

مقاله پژوهشی

ارزشیابی عملکرد کارکنان بهداشتی در مورد تن سنجی کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان

افسر امیدي*، مسعود خداویسی*، مهین بغارپوش*

دریافت: ۸۵/۵/۲، پذیرش: ۸۶/۹/۱

چکیده:

مقدمه و هدف: بیش از نیمی از موارد مرگ و میر در جهان معلول سوء تغذیه است که می توان باتن سنجی که یک روش بسیار عملی و مناسب برای ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان است از مرگ و میر آنها پیشگیری نمود. لذا مطالعه ای به منظور تعیین عملکرد کارکنان بهداشتی در مورد تن سنجی کودکان در مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان انجام شد. روش کار: در این مطالعه توصیفی تعداد نمونه های مورد پژوهش ۶۵ نفر است که شامل کلیه کارکنان بهداشتی شهر همدان می باشد و به طریق نمونه گیری آسان انتخاب شده اند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه وبرگ مشاهده بود. نتایج: در ارتباط با " تعیین بکارگیری استاندارد ساختاری در زمینه لوازم و وسائل تن سنجی کودکان" نتایج نشان داد که: بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۴۷/۷٪) بکارگیری استاندارد ساختاری متوسطی داشته اند. همچنین در ارتباط با " تعیین بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت توسط کارکنان بهداشتی در تن سنجی کودکان نتایج نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۷۸/۵٪) از بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت متوسطی برخوردار بوده اند. بعلاوه یکی از اقداماتی که در غالب فرآیند مراقبت مطرح می باشد زمان اولین مراجعه کودک به مراکز بهداشتی و درمانی می باشد که بیشترین درصد کودکان (۵۳/۸) بین ۱ تا ۲ ماهگی جهت مراقبت مراجعه نموده اند. نتیجه نهائی: بطور کلی اکثر کارکنان بهداشتی در زمینه بکارگیری استاندارد ساختاری و بکارگیری استاندارد مراقبت در تن سنجی کودکان دارای عملکرد متوسطی بوده اند بنابراین پیشنهاد می شود که برنامه های آموزشی در زمینه آشنا سازی با اصول تن سنجی کودکان به اجرا درآید و وسایل و لوازم مناسب در اختیار آنان قرار گیرد.

کلید واژه ها: تن سنجی / عملکرد / کارکنان بهداشتی

مقدمه :

بیش از نیمی از موارد مرگ و میر در سراسر جهان معلول سوء تغذیه است. در کشورهای درحال توسعه سالانه ۱۲ میلیون کودک زیر پنج سال در اثر بیماریهای قابل پیشگیری جان خود را از دست می دهند که مرگ و میر نزدیک به ۷ میلیون یا ۵۴٪ از آنها بطور مستقیم و غیر مستقیم مربوط به سوء تغذیه می باشد (۱). بررسی های متعدد در مورد سوء تغذیه در ایران نشان می دهد که اکثر کودکان ۱۲ ماهه، حدود ۲ کیلوگرم کمبود وزن و ۴ سانتی متر کمبود قد دارند و مانند کودکان ۷ ماهه به نظری رسند (۲).

اگر چه بیشترین میزان مرگ و میر کودکان مربوط به کشورهای در حال توسعه است که از نظر اقتصادی و اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند ولی علت اختلاف در میزان مرگ و میر این گروه آسیب پذیر در جوامعی که دارای سطح یکسانی از نظر اقتصادی و اجتماعی می باشند با قابلیت دسترسی و کیفیت مراقبت از کودک ارتباط مستقیم دارد (۳). خوشبختانه با اندازه گیری رشد بعنوان یکی از استراتژیهای جامع میتوان از مرگ و میر کودکان در سراسر دنیا پیشگیری نمود (۴). برای تعیین وضعیت تغذیه یک فرد یا جامعه از چهار شاخص کلینیکی، بیوشیمیائی، تن سنجی و غذای دریافتی استفاده می شود که هیچکدام مانند اندازه گیریهای تن سنجی در مدت کوتاه، عملی و قابل اجرا نیست بویژه در کودکان مناسب ترین روش می باشد (۵). برای هر یک از کودکان الگوهای رشد می توانند بسیار متفاوت باشند بی آنکه از محدوده وسیعی که مشخص کننده رشد طبیعی است تجاوز نماید. یکی از اهداف مهم بهداشتی کمک به کودکان برای دستیابی به توان فردیشان برای رشد و نمو و سرانجام سلامت است. از روشهای عمده رسیدن به این هدف، اندازه گیری دوره ای هر کودک برای بررسی طبیعی بودن رشد و نمو او است (۶).

اندازه گیری پارامترهای تن سنجی (قد، وزن، دورسر) برای قضاوت در مورد تغذیه کودکان ضروری هستند (۷). اندازه گیری دقیق قد و وزن باید در هر بازدید بهداشتی انجام شود. اندازه گیری های مکرر را با فواصل زمانی مفیدتر از اندازه گیریهای منفردند زیرا به کمک آنها میتوان الگوی رشد را مشخص نمود (۶).

شایعترین علت انحرافی علل تکنیکی است (تجهیزات

معیوب و خطای انسانی در اندازه گیری یا نقطه یابی). از این رو نخستین گام در بررسی یک اندازه گیری انحرافی باید تکرار آن باشد (۶). وزن معتبرترین معیار سنجش بدن است. تغییر در اندازه قد و دور سر بعد از یک مشکل طویل المدت حاصل می شود (۷). افزایش وزن نرمال خط سیر مشابهی با قد دارد اما تحت تاثیر انحرافات بیشتری قرار می گیرد این امر میتواند بواسطه تجهیزات ناقص، شیوه های توزین ضعیف یا عوامل غیر قابل کنترل مثل زمانبندی آخرین تغذیه یا ادرار کردن باشد (۷). قد اگر با تجهیزات صحیح و روش درست اندازه گیری شود پارامتر رشدی قابل افزایش است که در ارتباط با رشد اطلاعات قابل توجهی را بدست می دهد (۸).

مارلو و ریڈینگ معتقدند: کارکنان بهداشتی باید اطلاعات دقیقی در مورد مراحل رشد و نمو داشته باشند تا قادر به مراقبت بهتر از کودکان باشند زیرا در هر سنی از رشد و تکامل، کودک به توانائی های خاص آن مرحله دست می یابد. کارکنان بهداشتی باید خصوصیات هر یک از مراحل را بدانند تا مشکلات و نارسائی آن را بتوانند در جریان بیماری تشخیص دهند (۹).

پایش رشد منظم کودک و ترسیم منحنی رشد، به آشکار شدن سریع مشکلات کمک می کند و کارکنان بهداشتی و والدین می توانند مداخلات مناسب را سریعتر انجام دهند (۱۰). کارکنان بهداشتی در حفظ و ارتقای سلامت کودکان به والدین کمک می کنند. آنان سعی در شناخت کودک و خانواده، وضعیت سلامت و مشکلات بهداشتی دارند و مراقبتهای اولیه لازم و پیشگیری کننده را انجام می دهند. حال اگر این خدمات انجام نگردد یا از کیفیت مطلوب برخوردار نباشد عوارض خفیف تا شدید برای کودکان در درجه اول و سپس خانواده و جامعه را بدنبال دارد (۱۱). نبودن ابزار و وسایل مورد نیاز در مراکز بهداشتی و درمانی و بکارگیری تکنیکهای غلط در اندازه گیری باعث می شود که مشکلات و نارسائی ها به موقع تشخیص داده نشوند بنابراین ارزشیابی عملکرد کارکنان بهداشتی به آنان کمک می کند تا کار بهتری ارائه دهند و پرسنلی که عملکرد نارسا دارند نقاط ضعف خود را دانسته و نواقص کار خود را رفع نمایند و مهمتر از همه اینکه نیازهای آموزشی پرسنل را مشخص کرده و به برنامه ریزی آموزشی کمک می کند و نارسائی ها را در مؤسسات مشخص می نماید.

با توجه به اینکه تن سنجی یک روش علمی و قابل

از روشهای متعددی که برای ارزشیابی می توان استفاده نمود مطالعه پرونده، مشاهده فعالیتها در حین انجام آنها، معاینه مددجو، مصاحبه با مددجو و خانواده اش و مسئول مراقبت از او، که از این میان مشاهده مستقیم از قابل اعتمادترین روش ارزشیابی بشمار می رود (۱۲).

از نرم افزار EPI6 جهت تهیه جداول فراوانی مطلق و نسبی و تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است.

نتایج:

نتایج حاصله از پژوهش نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۳۰/۸) سن آنها ۴۴-۴۰ سال بوده و میزان تحصیلات بیشترین درصد (۴۹/۲) فوق دیپلم و کمترین درصد (۶/۲) میزان تحصیلات سیکل داشته اند. همچنین رشته رشته تحصیلی بیشترین درصد آنها (۵۶/۹) بهداشت و سابقه کار اکثریت ۲۴-۱۵ سال بوده است. در زمینه «بکارگیری استاندارد ساختاری در زمینه لوازم و وسایل در تن سنجی کودکان» نتایج نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۴۷/۷) دارای عملکرد متوسط و ۳۳/۸ درصد دارای عملکرد ضعیف و کمترین درصد (۱۸/۵) دارای عملکرد خوب بوده اند.

طبق جدول ۱، ۳۶/۹۰ درصد مراکز، قد سنج رومیزی داشته اند و کلیه مراکز فاقد منحنی استاندارد قد و دور سر جهت مقایسه اندازه گیری ها بوده اند. همچنین در مورد «بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت توسط کارکنان بهداشتی در تن سنجی کودکان» نتایج نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۷۸/۵) دارای عملکرد متوسط و (۱۱) درصد دارای عملکرد خوب و کمترین درصد (۳) دارای عملکرد ضعیف بوده اند.

طبق جدول ۲، کمترین درصد در زمینه بکارگیری استاندارد مراقبت (۰/۰) شستن دستها قبل از مراقبت و (۰/۰) مقایسه اندازه دور سر کودکان با منحنی استاندارد و (۱/۵) مقایسه اندازه قد کودکان با منحنی استاندارد و (۴/۶) اندازه گیری وزن کودکان با پوشش مناسب و (۴/۶) در نظر گرفتن امنیت کودک است.

نتایج پژوهش در مورد «تعیین رابطه بین بکارگیری استاندارد ساختاری در زمینه لوازم و وسایل و فرآیند

اجرا برای پی بردن به سوء تغذیه در سالهای اولیه کودکی است و دقت در اندازه گیری و چارت رشد عامل مهمی در بررسی وضعیت واقعی بهداشت کودکان است پس چگونگی عملکرد کارکنان بهداشتی در این مورد بسیار با اهمیت است.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی می باشد که به منظور تعیین ارزشیابی عملکرد کارکنان بهداشتی در مورد تن سنجی کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان انجام شده است.

جامعه مورد پژوهش را کلیه کارکنان بهداشتی که در واحد بهداشت مادر و کودک مراکز بهداشتی و درمانی مشغول به کار می باشند تشکیل داده اند. باتوجه به اینکه تعداد مراکز بهداشتی و درمانی در شهر همدان ۳۰ مرکز است و در هر مرکز بهداشتی و درمانی حدوداً ۲ یا ۳ نفر در واحد بهداشت مادر و کودک مشغول به کار می باشند لذا تعداد کل نمونه ۶۵ نفر است که از طریق نمونه گیری آسان همه آنها انتخاب شده اند.

ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه و برگ مشاهده می باشد، پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک کارکنان بهداشتی و برگ مشاهده شامل دو محور ساختار و فرآیند تن سنجی می باشد و برای سنجش متغیرهای مورد نظر (ساختار و فرآیند) پاسخهای پلی برگهای مشاهده محاسبه شد و امتیازات بدست آمده در دو گروه به صورت خوب، بد و متوسط دسته بندی شده است.

خوب: امتیازات مساوی یا بیشتر از ۷۰٪ کل امتیاز هر برگ مشاهده

متوسط: امتیازات بین ۷۰٪ - ۴۰٪ کل امتیاز هر برگ مشاهده.

ضعیف: امتیازات کمتر از ۴۰٪ کل امتیازات هر برگ مشاهده.

برای تعیین اعتماد علمی ابزار گرد آوری اطلاعات از روش مشاهده همزمان استفاده شد. بطوریکه دو نفر همزمان عملکرد پرسنل را در مورد چگونگی بکارگیری استانداردهای ساختاری در زمینه ابزار و وسایل و بکارگیری استانداردهای فرآیند مراقبت مشاهده نمودند با استفاده از آزمون همستگی پیرسون ضریب پایایی نمرات مشاهده گر ۸۲٪ بود که پایا بودن برگه های مشاهده تأیید گردید.

وجود دارد. ($P < 0.05$) بطوریکه با افزایش سابقه خدمت کارکنان بهداشتی، میزان مراقبت هم افزایش یافته است. ولی با سایر مشخصات آنها ارتباط معنی داری دیده نشد. همچنین در مورد اولین مراجعه کودک به مراکز بهداشتی و درمانی جهت تن سنجی نتایج نشان داد که بیشترین درصد کودکان ($53/8$) در ۲-۱ ماهگی مراجعه نموده اند و تنها $23/4$ از کودکان قبل از یک ماهگی مورد مراقبت قرار گرفته اند و $15/4$ از آنها از ۳ ماهگی به بعد مراجعه نموده اند.

مراقبت توسط کارکنان بهداشتی در تن سنجی کودکان نشان داد که ارتباط معنی داری بین بکارگیری استاندارد ساختاری در زمینه لوازم و وسایل و فرآیند مراقبت وجود دارد ($P < 0.05$). بطوری که با کاهش تعداد لوازم و وسایل، میزان مراقبت هم کاهش یافته است. در مورد «تعیین رابطه بین بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت توسط کارکنان بهداشتی و مشخصات فردی آنها» نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین سابقه خدمت کارکنان بهداشتی با بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت

جدول شماره ۱: فراوانی کارکنان بهداشتی برحسب میزان بکارگیری استاندارد ساختار تن سنجی.

معیار ساختار تن سنجی	بلی (درصد)	خیر (درصد)
۱. ترازوی اندازه گیری وزن (رومیزی) سالم است.	۵۹ (۹۰/۸)	۶ (۹/۲)
۲. ترازوی اندازه گیری وزن (پرتابل) سالم است.	۵۷ (۸۷/۷)	۸ (۱۲/۳)
۳. نوار سانتی متر سالم است.	۶۳ (۹۶/۹)	۲ (۳/۱)
(پارگی نداشته باشد و جنس آن کشی نباشد و فاصله اعداد آن با مقایسه با یک نوار سانتی متر استاندارد یکی باشد.)		
۴. قد سنج دیواری موجود است.	۳۶ (۵۵/۴)	۲۸ (۴۳/۱)
۵. قد سنج رومیزی موجود است.	۳۳ (۵۰/۸)	۳۲ (۴۹/۲)
۶. قد سنج سالم است.	۲۴ (۳۶/۹)	۴۱ (۶۳/۱)
۷. عدد صفر قد سنج برکف زمین مماس است.	۲۶ (۴۰)	۳۹ (۶۰)
۸. منحنی استاندارد وزن جهت مقایسه اندازه وزن کودکان در پرونده موجود است.	۶۵ (۱۰۰)	---
۹. منحنی استاندارد قد جهت مقایسه اندازه قد کودکان در پرونده موجود است.	---	۶۵ (۱۰۰)
۱۰. منحنی استاندارد دور سر جهت مقایسه اندازه دور سر در پرونده موجود است.	---	۶۵ (۱۰۰)
۱۱. دماسنج در اطاق موجود است.	---	۶۵ (۱۰۰)

های مورد پژوهش ($78/5$) دارای عملکرد متوسط بوده اند.

جمشیدبیگی در تحقیق خود در زمینه عملکرد بهروزان در مورد پیشگیری از بیماریهای واگیر از طریق واکسیناسیون به نتایج متفاوتی دست یافته است. بطوریکه اکثریت واحدهای مورد پژوهش ($42/4$) از عملکرد ضعیف و ($30/3$) از عملکرد متوسط و ($28/2$) از عملکرد خوب برخوردار بوده اند (14). همچنین رضائی در پژوهشی به منظور بررسی عملکرد کارکنان بهداشتی در زمینه پیشگیری اولیه از بیماریهای واگیر شایع به این نتیجه رسید که $50/5$ از واحدهای مورد پژوهش عملکرد خوب و $37/5$ عملکرد متوسط داشته اند و در زمینه پیش گیری اولیه از بیماری های واگیر شایع از طریق آموزش $35/3$ دارای عملکرد ضعیف و $10/1$ عملکرد خوب داشته اند (15).

بحث:

تجزیه و تحلیل یافته های کسب شده در رابطه با اولین هدف پژوهش " تعیین بکارگیری استاندارد ساختاری در زمینه لوازم و وسایل در تن سنجی کودکان " نشان می دهد که بیشترین در صد واحدهای مورد پژوهش ($47/7$) دارای عملکرد متوسط بوده اند. گسترش مراقبتهای اولیه بهداشتی تابع میزان دسترسی به تکنولوژی مناسب است رضائی در مطالعه خود در زمینه استفاده از مواد و وسایل کمک آموزشی در آموزش بهداشت به این نتایج دست یافته است که بیشترین درصد واحد ها ($52/5$) عملکرد ضعیف داشته اند (13).

در مورد دومین هدف پژوهش " تعیین بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت توسط کارکنان بهداشتی در تن سنجی کودکان " نتایج نشان داد که بیشترین در صد واحد

جدول ۲: فراوانی کارکنان بهداشتی برحسب میزان بکارگیری استاندارد فرآیند تن سنجی

معیار فرایند تن سنجی	بلی (درصد)	خیر (درصد)
۱. کارکنان بهداشتی با مددجویان سلام و احوالپرسی می نمایند . (محترمانه برخورد می نمایند)	۵۶ (۸۶/۲)	۹ (۱۳/۸)
۲. هدف از تن سنجی کودک برای مادر شرح داده می شود .	۲۴ (۳۶/۹)	۴۱ (۶۳/۱)
۳. اندازه وزن موقع تولد در پرونده ثبت شده است .	۳۶ (۵۵/۴)	۲۹ (۴۴/۶)
۴. اندازه قد موقع تولد در پرونده ثبت شده است .	۳۹ (۶۰)	۲۶ (۴۰)
۵. اندازه دور سر موقع تولد در پرونده ثبت شده است .	۴۱ (۶۳/۱)	۲۴ (۳۶/۹)
۶. قبل از اندازه گیریها دستها شسته می شود .	---	۶۵ (۱۰۰)
۷. در هنگام اندازه گیری رشد امنیت کودک در نظر گرفته می شود .	۳ (۴/۶)	۶۲ (۹۵/۴)
۸. قبل از اندازه گیری وزن ، ترازو روی عدد صفر تنظیم می گردد .	۶۰ (۹۲/۳)	۵ (۷/۷)
۹. کودکان با حداقل لباس وزن می شوند .	۳ (۴/۶)	۶۲ (۹۵/۴)
۱۰. وزن کودک با توجه به سن آن بطور صحیح در منحنی رشد چارت می شود .	۶۰ (۹۲/۳)	۵ (۷/۷)
۱۱. قد کودک بدون کفش اندازه گیری می شود .	۳۱ (۴۷/۷)	۳۴ (۵۲/۳)
۱۲. قد کودک کمتر از دو سال بصورت درازکشیده و قد کودک بالاتر از دو سال بصورت ایستاده اندازه گیری می شود .	۵۲ (۸۰)	۱۳ (۲۰)
۱۳. در صورت عدم وجود میز مدرج و یا قد سنج ابتدای سر و انتهای پای کودک با صفحه ای ثابت می شود .	۲۸ (۴۳/۱)	۳۷ (۵۶/۹)
۱۴. در اندازه گیری قد بصورت خوابیده بدن کودک کشیده و سر در خط میانی نگه داشته می شود و در اندازه گیری بصورت ایستاده (کودکان بزرگتر از دو سال) بدن کودک راست و راحت روی خط میانی قرار داده می شود و خط دید او با سقف یا کف اطلاق موازی میگردد.	۴۹ (۷۵/۴)	۱۶ (۲۴/۶)
۱۵. قد کودک زیر دوسال با قد سنج رومیزی و قد کودک بالای دوسال با قد سنج دیواری اندازه گیری می شود.	۳۷ (۵۶/۹)	۲۸ (۴۳/۱)
۱۶. در صورت عدم همکاری کودک ، از مادر جهت اندازه گیریها کمک گرفته میشود .	۶۲ (۹۵/۴)	۳ (۴/۶)
۱۷. اندازه قد کودک با منحنی استاندارد مقایسه می شود.	۱ (۱/۵)	۶۴ (۹۸/۵)
۱۸. اندازه دور سر کودک با منحنی استاندارد مقایسه می شود .	---	۶۵ (۱۰۰)
۱۹. روند افزایش وزن کودک با وزن موقع تولد مقایسه می شود .	۵۰ (۷۶/۹)	۱۵ (۲۳/۱)
۲۰. روند افزایش قد کودک با قد موقع تولد مقایسه می شود .	۳۳ (۵۰/۸)	۳۲ (۴۹/۲)
۲۱. روند افزایش دور سر کودک با اندازه دور سر موقع تولد مقایسه می شود .	۲۷ (۴۱/۵)	۳۸ (۵۸/۵)
۲۲. در هنگام اندازه گیری دور سر، اندازه گیری چندین بار تکرار می شود تا حداکثر اندازه بدست آید .	۱۵ (۲۳/۱)	۵۰ (۷۶/۹)
۲۳. در هنگام اندازه گیری دور سر ، نوار سانتی متر روی تاج فروتنال و برجسته ترین ناحیه استخوان پس سری قرار داده می شود .	۵۶ (۸۶/۲)	۹ (۱۳/۸)
۲۴. با توجه به سن و وزن کودک آموزش تغذیه ای داده می شود.	۶۳ (۹۶/۹)	۲ (۳/۱)
۲۵. در صورت عدم مراجعه بموقع مادر ، سیستمی جهت پیگیری (تلفن ، نامه) وجود دارد .	۳ (۴/۶)	۶۲ (۹۵/۴)
۲۶. تاریخ مراجعه کودک با تاریخ ثبت اطلاعات یکی است .	۶۴ (۹۸/۵)	۱ (۱/۵)

- کودک زیر یک سال هر یک ماه یکبار مراجعه نموده است
- کودک زیر دو سال هر دو ماه یکبار مراجعه نموده است .
- کودک زیر سه سال هر سه ماه یکبار مراجعه نموده است .
- کودک بالای سه سال هر شش ماه یکبار مراجعه نموده است .

خوب و مراقبت خوب ارتباط وجود دارد. اگر چه با وجود ساختار مطلوب ممکن است مراقبت خوبی ارائه نشود یا بشود (۱۸).

در مورد چهارمین هدف پژوهش «تعیین رابطه بین بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت توسط کارکنان بهداشتی و مشخصات فردی آنها» نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین سابقه خدمت کارکنان بهداشتی با بکارگیری استاندارد فرآیند مراقبت وجود دارد بطوریکه با افزایش سابقه خدمت کارکنان بهداشتی، میزان مراقبت هم افزایش یافته است.

نتیجه نهایی:

با توجه به اینکه یکی از راههای ارزیابی وضعیت سلامت کودکان بررسی رشد آنان است و عملکرد مطلوب کارکنان بهداشتی باعث می شود که مشکلات و نارسانای ها در کودکان به موقع تشخیص داده شوند. لذا ارزشیابی مداوم کار پرسنل بهداشتی و درمانی توسط مسئولین و تدوین استانداردهای ساختاری (سوازم و وسایل) و برنامه ریزی آموزشی کارکنان بهداشتی در زمینه چگونگی بکارگیری استانداردهای فرآیند مراقبت از کودکان و برقراری کلاسهای باز آموزی مداوم گامی موثر در جهت ارتقای سطح سلامت کودکان می باشد.

منابع:

- یونیسف. وضعیت کودکان جهان ۱۹۹۸. ترجمه فریبرز مجیدی، تهران: انتشارات یونیسف، ۱۳۷۶.
- دلوریان زاده مهري، کشاورز علی و همکاران. بررسی برخی عوامل موثر بر تغذیه کودکان از بدو تولد تا دو سالگی. مجله دانش و تندرستی، سال دوم، شماره ۲، ۱۳۷۸.
- Pernol Martion L. Current obstetric & Gynecology treatment USA, Lange medical application 1996;
- Poot S. Child survival: The role of family planning revised. US: Family health international, 1991; 6: 4-8.
- Lucas B. Nutrition in child hood, in: Karuses food, nutrition and diet therapy. Mahan. LK and ES cott - Stump. 2nd, Sanders co, USA, 1996.
- Genson B, Baharman R. Nelson Textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia, Saunders, 2000.
- Harbin R. Child health care. 5th ed, Philadelphia: J. B. Lippincott, 1992.

نتایج نشان داد کمترین درصد در زمینه بکارگیری استاندارد مراقبت، شستن دستها قبل از مراقبت و مقایسه اندازه دور سر کودکان با منحنی استاندارد و مقایسه اندازه قد کودکان با منحنی استاندارد و اندازه گیری وزن کودکان با پوشش مناسب و در نظر گرفتن امنیت کودک است.

شستن دست یکی از مهمترین اقدامات جهت پیشگیری از انتقال عفونت است. در این مورد پوتر و پری می نویسد: مهمترین و اساسی ترین تکنیک در کنترل و پیشگیری انتقال عفونت، شستن دست است مرکز کنترل بیماریها (CDC) پیشنهاد میکند که با شستشوی دستها حداقل به مدت ۱۵-۱۰ ثانیه اغلب میکروارگانیسمهای موقت از روی پوست نیز برداشته می شود و چنانچه دستها آلوده هستند مدت بیشتری برای شستشو لازم است. شستن دستها با آب صابون بطور فیزیکی قادر است مقدار معینی از میکروارگانیسمها را بردارد ولی آنتی سبتیک برای شستن و یا مهار رشد و کاهش میکروبیها ضروری است (۱۶).

اندازه قد و دورسر کودکان مانند اندازه وزن باید بامنحنی استاندارد مقایسه شود. درمورد اندازه گیری وزن کودکان ویلی و وانگ معتقدند که توزین کودکان تا ۳۶ ماهگی باید بدون پوشاک انجام شود و کودکان بزرگتر معمولاً با لباس زیر توزین شوند (۱۷).

ایمنی مددجویان در طول ارائه مراقبت مسئله مورد توجه همه سازمان هائی است که به نحوی با مسائل بهداشتی، درمانی مددجویان رارتباط هستند از نظر کمیسیون مشترک صدور اعتبار نامه مؤسسات خدمات بهداشتی (۱۹۹۰) هدف برنامه های تضمین کیفیت ارائه مراقبت سالم و امن مددجویان و کاهش مخاطرات ممکنه است (۱۸).

نتایج پژوهش درمورد سومین هدف پژوهش تعیین رابطه بین بکارگیری استاندارد ساختاری در زمینه لوازم و وسایل و فرآیند مراقبت توسط کارکنان بهداشتی در تن سنجی کودکان نشان داد که ارتباط معنی داری بین بکارگیری استاندارد ساختاری در زمینه لوازم و وسایل و فرآیند مراقبت وجود دارد بطوریکه با کاهش تعداد لوازم و وسایل، میزان مراقبت هم کاهش یافته است. صادقی به نقل از گراهام مینویسد: اگر اجزای ساختاری نامناسب و ناکافی باشند مراقبت به شکل صحیحی ارائه نخواهد شد و نتایج مطلوبی نیز بدست نخواهد آمد. تنها بین ساختار

8. Walker WA . Pediatric nutrition . Toronto Philadelphia : B. C. Decker, 1990 .
9. Marlow , Doroty ,R. Redding , Barbara . A text book of pediatric nursing . 6th. EDW .B saund comp . 1988:
10. Smith S, Maurer F . Community Public "Health" Nursing . 2nd Edition ,WB Saunders Co :Philadelphia ,2000.
11. Lundy S, Janes S. Community Health Nursing . Janes and Bartlett: Massachusetts , 2001.
12. Eleanory , S Pilipy D. Effective management in nursing ,3 ed, Addison , Wesely , Publishing company , 1992.
۱۳. رضائی علی محمد ، سهیل ارشدی فرخ . بررسی نحوه عملکرد شبکه های بهداشتی و درمانی استان ایلام در زمینه آموزش بهداشت . مجله علوم پزشکی ایلام . شماره ۳۱ ، تابستان ۱۳۸۰ : ۲۹-۲۴ .
۱۴. جمشیدبیگی اسحاق . بررسی آگاهی و نگرش بهورزان استان ایلام در ارتباط با پیشگیری از بیماریهای واگیر . پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علوم پزشکی تهران ، دانشکده پرستاری و مامائی ، ۱۳۷۵ .
۱۵. رضائی علی محمد . بررسی عملکرد کارکنان بهداشتی در زمینه پیشگیری اولیه از بیماریهای واگیر شایع . شماره ۱۹ ، زمستان ۱۰:۱۳۷۷ - ۶ .
16. Potter P , Perry AG . Fundamentals of nursing . 5th ed . St louis , Mosby co , 2001 .
17. Whaley & Wong. Nursing care of infant and children . C.V Mosby comp , 1995 .
۱۸. صادقی امیر. ارزشیابی کیفیت ارائه مراقبت به بیماران با سند فولی بستری در بخش ارولوژی یکی از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامائی . ۱۳۷۶ .