مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۴، شماره ۱، بهار۹۳، صفحات ۳۷ تا ۴۲

Original Article

بررسی عملکرد مادران در برابر عفونت حاد تنفسی کودکان

فرهاد جعفری[۱]، محمود صمدپور[۲]، بهزاد تدین[۲]، ملیحه امین زاده[۳]

[۱] استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد
[۲] پزشک عمومی، وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی
[۳] پژوهشگر، مجموعه تحقیقاتی بیوشیمی، بیوفیزیک، دانشگاه تهران

چکیده

سابقه و هدف: *عفونت حاد تنفسی (ARI) یک معضل اصلی حوزه بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. برنامه‌های آموزش بهداشت برای مادران زمانی موثر هستند که عملکرد آنها در برابر عفونت مورد پایش قرار گیرد. هدف این مطالعه بررسی عملکرد مادران در برابر ARI کودکانشان بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه مقطعی، ۲۵۵ مادر مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی صاحب الزمان تهران بررسی شدند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. پس از امتیاز دهی سوالات، نمره عملکرد مادران تعیین شد.*

یافته‌ها: *از ۲۲۹ مادری که فرزندانشان به ARI مبتلا شده بودند، ۵۳ مادر (۲۳/۱۴٪) اقدام خاصی قبل از مراجعه به پزشک انجام نداده بودند. شایع‌ترین اقدام انجام شده توسط سایر مادران، استفاده از شربت و قرص سرماخوردگی (۲۲/۱٪) بود و تنها حدود ۵٪ از آنتی بیوتیک استفاده کرده بودند. بیشتر مادران (۵۱/۹۶٪) گفتند که اقدامات فوق را بر پایه تجربیات فردی انجام داده‌اند. ۱۴۱ نفر (۶۱/۵۷٪) فرزند خود را نزد پزشک برده بودند. ۹۲ نفر (۴۰/۲٪) از کودکانی که مبتلا به سرماخوردگی شده بودند، تحت تغذیه با شیر مادر بودند که از این میان ۹۲/۴٪ در طول بیماری بدون تغییر از شیر مادر استفاده کردند. میانگین نمره عملکرد مادران در سطح خوبی بود. منبع اطلاعاتی مادر در زمینه اقدامات انجام شده با نمره عملکرد مادر ارتباط معنی‌داری داشت ($p<۰/۰۰۱$).*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان داد عملکرد مادران در زمینه ARI در سطح خوبی می‌باشد و نحوه کسب آگاهی آنها بر عملکرد آنها تاثیر دارد.*

واژگان کلیدی: *عملکرد، مرکز بهداشتی درمانی، عفونت تنفسی حاد، تهران.*

مقدمه

عفونت‌های تنفسی حاد (ARI) به ویژه پنومونی در سال ۲۰۰۸، موجب مرگ ۱/۶ میلیون کودک شدند (۱). بیشتر کودکان سالی ۴ تا ۶ بار به ARI گرفتار می‌شوند (۲). برخی مطالعات میزان ۳۹/۹٪ را برای ARI در کودکان کمتر از ۵ سال گزارش کرده‌اند (۳). هر ساله، بیش از ۱۵۰ میلیون مورد پنومونی در دوران کودکی روی می‌دهد (۵،۴). پنومونی علت اصلی مرگ کودکان زیر ۵ سال حتی بیشتر از ترکیب AIDS، مالاریا و سرخک است (۷،۶). درصورتی که نسبت به کنترل این بیماری‌ها تلاش‌های جدی انجام نشود، تا سال ۲۰۲۰ این بیماری‌ها به عامل اصلی مرگ کودکان تبدیل خواهند شد (۹،۸). اگرچه تعداد مرگ و میر سالانه از دهه ۱۹۷۰ رو به کاهش بوده، اما این کاهش توزیع یکسانی نداشته است و کودکان در کشورهای با سطح درآمد پایین تا متوسط نسبت به کشورهای صنعتی ۱۰ برابر بیشتر احتمال دارد تا قبل از سن ۵ سالگی فوت کنند (۱۰،۸). هر ساله حدود ۳۸۶ هزار مرگ کودک که مرتبط به پنومونی هستند، در دوره نوزادی روی می‌دهند (۱۱). پاتوژن‌هایی که سبب ARI می‌شوند RSV، رینو ویروس‌ها، کروناویروس‌ها، آدنوویروس‌ها، آنفلونزا، استافیلوکوک اورئوس، کلبسیلا پنومونیه، استرپتوکوک

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه شاهد،دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، دکتر فرهاد جعفری (**email**: jafarifarhaddr@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۸

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-15]

پنومونیه وهموفیلوس آنفلونزا هستند (۱۲). با این وجود از هر ۵ مادر یک نفر می‌تواند نشانه‌های اولیه پنومونی را شناسایی کند (۱۳)، زیرا تشخیص پنومونی به دلیل هم‌پوشانی با علایم مالاریا مثل تب بالا، سرفه و تنفس سریع مشکل می‌باشد (۱۴). طبق گزارشات افزایش دانش مادران در مورد سلامتی به میزان زیادی موربیدیته و مورتالیته را در دوران کودکی کاهش می‌دهد (۱۵). اگرچه سطح آگاهی در کشورهای در حال توسعه پایین مانده است (۱۶)، مداخلات برای پیشبرد دانش سلامت در سطح جامعه در بسیاری از کشورها اجرا شده است (۱۷). اما ارزیابی چنین تلاش‌هایی نشان می‌دهد که میزان دستیابی به هدف حداقل بوده است (۱۸). مطالعات اندکی در سطح دنیا در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد (KAP) مادران نسبت به ARI کودکان انجام شده است که نتایج آنها حاکی از آگاهی پایین و نگرش غلط و عملکرد ضعیف مادران نسبت به این بیماری‌ها به ویژه در کشورهای توسعه نیافته هستند. مطالعه چان در مالزی نشان داد که ۵۹٪ والدین آب و هوا را علت اصلی URTI کودکان و ۱۳٪ ناشی از غذا می‌دانستند. ۷۰٪ آنها تصور می‌کردند که برای درمان سرماخوردگی، سرفه و تب باید آنتی‌بیوتیک مصرف کرد (۱۹). مطالعه تکا در اتیوپی نشان داد ۶۴/۴٪ از روش‌های سنتی مثل مالیدن کره و گیاهان روی قفسه سینه همراه با ماساژ دادن استفاده می‌کنند. آنها حتی برای درمان گلودرد و ARI خفیف، لوزه‌ها را توسط یک درمانگر سنتی برمی‌داشتند (۲۰). مطالعه دنو در غنا نشان داد والدین عامل سرفه و تب را یک کرم و یا عامل سرفه را یبوست می‌دانستند (۲۵/۹٪) (۲۱). مطالعه کاپور در هند نشان داد بیش از نیمی از مادران ترجیح می‌دهند که از درمان‌های خانگی و خوددرمانی استفاده کنند (۲۲). مطالعه سیمیو در کنیا نشان داد تنها ۱۸٪ مادران پنومونی را به طور رضایت بخشی توصیف می‌کنند (۲۳). در بنگلادش بیماری تنفسی را ناشی از اختلالات خونی، علل فوق طبیعی و سهل انگاری مادران می دانستند. مفهوم ژرم از نظر آنها وجود نداشت (۲۴). در پاکستان علل غالب پنومونی تماس با سرما تلقی می‌شد و مفهوم سرایت اساسا وجود نداشت (۲۵). در بنگلادش تنها ۱۴/۸٪ مادران از منابع درمانی برای ARI آگاه بودند (۲۶). نگرش و عملکرد ناشی از آگاهی است و یکی از دلایل مهم نداشتن آگاهی در مورد سلامت آموزش ضعیف زنان است (۲۷). برنامه‌های آموزش بهداشت نیز تنها زمانی می‌توانند تاثیرگذار باشند که با توجه به عملکرد جامعه نسبت به ARI در کودکان که عامل مهم موربیدیته و مورتالیته کودکان هستند، طراحی شده باشند. بنابراین با توجه به اینکه در کشور ما مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده و تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ریزی جهت کنترل ARI کودکان در همه ابعاد آن به ویژه در سطح خانواده نیازمند داشتن اطلاعات از وضعیت عملکرد جامعه می‌باشد، لذا این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد مادران نسبت به عفونت تنفسی حاد کودکان طراحی شد.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی با جنبه‌های توصیفی تحلیلی بود که در آن مادران مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی صاحب الزمان و رابطین و کارکنان این مرکز بودند که حداقل یک فرزند زیر ۸ سال داشتند، بررسی شدند. نمونه‌گیری به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد و حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات مقطعی ۲۵۵ مورد به دست آمد.

ابزار گردآوری اطلاعات یک پرسشنامه محقق ساخته بود که به روش پرسشگری تکمیل شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه ۴۰ نمونه پرسشنامه به صورت آزمایشی در قالب یک مطالعه pilot تکمیل شد و با انجام test-retest و به فاصله ۲ هفته و به دست آوردن آلفای ۰/۷۵ تائید شد. برای تائید روایی از نظرات افراد صاحب نظر استفاده گردید و اصلاحات لازم بر روی پرسشنامه اعمال شد. سپس دو نفر از اساتید نیز آن را مورد تائید قرار دادند. پرسشنامه دارای ۲۰ سوال بود که ۱۳ سوال شامل متغیرهای دموگرافیک از جمله سن مادر، سن فرزندان، محل نگهداری فرزند، شغل مادر و نوع و میزان آن در هفته، اهلیت مادر، سطح تحصیلات مادر، ارتباط زمینه تحصیلی مادر با گروه پزشکی، زمان آخرین ابتلا فرزند به ARI و نوع آن و سابقه ابتلا به عفونت تنفسی حاد در کودک طی ۹ ماه گذشته و نوع آن و ۷ سوال در راستای ارزیابی عملکرد مادران از جمله اقدامات انجام شده توسط مادر در زمان ابتلاء فرزند به ARI، نوع اقدام و علت انجام آن، منابع اطلاعاتی مادران پیرامون اقدامات انجام شده، اقدام برای مراجعه به پزشک و علت آن، بستری شدن کودک، تغذیه از شیر مادر و تغییر آن به هنگام ابتلاء به ARI بود. عملکرد به راه‌ها و روش‌هایی اشاره دارد که آنها دانش و نگرش خود را از طریق انجام آن روش‌ها نشان می دهند.

جهت تسهیل تحلیل داده‌ها، به سوالاتی که عملکرد مادران پیرامون عفونت حاد تنفسی (ARI) را مورد پرسش قرار می‌دادند، به صورت جداگانه امتیازدهی شد و مجموع امتیازات فوق به عنوان نمره عملکرد مادر به ARI ثبت شد. در مورد

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-15]

نحوه شیردهی مادران بـه هنگـام عفونـت و نظـر آنهـا در ایـن رابطه، در صورتی که شیر مادر به همان میزان ادامـه یافتـه یـا افزایش داده شده بود امتیاز ۱، در صورت کاهش یا قطـع شـیر مادر امتیاز ۱- و در صورت عدم اطلاع امتیاز صفر به وی تعلق گرفت. برای تعیین نمـره عملکـرد مـادران در رابطـه بـا ARI، سوالات مرتبط در فرم امتیاز دهـی شـد و مجمـوع امتیـاز هـر مادر محاسبه شد و به عنوان نمـره عملکـرد آن مـادر در نظـر گرفته شد. در مواردی که مادران به چندین مورد اشـاره کـرده بودند، امتیاز نهایی آن سوال بر اساس بالاترین امتیاز داده شد. قبل از آغاز پرسشگری، توضیحات کامل در مورد علت و هـدف تحقیق به مادران ارائه می شد و در صورتی که تمایل داشـتند با اخذ رضایت شفاهی مورد پرسش قرار می‌گرفتند و اطلاعـات آنها به صورت کاملا محرمانه حفظ شد. داده‌هـای جمـع آوری شده در نرم افزار آماری SPSS نسـخه ۱۶ وارد شـد. ارتبـاط و همبستگی داده‌ها با استفاده از آزمون‌های اسپیرمن، t تسـت و ANOVA مورد بررسی قـرار گرفـت. مقـدار P کمتـر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین (± انحراف معیار) سنی ۲۵۵ مادر شـرکت کننـده در این مطالعه ۵/۱۷±۲۷/۶۱ سال بود. ۴۳/۱ درصد مادران دارای ۲ فرزند بودند و به طور متوسط این میزان برای هر مادر ۱/۸۴ فرزنـد بـود. ۱۴ (۵/۵٪) کـودک در مهـدکودک نگهـداری می‌شدند. ۹۷/۶ درصد مادران خانه‌دار بـوده و از ۶ مـادری کـه مشغول به کار خـارج از منـزل بودنـد، زمینـه شـغلی ۵۰٪ بـا رشته‌های پزشکی مرتبط بود. ۲۱ مـادر (۸/۲٪) ملیـت افغـانی داشتند و سایرین ایرانی بودند.

۵۶/۱ درصـد مـادران تحصـیلات در حـد راهنمـایی یـا کمتـر داشتند. ۲۰ درصد از آنها بالاتر از دیپلم بودنـد کـه تحصـیلات ۲۵٪ از این مادران با رشته‌های پزشکی مرتبط بود. در مجموع ۲۲۹ مورد سابقه عفونت تنفسی حاد (ARI) طی ۹ ماه گذشته داشتند و این عفونت عمـدتا (۶۲/۴٪) از نـوع سـرماخوردگی و پس از آن التهاب حاد حلق (۲۹/۳٪)، التهاب حاد گوش میـانی (۷/۹٪) و پنومونی (۰/۴٪) بود.

۲۵/۸ درصـد کودکـان در ۹ مـاه اخیـر دچـار ۲ نوبـت سرماخوردگی شده بودند. از میان ۲۲۹ مادری که فرزندانشـان به ARI مبتلا شده بودند، ۵۳ مادر (۲۳/۱۴٪) اقدامات خاصـی قبل از مراجعه به پزشک انجام نداده بودند. شایع‌ترین اقـدامات انجام شده توسط ۱۷۶ مادر (۷۶/۸۵٪) در زمان ابتلاء فرزند به ARI به ترتیب شیوع، استفاده از شربت و قرص سـرماخوردگی (۲۲/۱٪)، دادن غذاهای آبکی از جملـه سـوپ و آش (۲۱/۶٪)، استفاده از شربت استامینوفن (۹/۶٪) و استفاده از شربت دیفن هیـدرامین (۷/۳٪) بـود و تنهـا حـدود ۵٪ از آنتـی بیوتیـک استفاده کرده بودند.

مادران علت این اقدامات را به ترتیب شـیوع، ابـتلاء فرزنـد بـه سرماخوردگی (۳۷/۶٪)، تب و تب شدید (۲۶٪)، آبریزش بینی کـودک (۱۲٪)، گلـودرد و سـینه درد (۸/۵٪) و سـرفه (۴/۳٪) ذکر کردند.

بیشتر مادران (۵۱/۹۶٪) عنوان کردند که اقـدامات فـوق را بـر پایه تجربیات فردی انجام داده‌اند. سایر منابع اطلاعاتی مـادران مراجعـه کننـده بـه مرکـز بهداشـتی درمـانی صـاحب الزمـان پیرامون اقدامات انجام شده برای فرزندان مبتلا به ARI شـامل کارکنـان بهداشـتی (۲۷/۹۴٪)، اقـوام و آشـنایان (۱۸/۷۷٪) و رسانه های گروهی بود (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی منابع اطلاعاتی مادران پیرامون اقدامات انجام شده برای فرزندان مبتلا به ARI

منبع اطلاعاتی	فراوانی	درصد
اقوام و آشنایان	۴۳	۱۸/۷۷
کارکنان بهداشتی	۶۴	۲۷/۹۴
تجربه فردی	۱۱۹	۵۱/۹۶
رسانه های گروهی	۳	۱/۳۱
جمع کل	۲۲۹	۱۰۰

۱۴۱ نفر از مادران (۶۱/۵۷٪)، فرزند خود را نزد پزشـک بـرده بودنـد کـه علـت آن را بـه ترتیـب فراوانـی، تـب (۴۶/۰۹٪)، سرماخوردگی (۲۶/۹۵٪)، گلودرد (۱۷/۷۳٪)، سرفه (۱۷/۷۳٪) و آبریزش بینی (۹/۹۳٪) ذکر کردند. از بین مراجعات فوق تنها یک مورد (۰/۷٪) منجر به بستری فرزند شده بود.

۹۲ نفر (۴۰/۲٪) از کودکانی که مبتلا به سـرماخوردگی شـده بودند، تحت تغذیه با شیر مادر بودنـد کـه از ایـن میـان ۹۲/۴ درصد در طول بیماری بدون تغییر از شیر مادر استفاده کردند. ۶ مادر (۲/۴٪) شیر خود را بـه میـزان بیشـتر بـه کـودک داده بودند و ۱ مادر (۰/۴٪) نیز شیر خود را بـه میـزان کمتـری بـه کودک داده بود.

بیشترین و کمترین نمره عملکـرد مـادران در زمینـه ARI بـه ترتیـب ۳ و ۱- و میـانگین آن ۰/۹۲± ۱/۱۵ بـود. بـین سـن کودکی که آخرین نوبت به ARI مبتلا شده بود و نمره عملکرد مـادر در ایـن زمینـه همبسـتگی معنـی‌داری وجـود داشـت (p<۰/۰۰۱). میانگین نمره عملکرد مادران گروه خانـه‌دار ۱/۱۶

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-15]

بود، در حالی که در گروه شاغل این نمره ۱ بوده است. بین نمره عملکرد مادر و سن وی نیز رابطه ای دیده نشد (p>۰/۰۵).

بر اساس آزمون آماری t تست، بین ملیت مادر با نمره عملکرد وی ارتباطی یافت نشد (p>۰/۰۵). از طرفی منبع اطلاعاتی مادر در زمینه اقدامات انجام شده در زمان ARI کودک با نمره عملکرد مادر ارتباط معنی‌داری داشت (p<۰/۰۰۱).

نمره عملکرد مادران در رابطه با ARI به تفکیک شغل، زمینه شغلی، تحصیلات، زمینه تحصیلی و ملیت مادر در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نمره عملکرد مادران در رابطه با ARI به تفکیک شغل، زمینه شغلی، تحصیلات، زمینه تحصیل و ملیت مادران مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی

گروه		نمره عملکرد مادر	وضعیت عملکرد
شغل مادر	شاغل	۱	خوب
	خانه دار	۱/۱۶	خوب
زمینه شغلی	مرتبط با پزشکی	۰/۶۷	متوسط
	غیرمرتبط با پزشکی	۱/۳۳	خوب
تحصیلات مادر	راهنمایی و پایین تر	۱/۱۵	خوب
	متوسطه و دیپلم	۱/۱۷	خوب
	بالاتر از دیپلم	۱/۱	خوب
زمینه تحصیلی	مرتبط با پزشکی	۰/۴۰	متوسط
	غیرمرتبط با پزشکی	۱/۱۷	خوب
ملیت مادر	ایرانی	۱/۱۶	خوب
	افغانی ساکن تهران	۱/۱	خوب

بحث

در مجموع، ۲۵۵ مادر با هدف ارزیابی عملکردشان در برابر عفونت حاد تنفسی کودکان بررسی شدند. در مطالعاتی که عملکرد را بررسی می‌کنند به دلیل قابلیت اعتمادپذیری بیشتر از نظر خانوادگی و اقتصادی، شرکت کنندگان اصلی آنها زنان هستند (۲۸). این مطالعه نشان داد که با افزایش سن مادران عملکرد آنها در برابر عفونت حاد تنفسی بهتر نمی‌شود. در مقابل هرچه سن کودک کمتر بوده، نمره عملکرد مادر بالاتر است.

از سوی دیگر نمره عملکرد شاغلین پایین‌تر از نمره عملکرد مادران خانه‌دار بود. مادران شاغل به واسطه تبادلات اجتماعی و ارتباطات بین فردی آگاهی بهتری نسبت به مادران خانه‌دار دارند، ولی این امر تضمین کننده بهتر بودن عملکردشان نیست. در مقابل مادران خانه‌دار به دلیل فرصت زمانی بیشتری که در منزل می‌گذرانند به نسبت عملکرد بهتری را در مواجهه با ARI نشان داده‌اند.

برخلاف انتظار دیده شد که تحصیلات مادر با عملکرد وی ارتباط ندارد. این واقعیت را با وجود منابع اطلاعاتی فراوان در سطح جامعه و رسانه‌های گروهی که توجه ویژه‌ای به برنامه های افزایش آگاهی‌های بهداشتی مردم دارند، می‌توان تا حدودی توجیه کرد. بدین معنی که مادرانی که تحصیلات بالایی ندارند، نیز به واسطه استفاده از این منابع، آگاهی خود و به تبع عملکرد خود را در سطح مادران تحصیل کرده افزایش داده‌اند. همچنین مادرانی که زمینه تحصیلی مرتبط با پزشکی داشتند، نمره عملکردشان در مقایسه با افراد دارای تحصیلات غیرمرتبط پایین‌تر بود. در مطالعه سیمیو (۲۳) نیز سطح تحصیلات بر آگاهی و نگرش تاثیر داشت، اما بر عملکرد تاثیر چندانی نداشت.

از نظر ملیت مادران با ملیت افغانی که ساکن تهران بودند، نمره عملکرد آنها در رابطه با ARI تفاوت چندانی با مادران ایرانی نداشت. با توجه به وجود رابطه معنی‌دار بین منبع اطلاعاتی مادر و نمره عملکرد وی باید به برنامه ریزی روی منابع اطلاعاتی در جهت بهبود عملکرد مادران پرداخت. طراحی و سازمان‌دهی آموزش‌هایی با هدف قرار دادن عملکرد می‌تواند کمک کننده باشد.

در مطالعات دنو (۲۱)، چان (۱۹)، تکا (۲۰)، هونگ (۲۹)، حسین (۲۵)، زمان (۲۴) و هادی (۲۶) مادران از سطح عملکردی ضعیفی برخوردار بودند. در مطالعه حاضر عملکرد مادران در سطح خوبی بود که در مقابل نتایج مطالعات فوق و مشابه نتایج مطالعه اسمونی (۳۰) و مطالعه ریز (۳۱) بود که نشان داد که سطح عملکرد مادران تحت مطالعه مناسب است که دستیابی به این نتیجه به دلیل اجرای برنامه آموزشی قبل از انجام مطالعه بوده است.

خوشبختانه این بررسی حاکی از پایین بودن مصرف خودسرانه آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان ARI بود، درحالی که در مطالعه چان (۱۹)، دنو (۲۱)، نیکوئیست (۳۲) و واتسون (۳۳) تقاضای آنتی‌بیوتیک بالا بود.

این بررسی نشان داد میانگین نمره عملکرد مادران در برابر عفونت حاد تنفسی کودکان در سطح خوبی است. یکی از دلایل مهم عملکرد ضعیف در برابر بیماری‌ها آموزش ضعیف زنان است (۲۷). کارزول و گرانه گزارش کردند که تغییرات رفتاری در میان گروه‌ها از طریق آموزش تنها ممکن است مشکل باشد (۳۴). لذا مشخص شده که استفاده از ارتباطات بهداشتی از طریق رسانه‌های عمومی نیز در افزایش و تسهیل

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-15]

تغییرات رفتاری موثر می‌باشد (۳۵). در این راستا سازمان بهداشت جهانی و صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد استراتژی را اتخاذ کرده‌اند که هدف آن کنترل شایع-ترین بیماریهای دوران کودکی در کشورهای در حال توسعه از طریق بهبود مهارت‌های کنترل بیماری از سوی کارکنان بهداشتی، خود سیستم بهداشت و درمان و نیز ارتقاء عملکرد خانواده و جامعه می‌باشد (۳۶). بنابراین در داخل کشور نیز طراحی برنامه‌های آموزشی با محور عملکردی در سطح سیستم بهداشتی ضروری می‌باشد. با توجه به فراگیری رسانه‌های گروهی به بهترین نحو می‌توان از این منابع برای بهبود عملکرد مادران استفاده کرد. از طرفی باید برنامه‌های آموزشی در مراکز بهداشت را در جهت عملکردی هدایت کرد.

این مطالعه نشان داد سطح عملکرد مادران در زمینه عفونت تنفسی حاد کودکان در سطح خوبی می‌باشد. از آنجایی که عملکرد مادران با منبع اطلاعاتی آنان ارتباط دارد به نظر می‌رسد طراحی برنامه‌های آموزشی با هدف تاثیر مثبت بر عملکرد مادران در قبال این دسته از بیماری‌ها در بهبود عملکرد آنان مفید باشد.

در این مطالعه عملکرد مادران با توجه به آموزش‌هایی که از قبل دریافت کرده بودند، سنجیده شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی با رویکردی عملکردی به طور مثال با برگزاری دوره‌های آموزشی انجام شود و تاثیر آن بر عملکرد گروه هدف سنجیده شود که به دلیل محدودیتی که از طرف مرکز بهداشتی درمانی وجود داشت، از انجام آن اجتناب شد. استفاده از برنامه‌های جامع و جذاب آموزشی برای مادران در زمینه آشنایی با عفونت‌های شایع در کودکان و نحوه برخورد با آنها به ویژه در مراکز بهداشتی درمانی می‌تواند به عنوان یک عامل تأثیرگذار در ارتقاء سطح آگاهی مادران و بهبود عملکرد آنها نقش حیاتی ایفا کند.

تشکر و قدردانی

لازم است از پرسنل محترم مرکز بهداشتی درمانی صاحب الزمان شهر تهران و مادران شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

REFERENCES

1. 1- Black R, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG and et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. Lancet 2010; 375:1969-87.
2. World Health Organization (WHO). The management of acute respiratory infections in children: Practical guidelines for outpatient care. Geneva: WHO; 1995.
3. Public Health Institute, Ministry of Health. National health and Morbidity survey II 1996 Malaysia. Malaysia: Ministry of Health; 1997.
4. World Health Organization. Global burden of disease report. 2004 update, 2008.
5. Wardlaw T, Johansson EW and Hodge M. Pneumonia: the forgotten killer of children. New York: UNICEF, the World Bank; 2006.
6. UNICEF. State of the world's children 2009: Maternal and newborn health. New York: UNICEF; 2008.
7. UNICEF. Annual Report: 2007. New York: UNICEF; 2008.
8. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1269–76.
9. Ahmad OB, Lopez AD, Inoue M. The decline in child mortality: a reappraisal. Bull World Health Organ 2000; 78: 1175–91.
10. World Health Organization. World health report: 1999. Geneva: WHO; 2000.
11. Wardlaw T, Salama P, Johansson EW, Mason E. Pneumonia: the leading killer of children. Lancet 2006; 368: 1048-50.
12. Glezen WP, Denny FW. Epidemiology of acute lower respiratory disease in children. New Engl J Med 1973; 288:498–505.
13. Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. Lancet 2006; 368:1067-76.
14. UNICEF. The state of the world's children, 2008: child survival. New York: UNICEF; 2009.
15. Aung T, Tun K, Thinn K, Thein A. Knowledge, attitude and practice on childhood acute respiratory infection (ARI). Southeast Asian J Trop Med Public Health 1994; 25:590-93.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-15]

16. Hussain A, Aaro L, Kvale G. Impact of a health education program to promote consumption of vitamin A rich foods in Bangladesh. Health Promot Int 1997; 12: 103-109.

17. Tembo KC. Grass-root health education strategies in Malawi. J Royal Society Health.1995; 115: 318-19.

18. Laverack G, Esi-sakyi B, Hubley J. Participatory learning materials for health promotion in Ghana: a case study. Health Promot Int 1997; 12: 21-26.

19. Chan GC, Tang SF. Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. Singapore Med J 2006; 47:266-70.

20. Teka T, Dagnew M. Health behavior of rural mothers to acute respiratory infections in children in Gondar: Ethiopia. East Afr Med J 1995; 72:623-25.

21. Denno DM, Bentsi-Enchill A, Mock CN, Adelson JW. Maternal knowledge, attitude and practices regarding childhood acute respiratory infections in Kumasi: Ghana. Ann Trop Paediatr 1994; 14:293-301.

22. Kapoor SK, Reddaiah VP, Murthy GV. Knowledge, attitude and practices regarding acute respiratory infections. Indian J Pediatr 1990; 57: 533-35.

23. Simiyu DE, Wafula EM, Nduati RW. Mothers' knowledge, attitudes and practices regarding acute respiratory infections in children in Baringo District: Kenya. Afr Med J 2003; 80: 303-307.

24. Zaman K, Zeitlyn S, Chakra borty J, de Francisco A, Yunus M. Acute lower respiratory infections in rural Bangladeshi children: patterns of treatment and identification of barriers. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1997; 28: 99–106.

25. Hussain R, Lobo MA, Inam B, Khan A, Qureshi AF, Marsh D. Pneumonia perceptions and management: an ethnographic study in urban squatter settlements of Karachi, Pakistan. Social Sci Med J 1997; 45: 991–1004.

26. Hadi A. Promoting health knowledge through micro-credit programs: experience of BRAC in Bangladesh. Health Promot Int 1999; 16: 219-27.

27. Guldan G, Zeitlin M, Beiser A, Super C. Maternal education and child feeding practices in rural Bangladesh. Social Sci Med J 1993; 36: 925-35.

28. Hulsken, M. The Grameen Bank and women in rural Bangladesh union. Journal of Development and Justice 1998; 3: 6–7.

29. Hong JS, Philbrick JT and Schorling JB .Treatment of upper respiratory infections: do patients really want antibiotics? Am J Med 1999; 107:511-15.

30. Juma A, ed. Knowledge, attitudes and practices of mothers on symptoms and signs of integrated management of childhood illnesses (IMCI) strategy at Buguruni reproductive and child health clinics in Dar- es- Salaam. Tanzania: Official Publication of the Tanzania Medical Students' Association; 2008. P.4-8.

31. Reyes H, Tome P, Gutierrez G, Rodriguez R, Orozco M, Guiscafre H. Mortality for diarrheic disease in Mexico: problem of accessibility or quality of care? Salud Publica de Mexico 1998; 40: 316–23.

32. Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA .Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. JAMA 1998; 279:875-77.

33. Watson RL, Dowell SF, Jayaraman M, Keyserling H, Kolczak M, Schwartz B. Antimicrobial use for pediatric upper respiratory infections: reported practice, actual practice, and parent beliefs. Pediatrics 1999; 104:1251-57.

34. Grane SF, Carswell JW. A review and assessment of non-governmental organization-based STD/AIDS education and prevention projects for marginalized groups. Health Educ Res 1992; 7: 175-93.

35. Valente TW, Poppe PR, Merrit AP. Mass media generated interpersonal communication as source of information about family planning. J Health Communic 1996; 1: 247-65.

36. Gove S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. The WHO Working Group on Guidelines for the Integrated Management of the Sick Child. Bull World Health Organ 1997; 75: S7–24.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-15]