

بررسی تأثیر برنامه مراقبتی طراحی شده بر مدت و دفعات ابتلاء شیرخواران به پنومونی در مرکز طبی کودکان شهر تهران

منیر رضانی (M.Sc)، فضل‌ا... احمدی* (Ph.D)، سیما کرمانشاهی (M.Sc)

دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آموزش پرستاری

چکیده

سابقه و هدف: پنومونی، شایع‌ترین بیماری مرگ‌بار دوران شیرخوارگی است. از آن‌جایی‌که بسیاری از عوامل مستعدکننده ابتلاء شیرخوار به پنومونی، ریشه در عملکردهای مراقبتی نادرست از کودک در خانواده دارد، لذا نقش مادر در پیش‌گیری از این بیماری، شناسایی علائم و انجام مراقبت‌های لازم در طول دوره بیماری انکارناپذیر است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه مراقبتی طراحی شده بر پیش‌گیری از پنومونی شیرخواران در بیمارستان مرکز طبی کودکان شهر تهران انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی است. بدین منظور ۶۶ شیرخوار ۱۲-۱ ماهه مبتلا به پنومونی بستری در بیمارستان مرکز طبی کودکان و مادران آن‌ها با توجه به مشخصات موردنظر برای واحدهای پژوهش و روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه، فرم ثبت دفعات و مدت ابتلاء شیرخوار به پنومونی و چک‌لیست مصاحبه‌ای - مشاهده‌ای می‌باشد. انجام مداخله در گروه آزمون به‌صورت اجرای نظری و عملی برنامه مراقبتی طراحی شده در محیط منزل و با توجه به عملکرد مادر و نقاط ضعف و نیازهای او انجام شد و گروه شاهد نیز از روند جاری مراقبت برخوردار بودند. عملکرد مراقبتی مادران طی سه نوبت در مراحل قبل و بعد از انجام مداخله، مورد مشاهده قرار گرفت و پی‌گیری کلیه واحدهای پژوهش تا ۳ ماه بعد از انجام مداخله ادامه یافت. در پایان، داده‌ها توسط آزمون آماری تی مستقل و کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: با آزمون تی مستقل، مدت ابتلاء شیرخواران به پنومونی در بین دو گروه آزمون و شاهد، از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P = 0/000$). آزمون آماری کای اسکور در مقایسه دفعات ابتلاء مجدد شیرخواران به پنومونی در بین دو گروه آزمون و شاهد در طول مدت ۳ ماه پی‌گیری بعد از انجام مداخله با درجه آزادی ۱ و $P = 0/163$ اختلاف معنی‌دار آماری را نشان نمی‌دهد؛ اما با توجه به این‌که از نظر بالینی بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود داشت، پژوهش‌گران احتمال می‌دهند که با افزایش طول مدت پی‌گیری، احتمال وجود اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان گفت که به‌کارگیری برنامه مراقبتی طراحی شده بر دفعات ابتلاء مجدد و مدت ابتلاء شیرخواران به پنومونی در نمونه‌های مورد مطالعه تأثیر به‌سزایی دارد و آموزش در محیط منزل، یکی از روش‌های مناسب جهت ارتقاء عملکردهای مراقبتی مادران است.

واژه‌های کلیدی: برنامه مراقبتی طراحی شده، مدت، ابتلاء مجدد، شیرخوار، پنومونی

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۱۱۰۰۱، داخلی ۳۵۵۳، نمابر: ۰۲۱-۸۸۰۱۳۰۳۰. E-mail: ahmadif@modares.ac.ir

مقدمه

دوران تکرار نشدنی کودکی که دوران شکل‌گیری و رشد جسمی - روحی فرد است در تأمین سلامت انسان در تمامی مراحل زندگی اهمیت استثنایی دارد [۶]. در این میان دوران شیرخوارگی حساس‌ترین بخش از زندگی کودک است [۲۵] و بیماری‌هایی که تعداد آن‌ها دائماً در حال تزاید است اگر در این دوره به موقع و درست شناسایی شوند قابل پیش‌گیری و درمان هستند [۱۰]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸، سالیانه ۱۰ میلیون کودک زیر ۵ سال می‌میرند [۱۸] و ۹۹ درصد این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که عامل ۷۰ درصد آن‌ها عفونت‌ها می‌باشند [۱۹]. از هر ۱۰ مورد مرگ در این کودکان، ۷ مورد مربوط به یکی از این ۵ عامل اصلی و یا ترکیبی از این عوامل می‌باشد: پنومونی، اسهال، سرخک، مالاریا و سوء‌تغذیه. از هر ۴ کودک بررسی شده توسط سرویس‌های خدمات بهداشتی در سراسر جهان، ۳ کودک از یکی از ۵ عامل ذکر شده فوق رنج می‌برند [۲۰]. روزانه میلیون‌ها نفر از والدین، در جستجوی دریافت خدمات بهداشتی از بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، مراکز بهداشت و اطباء سنتی جهت مداوای کودک بیمار خود هستند [۲۱] و بسیار اتفاق می‌افتد که درمان، مؤثر واقع نمی‌شود [۵] که یکی از علل عمده این امر، تأخیر والدین در جستجوی مراقبت طبی مناسب برای کودک بیمار می‌باشد [۱۷]. کودکان بسیاری می‌میرند زیرا والدین آن‌ها علایم خطر بیماری‌ها را تشخیص نمی‌دهند [۲۰]، هر یک از این کودکان دارای نام، خانواده، امید به زندگی و آینده هستند. در کنار هر کودکی که جان می‌دهد، چندین کودک دیگر با سوء‌تغذیه و بیماری به زندگی خود ادامه می‌دهند که قادر نخواهند بود خلاقیت‌های فکری و جسمی خود را شکوفا کنند [۲]. همان‌گونه که معتقدیم، سرمایه‌های انسانی به مراتب با ارزش‌تر از سرمایه‌های مالی و مادی هستند، بنابراین سرمایه‌گذاری به منظور تقویت و توسعه نیروی انسانی را نمی‌توان به آینده موکول کرد و اگر کاری به موقع انجام نشد می‌بایست پذیرفت که فرصت مناسب از دست رفته است و برای کودک شانس دومی وجود ندارد. انتخاب

هرچه باشد وقتی موجه و صحیح است که بتواند همین امروز از مرگ‌ومیر کودکان جلوگیری کند [۲].

در میان بیماری‌های دوران کودکی، عفونت‌های حاد تنفسی شایع‌ترین بیماری کودکان خردسال در تمام گیتی به شمار می‌رود [۱۱] و اولین عامل مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه بوده است [۱۳]؛ به طوری که یک چهارم تا یک سوم موارد مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال ناشی از عفونت‌های حاد تنفسی [۲۲] و عمدتاً به علت پنومونی می‌باشد [۲۰-۱۳]. حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد از موارد مراجعه کودکان به مراکز بهداشتی و ۲۰ تا ۴۰ درصد از موارد بستری شدن در بیمارستان مربوط به عفونت‌های حاد تنفسی می‌باشد [۲۲] و بیش‌ترین عامل مراجعه به پزشکان و درمانگاه‌ها (به ترتیب ۶۰ و ۳۰ درصد) را شامل می‌شود [۱۶]. اغلب کودکان زیر ۵ سال در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، ۴ تا ۶ مرتبه در طول سال به عفونت‌های حاد تنفسی مبتلا می‌شوند [۱۰]. طبق بررسی انجام شده در ایران در سال ۱۳۷۹، شیرخواران ۱۲-۶ ماهه به طور متوسط ۷/۶ مرتبه در طول سال به عفونت‌های حاد تنفسی مبتلا می‌شوند [۷]. در این میان، پنومونی که همان عفونت حاد دستگاه تنفسی تحتانی می‌باشد، شایع‌ترین عفونت مهلک دستگاه تنفسی است که بیش از ۷۵ درصد موارد مرگ ناشی از عفونت حاد تنفسی در کودکان کشورهای در حال توسعه را به خود اختصاص می‌دهد [۱۰]. سالیانه بیش از ۲ میلیون کودک زیر ۵ سال در اثر ابتلا به پنومونی می‌میرند [۲۰] و حدود ۷۵-۷۰ درصد این مرگ‌ها در شیرخواران اتفاق می‌افتد [۱۱]. به‌طور کلی، بروز پنومونی با توجه به طبقه اجتماعی، وضعیت تغذیه‌ای، در معرض استنشاق دود سیگار بودن و نگهداری کودک در مهد، متغیر است [۱۲]. خطر ابتلاء به پنومونی در کودکان کشورهای در حال توسعه، ۳ تا ۶ مرتبه نسبت به سایر کودکان بیش‌تر است؛ به طوری که احتمال ابتلاء بین ۱۰ تا ۲۰ درصد می‌باشد و حتی در مناطقی که شیوع عوامل خطرسازی مثل سوء‌تغذیه و وزن پائین هنگام تولد بیش‌تر است، احتمال ابتلاء به ۸۰ درصد می‌رسد، درحالی‌که بروز پنومونی در

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک تحقیق شبه تجربی و از نوع کاربردی است. نمونه‌های پژوهش شامل شیرخواران ۱۲-۱ ماهه مبتلا به پنومونی بستری در بیمارستان مرکز طبیبی کودکان و مادران آن‌ها می‌باشند که مشخصات زیر را دارا می‌باشند:

(۱) شیرخوارانی که پنومونی آن‌ها توسط پزشک متخصص بیماری‌های عفونی (با تأیید علائم کلینیکی و پاراکلینیکی شامل تب بیش از 38°C ، افزایش سرعت تنفس بیش از ۶۰ بار در دقیقه در مورد شیرخوار زیر ۲ ماه و بیش از ۵۰ بار در دقیقه در مورد شیرخوار ۱۲-۲ ماهه، به‌داخل کشیده شدن قفسه‌سینه هنگام تنفس و اثبات پنومونی در رادیوگرافی قفسه‌سینه) تأیید شده باشد.

(۲) شیرخوار، به‌طور کامل یا نسبی با شیرمادر تغذیه شود و ضعف سیستم ایمنی (بیماری ایدز یا لوسمی، طبق اطلاعات پرونده پزشکی)، سوء تغذیه، وزن پائین هنگام تولد و ناهنجاری‌های مادرزادی (شامل فلج مغزی، عقب‌ماندگی ذهنی، شکاف کام، فیستول بین تراشه و مری) نداشته باشد و در مهد نگهداری نشود.

(۳) مادر، حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد و مادر بنا به اظهار خودش از داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی استفاده نکند. امکان دسترسی و کنترل آن‌ها وجود داشته باشد و تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش را داشته باشد.

به منظور تعیین تعداد نمونه از مطالعات مشابهی که انجام شده استفاده شد. با پیش فرض $\mu_1=16/7$ ، $\mu_2=19/97$ ، $S_1=3/28$ ، $S_2=5/42$ [۳] با ضریب اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و با استفاده از فرمول، برای هر گروه تعداد ۲۹ نفر مورد نیاز بود که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه تعداد ۳۳ نفر انتخاب گردید.

در این پژوهش اطلاعات لازم، به‌وسیله ابزار زیر گردآوری شده است:

(۱) پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک مربوط به خانواده شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد پدر و مادر، نوع مالکیت مسکن و هزینه مسکن، تعداد اتاق‌های منزل،

کودکان زیر ۵ سال کشورهای توسعه‌یافته ۳ الی ۴ درصد می‌باشد [۱۱]. نه تنها بروز پنومونی، بلکه مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری نیز در کشورهای در حال توسعه بیش‌تر است [۸]. با توجه به ماهیت بیماری پنومونی و گروه سنی در معرض ابتلاء که بیش‌تر شیرخواران (کودکان زیریک‌سال) می‌باشند، بیش‌ترین فعالیت‌های پیش‌گیری باید در جهت جلوگیری از ابتلاء به بیماری قبل از وقوع و در صورت ابتلاء، آغاز تدابیر مناسب به منظور تشخیص زودرس بیماری و انجام اقدام مناسب جهت جستجوی درمان سریع بیماری، توسط مهم‌ترین فردی که مراقبت از کودک را به عهده دارد یعنی مادر، انجام گیرد. از آن‌جایی‌که خانواده اصلی‌ترین نهاد اجتماعی است که به امر مراقبت از جسم و روح کودک می‌پردازد و بنیان سلامت جسمی و روحی کودک در این نهاد پایه‌گذاری می‌شود، لذا عملکردها و رفتارهای بهداشتی خانواده به‌خصوص مادران در تأمین سلامت نقش اساسی دارد، در واقع دستیابی به شرایط زندگی بهتر توسط والدین میسر می‌شود [۲۳]. مادر و سایر اعضای خانواده در صورتی می‌توانند در فعالیت‌های پیش‌گیری شرکت کنند که بدانند در کجا و چگونه می‌توانند این فعالیت‌ها را به بهترین نحو به‌کار برند [۲۴]. این در حالی است که مطالعات گذشته نظیر مطالعه پرزکواس و همکاران نشان می‌دهد که مادران در زمینه پیش‌گیری از عفونت و بیماری در کودکان خود، دانش کافی ندارند و چه بسا با اعمال ناصحیح خود به بیماری فرزندشان دامن می‌زنند [۱۵]. تحقیقات متعدد انجام شده در زمینه ماهیت پنومونی نشان می‌دهند بسیاری از علل مستعدکننده ابتلاء شیرخوار به پنومونی، ریشه در عملکردهای مراقبتی نادرست از کودک در خانواده دارد و ناکافی بودن آگاهی و اطلاعات مادران در زمینه عملکردهای مراقبتی صحیح از شیرخواران به این مسأله دامن می‌زند. با توجه به اهمیت مسأله و لزوم انجام اقدام عملی در زمینه پیش‌گیری از پنومونی شیرخواران با تکیه بر اصلاح عملکردهای مراقبتی مادران، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مراقبتی طراحی شده بر مدت و دفعات ابتلاء مجدد شیرخواران به پنومونی صورت گرفته است.

در زمینه اصول صحیح تغذیه تکمیلی است و ۶ مورد را شامل می‌شود.

در این مطالعه پژوهش‌گران برای تعیین اعتبار علمی (Validity) ابزار، از روش اعتبار محتوی استفاده نمودند. بدین منظور ابتدا با استفاده از کتب و منابع معتبر علمی، ابزار مقدماتی گردآوری اطلاعات تهیه گردید و سپس این ابزار در اختیار ۱۷ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و چند تن از متخصصین کودکان قرار گرفت و نظرات و پیشنهادات اصلاحی جمع‌آوری گردید و در نهایت با توجه به این نظرات و با تأیید اساتید محترم راهنما و مشاور ابزار گردآوری اطلاعات معتبر گردید.

برای تعیین اعتماد علمی (Reliability) ابزار، از روش تست مجدد (Test retest) استفاده گردید؛ که با ضریب اعتماد بیش از ۹۵٪، پایایی ابزار مورد پذیرش قرار گرفت. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به روش غیراحتمالی در دسترس (آسان)، با توجه به مشخصات نمونه می‌باشد. به منظور جلوگیری از تورش در نتایج کار، جهت‌گزینش نمونه‌ها در گروه آزمون و شاهد از روش تخصیص تصادفی (Random allocation) استفاده گردید، بدین صورت که از بین شیرخواران مبتلا به پنومونی بستری شده در بیمارستان، تعداد ۶۶ شیرخوار و مادران آنها براساس ویژگی‌های مورد نظر برای واحدهای پژوهش انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار داده شدند، به این صورت که شیرخواران بستری شده در روزهای زوج و مادران آنها به گروه شاهد و شیرخواران بستری شده در روزهای فرد و مادران آنها به گروه آزمون، اختصاص داده شدند. پس از معرفی و توضیح روند کار و جلب همکاری مادران، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک مربوط به شیرخوار و والدین تکمیل و علائم ابتلاء شیرخوار به پنومونی در فرم مربوطه ثبت می‌گردید. بعد از ترخیص شیرخوار از بیمارستان، پژوهش‌گر طبق هماهنگی به عمل آمده با مادر، در روز اول و دوم پس از ترخیص با مراجعه به منزل، عملکرد مادر را در مراقبت از کودک با استفاده از چک‌لیست در سه نوبت (صبح و بعدازظهر

تعداد فرزندان، مصرف سیگار، نوع دسترسی به مراکز بهداشتی - درمانی و محل مراجعه در زمان ابتلاء به بیماری می‌باشد و در مورد شیرخوار شامل سن، جنس، قد، وزن فعلی، رتبه تولد، نوع رژیم غذایی، تعداد دفعات تغذیه با غذا یا شیر، تلقیح واکسن‌های مورد نیاز، تعداد دفعات ابتلاء به عفونت‌های حاد تنفسی در ۳ ماه گذشته، داروهای مصرفی برای درمان پنومونی، مدت بستری شدن در بیمارستان به دلیل ابتلاء به پنومونی و آزمایشات پاراکلینیکی شامل رادیوگرافی قفسه‌سینه، گازهای خون شریانی، شمارش افتراقی سلول‌های خونی و سرعت رسوب گلبول‌های قرمز می‌باشد.

۲) فرم ثبت علائم بالینی ابتلاء شیرخوار به پنومونی که شامل ۸ مورد (درجه حرارت بالاتر از 38°C ، افزایش سرعت تنفس، به داخل کشیده شدن قفسه‌سینه هنگام تنفس، سرفه، دفع خلط، کاهش اشتها، آکروسیانوز، ایست تنفسی و تنگی نفس) می‌باشد.

۳) فرم ثبت دفعات ابتلاء مجدد و مدت ابتلاء شیرخوار به پنومونی که برای ثبت نتایج حاصل از پی‌گیری واحدهای پژوهش جهت طول مدت و دفعات ابتلاء شیرخوار به پنومونی استفاده گردیده است.

۴) چک لیست مصاحبه‌ای - مشاهده‌ای برنامه مراقبتی حین ابتلاء شیرخوار به پنومونی که حاوی مراقبت‌های صحیح از شیرخوار در زمان ابتلاء به پنومونی و در زمینه کنترل دما، پائین آوردن تب، باز نگه داشتن راه تنفسی، تغذیه، فیزیوتراپی تنفسی، نگهداری و مصرف دارو، استراحت، تهویه هوای اتاق و ... می‌باشد.

۵) چک لیست مصاحبه‌ای - مشاهده‌ای برنامه مراقبتی پیش‌گیری از ابتلاء مجدد شیرخوار به پنومونی که حاوی چهار بخش است: بخش اول در مورد عملکرد بهداشتی مادر در مراقبت از شیرخوار می‌باشد که حاوی ۸ مورد است. بخش دوم در زمینه رعایت اصول صحیح شیردهی توسط مادر است که ۸ مورد را شامل می‌شود. بخش سوم در مورد رعایت تغذیه بهداشتی می‌باشد که حاوی ۵ مورد است و بخش چهارم

گروه شاهد و آزمون صورت گرفت. هم‌چنین عملکرد مادر در پیش‌گیری از ابتلاء مجدد شیرخوار به پنومونی طی ۳ نوبت (پایان هفته اول، نیمه ماه دوم و پایان ماه سوم پس از مداخله) مورد مشاهده قرار گرفت. طی جلسات پی‌گیری نیز چنان‌چه پژوهش‌گر اشکالاتی در عملکرد مادر مشاهده می‌نمود، آن‌را برطرف می‌کرد. پی‌گیری کلیه نمونه‌ها در گروه آزمون و شاهد تا ۳ ماه پس از ترخیص از بیمارستان ادامه یافت. در طول این مدت، در صورت ابتلاء مجدد شیرخوار به پنومونی، موارد ابتلاء و طول مدت ابتلا توسط پژوهش‌گر در فرم‌های مربوطه ثبت می‌گردید. در انتهای کار، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-9 و با استفاده از آزمون‌های آماری Chi Square و T test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در این پژوهش اطلاعات دموگرافیک مربوط به شیرخوار و خانواده در دو گروه آزمون و شاهد از طریق هم‌سان‌سازی (Matching) کنترل شدند. آزمون‌های آماری Chi-Square و T test در مورد این متغیرها اختلاف معنی‌دار آماری را بین دو گروه آزمون و شاهد نشان ندادند. میانگین مدت ابتلاء شیرخواران به پنومونی در گروه آزمون و شاهد به ترتیب برابر با ۱۶/۵۱ و ۱۹/۵۱ می‌باشد. آزمون آماری تی مستقل با $p=۰/۰۰۰$ اختلاف معنی‌دار آماری را در دو گروه نشان می‌دهد (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه میانگین مدت ابتلاء شیرخواران به پنومونی در بین دو گروه آزمون و شاهد

P-value	t	df	انحراف معیار	میانگین	یافته آماری
					گروه
۰/۰۰۰	-۴/۲۲۵	۶۴	۳/۱۸	۱۶/۵۱	آزمون
					شاهد

و $p=۰/۱۶۳$ اختلاف معنی‌دار آماری را نشان نمی‌دهد (جدول ۲).

روز اول و صبح روز دوم) مورد بررسی قرار می‌داد. سه نوبت مشاهده به منظور آن بود که پژوهش‌گر بتواند عملکرد مادران را به صورت همیشه، گاهی اوقات یا به‌ندرت مشخص نماید. آن‌گاه در گروه آزمون با توجه به عملکرد مادر و نقاط ضعف و نیازهای او، برنامه مراقبتی به صورت نظری، عملی و گاه ایفای نقش آموزش داده شد. طی این جلسات، مادر یاد می‌گرفت چگونه از کودک خود در طول دوره ابتلاء به پنومونی مراقبت نماید تا بیماری طولانی نگردد و عوارض نامطلوب برجای نگذارد و یا در صورت ابتلاء مجدد شیرخوار به پنومونی، علائم بیماری را در مراحل اولیه بشناسد تا با مراجعه به موقع به پزشک، درمان هرچه سریع‌تر آغاز گردد؛ هم‌چنین با راه‌های پیش‌گیری از ابتلاء شیرخوار به پنومونی و اهمیت رعایت اصول بهداشتی در مراقبت از شیرخوار آشنا می‌گردید. آموزش، حداقل طی ۳ جلسه ۲ ساعته به صورت متوالی (بعد از ظهر روز دوم و صبح و بعدازظهر روز سوم پس از ترخیص) صورت می‌گرفت. بلافاصله بعد از اجرای هر آموزش عملی و نظری، مادر مورد ارزیابی قرار می‌گرفت و اشکالات موجود اصلاح می‌گردید. در این جلسات وسایل آموزشی که شامل جزوه آموزشی، سرنگ، ترمومتر و کاغذهای کوچک رنگی که بعضی نکات مهم روی آن‌ها نوشته شده بود استفاده گردید. آن‌گاه پس از اطمینان از انتقال جمیع دانسته‌ها و مهارت‌ها به مادر، مشاهده عملکرد مادر در مراقبت از شیرخوار مبتلا به پنومونی در طول دوره بیماری و نیز بررسی وضعیت بالینی شیرخوار با فاصله هر سه روز (به منظور بررسی مدت ابتلاء شیرخوار به پنومونی) در هر دو

در طول مدت ۳ ماه پی‌گیری، ۳٪ شیرخواران در گروه آزمون و ۱۲/۱٪ شیرخواران در گروه شاهد ابتلاء مجدد به پنومونی داشته‌اند. آزمون آماری کای‌اسکوئر با درجه آزادی ۱

جدول ۲. مقایسه تعداد دفعات ابتلاء شیرخواران به پنومونی در طول مدت سه ماه پی‌گیری در بین دو گروه آزمون و شاهد

P-value	x2	df	شاهد		آزمون		گروه دفعات ابتلاء
			نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	
۰/۱۶۳	۱/۹۴۸	۱	۸۷/۹	۲۹	۹۷	۳۲	۰
			۱۲/۱	۴	۳	۱	۱

مادر در ارتقاء بهداشت و پیش‌گیری از بیماری، تشخیص به‌موقع و مراقبت از بیماری اهمیت حیاتی دارد [۲۴]. اگر مادر آگاهی‌های لازم را در مورد اهمیت بیماری‌ها، چگونگی ابتلاء به آن‌ها، نحوه مراقبت و پیش‌گیری از آن‌ها، نحوه کنترل و راهکارهای پیش‌گیری از عود مجدد آن‌ها نداشته باشد، احتمالاً رفتارهایی را در پیش خواهد گرفت که تأمین سلامت افراد خانواده متزلزل می‌شود، بنابراین آموزش مادران در زمینه شناسایی علائم پنومونی، ارجاع کودک به پزشک و مراقبت مناسب از کودک در منزل از راهکارهای محتمل در حفظ بقاء کودک است. بدین منظور درک صحیح از رفتارهای مراقبتی مادر نیاز به بررسی عملکرد مادر در شرایط واقعی زندگی او دارد، جایی که زمینه اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی شکل‌گیری و بروز رفتار می‌باشد [۱۷].

طبق نتایج حاصل از این مطالعه با آزمون تی مستقل مدت ابتلاء شیرخواران به پنومونی در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری را نشان می‌دهد ($p=۰/۰۰۰$) و بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش مبنی بر این‌که مدت ابتلاء به پنومونی در شیرخوارانی که از برنامه مراقبتی طراحی شده برخوردارند (گروه آزمون) نسبت به شیرخوارانی که از این برنامه مراقبتی برخوردار نیستند (گروه شاهد) کم‌تر است، مورد تأیید قرار می‌گیرد. با آزمون آماری کای اسکور، دفعات ابتلاء مجدد شیرخواران به پنومونی در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری را نشان نمی‌دهد، لذا فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این‌که دفعات ابتلاء به پنومونی در شیرخوارانی که از برنامه مراقبتی طراحی شده برخوردارند (گروه آزمون) نسبت به شیرخوارانی که از این برنامه مراقبتی برخوردار نیستند (گروه شاهد) کم‌تر است، مورد تأیید قرار

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه کسی در ضرورت مقدم بودن پیش‌گیری نسبت به درمان تردیدی ندارد [۴]. زیرا وقتی بیماری عارض می‌شود علاوه بر رنجی که به انسان تحمیل می‌شود، رفع آن مستلزم هزینه بسیاری است؛ هم‌چنین بسیار اتفاق می‌افتد که درمان مؤثر واقع نمی‌شود. کنترل جامع بیماری‌های دوران کودکی باید شامل در نظر گرفتن فاکتورهای متعددی که کودک را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد باشد. IMCI (Integrated management of childhood illness) در مورد کاهش مرگ‌ومیر ناشی از پنومونی کودکان پیشنهادهای ارائه نموده است شامل:

۱) تشخیص سریع پنومونی، ۲) درمان سریع با آنتی‌بیوتیک‌ها، ۳) ارجاع سریع موارد وخیم، ۴) بهبود تدبیر منزل، ۵) پیش‌گیری با واکسیناسیون، کاهش آلودگی هوای منزل و بهبود تغذیه [۲۰]. هم‌چنین کنترل موردی کمپروپرفیلاکسی کودکان در معرض خطر، بهبود تغذیه، کاهش آلودگی‌های محیطی، کاهش انتقال عوامل بیماری‌زا و بهبود عملکردهای مراقبتی از کودکان از راه‌های مؤثر پیش‌گیری از پنومونی کودکان می‌باشد [۱۳].

سازمان بهداشت جهانی معتقد است در پاره‌ای از مسائل و مشکلات بهداشتی - درمانی، مرکز ثقل و محور اصلی قضایا در درجه اول مادر و خانواده است و در درجه دوم عناصر پیراپزشک و در درجه سوم پزشکان قرار دارند [۱]. اهمیت نقش مادر در مراقبت از کودک خود بر هیچ‌کس پوشیده نیست [۱۴]. این واقعیتی است که کودکان مادران آگاه با رفتارهای بهداشتی، شانس بیشتری برای ادامه زندگی سالم دارند. نقش

[۳] فولادی آذرین نسرین. بررسی اثر مشارکتی زنان به عنوان رابطین بهداشتی در آگاهی مادران در رابطه با پیشگیری و کنترل اسهال و عفونت‌های حاد تنفسی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۲.

[۴] محسنی منوچهر. جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت. چاپ ششم، تهران: انتشارات طهوری، ۱۳۷۹. صفحه ۱۱.

[۵] محمدی رخشنده. مراقبت‌های اولیه بهداشتی و نقش پرستار در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۶۷.

[۶] معاونت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. شیرمادر و تغذیه شیرخوار، چاپ سوم، ۱۳۷۴.

[۷] وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت، مرکز آمار ایران. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: انتشارات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.

[8] Berman S, Mcinstosh K. Selective primary health care: strategies for control of disease in the developing world. XXI. Acute respiratory infections. Rev Infect Dis, 1985; 7:674-91.

[9] Bhandari N, Bahl R, Taneja S, Strand T, Molbak K, Ulvik RJ, et al. Effect of routine zinc supplementation on pneumonia in children aged 6 months to 3 years: randomised controlled trial in an urban slum. BMJ, 2002; 324(7350):1358.

[10] Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Co., 1980.

[11] Human Resources Development and Operations Policy. Acute respiratory infections. HRO Dissemination Notes, 5; 1993. Available from: URL: <http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/hddflash/hcnote/hrn004.html>.

[12] Jadavji T, Law B, Lebel MH, Kennedy WA, Gold R, Wang EE. A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. CMAJ, 1997; 156(5):S703-11.

[13] Kirkwood BR, Gove S, Rogers S, Lob-Levy J, Arthur P, Campbell H. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: a systematic review. Bull World Health Organ, 1995; 73(6):793-8.

[14] Parker L, Lamont DW, Wright CM, Cohen MA, Alberti KG, Craft AW. Mothering skills and health in infancy: the thousand families study revisited. Lancet, 1999; 353(9159):1151-2.

[15] Perez-Cuevas R, Guiscafre H, Romero G, Rodriguez L, Gutierrez G. Mothers' health-seeking behaviour in acute diarrhoea in Tlaxcala, Mexico. J Diarrhoeal Dis Res, 1996; 14(4):260-8.

[16] United Nations Children's Fund. The state of the world's Children.th ed. Oxford: Oxford University press, 1993.

[17] Terra de Souza AC, Peterson KE, Andrade FM, Gardner J, Ascherio A. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers health-care seeking behaviours during their infants fatal illness Social Science and Medicine, 2000; 51:1675-93.

[18] W.H.O. The world health report 1998: Executive summary. Geneva: World Health Organization, 2001.

[19] W.H.O. Integrated management of the sick child. Geneva: Bull World Health Organ, 1995; 73:735-40.

[20] W.H.O. Reducing mortality from major killers of children. Geneva: Fact sheet, 1998; 178.

[21] W.H.O. Management of childhood illness in developing countries: rationale for an integrated strategy. Geneva: World Health Organization, 1999.

[22] W.H.O. World health organization programme for the control of acute respiratory infections, Interim Programme report: 1990. Geneva: World Health Organization, 1991.

[23] W.H.O. Reducing mortality from major killers of children. Geneva: Fact sheet, 1991; 180.

[24] W.H.O. Readingson diarrheal: student manual. Geneva: World Health Organization, 1992.

[25] Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P. Essentials of pediatric nursing, 6th ed. United states of America: Mosby Inc; 2001. P. 332.

نمی‌گیرد، اما با توجه به این‌که بین دو گروه از نظر بالینی، اختلاف معنی‌دار به نظر می‌رسد، پژوهش‌گران احتمال می‌دهند که با افزایش طول مدت پی‌گیری، احتمال وجود اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. در این خصوص بنداری و همکارانش در مطالعه‌ای که با هدف بررسی تأثیر مکمل روزانه روی بروز پنومونی و عفونت‌های حاد تنفسی تحتانی در کودکان انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که در کودکان گروه آزمون، دریافت مکمل روزانه روی به مدت چهار ماه توأم با دریافت یک دوز ویتامین A منجر به کاهش بروز پنومونی نسبت به کودکان گروه شاهد گردید، به طوری‌که در پایان چهار ماه پی‌گیری، ۸۱ کودک در گروه آزمون و ۱۱۲ کودک در گروه شاهد به پنومونی مبتلا گردیدند [۹].

از آنجایی‌که کودکان، جهت حفظ و تأمین سلامتی خود بیش‌تر به بالغین و به خصوص به مادر وابسته‌اند و با علم به این‌که سلامتی انسان عمدتاً نتیجه رفتارهای وی می‌باشد و بسیاری از بیماری‌ها و مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر در نهایت ریشه رفتاری دارند، لذا علی‌رغم وجود کلیه امکانات و منابع بهداشتی بدون تغییر در رفتار قادر به حل مشکلات بهداشتی نخواهیم بود. نتایج به‌دست آمده از این مطالعه بیان‌گر این مطلب است که طراحی و اجرای برنامه‌هایی که می‌توانند نیازهای واقعی فراگیر را بررسی نماید و آنگاه بر مبنای این نیازها و با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده‌ها به سوی اصلاح عملکرد گام بردارد، می‌تواند سودمند واقع گردد. البته این‌گونه عمل کردن مستلزم وقت و انرژی زیادی است ولی درجایی‌که تأثیرات بلندمدت، آن‌چنان با ارزش است که می‌تواند سلامت نسل آینده را تضمین نماید، صرف وقت و انرژی کاملاً منطقی و قابل توجیه است.

منابع

- [۱] بابایی بتول. بررسی تأثیر برنامه آموزشی بهداشت بر پیشگیری از اسهال در کودکان زیر ۳ سال. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۷.
- [۲] رضانی منیر، احمدی فضل‌الله. پنومونی شیرخواران. چاپ اول. تهران: انتشارات سالعی، ۱۳۸۵. صفحه ۴.

