مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۷، شماره ۱، بهار ۸۶، صفحات ۱۷ تا ۲۲

Original Article

بررسی اثربخشی مراقبتهای بهداشتی از کودکان زیر ۵ سال در نظام سلامت کشور در استانهای آذربایجان شرقی و زنجان

حسین جباری بیرامی[۱]، فریبا بخشیان[۲]، رضاقلی وحیدی[۳]

[۱] استادیار، هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
[۲] کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
[۳] دانشیار، هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

سابقه و هدف: *ریشه‌کن‌سازی فقر و کاهش مرگ و میر کودکان در اهداف توسعه هزاره بدون مداخلات کم هزینه و اثر بخش بهداشتی و تغذیه‌ای قابل دستیابی نخواهد بود. در نظام بهداشتی ایران مراقبت از کودکان به شکل فعال بویژه در خانه‌های بهداشت از حدود سه دهه پیش انجام می‌گیرد. هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی مراقبت از کودکان (بهبود وضعیت سلامت کودکان، عملکرد کارکنان در انجام مراقبت و بهبود پشتیبانی و حمایت نظام شبکه) در این طرح بود.*

روش بررسی: *مطالعه از نوع مقطعی بود که با استناد به داده‌های موجود انجام شد. در این مطالعه ۱۵۰۰ کودک از شهرستانهای تبریز و زنجان با همان تعداد کودک (خواهر و برادر خود) انتخاب شدند و اطلاعات مربوط به دو کودک یک خانواده در خلال سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۴ با هم مقایسه شدند.*

یافته‌ها: *مقایسه وزن و قد کودکان آخر و ماقبل آخر در این مطالعه نشان‌دهنده افزایش وزن و قد کودکان آخر می‌باشد. عملکرد بهورزان در رسم منحنی رشد، توصیه و گسترش تغذیه با شیر مادر و شیردهی انحصاری و شروع به موقع غذای کمکی نیز تا حدودی بهبود یافته است. عملکرد نظام بهداشتی در تدارک اقلام مورد نیاز نیز بهبود یافته است.*

نتیجه‌گیری: *بازنگری در نحوه پایش و ارزشیابی خدمات ارایه شده و تدوین دستورالعملهایی برای ثبت مستندات در پرونده خانوار و حفظ و نگهداری آنها باید مورد توجه دقیق قرار گیرد. به‌علاوه توصیه می‌شود مراقبتهای بهداشتی از کودکان با مشارکت کامل تیم سلامت (پزشک-بهورز) در کنار مادر اجرا گردند.*

واژگان کلیدی: *مراقبت بهداشتی، کودکان، اثربخشی خدمات، نظام سلامت.*

مقدمه

اهداف مهم توسعه هزاره (ریشه‌کن‌سازی فقر و کاهش مرگ و میر کودکان) بدون مداخلات کم هزینه و اثربخش بهداشتی و تغذیه‌ای قابل دستیابی نخواهد بود (۱). در جمهوری اسلامی ایران بدنبال نشست آلماتا در سال ۱۹۷۶ میلادی و تعیین استراتژی مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC)، انقلاب عظیمی در نظام مدیریت ارایه خدمات بوقوع پیوست (۲) که نتایج این تحول بعد از گذشت سه دهه به عنوان دستاوردهای غیرقابل تصور عنوان می‌شوند (۳).

مراقبتهای بهداشتی اولیه طیفی از خدمات را در بردارد که خدمات بهداشت خانواده (مادر و کودک) از مهمترین آنها می‌باشد. واحدهای ارایه دهنده این خدمات در روستاها، خانه‌های بهداشت می‌باشند که کادر کمکی تحت عنوان بهورز به صورت بومی و با حداقل تحصیلات و امکانات به ارائه خدمات می‌پردازد.

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دکتر حسین جباری بیرامی
(**email**: hosseinhosseinj@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۹/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۲

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-16]

حدود ۱۰ درصد جمعیت روستایی ایران را کودکان زیر شش سال تشکیل می‌دهند (۴). درصد فوق به دلیل جوانی جمعیت و آغاز دوران باروری متولدین سالهای اول انقلاب در سالهای آتی افزایش خواهند یافت. امروزه دولتها متعهدند دستیابی به خدمات بهداشتی را برای تمام اقشار جامعه بالاخص گروههای آسیب‌پذیر (مادران و کودکان) مهیا سازند (۵).

مقایسه شاخصهای مربوطه به مرگ و میر کودکان نشان می‌دهد که جمهوری اسلامی ایران توفیقات چشمگیری در این زمینه داشته است (۶). در این راستا اقدامات حیاتی توانسته است بقای کودکان را تضمین و منجر به ارتقای وضعیت رشد آنان شود ولی هنوز رضایت‌بخش نبوده و نیازمند توجه بسیار جدی می‌باشد. بررسی کشوری وضعیت رشد کودکان در سال ۱۳۷۷ نشان می‌دهد که ایران در یک طیف مقایسه‌ای جهانی، از نظر کوتاه قدی و لاغری در حد شیوع کم و از نظر کم وزنی در حد متوسط است (۷). همه این موارد در حالی است که در نظام شبکه بهداشتی ایران، برنامه‌های وسیعی برای مراقبت کودکان طراحی و اجراء می‌شود و هدف کلی مراقبتهای مذکور حفظ و ارتقای سلامت کودکان و تشخیص بهنگام مشکلات و پیشگیری از پیشرفت مشکل و ایجاد علائم غیرطبیعی و عوارض غیرقابل برگشت است، ولی در کشور ما علیرغم ۳۴ سال قدمت کارت رشد و نظام شبکه هنوز ۳۱ درصد کودکان کارت پایش نداشته و از کودکان دارای کارت تنها ۱۷/۵درصد به طور مرتب وزن شده‌اند و ۳۵درصد آنها وزن ثبت شده بر روی منحنی رشد ندارند (۸) که اینها همه نیازمند توجه جدی به کیفیت و اثربخشی برنامه‌ها می‌باشد.

در نهایت با توجه به اهمیت علمی، اجتماعی و اقتصادی برنامه مراقبت کودکان و هزینه‌های هنگفت صرف شده برای ارائه برنامه در کشور انتظار می‌رود در صورت اثر بخش بودن مراقبتها وضعیت شاخصهای سلامت کودکان، عملکرد کارکنان در انجام مراقبت و مستندسازی مداخلات و نتایج و نیز عملکرد شبکه‌های بهداشتی در ابعاد تدارکاتی و راهبردی با گذشت زمان ارتقا یابد. این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی برنامه‌های فوق انجام گردید.

مواد و روشها

مطالعه از نوع مقطعی است. مراقبتهای انجام یافته برای کودکان در فاصله سالهای ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۸۲ به صورت کامل و بر اساس مستندات موجود مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل آخرین زوج کودکان متولد شده در سالهای ۸۲-۱۳۷۴ از یک مادر در روستاهای دارای خانه بهداشت فعال شهرستانهای تبریز و زنجان بود. دلیل انتخاب روستاها، کامل بودن اطلاعات مورد نیاز در خانه‌های بهداشت در مقایسه با شهرها است.

جامعه و نمونه این بررسی را ۱۵۰۰ کودک حاصل زایمان آخر با همان تعداد کودک حاصل از زایمان ماقبل آخر تشکیل دادند (۱۰۰۰ کودک از تبریز و ۵۰۰ کودک از زنجان). دلیل انتخاب دو کودک حاصل از دو زایمان از یک مادر، کنترل و یا به حداقل رساندن متغیرهای متعدد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ژنتیکی مخدوش‌کننده مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بود که روایی و پایایی آن با نظر تخصصی صاحبنظران و انجام مطالعه پایلوت توسط طراح مطالعه و برخی از همکاران در سالهای قبل به اثبات رسیده است.

پژوهشگران ماهر و باتجربه بدون هیچ گونه رابطه استخدامی و اداری با واحدهای پژوهش با مراجعه به خانه بهداشت و بررسی دفتر مراقبت اطفال و به کمک عوامل اجرایی خانه بهداشت کلیه مادران و کودکان واجد شرایط (دو کودک از یک مادر در خلال سالهای مطالعه) را مشخص نموده و با استخراج پرونده خانوار نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام می‌کردند. پرسشنامه شامل سه بخش اطلاعات کلی (۲۰ سؤال)، اطلاعات تخصصی مربوط به کودک اول (۵۴ سؤال) و کودک دوم (۵۴ سؤال) بود. متغیرهای اصلی مطالعه شامل وزن و قد کودکان، رسم منحنی رشد، نوع و زمان شروع اولین غذای کمکی، ارجاع کودک به پزشک، دریافت مکملهایی چون آهن، مولتی ویتامین و یا AD و شیردهی انحصاری بودند.

یافته‌ها

در شهرستان تبریز ۱۰۰۰ نمونه از ۲۸ خانه بهداشت و در زنجان ۵۰۰ نمونه از ۲۰ خانه بهداشت جمع‌آوری شدند. خانه‌های بهداشت مورد مطالعه بطور میانگین ۱۶/۷۰ سال سابقه فعالیت داشتند. جمعیت تحت پوشش آنها بطور متوسط ۲۱۱۹ نفر بود.

میانگین کارکنان شاغل در هر خانه بهداشت، ۲/۱۷ نفر بهورز بود که ۳۰/۳٪ آنها مرد و ۶۹/۷٪ زن بودند. ۴۰/۶٪ بهورزان سواد پنجم ابتدایی، ۵۱/۵٪ راهنمایی و ۷/۹٪ دیپلم داشتند. ۶۸٪ آنها در روستاهای محل خدمت خود مقیم بودند که این رقم در تبریز ۵۵/۳٪ و در زنجان ۹۳/۴٪ بود. بعد خانوار در جامعه پژوهش به طور متوسط ۱/۹۸±۵/۴۲ بود. در مجموع ۷۵٪ اطلاعات مورد نیاز در پرونده‌ها ثبت شده بود. ۴۳/۶٪ کودکان اول و ۵۲/۹٪ کودکان دوم پسر بودند (NS).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-16]

از نظر زایمان ۸۵/۴٪ کودکان اول و ۷۸/۷٪ کودکان دوم حاصل زایمان طبیعی بودند (p<۰/۰۰۱) بدین ترتیب میزان سزارین در جامعه در حال افزایش است.

کودکان گروه اول و دوم بطور میانگین ۴۵ ماه اختلاف سنی داشتند.

میزان بهبود منحنی‌های رشد کودکان در مقایسه با منحنی‌های استاندارد در چهار مقطع سنی هنگام تولد، شش ماهگی، دوازده ماهگی و هیجده ماهگی نشان‌دهنده افزایش وزن در کودکان گروه دوم می‌باشد (جدول ۱). بین میانگین وزن هنگام تولد کودکان اول و دوم رابطه معنی‌داری وجود نداشت. ولی بین میانگین وزن کودکان اول و دوم در شش ماهگی، ۱۲ ماهگی و ۱۸ ماهگی رابطه معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱).

جدول ۱- میانگین وزن کودکان (گرم) در مقاطع سنی مختلف

	هنگام تولد	۶ ماهگی	۱۲ ماهگی	۱۸ ماهگی
کودک اول	۳۲۹۴	۷۴۴۷	۹۳۴۴	۱۰۴۵۹
کودک دوم	۳۳۱۷	۷۶۷۲	۹۵۱۵	۱۰۶۱۲

مقایسه قد کودکان در مقاطع سنی فوق الذکر افزایش نسبی را نشان می‌دهد (جدول ۲). بین میانگین قد کودکان اول و دوم هنگام تولد، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی رابطه معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱).

جدول ۲- میانگین قد کودکان (سانتیمتر) در مقاطع سنی مختلف

	هنگام تولد	۶ ماهگی	۱۲ ماهگی	۱۸ ماهگی
کودک اول	۴۹/۳۸	۶۳/۳۴	۷۲/۰۰۱	۷۶/۹۸
کودک دوم	۴۹/۷۳	۶۴/۳۵	۷۲/۵۰	۷۷/۳۱

در مقایسه میزان بهبود عملکرد کارکنان بهداشتی در مراقبت از کودکان منحنی‌های رشد کودکان به عنوان یک توانایی مهم در بدو تولد و شش ماهگی ارتقاء یافته و در دوازده ماهگی عدم ارتقا را نشان می‌دهد (p<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی وضعیت رسم منحنی رشد توسط کارکنان بهداشتی

	هنگام تولد			۶ ماهگی			۱۲ ماهگی		
	رسم نشده	غلط	درست	رسم نشده	غلط	درست	رسم نشده	غلط	درست
کودک اول	۱۷/۹	۱۳/۱	۷۹/۳	۹	۱۵/۹	۷۵/۱	۶/۸	۱۵/۳	۷۷/۹
کودک دوم	۵/۷	۱۰	۸۴	۸/۲	۱۲/۶	۷۹/۲	۱۳	۱۳	۷۴

سن شروع غذای کمکی برای کودک اول ۵/۸۷ ماهگی و کودک دوم ۶/۲۷ ماهگی بود (p<۰/۰۰۱). علاوه بر سن شروع غذای کمکی، نوع غذای کمکی مورد استفاده کودک نیز مورد توجه این پژوهش بود که یافته‌ها در جدول ۴ آورده شده است. جدول فوق نشان‌دهنده بهبود نوع غذای کمکی داده شده به کودک بر اساس دستورالعملهای مربوطه می‌باشد.

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی نوع اولین غذای کمکی داده شده به کودکان

	لعاب برنج	سوپ	غذای آماده	شیربرنج	فرنی	سایر
کودک اول	۸	۶/۹	۰/۷	۲/۶	۵۶/۶	۲۵/۲
کودک دوم	۲/۷	۷/۶	۰/۶	۲/۵	۶۸/۳	۱۸/۳

ارجاع کودک به واحدهای بالاتر از سوی خانه بهداشت در قالب سیستم ارجاع از فاکتورهای مهم در مراقبت از کودکان می‌باشد. در این بررسی بطور میانگین کودکان اول ۰/۲۲ بار و کودکان دوم ۰/۲۳ بار از سوی خانه بهداشت ارجاع داده شده بودند (NS). بررسی تعداد موارد لازم برای ارجاع نشان می‌دهد که بطور میانگین و براساس مستندات موارد ارجاع لازم برای هر کودک اول ۰/۷ بار و برای هر کودک دوم ۰/۶۴ بار بوده است (NS). به منظور جبران کمبود برخی از ویتامین‌های ضروری برای کودکان، کارکنان بهداشتی قطره مولتی ویتامین یا AD را برای کودکان طبق دستوالعمل تجویز می‌کنند که این نکته در پژوهش مورد توجه قرار گرفت و نتایج نشان می‌دهد بطور میانگین کودکان اول ۵/۶۳ شیشه قطره مولتی ویتامین یا AD دریافت کرده و کودکان دوم نیز ۵/۹۴ بار همان قطره‌ها را دریافت کرده بودند. از سوی دیگر با توجه به اهمیت عنصر آهن در رشد و تکامل و شیوع آنمی فقر آهن در کشور، کارکنان بهداشتی به کودکان طبق دستورالعمل می‌بایست همراه با شروع غذای کمکی قطره آهن نیز تجویز کنند. بررسی نشان می‌دهد که کودکان اول بطور میانگین ۳/۰۷ شیشه قطره آهن دریافت کرده بودند. این رقم در کودکان دوم ۴ شیشه بود. در رابطه با مدت انحصاری تغذیه با شیر مادر نشان؛ کودکان اول در تبریز بطور میانگین ۴/۷۹ ماه و در زنجان ۴/۵۸ ماه به صورت انحصاری از شیر مادر استفاده کرده بودند. این ارقام در کودک دوم برای تبریز ۵/۰۷ ماه و در زنجان ۵/۲۰ ماه بود.

بحث

مقایسه میزان بهبود رشد کودکان در مقایسه با منحنی‌های استاندارد نشان می‌دهد که میانگین وزن موقع تولد در کودک

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-16]

اول ۳۳۲۰ گرم و در کودک دوم ۳۳۷۰ می‌باشد که نسبت به مطالعه انجام شده توسط آیت‌الهی در مناطق روستائی استان فارس بیشتر است (۹) ولی با مطالعه شریف و همکاران درکاشان (۱۰) و فتح ا...پور در سنندج همخوانی دارد(۱۱). از طرف دیگر در مقایسه با منحنی استاندارد در هر دو مورد یعنی کودک اول و دوم نیز میانگین وزن موقع تولد بالاتر از صدک۵۰ می‌باشد. دلیل این امر شاید به نحوه انتخاب نمونه‌ها و روش جمع‌آوری داده‌ها مربوط باشد چراکه در این مطالعه فقط کودکانی مورد بررسی قرار گرفتند که تا پایان ۱۸ ماهگی زنده بوده و توسط خانه بهداشت مراقبت شده‌اند و عملاً تعدادی از کودکانی که با وزن کم موقع تولد در بیمارستان یا منزل متولد شده و در طی این مدت فوت کرده‌اند، وارد مطالعه نشدند. میزان کودکان LBW در کودک اول ۳/۱٪ بود در صورتی که با توجه به آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت و درمان که از تحلیل زیج سال ۱۳۸۲ کشور بدست آمده است میزان LBW در کشور ۴/۴۹٪ و در استان آذربایجان شرقی ۴/۱٪ و در زنجان ۶/۶۲٪ بود (۱۲).

در سن ۱۲ ماهگی در هر دو جنس میانگین وزن نسبت به منحنی استاندارد (National Center for Health Statistics=NCHS) پائینتر است که با مطالعات متعدد انجام شده در کشور مطابقت دارد. برخی محققان پیشنهاد طراحی منحنی‌های بومی برای کشور را مطرح می‌نمایند (۱۰). در کل بین میانگین وزن کودکان در سن ۶ و ۱۲ ماهگی در کودک اول و دوم اختلاف معنی‌دار وجود دارد. این نتیجه صرفنظر از مقدار تغییرات، نتیجه مداخلات نظام سلامت می‌باشد که با گذشت زمان به اثربخشی بیشتر مداخلات می‌توان امیدوار شد. در مقایسه قد بین کودک اول و دوم در تمامی سنین مورد مطالعه، روند بهبود و افزایش میانگین دیده می‌شود. این نتایج با قد کودکان شهر سنندج در بدو تولد مطابقت ولی در سن یک‌سالگی پایینتر می‌باشد (۱۱) (۷۷/۸ سانتیمتر برای پسران و ۷۶/۵ سانتیمتر برای دختران). همچنین در تمامی گروههای سنی مورد مطالعه، میانگین قد هر دو جنس در کودک اول و دوم در مقایسه با منحنی‌های استاندارد در حد پائین‌تری قرار دارد.

در مجموع می‌توان گفت که در ارتباط با مقایسه منحنی‌های رشد کودکان اول و دوم، وضعیت منحنی رشد کودکان دوم نسبت به کودکان اول بهتر شده و تفاوتهای آماری وجود دارد. ولی مشابه یافته‌های حاجیان و همکاران در بابل (۱۳) با افزایش سن منحنی افت پیدا می‌کند. بااین‌حال با توجه به کنترل عوامل مخدوش‌کننده در مجموع می‌توان گفت که نقش سیستم بهداشتی و کارکنان در مراقبتهای دوران بارداری و مراقبت از کودکان موثر بوده است.

در ارتباط با تعیین میزان بهبود توانائی کارکنان بهداشتی در مراقبت از کودکان، بررسی وضعیت رسم منحنی رشد کودکان در گروههای سنی مورد مطالعه نشان می‌دهد که عملکرد کارکنان بهداشتی در بیش از سه چهارم موارد صحیح می‌باشد و با گذشت زمان بهبودی بیشتری در این رابطه صورت گرفته است. در مطالعه قاضی‌زاده در کردستان نیز بیش از ۱۹درصد بهورزان فاقد مهارت کافی برای رسم منحنی رشد بودند (۱۴). در بررسی شبکه جامع شمال غرب تبریز تنها در ۲۵درصد موارد منحنی رشد در کارت مراقبت رسم شده بود (۱۵).

در این بررسی علیرغم اینکه در مقایسه کودک اول و دوم شاهد بهبود عملکرد کارکنان هستیم در حدود ۱۰-۵ درصد موارد منحنی رشد رسم نشده یا در ۱۵-۱۰٪ موارد منحنی درست رسم نشده است. لذا اقدام سیستم بهداشتی در جهت بهبود عملکرد کارکنان و ارتقاء آن باید مدنظر باشد.

از نظر زمان اولین مراقبت کودک بعد از تولد توسط خانه بهداشت میانگین زمان اولین مراقبت ۸/۷۷ در کودک اول و ۹/۰۷ روز در کودک دوم بود که نشان دهنده عدم بهبود عملکرد کارکنان در مراقبت از نوزادان است. هر چقدر میزان مراقبت در طی این مدت بهتر و بیشتر باشد می‌تواند تاثیر مثبت در کاهش مرگ و میر نوزادان داشته باشد. همچنین نتایج این بررسی نشان می‌دهد که در حدود ۷۵٪ موارد کودکان تا روز دهم پس از تولد توسط خانه بهداشت مراقبت شده‌اند. مطالعه‌ای که توسط نیکپور در شهرستان بجنورد در سال ۱۳۷۹ انجام شد نشان دهنده ارتباط کیفیت خدمات انجام شده با احتمال مرگ و میر نوزاد و شیرخوار می‌باشد (۱۶).

در مورد مدت زمان دریافت قطره مولتی ویتامین در هر دو کودک اول و دوم میزان دریافت با توجه به نتایج بررسی فوق‌العاده کم می‌باشد به‌طوریکه کودکان اول ۲/۷ بار و کودکان دوم ۴/۷ بار تا سن ۱۲ ماهگی قطره مولتی ویتامین دریافت کرده‌اند. نیک‌نیاز و همکاران در بررسی خود در شهر تبریز دریافتند که ۳۹درصد کودکان فقط قطره مولتی ویتامین، ۳/۷درصد فقط آهن و ۳۳/۶ درصد هر دو قطره و ۲۲درصد هیچکدام را دریافت نکرده بودند (۱۷). پائین بودن این میزان نشان‌دهنده عملکرد غلط کارکنان در مورد ثبت دقیق اقدامات انجام شده در این مورد در پرونده‌های خانوار می‌باشد. به نظر می‌رسد مشکل در ثبت اطلاعات وجود دارد نه در توزیع قطره مولتی ویتامین. با توجه به دستورالعمل

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-16]

کشوری و منابع آموزش کارکنان بهداشت (۵)، کودکان در سال اول تولد زندگی هر ماه و در سال دوم هر دو ماه باید مراقبت شوند. در این بررسی تعداد مراقبتها در سن ۶-۰ و ۱۲-۷ و ۱۸-۱۳ ماهگی بررسی شده است. از آنجائی‌که کودکان در زمان اول تولد جمعاً ۷ بار مراقبت می‌شوند (یک بار در روزهای اول تولد و بعداً هر ماه یک بار)، میانگین تعداد دفعات مراقبت در کودکان اول ۶/۳۲ بار و در کودکان دوم ۶/۳۶ بار می‌باشد، لذا در مورد این مسئله عملکرد کارکنان بین کودک اول و دوم فرق نداشت. ولی در سنین ۱۲-۷ ماهگی و ۱۸-۱۳ ماهگی اختلاف معنی‌داری از این نظر بین کودکان اول و دوم وجود دارد به طوری‌که شاهد کاهش تعداد دفعات مراقبت در کودک دوم هستیم لذا در مقایسه تعداد دفعات مراقبت بین کودک اول و دوم، عملکرد کارکنان مطلوب نبوده است. یافته‌های قاضی‌زاده نیز نشان داد که در کل ۸۸ درصد کودکان زیر یک‌سال از مراقبت مورد انتظار برخوردار بودند (۱۴). در مجموع، عملکرد کارکنان در این مورد مطلوب نبوده و حتی تعداد دفعات مراقبت کودک دوم نسبت به کودک اول کمتر شده است لذا باید این امر در ارزیابی و پایش خانه‌های بهداشت در نظر مسئولین و کارشناسان باشد.

در ارتباط با تعیین میزان بهبود عملکرد مادران در عمل به دستورات بهداشتی مرتبط با تغذیه کودک، میانگین مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان اول ۴/۷۲ و در کودکان دوم ۵/۱۲ ماه بود. می‌توان گفت عملکرد مادران در رابطه با دستورات بهداشت مرتبط با این مسئله بهتر شده است. درمطالعه حاجیان و همکاران در شهر بابل، ۸۰/۷درصد کودکان تا سن شش ماهگی منحصراً از شیر مادر استفاده کرده بودند (۱۳). در مطالعه قاضی‌زاده نیز ۳/۶درصد کودکان کمتر از شش ماه، ۱۳درصد بین ۶تا ۱۲ماه،۸۳/۴ درصد بیش از یکسال از شیر مادر استفاده کرده بودند (۱۴).

بهترین زمان برای شروع اولین تغذیه کمکی برای کودک، ۶-۴ ماهگی است. بررسی حاضر نشان دهنده بهبود عملکرد مادران در این مورد می‌باشد. از طرف دیگر در هر دو گروه کودکان حدود دوسوم موارد تغذیه تکمیلی بین ۶-۴ ماهگی شروع شده است که نشان‌دهنده رفتار درست مادران در اکثر موارد می‌باشد. در بررسی حاجیان در بابل میانگین سن شروع غذای کمکی ۵/۷ ماهگی بود (۱۳). در بررسی برزگر و همکاران در تبریز ۲۷درصد موارد تغذیه کمکی زودتر از ۴ماهگی شروع شده بود (۱۵).

در تمامی منابع آموزش کارکنان بهداشتی، فرنی با توجه به سهل‌الهضم بودن و ساده بودن آن به عنوان مناسبترین غذا برای شروع تغذیه تکمیلی توصیه شده است. نتایج این تحقیق نشان‌دهنده بهبود عملکرد مادران در این مورد می‌باشد به‌طوریکه در ۵۶/۶٪ موارد در کودکان اول و در ۶۸/۳٪ موارد در کودکان دوم از فرنی به عنوان اولین غذای کمکی در تغذیه کودکان استفاده شده است. در مورد مصرف سایر مواد غذائی (به غیر از شیر مادر) در ۶-۴ ماه اول در کودک اول در ۶۷/۵٪ و در کودک دوم در ۷۵٪ موارد به غیر از شیر مادر از سایر مواد غذای مانند شیر خشک، شیر دامی، آب قند و یا سایر مواد غذائی در تغذیه کودک استفاده شده است که عملکرد مادران در کودک اول نسبت به کودک دوم بهتر بوده است

در پایان می‌توان گفت در این بررسی اثربخشی خدمات ارائه شده به کودکان در ابعاد ارتقای وضعیت سلامت کودکان، ارتقای عملکرد کارکنان بهداشتی و نیز ارتقای مدیریت نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی در مجموع بهبودهایی را نشان می‌دهد ولی به منظور دستیابی به اهداف مقرر و کسب توان رقابتی در دهکده جهانی لازم است:

۱- در پایش و ارزشیابی خدمات خانه‌های بهداشت بازنگری‌های اساسی صورت گیرد و استفاده از ابزار این پژوهش پیشنهاد می‌گردد.

۲- پزشک و سایر کارشناسان بهداشتی به منظور اثربخشی بیشتر در مراحل مختلف حضور فعالتری داشته باشند.

۳- نسبت به ارتقای سطح علمی بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت اقدامات مقتضی صورت گیرد.

۴-مکانیزه نمودن پرونده‌های خانوار و گسترش اتوماسیون و اینترانت در سطح خانه‌های بهداشت در قابل استفاده شدن مستندات و کاهش بروکراسی بسیار ضروری است و هرچه سریعتر باید نسبت به ظرفیت‌سازیهای لازم اقدام شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه مسوولین،کارشناسان،کاردانها و بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستانهای تبریز و زنجان که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-16]

REFERENCES

1. Management and Planning Organization of Iran (MPO). The First Millennium Development Goals Report 2004. MPO&UN. Tehran. 2004;p:22-24.

۲. شاد پور ک (مولف). مراقبتهای بهداشتی اولیه در ایران. چاپ اول، تهران، انتشارات وزارت بهداشت، سال ۱۳۸۱.

۳. دفتر منطقه‌ای مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO). گزارش کارشناسی بازدید از جمهوری اسلامی ایران. تابستان سال ۱۳۸۱.

۴. مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی. گزارش سالانه آماری از خانه‌های بهداشت، سال ۱۳۷۸.

۵. سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳. ساختن آینده. ترجمه: اکبری م ا و همکاران. موسسه ابن سینای بزرگ، تهران. چاپ اول. سال ۱۳۸۳؛ صفحات ۵۸ تا ۶۲.

۶. ملک افضلی ح. مقایسه شاخصهای بهداشتی ایران. فصلنامه پایش، ۱۳۷۴؛ شماره ۲۵، تابستان، صفحات ۴۲ تا ۴۹.

۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف). بهبود رشد و تغذیه کودکان. چاپ اول، تهران، انتشارات وزارت بهداشت، سال ۱۳۸۰.

۸. اداره تغذیه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت. خبرنامه تغذیه (نشریه داخلی)، ۱۳۷۹؛ شماره ۵، پاییز، صفحه۴.

9. Ayatollahi SMT, Shahsawary T. Size at birth in Shiraz. Iranian Journal of Tropical Pediatrics 2002; 48: 245-47.

۱۰. شریف م، عظیمی ع، طالبیان ا. پایش رشد (قد و وزن) در طی سال اول زندگی شیر خواران تغذیه‌کننده با شیر مادر در شهر کاشان ۱۳۷۷. ،فصلنامه علمی و پژوهشی فیض، ۱۳۷۹؛، سال ۴، شماره ۱۳، ،صفحات ۲۴ تا ۲۹.

۱۱. فتح ا..پور،میرکی خ. بررسی میانگین قد و وزن و منحنی رشد در کودکان زیر سه سال شهر سنندج در سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۸۰؛ سال ششم، شماره۲۲، صفحات ۳۵ تا ۴۱.

۱۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تحلیل زیج حیاتی سال ۱۳۸۲ کشور. فصلنامه بهورز، ۱۳۸۳؛ سال ششم، پاییز، صفحات ۴۴تا ۴۵.

۱۳. حاجیان ک، علیپور ع و همکاران. بررسی میزان رشد تا دو سالگی در کودکان مناطق روستایی شهر بابل. فصلنامه علمی و پژوهشی فیض، ۱۳۸۱؛ شماره ۲۳، صفحات ۶۹ تا ۷۹.

۱۴. قاضی زاده ا. کیفیت ارایه خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت استان کردستان در سال ۱۳۷۷. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۷۹؛ سال ۵، شماره ۱۷، پاییز، صفحات ۴۴ تا ۵۶.

۱۵. برزگر م، امینی ا، حنایی ج، یعقوبی ع و همکاران. آگاهی، نگرش و عملکرد مادران ساکن در منطقه شمالغرب تبریز در مراقبت از کودکان در سال ۱۳۷۹. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۸۲؛ ضمیمه شماره ۵۹، پاییز، ۱۳۸۲، صفحات۲۳ تا ۲۷.

۱۶. نیکپور ب. تاثیر کیفیت مراقبتهای مادران و کودکان زیر دو سال شهرستان بجنورد در سال ۱۳۸۲. .فصلنامه پایش، ۱۳۸۲؛ شماره ۲، صفحات ۱۰۵ تا۱۱۰.

۱۷. نیک نیاز ع، شقاقی ع. .مراقبت از کودکان زیر شش سال در منطقه شمالغرب تبریز در مراقبت از کودکان۱۳۷۹. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۸۲؛ ضمیمه شماره ۵۹، پاییز، .صفحات۱۲۰ تا ۱۲۳.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-16]