

بررسی ویژه گی های فردی، خانوادگی و اجتماعی شیرخواران مبتلا به عفونت های حاد تنفسی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر رشت

پژوهشگران: رضا پور محمد^۱، نسرين مختاری^۲، عاطفه قنبری^۳، انوشیروان کاظم نژاد^۴

۱) کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش اطفال)، شاغل در بیمارستان امام خمینی خلخال

۲) کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش بهداشت)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۳) دکتری آموزش پرستاری، استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴) دکتری آمار حیاتی، دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس

چکیده:

مقدمه: عفونت های حاد تنفسی شایعترین بیماری و عامل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می باشد، درمان و مراقبت آن هزینه هنگفتی دارد و در صورت عدم درمان و مراقبت صحیح، صدمات جبران ناپذیری را ایجاد می کند، پیشگیری از این بیماری — مهمتر از درمان آن می باشد و برای پیشگیری، شناسایی عوامل پیشگوئی کننده نقش تعیین کننده ای دارد.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین ویژه گی های فردی، خانوادگی و اجتماعی شیرخواران مبتلا به عفونت های حاد تنفسی انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی در مقطع زمانی دو هفته گذشته می باشد که در ۲۷ مرکز بهداشتی و درمانی شهر رشت انجام گرفته است. واحد های مورد پژوهش شامل ۳۷۵ شیرخوار صفر تا ۱۲ ماهه و ۰/۷ درصد کل شیرخواران رشت می باشد که به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابتدا از والدین در خصوص ابتلای شیرخوار به عفونت حاد تنفسی از دو هفته گذشته سؤال شد که در نهایت ۱۴۹ نفر از آنان در گروه بیمار و ۲۲۰ نفر در گروه سالم قرار گرفتند. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه می باشد و داده ها پس از جمع آوری از طریق آزمون های آماری کای دو ولجیت به کمک نرم افزار SPSS10 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که بین عفونت های حاد تنفسی شیرخواران و ویژه گی های فردی نظیر سن بالای شش ماه ($OR=1/375$ ، $P=0/002$)، رتبه دوم تولد و بالاتر ($P=0/011$) و ویژه گی های خانوادگی از قبیل سن کمتر از ۲۵ سال مادر ($OR=0/292$)، تحصیلات زیر دیپلم مادر و پدر ($P=0/028$ ، $P=0/035$)، متوسط درآمد ماهانه بر حسب تعداد افراد خانواده کمتر از ۱۰۰ هزار تومان ($P=0/043$)، محل سکونت استیجاری ($P=0/024$)، مصرف بیش از ۱۰ سیگار در روز توسط والدین ($P=3/038$ ، $OR=0/036$)، ابتلای یکی از اعضاء خانواده به عفونت تنفسی ($P=0/000$) و ویژه گیهای اجتماعی از قبیل مراجعه سایر کودکان خانواده به مهدکودک و مدرسه ($P=0/015$ ، $P=0/047$)، عدم پوشش بیمه درمانی ($P=0/044$) و منزل مسکونی با زیر بنای کمتر از ۷۰ مترمربع و تعداد افراد خانواده بیش از ۴ نفر ($P=0/025$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد.

نتیجه گیری: جهت کاهش عفونت های حاد تنفسی، شیرخواران باید در ۶ ماهه دوم زندگی کمتر در معرض تماس با سایرین باشند، تعداد افراد خانواده بیشتر از ۴ نفر نباشد، شرایط اقتصادی مطلوب و تحصیلات والدین بالا باشد، اصول بهداشتی در کشیدن سیگار رعایت شود، والدین از نحوه سرایت عفونت های حاد تنفسی آگاهی داشته و زیر بنای منزل مسکونی متناسب با تعداد افراد خانواده باشد.

کلید واژه ها: عفونت های مجرای تنفسی، عوامل اپیدمیولوژیکی، کودک

تحت شرایط خاص زمانی و مکانی گروه های خاصی از افراد جامعه به عنوان گروه آسیب پذیر تلقی می شوند و بهداشتی و خدمات درمانی نیاز دارند قرار گرفتن در یک گروه سنی خاص به خودی خود موجب خطر نمی شود ولی افرادی که در سنین کمتر از ۵ سال یا بیشتر

کودکان بیمار با عمر کوتاه خود، بار سنگینی بر دوش جامعه می باشند و بر عکس کودکان سالم سرمایه یک کشور محسوب می شوند (۱). بنابراین حمایت از سلامت کودکان یکی از بهترین راههای سرمایه گذاری در جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورها محسوب می شود (۲).

از ۶۵ سال قرار دارند به علت عوامل فیزیولوژیک تحت تاثیر سن هستند و بیش از سنین دیگر به بیماریهای گوناگون مبتلا می شوند (۱)، علت آسیب پذیر بودن کودکان را می توان به اندامهای در حال رشد، بافتها و اندامهای ناقص و سیستم ایمنی ضعیف آنها نسبت داد، کودکان بطور نسبی غذای بیشتری می خورند، مایعات بیشتری می نوشند و به ازای وزن بدن خود هوای بیشتری تنفس می نمایند، راه های تنفسی کودکان باریک تر از افراد بالغ است و در نتیجه اثرات آلودگی هوا در آنها تشدید می شود.

با وجود پیشرفتهای علوم پزشکی و تکنولوژی بیماریهای عفونی هنوز هم عمده ترین مشکل بهداشتی و سلامت برای اکثریت مردم روی زمین بوده و علل اصلی مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه محسوب می شود (۳).

پنومونی به عنوان یک بیماری عفونی، یکی از علل مهم مرگ و میر کودکان در سراسر دنیا بخصوص در کشورهای در حال توسعه محسوب می شود و سالانه موجب مرگ ۴ میلیون نفر در جهان می گردد (۴). مرگ و میر ناشی از عفونت حاد تنفسی در کودکان زیر ۵ سال، بدون احتساب موارد مرگ حادث شده از سرخک، دیفتری و مرگهای دوران نوزادی ۱/۲ میلیون برآورد شده است که ۲۰٪ کل مرگ و میر این گروه سنی را تشکیل می دهد و با توجه به اینکه ۹۰٪ کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند، می توان نتیجه گرفت که بیشتر مرگ و میر های عفونت حاد تنفسی مربوط

به کشورهای در حال توسعه می باشد (۵)، در امریکا سالانه ۱/۵ تا ۲/۵٪ کودکان زیر یک سال و ۳ تا ۴ درصد کودکان ۱ تا ۵ سال مبتلا به عفونت دستگاه تنفسی تحتانی می شوند (۶). شیوع عفونتهای حاد تنفسی در کودکان زیر ۵ سال ایران در جامعه شهری و روستایی به ترتیب ۲۲/۸ و ۲۵/۹ درصد و در استان گیلان ۲۴/۴٪ می باشد که بعد از اختلالات کروموزومی و حوادث، به میزان ۹۶/۸ به ازای یک صد هزار کودک، سومین رتبه مرگ را به خود اختصاص داده است (۷). در استان گیلان نیز عفونت حاد تنفسی در کودکان زیر پنج سال به میزان ۰/۸ به ازای ۱۰ هزار کودک چهارمین رتبه مرگ را بعد از ناهنجاریهای مادرزادی، حوادث و سایر علل دارا می باشد (۸).

بنابراین عفونت حاد تنفسی عامل اصلی مرگ و میر کودکان زیر یک سال در استان می باشد.

در آمریکا برونشیت حاد موجب بستری شدن تعداد زیادی از کودکان می شود و هر سال ۸۰۰ میلیون دلار از بابت آن (۹) و دو میلیارد دلار برای داروهای بدون نسخه جهت تعدیل علائم و نشانه های سرماخوردگی، هزینه می شود (۱۰)، اختلال طولانی مدت گوش میانی و اثرات نامطلوب آن بر تکلم، تب روماتیسمی (بیماری التهابی قلب، مفاصل و سیستم عصبی مرکزی) و گلومرولونفریت حاد، عوارض نهایی عفونت حاد تنفسی می باشد (۱۱)، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تب روماتیسمی ناشی از استرپتوکوک، علت ۳۰ تا ۴۰ درصد

عوامل توجه خاص مبذول گردد، تا شاهد کاهش مرگ و میر ناشی از عفونت حاد تنفسی باشیم.

پژوهش حاضر يك مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که با هدف تعیین ویژه گی های فردی، خانوادگی و اجتماعی شیرخواران مبتلا به عفونت های حاد تنفسی در مراجعین مراکز بهداشتی و درمانی شهر رشت انجام شد. شیرخواران صفر تا ۱۲ ماهه شهر رشت، جامعه مورد پژوهش و شیرخوارانی که در زمان حضور پژوهشگر در مراکز بهداشتی، به آنجا مراجعه می کردند نمونه های مورد پژوهش را تشکیل می دادند. حجم نمونه با استفاده از مطالعات مشابه ۳۷۵ نفر که ۰/۷ درصد کل شیرخواران شهر رشت می باشد بر آورد و نمونه ها به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه می باشد که اطلاعات مورد نیاز به روش خود گزارش دهی والدین و قسمتی نیز با مطالعه پرونده بهداشتی کودکان جمع آوری و در پرسشنامه ثبت شده است. پرسشنامه مزبور شامل ۴ بخش است:

بخش اول شامل ۱۵ سؤال در مورد ویژه گی های فردی شیرخواران، بخش دوم حاوی ۱۶ سؤال مربوط به ویژه گی های خانوادگی، بخش سوم حاوی ۸ سؤال مربوط به ویژه گی های اجتماعی و بخش چهارم پرسشنامه حاوی ۴ سؤال مربوط به عفونت حاد تنفسی می باشد که در سؤال اول، از مادر در مورد وجود علائم و نشانه های عفونت حاد تنفسی در شیرخوار در طی دو هفته (۱۴ روز) گذشته سؤال شده است، اگر شیرخوار بطور

از کل بیماریهای قلبی است و عامل مهم مرگ و میر و ازکار افتادگی محسوب می شود (۱۲). امروزه کسی در ضرورت مقدم بودن پیشگیری نسبت به درمان تردیدی ندارد. حلم سرشت (۱۳۸۱) معتقد است برای بروز بیماری شرایط مساعد کننده ای لازم است که معمولاً این شرایط تحت عنوان عوامل فردی و محیطی مورد بررسی قرار می گیرد. بنابراین هرگاه با برنامه ریزی و اقدامات لازم عامل بیماریزا کنترل و در جهت بهبود عوامل محیطی و فردی، تغییرات مثبتی انجام شود بطور یقین بیماری حادث نخواهد شد و اینجاست که نقش پیشگیری و تقدم آن بر درمان مورد توجه قرار می گیرد زیرا مؤثرتر، ارزانتر، بی خطرتر و آسان تر از درمان می باشد (۱). برای پیشگیری باید اطلاعات کافی راجع به علت و عوامل مؤثر در بروز بیماری را جمع آوری نمود. وظیفه اصلی پرستاران در کنترل بیماریهای واگیر، آموزش، پیشگیری و کنترل می باشد و برای انجام این وظایف نیازمند شناخت عوامل پیش بینی کننده يك بیماری هستند. بنابراین بررسی عوامل پیش بینی کننده عفونت حاد تنفسی شیرخواران ضروری است. لذا پژوهشگر بر آن شد، عوامل پیش بینی کننده عفونت حاد تنفسی را در منطقه شناسایی نماید و امیدوار است با بررسی ویژه گی های فردی، خانوادگی و اجتماعی مشترك شیرخواران مبتلا به عفونت حاد تنفسی به شناسایی این عوامل نایل گردد و با انتشار نتایج حاصل از آن به جامعه، آموزش والدین و برنامه ریزیهای مدون بهداشتی به این

شیر خواران مبتلا به عفونت حاد تنفسی از آزمون آماری کای دو و برای بررسی ارتباط بین ویژه گی های فردی، خانوادگی و اجتماعی شیرخواران مبتلا به عفونت حاد تنفسی و تعیین ضریب شانس بیماری (OR) از روش رگرسیون لجیت استفاده و نحوه ارتباط آن بر حسب ابتلا به بیماری محاسبه شد (۱) و کلیه داده های آماری به کمک نرم افزار آماری SPSS مورد آنالیز قرار گرفت.

نتایج:

یافته های پژوهش نشان می دهد که صد درصد واحدها بطورمنظم واکسن دریافت کرده و اکثریت آنها (۵۶/۵٪) مذکر میباشند وزن هنگام تولد، اکثریت نمونه ها (۹۴/۹٪) بیش از ۲۵۰۰ گرم (میانگین و انحراف معیار $۳۲۸۰/۸۸ \pm ۴۷۰/۶$) و وزن فعلی بیشتر نمونه ها (۳۲/۵٪) ۸۵۰۰ تا ۱۰۵۰۰ گرم و کمترین آنها (۰/۳٪) کمتر از ۲۵۰۰ گرم (میانگین و انحراف معیار ۲۲۰۷ ± ۸۷۵۷) بود.

یافته ها نشان می دهد طول قد بیشتر نمونه ها (۴۷/۲٪) ۶۵ تا ۷۵ سانتیمتر و کمترین آنها (۰/۸٪) کمتر از ۴۵ سانتیمتر می باشد (میانگین و انحراف معیار $۶۵/۹ \pm ۸/۱$) و بیشتر نمونه ها (۳۱/۲٪) ۹ تا ۱۲ و کمترین آنها (۲۰٪) ۶ تا ۹ ماه سن دارند (میانگین و انحراف معیار $۶/۸ \pm ۳/۷$). از نظر نحوه مراقبت، بیشترین نمونه ها (۹۹/۲٪) در منزل و کمترین آنها (۰/۸٪) در مهد کودک مراقبت می شدند و بیشترین نمونه ها (۹۹/۲٪) دو والد و کمترین آنها (۰/۸٪) تک والد بودند و همچنین یافته ها نشان می دهد، بیشتر نمونه ها (۵۹/۷٪) در طی

همزمان ۳ علامت آب ریزش از بینی، سرفه مداوم به مدت دو روز و تب را داشت به عنوان عفونت تنفسی فوقانی و چنانکه ۳ علامت مزبور توأم با هر یک از علایمی از قبیل تنفس تندتر از معمول، بی اشتهايي (خوردن شیر و یا غذا به اندازه نصف روز معمولی) و سیانوز (کبودی دور دهان) بود به عنوان عفونت تنفسی تحتانی، در نظر گرفته می شد و به مجموع عفونت تنفسی فوقانی و تحتانی، عفونت های حاد تنفسی اطلاق شد. شیرخوارانی که در طی دو هفته گذشته عفونت حاد تنفسی زمینه ای تأثیر گذار بر عفونت حاد تنفسی را داشتند و یا والدین آنها نمی توانستند علائم و نشانه های بیماری را به یاد بیاورند از برنامه حذف شدند بنابراین ۶ مورد افت نمونه وجود داشت و در نهایت ۱۴۹ نفر به عنوان گروه بیمار و ۲۲۰ نفر به عنوان گروه سالم مورد آنالیز قرار گرفت.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گرد آوری داده ها از روش اعتبار محتوی استفاده شد و از آنجا که اعتماد علمی برای صفاتی مورد استفاده قرار می گیرد که در تکرارهای متعدد داده ها از پراگندگی گسترده برخوردار باشند و در این پژوهش ابزار گرد آوری داده ها فقط ویژه گی های فردی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهد، لذا به تعیین اعتماد علمی ابزار پرداخته نشد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد، برای بررسی ویژه گی های مشترک فردی، خانوادگی و اجتماعی

	سالم		بیمار		شیرخوار)
$X^2 =$ /	/		/		
$df =$ /	/		/		
$P =$ /	/		/		میچکس
					جمع

و ویژه گی های اجتماعی از قبیل مراجعه سایر کودکان خانواده به مهد کودک و مدرسه ($P=0/015$, $P=0/047$)، عدم پوشش بیمه درمانی و تامین اجتماعی ($P=0/044$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره : توزیع واحد های مورد (بیمار- سالم) بر حسب پوشش بیمه
مراکز بهداشتی -

	سالم		بیمار		بیمه درمانی
$X^2 =$ /			/		
$df =$ /			/		
$P =$ /			/		معنی دار
					جمع

و زیر بنای کمتر از ۷۰ متر مربع منزل مسکونی با تعداد افراد خانواده بیش از ۴ نفر ($P=0/025$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. همچنین جهت تعیین ارتباط بین ویژه گی های فردی، خانوادگی و اجتماعی شیر خواران با عفونت های حاد تنفسی تمامی متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی آنالیز لجیت شدند، یافته ها نشان میدهد که شانس ابتلا به بیماری در خانواده های با متوسط درآمد ماهانه کمتر از ۱۰۰ هزار تومان بیشتر از خانواده های با متوسط درآمد ماهانه بالای ۱۰۰ هزار تومان می

دو هفته گذشته به پزشک مراجعه نکرده اند و فقط (۳/۴۰٪) به پزشک مراجعه داشته اند و ۸/۸۲٪ موارد مراجعه به پزشک، به علت ابتلا به عفونت های حاد تنفسی بوده است، یافته های مربوط به بستری شدن نشان می دهد که ۸/۰٪ از گونه ها به علت عفونت دستگاه تنفسی تحتانی در طی دو هفته گذشته در بیمارستان بستری شده اند و اطلاعات مربوط به نوع سوخت مصرفی نشان داد که ۵/۹۹٪ واحدها از گاز طبیعی برای پخت و پز و بیشترین گونه ها (۹/۹۴٪) از بخاری گازی و کمترین آنها (۳/۱٪) از شوفاژ یا فن کوئل به عنوان سیستم گرمایشی منزل استفاده می کنند.

نتایج پژوهش نشان داد که بین عفونت های حاد تنفسی و ویژه گی های فردی شیرخواران نظیر سن بالای شش ماه ($P=0/002$)، رتبه تولد دوم و بالاتر ($P=0/011$) ویژه گیهای خانوادگی از قبیل تحصیلات زیردیپلم مادر و پدر ($P=0/028$ و $P=0/035$) متوسط درآمد ماهانه بر حسب تعداد افراد خانواده ($P=0/043$)، محل سکونت استیجاری ($P=0/024$)، مصرف بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز توسط والدین ($P=0/036$)، ابتلای یکی از اعضاء خانواده به عفونت تنفسی ($P=0/000$) (جدول شماره ۱)

جدول شماره : توزیع واحدهای مو (بیمار- سالم)

درمراجعه مراکز بهداشتی -

معنی دار آماری بین سن و بیماریاری را نشان داد ($p=0/000$). در این رابطه نتایج بررسی های Mishra (۲۰۰۳) در زیمبابوه نیز نشان میدهد که شیوع عفونت حاد تنفسی با سن ارتباط معنی داری دارد ($OR=2/2$) (۱۳). سیادتی اظهار می دارد تمام نوزادان بطور پاسیو از مادر خود آنتی بادی دریافت می کنند، ولی سطح این آنتی بادیها پس از ۶ تا ۷ ماه کاهش یافته و این عامل می تواند به بروز شدیدترین انواع عفونت در کودکان کم سن منجر گردد (۱۴).

به نظر می رسد ارتباط بین عفونت حاد تنفسی و رتبه تولد ناشی از زیاد بودن افراد خانواده و همچنین انتقال عفونت از بیرون به داخل خانه توسط خواهر و برادر باشد. از طرف دیگر وجود خواهر و برادر موجب می شود که مادر فرصت کمتری برای مراقبت از شیر خوار داشته باشد و بدین ترتیب زمینه ابتلاء به بیماری در کودک فراهم گردد.

نتایج پژوهش نشان میدهد که بین تحصیلات والدین و عفونت حاد تنفسی، ارتباط معنی دار آماری وجود دارد نتایج تحقیقات میرحیدری در سال (۱۳۷۳) نیز نشان داد که بین سطح تحصیلات مادران و عفونت های حاد تنفسی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($P=0/001$) (۱۵). پژوهش بلیزارد و همکاران (۲۰۰۳) او در استرالیا نیز نشان داد کودکانی که مادرانشان تحصیلات کمتر از ۱۰ سال داشتند بیشتر در معرض خطر نسبی بستری شدن بودند ($RR=1/53$) (۱۶). ارتباط بین تحصیلات والدین و بیماریاری

باشد ($OR=10/68$) و فرزندان مادران زیر ۲۵ سال نسبت به فرزندان مادران بالای ۲۵ سال شانس ابتلای کمتری دارند ($OR=0/29$). کودکانی که والدینشان بیشتر از ۱۰ نخ سیگار می کشند نسبت به کودکانی که والدینشان کمتر از ۱۰ نخ سیگار می کشند شانس بیشتری برای ابتلا به بیماری دارند ($OR=3/03$) و همچنین به ازای افزایش هر یک ماه سن شانس ابتلا به بیماری افزایش می یابد. ($OR=1/37$) (جدول شماره ۳)

جدول شماره : عوامل پیشگونی کننده عفونت

هر یک از عوامل

ردیف	متغیرها	OR	95% CI (OR)
	سن شیرخوار	/	- /
	سن مادر کمتر از	/	- /
	آمد مامانه کمتر	/	- /
	مصرف سیگار بیش از	/	- /

همچنین با استفاده از متغیرهای معنی دار آنالیز لجیت، احتمال ابتلا به بیماری واحدهای مورد پژوهش محاسبه شد برای مثال اگر دو کودک هر دو سن مادرشان زیر ۲۵ سال باشد و والدینشان کمتر از ۱۰ نخ در روز سیگار بکشند، هم سن بوده و بیشتر از شش ماه سن داشته باشند و اگر کودکی خانواده اش کمتر از ۱۰۰ هزار تومان درآمد داشته باشد احتمال بیماری ۰/۱۴ و اگر بالای ۱۰۰ هزار تومان درآمد داشته باشد، احتمال بیماری ۰/۰۱ می باشد.

بحث و نتیجه گیری

جهت بررسی ارتباط بین سن و عفونت حاد تنفسی، کودکان در دو گروه سنی زیر شش ماه و بالای شش ماه قرار گرفتند و آزمون آماری کای دو ارتباط

نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین عفونت حاد تنفسی و سکونت در منزل استیجاری ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($P=0/024$). در این رابطه تحقیقات اتیلر و همکاران (۲۰۰۲) در ترکیه نیز نشان داد شیرخواران والدینی که در مسکن استیجاری و یا بدون پرداخت هزینه زندگی می‌کنند، بیشتر در معرض ابتلاء (۳۰٪) به عفونت حاد تنفسی می‌باشند. (به

ترتیب $RR=1/052$)

و ($RR=1/60$) (۱۷). در پژوهش حاضر، شیوع بالای عفونت حاد تنفسی در خانواده‌هایی که منزل شخصی ندارند احتمالاً به علت پایین بودن در آمد و نامناسب بودن مسکن می‌باشد.

بین میزان مصرف سیگار در هر روز توسط والدین و عفونت حاد تنفسی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده

گردید ($P=0/030$). بلیزارد و همکاران (۲۰۰۳) نیز در تحقیقات خود دریافتند دفعات بستری شدن شیرخواران مبتلا به عفونت حاد تنفسی با میزان مصرف سیگار والدین ارتباط معنی‌داری دارد. ($P=0/036$) (۱۶). در

پژوهش حاضر ارتباط میزان مصرف سیگار و عفونت حاد تنفسی به علت افزایش آلودگی داخل منزل با مصرف زیاد سیگار می‌باشد و والدینی که بیشتر از ۱۰ نخ سیگار می‌کشند احتمالاً به علت مصرف زیاد سیگار نمی‌توانند بطور مداوم از اتاق خارج شده و سیگار بکشند بنابراین دود سیگار موجب آلودگی شدید هوای داخل منزل شده و اختلال در فعالیت مژکی و سیستم دفاعی ریه می‌شود.

بیانگر نقش آگاهی و آموزش در کنترل و پیشگیری از بیماریهای عفونی می‌باشد و احتمالاً والدین تحصیل کرده دارای باور و عملکرد بهداشتی مناسب‌تری هستند.

در آنالیز آماری لجستیک ضریب شانس بیماری در مادران زیر ۲۵ سال کمتر می‌باشد ($OR=0/292$) که این یافته نشان دهنده اثر حفاظتی سن زیر ۲۵ سال مادران در ابتلاء به بیماری عفونت حاد تنفسی در کودکان می‌باشد این یافته برخلاف آمارهای کلاسیک می‌باشد. به نظر می‌رسد در آمارهای کلاسیک، تاثیر افزایش سن مادر به علت افزایش تجربه مادر در مراقبت از کودک می‌باشد. ولی در پژوهش حاضر برخلاف انتظار، سن زیر ۲۵ سال مادر اثر حفاظتی در ابتلاء کودک به بیماری دارد که این امر شاید ناشی از میزان تحصیلات بالا در سنین زیر ۲۵ سال باشد و همانطور که آمارها نشان می‌دهد در سال‌های اخیر خانها به طرف تحصیلات عالی گرایش پیدا کرده‌اند.

بین عفونت حاد تنفسی و میزان متوسط درآمد ماهانه و تعداد افراد خانواده نیز ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید ($P=0/043$).

نتایج تحقیقات اتیلر و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که در کودکان والدینی که در آمد سرانه کمتر از ۵۰ دلار داشتند خطر نسبی عفونت حاد تنفسی بالا بود ($RR=1/12$) (۱۷)، در پژوهش حاضر ارتباط بین متوسط درآمد ماهانه و بیماری حاکی از تاثیر شرایط اجتماعی-اقتصادی در ابتلا به عفونت‌های حاد تنفسی می‌باشد.

نتایج تحقیقات اتیلر و همکاران (۲۰۰۲) در ترکیه نیز نشان داد خطر نسبی بیماری با افزایش تعداد اعضاء خانواده به ازای هر اتاق، افزایش می یابد (بیشتر از سه نفر در یک اتاق $RR = 1/12$) (۱۷). به نظر می رسد تأثیر زیر بنای واحد مسکونی و تعداد خانوار در بیماری شیرخواران به دلیل تماس بیشتر افراد خانواده با یکدیگر و آلودگی بالای هوای داخل خانه می باشد که موجب تسهیل انتقال عامل عفونی به شیرخوار می گردد.

نتیجه گیری نهایی

نتایج پژوهش نشان می دهد که اکثر کودکان مبتلا به عفونت حاد تنفسی دارای سن بالای شش ماه و در رتبه تولد دوم و بالاتر قرار دارند و بیشتر شیرخواران بیمار، والدینشان تحصیلات زیر دیپلم دارند، سن مادر بیش از ۲۵ سال، متوسط درآمد ماهانه خانواده کمتر از ۱۰۰ هزار تومان و منزل آنها استیجاری بوده و عضو خانواده هایی هستند که یکی از اعضاء آن قبل از کودک، مبتلا به عفونت حاد تنفسی بوده و دارای خواهر و برادری هستند که در مهد کودک مراقبت شده و یا به مدرسه می روند، بیمه درمانی ندارند و زیر بنای منزل مسکونی آنها کمتر از ۷۰ متر مربع و تعداد افراد خانواده آنان بیشتر از ۴ نفر می باشد و همچنین یافته ها نشان می دهد که ویژگی هایی از قبیل سن شیرخواران، سن مادران، درآمد ماهانه و میزان مصرف سیگار والدین در روز بر احتمال ابتلا به بیماری اثر متقابل دارد و بیشترین احتمال بیماری

ارتباط بین ابتلا سایر اعضاء خانواده به عفونت تنفسی قبل از بیماری شیرخواران ($P=0/000$) بیانگر این حقیقت است که به دلیل عدم آگاهی و رعایت بهداشت فردی توسط اعضاء خانواده، در زمان عفونت حاد تنفسی موجبات تسهیل سرایت بیماری به سایر اعضاء خانواده به خصوص شیرخواران فراهم می شود.

فرستادن خواهر یا برادر به مهد کودک یا مدرسه و بودن آنها با عفونت حاد تنفسی شیرخواران ارتباط معنی دار آماری دارد (به ترتیب $P=0/015$ و $P=0/047$). این نتایج بیانگر این واقعیت است که بیماریهای عفونی که در اماکن عمومی مثل مهد کودک ها و مدارس شیوع بالایی دارد توسط کودکان به داخل منازل انتقال می یابد و در اثر عدم رعایت بهداشت، شیرخواران را نیز مبتلا می نماید. ارتباط بین بیمه خدمات درمانی/تأمین اجتماعی و بیماری شیرخواران ($P=0/044$) می تواند به علت کم هزینه بودن درمان باشد که موجب می شود والدین، شیرخواران را در اسرع وقت به پزشک ارجاع داده و از درمانهای دارویی استفاده کنند. هم چنین به نظر می رسد این خانواده ها از شرایط اقتصادی نسبتاً خوبی برخوردار هستند و بدیهی است کودکانی که در شرایط اقتصادی مطلوب زندگی می کنند کمتر بیمار می شوند.

در بررسی وضعیت جسمانی شیرخواران بر حسب تعداد اعضاء خانواده و زیر بنای واحد مسکونی ارتباط معنی دار آماری مشاهده گردید ($P=0/025$).

- ۸- مرکز بهداشت استان گیلان. آمار مرگ و میر کودکان زیره سال، ۱۳۸۱.
- 9- Holman, R. etal. Risk factor for bronchiolitis-associated death among infants in him united states. The Peadiatric Infectious Diseasas. June2003, P: 483- 489. Available URL: Http: \\\ www. Gum. Ac. ir [Accessd Feb. 12. 2003]. Vol 22(6).
- 10-West JV. Acute upper airway infections. British Medical Bulletin. spring 2002, PP: 215. Available URL: http| ProQest. Umi. Com. Vol 61 (1)
- 11-Whaley, L. Wong, D. Nursing Care of infant and children. Philadelphia: Mosby, 2003.
- ۱۲- کمالی، ابوالقاسم. شیوع فارنژیت استرپتوکوکی در کودکان مبتلا به فارنژیت در قزوین مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین. بهار ۱۳۷۹. شماره ۳. صفحات ۶۹-۷۲.
- 13-Mishra, V. Indoor air pollution from biomass combustion and acute respiratory illness in preschool age children in Zimbabwe. International Journal of Epidemiology. URL: http:\\ black well publishing. com. [Accessed May.14. 2003]. 32 (5). Oct 2003, PP: 847.
- ۱۴- سیادت، احمد. ویروس سنسیشیال تنفسی یک عامل مهم اپیدمی عفونت دستگاه تنفسی تحتانی شیرخواران. مجموعه مقالات همایش سالانه تازه های طب اطفال. تهران: بنیاد امور خاص، ۱۳۸۱. صفحات ۱۴۸ - ۱۴۰
- ۱۵- میرحیدری، عطیه. بررسی تاثیر تغذیه با شیر مادر و ابتلا به عفونت های تنفسی در شیرخواران. پایان نامه برای دریافت دانشنامه کارشناسی ارشد مامائی (گرایش بهداشت مادر و کودک). دانشگاه تربیت مدرس. آذر ۱۳۷۳
- 16-Blizzard, L atal. Parental smoking and infant respiratory infection. American Journal of Public health. 93 (3). Washington: PP: 482 - 489. Available URL: http: \\\ ProQest umi. Com. Mar 2003.
- 17-Etiler, N Velipasoglu, S .Aktekin, M. Incidence of acute respiratory infection and the relationship with some factors in infancy in Antalya, Turkey. Pediatrics International. Available URL: http:\\ black well publishing. com. [Accessd July.13. 2001]. 44. 5 April 2001. PP: 64 - 69.

زمانی است که شیرخواران بالای ۶ ماه، مادران بالای ۲۵ سال، خانواده با درآمد ماهانه کمتر از ۱۰۰ هزار تومان و والدین با مصرف بیشتر از ۱۰ نخ سیگار در روز داشته باشند.

منابع:

- ۱- حلم سرشت، پریش، دل پیشه، اسماعیل. پرستاری بهداشت جامعه. تهران: انتشارات چهر، ۱۳۸۱.
- ۲- مدری زاده، بیژن. حل مشکل عفونت های حاد تنفسی و راه های مبارزه با آن. یزد: انتشارات آرمان، ۱۳۶۹.
- 3- Smeltzer S, Bare B. Brunner& Suddaths. TextBook of medical-surgical nursing. 10 thed. Philadelphia: Lippinc 2004.
- 4-Behrman, Richard E. Kliegman, Robert M. Jensen, Hal. Nelson text book of pediatric. 17th ed. Philadelphia: Saunders Co. 2004.
- 5-Rudan, I etal. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. World Health Organization-Bulletin of WHO. (82)(12). Dec2004 .P: 895- 9. (Available from : http|\\www. ProQest umi . Com.
- ۶- فقیهی نیا، جمال، هاشمی پور، مهین، رحیمی، حمید. کمبود روی در کودکان مبتلا به پنومونی. اسرار (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار). سال هشتم. شماره ۱. بهار ۱۳۸۰. صفحات ۵۷ - ۶۴
- ۷- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۹. تهران: یونسف، ۱۳۸۱.

Survey Personal, Familial and Characteristics of Infants with Acute Respiratory Infection Referring to Health Centers of Rasht City in 2005

By: Pormohammad. R, Mokhtari. N, Ghanbari. A, Kazemnezhad. A

Abstract:

Introduction: Acute Respiratory Infection (ARI) is the most common cause of mortality in children under five years of age. Its treatment and care costs a lot and if left untreated, can cause irreversible side effects. Prevention is more important than treatment and for prevention, identifying predictive factors are essential.

Objective: This study was conducted to determine the personal, familial and social characteristics of infants with ARI.

Methods: The present study is a descriptive study which covered past two weeks in 27 Health centers in Rasht city. Sample included 375 infants up to 12 months of age which consisted 0.7% of all infants in Rasht and were chosen by simple sampling. Parents were asked about

their infants regarding ARI in past 2 weeks and finally 149 ill infants and 220 healthy children were assessed. The data collection tool included a questionnaire and data were analyzed through Chi-Square and Logit by soft ware SPSS10.

Results: Findings showed that there was a significant relationship between ARI and personal, characteristics such as age (OR=375/1, P=002/0), order of children (P=011/0), familial characteristics such as mothers' age under 25 (OR=292/0), parents' education (P=035/0, P=028/0), mean monthly income under 100/000 Tomans (OR=1/689, P=0/043), residential housing (p= 0/024), smoking more than 10 cigarettes daily by parents (P=0/036, OR= 3/038), one of house residents with ARI (P=0/000), and social characteristics such as other children in schools or day care centers (P=0/047, P=0/015), no medical insurance (P=0/044) and living in houses smaller than 70 square meters with family member more than 4 (P=0/025).

Conclusion: In order to decrease ARI in infants, their exposure to others must be limited in second six months of life, and also no more than four people in the house, satisfactory economic condition, educated parents, healthy smoking, knowledge of ARI transmission, and proper house square meters with number of family members must be acknowledged.

Key words: Child, Epidemiological Factors, Respiratory Tract Infection