بررسی ارتباط بین عوامل اقتصادی اجتماعی موثر بر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال روستایی شهرستان اهواز در سال1388

فریده فرهی[1]، خدابخش کرمی[2]، حسین حسین زاده[3]، ماریا چراغی[4]*

۱- کارشناس ارشد جمعیت شناسی.
۲- دانشیار بهداشت عمومی.
۳- استادیار علوم اجتماعی.
۴- استادیار بهداشت عمومی.

۱- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپوراهواز، اهواز، ایران.
۴و۲- دانشکده بهداشت و عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳- دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

* نویسندهٔ مسؤول:
ماریا چراغی؛ دانشکده بهداشت و عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۳٤۱۳۰۸٦
Email: mariacheraghi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش تبیین وضعیت مرگ و میر و و عوامل مؤثر بر آن به منظور ارائه راهبرد اصلی افزایش طول عمر و ارتقای سلامت انسان‌ها است، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال از شاخص‌های مهم توسعه جوامع مختلف بوده و بیانگر کیفیت زندگی است.

روش بررسی: در این مطالعه مورد شاهدی، تمامی مرگ‌های کودکان زیر پنج سال روستاهای شهرستان اهواز (۱۰۱ نفر) در سال ۱۳۸۸ به عنوان گروه مورد در نظر گرفته وبرای هر مورد یک شاهد با نزدیکترین فاصله زمان تولد و محل سکونت مشابه انتخاب گردید. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و در مورد علت فوت با استفاده از گواهی فوت‌های موجود در خانه‌های بهداشت جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ،آزمون t مستقل و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۳.۵ درصد از موارد مرگ در دوره نوزادی، ۳۲.۷ درصد از یک ماهگی تا یک‌سالگی و ۱۳.۹ درصد در یک سالگی تا ۵ سالگی اتفاق افتاده بود. مهمترین علل فوت به ترتیب رشد کند جنین (۳۰.۴ درصد)، مشکلات تنفسی(۱۸.۶درصد) و مشکلات قلبی (۱۰.۸درصد) بود. یافته‌ها ارتباط معنا داری میان تحصیلات پدر و بعد خانوار با مرگ و میر کودکان را نشان دادند اما ارتباط معنا داری بین تحصیلات مادر، تعداد ایده‌آل فرزندان ، متوسط درآمد و پسر دوستی مادر با مرگ و میر کودکان وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با در نظر گرفتن مهمترین علل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال که شامل رشد کند جنین، مشکلات تنفسی و مشکلات قلبی است، لذا بالا بردن کیفیت مراقبت‌های بارداری، پیشگیری از زایمان‌های زودرس، آمادگی تیم پزشکی جهت تولد نوزادان نارس و تجهیز NICUمی‌تواند نقش مؤثری در کاهش مرگ ومیر کودکان، به‌خصوص نوزادان و شیرخواران داشته باشد.

کلید واژگان: مرگ و میر، کودکان زیر پنج سال، روستایی، اهواز.

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۴ **دریافت مقالهٔ اصلاح‌شده: ۱۳۹۱/۵/۱۴** **اعلام قبولی: ۱۳۹۱/۵/۱٦**

مقدمه

بیان وضعیت مرگ و میر و علل مربوط به آن در جامعه به منظور شناسایی عوامل خطر و مقابله با عوامل سبب‌ساز آن، راهبرد اصلی افزایش طول عمر و ارتقای سلامت انسان‌ها است. از این رو، اطلاعات مربوط به تعداد موارد فوت در کشور و علل مربوط به آنها اهمیت ویژه‌ای داشته (۱) و شناسایی الگو و علل بروز مرگ و مقابله با عوامل سبب‌ساز آن، یکی از مناسب‌ترین راهبردها برای افزایش طول عمر بشر است (۲). با گذشت زمان و در اثر پیشرفت-های علمی و افزایش دانش و آگاهی بشری این واقعیت بر همگان جلوه نمود که مرگ پدیده‌ای صرفاً زیستی نبوده و جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی مهمی در آن نهفته است از همین رو بود که شناخت ویژگی‌های مختلف و بررسی جنبه‌های اخلاقی این پدیده مورد توجه واقع شده و موضوع بررسی‌های علمی مختلف قرار گرفت. شاید بتوان گفت که مرگ و میر اولین موضوعی بوده و هست که در مقایسه با سایر وقایع جمعیتی اذهان را بیشتر به خود معطوف داشته است (۳). وضعیت اقتصادی، اجتماعی افراد جامعه که نقش قابل ملاحظه‌ای بر سلامت آنان دارد، خود متأثر از عوامل متعددی است. این متغیر در تمامی پژوهش‌های علوم پزشکی و بهداشتی به عنوان یکی از متغیرهای زمینه‌ای اندازه‌گیری می‌شود، (۴). مرگ کودکان نسبت به مرگ شیرخواران شاخص خالص‌تری برای وضعیت اجتماعی یک کشور است و بیانگر خطرات محیط ناسالم (مثل سوء تغذیه، پایین بودن سطح بهداشت، عفونت و حوادث) و نیز خصوصیات اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی خانواده‌هاست. بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی با وجود آنکه بیشترین علل مرگ کودکان زیر ۵ سال قابل پیشگیری هستند، اما با این حال میلیون‌ها کودک در دنیا قبل از آنکه به پنجمین سال روز تولد خود برسند، می‌میرند. از این جهت سازمان بهداشت جهانی با هدف کاهش، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به دو سوم تا سال ۲۰۱۵ و با شعار «جان هر مادر و کودکی را ارزشمند بشماریم» فرصتی طلایی فراهم ساخته است (۵). در ایران در سال ۱۳۵۵ میزان مرگ در نوزادان، کودکان زیر یک سال و کودکان زیر پنج سال در کشور به ترتیب: ۳۲، ۹۳، ۱۳۵ در هزار تولد زنده گزارش شده است که این شاخص‌ها در سال ۱۳۷۹ به ترتیب به: ۱۸/۳، ۲۸/۶ و ۳۶ در هزار تولد زنده کاهش داشته است. در سال ۱۳۸۸ نیز این رقم به ترتیب برابر ۱۱/۹ ، ۱۶ و۲۰ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد رسیده است (۶). امانی در مطالعه خود دریافته است که الگوی مرگ و میر طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۵۰ تغییر یافته و شاخص مرگ و میر خام با روند نزولی و امید به زندگی با روند صعودی بیانگر توسعه شاخص‌های سلامت و ارتقای سطح بهداشت در کشور ایران می‌باشد. همچنین شاخص مرگ و میر خام بر اساس آمارهای موجود از ۱۳ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال‌های ۵۵-۱۳۵۰ به رقم ۵ نفر در سال‌های ۹۰- ۱۳۸۵ کاهش داشته و شاخص امید به زندگی طی سال‌های مورد بررسی از رقم ۵۵/۲ طی سال‌های ۵۵-۱۳۵۰ به رقم ۷۱ طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۵ رسیده است (۲). درمطالعه‌ای که در شهر کاشمر نشان داد که میزان تحصیلات والدین، وزن نوزاد هنگام تولد، فاصله‌گذاری بین موالید، میزان درآمد خانوار و پایگاه اقتصادی- اجتماعی رابطه‌ای معکوس و رتبه تولد رابطه مستقیم، با مرگ و میر کودکان داشته است (۴).

مطالعه علیخانی در سال ۱۳۸۶ نشان داده است که در نوزادان و کودکان زیر یک ساله، بیشترین علت فوت مربوط به بیماری‌های حول تولد بوده و منحنی میزان مرگ و میر به تفکیک گروه‌های سنی شهر تهران از شکل u خارج و این منحنی به شکل j که وضعیت کشورهای پیشرفته و صنعتی را تداعی می‌کند، نزدیک می‌شود یعنی مرگ و میر نوزادان و اطفال به طور مستمر کاهش و دستخوش تحولی بنیادی شده است (۷). مطالعه راج در سال ۲۰۱۰ در هندوستان با هدف تأثیر سن مادران بر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال

نشان داده است که ارتباط معناداری بین سن پایین مادران و سوء تغذیه، اسهال و وزن کم تولد در کودکان شیرخوار وجود داشته است (۸). مطالعه‌ای در دانمارک (۲۰۱۰) ارتباط معنا داری بین درآمد خانوار و میزان مرگ و میر کودکان مشاهده نشده است (۹). شاخص‌های مرگ و میر ابزار مناسبی جهت تعیین وضع سلامت و بهداشت یک جامعه بوده و اولویت‌ها را در برنامه‌های بهداشتی و درمانی تعیین می‌نمایند. مطمئناً چنانچه تصویر کلی از روند علل مرگ و میر و تغییرات آن در جامعه وجود داشته باشد، می-توان برای کاهش موارد منجر به فوت اقدامات مثبت و سازنده‌ای را به عمل آورد (۱۰). از آنجایی‌که مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین عمر طولانی توأم با سلامتی برای آحاد جامعه است. از علل بیماری و مرگ به عنوان نماد و راهنمایی برای هدایت برنامه‌های مرتبط با سلامتی استفاده می‌شود، لذا با توجه به اینکه یکی از اولویت‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج سال تعیین شده و در سال‌های اخیر این منطقه جزء استان‌هایی بوده که بالاترین رتبه مرگ و میر کودکان را در سطح کشور دارا بوده است و نظر به اینکه تاکنون در شهرستان اهواز، به-خصوص روستاهای آن مطالعه جدی در این خصوص انجام نشده، این مطالعه با هدف تعیین عوامل و فاکتورهای اقتصادی اجتماعی مؤثر بر مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال در مناطق روستایی شهرستان اهواز در طی سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مورد- شاهدی و به‌صورت پیمایشی انجام گرفت. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه موارد مرگ کودکان زیر پنج سال روستاهای شهرستان اهواز بود که در مدت یک سال از اول فروردین تا پایان اسفند ۱۳۸۸ (۱۰۱ نفر) گزارش فوت آنها به خانه‌های بهداشت مراکز بهداشتی درمانی روستایی و نهایتاً، مراکز بهداشت شرق و غرب شهرستان اهواز ارسال شده بود. این گروه به عنوان گروه مورد وارد مطالعه شدند. برای هر مورد یک شاهد انتخاب گردید شاهدها شامل کودکانی بودند که تا زمان مطالعه زنده مانده و به صورت فرد به فرد با گروه مورد براساس نزدیکترین فاصله زمانی از نظر تاریخ تولد به مورد، و محل سکونت آنها تطابق داشتند. روش جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که به دلیل پایین بودن سطح سواد بسیاری از مادران و عدم توانایی در تکمیل پرسشنامه به صورت حضوری و مصاحبه با مادر تکمیل گردید. پرسشنامه به دو گونه جهت شاهد و مورد طراحی شده و هر پرسشنامه شامل دو بخش بود، بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک بود که با استفاده از پرونده خانوار تکمیل شد و بخش دوم شامل ۵۴ سؤال در ابعاد اجتماعی– اقتصادی، بهداشتی و نگرشی بود که از طریق مصاحبه با مادر تکمیل گردید. در مورد علت فوت با مراجعه به ذیج حیاتی و گواهی فوت اطلاعات مورد نیاز ثبت گردید. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ (۰/۸۴۰) و جهت تعیین اعتبار از روش پانل اساتید استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. ابتدا در سطح توصیفی با استفاده از جدول توزیع فراوانی و محاسبه مقادیر فراوانی مطلق، فراوانی نسبی و فراوانی تخصصی، متغیرها مورد بررسی قرار داده شد. در مرحله بعد با استفاده از آزمون آماری T مستقل، معنا داری رابطه متغیرها را با یکدیگر تعیین گردید. در این سطح از تجزیه و تحلیل، تعدادی از متغیرها که از سطح معنا داری پایینی برخوردار بودند از تجزیه و تحلیل کنار گذاشته شد. در همه موارد سطح معنا داری $P< ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از میان ۱۰۱ مورد مرگ کودک زیر پنج سال مورد مطالعه بیشترین فراوانی علت مرگ به ترتیب مربوط به رشد

کند جنین (۳۰/٤درصد) مشکلات تنفسی (۱۷/٦درصد)، مشکلات قلبی (۱۰/۸درصد)، حوادث(۷/۸ درصد)، و کمترین فراوانی مربوط به عفونت (۱درصد) بود. (جدول شماره۱). نتایج مطالعه نشان داد که در گروه آزمودنی‌های مورد، آزمودنی‌های پسر ٥٥/٤ درصد و آزمودنی‌های دختر ٤٤/٦ درصد و در گروه آزمودنی‌های شاهد، آزمودنی‌های دختر ٥٠/٥ درصد و آزمودنی‌های پسر ٤٩/٥ درصد از نمونه را به خود اختصاص داده بودند (جدول شماره۲).

یافته‌های پژوهش نشان داد که در گروه آزمودنی‌های مورد، پدران دارای تحصیلات ابتدایی با ٥٦/٤ درصد بیشترین فراوانی و دارای تحصیلات دبیرستان با ۷/۹ درصد کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده بودند در گروه آزمودنی‌های شاهد، پدران دارای تحصیلات راهنمایی با ۳۲/۷ درصد بیشترین فراوانی و پدران بی‌سواد با ۱٥/۸ درصد کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده بودند. همچنین مادران گروه آزمودنی‌های مورد با تحصیلات ابتدایی بیشترین فراوانی (٦ /۳٦ درصد) و دارای تحصیلات دانشگاهی کمترین فراوانی (۲ درصد) را در نمونه به خود اختصاص داده‌اند و در گروه آزمودنی‌های شاهد نیز، تحصیلات ابتدایی مادران با ۳۸/٦ درصد بیشترین فراوانی و تحصیلات دانشگاهی (با ۰ درصد) کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده بودند (جدول شماره ۳). یافته‌ها نشان داد که در گروه آزمودنی‌های مورد، ٥۹/٤ درصد از پدران متولد شهر و ٤۰/٦ درصد متولد روستا و در گروه آزمودنی‌های شاهد، این میزان به ترتیب برابر با ٦۰/٤ درصد و ۳۹/٦ درصد بود. همچنین ٥۱/٤ درصد از مادران گروه مورد متولد روستا و ٤۸/٦ درصد متولد شهر بودند. در گروه آزمودنی‌های شاهد، مادرانی که متولد روستا بودند ٥٥/٤ درصد و مادرانی که متولد شهر بودند ٤٤/٦ درصد از نمونه مورد بررسی را به خود اختصاص داده بودند (جدول شماره۳). نتایج مطالعه نشان داد که در گروه آزمودنی‌های مورد، آزمودنی‌های دارای بعد خانوار ٥ تا ٦ نفر با ٦۲/٤ درصد بیشترین فراوانی و آزمودنی‌های دارای بعد خانوار ۱ تا ۲ نفر با ٥/۹ درصد کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده‌اند و در گروه آزمودنی‌های شاهد، آزمودنی‌های دارای بعد خانوار ۳ تا ٤ نفر با ٥۹/٤ درصد بیشترین فراوانی و آزمودنی‌های دارای بعد خانوار ۱ تا ۲ نفر با ۱٥/۸ درصد کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده‌اند (جدول شماره۳).

نتایج مطالعه نشان داد که در گروه آزمودنی‌های مورد، مادران آزمودنی‌هایی که تعداد فرزندان خود را ناکافی اعلام نموده‌اند با ۹۲/۱ درصد بیشترین فراوانی و مادران آزمودنی-هایی که تعداد فرزندان خود را کافی اعلام نموده‌اند با ۷/۹ درصد کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده-اند و در گروه آزمودنی‌های شاهد، آزمودنی‌هایی که تعداد فرزندان خود را کافی اعلام نموده‌اند با ٦٤ درصد بیشترین فراوانی و آزمودنی‌هایی که تعداد فرزندان خود را ناکافی اعلام نموده‌اند با ۳٦ درصد کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده‌اند (جدول شماره۳). نتایج مطالعه نشان داد که در گروه آزمودنی‌های مورد، ٤۳/٦ درصد از مادران آزمودنی‌ها در مورد برتری پسر نسبت به دختر دارای نظر موافق (بیشترین فراوانی) و ۱۱/۹ درصد دارای نظرات مخالف و بی‌نظر (کمترین فراوانی) بوده و در گروه آزمودنی‌های شاهد، مادران آزمودنی‌های دارای نظر مخالف با ۳٥/٦ درصد بیشترین فراوانی و آزمودنی‌های دارای نظر کاملاً مخالف با ۷/۹ درصد کمترین فراوانی را در نمونه به خود اختصاص داده‌اند (جدول شماره ۳).

جدول شماره 1: توزیع فراوانی ودرصد علت فوتدرگروه مورد

شاخص / علل فوت	فراوانی	درصد	علل فوت	فراوانی	درصد
رشد کند جنین	31	30.4	بیماری خونی و اختلالات انعقادی	2	2
مشکلات تنفسی	18	17.6	سرطان	2	2
مشکلات قلبی	11	10.8	مسمومیت	2	2
حوادث	8	7.8	سیستم ایمنی	2	2
مشکلات گوارشی	6	5,9	علل متفرقه	2	2
عقب ماندگی ذهنی و ناهنجاری مادر زادی	6	5,9	سپتی سمی	1	1
بیماریهای سیستم عصبی	4	3.9	تب بالا	2	2
پنو مونی	4	3.9			

جدول شماره 2: توزیع آزمودنی های گروه مورد بر حسب محدوده سنی فوت شده

محدوده سنی	فراوانی	درصد
زیر 1 ماه	54	53/5
1 ماه تا 12 ماه	33	32/6
1 سال تا 5 سال	14	13/9

جدول شماره 3 : توزیع فراونی آزموده ها

		مورد		شاهد	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت کودک	پسر	56	55/4	50	49/5
	دختر	45	44/6	51	50/5
	کل	101	100	101	100
تحصیلات پدر	بی سواد	12	11/9	16	15/8
	ابتدایی	57	56/4	32	31/7
	راهنمایی	24	23/8	33	32/7
	دبیرستان و بالاتر	8	7/9	20	19/8
	کل	101	100	101	100
تحصیلات مادر	بی سواد	34	33/7	30	29/7
	ابتدایی	37	36/6	39	38/6
	راهنمایی	21	20/8	24	23/8
	دبیرستان و بالاتر	9	8/9	8	7/9
	کل	101	100	0	100
نظریه نسبت به کافی بودن نوزاد	بلی	8	7/9	36	36
	خیر	93	92/1	64	64
	کل	101	100	100	100
برتری پسر نسبت به دختر	کاملاً مخالف	10	9/9	8	7/9
	مخالف	12	11/9	36	35/6
	بی نظر	12	11/9	16	15/8
	موافق	44	43/6	31	30/7
	کاملاً موافق	23	22/8	10	9/9
	کل	101	100	101	100

جدول شماره 4 : نتایج آزمون t برای یافته ها

	شاخص گروه	تعداد	میانگین	S	L	Df	P
تعداد فرزندان ایده آل	مورد	101	3/73	1/04	17/66	200	0/0000
	شاهد	101	1/059	1/102			
بعد خانوار	مورد	101	5/83	1/923	-4/643	200	0/000
	شاهد	101	4/64	1/706			
متوسط درآمدخانوار	مورد	101	3/745000	4/099	0/409	200	0/683
	شاهد	101	3/946000	2/7			
گرایش مادران به ترجیح جنسی پسران	مورد	101	11/77	3/18	-1/298	200	0/196
	شاهد	101	11/306	1/68			

بحث

هدف از این پژوهش بررسی علل و عوامل اقتصادی، اجتماعی مؤثر بر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال روستایی شهرستان اهواز بوده است. در این پژوهش رابطه متغیرهای مستقلی همچون، میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل والدین، تعداد فرزندان ایده‌آل والدین، ترجیح جنسی پسران، بعد خانوار، قومیت والدین، محل تولد کودکان، تعداد بارداری و سقط قبلی و درآمد خانوار با متغیر وابسته مرگ و میر کودکان مورد آزمون قرار گرفت. در این مطالعه تعداد مرگ نوزادان ۲۸-۰ روز، ۵۴ نفر (۵۳/۵ درصد)، مرگ یک ماه تا یک سال ۳۳ نفر، (۳۲ درصد) و مرگ یک سال تا ۵ سال ۱۴ نفر (۱۳/۹ درصد) بودند به عبارتی تعداد مرگ کودکان زیر یک سال معادل ۸۷ نفر (۸۶/۲ درصد) از جمعیت مورد مطالعه را شامل شده است (جدول شماره ۲). نکته مهمی که از داده‌ها نمایان‌گر بود این است که در جامعه تحت بررسی قدرت اصلی مرگ و میر کودکان در گروه زیر یک سال متمرکز شده است. در این مطالعه ٥٥/٤ درصد از موارد مرگ در پسران و ٤٤/٦ درصد، در دختران رخ داده بود. در مطالعه حاجیان (۱۱) نیز مرگ و میر پسران زیر پنج سال (۵۷درصد) و دختران (٤٣درصد) بوده است. این امر تقریباً مطابق با یافته‌های جهانی است که شاید به دلیل مسایل فرهنگی یا آسیب-پذیر بودن پسران باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که سه علت عمده و اصلی مرگ ومیر کودکان به ترتیب رشد کند جنین، مشکلات تنفسی و مشکلات قلبی می‌باشد، حوادث، ناهنجاری‌های مادرزادی و پنومونی از دیگر عللی هستند که در مراتب بعدی قرار می‌گیرد. همچنین نتایج حاصله از پژوهش حاجیان(۱۱) نشان داده است که در دوره بعد از نوزادی یعنی یک ماه تا پنج سال شایع‌ترین علل مرگ ومیر کودکان زیر پنج سال به ترتیب علل عفونی (٤١/٧درصد)، علل قلبی عروقی (١٤/٤درصد) و علل خونی (٨/٢درصد) بوده است که دومین علت مرگ در مطالعه فوق یعنی علل قلبی و عروقی، در مطالعه حاضر در رده سومین علت مرگ قرار گرفته است. همین مطالعه شایع‌ترین علل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را به ترتیب بیماریهای عفونی (٣٥/٨درصد)، تنفسی(٢١/٥درصد) و قلبی و عروقی (١٠/٣درصد) ذکر نموده که در خصوص دومین و سومین علت فوق با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

یافته‌های پژوهش علیخانی (7)حاکی از این است که در اثر بهبود وضع بهداشتی درمانی و سطح توسعه اقتصادی اجتماعی شهر تهران در طی ۳۰ساله اخیر، به تدریج از درصدمرگ ومیرهای ناشی از بیماریهای عفونی و انگلی، بیماریهای تنفسی و مرگ ومیرهای نوزادان کاسته شده و بر میزان مرگ و میرهای ناشی از بیماریهایی که تا حدودی اجتناب ناپذیرند مانند بیماریهای قلبی و عروقی و سرطان‌ها اضافه شده است. با توجه به فاصله زمانی ده

ساله بین پژوهش‌های حاجیان (۱۱) و حاتم حسینی (۳) با پژوهش حاضر، عدم همخوانی علت های فوت در دو مطالعه قید شده با مطالعه حاضر را می‌توان به تغییر روند و سیر بیماری‌ها از بیماری‌های واگیر به سمت بیماری‌های غیر واگیر در ۱۰ ساله اخیر نسبت داد. نتایج آزمون t در سطح معنا داری p =/۰۰۰۱ نشان داد که بین گروه‌های مورد و شاهد به لحاظ تعداد فرزندان ایده‌آل والدین تفاوت معنا داری وجود دارد. بدین معنا که متوسط تعداد فرزندان ایده‌آل مورد نظر والدین در گروه مورد بیش از گروه شاهد بود (جدول شماره۴). نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های هدایت شوشتری (۱۲) همسو بوده اما با نتایج محسنی(٤) هم خوانی ندارد. میزان‌های محاسبه شده مرگ و میر کودکان هم، وجود اختلاف معنا دار میان خانواده‌هایی را که تعداد فرزندان ایده‌آل خانواده در آنها بیشتر است با خانواده‌هایی که تعداد فرزندان ایده‌آل خانواده در آنها کمتر است نشان می‌دهد. بدین معنا که با افزایش تعداد فرزندان ایده‌آل خانواده احتمال مرگ و میر کودکان افزایش می‌یابد. نتایج آزمون t با سطح معنا داری p=۰/۰۰۰۱ نشان داد که متوسط بعد خانوار در گروه مورد بیش از گروه شاهد بوده و ارتباط معنا دار و مستقیم بین بعد خانوار و مرگ و میر کودکان وجود دارد (جدول شماره ۴).

یافته‌ها نشان داد که در گروه مورد (۶۲/۴درصد) دارای بعد خانوار۶- ۵ نفر ، ۱۵درصد دارای بعد خانوار ۸- ۷ نفر و ۱۰درصد دارای بعد خانوار ۴-۳ نفر بودند به عبارت دیگر فقط ۱۵/۸درصد از خانوارهای گروه مورد، دارای بعد خانوار ۱ تا ۴ نفر بودند درحالی که این میزان برای گروه شاهد بسیار بیشتر و برابر با ۶۰/۴درصد بود از طرفی در گروه مورد ۷۷/۳ درصد خانوارهای مورد مطالعه دارای بعد خانوار۸-۵ نفر بوده که این میزان در گروه شاهد بسیار کمتر و برابر ۳۵/۷ درصد بود. به طور کلی در گروه مورد بیشترین فراوانی بعد خانوار مربوط به خانوار-های دارای بعد ۶-۵ نفر و در گروه شاهد بیشترین فراوانی مربوط به خانوارهای دارای بعد ۴-۳ نفر بود می-توان نتیجه گرفت که بعد خانوارهای گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده است (جدول شماره ۳). نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج داونز (۱۱) و ابراهیم پور(۱۱) هم-خوانی دارد.

نتایج حاصل از آزمون t نشان داد که بین گروه‌های مورد و شاهد به لحاظ میزان درآمد ماهیانه تفاوت معنا داری وجود نداشته به عبارت دیگر می‌توان گفت که فرض تحقیق مبنی بر اینکه هر چه سطح درآمد خانوار بالاتر باشد از احتمال مرگ و میر کودکان کاسته می‌شود، مورد تأیید واقع نشد (جدول شماره ۴) .

نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج هدایت شوشتری (۱۲) و محسنی (4) هم‌خوانی نداشته ولی با نتایج داونز (۱۳) هم‌سو می‌باشد. در مطالعه محسنی(۴) رابطه متغیر میزان درآمد خانوار با مرگ و میر کودکان در سطح ۹۵ درصد معنا دار بوده و بین آنها رابطه معکوس وجود داشته است لذا هرچه درآمد خانوار افزایش یابد از احتمال مرگ و میر کودکان کاسته می‌شود البته تأثیر این متغیر بر مرگ و میر کودکان کاملاً خطی نبوده و در سطوح بالا میل به افقی شدن پیدا می‌کند چرا که درآمد بسیار بالا تأثیری در افزایش شانس زنده ماندن ندارد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داده است که متغیر میزان درآمد خانوار دارای رابطه قوی با پایگاه اقتصادی اجتماعی خانواده می‌باشد شاید بتوان علت عدم هم‌خوانی نتیجه آزمون را با نتایج حاصل از پژوهش هدایت شوشتری (۱۲) همسان نبودن جامعه پژوهش دانست شرایط نسبتاً متوسط و تقریباً یکنواخت اقتصادی اجتماعی موجود در روستا و نیز عدم پاسخگویی مطابق با واقعیت از طرف پاسخگویان را می-توان از دلایل دست‌یابی به این نتیجه ذکر نمود.

نتایج حاصل از آزمون t نشان داد که تفاوت معنا داری بین گرایش مادران به ترجیح جنسی پسران در گروه مورد و شاهد وجود ندارد (p= ۰/۱۹) به عبارت دیگر با توجه به مقایسه میانگین‌ها ارتباط معنا داری بین ترجیح جنسی پسران و مرگ و میر کودکان مشاهده نشد (جدول شماره ۴) .

یافته‌ها نشان داد که در گروه آزمودنی مورد ۲۱/۸ درصد از مادران جمعیت مورد مطالعه دارای نظر مخالف نسبت به برتری فرزند پسر به دختر بوده و ۶۶/۴ درصد دارای نظر موافق بودند، این میزان در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۴۳/۵ و ۴۰/۶ درصد بوده است، مقایسه این میزان‌ها در دو گروه مورد و شاهد نشان‌دهنده تفاوت در گرایش مادران به ترجیح جنسی پسران بوده بدین صورت که مادران گروه مورد نسبت به مادران گروه شاهد تقریباً ۲۶ درصد بیشتر فرزند پسر را بر دختر ترجیح داده‌اند از طرفی در گروه شاهد تقریباً ۲۲ درصد بیشتر از گروه مورد، مخالف ترجیح فرزند پسر بر دختر بوده‌اند اما این تفاوت معنا دار نبود. (جدول شمار ه ۶) نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش هدایت شوشتری (۱۲) و حاتم حسینی(۱۵) علمداری (۱۶) هم خوانی نداشته، اما با نتایج حاصل از پژوهش محسنی (۴) همسو می‌باشد.

نتایج حاصل از آزمون کای دو نشان داد که ارتباط معنا داری (P = ۰/۰۰۴) بین تحصیلات پدران و میزان مرگ و میر کودکان وجود دارد، به عبارت دیگر بین تحصیلات پدران در گروه مورد وشاهد تفاوت معناداری وجود داشته بدان‌گونه که بالا رفتن میزان تحصیلات پدر باعث کاهش مرگ و میر کودکان می‌شود و در نتیجه می‌توان گفت که تحصیلات والدین، رابطه معکوس و معنادار با میزان مرگ و میر کودکان دارد (جدول شماره ۴).

در صورت توجه به تحصیلات مردان، بسیاری از عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان وضعیت بهتری پیدا کرده و باعث بهبود وضعیت مرگ و میر کودکان می‌گردد. مردانی که به تحصیل مشغول می‌شوند معمولاً در سنین بالا ازدواج کرده و در نتیجه از ازدواج‌های زودهنگام در سنین پایین کاسته می‌شود. همچنین مردان تحصیل کرده با داشتن آگاهی بیشتر از لزوم رعایت فاصله‌گذاری بین موالید جهت سلامتی خود و کودک تلاش بیشتری نموده و در نتیجه با رعایت فاصله گذاری بین موالید میزان مرگ و میر کاهش پیدا می‌کند. بنابراین با اهمیت دادن به تحصیلات مردان می‌توان مهمترین گام‌ها را جهت کاهش دادن هرچه بیشتر میزان مرگ و میر کودکان برداشت. نتایج حاصل از این پژوهش با مطالعه حسینی(۱۵)، علمداری (۱۶)، هدایت شوشتری(۱۲)، محسنی(۴)، ابراهیم‌پور(۱۴)، نمکین(۱۷)، شریف‌زاده(۱۸) و ریلی (۱۹) همسو بوده است اما با نتایج هادوی (۲۰)، لاوئین(۲۱)، نوائی(۲۲) هم‌خوانی نداشت. شاید بتوان یکی از دلایل عدم همخوانی را به متفاوت بودن جوامع مورد مطالعه از لحاظ بافت روستایی و شهری نسبت داد.

یافته‌های حاصل از پژوهش محسنی (۴) حاکی از وجود رابطه معکوس بین میزان تحصیلات پدران و مرگ و میر کودکان می‌باشد. در این مطالعه متغیر میزان تحصیلات پدر دارای قویترین رابطه با متغیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی خانواده بوده، یعنی اینکه خانواده‌هایی که از پایگاه بالاتری برخوردار هستند، پدران با سطح سواد بالاتری را در خود جای داده‌اند و بالعکس. بررسی جهانی بیانگر آن است که تحصیلات پدر رابطه معناداری با مرگ و میر کودکان دارد، چنانچه عامل درآمد کنترل شود به لحاظ همبستگی زیادی که بین تحصیلات پدر و درآمد خانواده وجود دارد به نظر می‌رسد که تحصیلات پدر از اهمیت زیادی در زمینه مرگ و میر کودکان برخوردار است، در مواردی هم که زنان از قدرت تصمیم‌گیری و مشارکت کمتری در امور برخوردارند، ممکن است تحصیلات پدر به طور مستقیم بر رفتارهای نگهداری و مراقبت از کودک تأثیر داشته باشد ولی نباید فراموش کرد که تأثیر تحصیل پدر ممکن است به واسطه عواملی چون درآمد و استانداردهای زندگی صورت گیرد.

برای بررسی دیگر عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال متغیرهای مختلفی مورد مطالعه قرار گرفتند که بخشی از این متغیرها از جمله: تحصیلات مادر، قومیت والدین، محل تولد والدین، شغل والدین، سن مادر هنگام تولد نوزاد ، تعداد سقط، تعداد بارداری، نوع‌زایمان، تعداد و محل زایمان و پوشش خدمات درمانی ارتباط معناداری را با متغیر وابسته مرگ و میر نشان ندادند. به عبارت دیگر

تفاوت معناداری بین میانگین‌ها در دو گروه مورد و شاهد مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن مهمترین علل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال که شامل رشد کند جنین، مشکلات تنفسی و مشکلات قلبی است، بالا بردن کیفیت مراقبت‌های بارداری، پیشگیری از زایمان‌های زودرس، آمادگی تیم پزشکی جهت تولد نوزادان نارس و تجهیز NICUمی-تواند نقش مؤثری در کاهش مرگ ومیر کودکان، به-خصوص نوزادان و شیرخواران داشته باشد.

منابع

1-Abadi AR, Mohammad K, Aslami F, Alavi Majd H, Behnampour N. [Estimation of crude death rate with application of capture - recapture methods]. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2009;8 (1): 11-16[In Persian].

2-F. Amani F, Kazemnezhad A, Habibi R. [Mortality Indicators' Changing Trend in Iran from 1970 to 2007]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2009;9(3):210-7.[In Persian]

3-Hossaini H. [A Study of Social, Economic and Demographic Factors Affecting Childhood Mortality Rates in the City of Javanroud]. Population Scientific and Research Quarterly 2000; 34:73-100. [In Persian]

4-Mohseni MR. A Study of Social, Economic and Demographic Factors Affecting Childhood Mortality Rates in the City of kashmar [dissertation]. Tehran: Tehran Univ.; 2001. P. 49-65.

5-Mardiyani M. A Study of death factors according to age and gender during 2004-2005 in Ahvaz [dissertation]. Ahvaz: Ahvaz University of Medical Sciences; 2007. P. 17-45.

6- Ministry of Health and Medical Education. [World Population Day Proceeding]. Tehran: Mehrgol press; 2010. P. 26-7. [In Persian]

7-Alikhani L. [Estimate the level and determinants of death in Tehran in 1384. Epidemiological developments in the last thirty years]. Letter of PAI 2007;2(3): 30-60. [In Persian]

8-Raj A, Saggurti N, Winter M, Labonte A, Decker MR, Balaiah D, et al. The effect of maternal child marriage on morbidity and mortality of children under 5 in India: cross sectional study of a nationally representative sample. BMJ 2010;340:b4258.

9-Pedersen GS, Mortensen LH, Andersen AM. Ethnic variations in mortality in pre-school children in Denmark, 1973-2004. Eur J Epidemiol 2011;26(7):527-36.

10-Population Reference Bureau. Cause of death differs by where people live. Available at: URL: http://www.prb.rg/content/Navigation. Accessed 2004.

11-Hajian KO, Svadkohi R, Hamedi M, Moshtaghian S. [A study of the cause of death among children under 5 years in babol amirkola children hospital during 1993-1997]. Journal of the Faculty of Medicine 2000;24(3):199-204.

12-Hedaitshoushtari N. A Study of Factors Affecting Under-5 years Children in the City of Shoushtar [dissertation]. Shoushtar: Islamic Azad University-Shoushtar; 2010.

13-DaVanzo J. "Infant mortality and socioeconomic development: evidence from malaysian household data. Demography 1988;25(4):581-95.

14-Ebrahimpour M. Scales and Factors Affecting Childhood Mortality in Khoramabad [dissertation]. Tehran: Tehran Univ.; 1993. P. 1.

15-Hosseini H. [Ethnicity & Fertility: A Study, Comparison and Analysis the Level and Pattern of Fertility of Kurd and Turk Ethnic Groups in the Rural Area of Qhorveh District]. Proceedings of the Population Issues With Emphasis on Youth in Iran; 2002; Shiraz, Iran.

16-Alamdari F. [A Study of Factors Affecting Childhood Mortality in Mianeh]. Population Quartely 2006;(55):1-28[In Persian]

17-Namakin K, Sharifzadeh Gh. [The Evaluation of Infants Mortality Causes and its Related Factors in Birjand]. Journal of Isfahan Medical School 2009;27(95):275-80.

18-Sharifzadeh GhR, Ayatollahi SAR, Rajaeifard AR, NamakinK. [An epidemiological study on neonatal mortality and its determinants in rural areas of Birijand]. J Birjand Univ Med Sci 2004;10(17):25-30.[In Persian]

19-Riley JC. The Timing and Pace of Health Transition Around the World. Population and Development Review 2005;31(4):741-64.

20- Hadavi M, Alidalaki S, Abedininejad M, Aminzadeh F. [Effective Factors on Perinatal Mortality in Rafsanjan Hospitals (2004-2006)]. J Rafsanjan Univ Med Sci 2009; 8(2):117-26. [In Persian]

21- Lawoyin TO. Risk factors for infant mortality in a rural community in Nigeria. J R Soc Promot Health 2001;121(2): 114-8.
22- Navaei F. [Effective factors on frequency of neonatal mortality]. Journal of Isfahan of Medical School 1997;15(47):28-32. [In Persian]

A Study of Social and Economic Factors AffectingUnder-5 Children Mortality as in Rural Area of Ahwaz in 2009

Farideh Farrahi [1], Khodabakhsh Karami [2], Hossein Hosseinzadeh [3], Maria Cheraghi[4*]

1- Ms.c of Population.
2- Associate Professor of Public Health.
3- Assistant Professor of Sociology.
4- Assistant Professor of Public Health.

1-Department of Public Health, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran.
2,4- Department of Public Health, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
3- Department of Sociology, School of Economic and Social Sciences, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran.

**Corresponding author:*
Maria Cheraghi; Department of Public Health, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +989163413086
Email: mariacheraghi@gmail.com

Abstract

We **aimed** to clarify the status and causes of mortality and to provide a general strategy to increase the longevity and improve human health. Mortality rate of under 5 years old is an important indicator of development in different communities and reveals their life quality.

Methods: It was a case – control study, data was collected from all deaths of under five years that had been recorded in rural areas of Ahwaz city (104 deaths) in 2009, which was named the case group. The control group was selected with the same birth date, age and residence for each case group. Data was collected through questionnaire. We had collected death certificates from health centers. Data has entered by SPSS software (version 17) & data was performed using T – test and chi- square test.

Results: In this study, 53.5% of mortality had occurred in the neonatal period, 32.7% in one-month to one-year and 13.9% in one-year to five- years. The most important causes of death were fetal growth (30.4%), respiratory system anomalies (18.6%) and cardiovascular anomalies (10.8%) respectively. The findings reported a significant correlation between child mortality with the father's education and family class. Statistical tests did not show a significant correlation between mother's educations, number of ideal children, mean income and preferring boys with children mortality correlate.

Conclusion: Improving pregnancy care, prevention of preterm deliveries, increasing health knowledge of mothers about infant care, changing the Socio-Economic status, educational intervention programs for high risk groups, preparing a medical team for premature births, NICU equipment as well as promote public education may have an effective role in reducing mortality among newborns and infants.

Key words: mortality, under-five children, rural, Ahwaz.

Received: Mar 4, 2012 **Revised: Aug 4, 2012** **Accepted: Sep 6, 2012**