

بررسی رابطه شاخص‌های اقتصادی خانواده و سوء تغذیه کودکان

دکتر علی هنریشه^۱، دکتر علی حفیظی^۲، محسن اربابی^۳، دکتر حسین شریفی^۴

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت سوء تغذیه و عوارض ناشی از آن در گروه آسیب پذیر اطفال زیر ۵ سال و به منظور تعیین شیوع و رابطه وضع اقتصادی خانواده با آن، این مطالعه در سال ۱۳۷۶ در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: تحقیق به روش توصیفی - تحلیلی و سرشماری روی ۱۰۲۸ کودک یک تا پنج ساله که در تابستان ۱۳۷۶ به درمانگاه‌های اطفال تهران مراجعه کرده بودند، صورت گرفت. دو گروه مورد و شاهد به لحاظ متغیرهای زمینه‌ای و مخدوش کننده همسان شده بودند. گروه مورد و شاهد در مرحله دوم طرح پس از شناسایی اطفال مبتلا به سوء تغذیه مشخص گردید. بدین ترتیب افراد مبتلا به سوء تغذیه گروه مورد و ۵۵۰ کودک غیرمبتلا به سوء تغذیه که با گروه مورد همسان شده بود، به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. اطلاعات لازم از قبیل بعد خانوار، جنس و سن کودک از طریق پرسشنامه جمع آوری شده بودند پس از حذف ۳۳ کودک مبتلا به سوء تغذیه ثانویه، شیوع و شدت سوء تغذیه توسط معیار قد، وزن به سن و مطابق طبقه بندی مسک لارن و رسید ارزیابی گردید.

یافته‌ها: در این بررسی ۱۶۱ (۱۶/۲٪) کودک مبتلا به سوء تغذیه بودند که ۴۶/۶٪ پسر و ۵۳/۴٪ دختر بودند. ۲۲/۴٪ افراد گروه مورد ۳۲/۷٪ افراد گروه شاهد در خانواده‌های ۴/۳ نفری و ۳۱/۱٪ افراد گروه مورد ۲۳/۱٪ افراد گروه شاهد در خانواده‌های ۷ نفری به بالا زندگی می کردند. ۳۵/۴٪ مادران افراد گروه مورد و ۲۸/۵٪ گروه شاهد شاغل بودند. بین درآمد ماهانه خانواده ($p < ۰/۰۰۰۱$)، بعد خانوار ($p < ۰/۰۲۰۹$) و سواد مادر ($p < ۰/۰۳$) با سوء تغذیه کودکان رابطه معنی دار آماری وجود دارد.

نتیجه گیری و توصیه‌ها: با توجه به تأثیر برخی از عوامل اقتصادی در شیوع و شدت سوء تغذیه لازم است بررسی و رسیدگی به این مسئله جزء اولویت‌های برنامه ریزی کشوری قرار گیرد تا بدین ترتیب از عوارض و مخارج درمان سوء تغذیه کاسته شود.

واژگان کلیدی: سوء تغذیه، FTT، شاخص‌های اقتصادی

۱- دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه کودکان

۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - گروه کودکان

۳- دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه انگل شناسی

۴- دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه داخلی

مقدمه

رشد و تکامل از مسایل مهم و پایه طب اطفال می‌باشد. فرآیند رشد علاوه بر این که مهم‌ترین شاخص سلامتی کودک می‌باشد، معیار باارزشی جهت تعیین سلامت خانواده و جامعه به شمار می‌آید (۱). سرعت رشد در دو سال اول زندگی و دوران بلوغ سریع‌تر بوده و وقوع هرگونه عوامل بازدارنده در این دو مرحله می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری بر جای بگذارد (۲). عقب‌ماندگی رشدی (Failure To Thrive) (FTT) وضعیتی است که کودک اضافه وزن پیدا نکند. به عبارت دیگر زمانی که شاخص‌های تن‌سنجی (وزن، قد، دورسر) مقادیری کمتر از 2SD از میانگین منحنی (National Center for Health) NCHS (Statistic) و یا کمتر از صدک سوم داشته باشند، شخص به FTT مبتلا است. (۳).

مطابق آمارهای که وزارت بهداشت با همکاری سازمان یونیسف منتشر کرده است، ۱۸/۹٪ کودکان زیر ۵ سال نسبت قد به سن و ۱۵/۷٪ نسبت وزن به سن زیر صدک سوم منحنی NCHS دارند که با توجه به جمعیت زیر ۵ سال کشورمان، حدود ۱/۴ میلیون کودک زیر ۵ سال دچار FTT در کشور وجود دارد (۳، ۴).

تشخیص و درمان زودرس FTT از اهمیت بسزایی برخوردار است، در واقع عدم تشخیص و درمان به موقع، خصوصاً در دوران شیرخوارگی و کودکی که رشد با تکامل مغزی و شکل‌گیری شخصیتی است، صدمات جبران‌ناپذیری بر جای خواهد گذاشت. بررسی‌های انجام شده در این زمینه نشان‌دهنده تاثیر عوامل مختلف بر روی تغذیه و رشد کودکان می‌باشد که مهم‌ترین آن وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده می‌باشد که این

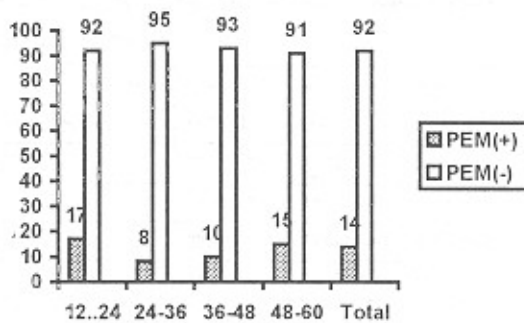
موضوع به طور مستقیم و یا غیرمستقیم وضعیت تغذیه‌ای کودک را تحت تاثیر قرار خواهد داد (۵). با توجه به تناقضاتی موجود در شیوع سوء تغذیه و رابطه شاخص‌های اقتصادی خانواده با آن و به منظور تعیین شیوع این بیماری، تحقیق حاضر روی کودکان ۵-۱ سال مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

تحقیق به روش تحلیلی و به صورت سرشماری روی ۱۰۲۸ کودک یک تا پنج ساله صورت گرفت. اطلاعات لازم از قبیل بعد خانوار، شغل، سطح سواد مادر، درآمد خانوار، جنس و سن کودک در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. شدت سوء تغذیه با استفاده از معیار قد و وزن به سن تعیین و در فرم اطلاعاتی ثبت گردید.

در این بررسی کودک مبتلا به سوء تغذیه فردی است که طبق طبقه‌بندی مک لارن و رید نسبت قد - وزن به سن آن‌ها کمتر از ۹۰٪ و کودک سالم فردی است که این نسبت در او بالاتر از ۹۰٪ باشد. همچنین شاخص اقتصادی بر اساس درآمد ماهیانه خانواده تعیین گردید. درآمد کمتر از ۵۰۰۰۰ تومان وضع اقتصادی بد، ۵۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰ تومان وضع اقتصادی متوسط و بالاتر از ۱۰۰۰۰۰ تومان وضع اقتصادی خوب در نظر گرفته شد.

به منظور تعیین رابطه شاخص‌های اقتصادی خانواده با سوء تغذیه، تحقیق به روش تحلیلی و از نوع مورد - شاهدی صورت گرفت. گروه مورد کودکان قبلاً به سوء تغذیه و برای تعیین گروه شاهد از میان ۸۳۴ کودکی که سوء تغذیه نداشتند، ۵۵۰ کودک که از نظر متغیرهای سن، جنس و الگوی تغذیه‌ای



شودار ۱- توزیع ۹۵۵ کودک بر حسب سوء تغذیه و به تفکیک گروه های سنی

از لحاظ بعد خانوار مطالعه نشان داد که ۲۲/۴٪ افراد گروه مورد در مقابل ۳۲/۷٪ گروه شاهد در خانواده های ۳ و ۴ نفری زندگی می کنند. ۴۶/۶٪ افراد گروه مورد در مقابل ۴۴/۲٪ افراد گروه شاهد در خانواده های ۵ و ۶ نفری زندگی می کردند. سایر افراد گروه مورد و شاهد در خانواده های ۷ نفری و بالاتر زندگی می کردند. ارتباط آماری معنی داری بین سوء تغذیه و بعد خانوار یافت شد ($p < 0.02$).. مقایسه درآمد ماهانه خانواده ها در جدول ۱ آورده شده نشان می دهد ۲۶/۶٪ کودکان خانواده های با درآمد ماهانه کمتر از ۵۰ هزار تومان به سوء تغذیه مبتلا هستند. در مورد خانواده هایی با درآمد ماهانه ۵۰-۱۰۰ هزار تومان، این رقم ۳۱/۲٪ بود. آزمون های آماری نشان داد ارتباط بین سوء تغذیه کودکان و درآمد ماهانه خانواده معنی دار است ($p < 0.0001$).

در یک سالگی با افراد گروه مورد همسان بودند، انتخاب شدند. داده های فرم اطلاعاتی طبقه بندی و نتایج به صورت آمار توصیفی گزارش گردید. با استفاده از آزمون مجذور کای (X^2) رابطه شاخص های اقتصادی با سوء تغذیه تعیین و نتایج به صورت جداول توزیع فراوانی و نمودار ارائه گردید.

یافته ها

در مرحله اول این پژوهش ۱۰۲۸ کودک یک تا پنج ساله مورد ارزیابی قرار گرفته و از بین آنها ۳۳ کودک به علت دارا بودن یکی از متغیرهای مخدوش کننده از مطالعه حذف شدند. ۹۹۵ کودک باقیمانده از نظر سوء تغذیه مورد بررسی قرار گرفته، به کمک معیار قد، وزن به سن و طبقه بندی مک لارن ورید شدت آن تعیین گردید.

۱۶۱ نفر (۱۶/۲٪) از کودکان دچار سوء تغذیه بوده و ۸۳۴ (۸۳/۸٪) نفر فاقد سوء تغذیه بودند. از ۱۶۱ کودک مبتلا به سوء تغذیه، ۶۸/۹٪ سوء تغذیه خفیف، ۲۸٪ متوسط و ۳/۱٪ سوء تغذیه شدید داشتند.

در گروه مورد ۷۵ کودک (۴۶/۶٪) پسر و ۸۶ کودک (۵۳/۴٪) دختر بودند. حال آن که در گروه شاهد ۲۶۱ کودک (۴۷/۵٪) پسر و ۲۸۹ کودک (۵۲/۲٪) دختر می باشند. از لحاظ توزیع سنی ۱۸/۲٪ کودکان مبتلا به سوء تغذیه در محدوده سنی ۱۲-۲۴ ماهگی می باشند که در واقع بیشترین افراد مبتلا در این محدوده سنی قرار دارند.

بحث

در این مطالعه شیوع سوء تغذیه ۱۶/۲٪ بود که با برخی آمارها مطابقت داشته و با برخی اختلاف دارد که این تفاوت می‌تواند به علت تفاوت در محل نمونه‌گیری و استانداردهای انتخاب شده باشد. شهرکی (۹) در مطالعه خود شیوع سوء تغذیه را در مناطق سراوان، ایرانشهر و زابل به ترتیب ۳۰/۵٪، ۳۴/۹٪ و ۲۸٪ گزارش کرده است که با توجه به پایین بودن سطح اقتصادی و اجتماعی مناطق فوق قابل توجه است.

در این تحقیق ۵۳/۴٪ کودکان دچار سوء تغذیه دختر و ۴۶/۶٪ پسر بودند. شیوع بیشتر سوء تغذیه در دخترها با مطالعه جاویدان مطابقت دارد که البته این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

بیشترین شیوع سوء تغذیه در گروه سنی ۱۲-۲۴ ماهه می‌باشد (۱۸/۲٪) که علت آن می‌تواند همزمان شدن این دوره با مرحله از شیرگیری و تغییر رژیم غذایی کودک باشد.

در این تحقیق مشخص شد که بعد خانوار رابطه معنی‌دار آماری با سوء تغذیه دارد که از این نظر با سایر پژوهش‌ها (۵) همخوانی دارد.

بعد خانوار همواره از جهات مختلف به عنوان عاملی که باعث بروز سوء تغذیه در کودکان می‌شود مدنظر بوده است. خانواده‌های پرجمعیت از لحاظ اقتصادی دچار مشکل بیشتری بوده که به علت افزایش تعداد مصرف‌کننده‌ها در خانواده، سهم کمتری از سبد غذایی خانواده به هر نفر تعلق می‌گیرد. همچنین در خانواده‌های پرجمعیت توجه والدین به تک‌تک کودکان کمتر شده و زمینه بروز سوء تغذیه به نحو قابل توجهی فراهم می‌شود. علاوه بر این همیشه در خانواده‌های پرجمعیت

جدول ۱: توزیع فراوانی سوء تغذیه برحسب درآمد ماهانه خانوار سال ۱۳۷۶

سوء تغذیه درآمد ماهانه (هزار تومان)	دارد (n=۱۶۱)	ندارد (n=۵۵۰)	جمع
کمتر از ۵۰	۲۵ (۲۶/۶)	۶۹ (۱۲/۴)	۹۴ (۱۰۰)
۵۰-۱۰۰	۹۰ (۳۱/۲)	۱۹۸ (۳۶/۷)	۲۸۸ (۱۰۰)
۱۰۰-۱۵۰	۳۳ (۱۵/۹)	۱۷۶ (۳۱/۲)	۲۰۹ (۱۰۰)
۱۵۰ و بالاتر	۱۳ (۸/۰)	۱۰۷ (۱۹/۲)	۱۲۰ (۱۰۰)

مطالعه نشان داد، ۳۰/۹٪ کودکان مادران بی‌سواد به سوء تغذیه مبتلا بودند. این رقم در مورد مادران با سطح تحصیلات راهنمایی، دیپلم و یا بالاتر به ترتیب ۲۸/۶٪، ۲۰/۶٪ و ۱۹/۶٪ بود. تفاوت موجود به لحاظ آماری معنی‌دار است. ($p < ۰/۰۳$) (جدول شماره ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی سوء تغذیه برحسب سواد مادر، سال ۱۳۷۶

سوء تغذیه سواد مادر	دارد (n=۱۶۱)	ندارد (n=۵۵۰)	جمع
بی سواد	۹ (۵/۰/۹)	۱۳ (۲/۹/۱)	۲۲ (۱۰۰)
تا راهنمایی	۴۲ (۲۸/۶)	۱۰۵ (۱۹/۱/۴)	۱۴۷ (۱۰۰)
تا دیپلم	۸۱ (۲۰/۶)	۳۱۳ (۵۶/۴)	۳۹۴ (۱۰۰)
دانشگامی	۲۹ (۱۹/۶)	۱۱۹ (۲۱/۴)	۱۴۸ (۱۰۰)

۲۶/۶٪ کودکان مادران شاغل و ۲۰/۹٪ کودکان مادران خانه‌دار به سوء تغذیه مبتلا بودند. این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی سوء تغذیه به تفکیک اشتغال به کار مادر، سال ۱۳۷۶

سوء تغذیه اشتغال به کار مادر	دارد (n=۱۶۱)	ندارد (n=۵۵۰)	جمع
شاغل	۵۷ (۳۶/۶)	۱۵۷ (۲۸/۴)	۲۱۴ (۱۰۰)
خانه‌دار	۱۰۴ (۲۰/۹)	۳۹۳ (۷۱/۱)	۴۹۷ (۱۰۰)

سطح پایین بهداشتی و کمبود فضای کافی برای کودکان مطرح می باشد.

مطالعه نشان داد که درآمد ماهانه خانوار یکی از عوامل مؤثر در شیوع سوء تغذیه کودکان می باشد. این ارتباط در مطالعه معتبر (۶) نیز به دست آمده است. درآمد پایین خانوار باعث کاهش قدرت خرید و در نتیجه مصرف کمتر مواد غذایی ارزشمند از لحاظ تغذیه‌ای می شود. سازمان جهانی بهداشت شیوع بیشتر سوء تغذیه را در کشورهای جهان سوم ناشی از پایین بودن درآمد سالانه در این کشورها می داند (۴).

تحقیق نشان داد هرچه سواد مادر کمتر باشد احتمال شیوع سوء تغذیه در کودکان بیشتر خواهد بود تحصیلات مادر ممکن است به دلایل زیر در تغذیه کودک تاثیرگذار باشد:

۱- از طریق افزایش آگاهی تغذیه‌ای و رشدی کودک به صورت استفاده از کتب آموزشی، مجلات و روزنامه‌ها.

۲- از طریق افزایش میزان بهره‌وری تغذیه‌ای.

این مطالعه نشان داد شغل مادر با سوء تغذیه کودکان ارتباط معنی‌داری ندارد. در حالی که مطالعه معتبر و همکاران رابطه معنی‌داری بین اشتغال خارج منزل مادران و شیوع سوء تغذیه کودکان به دست آورده بود. به هر حال محل نمونه‌گیری و معیارهای انتخاب شده می‌تواند تا حدودی توجه‌کننده این اختلاف باشد. اشتغال مادر از یک طرف می‌تواند به عنوان یک منبع درآمد مکمل، مسایل مادی خانواده را تا حدودی

مرتفع سازد و از طرف دیگر دوری مادر از کودک و کاهش رسیدگی و توجهات او به کودک باعث مشکلات تغذیه‌ای در کودک شود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها:

این مطالعه و دیگر مطالعات داخلی نشانگر شیوع بالای سوء تغذیه است. بیشترین موارد سوء تغذیه در رده سنی ۲۴-۱۲ ماهه دیده می‌شود که می‌تواند به علت همزمان شدن این دوره سنی با مرحله از شیرگیری و تغییر رژیم غذایی کودک باشد. توجه به تغذیه کودکان، تغذیه با شیر مادر و تغذیه کمکی و زمان شروع آن می‌تواند در جلوگیری از شیوع و شدت سوء تغذیه کودکان مؤثر باشد.

تحقیق نشان داد اکثر عوامل اقتصادی در شیوع سوء تغذیه مؤثر بوده و به طور کلی وضع اقتصادی با سوء تغذیه رابطه معنی‌دار آماری دارد.

حمایت‌های تغذیه‌ای در گروه سنی آسیب‌پذیر به خصوص کودکان زیر دو سال، باید مورد توجه مسئولین وزارت بهداشت قرار گیرد. حمایت‌های لازم جهت افزایش قدرت خرید خانواده‌های کم درآمد انجام گیرد و سیستم‌های توزیع ارزان قیمت مواد غذایی مهم مثل گوشت، مرغ، روغن برای این قبیل خانواده‌ها سیاست‌گذاری شود. در این خصوص آموزش‌های تغذیه‌ای برای همه اقشار از طریق رسانه‌های گروهی، پوسترها و ... باید انجام گیرد.

مطالعات تکمیلی در خصوص تعیین عوامل مؤثر در شیوع و شدت سوء تغذیه کودکان توصیه می‌شود.

References

- ۱- شفق‌ی خ. کنترل و پیشرفت رشد در کودکان خردسال. نشر بنیاد، ۱۳۷۲؛ صفحه ۲.
- ۲- گلکاری ح. بررسی اختلالات رشد. انتشارات آینده سازان، ۱۳۶۹؛ صفحه ۲.
- ۳- سازمان آماری ایران. سالنامه آماری کشوری سال ۷۵، انتشارات سازمان آمار ایران. ۱۳۷۶.
- 4- Ministry of Health and Medical Education in Collaboration with UNICEF. Cluster survey for evaluation of mid Educate Goal Indicators.
- 5- Jelliffe DB. The assessment of the nutrition status of the community. WHO, Geneva, 1966; 52: 71.
- ۶- معتبرا، سیاسی ف، کیقبادی ک، محمه ک. عوامل مؤثر بر وضع تغذیه کودکان. هفته نامه پزشکی امروز، ۱۳۷۵؛ سال ششم، شماره ۱۶۱.