

گزارش مبتنی بر شواهد در خصوص رصد سوء تغذیه کودکان زیر پنج سال در ایران

مجری پروژه: دکتر زهرا عبداللهی

گروه علوم بهداشتی و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی

چکیده: سوء تغذیه یکی از مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان زیر ۵ سال است. که با پیامدهای زیانبار بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی روند توسعه کشورها را به مخاطره می اندازد. این مطالعه با هدف تعیین روند سوء تغذیه کودکان کشور انجام شده است و یافته های آن مسیر برنامه ریزی و طراحی مداخلات مناسب برای بهبود وضعیت تغذیه کودکان کشور را کمک خواهد کرد. در این مطالعه نتایج کلیه بررسی های ملی که بطور مقطعی طی سال ۱۳۷۰ تا سال ۱۳۸۹ در سطح کشور انجام شده و شرایط ورود به مطالعه را داشته اند، جمع آوری و وضعیت سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال براساس شاخص های کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در طی دو دهه مورد مقایسه قرار گرفته و تحلیل شده است. یافته ها: این مطالعه نشان می دهد که شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال کشور در طی دو دهه گذشته کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. شیوع کم وزنی از حدود ۱۶/۶٪ در سال ۱۳۷۴ به ۴/۰۸٪ در سال ۱۳۸۹ کاهش یافته است. شیوع کوتاه قدی تغذیه ای نیز از ۱۹/۴٪ در سال ۱۳۷۴ به حدود ۶/۸٪ در سال ۱۳۸۹ و لاغری از ۷٪ به ۴٪ در طی این سال ها کاهش یافته است اما یک نکته مهم و قابل توجه این است که براساس نتایج بررسی در سال ۱۳۸۹ در مناطق محروم کشور شیوع سوء تغذیه کودکان بویژه در مناطق روستایی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از متوسط کشوری است.

نتیجه گیری و پیشنهادات: سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال کشور به طور کلی روندی کاهشی داشته است و بهبود قابل ملاحظه در وضعیت تغذیه کودکان کشور دیده می شود. برای کاهش سوء تغذیه کودکان در مناطق محروم کشور، سیاستگذاران باید کلان، طراحی و اجرای مداخلات چند بخشی با همکاری همه بخش های توسعه ضروری است.

مقدمه:

سوء تغذیه یکی از مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان زیر ۵ سال است. پیامدهای نامطلوب سوء تغذیه کودکان از جمله اختلال در رشد و تکامل مغزی و جسمی، افزایش هزینه های درمانی و مراقبت های پزشکی، افت تحصیلی و تحمیل هزینه های سنگین به آموزش و پرورش کشور، از دست دادن روزهای کاری توسط والدین است که بار سنگین مالی بر اقتصاد جامعه هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی و نیز هزینه اجتماعی بالا بر خانواده ها وارد می سازد. امروزه بررسی های انجام شده حاکی از تاثیرات نامطلوبی است که حتی اشکال خفیف و متوسط سوء تغذیه بر سلامتی وارد می سازند. تبعات سوء تغذیه به تناسب شرایط، می تواند طیف گسترده ای را از زندگی جنینی تا دوران سالمندی دربرگیرد. بدلیل سرعت رشد و تمایز سلولی پیامدهای تغذیه نامناسب در دوره کودکی بسیار شدید تر و ماندگارتر از دوران های بعدی زندگی است. علاوه بر پیامدهای ناگوار سوء تغذیه شدید، کمبود مزمن انرژی در کودکان، حتی بدون کاهش وزن و کوتاه قدی از طریق کاهش تحرک، انگیزش، کنجکاوی و در نتیجه تداخل کمتر کودک با محیط، رشد و نمو ادراکی و اجتماعی او را مختل می سازد. علاوه بر این؛ مطالعات اخیر نشان داده است که سوء تغذیه در دوران جنینی و شیر خواری با تغییرات دائمی در ساختمان بدن، فیزیولوژی و متابولیسم می تواند منجر به افزایش خطر بیماری های قلبی و عروقی در بزرگسالی شود.

بر اساس آخرین آمار منتشره سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان های بین المللی (۱) در سال ۲۰۱۱ میلادی، ۲۶٪ کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی تغذیه ای متوسط و شدید هستند. که این رقم نسبت به سال ۱۹۹۰ به میزان ۳۵ درصد

کاهش یافته است. بیشترین میزان شیوع کوتاه قدی در میان کودکان آفریقا (۳۶٪) و آسیا (۲۷٪) مشاهده شده است. در حقیقت بیش از ۹۰٪ کودکان دچار کوتاه قدی در آفریقا و آسیا زندگی می کنند. همچنین ۱۶٪ کودکان زیر ۵ سال از کم وزنی متوسط و شدید رنج می برند. که در مقایسه با سال ۱۹۹۰، به میزان ۳۶٪ کاهش یافته است. در حال حاضر شیوع لاغری متوسط و شدید در کودکان جهان ۸٪ است که نسبت به سال ۱۹۹۰ به میزان ۱۱٪ کاهش داشته است (۱). اگر چه روند کاهشی در سوء تغذیه کودکان جهان مشاهده می گردد ولی هنوز میلیونها کودک از کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری رنج برده و این مناطق نیازمند طراحی و اجرای مداخلات مناسب می باشند. سوء تغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر ۵ سال با عواقب غیر قابل جبرانی همراه است. خطر مرگ و میر کودکان با کاهش امتیاز Z در شاخص های کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری افزایش می یابد. به طوری که خطر مرگ و میر زمانی که شاخص های فوق کمتر از منهای 3SD (منهای سه انحراف معیار از جامعه مرجع) باشد، به شدت افزایش می یابد (۲). کوتاه قدی در سالهای اولیه کودکی منجر به کاهش قدرت یادگیری و عملکرد آموزشی و در نهایت کاهش درآمد و مشکلات اجتماعی و فقر اقتصادی می گردد. نتایج مطالعه در ۷۹ کشور بر اساس اطلاعات موجود در خصوص وضعیت آموزش و شیوع کوتاه قدی کودکان نشان داده است که با افزایش هر ۱۰ درصد در شیوع کوتاه قدی (کمتر از منهای 2SD) درصد کودکانی که سالهای اولیه مدرسه را به اتمام می رسانند تا ۷/۹ درصد کاهش می یابد. در تانزانیا کودکان کوتاه قد نسبت به سایر کودکان کمتر در مدرسه ثبت نام نموده اند. همچنین در هند، اتیوپی و بنگلادش ارتباط معکوس معناداری بین وزن برای سن کودکان و تکامل آنان مشاهده شده است. در پاکستان و گواتمالا اختلال رشد در شیرخواران با سن شروع راه رفتن کودکان ارتباط منفی معناداری نشان داده است. و بالاخره، کوتاه قدی در ۲۴ ماهگی با تکامل شناختی کودکان در ۹ سالگی و بهره هوشی کودکان در ۸ تا ۹ سالگی ارتباط معناداری نشان داده است (۳). در این مقاله، روند شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال در ایران مورد تحلیل قرار گرفته است.

روش مطالعه: در این مقاله، یافته های مطالعات انجام شده در کشور جمع آوری شده است و معیار های ورود به مطالعه شامل مقطعی بودن بررسی، اجرای آن در سطح ملی و به تفکیک استان، شهر ورستا، دختر و پسر بوده است.

ابتدا داده های کلیه بررسی های کشوری انجام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه تن سنجی کودکان که در طی سال های ۱۳۷۰ تا سال ۱۳۸۹ در وزارت بهداشت انجام شده بود جمع آوری شد. کلیه این مطالعات بصورت مقطعی انجام شده و داده های حاصل از ۶ مطالعه کشور که در سال های ۱۳۷۰، ۱۳۷۴، ۱۳۷۷، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶ - ۱۳۸۷ و ۱۳۸۹ به تفکیک مناطق شهری و روستایی و جنس انجام شده جمع آوری شده است. مطالعات انجام شده در سال ۱۳۷۰ و هم چنین مطالعه انجام شده طی سالهای ۸۶ و ۸۷، فاقد معیارهای ورود به مطالعه بوده و حذف شدند. در نتیجه در این مطالعه چهار بررسی کشوری مورد مطالعه قرار گرفتند. در کلیه این مطالعات از مراجع استاندارد NCHS, WHO جهت تعیین شاخص های تن سنجی استفاده شده است. در کلیه مطالعات فوق، کم وزنی براساس شاخص وزن برای سن، کوتاه قدی براساس شاخص قد برای سن و لاغری براساس شاخص وزن برای قد تعریف شده است. موارد کمبود متوسط با تعریف کمتر از منهای دو انحراف معیار و کمبود شدید با تعریف کمتر از منهای سه انحراف معیار تعیین گردیده است. همچنین در کلیه بررسی ها از روشهای استاندارد جهت اندازه گیری وزن و قد کودکان استفاده شده است.

در این بررسی ها از روش نمونه گیری خوشه ای استفاده شده است. اطلاعات مورد نیاز با مراجعه به خانوار و تکمیل پرسشنامه های استاندارد شده و با مصاحبه با مادر یا مراقب کودک جمع آوری شده است. برای اندازه گیری قد و وزن، از ترازو ها و قد سنج های یکسان که قبل از استفاده کالیبره شده بوده اند استفاده شده و تیم های پرسشگری در کارگاههای آموزشی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه و اندازه گیری قد و وزن کودک آموزش دیده اند. برای حصول اطمینان از صحت انجام کار پایش و نظارت بر نحوه پرسشگری و اندازه گیری قد و وزن کودک توسط کارشناسان ناظر شهرستان و استان انجام شده

است. هم چنین کارشناسان ناظر در سطح ملی در حین اجرای بررسی پایش و نظارت بر کار استان را به عهده داشته اند. پرسشنامه های تکمیل شده توسط ناظرین شهرستان و استان کنترل شده و در صورت مشاهده خطا در تکمیل آنها برای تکرار پرسشگری ارجاع داده شده است. ورود داده ها توسط یک تیم آموزش دیده انجام شده است به منظور صحت کنترل ورود داده ها در دو بررسی (ANIS1) The first Anthropometric Nutritional Indicators Survey و (ANIS2) The Second Anthropometric Nutritional Indicators Survey ، ورود داده ها برای ۱۰٪ پرسشنامه مجدداً تکرار گردیده است و در صورت ناهم خوانی بیش از ۱ درصد از فیلدهای کنترل شده فایل مربوطه باطل اعلام گردیده و ورود اطلاعات مجدداً تکرار شده است. آنالیز داده ها در سطح ملی وبا استفاده از نرم افزارهای SPSS, EPI6, Ecel , انجام شده و داده ها با ۹۵٪ اطمینان گزارش شده است.

یافته ها :

در سال ۱۳۷۴ به دنبال تعهد سران کشورها برای دستیابی به اهدافی در زمینه سلامت کودکان در فاصله دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ که به اهداف دهه پایانی قرن بیستم معروف بوده است، با همکاری مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفتر یونیسف در تهران مطالعه میزان دستیابی به اهداف میان دهه ای انجام شد (۴).

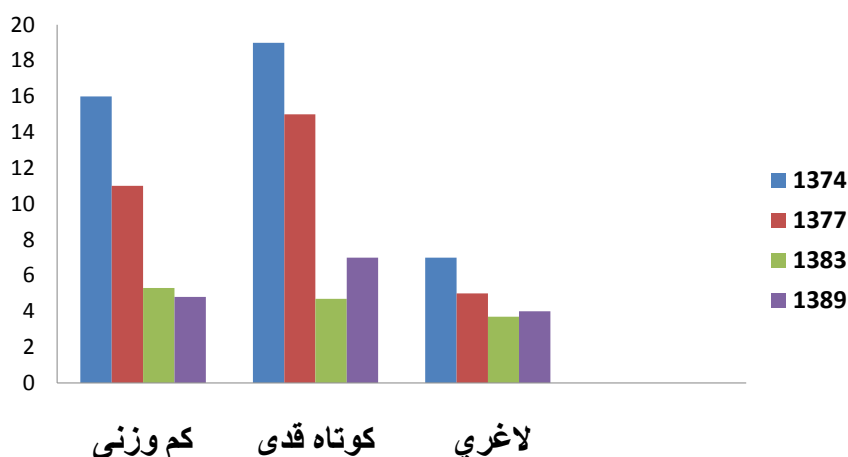
در مطالعه مزبور با استفاده از امکانات نرم افزاری و به روش Z.score شاخص های قد برای سن (کوتاه قدی) ، وزن برای سن (کم وزنی) و وزن برای قد (لاغری) تعیین شد. براساس نتایج این مطالعه ، ۱۶/۶٪ کودکان زیر ۵ سال دچار کم وزنی متوسط و شدید، ۱۹/۴٪ کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی تغذیه ای متوسط و شدید و ۷٪ کودکان زیر ۵ سال دچار لاغری متوسط و شدید بوده اند.

بررسی کشوری انجام شده توسط وزارت بهداشت با عنوان "تعیین شاخص های تن سنجی کودکان زیر ۵ سال" (ANIS ۱) در سال ۱۳۷۷ تصویر اپیدمیولوژیک سوء تغذیه را به تفکیک استان های مختلف کشور نشان داده است. اطلاعات این بررسی نشان داد که در حدود ۱۰/۹ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور دچار کم وزنی متوسط و شدید ، ۱۵/۴٪ کودکان دچار کوتاه قدی متوسط و شدید و ۵٪ کودکان دچار لاغری متوسط و شدید بودند (۵).

در سال ۱۳۸۳ ، دومین بررسی کشوری "تعیین شاخص های تن سنجی کودکان زیر ۵ سال" (ANIS ۲) توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت انجام شد. براساس نتایج این بررسی ، ۵/۲ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار کم وزنی متوسط و شدید بودند ۴/۷ درصد کودکان دچار کوتاه قدی تغذیه ایی متوسط و شدید و ۳/۷ درصد کودکان دچار لاغری متوسط و شدید بودند (۶).

آخرین بررسی کشوری انجام شده ، مطالعه شاخص های سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (MIDHS) Multiple Indicator Demographic and Health Survey است که نتایج آن نشان می دهد شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان زیر پنج سال کشور به ترتیب ۴،۰۸ ، ۶/۸ و ۴ درصد بوده است (۷). بر اساس نتایج بررسی های انجام شده طی سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۹ ، طی ۱۵ سال اخیر روند شیوع سوء تغذیه کودکان در کشور بطور قابل ملاحظه ایی سیری نزولی داشته است ولی هنوز سوء تغذیه کودکان یک مشکل عمده تغذیه ای در برخی مناطق محروم کشور به شمار می رود. نمودار زیر روند شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال کشور را نشان می دهد.

رند کاهش سوءتغذیه کودکان زیر ۵ سال کشور طی سال های ۱۳۷۴-۱۳۸۹



بحث و نتیجه گیری

بطور کلی مقایسه نتایج مطالعات انجام شده طی سال های ۱۳۷۴-۱۳۸۹ نشان می دهد که شیوع سوءتغذیه کودکان در حدود ۵۰٪ کاهش یافته است. این یافته ها حاکی از روند کاهشی و معنی داری در سه شاخص کم وزنی ، کوتاه قدی و لاغری و بهبود قابل توجه در وضعیت تغذیه کودکان زیر پنج سال کشور می باشد.

با این وجود نباید از نظر دور داشت که شیوع سوءتغذیه در مناطق محروم کشور همچنان بالاست . نتایج مطالعه MIDHS در سال ۱۳۸۹ حاکی از آن است که بالاترین میزان شیوع سوءتغذیه در استان سیستان و بلوچستان وجود دارد . به بیان دیگر در این استان ، ۲۰/۷٪ کودکان دچار کوتاه قدی ، در حدود ۱۳٪ دچار کم وزنی و حدود ۹٪ کودکان دچار لاغری هستند. براساس نتایج آخرین بررسی انجام شده در ۴ استان کشور میزان شیوع سوءتغذیه کودکان براساس سه شاخص کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری بالاتر از متوسط کشوری است (۷). دریافت ناکافی غذا و بیماری دلیل اصلی سوءتغذیه کودکان بویژه در کشورهای درحال توسعه است. ولی سایر دلایل مانند، نداشتن یا ناکافی بودن امنیت غذایی خانوار (ناامنی غذایی)، کمبود مراقبتهای بهداشتی مادر و کودک و پایین بودن سلامت محیط نیز به طور غیر مستقیم به پیدایش سوء تغذیه کمک می کند. بر اساس گزارش سازمان جهانی خواربار و کشاورزی و برنامه جهانی غذا در سال ۲۰۱۰ میلادی، ۹۲۵ میلیون نفر در جهان دچار ناامنی غذایی بوده که ۹۸٪ از این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می کردند. در حقیقت فقط ، ۱۹ میلیون (۲٪) از افراد دچار ناامنی غذایی در کشورهای توسعه یافته زندگی می کنند (۸). کمیت و کیفیت ناکافی مواد غذایی یکی از عوامل موثر در تامین رشد و تکامل کودکان می باشند که منجر به افزایش تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه می شود (۹). ناامنی غذایی خانوار منجر به تغییر الگوی مصرف از جمله محدودیت مصرف پروتئین های حیوانی، میوه ها و سبزیها و افزایش مصرف کربوهیدراتها و چربی ها می گردد. در کودکان متعلق به خانوارهای ناامن غذایی ، مصرف منابع پروتئین حیوانی نظیر گوشت، مرغ، پنیر و ماست به طور معناداری کمتر از کودکان متعلق به خانوارهایی است که در امنیت غذایی به سر می برند (۱۱ و ۱۰)

فقر به عنوان یکی از عوامل موثر در ناامنی غذایی و سوء تغذیه مطرح است. گزارش جهانی پایش ۲۰۱۲ درباره قیمت های غذا، تغذیه و اهداف توسعه هزاره توسط بانک جهانی نشان می دهد جهان به رغم دستیابی به هدف رفع فقر شدید هنوز در مورد کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و زیر یکسال که با تغذیه و امنیت غذایی در ارتباط است هنوز با اهداف فاصله دارد. در این گزارش آمده است که با افزایش قیمت بین المللی غذا در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷، ۱۰۵ میلیون نفر و در افزایش قیمت غذا در سال ۲۰۱۱-۲۰۱۰، علاوه بر آن، ۴۸/۶ میلیون نفر دیگر زیر خط فقر افتادند به عبارت دیگر فقر نوعا با افزایش قیمت غذا بالا می رود و قیمت بالاتر غذا سبب می شود که مردم سهم بیشتری از درآمد خانوار را برای غذا هزینه کنند. همچنین افزایش بیکاری و رکود اقتصادی که درآمد خانوار را به شدت کاهش می دهد را نیز باید در بروز سوء تغذیه در کودکان کاملا موثر است (۱۲).

نتایج بررسی های انجام شده در ایران نیز نشان داده است نسبت هزینه خوراک به درآمد، بعد خانوار، عملکرد تغذیه ای مادر، قطع تغذیه کودک با شیر مادر، تغذیه تکمیلی نامناسب، الگوی تغذیه کودک؛ سواد والدین، درآمد خانوار و وضعیت اقتصادی - اجتماعی برخی از عوامل موثر بر وضع تغذیه کودکان بوده است (۱۴، ۱۳، ۱۵).

سوء تغذیه کودک مشکلی چند وجهی است. الگوی نامناسب تغذیه به علت ناآگاهی های غذایی ایی مادر بویژه درمقاطع بعد از ۶ ماهگی، پرهیز های غذایی نادرست در دوران بیماری کودک، دسترسی محدود به غذاهای متنوع، ناامنی غذایی در مناطق روستایی، ضعف برنامه های مراقبت کودک بخصوص پایش رشد، پایداری فقر در مناطق روستایی و مشکلات معیشتی در بعضی از خانواده های حاشیه نشین شهری، شرایط ناسالم محیطی و بهداشتی و دسترسی ناکافی به خدمات و مراقبت های مطلوب بهداشتی در مناطق محروم و در حاشیه شهرها، ابتلاء مکرر به بیماری های اسهالی و عفونتهای دستگاه تنفسی، بیسوادی، دسترسی نداشتن به امکانات رفاهی، خشکسالی و کمبود مواد غذایی در منطقه از علل عمده سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال کشور بشمار می رود. استفاده از آب آشامیدنی ناسالم در تهیه و طبخ غذای کودک، استفاده از ظروف آلوده جهت تهیه غذای کودک، تماس کودک با فضولات حیوانی و انسانی، دسترسی نداشتن به توالت غیر بهداشتی در مناطق روستایی موجب ابتلاء کودک به بیماری های عفونی نظیر اسهال می شود. تکرار و تداوم اسهال در کودکان موجب کم غذایی و در نهایت سوء تغذیه می گردد. آلودگی های میکروبی و عفونت های انگلی از علل اصلی ابتلاء کودکان به اسهال است. بنابراین پیشگیری از اسهال نیازمند دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهسازی محیط، ایمن سازی، تغذیه با شیر مادر، بهداشت مواد غذایی و ... می باشد. پوشش کم مراقبت های اولیه بهداشتی در مناطق محروم یکی از علل زیربنایی سوء تغذیه می باشد. شواهد موجود نشان می دهد در برخی از کشورها که دسترسی مردم به خدمات بهداشتی افزایش یافته، مرگ و میر نوزادان و کودکان به طور قابل توجهی کاهش یافته است و وضع تغذیه آنان بهبودی حاصل نموده است. حتی در برخی از مناطق، دسترسی به خدمات بهداشتی در مقایسه با افزایش درآمد نقش موثرتری در بهبود وضع تغذیه کودکان نشان داده است.

پیشنهادات:

در پی برگزاری کنفرانس جهانی تغذیه در دهه ۹۰ در رم و تدوین دستور عمل برنامه عملیاتی تغذیه، ادغام هدف های تغذیه در سیاست ها و برنامه های توسعه؛ بهبود امنیت غذایی خانوار؛ بهبود کیفیت و ایمنی غذا؛ کنترل کمبود ریز مغذی ها؛ ارزیابی، تحلیل و پایش وضعیت تغذیه؛ پیش گیری از بیماری های عفونی و درمان آنها؛ ترویج تغذیه با شیر مادر؛ مراقبت از گروه های محروم اقتصادی - اجتماعی و آسیب پذیرها مورد تاکید قرار گرفته است (۱۶).

بطور کلی مداخلات کاهش سوء تغذیه کودکان باید از دوران قبل بارداری شروع و تا دوسالگی ادامه یابد. بخش عمده ایی از این مداخلات از طریق نظام بهداشتی قابل اجرا است. به عنوان مثال تغذیه با شیر مادر، تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول زندگی، تداوم تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی، مکمل یاری ویتامین آ و آهن، مکمل یاری آهن

برای زنان باردار، پایش رشد کودکان، تغذیه تکمیلی، مشاوره تغذیه از طریق سیستم خدمات بهداشتی اولیه قابل اجراست و برخی مداخلات دیگر مانند غنی سازی یا تامین سبد غذایی با حمایت سایر بخش ها باید انجام شود (۱۷). در ایران برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر از سال ۱۳۷۰ تدوین و به اجرا درآمده است. در حال حاضر ۵۳٪ کودکان بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند. تقویت اجرای این برنامه با هدف افزایش تعداد کودکانی که در ۶ ماه اول بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، هم چنین افزایش دوره شیردهی تا ۲ سال یک عامل حفاظتی برای پیشگیری از سوءتغذیه کودکان است (۷).

در کشور ما براساس بررسی های انجام شده (۱۸) در ۲۰ درصد خانوارهای کشور، فقر و کم غذایی به صورت مزمن وجود دارد. در نتیجه، سیاست های حمایتی دولت از جمله هدفمند نمودن یارانه های غذایی می تواند به نفع گروه آسیب پذیر باشد و علاوه بر آن، با توجه به اینکه تامین امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای شدیداً به درآمد و قیمت ها بستگی دارد، بکارگیری تجربیات جهانی در زمینه کاهش فقر، ایجاد اشتغال و درآمد در میان طبقات کم درآمد در شهر و روستا به عنوان یک برنامه هدفمند، موجب افزایش دسترسی اقتصادی گروه های آسیب پذیر به غذا می شود. یکی از سیاست های ملی امنیت غذا و تغذیه در کشور برای پوشش دادن نارسایی های موجود در زیر سیستم دسترسی افراد و خانوارها به غذا، سیاست حمایت یارانه ای است.

بخشی از سوء تغذیه کودکان به دلیل فقر خانوار می باشد. و در صورت شناسایی کودکان مبتلا به سوءتغذیه در خانوارهای نیازمند و تحت پوشش قرارداد خانوار تحت پوشش برنامه کمک غذایی در کنار اجرای طرح های توانمند سازی خانوار برای رفع مشکل سوءتغذیه کودکان در مناطق محروم کشور حائز اهمیت است و پس از آن در مراحل بعدی، تامین امکانات شغلی، توانمند سازی خانوارها به طور عام و زنان به طور خاص از طریق آموزش، اعطای تسهیلاتی از جمله وام های کم بهره برای اشتغال زایی و کمک به درآمد خانوار، برای دستیابی به امنیت غذا و تغذیه و کاهش سوءتغذیه کودکان ضروری است. اجرای برنامه های کمک غذایی خانوارهای نیازمند در سایر کشورهای جهان تاثیر قابل ملاحظه ای در کاهش سوءتغذیه کودکان داشته است. به عنوان مثال در کشور هائیتی کمک غذایی به کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه به مدت ۱۸ ماه منجر به کاهش کوتاه قدی، کم وزنی و لاغری به میزان ۴ تا ۶ درصد گردید (۱۹)

مرور مطالعات مداخلاتی نشان داده است که آموزش در خانواده هایی که غذای کافی در اختیار داشته اند منجر به افزایش قد کودکان شده است. در حالی که تامین غذای کمکی برای کودکان در خانواده هایی که غذای کافی در دسترس خانواده نبوده است (با آموزش و بدون آموزش) بیشتر از مداخلاتی که فقط آموزش بوده است توانسته قد کودکان را افزایش دهد. این مطالعه بر اجرای مداخلات در جهت کاهش فقر، ارتقای سواد و توانمند سازی زنان تاکید نموده است (۲۰).

یکی دیگر از مداخلات موفق، ارائه خدمات مشاوره تغذیه به مادران دارای کودک ۶ تا ۲۳ ماهه است. مشاوره تغذیه با اصلاح رفتارهای تغذیه ای توانسته است قد کودکان را افزایش دهد (۱۷).

با توجه به این که سوء تغذیه فرآیندی چند بخشی است که عوامل متعددی از جمله دریافت ناکافی غذا، بیماری، ناامنی غذایی، محیط غیر بهداشتی، فقر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در بروز آن نقش موثری دارند، مداخلات برای کاهش سوء تغذیه کودکان نه تنها از طریق سیستم بهداشتی لازم به اجراست بلکه باید با مشارکت سایر بخش های توسعه رفاه اجتماعی در ارتقای وضع تغذیه کودکان گام برداشت. مطالعات سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که مداخلاتی مانند غنی سازی مواد غذایی، ایجاد باغچه های خانگی سبزی و صیفی و کمک های غذایی را مداخلاتی موفق در جهت در بهبود وضع تغذیه کودکان موثر بوده است (۱۷). نتایج مطالعه طراحی الگوی مداخله ای بین بخشی کاهش سوء

تغذیه کودکان در سه استان کرمان، بوشهر و ایلام طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۷۵ با محوریت استاندارد اجرای مداخلاتی که به اختصار مشکلات سلامت نامیده شد، بیانگر کاهش سوء تغذیه کودکان به میزان ۵۰ درصد با همکاری و مشارکت کلیه بخش های توسعه و رفاه اجتماعی مانند وزارت جهاد کشاورزی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، سازمان نهضت سواد آموزی، سازمان بهزیستی و ... می باشد. مشکلات سلامت مجموعه ای از مداخلات بین بخشی شامل بهسازی محیط و سالم سازی آب آشامیدنی، ترویج تغذیه کودک با شیرمادر، آموزش عملی مادران در زمینه نحوه تهیه غذای کمکی کودک، آموزش در زمینه دادن آب مایعات در زمان اسهال کودک، ایجاد باغچه های سبزیجات در منازل و مدارس روستایی، سواد آموزی بویژه برای زنان، بهبود دسترسی به مواد غذایی سالم و دارای ارزش غذایی از طریق تعاونی های روستایی و اجرای پروژه های توانمند سازی خانوارهای فقیر با دادن وام های کم بهره و تسهیلات جهت اشتغال زایی و کسب درآمد بود که با محوریت استاندارد و مشارکت همه بخش های ذیربط در طول ۳ سال منجر به کاهش قابل ملاحظه در شیوع سوء تغذیه کودکان در این مناطق گردید. با توجه به این که فقر یکی از موانع بهبودی وضع تغذیه کودکان به شمار می رود، طرح حمایت تغذیه ای کودکان زیر ۶ سال مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند با ارائه سبد غذایی به کودکان مبتلا به سوء تغذیه و آموزش مادران نیز برای آن دسته از کودکانی که بدلیل فقر خانواده دچار سوء تغذیه می شوند با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) به اجرا در آمده است. گسترش این برنامه می تواند نقش مهمی در بهبود تغذیه کودکان خانوارهای نیازمند داشته باشد.

گذار تغذیه ای در ایران در زمینه تغییر سریع دموگرافیک، شهرنشینی و توسعه اجتماعی در حال اتفاق افتادن است. الگوی مصرف غذا و کیفیت رژیم غذایی وابسته به درآمد است و انتخاب های غذایی تحت تاثیر وضعیت اقتصادی هستند. توسعه فرهنگ و سواد تغذیه ای خانوارها بخصوص در زمینه تغذیه مادر و کودک یک راهکار اصلی و ضروری است که نه فقط سوء تغذیه کودکان را کنترل می کند بلکه در پیشگیری از همه گیری بیماری های مزمن مرتبط با تغذیه نیز نقش دارد (۲۱).

در برنامه های آموزش تغذیه و فرهنگسازی تغذیه صحیح، در کشور ما به طور سنتی آموزش تغذیه و سایر فعالیت های مرتبط با کودکان متوجه مادران است، اما در بسیاری از موارد پدر یا مادر بزرگ خانواده تصمیم گیرنده اند. بنابراین سایر اعضای خانواده نیز می بایست در فرایند ایجاد تغییرات رفتاری در نظر گرفته شوند. فعالیت های ادغام یافته در سیستم مراقبت های اولیه بهداشتی از جمله تقویت برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر، بهبود تغذیه تکمیلی کودک با آموزش مادران بصورت عملی، پایش رشد کودک، آموزش مادران و مراقبین کودک در زمینه تغذیه کودک در دوران بیماری و نقاهت، سالم سازی آب آشامیدنی و بهسازی محیط در مناطق روستایی، سواد آموزی بویژه آموزش زنان و بهبود دسترسی به مواد غذایی سالم و با کیفیت در مناطق روستایی با همکاری و مشارکت همه بخش های توسعه از جمله جهاد کشاورزی، بهزیستی، نهضت سواد آموزی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت رفاه و تامین اجتماعی و محوریت استانداران در اجرای مداخلات تغذیه ای نقش عمده ای در بهبود تغذیه کودکان داشته است. گسترش این برنامه در سطح وسیعتر، تقویت برنامه های ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای، اجرای برنامه های فقرزدایی و هدفمند نمودن یارانه های غذایی و تامین سبدمطلوب غذایی برای مادران و کودکان نیازمند، آموزش پزشکان و کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه تغذیه کودک در دوران سلامت و بیماری و درمان صحیح سوء تغذیه شدید براساس راهنماهای موجود به بهبود تغذیه و رشد کودکان می انجامد و تحقق این هدف مستلزم حمایت مسئولین کشور، تقویت همکاری های درون بخشی و بین بخشی می باشد. بدیهی است اجرای مداخلات مناسب تغذیه ای در کشورمان منجر به کاهش قابل توجه در سوء تغذیه کودکان گردیده است به طوری که بر اساس گزارش یونسف در سال ۲۰۱۲ میلادی شیوع کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کشور

پاکستان به ترتیب ۱۴،۳۱ و ۴۲ درصد، در کشور عمان به ترتیب ۹،۷ و ۱۰ درصد و در کشور مصر به ترتیب ۶،۷ و ۲۹ درصد بوده است. مقایسه وضعیت سوءتغذیه کودکان در این کشورها با ایران حاکی از آن است که کشورما در مقایسه با این کشورها از وضعیت مطلوبی برخوردار است (۲۲).

منابع:

1. Levels trend in child malnutrition, UNICE, WHO, 2012
2. Black , R.B., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C. & Rivera. , 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet; DOI:10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
3. Grantham-McGregor, S., Cheung, Y.B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L. & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet; 369: 60–70.
4. "مطالعه میزان دستیابی به اهداف میان دهه ای " انجام شد (معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، یونیسف. " بررسی نشانگرهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، سال ۱۳۷۴
5. (سیمای تغذیه کودکان استانهای کشور، دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، سال ۱۳۷۸
6. دومین بررسی ملی شاخص های آنتروپومتریک در کودکان زیر ۵ سال کشور. دفتر بهبود تغذیه جامعه ، معاونت بهداشت ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، سال ۱۳۸۳
7. (سیمای سلامت و جمعیت در ایران، ۱۳۸۹).
8. Food and Agriculture Organization & World Food Program, 2010. The state of food insecurity in the world, addressing food insecurity in portacted crises. Rome: Food and Agriculture Organization.
9. Essential nutrition actions improving maternal , infant and young child health and nutrition , WHO, 2013:
10. Janssen, I. Katzmarzykp. T. Boyce, W.F., King, M.A., & Pickett, W. (2004). Overweight and Obesity in Canadian Adolescents and their Associations with Dietary Habits and Physical Activity Patterns. Journal of Adolescent Health, 35, 360-367
11. Bhargva, A., Jolliffe, D.F & Howard, L.L. (2008). Socio-economic, behavioral and environmental factors predicted body weights and household food insecurity scores in the Early Childhood Longitudinal Study- kindergarten. British Journal of Nutrition, 100, 434-444

12. The international Bank for Reconstruction and Development. Food Prices, Nutrition , and the Millennium Development Goals. The International Bank for Reconstruction and Development: Washington, 2012
13. Alavi-naieny, AM. Keyghobadi, K, Djazayery, A.. Boroomand, M. The Survey of the Nutritional Status of 25-36 Month Old Rural Children and Some Factors Affecting it in the Rural Areas of Kerman, Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2003; 10(2):112-118
14. Fatemeh Esfarjani, Roshanak Roustae, Fatemeh Mohammadi-Nasrabadi, Ahmad Esmailzadeh, Major Dietary Patterns in Relation to Stunting among Children in Tehran, Iran. HEALTH POPUL NUTR 2013 Jun;31(2):202-210.
15. A.Nemati, M.Barak, A.Naghizadeh Baghi, Abbasgholizadeh, F.Homayounpour, S.Hazrati, V.Sepehram and B.Shakiba. Relationship between anthropometric indices and socio- economic differences for children at 6 year old living in urban areas of Ardebil, Iran, Journal of Applied Sciences, 2008, 8(20): 3748-3752
16. Ghasemi H, Harrison G and Mohammad K (2002) : an accelerated nutrition transition in Iran. public Health Nutrition: 5 (1A), 149-155.
17. Essential nutrition actions improving maternal ,infant and young child health and nutrition ,WHO, 2013
18. طرح جامع مطالعات الگوي مصرف مواد غذايي خانوار و وضعيت تغذيه اي کشور 81-80
19. MT Ruel, P Menon, JP Habicht, C Loechl, G Bergeron... Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: a cluster randomised trial Volume 371, Issue 9612, Pages 531-622
20. Zulfi qar A Bhutta, Tahmeed Ahmed, Robert E Black, Simon Cousens, Kathryn Dewey, Elsa Giugliani, Batool A Haider, Betty Kirkwood, Saul S Morris, 2008 What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival, Lancet; 371: 417-40
21. World cancer Research Fund / American in Institutes for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the prevention of Cancer: a Global Perspective, Washington, DC: AICR, 2007.
22. Levels trend in child malnutrition, UNICE, WHO, 2012