

بررسی ارتباط وضعیت سلامت جسمی کودکان دبستانی با مشخصات خانوادگی آنان در شهر تنکابن

پژوهش از: هنگامه کریمی*

چکیده:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی ارتباط وضعیت سلامت جسمی کودکان دبستانی با مشخصات خانوادگی آنان در شهر تنکابن انجام شده است.

در این پژوهش ۴۵۰ کودک کلاس چهارم و پنجم دبستان (۲۲۵ دختر و ۲۲۵ پسر) از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بودند از فرم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موجود در دبستانها که توسط مربیان بهداشت مدارس تکمیل می‌شد و پرسشنامه، شامل دو بخش مشخصات فردی و خانوادگی که توسط والدین تکمیل گردید.

جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در ارتباط با تعیین وضعیت سلامت جسمی نتایج نشان داد که ۷۰/۲ درصد واحدهای مورد پژوهش از وضعیت سلامت جسمی طبیعی برخوردار بودند پیرامون تعیین مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش، اکثریت (۴۵/۶٪) واحدها در گروه سنی ۱۱-۱۰ سال و فرزندان سوم خانواده‌های خود بودند. در تعیین مشخصات خانوادگی واحدهای مورد پژوهش، اکثریت (۲۶٪) واحدها مربوط به خانواده‌های ۴ فرزند که والدین اکثراً ۴۳-۳۴ سال داشتند بود اکثراً پدران دیلمه و دارای شغل آزاد و مادرائی با تحصیلات نهضت سوادآموزی و خانه‌دار داشتند. اکثریت (۴۹/۶٪) افراد از نظر میزان کفایت درآمد خانواده در سطح متوسط بودند.

مقایسه مشخصات فردی در دو گروه کودکان با وضعیت سلامت جسمی طبیعی و انحراف از طبیعی نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای سنین ۱۱-۱۰ سال، اکثریت پسران و اکثریت واحدهایی با رتبه تولد ۴-۳ از وضعیت سلامت جسمی طبیعی و اکثریت واحدهای سنین ۱۰-۹ سال، اکثریت دختران و اکثریت واحدهایی با رتبه تولد ۷ یا بالاتر از وضعیت سلامت جسمی و انحراف از طبیعی برخوردار بودند. آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین وضعیت سلامت جسمی و مشخصات فردی واحدها نشان نداد.

مقایسه مشخصات خانوادگی در دو گروه کودکان نشان می‌دهد که اکثریت واحدهایی که سن مادرانشان ۴۳-۲۴ سال و پدران کشاورز داشتند از وضعیت سلامت جسمی طبیعی و اکثریت واحدهایی که سن مادرانشان ۵۳-۴۴ سال و نیز اکثریت واحدهایی با پدران کارمند، از وضعیت سلامت جسمی انحراف از طبیعی برخوردار بوده‌اند. آزمون کای دو نشان داد که تنها سن مادر و شغل پدر به وضعیت سلامت جسمی واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار داشته است ($P=0/03$), ($P=0/043$).

مقدمه:

۴۰ هزار کودک به عللی که قابل پیشگیری هستند جان خود را از دست می‌دهند (یونیسف، ۱۳۷۰). هر یک از این کودکان دارای نام، خانواده، نیروهای ذخیره شده و امید به زندگی و آینده می‌باشند. در کنار هر کودکی که جان می‌دهد چندین کودک دیگر با سوء تغذیه و بیماری به زندگی خود ادامه

کودکان جهان بزرگترین قشر جامعه بشری هستند. قشری با شرایط زیستی و نیازهای کاملاً مشخص. هر روز

* کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر

مسئولیت مراقبت از کودکان در زمان بروز بیماری حاد را به عهده داشته باشند، برای تأمین نیازهای کودکان و خانواده‌های آنان مسئول اجرای مراقبت جامع و انفرادی از آنان هستند. به نظر فوستر و همکاران (۱۹۸۹) پرستاران به همان اندازه که در جهت پیشگیری از بیماریها و مراقبت درمانی فعالیت میکنند، یک منبع ارتقاء دهنده سلامت نیز محسوب می‌شوند و تحت این عنوان پرستار ممکنست به ایفای نقش‌های مختلفی پردازد (کازیر^۵ و همکاران ۱۹۹۵) در نهایت ثمره همه اعمالی که پرستاران در قالب نقشهای مختلف به مرحله اجرا درمی‌آورند، حفظ و ارتقاء سطح سلامت تمام افراد خانواده به ویژه کودکان و پیشگیری از بروز بیماریها و گسترش معلولیتها در جامعه است.

یافته‌های این پژوهش در مورد سلامت عمومی کودکان در خانواده‌ها بیشی مناسب ایجاد میکند و نیز برنامه‌ریزان و مجریان طرحهای بهداشتی جامعه را با چگونگی ارتباط وضعیت سلامت جسمی کودکان و مشخصات خانوادها آشنا می‌سازد تا با برنامه‌ریزیهای اصولی جهت حفظ و ارتقاء سلامت این قشر آسیب‌پذیر وابسته اقدام نمایند.

اهداف پژوهش

هدف کلی:

تعیین ارتباط وضعیت سلامت جسمی کودکان دبستانی با مشخصات خانوادگی آنان در شهر تنکابن در سال ۱۳۷۵.

اهداف ویژه:

- ۱ - تعیین وضعیت سلامت جسمی کودکان دبستانی.
- ۲ - تعیین مشخصات فردی کودکان دبستانی.
- ۳ - تعیین مشخصات خانوادگی کودکان با وضعیت سلامت جسمی طبیعی و انحراف از طبیعی.

می‌دهند و هرگز قادر نخواهند بود که خلاقیت‌های فکری و جسمی خود را که با آن زاده شده‌اند به ظهور برسانند. بنابراین زمان آن فرا رسیده است که به نیازهای کودکان، الویتهای خاصی داده شود چرا که سرمایه انسانی به مراتب بارزتر از سرمایه‌های مالی و مادی است و حمایت از سلامت جسمی و روحی کودکان یکی از بهترین انواع سرمایه‌گذاری در جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهاست که نمی‌توان آن را به آینده موکول کرد (یونیسف، ۱۳۶۹).

سلامت و شادابی افراد جامعه بزرگترین پشتوانه هر کشور برای پیشرفت‌های اجتماعی و شکوفایی اقتصادی است، چون جامعه فردا را کودکان امروز خواهند ساخت نشاط، توان و سلامت جامعه آینده در سایه تأمین سلامت کودکان تحقق خواهد یافت.

آمار نشان می‌دهد که در حدود ۸۱ درصد از گروه عظیم کودکان جهان در کشورهای جهان سوم زندگی می‌کنند و عده زیادی از آنها از سلامت کافی بی‌بهره هستند (نوری ۱۳۶۹).

فوستر و همکاران^۱ (۱۹۸۹) معتقدند که مراقبت موق از سلامت کودک بر پایه شناسایی نگرشها، امکانات و نیازهای خانواده استوار است فیس و همکاران^۲ (۱۹۹۱) نیز برای حفظ سلامت، شناسایی عوامل خطرزا را که ممکنست سلامت یا حیات اشخاص را تهدید کنند، امری اساسی می‌دانند با توجه به اینکه مهمترین رسالت بخش پزشکی و بهداشت، تأمین و حفظ سلامت مردم و ارتقاء سطح دانش بهداشتی آحاد جامعه برای داشتن زندگی بهتر در سایه شکوفایی اقتصادی است (رضوی ۱۳۷۵) و نظر به اینکه بسیاری از تصمیم‌گیرها در مورد سلامت و بهداشت در واحد خانواده اخذ می‌شود (لوگان و داوکینز^۳ ۱۳۷۲) لذا باید در حله اول هدف اصلی مسئولین ارائه خدمات بهداشتی بررسی دقیق و شناخت خانواده باشد.

در این میان نقش پرستاران از سایر دست‌اندرکاران تیم مراقبت بهداشتی و درمانی منحصر به فردتر و برجسته‌تر است. به عقیده ویلی ووانگ^۴ (۱۹۹۱) پرستاران بیش از آنکه

1 - Foster and etal

2 - Phipps and etal

3 - Logan & Dowkinz

4 - whaley and wong

5 - Kozier

۵ - مقایسه مشخصات خانوادگی در دو گروه کودکان با وضعیت سلامت جسمی طبیعی و انحراف از طبیعی.

روش پژوهش:

این پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی است که در آن پژوهشگر پس از تعیین وضعیت سلامت جسمی، مشخصات فردی و مشخصات خانوادگی واحدهای مورد پژوهش به مطالعه روابط بین وضعیت سلامت جسمی و مشخصات خانوادگی و فردی واحدهای مورد پژوهش اقدام کرده است. جامعه پژوهش شامل کلیه کودکانی است که در کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی در دبستانهای دولتی و شهری تحت پوشش اداره آموزش و پرورش شهرستان تنکابن به تحصیل اشتغال دارند.

جهت نمونه‌گیری در این مطالعه، بعد از انجام یک بررسی مقدماتی روی کودکان مشغول به تحصیل در کلاسهای چهارم و پنجم یکی از دبستانهای شهرستان تنکابن که بطور تصادفی انتخاب شده بود، با استفاده از فرمول حجم نمونه پژوهش ۴۵۰ نفر در نظر گرفته شد و با توجه به نقشه پراکندگی دبستانها و حجم جامعه پژوهش نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام گرفت. به این ترتیب که در ابتداء از بین دبستانهای شهر تنکابن ۱۰ دبستان و از بین کلاسهای چهارم و پنجم این دبستانها ۲۰ کلاس (۱۰ کلاس چهارم و ۱۰ کلاس پنجم) و در مرحله آخر از بین کلاسها ۲۵۰ کودک کلاس چهارم و ۲۰۰ کودک کلاس پنجم انتخاب شدند.

کلیه واحدهای مورد پژوهش حداکثر ۱۲ سال سن داشته و به اختلالات مادرزادی شناخته شده مبتلا نبوده‌اند. محیط پژوهش دبستانهای دولتی شهر تنکابن بود که یک محیط آموزش ابتدایی و طبیعی و پژوهشگر هیچ کنترل یا دستکاری بر روی آن نداشت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه و فرم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کودکان بوده است به این ترتیب که پژوهشگر پرسشنامه را جهت تکمیل توسط یکی از والدین یا یکی از اعضاء با سواد خانواده (در صورت بیسواد والدین) و پس از ارائه توضیحات لازم در اختیار

نمونه‌های پژوهش قرار داده و روز بعد پرسشنامه‌های تکمیل شده را از واحدهای مورد پژوهش دریافت کرده است. پرسشنامه مشتمل بر دو بخش که بخش اول شامل ۳ سؤال جهت تعیین مشخصات فردی و بخش دوم شامل ۶ سؤال جهت تعیین مشخصات خانوادگی واحدهای مورد پژوهش تنظیم شده‌است. برای تعیین وضعیت سلامت جسمی واحدهای مورد پژوهش از فرم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موجود در دبستانها که توسط مربیان بهداشت مدارس تکمیل می‌گردد، استفاده شده است.

نتایج و بحث:

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی و از روشهای آمار استنباطی (آزمون کای دو^۱) جهت کشف و تعیین روابط بین متغیرهای مورد بررسی استفاده شده است کلیه محاسبات با استفاده از نرم افزار اسپس^۲ انجام گرفته است. داده‌های این پژوهش از نظر نوع، کیفی و کمی و از نظر مقیاس سنجش، بصورت اسمی بوده‌اند.

در بررسی فرم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در صورت طبیعی بودن امتیاز ۱ و در صورت انحراف داشتن از حالت طبیعی امتیاز صفر داده شده است. امتیاز ۶ بعنوان وضعیت سلامت جسمی طبیعی و امتیاز پایین تر از ۶ بعنوان وضعیت سلامت جسمی انحراف از طبیعی منظور شده است. یافته‌ها در زمینه اولین هدف پژوهش حاکی از آن است که ۷۰/۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش از نظر وضعیت سلامت جسمی طبیعی بودند و ۲۹/۸ درصد از آنان در ستون انحراف از طبیعی قرار داشتند.

پیرامون دومین هدف پژوهش، یافته‌ها حاکی از آن است که بیشترین تعداد واحدهای مورد پژوهش ۴۵/۶ درصد در گروه سنی ۱۱-۱۰ سال قرار داشتند و اکثر آنها ۲۶/۲ درصد فرزندان سوم خانواده‌های خود بودند (جدول شماره ۱).

1 - Chi - square

2 - SPSS

(به تساوی ۳۶/۶٪) و نیز خانواده‌هایی با بعد ۸ نفر یا بیشتر (۳۹/۶٪)، اکثریت واحدهایی که سن پدرانشان ۵۴ سال به بالا و سن مادرانشان ۵۳-۴۴ سال بود به ترتیب ۳/۳۹ درصد و ۳/۴۴ درصد، اکثریت واحدهایی که پدرانشان تحصیلاتی در سطح نهضت سوادآموزی یا ابتدائی و مادران آنها تحصیلات عالیه داشتند (به ترتیب ۳۹/۵٪ و ۳۵/۵٪) اکثریت واحدهایی با پدران کارمند و مادران کارگر یا کشاورز به ترتیب ۳/۳۷ درصد و ۵۰ درصد و نیز اکثریت واحدهایی که از نظر میزان کفایت درآمد خانواده در سطح خوب بودند (۳۲/۷٪) از وضعیت سلامت جسمی انحراف از طبیعی برخوردار بوده‌اند. نتایج حاصل از آزمون کای دو نشان داد که وضعیت سلامت جسمی واحدهای مورد پژوهش تنها با سن مادر و شغل پدر به گونه‌ای معنی‌دار ارتباط دارد (P = ۰/۰۳).

(جدول شماره ۴). (P = ۰/۰۴۳)

نتایج این بررسی نشان داده است که مادران جوانتر کودکان سالم‌تری داشته‌اند. ویلی و وانگ (۱۹۹۱) معتقدند که مادران جوانتر در مقابل کودکان خود نگرش‌های مطلوب کمتری داشته و در مقابل فرزندانشان احساس مسئولیت کمتری می‌کنند چرا که والدین جوان با تجربه ناچیز و دانش اندکی به دنیای والدین قدم می‌گذارند به عقیده پژوهشگر علت حصول نتیجه حاضر در این پژوهش توجه خاص مسئولین و برنامه‌ریزان امور بهداشتی به امر آموزش مادران جوان و تاکید بر نقش مادران در حفظ سلامت کودکان از طریق کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و رسانه‌های گروهی در سالهای اخیر بوده است.

نتایج حاصل از آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین وضعیت سلامت جسمی واحدهای مورد پژوهش و سایر مشخصات خانوادگی نشان نداد.

پیرامون هدف سوم این پژوهش، یافته‌ها نشان می‌دهند که بیشترین تعداد واحدها به خانواده‌های ۴ فرزند (۲۶٪) با بعد خانواری ۵ نفر (۲۷/۳٪) تعلق داشتند سن پدران و مادران اکثریت آنها ۴۳-۳۴ سال بوده است. اکثر واحدها یعنی ۱/۲۹ درصد پدران دیپلمه و بیشتر آنها (۲۷/۶٪) مادرانی با تحصیلات در حد نهضت سوادآموزی یا ابتدائی داشته‌اند اکثر واحدها یعنی ۹/۴۰ درصد و ۹/۸۴ درصد به ترتیب پدرانشان به شغل آزاد اشتغال داشته و مادرانشان خانه‌دار بوده‌اند و اکثر آنها نیز ۶/۴۹ درصد از نظر میزان کفایت درآمد خانواده در حد متوسط بوده‌اند (جدول شماره ۲).

پیرامون هدف چهارم پژوهش، نتایج بیانگر آن است که اکثریت واحدهای سنین ۱۱ - ۱۰ سال (۷۳/۷٪)، اکثریت پسران (۷۱/۱٪) و اکثریت واحدهایی با رتبه تولد ۳-۴ (۷۱/۸٪) از وضعیت سلامت جسمی طبیعی برخوردار بوده‌اند و اکثریت واحدهای سنین ۱۰-۹ سال (۳۳/۵٪) اکثریت دختران (۳۰/۷٪) و اکثریت واحدهایی با رتبه تولد ۷ یا بالاتر (۳۶/۸٪) از وضعیت سلامت جسمی انحراف از طبیعی برخوردار بودند. علیرغم این نتایج، آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری را بین وضعیت سلامت جسمی و مشخصات فردی نشان نداد (جدول شماره ۳).

پیرامون هدف ویژه پنجم پژوهش نتایج زیر بدست آمد: بیشترین واحدهای متعلق به خانواده‌های ۲-۱ فرزند ۵/۷۴ درصد و خانواده‌های ۳-۲ نفر ۷/۷۲ درصد اکثریت واحدهایی که سن پدران آنها بین ۵۳-۴۴ و سن مادرانشان بین ۳۳-۲۴ سال بوده به ترتیب ۲/۷۱ درصد و ۵/۷۵ درصد اکثریت واحدهایی با پدران دیپلمه و مادرانی با تحصیلات در سطح راهنمایی یا متوسطه به ترتیب ۶/۷۵ درصد و ۱/۷۴ درصد، اکثریت واحدهایی با پدرانی کشاورز و مادرانی با شغل آزاده به ترتیب ۷/۸۶ درصد و ۸/۷۷ درصد و اکثریت واحدهایی که از نظر میزان کفایت درآمد خانواده در سطح ضعیف بوده‌اند (۳/۷۲٪) از وضعیت سلامت جسمی طبیعی برخوردار بودند و در مقابل واحدهای مورد پژوهش متعلق به خانواده‌هایی با ۶-۵ فرزند یا ۷ فرزند به بالا

جدول شماره ۱: خلاصه جداول فراوانی نسبی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات فردی در شهر تنکابن در سال ۱۳۷۵

متغیر مورد بررسی	بیشترین	کمترین	میانگین	انحراف معیار
سن	۱۰-۱۱	(%۴۵/۶)	۱۱-۱۲	(%۱۵/۳)
جنس	پسر	(%۵۰)	دختر	(%۵۰)
رتبه تولد	۳	(%۲۶/۲)	۹.۸	(%۱/۱)

جدول شماره ۲: خلاصه جداول فراوانی نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات خانوادگی در شهر تنکابن در سال ۱۳۷۵

متغیر مورد بررسی	بیشترین	کمترین	میانگین	انحراف معیار
تعداد فرزندان خانواده	۲	(%۲۶)	۱۰	(%۰/۲)
بعد خانوار	۵	(%۲۷/۳)	۱۱.۲	(%۰/۲)
سن پدر	۳۴-۴۳	(%۵۸/۴)	۵۴ >	(%۶/۲)
سن مادر	۳۴-۴۳	(%۵۲/۷)	۵۴ >	(%۲)
میزان تحصیلات پدر	دیپلم	(%۲۹/۱)	بیسواد	(%۱۳/۱)
میزان تحصیلات مادر	نهضت سوادآموزی یا ابتدایی	(%۲۷/۶)	تحصیلات عالی	(%۶/۹)
شغل پدر	آزاد	(%۴۰/۹)	بیکار	(%۲/۷)
شغل مادر	خانه‌دار	(%۸۴/۹)	کارگر، کشاورز	(%۰/۴)
میزان کفایت درآمد خانواده	متوسط	(%۴۹/۶)	ضعیف	(%۱۴/۴)

جدول شماره ۳: جداول ارتباط وضعیت سلامت جسمی و مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش در شهر تنکابن در سال ۱۳۷۵

متغیرهای مورد بررسی	نام آزمون و قضاوت	نام آزمون	نتیجه آزمون	قضاوت
سن		کای دو	$X^2 = ۲/۳۵$ $DF = ۲$	معنی‌دار نیست
جنس		کای دو	$X^2 = ۹$ $DF = ۱$	معنی‌دار نیست
رتبه تولد		کای دو	$X^2 = ۰/۷۸$ $DF = ۳$	معنی‌دار نیست

جدول شماره ۴) خلاصه جداول ارتباط وضعیت سلامت جسمی و مشخصات خانوادگی واحدهای مورد پژوهش در شهر تنکابن در سال ۱۳۷۵

نام و نتیجه آزمون و قضاوت متغیرهای مورد بررسی	نام آزمون	نتیجه آزمون	قضاوت
تعداد فرزندان خانواده	کای دو	$X^2 = 3/93$ $DF = 3$	معنی دار نیست
بعد خانوار	کای دو	$X^2 = 2/54$ $DF = 3$	معنی دار نیست
سن پدر	کای دو	$X^2 = 1/3$ $DF = 3$	معنی دار نیست
سن مادر	کای دو	$X^2 = 8/14$ $DF = 3$ $P = \%43$	معنی دار است
میزان تحصیلات پدر	کای دو	$X^2 = 6/04$ $DF = 4$	معنی دار نیست
میزان تحصیلات مادر	کای دو	$X^2 = 1/77$ $DF = 4$	معنی دار نیست
شغل پدر	کای دو	$X^2 = 12/04$ $DF = 5$ $P = \%3$	معنی دار است
شغل مادر	کای دو	$X^2 = 1/07$ $DF = 5$	معنی دار نیست
میزان کفایت درآمد خانواده	کای دو	$X^2 = 1/05$ $DF = 2$	معنی دار نیست

منابع:

- رضوی، منصور، "بهره‌وری در پزشکی و بهداشت" بهداشت جهان، سال دهم، شماره سوم، تابستان ۱۳۷۵، صفحه ۴۷ - ۴۴.
- لوگان، باربارا برایان، داود کینز، سی سیلیا، پرستاری بهداشت جامعه خانواده محور "ترجمه اعضاء هیئت علمی و آموزش دانشکده پرستاری مامائی تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲.
- نوری، محمدرضا، بهداشت خانواده، انتشارات اترک، ۱۳۶۹.
- یونیسف. وضعیت کودکان جهان ۱۹۹۱ "بهداشت جهان، سال ششم شماره سوم، آبان ۱۳۷۰ صفحه ۵۵ - ۵۰.
- یونیسف. "وضعیت کودکان جهان ۱۹۹۰" بهداشت جهان، سال ششم شماره اول، آبان ۱۳۶۹. صفحه ۴۸ - ۴۴.
- Foster, Roxiel. Romness; et al. *Family - centered Nursing Care of children*. Ion Philadelpriadon: W.B. Saunder's Co., 1989.
- Igoe, Judith B, Giordono Beverly. "Health Promotion and Disease, Prevention Secrets of success", *pediatric Nursing*. jan - feb, vol: 18, No:1, 1992 pp:60 - 65
- Kozier, Barbara; et. al . *Fundamentals of Nursing concepts, process and Practice*. California: Addison - wesley Nursing. fifthed., 1995.
- Phipps, wilma.j.; et.al. *Medical Surgical Nursing, concepts and clinical practice*. london: mosby yearbook. fourt ED 1991.
- whaley, lucillef., Wong, donnal, *Nursing care of infants and children*. london: mosby year book. fourth Ed 1991.