

آگاهی مادران از علائم، پیشگیری، مراقبتهای درمانی و عوارض گلودرد چرکی کودکان

بتول معتمدی* - دکتر محمدتقی یاسمی**

* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

** دانشیار گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

چکیده

گلودرد چرکی یکی از شایعترین عفونتهای باکتریال می باشد که عوارض خطرناک تب رماتیسمی و گلوپروتونفریت در آن اهمیت و تشخیص درمان این بیماری را افزایش می دهد.

در تابستان ۱۳۷۶ با استفاده از پرسشنامه تنظیمی توسط گروه پژوهش بمنظور بررسی آگاهی مادران از علائم، پیشگیری، مراقبتهای درمانی و عوارض گلودرد چرکی کودکان بر روی ۵۰۸ مادر شهری و ۸۰ مادر روستایی که بصورت نمونه گیری تصادفی طبقه ای متوازن با جمعیت انتخاب شدند این پژوهش انجام شد که نتایج آن بشرح زیر می باشد.

در مادران شهری میانگین سن 29 ± 7 سال، تحصیلات $9 \pm 4/7$ کلاس و تعداد فرزند در آنها $2/7 \pm 1/8$ با میانگین ۲ بود. ۷۵٪ آنها خانه دار و ۲۳٪ شاغل بودند و شغل ۲٪ آنها ذکر نشده بود.

در مادران روستایی میانگین سن $32 \pm 9/5$ سال، تحصیلات 4 ± 4 کلاس و تعداد فرزند $3/6 \pm 2/5$ با میانگین ۳ بود. ۷۷٪ آنها خانه دار و ۱۳٪ شاغل بودند و شغل ۸٪ آنها ذکر نشده بود. آگاهی مادران شهری و روستایی از گلودرد چرکی به ترتیب ۲۶/۹٪ و ۱۴/۶٪ در مورد تشخیص بیماری، ۵۳/۱٪ و ۳۷/۵٪ در مورد واگیردار بودن آن، ۷۳/۴٪ و ۴۶/۲٪ در مورد نیاز به درمان کامل با آنتی بیوتیک، ۷۶/۴٪ و ۳۳/۸٪ در مورد عارضه رماتیسم قلبی و ۵۸/۱٪ و ۳۰٪ در مورد عارضه ورم کلیه بود.

دانش مادران شهری در مورد علائم گلودرد چرکی ($P < 0/0001$)، راههای انتقال ($P < 0/05$)، اثر شیر مادر بر پیشگیری از آن ($P < 0/01$) و آگاهی از عارضه رماتیسم و ورم کلیه ($P < 0/0003$) بطور معنی داری از مادران روستایی بیشتر بود. این پژوهش نه تنها ضرورت آموزش مراقبین بهداشتی و مردم رادر شهر و روستا نشان داد بلکه اهداف آموزشی رانیز برای مامشخص نمود.

کلید واژه ها: گلودرد - در نوزادی و کودکی / گلودرد - عوارض / مادران

مقدمه

عفونتهای حاد دستگاه تنفسی در کشورهای در حال توسعه یکی از علل شایع مرگ و میر کودکان میباشد، سالیانه از ۱۴ میلیون مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، ۴ میلیون کودک بعلت عفونتهای حاد دستگاه تنفس می میرند. عفونتهای حاد دستگاه تنفسی فوقانی خصوصاً گلودرد چرکی در کودکان باعث مرگ و میر کم اما معلولیت قابل ملاحظه ای میگردد (۱). عفونت استرپتوکوکی ممکن است از حد نازوفارنکس گسترش یابد و منجر به بروز سینوزیت، اوتیت میانی، ماستوئیدیت، آدنیت گردنی، تشکیل آبسه در

پشت گلو یا اطراف لوزه یا برونکوپنومونی شود (۴، ۱۱، ۱۴). استرپتوکوکهایی که به جریان خون راه می یابند ممکن است باعث ایجاد مننژیت، استومیلیت یا آرتریت سپتیک شوند (۴). عوارض غیرچرکی آن عبارتند از: تب رماتیسمی و گلوپروتونفریت حاد که با درمان بموقع آن می توان از تب رماتیسمی و عود مجدد آن جلوگیری نمود (۴، ۱۱، ۱۴). عفونتهای استرپتوکوکی اکثراً حساس به پنی سیلین میباشند و درمان آنها آسان است، در فارنژیت ۴۸ ساعت پس از شروع درمان با پنی سیلین عفونت به اطرافیان

انتقال نمی‌یابد (۴،۱۴). در کشورهای در حال توسعه، عفونت گوش میانی علت مهم کری قابل پیشگیری است و سهم زیادی در بوجود آوردن مشکلات آگاهی و یادگیری کودکان دارد (۱). بعلاوه تب رماتیسمی حاد و نارسایی مزمن کلیه متعاقب گلو دردهای چرکی استرپتوکوکی عارض می‌شود (۱۴،۱۰،۹،۶،۴،۳،۱). تشخیص و درمان بیماری در مبتلایان به عفونت حاد دستگاه تنفسی فوقانی به دلایل زیر حائز اهمیت است. رهایی از درد، کاهش بروز عوارض، آموزش نحوه مراقبت صحیح در عفونتهای حاد دستگاه تنفسی فوقانی به مادر (۱۶،۱۵،۱) و کاهش مصرف نابجای آنتی‌بیوتیک (۱۷)، جهت به تأخیر افتادن مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها که یکی از موضوعات مهم برنامه کشوری مبارزه با عفونتهای حاد تنفسی می‌باشد (۱).

نظر به اهمیت سلامت جامعه که سریع‌ترین راه رسیدن به آن استفاده از طب پیشگیری می‌باشد و این طب زمانی می‌تواند ایفای نقش نماید که جامعه از سطح آگاهی بالایی برخوردار باشد. میزان آگاهی مادران تأثیر مهم و انکارناپذیری بر سلامت کودک دارد (۱۲) و این تأثیر حتی در جوامع بسیار فقیر نمایان است در همین رابطه هیروشی ناکاجیما مدیرکل سازمان بهداشت جهانی اظهار داشته اگر بتوانیم سطح دانش و معلومات والدین و خانواده‌ها را به طرز صحیح بالا ببریم $\frac{2}{3}$ از چهارده میلیون کودکی که سالانه به دلایل مختلف حیات خود را از دست می‌دهند نجات خواهند یافت (۵). با توجه به اینکه گلودرد چرکی استرپتوکوکی درمان نشده عوارض خطرناکی بر اندام‌های حیاتی از جمله قلب و کلیه می‌گذارد (۱۴،۳،۴،۱۲) که علاوه بر صرف هزینه‌های گزاف بیمارستانی از جمله تعویض دریچه قلب و استفاده از دستگاه همودیالیز، بهداشت روانی خانواده و جامعه را متأثر از خود ساخته و میزان مرگ و میر نیز افزایش می‌یابد و از آنجایی که یکی از موارد مهم پیشگیری و کنترل عفونتهای تنفسی کودکان آموزش و آگاه سازی والدین به ویژه مادران است (۱۲،۵) بمنظور دستیابی به نیازهای آموزشی مادران در زمینه گلودرد چرکی کودکان نهایتاً پیشگیری از مرگ و میر و معلولیت‌های کودکان این پژوهش انجام شد.

روش بررسی

جامعه مورد مطالعه شامل ۶۰۰ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری و خانه‌های بهداشت روستایی جهت

استفاده از خدمات بهداشتی بود که به صورت طبقه‌ای تصادفی متوازن (weighed stratified) بر حسب جمعیت تحت پوشش در شهر کرمان انتخاب شدند (۸۹ مادر روستایی و ۵۱۱ مادر شهری) نمونه روستایی از مراکز ۵ دهستان شهر کرمان (اختیارآباد، باغین، دهلولو، سرآسیاب فرسنگی و زنگی‌آباد) انتخاب شدند و نمونه شهری پس از انتخاب تصادفی ده مرکز بهداشتی شهر کرمان بطور تصادفی انتخاب شدند. ابزار تحقیق پرسشنامه‌ای بود که توسط گروه پژوهش تهیه گردید. ابتدا با استفاده از pre-test حاوی سؤالات باز، پرسشنامه‌ای شامل خصوصیات دموگرافیک و سؤالات آگاهی سنجی که یک مورد نمونه از تابلوی بالینی (vignette) گلودرد چرکی در یک کودک ۵ ساله ارائه و از مادر خواسته شد تشخیص را مطرح نماید و عبارات صحیح و غلط برای تشخیص علائم، پیشگیری، مراقبت‌های درمانی و عوارض گلودرد چرکی داده شد مثلاً در مورد عوارض عبارت صحیح عارضه رماتیسم قلبی و همچنین عبارت غلط گواتر گنجانده شده بود، با سؤالات بسته تهیه و پس از نظرخواهی اساتید مربوطه (بیماریهای عفونی و کودکان) و با نظر کارشناسان متعدد روایی محتوای آن انجام (حداقل ۸۰٪ آن‌ها سؤالات را مناسب تشخیص دادند) و مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه آگاهی سنجی شامل ۴ بخش بود که پس از انجام پژوهش ضریب پایانی هر بخش با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ اندازه‌گیری شد که در مورد سؤالات مربوط به علائم ۰/۶۳، عوارض ۰/۵۵، پیشگیری و مراقبت‌های درمانی کمتر از ۰/۵ بود.

پس از آموزش به پرسشگران و مراجعه آنها به مراکز شهری و روستایی پرسشنامه‌ها توسط آنها تکمیل و جمع‌آوری گردید. ۱۲ پرسشنامه مربوط به مادران شهری و روستایی بعلت ناقص بودن از مطالعه خارج شد. پس از وارد کردن داده‌های مربوط به ۸۰ مادر روستایی و ۵۰۸ مادر شهری در کامپیوتر توسط برنامه EPI-info6 با استفاده از آمارهای توصیفی و شاخص‌های پراکندگی و جهت تعیین رابطه متغیرهای کیفی آزمون X^2 و رابطه متغیرهای دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات) با میزان آگاهی مادران در مورد گلودرد چرکی کودکان پس از اثبات برابری واریانس‌ها با استفاده از تست بارتلت (Bartlett) آنالیز واریانس (ANOVA) انجام شد و در صورت نابرابری واریانس‌ها از آزمون کروسکالوالیس استفاده شد. تجزیه و تحلیل تک تک سؤالات بطور مجزا انجام شد.

نتایج:

۱- یافته‌های دموگرافیک

۵۰۸ نفر (۸۶/۴٪) مادران مورد مطالعه شهری و ۸۰ نفر (۱۳/۶٪) روستایی بودند. میانگین سن مادران شهری 29 ± 7 و روستایی $32 \pm 9/5$ سال بود. میانگین میزان تحصیلات مادران شهری $9 \pm 4/7$ و روستایی 4 ± 4 کلاس بود. ۳۸۱ نفر (۷۵٪) مادران شهری خانه‌دار، ۱۱۷ نفر (۲۳٪) شاغل و شغل ۱۰ نفر (۲٪) نامعلوم بود و ۶۲ نفر (۷۷/۵٪) مادران روستایی خانه‌دار، ۱۱ نفر (۱۳/۸٪) شاغل، و شغل ۷ نفر (۸/۷٪) نامعلوم بود. میانگین و میان تعداد فرزندان مادران شهری $1/8 \pm 2/7$ و ۲، مادران روستایی $2/5 \pm 3/6$ و ۳ بود. ۱۵۸ نفر (۳۱/۵٪) مادران شهری و ۱۷ نفر (۲۲/۱٪) مادران روستایی سن کوچکترین فرزندشان یک سال یا کمتر بود و دامنه سنی کوچکترین فرزند آنها ۱۵-۰ سال بود. ۴۱۲ نفر (۸۱/۱٪) مادر شهری و ۷۲ نفر (۹۰٪) مادر روستایی در مرکز بهداشت محل سکونت خود پرونده بهداشتی داشتند.

با استفاده از آزمون کروسکالوالیس بین سن مادران شهری و روستایی ($H = 6/478$ df = ۱ $P < 0/02$) میزان تحصیلات آنها ($F = 79/99$ df = ۱ $P < 0/000001$) تعداد فرزندان آنها ($H = 7/227$ df = ۱ $P < 0/01$) رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت و سن کوچکترین فرزند آنها رابطه معنی‌داری وجود نداشت. با استفاده از آزمون مجذورکای بین شغل مادران شهری و روستایی از نظر شاغل بودن ($X^2 = 223/79$ df = ۲ $P < 0/002$) رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت و در بین آنها از نظر داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

۲- یافته‌های آگاهی

منبع کسب آگاهی افراد مورد مطالعه و تفاوت آن در مادران شهری و روستایی در (جدول ۱) آورده شده است. ۳۴۱ نفر (۸۵/۲٪) مادران شهری و ۷۳ نفر (۹۱/۲٪) مادران روستایی نیاز به آموزش در مورد گلودرد چرکی را در خود احساس می‌کردند که بین مادران شهری و روستایی در این مورد رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

۱-۲ یافته‌های آگاهی از علائم گلودرد چرکی

۱۳۴ نفر (۲۶/۹٪) مادران شهری و ۱۳ نفر (۱۴/۶٪)

مادران روستایی در مورد نمونه بالینی (Vignette) گلودرد چرکی تشخیص صحیح دادند. توزیع فراوانی و درصد چگونگی پاسخ به سؤالات مربوط به شناخت علائم گلودرد چرکی کودکان و رابطه آن با شهری یا روستایی بودن در (جدول ۲) آورده شده است و رابطه آن با سن و میزان تحصیلات در (جدول ۵) می‌باشد.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد منبع کسب آگاهی مادران شهری و روستایی افراد مورد مطالعه

P-Value	مادران روستایی		مادران شهری		محل سکونت افراد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\neq$	۵۳/۸	۴۳	۶۹/۵	۳۵۵	پزشکان
NS	۶۵	۵۲	۶۹/۹	۳۵۵	رادیو تلویزیون
NS	۶۵	۵۲	۶۳/۶	۳۲۳	مراکز بهداشتی
$\neq$	۳۰	۲۴	۴۵/۹	۲۳۳	خویشاوندان
+	۱۸/۸	۱۵	۴۲/۷	۲۱۷	کتاب و نشریات
$\neq$	۱۸/۸	۱۵	۳۴/۳	۱۷۴	همسر
+	۳/۷	۳	۲۶	۱۳۲	داروخانه
$\neq$	۷/۵	۶	۲۰/۵	۱۰۴	همکاران

NS= Non Significant + $P < 0/008 \neq P < 0/00005 +$

۲-۲ یافته‌های آگاهی از پیشگیری گلودرد چرکی

۲۷۰ نفر (۵۳/۱٪) مادران شهری و ۳۰ نفر (۳۷/۵٪) مادران روستایی می‌دانستند که گلودرد چرکی واگیر دارد و بین مادران شهری و روستایی در این مورد رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($X^2 = 6/77$, df = ۱, $P < 0/01$) توزیع فراوانی و چگونگی پاسخ به سؤالات مربوط به پیشگیری از گلودرد چرکی و رابطه زنان شهری و روستایی با آن در (جدول ۳) آورده شده است.

۳-۲ یافته‌های آگاهی از مراقبت‌های درمانی گلودرد چرکی

۴۹۳ نفر (۹۷٪) مادران شهری و ۷۱ نفر (۸۸/۷٪) مادران روستایی می‌دانستند چگونه تب کودک را پایین آوردند و بین آگاهی زنان شهری و روستایی در این مورد رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < 0/003$). ۴۵۶ نفر (۸۹/۸٪) مادران شهری و ۶۵ نفر (۸۱/۲٪) مادران روستایی از استفاده از غرغره آب نمک جهت تسکین درد گلودرد چرکی آگاهی داشتند، ۳۵۳ نفر (۶۹/۵٪) مادران شهری و ۳۰ نفر (۳۷/۵٪) مادران روستایی می‌دانستند که نمی‌توان با داروهای خانگی گلودرد چرکی را درمان نمود و ۴۹۹ نفر (۹۸/۴٪) مادران شهری و ۷۵ نفر (۹۳/۷٪) مادران

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصد چگونگی پاسخ به سؤالات مربوط به شناخت علائم گلودرد چرکی کودکان در افراد مورد مطالعه

P-Value	مادران روستایی				مادران شهری				محل سکونت افراد	علائم
	نادرست		درست		نادرست		درست			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
+	۶۸/۷	۵۵	۳۱/۳	۲۵	۳۵	۱۷۳	۶۵	۳۳۱	سرفه	
+	۵۸/۷	۴۷	۴۱/۳	۳۳	۲۷/۳	۱۳۵	۷۲/۷	۳۵۹	چرک سفید در حلق	
+	۶۵	۵۲	۳۵	۲۸	۲۶/۹	۱۳۳	۷۳/۱	۳۶۱	آبریزش از بینی	
≠	۶۶/۲	۵۳	۳۳/۸	۲۷	۴۲/۵	۲۱۰	۵۷/۵	۲۸۴	بزرگ و دردناک شدن غده‌های گردن	
≠	۷۵	۶۰	۲۵	۲۰	۵۲	۲۵۷	۴۸	۲۳۷	قرمزی گلو	
NS	۴۰	۳۲	۶۰	۴۸	۵۰/۴	۲۴۹	۴۹/۶	۲۴۵	تب	

NS= Non Significant +

$P < 0.0001 \neq$

$P < 0.000005 +$

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصد چگونگی پاسخ به سؤالات مربوط به پیشگیری از گلودرد چرکی کودکان در افراد مورد مطالعه

P-Value	مادران روستایی				مادران شهری				محل سکونت افراد	پیشگیری
	نادرست		درست		نادرست		درست			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
									شناخت راههای انتقال*:	
≠	۸۵	۶۸	۱۵	۱۲	۶۸/۹	۳۵۰	۳۱/۱	۱۵۸	تماس	
+	۹۵	۷۶	۵	۴	۶۷/۹	۳۴۵	۳۲/۱	۱۶۳	تنفس	
≠≠	۹۵	۷۶	۵	۴	۸۷	۴۴۲	۱۳	۶۶	غذا	
									نحوه محافظت:	
NS	۴۸/۷	۳۹	۵۱/۳	۴۱	۴۸/۶	۲۴۶	۵۱/۴	۲۶۰	اثر واکسیناسیون کشوری	
+	۴۲/۵	۳۴	۵۷/۵	۴۶	۲۰	۱۰۱	۸۰	۴۰۵	شیردادن مادر مبتلا به کودک	
≠≠	۴۲/۵	۳۴	۵۷/۵	۴۶	۲۹/۶	۱۵۰	۷۰/۴	۳۵۶	اثر تغذیه شیرمادر	
≠	۳۱/۲	۲۵	۶۸/۸	۵۵	۱۸/۶	۹۴	۸۱/۴	۴۱۲	اثر تغذیه مناسب	
NS	۷۲/۵	۵۸	۲۷/۵	۲۲	۶۵/۶	۳۳۲	۳۴/۴	۱۷۴	اثر درآوردن لوزه‌ها	
≠≠	۵۱/۲	۴۱	۴۸/۸	۳۹	۳۷/۵	۱۹۰	۶۲/۵	۳۱۶	راگیری بعد از درمان با آنتی بیوتیک	

NS= Non Significant

* سوال باز

+ $P < 0.00001$

≠ $P < 0.01$

≠≠ $P < 0.05$

۲-۴ یافته‌های آگاهی از عوارض گلودرد چرکی

۴۸۹ نفر (۰/۹۶/۳) مادران شهری و ۶۸ نفر (۰/۸۵) مادران روستایی در پاسخ به سؤال «آیا گلودرد چرکی درمان نشود عوارضی به دنبال دارد؟» پاسخ درست دادند که بین آگاهی مادران شهری و روستایی رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < 0/00003$).

توزیع فراوانی و درصد چگونگی پاسخ به سؤالات مربوط به عوارض گلودرد چرکی در (جدول ۴) آورده شده است.

رابطه آگاهی مادران شهری و روستایی از عوارض رماتیسم قلبی، ورم کلیه، رماتیسم مفصلی و علائم عصبی (حرکات غیرارادی) در (جدول ۵) آورده شده است.

روستایی می‌دانستند که گلودرد چرکی نیاز به درمان فوری پزشکی دارد. ۳۷۳ نفر (۰/۷۳/۴) مادران شهری و ۳۷ نفر (۰/۴۶/۲) مادران روستایی آگاهی داشتند که بایستی درمان با آنتی بیوتیک رادرگلودردچرکی کامل نمود که در تمام موارد فوق رابطه بین آگاهی مادران شهری و روستایی معنی‌دار بود. ($P < 0/01$). ۳۴۴ نفر (۰/۶۷/۷) مادران شهری و ۴۶ نفر (۰/۵۷/۵) مادران روستایی در کشور ما روش تزریقی را روش درمانی مطمئن گلودرد چرکی می‌دانستند که بین مادران شهری و روستایی در این مورد رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

رابطه بین سن و میزان تحصیلات مادران شهری و روستایی با آگاهی از درمان کامل با آنتی بیوتیک و روش مطمئن درمانی در گلودرد چرکی در (جدول ۵) آورده شده است.

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد چگونگی پاسخ به سؤالات مربوط به عوارض گلودرد چرکی در افراد مورد مطالعه *

P-Value	مادران روستایی				مادران شهری				محل سکونت افراد	علائم
	نادرست		درست		نادرست		درست			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
+	۵۵	۴۴	۴۵	۳۶	۳۱/۱	۱۵۸	۶۸/۹	۳۵۰	دمل‌لوزه‌ها	
+	۷۸/۷	۶۳	۲۱/۳	۱۷	۴۷	۲۳۹	۵۳	۲۶۹	آسم	
+	۶۶/۲	۵۳	۳۳/۸	۲۷	۲۲/۶	۱۲۰	۷۶/۴	۳۸۸	رماتیسم قلبی	
NS	۵۳/۷	۴۳	۴۶/۳	۳۷	۶۲/۲	۳۱۶	۳۷/۸	۱۹۲	گواتر (غم‌باد)	
+	۷۰	۵۶	۳۰	۲۴	۴۱/۹	۲۱۳	۵۸/۱	۲۹۵	ورم کلیه	
+	۴۵	۳۶	۵۵	۴۴	۲۰/۵	۱۰۴	۷۹/۵	۴۰۴	عفونت گوش	
+	۶۲/۵	۵۸	۲۷/۵	۲۲	۳۷/۴	۱۹۰	۶۲/۶	۳۱۸	سینوزیت	
NS	۴۱/۲	۳۳	۵۸/۸	۴۷	۴۵/۳	۲۳۰	۵۴/۷	۲۷۸	سرخک	
+	۷۶/۲	۶۱	۲۳/۸	۱۹	۴۵/۷	۲۳۲	۵۴/۳	۲۷۶	رماتیسم مفصلی	
NS	۴۸/۷	۳۹	۵۱/۳	۴۱	۴۸/۷	۲۴۷	۵۱/۴	۲۶۱	مخملک	
≠	۷۸/۷	۶۳	۲۱/۳	۱۷	۶۰/۴	۳۰۷	۳۹/۶	۲۰۱	علائم عصبی (حرکات غیرارادی)	
NS	۴۲/۵	۳۴	۵۷/۵	۴۶	۳۱/۹	۱۶۲	۶۸/۱	۳۴۶	ذات‌الریه	

NS= Non Significant + $P < 0/002 \neq$ $P < 0/00003 +$

* توضیح: گزینه‌های صحیح و غلط هر دو آنالیز شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

۸۰ تا ۹۰٪ موارد با تجویز یک دوره کامل آنتی بیوتیک قابل پیشگیری است (۱۳)، از اهمیت بسزایی برخوردار است.

گلودرد استرپتوکوکی یکی از شایعترین عفونت‌های باکتریال در انسان است (۳) که تشخیص و درمان به موقع این بیماری به منظور جلوگیری از عوارض خطرناک آن که در

جدول ۵- رابطه آگاهی افراد مورد مطالعه در مورد تشخیص - درمان و عوارض گلودرد چرکی با سن و میزان تحصیلات

ماداران روستایی						ماداران شهری					
میزان تحصیلات			سن			میزان تحصیلات			سن		
F	df	P-Value	F	df	P-Value	F	df	P-Value	F	df	P-Value
۱/۳۰۵	۱	۰/۲۵۵۵۷۲	۱/۱۵۵	۱	۰/۲۸۵۷۸۰	۲/۴۱۸	۱	۰/۱۱۶۴۱۹	۷/۰۲۸	۱	۰/۱۵۱۱۴۹
۱۷/۷۲۲	۱	۰/۰۰۰۲۰۷	۰/۱۵۳	۱	۰/۶۹۸۹۱۳	۲۷/۴۱۸	۱	۰/۰۰۰۰۱۳	۰/۳۸۲	۱	۰/۵۴۴۲۶۷
۰/۷۰۵	۳	۰/۵۵۵۳۵۹	۰/۶۵۴	۳	۰/۱۵۶۵۷۸۸	۱/۱۳۰	۳	۰/۳۲۶۲۷۶	H ^{**} =۲/۰۰۴	۳	۰/۰۰۰۱۰۵
H=۷/۰۹۹	۱	۰/۰۰۰۷۷۱	۱/۱۲۱	۱	۰/۲۹۳۱۲۷	۲۲/۵۵۵	۱	۰/۰۰۰۰۳۸	F*=۷/۴۰۵	۱	۰/۰۰۰۶۸۰۳
۳/۰۴۹	۱	۰/۰۸۱۰۱۷	۰/۰۳۲	۱	۰/۸۵۱۹۲۰	H=۰/۱۸۹	۱	۰/۶۳۵۴۰	۲/۶۲۵	۱	۰/۱۰۱۷۱۷
۲/۵۲۹	۱	۰/۱۱۱۹۰۶	۰/۰۸۵۳	۱	۰/۶۳۸۷۶۶	۱۴/۷۴۲	۱	۰/۰۰۰۰۳۴۵	N/۹۲۳	۱	۰/۰۰۰۳۳۳
H=۲/۹۴۸	۱	۰/۰۸۶۰۰۵	۰/۴۸۰	۱	۰/۵۰۲۵۲۳	۰/۰۶۸	۱	۰/۷۸۹۹۳۱	۱۰/۹۰۶	۱	۰/۰۰۱۴۱۹
						خصوصیات دموگرافیک					
						سؤالات آگاهی					
						تشخیص گلودرد چرکی درمان کامل باآنتی بیوتیک روش درمانی مطمئن گلودرد چرکی					
						عارضه رماتیسم قلبی عارضه وزم کلیه عارضه رماتیسم مفصلی عارضه علائم عصبی (حرکات غیرارادی)					

* F نتایج آزمون آنالیز واریانس (ANOVA) می باشد

H نتایج آزمون کرومکالواریس می باشد**

حال چگونه می‌توان دارو و درمان مناسب را در زمان مناسب در دسترس کودکان نیازمند قرار داد؟ اخیراً مشخص شده است که می‌توان والدین را برای تشخیص اولین نشانه‌های خطر آموزش داد (۱۳) این پژوهش امکان دستیابی به نیازهای آموزشی مادران را در مورد گلودرد چرکی فراهم نمود.

در این مطالعه فقط ۲۶/۹٪ مادران شهری و ۱۴/۶٪ مادران روستایی به سوال تشخیصی گلودرد چرکی با توجه به علائم پاسخ صحیح دادند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی پی برده‌اند که مرگ بسیاری از کودکان تلف شده از عفونتهای حاد تنفسی فقط به خاطر آن بوده است که خانواده‌های آنها و کارکنان بهداشتی فاقد اطلاعات لازم و ابتدایی درباره این بیماری‌ها بوده‌اند. بعضی بررسیهای انجام شده در مناطق روستایی چین، فیلیپین و ویتنام نشان داد که مادران کودکان مبتلا به عفونت حاد تنفسی از علائم و نشانه‌های اولیه و مشخص این بیماری‌ها آشنایی نداشتند تا به محض مشاهده کودکانشان رابه مرکز بهداشتی هدایت کنند (۸).

در پژوهش ما فقط ۵۳/۱٪ مادران شهری و ۳۷/۵٪ از مادران روستایی می‌دانستند که گلودرد چرکی واگیردار است (۱۰٪ $P < 0/01$). بررسی‌های متعدد نشان داده است که تقریباً نیمی از افرادی که علائم بالینی استرپتوکوکی را دارا هستند به عفونت حاد واقعی و بقیه ناقل آن باکتری هستند (۱۰). در حالیکه بیش از نیمی از مادران کودکانشان را در معرض خطر ابتلاء قرار می‌دهند.

۴۸/۶٪ مادران شهری و ۴۸/۷٪ از مادران روستایی نمی‌دانستند که واکسیناسیون کشوری کودکان را در برابر گلودرد چرکی محافظت نمی‌کند که بایستی در مراکز واکسیناسیون آگاهی‌های لازم به مادران داده شود. احتمالاً مادران مصونیت در برابر سیاه سرفه را با موارد گوناگون سرماخوردگی و گلودرد یکسان می‌دانند.

۲۰٪ مادران شهری و ۴۲/۵٪ مادران روستایی پاسخ دادند که در صورت ابتلاء مادر به گلودرد چرکی نباید فرزندش را شیر دهد (۱۰٪ $P < 0/00001$). اگرچه در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر فعالیت چشمگیری صورت گرفته متأسفانه کافی نمی‌باشد.

۶۵/۶٪ مادران شهری و ۷۲/۵٪ مادران روستایی در آوردن لوزه‌ها را موجب کاهش ابتلاء به گلودرد چرکی می‌دانستند. برداشتن لوزه‌ها برای درمان گلودرد استرپتوکوکی همیشه مورد بحث بوده ولی عموماً با اکراه

متخصصین کودکان مواجه بوده است (۹).

۷۳/۴٪ مادران شهری و ۴۶/۲٪ مادران روستایی می‌دانستند، آنتی بیوتیک تجویزی توسط پزشک جهت درمان گلودرد چرکی را باید بطور کامل استفاده نمود (۱۰٪ $P < 0/01$). اگرچه اکثریت موارد عفونت حاد تنفسی نیاز به درمانی جز مراقبت در خانه، نوشیدن مایعات اضافی و تغذیه مناسب ندارند، ۷۰٪ این کودکان تحت درمان غیر لازم و گران همراه با آنتی بیوتیک و سایر داروها قرار می‌گیرند (۶) که خوشبختانه بیش از ۹۰٪ مادران شهری و روستایی در این پژوهش می‌دانستند گلودرد چرکی نیاز به درمان فوری پزشکی دارد و تقریباً بین ۷۰-۶۰٪ مادران شهری و روستایی روش تزریقی را روش درمانی مطمئنی برای آن در کشور ما می‌دانستند که در صورت مهارت و آگاهی پزشکان در تشخیص درست بیماری می‌توانند از مصرف بی‌رویه آنتی بیوتیک خودداری نموده و در صورت نیاز به مصرف آن والدین کودک را بنحو مطلوب راهنمایی نمایند.

بیش از نیمی از مادران شهری و فقط ۳۰٪ مادران روستایی ورم کلیه و رماتیسیم مفصلی را از عوارض گلودرد چرکی می‌دانستند (۳٪ $P < 0/00003$). مهمترین عوارض غیرچرکی گلودرد چرکی رماتیسیم و ورم کلیه می‌باشد (۱۱) که متأسفانه آگاهی مادران در این زمینه مطلوب نمی‌باشد، بایستی آموزش‌های لازم به آنها داده شود.

اگرچه در بسیاری از موارد عملکرد بهورزان در زمینه خدمات بهداشتی مطلوب بوده است با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش سطح آگاهی مادران روستایی در مورد گلودرد چرکی چندان مطلوب نمی‌باشد که توصیه می‌شود در زمینه آموزش به مراجعین خانه‌های بهداشت برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری توسط بهورزان صورت گیرد و در این رابطه آموزش‌های لازم به بهورزان داده شود.

در پایان پیشنهاد می‌شود با استفاده از وسایل ارتباط جمعی و امکانات موجود در مراکز بهداشت در زمینه آموزش بهداشت در ابعاد گوناگون خصوصاً گلودرد چرکی کودکان آگاهی‌های لازم به سرویس دهندگان خدمات بهداشتی در جهت آموزش والدین داده شود تا با استفاده از طب پیشگیری از مرگ و میر کودکان و معلولیت حاصل از عوارض آن ممانعت بعمل آید تا با حفظ سلامتی کودکان که سرمایه‌های آینده کشور می‌باشند (۵) در جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور گامهای مؤثری برداشته شود. با توجه به نتایج این پژوهش اهداف آموزشی عمده در کارکنان

سپاسگزاری

از حوزه معاونت پژوهشی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان که طرح فوق را تصویب و هزینه آنرا تقبل نموده اند تشکر و سپاسگزاری می نمایم. از جناب آقای دکتر داعی و جناب آقای دکتر سلاجقه و جناب آقای دکتر رشیدفرخی بخاطر نظراتشان در روایی پرسشنامه و همچنین از جناب آقای لطیف کار تشکر و سپاسگزاری می نمایم.

منابع:

بهداشتی به خصوص بهورزان و رابطین آنها و همچنین مردم شهری بخصوص روستایی به شرح ذیل خلاصه می شود: علائم گلودرد چرکی، واگیردار بودن آن، عوارض شایع در صورت عدم درمان بموقع، راههای انتقال آن، عدم پوشش واکسیناسیون، عدم قطعیت تأثیر لوزه برداری در پیشگیری از آن، ادامه تغذیه با شیر مادر حین عفونت، درمان مناسب (پنی سیلین تزریقی) و مدت واگیرداری بعد از تزریق می باشد.

۸. شیموچی، اکیر: پیشگیری از ذات الریه در کودکان. بهداشت جهان، سال ۸ شماره ۱، ص ۴۱.
۹. قریب، رضا: دیدگاههای مختلف در درمان گلودرد استرپتوکوکی: خلاصه مقالات سراسری طب کودکان. کرمان: دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۱، صص: ۳۲۶-۳۱۹.
۱۰. قریب، رضا: مسئله ناقلین استرپتوکوک گروه آ در مجار تنفسی فوقانی: خلاصه مقالات سراسری طب کودکان. کرمان: دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۱، صص: ۶-۳.
۱۱. کوشا، علی؛ اسدی، محمد حسین: تعیین حداکثر تیر نرمال آنتی استرپتولیزین در کودکان زیر ۱۵ سال زنجان ۷۵-۱۳۷۴. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۷۶، شماره ۱۹، صص: ۱۳-۶.
۱۲. نقیبی، بهروز؛ [و دیگران]: تعیین میزان آگاهی، بینش و عملکرد والدین کودکان ۱۵-۵ ساله شهرستان تبریز در قبال تب رماتیسمی در بهار ۱۳۷۴. نبض، ۱۳۷۵، سال ششم شماره ۵. ۱۳. یونیسف: وضعیت کودکان جهان در سال ۱۹۹۳. ترجمه ف محرز صفایی. تهران: فروغ دانش، ۱۳۷۲.
14. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. (ed). Nelson Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 750-9.
15. Karoui R, Majeed HA, Yousof AM, et al. Hemolytic Streptococcal and Streptococcal Antibodies in Normal School Children in Kuwait. Am. J of Epidemiology 1982: 116(4): 702-720.
16. Kee F, Goffney B, Canavan C, et al. Treatment of Angina pectoris in Community. The Society of Public Health 1995: 109: 259- 266.

۱. سازمان بهداشت جهانی: برنامه کنترل عفونتهای حاد تنفسی سازمان بهداشت جهانی ژنو ژانویه ۱۹۹۰: عفونتهای حاد تنفسی در کودکان تشخیص و درمان بیماری مبتلایان در بیمارستانهای کوچک در کشورهای در حال توسعه، مانوال برای پزشکان و سایر کارکنان ارشد بهداشتی. ترجمه ن عزالدین زنجانی. تهران: معاونت امور بهداشتی و اداره کل بهداشت خانواده و مدارس، ۱۳۶۹، صص: ۴-۱.
۲. برزیگر، انوش؛ [و دیگران]: بررسی میزان شیوع بیماری رماتیسم قلبی در دانش آموزان چهار منطقه استان گیلان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۴، سال چهارم شماره ۱۵-۱۴، صص: ۱۰-۱.
۳. توفیقی، حسین؛ نصیر، زهرا مرجان: "بررسی شیوع حاملین استرپتوکوک بتاهمولیتیک گروه A در جمعیت دانش آموزان دختر و پسر مدارس راهنمایی شهر کرمان". پایان نامه دکترای حرفه ای پزشکی چاپ نشده دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۴.
۴. جلالی طباطبایی، مصطفی: گلودرد: جزوه آموزشی بیماریهای اطفال بخش علمی شرکت پخش فردوس شماره ۶. تهران: شرکت پخش فردوس، ۱۳۶۹، صص: ۱۲-۴.
۵. حیدرنیا، علیرضا؛ عسکری مجدآبادی، حسام الدین: بررسی میزان تأثیر برنامه آموزشی بهداشت بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران دارای کودک زیر ۵ سال در زمینه عفونتهای حاد تنفسی (ARI) در دو روستای استان مرکزی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، ۱۳۷۶، ش ۱۹، صص: ۲۶-۲۲.
۶. خبرنامه سازمان بهداشت جهانی ۷۹ پانزده اکتبر ۱۹۹۳. طب و تزکیه، ۱۳۷۳، شماره ۱۲، صص ۳۲-۳۱.
۷. اورن، رین؛ [و دیگران]: آنتی بیوتیکها و زیاده روی در مصرف آنها. ترجمه ل. ضیایی. بهداشت جهان، سال ۸ شماره ۱، صص: ۴۳-۴۲.

Knowledge of Mothers about Symptoms, Prevention, Therapeutic Care and Complications of Pharyngitis in Children

B.Motamedy M.D

M.T. Yasami, M.D.

ABSTRACT

Pharyngitis is one of the most common bacterial diseases. Its dangerous complications such as rheumatic fever and glomerulonephritis increase the importance of diagnosis and treatment. In order to determine mothers knowledge about symptoms, prevention, therapeutic care and complications of pharyngitis, this survey was carried out on 508 urban and 80 rural mothers in Kerman in summer 1997.

The sampling method was arandomized, weighted and stratified one. Mean age of urban mothers was 29 ± 7 years, mean of their education was 9 ± 4.7 classes, mean number of their children was 2.7 ± 1.8 , median was 2 and %75 of them were housewives.

Mean age of rural mothers was 32 ± 9.5 years, mean of their education was 4 ± 4 classes, mean number of their children was 3.6 ± 2.5 , median was 3 and %77.5 of them were housewives.

Knowledge of urban and rural mothers was about diagnosis, respectively %26.9 and %14.6 %53.1 and %37.5 about communicability, %73.4 and %46.2 about need to complete treatment and %58.1 and %30 about glumerulonephritis, as another complication.

Knowledge of urban mothers about pharyngitis symptoms ($P < 0.0001$), rates of transmission ($P < 0.05$) and knowledge of rhumaticism and glumerulonephritis as complication ($P < 0.00003$) knowledge of urban mothers about the effect of breast feeding on prevention ($P < 0.01$) was significantly better than rural mothers.

More than %85 of them had believed in training programs. This research not only showed the nessesity of teaching the care givers and the public but also it helped us to define the educational objectives.

Keywords: Pharyngitis- Complications/ Pharyngitis- Infancy and Childhood/ Mothers