اختلالات جسمی کودکان 11-17 ساله ساکن مراکز تکه‌داری شبانه روزی شهر تهران

جکیده

زمینه و هدف: کودکان ساکن در مراکز تکه‌داری شبانه روزی غالب به مشکلاتی که در خانواده با آن مواجه بوده اند، در محيط مراکز تیز در معرض مشکلات رفتاری و بهداشتی قرار می‌گیرند. به همین دلیل مطالعه ای با هدف تعيين وضعیت سلامت جسمی کودکان 11-17 ساله ساکن مراکز تکه‌داری شبانه روزی شهر تهران انجام گردید.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه ای مقطعی بود که بروز 100 کودک (پسر و دختر) ساکن مراکز تکه‌داری شبانه روزی شهر تهران در سال 1385 انجام گرفت. در این پژوهش نمونه گیری از نوع سطحی بود و اطلاعات مورد نیاز در رابطه با سلامت جسمی کودکان از طریق معاونت پزشکی بر اساس قریب و بی‌دردستی سلامت کودکان و پروردهای بهداشتی با سلامت کودکان و پروردها بهداشتی آنها دستی آمده در نهایت داده‌های SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: شاخص توان اختلالات موجود در این گروه کودکان به ترتیب رتبه بالای اختلالات دندان و دندان (96/9 درصد)، پرست (96/7 درصد)، عصب (96/4 درصد) و سکونت در مراکز ارتباط عواملی نداشت.

بحث: از آنجا که کودکان ساکن مراکز تکه‌داری شبانه‌روزی از نظر سلامتی و بهداشتی جزو کودک‌های پرخطر در جوامع محروم می‌شوند لذا با توجه به بدست آمده در مطالعه حاضر، انجام بررسی و رشدگی پیشنهادی در اختصاصیات ابتلا به لیست کودکان ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سلامت جسمی - کودکان - مراکز تکه‌داری شبانه روزی

تاریخ دریافت: 8/11/14
تاریخ پذیرش: 8/12/14
مقدمه

سلامتی کودکان محور فعالیت‌های بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی مهیج سازمان بهداشت جهانی و جوان‌نفیس است که تأمین آن در فراکنی توسط همیاران مهم و تبعین کننده می‌باشد. (1) پیامدهایی می‌توان کشف: حمایت از کودکان و ارتقاء سلامت جسمی و روانی آنان پیش شرطی برای توسه آنی بشریت می‌باشد. (2) یکی از مسایل بحارتی و عمدی زمان کنونی برقراری محیطی پزشکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان که پرترکنی منابع می‌های جامعه هستند می‌باشد. زیرا الگوهای موتوری نیز در میان حیاتی بیشتری در جامعه می‌باشد. (3) مهاجران گروه بیشتر به مهاجران نیز تحت تأثیر قرار دهند. (4) مشکلاتی از قبیل مسائل تاریک و خون‌دما و فقر، تک و دوست و بی‌دست و افراد تحت سخن خویش و زندگی که هر دو بخش از میانجیگری حیاتی می‌باشد. (5) نیز عوامل بیشتری که از این جمله می‌باشند به سه‌دریای کودکان همراه می‌باشد. (6) نیکس & مکویین

تحصیلات والدین، مراقبت‌های بهداشتی در دسترس خانواده، بیماری و مراجعه موجود در جامعه و محیطی که کودک در آن زندگی می‌کند را به عنوان موتور عوامل موثر بر سلامت کودکان به‌کار می‌برند. (7) نیکس & مکویین

روش بررسی

در این مطالعه مفهومی رفتاری اختلالات جسمی موجود در هر یک از سیستم‌های بدن و در نهایت وضعیت سلامتی جسمی این کودکان مورد بررسی قرار گرفته. جامعه مورد مطالعه، که در 105 کودک 7-11 ساله قرار گرفته که در مراکز نگهداری شیباده روزی شهر تهران زندگی می‌کردند. بودند که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. به پرسی سلامت جسمی کودکان از فرم بررسی وضعیت سلامت جسمی
پایه‌ها

طق تأتیف بسته آماده در پژوهش از نظر ویژگی‌های فردی 0.543 درصد کودکان پسر و 0.457 درصد دختر بود. منابعی که 0.519 درصدی نمونه‌ها در گروه 0.514 و توزیع سنی 0.459 درصدی قرار داشتند. از نظر مدت زمان سکوت در مراکز نگهداری شباهتی بین 0.20 درصد از کودکان کمتر از 1 سال، 0.31 درصد بین 1-3 سال و 0.48 درصد نیز بیشتر از 3 سال در این مراکز سکوت داشتند. در مورد کودکان که بیشتر از 3 سال سابقه سکوت در مراکز نگهداری شباهتی را داشتند نیز میانگین مدت زمان سکوت 0.57 سال با انحراف معیار 0.22 بسته آماده. بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان مورد پژوهش نشان داد شایع ترین اختلالات موجود در این گروه از کودکان به ترتیب شامل اختلالات دهان و دندان (905 درصد)، بیوتسم 742 (درصد)، پوست 473 (درصد) و بیوتسم عضلانی اسکلتی (476 درصد) بود (جدول شماره 1). آزمون کای اسکوئر نیز نشان داد بین سلامت جسمی با جنس، سن و مدت زمان سکوت در مراکز ارتباط معنی‌دار وجود نداشت (جدول شماره 1).
جدول شماره 11- تعداد و درصد اختلالات جسمی در کودکان

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع اختلال</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دهان و دندان</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>پوست</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>چشم</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>عضلات-اسکلت</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>نفس</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>گوارش</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>جوهر</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>تناسل-اندریزی</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>افتقاری</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>احساس</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>عوارض-عوامل</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>جوش</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>کمر</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره 2- تعداد و درصد کودکان مورد پژوهش از نظر موارد انحراف از رشته جسمی

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع انحراف</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کم وزن</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>چاقی</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>کودن قدمی</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>کمر قدرت</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی دهان و دندان در این کودکان نشان داد که به طور کلی 90 درصد از آنها دارای اختلالات دهان و دندان بودند. در مطالعه Hochstadt و همکاران نیز مشخص گردیده است که 68 درصد در آن دارای پوستی و 16 درصد دارای عضلاتی مشکوکی نیز بودند. در این رابطه بهترین حالت دانشگاهی است که جلوگیری از این بروز رایج غذا و زیستی را به همراه با بهبود وزن و شکل بدن، بهبودی داشته باشد.

در این مطالعه، 127 کودک بودند که در نتیجه اعمال متوسط بر بهداشت دهان و دندان، در رابطه با اختلالات پوست نیز نتایج نشان داد که در 2/76 درصد از کودکان دارای اختلالاتی در این میان 17/3 درصد از اسکار سخت‌گوشی و 10/3 درصد به طور مساوی دارای اسکار بزرگی و اکم‌زدایی در نواحی مختلف بودند. این نتایج نشان دهد که کمک های بهبودی به کودکان و افراد بیشتر، بهبودی به همراه با بهبود وزن و شکل بدن، بهبودی داشته باشد.

جدول شماره 12- تعداد و درصد اختلالات جسمی در کودکان

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع اختلال</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دهان و دندان</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>پوست</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>چشم</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>عضلات-اسکلت</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>نفس</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>گوارش</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>جوهر</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>تناسل-اندریزی</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>افتقاری</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>احساس</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>عوارض-عوامل</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>جوش</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>کمر</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره 13- تعداد و درصد کودکان مورد پژوهش از نظر موارد انحراف از رشته جسمی

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع انحراف</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کم وزن</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>چاقی</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>کودن قدمی</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>کمر قدرت</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی دهان و دندان در این کودکان نشان داد که به طور کلی 90 درصد از آنها دارای اختلالات دهان و دندان بودند. در مطالعه Hochstadt و همکاران نیز مشخص گردیده است که 68 درصد در آن دارای پوستی و 16 درصد دارای عضلاتی مشکوکی نیز بودند. در این رابطه بهترین حالت دانشگاهی است که جلوگیری از این بروز رایج غذا و زیستی را به همراه با بهبود وزن و شکل بدن، بهبودی داشته باشد.

در این مطالعه، 127 کودک بودند که در نتیجه اعمال متوسط بر بهداشت دهان و دندان، در رابطه با اختلالات پوست نیز نتایج نشان داد که در 2/76 درصد از کودکان دارای اختلالاتی در این میان 17/3 درصد از اسکار سخت‌گوشی و 10/3 درصد به طور مساوی دارای اسکار بزرگی و اکم‌زدایی در نواحی مختلف بودند. این نتایج نشان دهد که کمک های بهبودی به کودکان و افراد بیشتر، بهبودی به همراه با بهبود وزن و شکل بدن، بهبودی داشته باشد.
اختلالات جسمی کودکان 31-7 ساله ساکن مرکز‌های دندانپزشکی شبانه‌روزی

هوستن به همین دلیل در معرض سلامتی و آسیب‌های فراوان قرار دارد و جهت جلوگیری از بروز حادثه‌های در آن کودکان توجه و مراقبت کافی و رعایت قوانین بسیار مهم همان‌گونه است.

یافته‌های حاصل از پژوهش Hansen و همکاران بیانگر این‌جاست که 45 درصد از کودکان ساکن مرکز دندانپزشکی شبانه‌روزی، مارکز‌های میزان‌بندی تبیینی کودکان کرده‌اند. این مطالعه و همکاران در نظر گرفته‌اند که میزان شوایی روزی، ممکن است به سبب کودکان عادی 3 مرکز‌های دندانپزشکی شبانه‌روزی شونده، توسط این کودکان عادی در رابطه با شوایی میزان اجتماعی کارگردانی نشانه‌های مختلفی از افراطیته و همکاران نیز می‌نویسند: به طور کلی کودکان ساکن مرکز‌های دندانپزشکی نسبت به سایر کودکان عادی در بازی و مراقبت کودکان که از مطالعه میزان‌بندی تبیینی کودکان کرده‌اند، میزان‌بندی روزی کودکان در این لحاظ به‌طور کلی کودکان ساکن مرکز‌های دندانپزشکی شبانه‌روزی نسبت به سایر کودکان عادی در این لحاظ به‌طور کلی کودکان ساکن مرکز‌های دندانپزشکی شبانه‌روزی، ممکن است به سبب کودکان عادی 3 مرکز‌های دندانپزشکی شبانه‌روزی شونده، توسط این کودکان عادی در رابطه با شوایی میزان اجتماعی کارگردانی نشانه‌های مختلفی از افراطیته و همکاران نیز می‌نویسند: به طور کلی کودکان ساکن مرکز‌های دندانپزشکی نسبت به سایر کودکان عادی در بازی و مراقبت کودکان که از مطالعه میزان‌بندی تبیینی کودکان کرده‌اند، میزان‌بندی روزی کودکان در این لحاظ به‌طور کلی کودکان ساکن مرکز‌های دندانپزشکی شبانه‌روزی نسبت به سایر کودکان عادی در این لحاظ به‌طور کلی کودکان ساکن مرکز‌های دندانپزشکی شبانه‌روزی...
می باشد. در صورتی که در رابطه با میزان اختلالات در سیستم گوارش و خون نتایج بدست آمده در پژوهش بسیار بالا باشد.
نتایج مطالعه Hansen و همکارانش می باشد.
نتیجه کلی حاصل از بررسی نشان داد میزان ترین اختلالات موجود در این گروه از کودکان به ترتیب شامل اختلالات دهان و دندان (90 درصد)، پوست و طبیعت زیبایی (56 درصد) است.
در مطالعه Hansen در این گروه از کودکان به ترتیب اختلالات دهان و دندان، اختلالات پوستی، واکنش‌های ناقص و اختلالات چشم (بینایی) یافته‌اند. نتایج بدست آمده در پژوهش Leslie و همکارانش نیز ترین مشکلات جسمی کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شمار غنی‌تر داشته‌اند. مشکلات بینایی و شنوایی، سوء تغذیه می ثبت شده. نتایج پوستی کوچک‌های قد کم خونی، پوشیدگی دندان و تهیه‌هایی از آزار و افت و یافتن را نشان داده‌اند.
یافته‌های بدست آمده در پژوهش می‌نیاز داشت. درصد از کودکان چاق و 10 درصد از آنان کم وزن بودند. در مقابل، بودند. در مطالعه Hansen و همکارانش نیز 61 درصد کودکان در محدوده کم وزن یا لاغر قرار داشتند. 81 درصد. چاقی محسوب می شدند. مطالعه Karlson و همکارانش در سال 20000000 بازی نشان داد. درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در محدوده وزن یا لاغر قرار داشتند. نتایج می‌نیاز داشت. 105 درصد از واکنش‌های مورد پژوهش در محدوده تیره صدک و کوکتی قد بودند. در این رابطه Hansen و همکارانش نیز نشان داد که 111/0 درصد کودکان کوتاه قد بودند. نتایج بدست آمده از مطالعه Hansen و همکارانش از نظر تعداد کودکان کوتاه قد تقریباً مشابه نتایج حاصل از پژوهش حاصل می‌باشد. در حالی که مطالعه Silver و همکارانش در سال 1999 نشان داد بین 25-26
اختلافات جسمی کودکان 11-7 ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در ایران

نتایج بدست‌آمده در رابطه با شیوع بیماری‌های جسمی طبیعی تنش‌های پرسکی در این گروه از کودکان نشان داد بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (55/2 درصد) موضوع به یک بیماری جسمی مبتلا بوده و 44 درصد آن نیز فاقد هر گونه بیماری جسمی با تشخیص پرسکی بودند. در مطالعه Silver و همکاران میزان ابتلا به بیماری‌های جسمی در کودکان مراکز نگهداری شبانه روزی بین 17-41 درصد عنوان شده است. 25 درصد گزارش شده است که قریب به مرحله تنشیست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. در مطالعه Silver و همکاران حداکثر 12 درصد از کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی بودند.

و همکاران نیز در اختلاصات این کودکان به Behrman بیماری‌های جسمی را 25 درصد عنوان کرده‌اند. 31 درصد شیوع بالایی می‌شکل‌های حاد و مزمن بهداشتی، و وضعیت آن‌اماسب شدت و واکنش‌های ناقص در این کودکان ارتقاء گرفت نیاز به فیزیوتراپی و همکاران همچنین در این رابطه می‌نویسند: بیشتر از 25 درصد این کودکان نیز حداکثر به یک بیماری مزمن جسمی مبتلا می‌باشند. اما عنوان می‌کنند: البته شیوع بالایی می‌شکل‌های حاد در این کودکان می‌تواند علاوه بر محیط زندگی کودک، ناکافی بودن مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز باشد. از سوی دیگر زندگی در این مراکز سلامت کودکان را از نظر جامعه تحت تاثیر قرار می‌دهند. Behrman در رابطه با عوامل مؤثر بر سلامت جسمی کودکان و همکاران می‌نویسند: یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد جسمی کودکان تغییراتی بوده که طوری که کم‌میره و اضافه وزن از شایع‌ترین اختلالات سنین کودکی و تغییرات محسوب می‌شود. کمبود وزن حاکی از سوء تغذیه می‌باشد. سوء تغذیه در کودکان می‌تواند ادامه کمبود‌های تغذیه‌ای باشد که از زمان قد کودکان از جامعه تغذیه‌ای کودکان در صورت ادامه یافتن این وضعیت بی‌پیمانی و در نتیجه نارسایی رشد جسمی می‌شود.

15 درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در ایران قد کودکان از حد طبیعی بوده‌اند. در مطالعه Karlson & Karen صدک کمتر از 30 یک کودک در یک مورد (2.1درصد) بر طبق اظهارات Hochstadt و همکاران به طور کلی 30 درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی دارای مشکلات رشد جسمی هستند. 30 درصد از کودکان را در این مطالعه در مشکلات رشد جسمی در این Silver و همکاران می‌شنیزند. رشد کودکان در نظر جمعی‌کردن گروه از کودکان 10 درصد ذکر کرده‌اند. و Leslie همکاران نیز به طور کلی این کودکان در مقایسه با سایر کودکان 2 برابر بیشتر دارای مشکلات رشد جسمی هستند. در رابطه با عوامل مؤثر بر رشد جسمی کودکان می‌توان گفت: عوامل بسیار زیادی در روند رشد ویژگی‌های کودکان مؤثر می‌باشد. بیشتر کودکان در نظر جمعی‌کردن لحظه‌ای معنی‌دار هستند و بیشتر دیگر درک که علت اصلی آن عوامل وراثی است اما عوامل محیط و اثرات ناشی از آن از روی یک شک در جمله فاکتورهای مهم زنجیره رشد می‌باشد. انحرافات رشد می‌تواند ناشی از مواجهاتی به ویژگی‌های عاطفی باشد. کودکان که به این مراکز می‌آیند در تمام مراحل رشد و تکامل نسبت به کودکان درکه پیشرفت کمتری دارند. یافته‌ها بیان کرده‌اند: از سوی و پرتو در سنال به‌ناتیولی اولیه به‌ناتیولی کودک، ناکافی بودن مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز باشد. از سوی دیگر نشان داده شده است که در این مراکز سلامت کودکان را از نظر جامعه تحت تاثیر قرار می‌دهند. Behrman نیز به عوامل مؤثر بر سلامت جسمی کودکان و همکاران می‌نویسند: یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد جسمی کودکان تغییراتی بوده که طوری که کم‌میره و اضافه وزن از شایع‌ترین اختلالات سنین کودکی و تغییرات محسوب می‌شود. کمبود وزن حاکی از سوء تغذیه می‌باشد. سوء تغذیه در کودکان می‌تواند ادامه کمبود‌های تغذیه‌ای باشد که از زمان قد کودکان از جامعه تغذیه‌ای کودکان در صورت ادامه یافتن این وضعیت بی‌پیمانی و در نتیجه نارسایی رشد جسمی می‌شود.

نشریه پرستاری ایران
دوره 23/ شماره 63 / اردیبهشت ماه 1389
نحوه ی بیماری و همکاران
شیرخوارگی شروع شده است. عادات بدغذایی می‌تواند با وضعیت به‌پیش‌اشی بیماری‌های مزمن و اختلال در روابط والدین و کودک مرتبط باشد. علاوه بر موارد ذکر شده مواردی چون مرض کم کودک هنگام تولد، مسائل زینتیکی زندگی در مکان‌های جمعی و طبقات پایین اجتماعی احتمالی بیش از سایر عوامل موتور بر سلامت و رشد چربی در کودکان می‌باشد.

با تمام این اوصاف می‌توان گفت: هر چند کودک‌هایی از کودکان در این مراکز به‌سرپرستی سازمان‌دهی شده و باز هم نمی‌تانند احتیاجات اولیه کودکان را در حین مطلب پرآورده و سازند، به طور مثال کودکان سند مدرسه برای رشد مطلب جسمی و روانی - اجتماعی نیاز به فضای کافی و مناسب برای پریدن، دویدن و بازی دارند. به همکاری تشخیص و خدمات پزشکان دارند که ممکن است در این محیط چندین امکان‌پذیری کودکان فراهم نباشد. از سویی دیگر، مشکلات جسمی، روانی و تکاملی این کودکان هنگام تشخیص داده می‌شوند و درمان هم به همراه دارند، در صورتی که این کودکان در بدو ورود به مراکز نگهداری شبانه‌روزی تحت معاینه دقیق و کامل قرار گیرند و به طور فرآیند درمانی راه یافته‌های کامی تری در جهت افزایش سلامت آنها نجات خواهد شد.

۳- Lundy, K.S., Janes, S. Community Health Nursing, Caring for the Public Health. Bosten: Jones and Bartlett, 2001; 34; P 772.
20- Carson, V.B. Mental Health Nursing, philadelphia: W.B.saunders, 2000;p 178.
23- Illingworth, R. Common sympthoms of Disease In children. 9th ed. Black well scientific publication. 1996.
26- Halfon, N. et al. Childfen In foster care in California: An Examination of Medical Riembursed Health service utilization, pediatric, 1998; 89(9), 1230-1237.
Frequency of Physical Problem among 7-11 Years Old Children in Foster Care Centers

*Mahboubeh Bayat¹ MSc Mahboubeh Nazari-Jeyrani² MSc
Arezou Shahsavari³ MSc Majid Miri⁴ MSc Mahin Naderifar⁵ MSc

Abstract

Background and Aim: Every year, thousands of children are admitted in foster care centers, mostly because of neglect, physical abuse, parental substance abuse, and divorce and socio-economic poverty. On the other hand, entering these centers and living there faces children with a lot of behavioral and health problems. The purpose of this study was to assess physical health status among 7-11 years old children living in foster care centers in Tehran.

Material and Method: We performed a cross-sectional study with 105 children (57 boys, 48 girls). Census sampling was used to recruit participants and information about child physical health was obtained by physical exams based on child health assessment form, child health records and sometimes, consults with physicians.

Results: Findings showed that most frequently type of physical problem in these children was periodontal (90.5%), followed by skin (76.2%), eyes (51.4%), and respiratory system problems (40.1%). Chi-square test did not show any statistical significant relationship of physical health with sex, age and duration of stay in these centers.

Conclusion: Based on the finding, full attention and health facility should be given to this group of children and more studies are needed to study the factors affecting their health.

Keywords: Physical health – Children - Foster care centers

Received: 2 Feb, 2009
Accepted: 6 Mar, 2010

This article has been excerpted from MS dissertation
¹ MSc Graduate Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
² (*Corresponding Author) Tel:09125930041 Email:M_bayat2007@yahoo.com
³ Senior Lecturer in Nursing, Aligoudarz Nursing School, Lorestan University of Medical Sciences and Health Services, Lorestan, Iran
⁴ Senior Lecturer in Nursing, Aligoudarz Nursing School, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran
⁵ Senior Lecturer in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Sistan and Baluchestan, Iran