اختلالات جسمی کودکان ۱۱-۷ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی

محبوبه بیات[۱]،مجید میری[۲]، فاطمه گودرزی[۲]،آرزو شاهسواری[۲]، فیروزه پیامنی[۲]

چکیده

مقدمه و هدف: زمینه و هدف:کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی علاوه بر مشکلاتی که در خانواده با آن مواجه بوده اند، در محیط مراکز نیز در معرض مشکلات رفتاری و بهداشتی فراوانی قرار می گیرند.به همین منظور مطالعه ای با هدف بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران انجام گردید.

مواد و روشها: این پژوهش مطالعه ای مقطعی بود که برروی ۱۰۵ کودک (۵۷ پسر و ۴۸ دختر)درسال۱۳۸۵ انجام گرفت. در این پژوهش نمونه گیری از نوع سرشماری بوده و اطلاعات مورد نیاز در رابطه با سلامت جسمی کودکان از طریق معاینات فیزیکی و بر اساس فرم بررسی وضعیت سلامت کودکان ، مطالعه و بررسی پرونده بهداشتی آنان بدست آمد.

یافته ها: نتایج نشان داد بطور کلی شایعترین اختلالات موجود در این گروه از کودکان به ترتیب شامل اختلالات دهان و دندان (۹۰/۵ درصد)، پوست (۷۶/۲ درصد) چشم (۵۱/۴ درصد) و سیستم تنفسی (۴۰/۱ درصد) است. آزمون کای اسکوئر نیز نشان داد:بین سلامت جسمی با جنس ،سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه گیری: از آنجا که کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی از نظر سلامتی و بهداشت جزو گروههای پرخطر در جوامع محسوب می‌شوند لذا با توجه به یافته‌های بدست آمده در مطالعه حاضر ، انجام بررسی و رسیدگی بیشتر در خصوص ارتقاء سلامت این کودکان ضروری بنظر می رسد.

واژه های کلیدی: سلامت جسمی، کودکان، مراکز نگهداری شبانه روزی

[۱] . عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، کارشناس ارشد پرستاری (مولف مسئول)
(Email: M_Bayat@yahoo.com)
[۲]. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، کارشناس ارشد پرستاری

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

مقدمه

سلامتی کودکان محور فعالیتهای بسیاری از سازمانهای بین‌المللی همچون سازمان بهداشت جهانی و یونیسف است که تامین آن در فرآیند توسعه ملی بسیار مهم و تعیین کننده می‌باشد[۱]. بنابراین می‌توان گفت: حمایت از کودکان و ارتقاء سلامت جسمی و روانی آنان پیش شرطی برای توسعه آتی بشریت می‌باشد[۲]. یکی از مسایل بحرانی و عمده زمان کنونی، برقراری محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان که بزرگترین منابع ملی هر جامعه هستند، می‌باشد. زیرا عواملی که موجب بر هم زدن محیط زندگی کودک می‌شوند، می‌توانند سلامت وی را نیز تحت تاثیر قرار دهند[۳]. مشکلاتی از قبیل عملکرد نادرست خانواده، سوءرفتار، فقر، تک والدی، سوء مصرف مواد توسط والدین و بی‌سرپرستی از جمله این عوامل می‌باشند که در اغلب موارد منجر به سپردن کودکان به مراکز نگهداری شبانه‌روزی می‌شوند[۴].

نایس و مک اوین (۲۰۰۱) عواملی نظیر: فقر، تک والدی، میزان تحصیلات والدین، مراقبتهای بهداشتی در دسترس خانواده، حمایت و منابع موجود در جامعه و محیطی که کودک در آن زندگی می‌کند را از عمده‌ترین عوامل موثر بر سلامت کودکان می‌دانند[۵]. ونگ و همکاران (۲۰۰۵) عوامل اصلی موثر بر سلامت و رشد و تکامل کودکان را به دو گروه کلی شامل: عوامل فیزیولوژیک و محیط فیزیکی تقسیم می‌کنند و اظهار می‌دارند: محیط فیزیکی شامل محیط قبل از تولد و محیط پس از تولد می‌باشد که هر دو نقش مهمی را بر سلامت کودکان دارند[۶].

سیمز و بولدن (۱۹۹۹) در این راستا اظهار می‌دارند: هر ساله هزاران کودک بدلایل مختلف در مراکز نگهداری شبانه‌روزی پذیرفته می‌شوند[۷]. سرعت رشد جمعیت این گروه از کودکان از سال ۱۹۸۷ تا سال ۱۹۹۵ به میزان ۴۴ درصد عنوان شده است[۸]. بطور مثال در سال ۱۹۹۰ جمعیت این کودکان در آمریکا ۴۰۰/۰۰۰ نفر بوده است که در سال ۱۹۹۹ به ۵۷۰/۰۰۰ نفر افزایش یافته است[۹]. ونگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز در این رابطه می‌نویسند: تخمین زده می‌شود که شمار کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی در ایالات متحده آمریکا بیش از ۵۰۰/۰۰۰ نفر باشد که این میزان بیشتر از یک سوم کل جمعیت این گروه از کودکان در سراسر جهان را تشکیل می‌دهند[۶]. طبق آمار بدست آمده از مرکز اطلاعات وآمار ایران نیز بیش از ۴۰۰۰کودک درمراکز نگهداری شبانه روزی استان تهران نگهداری می شوند[۵].

از سوی دیگر این کودکان از نظر میزان دسترسی به مراقبتهای بهداشتی نیز نسبت به سایر کودکان در سطح پایین‌تری قرار دارند[۱۰]. طبق گزارشات در برخی از نواحی ایالات متحده آمریکا گزارش می‌شود: ۱۲ درصد از این کودکان هیچ‌گونه مراقبت بهداشتی دریافت نمی‌کنند و ۳۲ درصد آنان نیز نیازهای بهداشتی برآورده نشده دارند[۱۱].در واقع می‌توان گفت: هرچند این کودکان از محیطهای خطرناک و غفلت والدین و اطرافیان خود رهایی می‌یابند ولی با ورود به این مراکز نیز با مشکلات فراوان دیگری روبرو می‌شوند و ورود به این سیستم مراقبتی نیز آنها را در معرض مشکلات بهداشتی ورفتاری فراوانی قرار می‌دهد[۵ و ۱۲].

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی فراوانی اختلالات جسمی موجود در هر یک از سیستم های بدن ودر نهایت وضعیت سلامت جسمی این کودکان مورد بررسی قرار گرفت . جامعه پژوهش را کلیه ۱۰۵ کودک ۱۱-۷ ساله ای که در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۴ در مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران زندگی می کردند تشکیل دادند. جهت بررسی سلامت جسمی کودکان از فرم بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان، ترازو، متر، دستگاه فشار سنج دارای کاف مخصوص کودکان، گوشی پزشکی و چارت اسنلن استفاده شده است. فرم بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان ابزاری استاندار می‌باشد که از بخش معاینات فیزیکی کودکان در کتاب ونگ که یکی از کتابهای مرجع در زمینه پرستاری کودکان می‌باشد، اقتباس شده است و در واقع حاوی نکاتی است که هنگام انجام معاینات فیزیکی کودکان باید مورد توجه قرار گیرند. این ابزار شامل ۱۸ بخش است: ابتدا رشد فیزیکی کودکان (قد و وزن) اندازه‌گیری و سپس بر طبق نمودارهای استاندار رشد که بطور جداگانه برای هر دو جنس وجود دارد، متناسب بودن رشد فیزیکی کودکان تعیین و در فرم بررسی وضعیت سلامت ثبت گردید. در مراحل بعدی نیز سیستم‌های دهان و دندان، چشم، گوش، پوست، گفتاری، تنفس، قلب و عروق، عضلانی- اسکلتی، گوارش، عصبی، کلیوی، خون، تناسلی - اداری، ایمنی و غدد بطور جداگانه و بر اساس موارد ذکر شده در فرم بررسی وضعیت سلامت توسط پژوهشگر مورد معاینه و بررسی دقیق قرار گرفت . در پایان جهت تکمیل معاینات و ثبت تشخیص‌های پزشکی موجود در هر سیستم، پرونده بهداشتی هریک از واحدهای مورد پژوهش نیز توسط پژوهشگر مطالعه و بررسی شد لازم به ذکر است جهت معتبر بودن داده‌ها دراین قسمت، برای اندازه‌گیری قد، وزن، فشار خون وحدت بینایی کودکان از یک عدد ترازو، متر، دستگاه فشارسنج، گوشی پزشکی و چارت اسنلن واحد برای تمامی نمونه‌های پژوهش استفاده گردید. هنگام معاینه بدلیل احتمال وجود برخی مشکلات نظیر تمارض و سایر مسائل روانی در کودکان از گرفتن تاریخچه و انجام هرگونه مصاحبه با آنان خودداری گردید.

اطلاعات بدست آمده در رابطه با اختلال یا بیماری در هر سیستم های بدن کودکان بصورت جداگانه و با ذکر تعداد ودرصد توصیف گردید.روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با استفاده از روش اعتبار محتوی سنجیده شد .در رابطه با پایایی ابزار نامبرده نیز لازم به ذکر است که پایایی این ابزار از طریق روش مشاهده همزمان مورد بررسی قرار گرفت. بدین ترتیب که تعداد ۱۸ کودک سنین ۱۱-۷ سال بستری در بخش خون بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) بطور جداگانه توسط دو پژوهشگر بر اساس فرم بررسی سلامت جسمی کودکان، مورد معاینات دقیق فیزیکی قرار گرفتند سپس داده‌های بدست آمده از هر دو معاینه برای هر کودک توسط ابزار SPSS ویرایش ۱۳ تجزیه و تحلیل گردید و در نهایت با ضریب همبستگی حداقل ۰/۹، پایایی ابزار مورد تائید قرار گرفت.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

یافته ها

طبق نتایج بدست آمده درپژوهش از نظر ویژگیهای دموگرافیک ۵۴/۳ درصد کودکان پسر و ۴۵/۷ درصد دختر بودند. میانگین سنی واحدهای پژوهش۱۰/۰۷سال با انحراف معیار۱/۱۸بود. از نظر توزیع سنی ۵۱/۴ درصد نمونه ها در گروه سنی ۱۱ سال و ۳/۸ درصد در گروه سنی ۷ سال قرار داشتند. همچنین ۹/۵ درصد آنها در سن ۸ سال، ۱۴/۳ درصد در سن ۹ سال و ۲۱ درصد در سن ۱۰ سال بودند. از نظر مدت زمان سکونت در مراکز نگهداری شبانه‌روزی نیز ۲۰ درصد از کودکان کمتر از ۱ سال، ۳۱/۴ درصد بین ۳-۱ سال و ۴۸/۶ درصد نیز بیشتر از ۳ سال در این مراکز سکونت داشتند. در مورد کودکانی که بیشتر از ۳ سال سابقه سکونت در مراکز نگهداری شبانه‌روزی را داشتند نیز میانگین مدت زمان سکونت ۵/۷ سال با انحراف معیار ۲/۲ بدست آمد.

بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان مورد مطالعه نشان داد، شایعترین اختلالات موجود در این گروه از کودکان به ترتیب شامل اختلالات دهان و دندان (۹۰/۵ درصد)، پوست (۷۶/۲ درصد) چشم (۵۱/۴ درصد) و سیستم عضلانی اسکلتی(۴۶/۷ درصد) بود.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی اختلالات جسمی در کودکان ۱۱-۷ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران سال۱۳۸۵.

موارد اختلال / سیستم	فراوانی	درصد
دهان ودندان	۹۵	۹۰/۵
پوست	۸۰	۷۶/۲
چشم	۵۴	۵۱/۴
عضلانی –اسکلتی	۴۹	۴۶/۷
تنفس	۴۱	۳۹/۱
گوارش	۳۴	۳۲/۴
خون	۲۷	۲۵/۷
تناسلی -ادراری	۲۲	۲۱
گفتاری	۱۸	۱۷/۱
اعصاب	۱۴	۱۳/۴
قلبی-عروقی	۱۱	۱۰/۵
گوش	۱۰	۹/۵

جدول شماره ۲- فراوانی واحدهای پژوهش از نظر موارد انحراف از رشد جسمی.

نوع انحراف	فراوانی	درصد
کم وزن	۱۶	۱۵/۲
چاق	۷	۶/۷
کوتاه قد	۱۱	۱۰/۵

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

بحث و نتیجه گیری

با توجه به داده های بدست آمده در این پژوهش ،نتایج حاصل از بررسی سیستم دهان و دندان در این کودکان نشان می‌دهد: بطور کلی ۹۰/۵ درصد دارای انـواع اخـتلالات دهـان و دنـدان بودند(بیشترین درصد نمونه‌های مورد پژوهش (۶۶/۷ درصـد) دچار پوسیدگی واضح آن بودند). در مطالعه هانسن و همکاران نیز مشخص گردید در میان کودکـان سـاکن مراکـز نگهـداری شبانه‌روزی آمریکا ۲۷/۱ درصد آنـان دارای پوسـیدگی واضـح دندان و بطور کلی ۴۳/۶ درصد دارای اختلالات دهان و دنـدان بودند[۱۳]. در مقایسه با نتایج بدست آمـده در پـژوهش حاضـر، میزان اختلالات دهان و دندان کودکان ساکن مراکز نگهـداری شبانه‌روزی در این پژوهش تقریبا ۲ برابر بیشتر از میـزان ایـن اختلالات در پـژوهش هانسـن و همکـاران اسـت. هوچسـتاد و همکاران نیز در مطالعه خود میزان موارد پوسیدگی دنـدان در کودکان ساکن مراکـز نگهـداری ایالـت شـیکاگو را ۱۴ درصـد عنوان کرده‌اند[۱۴] .این امر می تواند نشان‌دهنده توجـه بیشـتر به بهداشت دهان و دندان در کشورهای توسعه یافتـه باشـد. از عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان، ارتباط عـاطفی موجـود میان والدین و فرزندان و احساس کودکـان در مـورد ضـرورت احترام و توجه به نظرات والدین و بزرگسالان اسـت کـه عامـل قوی در تشویق و ترغیب کودکان به رعایـت بهداشـت دهـان و دندان می‌باشد. عوامل دیگر نظیر رژیـم غـذایی، ارث، وضـعیت اقتصادی ـ اجتماعی نیز از دیگر عوامل موثر بر اختلالات دهان و پوسیدگی دندان به شمار می‌رود[۱۵].

در رابطه با اختلالات سیستم پوست نیز نتایج نشان مـی‌دهـد: بطور کلی ۷۶/۲ درصد از نمونـه هـا دارای اختلالاتـی در ایـن سیستم بودند که از این میان ۳۷/۱ درصـد نمونـه‌هـای مـورد پژوهش دارای اسکار سـوختگی و ۱۳/۳ درصـد بطـور مسـاوی دارای اسکار بریدگی و اکیموز در نواحی مختلف بدن بودند. به عبارت دیگـر حـدود نیمـی از نمونـه‌هـا (۵۰/۴ درصـد) دارای مشکلاتی بودند که می‌توانـد ناشـی از آزارهـای جسـمی، کـم توجهی و سایر عوامل محیطی باشد بنابراین با توجه به ماهیت و نوع اختلال موجود شاید بتوان گفت یکی از دلایل بالا بـودن این اختلالات علاوه بر آزارهای جسمی توسط والـدین و سـایر بزرگسالان در زندگی قبلی کودک، کم بودن تعداد مراقبین در مقایسه با تعداد کودکـان در مراکـز و در نتیجـه پـایین بـودن سطح مراقبتهای به عمل آمده از کودکان همچنین پایین بودن سطح ایمنی محیط زندگی کودکان باشد. وتسل در این رابطه می‌نویسد: کودکان سنین مدرسـه بسـیار کنجکـاو و مـاجراجو هستند به همین دلیل در معرض صدمات و آسیب‌های فـراوان قرار دارند و جهت جلوگیری از بروز صـدمات در ایـن کودکـان توجه و مراقبـت کـافی و رعایـت قـوانین ایمنـی بسـیار مهـم است [۱۶]. بطور کلـی ۷۶/۲ درصـد واحـدهای مـورد پـژوهش دارای نـوعی از اخـتلالات سیسـتم پوسـت بودنـد .یافتـه‌هـای حاصل از پـژوهش هانسـن و همکـاران نشـانگر ابـتلای ۴۵/۸ درصـد از کودکـان سـاکن مراکـز نگهـداری شـبانه‌روزی بـه اختلالات پوست بوده است[۱۳].

از نظر شیوع انواع اختلالات چشم نیز نتایج نشان مـی‌دهـد از نظر میزان موارد اختلال چشم نتایج نشان داد ۵۱/۴ درصد از

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

کودکان دارای انواع اختلالات سیستم بینایی بودند(بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۳۴/۳ درصد) دارای حدت دید کمتر از ۲۰/۲۰ بوده). در مطالعه هانسن و همکاران میزان اختلالات بینایی در نمونه‌های مورد پژوهش ۱۸/۹ درصد بود که از این میان ۱۴/۹ درصد آنان حدت دید کمتر از ۲۰/۲۰ داشتند[۱۳]. چوبدار و صباغ در رابطه با علل مرتبط با بروز اختلالات بینایی در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی می‌نویسند: عواملی مانند فقر اقتصادی، سوء تغذیه، نامناسب بودن محیط رشد و نمو و عدم استفاده از امکانات و شرایط نوری مناسب می‌تواند در بروز اختلالاتی مانند ضعف بینایی در این کودکان موثر باشد[۱۷]. از نظر میزان اختلالات عضلانی ـ اسکلتی یافته ها حاکی از آن بود ۴۶/۷ درصد از کودکان دارای اختلال بودند .

طبق مطالعه هانسن و همکاران نیز میزان ابتلا به اختلالات عضلانی- اسکلتی در این گروه از کودکان ۸ درصد بوده است[۱۳] که به نسبت نتایج بدست آمده در این پژوهش بسیار کمتر می‌باشد. علل بالا بودن موارد اختلالات عضلانی ـ اسکلتی در کودکان سنین مدرسه در بسیاری اوقات می تواند مربوط به طرز نشستن، ایستادن و راه رفتن غلط آنان باشد. عواملی دیگر مانند شرایط نامناسب آموزشگاهها (تهویه و نور ناکافی و میز و صندلیهای نامناسب)، شرایط نامطلوب زندگی مانند زندگی در مکانهای پرجمعیت، کم خوابی، تغذیه نامناسب، پوشیدن لباسهای نامناسب و کفش‌های نامناسب، حمل اشیاء سنگین مانند کیف پر از کتاب که در یک طرف بدن آویخته شده، اضافه وزن، برخی بیماریهایی مانند راشیتیسم و وجود عیوب بینایی و شنوایی که سبب می‌شود کودک برای بهتر دیدن یا بهتر شنیدن سر خود را به یک طرف خم کند نیز در شیوع اختلالات عضلانی- اسکلتی کودکان سن مدرسه نقش مهمی دارد.

از نظر مواردداختلال در سیستم تنفسی مشخص گردید: از میان ۴۰/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش که دارای اختلال در سیستم تنفسی بودند ۴/۸ درصد واحدهای مورد پژوهش مبتلا به بیماریهای ریوی (آسم و پنومونی) بودند. در مطالعه هانسن و همکاران میزان ابتلا به بیماریهای ریوی ۱۲/۳ درصد گزارش گردید[۱۳]. لزلی و همکاران نیز می‌نویسند: بطور کلی کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی نسبت به سایر کودکان عادی ۳ برابر بیشتر به آسم و سایر بیماریهای ریوی مبتلا می‌باشد[۸].

در رابطه با شیوع مشکلات سیستم شنوایی یافته ها حاکی از آن است که ۹/۵ درصد کودکان به یک نوع از اختلالات گوش مبتلا بودند که بیشترین درصد (۳/۸ درصد) مبتلا به کم‌شنوایی بودند . میزان اختلالات شنوایی در نمونه‌های مورد پژوهش هانسن و همکاران نیز ۱۲/۱ درصد و میزان بروز کم شنوایی در آنها ۲ درصد گزارش گردید[۱۳] که تقریبا مشابه نتایج بدست آمده در این پژوهش می‌باشد. لزلی و همکاران میزان بروز مشکلات شنوایی و بینایی را در این گروه از کودکان بین ۶۰-۲۰ درصد عنوان کرده‌اند و این در حالیست که در جامعه کودکان عادی میزان بروز این مشکلات ۱۰ درصد تخمین زده شده است[۸].

در رابطه با اختلالات گفتاری نیز ۱۷/۱ درصد از کودکان مبتلا به لکنت زبان بودند. نظر به اینکه لکنت زبان هم می‌تواند منشا

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

ارگانیک داشته باشد و هم ناشی از مسائل روانی و عاطفی باشد به عنوان یک نکته می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد. در مطالعه سیلور میزان اختلالات گفتاری در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی ۵۷ درصد بود که حدود ۳ برابر بیشتر از نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد[۱۸]. لزلی و همکاران شیوع اختلالات گفتاری در گروه کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی را نیز مانند اختلالات شنوایی و بینایی بین ۶۰-۲۰ درصد عنوان کرده‌اند[۸] .

در رابطه با میزان اختلالات قلبی ـ عروقی نیز ۱۰/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش دارای نوعی از اختلالات قلب و عروق بودند که در این میان میزان ابتلا به بیماریهای قلبی (آرتیمی، نارسایی دریچه میترال، روماتیسم قلبی و تنگی میترال) حدود ۵ درصد بدست آمده است. هانسن نیز میزان ابتلا به اختلالات قلبی را ۴/۶ درصد گزارش کرد[۱۳] که مشابه نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد و این در حالیست که هوچستاد و همکاران (۱۹۹۹) میزان ابتلا به اختلالات قلبی را در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی، ۱۹ درصد عنوان کرده‌اند[۱۴].

نتایج همچنین نشان می‌دهد ۳۲/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای اختلال در سیستم گوارشی، ۱۳/۴ درصد دارای اختلال در سیستم عصبی، ۲۵/۷ درصد دارای انواع اختلالات خونی ، ۲۱ درصد دارای اختلال در سیستم تناسلی ـ ادراری و ۱۶/۲ درصد دارای واکسیناسیون ناقص بودند. همچنین نتایج نشان داد که در این مطالعه هیچ موردی از اختلال در سیستم‌های کلیوی، غدد و ایمنی یافت نشد. در این رابطه نیز نتایج بدست آمده از مطالعه هانسن و همکاران نشان داد ۵/۹ درصد از کودکان دارای اختلال در سیستم گوارشی، ۱۴/۳ درصد دارای اختلال در سیستم عصبی (مشابه پژوهش حاضر)، ۱۴ درصد دارای اختلال در سیستم تناسلی- ادراری و ۴۱/۸ درصد دارای واکسیناسیون ناقص بودند[۱۳]. همچنین لزلی و همکاران نیز می‌نویسند: ۳۴ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی در لس آنجلس، نیویورک و فیلادلفیا دارای واکسیناسیون ناقص می‌باشد[۸]. در مطالعه هانسن و همکاران نیز موردی از اختلال در سیستم کلیوی، غدد، ایمنی و خون گزارش نگردید که نتایج بدست آمده در مورد سیستم‌های کلیوی، غدد و ایمنی مشابه نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. در صورتیکه در رابطه با میزان اختلالات دو سیستم گوارش و خون نتایج بدست آمده در پژوهش بسیار بالاتر از نتایج مطالعه هانسن و همکاران می‌باشد.

نتایج کلی حاصل از بررسی سلامت جسمی نشان داد شایعترین اختلالات موجود در این گروه از کودکان به ترتیب شامل اختلالات دهان و دندان (۹۰/۵ درصد)، پوست (۷۶/۲ درصد) چشم (۵۱/۴ درصد) و سیستم عضلانی اسکلتی (۴۶/۷ درصد) است. در مطالعه هانسن و همکاران نیز شایعترین مشکلات در این گروه از کودکان به ترتیب اختلالات دهان و دندان، اختلالات پوست، واکسیناسیون ناقص و اختلالات چشم (بینایی) بود[۱۳] که تقریبا مشابه نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد.

در مطالعه لزلی و همکاران نیز شایعترین مشکلات جسمی کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شامل عفونت‌ها،

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

آسم، مشکلات بینایی و شنوایی، سوء تغذیه، مشکلات پوست، کوتاهی قد، کم خونی، پوسیدگی دندان و تظاهراتی از آزار و اذیت بود[۸].

یافته های بدست آمده در پژوهش همچنین نشان داد: ۶/۷درصد از کودکان چاق و۱۵/۲ آنان کم وزن بودند.در مطالعه هانسن و همکاران (۲۰۰۴) نیز ۶/۱ درصد در محدوده کم وزن یا لاغر قرارو ۸/۱ درصد، چاق محسوب می‌شدند[۱۳]. مطالعه کارسون و همکاران در سال نیز نشان داد ۱۲ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی در محدوده کم وزن یا لاغر قرار داشتند[۱۹]. نتایج همچنین نشان می‌دهد ۱۰/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش در محدوده زیر صدک ۳ و کوتاه قد بودند.

در این رابطه مطالعه هانسن و همکاران نیز نشان داد که ۱۱/۱ درصد کودکان کوتاه قد بودند[۱۳]. نتایج بدست آمده از مطالعه هانسن و همکاران از نظر تعداد کودکان کوتاه قد تقریبا مشابه نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌باشد. در حالیکه مطالعه سیلور و همکاران در سال ۱۹۹۹ نشان داد بین ۲۵-۱۵ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی دارای قد کوتاهتر از حد طبیعی بودند[۱۸]. در مطالعه کارن و کارسون نیز ۲۵ درصد این کودکان در محدوده صدک کمتر از ۳ یعنی کوتاه قد بودند[۲۰]. بر طبق اظهارات هوچستاد و همکاران بطور کلی ۲۰ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی دارای مشکلات رشد جسمی هستند[۱۴]. بهرمن و همکاران میزان اختلالات رشد جسمی را در این کودکان ۲۵ درصد عنوان کرده‌اند[۴]. سیلور و همکاران نیز میزان مشکلات رشد جسمی را در این گروه از کودکان ۱۰ درصد ذکر کرده‌اند[۱۸] . لزلی و همکاران نیز می‌نویسند: بطور کلی این کودکان در مقایسه با سایر کودکان ۲ برابر بیشتر دارای مشکلات رشد جسمی هستند[۸]. در رابطه با عوامل موثر بر رشد جسمی کودکان می‌توان گفت: عوامل بسیار زیادی در روند رشد فیزیکی کودکان موثر می‌باشند. برخی کودکان از نظر جثه کوچک هستند و برخی دیگر درشت که علت اصلی آن عوامل وراثتی است اما عامل محیط و اثرات ناشی از آن نیز بی‌شک از جمله فاکتورهای مهم زنجیره رشد می‌باشد[۲۱] . انحراف در رشد می‌تواند ناشی از محرومیتهای عاطفی باشد. کودکانی که به این مراکز سپرده می‌شوند در تمام مراحل رشد و تکامل نسبت به کودکان دیگر پیشرفت کمتری دارند [۴]. فقدان محبت کافی از سوی والدین بویژه در سالهای اولیه زندگی می‌تواند کودکان را از نظر رشد و تکامل جسمی دچار مشکل سازد. این امر موجب کوتاهی قد همراه با کاهش ترشح هورمون رشد از غده هیپوفیز می گردد[۲۲]. بنابراین محرومیتهای عاطفی و عدم ارتباط صحیح باوالدین از نکات مهم در روند رشد و تکامل است[۲۱]. از دیگر علل عمده نارسایی رشد در این کودکان تغذیه ناکافی و عدم ارتباط مناسب مراقبت‌کننده با کودکان است که در صورت ادامه یافتن این وضعیت منجر به بیماری و در نتیجه نارسایی رشد جسمی می‌شود[۶].

نتایج بدست آمده در رابطه با شیوع بیماریهای جسمی طبق تشخیص‌های پزشکی در این گروه از کودکان نشان داد: بیشترین درصد از واحدهای مورد پژوهش (۵۵/۲ درصد)

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

حداقل به یک بیماری جسمی مبتلا بوده و ۴۴/۸ درصد آنان نیز فاقد هرگونه بیماری جسمی یا تشخیص پزشکی بودند .در

مطالعه سیلور و همکاران میزان ابتلا به بیماریهای جسمی در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی بین ۷۶-۴۰ درصد عنوان شده است[۱۸]. تاکایاما نیز می‌نویسد: ۶۵ درصد این کودکان دارای بیماری‌های جسمی هستند[۲۳] که تقریبا مشابه نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. در مطالعه هانسن و همکاران حداقل ۱۲ درصد از کودکان مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی بودند[۱۳].

بهرمن و همکاران نیز درصد ابتلا این کودکان به بیماریهای جسمی را ۲۵ درصد عنوان کرده‌اند[۴]. بنابر اظهارات کولز و کندی شیوع بالای مشکلات حاد و مزمن بهداشتی، وضعیت نامناسب رشد و واکسیناسیون ناقص در این کودکان، ارتباط قوی با بی‌توجهی‌ها و غفلت‌های والدین آنها دارد[۲۴]. هالفون و همکاران همچنین در این رابطه می‌نویسند: بیشتر از ۲۵ درصد این کودکان نیز حداقل به یک بیماری مزمن جسمی مبتلا می‌باشند آنها عنوان می کنند:دلایل شیوع بالای مشکلات بهداشتی در این کودکان می‌تواند علاوه بر محیط قبلی زندگی کودک، ناکافی بودن مراقبتهای بهداشتی اولیه نیز باشد[۲۵] . از سوی دیگر زندگی در این مراکز سلامت کودکان را از تمام جهات تحت تاثیر قرار می‌دهد[۱۳]. در رابطه با عوامل موثر بر سلامت جسمی کودکان بهرمن و همکاران می‌نویسند: یکی از مهمترین عوامل موثر بر رشد جسمی کودکان تغذیه می‌باشد بطوریکه کمبود و اضافه وزن از شایعترین اختلالات سنین کودکی و نوجوانی محسوب می‌شود. کمبود وزن حاکی از سوء تغذیه می‌باشد. سوء تغذیه در کودکان می‌تواند ادامه کمبودهای تغذیه‌ای باشد که از زمان شیرخوارگی شروع شده است. عادات بدغذایی می‌تواند با وضعیت بد بهداشتی، بیمایهای مزمن و اختلال در روابط والدین و کودک مرتبط باشد[۴] . علاوه بر موارد ذکر شده مواردی چون وزن کم کودک هنگام تولد، مسائل ژنتیکی، زندگی در مکانهای جمعی و طبقات پائین اجتماعی ـ اقتصادی نیز از دیگر عوامل موثر بر سلامت و رشد جسمی در کودکان می‌باشد[۱۵].

با تمام این اوصاف می‌توان گفت: هرچند نگهداری از کودکان در این مراکز بسیار خوب سازماندهی شده باشد باز هم نمی‌تواند احتیاجات اولیه کودکان را در حد مطلوب برآورده سازد. بطور مثال کودکان سن مدرسه برای رشد مطلوب جسمی و روانی ـ اجتماعی نیاز به فضای کافی و مناسب برای پریدن، دویدن و بازی به همراه تشویق و حمایت بزرگسالان دارند که ممکن است در این محیط چنین امکاناتی برای کودکان فراهم نباشد [۶ و ۲۶]. از سوی دیگر مشکلات جسمی، روانی و تکاملی این کودکان همیشه تشخیص داده نمی‌شود و درمان هم نمی‌شود[۸]. در صورتیکه این کودکان در بدو ورود به مراکز نگهداری شبانه‌روزی تحت معاینات دقیق و کامل قرار بگیرند به طور قطع درمانها و پیگیریهای کاملتری در جهت افزایش سطح سلامت آنان انجام خواهد شد[۲۴]. هانسن و همکاران ضمن تایید این مطالب می‌نویسند: هرچند زندگی در محیط این مراکز سلامت کودکان را از تمام جهات تحت تاثیر قرار می‌دهد ولی با این وجود سطح مراقبتهایی که کودکان در این مراکز دریافت می‌کنند نسبت به وقتی که در خانواده بوده‌اند، بالاتر می‌باشد[۱۳]. بنابر مطالب ذکر شده

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

عواملی نظیر از دست دادن والدین، سوء مصرف مواد توسط والدین، جدایی از خانواده، آزارهای جسمی و جنسی، بیماریهای والدین، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی، ارتباطات بین فردی، جابجایی‌های مکرر در مراکز و آسیب‌های محیطی از جمله عواملی هستند که بر رشد و تکامل کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی موثر بوده و موجب بروز مشکلات جسمی و روانی- اجتماعی در آنها می‌شود[۱۴و۲۶]. دارا بودن چنین شرایطی توجهات ویژه‌ای را برای این گروه از کودکان به عنوان یک گروه از کودکان در معرض خطر، می‌طلبد[۱۳]. بنابراین از آنجا که زندگی در مکانهای دسته جمعی شرایط بهداشتی انسان را از تمام جهات تحت تاثیر قرار می‌دهد لذا جهت ارتقاء سطح سلامتی این کودکان رعایت مواردی چون:آموزش و ارتقاء سطح آگاهی، نگرش، مهارت و عملکرد بهداشتی کودکان ساکن در این مراکز و مراقبین آنان در ابعاد مختلف سلامت واستانداردسازی محیط این مراکز جهت کمک به روند صحیح رشد و تکامل و کاهش مشکلات بهداشتی در این کودکان مفید خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از حمایت های ارزنده معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و سازمان بهزستی کشور تقدیر و تشکر به عمل می آید.

منابع

1. *Allender, J.A. & spradely, B.W. (2001). Community Health Nursing,concept and practice. (3th ed) . philadelphia, lippincott. pp 7.*
2. *Ebadi sh, child's right.Tehran.kanoon publication.2000.P 9.*
3. *Lundy, K.S., Janes, S. (2001). Community Health Nursing, Caring for the public Health. Bosten: Jones and Bartlett publishers, printed in U.S.Achapter, 34, pg 772.*
4. *Behrman, R., Kliegman, R., Jenson, H. (2004). Nelson Text Book of pediatric (17 th ed) :london: W.B. saunders company. PP 105, 106,133-137.*
5. *Nies, M.A., & Mcewen, M. (2001).Community Health Nursing, (3th ed),Philadelphia , W.B. saunders. Co. pp 337.*
6. *Wong, D.L., Hockenberry, M., wilson, D., winkelstein,M.,schwartz,p.(2005). Nursing care of Infant and children. Mosby, (7th ed), chapter 1,7 pp698-70.*
7. *Simms, D.M., & Bolden, J.B. (1999). The Family Reunification project . Facilitating Regular contact Among foster children, Biological Family and foster Families. child welfar, No/Dec, 38(6), 679.*
8. *Leslie, L.K., Harburt, M.S., landsverk, J., Rolls , J.A. (2003). Comprehensive Assessment for children Entering foster care. A National perspective, pedicatric, 112(1), 134.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

9. *Kortenkamp, K., & Ehrle, J. (2002). The well - being of children Involved with the child welfar system: A National overview. whashington, D.C:The urban Institute, No, B-43, 168-173.*
10. *Jaudes,P.K. , Bilaver, L.A., George, R.M. Masterson, J.& Catania,C .(2004). Improving Access to Health care for foster children: the Illionois Model . Children welfar league of America, 83(3), 215-228.*
11. *Abbasi Marani, F, public health nursing.Tehran. Boshra publication.P 58.*
12. *Aghabakhshi H,The better future for mother and child. 3th ed.Tehran.Health education publication. P 26 -27.*
13. *Hansen, R.L., Mawjee, F.L., Barton, K., Metcalf, M.B, & Joye, N.(2004). Comparing the Health status of low - Income children in and out of foster care. child welfar league of Americn, 83 (4), 367-380.*
14. *Hochstadt, N,J., Jaudes, P.K., Zimo, D.A., & schachter. J. (1999). The medical and psychosocial Needs of children Entering foster care.Child Abuse And Neglect, 11, 53-62.*
15. *Stallard, R.A. (200). text Book of preventive Dentistry.(2th ed) U.S.A .saunders . Co. 20.*
16. *Whetsel, M.V., et al. (2000) . pediatric Nursing, Mc Graw - Hill Nursing care services. (5 th ed). pp 82-88.*
17. *Choobdar N. Sabbagh F,School hygience. 2nd ed. Shahrab bpublication.P 50-54.*
18. *Silver, J. Heacker, T, Forkey, h. (1999). Health care for young children in foster care. young, children and foster care. Baltimore,MD:paul H.Brookes publishing co, 161-193.*
19. *Carson,V.B.(2000). Mental Health Nursing , philadelphia: W.B.saunders, pp 178.*
20. *Karlson, K.L. (2000) providing Health care for children In foster care: A Role for Advanced practice Nurses. pediatric Nursing , 22(5), 418-421.*
21. *Rudolf,M., et al. (2000).Growth of primary school children: Avalidation of the 1990 References and their use in growth monitoring.ArchiveDisease children. 83(4), 293-300.*
22. *Illingworth,R.(1996). Common sympthoms of Disease In children. (9thed). Black well scientific publication.*
23. *Takayama,J.L.,Bergman, A.B., & kaufman, M.D. (1999). childfen in foster care in the state of washington: Health care utilization Expenditures.Jornal of America Medical Association, 271, 1850-1855.*
24. *Kools, S.& kennedy , C. (2003). Foster child Health and Development :Implication for primary care. pedicatric Nursing, 29(1), 39-42.*
25. *Halfon, N. et all. (1998) . childfen In foster care in california: An Examination of Medical Riembursed Health service utilization, pediatric ,89(9), 1230-1237.*
26. *James, S.R., Ashwill, J.W., Droske, S.C. (2002). Nursing care of children, principles and practice. (2th ed). W.B. saunders company. pp 181-187.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]

Assessment of frequency of physical problem in children 7-11 years old in foster care centers

Bayat M.Miri M. Goudarzi F. Shahsavari A. Payamani F.

Abstrct

Bachground & Objectives*: Every year thousands of children are accepted in the foster care centre because of several reasons. Most children are placed in foster care because of neglect, physical abuse, parental substance abuse, divorce and social- economic poverty. On the other hand, entry to these foster care centers and living in these centre, faced children with a lot of behavioral and health problems. In regard to this issue for assessing physical health status of 7-11 years children living in foster care centers in Tehran.*

Materiales & Methods : *We performed a cross sectional study with 105 children (57 boy, 48girl). In this research, sampling was of type census and required information about child physical health was obtained by the physical exams based on child health assessment form , study and assessment of child healt files and sometimes consultment with physicians .*

Resultes*: Result have shown that most frequent type of physical problem in these children was as follows:periodontal problems(90/5persent), skin(76/2persent),eyes(51/4persent),and respiratory system(40/1persent). Ki-scoare test showed that between physical health and sex , age and duration of stay in these centers was no meaningfull relation.*

Conclusion*: On the basis of these finding and results of researches in other contries, full attention and health facility should be given to these group of children and more studies to survey of factor that affected on their health has been recommended.*

Key words*: Physical health, Children, Foster care centers*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-08-02]