پایش شیوع گواتر و میزان ید ادار در دانش‌آموزان ۷-ساله استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۰

چکیده

مقدمه: استان چهارمحال و بختیاری یکی از مناطقی است که در مطالعه‌ها، قبل از پرداختن، دارای شیوع بالای گواتر آندمیک بوده است. در ایران برترسانی کنترل و پیشگیری از بروز اختلال‌های ناشی از کمبود ید از جمله تولید و توزیع نکم ید ۱۳۸۰ شاهد این مردگان در سال ۱۳۸۰ انجام شد. مواد و روش‌ها: یک پرسی توصیفی - مقطعی از طریق نمونه‌گیری تصادفی ۱۳۰۰ دانش‌آموز (به عادت مصرفی دختر و پسر) انجام شد. شیوع گواتر از طریق معاونیتی باینی انجام و طبق تفسیر محتویاتی دانش‌آموزان، بهداشت در جامعه‌ای شد. نمونه‌ای از ۱۰ نمونه‌ها گرفته و انداده‌گیری ید ادار به روش هفتم انجام گرفت. نتایج: درصد کل گواتر در دانش‌آموزان استان ۱۸/۲ درصد بوده و ترکیب سرما و سرما مانند ید ادار در جمعیت مطالعه ۱۸/۲ درصد گواتر در دسی‌لیتر بود. درصد ۸۰/۵ مورد ید ادار بیشتر از ۱۰ میکروگرم در دسی‌لیتر و سطح ید ادار کمتر از ۵ میکروگرم در دسی‌لیتر درصد ۲۵/۴ مورد وجود داشت. میق یک مورد ید ادار کمتر از ۵ میکروگرم در دسی‌لیتر نداشت. نتایج در نظر گرفتن گواتر و میزان ید ادار بین دختر و پسر بین دانش‌آموزان شهر و روستا متفاوت اند. نتیجه‌گیری: این پرسی نشان می‌دهد که در مقایسه با پرسی کشوری سال ۱۳۷۵ درصد گواتر در دانش‌آموزان کاهش معنی‌داری داشته و ید ادار دانش‌آموزان استان چهارمحال و بختیاری همچنان در حد مطلوب سازمان بهداشت است. بنابراین یدار مکانیکی در زمینه منطقی می‌دارد که از کمبود ید محسوب می‌شود.

واژگان کلیدی: گواتر، کمبود ید، ادار

تاریخ مقاله: ۱۲/۸/۸۷ در جریان اصلاحیه: ۱۲/۸/۸۷ انتشار مقاله: ۸/۸/۸۷

عوارض کمبود ید به صورت اندازی و هیراندیمیک در بسیاری از نقاط کشور وجود داشته است. این مطالعه با نتایج حاصل از آنها به‌عنوان یکی از اولویت‌های بهداشتی کشور تلقی شود. پس از تشکیل کمیته‌کشوری مبارزه با اختلال‌های ناشی از کمبود ید در

مقدمه

مصرف یکی از اختلال‌های ناشی از کمبود ید است. گواتر به‌عنوان یکی از پرسی مطالعه‌ها به‌سیار کستره‌ی در ایران که از دهمی ۴۰ آغاز شده بود، نشان داد که گواتر به صورت یکی از مرکز تحقیقات گردش دنیا درآمیخته و متابولیسم ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – دانشیه بهداشتی. تولیدکننده: نوین‌سادات مسئول: همراه. e-mail: azzizi@erc.ac.ir
مواد و روش‌ها
این بررسی از نوع توصیفی - مقطعی است که در زمستان سال 1380 در استان چهارمحال و بختیاری انجام WHO/UNICEF/ICCID شد. بر اساس توصیفی دانشآزمون‌های 10 ساله، مدارس استان یا پایه دوم، سوم و چهارم ابتدایی را به عنوان گروه بررسی در نظر گرفتند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و بر اساس احتمال بر مبنای انتخاب‌های پرسپکتیو (PPS) داشت. در مجموع 40 خوشه و در هر خوشه 40 دانش‌آزمون حاصل شد. حجم نمونه در مناطق شهری و روستایی برابر بود (40 دانش‌آزمون) اگر خوشه در یک روستا کامل شد، به روش‌نستی راست انتخاب کردند.


de\times (Z (1/2α) × P (1-P))

α = 0.05

P (proportion) = 0.5

P (proportion) = 0.05

DE (Design effect) = 1.55

برای انتخاب دانش‌آزموزان ابتدا در استان 20 آدرس خانوار از هفته‌های نخست به صورت تصادفی انتخاب شد. با مراجعه به نشانه‌های انتخاب شده - که در آن راه دانش‌آزموز دکتر و پسر انتخاب یک چهارم باشد - به مدرسه‌ی مربوطه به پذیرش آنها مراجعه می‌شد. در صورت عدم وجود دانش آزموز ابتدایی، به خانوار ماجار مراجعه می‌گردید. سپس با مراجعه به مدارس مذکور در هر مدرسه ابتدایی دختران و پسران 2 خوشه از کلاس دوم، سوم و چهارم که مشمول دانش‌آزموزان 8-10 ساله می‌شدند و در هر خوشه (کلاس) تعداد 30 نفر، مورد مطالعه قرار گرفتند. در تمامی دانش‌آزموزان انتخاب، معاون‌تیه ترویج انجام شد.

سال 1388 و انجام بررسی کشوری برای دانش آزموزان کوبنده‌های جامع کشوری برای کنتور و پیشگیری از املاکشان ناشی از کوید-19، به منطقه‌های روستایی و شهری توسط خانواده‌ها، بنیاد اقدامات اجرایی برای این اقدامات مبتنی بر ایمنی و هماهنگی رفتارهای کوید-19 به منطقه‌های روستایی و شهری انجام شد. بنیاد با بررسی‌های انجام شده در کشور نشان داد که 92% مردم مناطق روستایی و 97% مردم مناطق شهری به دانش آزموز استفاده می‌کنند.

اگرچه در ایران سال 1375 کوبنده‌ای تحت کنترل در آمد، و از سال 1379 (1 مایلی) از طرف سازمان جهانی بهداشت به عنوان کشور عمارت از کویدیا اعلام گردید، صورت پذیرفتن و ملت‌های خانوادگی به کوید-19 اعمال در ابتدا سختی برخوردار بود. برای اعتبار و اطمینان از کویدیا، ابزارهای صوتی و در میان اطلاعات نگهداری کننده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌ها و روش‌های تطبیقی داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کوبنده‌های کویدیا در سیستم‌های مبتنی بر داده‌های فردی کو
جدول 1- شیوع گوئتر بر اساس معاینه بالینی و مقدار یک ادرار در دانشآموزان استان چهارمحال و بختیاری، سال 1380

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گوئتر درجه 1 و 2</th>
<th>درصد گوئتر</th>
<th>درصد گوئتر بالایی (mg/dl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کران پایین</td>
<td>15/7</td>
<td>12/0</td>
<td>15/0</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>2/4</td>
<td>21/2</td>
<td>2/2</td>
</tr>
<tr>
<td>کران بالا</td>
<td>2/1</td>
<td>2/8</td>
<td>2/6</td>
</tr>
<tr>
<td>کران پایین</td>
<td>7/9</td>
<td>7/5</td>
<td>7/8</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>8/9</td>
<td>8/4</td>
<td>8/7</td>
</tr>
<tr>
<td>کران بالا</td>
<td>7/6</td>
<td>7/0</td>
<td>6/7</td>
</tr>
<tr>
<td>کران پایین</td>
<td>8/2</td>
<td>8/4</td>
<td>8/7</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>6/5</td>
<td>6/0</td>
<td>5/6</td>
</tr>
<tr>
<td>کران بالا</td>
<td>5/6</td>
<td>5/0</td>
<td>5/6</td>
</tr>
<tr>
<td>کران پایین</td>
<td>6/5</td>
<td>6/0</td>
<td>6/6</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>7/0</td>
<td>7/0</td>
<td>7/0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

میانه یک ادرار (mg/dl) (17/0)

کمتر از 2 میکروگرم در دسیلیتر به عنوان کمبود نشانه شدید توصیف شد. در این صورت، شاخص ۰.۱٪ داروهای ادرار توسط کارشناس استان به آزمایشگاه مرکز حیاتی این دانشگاه انتقال داده شد و انتدازگیری یک ادرار با نظر نصراللهی انجام گرفت. ویژگی و حساسیت آزمایش به ادراری برای تعیین کمبود یک ادرار ترتیب بیشتری از ۹۵٪ و ۹۰٪ است.

کمتر از 2 میکروگرم در دسیلیتر به عنوان کمبود نشانه شد. در این صورت، شاخص ۰.۱٪ داروهای ادرار توسط کارشناس استان به آزمایشگاه مرکز حیاتی این دانشگاه انتقال داده شد و انتدازگیری یک ادرار با نظر نصراللهی انجام گرفت. ویژگی و حساسیت آزمایش به ادراری برای تعیین کمبود یک ادرار ترتیب بیشتری از ۹۵٪ و ۹۰٪ است.

یک ادرار در دسیلیتر به عنوان کمبود نشانه شد. در این صورت، شاخص ۰.۱٪ داروهای ادرار توسط کارشناس استان به آزمایشگاه مرکز حیاتی این دانشگاه انتقال داده شد و انتدازگیری یک ادرار با نظر نصراللهی انجام گرفت. ویژگی و حساسیت آزمایش به ادراری برای تعیین کمبود یک ادرار ترتیب بیشتری از ۹۵٪ و ۹۰٪ است.
همیستگی بین دو متغیر از ضرب میکروگرم پرسون استفاده شد. شیوع گوارت به صورت دوصد گزارش شد. در مطالعات بالینی و نمونه‌گیری، تغییرات
نمونه‌های مورد مطالعه بود و با توجه به این که
نمونه‌گیری از مراجعه‌ای از هر یک تا بیش از ۴۰ هزار نیست و
نتایج حاصل از پژوهش نیز برای رسیدن به اهداف می‌باشد
اختلال هایی از کمبود یا کمبود کمکی توجه
می‌نماید. انجام مطالعه بسیاری از ارزش و با اهمیت بود. این
طرح توسط مرکز تحقیقات غذای دوزریز، دانشگاه علوم
پزشکی شیپشی با همکاری بهبود تغذیه وارت
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعد از هماهنگی با
دانشگاه علوم پزشکی استان و وزارت آموزش و پرورش و
مدارس انتخابی استان انجام شد.

یافته‌ها

جامعه مورد بررسی شامل ۶۰۰ ناشی‌آموز از مناطق
شهری و ۶۰۰ ناشی‌آموز از مناطق روستایی استان
چهارمحال و بختیاری به تعداد مساوی پسر و دختر در
گروه‌های سنی ۷–۱۰ سال ساخت. شیوع گوارت در جمعیت
مورد مطالعه ۱۸/۸٪ (۴/۳ درصد) و پسران ۲۱/۴٪ (۴/۷ درصد
(جدول ۱). اختلاف معنی‌داری در شیوع گوارت بین پسر و
دختر با ساکنان شهر (۱۴/۱٪) و روستا (۲۳/۲٪) وجود داشت
(نمودار ۱). و وضعیت ابتلا به گوارت بر حسب سن در جدول
۲ نشان داده شده است. مجموعه گوارت درجه ۱ و ۲ از
۱۱۴٪ در هفته سال‌ها تا ۲۳/۱٪ در ۱۰ هفته سال‌ها متغیر بود.

نمودار ۱- شیوع گوارت (مجموع گوارتهای درجه ۱ و ۲) در
ناشی‌آموزان استان چهارمحال و بختیاری به تفکیک جنس و
محل سکونت در سال ۱۳۸۰

جدول۲- وضعیت ابتلا به گوارت و میزان یید ادرار بر حسب سن در مناطق شهری و روستایی چهارمحال و بختیاری، سال
۱۳۸۰

<table>
<thead>
<tr>
<th>سن (سال)</th>
<th>نر</th>
<th>پسر</th>
<th>کل</th>
<th>کارآن پایین</th>
<th>کوارت درجه ۱</th>
<th>کوارت درجه ۲</th>
<th>میزان یید ادرار (mg/dl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱۴/۸</td>
<td>۱۴/۸</td>
<td>۱۴/۸</td>
<td>۲۹/۶</td>
<td>۶/۱</td>
<td>۱۳/۳</td>
<td>۱۳/۳</td>
<td>۱۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۱/۵</td>
<td>۱۹/۵</td>
<td>۱۹/۵</td>
<td>۳۸/۰</td>
<td>۱۱/۴</td>
<td>۲۵/۲</td>
<td>۲۵/۲</td>
<td>۲۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۸/۲</td>
<td>۲۴/۸</td>
<td>۲۴/۸</td>
<td>۵۳/۶</td>
<td>۱۶/۸</td>
<td>۳۸/۰</td>
<td>۳۸/۰</td>
<td>۳۸/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۷</td>
<td>۱۷</td>
<td>۱۷</td>
<td>۳۴</td>
<td>۲۴/۰</td>
<td>۲۴/۰</td>
<td>۲۴/۰</td>
<td>۲۴/۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>
پروپنیل رشته‌ای ترکیبی اقیانوس که دارد که می‌تواند تأثیر منفی در بدن داشته باشد. در شرایط مختلف، می‌تواند تأثیرات متفاوتی داشته باشد. در جمعیت مورد مطالعه، این نتایج بیشتر در گروه‌های پیش‌بینی نیز بود. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است. در این مطالعه، این نتایج با ثابت کردن میزان مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در بدن انسان، بیشتر است.
یا نکنیداری و انبار کردن نامطلوب نمک بی‌پدیدار و شرایط بخش ناماسب. یک کافی دریافت نمک‌کننده مسئولان نظام بهداشتی درمانی استان، می‌تواند در پیشرفت مطلب‌بز ساختان استان کمک کند.

نتایج این بررسی نشان دهنده این واقعی است که برنامه‌بازی یا کمپوز بید از طریق بیدار کردن نمک خواند و بسیار مؤثر بوده است و طی ۳ دوره پاییز برنامه، ۷ و ۱۲ سال پس از آغاز، برنامه به شاخه‌ی ملی برای کنترل اختلال‌های ناشی از کمپوز بید دست‌یافته است. با توجه به اینکه میانگین بید ادار داشت‌آموزان استان

i- Sustainable elimination of IDD

References

1. عزیزی فریدن, مجموعهی مقالات اختلال‌های تغذیه‌ای ناشی از کمبود بید ۱۳۷۴-۱۳۷۷، مرکز تحقیقات غذایی درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مندون. کرمان ملی بهنگ (بی‌پانشی). مقدمه صفحات ۸ تا ۲۴.


3. عزیزی فریدن, کیمیاکر سم‌سعود، باستانی ج، نوابی لیدا، فاضله‌ی ف، رسکارپانه و همکاران. بررسی کوارتر در شهریار. محله‌ی دانشکده پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۲.

4. عزیزی فریدن، نفرات‌پور مهحلات. آردانش پ، کیمیاکر سم‌سعود، باستانی ج، آردانش پ، همکاران. بررسی کوارتر در شهریار. محله‌ی دانشکده پزشکی دانشگاه علم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۳. صفحات ۷۵ تا ۸۵.

5. کیمیاکر سم‌سعود، می‌سیزی قاضی علی‌اصفه، نفرات‌پور مهحلات. باستانی ج، عزیزی فریدن. تأثیر رشد، شیوع گوارت و کوارتر تبیین در دانش‌آموزان مدرسه‌ی تهران دارو و درمان ۱۳۷۱، سال ۸، شماره‌ی ۱۰۰، صفحات ۴۱ تا ۷۵.

6. عزیزی فریدن، اختلال‌های ناشی از کمبود بید، محله‌ی دانشکده پزشکی دانشگاه علم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۲.


8. Sheikhalmashp Rubaie, Azizi F. Prevalence of iodine deficiency


12. سمای بازیگران و سالمات در جمهوری اسلامی ایران. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۷۸.


...
Original Article

The prevalence of goiter and urinary iodine excretion in school-aged children of ChaharMahal & Bakhtyari


Endocrine Research Center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Introduction: The province of Charmahal & Bakhtiari was one of the first regions with endemic goiter in Iran. Following initiation of the program of control of iodine deficiency in 1989, production, distribution and consumption of iodized salt were begun. Goal This survey was conducted within the framework of the 2001 national monitoring survey to find the prevalence of goiter and urinary iodine level in order and to evaluate the iodine status of school aged children in Charmahal & Bakhtiari. Methods 1200 schoolchildren, aged 7-10 years, were selected randomly from all regions of Charmahal & Bakhtiari, and the grade of goiter, in 600 boys and 600 girls, was determined according to WHO classification. Urinary iodine content was estimated using the digestion method in one tenth of the schoolchildren. Results: Total goiter rate was 18.4%, 15.4% in girls and 21.4% in boys. Median urinary iodine was 17 µg/dl. Urinary iodine was above 10 µg/dl in 80.9% and less than 5 µg/dl in 2.5%, no one had urinary iodine below 2 µg/dl. Conclusion: It is concluded that the rate of goiter in Charmahal & Bakhtiari has decreased significantly since 1996 and urinary iodine levels in schoolchildren are indicative of adequate iodine intake. The charmahal & Bakhtiari province therefore can hence be considered a "iodine deficiency free" zone.

Keywords: Goiter, Urinary iodine, Iodine deficiency