

مقایسه نحوه ارائه خدمات بهداشتی به کودکان زیر یکسال در مراکز سلامتی و مراکز بهداشتی - درمانی دولتی شهر تبریز

فهیمة صحتی شفائی^۱، علیرضا نیک نیاز^۲، حسین کوشاور^۳، هاله صادقی^۴

^۱عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز E-mail: fahimehsehhatie@yahoo.com

^۲عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی تبریز ^۳عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت و تغذیه ^۴کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

چکیده

زمینه و هدف: کودکان از آسیب پذیر ترین اقشار جامعه می باشند و کمبود کمی و کیفی ارائه خدمات بهداشتی آنها یک مشکل بهداشتی - اجتماعی محسوب می گردد. مراکز سلامتی (تعاونی بهداشتی) به عنوان استراتژی مناسب برای حل مشکلات و محدودیتهای گسترش مراکز بهداشتی درمانی شهری، برای اولین بار در سطح کشور و در استان آذربایجان شرقی تاسیس شد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف ارزیابی خدمات بهداشتی به کودکان زیر یک سال در این مراکز و مقایسه آن با مراکز دولتی انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی - مقطعی بر روی ۷ مرکز سلامتی و ۱۴ مرکز بهداشتی - درمانی دولتی همجوار که به طریق آسان انتخاب شدند انجام شد. ابزار گردآوری داده ها چک لیست مشاهده ای بود که از طریق مشاهده مراقبت های ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی به کودکان زیر یک سال و مطالعه پرونده آنها تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل یافته ها از آمار توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و درصدی، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی مستقل) استفاده شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که در کل نحوه ارائه خدمات بهداشتی به کودکان زیر یک سال، در اغلب موارد در مراکز سلامتی (۸۵/۷۱٪) خوب و در مراکز دولتی (۷۸/۵۷٪) متوسط بود و اختلاف آماری آنها معنی دار بود ($p = ۰/۰۰۲$). در زمینه های پایش رشد کودک، تغذیه کودک و آموزش مادران مراکز سلامتی با داشتن اختلاف آماری معنی دار از مراکز بهداشتی درمانی دولتی بهتر عمل کردند (به ترتیب $p = ۰/۰۰۱$ ، $p = ۰/۰۰۷$ ، $p = ۰/۰۲۳$) و در زمینه امکانات موجود در آن مراکز، در هر دو دسته از مراکز امکانات خوب بود (۸۵/۷۱٪) و تفاوت آماری آنها معنی دار نبود ($p = ۰/۹۱۲$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که نحوه ارائه خدمات بهداشتی کودکان زیر یک سال در مراکز سلامتی در اغلب موارد خوب و در مراکز دولتی در بیشتر موارد متوسط است. لذا عملکرد خوب مراکز سلامتی می تواند مشوق مسئولین بهداشتی کشور جهت برنامه ریزی برای گسترش چنین مراکزی به منظور دستیابی به رفع کمبودهای خدمات بهداشتی - درمانی بویژه در امر مراقبت از کودکان زیر یک سال باشد.

واژه های کلیدی: خدمات بهداشتی کودکان، مراکز سلامتی، مراکز بهداشتی - درمانی دولتی

دریافت: ۸۴/۱۲/۱۸ اصلاح نهایی: ۸۵/۴/۲۰ پذیرش: ۸۵/۷/۱۷

مقدمه

حفظ و ارتقاء سلامتی کودکان جهان از مهمترین و زیر بنایی ترین سیاستهاست که باید بدان پرداخت [۳]. روزانه حدود ۵۰/۰۰۰ کودک در جهان جان می سپارند و حدود نیمی از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در

کودکان یکی از آسیب پذیرترین اقشار جامعه می باشند [۱]. کمبود کمی و کیفی خدمات بهداشتی آنها بعنوان یک مشکل بهداشتی - اجتماعی محسوب می شود [۲]. بدون شک سرمایه گذاری جهت تامین،

طی سال اول زندگی به وقوع می‌پیوندد [۴]. در ایران نسبت مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و زیر یکسال طبق آمارهای سال ۷۹ بترتیب ۳/۳۲ و ۷/۲۶ به ازای هزار تولد زنده بوده است که به همین ترتیب میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در استان آذربایجان شرقی در سال ۷۹، ۹/۲۹ و زیر یکسال ۹/۲۵ در هزار تولد زنده بوده است و همینطور حدود ۳/۱۵٪ از کودکان استان دچار کوتاهی قد، ۵/۲۱٪ دچار سوء تغذیه خفیف و حدود ۵/۶٪ دچار درجاتی از سوء تغذیه متوسط و شدید می‌باشند [۵]. بنابراین از اولین و مهمترین وظایف هر جامعه‌ای تأمین سلامت این پربهترین سرمایه بشری می‌باشد [۶]. استقرار شبکه‌های بهداشتی - درمانی حرکت ارزشمندی در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر بود که نتایج درخشانی را بدنبال داشت [۷]. به طوری که میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال از ۱۱۰ در هزار در سال ۱۳۵۳ به شاخص ۲۶ در هزار در سال ۱۳۷۵ کاهش یافت و به همین ترتیب این نسبت در استان آذربایجان شرقی از ۳۳/۳ در سال ۱۳۷۳ به ۹/۲۵ در سال ۱۳۷۹ تغییر یافت [۵]. با توجه به گذشت ۱۲ سال از اجرای جدی سیستم شبکه بهداشت - درمان هنوز نکات ضعف قابل توجهی وجود دارد که در صورت عدم چاره جویی - سیستم در رسیدن به اهداف عالیه خود، با مشکلات جدی مواجه خواهد شد [۷]. شبکه‌های بهداشت و درمان در مناطق شهری، با مشکلات و محدودیتهایی از جمله مشکلات در ایجاد و گسترش مراکز بهداشتی درمانی بخاطر محدودیت در استخدام، حاکمیت سیستم بوروکراتیک در بکارگیری نیروی انسانی و پرداخت آنها، اختیارات ناچیز مدیران واحدها در تصمیم گیری روی منابع انسانی، ساخت و تجهیز مراکز، پایین بودن انگیزه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، پایین بودن کیفیت خدمات و برخورد نامناسب و نارضایتی مردم روبرو هستند در این مراکز مدیریت بصورت بوروکراتیک هدایت می‌شود و مدیران واحدها به روش‌های سنتی پاسخگوی سطوح فوقانی هستند و ارزشیابی جدی و علمی از واحدهای محیطی کمتر

صورت می‌گیرد و پاسخگویی واحدها را کیفیت عملکرد مدیران مافوق، گاهی روابط بین مدیران و معادلات سیاسی - اجتماعی تعیین می‌کند. از سوی دیگر بخش خصوصی بیشتر از راه ایجاد درخواست کاذب در مردم ارایه خدمت می‌دهد و پاسخگویی کمی در مقابل مسئولین نظام سلامت دارد [۸].

مراکز سلامتی (تعاونی بهداشتی) بعنوان استراتژی مناسب برای حل مشکلات و محدودیتهای گسترش مراکز بهداشتی درمانی در مناطق شهری می‌باشند که با اهداف اختصاصی افزایش دسترسی، کیفیت، پاسخگویی و کارایی با اصلاحات ساختاری و مدیریت مراکز بهداشتی - درمانی دولتی با استفاده از مکانیسم‌های بازار پس از توافق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با وزارت تعاون توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز برای اولین بار در سطح کشور ایجاد گردید که از مزایای مهم این کار انجام بخش مهمی از امور مربوط به برنامه بهداشت توسط مراکز سلامتی است که قبلاً توسط بخش دولتی انجام می‌پذیرفت [۹]. تشکیل این مراکز با روش مدیریت متفاوت، داشتن قدرت تصمیم گیری روی منابع، قدرت رقابت و برخورداری از روش پرداخت سرانه بجای حقوق می‌تواند تاثیر زیادی در کیفیت خدمات داشته باشد. به طوری که نتایج ارزشیابی‌های مرکز بهداشت تبریز از خدمات بهداشتی ارایه شده توسط این مراکز در سال ۱۳۷۹ نشان داد که پس از سه سال از آغاز طرح فوق کیفیت خدمات ارایه شده در کودکان زیر یک سال ۷۸ درصد و کودکان ۶ - ۱ سال ۴۸ درصد می‌باشد [۵]. لذا ضرورت داشت نحوه ارایه خدمات بهداشتی به کودکان زیر یک سال (با ۴ هدف ویژه در زمینه‌های پایش رشد کودک - تغذیه کودک، نحوه آموزش به مادران و امکانات موجود) را در این مراکز بررسی و با مراکز دولتی مقایسه کرد شاید که نتایج تحقیق حاکی از گسترش مراکز سلامتی جهت نیل به اصلاح وضعیت بهداشتی کشور بخصوص بهداشت کودکان باشد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - مقطعی با هدف بررسی نحوه ارایه خدمات بهداشتی کودکان زیر یک سال در مراکز سلامتی و مراکز بهداشتی- درمانی دولتی در شهر تبریز صورت گرفت که در این پژوهش جامعه پژوهش را کلیه مراکز سلامتی (۷ مرکز) و مراکز بهداشتی- درمانی دولتی واقع در شهر تبریز (حدود ۸۸ مرکز) تشکیل می‌داد که به علت تعداد کم مراکز سلامتی تمام ۷ مرکز بعنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شد و در مورد مراکز دولتی نمونه پژوهش با استفاده از مقادیر بدست آمده از مطالعه پایلوت و از طریق رابطه زیر:

$$n = \frac{(z_1 + z_2)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(X_1 - X_2)^2}$$

$$Z1=1.96 \quad SD1=0.14 \quad X1=0.72$$

$$Z2=0.67 \quad SD2=0.11 \quad X2=0.54$$

معادل ۷ مرکز دولتی محاسبه شد که جهت اطمینان بیشتر تعداد این مراکز ۲ برابر در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری آسان استفاده گردید و به ازای هر مرکز سلامتی ۲ مرکز دولتی همجوار مراکز سلامتی (به صورت جور کردن) انتخاب گردید و پژوهشگر با حضور متوالی به مدت ۳ ماه در این مراکز و مشاهده هر یک از کارکنان بهداشت خانواده که انجام خدمات بهداشتی کودکان را بعهده داشتند به تعداد سه بار حین ارایه خدمات بهداشتی به کودکان زیر یکسال (یکبار به کودک زیر ۴ ماه، یک بار به کودک ۴ تا ۸ ماه و بار دیگر به کودک ۸ تا ۱۲ ماه) همراه با پرونده کودک و تجهیزات و امکانات موجود جهت ارایه خدمات بهداشتی کودک، اطلاعات لازم را در برگه مشاهده وارد می‌نمود.

جهت جمع آوری داده ها از چک لیستی متشکل از ۴ بخش استفاده گردید که شامل فعالیت‌های مورد مشاهده کارکنان در سه حیطه مراقبتی یعنی خدمات مربوط به پایش رشد کودک، تغذیه کودک زیر یکسال و نحوه آموزش به مادران در زمینه خدمات بهداشتی

کودکان زیر یک سال بود و بخش چهارم شامل بررسی امکانات موجود در واحد بهداشت خانواده بود که جزو اهداف ویژه پژوهش بحساب می‌آید.

سوالات پژوهش در راستای اهداف تنظیم شد و برای هر سوال مقیاس های بله و خیر در نظر گرفته شد و برای پاسخ های بله امتیاز ۱ و خیر امتیاز صفر داده شد که در جداول نتایج نهایی امتیازات به تفکیک مراکز سلامتی و بهداشتی-درمانی ذکر شده است. جهت کسب اعتبار ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوی و برای اعتماد علمی از روش مشاهده مجدد استفاده شد که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون پایایی ابزار ۰/۸۵ محاسبه شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۰ و با استفاده از آمار توصیفی جهت محاسبه توزیع فراوانی مطلق و درصدی، میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی (تی مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

نتایج این پژوهش نشان داد که در زمینه پایش رشد کودک زیر یکسال مراکز سلامتی در اغلب موارد (۸۵/۷۱٪) خوب و در مراکز دولتی (۷۸/۵۷٪) متوسط عمل نموده اند.

جدول شماره یک در این زمینه نشان می دهد که در مورد رفتارهای قرار دادن صحیح کودک روی ترازو، ثبت وزن کودک در فرم مربوطه، رسم منحنی وزن کودک، اندازه گیری قد کودک، جستجوی علت در مواقع طبیعی نبودن سیر منحنی رشد، سوال از مادر در مورد سیر تکاملی کودک و ارجاع کودک به واحدهای دیگر در صورت لزوم مراکز سلامتی در ۱۰۰٪ موارد عمل کرده‌اند. به استثناء سه رفتار، ثبت قد کودک در فرم مربوطه (۱۰۰٪)، کم کردن لباس کودک قبل از وزن کردن (۹۰/۲٪) و اندازه گیری کودک بطور صحیح (۸۱/۴٪)، کلیه رفتارها در مراکز سلامتی نسبت به مراکز دولتی درصد بالایی را کسب نمودند و اختلاف ها بین مراکز سلامتی و دولتی در مورد

جدول ۱. توزیع فراوانی رفتارهای مورد مشاهده در زمینه پایش رشد کودکان زیر یکسال در مراکز سلامتی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی

ردیف	رفتارهای مورد مشاهده در زمینه پایش رشد کودکان زیر یکسال	مراکز سلامتی	مراکز دولتی
۱	پرسیدن حال کودک از مادرش	۹۱/۳	۶۱/۸
۲	ارتباط مناسب با کودک	۲۴/۶	۱۸/۷
۳	دادن زمان لازم به مادر جهت مطرح کردن مشکلات	۱۰۰	۸۳/۷
۴	تکمیل قسمت مشخصات در فرم شماره یک مراقبت کودک	۹۵/۷	۸۸/۶
۵	علامت گذاری صحیح وضعیت نوزاد هنگام تولد در فرم شماره یک مراقبت کودک	۹۸/۶	۸۲/۱
۶	علامت گذاری صحیح وضعیت زایمان مادر در فرم شماره یک مراقبت کودک	۹۵/۷	۷۹/۷
۷	علامت گذاری صحیح بخش بیماری ارثی و عوارض کودک در فرم شماره یک مراقبت کودک	۹۱/۳	۷۸/۸
۸	کنترل روزانه ترازو با وزنه شاهد	۱۸/۸	۸/۹
۹	تنظیم ترازو قبل از وزن کردن کودک	۳۰/۴	۲۶
۱۰	کم کردن لباس کودک قبل از وزن کردن او	۸۷	۹۰/۲
۱۱	قرار دادن درست کودک روی ترازو	۱۰۰	۹۵/۱
۱۲	خواندن درست وزن کودک از روی ترازو	۹۸/۶	۹۱/۹
۱۳	ثبت وزن کودک در فرم مربوطه	۱۰۰	۹۹/۲
۱۴	رسم منحنی وزن کودک	۱۰۰	۹۵/۱
۱۵	علامت گذاری و رسم صحیح منحنی وزن کودک	۹۱/۳	۵۵/۶
۱۶	اندازه گیری قد کودک	۱۰۰	۹۵/۹
۱۷	اندازه گیری صحیح قد کودک	۷۹/۷	۸۱/۴
۱۸	ثبت قد کودک در فرم مربوطه	۹۸/۶	۱۰۰
۱۹	اندازه گیری دور سر کودک	۱۰۰	۱۰۰
۲۰	اندازه گیری صحیح دور سر کودک	۶۵/۲	۶۲/۶
۲۱	تکمیل اوراق و جداول مربوطه به پایش رشد در پرونده خانوار	۱۰۰	۱۰۰
۲۲	تکمیل صحیح اوراق و جداول مربوط به پایش رشد در پرونده خانوار	۷۸/۳	۵۳/۶
۲۳	تفسیر منحنی رشد کودک برای مادر	۶۰/۹	۴۴/۷
۲۴	تفسیر صحیح منحنی رشد کودک برای مادر	۴۰/۵	۵/۵
۲۵	جستجوی علت در مواقعی که سیر منحنی رشد کودک طبیعی نباشد	۱۰۰	۸۶/۵
۲۶	یادآوری اهمیت مراجعه مرتب به مراکز بهداشتی درمانی به مادر کودک	۶۲/۳	۲۱/۱
۲۷	رسم منحنی رشد روی کارت مراقبت کودک	۷۸/۳	۵۴/۵
۲۸	رسم صحیح منحنی رشد کودک روی کارت مراقبت	۵۳/۷	۲۲/۴
۲۹	ثبت تاریخ مراجعه فعلی روی کارت مراقبت کودک	۶۲/۳	۴۲/۳
۳۰	ثبت تاریخ مراجعه بعدی روی کارت مراقبت کودک	۸۸/۴	۶۷/۵
۳۱	یادآوری تاریخ مراجعه بعدی به مادر کودک	۹۱/۳	۹۱/۱
۳۲	کاهش دادن زمان بین مراقبت کودک در صورتیکه کودک پر خطر باشد	۸۸	۶۲/۵
۳۳	سؤال کردن در مورد سیر تکاملی کودک	۱۰۰	۹۴/۳
۳۴	تطبیق سیر تکاملی کودک با جدول مربوطه	۵۹/۴	۳۶/۶
۳۵	توضیح حداقل یک مورد در باره سیر تکاملی کودک	۲۰/۳	۱۶/۳
۳۶	توضیح صحیح در مورد سیر تکاملی کودک برای مادر	۵۳/۸	۱۶
۳۷	ارجاع کودک در صورت لزوم به واحدهای دیگر	۱۰۰	۹۹/۲

جدول ۲. توزیع فراوانی رفتارهای مورد مشاهده در زمینه تغذیه کودکان زیر یکسال در مراکز سلامتی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی		
ردیف	رفتارهای مورد مشاهده در زمینه تغذیه کودکان زیر یکسال	مراکز سلامتی مراکز دولتی
۱	یادآوری حداقل یک مورد اهمیت تغذیه با شیر مادر	۳۸/۲ ۳۰/۱
۲	یادآوری حداقل یک مورد اهمیت تغذیه تکمیلی	۳۰/۵ ۱۶
۳	توصیه تغذیه تکمیلی در مورد کودکان بالای ۶-۴ ماه	۱۰۰ ۱۰۰
۴	توصیه تغذیه انحصاری با شیر مادر در مورد کودکان کمتر از ۶-۴ ماه	۹۸/۶ ۹۹/۲
۵	ثبت غذایی که توسط کودک طی ماه قبل مصرف شده	۹۵/۸ ۸۶/۴
۶	توصیه غذای تکمیلی مناسب کودک، متناسب با منحنی رشد کودک و طبق جدول تغذیه تکمیلی و سن تقویمی کودک	۴۵/۷ ۱۷/۳
۷	تحويل یا حداقل توصیه مصرف قطره مولتی ویتامین در صورت اتمام قطره	۹۸/۶ ۹۷/۶
۸	تحويل یا حداقل توصیه مصرف قطره مولتی ویتامین از ۱۵ روزگی کودک	۱۰۰ ۹۷/۶
۹	توضیح در مورد اهمیت دادن قطره مولتی ویتامین	۴۶/۳ ۲۲
۱۰	تحويل یا حداقل توصیه مصرف قطره آهن در صورت اتمام قطره	۱۰۰ ۹۷/۵
۱۱	تحويل یا توصیه مصرف قطره آهن بعد از شروع غذای کمکی	۹۷/۸ ۹۳/۸
۱۲	توضیح در مورد اهمیت دادن قطره آهن	۳۷ ۱۳/۶
۱۳	ثبت نوع شیر تغذیه شده توسط کودک	۹۸/۶ ۹۴/۳
۱۴	معرفی کودک جهت دریافت شیر خشک در صورت لزوم (طبق دستورالعمل)	۱۰۰ ۸۰
۱۵	تأکید به شیر دهی مادر قبل از هر بار دادن تغذیه کمکی	۴۷/۸ ۳۴/۶
۱۶	توضیح اصول بهداشت غذای کودک	۲۱/۷ ۱۲/۳

جدول ۳. توزیع فراوانی رفتارهای مورد مشاهده در زمینه آموزش به مادران در مراکز سلامتی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی		
ردیف	رفتارهای مورد مشاهده در زمینه آموزش به مادران	مراکز سلامتی مراکز دولتی
۱	آموزش علایم خطر در رابطه با منحنی رشد کودک	۷۳/۵ ۴۴/۴
۲	آموزش کامل علایم خطر در رابطه با منحنی رشد کودک	۴۰ ۱۴/۳
۳	آموزش نحوه صحیح شیردهی به مادر	۳۵/۳ ۲۳/۳
۴	تأکید در مورد زمان شیر دهی صحیح (از جمله نیمه شب، بر حسب میل شیر خوار)	۵۴/۴ ۳۶/۶
۵	آموزش حداقل یک مورد درباره شیردهی موفق	۵۲/۹ ۴۲/۲
۶	آموزش طرز تهیه غذای کمکی	۹۳/۵ ۷۹
۷	آموزش کامل طرز تهیه غذای کمکی	۷۴/۴ ۵۷/۶
۸	آموزش نحوه صحیح تهیه شیر خشک به مادر	۸۵/۷ ۱۰
۹	مشارکت دادن مادر در فرایند آموزشی	۴۰/۶ ۱۹/۵
۱۰	اطمینان در مورد اینکه مادر پیامهای اصلی را دریافت کرده است	۳۷/۷ ۱۳
۱۱	آموزش تعداد قطرات مولتی ویتامین	۹۷/۱ ۹۹/۲
۱۲	آموزش نحوه دادن قطره مولتی ویتامین	۳۷/۷ ۱۸/۷
۱۳	آموزش تعداد قطرات آهن مصرفی	۹۷/۸ ۸۸/۹
۱۴	آموزش نحوه دادن قطره آهن به کودک	۸۰/۴ ۶۳
۱۵	ثبت عناوین مهم موارد آموزش داده شده در پرونده کودک	۶۰/۹ ۵۱/۲

رفتارهایی همچون تفسیر صحیح منحنی رشد کودک برای مادر (۵/۴۰٪ و ۵/۵٪)، یادآوری اهمیت مراجعه مرتب به مراکز بهداشتی-درمانی به مادر کودک (۳/۶۲٪ و ۱/۲۱٪)، توضیح صحیح سیر تکاملی کودک برای مادر (۸/۵۳٪ و ۱۶٪)، رسم صحیح منحنی وزن کودک (۳/۹۱٪ و ۶/۵۵٪) و پرسیدن حال کودک از مادرش (۳/۹۱٪ و ۸/۶۱٪) قابل ملاحظه می‌باشد.

در زمینه تغذیه کودک زیر یکسال مراکز سلامتی با ۵۷/۵۷٪ و مراکز دولتی با ۷۸/۵۷٪ در اغلب موارد خدمات متوسطی را ارائه دادند. جدول (۲) در این زمینه نشان می‌دهد که رفتارهای تحویل یا توصیه مصرف قطره مولتی ویتامین به مادر از پانزدهمین روز تولد نوزاد، تحویل یا توصیه مصرف قطره آهن به مادر در صورت اتمام و معرفی کودک جهت دریافت شیر خشک در صورت لزوم در مراکز سلامتی در ۱۰۰٪ موارد انجام گرفته است. به استثناء رفتار توصیه تغذیه انحصاری با شیر مادر در سنین کمتر از ۴-۰ ماه (۶/۹۸٪ در مراکز سلامتی و ۲/۹۹٪ در مراکز دولتی)، در کلیه موارد در مراکز سلامتی بهتر از مراکز دولتی عمل نمودند و اختلاف‌ها بین مراکز سلامتی و دولتی در مورد رفتارهای توصیه غذای تکمیلی مناسب کودک متناسب با منحنی رشد کودک طبق جدول تغذیه

تکمیلی و سن تقویمی کودک (۷/۴۵٪ و ۳/۱۷٪)، توضیح در مورد اهمیت دادن قطره مولتی ویتامین (۳/۴۶٪ و ۲۲٪)، توضیح در مورد اهمیت دادن قطره آهن (۳۷٪ و ۱۳/۶٪) و معرفی کودک طبق دستورالعمل جهت دریافت شیر خشک قابل ملاحظه بود. در زمینه آموزش به مادران مراکز سلامتی با ۷۱/۴۲٪ و مراکز دولتی با ۵۷/۱۴٪ در اغلب موارد خدمات متوسطی ارائه دادند.

اختلاف‌ها در مورد رفتارهایی چون آموزش کامل علایم خطر در رابطه با منحنی رشد کودک (۴۰٪ و ۱۴/۳٪)، آموزش نحوه صحیح تهیه شیر خشک به مادر (۷/۸۵٪ و ۱۰٪)، مشارکت دادن مادر در فرآیند آموزشی (۶/۴۰٪ و ۵/۱۹٪) و اطمینان در مورد اینکه مادر پیام‌های اصلی را دریافت کرده است (۷/۳۷٪ و ۱۳٪) قابل ملاحظه بوده است. در زمینه امکانات موجود در مراکز، به استثناء وجود ابزار مناسب جهت سنجش قد کودک که اختلاف میان دو مرکز قابل ملاحظه بود (مراکز سلامتی با ۷/۹۵٪ در مراکز دولتی با ۱۰۰٪) در بقیه موارد به علت اینکه استاندارد مشخصی در مورد تجهیزات لازم جهت ارائه خدمات کودک زیر یک سال وجود دارد، تفاوت کمتری مشاهده شد.

جدول ۲. مقایسه نحوه ارائه هر یک از خدمات ارائه شده به کودکان زیر یک سال در مراکز سلامتی و دولتی

نوع خدمت	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
پایش رشد کودک زیر یکسال			
مراکز سلامتی	۷۸/۷۸	۹/۰۰۳	p=۰/۰۱
مراکز دولتی	۶۵/۲۵	۷/۱۹۴	
تغذیه کودک زیر یکسال			
مراکز سلامتی	۷۱/۶۲	۸/۶۵۴	p=۰/۰۰۷
مراکز دولتی	۶۱/۸۳	۶/۱۳۵	
آموزش به مادر توسط کارکنان			
مراکز سلامتی	۶۰/۱۹	۱۵/۴۱	p=۰/۰۲۳
مراکز دولتی	۴۴/۶۲	۱۲/۷۰	
امکانات موجود در مرکز			
مراکز سلامتی	۷۷/۱۴	۱۰/۹۲	p=۰/۹۱۲
مراکز دولتی	۷۷/۶۴	۸/۸۵	
خدمات بهداشتی کودکان زیر یکسال (کل)			
مراکز سلامتی	۷۳/۵۶	۸/۹۲۵	p=۰/۰۲
مراکز دولتی	۶۲/۲۹	۵/۳۸۱	

در کل خدمات ارایه شده به کودکان زیر یکسال در مراکز سلامتی در اغلب موارد (۸۵/۷۱٪) خوب ولی در مراکز دولتی در بیشتر موارد (۷۸/۵۷٪) متوسط بود (جدول ۳). در مورد نحوه ارایه خدمات به کودکان زیر یک سال در مراکز سلامتی و دولتی که در کلیه زمینه‌ها به استثنای امکانات موجود در مرکز، مراکز سلامتی میانگین بالاتری را داشتند. که در زمینه خدمات، پایش رشد ($p = ۰/۰۱$)، تغذیه کودک ($p = ۰/۰۰۷$)، آموزش به مادر ($p = ۰/۰۲۳$) و کل خدمات بهداشتی کودک زیر یک سال ($p = ۰/۰۲$) اختلاف معنی داری مشاهده شد (جدول ۴).

بحث

این مطالعه که برای اولین بار در استان آذربایجان شرقی و بر روی ۷ مرکز سلامتی و ۱۴ مرکز دولتی در شهر تبریز صورت گرفت نشان داد که در زمینه پایش رشد کودکان زیر یکسال، مراکز سلامتی در اغلب موارد خوب و مراکز دولتی متوسط عمل نموده‌اند. در مورد رفتارهایی چون تفسیر صحیح منحنی رشد کودک برای مادر، یادآوری اهمیت مراجعه مرتب به مراکز بهداشتی درمانی به مادر کودک، توضیح سیر تکاملی کودک برای مادر، رسم صحیح منحنی وزن کودک و پرسیدن حال کودک از مادرش، با اختلاف قابل ملاحظه‌ای مراکز سلامتی نسبت به مراکز دولتی بهتر عمل نموده‌اند. اطلاعات بر گرفته از ANIS^۱ در سال ۱۳۷۷ نشان داد که ۵۴/۷ درصد مادران در مناطق شهری تفسیر درستی از منحنی وزن کودک شان ندارند که این امر اهمیت تفسیر صحیح منحنی رشد کودک برای مادران را نشان می‌دهد. همچنین، ۷۱/۱٪ کودکان در فواصل لازم وزن ثبت شده‌ای در کارت رشد خود نداشتند [۵] که این امر توجه بیشتر کارکنان به یادآوری اهمیت مراجعه مرتب کودک به مراکز

بهداشتی درمانی و رسم منحنی رشد روی کارت رشد کودک را می‌رساند.

در زمینه تغذیه کودک زیر یکسال، مراکز سلامتی و دولتی در اغلب موارد خدمات متوسطی را ارایه دادند. با توجه به تاکید سازمان بهداشت جهانی در مورد ارتقای کیفیت غذای کودک و توصیه به تغذیه انحصاری با شیر مادر طی ۶ ماهه اول زندگی و سپس ادامه آن به همراه غذای کمکی مناسب، همراه با مکمل درمانی با استفاده از قطره های کمکی [۱۲] لازم است که مراکز در این زمینه تاکید بیشتری نمایند. در مورد رفتارهای توصیه غذای تکمیلی متناسب با منحنی رشد کودک طبق جدول تغذیه تکمیلی و سن تقویمی کودک، توضیح در مورد اهمیت دادن قطره مولتی ویتامین، توضیح در مورد اهمیت دادن قطره آهن و معرفی کودک طبق دستورالعمل جهت دریافت شیر خشک با اختلاف قابل ملاحظه‌ای مراکز سلامتی بهتر عمل نموده‌اند. تحقیقات WHO نشان داده که در مناطقی که کمبود ویتامین‌ها شایع است بهبود وضعیت ویتامینی کودک از جمله تجویز ویتامین A، مرگ کودکان را بطور متوسط تا ۲۳٪ کاهش می‌دهد [۱۳].

در ارتباط با نحوه آموزش به مادران در زمینه خدمات بهداشتی کودکان، مراکز سلامتی و دولتی در اغلب موارد خدمات متوسطی را ارایه دادند جدید میلانی در تحقیق خود نشان داد که ارایه آموزش در ۹۴/۹٪ موارد ضعیف بوده است [۱۲]. در مورد رفتارهایی مانند آموزش صحیح علایم خطر در رابطه با منحنی رشد کودک، آموزش صحیح نحوه تهیه شیر خشک، مشارکت دادن مادر در فرآیند آموزشی و اطمینان در مورد اینکه مادر پیام های اصلی را دریافت کرده است، با اختلاف قابل ملاحظه‌ای مراکز سلامتی بهتر از مراکز دولتی عمل نموده‌اند. طبق اطلاعات ANIS ۲۱/۲٪ مادران در مناطق شهری از هدف پایش رشد آگاهی نداشتند [۵]. کارکنان بهداشتی باید به مادر یاد بدهند که مفهوم نقطه وزنی کودک چیست و چگونه این نقطه با توزین کودک و تعیین سن او بدست می‌آید و باید مادر را در ثبت نقطه وزنی بر روی

1. ANIS : antropometric& nutrition Indicators Survey

منحنی رشد در گیر نمود و در ادامه تأکید می‌کند که آموزش ما زمانی مؤثر واقع می‌شود که قادر باشد مشکلاتی را که مادر عنوان می‌کند برطرف نماید [۱۰]. بطور کلی کارکنان دلیل آموزش ضعیف را اغلب کمبود وقت و تعداد زیاد مراجعین و بی‌توجهی آنها عنوان نمودند که این مشکل را می‌توان تا حدودی با آموزش گروهی در دسته‌های کوچک مراجعین و ایجاد ارتباط صمیمانه با مادران برطرف کرد.

در ارتباط با امکانات موجود در مراکز هر دو گروه از مراکز مقادیر یکسانی را نشان دادند که در اغلب موارد خوب بود و این نتایج با یافته‌های یک بررسی که نشان می‌داد تجهیزات لازم بعنوان یک شاخص در کلینیک‌های آموزشی شهری در حد مطلوب بوده همخوانی داشت [۱۴].

نتیجه‌گیری

بطور کلی در ارتباط با نحوه ارائه خدمات بهداشتی کودکان زیر یکسال نتایج نشان داد که این خدمات در

اغلب موارد در مراکز سلامتی خوب و در مراکز دولتی متوسط می‌باشد. نتایج پژوهش قاضی زاده در سال ۱۳۷۹ نشان داد که ۸۸٪ از کودکان زیر یکسال از مراقبت مورد انتظار برخوردار بوده‌اند که این میزان از اهداف تعیین شده در برنامه دوم دولت (۹۵٪) کمتر بوده [۱۵]. ولی با عملکرد مراکز سلامتی بیشتر مطابقت دارد. ارزشیابی‌های کارشناسان مرکز بهداشت استان نشان داد که کیفیت خدمات ارائه شده در مورد کودکان زیر یکسال در مراکز سلامتی ۷۸٪ بود [۵]. که در پژوهش این میزان افزایش یافته است که احتمالاً علل افزایش این میزان بالا بودن انگیزه کارکنان به علت دخالت آنها در کارها، نحوه پرداخت حقوق و نحوه استخدام و همچنین ویژگی مدیریت در این مراکز می‌باشد. امید است که با انجام پژوهشهای بیشتر در سایر جنبه‌ها از جمله خدمات تنظیم خانواده و مراقبت از مادران باردار گسترش مراکز تعاونی از سوی دولت مورد حمایت بیشتری قرار گیرد.

منابع

- ۱- مرندی سید علیرضا، عزیزی فریدون، لاریجانی باقر، جمشیدی حمید رضا. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول. تهران. مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. سال ۱۳۷۷. صفحات ۱۰۸ تا ۱۴۱.
- ۲- نوری محمد رضا. بهداشت در زمینه مراقبت‌ها و تغذیه مادر و کودک. چاپ اول. مشهد. انتشارات اترک. سال ۱۳۶۹. صفحات ۹ تا ۱۰.
- ۳- سازمان بهداشت جهانی و یونسف. برنامه آموزش بهداشت مدارس ابتدایی با گرایش به جنبه‌های عملی آن. منبع معلم. ترجمه سوسن سعدوندیان. چاپ دوم. تهران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. سال ۱۳۷۷. صفحه ۱۱.
- 4- Pittes M, Thopa S. Child survival: The role of family planning revised. USA family health international. 1997; 30.
- ۵- معاونت سلامت، معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی، سیمای سلامت. چاپ اول. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی. سال ۱۳۸۱. صفحات ۳۷ تا ۴۱.
- ۶- رستمی حسین. بررسی دانش، نگرش و عملکرد مادران کودکان زیر ۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز نسبت به پنومونی، پایان نامه کارشناسی ارشد، تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۷۶.
- ۷- طرح شبکه جامع. جزوه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز. مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، سال ۱۳۷۷، صفحات ۶، ۱۱، ۲۰.

- ۸- واگذاری ارائه خدمات بهداشتی درمانی اولیه به بخش خصوصی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز. مرکز بهداشت استان آذربایجانشرقی. حوزه معاونت فنی، سال ۱۳۸۰، صفحات ۱ تا ۶، ۹، ۱۲، ۱۸.
- ۹- مجتمع سلامتی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز. مرکز بهداشت استان آذربایجانشرقی. حوزه معاونت فنی، سال ۱۳۸۱، صفحات ۵ تا ۵۱.
- ۱۰- کلاهدوز فریدون. دستور عمل کارت مراقبت کودک. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت، سال ۱۳۸۱، صفحات ۱، ۷ تا ۸، ۱۱ تا ۱۴، ۱۶، ۲۳ تا ۲۶.
- ۱۱- محمدزاده زهرا، شادزی شپین، سلیمانی بهرام. مقایسه عملکرد کاردانه‌های بهداشت خانواده و تکنسین‌های دوره دیده در مراکز بهداشتی درمانی شهری اصفهان سال ۱۳۷۵. مجله پژوهش در علوم پزشکی، سال ۱۳۷۹. دوره چهارم. شماره ۲. صفحات ۱۱۳ تا ۱۱۶.
- ۱۲- جدید میلانی مریم، محفوظ پور سعاد، حسین زاده صفیه، ولائی ناصر، سپیل ارشادی فرخ. بررسی چگونگی ارایه آموزش تغذیه کودکان کمتر از ۶ سال توسط کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۸۱-۱۳۸۰. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۱، دوره دوازدهم، شماره ۳۹، صفحه ۳۰.
13. World health organization. Trace element in human nutrition and health. Geneva: WHO. 1996: 6.
14. Xiang X, Wag L. Obstetric quality investigation on urban and rural area china. Chung Hua Fu chan KO TSA chih. 1996: 31(3):138.
- ۱۵- قاضی زاده احمد. کیفیت ارائه خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت استان کردستان در سال ۱۳۷۷. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سال ۱۳۷۹، دوره پنجم، شماره ۱۷، صفحات ۱ تا ۶.