Comparison of health-care coverage between children with congenital hypothyroidism and healthy children in Iran

Rahmani KH., PhD[1], Soori H., PhD[2], Yarahmadi SH., [3], Mehrabi Y., PhD[4], Nasrin Aghang N., MD[5], Etemad K., PhD[6]

1. Assistant Professor of Epidemiology, Liver and Digestive Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2. Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor of Endocrinology, Department of Endocrinology and Metabolism, Ministry of Health, Tehran, Iran.
4. Professor of Biostatistics, Department of Epidemiology, School of Public health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. NCD Expert, Department of Endocrinology and Metabolism, Ministry of Health, Tehran, Islamic Republic of Iran.
6. Assistant Professor of epidemiology, Department of Epidemiology, Environmental and Occupational Hazards Control Research Center, School of Public health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran,Tel: 021-22439980, E. mail: etemadk@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Provision of timely healthcare for children under 5 years of age specially children with congenital hypothyroidism and also regular monitoring of growth through measuring weight, height and head circumference have been of great importance. The aim of this study was to make a comparison between healthy children and children with congenital hypothyroidism in regard to health-care coverage in Iran.

Materials and Methods: This study was conducted in five provinces in different geographical areas of Iran in 2015. 240 children with congenital hypothyroidism and 240 healthy children were entered into the study. Children with congenital hypothyroidism were selected randomly from the national registere database. The children in the control group were matched with the children with hypothyroidism in regard to age, gender and place of residence. Anthropometric indices including weight, height and head circumference of the children of less than 3 years of age were recorded as the health care indices. STATA software version 13 was used for data analysis.

Results: The mean percentage of measurement and record of weight, height and head circumference in children below 3 years of age with congenital hypothyroidism were 82.1, 78.7 and 55.4%, respectively. The mean percentage of measurement and record of weight, height and head circumference in healthy children (control group) below 3 years of age were 82.2%, 80.9 and 55.1%, respectively. There was a statistically significant difference between the two groups in relation to the percentage of height measurement (P =0.02).

Conclusion: According to the results of this study, percentage of measurement and record of the anthropometric indices in Iranian children of less than 3 years of age is low. More attention to the measurement and record of these physical growth indices in children of less than 3 years of age specially children with congenital hypothyroidism who need regular follow up, is essential.

Keywords: Congenital hypothyroidism, Health cares, Iran

Received: Jan 20, 2018 **Accepted:** July 23, 2018

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

ارزیابی پوشش مراقبت های بهداشتی کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در مقایسه با کودکان سالم در ایران

خالد رحمانی[1]، حمید سوری[2]، شهین یار احمدی[3]، یدالله محرابی[4]، نسرین آژنگ[5]، کوروش اعتماد[6]

1. استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
2. استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقا ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ایران
3. استادیار غدد و متابولیسم، گروه غدد و متابولیسم، وزارت بهداشت، تهران، ایران
4. استاد آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ایران
5. کارشناس بیماریهای غیرواگیر، گروه غدد و متابولیسم، وزارت بهداشت، تهران، ایران
6. استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات کنترل خطرات شغلی و محیطی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ایران، تلفن ثابت: 22439980-021 etemadk@gmail.com

چکیده

مقدمه: انجام مراقبت های بهداشتی به موقع در کودکان زیر 5 سال و به ویژه کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و پایش منظم وضعیت رشد و تکامل آنها از طریق اندازه گیری وزن، قد و دور سر از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. هدف مطالعه حاضر ارزیابی پوشش مراقبت های بهداشتی کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در ایران بود.

روش بررسی: این مطالعه در 5 استان واقع در مناطق مختلف جغرافیایی ایران و روی 240 کودک مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و 240 کودک سالم در سال 1394 صورت گرفت. کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید به صورت تصادفی از برنامه ثبت نرم افزاری کشور استخراج شدند. به ازای هر کودک بیمار یک کودک سالم هم سن، هم جنس و از همان منطقه به عنوان کنترل انتخاب گردید. پوشش اندازه گیری و ثبت شاخص های آنتروپومتریک شامل وزن، قد و دور سر تا سن 3 سالگی به عنوان شاخص هایی از مراقبت های بهداشتی در کودکان مورد بررسی از طریق بازبینی پرونده های بهداشتی و کارت پایش رشد آنها مورد ارزیابی قرار گرفت. همه آنالیزها در نرم افزار STATA نسخه 13 انجام شد.

یافته ها: متوسط درصد اندازه گیری و ثبت وزن، قد و دور سر در کودکان مبتلا به کم‌کاری مادرزادی تیروئید تا سن سه سالگی به ترتیب 82/1 ٪، 78/7 ٪ و 55/4 ٪ بود و متوسط درصد اندازه گیری و ثبت وزن، قد و دور سر در کودکان سالم (گروه کنترل) در استان های مورد بررسی تا سن سه سالگی به ترتیب 82/2 ٪، 80/9 ٪ و 55/1 ٪ بود. تفاوت بین کودکان دو گروه تنها در درصد اندازه گیری و ثبت قد از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0/02$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر درصد ثبت و اندازه گیری به موقع شاخص های آنتروپومتریک در کودکان زیر 3 سال کشور پائین است. توجه بیشتر به ثبت و اندازه گیری این شاخص های رشد جسمی در کودکان زیر 3 سال و به ویژه کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید که نیازمند پیگیری منظم رشد و تکامل هستند ضروری می باشد.

کلمات کلیدی: کم کاری مادرزادی تیروئید، مراقبت های بهداشتی، شاخص های آنتروپومتریک، ارزیابی، ایران

وصول مقاله:96/10/30 اصلاحیه نهایی:97/3/20 پذیرش:97/5/1

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

مقدمه

از همان ابتدای اجرای برنامه مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) در کشورهای مختلف دنیا از جمله ایران، بحث مراقبت منظم کودکان زیر 5 سال یکی از مولفه های اصلی این مراقبت ها محسوب می شود(1). اندازه گیری و ثبت شاخص های رشد و تکامل کودکان همچون شاخص های رشد فیزیکی یا به عبارتی شاخص های آنتروپومتریک مانند وزن، قد و دور سر یکی از وظایف اصلی فراهم کنندگان خدمات بهداشتی در سطح اولیه نظام مراقبت های بهداشتی ایران محسوب می شود(3و2). گرو های خاصی از کودکان همچون کودکان مبتلا به کم کاری مادزادی تیروئید نیازمند دقت بیشتری در انجام و ثبت شاخص های رشد و تکامل می باشند(5و4).

برنامه غربالگری کم‌کاری مادرزادی تیروئید در ایران شامل شناسایی، مراقبت و درمان نوزادان مبتلابه CH هم در راستای ارتقای سلامت کودکان و پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی و جسمی از سال 1384 با هدف مقابله با کاهش آسیب‌های ناشی از کم‌کاری مادرزادی تیروئید طراحی و اجراشده است و از آن زمان تا پایان سال 1396 بیش از 14 میلیون نوزاد ایرانی و غیر ایرانی مورد غربالگری قرارگرفته و تعداد زیادی بیمار مبتلابه کم‌کاری مادرزادی تیروئید هم شناسایی و تحت درمان قرارگرفته‌اند و در حال حاضر پوشش اجرای برنامه در کشور بیش از 95٪ می‌باشد(6). مدیریت بیماران مبتلابه کم‌کاری مادرزادی تیروئید باعث رشد و تکامل جسمی کودکان مبتلابه CH در یک دامنه نرمال می‌شود و طبق مطالعات و شواهد موجود هرچند عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در میانگین قد، وزن و اندازه دور سر کودکان مبتلا در دوران بلوغ، فاکتورهای ژنتیکی می‌باشد(7)، اما درمان به موقع و ویزیت منظم این کودکان توسط پزشکان و کارکنان نظام بهداشتی از اهمیت زیادی برخوردار است. پرواضح است که رشد نرمال کودک از نظر فیزیکی یا جسمی و توجه به اختلال رشد آنها و همچنین مداخله به موقع برای کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید که اختلال رشد دارند در گرو پایش منظم روند رشد این کودکان و ثبت شاخص های رشد آنها در پرونده بهداشتی و کارت پایش رشد می باشد. بر اساس دستورالعمل های کشوری مراقبت های بهداشتی کودکان زیر 5 سال، پایش رشد جسمی کودکان و ثبت شاخص های آنتروپومتریک شامل وزن، قد و دور سر برای تمام کودکان تا سن 5 سالگی و به ویژه در سه سال اول زندگی ضروری است در همین راستا به نظر می رسد که انجام پایش رشد در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید حتی ضروری تر از کودکان سالم است چون رشد و تکامل فیزیکی کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید به صورت نرمال یکی از اهداف مهم در برنامه کنترل کم کاری مادرزادی تیروئید می باشد(9و 8). در مطالعه حاضر وضعیت پوشش مراقبت های بهداشتی و ثبت شاخص های رشد (آنتروپومتریک) کودکان مبتلا به CH در مقایسه با کودکان سالم مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

طراحی مطالعه حاضر ازنظر اپیدمیولوژیک، به‌صورت کوهورت تاریخی (Historical Cohort) بود که در ۵ استان واقع در مناطق جغرافیایی مختلف ایران و روی ٤٨٠ کودک شامل ٢٤٠ کودک مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و ٢٤٠ کودک سالم به عنوان گروه کنترل انجام گرفت. بر اساس نوع طراحی مطالعه گروه کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید به عنوان گروه مواجهه یافته و گروه کودکان سالم به عنوان گروه بدون مواجهه تعریف شدند. تعداد نمونه های مورد نیاز با استفاده از فرمول مقایسه دو میانگین و با فرض خطاهای نوع اول و دوم به ترتیب ۵٪ و ۲۰٪ ، انحراف معیار برابر با ۱۵ برای پیامد اصلی مورد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

بررسی در این مطالعه یعنی بهره هوشی(۱۰) و خطای نمونه گیری برابر با ۰/۳ انحراف معیار محاسبه شد. هدف از نمونه گیری در مناطق جغرافیایی مختلف ایران تلاش در جهت افزایش تعمیم‌پذیری نتایج به‌کل کشور بود. در همین راستا ابتدا استان‌های ایران در ۵ منطقه مختلف جغرافیایی کشور شامل شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز قرار گرفتند سپس از هر منطقه یک استان به‌تصادف انتخاب گردید. استان‌های انتخاب‌شده به ترتیب شامل مازندران، خوزستان، خراسان رضوی، کردستان و یزد بودند. در هر استان هم نمونه‌های موردنیاز متناسب با جمعیت کودکان مبتلابه کم‌کاری مادرزادی تیروئید آن استان و به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. کودکان مبتلابه کم‌کاری مادرزادی تیروئید شناسایی‌شده متولد سال ۱۳۸۸ در ۵ استان مذکور گروه مداخله یا گروه مواجهه دار طبق تعریف مطالعات کوهورت بودند. به ازای هر کدام از این کودکان مبتلا یک کودک سالم متولد سال ۱۳۸۸ که بر اساس سن، جنس و محل سکونت به‌صورت فردی با کودکان مبتلابه کم‌کاری مادرزادی تیروئید همسان شدند انتخاب گردید.

داده های مورد نیاز مطالعه بر اساس یک چک لیست و مطابق با اهداف مدنظر برای هر کدام از کودکان دو گروه با مراجعه به واحد بهداشتی محل زندگی کودکان و با استفاده از پرونده بهداشتی کودک و همچنین کارت پایش رشد آنها جمع آوری گردید. بدین صورت که پس از مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه بهداشت یا خانه بهداشتی که پرونده بهداشتی کودک مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در آنجا نگهداری می شد آدرس و تلفن کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید اخذ می شد سپس والدین این کودکان به همان واحد بهداشتی فراخوانده می شدند و از آنها خواسته می شد که در زمان مراجعه کارت پایش رشد کودک را هم به همراه داشته باشند. پس از تکمیل چک لیست برای کودک مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید یک کودک سالم، هم جنس، از همان منطقه و تقریبا هم سن با کودک مبتلا که تاریخ تولد وی حداکثر سه ماه با کودک مبتلا تفاوت داشت انتخاب می شد و چک لیست هم برای او تکمیل گردید. بیشتر سوالات چک لیست مرتبط با شاخص های رشد فیزیکی کودک یا به عبارتی شاخص های آنتروپومتریک شامل وزن، قد، دور سر بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار STATA نسخه 13 انجام شد. در آنالیز داده ها از روش های آمار توصیفی همچون فراوانی و فراوانی نسبی و آزمون های تحلیلی همچون کای اسکوئر استفاده شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر تعداد 480 کودک شامل 240 کودک مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و تعداد 240 کودک سالم به عنوان گروه کنترل در سن 6 سالگی از نظر وضعیت انجام مراقبت های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفتند. متوسط درصد اندازه گیری و ثبت وزن در کودکان مبتلا به کم‌کاری مادرزادی تیروئید و کودکان سالم در استان های بررسی شده تا سن سه سالگی به ترتیب 82/1 ٪ و 82/2 ٪ بود. همچنین متوسط درصد اندازه گیری و ثبت قد برای دو گروه کودکان کم‌کاری مادرزادی تیروئید و کودکان گروه کنترل (سالم) به ترتیب 78/7 ٪ و 80/9 ٪ بود. متوسط درصد اندازه گیری و ثبت دور سر به عنوان دیگر شاخص آنتروپومتیک در کودکان مبتلا به کم‌کاری مادرزادی تیروئید و کودکان سالم از دو شاخص دیگر کمتر و به ترتیب برابر با 55/4 ٪ و 55/1 ٪ بود. از نظر آماری، تنها اندازه گیری ثبت قد در دو گروه کودکان مبتلا و سالم با هم تفاوت داشت و درصد ثبت و اندازه گیری قد در کودکان مبتلا به CH به صورت معنی داری کمتر از گروه کودکان سالم بود ($p = 0/02$).

درصد پوشش اندازه گیری و ثبت مراقبت‌های کودکان شامل ثبت شاخص‌های آنتروپومتریک به تفکیک دو گروه کودکان مبتلابه کم‌کاری مادرزادی تیروئید و کودکان سالم

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

در زمان های مختلف سنی از بدو تولد تا سن 36 ماهگی در جدول 1 خلاصه‌شده است.

جدول 1. فراوانی (درصد) کامل بودن ثبت شاخص‌های آنتروپومتریک در کودکان موردبررسی (n = 480)

متغیر	کودکان مبتلابه CH (n =240)		کودکان سالم (n =240)		P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وزن بدو تولد	240	٪ 100/0	240	100/0 ٪	1/00
وزن 6 ماهگی	240	٪ 100/0	240	100/0 ٪	1/00
وزن 12 ماهگی	240	٪ 100/0	240	100/0 ٪	1/00
وزن 18 ماهگی	240	٪ 100/0	240	100/0 ٪	1/00
وزن 24 ماهگی	200	٪ 83/33	205	٪ 85/4	0/5
وزن 30 ماهگی	59	٪ 24/6	52	٪ 21/7	0/4
وزن 36 ماهگی	161	٪ 67/1	165	٪ 68/7	0/6
قد بدو تولد	240	٪ 100/0	240	100/0 ٪	1/00
قد 6 ماهگی	227	٪ 94/6	232	٪ 96/7	0/3
قد 12 ماهگی	225	٪ 93/7	231	٪ 96/2	0/2
قد 18 ماهگی	220	٪ 91/7	225	٪ 93/7	0/4
قد 24 ماهگی	194	٪ 80/8	210	٪ 87/5	0/04
قد 30 ماهگی	57	٪ 23/7	52	٪ 21/7	0/6
قد 36 ماهگی	159	٪ 66/2	170	٪ 70/8	0/3
اندازه دور سر بدو تولد	240	٪ 100/0	237	٪ 94/6	0/08
اندازه دور سر 6 ماهگی	227	٪ 94/6	232	٪ 96/7	0/3
اندازه دور سر 12 ماهگی	226	٪ 94/2	232	٪ 96/7	0/2
اندازه دور سر 18 ماهگی	218	٪ 90/8	220	٪ 91/7	0/7
اندازه دور سر 24 ماهگی	13	٪ 5/4	11	٪ 4/6	0/7
اندازه دور سر 30 ماهگی	6	٪ 2/5	4	٪ 1/7	0/5
اندازه دور سر 36 ماهگی	4	٪ 1/7	4	٪ 1/7	0/5

بر اساس نتایج جدول 1، پوشش اندازه‌گیری و ثبت شاخص‌های آنتروپومتریک در کودکان هر دو گروه مورد مطالعه کامل نبود و در بعضی مقاطع سنی مثل 30 و 36 ماهگی حتی زیر 2 درصد می‌باشد و بر همین اساس در جدول 1 به وضعیت ثبت شاخص‌های رشد در سنین 30 و 36 ماهگی اشاره نشده است چون اندازه‌گیری و ثبت شاخص‌های آنتروپومتریک در این زمان‌ها (30 و 36 ماهگی) بسیار ناقص بوده است. اندازه‌گیری ثبت وزن برای کودکان هر دو گروه تا سن 18 ماهگی به‌صورت کامل (100 درصد) انجام‌شده است. اندازه‌گیری قد در کودکان مورد بررسی، فقط در بدو تولد به‌صورت کامل و صد در صد انجام و ثبت‌شده است و بعدازآن در هر دو گروه نقص در اندازه‌گیری و ثبت وجود دارد. هرچند اندازه‌گیری و ثبت شاخص‌های آنتروپومتریک در کودکان مبتلابه کم

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

کاری مادرزادی تیروئید اهمیت زیادی دارد اما اندازه‌گیری و ثبت قد کودکان مبتلابه CH در سنین 6، 12 و 18 ماهگی کمتر از کودکان سالم بوده است. همان طور که در جدول 1 نشان داده شده است اندازه‌گیری و ثبت دور سر در بدو تولد برای کودکان سالم کامل نبوده است. همچنین ثبت این شاخص در فاصله زمانی 24 ماهگی تا 36 ماهگی در کودکان هر دو گروه زیر 5 درصد می‌باشد.

جدول 2 وضعیت پوشش اندازه گیری و ثبت شاخص های آنتروپومتریک در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و کودکان سالم را به تفکیک استان های مورد بررسی نشان می دهد از آنجا که ثبت شاخص وزن تا سن 18 ماهگی در همه استان ها تقریبا نزدیک به 100 درصد است در جدول 2، برای مقایسه این شاخص در بین استان های مختلف تنها ثبت وزن برای سنین 24، 30 و 36 ماهگی نشان داده شده است.

جدول 2. فراوانی (درصد) کامل بودن ثبت شاخص‌های آنتروپومتریک در کودکان مورد مطالعه به تفکیک استان های مورد بررسی (n = 480)

متغیر	کودکان مبتلا به CH					P	کودکان سالم (کنترل)					P
	کردستان (n =50)	یزد (n=40)	خراسان رضوی (n=51)	خوزستان (n=69)	مازندران (n=30)		کردستان (n =50)	یزد (n=40)	خراسان رضوی (n=51)	خوزستان (n=69)	مازندران (n=30)	
وزن												
24 ماهگی	38 (76)	38 (97/5)	42 (82/3)	55 (79/9)	26 (86/7)	0/1	36 (72)	39(97/5)	48 (94/1)	55 (79/9)	27 (90)	0/002
30 ماهگی	5 (10)	27 (67/5)	9 (17/6)	3 (4/3)	15 (50)	<0/001	7 (14)	27(67/5)	3 (5/9)	2 (2/9)	13 (43/3)	<0/001
36 ماهگی	14 (28)	40 (100)	43 (84/3)	39 (56/5)	25 (83/3)	<0/001	23 (46)	39 (97/5)	45(88/2)	35 (50/7)	23 (76/7)	<0/001
قد												
6 ماهگی	43 (86)	40 (100)	47 (92/2)	67 (97/1)	30 (100)	<0/001	45 (90)	40 (100)	49 (96/1)	68 (98/5)	30 (100)	<0/001
12 ماهگی	42 (84)	40 (100)	46 (90/2)	67 (97/1)	30 (100)	<0/001	43 (86)	40 (100)	50 (98)	69 (100)	29 (96/7)	0/001
18 ماهگی	39 (78)	40 (100)	46 (90/2)	65 (94/2)	30 (100)	0/001	41 (82)	40 (100)	49 (96/1)	66 (95/6)	29 (96/7)	0/003
24 ماهگی	30 (60)	40 (100)	43 (84/3)	54 (78/3)	27 (90)	<0/001	40 (80)	39(97/5)	48 (94/1)	65 (94/2)	27 (90)	0/02
30 ماهگی	9 (18)	26 (65)	5 (9/8)	2 (2/9)	15 (50)	<0/001	6 (12)	28 (70)	3 (5/9)	1 (1/45)	14 (46/7)	<0/001
36 ماهگی	19 (38)	29 (72/5)	37 (72/5)	40 (58)	24 (80)	<0/001	31 (62)	39(97/5)	41 (80/4)	37 (53/6)	22 (73/3)	<0/001
دور سر												
6 ماهگی	43 (86)	40 (100)	47 (92/2)	67 (97/1)	30 (100)	0/01	45 (90)	40 (100)	49 (96/1)	68 (98/5)	30 (100)	0/04
12 ماهگی	42 (84)	40 (100)	46 (90/2)	68 (98/5)	30 (100)	0/001	45 (90)	40 (100)	50 (98)	68 (98/5)	29 (96/7)	0/05
18 ماهگی	38 (76)	40 (100)	47 (92/2)	64 (92/7)	29 (96/7)	0/001	38 (76)	39 (97/5)	49 (96/1)	66 (95/6)	28 (93/3)	0/001
24 ماهگی	0 (0)	1 (2/5)	2 (3/9)	2 (2/9)	8 (26/7)	0/001	2 (4)	2 (5)	1 (1/96)	1 (1/4)	5 (16/7)	0/01
30 ماهگی	0 (0)	1 (2/5)	2 (3/9)	0 (0)	3 (10)	0/03	0 (0)	2 (5)	0 (0)	0 (0)	2 (6/7)	0/04
36 ماهگی	0 (0)	1 (2/5)	0 (0)	0 (0)	3 (10)	0/003	0 (0)	2 (5)	0 (0)	0 (0)	2 (6/7)	0/04

همان طور که در جدول 2 مشاهده می شود به جز اندازه گیری و ثبت دور سر در سن 12 ماهگی (P= 0/05)، بین استان های مورد بررسی در مقدار ثبت و اندازه گیری هر سه شاخص آنتروپومتریک مورد بررسی تفاوت معنی دار

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

آماری وجود دارد ($P< 0/05$). تقریبا در بیشتر زمان ها، اختلاف بین استان های مورد بررسی در ثبت و اندازه گیری هر سه شاخص آنتروپومتریک وجود دارد. در بین استان های مورد بررسی، درصد اندازه گیری و ثبت این شاخص ها در استان یزد تا حدودی بهتر است و درصد اندازه گیری و ثبت این شاخص ها در مجموع در دو استان خوزستان و خراسان رضوی نسبت به دیگر استان ها پائین تر است.

بحث

مطالعه حاضر که با هدف تعیین پوشش ثبت شاخص های آنتروپومتریک در 5 استان واقع در مناطق جغرافیایی مختلف ایران انجام شد نشان داد که در زمان انجام مراقبت های بهداشتی ثبت وزن نسبت به قد و دور سر بهتر صورت می گیرد و به نسبت اندازه گیری و ثبت صحیح این شاخص مطلوب تر است. هر چه سن بچه ها بالاتر می رود نقص در اندازه گیری و ثبت این شاخص ها مشهود است. به عنوان نمونه ثبت شاخص های آنتروپومتریک در سنین 30 و 36 ماهگی بسیار ناقص انجام می شود طوری که درصد ثبت این شاخص ها در سنین 30 و 36 ماهگی برای تعدادی از استان ها، هم در گروه کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و هم در کودکان سالم صفر می باشد.

اگر چه اندازه گیری وزن به عنوان مهمترین شاخص آنتروپومتریک در رشد جسمی کودکان مطرح است اما اندازه گیری منظم دور سر به ویژه در سه سال اول زندگی اهمیت زیادی دارد و این در حالی است که طبق نتایج به دست آمده در این مطالعه مراقبین سلامت و کارشناسان سطوح محیطی خیلی به اندازه گیری و ثبت دور سر کودکان توجه نکرده اند و این بی توجهی بدون تفاوت در هر دو گروه کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و سالم هم دیده می شود. به عبارتی در پیگیری بیماران مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید هم به مانند کودکان سالم تقریبا توجه خاصی به پیگیری روند رشد دور سر کودکان نشده است به عنوان مثال در سن 24 ماهگی درصد اندازه گیری و ثبت شاخص دور سر در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و سالم به ترتیب 5/4 درصد و 4/6 درصد بوده است، حتی در سن 18 ماهگی هم برای حدود 10 درصد از کودکان در هر دو گروه مورد مطالعه، اندازه گیری دور سر انجام نشده است.

بطور کلی در مطالعه حاضر اگر چه اختلاف آماری زیادی بین کودکان مبتلا به کاری مادرزادی تیروئید و سالم در ثبت شاخص های آنتروپومتریک مشاهده نشد اما نتایج مطالعه مبین دو نکته مهم است اولا اندازه گیری و ثبت شاخص های آنتروپومتریک کودکان زیر سه سال در ایران به صورت کامل انجام نمی شود و با افزایش سن کودکان درصد ناقص بودن اندازه گیری و ثبت شاخص های آنتروپومتریک در پرونده بهداشتی و کارت رشد کودکان بیشتر می شود دوما هیچ توجه خاصی هم به رشد جسمی کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید نشده است و اندازه گیری و ثبت شاخص های آنتروپومتریک این کودکان هم مثل کودکان سالم بوده است در حالی که اندازه گیری مرتب شاخص های آنتروپومتریک در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و پیگیری روند رشد جسمی این کودکان یک ضرورت اجتناب ناپذیر در مراقبت کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید است(11). اگرچه براساس شواهد علمی موجود، مهمترین پیامد در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در صورت عدم درمان به موقع، افت در بهره هوشی است(12) اما توجه به سایر شاخص های تکاملی این کودکان همچون وزن، قد و دور سر هم ضروری است(13).

مطالعه حاضر در نوع خود اولین مطالعه ای است که در ایران صورت گرفته است و همین مورد نقطه قوت این مطالعه می باشد. در بررسی های قبلی اگرچه مطالعاتی در زمینه ارزیابی شاخص های آنتروپومتریک در ایران و ارتباط آن با برخی شاخص های دیگر از جمله سوء تغذیه انجام شده است (15و14)، اما مطالعه ای در زمینه کامل بودن

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

(Completeness) ثبت شاخص های آنتروپومتریک نه تنها در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید بلکه در سایر کودکان هم صورت نگرفته است. در مطالعه حاضر مشخص شد که ثبت شاخص های آنتروپومتریک کودکان زیر سه سال کشور کامل نیست و تنها زمانی که ثبت شاخص ها به صورت کامل انجام شده است بدو تولد می باشد در این راستا به نظر می رسد پایش منظم کارشناسان و مراقبین سلامت در سطوح محیطی به ثبت کامل و دقیق این شاخص ها کمک کند. پیگیری روند رشد کودکان یکی از اجزای مراقبت های بهداشتی کودکان زیر 5 سال است و این مقوله در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید اهمیت بیشتری هم دارد(16و 8). چون در کنار رشد ذهنی یعنی بهره هوشی، شاخص های آنتروپومتریک هم یکی دیگر از اجزای بررسی میزان موفقیت در درمان کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید محسوب می شود(18و 17).

نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در ایران توجه ویژه ای به پیگیری و ثبت شاخص های آنتروپومتریک به عنوان یک پیامد مهم در کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید نشده است به صورتی که بین دو گروه کودکان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و سالم در میزان پوشش اندازه گیری و ثبت مراقبت ها تفاوت معنی داری دیده نمی شود. از آنجا که هدف اصلی برنامه ملی غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید در ایران، پیشگیری از افت بهره هوشی و سایر شاخص های تکاملی کودکان مبتلا می باشد ضروری است که انجام مراقبت های بهداشتی منظم شامل اندازه گیری به موقع وزن، قد و دور سر و شناسایی و پیگیری موارد اختلال رشد در این کودکان یکی از اولویت های برنامه مراقبت کودکان زیر 5 سال کشور باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه عزیزانی که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه نقش داشته‌اند به ویژه کارشناسان کنترل کم کاری مادرزادی تیروئید در معاونت بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی خوزستان، مازندران، کردستان، یزد و خراسان رضوی، تقدیر و تشکر می‌گردد. منابع مالی انجام این طرح از طرف اداره غدد و متابولیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین‌شده است.

References

1. Pei L, Wang D, Ren L, Yan H. Evaluation of the Rural Primary Health Care project on undernutrition equity among children in rural Western China. Health Policy Plan 2013; 28: 429-34.
2. Akbari SAA, Montazeri S, Torabi F, Amiri S, Soleimani F, Majd HA. Correlation between anthropometric indices at birth and developmental delay in children aged 4–60 months in Isfahan, Iran. Int J Gen Med 2012; 5: 683-7.
3. Malekafzali H. Community-based nutritional intervention for reducing malnutrition among children under 5 years of age in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2000; 6: 238-45.
4. Albert BB, Heather N, Derraik JG, Cutfield WS, Wouldes T, Tregurtha S, et al. Neurodevelopmental and body composition outcomes in children with congenital hypothyroidism treated with high-dose initial replacement and close monitoring. Int J Clin Endocrinol Metab 2013; 98: 3663-70.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]

5. Arenz S, Nennstiel Ratzel U, Wildner M, Dörr HG, Von Kries R. Intellectual outcome, motor skills and BMI of children with congenital hypothyroidism: a population based study. Acta Paediatr 2008; 97: 447-50.
6. Rahmani K, Yarahmadi S, Etemad K, Koosha A, Mehrabi Y, Aghang N, et al. Congenital Hypothyroidism: Optimal Initial Dosage and Time of Initiation of Treatment: A Systematic Review. Int J Endocrinol Metab 2016; 14: e36080.
8. Wen W, Cho Y-S, Zheng W, Dorajoo R, Kato N, Qi L, et al. Meta-analysis identifies common variants associated with body mass index in east Asians. Nature Genetics 2012; 44: 307-11.
8. Lomenick JP, El-Sayyid M, Smith WJ. Effect of levo-thyroxine treatment on weight and body mass index in children with acquired hypothyroidism. J Pediatr 2008; 152: 96-100.
9. Rovet J, Daneman D. Congenital hypothyroidism. Pediatric Drugs 2003; 5: 141-9.
10. Rahmani K, Yarahmadi S, Etemad K, Mehrabi Y, Aghang N, Koosha A, et al. Intelligence Quotient at the Age of Six years of Iranian Children with Congenital Hypothyroidism. Indian Pediatr 2018; 15; 55:121-4.
11. Agrawa R, Philip R, Saran S, Gutch M, Razi MS, Agroiya P, et al. Congenital hypothyroidism. Indian J Endocrinol Metab 2015; 19(2): 221–7.
12. Rahmani K, Yarahmadi S, Etemad K, Mehrabi Y, Aghang N, Koosha A, et al. Importance of Early Treatment in Congenital Hypothyroidism. Iran J Pediatr 2017; 27: e9438.
13. Léger J, Olivieri A, Donaldson M, Torresani T, Krude H, Van Vliet G, et al. European Society for Paediatric Endocrinology consensus guidelines on screening, diagnosis, and management of congenital hypothyroidism. Horm Res Paediatr 2014;81:80-103.
14. Heydari ST, Emamghoreishi F, Amini M. A comparative study on growth state of children less than two-years old in Jahrom, Southeastern Iran with NCHS measurements. Horizon Med Sci 2005; 11: 42-8.
15. Mandal G, Bose K. Assessment of overall prevalence of undernutrition using composite index of anthropometric failure (CIAF) among preschool children of West Bengal, India. Iran J Pediatr 2009;19:237-43.
16. Corbetta C, Weber G, Cortinovis F, Calebiro D, Passoni A, Vigone MC, et al. A 7 year experience with low blood TSH cutoff levels for neonatal screening reveals an unsuspected frequency of congenital hypothyroidism (CH). Clin Endocrinol (Oxf) 2009; 71: 739-45.
17. Leger J, Olivieri A, Donaldson M, Torresani T, Krude H, van Vliet G, et al. European Society for Paediatric Endocrinology consensus guidelines on screening, diagnosis, and management of congenital hypothyroidism. Horm Res Paediatr 2014;81:80-103.
18. Wassner AJ, Brown RS. Congenital hypothyroidism: recent advances. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2015; 22: 407-12.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.52547/sjku.23.4.14]