

اختلالات جسمی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری

شبانه روزی شهر تهران

*محبوبه بیات^۱ محبوبه نظری جیرانی^۲ آرزو شاهسواری^۳ مجید میری^۴ مهین نادری فر^۵

چکیده

زمینه و هدف: کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی علاوه بر مشکلاتی که در خانواده با آن مواجه بوده اند، در محیط مراکز نیز در معرض مشکلات رفتاری و بهداشتی فراوانی قرار می گیرند. به همین منظور مطالعه ای با هدف تعیین وضعیت سلامت جسمی کودکان ۷-۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران انجام گردید.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه ای مقطعی بود که بر روی ۱۰۵ کودک (۵۷ پسر و ۴۸ دختر) ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت. در این پژوهش نمونه گیری از نوع سرشماری بوده و اطلاعات مورد نیاز در رابطه با سلامت جسمی کودکان از طریق معاینات فیزیکی بر اساس فرم بررسی وضعیت سلامت کودکان و پرونده بهداشتی آن ها بدست آمد. در نهایت داده های بدست آمده با نسخه ۱۳ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: شایع ترین اختلالات موجود در این گروه از کودکان به ترتیب شامل اختلالات دهان و دندان (۹۰/۵ درصد)، پوست (۷۶/۲ درصد) چشم (۵۱/۴ درصد) و سیستم تنفسی (۴۰/۱ درصد) است. آزمون کای اسکور نیز نشان داد: سلامت جسمی با جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی داری نداشت.

بحث: از آنجا که کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی از نظر سلامتی و بهداشت جزو گروه های پرخطر در جوامع محسوب می شوند لذا با توجه به یافته های بدست آمده در مطالعه حاضر، انجام بررسی و رسیدگی بیشتر درخصوص ارتقاء سلامت این کودکان ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: سلامت جسمی - کودکان - مراکز نگهداری شبانه روزی

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۵

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ کارشناس ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، (*مؤلف مسؤول)

شماره تماس: ۰۹۱۲۵۹۳۰۰۴۱ Email: m_bayat2007@yahoo.com

^۲ مربی گروه روان پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

^۳ مربی گروه داخلی - جراحی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری الیگودرز دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران

^۴ مربی گروه روان پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان و بلوچستان، ایران

^۵ مربی گروه کودکان و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان و بلوچستان، ایران

مقدمه

آمریکا ۴۰۰/۰۰۰ نفر بوده است که در سال ۱۹۹۹ به ۵۷۰/۰۰۰ نفر افزایش یافته است^(۹). Wong و همکاران نیز در این رابطه می‌نویسند: تخمین زده می‌شود که شمار کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی در ایالات متحده آمریکا بیش از ۵۰۰/۰۰۰ نفر باشد که این میزان بیشتر از یک سوم کل جمعیت این گروه از کودکان در سراسر جهان را تشکیل می‌دهد^(۶). طبق آمار بدست آمده از مرکز اطلاعات و آمار ایران نیز بیش از ۴۰۰۰ کودک در مراکز نگهداری شبانه روزی استان تهران نگهداری می‌شوند^(۵).

از سوی دیگر این کودکان از نظر میزان دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی نیز نسبت به سایر کودکان در سطح پایین‌تری قرار دارند^(۱۰). طبق گزارشات در برخی از نواحی ایالات متحده آمریکا ۱۲ درصد از این کودکان هیچ‌گونه مراقبت بهداشتی دریافت نمی‌کنند و ۳۲ درصد آنان نیز نیازهای بهداشتی برآورده نشده دارند^(۱۱). در واقع می‌توان گفت: هرچند این کودکان از محیط‌های خطرناک و غفلت والدین و اطرافیان خود رهایی می‌یابند ولی ورود به این سیستم مراقبتی نیز آن‌ها را در معرض مشکلات بهداشتی و رفتاری فراوانی قرار می‌دهد^(۱۲،۵). هدف از انجام این مطالعه تعیین وضعیت سلامت جسمی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران بود.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی فراوانی اختلالات جسمی موجود در هر یک از سیستم‌های بدن و در نهایت وضعیت سلامت جسمی این کودکان مورد بررسی قرار گرفت. جامعه مورد مطالعه، کلیه ۱۰۵ کودک ۱۱-۷ ساله ای که در سال ۸۴-۱۳۸۵ در مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران زندگی می‌کردند بودند که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. جهت بررسی سلامت جسمی کودکان از فرم بررسی وضعیت سلامت جسمی

سلامتی کودکان محور فعالیت‌های بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی همچون سازمان بهداشت جهانی و یونیسف است که تأمین آن در فرآیند توسعه ملی بسیار مهم و تعیین‌کننده می‌باشد^(۱). بنابراین می‌توان گفت: حمایت از کودکان و ارتقاء سلامت جسمی و روانی آنان پیش شرطی برای توسعه آتی بشریت می‌باشد^(۲). یکی از مسایل بحرانی و عمده زمان کنونی برقراری محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان که بزرگترین منابع ملی هر جامعه هستند، می‌باشد. زیرا عواملی که موجب برهم زدن محیط زندگی کودک می‌شوند می‌توانند سلامت وی را نیز تحت تأثیر قرار دهند^(۳). مشکلاتی از قبیل عملکرد نادرست خانواده، سوءرفتار، فقر، تک‌والدی بودن، سوء مصرف مواد توسط والدین و بی‌سرپرستی از جمله این عوامل می‌باشند که در اغلب موارد منجر به سپردن کودکان به مراکز نگهداری شبانه‌روزی می‌شوند^(۴).

Nies & McEwen عواملی نظیر فقر، تک‌والدی بودن میزان تحصیلات والدین، مراقبت‌های بهداشتی در دسترس خانواده، حمایت و منابع موجود در جامعه و محیطی که کودک در آن زندگی می‌کند را از عمده‌ترین عوامل موثر بر سلامت کودکان می‌دانند^(۵).

Wong و همکاران عوامل اصلی موثر بر سلامت و رشد و تکامل کودکان را به دو گروه کلی شامل: عوامل فیزیولوژیک و محیط فیزیکی تقسیم می‌کنند و اظهار می‌دارند: محیط فیزیکی شامل محیط قبل از تولد و محیط پس از تولد می‌باشد که هر دو نقش مهمی را بر سلامت کودکان دارند^(۶).

Simms & Bolden در این راستا اظهار می‌دارند: هر ساله هزاران کودک بدلائیل مختلف در مراکز نگهداری شبانه‌روزی پذیرفته می‌شوند^(۷). سرعت رشد جمعیت این گروه از کودکان از سال ۱۹۸۷ تا سال ۱۹۹۵ به میزان ۴۴ درصد عنوان شده است. به طور مثال در سال ۱۹۹۰ جمعیت این کودکان در

سیستم های بدن کودکان بصورت جداگانه مشخص گردید. رویایی ابزار به روش اعتبار محتوی سنجیده شد. پایایی ابزار از طریق روش مشاهده همزمان مورد بررسی قرار گرفت. بدین ترتیب که تعداد ۸ کودک سنین ۱۱-۷ سال بستری در بخش خون بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) به طور جداگانه توسط دو پژوهشگر بر اساس فرم بررسی سلامت جسمی کودکان، مورد معاینات دقیق فیزیکی قرار گرفتند، سپس داده های بدست آمده از هر دو معاینه برای هر کودک توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ تجزیه و تحلیل گردید و در نهایت با ضریب همبستگی ۰/۹، پایایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت.

یافته ها

طبق نتایج بدست آمده در پژوهش از نظر ویژگی های فردی ۵۴/۳ درصد کودکان پسر و ۴۵/۷ درصد دختر بودند. میانگین سنی کودکان ۰۷/۱۰ سال با انحراف معیار ۱/۱۸ بود. از نظر توزیع سنی ۵۱/۴ درصد نمونه ها در گروه سنی ۱۱ سال و ۳/۸ درصد در گروه سنی ۷ سال قرار داشتند. از نظر مدت زمان سکونت در مراکز نگهداری شبانه روزی نیز ۲۰ درصد از کودکان کمتر از ۱ سال، ۳۱/۴ درصد بین ۱-۳ سال و ۴۸/۶ درصد نیز بیشتر از ۳ سال در این مراکز سکونت داشتند. در مورد کودکانی که بیشتر از ۳ سال سابقه سکونت در مراکز نگهداری شبانه روزی را داشتند نیز میانگین مدت زمان سکونت ۵/۷ سال با انحراف معیار ۲/۲ بدست آمد. 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 (۹۰/۵ درصد)، پوست (۷۶/۲ درصد)، چشم (۵۱/۴ درصد) و سیستم عضلانی اسکلتی (۴۶/۷ درصد) بود (جدول شماره ۱). آزمون کای اسکوئر نیز نشان داد بین سلامت جسمی با جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی دار وجود نداشت (جدول شماره ۱).

کودکان، ترازو، متر، دستگاه فشارسنج دارای کاف مخصوص کودکان، گوشی پزشکی و چارت اسنلن استفاده شده است. فرم بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان ابزاری استاندارد می باشد که از بخش معاینات فیزیکی کودکان در کتاب ونگ که یکی از کتاب های مرجع در زمینه پرستاری کودکان می باشد، اقتباس شده است و در واقع حاوی نکاتی است که هنگام انجام معاینات فیزیکی کودکان باید مورد توجه پرستاران قرار گیرند. این ابزار شامل ۱۸ بخش است: ابتدا رشد فیزیکی کودکان (قد و وزن) توسط پژوهشگر اندازه گیری و سپس طبق نمودارهای استاندارد رشد که به طور جداگانه برای هر دو جنس وجود دارد، متناسب بودن رشد فیزیکی کودکان تعیین و در فرم بررسی وضعیت سلامت ثبت گردید. در مراحل بعدی نیز سیستم های دهان و دندان، چشم، گوش، پوست، گفتاری، تنفس، قلب و عروق، عضلانی-اسکلتی، گوارش، عصبی کلیوی، خون، تناسلی - اداری، ایمنی و غدد به طور جداگانه و بر اساس موارد ذکر شده در فرم بررسی وضعیت سلامت توسط پژوهشگر مورد معاینه و بررسی دقیق قرار گرفته و در فرم معاینات ثبت گردید. در پایان جهت تکمیل معاینات و ثبت تشخیص های پزشکی موجود در هر سیستم، پرونده بهداشتی هر یک از واحدهای مورد پژوهش نیز توسط پژوهشگر مطالعه و بررسی شد و در صورت داشتن پزشک مقیم در مراکز در برخی موارد با پزشک نیز مشورت گردید. لازم به ذکر است جهت معتبر بودن داده ها در این قسمت، پژوهشگر برای اندازه گیری قد، وزن، فشارخون وحدت بینایی کودکان از یک عدد ترازو، متر، دستگاه فشارسنج، گوشی پزشکی و چارت اسنلن واحد برای تمامی نمونه های پژوهش استفاده نمود. هنگام معاینه به دلیل احتمال وجود برخی مشکلات نظیر تمارض و سایر مسائل روانی در کودکان از گرفتن تاریخچه و انجام هرگونه مصاحبه با آنان خودداری گردید. اطلاعات بدست آمده در مورد اختلال یا بیماری در هر یک از

درصد موارد اختلال در جدول شماره یک و درصد موارد انحراف معیار در رشد جسمی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- تعداد و درصد اختلالات جسمی در کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی

نوع اختلال	فراوانی	درصد
دهان و دندان	۹۵	۹۰/۵
پوست	۸۰	۷۶/۲
چشم	۵۴	۵۱/۴
عضلانی - اسکلتی	۴۹	۴۶/۷
تنفس	۴۱	۳۹/۱
گوارش	۳۴	۳۲/۴
خون	۲۷	۲۵/۷
تناسلی - ادراری	۲۲	۲۱
گفتاری	۱۸	۱۷/۱
اعصاب	۱۴	۱۳/۴
قلبی - عروقی	۱۱	۱۰/۵
گوش	۱۰	۹/۵

جدول شماره ۲- تعداد و درصد کودکان مورد پژوهش از نظر موارد انحراف از رشد جسمی

نوع انحراف	فراوانی	درصد
کم وزنی	۱۶	۱۵/۲
چاقی	۷	۶/۷
کوتاه قدی	۱۱	۱۰/۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی دهان و دندان در این کودکان نشان داد که به طور کلی ۹۰/۵ درصد از آن ها دارای انواع اختلالات دهان و دندان بودند. در مطالعه Hansen و همکاران نیز مشخص گردید در میان کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی آمریکا ۲۷/۱ درصد آنان دارای پوسیدگی واضح

دندان و ۴۳/۶ درصد دارای اختلالات دهان و دندان بودند^(۱۳). که در مقایسه با نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر، میزان اختلالات دهان و دندان کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در این پژوهش تقریباً ۲ برابر بیشتر از مطالعه Hansen و همکاران است. Hochstadt و همکاران نیز در مطالعه خود میزان موارد پوسیدگی دندان در کودکان ساکن مراکز نگهداری ایالت شیکاگو را ۱۴ درصد عنوان کرده اند^(۱۴). که نشان دهنده توجه بیشتر به بهداشت دهان و دندان در کشورهای توسعه یافته می باشد. از عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان، ارتباط عاطفی موجود میان والدین و فرزندان و احساس کودکان در مورد ضرورت احترام و توجه به نظرات والدین و بزرگسالان است که عامل قوی در تشویق و ترغیب کودکان به رعایت بهداشت دهان و دندان می باشد. اگرچه که رژیم غذایی، ارث، وضعیت اقتصادی - اجتماعی نیز از دیگر عوامل موثر بر اختلالات دهان و پوسیدگی دندان به شمار می روند^(۱۵).

در رابطه با اختلالات پوست نیز نتایج نشان داد ۷۶/۲ درصد از کودکان دارای اختلالاتی در این سیستم بودند که از این میان ۳۷/۱ درصد دارای اسکار سوختگی و ۱۳/۳ درصد به طور مساوی دارای اسکار بریدگی و اکیموز در نواحی مختلف بدن بودند. به عبارت دیگر حدود نیمی از نمونه ها (۵۰/۴ درصد) دارای مشکلاتی بودند که می تواند ناشی از آزارهای جسمی کم توجهی و سایر عوامل محیطی باشد بنابراین با توجه به ماهیت و نوع اختلال موجود شاید بتوان گفت یکی از دلایل بالا بودن این اختلالات علاوه بر آزارهای جسمی توسط والدین و سایر بزرگسالان در زندگی قبلی کودک، کم بودن تعداد مراقبین در مقایسه با تعداد کودکان در مراکز و در نتیجه پایین بودن سطح مراقبت های به عمل آمده از کودکان همچنین پایین بودن سطح ایمنی محیط زندگی کودکان باشد Whetsel در این رابطه می نویسد: کودکان سنین مدرسه بسیار کنجکاو و ماجراجو

شنوایی که سبب می‌شود کودک برای بهتر دیدن یا بهتر شنیدن سر خود را به یک طرف خم کند نیز در شیوع اختلالات عضلانی-اسکلتی کودکان سن مدرسه نقش مهمی دارد^(۱۸). از نظر موارد اختلال در سیستم تنفسی مشخص گردید ۴۰/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش دارای اختلال در سیستم تنفسی بودند. در مطالعه Hansen و همکاران میزان ابتلا به بیماری های ریوی ۱۲/۳ درصد گزارش گردید^(۱۳). Leslie و همکاران نیز می‌نویسند: به طور کلی کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی نسبت به سایر کودکان عادی ۳ برابر بیشتر به آسم و سایر بیماری های ریوی مبتلا می‌باشد^(۸). در رابطه با شیوع مشکلات سیستم شنوایی یافته ها حاکی از آن است که ۹/۵ درصد کودکان به یک نوع از اختلالات گوش مبتلا بودند که بیشترین درصد (۳/۸ درصد) مبتلا به کم‌شنوایی بودند. میزان اختلالات شنوایی در نمونه‌های مورد پژوهش Hansen و همکاران نیز ۱۲/۱ درصد و میزان بروز کم‌شنوایی در آن ها ۲ درصد گزارش گردید^(۱۳) که تقریباً مشابه نتایج بدست آمده در این پژوهش می‌باشد. Leslie و همکاران میزان بروز مشکلات شنوایی و بینایی را در این گروه از کودکان بین ۶۰-۲۰ درصد عنوان کرده‌اند و این در حالیست که در جامعه کودکان عادی میزان بروز این مشکلات ۱۰ درصد تخمین زده شده است^(۸). در رابطه با اختلالات گفتاری نیز ۱۷/۱ درصد از کودکان مبتلا به لکنت زبان بودند. نظر به این که لکنت زبان هم می‌تواند منشأ ارگانیک داشته باشد و هم ناشی از مسائل روانی و عاطفی باشد به عنوان یک نکته می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد. در مطالعه Silver میزان اختلالات گفتاری در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی ۵۷ درصد بود که حدود ۳ برابر بیشتر از نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد^(۱۹). Leslie و همکاران شیوع اختلالات گفتاری در گروه کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی را نیز مانند اختلالات

هستند به همین دلیل در معرض صدمات و آسیب‌های فراوان قرار دارند و جهت جلوگیری از بروز صدمات در این کودکان توجه و مراقبت کافی و رعایت قوانین ایمنی بسیار مهم است^(۱۶). یافته‌های حاصل از پژوهش Hansen و همکاران بیانگر ابتلای ۴۵/۸ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی به اختلالات پوست بوده است^(۱۳). از نظر شیوع انواع اختلالات چشم، نتایج نشان داد ۵۱/۴ درصد از کودکان دارای انواع اختلالات سیستم بینایی بودند. در مطالعه Hansen و همکاران میزان اختلالات بینایی کودکان کمتر از مطالعه حاضر بوده است. چوبدار و صباغ (۱۳۸۳) در رابطه با علل مرتبط با بروز اختلالات بینایی در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی می‌نویسند: عواملی مانند فقر اقتصادی، سوء تغذیه، نامناسب بودن محیط رشد و نمو و عدم استفاده از امکانات و شرایط نوری مناسب می‌تواند در بروز اختلالاتی مانند ضعف بینایی در این کودکان موثر باشد^(۱۷). از نظر میزان اختلالات عضلانی - اسکلتی یافته ها حاکی از آن بود ۶۷/۷ درصد از کودکان دارای اختلال بودند. طبق مطالعه Hansen و همکاران نیز میزان ابتلا به اختلالات عضلانی-اسکلتی در این گروه از کودکان ۸ درصد بوده است^(۱۳). که به نسبت نتایج بدست آمده در این پژوهش کمتر می‌باشد. در این رابطه حلم سرشت و دل پیشه می‌نویسند: علل بالا بودن موارد اختلالات عضلانی - اسکلتی در کودکان سنین مدرسه در بسیاری اوقات مربوط به طرز نشستن، ایستادن و راه رفتن غلط می‌باشد. عواملی دیگر مانند شرایط نامناسب آموزشگاه‌ها (تهویه و نور ناکافی و میز و صندلی های نامناسب)، شرایط نامطلوب زندگی مانند زندگی در مکان های پرجمعیت، کم خوابی، تغذیه نامناسب، پوشیدن لباس‌های نامناسب و کفش‌های نامناسب، حمل اشیاء سنگین مانند کیف پر از کتاب که در یک طرف بدن آویخته شده، اضافه وزن برخی بیماری‌هایی مانند راشیتیزم و وجود عیوب بینایی و

می‌باشد. در صورتی که در رابطه با میزان اختلالات دو سیستم گوارش و خون نتایج بدست آمده در پژوهش بسیار بالاتر از نتایج مطالعه Hansen و همکاران می‌باشد.

نتیجه کلی حاصل از بررسی نشان داد شایع ترین اختلالات موجود در این گروه از کودکان به ترتیب شامل اختلالات دهان و دندان (۹۰/۵ درصد)، پوست (۷۶/۲ درصد) چشم (۵۱/۴ درصد) و سیستم عضلانی اسکلتی (۴۶/۷ درصد) است. در مطالعه Hansen و همکاران نیز شایع ترین مشکلات در این گروه از کودکان به ترتیب اختلالات دهان و دندان، اختلالات پوست، واکسیناسیون ناقص و اختلالات چشم (بینایی) بود^(۱۳). که تقریباً مشابه نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. در مطالعه Leslie و همکاران نیز شایع ترین مشکلات جسمی کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شامل عفونت‌ها، آسم، مشکلات بینایی و شنوایی، سوء تغذیه مشکلات پوست، کوتاهی قد، کم خونی، پوسیدگی دندان و تظاهراتی از آزار و اذیت بود^(۸).

یافته های بدست آمده در پژوهش همچنین نشان داد: ۶۷/۷ درصد از کودکان چاق و ۱۵/۲ درصد از آنان کم وزن بودند. در مطالعه Hansen و همکاران نیز ۶/۱ درصد کودکان در محدوده کم وزن یا لاغر قرار داشته و ۸/۱ درصد، چاق محسوب می‌شدند^(۱۳). مطالعه Karlson و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز نشان داد ۱۲ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی در محدوده کم وزن یا لاغر قرار داشتند^(۲۰). نتایج همچنین نشان می‌دهد ۱۰/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش در محدوده زیر صدک ۳ و کوتاه قد بودند. در این رابطه مطالعه Hansen و همکاران نیز نشان داد که ۱۱/۱ درصد کودکان کوتاه قد بودند^(۱۳). نتایج بدست آمده از مطالعه Hansen و همکاران از نظر تعداد کودکان کوتاه قد تقریباً مشابه نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌باشد. در حالی که مطالعه Silver و همکاران در سال ۱۹۹۹ نشان داد بین ۲۵-

شنوایی و بینایی بین ۶۰-۲۰ درصد عنوان کرده‌اند ۸ که به مراتب بیشتر از آمار بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. در رابطه با میزان اختلالات قلبی - عروقی نیز ۱۰/۵ درصد از کودکان دارای نوعی از اختلالات قلب و عروق بودند که در این میان میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی (آرتمی، نارسایی دریچه میترال، روماتیسم قلبی و تنگی میترال) حدود ۴/۹ درصد بدست آمده است. Hansen نیز میزان ابتلا به اختلالات قلبی را ۴/۶ درصد گزارش کرد^(۱۳) که مشابه نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد و این در حالی است که Hochstadt و همکاران میزان ابتلا به اختلالات قلبی را در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی، ۱۹ درصد عنوان کرده‌اند^(۴).

نتایج همچنین نشان می‌دهد ۳۲/۴ درصد کودکان دارای اختلال در سیستم گوارشی، ۱۳/۴ درصد دارای اختلال در سیستم عصبی، ۲۵/۷ درصد دارای انواع اختلالات خونی، ۲۱ درصد دارای اختلال در سیستم تناسلی - ادراری و ۱۶/۲ درصد دارای واکسیناسیون ناقص بودند. همچنین نتایج نشان داد که در این مطالعه هیچ موردی از اختلال در سیستم‌های کلیوی، غدد و ایمنی یافت نشد. در این رابطه نیز نتایج بدست آمده از مطالعه Hansen و همکاران نشان داد ۵/۹ درصد از کودکان دارای اختلال در سیستم گوارشی، ۱۴/۳ درصد دارای اختلال در سیستم عصبی (مشابه پژوهش حاضر)، ۱۴ درصد دارای اختلال در سیستم تناسلی - ادراری و ۴۱/۸ درصد دارای واکسیناسیون ناقص بودند^(۱۳). همچنین Leslie و همکاران نیز می‌نویسند: ۳۴ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی در لس آنجلس، نیویورک و فیلادلفیا دارای واکسیناسیون ناقص می‌باشند^(۸). در مطالعه Hansen و همکاران نیز موردی از اختلال در سیستم کلیوی، غدد، ایمنی و خون گزارش نگردید که نتایج بدست آمده در مورد سیستم‌های کلیوی، غدد و ایمنی مشابه نتایج پژوهش حاضر

نتایج بدست آمده در رابطه با شیوع بیماری های جسمی طبق تشخیص های پزشکی در این گروه از کودکان نشان داد: بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۵/۲ درصد) حداقل به یک بیماری جسمی مبتلا بوده و ۴/۸ درصد آنان نیز فاقد هر گونه بیماری جسمی یا تشخیص پزشکی بودند. در مطالعه Silver و همکاران میزان ابتلا به بیماری های جسمی در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی بین ۷۶-۴۰ درصد عنوان شده است^(۱۹). Takayama نیز می نویسد: ۶۵ درصد این کودکان دارای بیماری های جسمی هستند ۲۴ که تقریباً مشابه نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می باشد. در مطالعه Hansen و همکاران حداقل ۱۲ درصد از کودکان مبتلا به بیماری های مزمن جسمی بودند^(۱۳).

Behrman و همکاران نیز درصد ابتلا این کودکان به بیماری های جسمی را ۲۵ درصد عنوان کرده اند^(۴). بنابراین اظهارات Kools & Kennedy شیوع بالای مشکلات حاد و مزمن بهداشتی، وضعیت نامناسب رشد و واکسیناسیون ناقص در این کودکان، ارتباط قوی با بی توجهی ها و غفلت های والدین آنها دارد^(۲۵). Halfon و همکاران همچنین در این رابطه می نویسند: بیشتر از ۲۵ درصد این کودکان نیز حداقل به یک بیماری مزمن جسمی مبتلا می باشند آن ها عنوان می کنند: دلایل شیوع بالای مشکلات بهداشتی در این کودکان می تواند علاوه بر محیط قبلی زندگی کودک، ناکافی بودن مراقبت های بهداشتی اولیه نیز باشد^(۲۶). از سوی دیگر زندگی در این مراکز سلامت کودکان را از تمام جهات تحت تاثیر قرار می دهد^(۱۳). در رابطه با عوامل موثر بر سلامت جسمی کودکان Behrman و همکاران می نویسند: یکی از مهم ترین عوامل موثر بر رشد جسمی کودکان تغذیه می باشد به طوری که کمبود و اضافه وزن از شایع ترین اختلالات سنین کودکی و نوجوانی محسوب می شود. کمبود وزن حاکی از سوء تغذیه می باشد. سوء تغذیه در کودکان می تواند ادامه کمبودهای تغذیه ای باشد که از زمان

۱۵ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی دارای قد کوتاهتر از حد طبیعی بودند^(۱۹). در مطالعه Karlson & Karen نیز ۲۵ درصد این کودکان در محدوده صدک کمتر از ۳ یعنی کوتاه قد بودند^(۲۱). بر طبق اظهارات Hochstadt و همکاران به طور کلی ۲۰ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی دارای مشکلات رشد جسمی هستند^(۱۴). Behrman و همکاران میزان اختلالات رشد جسمی را در این کودکان ۲۵ درصد عنوان کرده اند^(۴). Silver و همکاران نیز میزان مشکلات رشد جسمی را در این گروه از کودکان ۱۰ درصد ذکر کرده اند^(۱۹). Leslie و همکاران نیز می نویسند: به طور کلی این کودکان در مقایسه با سایر کودکان ۲ برابر بیشتر دارای مشکلات رشد جسمی هستند^(۸). در رابطه با عوامل موثر بر رشد جسمی کودکان می توان گفت: عوامل بسیار زیادی در روند رشد فیزیکی کودکان موثر می باشند. برخی کودکان از نظر جثه کوچک هستند و برخی دیگر درشت که علت اصلی آن عوامل وراثتی است اما عامل محیط و اثرات ناشی از آن نیز بی شک از جمله فاکتورهای مهم زنجیره رشد می باشد^(۲۲). انحراف در رشد می تواند ناشی از محرومیت های عاطفی باشد. کودکانی که به این مراکز سپرده می شوند در تمام مراحل رشد و تکامل نسبت به کودکان دیگر پیشرفت کمتری دارند^(۴). فقدان محبت کافی از سوی والدین بویژه در سال های اولیه زندگی می تواند کودکان را از نظر رشد و تکامل جسمی دچار مشکل سازد. این امر موجب کوتاهی قد همراه با کاهش ترشح هورمون رشد از غده هیپوفیز می گردد^(۲۳). بنابراین محرومیت های عاطفی و عدم ارتباط صحیح با والدین از نکات مهم در روند رشد و تکامل است^(۲۲). از دیگر علل عمده نارسایی رشد در این کودکان تغذیه ناکافی و عدم ارتباط مناسب مراقبت کننده با کودکان است که در صورت ادامه یافتن این وضعیت منجر به بیماری و در نتیجه نارسایی رشد جسمی می شود^(۶).

وقتی که در خانواده بوده‌اند، بالاتر می‌باشد^(۱۳). بنابراین مطالب ذکر شده عواملی نظیر از دست دادن والدین، سوء مصرف مواد توسط والدین، جدایی از خانواده، آزارهای جسمی و جنسی بیماری‌های والدین، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، ارتباطات بین فردی، جابجایی‌های مکرر در مراکز و آسیب‌های محیطی از جمله عواملی هستند که بر رشد و تکامل کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی موثر بوده و موجب بروز مشکلات جسمی و روانی - اجتماعی در آن‌ها می‌شوند^(۱۴، ۱۵). دارا بودن چنین شرایطی توجهات ویژه‌ای را برای این گروه از کودکان به عنوان یک گروه از کودکان در معرض خطر، می‌طلبد^(۱۳). بنابراین از آنجا که زندگی در مکان‌های دسته جمعی شرایط بهداشتی انسان را از تمام جهات تحت تاثیر قرار می‌دهد لذا جهت بهبود شرایط کودکان اجرای آموزش، ارتقاء سطح آگاهی، نگرش، مهارت و عملکرد بهداشتی کودکان ساکن در این مراکز و مراقبین آنان در ابعاد مختلف سلامت و استانداردسازی محیط این مراکز جهت کمک به روند صحیح رشد و تکامل و کاهش مشکلات بهداشتی در این کودکان مفید خواهد بود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حمایت‌های ارزنده معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و سازمان بهزیستی کشور تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

شیرخوارگی شروع شده است. عادات بد غذایی می‌تواند با وضعیت بد بهداشتی، بیماری‌های مزمن و اختلال در روابط والدین و کودک مرتبط باشد^(۴). علاوه بر موارد ذکر شده مواردی چون وزن کم کودک هنگام تولد، مسائل ژنتیکی زندگی در مکان‌های جمعی و طبقات پائین اجتماعی اقتصادی نیز از دیگر عوامل موثر بر سلامت و رشد جسمی در کودکان می‌باشد^(۱۵).

با تمام این اوصاف می‌توان گفت: هرچند نگهداری از کودکان در این مراکز بسیار خوب سازماندهی شده باشد باز هم نمی‌تواند احتیاجات اولیه کودکان را در حد مطلوب برآورده سازد. به طور مثال کودکان سن مدرسه برای رشد مطلوب جسمی و روانی - اجتماعی نیاز به فضای کافی و مناسب برای پریدن، دویدن و بازی به همراه تشویق و حمایت بزرگسالان دارند که ممکن است در این محیط چنین امکاناتی برای کودکان فراهم نباشد^(۱۶، ۱۷). از سوی دیگر مشکلات جسمی روانی و تکاملی این کودکان همیشه تشخیص داده نمی‌شوند و درمان هم نمی‌شوند^(۸). در صورتی که این کودکان در بدو ورود به مراکز نگهداری شبانه‌روزی تحت معاینات دقیق و کامل قرار بگیرند به طور قطع درمان‌ها و پیگیری‌های کامل‌تری در جهت افزایش سطح سلامت آنان انجام خواهد شد^(۲۵). Hansen و همکاران ضمن تایید مطالب فوق می‌نویسند: هر چند زندگی در محیط این مراکز سلامت کودکان را از تمام جهات تحت تاثیر قرار می‌دهد ولی با این وجود سطح مراقبت‌هایی که کودکان در این مراکز دریافت می‌کنند نسبت به

فهرست منابع

- 1- Allender, J.A. Spradely, B.W. Community Health Nursing, Concept and Practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott. 2001; P.7.
- 2- Ebady, Sh. Child's right. Tehran: kanoon. 2000.
- 3- Lundy, K.S., Janes, S. Community Health Nursing, Caring for the Public Health. Bosten: Jones and Bartlett, 2001; 34, P 772.
- 4- Behrman, R, Kliegman, R, Jenson, H. Nelson Text Book of Pediatric 17th ed. London: W.B. Saunders. 2004; P 105, 106, 133-137.

- 5- Nies, M.A, Mcewen, M. Community Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B Saunders; 2001: P 337.
- 6- Wong, D.L, Hockenberry, M, Wilson, D, Winkelstein, M, Schwartz, P. Nursing care of Infant and children. Mosby, London. 7th ed. 2005. P 698-70.
- 7- Simms, D.M., Bolden, J.B. The Family reunification project. Facilitating Regular contact among foster children, Biological Family and foster Families. *Child welfare*. 1999; 38(6): 679.
- 8- Leslie, L.K, Harburt, M.S, Landsverk, J, Rolls, J.A. Comprehensive assessment for children entering foster care. *Natl perspect pediatr*. 2003; 112(1), 134.
- 9- Kortenkamp, K, Ehrle, J. The well - being of children Involved with the child welfar system: A National overview. Whashington, D.C: the urban Institute; 2002 No, B-43, P 168-173.
- 10- Jaudes, P.K., Bilaver, L.A, George, R.M Masterson, J, Catania, C. Improving access to health care for foster children: the Illionois model. *Child welfare league Ame*. 2004; 83(3): 215-228.
- 11- Abbasi Marani, F. Public health nursing. Tehran: Boshra; 1998 P 58.
- 12- Aghabakhshi, H. The better future for mother and child. tehran. 3rd ed. Health education .2001; .26-27.
- 13- Hansen, R.L., Mawjee, F.L., Barton, K., Metcalf, M.B, Joye, N. Comparing the Health status of low - Income children in and out of foster care. *Child welfar league Ame*, 2004; 83 (4), 367-380.
- 14- Hochstadt, NJ, Jaudes, P.K., Zimo, D.A., schachter. J. The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse Neglect*, 1999; 11, 53-62.
- 15- Stallard, R.A. Text Book of preventive Dentistry. 2nd ed WB .saunders. Co. 2000; p20.
- 16- Whetsel, M.V., et al. pediatric Nursing, Mc Graw - Hill Nursing care services. 5th ed. 2000; pp 82-88.
- 17- Choobdar. N., Sabbagh, F. Schoosl hygiene. Tehran. 2nd ed. Shahab publishing. 2004; 50-54.
- 18- Helmseresht M, delpisheh.E. Public health. Chehr publishing. 2001; p.198.
- 19- Silver, J. Heacker, T, Forkey, h. Health care for young children in foster care. Young, children and foster care. Baltimore, publishing, 1999; 161-193.
- 20- Carson, V.B. Mental Health Nursing, philadelphia: W.B.saunders, 2000; p 178.
- 21- Karlson, K.L. providing Health care for children in foster care: A Role for Advanced practice Nurses. *Pediatr Nurs*, 2000; 22(5), 418-421.
- 22- Rudolf, M., et al. Growth of primary school children: Avalidation of the 1990 References and their use in growth monitoring. *Arch Disease child*. 2000; 83(4), 293-300.
- 23- Illingworth, R. Common symphoms of Disease In children. 9th ed. Black well scientific publication. 1996.
- 24- Takayama, J.L., Bergman, A.B., Kaufman, M.D. childfen in foster care in the state of Washington: Health care utilization Expenditures. *J Ame Med Assoc*, 1999; 271, 1850-1855.
- 25- Kools, S. Kennedy, C. Foster child Health and Development: Implication for primary care. *Pedicatr Nurs*, 2003; 29(1), 39-42.
- 26- Halfon, N. et al. Childfen In foster care in California: An Examination of Medical Riembrused Health service utilization, *pediatric*, 1998; 89(9), 1230-1237.
- 27- James, S.R., Ashwill, J.W., Droske, S.C. Nursing care of children, principles and practice. 2nd ed. *W.B. Saunders company* London. 2002; pp 181-187.

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
(*Corresponding Author) Tel:09125930041 Email:M_bayat2007@yahoo.com

² Senior Lecturer in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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