

علل مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه شهرستان زابل

عزیز شهرکی واحد^۱، مرجان مردانی حموله^۲، مریم عرب^۳، زهره فیروزکوهی^۴

چکیده

مقدمه: یکی از شاخص‌های مهم توسعه و سلامت در کشورها میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می‌باشد. در سال‌های اخیر میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال کشورمان کاهش یافته است اما همچنان نسبت به کشورهای در حال توسعه بالاتر می‌باشد. با توجه به حس فوریت جدی با منابع بسیج شده در جهت پیشرفت کاهش میزان مرگ و میر کودکان تا سال ۲۰۱۵ بر آن شدیم تا عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه سال ۱۳۸۶ شهرستان زابل را مورد تحقیق قرار دهیم.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و گذشته‌نگر بود که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. این تحقیق بر روی ۹۳ کودک ۱ تا ۵۹ ماهه به روش سرشماری انجام شده است. ابزار مورد استفاده در این تحقیق چک لیست‌های مرگ و میر کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که اطلاعات توسط کارشناسان آموزش دیده مرکز مرگ و میر کودکان شهرستان زابل جمع‌آوری می‌شد و پس از استخراج داده‌ها و تبدیل به ارقام آماری توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد تعداد مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه ۹۳ نفر بوده است. بیشترین مرگ و میرها در سنین ۱-۱۲ ماه (۶۸٪) بوده است و از این تعداد ۳۷٪ دختر و ۶۳٪ پسر بوده‌اند. بیشترین علت فوت در نتیجه حوادث و سوانح (۲۷٪)، مرگ ناشی از بیماری‌های تنفسی (۱۸/۳٪) و بیماری‌های دستگاه گوارش (۱۵/۲٪) بود. بیشترین علل عدم بهبود کودک نیز به علت حساس نبودن والدین به علائم خطر بیماری‌ها و تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی (۷۶٪) و سپس اصرار والدین به ترخیص کودک قبل از بهبودی کامل به دلیل مشکلات اقتصادی (۱۲٪) بوده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش میزان مرگ و میر در این شهرستان از میزان کشوری بالاتر است و یکی از دلایل آن میزان بالای حوادث و سوانح در کودکان این شهرستان است. اقداماتی جهت کاهش میزان حوادث و سوانح، بالا بردن آگاهی والدین به علائم و نشانه‌های بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های دستگاه تنفسی و گوارشی و همچنین انجام اقداماتی مؤثر و کار آمد در جهت مراقبت از نوزدان تازه متولد شده و مادرانشان، تغذیه نوزادان و کودکان، واکسیناسیون، مدیریت کنترل و درمان بیماری‌هایی همچون اسهال و پنومونی می‌تواند در کاهش این میزان مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: کودکان، مرگ و میر، بیماری

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۳

۱ - عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زابل (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: azizshahraky@yahoo.com

۲ - سوپروایزر آموزشی بیمارستان فاطمه زهرا (س) نجف‌آباد اصفهان

۳ - کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زابل

۴ - کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زابل

مقدمه

هر ساله در جهان نزدیک به ۱۱ میلیون کودک، در هر روز ۳۰ هزار کودک و در هر دقیقه ۲۰ کودک قبل از ۵ سالگی جان خود را از دست می‌دهند. این در حالی است که بیشتر آمارها ثبت نمی‌گردد. این مرگ‌ها عمدتاً در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط به ویژه کشورهای جنوب صحرای آفریقا و جنوب آسیا اتفاق می‌افتند. در بین کشورهای فوق نیز افراد فقیر نسبت به سایرین مرگ و میر بیشتری را تجربه می‌نمایند. به عنوان مثال، حدود ۴ میلیون یا ۴۰٪ از مرگ و میر زیر ۵ سال در ۲۸ روز اول زندگی می‌باشد که ۹۸٪ آنان در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد (۱). همچنین در ایران بر طبق آمارها میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۳۳ نفر در هزار موالید زنده اعلام شده است (۲). عامل اغلب مرگ و میرها، بیماری‌های قابل پیشگیری است که این موضوع نشان می‌دهد با اندکی سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی در حوزه بهداشت و درمان، می‌توان تا حدود زیادی از وقوع این مرگ و میرها جلوگیری کرد. عوامل بهداشتی متعددی شامل مرگ هنگام تولد، آسفیکسی هنگام تولد و عفونت‌ها، پنومونی، اسهال، سرخک، مالاریا، مسؤل ۷۰ تا ۹۰٪ مرگ و میر همه کودکان می‌باشند. در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۳ از میان ۱۰/۶ میلیون مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۷۳٪ از علل مرگ و میر را شش بیماری پنومونی (۱۸٪)، اسهال (۱۸٪)، مالاریا (۸٪)، پنومونی و سپسیس دوران نوزادی (۱۰٪)، نارس بودن نوزاد (۱۰٪) و آسفیکسی در هنگام تولد (۸٪) به خود اختصاص داده‌اند (۳). از دیگر عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان وزن تولد و وضعیت و مدت تغذیه کودک از شیر مادر ذکر شده است (۴). همچنین مطالعات نشان می‌دهد بین دو متغیر میزان مرگ و میر کودکان و تولید ناخالص ملی رابطه وجود دارد به طوری که در صورت صرف هزینه‌های بیشتر جهت خدمات بهداشتی و درمانی، امکان توجه بیشتر به تغذیه مادر، مراقبت‌های قبل و بعد از بارداری و اوایل زندگی کودک فراهم می‌شود که این امر کاهش میزان مرگ و میر کودکان را به همراه خواهد داشت (۵). نتایج بررسی اکولوژیک خلخالی و همکاران در خصوص مرگ و میر کودکان نشان داد که میزان بی‌سوادی زنان به عنوان مهم‌ترین عامل به میزان ۰/۸۱۶ واحد موجب افزایش

میزان مرگ و میر کودکان بوده است که بخشی از این اثر به طور غیر مستقیم و به میزان ۰/۳۴۷ از طریق شهرنشینی و درصد سزارین اعمال می‌شود (۶). مطالعه نمکین و همکار در سطح شهر بیرجند نشان داد مهم‌ترین علت مرگ و میر کودکان ۱ تا ۱۲ ماه ناهنجاری مادرزادی در ۳۳/۳٪ موارد بوده است و در بررسی فاکتورهای مؤثر بر مرگ و میر شیرخواران، متغیرهای سواد پدر، فاصله تولد کودک با کودک قبلی، وضعیت هنگام تولد، وزن هنگام تولد، نوع زایمان و بارداری پرخطر، ارتباط معناداری با مرگ و میر کودکان داشته است (۷). طبق برنامه‌های جدید سازمان جهانی بهداشت کلیه کشورهای جهان در قالب شعار بهداشت برای همه، متعهد به بهبود سلامت کودکان می‌باشند و نیمی از کشورهای جهان تا سال ۲۰۱۵ می‌بایست میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال خود را به دوسوم میزان فعلی کاهش دهند (۸). بر اساس اعلام یونیسف، آمار سالیانه مرگ و میر کودکان، از ۲۰ میلیون در سال ۱۹۶۰ به ۹/۷ میلیون در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته و این در حالی است که در سال ۲۰۰۶، بیش از ۸۰٪ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در کشورهای صحرای آفریقا و جنوب آسیا بوده است. به منظور رسیدن به هدف توسعه هزاره برای بقای کودک، ما باید میزان مرگ و میر کودکان را تا سال ۲۰۱۵ به نصف برسانیم. میزان کل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سال ۲۰۰۶، ۷۲ نفر از هر ۱۰۰۰ کودک بوده است، که این تعداد باید به ۳۱ نفر از هر ۱۰۰۰ کودک در سال ۲۰۱۵ کاهش یابد (۹). بنابراین با توجه به موارد ذکر شده، می‌توان گفت مرگ کودکان از مجموعه عوامل وابسته به هم تشکیل شده است. مداخله در هر مرحله می‌تواند از بروز مرگ‌های بعدی جلوگیری کند تا با توجه به علت فوت، راه کارهای مناسب برای پیشگیری از بروز موارد مشابه ارایه گردد. لذا بایستی عوامل قابل اجتناب در مرگ و میر کودکان را شناسایی نموده و مداخلات لازم را در جهت کاهش مرگ و میر کودکان طراحی و برنامه‌ریزی کرد. این مطالعه با بررسی چک لیست‌های مرگ و میر ثبت شده، بدین منظور انجام شد. با توجه به اینکه علل مرگ و میر در کشورهای مختلف و حتی در مناطق مختلف یک کشور متفاوت بوده و از آنجایی که کودکان آینده سازان کشورها می‌باشند و جهت پیشرفت و ترقی یک کشور نیاز به نیروی سالم و کارآمد می‌باشد، لازم است علل به وجود

آورنده مشکلات سلامت و مرگ و میر در هر کشور و یا مناطق مختلف یک کشور مشخص گردد تا با برنامه‌ریزی مناسب این مشکلات به حداقل برسد. با توجه به همجواری بودن شهرستان زابل با کشور افغانستان که از وضعیت بهداشتی نامطلوبی برخوردار می‌باشد و عدم وضعیت نامناسب اقتصادی مردم به خصوص روستاییان به علت خشک‌سالی‌های مکرر و طوفان‌های خانمان‌سوز شن و ماسه، این وضعیت می‌تواند تأثیر به‌سزایی بر میزان بیماری‌های کودکان (سوء تغذیه، بیماری‌های ریوی و واگیردار) در این منطقه داشته باشد به همین دلیل مطالعه حاضر با هدف تعیین علل مرگ و میر در کودکان ۵۹-۱ ماهه شهرستان زابل صورت گرفت.

روش مطالعه

این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و گذشته‌نگر بود. تعداد ۹۳ کودک بدحال مورد مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی و بیمارستان‌های تابعه شهرستان زابل از طریق سرشماری انتخاب شدند. در این تحقیق مرگ و میرهای اتفاق افتاده از ابتدای سال ۱۳۸۶ تا پایان اسفندماه همان سال از میان کودکان ۵۹-۱ ماهه که از سوی کارشناسان مرگ و میر کودکان مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی و بیمارستان‌های تابعه به کارشناس مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه دانشگاه در حوزه معاونت درمان اعلام و ثبت شده بودند مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش از چک لیست‌های مرگ و میر کودکان وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که توسط کارشناسان آموزش دیده مرکز مرگ و میر کودکان شهرستان زابل و توابع (چهار منطقه شامل شهرهای محمد آباد، زهک، ادیمی، دوست محمد و روستاهای تحت پوشش) تکمیل و به کارشناس مرگ و میر دانشگاه تحویل شده بود، جهت به دست آوردن اطلاعات استفاده شد. لازم به ذکر است این چک لیست‌ها به بررسی متغیرهای مسبب مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و نیز علل عدم بهبود کودکان این گروه سنی می‌پردازد. این چک لیست‌های بررسی مرگ کودک شامل ۴ بخش به شرح زیر است که با توجه به سیر بیماری تا فوت کودک بخش‌های مختلف آن تکمیل می‌شود:

چک لیست‌های گروه (ب): مخصوص بررسی مشخصات کلی خانواده و سوابق سلامت و بیماری متوفی ۱ تا ۵۹ ماهه که از طریق پرسشگری از خانواده کودکان متوفی تکمیل می‌شود و شامل دو بخش به این شرح می‌باشد:

چک لیست ب-۲: موارد مرگ ناشی از حوادث

چک لیست ب-۳: موارد مرگ غیر حادثه‌ای

چک لیست ج: مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) سرپایی به بیماری متوفی که مربوط به بررسی سوابق اقدامات پزشکی است که برای کودک انجام شده است. این اقدامات شامل تمامی فعالیت‌ها، مداخلات و توصیه‌های تشخیصی، مراقبتی و درمانی است که قبل از فوت کودک و به صورت سرپایی انجام شده و کودک در طی این خدمات (یا برای این خدمات) در بیمارستان بستری نبوده است. کلیه مراکز تشخیصی، درمانی و بهداشتی و همچنین اورژانس‌های بیمارستان‌ها از جمله محل‌های مورد نظر برای این خدمات هستند.

چک لیست‌های گروه (د): مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) بستری متوفی ۱ تا ۵۹ ماهه که به منظور ثبت اطلاعات مربوط به بستری کودک در بیمارستان تهیه شده و مرجع این پرسشگری، استخراج اطلاعات دفتر و پرونده‌های ثبت، گزارشات و نسخ موجود و در دسترس می‌باشد.

چک لیست‌ها: مربوط به کمیته بررسی علل مرگ کودک ۱ تا ۵۹ ماهه که حداقل از یکی از پزشکان متخصص منتخب سؤال می‌شود. پس از بررسی چک لیست‌های تکمیل شده فوق و پرونده‌های کامل پزشکی موجود کودک متوفی از نظر علت فوت و روند مراقبت و درمان متوفی نظر می‌دهد.

پژوهشگر با مراجعه به کارشناس مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه دانشگاه در حوزه معاونت درمان، پرونده موارد مرگ‌های اتفاق افتاده را بررسی و با استخراج داده‌های لازم از چک لیست‌های ثبت شده، اطلاعات لازم را که شامل متغیرهایی مثل مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه به تفکیک جنس و مرگ‌های اختصاصی ناشی از اسهال و عفونت‌های تنفسی و حوادث به تفکیک سن بود را استخراج نموده و سپس اطلاعات

حاصله را با استفاده از آزمون‌های آماری χ^2 ، t -test و نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

یافته‌ها

با توجه به جمعیت ۳۹۰۰۰۰ نفری شهرستان زابل و توابع و همچنین تعداد موالید زنده ۹۰۷۱ نفر در سال ۱۳۸۶، نتایج این پژوهش نشان داد که در سال ۱۳۸۶ تعداد مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه ۹۳ نفر بوده است که بیشترین فراوانی ۶۸٪ در محدوده سنی ۱-۱۲ ماه قرار داشتند و کمترین فراوانی در محدوده سنی ۴۸-۵۹ ماه بوده‌اند و از تعداد کل ۳۷٪ دختر و ۶۳٪ پسر بودند. علت بستری این کودکان در بخش‌های مختلف بیمارستان و مراکز بهداشتی-درمانی با علایم به ترتیب دیسترس تنفسی ۳۴٪، تب بالا ۲۳٪، کاهش سطح هوشیاری ۱۴٪ و سایر علایم ۲۹٪ (صدمات ناشی از سوانح و حوادث) بستری شده بودند. بیشترین فراوانی مرگ و میر

کودکان ۱۵٪ در تیر ماه بود و موارد دیگر در ماه‌های آذر (۱۴٪) و خرداد (۱۱٪) بود. بیشترین علت فوت (۲۷٪) در نتیجه حوادث و سوانح بود که در این خصوص بیشترین فراوانی حوادث و سوانح را حوادث ترافیکی به خود اختصاص داده است (جدول شماره ۱) و کمترین فراوانی مربوط به سقوط از ارتفاع در ۱۰٪ موارد بوده است، علت مرگ ناشی از بیماری‌های تنفسی (پنومونی) (۱۸٪)، بیماری‌های دستگاه گوارش (گاستروانتریت) (۱۵٪) ناهنجاری قلبی و عروقی ۸/۶٪، ناهنجاری مادرزادی و کروموزومی ۵/۴٪ و سایر بیماری‌های عفونی و انگلی ۵/۴٪ بود (جدول شماره ۲).

دیگر یافته‌ها نشان داد، بیشترین علت عدم بهبود کودک ۷۶٪ به علت حساس نبودن والدین به علایم خطر بیماری‌ها و تاخیر در مراجعه به مراکز درمانی و سپس اصرار والدین به ترخیص کودک قبل از بهبودی کامل به دلیل مشکلات اقتصادی (۱۲٪) بوده است (جدول شماره ۳).

جدول ۱- فراوانی مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه در سال ۸۶ بر حسب حوادث و سوانح

محل وقوع حادثه	تعداد	علت مرگ
جاده	۷	حوادث ترافیکی
منزل	۴	سوختگی
رودخانه	۴	غرق شدگی
متزل	۳	خفگی حین شیر خوردن
منزل	۳	مسمومیت (با نفت و ارگانوفسفره)
منزل	۲	سقوط از ارتفاع
منزل	۲	برق گرفتگی
	۲۵	جمع

جدول ۲- فراوانی مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه در سال ۸۶ بر حسب نوع بیماری

درصد	تعداد	نوع بیماری
۳۷	۲۵	حوادث و سوانح غیر عمد
۱۸/۳	۱۷	بیماری‌های دستگاه تنفس (پنومونی)
۱۵/۲	۱۴	بیماری‌های دستگاه گوارش (گاستروانتریت)
۸/۶	۸	ناهنجاری قلبی و عروقی
۵/۴	۵	ناهنجاری مادرزادی و کروموزومی
۵/۴	۵	سایر بیماری‌های عفونی و انگلی
۴/۳	۴	بیماری‌های خون و دستگاه خونساز
۴/۳	۴	حول تولد (تولد نارس)
۲/۲	۲	بیماری‌های سیستم اعصاب مرکزی
۱/۱	۱	دستگاه گوارش (کبد)
۱/۱	۱	بیماری‌های دستگاه ادراری
۱/۱	۱	سو تغذیه
۶/۶	۶	نامعلوم
	۹۳	جمع

جدول ۳ - توزیع فراوانی علل عدم بهبود کودکان ۵۹-۱ ماهه شهرستان زابل

درصد	بیشترین فراوانی علل فوت
۷۶	حساس نبودن والدین به علایم خطر بیماری‌ها و تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی
۱۲	اصرار والدین به ترخیص کودک قبل از بهبودی کامل
۷	عدم تخت خالی NICU در بیمارستان
۵	عدم تخت خالی NICU در استان

بحث

در این مطالعه بیشترین فراوانی گروه سنی کودکان در محدوده سنی ۱ تا ۱۲ ماه (۶۸٪) بوده است. در مطالعه نمکین و همکار نیز مرگ و میر گروه سنی ۱ تا ۱۲ ماه، ۴۲/۳٪ گزارش شده است (۷). همچنین در مطالعه حاضر ۶۳٪ متوفیان پسر و ۳۷٪ دختر بوده‌اند. نتایج مطالعه‌ای در سطح کشوری بیانگر رقم ۲۸/۲٪ برای پسران و ۲۹/۴٪ برای دختران در استان گیلان، ۵۵/۷٪ برای پسران و ۵۱/۸٪ برای دختران در استان کردستان و همچنین ۵۴/۵٪ برای پسران و ۵۴/۶٪ برای دختران در استان سیستان و بلوچستان بوده است (۶). در این مطالعه مشخص گردید که بیشترین (۲۷٪) علت مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه در سال ۱۳۸۶ ناشی از حوادث قابل پیشگیری بوده که با مطالعه دکتر علیرضا نیک‌نیاز تحت عنوان مقایسه وضعیت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت استان آذربایجان شرقی هم‌خوانی دارد. حوادث و سوانح غیر عمد از آن دسته مشکلاتی است که طیف وسیعی از دست‌اندرکاران جامعه در کاهش این میزان می‌توانند دخیل باشند و جهت کاهش میزان مرگ و میر ناشی از این حوادث آگاهی افراد جامعه و اعمال قوانین و مقررات جدی در این زمینه می‌تواند مؤثر باشد (۱۰). وسایل نقلیه موتوری علت مهم مرگ تعداد زیادی از کودکان در ایالات متحده می‌باشد و یکی از چهار علت گزارش شده مرگ برای کودکانی است که ۱۴ یا کمتر از ۱۴ سال سن دارند. نتایج یک مطالعه در کشور آمریکا نشان داد، بیش از ۲۳۵۵ کودک بر اثر حوادث ترافیکی دچار حادثه و مرگ شده‌اند (۱۱). علت دوم مرگ و میر مربوط به بیماری‌های تنفسی و دیسترس تنفسی (۱۸/۳٪) بود که با مطالعه داک و همکاران در کشور گینه و مطالعه پری و همکاران در هندوستان هم‌خوانی دارد (۱۲ و ۱۳).

از آنجایی که بیشترین مرگ و میرها در تیرماه که طوفان‌های موسمی زابل در این فصل شدت زیادی دارد (۸۵٪) اتفاق می‌افتد، این عامل می‌تواند نقش مهمی در بروز بیماری‌های دستگاه تنفس داشته باشد. سومین عامل مرگ و میر کودکان گاستروانتریت (۱۵/۲٪) بود. با توجه به وضعیت بهداشتی پایین در بین مناطق مهاجرپذیر و از آنجا که شهرستان زابل در زمره این مناطق به حساب می‌آید. نقش وضعیت بهداشتی در کنترل بهتر بیماری‌های اسهالی و کاهش مرگ و میر کودکان این شهرستان قابل انکار نیست. نتایج این مطالعه با تحقیقی که در ایالات متحده بر روی کودکان مهاجر فنلاندی صورت گرفت مطابقت و هم‌خوانی دارد (۱۴). همچنین بر اساس یافته‌های این پژوهش شایع‌ترین علت عدم بهبودی کودکان ۱-۵۹ ماهه عدم حساسیت والدین به علایم خطر بیماری‌ها و تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی بود که خود عاملی در مزمن شدن بیماری‌های کودکان این شهرستان می‌باشد، از طرفی نباید فراموش کرد که بیشتر بیماری‌های که در سنین بزرگسالی ایجاد می‌گردند به دلیل عدم درمان یا درمان ناقص بیماری در سنین کودکی است پس می‌توان پیشنهاد نمود تا با آرایه آموزش‌های لازم در خصوص اهمیت پیگیری بیماری‌های قابل علاج به والدین از طریق رسانه‌ها و پمفلت‌های آموزشی از این میزان مرگ و میر بالا کاست. از طرفی دومین علت عدم بهبودی اصرار والدین به ترخیص کودکانشان قبل از بهبودی کامل (۱۲٪) می‌باشد که نیازمند راه‌کارها در زمینه آگاهی دادن به والدین از طرفی پرسنل درمانی و کمک مالی از طرف سازمان‌های بیمه به والدین کودکان می‌باشد. با عنایت به موارد فوق که اغلب جز موارد قابل اجتناب مرگ و میر کودکان می‌باشد به نظر می‌رسد در صورتی که اقدامات نظارتی و مراقبتی قبل از مرگ انجام شود شاهد کاهش مرگ و میر کودکان باشیم.

نتیجه گیری

در نهایت می توان چنین نتیجه گرفت که برای کاهش میزان مرگ و میر کودکان و ارتقای سطح سلامت این گروه سنی، افزایش آگاهی های والدین آن ها از طریق آرایه آموزش های مدون در زمینه شناسایی عوامل خطر به آن ها و ارجاع به موقع کودکان آنان به مراکز درمانی جهت دریافت خدمات مناسب الزامی می باشد. در پایان چند پیشنهاد جهت ارتقای مراقبت و سلامتی کودکان ۱-۵۹ ماهه از سوی دست اندرکاران بهداشت و درمان داده می شود:

- ۱ - آموزش نشانه های خطر طبق بوکلت مانا به گروه هدف با توجه به علت فوت
- ۲ - دقت در پیگیری فعال بیماری کودک به ویژه پنومونی، اسهال و سوء تغذیه
- ۳ - انجام مشاوره تغذیه در مورد کودکان دچار اختلال رشد و سوء تغذیه
- ۴ - دریافت آمار کودکان زیر ۵ سال مبتلا به ناهنجاری مادرزادی، بیماری های مزمن و صعب العلاج از پزشکان مراکز، جهت شناسایی این کودکان توسط پزشک و بررسی خلاصه پرونده کودکان توسط پزشکان خانواده جهت مراقبت کودک (پیرو کمیته مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه)

منابع

- 1 - United Nation. The Millennium Development Goals Report 2005, reduce child mortality. New York: 2005. [on-line]. Available: <http://www.un.org/summit 2005/MDGBook.pdf>
- 2 - United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Statistics of Islamic Republic of Iran, children Under-5 mortality rate, 2007 [on-line]. Available: http://www.unicef.org/infobycountry/iran_statistics.html
- 3 - Nojomi M, and et al, Under-5 Year Mortality: Result of In-Hospital Study, Tehran, Iran. Acta Medica Iranica. 2009; 47(4): 319- 324. (Persian)
- 4 - Callaghan WM, Mcdoman MF, Rasmussen SA, et al. The contribution of preterm birth to infant mortality rates in United states. Pediatrics. 2006, 118(4): 1566-73.
- 5 - Frank R, Finch BK. LosAnos de la crisis: an examination of change in differential infant mortality risk. Soc Sci Med. 2004; 59(4): 825-35.
- 6 - Khalkhali H, Hajizadeh E, Gholamnia R, et al. Effective factors on infant mortality rate in Iran. Medical Journal of Orumiyeh. 2004; 15(14): 238-44. (Persian)
- 7 - Namakin K, Sharifzade G. Evaluation of infant mortality causes and its related factors in Birjand. Journal of Isfahan Medical School. 2009; 57(95): 175-82.

- ۵ - تهیه شعارهای بهداشتی با موضوع پیشگیری از سوانح و حوادث ارسال به صدا و سیما جهت زیرنویس کردن در برنامه های تلویزیونی
- ۶ - توزیع بروشور و تراکت های پیشگیری از سوانح و حوادث در مراکز جهت آرایه به مادران به منظور افزایش آگاهی آنان در این خصوص
- ۷ - حساس شدن کلیه پرسنل درگیر در برنامه کودکان بخش خصوصی و دولتی با توجه به پرشگرایی های انجام شده و توجه ویژه به موارد ثبتی در برنامه کودکان
- ۸ - افزایش حساسیت مدیران و مسؤولین بخش بهداشت و درمان نسبت به وقوع مرگ های کودکان ۱-۵۹ ماهه

تشریح و قدردانی

لازم است از کلیه پرسنل بهداشتی درمانی به خصوص کارشناسان مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه دانشگاه علو پزشکی زابل که بدون هیچ گونه سودگیری و نهایت همکاری و با هدف تعیین علل مرگ و میر کودکان و به دنبال آن آرایه راه کارهای لازم جهت بهبود این وضعیت به ما کمک نموده اند قدردانی می نمایم. امید است نتایج این مطالعه گام مهمی در زمینه ارتقای بهبودی کودکان، این قشر عزیز و آسیب پذیر جامعه نموده باشد.

- 8 - World health Organization, Millennium development goals and challenges under five year-child mortality rate 2001:1.
- 9 - UNICIF. The state of world's children 2001. Oxford University Press. UNICIF. 2004: 77.
- 10 - Nikniaz A. Assessing the causes of under five mortality in the health service of rural Azarbayejan. Medical Journal of Tabriz. 2006; 28(2): 113-7. (Persian)
- 11 - Mikdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in United states. JAMA. 2004; 291: 12-38. (Persian)
- 12 - National Center for Health Statistics of United States, Child Mortality Data ,Report. 2000: 83.
- 13 - Duke T, Michael A, Mgone J, Frank D, Wal T, Sehuko R. Etiology of Child Mortality in Goroka, Papua New Guinea: a Prospective two-year Study. Bull World Health Organ. 2002; 80(1): 16-25.
- 14 - Perry HB, Ross AG, Fernand F. Assessing the causes of under-five mortality in the Albert Schweitzer Hospital service area of rural Haiti. Rev Panam Salud Publica. 2005 Sep; 18(3): 178-86.

Infant under 1-59 month mortality causes in Zabol

Shahraki Vahed¹ A (MSc.) - Mardani Hamule² M (MSc.) - Arab³ M (BSc.) - Firuzkuhi⁴ Z (BSc.).

Introduction: Infant less than five years mortality is one of developing health index in countries. In recent years under five years mortality rates has been decreased in our country but still is higher than the developed countries. Thus we prompted to investigate some causes in infant under 1-59 month mortality during 2006.

Methods: This is a descriptive study which conducted during 2006. In this study 93 cases were selected using census sampling. Data collected by Infant mortality registering checklists that confirmed by Health and treatment service ministry of Iran. These checklists filled by educated critics' personnel. Researcher et al exploited data by analysis in registered checklists then converted data to digital form and analyzed by SPSS software.

Results: Finding showed that 93 deaths occurred. The most frequency of them related to 1-12 months age (57%) that 37% of cases were female and 63% of them were male. Majority causes from death is collisions & accidents (27%). Mortality from respiratory diseases was 18/3 percent and gastrointestinal diseases 15/2 percent. Majority failure in treatment causes is Insensibility in parent due to treatment (76%) and insistence of parent to discharge their infant from hospital because they were so impecunious to paid treatment costs (12%).

Conclusion: Our finding showed that Infant mortality rate in this city was higher than country rate which has various reasons that one of these reasons was rise in collisions rate. Thus it is essential to perform implementations to reduce collisions rate as well as it essential to perform effective implementation for maternal and newborn care, infant and newborn nutrition's, vaccination, control and management of diseases such as diarrhea and pneumonia. For neglects in treatment educational planning must be proposed.

Key words: Mortality rate, Infant

1 - Corresponding author: MSc. in Nursing, Zabol University of Medical Sciences

e-mail: azizshahraky@yahoo.com

2 - MSc. in Nursing, Educational Supervisor of Fateme Zahra Hospital of Najafabad

3 - Nurses, Zabol University of Medical Sciences

4 - Nurses, Zabol University of Medical Sciences