بررسی رابطه شاخص‌های اقتصادی خانواده و سوء تغذیه کودکان

دکتر علی هنرپیشه [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 آسیب‌پذیر اطفال زیر ۵ سال و به منظور تعیین شیوع و رابطه وضع اقتصادی خانواده با آن، این مطالعه در سال ۱۳۷۶ در کودکان مراجعه‌کننده 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 مخدوش‌کننده همسان شده بودند. گروه مورد و شاهد در مرحله دوم طرح پس از شناسایی اطفال مبتلا به سوءتغذیه مشخص گردید. بدین ترتیب افراد مبتلا به سوءتغذیه گروه مورد و ۵۵۰ کودک غیرمبتلا به سوءتغذیه 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 سوءتغذیه توسط معیار قد، وزن به سن و مطابق طبقه‌بندی مک‌لارن وریبد 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 می‌کردند. ۳۵/۴ ٪ مادران افراد گروه مورد و ۲۸/۵ ٪ گروه شاهد شاغل بودند. بین درآمد ماهانه خانواده ($p<0/0001$)، بعد خانوار ($p<0/0209$) و سواد مادر ($p<0/03$) با سوء تغذیه کودکان رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد.

نتیجه‌گیری 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 برنامه‌ریزی 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 ازمسایل 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 برجای بگذارد (۲). عقب‌ماندگی رشدی FTT (Faiure To Thrive) 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 NCHS (National Center for Health Statistic) و یا کمتر از صدک سوم داشته باشند، شخص به FTT مبتلا است. (۳).

مطابق آماری 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 ۱/٤ میلیون کودک زیر ۵ سال دچار FTT در کشور وجود دارد (۳،٤).

تشخیص و درمان زودرس FTT از اهمیت بسزایی برخوردار است، در واقع عدم تشخیص و درمان به موقع، خصوصا در دوران شیرخوارگی و کودکی که رشد با تکامل مغزی و شکل‌گیری شخصیتی است، صدمات جبران ناپذیری 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 تأثیر 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 وریدِ نسبت قد - وزن به سن آن ها 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 سوءتغذیه، تحقیق به روش تحلیلی و از نوع مورد - شاهدی صورت گرفت. گروه مورد کودکان قبلاً به سوءتغذیه و برای تعیین گروه شاهد از میان ۸۳٤ کودکی که سوء تغذیه نداشتند، ۵۵۰ کودک که از نظر متغیرهای سن، جنس و الگوی تغذیه‌ای

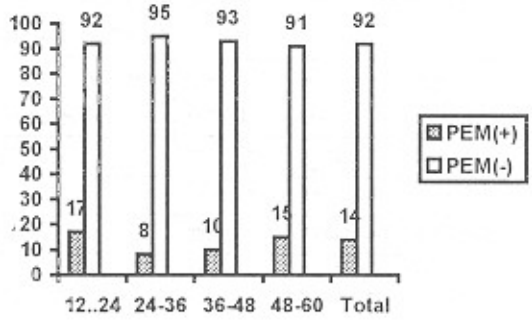
در یک سالگی با افراد گروه مورد همسان بودند، انتخاب شدند.داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه بندی و نتایج به صورت آمار توصیفی گزارش گردید. با استفاده از آزمون مجذور کای (X^2) رابطه شاخص‌های اقتصادی با سوءتغذیه تعیین و نتایج به صورت جداول توزیع فراوانی و نمودار ارائه گردید.

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 سوءتغذیه مورد بررسی قرار گرفته، به کمک معیار قد، وزن به سن و طبقه‌بندی مک‌لارن 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 ٪ سوءتغذیه خفیف، ۲۸ ٪ متوسط و ۳/۱ ٪ سوءتغذیه شدید داشتند.

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



نمودار 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 خانواده‌های ۳ و ٤ نفری زندگی می‌کنند. ٤٦/٦ ٪ افراد گروه مورد در مقابل ٤٤/٢ ٪ افراد گروه شاهد در خانواده‌های ٥ و ٦ نفری زندگی می‌کردند. سایر افراد گروه مورد و شاهد در خانواده‌های ۷ نفری و بالاتر زندگی می‌کردند. ارتباط آماری معنی‌داری بین سوءتغذیه و بعد خانوار یافت شد ($p<۰/۰۲$).. مقایسه درآمد ماهانه خانواده‌ها در جدول ۱ آورده شده نشان می‌دهد ۲٦/٦٪ کودکان خانواده‌های با درآمد ماهانه کمتر از ۵۰ هزار تومان به سوءتغذیه مبتلا هستند. در مورد خانواده‌هایی با درآمد ماهانه ۱۰۰-۵۰ هزار تومان، این رقم ۳۱/۲ ٪ بود. آزمون‌های آماری نشان داد ارتباط بین سوءتغذیه کودکان و درآمد ماهانه خانواده معنی‌دار است ($p<۰/۰۰۰۱$).

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

سوء تغذیه / درآمدماهانه(هزارتومان)	دارد (n=۱۶۱)	ندارد (n=۵۵۰)	جمع
کمتر از ۵۰	۲۵ (۲۶/۶)	۶۹ (۷۳/۴)	۹۴ (۱۰۰)
۵۰-۱۰۰	۹۰ (۳۱/۲)	۱۹۸ (۶۸/۷)	۲۸۸ (۱۰۰)
۱۰۰-۱۵۰	۳۳ (۱۵/۹)	۱۷۶ (۸۴/۲)	۲۰۹ (۱۰۰)
۱۵۰ و بالاتر	۱۳ (۱۰/۸)	۱۰۷ (۸۹/۲)	۱۲۰ (۱۰۰)

مطالعه نشان داد، ۳۰/۹٪ کودکان مادران بی‌سواد به سوءتغذیه 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. ($p<0/03$) (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 (۴۰/۹)	۱۳ (۵۹/۱)	۲۲ (۱۰۰)
تا راهنمایی	۴۲ (۲۸/۶)	۱۰۵ (۷۱/۴)	۱۴۷ (۱۰۰)
تا دیپلم	۸۱ (۲۰/۶)	۳۱۳ (۷۹/۴)	۳۹۴ (۱۰۰)
دانشگاهی	۲۹ (۱۹/۶)	۱۱۹ (۸۰/۴)	۱۴۸ (۱۰۰)

۲۶/۶٪ کودکان مادران شاغل و ۲۰/۹٪ کودکان مادران خانه دار به سوءتغذیه مبتلا بودند. این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (جدول۳).

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

سوء تغذیه / اشتغال به کار مادر	دارد	ندارد	جمع
شاغل	۵۷ (۲۶/۶)	۱۵۷ (۷۳/۴)	۱۴۲ (۱۰۰)
خانه دار	۱۰۴ (۲۰/۹)	۳۹۳ (۷۹/۱)	۴۹۷ (۱۰۰)

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 توجیه 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 ۲۴-۱۲ 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 معنی دار 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 درخانواده‌های 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

سطح پایین بهداشتی وکمبود فضای کافی برای کودکان مطرح می باشد.

مطالعه نشان داد که درآمد ماهانه خانوار یکی از عوامل مؤثر در شیوع سوءتغذیه کودکان می‌باشد. این ارتباط در مطالعه معتبر (٦) نیز به دست آمده است. درآمد پایین خانوار باعث کاهش قدرت خرید و در نتیجه مصرف کمتر مواد غذایی ارزشمند از لحاظ تغذیه‌ای می‌شود. سازمان جهانی بهداشت شیوع بیشتر سوءتغذیه را در کشورهای جهان سوم ناشی از پایین بودن درآمد سالانه در این کشورها می‌داند (٤).

تحقیق نشان داد هرچه سواد مادر کمتر باشد احتمال شیوع سوءتغذیه 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 توجیه کننده این اختلاف باشد. اشتغال مادر از یک طرف می تواند 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 کودکش باعث مشکلات تغذیه‌ای در کودک شود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها:

این مطالعه و دیگر مطالعات داخلی نشانگر شیوع بالای سوء تغذیه است. بیشترین موارد سوءتغذیه در رده سنی ٢٤-١٢ ماهه دیده می شود 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 سوءتغذیه مؤثر بوده و به طور کلی وضع اقتصادی با سوءتغذیه 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 خانواده ها سیاست گذاری شود. در این خصوص آموزش‌های تغذیه‌ای برای همه اقشار از طریق رسانه‌های گروهی، پوسترها و ... باید انجام گیرد.

مطالعات تکمیلی درخصوص تعیین عوامل مؤثر در شیوع و شدت سوءتغذیه 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، محمد ک. عوامل مؤثر بر وضع تغذیه کودکان. هفته نامه پزشکی امروز، ۱۳۷۵؛ سال ششم، شماره ۱۶۱.