

Original article

Epidemiological Features of under 5-Year Children Mortality in Mazandara

Naghibi SA^{1*}
Moosazadeh M^{2,3}
Shojaee J⁴

1- Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

2- Assistant Professor, Health Sciences Research Center, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

3- Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Ph.D. Student, Health Sciences Research Center, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

***Corresponding author:** Seyed Abolhassan Naghibi. Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email: anaghibi1345@yahoo.com

Received: 10 December 2014

Accepted: 17 April 2015

ABSTRACT

Introduction and Purpose: The mortality rate of children aged less than 5 years is considered as one of the indicators of development and health of a population, so identifying the causes of death of children is essential. The aim of this study was to investigate epidemiological features of the causes of death in under 5-year children.

Methods: In this cross-sectional study the sample size was 184 under 5-year children in which died in the selected cities in the study duration. We collected data by a checklist that its validity and reliability was confirmed. Data were analyzed using SPSS 16 and findings of the study reported in frequency, rates and Chi-square test was used for inferential statistics.

Results: The incidence rate of death in under 5-year children was 7.89 per 1000 live births. The most common cause of death was respiratory diseases. Significant number of them had birth weight less than 2500 gr ($p < 0.001$). Birth rank of 52.2% of the study subjects was first ($p < 0.0001$). In addition, 70.7% of them were born by caesarean operation. The education level of the majority of the parents and the level of household income were low ($p < 0.001$).

Conclusion: The results showed that low birth weight, first birth rank, low levels of parents' education and low level of household income increase the risk of mortality in young children. Moreover, based on the current study results, the majority of child deaths are preventable.

Keywords: Children, Epidemiology, Death cause

► **Citation:** Naghibi A, Moosazadeh M, Shojaee J. Epidemiological Features of under 5-Year Children Mortality in Mazandaran in 2012. Journal of Health Research in Community. Spring 2015;1(1):11-19.

مقاله پژوهشی

سیمای اپیدمیولوژیک مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۵ سال در استان مازندران

چکیده

سید ابوالحسن نقیبی^{۱*}
 محمود موسی زاده^{۲،۳}
 جلیل شجاعی^۴

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۲- استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۳- مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
 ۴- دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: سید ابوالحسن نقیبی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی

Email: anaghibi1345@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۸

کلمات کلیدی: کودکان، اپیدمیولوژی، علت مرگ

مقدمه و هدف: میزان مرگ کودکان کمتر از پنج سال، یکی از شاخص‌های توسعه و سلامت جوامع به شمار می‌آید. از جمله راه‌های ارتقای سلامت، شناسایی علت‌های بروز و عوامل اجتناب‌ناپذیر مرگ کودکان است؛ بنابراین، سیمای اپیدمیولوژیک مرگ کودکان کمتر از پنج سال در این مطالعه بررسی شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی بوده و حجم نمونه، ۱۸۴ مرگ کمتر از پنج سال ثبت شده در شهرستان‌های منتخب بوده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک‌لیست بوده که پایایی و روایی آن تأیید شده است. ورود داده در نرم‌افزار SPSS 16 و آنالیز داده‌ها با استفاده از فراوانی، میزان‌ها و آزمون کای‌دو انجام شده است.

یافته‌ها: میزان بروز مرگ در کودکان کمتر از پنج سال، ۷/۸۹ در هزار تولد زنده بوده است. شایع‌ترین علت مرگ کودکان، بیماری‌های تنفسی (۲۶/۱ درصد) بوده است و بیشتر آنها هنگام تولد، وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند ($p=0/001$). رتبه تولد ۵۲/۲ درصد از کودکان فوت‌شده، فرزند اول بوده است ($p=0/001$). در این بررسی ۷۰/۷ درصد از زایمان‌های مادران کودکان فوت‌شده، سزارین ($p=0/001$) و سطح سواد بیشتر مادران و پدران و سطح درآمد خانوارهای کودکان فوت‌شده، پایین بوده است ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: از آنجاکه مرگ در کودکان با ویژگی‌های وزن پایین هنگام تولد، رتبه اول تولد، سطح پایین سواد والدین و سطح درآمد پایین خانوارها بیشتر بوده است، به نظر می‌رسد با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای، بخش عمده‌ای از مرگ‌های کودکان قابل پیشگیری باشد.

◀ **استناد:** نقیبی، سید ابوالحسن؛ موسی زاده، محمود؛ شجاعی، جلیل. سیمای اپیدمیولوژیک مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۵ سال در استان مازندران. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، بهار ۱۳۹۴؛ ۱(۱): ۱۹-۱۱.

مقدمه

قرار دارد [۱،۲]. در جوامع در حال توسعه از جمله کشور ما، میزان رفاه و دسترسی به امکانات در سطح جامعه، توزیع یکنواختی نداشته و از لحاظ اجتماعی نیز تفاوت‌های فراوانی وجود دارد. نگاهی گذرا به شاخص‌های سلامت در کشور، از یک سو روند سریع ارتقای شاخص‌ها و از سوی دیگر، وجود نابرابری در برخی

میزان مرگ‌ومیر کودکان کمتر از پنج سال را می‌توان به عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه و سلامت هر کشوری به شمار آورد که تحت تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و اقتصادی

مرگ‌ومیر کودکان کمتر از پنج سال و برخی عوامل مؤثر بر آن در استان مازندران، در این مطالعه بررسی شد.

روش کار

روش مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است. جامعه پژوهش، خانواده‌های دارای مرگ‌ومیر کودک کمتر از ۵ سال است. روش نمونه‌گیری برای انتخاب شهرستان‌ها، تصادفی طبقه‌ای بوده است. با توجه به گستردگی و وسعت جامعه پژوهش، استان به سه ناحیه شرقی، مرکزی و غربی تقسیم گردید. از هر ناحیه برحسب جمعیت، به ترتیب دو شهرستان از ناحیه شرق شامل شهرستان‌های گلوگاه و بهشهر و سه شهرستان از ناحیه مرکز شامل شهرستان‌های ساری، قائم‌شهر، آمل و سه شهرستان نیز از ناحیه غرب شامل شهرستان‌های چالوس، تنکابن، رامسر انتخاب شد. نمونه‌ها شامل ۱۸۴ مرگ کمتر از پنج سال ثبت شده در سال ۹۱ از شهرستان‌های منتخب بودند که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک‌لیست بوده که در ۳ بخش تنظیم شده است. بخش اول چک‌لیست، اطلاعات مربوط به کودک فوت شده بوده که شامل ۱۱ پرسش درباره سن کودک متوفی، جنس، علت مرگ، زمان وقوع مرگ، دفعات مراقبت کودک، محل دریافت مراقبت و وزن کودک است.

بخش دوم چک‌لیست، اطلاعات مربوط به مادر است که شامل ۱۰ سؤال درباره سن مادر، وزن مادر، سابقه سقط، مرده‌زایی، تعداد فرزندان زنده، نوع زایمان، مراقبت دوران بارداری و محل دریافت مراقبت دوران بارداری است.

بخش سوم چک‌لیست، اطلاعات فرهنگی و اجتماعی بوده که شامل ۸ پرسش درباره سواد والدین، شغل پدر و مادر، محل سکونت، وضعیت مالکیت و درآمد خانواده است.

داده‌های مربوط به بخش اول و بخش دوم چک‌لیست از طریق اطلاعات موجود در پرونده خانوار مراکز بهداشتی درمانی

از شاخص‌ها را در مناطق و استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد که این نابرابری به نفع قشر مرفه در جامعه است [۳،۴].

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، میلیون‌ها مرگی که در کودکان کمتر از پنج سال در طول سال رخ می‌دهد، بیش از نیمی از آنها ناشی از شرایطی است که با مداخلات ساده و مقرون به صرفه می‌توان از وقوع آن جلوگیری یا آن را درمان کرد. علت اصلی مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۵ سال در گزارش این سازمان، ذات‌الریه، عوارض تولد زودرس، خفگی در هنگام تولد، اسهال و مالاریا اعلام شد [۵،۶].

در یک مطالعه مرور ساختاریافته، میزان مرگ کودکان کمتر از ۷ روز، ۲۸ تا ۱ روز، ۱ تا ۱۲ ماه، ۱ تا ۴ سال و کمتر از ۵ سال در سال ۲۰۱۳ در جهان، به ترتیب ۱۴، ۴/۴، ۱۳/۲، ۱۳/۱ و ۴۴ در یک هزار تولد زنده برآورد شده است. در این مطالعه، میزان مرگ کمتر از یک سال در کودکان ایرانی در سال ۲۰۱۳، ۱۸/۹ در یک هزار نفر تولد زنده برآورد شد [۷]. با وجود این که با تلاش‌های صورت گرفته، مرگ‌ومیر کودکان کاهش فراوانی داشته است، به نظر می‌رسد همچنان بخش زیادی از موارد مرگ قابل پیشگیری باشد [۸].

کشورهای جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره، متعهد شده‌اند نسبت موارد مرگ کودکان را تا سال ۲۰۱۵ میلادی در مقایسه با سال ۱۹۹۰، ۷۵ درصد کاهش دهند [۹]. برای رسیدن به این مقصود، اقدامات گسترده‌ای پیش‌بینی شده و در حال اجراست؛ ولی هنوز تا رسیدن به مقصد تعیین شده، فاصله زیادی وجود دارد و نیازمند تدابیر مؤثرتری است.

بر این اساس، با توجه به این که عوامل زیادی در مرگ کودکان نقش دارند، در این راستا باید عوامل اجتناب‌پذیر در مرگ کودکان شناسایی شوند و مداخلات اثربخش در راستای کاهش آن به عمل آید. از این رو، ترسیم سیمای مرگ و میر کودکان در جامعه به منظور شناسایی علت‌های بروز و ارائه نتایج آن برای استفاده صاحبان فرایند برنامه، یکی از مهم‌ترین راهکارها برای ارتقای سطح سلامت کودکان است. بنابراین اهمیت موضوع، سیمای اپیدمیولوژیک وضعیت

جمع‌آوری شد. داده‌های مربوط به بخش سوم چک‌لیست از طریق مصاحبه با والدین و با مراجعه حضوری پرسشگر به منازل خانواده‌های کودکان فوت شده کمتر از ۵ سال تکمیل شده است. چک‌لیست با مشاوره جمعی از متخصصان مربوط تدوین و روایی آن به روش محتوا به تأیید رسید. همچنین، پایایی چک‌لیست با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بوده است. برای محاسبه نسبت‌های مرگ و میر، از جمعیت پایه موالید زنده سال ۱۳۹۱ استفاده شد. ورود داده در نرم‌افزار SPSS 16 انجام گرفت و آنالیز داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی نظیر درصد فراوانی و میزان‌ها و آمار تحلیلی کای دو انجام شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش در سه بخش ارائه شده است. بخش اول شامل مشخصات کودکان کمتر از پنج سال فوت شده، بخش دوم شامل ویژگی دوران بارداری مادران کودکان کمتر از پنج سال و بخش سوم شامل عوامل فرهنگی و اجتماعی خانواده کودکان کمتر از پنج سال است.

نتایج بخش اول شامل اطلاعات مربوط به کودکان فوت شده، نشان می‌دهد که تعداد ۱۸۴ مورد مرگ در کودکان کمتر از پنج سال شهرستان‌های بررسی شده رخ داده است. میزان بروز مرگ در کودکان کمتر از پنج سال در مناطق بررسی شده ۷/۸۹ در هزار تولد زنده بوده است. این میزان برای مناطق شهری ۶/۳۹ و برای مناطق روستایی ۱۰/۱۶ بوده است. از جهت توزیع سنی، ۶۲/۵ درصد موارد مرگ در کودکان کمتر از یک ماه و ۱۸/۴ درصد در کودکان ۱ تا ۱۲ ماه بوده است. میزان مرگ و میر کمتر از یک ماه (Neonatal Mortality Rate) ۴/۹۳ در هزار و میزان مرگ و میر در کودکان کمتر از یک سال (Infant Mortality Rate) ۶/۳۹ در هزار بود. همچنین، ۱۹ درصد موارد مرگ به سرعت پس از تولد، ۲۰ درصد تا ۲۴ ساعت پس از تولد و ۴۴ درصد پس از ۲۴ ساعت تا هفته

اول رخ داده است. گفتنی است تفاوت بین مرگ در کودکان کمتر از یک ماه نسبت به دیگر ماه‌ها، معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$). از جهت جنس، ۵۱/۱ درصد از مرگ‌ها پسر و ۴۸/۹ درصد دختر بودند. همچنین، شایع‌ترین علت مرگ کودکان کمتر از پنج سال در بین جمعیت مورد مطالعه، بیماری‌های تنفسی (۲۶/۱ درصد) بود. ۵۶ درصد از کودکان فوت شده، هنگام تولد وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند. تفاوت‌های مشاهده شده در مرگ کودکان برحسب وزن هنگام تولد، معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$). سن جنینی ۵۳ درصد کودکان فوت شده، زودرس و نارس بوده است. همچنین، رتبه تولد ۵۲/۲ درصد از کودکان فوت شده، فرزند اول بوده و تفاوت مرگ کودکان برحسب رتبه تولد، معنی‌دار بوده است (جدول شماره ۱).

نتایج بخش دوم شامل اطلاعات مربوط به مادران، نشان می‌دهد گروه سنی مادران بیشتر کودکان فوت شده، بین ۱۸ تا ۳۵ سال بوده است که تفاوت معنی‌داری با دیگر گروه‌های سنی مادران دارای کودک فوت شده داشته است ($P < 0/001$). در این میان، بیشترین موارد مرگ در کودکانی رخ داده است که مادران آنها در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال قرار داشته‌اند. همچنین، ۱۲/۵ درصد مرگ در کودکانی رخ داده که سن مادرانشان بالای ۳۵ سال بوده است. در این مطالعه، وزن مادران کودکان فوت شده ۰/۵ درصد کمتر از ۴۰ کیلوگرم، ۳/۸ درصد بیشتر از ۹۰ کیلوگرم و ۳۷/۵ درصد بین ۶۰ تا ۷۰ کیلوگرم بوده است. در ۲۶/۶ درصد از مادران سابقه سقط و ۴/۹ درصد مادران سابقه مرده‌زایی وجود داشت. در این بررسی ۷۰/۷ درصد از زایمان‌های مادران کودکان فوت شده، سزارین بود. همچنین، بین نوع زایمان و مرگ و میر کودکان رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < 0/001$). از جهت دفعات مراقبت مادران دارای کودک فوت شده در دوره بارداری، ۲/۷ درصد بدون مراقبت و ۱۰/۳ درصد ۱ تا ۲ بار و ۳۹/۷ درصد بیش از ۷ بار و بیشتر مراقبت شده بودند. از جهت محل دریافت مراقبت، ۵۱/۱ درصد در خانه بهداشت و ۴۶/۲ درصد در مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه بهداشتی و ۲/۷ درصد مربوط به دیگر بخش‌ها بوده است. همچنین، ۸۸/۶ درصد از مادران در دوره

| | | | |
|------|----|-------------------|---------------------|
| ۵۱/۱ | ۹۴ | خانه بهداشت | |
| ۴۶/۲ | ۸۵ | مرکز بهداشتی شهری | محل دریافت مراقبت |
| ۲/۷ | ۵ | دیگر موارد | |
| ۳۲/۶ | ۶۰ | ۱۸-۲۴ | |
| ۳۴/۸ | ۶۴ | ۲۵-۲۹ | |
| ۱۹/۶ | ۳۶ | ۳۰-۳۵ | گروه سنی مادر (سال) |
| ۹/۸ | ۱۸ | ۳۵-۴۰ | |
| ۳/۲ | ۶ | بیشتر از ۴۰ | |

جدول ۳: ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، در خانواده با مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال

| متغیر | تعداد | درصد |
|----------------------|-------|-------|
| ابتدایی | ۷۸ | ۴۲/۴ |
| سواد مادر | | |
| راهنمایی و دبیرستان | ۹۵ | ۵۱/۶ |
| دانشگاهی | ۱۱ | ۶ |
| ابتدایی | ۸۷ | ۴۷/۲ |
| سواد پدر | | |
| راهنمایی و دبیرستان | ۸۵ | ۴۶/۲ |
| دانشگاهی | ۱۲ | ۶/۶ |
| شهر | ۹۰ | ۴۸/۹ |
| محل سکونت | | |
| روستا | ۹۴ | ۵۱/۱ |
| مالکیت مسکونی | | |
| مالک | ۱۲۳ | ۷۲/۳۵ |
| مستأجر | ۵۱ | ۲۷/۷ |
| ۲ نفر | ۱۰۶ | ۵۷/۶ |
| تعداد خانوار | | |
| ۳ نفر | ۵۸ | ۳۱/۵ |
| بیشتر از ۴ | ۲۰ | ۱۰/۹ |
| کمتر از ۲۰۰ | ۱۵ | ۸/۲ |
| درآمد ماهانه (تومان) | | |
| ۲۰۰-۴۰۰ | ۸۲ | ۴۴/۶ |
| ۴۰۰-۶۰۰ | ۶۶ | ۲۵/۹ |
| بیشتر از ۶۰۰ | ۲۱ | ۱۱/۴ |

شدن میزان سواد مادران و پدران، مرگ‌ومیر کودکان بیشتر می‌شود. همچنین ۹۷/۸ درصد مادران خانه‌دار و ۲/۲ درصد شاغل بودند. به‌طور تقریبی، نیمی از موارد مرگ‌ومیر کودکان در مناطق روستایی و نیمی دیگر مربوط به مناطق شهری بود. بین نوع مالکیت مسکن (مالک یا مستأجر بودن) با مرگ‌ومیر رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد. بیشترین

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک کودکان کمتر از پنج سال فوت‌شده

| متغیر | تعداد | درصد |
|-----------------------------|-------|-------|
| جنس | | |
| پسر | ۹۴ | ۵۱/۱ |
| دختر | ۹۰ | ۴۸/۹ |
| بیماری‌های سیستم قلب و عروق | ۲۷ | ۱۴/۷ |
| بیماری‌های سیستم تنفسی | ۴۸ | ۲۶/۱ |
| ناهنجاری‌های مادرزادی | ۱۹ | ۱۰/۳ |
| سن (برحسب ماه) | | |
| کمتر از یک ماه | ۱۱۵ | ۶۲/۵ |
| ۱-۱۲ | ۳۴ | ۱۸/۴ |
| ۱۳-۳۶ | ۲۴ | ۱۳ |
| ۳۷-۶۰ | ۱۱ | ۶ |
| وزن کودک (برحسب گرم) | | |
| کمتر از ۲۵۰۰ | ۱۰۳ | ۵۶ |
| ۲۵۰۰-۴۵۰۰ | ۷۹ | ۴۲/۹ |
| بیشتر از ۴۵۰۰ | ۲ | ۱/۱ |
| سن جنینی | | |
| زودرس | ۴۴ | ۲۳/۹ |
| ترم | ۸۵ | ۴۶/۲ |
| نارس | ۵۴ | ۲۹/۳ |
| دیررس | ۱ | ۰/۵۴۳ |
| رتبه تولد | | |
| اول | ۹۶ | ۵۲/۲ |
| دوم | ۶۰ | ۳۲/۶ |
| سوم و بیشتر | ۲۸ | ۱۵/۲ |
| کل | ۱۸۴ | ۱۰۰ |

جدول ۲: مشخصات بارداری در مادران با مرگ کودکان کمتر از پنج سال

| متغیر | تعداد | درصد |
|-----------------|-------|------|
| سابقه سقط | | |
| بلی | ۴۹ | ۲۶/۶ |
| خیر | ۱۳۵ | ۷۳/۴ |
| سابقه مرده‌زایی | | |
| بلی | ۹ | ۴/۹ |
| خیر | ۱۷۵ | ۹۵/۱ |
| نوع زایمان | | |
| سزارین | ۱۳۰ | ۷۰/۷ |
| طبیعی | ۵۴ | ۲۹/۳ |

بارداری، به بیماری‌های مزمن و خاصی مبتلا نبودند (جدول شماره ۲). نتایج بخش سوم شامل اطلاعات فرهنگی و اجتماعی، نشان می‌دهد که سطح سواد ۵۱/۶ درصد مادران متوسط و ۴۷/۲ درصد پدران پایین بوده است. بین سواد مادران و پدران با مرگ‌ومیر کودکان کمتر از پنج سال، ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$)، به‌طوری‌که با کم

(۵۷/۶ درصد) موارد مرگ و میر کودکان در خانوارهای با بعد ۲ نفر بود. از جهت درآمد، ۴۶/۶ درصد خانوارها، ماهیانه ۴۰۰-۲۰۰ هزار تومان در ماه درآمد داشتند که با افزایش سرانه درآمد خانوار، میزان مرگ و میر کودکان کاهش معنی داری داشته است (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه، ویژگی‌های اپیدمیولوژیک کودکان کمتر از پنج سال فوت شده و برخی عوامل مؤثر بر آن را بررسی کرد. در این مطالعه، بیشترین موارد مرگ کودکان در گروه سنی کمتر از یک ماه بوده که در این میان، سهم مرگ در هفته اول تولد بسیار قابل توجه است. همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهد که به‌طور احتمالی، وزن پایین هنگام تولد، رتبه اول تولد، سطح پایین سواد والدین، سکونت در روستا و سطح درآمد پایین، شانس مرگ کودکان را افزایش می‌دهد.

در یک مطالعه مرور ساختاریافته، مرگ کودکان برای ۱۸۸ کشور از سال ۱۹۷۰ الی ۲۰۱۳ برآورد شد. بر اساس این برآورد، ۶/۳ میلیون (با فاصله اطمینان ۶/۶-۶ میلیون) مرگ کودک کمتر از پنج سال در سال ۲۰۱۳ رخ داده که در مقایسه با سال ۱۹۷۰، ۶۴ درصد کاهش داشته است. در سال ۲۰۱۳ میزان مرگ کودکان از ۱۵۲/۵ در هزار تولد زنده در گینه بیسائو تا ۲/۳ در هزار تولد زنده در سنگاپور، متغیر بوده و روند کاهش مرگ در کودکان کمتر از پنج سال، از سال ۲۰۰۰ در کشورهای در حال توسعه و به‌ویژه در صحرای افریقا بیشتر بوده است. در ضمن در مطالعه مروری ذکر شده، میزان مرگ کمتر از یک سال در کودکان ایرانی در سال ۲۰۱۳، ۱۸/۹ در صد هزار نفر تولد زنده برآورد شد. همچنین، طبق اظهارات این بررسی مرور ساختاریافته، فقط ۲۷ تا از کشورهای در حال توسعه به مقاصد تعیین شده در اهداف توسعه هزاره دسترسی یافتند. این مطالعه مروری نشان می‌دهد تلاش‌های صورت گرفته هنوز ناکافی است و باید اقدامات مؤثرتری صورت گیرد. همچنین، میزان بروز مرگ

کودکان در مطالعه ما ۳/۴ برابر کشور سنگاپور است و حکایت از بالا بودن میزان بروز مرگ در این منطقه دارد [۷].

در مطالعه‌ای با بررسی تعداد ۹۳ مورد مرگ در کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در زابل، بیشترین موارد مرگ (۶۸ درصد) در سن بین ۱ تا ۱۲ ماه گزارش شده است. بیشترین علت فوت نیز به ترتیب سوانح و حوادث، مرگ ناشی از بیماری‌های تنفسی و بیماری‌های دستگاه گوارش بوده است. همچنین، بیشترین علت‌های بهبود نیافتن کودکان، حساس نبودن والدین به نشانه‌های خطر بیماری و تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی (۷۶ درصد) و سپس اصرار والدین به ترخیص کودک پیش از بهبودی کامل به دلیل مشکلات اقتصادی (۱۲ درصد) بیان کردند. در این مطالعه نیز، مرگ کودکان در گروه سنی ۱ تا ۱۲ ماهه بیشتر از گروه سنی ۱۳ تا ۵۹ ماهه بوده است [۴].

در مطالعه‌ای دیگر در استان آذربایجان شرقی که مرگ کودکان کمتر از ۵ سال را بررسی کرده است، بیشترین موارد مرگ مشابه با این مطالعه، به ترتیب در گروه سنی کمتر از یک ماه و ۱ تا ۱۲ ماه بوده و یکی از علت‌های شایع مرگ در گروه کمتر از یک سال، عفونت‌های تنفسی بوده است [۱۰].

در یک مطالعه مورد شاهدهی، به‌منظور بررسی مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال و عوامل مؤثر بر آن در شهر بیرجند، ۷۹/۷ درصد از موارد مرگ کودکان کمتر از یک سال در ماه اول زندگی و ۴۲/۳ درصد بین یک ماه تا یک سال گزارش شده است که با این مطالعه مطابقت داشته است. همچنین، مهم‌ترین علت فوت در نوزادان، نارسی و عارضه‌ی کمبود وزن هنگام تولد و در شیرخواران یک ماه تا یک سال، ناهنجاری مادرزادی بوده است. در این مطالعه نیز، وزن بیشتر کودکان فوت شده کمتر از ۲۵۰۰ گرم و ناهنجاری مادرزادی از علت‌های شایع مرگ در این گروه بوده است. گفتمانی است در بررسی انجام شده توسط کوب و شریف‌زاده، متغیرهای سواد پدر، وزن نوزاد هنگام تولد، نوع زایمان و بارداری پرخطر از شاخص‌های مؤثر بر مرگ و میر شیرخواران گزارش شده است.

رفاهی آنهاست، از عوامل مهم کاهش میزان مرگ و میر کودکان است [۱۴]؛ بنابراین، می توان بیان کرد که نتایج پژوهش ذکر شده با یافته های مطالعه ما مطابقت داشته است. همچنین، در مطالعات انجام شده توسط مصطفوی و شوشتری سطح تحصیلات مادر بیشتر کودکان فوت شده، ابتدایی و کمتر بوده است [۱۶، ۱۵].

نکته قابل تأمل دیگر در این مطالعه، بیشتر بودن نسبت موارد مرگ کودکان در روستا در مقایسه با شهر است. این موضوع به این دلیل اهمیت دارد که بیشتر جمعیت در مناطق شهری سکونت دارند. از سوی دیگر، با گسترش نظام شبکه ها و ایجاد خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، تلاش شده است تا سطح دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی و درمانی افزایش یابد. به نظر می رسد عوامل دیگر همچون سطح اقتصادی-اجتماعی و آگاهی خانواده ها، نقش بارزی در ارتباط با مرگ کودکان داشته باشد. در این ارتباط، در مطالعه انجام شده در استان خوزستان، بین محل سکونت و مرگ و میر کودکان رابطه معنی دار آماری مشاهده نشده است [۱۷]. مرگ کودکان کمتر از پنج سال در موزامبیک و صحرای آفریقا در مناطق روستایی، بیشتر از مناطق شهری بوده است [۱۹، ۱۸].

بین میزان مرگ و میر کودکان و تولید ناخالص ملی رابطه وجود دارد؛ به طوری که در صورت صرف هزینه های بیشتر برای خدمات بهداشتی و درمانی، امکان توجه بیشتر به تغذیه مادر، مراقبت های پیش و پس از بارداری و اوایل زندگی کودک فراهم می شود که این امر، کاهش میزان مرگ و میر کودکان را به همراه خواهد داشت [۶]. همچنین، هراندازه که شاخص توسعه یافتگی استان ها شامل عوامل اقتصادی-اجتماعی از جمله میزان باسوادی مردان و زنان، میزان اشتغال، امید به زندگی در بدو تولد، متوسط درآمد ماهانه خانوار، میزان و درصد پوشش آب بهداشتی بیشتر باشد، میزان مرگ و میر نوزادان کمتر خواهد بود [۱۷]. گفتنی است در کشورهای با درآمد بالا نیز مرگ کودکان روی می دهد که نقش عوامل چندگانه از قبیل جنس کودک، قومیت، ویژگی های

این نتایج نیز هم راستا با مطالعه حاضر است [۱۱]. در یک مطالعه انجام شده در کشور انگلستان، ناهنجاری مادرزادی از علت های شایع مرگ کودکان گزارش شد [۱۲].

در مطالعه ای در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۱، تعداد ۳۸۳ مورد مرگ در بین کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه رخ داده که بیشترین فراوانی مرگ در محدوده سنی ۱ تا ۱۲ ماه بوده است. بیشترین علت های مرگ به ترتیب ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی، حوادث و سوانح و سرطان ها گزارش شده که با توجه به سه علت شایع مرگ در کودکان بررسی شده در این مطالعه، فقط در علت مرگ ناهنجاری مادرزادی با پژوهش ذکر شده مشابه بوده است [۲].

در این مطالعه، نسبت موارد مرگ در پسرها بیشتر از دخترها بوده است که چنین نسبتی در بیشتر مطالعات انجام شده در ایران و دیگر کشورها نیز گزارش شد. برای نمونه، فراوانی مرگ کودکان در زابل در پسرها و دخترها، به ترتیب ۶۳ درصد و ۳۷ درصد و فراوانی آن در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، در پسرها ۵۲/۵ درصد و دخترها ۴۷/۵ درصد و در جنوب آفریقا نسبت مرگ پسران به دختران، ۱/۲۶ بوده است [۲، ۴، ۱۳].

در این مطالعه، وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوارهای کودکان فوت شده نامناسب و سواد والدین بیشتر آنها نیز در سطح راهنمایی-دبیرستان و ابتدایی بوده است. در یک مطالعه اکولوژیک به منظور بررسی عوامل مؤثر بر میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال در ایران، نشان داده شد میزان بی سوادی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله به عنوان مهم ترین عامل، به میزان ۰/۸۱۶ واحد موجب افزایش میزان مرگ کودکان می شود. شاخص هزینه های مصرفی خانوار اثر کاهنده مستقیم به میزان ۰/۳۵۳ واحد و درصد سزارین نیز همین اثر را به میزان ۰/۲۳۶ بر میزان مرگ و میر کودکان دارد. در این میان، اثر کل شاخص هزینه های مصرفی خانوار، بیشترین تأثیر کاهشی را بر روی میزان مرگ و میر کودکان داشته است؛ یعنی افزایش توانایی هزینه های مصرفی خانوارها که نمایانگر ارتقای شرایط اقتصادی و

بررسی شده با مرگ کودکان، به نظر می‌رسد، سهم عمده‌ای از این مرگ‌ها قابل پیشگیری باشد.

قدردانی

از کارکنان محترم شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در جمع‌آوری اطلاعات نهایت همکاری را مبذول نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

محیطی و ... در بروز مرگ کودکان را نمایان می‌سازد [۲۰]. از محدودیت‌های این مطالعه، نداشتن گروه شاهد بوده که تعیین عوامل مؤثر بر مرگ کودکان از طریق همسان‌سازی فردی یا گروهی مورد با شاهد یا با بهره‌گیری از آنالیز چندمتغیره فراهم نشده است.

این مطالعه با وجود محدودیت‌های اشاره‌شده، نشان داده است که مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال در بین جمعیت مورد مطالعه، همچنان فراوان است و با توجه به ارتباط برخی متغیرهای

References

- Rahbar M, Ahmadi M, Lornejad H, Habibelahi A, Sanaei-Shoar T, Mesdeaghinia A. Mortality causes in children 1-59 months in Iran. *Iran J Public Health*. 2013; 42(Supple1):93-7.
- Tajedini F, Ehdaievand F, Farsar A. Epidemiological features of children mortality in the area covered by Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2012. *J Clin Nurs Midwifery*. 2014; 3(1):62-71 (Persian).
- Mousavi SM, Seyedin SH, Aryankhesal A, Sadeghifar J, Armoun B, Safari Y, et al. Stratification of Kermanshah Province districts in terms of health structural indicators using scalogram model. *J Health Promo Manag*. 2013; 2(2):7-15 (Persian).
- Shahraki-Vahed A, Mardani HM, Arab M, Firuzkuhi Z. Infant under 1-59 month mortality causes in Zabol. *Iran J Nurs Res*. 2010; 5(17):6-13 (Persian).
- Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*. 2005; 365(9465):1147-52.
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*. 2003; 361(9376):2226-34.
- Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384(9947):957-79.
- Fraser J, Sidebotham P, Frederick J, Covington T, Mitchell EA. Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *Lancet*. 2014; 384(9946):894-903.
- Jones R, Kantono EB. Interventional based study to reduce child mortality in rural Uganda. *Trop Doct*. 2013; 43(3):103-5.
- Nikniaz A. Assessing the causes of under-five mortality in the health service of rural Azarbayejan. *Med J Tabriz*. 2006; 28(2):113-7 (Persian).
- Namakin K, Sharifzade G. Evaluation of infant mortality causes and its related factors in Birjand. *J Isfahan Med Sch*. 2009; 27(95):275-82 (Persian).
- Sidebotham P, Fraser J, Fleming P, Ward-Platt M, Hain R. Patterns of child death in England and Wales. *Lancet*. 2014; 384(9946):904-14.
- Ntuli S, Malangu N, Alberts M. Causes of deaths in children under-five years old at a tertiary hospital in Limpopo province of South Africa. *Glob J Health Sci*. 2013; 5(3):95-100.
- Khalkhali H, Hajizadeh E, Gholamnia R, Fereiduni G, Nurae M, Zamani Gh. Effective factors on infant mortality rate in Iran. *Med J Orumiye*. 2004; 15(4):238-44 (Persian).
- Mostafavi F. Mother education and child under one year mortality in Iran: Analysis of demographic and health survey data, 2000. *J Popul Associ Iran*. 2006; 1(1):6-19 (Persian).

16. Hedayat Shooshtari N. Study of economic, social and demographic effects on mortality in children under 5 years in Shooshtar. *J Popul.* 2009; 17(69):134-55 (Persian).
17. Mohseni R, Pakzad H. Effect of social-economical conditions on mortality rate of under 5 years children, Khuzestan-Iran (2009). *J Gorgan Univ Med Sci.* 2012; 14(3):121-8 (Persian).
18. Macassa G, Ghilagaber G, Bernhardt E, Burstrom B. Trends in infant and child mortality in Mozambique during and after a period of conflict. *Public Health.* 2003; 117(4):221-7.
19. Kazembe L, Clarke A, Kandala NB. Childhood mortality in sub-Saharan Africa: cross-sectional insight into small-scale geographical inequalities from Census data. *BMJ Open.* 2012; 2(5):e001421.
20. Sidebotham P, Fraser J, Covington T, Freemantle J, Petrou S, Pulikottil-Jacob R, et al. Understanding why children die in high-income countries. *Lancet.* 2014; 384(9946):915-27.