوده و میزان صدک شاخص توده بدنی آنها بیش از ۸۵ درصد بود تشکیل می دادند، ابتدا توضیحات لازم در مورد روش کار، چگونگی انجام مداخله و اهداف پژوهش به کلیه مادران و کودکان تحت مطالعه داده شد و سپس با در اختیار قرار دادن فرم رضایت نامه به آنان جهت اخذ رضایت آگاهانه از آنان اقدام شد و بعد نمونه ها به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله و خانواده آنها تحت آموزش کنترل محرک های محیطی و افزایش فعالیت های فیزیکی و کاهش رفتارهای بی تحرکی به مدت ۷ هفته قرار گرفتند و به مدت سه ماه پی گیری صورت پذیرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش چارت صدک شاخص توده بدنی دختران سن ۲-۱۸ سال بود و همچنین برای بررسی شیوه غذا خوردن از پرسشنامه تعیین عادات غذایی کودک و خانواده استفاده شد. قبل از مداخله صدک شاخص توده بدنی در دو گروه ثبت شد و در پایان هر ماه (به مدت سه ماه) میزان صدک شاخص توده بدنی محاسبه و ثبت گردید. همچنین شیوه غذا خوردن کودک و خانواده توسط پرسشنامه تعیین عادات غذایی کودک و خانواده قبل از مداخله و در پایان مداخله ثبت گردید و در نهایت در دو گروه مقایسه شدند. پس از جمع آوری داده ها، برای بررسی همسانی گروه ها از

والدین اگر چه از طریق الگوبرداری بر رفتارهای تغذیه ای کودکان خود مؤثر هستند، طبق تئوری یادگیری که تأثیر زیادی بر الگوبرداری یا یادگیری مشاهده ای از اشخاص مهم در محیط اجتماعی فرد می باشند. افراد مجبور نیستند اما می توانند از طریق تقویت و تشویق تأثیر بگیرند.^(۱۷)

مهم ترین و بهترین درمان، یک درمان چند جانبه برای درمان چاقی کودکان می باشد که شامل تغییر رفتار می باشد.^(۱۸) اصلاحات رفتاری یک درمان اصولی و پایه ای برای درمان چاقی می باشد.^(۱۹) اصلاحات رفتاری یک تکنیک مؤثر و بسیار خوب برای درمان مشکلات عملکردی در کودکان می باشد. ایجاد الگوهای جدید و بهداشتی در کودکان آسان تر از جوانان می باشد و همکاری آنان با والدین نیز بیشتر است.^(۲۰)

پایه و اصل اصلاحات رفتاری بر پایه یک فرضیه ساده است که الگوی تغذیه و فعالیت رفتارهایی هستند که آموختنی است و رفتارهایی است که از دیگران آموخته می شود و می توانند اصلاح شوند.^(۲۱) مؤثرترین اصلاحات رفتاری در مورد کودکان چاق، برنامه های اصلاح رفتار خانواده محور می باشد.^(۲۲) والدین باید کیفیت و الگوی تغذیه ای و محرک های محیطی را کنترل کنند البته نباید میزان غذای دریافتی کودک در هر وعده محدود شود.^(۲۳) مداخلات خانواده محور شامل تغییر در محیط خانه و تغییر رفتار در اعضا خانواده و تغییر در والدین در مداخلات درمانی بیش از تغییر رفتار کودک توصیه شده و نتایج درمانی بهتری نیز دارد.^(۲۴) این تحقیق با این فرضیه که "شیوه غذا خوردن کودک و والدین بر چاقی دختران سن مدرسه مؤثر است" و با هدف تعیین تأثیر شیوه غذا خوردن کودک و والدین بر چاقی دختران سن مدرسه انجام شده است.

و ۱۴/۴۴ درصد از آن‌ها چاق بودند. در مورد سوابق بیماری ۳۵ درصد از این خانواده‌ها دارای سابقه بیماری‌های قلبی و عروقی و ۱۹/۶ درصد از آن‌ها دارای سابقه خانوادگی دیابت می‌بودند، ۱۲/۴ درصد از والدین تصور می‌کردند که فرزند آن‌ها چاق نمی‌باشد و ۴۴/۳ درصد از آن‌ها معتقد بودند که فرزندشان میزان کمی اضافه وزن دارد.

سه صدک شاخص توده بدنی (در پایان ماه اول و دوم و سوم) دو به دو با هم مقایسه شدند، مقایسه صدک شاخص توده بدنی در پایان ماه اول در گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/226$) و مقایسه صدک شاخص توده بدنی در پایان ماه دوم گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P=0/033$ ، جدول شماره ۱)، همچنین مقایسه صدک شاخص توده بدنی در پایان ماه سوم در گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری نشان داد ($P=0/015$) و در نهایت همگی با هم مقایسه شدند در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری بین این سه میانگین وجود داشت ($P=0/000$).

نظر متغیرهای دموگرافیک و جهت مقایسه و یافتن تأثیر آموزش اصلاحات رفتاری بر چاقی، از تست‌های آماری کای اسکوتر، تی‌مستقل، من‌ویتنی، تی‌زوج، مداخله و ویلکسون و آنالیز کواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها

در دو گروه مداخله و کنترل، دختران شرکت‌کننده در این پژوهش از نظر متغیرهای صدک شاخص توده بدنی ($P=0/596$)، رتبه تولد ($P=0/669$)، سن ($P=0/985$)، شاخص توده بدنی مادر ($P=0/267$)، شاخص توده بدنی پدر ($P=0/763$)، میزان تحصیلات مادر ($P=0/945$)، میزان تحصیلات پدر ($P=0/511$) و شغل مادر ($P=0/889$) و شغل پدر ($P=0/918$) و از نظر درآمد ($P=0/771$) و به عبارتی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر که می‌توانستند بر نتایج پژوهش تأثیر داشته باشند از نظر آماری همگن بودند. ۵۱/۵ درصد از مادران کودکان دارای اضافه وزن بودند و ۴۰/۲ درصد از آن‌ها چاق و همچنین ۶۴/۴۴ درصد از پدران این کودکان دارای اضافه وزن

جدول شماره ۱ - مقایسه میانگین شاخص توده بدنی قبل از مداخله و در طول مداخله دختران چاق سن مدرسه در دو گروه مداخله و کنترل

شاخص متغیر	گروه	تعداد	میانگین	*انحراف معیار	آماره	مقدار احتمال
میزان صدک شاخص توده بدنی قبل از مداخله	مداخله	۴۷	۹۲/۸۱*	۴/۳۶*	۱۱۰۶/۵۰**	۰/۶۲۰
	کنترل	۵۰	۹۲/۴۴*	۳/۷۶*		
میزان صدک شاخص توده بدنی در پایان ماه اول	مداخله	۴۷	۹۲/۳۶*	۵/۵۹*	۱۰۰۷/۵۰**	۰/۲۲۶
	کنترل	۵۰	۹۲/۴۶*	۳/۷۴*		
میزان صدک شاخص توده بدنی در پایان ماه دوم	مداخله	۴۷	۹۱/۰۶*	۵/۴۹*	۲/۱۷***	۰/۰۳۳
	کنترل	۵۰	۳۳/۱۰*	۳/۶۱*		
میزان صدک شاخص توده بدنی در پایان ماه سوم	مداخله	۴۷	۹۰/۵۹*	۵/۵۵*	۲/۵۲***	۰/۰۱۵
	کنترل	۵۰	۹۲/۹۹*	۳/۶۵*		

*میانگین و انحراف معیار جداگانه محاسبه شده است. **آماره من‌ویتنی ***آماره تی‌مستقل

بین امتیاز شیوه غذا خوردن کودک قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/004$) (جدول شماره ۲)، با توجه به این که متغیر امتیاز کودک از شیوه غذا خوردن تحت تأثیر

قبل از مداخله، میانگین تفاوت معنی داری نشان داد ($P=0/022$) (جدول شماره ۳).
شیوه غذا خوردن مادر در دو گروه بعد از مداخله با هم اختلاف معنی داری داشت ($P=0/021$)؛ اما شیوه غذا خوردن پدر بعد از مداخله در دو گروه با هم اختلاف معنی داری نداشت ($P=0/334$).

امتیاز پدر و مادر بود، برای نشان دادن اثر مداخله بر روی کودک از آنالیز کوواریانس جهت مقایسه دو گروه مداخله و کنترل ضمن تعدیل اثر امتیاز والدین استفاده شد. آنالیز کوواریانس برای مقایسه میانگین امتیاز شیوه غذا خوردن بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل ضمن تعدیل اثر امتیاز مادر و پدر از شیوه غذا خوردن و همچنین امتیاز کودک از شیوه غذا خوردن

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین امتیاز شیوه غذا خوردن دختران چاق سن مدرسه در گروه مداخله

متغیر	شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t زوجی	درجه آزادی	مقدار احتمال
شیوه غذا خوردن	قبل از مداخله	۴۵	۲۶/۹۸	۳/۶۵	۱۱/۰۹۲	۴۴	۰/۰۰۰
	بعد از مداخله	۴۵	۲۴/۳۸	۳/۸۳			

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین شیوه غذا خوردن بعد از مداخله دختران چاق سن مدرسه پس از تعدیل اثر امتیاز مادر و پدر از شیوه غذا خوردن و همچنین امتیاز کودک از شیوه غذا خوردن قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال
عرض از مبدا	۴/۸۶۴	۱	۴/۸۶۴	۲/۶۸۵	۰/۱۰۶
شیوه غذا خوردن کودک قبل از مداخله	۴۷۴/۴۸۵	۱	۴۷۴/۴۸۵	۲۶۴/۱۰۸	۰/۰۰۰
شیوه غذا خوردن مادر بعد از مداخله	۱/۶۴۵	۱	۱/۶۴۵	۰/۹۰۸	۰/۳۴۴
شیوه غذا خوردن پدر بعد از مداخله	۱/۲۳۴	۱	۱/۲۳۴	۰/۶۸۱	۰/۴۱۲
گروه مداخله و کنترل	۹/۹۰۱	۱	۹/۹۰۱	۵/۴۶۵	۰/۰۲۲
خطا	۲۳۲/۲۵۴	۷۳	۱/۸۱۲	-	-
مجموع	۳۳۲۷۰/۰۰	۸۱	-	-	-

بحث و نتیجه گیری

و عوامل محیطی می‌باشند. در طی تحقیق انجام شده در سال ۲۰۰۲ Dennison و همکارانشان به این نتیجه رسیدند که هفت عامل محیطی با اضافه وزن کودکان در ارتباط می‌باشد که شامل تماشای تلویزیون و میزان مصرف میوه و سبزیجات و سطح تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی-اجتماعی و مصرف غذاهای آماده

نتایج نشان داد دو گروه از نظر متغیرهای زمینه ای و مداخله گر که می‌توانستند بر نتایج پژوهش تأثیر داشته باشند در حد آماری همگن بوده اند. عوامل متعدد و گوناگونی بر چاقی یک فرد تأثیر می‌گذارند برخی از آن‌ها سن، جنس، زمینه فرهنگی، عوامل روانی-اجتماعی

می‌باشد.^(۲۵) در این تحقیق ۵۱/۵ درصد از مادران کودکان اضافه وزن داشته و ۴۰/۲ درصد از آن‌ها چاق بودند و همچنین ۶۴/۴۴ درصد از پدران این کودکان اضافه وزن داشتند و ۱۴/۴۴ درصد از آن‌ها چاق بودند، پس می‌توان احتمال داد که یکی از عوامل مهم خطر چاقی کودکان، چاقی والدین می‌باشد و درمان چاقی باید یک درمان خانواده محور باشد.

۳۵ درصد از این خانواده‌ها دارای سابقه بیماری‌های قلبی و عروقی بوده و ۱۹/۶ درصد از آن‌ها دارای سابقه خانوادگی دیابت بودند. همان‌طور که مشاهده می‌شود چاقی والدین یک عامل خطر مهم برای این دو بیماری می‌باشد.

۱۲/۴ درصد از والدین تصور می‌کردند که فرزند آن‌ها چاق نمی‌باشد و ۴۴/۳ درصد از آن‌ها معتقد بودند که فرزندشان میزان کمی اضافه وزن دارد. اولین خط درمان چاقی دادن آگاهی به والدین و کودک از وضعیت چاقی و اضافه وزن در آن‌ها می‌باشد.

در پاسخ به سوال پژوهش که آیا تغییر در شیوه غذا خوردن کودک و والدین بر صدک شاخص توده بدنی کودک مؤثر می‌باشد؟ در تحقیق حاضر اصلاحات رفتاری باعث کاهش صدک شاخص توده بدنی در کودکان شد (جدول شماره ۱) در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای توسط Golan و همکارانشان در مورد نقش اصلاح رفتار در درمان چاقی کودکان با عامل انحصاری تغییر والدین انجام پذیرفت. نتایج نشان داد صدک شاخص توده بدنی قبل و بعد از مداخله در کودکان اختلاف معنی‌داری داشت (P<۰/۰۱). در این پژوهش تأثیر شیوه غذا خوردن والدین بر شیوه غذا خوردن کودک مورد بررسی قرار گرفت و این نتیجه به دست آمد که مداخلات خانواده محور برای درمان چاقی کودکان

لازم و ضروری است و اصلاح شیوه غذا خوردن والدین بر چاقی کودکان مؤثر می‌باشد.^(۲۶) تحقیق انجام شده در کره جنوبی در سال ۲۰۰۴ توسط Moon و Young نشان داد که اصلاح رفتار در کودکان چاق باعث کاهش میزان چربی و درصد چاقی این کودکان شده است (P<۰/۰۱)^(۲۷)

Golan و همکارانشان در سال ۱۹۹۸ در تحقیق خود به نتایج مشابه رسیدند تغییر شیوه غذا خوردن کودکان یکی از متدهای مناسب جهت کاهش وزن می‌باشد (P<۰/۰۱). Laessle و همکاران در سال ۲۰۰۱ در تحقیق خود تحت عنوان تأثیر والدین بر رفتارهای تغذیه‌ای کودکان چاق در مقایسه با کودکان با وزن طبیعی^{۲۸} به این نتیجه رسیدند که رفتارهای تغذیه‌ای کودکان چاق اختلاف معنی‌داری با رفتارهای کودکانی که وزن طبیعی دارند وجود دارد، این کودکان سریع‌تر غذا می‌خورند و در هر وعده نیز غذای بیشتری مصرف می‌کنند و همچنین به این نتیجه رسیدند که شیوه غذا خوردن بر میزان کالری دریافتی مؤثر می‌باشد.^(۲۸)

با توجه به این که آموزش و اصلاح شیوه‌های غذا خوردن کودک و خانواده توانست باعث اختلاف معنی‌داری در صدک شاخص توده بدنی دختران گروه مداخله و کنترل شود پس می‌توان از آن به عنوان شیوه‌ای برای کاهش وزن و نگهداری وزن استفاده کرد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که عبارتند از: اولاً ویژگی‌های خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نمونه‌های مورد پژوهش از متغیرهایی هستند که ممکن است بر میزان وزن کودک اثر داشته باشد و نتیجه پژوهش را مخدوش کند که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج می‌باشد. ثانیاً تفاوت وضعیت جسمی و

فهرست منابع

- 1- Harisson KP. Harisson Internal Medicine abstract 1998. translated by Aliyari zonouz, 14th ed. Tehran: teymourzadeh; 1999. P.204.
- 2- Well baby. Authorized by pediatrics nursing group of nursing & midwifery faculty of shahid beheshti medical university. Tehran. Noore danesh; 1999. P.42.
- 3- Panjoieni S. obesity in child. Kordestan Med Sci Univ J; 1998.11(78): 11-38.
- 4- Vanessa G, Jamie G, Kathleen F, Cindy W. Family Dietary and Activity Behaviors Associated with Overweight Risk Among Low-income Preschool Age Children. Californian J Health Promot; 2003. 1(2): 66-77.
- 5- Drohan HS. Managing early childhood obesity in the primary care sitting. A behavior modification approach. Pediatr Nurs; 2002. 28(6): 599.
- 6- Elizabeth B, Schulte R, Debra L, Price R, Julie F, Gwin M, et al. Thompson's pediatric nursing. Saunder's Company. Mosby. Taheran. 8th ed. 2001. 252.
- 7- Skybo A, Theresa R, Wenger RN. A school- based intervention to teach third grade children about the prevention of heart disease. Pediatric nursing. May / June. 2002. vol. 22. /no,pg-3
- 8- Jyu-lin C, Christin K. Factors Associated with obesity in Chinese- American children. pediatr Nurs; 2005. 31(2): 110-11.
- 9- Nelson BR. Essential of pediatric. 5th ed. Mosby; Tahera. 2005. P.356.
- 10- Biths B. Physical examination and taking history. translated by dr bahram ghazi jahani & et al. Tehran, babazadeh publication, 1998, P.642.
- 11- Buiten C, Metzger B. Childhood obesity and risk of cardiovascular disease: A review of science. Pediatr Nurs; 2000. 26. less.1; p.13.
- 12- Simmon H, Comb S. Obesity in children and adolescents: Guidelines for prevention and management. Nurs Pract. 2004. 29(8): 69.
- 13- R KH. Robinso nutrition principles, translated by kholdi N, Tehran: salami; 1998, P.51-53, 132.

روانی نمونه های تحت بررسی و تفاوت میزان درک و برداشت آنان از شرایط گوناگون، این عوامل ممکن است روی نتیجه تحقیق از نظر همگون سازی ویژگی‌های شخصی افراد تأثیر بگذارد. ثالثاً عدم امکان برگزاری کلاس‌های آموزشی همزمان مادر و کودک. رابعاً تفاوت بین انگیزه و احساس مادر و کودک در مورد اضافه وزن و پیگیری درمان بود.

پرستاران نیز در کمک به کودکان برای کاهش وزن می‌تواند نقش مهمی را ایفا کرده و از طریق روش‌های غیرتهاجمی و سالم برای کاهش وزن کودکان به آنها کمک کنند.^(۴)

به نظر می‌رسد که آشنایی با چاقی و اضافه وزن و شناسایی عادات غیر بهداشتی غذایی کودک و خانواده و شناسایی مدون علائم و عوارض چاقی و سپس تفسیر صحیح آنها و آموزش روش‌های پیشگیری و مقابله با آن برای پرستاران و اعضای تیم مراقبت بهداشتی در قالب دوره‌های ضمن خدمت، بازآموزی یا کارگاه آموزشی توسط مدیران پرستاری و مسؤولین بهداشت مدارس پیش بینی گردد.

تقدیر و تشکر

از مسؤولین وزارت آموزش و پرورش و آموزش و پرورش منطقه شهریار (گروه بهداشت مدارس) تشکر و قدردانی می‌شود همچنین از مدیر و معلمین بهداشت مدارس ابتدائی شکوفه‌های انقلاب، بعثت و یادگار امام تشکر و قدردانی می‌گردد. از کودکان و والدین محترم شان به خاطر همکاری فعالانه تشکر و قدردانی می‌شود.

- 14- Pertti M. Management of Individuals Who Are Obese Behavior modification and Other Aspects, Dis Manage Health Outcom; 1998. 4(5): 267-275.
- 15- Golan M, Crow S. Parents Are key playing in the prevention and treatment of weight-related problem. Nutrition Rev; 2004. 62(1): 36.
- 16- Epstein H, Leonaard J, Minich NR, Rocco AP, Hollie AR. Family-based behavioral mtervention for obese children. Int J Obesity Related Metabol. Dis; 1996. 20: 514- 521.
- 17- Bandura A. Social Learning theory. Englewood cliff: Prentice – Hall; 1997. P.54.
- 18- Mustajoki P. Management of Individuals who Are obese: Behavior Modification and other Aspects, Dis Manage Health outcome; 1998. 415: 267- 275.
- 19- John PF, Walker-searlos P. Role behavior consoler in treatment obesity. J Am Dietetic Assoc; 1998. 14(50): 27.
- 20- Lucille F, Whaley PN, Donna L. Whaley & Wong's Nursing care of infants and children. 1995. 966-966.
- 21- Rollnick S. Behaviour change in practice:targeting individuals. Int J obesity; 1997. 20(1): 522-6.
- 22- Stunkard AJ. Current viewson obesity. AMJ Med; 1996. 100: 230 -236
- 23- Evers C. Empower children to develop healthful eating habits. J Am Diet Assoc; 1997. 97(2): 116 -118.
- 24- Satter EM. Internal regulation and the evolution of normal growth as the basis for prevention of obesity in children. AM Diet Assoc; 1996. 79(2): 860-864.
- 25- Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with over weight risk among low – income preschool children. Pediatr; 2002. 109: 1028-1035.
- 26- Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity Am Clin Nutr; 1998. 7: 1130 – 1135.
- 27- Moon Y. Childhood obesity: Behavior modification resduces body fat in obese Korean children. Obesity Diatetes week; 2004. 10: 2.
- 28- Laessle RG, Uhlh LB. Parental influences on eating behavior in obese and nonobese preadolescents. Int J Eat Dis; 2001. 30(4): 447-453.

The Effects of Child and Parent Eating Style on Obesity of School Age Girls

*T. Sadeghi¹ MSc MA. Hosseini² PhD M. Rahgozar³ PhD Z. Kashaninia⁴ MSc

Abstract

Background and Aim: The research has shown that there is relationship between obesity in childhood and adulthood, and also, there is a direct relationship between obesity of parent, eating style and habit in family, and children obesity. This study was conducted to examine the effects of eating style of child and parent on obesity of school age girls.

Material and Method: This research was quasi-experimental study. The sample size included 97 healthy school age girls with BMI percentile above 85% in Shahriar city. They were randomly allocated to either experimental or control group (50 children in the control group and 47 children in experimental group). The samples in experimental group and their mothers received behavioral modification teaching in 7 sessions and 16 week follow up was accomplished. Before intervention and also after intervention (every month for 3 months), BMI percentile was recorded for samples of both groups. The samples also completed eating style questionnaire before and after intervention and their mothers did so.

Result: There was a statistically significant difference between two groups in terms of BMI percentile ($P=0.015$). There was no statistical significant difference between two groups in terms of eating style of child and mother ($P<0.05$).

Conclusion: Eating style of parent and child has an effect on child obesity and modification of eating style in parent and child is effective in treatment of obesity in children.

Key Words: School age children_Present BMI_Eating style

Submitted for Publication: 17 Jul 2007

Accepted for Publication: 8 June 2008

¹ Senior Lecturer in Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ghazvin University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) E-mail: tsadeghi59@yahoo.com

² Senior Lecturer in Nursing, University of Welfare and Rehabilitation.

³ Assistant Professor in medical statistics, University of Welfare and Rehabilitation.

⁴ Senior Lecturer, University of Welfare and Rehabilitation.