

ارزیابی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم در مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۹۲ - ۱۳۹۱)

فاطمه تاج‌الدینی^۱، شهناز دلبرپوراحمدی^۲، فرناز اهلایی‌وند^۳، بیژن مقیمی‌دهکردی^۴، احمدرضا فرسار^۵، شریف ترکمن‌نژاد^۶

چکیده

مقدمه: وضعیت سلامتی کودکان نشان‌دهنده وضعیت پیشرفت و رفاه یک جامعه است. هدف مطالعه حاضر ارزیابی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم در مراکز بهداشتی درمانی شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

روش پژوهش: جامعه مورد بررسی در این مطالعه مقطعی شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۹۲-۱۳۹۱) بود. ۱۶۰ نفر از ارائه‌دهندگان و ۲۰۰ نفر از گیرندگان خدمت وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از چک لیست استاندارد وزارت بهداشت جمع‌آوری گردید و با روش‌های توصیفی و آزمون T تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: اکثر ریز فرآیندها (ثبت اطلاعات، ارزیابی و طبقه‌بندی، توصیه‌ها و اقدامات، مشاوره با مادر، آموزش کارکنان، دستورالعمل‌ها و مواد آموزشی، آگاهی و رضایت‌گیرنده خدمت) در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ افزایش داشته و لیکن این افزایش فقط در آموزش کارکنان از نظر آماری معنی‌دار بوده است ($0/5 \pm 0/4$ در سال ۹۱ و $0/4 \pm 0/6$ در سال ۹۲، $p=0/004$). همچنین نمره ریز فرآیند داروها و مکمل‌ها در سال دوم کاهش معنی‌داری نشان داد ($0/5 \pm 3/7$ در سال ۹۱ و $1/1 \pm 3/1$ در سال ۹۲، $p<0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصله بیانگر عملکرد مطلوب کارکنان بهداشتی در برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم می‌باشد. همچنین در مواردی نظیر مشاوره با مادر، آموزش کارکنان و آگاهی‌گیرنده خدمت ضعف بیشتری مشاهده شد. با عنایت به اهمیت کیفیت مراقبت و تشخیص به موقع مشکلات کودکان و لزوم ارائه آگاهی لازم به والدین، انجام مداخلات مؤثر در این خصوص ضروری بنظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی برنامه، برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم، نظام مراقبت بهداشتی.

۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد مدیریت منابع انسانی، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- متخصص زنان و زایمان، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، معاونت امور بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: b_moghimi_de@yahoo.com

۵- دانشیار دانشکده پزشکی، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۶- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

یکی از اهداف توسعه هزاره در سازمان جهانی بهداشت کاهش مرگ کودکان به میزان دو سوم از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ می‌باشد [۱]. و کاهش مرگ کودکان یک توجه سیاسی و اخلاقی مهم برای دولت‌ها و یک مأموریت بین‌المللی است. هم‌چنین میزان مرگ کودکان بعنوان شاخص توسعه انسانی و برابری به شمار می‌رود [۲]. بسیاری از این مرگ‌ها می‌تواند بواسطه دستیابی و کیفیت بیشتر مراقبت‌های بهداشتی و توسعه مراقبت‌های خانواده از نوزادان و کودکان کاهش یابد [۳]. بنابراین مراقبت مستمر و پیگیر از کودکان جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سلامتی آنها لازم و ضروری است، کودکانی که از مراقبت مطلوبی برخوردارند در آموزش و سایر خدمات اجتماعی از سایر کودکان پیشروتر هستند و توان بیشتری دارند لذا هزینه‌های آینده برای آموزش، بهداشت و هزینه‌های اجتماعی کاهش خواهد یافت [۴]. پایش رشد کودکان یکی از مهم‌ترین منابع اطلاعاتی برای تشخیص در تأخیر روند رشد و سوء تغذیه در کودکان است و می‌تواند موجب پیشگیری از بیماری‌ها و اختلالات رشد برای کودکان گردد و نقش مهمی در سلامت کودکان ایفا نماید [۵].

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استقرار برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم در سال ۱۳۸۴ در برخی شهرها بصورت پایلوت و بعد از آن در سراسر کشور تا حدود زیادی توانست در پایش و غربالگری رشد و تکامل کودکان بر اساس شاخص‌های رشد کشوری گام نوبینی در بهبود رشد کودکان بردارد. قبل از انجام برنامه کودک سالم در یک مراقبت کودک فقط وزن، قد و دور سر کودک اندازه‌گیری می‌شد ولی با اجرا شدن این برنامه مراقبت کودک بطور کامل و با در نظر گرفتن رشد جسمی و تکامل کودک انجام می‌شود [۴]. برنامه مراقبت‌های کودک سالم بدنبال یافتن راهی برای جدا کردن کودکان سالم از کودکان به ظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانه‌های بیماری در آنها مستقر نشده است. ارزیابی کودک در هر ویزیت شامل وضعیت عمومی، رشد، تکامل، شنوایی، بینایی، سلامت دهان و دندان، واکسیناسیون و مصرف مکمل‌ها می‌باشد [۶].

کیفیت سیستم بهداشتی درمانی و عملکرد صحیح آن جزء عوامل تعیین‌کننده در رسیدن به اهداف مورد نظر بهداشتی درمانی می‌باشد. در صورت پایین بودن کیفیت ارائه خدمات، مدت زمان طولانی‌تری صرف رسیدن به اهداف می‌شود و یا تحقق آنها را غیرممکن می‌نماید [۷]. ارائه ضعیف خدمات به مددجویان باعث از بین رفتن اعتماد مردم، هدر رفتن منابع مالی و انجام هزینه‌های کمرشکن امور درمانی و پاراکلینیک می‌شود [۸]. هم‌چنین ارزشیابی عملکرد حرفه‌ای کارکنان بهداشتی از اساسی‌ترین فعالیت‌های مدیریت بخش بهداشت می‌باشد که عبارتست از مقیاس کلی جهت اطمینان از این که کارکنان فعالیت‌هایشان را به نحو موثری انجام داده و در کارشان صلاحیت بیشتری کسب نمایند [۹]. با توجه به اهمیت سلامت کودکان و هم‌چنین از آنجایی که مسئولیت اجرای این برنامه به عهده کارکنان بهداشتی گذاشته شده است، لذا این پژوهش به منظور ارزیابی کیفیت انجام مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم توسط کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام شد تا بتوان از یافته‌های آن در جهت شناسایی و رفع نقاط ضعف موجود، تأمین و بهبود کیفیت مراقبت‌ها و در نتیجه ارتقاء سلامت کودکان استفاده نمود.

روش پژوهش

این مطالعه بصورت مقطعی در کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام شد. محدوده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شامل شرق و شمال تهران، منطقه شمیرانات، دماوند، فیروزکوه، پاکدشت، ورامین و پیشوا می‌باشد. در قسمت ارزیابی عملکرد ارائه‌دهنده خدمت، حجم نمونه با استفاده فرمول کوکران برای جامعه محدود و با در نظر گرفتن مفروضات $N=359$ ، $d=0/1$ ، $Z=1/96$ ، $P=0/5$ برابر ۷۶ بدست آمد. هم‌چنین جهت ارزیابی برنامه در خصوص گیرنده خدمت با استفاده از مفروضات $P=0/5$ ، $Z=1/96$ و $d=0/1$ حداقل حجم نمونه برابر ۹۶ برآورد گردید. به منظور ایجاد امکان مقایسه برآوردها بین

هم‌چنین بر اساس صدک‌های ۲۵ و ۷۵ میانگین نمره عملکرد به سه گروه تقسیم شد. بدین صورت که میانگین نمره کمتر از صدک ۲۵ بیانگر عملکرد ضعیف، بین صدک ۲۵ و ۷۵ عملکرد متوسط و بالاتر از صدک ۷۵ عملکرد خوب در نظر گرفته شد. پس از گردآوری داده‌ها و بررسی کیفیت داده‌ها و رفع نواقص موجود، اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ شد و با استفاده از جداول توصیفی و نیز مقایسه آماری با آزمون تی-تست تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در مجموع ۱۶۰ نفر ارائه‌دهنده خدمت و ۲۰۰ نفر گیرنده خدمت مورد پژوهش قرار گرفتند. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود اکثر ریز فرآیندها (ثبت اطلاعات، ارزیابی و طبقه‌بندی، توصیه‌ها و اقدامات، مشاوره با مادر، آموزش کارکنان، دستورالعمل‌ها و موادآموزشی، آگاهی و رضایت گیرنده خدمت) در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ تا حدودی افزایش داشته است ولیکن این افزایش فقط در فرایند آموزش کارکنان از نظر آماری معنی‌دار بوده است. هم‌چنین در قسمت داروها و مکمل‌ها در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ کاهش داشتیم که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بوده است. امتیاز بدست آمده در تجهیزات برنامه در سال ۹۱ و ۹۲ برابر بوده است. در ارزیابی وضعیت عملکرد مجموع دو سال بیشترین ضعف در قسمت مشاوره با مادر، آموزش کارکنان و آگاهی گیرنده خدمت بوده است (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به منظور ارزیابی کیفیت انجام مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم طبق چک لیست پایش استاندارد در مراکز بهداشتی‌درمانی شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام شد. همان طور که پیشتر در قسمت یافته‌ها اشاره شد ثبت اطلاعات در سال ۱۳۹۲ نسبت به ۱۳۹۱ افزایش داشته ولی از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. شاید یکی از دلایل مشکل در ثبت

سال‌های ۹۱ و ۹۲، حجم نمونه محاسبه شده بطور جداگانه برای هر سال لحاظ گردید. بدین صورت که برای سال ۹۱ تعداد ۸۰ نفر از پرسنل و ۱۰۰ نفر مراجعه کننده و برای سال ۹۲ نیز به همین تعداد افراد وارد مطالعه شدند.

در فاز عملیاتی نمونه‌گیری، پس از مشخص کردن فهرست مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۸۰ مرکز)، تیم مطالعه به کلیه مراکز مراجعه و چک لیست مربوطه را برای کارکنان واحد بهداشت خانواده تکمیل می‌نمود. در مراکزی که بیش از یک نفر در واحد بهداشت خانواده اشتغال داشت، فرد منتخب بصورت تصادفی انتخاب می‌گردید. هم‌زمان مادران مراجعه‌کننده جهت دریافت خدمت مورد نظر نیز مورد پرسش‌گری قرار می‌گرفتند. با توجه به حجم نمونه تعیین شده (۱۰۰ نفر) جهت ارزیابی برنامه در خصوص گیرنده خدمت، تیم مطالعه تصمیم گرفت که در مراکز با تعداد مراجعات ماهانه بالاتر (۲۰ مرکز)، از هر مرکز دو نفر و در مراکز با مراجعات معمول، یک نفر بصورت در دسترس وارد مطالعه شوند. جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از طریق مشاهده چگونگی انجام خدمات توسط کارکنان، مصاحبه حضوری با کارکنان و مادران و بررسی دفاتر و پرونده‌های خانوار صورت پذیرفت. شرایط ورود به مطالعه جهت کارکنان سابقه حداقل ۲ سال کار در واحد بهداشت خانواده بود. هم‌چنین شرایط ورود به مطالعه جهت گیرندگان خدمت، دارا بودن کودک زیر ۸ سال که در آن مرکز پرونده بهداشتی داشته و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، چک لیست استاندارد اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که توسط گروه پژوهش جهت افراد مورد پژوهش تکمیل گردید. چک لیست مذکور شامل ۵ فرایند ثبت اطلاعات، عملکرد ارائه‌دهنده خدمت، برنامه‌ریزی و سازماندهی، آگاهی و رضایت گیرنده خدمت و هر فرایند متشکل از تعدادی ریز فرآیند می‌باشد (جدول ۱). به هر ریز فرآیند امتیازی بین صفر (نتیجه منفی) و یک (نتیجه مثبت) تعلق می‌گیرد.

آموزش ضمن خدمت اگر همراه با مدیریت مناسب، پیگیری و ارزشیابی صورت گیرد می‌تواند توانمندی کارکنان بهداشتی را به شکل قابل توجهی افزایش دهد [۸]. بررسی‌ها نشان داده اجرای آموزش‌های ضمن خدمت باعث اثربخشی و افزایش بهره‌وری شده از طرفی کارایی را بالا برده و سطح توانایی کارکنان را افزایش می‌دهد [۱۳]. یکی از نتایج مهم در این مطالعه افزایش چشمگیر امتیاز بدست آمده در قسمت آموزش کارکنان در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ بود که از برگزاری کارگاه‌های آموزشی توسط ستاد معاونت و هم‌چنین ستاد شبکه‌ها و مراکز بهداشت نشأت گرفته است. نتایج بررسی انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی زنجان نشان داد که ۶۵ درصد کارکنان معتقد بودند آموزش‌های شغلی موجب افزایش دانش و ارتقاء اطلاعات شغلی گردیده است [۱۳].

آگاهی کارکنان بهداشتی از دستورالعمل‌ها و مواد آموزشی نیز در سال ۹۲ نسبت به ۹۱ افزایش داشته ولیکن از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است. از آنجایی که دانش پزشکی در حال پیشرفت است نیاز است کارکنان دانش روز داشته باشند، لذا برنامه‌های مرتب و منظم آموزش کارکنان بهداشتی جهت به روز نمودن مهارت‌ها و دانش آنها حیاتی است [۱۴].

مصرف قطره مولتی ویتامین و آهن تا پایان ۲ سالگی از مهم‌ترین جنبه‌های تغذیه شیرخواران می‌باشد [۱۵]. در قسمت داروها و مکمل‌ها بدلیل مشکلات مالی و عدم وجود اعتبارات کافی جهت خرید داروها و مکمل‌ها در سال ۹۲ نسبت به ۹۱ کاهش معنی‌داری وجود داشته. با توجه به اهمیت مصرف مکمل‌ها در کودکان زیر ۲ سال و تاثیر آن در رشد و تکامل کودک هم‌چنین عوارض ناشی از عدم استفاده صحیح باید در جهت افزایش این شاخص مداخلات لازم اجرا گردد [۱۵]. البته با برنامه‌ریزی‌های انجام شده و صرفه‌جویی در بخش‌های دیگر در سال ۹۳ تا حدی این مشکل رفع گردیده است.

وجود تجهیزات برنامه نیز در هر دو سال امتیاز برابر کسب کرده است و در خصوص تجهیزات نیز بودجه کافی راهگشا می‌باشد. قابل ذکر است که نبود ابزار و

اطلاعات بدلیل وجود ثبت‌های زیاد در برنامه‌های بهداشت خانواده می‌باشد که باید با برنامه‌ریزی از سطوح بالاتر تا حد امکان با حذف ثبت‌های غیر ضروری مانع خستگی کارکنان شده و موجبات ارائه خدمت بهتر به مراجعین فراهم گردد.

ارزیابی و طبقه‌بندی نیز در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ افزایش داشته ولی از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. به این دلیل که بقیه فعالیت‌ها در صورت ارزیابی و طبقه‌بندی صحیح کودک بدرستی انجام می‌شود این فرایند بسیار حائز اهمیت می‌باشد. در مرکز بهداشت غرب تهران ۶۳/۹ درصد کارکنان در مراقبت کودک ارزیابی و طبقه‌بندی را بطور صحیح انجام داده بودند که نسبت به مطالعه حاضر عملکرد ضعیف‌تری داشتند [۱۰].

در قسمت توصیه‌ها و اقدامات انجام شده در خصوص مشکلات کودکان نیز در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ شاهد افزایش بودیم ولیکن از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است.

عملکرد کارکنان در خصوص مشاوره با مادر که از اجزاء مهم مراقبت کودکان می‌باشد نیز در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ افزایش داشته، ولیکن از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. این نکته بسیار حائز اهمیت است که پرسنل بهداشتی با مادر از آغاز مراجعه، ارتباط مناسبی برقرار کنند [۶].

در کل عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت نسبت به سال ۱۳۹۱ افزایش یافته ولی از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است. ولیکن با این وجود با توجه به حساسیت و اهمیت موضوع باید تلاش بیشتری جهت ارتقاء عملکرد پرسنل بهداشتی در مورد مراقبت کودکان انجام شود.

در مطالعه انجام شده توسط جدید میلانی و همکارانش در خصوص کیفیت ارائه خدمات پایش رشد کودک ۵۸/۹ درصد پرسنل عملکرد خوب و ۴۱/۱ درصد عملکرد ضعیف داشتند [۱۰]. بهروزان روستاهای بندر گناوه نیز پایش رشد کودکان را ۵۵/۵ درصد در حد مناسب انجام داده بودند [۱۱].

امروزه مساله آموزش کارکنان بعنوان موثرترین راه تجدید بنای نیروی انسانی محسوب می‌شود [۱۲].

تفسیر منحنی کارت رشد کودک آگاهی داشتند، بنابراین پرسنل بهداشتی باید نسبت به این امر که از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد با حساسیت بیشتری عمل کنند. همچنین مسئولین نیز نظارت دقیق‌تری در این زمینه داشته باشند. با توجه به این که حوادث یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی است که همیشه کودکان را تهدید می‌کند [۲۱] و والدین مهم‌ترین نقش را در حفظ سلامت کودکان ایفا می‌کنند، بنابراین دادن آگاهی‌های لازم و ضروری در این زمینه به والدین و سایر افراد خانواده می‌تواند تا حدود زیادی از آمار حوادث کم نماید و والدین را به مراقبت هرچه بهتر از کودکان خود ترغیب نماید.

در سال ۱۳۹۲ کلیه مراجعین از خدمات ارائه شده رضایت داشتند که نشانگر فعالیت و برخورد مطلوب پرسنل با گیرندگان خدمت است. در بررسی انجام شده توسط اکبری ترکستانی و همکارانش در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه تهران نیز یافته‌ها نشان داد که بیشتر والدین از نحوه برقراری ارتباط کارکنان و خدمات پایش رشد کودک رضایت داشتند و گروه ناراضی در حداقل قرار داشتند [۲۲] که با نتایج این پژوهش هم‌خوانی دارد و همچنین نتایج مطالعه انجام شده در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان قروه نیز تأییدی بر یافته‌های مطالعه حاضر است [۲۳].

نتایج حاصله به روشنی بیانگر ارتقاء عملکرد کارکنان در برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم می‌باشد با این وجود به دلیل اهمیت کیفیت مراقبت کودکان در مراکز بهداشتی درمانی و تشخیص به موقع مشکلات کودکان و دادن مشاوره و آگاهی لازم به والدین آنها و همچنین مشاهده بیشترین ضعف در قسمت مشاوره با مادر، آموزش کارکنان و آگاهی گیرنده خدمت، با انجام مداخلات مؤثر و برنامه‌ریزی بهتر توسط مدیران می‌توان گامی در جهت افزایش کیفیت ارائه خدمات بهداشتی به کودکان و ارتقاء سلامت این گروه سنی برداشت. بدین منظور تقویت برنامه‌های آموزشی در مورد مراقبت کودکان کمتر از ۸ سال، بازآموزی کارکنان بهداشتی بطور مداوم به صورت کارگاه‌های

وسائل لازم و همچنین مستعمل بودن آنها باعث ایجاد بی‌دقتی در کار و تشخیص نادرست می‌شود. در مراکز بهداشتی درمانی استان یزد در سال ۸۲ استاندارد تجهیزات ۳۷ درصد رعایت شده بود [۱۶] که حاکی از این می‌باشد که با گذشت زمان و اجرای برنامه‌های بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی وضعیت تجهیزات مراکز بهداشتی پیشرفت قابل توجهی داشته است.

در مطالعه حاضر آگاهی مادران در خصوص مراقبت کودک در سال ۹۲ نسبت به ۹۱ افزایش داشته ولی معنی‌دار نبوده و امتیاز بدست آمده بطور میانگین ۲/۶ از ۴ نمره می‌باشد که قابل قبول نیست و این مساله می‌تواند ناشی از عدم آموزش صحیح و توجه ناکافی از سوی پرسنل بهداشتی باشد. بررسی توانمندی آموزشی کارکنان مراکز بهداشتی در آموزش به مددجویان و مراجعین می‌تواند منجر به ارتقاء کیفیت آموزش شود [۸]. در این زمینه انجام مداخلات توسط سطوح بالاتر ضروری به نظر می‌رسد. با تأکید بر آموزش مراجعین مراکز بهداشتی درمانی توسط پرسنل بصورت گروهی و چهره به چهره انتظار می‌رود آگاهی مادران افزایش یابد. مطالعه انجام شده در تهران نشان داد که آموزش پیشگیری از سرطان پستان از طریق رابطین بهداشتی سبب ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد زنان می‌شود [۱۷]. بنابر این آموزش مادران از طریق رابطین نیز ممکن است در افزایش آگاهی آنان در زمینه مراقبت از کودک موثر باشد. هر چند در این موارد باید به آموزش‌های عمومی جامعه از طریق صدا و سیما هم توجه شود و نقش آنها در افزایش آگاهی جامعه مورد مطالعه قرار گیرد. در مطالعه‌ای در زمینه آموزش بهداشت عملکرد آموزشی اکثر کارکنان در ۷ شبکه بهداشتی درمانی استان ایلام ضعیف و دارای مشکل بوده است [۱۸]. با آموزش مفاهیم منحنی رشد به مادران میزان مشارکت آنها در انجام مراقبت‌های بهداشتی کودکان افزایش می‌یابد و از طرف دیگر مشارکت جامعه در پایش رشد کودکان با افزایش کارایی این برنامه‌ها همراه است [۱۹]. در مطالعه انجام شده در تبریز [۲۰] تنها ۱۵ درصد مادران از اهمیت و

طرق مختلف از جمله رابطین بهداشتی جهت ارتقاء سلامت کودکان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری کلیه کارشناسان برنامه کودکان در ستاد مراکز و شبکه‌های بهداشت و درمان و همچنین پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قدردانی و سپاس به عمل آورند.

حضور و دوره‌های غیرحضور، برگزاری آزمون‌های دوره‌ای جهت پرسنل، برگزاری دوره‌های بازآموزی برای پرسنلی که بیش از ۲ سال از آموزش آنها گذشته است انجام نیازسنجی آموزشی کارکنان به صورت مستمر و بعنوان پیش نیاز برنامه‌ریزی آموزشی ضمن خدمت کارکنان، برقراری نظام پایش فعال از واحدهای ارائه خدمات بهداشتی، ایجاد انگیزه در کارکنان بهداشتی، اختصاص بودجه جهت خرید مکمل‌ها و تجهیزات مستعمل مراکز بهداشتی درمانی، استخدام نیروی انسانی به تعداد کافی، آموزش مؤثر خانواده‌ها از

جدول ۱ - چک لیست ارزیابی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم

فرآیند	ریز فرایند	تعداد سوالات	فعالیت
ثبت اطلاعات	ثبت اطلاعات	۸	مطابقت فرم‌های ثبت مراقبت کودک سالم با بوکت کودک سالم / ثبت صحیح نمودارهای کودک در پرونده / انجام بموقع مراقبت ویژه کودک (پیگیری یا ارزیابی مجدد) / ثبت کامل مراقبت‌های دوره نوزادی / تکمیل صحیح فرم‌های پرونده خانوار و مراقبت ویژه / مطابقت پرونده خانوار با دفتر مراقبت اطفال / مطابقت فرم چوب خط ماهانه با پرونده کودک / مشاهده جدول گانت آموزشی برای مراجعان
عملکرد ارائه دهنده خدمت	ارزیابی و طبقه‌بندی	۱۰	وضعیت عمومی / نشانه‌های خطر (>۲ماه) / زردی (>۲ماه) / وضعیت وزن / وضعیت قد / وضعیت دورسر (>۱۸ماه) / وضعیت تغذیه / وضعیت بینایی / وضعیت تکامل / وضعیت واکسیناسیون / وضعیت مکمل‌ها
	توصیه‌ها و اقدامات	۱۰	زردی / وزن / قد / دور سر / مشکلات تغذیه ای / مشکلات بینایی / مشکلات تکاملی / آزمایشات / پیگیری / ارجاع
	مشاوره با مادر	۲	پیشگیری از حوادث / ارتباط والدین با کودک
	آموزش	۱	گذراندن دوره‌های آموزشی برنامه‌های کودکان برای کلیه پرسنل و پزشک مرکز
برنامه ریزی و سازماندهی	دستورالعمل‌ها و مواد آموزشی	۳	بایگانی صحیح دستورالعمل‌ها / مواد آموزشی موجود / آگاهی از دستورالعمل‌ها
	داروها و مکمل‌ها	۴	درخواست داروها و مکمل‌ها در زمان مقرر و با تعداد صحیح / نگهداری صحیح داروها و مکمل‌ها / وجود داروها و مکمل‌ها با تاریخ انقضاء بیش از ۳ ماه در قفسه دارویی / وجود داروها و مکمل‌ها به اندازه کافی
	تجهیزات	۲	کامل بودن و سالم بودن تجهیزات (ترازوی اطفال و بزرگسال سالم، وزنه شاهد، فشارسنج اطفال، قدسنج، متر، ترمومتر، تایمر یا ساعت ثانیه شمار، تابلوی سنجش بینایی، سینی، اواراس، پارچ، اکسیژن، آمبویگ، لارنگوسکوپ، لوله تراشه مخصوص اطفال) / کامل بودن امکانات (کارت مراقبت کودک، کارت مادر مانا و کودک سالم، فرم‌ها، دفتر مراقبت کودکان)
	آگاهی گیرنده خدمت	۴	زمانی که هر کودک بیمار باید فوراً به مرکز بهداشتی درمانی برگردد / تغییر صحیح حجم و دفعات شیر مادر و غذای کودک به هنگام بیماری / اهمیت رسم منحنی رشد کودک / اقدامات لازم برای پیشگیری از حوادث در کودک
رضایت گیرنده خدمت	رضایت گیرنده خدمت	۱	آیا از ارائه‌دهندگان خدمت رضایت دارید و دفعه بعد هم کودک را برای مراقبت بهداشتی به اینجا می‌آورید؟

جدول ۲ - ارزیابی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم

معنی‌داری*	میانگین(انحراف معیار)		میانگین(انحراف	وضعیت عملکرد، تعداد(درصد)			ریز فرایند	فرآیند
	نمره عملکرد بر حسب سال		معیار) نمره	ضعیف	متوسط	خوب		
	سال ۹۲	سال ۹۱	عملکرد در ۲ سال					
۰/۶۸۶	۵/۷(۱/۶)	۵/۶(۱/۸)	۵/۷ (۱/۷)	۳(۱/۹)	۴۶(۲۸/۹)	۱۱۰(۶۹/۲)	-	ثبت اطلاعات
۰/۵۶۹	۸/۸(۱/۴)	۸/۷(۱/۴)	۸/۸(۱/۴)	۹(۵/۷)	۲۱(۱۳/۲)	۱۲۹(۸۱/۱)	ارزیابی و طبقه‌بندی	عملکرد ارائه دهنده خدمت
۰/۴۷۵	۷/۵(۳/۸)	۷/۱(۲/۶)	۷/۳(۳/۳)	۴(۲/۵)	۱۳(۸/۲)	۱۴۱(۸۹/۲)	توصیه‌ها و اقدامات	
۰/۱۰۵	۱/۵(-/۸)	۱/۳(-/۸)	۱/۴(-/۸)	۴۳(۲۷/۶)	۱۸(۱۱/۵)	۹۵(۶۰/۹)	مشاوره با مادر	
۰/۷۰۶	۱۷/۲(۳/۵)	۱۶/۶(۴/۷)	۱۶/۹(۴/۱)	۲(۱/۳)	۱۱(۷)	۱۴۵(۹۱/۸)	کل	
۰/۰۰۴	۰/۶(-/۴)	۰/۴(-/۵)	۰/۵(-/۴)	۶۸(۴۲/۵)	-	۹۲(۵۷/۵)	آموزش کارکنان	
۰/۴۲۸	۲/۶(-/۶)	۲/۵(-/۷)	۲/۶(-/۶)	۷(۹/۱)	۱۸(۲۳/۴)	۵۲(۶۷/۵)	دستورالعمل‌ها و مواد آموزشی	برنامه‌ریزی و سازماندهی
<۰/۰۰۰۱	۳/۱(۱/۱)	۳/۷(-/۵)	۳/۴(-/۹)	۸(۵/۴)	۲۴(۱۶/۳)	۱۱۵(۷۸/۲)	داروها و مکمل‌ها	
۰/۹۱۶	۱/۶(-/۵)	۱/۶(-/۴)	۱/۶(-/۴)	۲(۱/۳)	۴۸(۳۰/۲)	۱۰۹(۶۸/۶)	تجهیزات	
۰/۰۰۲	۷/۶(۱/۹)	۸/۴(۱/۲)	۸ (۱/۵)	۵(۳/۱)	۲۲(۱۳/۸)	۱۳۳(۸۳/۱)	کل	
۰/۱۱۲	۲/۶(۱/۱)	۲/۳(۱/۳)	۲/۴(۱/۲)	۳۵(۱۷/۷)	۸۴(۴۲/۴)	۷۹(۳۹/۹)	-	آگاهی گیرنده خدمت
۱	۱(-/۱)	۰/۹(-/۲)	۱ (-/۲)	۵(۲/۵)	-	۱۹۵(۹۷/۵)	-	رضایت گیرنده خدمت

*مقایسه سال‌های ۹۱ و ۹۲

Reference:

- 1- Jones R, Kantono B. International based study reduce child mortality in rural uganda. *Trop Doct.* 2013;1-3.
- 2- Jimenez J, Romero MI. Reducing infant mortality in Chile: success in two phases. *Health Aff (Millwood).* 2007 Mar-Apr; 26(2): 458-65.
- 3- Bhandari N, Mazumder S, Taneja S, Sommerfelt H, Strand TA. Effect of implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI) programme on neonatal and infant mortality: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2012; 344: e1634.
- 4- Hajinabi K, Riahi L, Tavakoli F. Relationship between integrated well child care plan implementation and child indicators at Noor city of health network. *J toloo-e-behdasht.* 2013; 12(2): 183-92 [persian].
- 5- Sadat Hoseini A, Ghofranipour F, Alhani F. The effect of the project on indicators of child development programs midday feeding. *Modares J.* 2010; 2(6): 95-102 [persian].
- 6- Farivar K, Lornejad H, Habibollahi A, Minaie T, Bitaraf S, Moosavi Fatemi N. Guide chart of well child care for less than 8 years. (for phy sicians). 3, editor. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005 [persian].
- 7- Mosleh A, Rezaie M. Evaluation of drug prescription to under 5 year old children paramedics in Rey city. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2002; 11(1): 157-68 [persian].
- 8- Kianian T, Zare M, Ildarabadi E, Karimi Moonaghi H, Saber S. Evaluation of training competency of health care workers in training clients and patients. *J of Nursing Education* 2014; 3(1): 51-60 [persian].
- 9- Verdipour H, Delgoshai B, Loghmani L. Assessment of the village health workers educational activities. *Teb va Tazkieh.* 2004; 4(55): 27-32 [persian].
- 10- Jadid Milani M, Mahfoozpoor S, Valaie N, Hoseinzadeh S. Quality of growth monitoring in children under 6 year of urban health centers. *J Payesh.* 2005; 5(1): 43-8 [persian].
- 11- Behzadi F. Assess the performance of health workers of health houses in care of under 6 year children in Bandar Gonaveh villages. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2002 [persian].
- 12- Nurzadeh R, Javadi pour M, Mahdizadeh E. the role of education in increasing the efficiency of the staff of the natural library of iran *J of Social and Cultural Strategy.* 2012; 1(4): 103-31 [persian].
- 13- Khatibi A. The study of system vocational education and its impact on staff performance in zanzan university of medical science *J of Zanzan Univ med scie.* 2002 [persian].
- 14- Omidi A, Khodaveisi M, Bogharpoosh M. Evaluation the performance of health workers on child anthropometric referred to health centers in Hamedan. *J of Hamedan Nursing and midwifery faculty.* 2006; 14(2): 5-11 [persian].
- 15- Karimi M, Ordoie M, Jamshidi K. Maternal knowledge of infant feeding in the first 2 years after birth in Yazd Azad shahr. *J of Shahid sadoughi Univ Med Scie.* 2001; 9(4): 23- 30 [persian].
- 16- Amini M. Check the status of personnel and equipment standards for rural health centers in Ardakan, Sadough, Tabas and Meibod. Yazd: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences; 2003 [persian].
- 17- Markani F. Effect of health education on knowledge, attitude and practice about breast cancer screening in women covered by health volunteers in northern Tehran Health Center in 2004. Tehran: Tarbiat Modares University
- 18- Rezaei A. Health and treatments network actions in health education in Ilam. *J of Ilam Univ Med Scie.* 2001; 9(31): 24-32 [persian].
- 19- Mahoori K, Zare S, Khorami F. Check the status of services, vaccinations and growth monitoring of children under one year and maternal knowledge in the field of population research center in Bandarabbas. *Hormozgan Medical J.* 2006; 10(3): 223-30 [persian].
- 20- Barzegar M, Amini A, Hanaie J, Yaghubi A, Sadr K, Mohamadzadeh H. Knowledge, attitude and practice of

mothers living in north west tabriz about care of children under 6 years. Med J Tabriz Univ Med Sci. 2000; 37(59): 23-8 [persian].

21- Montazeri Z, Salari M, Malakzadeh J, Rostaminejad A. Study on the frequency of injuries among children at Beheshti hospital in Yasuj Armaghane Danesh. 2003; 8(29): 2-8 [persian].

22- Acbari Torkestani N. Satisfaction of parents of children under one year of health care provided in health centers of Tehran university of medical Sciences. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2002 [Persian].

23- Pariani A. Study of health houses and rural health centers Qorveh from perspective of service recipients. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1999 [persian].