



مقایسه‌ی رفتارهای بهداشتی مادران کودکان زیر یک سال مبتلا به اسهال و سایر کودکان بستری

در بخش اطفال بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴

آذر عرب^۱، شرافت اکابریان^{۲*}، فائزه جهان پور^۳، کامران میرزایی^۴

^۱ دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^{۲*} مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۳ دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۴ دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۲ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۳)

چکیده

مقدمه: سالیانه در دنیا بیش از ۱۴ میلیون کودک در اولین سال زندگی از بین می‌روند؛ که بیماری‌های اسهالی یکی از علل اصلی مرگ و میر در بین این کودکان به شمار می‌رود.

هدف: این مطالعه با هدف مقایسه‌ی رفتارهای بهداشتی مادران کودکان زیر یک سال اسهالی و سایر کودکان بستری در بخش اطفال انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی است که بر روی ۲۴۶ شیرخوار زیر یک سال بستری در بخش اطفال با تعداد ۱۲۳ نفر در دو گروه کودکان اسهالی و غیر اسهالی انجام شد. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای، شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و رفتارهای بهداشتی استفاده گردید. برای تعیین اعتبار صوری و محتوا پرسشنامه از ۱۰ نفر اعضاء هیئت علمی نظر سنجی شد. پایایی ابزار با مطالعه‌ی پیلوت بر روی ۲۵ نفر در هر گروه و با باز آزمونی، مورد بررسی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های (فراوانی(درصد)، میانگین، انحراف معیار و دامنه) و با توجه به عدم تبعیت متغیر رفتارهای بهداشتی از توزیع نرمال، از آزمون‌های تحلیلی کای اسکوتر، من ویتنی یو و کروس کالوالیس در سطح معنی داری ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار SPSS v.19 استفاده شده است.

یافته‌ها: در مطالعه‌ی حاضر کودکان اسهالی با میانگین سنی ۸/۱۶ ماه و انحراف معیار ۲/۶۵ و کودکان مبتلا به سایر بیماری‌ها با میانگین سنی ۶/۲۴ ماه و انحراف معیار ۳/۳۰ شرکت کرده‌اند. نتایج مطالعه نشان داده که بین اطلاعات جمعیت شناختی با بروز بیماری در کودکان تفاوت معنی داری وجود نداشته و نمره‌ی رفتارهای بهداشتی در گروه اسهالی با میانگین ۱۶/۸ و انحراف معیار ۲/۳۹ و در گروه غیر اسهالی‌ها با میانگین ۱۷/۳ و انحراف معیار ۲/۰۶ بوده که نشان دهنده‌ی عدم تفاوت معنی دار رفتارهای بهداشتی در دو گروه کودکان اسهالی و غیر اسهالی با یکدیگر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به عدم تفاوت معنی دار رفتارهای بهداشتی در دو گروه کودکان اسهالی و غیر اسهالی، با استفاده از یافته‌های این پژوهش می‌تواند به نقاط ضعف و قوت رفتارهای بهداشتی مادران پی برده و نهایت تلاش را در جهت بالا بردن دانش عمومی به خصوص رفتارهای بهداشتی مادران مبذول داشت.

کلید واژه‌ها: اسهال حاد، رفتارهای بهداشتی، شیرخوارگی، مادر

مقدمه

توجه به کودکان هر جامعه نوعی سرمایه گذاری برای آینده ی هر مملکت است. بنابراین پیشگیری، تشخیص و درمان زودرس بیماری ها در دوران کودکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. (۱)

با توجه به اینکه در هر جامعه ای مادران و کودکان یک گروه دارای اولویت را تشکیل می دهند؛ مادران و کودکان نه تنها عمده ترین مصرف کننده ی خدمات بهداشتی در یک جامعه هستند؛ بلکه یک گروه پر جمعیت و آسیب پذیر و در معرض خطر ویژه نیز می باشند. در کشورهای پیشرفته ۵۰ درصد مرگ‌ها در گروه سنی بیش از ۷۰ سال می‌باشد؛ و در کشورهای در حال توسعه همین نسبت مرگ در کودکان زیر یک سال روی می دهد. (۲)

تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت کودکان زیر یک سال به عنوان یک گروه آسیب پذیر در خدمات بهداشتی- درمانی دارای جایگاه ویژه ای است. (۳) از این جهت باید هرچه بیشتر و جدی تر به بسط و گسترش مراقبت های بهداشتی مادر و کودک توجه شود. چرا که عدم توجه و مراقبت های بهداشتی از کودکان می تواند به عنوان عامل بسیار مهم ایجاد یک حلقه ی معیوب بین رشد نا مناسب یک نسل و به وجود آمدن نسل های نا سالم بعدی دخالت کند. (۲)

اسهال، یکی از مهم ترین نگرانی های حوزه ی بهداشت و سلامت، در همه ی گروه های سنی به ویژه در کودکان آسیب پذیر زیر ۲ سال است. این مشکل شایع، می تواند باعث دهیدراتاسیون یا کم آبی در بدن شود که در صورت

پیشرفت اسهال، یکی از مهم ترین نگرانی ها ی حوزه ی بهداشت وکشنده می باشند. (۴) اسهال در تمام طول تاریخ با کودکان همراه بوده و به عنوان یکی از اصلی ترین عوامل مرگ و میر در آن ها، به شمار می رفته است. بیماری های اسهالی، باعث حدود ۷۶۰ هزار مورد مرگ در کودکان زیر ۵ سال می شود؛ (۵) و میزان بروز آن ۳/۲ بار برای هر کودک در سال می باشد. (۶) اسهال حاد آبکی علی رغم نزدیک به دو دهه تلاش جهانی جهت کنترل آن، و با وجود موفقیت های چشمگیر، هنوز یکی از علل عمده ی بیماری و مرگ در بین کودکان کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران می باشد. تخمین جهانی، ۱/۳ بیلیون مورد بیماری در کودکان زیر ۵ سال جهان در سال است که منجر به مرگ حدود ۳۲۰۰۰۰۰ کودک زیر ۵ سال می شود. (۷)

رفتارهای بهداشتی یکی از معیار های عمده ی تعیین کننده ی سلامت در جامعه می‌باشد که به عنوان عامل زمینه‌ای مهم در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است. به طوری که ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتار ها در ارتباط می باشند. (۸) بدیهی است که مادران نقش مهمی را در سالم و زنده نگه داشتن کودکان خود ایفا می‌کنند. با توجه به نقش مادر در کاهش بیماری‌های قابل پیشگیری هم چون اسهال، این موضوع نیازمند شناسایی عوامل مادری است که ممکن است سبب حفاظت، در معرض خطر قرار گرفتن و مرگ و میر ناشی از اسهال است. (۹ و ۱۰)

مطالعات محدودی در رابطه با عوامل مادری دخیل در

ابتلا به اسهال در کودکان انجام شده، بیشتر مطالعات انجام شده بر روی تاثیر عوامل مادری و نقش آن بر سلامت کودکان انجام شده و در تحقیقات متعدد بر روی توانمند سازی مادران و حفظ استقلال در ارتباط با بیماری در کودکان کار شده است. (۱۱ و ۱۲)

با توجه به مطالعات ذکر شده در زمینه ی رفتار های بهداشتی و بروز اسهال در کودکان، با توجه به محدود بودن مطالعات انجام شده در زمینه ی رفتار های بهداشتی مادران و تاثیر آن بر بیماری در کودکان، هم چنین اهمیت نقش مادر و رفتار های بهداشتی او در سلامت کودکان، خانواده و جامعه و محدود بودن مطالعات انجام شده در زمینه ی رفتار های بهداشتی و تاثیر آن بر سلامت کودکان و همسو نبودن نتایج مطالعات در زمینه ی بررسی تاثیر رفتار های بهداشتی مادران بر روی بیماری در شیر خواران زیر یک سال در کشورمان بر آن شدیم تا این مطالعه را با هدف مقایسه ی رفتار های بهداشتی مادران کودکان زیر یک سال اسهالی و سایر کودکان بستری در بخش اطفال، طراحی کنیم؛ تا شاید با شناسایی این عوامل بتوان به درستی از بروز بیماری اسهال در شیر خواران زیر یک سال و مرگ و میر ناشی از آن کاست و در نتیجه گامی در جهت ارتقاء سطح سلامت شیرخواران برداشت و نیز از خسارات مالی سنگینی که به خانواده و نظام بهداشتی در کشور وارد می شود جلوگیری شود.

روش مطالعه

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی تحلیلی، و روش نمونه گیری به صورت در دسترس بوده است. نمونه

ها از بین مادران کودکان مبتلا به اسهال و سایر کودکان زیر یک سال بستری در بخش اطفال بیمارستان شهدای خلیج فارس در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه (مادرانی که مراقبت دهنده ی اصلی از زمان تولد تا بستری بودند؛ با شیرخواران با حداکثر سن تقویمی ۱۱ ماه و ۲۹ روز، و تمایل به همکاری) و معیار های خروج از مطالعه (وجود هر گونه بیماری ژنتیکی در کودک و بیماری های زمینه ای قلبی، مادرزادی، سندرم نفروتیک، اختلالات رشد و ...) بودند.

با توجه به مطالعه ی رفتاری و احتساب $p_1=0.49$ و $p_2=0.58$ فرض $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.2$ با استفاده از فرمول مقایسه ی نسبت ها

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_0(1-p_0) + p_1(1-p_1)}]^2}{[p_1 - p_0]^2}$$

حجم نمونه ۱۲۳ نفر در هر گروه (بیماران اسهالی و غیر اسهالی) که در مجموع ۲۴۶ نفر محاسبه گردید. پژوهشگر به مدت نه ماه در محیط پژوهش حضور داشته است؛ و اقدام به نمونه گیری از بین مادران واجد شرایط نموده است. در این پژوهش جهت گرد آوری اطلاعات، از پرسشنامه ای محقق ساخته که به صورت ۴۴ سوال بسته با پاسخ چند گزینه ای استفاده شد. پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی نظیر جنسیت کودک (پسر یا دختر بودن)، سن کودک به ماه، رتبه ی تولد کودک (اول، دوم، سوم، چهارم و یا بیشتر)، نوع بیماری کودک که منجر به بستری شده (اسهال

یا غیر اسهال)، تعداد دفعات بستری کودک از زمان تولد به دفعات، نوع اسهال کودک (اسهال حاد، اسهال پایدار، اسهال خونی)، دفعات ابتلا به اسهال کودک در ۶ ماه گذشته، تعداد فرزندان خانواده، سن مادر و سن پدر به سال، وضعیت تاهل مادر (متاهل، مطلقه یا همسر مرده)، محل سکونت (شهر یا روستا)، نوع سکونت (مالک یا مستاجر)، تحصیلات پدر و مادر (بیسواد، زیر دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، بالاتر از لیسانس)، شغل مادر (کارمند، کارگر، خانه دار، آزاد)، شغل پدر (بی کار، کارگر، کارمند، آزاد) و بخش سنجش رفتار های بهداشتی، جهت جمع آوری اطلاعات مربوط به رفتارهای بهداشتی مادران است؛ که شامل (محل نگه داری کودک، استفاده از پستانک، استفاده از شیشه شیر، استفاده از یک نوع شیر خشک برای کودک، شیر مصرفی تا پایان ۶ ماهگی، تهیه ی غذای کمکی برای کودک بعد از ۶ ماهگی، استفاده از آب جوشیده و تصفیه شده برای تهیه ی شیر خشک، استفاده از غذای مانده در بیرون یخچال، استفاده از غذای مانده در یخچال توسط کودک (بیش از ۲۴ ساعت)، مسافرت طی هفته ی گذشته، سابقه ی مصرف مکمل در شیرخوار، نوع مکمل مصرفی در کودک (قطره ی آهن، قطره ی مولتی ویتامین، شربت زینک سولفات، قطره ی ویتامین آ+د+سایر)، مصرف آنتی بیوتیک طی ۱۵ روز گذشته، شستن دستهای مادر قبل از تهیه ی شیر برای کودک، شستن دستهای مراقب

قبل از تهیه ی غذای کمکی برای کودک، شستن دست ها بعد از تعویض کهنه، آشنایی مادر با روش تهیه ی او آر اس (ORS) برای کودک، سابقه ی تماس کودک با حیوانات و پرندگان، سابقه ی مصرف گوشت خام و نیمه پخته توسط کودک، سابقه ی مصرف تخم مرغ خام و یا نیم پز توسط کودک، سابقه ی مصرف لبنیات و محصولات غیر پاستوریزه توسط کودک، سابقه ی علائم سرما خوردگی در کودک طی هفته ی گذشته، سابقه ی علائم سرما خوردگی در اطرافیان و فرد مراقب کودک طی هفته ی گذشته، سابقه ابتلا به اسهال در افراد خانواده طی ۱۴ روز گذشته، چگونگی دفع بهداشتی (دفع کمتر از ۲۴ ساعت) مدفوع شیر خوار، جوشاندن روزانه ی شیشه ی شیر کودک، شستن روزانه ی دست های مادر با آب (بود. پاسخ به سوالات به صورت بلی خیر در پرسشنامه تعریف شده است؛ و به پاسخ مطلوب مادران به رفتار بهداشتی نمره ی ۱ و رفتار های بهداشتی نامطلوب نمره ی صفر داده شده و پاسخ مادران توسط خود پژوهشگر در پرسشنامه ثبت شده است.

برای تهیه ی پرسشنامه از ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی و متخصصان اطفال جهت طراحی نظر سنجی شد. هم چنین بعد از تعیین روایی محتوا (ضریب CVR: ۰.۹۴ و CVI: ۰.۸۴) و پایایی ابزار با انجام مطالعه ی پیلوت بر روی ۲۵ نفر از مادران دره‌رگروه (بیماران اسهالی و غیر اسهالی) مورد بررسی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل

کودکان اسهالی با میانگین سنی ۸/۱۶ ماه و انحراف معیار ۲/۶۵ و کودکان مبتلا به سایر بیماری ها با میانگین سنی ۶/۲۴ ماه و انحراف معیار ۳/۳۰ شرکت کرده اند. میانگین سن مادران در هر دو گروه اسهالی و غیر اسهالی تفاوت چندانی نداشته اند و در محدوده ی سنی ۲۷ سال بوده اند؛ و همه ی کودکان شرکت کننده در آزمون حداقل یکبار سابقه ی بستری در بخش اطفال را داشته اند. به طور کلی نتایج حاصل از مطالعه بیانگر این بوده که بین سن کودک، سن مادر، سن پدر، دفعات بستری شدن از بدو تولد، دفعات ابتلا به اسهال در ۶ ماه گذشته با بروز بیماری اسهال و غیر اسهال در کودکان تفاوت معنی داری وجود نداشته است. (p value > ۰/۰۵)

متغیر های جمعیت شناختی از آماره های توصیفی (فراوانی (درصد)، میانگین، انحراف معیار و دامنه) استفاده شد. با توجه به عدم تبعیت متغیر رفتار های بهداشتی از توزیع نرمال آزمون کومولوگروف اسمیرنوف، و جهت تحلیل داده ها از آزمون های ناپارامتریک کای اسکوئر برای مقایسه ی داده های کیفی، و من ویتنی یو جهت مقایسه ی میانگین متغیر های دو گروهی، و کروس کالوالیس اچ جهت مقایسه ی میانگین متغیرهای با بیش از دو گروه استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS v.19 در سطح معنی دار ۰/۰۵ استفاده شده است.

یافته ها

با توجه به جدول ۱ نتایج مطالعه ی حاضر نشان داده که

جدول شماره (۱): میانگین مشخصات جمعیت شناختی در کودکان اسهالی و سایر کودکان زیر ۱ سال بستری در بخش اطفال بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر سال ۹۵ - ۹۴

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن کودک(ماه)	کودکان اسهالی	۸/۱۶	۲/۶۵	۲	۱۲
	سایر کودکان	۶/۲۴	۳/۳۰	۲	۱۲
سن مادر(سال)	کودکان اسهالی	۲۷/۷۳	۵/۴۳	۱۷	۴۳
	سایر کودکان	۲۸/۵۰	۵/۲۴	۱۴	۴۳
سن پدر(سال)	کودکان اسهالی	۳۱/۹۸	۵/۴۶	۲۲	۴۷
	سایر کودکان	۳۱/۹۸	۰/۴۳	۲۳	۴۸
دفعات بستری شدن از بدو تولد	کودکان اسهالی	۱/۶۳	۱/۰۷	۱	۶
	سایر کودکان	۱/۷۱	۱/۰۸	۱	۶
دفعات ابتلا به اسهال در ۶ ماه گذشته	کودکان اسهالی	۱/۷۴	۱/۵۲	۰	۸
	سایر کودکان	۱/۶۴	۱/۴۹	۰	۸

نتایج حاصل از مطالعه نشان داده است که بین جنسیت کودک و بستری شدن کودک تفاوت معنی داری وجود نداشته؛ (p value > ۰/۰۵) ولی تعداد بیشتری از پسران و کودکان با رتبه ی تولد اول و دوم در بخش بستری بوده اند و با افزایش فراوانی فرزندان خانواده، میزان مراجعه و بستری شدن در کودکان کاهش داشته است. هم چنین نتایج مطالعه بیانگر این موضوع بوده که مادران خانه دار و پدران کارگر بیشترین فراوانی را داشته اند.

جدول شماره (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در کودکان اسهالی و سایر کودکان زیر ۱ سال بستری در

بخش اطفال بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر سال ۹۵ - ۹۴

متغیر	X^2	df	pvalue
جنسیت کودک	۰/۰۱۷	۱	۰/۸۹۷
رتبه تولد کودک	۶/۱۶۴	۳	۰/۱۰۴
دفعات بستری شدن از بدو تولد	۲/۵۲۱	۵	۰/۷۷۳
تعداد فرزندان خانواده	۱/۸۸۲	۲	۰/۳۹۰
وضعیت تاهل مادر	۱/۰۱۷	۱	۰/۳۱۳
مکان سکونت	۰/۰۲۱	۱	۰/۸۸۵
نوع سکونت کودک	۰/۰۱۷	۱	۰/۸۹۷
تحصیلات مادر	۱۰/۹۰۰	۵	۰/۰۵۳
تحصیلات پدر	۱۰/۱۶۳	۵	۰/۰۷۱
شغل مادر	۳/۴۲۴	۳	۰/۳۳۱
شغل پدر	۵/۱۰۰	۳	۰/۱۶۵
محل نگه داری کودک	۴/۶۶۷	۲	۰/۰۹۷

با توجه به آزمون کای اسکور در جدول ۲، به طور کلی نتایج مطالعه بیانگر این بوده است که بین وضعیت تاهل مادر، محل زندگی کودک، نوع سکونت، تحصیلات و شغل پدر و مادر و محل نگه داری کودک، در دو گروه از کودکان زیر یک سال بستری در بخش اطفال بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر تفاوت معنی داری وجود ندارد. ($p \text{ value} > 0/05$)

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۳، بین پاسخ به سئوالات، سابقه ی مصرف تخم مرغ خام و یا نیم پز توسط کودک و سابقه ی علائم سرما خوردگی در اطرافیان و فرد مراقب کودک طی هفته ی گذشته و سابقه ی ابتلا به اسهال در افراد خانواده طی ۱۴ روز گذشته ذکر شد؛ که در دو گروه کودکان اسهالی و غیر اسهالی تفاوت آماری مشاهده شد؛ ($p \text{ value} < 0/05$) در حالی که در پاسخ به سایر سئوالات رفتارهای مطلوب بهداشتی بین دو گروه کودکان مبتلا به اسهال و کودکان غیر اسهالی تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. ($p \text{ value} > 0/05$)

جدول شماره (۳): مقایسه ی میانگین نمره ی رفتارهای بهداشتی مادران کودکان زیریک سال مبتلا به اسهال و سایر کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر در سال ۹۵-۹۴

pvalue	df	X ²	متغیر
۱/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	استفاده از پستانک
۰/۰۰۹	۱	۶/۸۸۷	استفاده از شیشه شیر
۰/۶۱۴	۱	۰/۲۵۵	استفاده از یک نوع شیر خشک برای کودک
۰/۰۱۹	۲	۷/۹۴۰	شیر مصرفی تا پایان شش ماهگی
۰/۵۷۱	۱	۰/۳۲۱	تهیه شیر خشک از آب جوشیده و تصفیه شده
۰/۰۱۱	۱	۶/۴۲۹	تهیه غذای کمکی برای کودک بعد از شش ماهگی
۰/۰۱۲	۱	۶/۳۷۰	استفاده از غذای مانده در بیرون یخچال (غذایی که صبح تهیه شده و عصر و شب به کودک داده شود)
۰/۱۴۵	۱	۲/۱۲۷	استفاده از غذای مانده در یخچال توسط کودک (بیش از ۲۴ ساعت)
۰/۰۰۳	۱	۸/۶۳۲	مسافرت طی هفته گذشته
۰/۰۰۱	۱	۱۲/۹۴۲	سابقه ی مصرف مکمل در شیرخوار
۰/۸۷۶	۱	۰/۰۲۴	مصرف آنتی بیوتیک در ۱۵ روز گذشته
۰/۴۵۰	۱	۰/۵۷۱	شستن دستهای مادر قبل از تهیه شیر برای کودک
۰/۰۱۳	۱	۶/۱۶۷	شستن دستهای مراقب قبل از تهیه غذای کمکی برای کودک
۰/۰۰۱	۱	۱۰/۰۸۴	شستن دستها بعد از تعویض کهنه بچه
۰/۵۱۱	۱	۰/۴۳۲	آشنایی مادر با روش تهیه او آر اس (ORS) برای کودک
۰/۰۱۰	۱	۶/۶۸۹	سابقه تماس کودک با حیوانات و پرندگان
۰/۳۱۶	۱	۱/۰۰۴	سابقه مصرف گوشت خام و نیمه پخته توسط کودک
۰/۰۳۱	۱	۴/۶۶۳	سابقه ی مصرف تخم مرغ خام و یا نیم پز توسط کودک
۰/۸۰۲	۱	۰/۰۶۳	سابقه مصرف لبنیات و محصولات غیر پاستوریزه توسط کودک
۰/۴۲۵	۱	۰/۵۳۷	سابقه ی علائم سرما خوردگی در کودک طی هفته ی گذشته
۰/۰۰۵	۱	۷/۸۹۵	سابقه ی علائم سرما خوردگی در اطرافیان و فرد مراقب کودک طی هفته ی گذشته
۰/۰۰۰	۱	۹/۰۰۸	سابقه ابتلا به اسهال در افراد خانواده طی ۱۴ روز گذشت
۰/۱۸۹	۱	۱/۷۲۸	دفع بهداشتی (دفع کمتر از ۲۴ ساعت) مدفوع شیر خوار
۰/۶۵۲	۱	۰/۲۰۴	شستن روزانه شیشه شیر کودک در آب جوش
۰/۶۶۷	۱	۰/۱۸۵	شستشوی روزانه دستهای مادر

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون مجذور کای در جدول ۳، بین پاسخ به سئوالات، سابقه ی مصرف تخم مرغ خام و یا نیم پز توسط کودک و سابقه ی علائم سرما خوردگی در اطرافیان و فرد مراقب کودک طی هفته ی گذشته و سابقه ی ابتلا به اسهال در افراد خانواده طی ۱۴ روز گذشته ذکر گردید؛ که در دو گروه کودکان اسهالی و غیر اسهالی تفاوت آماری مشاهده شد؛ ($p \text{ value} < 0/05$) در حالی که در پاسخ به سایر سئوالات رفتارهای مطلوب بهداشتی بین دو گروه کودکان مبتلا به اسهال و کودکان غیر اسهالی تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. ($p \text{ value} > 0/05$)

با توجه به عدم تبعیت متغیر رفتارهای بهداشتی از توزیع نرمال Kolmogorov Smirnov test : $p \text{ value} < 0/05$ از آماره های ناپارامتریک استفاده شد. نمره ی رفتارهای بهداشتی در گروه اسهالی با میانگین ۱۶/۸ و انحراف معیار ۲/۳۹ و در گروه غیر اسهالی ها با میانگین ۱۷/۳ و انحراف معیار ۲/۰۶ بوده است که نشان دهنده ی عدم تفاوت معنی دار رفتارهای بهداشتی در دو گروه کودکان اسهالی و غیر اسهالی با یکدیگر است. (جدول ۴)

جدول شماره (۴): مقایسه میانگین نمره ی رفتارهای بهداشتی مطلوب مادران کودکان مبتلا به اسهال و سایر کودکان زیر یک سال بر اساس متغیر های جمعیت شناختی در سال ۹۴-۹۵

متغیر	زیر گروه	pvalue
جنسیت کودک ^a	کودکان اسهالی	۰/۰۷۶
	سایر کودکان	۰/۰۹۱
رتبه تولد کودک ^a	کودکان اسهالی	۰/۰۷۳
	سایر کودکان	۰/۸۷۸
دفعات بستری شدن از بدو تولد ^c	کودکان اسهالی	۰/۰۲۸
	سایر کودکان	۰/۶۹۰
تعداد فرزندان خانواده ^a	کودکان اسهالی	۰/۳۳۸
	سایر کودکان	۰/۵۷۱
وضعیت تاهل مادر ^a	کودکان اسهالی	۰/۰۱۷
	سایر کودکان	۰/۲۲۰
مکان سکونت ^a	کودکان اسهالی	۰/۴۷۸
	سایر کودکان	۰/۴۸۸
نوع سکونت کودک ^a	کودکان اسهالی	۰/۵۶۷
	سایر کودکان	۰/۸۷۴
تحصیلات مادر ^b	کودکان اسهالی	۰/۹۷۹
	سایر کودکان	۰/۴۹۰
تحصیلات پدر ^b	کودکان اسهالی	۰/۹۳۵
	سایر کودکان	۰/۳۶۰

^a: Mann Whitney U Test

^b: Kruskal Wallis H Test

^c: Chi-Square

با توجه به جدول ۴، نتایج به دست آمده از مطالعه نشان می دهد که بین جنسیت کودک، رتبه ی تولد کودک، تعداد فرزندان خانواده، مکان سکونت، نوع سکونت کودک، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، محل نگه داری کودک با میانگین نمره ی رفتارهای بهداشتی مادران در کودکان اسهالی و سایر کودکان، تفاوت معنی داری وجود نداشته است. ($p \text{ value} > 0/05$) در حالی که نتایج مطالعه نشان داده است که بین دفعات بستری شدن کودک از بدو تولد و وضعیت تاهل مادر با میانگین نمره ی رفتار های بهداشتی در کودکان مبتلا به اسهال و شغل پدر با میانگین نمره ی رفتار های بهداشتی در کودکان غیر اسهالی تفاوت معنی دار بوده است. ($p \text{ value} < 0/05$)

به طور کلی نمره ی رفتار های بهداشتی در گروه مادران دارای کودک مبتلا به اسهال با میانگین ۱۶/۸ و انحراف معیار ۲/۳۹ و در گروه مادران با کودک غیر اسهالی با میانگین ۱۷/۳ و انحراف معیار ۲/۰۶ بوده که نشان دهنده ی عدم تفاوت معنی دار میانگین نمره ی رفتار های بهداشتی در دو گروه کودکان اسهالی و غیر اسهالی با یکدیگر است. ($p \text{ value} > 0/05$)

بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر رابطه‌ی بین جنس و میانگین نمره‌ی رفتار بهداشتی مادران و ابتلا به بیماری مشاهده نشد؛ البته نتایج مطالعه نشان داده که شانس ابتلا به بیماری در پسران، با افزایش سن کم می‌شود. رابطه‌ی سن و جنس با بیماری در مطالعات گوناگون بسیار متنوع گزارش شده است. برخی از مطالعات جنس دختر را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری نشان می‌دهد؛ و برخی دیگر متناقض با این نکته می‌باشد. در بسیاری از مطالعات (خوشنویس اصل و همکاران) افزایش سن به عنوان یک عامل محافظت کننده نشان داده شده و اندکی از مطالعات این نکته را رد می‌کند؛ ولی به طور کلی تأثیر سن در ایجاد بیماری، در کودکان نسبت به جنس برجسته‌تر می‌باشد. (۱۴)

نتایج مطالعه‌ی حاضر بیانگر این بوده که فراوانی شاغل بودن مادر، در گروه اسهالی بیشتر می‌باشد؛ که با نتایج مطالعه‌ی رضی و شمسی که بین شاغل یا خانه دار بودن و بیماری اسهال ارتباط معنی داری گزارش کرده است؛ همسو می‌باشد. (۱۵) این عامل می‌تواند به این دلیل باشد که فرزندان مادران شاغل، بیشتر به مهد کودک می‌روند و اسهال در این گروه می‌تواند ناشی از شرایط مهدکودک باشد. از نکات قابل بحث این مطالعه رابطه‌ی بین بیماری و شاغل بودن مادر می‌باشد. با توجه به این که مطالعات انجام شده در این زمینه بسیار محدود می‌باشد؛ این عامل می‌تواند به دلیل این نکته باشد که فرزندان مادران شاغل بیشتر به مهدکودک می‌روند و اسهال در این گروه می‌تواند ناشی از شرایط مهدکودک

نتایج حاصل از مطالعه نشان داده است که بین جنسیت کودک و بستری شدن کودک تفاوت معنی داری وجود نداشته است؛ ولی تعداد بیشتری از پسران و کودکان با رتبه‌ی تولد اول و دوم در بخش بستری بوده اند و با افزایش فراوانی فرزندان خانواده، میزان مراجعه و بستری شدن در کودکان کاهش داشته است. هم چنین نتایج مطالعه بیانگر این موضوع بوده که مادران خانه دار و پدران کارگر بیشترین فراوانی را داشته اند و بین سن کودک، سن مادر، سن پدر، دفعات بستری شدن از بدو تولد و دفعات ابتلا به اسهال در ۶ ماه گذشته با بروز بیماری در کودکان ارتباط معنی داری وجود نداشته است.

در راستای بررسی متغیرهای جمعیت شناختی، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داده که بین سن و ابتلا به بیماری اسهال ارتباطی مشاهده نشد؛ در حالی که در مطالعه‌ی Dessalegn در اتیوپی بر روی ۷۶۸ خانوار با کودک زیر ۵ سال، نتایج مطالعه نشان داده که وقوع اسهال با سن کودک رابطه‌ی معنی داری وجود دارد؛ (۱۳) که این نا همسو بودن نتایج را می‌توان به تفاوت در گروه سنی، محیط و حجم نمونه‌ی مورد پژوهش نسبت داد. علت اختلاف بین نتایج تحقیق حاضر با مطالعه‌ی فوق می‌تواند به علت زمینه‌ها و برنامه‌های آموزشی باشد؛ به طوری که بیشترین منبع کسب اطلاع در مطالعه‌ی ما، مادران بودند؛ و هم چنین این تفاوت نتایج ممکن است به علت تفاوت در مناطق زمانی انجام مطالعه باشد؛ چون مطالعه‌ی فوق در کشور اتیوپی انجام شده است.

باشد؛ و مهدکودک نقش یک عامل مخدوش کننده را در این میان بازی کند. در مطالعه‌ی مداخله‌ای Cole و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داده است که هرچند آموزش‌های بهداشتی به خانواده‌ها باعث کاهش بیماری‌های گوارشی، تنفسی و پوستی در کودکان زیر ۵ سال می‌شود؛ اما به طور قابل ملاحظه‌ای در گروه‌هایی که از محصولات بهداشتی استفاده می‌کردند کاهش بیماری چشمگیرتر بود است. (۱۶) این تفاوت در نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی Cole و همکاران را می‌توان به مداخله‌ای بودن مطالعه و آموزش‌های داده شده به مادران در زمینه‌ی کاهش عفونت و تفاوت در گروه سنی کودکان مورد مطالعه نسبت داد.

در راستای مقایسه‌ی ارتباط بین اطلاعات جمعیت شناختی و میانگین نمره‌ی رفتارهای بهداشتی در مادران کودکان زیر یک سال بستری، نتایج به دست آمده از مطالعه نشان می‌دهد که بین جنسیت کودک، رتبه‌ی تولد کودک، تعداد فرزندان خانواده، مکان سکونت، نوع سکونت کودک، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، محل نگه داری کودک با میانگین نمره‌ی رفتارهای بهداشتی مادران در کودکان اسهالی و سایر کودکان، تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. در حالی که نتایج مطالعه نشان داده است که بین دفعات بستری شدن کودک از بدو تولد و وضعیت تاهل مادر با میانگین نمره‌ی رفتار بهداشتی در کودکان مبتلا به اسهال، و شغل پدر با میانگین نمره‌ی رفتار بهداشتی در کودکان غیر اسهالی ارتباط معنی‌دار بوده است. از جمله فاکتورهای مهم بیماری در کودکان،

شرایط محیطی نامناسب و وضعیت اقتصادی ضعیف است، اگر چه در این مطالعه وضعیت اقتصادی و محیطی به طور مستقیم اندازه‌گیری نشد؛ ولی با توجه به اینکه وضعیت سکونت می‌تواند برآورد غیرمستقیمی از وضعیت اقتصادی باشد؛ در این مطالعه وضعیت سکونت از لحاظ مالک یا مستأجر بودن بررسی شد و مشخص شد که شانس ابتلا در افرادی که در شرایط مالکی به سر می‌برند بیشتر است؛ که اگر بتوان وضعیت سکونت را به عنوان یکی از فاکتورهای وضعیت اقتصادی در نظر گرفت؛ این یافته‌ها همسو با یافته‌های قبلی می‌باشد. قابل ذکر است که بررسی وضعیت اقتصادی به عنوان یک فاکتور مستقل، نیازمند مطالعات دقیق‌تر و وسیع‌تری می‌باشد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داده که بین مصرف شیر مادر و ابتلا به بیماری، تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است؛ که با نتایج مطالعه‌ی مرادی و همکاران که با هدف تعیین نحوه‌ی تغذیه‌ی شیرخواران زیر یک سال و ارتباط آن با عفونت تنفسی در مراجعین به مراکز بهداشتی-درمانی شهر سنندج در سال ۱۳۸۶ انجام شد؛ ۱۰۰ شیرخوار زیر یک سال مبتلا به عفونت تنفسی بستری در بخش کودکان، و ۱۰۰ شیرخوار سالم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند؛ ناهمسو می‌باشد. (۱۷) که این ناهمسو بودن نتایج با مطالعه‌ی ما را می‌توان به جامعه‌ی مورد مطالعه و تفاوت دو گروه کودکان (سالم و بستری در بیمارستان) نسبت داد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان دهنده‌ی کاهش موارد بستری با افزایش تعداد فرزندان است. در این راستا نتایج

می‌تواند شامل توصیه های بهداشتی به مادران و به شرح زیر باشد:

۱. شستشوی دستها با آب و صابون بعد از دستشویی رفتن، بعد از تعویض پوشک شیرخواران و نوزادان، قبل از تهیه ی غذا، قبل از غذا و قبل از شیر دهی یا غذا دادن به شیرخواران و کودکان.
 ۲. دفع بهداشتی پوشک نوزادان و شیرواران و عدم قرار دادن در سطل زباله ی آشپزخانه.
 ۳. جلوگیری از هرگونه تماس با مدفوع حیوانات در محل خانه یا فضاهای باز.
 ۴. تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا پایان ۶ سالگی و ادامه ی آن تا دو سالگی.
 ۵. استفاده از آب لوله کشی بهداشتی یا بسته بند ی شده و در صورت عدم وجود، جوشاندن آب مصرفی.
 ۶. در صورت مبتلا شدن هر یک از اعضا به اسهال، رعایت بهداشت فردی و شستشوی مرتب دست ها و استفاده بهداشتی از توالت.
- با توجه به توصیفی تحلیلی بودن مطالعه ی حاضر و اینکه پژوهشگر هیچ گونه کنترلی روی وقایع و رفتارهای بهداشتی مادران کودکان بستری در بیمارستان شهدای خلیج فارس نداشته؛ لذا توصیه می شود که مطالعات بعدی به صورت مداخله ای انجام شوند؛ و تاثیر برنامه های آموزشی بر رفتارهای بهداشتی مادران کودکان در بخش اطفال بیمارستان شهدای خلیج فارس بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی همکاران محترمی که در راستای گردآوری اطلاعات به ما کمک نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم.

مطالعه ی شرفی در بیمارستان های شهرستان رشت نشان داد که مادرانی که دارای ۴ فرزند و بیشتر بوده اند به صورت معنی داری از میانگین نمره ی رفتارهای بهداشتی بالاتری برخوردار بودند که با مطالعه ی ما همسو می باشد؛ (۱۸) لذا می توان به تاثیر آموزش به مادران و تاثیر تجربیات مادران در زمینه ی بیماری کودکان و راه های پیشگیری و مقابله با عوامل بیماری زا در کودکان اشاره کرد؛ که این موضوع لزوم ارائه ی برنامه های آموزشی مناسب، مطالب لازم و ضروری را در خصوص مسائل بهداشتی به مادران در مراکز بهداشتی درمانی در سطح استان نشان می دهد.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش ارائه ی برنامه های آموزشی جامع شامل مطالب آموزشی و پیام های بهداشتی ساده و قابل فهم، توسط افراد با تجربه و آشنا به امر آموزش، برای مادران یا سایر مراقبین کودک، به خصوص در صورتی که این افراد در امر مراقبت های بهداشتی اولیه دخیل باشند؛ همراه با اختصاص دادن زمان مناسب به آن ها جهت طرح سوالات و ارائه ی راهکار جهت رفع مشکلات، می تواند تأثیر بسزایی در کاهش اسهال شیرخواران داشته باشند.

بنابراین پیشنهاد می شود که مسئولین امر در مراکز بهداشتی درمانی، برنامه ی آموزشی مناسبی ترتیب دهند و مطالب لازم و ضروری را در خصوص مسائل بهداشتی به مادران ارائه دهند؛ و این برنامه ها توسط پرستاران در سطوح مختلف اجرا شود؛ که این برنامه های آموزشی

References:

1. Delgosha Z. maternity child health. 1th ed.Tehran:Eshragheiyeh & Babazadeh,1391, 33-34.
2. Salehin SH, Badaksh M. Amirshahi M.maternity child health(Persian).1th ed.Tehran: jame negr. 1392; 82-83.
3. Elder J,Nelson Textbook of pediatrics 19th. Philadelphia: Saundets press. 2011; 142.
4. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year?Lancet. 2003; 361: 2226–34.
5. Global Health Estimates (GHE). Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en. Accessed. 2014.
6. Kosek M, Bern C, Guerrant RL. The global burden of diarrheal diseases as estimated from studies published between 1990 and 2000. Bull World Health Organ. 2003; 81: 197–204.
7. Farsar A, Hatami H, Razavi M, Eftekhari ardebili H. Epidemiology and Pathophysiology diarrhea.in:text book of public Health. 3rdvol2. Tehran: Arjmand, 1392; 1273-1274. (in Persian)
8. Chiuve SE, McCullough, Sacks FM, Rimm EB, Health lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men: benefits among users and nonusers of lipid-lowering and antihypertensive medication.Circulation. 2006;114(2):160-70.
9. Rajaram P. Child survival: maternal factors. Indian J Matern Child Health. 1990;1(2):39–45.
10. Das Gupta M. Death clustering, mothers' education and the determinants of child mortality in rural Punjab, India. Popul Dev Rev. 1990; 13: 77–100.
11. Kishor S. Empowerment of women in Egypt and links to the survival and health of their infants. In: Presser H, Sen G, editors. Womens' empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo. New York: Oxford University Press. 2000; 119–57.
12. Shroff M, Griffiths P, Adair L, Suchindran C, Bentley M. Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India. Matern Child Nutr. 2009; 5(1): 64–74.
13. Dessalegn M, Kumie A, Tefera W. Predictors of under-five childhood diarrhea: Mecha District, West Gojam, EJHD. 2011; 25(3): 192-200.
14. Khoshnevis asl P, Sadeghzadeh M, Mazlomzadeh S, Khosha A, Daryabari SN. Maternal Knowledge about Nutritional Status of 6 to 12 Month old Infants in the Community Oriented Medical Education of Zanjan University. JZUMS. 2010; 71: 61-63. [in Persian]
15. Roozbehani N , Razi T , Shamsi M, Khorsandi M ,Ranjbaran M . Knowledge, attitude and practice of mothers about danger signs in respiratory infection and diarrhae in children less than five years old in arak 1393.JECH. 2014 ; 4: 43-50. [in Persian]
16. Cole E C, Hawkey M, Rubino G R, Crookston B T, McCue K, Dixon J, et al. Comprehensive family hygiene promotion in peri-urban Cape Town: Gastrointestinal and respiratory illness and skin infection reduction in children aged under 5. SAJCH 2012; 6(4): 109-117.
17. Moradi M, Khaledi SH , Valiea S ,Gharibi F. Mode of feeding milk at one year of age and its relationship with respiratory infections of infants referred to healthcare centers of Sanandaj city, 1386 . IJNR. 2010;18:58-65. [in Persian]
18. Sharafi R. Knowledge assessment of the mothers and admitted neonates in the hospital of rasht ,about neonatal cares. UMJ. 2009; 1: 21-24. [in Persian]

*Original Article***Comparing the health behaviors of mothers of infants under 1 with diarrhea and other infants hospitalized in the pediatric ward of Shohadaye Khalije Fars Hospital, Boushehr, Iran, 2015-2016****A. Arab, SH. Akabarian, F. Jahanpour, K. Mirzaei**¹ Master Science Student of Nursing, Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran^{2*} Lecturer of Nursing Department, the Persian Gulf tropical medicine research center, Bushehr, Iran³ Associate Professor of Nursing Department, the Persian Gulf tropical medicine research center, Bushehr, Iran⁴ Associate Professor of Social Medicine Department, Faculty of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran**(Received: 12 Dec, 2016 – Accepted: 9 May, 2017)****Abstract**

Introduction: More than 14 million infants die in the first year of life, and diarrhea is the major cause of mortality among these infants.

Objective: This study aimed to compare the health behaviors of mothers of infants under 1 year with diarrhea and other infants in pediatric wards.

Method: This descriptive-analytical study recruited 246 infants under one year old hospitalized in the pediatric ward (123 infants with diarrhea and 123 without diarrhea). We collected the data using a questionnaire consisting of two parts: demographic information and health behaviors. To determine the face and content validity of the questionnaire, we surveyed 10 faculty members. Test-retest reliability was checked by a pilot study on 25 patients in each group. Data were analyzed using frequency (percentage), mean, standard deviation (SD), and range. As the health behavior variable was non-normal, we performed chi-squared, Mann-Whitney U, and Kruskal -Wallis test in SPSS 19, with the significance level of 0.05

Results: In this study, 123 infants with diarrhea had the mean age of 8.16 months and the standard deviation of 2.65 and 123 infants with other diseases had the mean age of 6.24 months and SD of 3.30. Results showed that there was no significant relationship between demographic information and the incidence of disease in infants. The health behavior score was 16.8 (SD: 2.39) in the group with diarrhea and 17.3 (SD: 2.06) in the group without diarrhea, indicating no significant difference in these infants' health behaviors.

Conclusion: Given the lack of a significant difference in health behaviors among these children, we conclude the positive and negative aspects of mothers' health behavior and can attempt to increase general knowledge, especially the mothers' health behaviors.

Keywords: Acute diarrhea, Health behaviors, Infancy, Mother