



بررسی ویژگی فردی، خانوادگی و اجتماعی - اقتصادی کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد

تنفسی، بستری در بخشهای کودکان بیمارستانهای تبریز

پژوهشگر: سوسن ولی‌زاده فوق لیسانس پرستاری کودکان
استاد راهنما: فاطمه جوادی فوق لیسانس آموزش پرستاری
استاد مشاور: لیدیا الوندیان فوق لیسانس بهداشت جامعه
استاد آمار: پرویز کمالی استادیار دانشکده بهداشت
استاد ناظر: صدیقه سالمی فوق لیسانس آموزش پرستاری
سال پژوهش: ۱۳۷۲

چکیده پژوهش: این پژوهش به منظور بررسی ویژگیهای فردی، خانوادگی و اجتماعی - اقتصادی، ۶۰ نفر از کودکان زیر ۵ سال مبتلاء به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخشهای کودکان بیمارستانهای شهر تبریز انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای با ۴۴ سوال در رابطه با ویژگیهای فوق تنظیم گردیده است. نتایج پژوهش نشان داده که اکثریت واحدهای مورد پژوهش کمتر از یکسال سن داشته و پسر بوده‌اند، اغلب مبتلاء به سوء تغذیه بوده و بطور کامل واکسینه نشده بودند و بیشتر پدران واحدهای مورد پژوهش سیگاری بوده و همچنین اکثریت والدین آنها، کم‌سواد بوده‌اند.

زمینه پژوهش:

دنیا، دنیای کودکان است، زیرا بشر چشم به آینده دوخته است و این کودکان‌اند که آینده را در دستهای کوچک خود دارند. طبق آمار موجود در سازمانهای بین‌المللی در حال حاضر حدود ۶۰۰ میلیون کودک زیر ۵ سال در جهان وجود دارند که در حدود ۵۰۰ میلیون از آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و هنوز یک‌سوم از کل مرگ و میرها در این گروه سنی اتفاق می‌افتد. موضوع مهمتر اینکه درصد این گروه سنی نسبت به کل جمعیت کشورها از جمله در ایران رو به ازدیاد می‌باشد. طبق بررسی‌های آماری که در سالهای اخیر در کشورمان انجام

یافته حدود یک ششم از جمعیت کل ما را اطفال زیر ۵ سال تشکیل می‌دهند، بنابراین توجه و ارائه مراقبت‌های بهداشتی در این دوران بسیار مهم است (عزیززاده و امامی، ۱۳۶۹، صفحه ۱۵۸)، همه ساله ۱۵/۲ میلیون کودک در دنیا جان می‌سپارند که از این ۱۵ میلیون، بیش از ۴ میلیون آن بعلت عفونتهای حاد تنفسی^۵ و عمدتاً در رابطه با پنومونی^۶ می‌باشد و در کشور ما نیز عفونتهای حاد تنفسی و بیماریهای اسهالی بترتیب اولین و دومین علت مهم مرگ و میر اطفال زیر ۵ سال قلمداد شده است (صدری‌زاده، ۱۳۷۰، صفحه ۱۶۳ و ۱۷۱). این بیماریها جزو شایعترین بیماریهای کودکان بوده و حداکثر شیوع آن در

سال اول زندگی است و بعد از آن تا ۵ سالگی میزان شیوع آن نسبتاً ثابت باقی مانده و سپس با افزایش سن کاهش می‌یابد (حکیمی، ۱۳۷۰، صفحه ۳۲).

امروزه کسی در ضرورت مقدم بودن پیشگیری نسبت به درمان تردیدی ندارد. عارفی (۱۳۶۵) معتقد است: آنچه در بهداشت و درمان مهم است پیشگیری است و برای رسیدن به این هدف باید اطلاعات کافی راجع به علت بیماری و مکانیسم بوجود آمدن بیماری و عواملی که در ظهور آن موثرند و تأثیر عوامل متعددی که به عامل اصلی در این جهت کمک می‌کنند را جمع‌آوری نمود (صفحه ۴۵). مازنرویان^۷ (۱۳۶۹) می‌نویسند:



عواملی که حضور آنها احتمال پیدایش یک بیماری را در زمانهای بعدی افزایش میدهد، عوامل خطر^۸ نامیده میشوند. بعضی از این عوامل خطر را میتوان تغییر داد ولی تغییر در برخی از آنها امکان پذیر نیست، اما شناخت آنها از این نظر که منجر به افزایش مراقبت‌های پزشکی از افراد در معرض خطر میشود سودمند است (صفحه ۱۱). مهمترین عوامل خطر برای عفونتهای حاد تنفسی را صدری زاده (۱۳۷۰) عوامل فردی و محیطی از قبیل کم بودن وزن موقع تولد^۹ (نوزاد کم وزن)، سوئ تغذیه، آلودگی هوای داخل منزل،^{۱۰} شرایط زندگی و امکانات غیرکافی بهداشتی درمانی ذکر کرده است (صفحات ۱۶۴ و ۱۶۸). گراهام^{۱۱} (۱۹۹۰) در مقاله‌ای تحت عنوان «اپیدمیولوژی^{۱۲} عفونتهای حاد تنفسی در کودکان و بزرگسالان» این عوامل خطر را عوامل دموگرافیک (از قبیل سن و جنس)، آلودگی هوای داخل و خارج منزل، تراکم جمعیت، بعد خانوار، تغذیه، وضع اجتماعی - اقتصادی، عوامل جوی (تغییرات فصول و...)، کم بودن وزن موقع تولد، عوامل میزبانی (مثل دیابت، بیماریهای قلبی، عروقی و کلیوی و...) ذکر می‌کند (صفحات ۱۶۸-۱۵۶).

بل^{۱۳} معتقد است: تحقیقات در مورد اتیولوژی^{۱۴} و اپیدمیولوژی عفونتهای حاد تنفسی در میان کودکان کشورهای در حال توسعه

بایستی بر روی شناخت اساسی این بیماریها، بخصوص عواملی که منجر به موارد شدید بیماری میشود، متمرکز گردد. بدون چنین شناختی از مرگ و میرهای ناشی از عفونتهای حاد تنفسی توفیق چندانی در حل این مسئله در جهان سوم بوجود نخواهد آمد (صفحات ۸۶۵-۸۶۴). صدری زاده (۱۳۷۰) اظهار می‌کند: در حالیکه مرگ و میر ناشی از عفونتهای حاد تنفسی در کشورهای توسعه یافته روند نزولی را طی می‌کند شیوع عوامل خطر در کشورهای جهان سوم، همه سیاله منجر به قربانی شدن کودکان بیشتری میشود (صفحه ۱۶۳).

از طرفی بفرض اینکه کودکی از عفونت حاد تنفسی جان سالم بدر برد. احتمال ابتلاء به یکی از عوارض معلول کننده از قبیل بیماریهای مزمن ریوی در سالهای بعدی زندگی (مک‌کونوکی،^{۱۵} ۱۹۸۸، صفحه ۱۶)، تب رماتیسمی،^{۱۶} گلومر و لوفرفیت^{۱۷} حاد (میرحسینی، ۱۳۷۰، صفحات ۱۰۰ - ۹۹)، تاثیر آن در رشد کودک (ولایتی، ۱۳۶۳، صفحه ۲۱) و هزینه‌های مالی و... جامعه را متحمل زیانهای اقتصادی بسیاری میکند. تجارب بالینی پژوهشگر در بخشهای کودکان، حاکی از شایع بودن عفونتهای حاد تنفسی در کودکان، خصوصاً در فصل زمستان و در مناطق کوهستانی کشور نظیر استانهای چهارمحال بختیاری، خراسان و آذربایجان شرقی است



(صدری زاده، ۱۳۷۰، صفحه ۱۶۵). لذا با توجه به اهمیت پیشگیری از عفونتها و نقش پرستار در ارتقاء سطح سلامت کودکان چنانچه ارشدی (۱۳۷۰) مینویسد: اگر فرآیند ارائه خدمات پرستاری با نگرش پیشگیری از بروز عفونتها همراه گردد و حداکثر توجه به استفاده از پیشگیری سطح اول متمرکز شود، صد در صد از میزان عفونتهای روزافزون کاسته خواهد شد (صفحه ۱۶).

صدری زاده (۱۳۷۰) در تائید مراتب فوق می افزاید: انتظار میرود با به کار بردن اطلاعات و دانستیهای مربوط به عفونتهای حاد تنفسی بتوان مرگ و میر حاصل از آنها را در کودکان تا حد قابل ملاحظه ای کاهش داد (صفحه ۱۶۶). غفرانی پور (۱۳۶۹) معتقد است: مسئله مهم در برنامه ریزی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی، توجه کافی به تمام عواملی است که در بوجود آوردن بیماری دخیل هستند (صفحه ۴۱). بعقیده پژوهشگر، با توجه به مسائل گفته شده، تعیین ویژگیهای این بیماران می تواند در امر شناسائی افراد در معرض خطر و ازدیاد مراقبتهای پزشکی در مورد آنها و پیشگیری از این بیماریها، مثمر ثمر باشد.

اهداف پژوهش:

هدف کلی این پژوهش، تعیین ویژگیهای فردی، خانوادگی و اجتماعی - اقتصادی کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان

بیمارستانهای شهر تبریز می باشد که بمنظور دستیابی به هدف کلی، اهداف جزئی زیر در نظر گرفته شده است:

- تعیین ویژگیهای فردی کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز.

- تعیین ویژگیهای خانوادگی کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز.

- تعیین ویژگیهای اجتماعی - اقتصادی کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز.

- تعیین ارتباط بین برخی از ویژگیهای فوق.

سوالات پژوهش:

- کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز دارای چه ویژگیهای فردی مشترکی هستند؟

- کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز دارای چه ویژگیهای خانوادگی مشترکی هستند؟

- کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز دارای چه ویژگیهای اجتماعی - اقتصادی مشترکی هستند؟

- چه ارتباطی بین ویژگیهای فوق وجود دارد؟

روش پژوهش:

الف- نوع پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه زمینه ای^{۱۸} است که بمنظور تعیین ویژگیهای فردی خانوادگی و اجتماعی - اقتصادی کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی بستری در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز مورد بررسی قرار گرفته است که بعد توصیفی پژوهش را شامل می شود و سپس وجود همبستگی بین ویژگیهای فردی با خانوادگی و فردی با اجتماعی - اقتصادی مورد بررسی قرار گرفته است که بعد تحلیلی آن می باشد.

ب- جامعه پژوهش: در این پژوهش کلیه کودکان زیر ۵ سال مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی که در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بستری بودند و شرایط و معیارهای تعیین شده برای واحد مورد پژوهش را دارا بودند، جامعه مورد پژوهش را تشکیل داده اند.

ج- نمونه پژوهش: در این پژوهش نمونه پژوهش از ۶۰ کودک مبتلا به عفونتهای حاد تنفسی تشکیل یافته که دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بوده و در زمان بررسی و مراجعه پژوهشگر در بخش های کودکان بیمارستانهای شهر تبریز بستری بودند.

د- محیط پژوهش: این پژوهش در بخش های کودکان بیمارستانهای

عمومی و بخشهای عفونی بیمارستانهای تخصصی کودکان واقع در شهر تبریز که وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده انجام گرفته است.

روش گردآوری داده‌ها:

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه بوده که توسط پژوهشگر تهیه و تنظیم شده و بعد از تعیین اعتبار^{۱۹} و اعتماد علمی^{۲۰} و انجام اصلاحات لازم بصورت مصاحبه پژوهشگر با مادران

واحدهای مورد پژوهش تکمیل شده است. این پرسشنامه با ۴۴ سوال در سه قسمت تنظیم شده است. در قسمت اول مشخصات فردی، در قسمت دوم مشخصات خانوادگی و در قسمت سوم مشخصات اجتماعی - اقتصادی مورد بررسی قرار گرفته است.

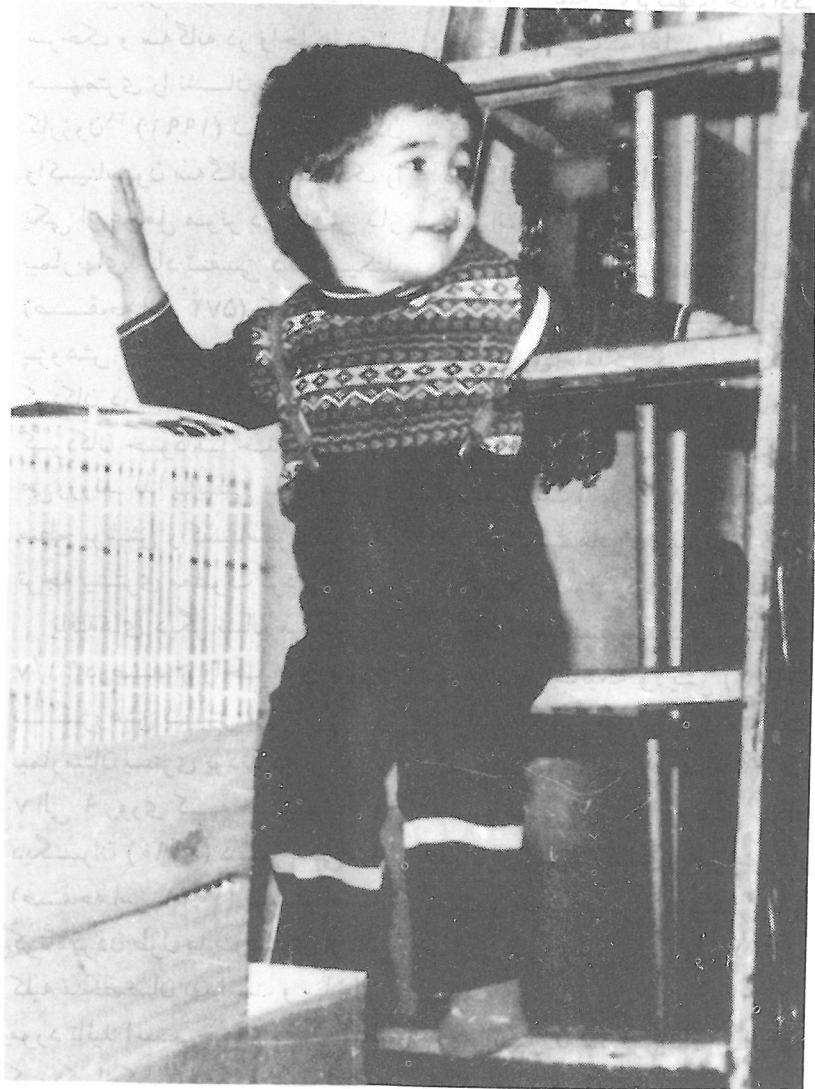
روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش اطلاعات بصورت تک مرحله‌ای و تک‌گروهی جمع‌آوری شده و سپس بمنظور

تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس اهداف پژوهش از روش‌های آمار توصیفی^{۲۱} (نمودارها و جداول) و استنباطی^{۲۲} (آزمون کای دو^{۲۳} و آزمون دقیق فیشر^{۲۴}) استفاده شده است.

نتیجه‌گیری نهایی و بحث در مورد یافته‌ها:

در این پژوهش بمنظور دستیابی به اهداف و پاسخ‌گویی به سوالات مطرح شده اطلاعات کسب شده بصورت جداول آماری (۴۲ جدول) و نمودارهای ارائه شده، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است. در رابطه با ویژگیهای فردی، تجزیه و تحلیل یافته‌های بدست آمده نشانگر آن است که تعداد ۵۴ نفر (۹۰ درصد) کمتر از یکسال سن داشتند که بسیاری از محققان از جمله ساناکورن^{۲۵} (۱۹۹۰) نیز مسئله فوق را تأیید نموده‌اند (صفحه ۸۷۴). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در برنامه‌های کنترل و مبارزه با عفونتهای حاد تنفسی، بایستی هدف برنامه به جای کودکان زیر ۵ سال به کودکان کمتر از یکسال معطوف گردد. از طرفی تعداد پسرها در تمامی گروههای سنی بیشتر از تعداد دختران است (۷۰ درصد در مقابل ۳۰ درصد) که این مسئله نیز مورد تأیید بسیاری از محققان می‌باشد (سرکوئیرو،^{۲۶} ۱۹۹۰، صفحه اس ۱۰۲۳). ضمناً جدول ۱ مشخص ساخت با افزایش سن بتدریج بر تعداد بیماران دختر افزوده شده (۱۸ درصد به ۵۰ درصد) ولی در مورد پسران برعکس با افزایش سن از





تعداد بیماران کاسته می شود (۱) درصد به ۵۰ درصد).

بطوریکه در آخرین سطر جدول تعداد دختران و پسران مورد پژوهش به نسبت مساوی میرسد. دلایلی را که می توان برای توجیه این مسئله عنوان نمود، مسئله بالا بودن شیوع بیماری در پسران است که مورد تأیید تمامی مولفین می باشد که برخی علت آنرا ناشناخته و برخی علت آنرا علل هورمونی ذکر می کنند (کارپینتو،^{۲۷} ۱۹۸۹، صفحه ۴۴۵).

البته شاید مسئله دیگر موضوع پسرخواهی در این منطقه و تاثیر آن در کیفیت مراقبت از کودک باشد که سبب بی تفاوتی نسبت به سرنوشت فرزندان مونث در ماههای اول تولد می باشد. بطوریکه در ابتدای تولد بدلیل مسائل فوق بیمار دختر کمتر به بیمارستان آورده شده ولی به تدریج با افزایش سن میزان علاقه مندی به فرزندان دختر به نسبت مساوی با پسران میرسد. این احتمال نیز وجود دارد که بدلیل محدود بودن تعداد نمونه ها این حالت بصورت تصادفی در واحدهای مورد پژوهش مشاهده شده باشد. ۴۲ نفر از واحدها (۷۰ درصد) را پسرها تشکیل دادند و بیشتر آنها مبتلاء به سوء تغذیه بودند (۶۸/۳ درصد) که در گروه سنی ۵-۲ ماه نسبت به گروه سنی کمتر از ۲ ماه افزایش ناگهانی را نشان می داد (به ترتیب ۸۵/۷ به ۲۷/۳ درصد) که صدری زاده (۱۳۷۰) در این مورد می نویسد: دلایل زیادی وجود دارد که نشان می دهد مشکلات تغذیه ای در کلیه نواحی شهری و روستائی

کشور بعد از سنین ۴ تا ۶ ماهگی شروع می شود (صفحه ۱۷۳). شاید این امر مربوط به عدم شروع تغذیه کمکی از ۴ ماهگی به بعد باشد. یافته دیگر پژوهش، مسئله کم بودن میانگین و انحراف معیار مدت تغذیه از شیر مادر در واحدهای مورد پژوهش می باشد که از میانگین ۱۲ ماه آذربایجان شرقی (نیک نیاز و سهرابی فر، ۱۳۶۹، صفحه ۱۰) و از مدت ۲۱ ماهی که خواجوی فر (۱۳۷۱) به نقل از ملک زاده ذکر می کند بسیار کمتر است.

کامل نبودن واکسیناسیون بویژه سرخک و سه گانه در واحدها نقش مهمتری را نشان می دهد که کارزون^{۲۸} (۱۹۹۱) نیز کامل بودن واکسیناسیون سه گانه و سرخک را یکی از عوامل موثر در کاهش بار بیماریهای حاد تنفسی ذکر میکند (صفحه اس ۵۷۲). که در این پژوهش مشخص شد که والدین کودکان در تکمیل واکسیناسیون در کودکان خود تا حدودی تعلل می ورزند. لذا بایستی با بالا بردن سطح پوشش واکسیناسیون کودکان توجه بیشتری معطوف گردد.

یافته های دیگر نشان میدهد که ۴۱/۷ درصد از واحدهای مورد پژوهش بیش از ۱۰ روز در بیمارستان بستری بودند که از مدت ۷ الی ۹ روزی که سرکوئیرو و دیگران (۱۹۹۰) ذکر می کنند (صفحه اس ۱۰۲۱) بیشتر است. کوتاه کردن طول مدت بستری از نظر کلیه متخصصان بهداشت و سلامتی مورد تأیید است. چه از نظر حفظ کودک از کسب دیگر عفونتهای

احتمالی و چه از نظر آزاد کردن مادر از قید همراهی کودک در بیمارستان و چه از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است.

از یافته های دیگر فوت دو نفر از واحدهای مورد پژوهش (۳/۳ درصد) بود، ضمناً مشخص شد که ۱۱ نفر از کودکان علاوه بر عفونت حاد تنفسی از بیماری راشیتیس نیز رنج می بردند. لذا این امر، انجام تحقیقات دقیق و تشخیص مسائل بهداشتی منطقه را الزامی می گرداند. تجزیه و تحلیل یافته های بدست آمده در رابطه با ویژگیهای خانوادگی بیانگر آن است که اغلب مادران کمتر از ۳۰ سال سن داشتند بدیهی است که مادران بی تجربه، آگاهی کمتری در مراقبت از کودکانشان دارند. قابل ذکر است که ۱۵ درصد از مادران نیز بیش از ۳۵ سال سن داشتند که با توجه به اهمیت پیشگیری از بارداری و حاملگی در سنین بالای ۳۵ سال بخاطر حفظ سلامتی مادر و کودک توجه به این مسئله حائز اهمیت است (مهری، ۱۳۶۸، صفحه ۱۸). اکثریت مادران و پدران واحدها کم سواد (بیسواد و ابتدائی) بودند. با توجه به اهمیت سواد در سلامت کودکان تا جائیکه ولایتی (۱۳۶۴) سواد و آگاهی مادر را کلید سلامت کودکان می داند (صفحه ۳). لذا مسئله مهمی است. البته نقش سواد پدران از اهمیت کمتری برخوردار است و مسلماً با درآمد بیشتر پدر بستگی دارد (مورلی و لاول، ۱۳۷۱، صفحه).

میانگین تعداد فرزندان خانواده ۲/۸ نفر بوده که تفاوت محسوسی



نسبت به آمار مرکز ایران (۱۳۶۷) نشان نمی‌دهد. احتمالاً می‌توان آن را به جوان بودن پدران و مادران واحدهای مورد پژوهش و در نتیجه طول مدت ازدواج آنها مربوط دانست. البته با توجه به اینکه در ۴۵ درصد از خانواده‌ها تعداد فرزندان بیش از ۳ نفر بوده است و اثرات رشد سریع جمعیت، لزوم برنامه‌ریزی در این زمینه را میتوان ضروری دانست.

سابقه بیماری تنفسی در اعضای خانواده اغلب در خواهر و برادر یا مادر طفل وجود داشته است که یکی از عوامل مستعد کننده کودک به عفونت حاد تنفسی به عقیده گراهام (۱۹۹۰) تعداد و سن کودکان خانواده است (صفحه ۱۶۱). سابقه قرار داشتن کودک در معرض آلوده کننده‌های داخلی اطاق در فصل زمستان سیگار کشیدن پدر، استفاده از چراغ خوراکی پزی در داخل اطاق در فصل زمستان و استفاده از سوخته‌های بیومس^{۲۹} نیز مهم بودند چنانکه ساناکورن (۱۹۹۰) نیز بیان میدارد که در ۶۹/۹ درصد از واحدهای مورد پژوهش حداقل یک فرد سیگاری در خانواده وجود داشته است (صفحه ۸۷۴). نسبت پدران سیگاری در تمام گروه‌های سنی از تعداد افراد سیگاری در منطقه آذربایجان شرقی در گروه سنی ۱۵ الی ۲۴ سال که اکثریت والدین در این گروه قرار می‌گرفتند یعنی ۶/۳ درصد (نیک‌نیا و سهرابی فر، ۱۳۶۹، صفحه ۵۹) بالاتر بوده است. و بایستی در این زمینه نیز اقدامات لازم صورت گیرد.

همچنین واحدها به نسبت مساوی در خانواده‌های هسته‌ای و یا گسترده زندگی می‌کردند. احتمالاً یکی از مزایای خانواده‌های گسترده عهده‌دار شدن فرد سالمند در امر مراقبت از کودک می‌باشد که معمولاً در خانواده‌های هسته‌ای، این امر به عهده کودکان بزرگتر موکول می‌شود. ولی هرچند وجود افراد کمکی از طرفی به بهبود رسیدگی اعضای خانواده به کودک می‌انجامد ولی از طرفی ازدحام در منزل عامل دیگر انتشار عفونت‌های تنفسی است بطوریکه گراهام (۱۹۹۰) ازدحام و شلوغی در منزل را یکی از عوامل مستعد کننده بروز برونشیت و پنومونی می‌داند (صفحه ۱۶۰). تجزیه و تحلیل یافته‌های بدست آمده در رابطه با ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی نشانگر آن است که شغل اغلب پدران واحدهای مورد پژوهش کارگری بوده است. مطالعه اسی‌نیوسی و ایوچید^{۳۰} (۱۹۹۰) نیز

مسئله فوق را تأیید می‌کند (صفحه اس ۱۰۳۹) محسنی نیز در این رابطه می‌نویسد: فرزندان کارگران نسبت به سایر طبقات ۲ برابر بیشتر در خطر ابتلاء به بیماری‌های عفونی قرار دارند (صفحه ۳۰).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان می‌دهد که اکثریت واحدها بیمه نبودند ضمناً تعداد پسران غیر بیمه نسبت به دختران غیر بیمه بالاتر بوده است (۸۰/۹ درصد در مقایسه با ۶۶/۶ درصد در دختران) که مسئله فوق نیز موید آن است که مورد بیماران پسر، بیمه بودن یا نبودن تاثیر چندانی در مراجعه و امکان بستری شدن نداشته است و تأکیدی بر مسئله پسرخواهی آگاهانه و ناآگاهانه در این منطقه است. ضمناً بالاترین تعداد کودکان بستری ساکن روستاها در گروه سنی کمتر از ۶ ماه قرار گرفته بودند که باز می‌توان اظهار نمود، شاید بدلیل شدیدتر و خطرناکتر بودن بیماری، در سنین



پایین تر تعداد مراجعه کنندگان از روستاها بیشتر از سایر گروه‌های سنی باشد.

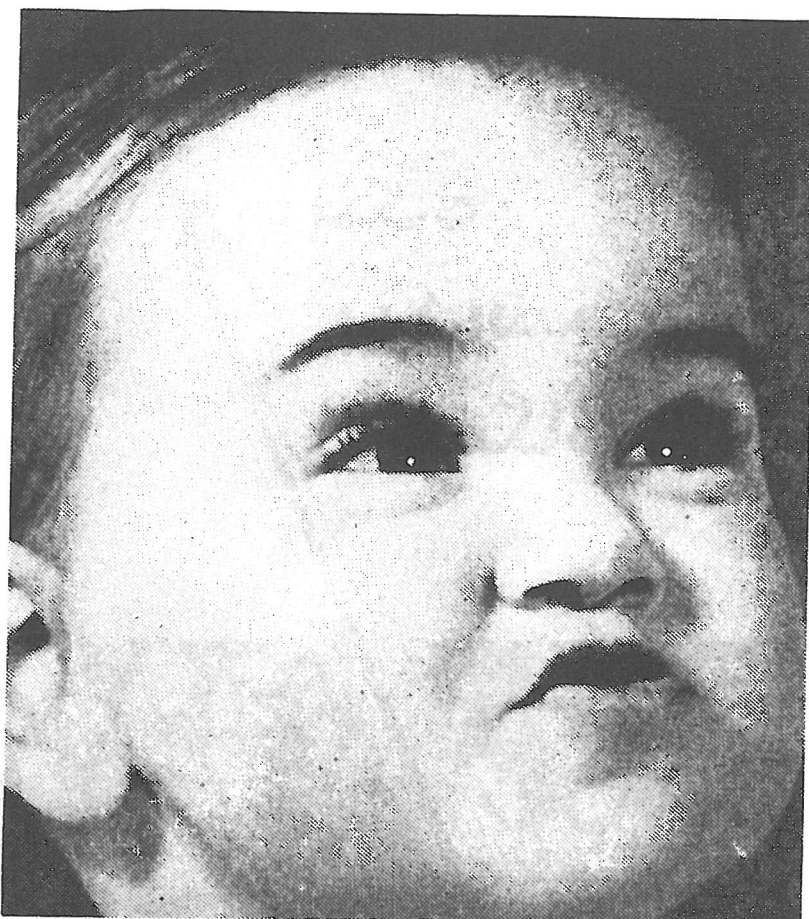
در رابطه با تعیین ارتباط بین ویژگی‌های فوق در واحدهای مورد پژوهش مشخص شد بین شغل پدر و نوع عفونت حاد تنفسی ارتباط معنی داری وجود ندارد اما بین میزان تحصیلات مادران و وجود سوء تغذیه در واحدهای مورد پژوهش و سوء تغذیه با سن کودک، آزمون آماری کای دو، همبستگی بین دو متغیر را آشکار ساخت. گراهام (۱۹۹۰) در این زمینه معتقد است، بدلیل همبستگی نزدیکی که بین سوء تغذیه و تحصیلات کم و فقر، ازدحام و منازل نامناسب وجود دارد بررسی دقیقی از این نظر ضروری است (صفحه ۱۶۱). ضمناً کودکان مبتلاء به پنومونی در مقایسه با سایر واحدهای مورد پژوهش کمتر واکسیناسیون کامل داشته‌اند که همبستگی آماری معنی دار بود. اما بین سوء تغذیه با شغل مادر، محل سکونت، نوع عفونت حاد تنفسی، فاصله تولد و نوع عفونت حاد تنفسی با شغل پدر، کامل بودن تغذیه از شیر مادر و با طول مدت بستری بودن ارتباطی مشاهده نشد که شاید مربوط به محدود بودن تعداد نمونه‌ها باشد.

موارد استفاده در پرستاری

یافته‌های این پژوهش مشخص نمود که ویژگی‌های مشترک فراوانی بین واحدهای مورد پژوهش وجود دارد و در جهت تغییر عوامل خطر عفونت‌های حاد تنفسی در بین کودکان

که علاوه بر ارتقاء شرایط اجتماعی - اقتصادی خانواده‌ها، نیازمند پایین آوردن میزان سوء تغذیه، تغییر در دید خانواده‌ها نسبت به جنس کودک، افزایش سطح پوشش واکسیناسیون سل و سرخک و سه‌گانه والدین بخصوص مادران می‌باشد. شکی نیست که در مورد هر یک از مطالب یاد شده، آموزش بهداشت امری جدایی ناپذیر است. زیرا به اعتقاد محسنی (۱۳۶۳) آموزش پایه هر نوع پیشگیری است و آموزش از طریق دگرگون کردن رفتارهای افراد و اجتماع از بروز خطراتی که تندرستی و حیات او را تهدید میکنند، پیشگیری نمایند (صفحه ۱۰۳). در این میان از جمله افرادی که میتوانند، نقش موثر و حیاتی در ابعاد گوناگون این مهم را عهده‌دار شوند، پرستاران بخصوص پرستاران بهداشت جامعه میباشند (غفرانی پور، ۱۳۶۹، صفحه ۱۳) و پرستاران بهداشت جامعه میتوانند اطلاعات مفیدی را در زمینه شناخت افراد در معرض خطر و راهنمایی مشاوره با خانواده‌ها و آموزش آنها ارائه دهند و مانع بروز بیماری شدید در کودکان در معرض خطر گردند. چنانکه تادور^{۳۱} (۱۹۸۱) معتقد است: پرستاران در بسیاری از محیط‌های پرورشی کودکان نقش دارند، زیرا پرستاران علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی در مراکز درمانی، در بسیاری از سرویس‌های بهداشتی نقش فعالانه دارند (صفحه ۱۶). بنابراین پرستاران می‌توانند در هنگامی که مادران برای دریافت خدمات

بهداشتی درمانی به مراکز درمانگاهی مراجعه می‌نمایند با دادن آموزش در مورد شناخت و پیشگیری از عفونت‌های حاد تنفسی آنان را آگاه نمایند. لذا بنظر می‌رسد که وظیفه مدیران پرستاری باشد که خواهان این امر مهم از پرستاران شاغل شده و مشوق و راهنمای آنان در ارائه برنامه‌های مختلف آموزش باشند. زیرا طبق نظر لانکستر و استن‌هوپ^{۳۲} (۱۹۸۸) پرستاران اولین فراهم کننده‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند و کار آنها به برطرف کردن مشکلات بهداشتی مربوط می‌گردد و همچنین آنان موقعیتهای کلیدی در تمام سطوح پیشگیری در بین مردم جامعه دارند (صفحه ۸۰۳). برای موفقیت در امر آموزش بهداشت، سواد شرط لازم است، زیرا تحصیلات بزرگسالان نقش اساسی در استفاده از مراقبت‌های اولیه بهداشتی داشته و باعث درک بهتر فرد از بیماریها و علل و راههای پیشگیری از آن می‌گردد. لذا با توجه به یافته‌های پژوهش مشخص شد که اغلب پدران و مادران کودکان از نظر تحصیلات در سطح نسبتاً پایینی بودند. با توجه به بحث فوق و نتیجه این تحقیق لازم است توجه مسئولین آموزش و پرورش جلب گشته و با مسئله سوادآموزی با جدیت بیشتری برخورد شود تا آنان از کلیه خدمات بهداشتی استفاده مفیدتر کرده و در نهایت قدمی موثر در پیشبرد رفاه و سلامت کودکان و کل جامعه برداشته شود. مزید بر آن در آموزش پرستاری



نیز یافته‌های این پژوهش راهنمای مفیدی جهت تهیه رئوس مطالب توسط مربیان پرستاری و تدریس آن به دانشجویان خواهد بود. در نتیجه با تاکید بر نکات مهم در مورد شناخت و پیشگیری از عفونتهای حاد تنفسی، شوق دانشجویان در بکارگیری آموخته‌های خود برای پیشگیری از بیماریها افزایش خواهد یافت و بالاخره در یک بعد وسیع‌تر اجتماعی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند مورد استفاده مسئولان طرح و برنامه‌ریزی بهداشت و درمان قرار گرفته و از طرفی با اقدام به تهیه و تدارک برنامه‌های آموزشی و از طریق رسانه‌های گروهی، آموزش‌های لازم در زمینه پیشگیری در سطوح مختلف به اطلاع عموم رسانده شود.

جداول و پرسشنامه در دفتر انتشارات موجود است.

- | | | |
|--|------------------------|--------------------------|
| 1- Coronary Artery | 11- GRAHAM | 22- Inferential |
| 2- Prosthetic | 12- Epidemiology | 23- Chi Square (X) |
| 3- Biological | 13- BALE | 24- FISHER Exact Test |
| 4- Microorganism | 14- ETIOLOGY | 25- SUNAKORN |
| 5- Acute Respiratory Tract Infection (ARI) | 15- McCONNOCHIE | 26- CERQUEIRO & etal |
| 6- Pneumonia | 16- Rheumatic Fever | 27- CARPENITO |
| 7- MASUNER & BAHN | 17- Glomerulonephritis | 28-KARZON |
| 8- Risk Factor | 18- Field Study | 29- Biomass |
| 9- Low Birth Wieght | 19- Validity | 30- OSINUSI & OYEJIDE |
| 10- Indoor Cotaminants | 20- Reliability | 31- TUDOR |
| | 21- Descriptive | 32- LANCASTER & STANHOPE |

منابع مورد مطالعه در دفتر انتشارات موجود است.

Title: Personal, familial and socio-economical characteristics of children under five years old, with acute respiratory infection in Tabriz Iran

Authors: Valizade Soosan, Javadi Fateme, Alvandiyani Lidiya, Kamali Parviz

Abstract

This is a descriptive field study. The aim of this study was to find Personal, familial and socio-economical characteristics of children under five years old, and relationships between these characteristics with acute respiratory infection. The Sample was 60 children with acute respiratory infection. Data gathered by a questionnaire include 44 questions about Personal, familial and socio-economical characteristics of children. Results: most of children were boys less than one year old. Most of them had malnutrition and did not complete their vaccination program. Most fathers of the children were smokers and most of parents were low literacy.

Key words: acute respiratory infection, Personal characteristics, familial characteristics,

Socio-economical characteristics