

بررسی شیوع سوء تغذیه در کودکان اول دبستان شهر گناباد سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴

مهدی بصیری مقدم^۱ - دکتر محمد قهرمانی^۲ - حمید چمنزاری^۳ - لاله بدیعی^۴

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی شاخصهای تن سنجی نه تنها به طور وسیعی برای ارزیابی رشد کودکان استفاده می شود، بلکه افزون بر سادگی، ارزانی و قابل اعتماد بودن، قویترین ابزار بررسی روند رشد و وضعیت تغذیه‌ای کودکان در جوامع مختلف است. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شیوع سوء تغذیه در کودکان اول دبستان بر اساس شاخصهای تن سنجی و ارتباط آن با برخی عوامل اجتماعی و اقتصادی از جمله تعداد فرزندان خانواده، میزان تحصیلات و شغل والدین انجام شد. **روش تحقیق:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که به صورت مقطعی و در سال ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد، قد و وزن ۵۵۸ کودک اول دبستان شهر گناباد که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. سن این کودکان بین ۶ سال و ۳ ماه تا ۷ سال و ۳ ماه بود که از ۶ سال و ۳ ماه تا ۶ سال و ۹ ماه با ۶/۵ سال منحنی مرجع NCHS و از ۶ سال و ۹ ماه و یک روز تا ۷ سال و ۳ ماه با ۷ سال منحنی مرجع NCHS مقایسه شد. برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای کودکان، سه شاخص وزن برای سن طبق معیار گومز، وزن کودک به وزن استاندارد برای قد و قد برای سن طبق معیار واترلو به ترتیب برای میزان شیوع و درجات مختلف کم وزنی، لاغری، کوتاه قدی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری Chi-Square در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار لاغری ۳۸٪، بر اساس معیار کم وزنی ۴۰/۷٪ و بر اساس معیار کوتاه قدی ۱۴/۳٪ بود. ارتباط آماری معنی‌داری بین شیوع سوء تغذیه با بعد خانوار، شغل والدین، تحصیلات والدین، دوقلوبی و فاصله حاملگی وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که وضعیت تغذیه‌ای دانش آموزان رضایت‌بخش نیست و به درجاتی از سوء تغذیه حاد و مزمن دچار هستند؛ بنابراین برنامه‌ریزی مدون و هماهنگی‌های بین بخشی و همچنین برنامه‌ریزی مناسب جهت تغذیه رایگانی که در مدارس انجام می‌شود، برای بهبود وضعیت تغذیه‌ای کودکان ضروری به نظر می‌رسد؛ همچنین با توجه به تأثیر برخی از عوامل اقتصادی در شیوع سوء تغذیه، لازم است بررسی و رسیدگی به این مسأله جزو اولویتهای برنامه‌ریزی کشوری قرار گیرد تا بدین ترتیب از عوارض و مخارج درمان سوء تغذیه کاسته شود.

کلید واژه‌ها: سوء تغذیه؛ لاغری؛ کم وزنی؛ کوتاه قدی

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۱؛ بهار سال ۱۳۸۶)

دریافت: ۱۳۸۶/۳/۲۱ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۶/۱۱ پذیرش: ۱۳۸۶/۶/۱۸

^۱ نویسنده مسؤؤل؛ کارشناس ارشد پرستاری گرایش آموزش کودکان، دانشکده علوم پزشکی گناباد
آدرس: گناباد- بیمارستان ۲۲ بهمن- دفتر پرستاری تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۲۹۰۱۲ نامبر: ۰۵۳۵-۷۲۲۹۶۱۹ پست الکترونیکی: basiri1344@yahoo.com
^۲ متخصص بیماریهای کودکان؛ استادیار گروه آموزشی بهداشت، دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۳ کارشناس ارشد پرستاری گرایش داخلی- جراحی، دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۴ کارشناس زبان انگلیسی

مقدمه

کودک برای رشد کردن یک جبر و توانایی ذاتی دارد، ولی عوامل بسیاری می‌تواند این توانایی را تضعیف و یا این روند را محدود سازد (۱). از آنجا که هر مرحله از رشد بر روی مرحله قبلی بنا می‌شود و بر مرحله بعدی اثر می‌گذارد، در صورتی که نیازهای بهداشتی درمانی و روانی- اجتماعی هر مرحله برآورده نگردد، بتدریج ضایعات حاصل از آن بیشتر و جبران آن مشکلتر خواهد شد (۲).

بیش از یک ششم بیماریها در جهان ناشی از سوء تغذیه است که این رقم در بعضی مناطق محروم ممکن است به یک سوم برسد (۳). کودکان به دلیل نیازهای ویژه غذایی جهت تأمین رشد به طور قابل توجهی در معرض ابتلا به سوء تغذیه هستند. سوء تغذیه شدید بویژه در مناطق با فقر اقتصادی، به علت کمبود مواد غذایی و مناطق با فقر فرهنگی به دلیل عدم دانش کافی در مورد روشهای تغذیه و همچنین در مناطق با فقر بهداشتی بیشتر دیده می‌شود (۴).

سوء تغذیه یکی از مهمترین علل عقب‌ماندگی رشدی می‌باشد. در کشورهای در حال توسعه ۵۴-۴۶ درصد مرگ کودکان به علت سوء تغذیه و عفونت است (۵). در حال حاضر ۷۹٪ از کودکان دارای سوء تغذیه در آسیا، ۱۷٪ در آفریقا و ۳٪ در آمریکای لاتین می‌باشد و از نزدیک به ۱۲ میلیون کودک زیر ۵ سالگی که سالانه در کشورهای در حال توسعه می‌میرند، بیش از ۶ میلیون آنها به طور مستقیم یا غیرمستقیم سوء تغذیه دارند. مطالعات اخیر نشان داده است که این مشکل، میزان یادگیری کودکان در مدرسه و موفقیت‌های بعدی آنها را در طول زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). در مطالعه‌ای که در هند در سال ۲۰۰۱ انجام شد، میزان شیوع سوء تغذیه ۴۶/۸٪ گزارش گردید (۷) و در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۷ در بابل انجام شد، نتایج نشان داد که بر اساس معیار گومز، ۴۰/۳٪ پسران و ۴۰/۹٪ دختران به درجاتی از سوء تغذیه دچار بوده‌اند؛ روش مک لارن- رید نشان داد که ۳۴/۴٪ پسران و ۳۲/۸٪ دختران به درجاتی از سوء تغذیه زمان حال گرفتار بوده‌اند؛ همچنین بر اساس معیار واترلو، ۲۵/۵٪ پسران و ۲۳/۸٪ دختران از سوء تغذیه زمان گذشته رنج می‌بردند (۸).

طی پژوهشی که در بیرجند در سال ۱۳۸۰ انجام شد، میزان

شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی (طبق معیار گومز) ۷۳/۷٪ و بر اساس معیار لاغری (طبق معیار واترلو) ۳۶/۵٪ و بر اساس معیار کوتاه قدی (طبق معیار واترلو) ۴۸/۶٪ گزارش گردید (۹).

مطالعه حاضر با هدف دستیابی به اطلاعات اولیه در زمینه شیوع سوء تغذیه در کودکان اول دبستان شهر گناباد و ارتباط آن با برخی عوامل اجتماعی و اقتصادی از جمله تعداد فرزندان خانواده، میزان تحصیلات والدین و شغل والدین انجام شد.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی که به صورت مقطعی و در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد، قد و وزن ۵۵۸ کودک اول دبستان که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند، مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور ابتدا اسامی تمامی مدارس ابتدایی دولتی شهر گناباد از اداره آموزش و پرورش شهرستان گناباد دریافت و سپس طبقه‌ها تعیین و متعاقب آن نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند.

پس از انتخاب نمونه، فرم بازننگری حاوی اطلاعات فردی، شامل سن، جنس، تعداد فرزندان خانواده، میزان تحصیلات والدین، محل سکونت و ... جهت تکمیل توسط والدین، به کودکان داده شد تا در صورت رضایت والدین به کمک پژوهشگر تحویل و سپس شاخصهای قد و وزن کودک توسط کمک‌پژوهشگر اندازه‌گیری می‌شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل ترازوی عقربه‌ای و متر نواری غیرقابل ارتجاع بود که ابزار استاندارد برای اندازه‌گیری قد و وزن می‌باشند.

جهت پایایی آنها از پایایی هم ارز استفاده شد. وزن کودکان در حالت ایستاده، بدون کفش و با حداقل لباس اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری قد در تمام کودکان به صورت ایستاده، بدون کفش با یک متر نواری غیرقابل ارتجاع متصل به دیوار به طوری که باسن، پشت شانه‌ها و پاشنه پا به دیوار چسبیده و نگاه کودک مستقیم به روبه‌رو بود، اندازه‌گیری شد.

سن تمامی کودکان بین ۶ سال و ۳ ماه تا ۷ سال و ۳ ماه بود که از ۶ سال و ۳ ماه تا ۶ سال و ۹ ماه با ۶/۵ سال منحنی مرجع NCHS* و از ۶ سال و ۹ ماه و یک روز تا ۷ سال و ۳ ماه با ۷

* National Center for Health Statistics

سال منحنی مرجع NCHS مقایسه شد.

برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای کودکان سه شاخص وزن برای سن طبق معیار گومز، وزن کودک به وزن استاندارد برای قد و قد برای سن طبق معیار واترلو به ترتیب برای میزان شیوع و درجات مختلف کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی مورد استفاده قرار گرفت. در صورتی که کودک مردود شده بود و یا در دو هفته اخیر به بیماری اسهال شدید یا سرما خوردگی شدید و یا تب بالا مبتلا شده بود، از مطالعه حذف می‌شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری Chi-Square در سطح معنی‌داری $P \leq 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۵۸ کودک اول دبستان مورد مطالعه قرار گرفتند که ۵۵٪ آنان پسر و ۴۵٪ دختر بودند.

شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار لاغری در دختران ۴۲٪ بود که ۳۳/۳٪ خفیف، ۴/۳٪ متوسط و ۰/۴٪ شدید بود و در پسران ۳۴/۶٪ بود که ۳۳/۳٪ خفیف و ۱/۳٪ متوسط بود؛ در مجموع شیوع سوء تغذیه بر اساس این معیار ۳۸٪ بود که ۳۳/۳٪ خفیف، ۴/۳٪ متوسط و ۰/۴٪ شدید بود.

شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کوتاه قدی در پسران ۱۵/۱٪ بود که ۱۳/۱٪ آن خفیف و ۲٪ آن متوسط بود. شیوع سوء تغذیه در دختران ۱۳/۵٪ بود که ۱۲/۷٪ خفیف و ۰/۸٪ متوسط بود. شیوع سوء تغذیه بر اساس شاخص کم‌وزنی، لاغری و کوتاه قدی در دو جنس تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$). در مجموع شیوع سوء تغذیه بر اساس این معیار ۱۴/۳٪ بود که ۱۲/۹٪ خفیف و ۱/۴٪ متوسط بود.

شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی در پسران ۳۸/۹٪ بود که ۳۲٪ خفیف و ۶/۹٪ متوسط بود؛ در مورد دختران نیز ۴۲/۹٪ بود که ۳۷/۷٪ خفیف و ۵/۲٪ متوسط بود و در مجموع شیوع سوء تغذیه بر اساس این معیار ۴۰/۷٪ بود که ۳۴/۶٪ خفیف و ۶/۱٪ متوسط بود.

ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل پدر و شیوع سوء تغذیه بر اساس شاخص کم وزنی و لاغری وجود داشت ($P < 0.05$)؛ به طوری که بیشترین شیوع سوء تغذیه در کودکانی بود که پدرشان

بیکار و کمترین مقدار مربوط به مشاغل کارمندی بود. ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل مادر و شیوع سوء تغذیه بر اساس شاخص کوتاه قدی و کم وزنی وجود داشت ($P < 0.05$)؛ به طوری که بیشترین شیوع سوء تغذیه در کودکانی بود که مادر، خانه‌دار بود و کمترین مقدار آن در کودکانی بود که مادر، شغل خانگی داشت.

ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات پدر و شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کوتاه قدی و کم وزنی وجود داشت ($P < 0.05$)؛ به طوری که بیشترین میزان سوء تغذیه بر اساس معیار کوتاه قدی در کودکانی بود که پدر بی‌سواد و کمترین میزان شیوع سوء تغذیه در کودکانی بود که پدر دیپلم و یا بالاتر داشتند و بیشترین میزان شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی در کودکانی بود که پدر با تحصیلات ابتدایی و کمترین میزان شیوع سوء تغذیه در کودکانی بود که پدر تحصیلات دیپلم و بالاتر داشت. ارتباط آماری معنی‌داری بین تحصیلات مادر و شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کوتاه قدی ($P < 0.01$) و کم وزنی ($P < 0.01$) وجود داشت؛ به طوری که هر چه میزان تحصیلات کاهش می‌یافت، شیوع سوء تغذیه بیشتر بود.

ارتباط آماری معنی‌داری بین تعداد فرزندان و شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی و لاغری وجود داشت ($P < 0.05$)؛ به طوری که هر چه تعداد فرزندان بیشتر می‌شد، شیوع سوء تغذیه افزایش می‌یافت. ارتباط آماری معنی‌داری بین دو قلوبی و شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی وجود داشت ($P < 0.01$)؛ به طوری که شیوع سوء تغذیه در کودکان دو قلوبی بیشتر بود.

ارتباط آماری معنی‌داری بین فاصله حاملگی و شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی و لاغری وجود داشت ($P < 0.05$)؛ سوء تغذیه در کودکانی که مادرشان فاصله حاملگی کمتر از دو سال داشتند، بیشتر از کودکانی بود که مادرشان فاصله حاملگی بیشتر از دو سال داشتند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که شیوع کم وزنی نسبت به دو معیار دیگر از درصد بالاتری برخوردار است. سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی ترکیبی از سوء تغذیه زمان حال و گذشته

این پژوهش سوء تغذیه با افزایش تعداد فرزندان خانواده و والدین بی سواد و مادران خانه‌دار افزایش نشان داد (۹).

در پژوهشی که بر روی ۴۰۰ کودک پیش دبستانی مهد کودکهای تبریز انجام شد، میزان شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی ۵۱/۹٪، بر اساس معیار کوتاه قدی ۴۶/۱٪ و بر اساس معیار لاغری ۴۷/۶٪ بود (۱۰).

در مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۲۸ کودک ۵-۱ ساله مراجعه کننده به درمانگاههای کودکان تهران انجام شد، ۱۶/۲٪ کودکان دچار سوء تغذیه (بر اساس معیار مک لارن- رید) بودند. تفاوت آماری معنی‌داری بین شیوع سوء تغذیه و بعد خانوار ($P < 0/05$)، درآمد ماهانه ($P < 0/001$) و میزان تحصیلات مادران ($P < 0/03$) وجود داشت (۱۱).

نتایج تحقیق بر روی ۹۹۵ دانش‌آموز دبستانی ۱۱-۶ ساله در بابل، نشان داد که بر اساس معیار گومز ۴۰/۳٪ پسران و ۴۰/۹٪ دختران به درجاتی از سوء تغذیه دچار بوده‌اند. روش مک لارن- رید نشان داد که ۳۴/۸٪ پسران و ۳۲/۸٪ دختران به درجاتی از سوء تغذیه زمان حال گرفتار بوده‌اند؛ همچنین بر اساس معیار واترلو ۲۵/۵٪ پسران و ۲۳/۸٪ دختران از سوء تغذیه زمان گذشته رنج می‌برند (۸).

در تحقیقی که به منظور تعیین شیوع و عوامل مرتبط با سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال اندونزی انجام شد، شیوع سوء تغذیه ۲۸/۵٪ بود و جنس، تحصیلات مادر و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بد از عوامل مرتبط با سوء تغذیه بودند (۱۲).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت تغذیه‌ای دانش‌آموزان اول دبستان شهر گناباد رضایت‌بخش نیست و به درجاتی از سوء تغذیه حاد و مزمن دچار هستند؛ بنابراین ضروری است با برنامه‌ریزی مدون و هماهنگیهای بین بخشی و همچنین برنامه‌ریزی مناسب جهت تغذیه رایگانی که در مدارس انجام می‌شود کمک لازم برای بهبود وضعیت تغذیه‌ای کودکان انجام گیرد؛ همچنین آموزش لازم در جهت افزایش میزان آگاهی والدین در ارتقای وضعیت تغذیه‌ای کودکان و عدم مصرف تنقلات و مواد غذایی بی‌ارزش و استفاده از مواد غذایی حاوی روی صورت گیرد.

می‌باشد؛ در صورتی که لاغری معرف سوء تغذیه زمان حال و کوتاه قدی معرف سوء تغذیه زمان گذشته می‌باشد.

شیوع سوء تغذیه در کودکان پدران بیکار، بیشتر از کودکانی بود که پدرشان کارمند بود و همچنین در کودکان مادران خانه‌دار، بیشتر از کودکانی بود که مادرشان شغل خانگی داشت. بیکار بودن والدین و یا یکی از آنها می‌تواند بر درآمد خانواده و در نتیجه خرید و مصرف مواد غذایی ارزشمند از لحاظ تغذیه‌ای تاثیر گذارد؛ اشتغال خانگی مادر از یک طرف می‌تواند به عنوان یک منبع درآمد مکمل، مسائل مادی خانواده را تا حدودی مرتفع سازد و از طرف دیگر بودن مادر در منزل باعث افزایش رسیدگی به کودک و کاهش مشکلات تغذیه‌ای وی می‌شود.

با افزایش تحصیلات والدین میزان شیوع سوء تغذیه کاهش نشان داد که می‌تواند ناشی از تاثیر این عوامل بر وضعیت اقتصادی خانواده و همچنین آگاهی بیشتر والدین در ارتباط با نیازهای تغذیه‌ای کودک باشد.

با افزایش تعداد فرزندان، میزان شیوع سوء تغذیه افزایش نشان داد. بعد خانوار همواره از جهات مختلف به عنوان عاملی که باعث بروز سوء تغذیه در کودکان می‌شود، مد نظر بوده است. خانواده‌های پر جمعیت از نظر اقتصادی دچار مشکل بیشتری هستند که به علت افزایش تعداد مصرف‌کننده‌ها در خانواده سهم کمتری از سبد غذایی خانواده به هر نفر تعلق می‌گیرد؛ همچنین در خانواده‌های پر جمعیت توجه والدین به تک تک کودکان کمتر شده و زمینه بروز سوء تغذیه به نحو قابل توجهی فراهم می‌شود؛ همچنین همواره در خانواده‌های پر جمعیت، سطح پایین بهداشتی و کمبود فضای کافی برای کودکان مطرح می‌باشد.

شیوع سوء تغذیه در کودکان حاصل دو قلوبی و کودکانی که مادرانشان فاصله حاملگی کمتر از ۲ سال داشتند، بیشتر بود. وزن کم هنگام تولد در حاملگیهای دو قلوبی بیشتر از حاملگیهای تک قلوبی است که عمدتاً از محدودیت رشد جنین و زایمان پرترم ناشی می‌شود که این وزن کم می‌تواند رشد نوزاد را در سنین بعدی نیز تحت تاثیر قرار دهد.

میزان شیوع سوء تغذیه بر اساس معیار کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی به ترتیب ۴۰/۷٪، ۳۸٪ و ۱۴/۳٪ بود. در پژوهشی که در بیرجند بر روی کودکان ۶-۱۲ ساله انجام شد، شیوع کم‌وزنی، لاغری و کوتاه قدی به ترتیب ۷۳/۷٪، ۳۶/۵٪ و ۴۸/۶٪ بود. در

منابع:

- 1- Kligman RM, Marcadante KJ, Jenson HB, Behrman RE. Nelson Essentials of Pediatrics. 5th ed. Philadelphia; Elsevier Saunders; 2006.
- ۲- جعفرنژاد ف. پرستاری کودکان در سلامت و بیماری. چاپ اول. مشهد: انتشارات پارسیرانا؛ ۱۳۸۲.
- 3- WHO. Investing in health research and development. Report of an Adhoc Committee on Health Organization. Geneva Switzerland. 1996.
- 4- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Text Book of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004.
- 5- Sanghvi U, Thankappan KR, Sarma PS, Sali N. Assessing potential risk factors for child malnutrition in rural kerala India. J Tropical Pediatr. 2001; 47 (6): 350- 55.
- ۶- ایمانزاده ف. اختلال رشد در اعضای هیأت علمی گروه کودکان دانشگاههای علوم پزشکی کشور. کتاب جامع بیماریهای کودکان. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۸۲.
- 7- Akumar S, Misra R. Epidemiology of under nutrition. Indian J Pediatr. 2001; 68 (11): 1025-30.
- ۸- حاجیان ک ا. بررسی وضعیت تغذیه‌ای دانش‌آموزان دبستانی ۶-۱۱ ساله شهر بابل بر اساس معیارهای تن‌سنجی در سال ۱۳۷۷. دانشور. ۱۳۷۹؛ ۸ (۲۹): ۴۳-۶۰.
- ۹- طاهری ف، فشارکی نیا ا، سعادتجو ع. شیوع کم وزنی لاغری و کوتاه قدی در دانش‌آموزان ۶-۱۲ ساله شهر بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۸۰؛ ۸ (۱): ۲۷-۲۲.
- ۱۰- پورعبداللهی پ، مهرانگیز ا، کوشاور ح. الگوی مصرف مواد غذایی و وضعیت رشد کودکان پیش دبستانی مهد کودکهای تبریز. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۸۳؛ ۳۸ (۶۱): ۲۶-۲۲.
- ۱۱- هنر پیشه ع، حفیظی ع، اربابی م، شریفی ح. بررسی رابطه شاخصهای اقتصادی خانواده و سوء تغذیه کودکان. فصلنامه علمی پژوهشی فیض بهار. ۱۳۸۱؛ ۲۱: ۸۳-۸۸.
- 12- Heywood P, Surbacti S, Saadah F. Weight for age malnutrition in Indonesia Children 1992-1999. India J Epidemiol. 2004; 33 (3): 589- 95.

Title: Survey of prevalence of malnutrition in children who study at grade one in Gonabad primary school in 2005- 2006

Authors; M. Basiri Mogaddam¹, M. Gahramany², H. Chamanzary³, L. Badiee⁴

Abstract

Background and Aim: Not only evaluation of antropometric characteristics use for evaluation of children growth, but also it is sample, cheap, reliable and the strongest instrument for survey growth pattern and nutrition stats in different society. The purpose of this study was prevalence of malnutrition on the base of antropometric characteristics in children who study at grade one primary school and relation between malnutrition and some factors socioeconomic such as: Number of children, education and job parents. This study performed in 2005-2006.

Materials and Methods: This cross- sectional study was done on 558 children who study at grade one in Gonabad primary school. They were selected by stratified random sampling. All children were between 6 years and 3 month until 7 years and 3 month old. Children were between 6 years and 3 month until 6 years and 9 month were compared with 6.5 years of NCHS table standard and children were between 6 years and 3 month and one day until 7 years and 3 month were compared with 7 years of NCHS table standard. To evaluation malnutrition status used three criteria: Weight for age (Gom's), weight for height (Waterlow) and height for age (Waterlow). Data analysis was done with SPSS soft ware and chi-square test.

Results: Prevalence malnutrition was with wasting 38%, with underweight 40.7% and with stunting 14.3%. There was relation between malnutrition with number of children, education and job parents, distance between pregnancy and twinning which was statistically significant ($P<0.05$).

Conclusion: The results showed nutrition status wasn't satisfactory and some of them have acute and chronic malnutrition. Thus it is necessary to improve nutrition of children by planning free nutrition in school. With attention to effect of some of economic factors in prevalence malnutrition, it is necessary to survey this problem as one of primary planning of our country, in the result complication, expenses treatment malnutrition will be reduced.

Key Words: Malnutrition; Wasting; Underweight; Stunting

¹ Corresponding author, Master of Pediatric Educational Nursing, Gonabad University of Medical Sciences. Gonabad, Iran
basiri1344@yahoo.com

² Pediatrician; Assistant Professor, Gonabad University of Medical Sciences. Gonabad, Iran

³ Master of Medical, Surgical Educational Nursing, Gonabad University of Medical Sciences. Gonabad, Iran

⁴ Master of English