

## چگونگی رشد کودکان ۶-۰ سال بومی شهر بوشهر

فرح روزبه\*، طاهره اکبرشریفی\*، مهیندخت روشنی نژاد\*، دکتر محمود محمودی\*\*

### چکیده

**مقدمه:** رشد مناسب کودکان شاخص اصلی سلامت و بهداشت آنان می‌باشد و سلامت کودکان تضمین کننده سلامت جامعه است. با تعیین وضعیت رشد کودکان می‌توان، افراد در معرض خطر سوء تغذیه را شناسایی نموده و از عوارض آن پیشگیری کرد.

**هدف:** بررسی رشد جسمی کودکان ۶-۰ سال خانواده‌های بومی ساکن شهر بوشهر و مقایسه آن با استاندارد

**نوع پژوهش:** پژوهش از نوع مقطعی (*Cross-Sectional*) بود. وزن و قد کودکان اندازه‌گیری و با استاندارد مقایسه شد. برای تعیین درجات سوء تغذیه از روش *Waterlow* استفاده گردید. نمونه: ۷۲۰ کودک ۶-۰ سال که همراه با یکی از والدین خود به درمانگاههای منتخب مراجعه می‌کردند به صورت تصادفی انتخاب شدند. (۳۶۰ دختر و ۳۶۰ پسر).

**نتایج:** میانگین وزن و قد کودکان دختر و پسر در کلیه گروههای سنی از استاندارد *NCHS* کمتر بود. در گروههای سنی بالاتر سوء تغذیه شدیدتر بود. سوء تغذیه در پسران بیشتر از دختران بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** کلیه مسئولین بهداشتی، پرستاران، ماماها، پزشکان و سایر افراد کادر درمانی در مورد اهمیت دوره‌ای کنترل رشد کودکان، تغذیه با شیر مادر، زمان شروع غذای کمکی، تغذیه مناسب دوران بارداری و شیردهی، فاصله‌گذاری مناسب بین زایمانها و مراقبت از نوزادان کم وزن، آموزشهای لازم را به مادران داده و کمکهای لازم را به آنها بنمایند.

**واژه‌های کلیدی:** رشد جسمی کودکان ۶-۰ سال، سوء تغذیه، رشد استاندارد

---

\*. عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

\*\* عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

## مقدمه

کودکان امروز یعنی تمام فردای کره زمین باهمه عظمتش و هرچه در آن است. بدیهی است تامین سلامت این سرمایه‌های بشر باید از اولین وظایف هر ملت و از مهمترین برنامه‌ها باشد (مردی، ۱۳۶۴). کودکان علاوه بر اینکه ارزشمندترین دارایی بشریت هستند آسیب پذیرترین گروه سنی رانیز تشکیل می‌دهند. این گروه آسیب‌پذیر قشر عظیمی از جمعیت جهان رابه خود اختصاص داده‌اند. بر اساس آمار منتشر شده جمعیت کودکان جهان در حدود یک ونیم میلیارد نفر می‌باشد. (جعفریان تهرانی و دیگران، ۱۳۶۶).

بر اساس بررسی‌های انجام شده نارس بودن نوزادان، وزن کم هنگام تولد، اسهال و استفراغ و سوء تغذیه مهمترین عوامل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال شناخته شده‌اند (مورلی و لاول، ۱۳۷۱) بر اساس اظهارات Grant (۱۹۹۳) سوء تغذیه فاجعه‌ای است بسیار بزرگ بطوری که ۲۵۰ هزار کودک رادر جهان فقط در طول یک هفته به کام مرگ می‌کشاند. سوء تغذیه پروتئین کالری (*Protein-Calori Malnutrition*) که منجر به توقف رشد و کاهش وزن در سالهای اولیه و حساس زندگی می‌گردد بسیار زیاد است. بطوری که در حدود ۴۰ درصد کودکان زیر ۵ سال از نوع حاد یا مزمن سوء تغذیه رنج می‌برند و وزن آنها از ۸۰ درصد وزن مورد انتظار برای گروه‌های سنی خود کمتر است (پارسای، ۱۳۶۹).

آمار منتشر شده به وسیله سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۲) بیانگر آن است که در هر روز ۷۰۰ ایرانی به کام مرگ فرو می‌روند که ۳۴ درصد آنان را کودکان زیر ۵ سال تشکیل می‌دهند. وزن ۳۰ درصد کودکان ۳-۱ ساله کمتر از استاندارد است. ۱۳ درصد پسران و ۲۰ درصد دختران کمتر از ۵ سال زیر سومین صدک منحنی استاندارد قرار گرفته‌اند. به اعتقاد مورلی و لاول (۱۳۷۱) نیمی از کودکان مبتلا به سوء تغذیه در سن ۲۴-۶ ماهگی کاملاً "عادی بنظر

می‌رسند، در حالیکه وزن آنان از میزان معمول برای سن آنان کمتر است. نامرئی بودن مشکل سوء تغذیه زمانی مشخص می‌شود که وزن کودکان با آنچه که باید باشد مقایسه گردد. به همین دلیل شناسایی موارد سوء تغذیه بخصوص نوع غیر مشهود آن یعنی تعیین پایش رشد روشی مهم برای تشخیص اختلالات رشد در گروه‌ها و جوامعی است که رشد آنها با الگوی مورد نظر تطابق ندارد (جمشید بیگی، ۱۳۷۰).

نقره کار (۱۳۶۳) می‌نویسد: بررسی وضعیت رشد کودک در ۶ سال اول زندگی اهمیت زیادی دارد زیرا ۹۰ درصد رشد مغزی کودکان در سالهای اولیه صورت می‌گیرد و هرگونه اختلال در روند رشد این دوران حساس اثرات زیادی بر سلامت جسمی و روانی کودک در سالهای بعد دارد. طبق اظهارات Grant (۱۹۹۳) وقتی که کودکان یک جامعه از رشد جسمی و روانی کافی محروم باشند اقتصاد آن جامعه نیز توسعه نخواهد یافت. وقتی که میزان مرگ و میر کودکان بالا باشد نمی‌توان امیدوار بود که برنامه‌های تنظیم خانواده موفقیت‌آمیز باشد. پارسای (۱۳۶۹) نیز می‌افزاید نارسایی عوامل موثر بر رشد علاوه بر اینکه حیات کودک را مورد تهدید قرار می‌دهد برآینده او نیز با برجا گذاشتن عوارض دیررس جسمی و روانی به شدت تاثیر می‌گذارد.

بنابراین تمام مسئولین بهداشتی و کسانی که مراقبت از کودکان رابه عهده دارند باید با رشد طبیعی کودکان و شاخصهای آن آشنایی داشته باشند تا بتوانند انحرافات از میانگین‌های طبیعی را هرچه زودتر تشخیص دهند و عوامل ایجاد کننده این انحرافات رامعین نموده و تحت مراقبت لازم قرار دهند. توزین کودکان و رسم نمودارهای رشد به پرستاران اطفال کمک می‌کند تا مشکلات رشدی را قبل از آنکه شدید شوند کشف کرده و درصدد حل آن برآیند (جمشید بیگی، ۱۳۷۰).

پژوهش حاضر به منظور تعیین رشد جسمی کودکان

آمده از قد و وزن کودکان مورد بررسی و مقایسه آن با استاندارد یعنی میانگین وزن و قد مربوط به *NCHS National center health statistics* وضعیت رشد جسمی کودکان تعیین و سپس با استفاده از روش *Waterlow* درجات سوء تغذیه مشخص گردید. برای استفاده از این روش دو معیار درجه تحلیل رفتگی (درصد  $\frac{\text{وزن}}{\text{وزن مورد انتظار برای قد}}$ ) و درجه بازندگی از رشد (درصد  $\frac{\text{قد مورد انتظار برای سن}}{\text{قد}}$ ) محاسبه شد. معیار تحلیل رفتگی به سه گروه  $>90$ ،  $80-90$  و  $70-80$  و معیار بازماندگی از رشد نیز به سه گروه  $>95$ ،  $87/5-95$  و  $70-87/5$  تقسیم شدند. کودکان براساس دو معیار فوق سنجیده شده و بطور کلی به دو گروه تقسیم شدند.

۱- کودکان با رشد جسمی مناسب  $>90$  تحلیل رفتگی و  $>95$  بازماندگی از رشد، ۲- کودکان با رشد نامناسب  $<90$  تحلیل رفتگی و  $<95$  بازماندگی از رشد. در مورد کودکانی که رشد جسمی نامناسب داشتند درجات سوء تغذیه به شکل زیر محاسبه شد.

(۱)  $80-90$  تحلیل رفتگی،  $>95$  بازماندگی از رشد سوء تغذیه حاد. (۲)  $>90$  تحلیل رفتگی،  $87/5-95$  بازماندگی از رشد سوء تغذیه مزمن. (۳)  $80-90$  تحلیل رفتگی،  $87/5-95$  بازماندگی از رشد سوء تغذیه حاد مزمن و (۴)  $70-80$  تحلیل رفتگی،  $80-87/5$  بازماندگی از رشد کوتوله‌های تغذیه‌ای. در نهایت بین چگونگی رشد جسمی کودکان و نوع تغذیه، ویژگیهای فردی و خانوادگی آنان با بکارگیری آزمونهای آماری  $X^2$  و تست دقیق فیشر ارتباط سنجیده شد.

### نتایج

نتایج بدست آمده از مقایسه وزن و قد کودکان مورد بررسی با استاندارد نشان داد که در گروه سنی ۱-۰ سال بیش از نیمی از پسران ( $55/8\%$ ) و  $47/5\%$  دختران دارای رشد نامناسب بوده و یا به عبارتی دچار سوء تغذیه بودند.

۶-۰ سال خانواده‌های بومی ساکن شهر بوشهر با هدف پاسخگویی به سوالهای زیر انجام گرفت:

۱- رشد جسمی کودکان ۶-۰ سال به تفکیک در گروههای سنی ۱-۰ سال، ۳-۱ سال و ۶-۳ سال چگونه است و چند درصد آنان از رشد نامناسب (سوء تغذیه) رنج می‌برند؟

۲- چه ارتباطی بین رشد جسمی کودکان ۶-۰ سال ساکن شهر بوشهر با نوع تغذیه آنان وجود دارد؟

۳- رشد جسمی کودکان ۶-۰ سال ساکن شهر بوشهر با کدامیک از ویژگیهای فردی و خانوادگی آنان ارتباط دارد؟

### مواد و روشها

به منظور پاسخگویی به سوالهای پژوهش از روش تحقیق مقطعی (*Cross-Sectional*) استفاده شد. کودکانی به عنوان نمونه پژوهش پذیرفته شدند که در فاصله سنی ۷۲-۰ ماه بوده و بومی بودند (یعنی خود و والدین آنها متولد و ساکن شهر بوشهر بودند). بیماری شناخته شده و ناهنجاری مادر زادی نداشتند. مجموعاً ۷۲۰ کودک متشکل از ۳۶۰ دختر و ۳۶۰ پسر از بین جامعه پژوهش یعنی کودکان ۶-۰ ساله‌ای که همراه با یکی از والدین خود به درمانگاههای منتخب بوشهر مراجعه می‌کردند به صورت تصادفی انتخاب شدند. با مراجعه روزانه به مدت یک ماه به مراکز بهداشتی شهر بوشهر تعداد مورد نظر نمونه جمع آوری شد.

روش کار به این صورت بود که ابتدا پژوهشگر کودکان مورد بررسی را با ترازوی استاندارد وزن کرده سپس قد آنها را نیز با سانتی متر اندازه‌گیری و ثبت نمود. به منظور دقت کار دو بار اندازه‌گیری انجام گرفت. و سرانجام پرسشنامه تهیه شده توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با والدین که در اکثریت موارد مادران بودند تکمیل گردید. قبل از انجام مصاحبه هدف از انجام تحقیق برای کلیه مادران توضیح داده شد. با استفاده از اندازه‌های بدست

جدول شماره ۱: درجه تحلیل رفتگی و بازماندگی از رشد کودکان ۱-۰ سال دختر (n=۱۲۰) و پسر (n=۱۲۰)

درجه تحلیل رفتگی						درجه بازماندگی از رشد
پسر			دختر			
۷۰-۸۰	۸۰-۹۰	بیشتر از ۹۰	۷۰-۸۰	۸۰-۹۰	بیشتر از ۹۰	
۲ (۱/۷)	۷ (۵/۸)	۵۳ (۴۴/۲)	۰	۱۶ (۱۳/۳)	۶۳ (۵۲/۵)	بیشتر از ۹۵
۱ (۰/۸)	۳ (۲/۵)	۵۴ (۴۲/۵)	۰	۲ (۱/۷)	۳۴ (۲۸/۳)	۸۷/۵-۹۵
۰	۰	۳ (۲/۵)	۰	۱ (۰/۸)	۴ (۳/۴)	۸۰-۸۷/۵
۰	۰	۰	۰	۰	۰	کمتر از ۸۰

※ اعداد داخل پرانتز درصدها را نشان می دهد

بیشتر بوده است (جدول شماره ۲).  
در گروه سنی ۳-۶ سال یافته‌ها نشان داد که فقط ۲/۳۹٪ دختران و ۵/۲۷٪ پسران دارای رشد جسمی مناسب هستند و بقیه از سوء تغذیه رنج می‌برند. درجات سوء تغذیه بدینصورت است که ۸/۲۰٪ دختران و ۵/۲۲٪ پسران از سوء تغذیه حاد، ۵/۲۷٪ دختران و ۵/۳۲٪ پسران از سوء تغذیه مزمن و ۲/۴٪ دختران و ۵/۷٪ پسران از سوء تغذیه حاد-مزمن رنج می‌برند و ۸/۰٪ دختران کوتوله تغذیه‌ای هستند. در کودکان ۳-۶ سال هم سوء تغذیه حاد و هم مزمن در پسران بیشتر از دختران است ولی کوتوله تغذیه‌ای در پسران وجود نداشت. (جدول شماره ۳)

رشد جسمی مناسب در دختران این گروه سنی بیشتر از پسران می‌باشد (۵/۵۲٪ در مقابل ۲/۴۴٪). در حالی که سوء تغذیه مزمن که نشان دهنده کاهش بیشتر رشد قدی نسبت به وزن است در پسران بیشتر از دختران می‌باشد (۲/۵٪ در مقابل ۱/۷٪). (جدول شماره ۱) در گروه سنی ۳-۱ سال نیز یافته‌ها نشان داد که ۵۰٪ دختران و ۵۵٪ پسران دارای رشد جسمی نامناسب بودند. درجات سوء تغذیه در واحدهای دختر و پسر به ترتیب شامل ۸/۱۵٪ و ۲/۹٪ سوء تغذیه حاد، ۲/۲۹٪ و ۸/۳۵٪ سوء تغذیه مزمن، ۶/۱٪ و ۳/۳٪ سوء تغذیه حاد-مزمن و ۸/۰٪ کوتوله‌های تغذیه‌ای در دختران بود. یعنی در این گروه سنی سوء تغذیه مزمن در پسران و سوء تغذیه حاد در دختران

جدول شماره ۲: درجه تحلیل رفتگی و بازماندگی از رشد در کودکان ۳-۱ سال دختر (n=۱۲۰) و پسر (n=۱۲۰)

درجه تحلیل رفتگی						درجه بازماندگی از رشد
پسر			دختر			
۷۰-۸۰	۸۰-۹۰	بیشتر از ۹۰	۷۰-۸۰	۸۰-۹۰	بیشتر از ۹۰	
۳ (۲/۵)	۱۱ (۹/۲)	۵۴ (۴۴/۲)	۳ (۲/۵)	۱۹ (۱۵/۸)	۶۰ (۵۰/۰)	بیشتر از ۹۵
۰	۴ (۳/۳)	۴۳ (۳۵/۸)	۰	۲ (۱/۶)	۳۵ (۲۹/۲)	۸۷/۵-۹۵
۰	۱ (۰/۸)	۲ (۱/۷)	۱ (۰/۸)	۰	۰	۸۰-۸۷/۵
۰	۰	۲ (۱/۷)	۰	۰	۰	کمتر از ۸۰

※ اعداد داخل پرانتز درصدها را نشان می دهد

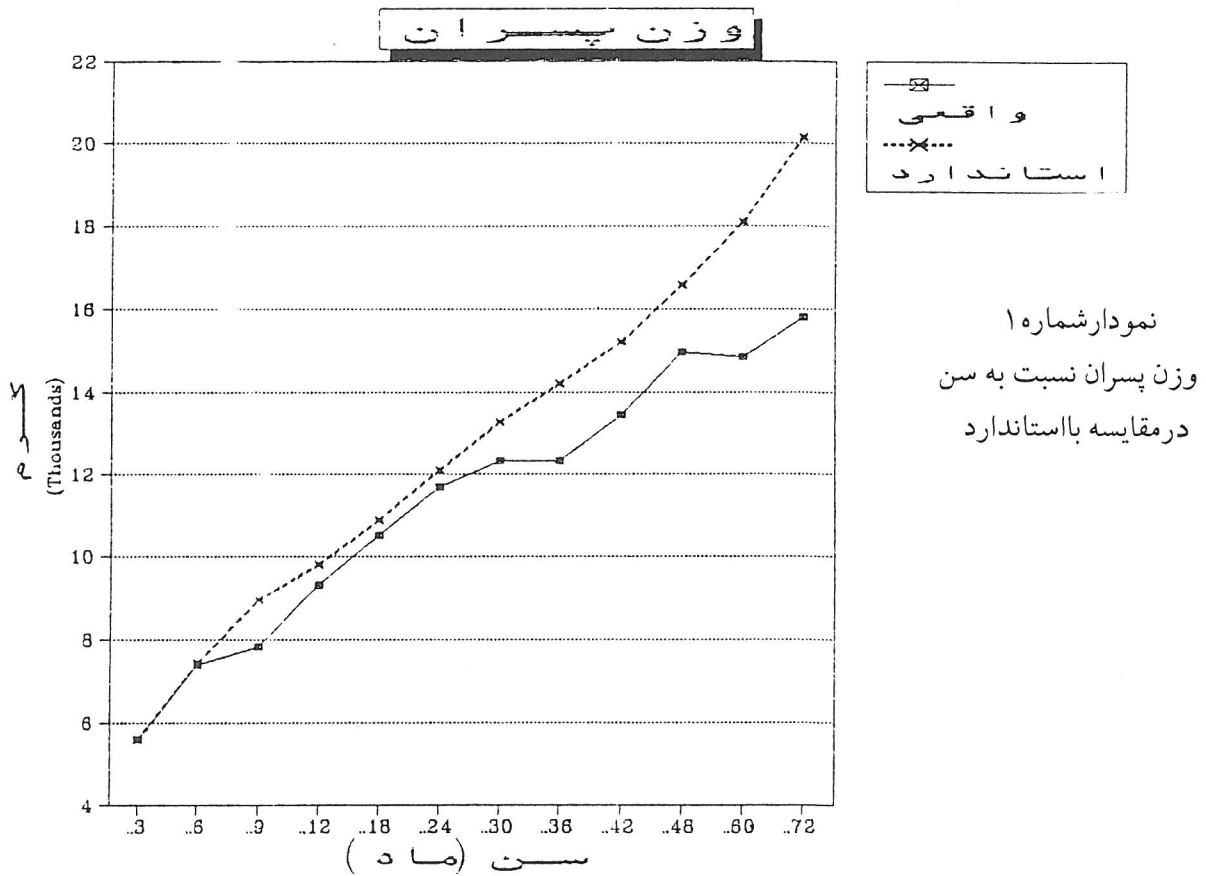
جدول شماره ۳: درجه تحلیل رفتگی و بازماندگی از رشد در گروه سنی ۳-۶ سال دختر (n=۱۲۰) و پسر (n=۱۲۰)

درجه تحلیل رفتگی						درجه بازماندگی از رشد
پسر			دختر			
۷۰-۸۰	۸۰-۹۰	بیشتر از ۹۰	۷۰-۸۰	۸۰-۹۰	بیشتر از ۹۰	
۴ (۳/۳)	۲۷ (۲۲/۵)	۳۳ (۲۷/۵)	۲ (۱/۷)	۲۵ (۲۰/۸)	۴۷ (۳۹/۲)	بیشتر از ۹۵
۰	۹ (۷/۵)	۳۹ (۳۲/۵)	۱ (۰/۸)	۵ (۴/۲)	۳۳ (۲۷/۵)	۸۷/۵-۹۵
۰	۱ (۰/۸)	۳ (۲/۵)	۱ (۰/۸)	۰	۵ (۴/۱)	۸۰-۸۷/۵
۰	۲ (۱/۷)	۱ (۰/۸)	۰	۰	۱ (۰/۸)	کمتر از ۸۰

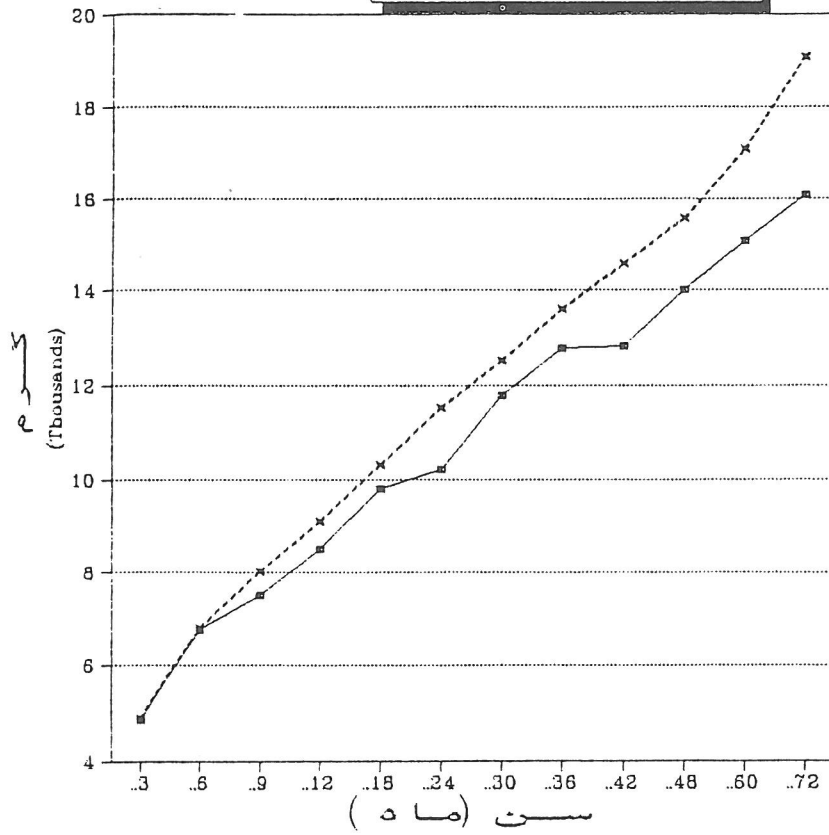
\* اعداد داخل پرانتز درصدها را نشان می دهد

نشان می دهد. انحراف از میانگین وزن و قد دختران و پسران از استاندارد در بین گروه سنی ۳-۶ سال بیشتر از سایر گروههای سنی است. همچنین اختلاف وزن پسران با استاندارد در کلیه گروههای سنی از دختران بیشتر بود.

مقایسه میانگین وزن و قد کودکان ۶-۰ سال مورد بررسی بامیانگین استاندارد NCHS نشان داد که در همه گروههای سنی میانگین وزن و قد زیر استاندارد قرار دارد. (نمودارهای شماره ۱ تا ۴) مقایسه میانگین وزن و قد دختران و پسران را با میانگین استاندارد در کودکان مورد بررسی



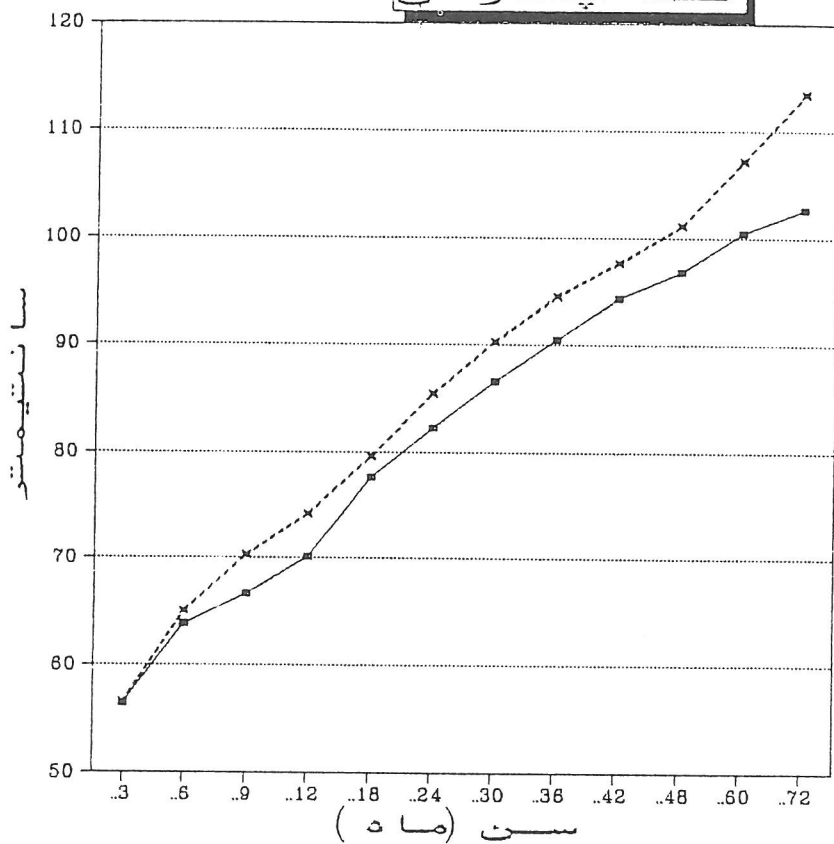
**وزن دختران**



—■— واقعی  
 - - - × - - - استاندارد

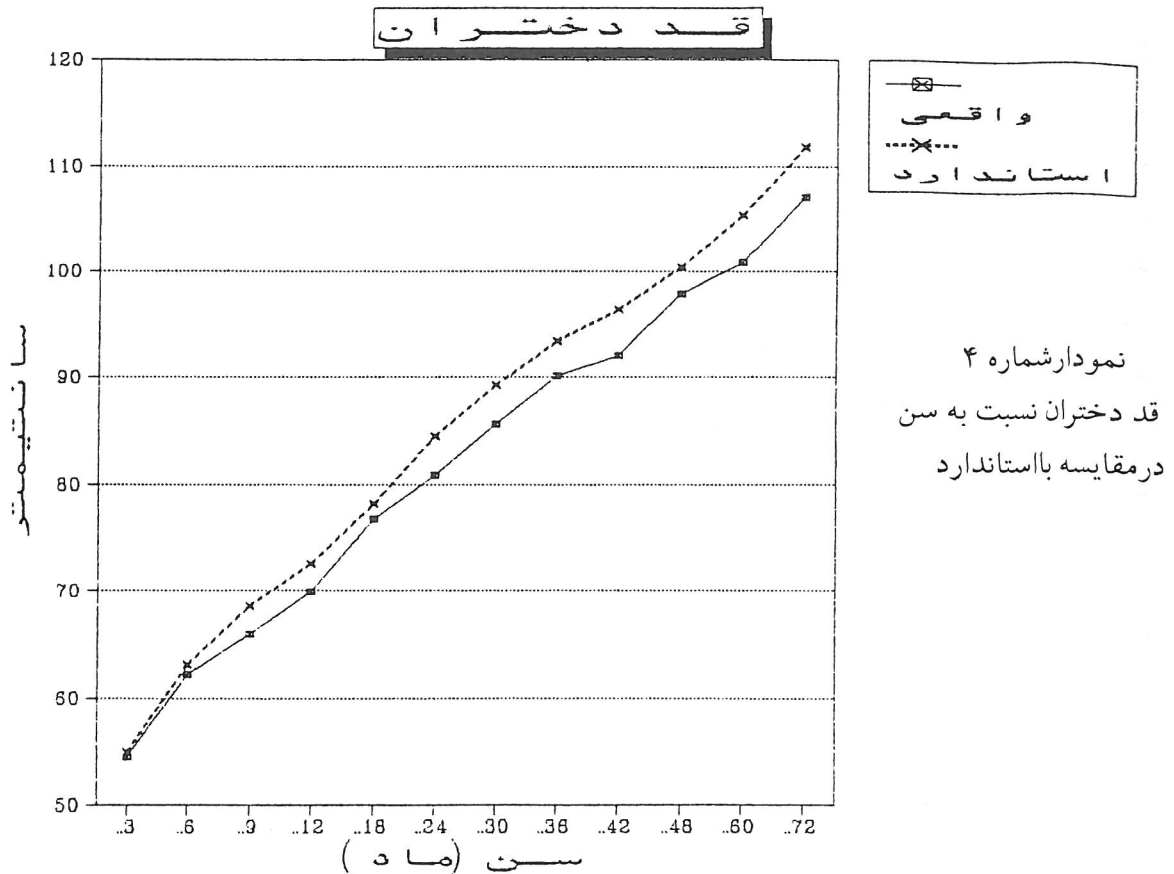
نمودار شماره ۲  
 وزن دختران نسبت به سن  
 در مقایسه با استاندارد

**قد پسران**



—■— واقعی  
 - - - × - - - استاندارد

نمودار شماره ۳  
 قد پسران نسبت به سن  
 در مقایسه با استاندارد



۲۷۰۰ گرم بوده است. آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین وزن زمان تولد و وضعیت رشد هم در دختران و هم در پسران نشان داد ( $P < 0.05$ ). نتایج همچنین نشان داد که فرزندان اول خانواده از رشد جسمی مناسبی برخوردار هستند و سوء تغذیه بیشتر در کودکانی بروز کرده است که رتبه تولد آنها ۳ و بیشتر است. همچنین ۶۸٪ کودکانی که فاصله تولد آنها با کودک قبلی و بعدی بیشتر از ۳۰ ماه بوده است دارای رشد مناسب بودند. ولی آزمونهای آماری ارتباط معنی داری را بین متغیرهای فوق نشان نداد.

یافته‌ها نشان داد که بیشترین درصد رشد نامناسب ۶۱/۱٪ در خانواده‌هایی بوده است که ۶ فرزند یا بیشتر داشته‌اند. همچنین ۸۲/۶٪ سوء تغذیه مربوط به کودکان

در رابطه با وضعیت رشد جسمی و نوع تغذیه کودک یافته‌ها نشان داد که ۶۵/۵٪ از کودکانی که به طور کامل از شیر مادر تغذیه نشده‌اند دارای رشد جسمی نامناسب یا سوء تغذیه بودند. همچنین ۶۳/۴٪ کودکانی که آب میوه را بموقع دریافت نکرده بودند، ۵۶٪ کودکانی که مکمل غذایی را بموقع شروع نکرده بودند و ۶۴/۵٪ کودکانی که قطره آهن و مولتی ویتامین را دریافت نکرده بودند دارای رشد جسمی نامناسب بودند. آزمون  $X^2$  ارتباط معنی داری را بین نوع تغذیه و وضعیت رشد جسمی نشان داد ( $P < 0.05$ ).

در رابطه با وضعیت رشد جسمی و ویژگیهای فردی و خانوادگی یافته‌ها نشان داد که ۸۵٪ پسران و ۶۸٪ دختران که دچار سوء تغذیه بودند وزن زمان تولد آنها کمتر از

خانواده‌هایی است که درآمد ماهیانه آنها کمتر از ۱۰۰ هزار ریال است. سوء تغذیه در ۸۹/۲ درصد کودکانی که پدران بیسواد داشته‌اند، وجود داشت. آزمونهای آماری بین متغیرهای فوق و وضعیت رشد جسمی کودکان ارتباط معنی داری را نشان داد. ( $p < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش مشخص گردید که میانگین وزن و قد کودکان در گروه سنی ۱-۰ سال کمتر از میانگین استاندارد بود. و این اختلاف از میانگین در ۶ ماه اول کمتر از ۶ ماه دوم است. می‌توان نتیجه گرفت که مصرف شیر مادر در ۶ ماه اول در اکثریت واحدها باعث رشد بهتر کودکان شده است. دلیل دیگر کاهش رشد در ۶ ماهه دوم را می‌توان تاخیر در شروع آب میوه و غذای مکمل برای کودکان دانست. نتایج پژوهش *Zummravi* (۱۹۹۱). نیز بیانگر این است که عدم آگاهی مادران از نحوه تغذیه کودک، اهمیت تغذیه با شیر مادر، شروع به موقع غذای مکمل علت اصلی کاهش رشد در کودکان زیر ۵ سال بوده است.

با افزایش سن کودکان وضعیت رشد جسمی آنها بدتر شده بود و میزان سوء تغذیه نیز افزایش یافته بود. بطوری که در گروه سنی ۳-۱ سال درصد کودکانی که سوء تغذیه داشتند در هر دو گروه دختر و پسر از گروه سنی زیر یکسال بیشتر بود و این افزایش بخصوص در پسران گروه سنی ۳-۲/۵ سال مشهود بود. درصد سوء تغذیه مزمن که نشان دهنده کاهش رشد قدی است در پسران بیشتر بود. در گروه سنی ۶-۳ سال نیز همین روند وجود داشت. کودکان این گروه سنی هم از نظر وزن و هم از نظر قد زیر منحنی استاندارد قرار داشتند. این اختلاف از میانگین در گروه سنی ۵-۴ و ۶-۵ سال و در پسران بیشتر بود. همچنین در این گروه سنی درصد کوتاهی قد بیشتر از کاهش وزن بود. می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش سن میزان بروز سوء تغذیه بیشتر شده و سوء تغذیه مزمن در پسران افزایش

یافته است. بنابراین توجه بیشتری را از نظر کنترل مرتب وزن و بخصوص قد که در سنین بالاتر از دو سال معمولاً کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد لازم دارد. روی کودکان ۶-۰ سال نتیجه گرفتند که کودکان مورد بررسی تا سن سه سالگی از منحنی رشد تبعیت می‌کنند و در سن ۵-۳ سالگی منحنی قد کودکان کاهش داشته‌است. بین وضعیت تغذیه کودکان و رشد آنها ارتباط معنی داری وجود داشت. کودکانی که بطور کامل شیر مادر مصرف نکرده و تاخیر در شروع آب میوه، غذای مکمل داشتند و از قطره مولتی ویتامین و آهن استفاده نکرده بودند بیشتر دچار سوء تغذیه شده بودند. بنابراین لزوم آموزش در موارد فوق به مادران مشخص می‌شود. *Caunningham* و همکاران (۱۹۹۱) نیز در مطالعه خود نشان دادند که تغذیه کودکان با شیرخشک یا شیری غیر از شیر مادر منجر به کاهش رشد در کودکان مورد بررسی شده است.

نوع غذای خانواده نیز با وضعیت رشد کودکان ارتباط داشت ( $p < 0/05$ ) *Rabiee & Geissler* (۱۹۹۰) نیز در مطالعه خود در ایران در رابطه با وضعیت تغذیه و رشد کودکان نتیجه گرفتند که غذای مورد استفاده کودکان که توسط خانواده تهیه می‌شد در تمام گروههای سنی ناکافی بوده و باعث کاهش وزن و تحلیل رفتگی در کودکان شده است. بنابراین اهمیت آموزش به والدین بخصوص مادران در زمینه تغذیه مناسب دوران بارداری و شیردهی، استفاده از کلیه گروههای غذایی در غذای روزانه خانواده مشخص می‌گردد تا با در نظر گرفتن این نکات از بروز سوء تغذیه پیشگیری شود.

هرچه میزان تحصیلات والدین و درآمد خانواده بیشتر بود کودکان از رشد جسمی مناسب‌تری برخوردار بودند. آزمونها ارتباط معنی داری را بین میزان تحصیلات و شغل والدین و میزان درآمد ماهیانه خانواده و وضعیت رشد جسمی کودکان نشان داد ( $p < 0/05$ ). باتوجه به این نتایج



روزمره پزشکی کودکان. تهران: انتشارات مجید.

مردی، علیرضا. (۱۳۷۱). نقش تغذیه با شیرمادر در رشد و بقا کودک، مجله نبض، شماره ۱۰.

مورلی، دیوید. لاول، هرمیون. (۱۳۷۱). نام من امروز است. ترجمه... تهران: انتشارات اطلاعات.

نجم آبادی، شمس. (۱۳۷۰). بررسی وضع تغذیه کودکان ۰-۲ سال در روستاهای بندرعباس، پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

نقره کار، مسعود. (۱۳۶۳). بحثی کوتاه پیرامون وضعیت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران: چاپ آذر.

Akram D.S., Agboatwala M., (1991), Growth parameters of pakistani children, *Indian journal pediatrics*, 58(6).

Caunningham Allans., et al. (1991), Breast feeding and health in The 1980 s: *The journal of pediatrics*, 118(5).

Grant James, P., (1993), The 25 billion dollar bargain, *The state of the worlds children, unicef*.

Rabiee Fatimeh., Geissler Cathrin., (1990), Causes of malnutrition in young children, *Journal of tropical pediatrics*, 36(4).

W.H.O. (1992). The growth chart; a tool for use in infant and child health care, *Geneva*.

Zumirawi F.Y., (1991), Effects of the relative importance of different factors and their degree on interactions on child growth, *Journal of tropical pediatrics*. 37(3).

اهمیت پیگیری بیشتر رشد در کودکانی که از نظر اجتماعی اقتصادی در وضعیت پایین تری قرار دارند برای پرستاران اطفال، بهداشت جامعه، مشخص می گردد. همچنین نقش ماماها، پزشکان و سایر کادر بهداشتی در آموزش اهمیت مراقبتهای دوران بارداری و شیردهی به مادران بیشتر می شود. تابا توجه بیشتر، کودکان در معرض خطر شناسایی شده و از بروز سوء تغذیه پیشگیری گردد.

با توجه به اینکه عوامل دیگری می توانسته بروضعیت رشد کودکان تاثیر بگذارد که در این بررسی مورد توجه قرار نگرفته است پیشنهاد می شود که در زمینه علل بروز سوء تغذیه در کودکان در بوشهر همچنین تاثیر وضعیت تغذیه ای مادران در دوران بارداری و شیردهی بر رشد جسمی کودکان بررسیهای دیگری صورت گیرد.

پژوهشهای انجام گرفته در مناطق مختلف کشور از جمله شیراز، سیستان و بلوچستان، تهران، بندرعباس،... و پژوهش حاضر در بوشهر بیانگر این است که در کلیه مناطق ذکر شده کودکان مورد بررسی از نظر وزن و قد زیر منحنی استاندارد قرار دارند. با توجه به موفقیت جمهوری اسلامی ایران در طرحهای ریشه کنی فلج اطفال و کاهش نرخ رشد جمعیت، امید است با بکارگیری اقدامات مناسب مشکل سوء تغذیه و اختلالات رشدی کودکان نیز مرتفع گردد تا از جامعه ای سالم و با نشاط بهره مند شویم.

#### منابع

پارسای، سوسن. (۱۳۶۹)، پایش رشد، اهداف و مشکلات آن، طب اجتماعی اطفال، یزد: انتشارات آرمان.

جمشیدبیگی، عصمت. شادپور، کامل. (۱۳۶۷). منحنی رشد وسیله ای برای مراقبت از سلامت کودکان، تهران: وزارت بهداشت، ستاد گسترش شبکه.

جعفریان تهرانی، محمد. وهمکاران (۱۳۶۶). مسائل

## Growth of children 0-6 years of age in bushehr

*Background:* Normal growth of children is basic index for their health. Assessing children's growth could help us to recognize those at risk or suffering from malnutrition.

*Objective:* To determine the growth of 0-6 years old children of native families in Bushehr compared with standard.

*Design:* This was a Cross-sectional study. According to weight and height using waterlow method the grade of malnutrition was described for all age groups.

*Sample:* Seven hundred and twenty children referred to clinics during research time were selected randomly (360boys&360girls).

*Result:* All groups of children were below the average standard. Malnutrition were more severe in boys. By growing older the malnutrition became worse.

*Conclusion:* More attention should be given to children's nutritional requirements specially when they are weaned off from breast feeding. Further research should be carried out in other cities of Iran.

*Key words:* Physical growth of children 0-6 years old. Growth standard. Malnutrition.