

ارائه یک الگو به منظور بهبود تغذیه و ارتقای رشد کودکان بر اساس آخرین نسخه مدل ارزشیابی CIPP در شهرستان اصفهان

دکتر بهزاد شمس*، دانشیار گروه اطفال دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر پرستو گلشیری، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

خلاصه

هدف: بررسی کشوری ارزیابی رشد کودکان نشان داده است که درصد زیادی از کودکان کشور دچار افت رشد هستند. در دهه اخیر، مدل‌های گوناگونی برای ارتقای رشد کودکان کشور مطرح و اجرا گردیده که موفقیت‌های قابل توجهی نیز داشته است ولی هنوز برای ارتقای رشد کودکان راه طولانی در پیش است. از این رو ارائه الگوهای مختلف با استفاده از مدل‌های مناسب سازی شده می‌تواند راهکارهای متنوعی را فراروی مدیران و محققان قرار دهد تا امکان ارتقای رشد کودکان بیشتر فراهم آید. بدین منظور این مطالعه با استفاده از مدل مناسب سازی شده Context, Input, Process, Product (CIPP) و منطبق با نظام ارائه خدمات کشور، الگوی دیگری را با هدف نهایی ارتقای رشد کودکان طراحی، اجرا و ارزشیابی و ارائه نمود.

روش مطالعه: مطالعه حاضر از نوع community-based trial بوده و بر روی ۷۴ زوج مادر و کودک انجام شد. بدین منظور الگویی با استفاده از نسخه پنجم (آخرین) مدل CIPP و همچنین در نظر گرفتن ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی منطقه و منطبق با نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور طراحی شد. محتوای آموزشی الگو شامل پایش رشد، تغذیه تکمیلی و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک بود. عملیات با آموزش گروه اصلی مادران داوطلب آغاز و توسط آنها به همه مادران مشارکت کننده انتقال داده شد. به منظور ارزشیابی این الگو، برای هر یک از مراحل یاد شده مدل CIPP، شاخص‌ها و ملاک‌های ویژه‌ای تعیین گردید.

یافته‌ها: اطلاعات مربوط به مراحل و ابعاد مختلف پروژه جمع‌آوری گردید ولی به دلیل گستردگی نتایج بدست آمده، در این مقاله نتایج مربوط به بخش "حاصل نهایی" (impact) گزارش و تحلیل می‌شود. وضعیت رشد کودکان پس از اجرای مدل، به طور معنی‌داری بهبود یافته بود ($P < 0.05$). شاخص‌های دیگری از جمله شناخت مادران از انواع منحنی‌های رشد، رسم منحنی رشد توسط مادران بر روی کارت رشد، مراجعه به موقع به مرکز بهداشت برای مراقبت از فرزند و نیز میانگین وعده‌های غذایی که به کودکان داده می‌شد، پس از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته بود (در هر مورد $P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: الگویی بکار گرفته شده در این مطالعه تاکنون در کشور و جهان برای ارتقای رشد کودکان بکار گرفته نشده است. الگوی یاد شده با رویکردی نظام‌دار و نظارت مرحله به مرحله در زمینه ارتقای رشد کودکان و جلب مشارکت مؤثر مادران موجب ارتقای رشد کودکان گردید. نتایج بدست آمده از این مطالعه مؤید قابل استفاده بودن این مدل برای بهبود تغذیه و ارتقای رشد کودکان می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: پایش رشد، مشارکت مردمی، آموزش سلامت، تغذیه، مدل ارزشیابی CIPP،

ارتقای سلامت

مقدمه

(Survey) در سال ۱۳۷۷ نشان داد، درصد زیادی از کودکان کشور دچار افت رشد هستند که از ۶ ماهگی شروع می‌شود و در ۱۸ ماهگی به اوج خود می‌رسد و پس از آن کودک هیچ گاه وزن از دست رفته را باز نمی‌یابد [۱]. همچنین تحقیق یاد شده نشان داد در استان اصفهان از هر ۹ کودک یک نفر کم وزنی شدید یا متوسط و از هر ۳ یا ۴ کودک یک نفر کم وزنی خفیف دارد، حدود ۳۷٪ از مادران کارت پایش رشد را

تولد سالانه بیش از یک میلیون کودک در کشور ما دلیلی بسیار محکم برای پرداختن به جنبه‌های جسمی و روانی تأمین سلامت کودک است.

بررسی کشوری ارزشیابی رشد کودکان (Antropometric and Nutrition Indicators)

*مسئول مقاله، آدرس:

اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دفتر معاونت آموزشی

E-mail:
shams@med.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۴/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۸۴/۷/۱۸

مرحله اول - توافقاتها (contractual agreements):
در این مرحله کلیه افراد مرتبط با طرح (stakeholder) و افراد ذی‌نفع پروژه (beneficiaries) مشخص شدند و ضمن برگزاری جلساتی با افراد مرتبط با طرح، کلیات پروژه برای آنان شفاف و برای انجام مراحل توافق شد.

مرحله دوم - در نظر گرفتن شرایط و زمینه اجرای طرح (context):

در این مرحله اطلاعات زمینه‌ای مورد نیاز طرح از جمله جمعیت زیر سه سال منطقه اجرای طرح، درصد پوشش مراقبت از اطفال زیر سه سال و درصد کودکان تحت مراقبت ویژه کمتر از سه سال جمع آوری گردید. همچنین اطلاعات مورد نیاز در خصوص منابع، امکانات، مشکلات و نیازهای ناحیه مورد نظر شامل وضعیت اقتصادی، چگونگی دسترسی به مراکز بهداشتی محل، وضعیت تحصیلات، باورها و اعتقادات مردم منطقه از افراد مرتبط با طرح جمع آوری شد. در این مرحله نقطه نظرات مجریان از جمله متولیان سلامت منطقه پیرامون چگونگی اجرای پروژه دریافت گردید. در این مرحله سه شاخص به همراه ملاک و معیارهای مناسب آنها در نظر گرفته شد.

مرحله سوم - در نظر گرفتن ورودی‌های برنامه (inputs):
در این مرحله ورودی‌های برنامه مشخص گشته و برای در اختیار قرار گرفتن آنها در طرح اقدام گردید که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

طراحی الگوی مناسب برای اجرای پروژه، در نظر گرفتن بودجه مناسب برای اجرای طرح، انجام مرور متون مناسب، بررسی ویژگی‌های طرح نسبت به سایر برنامه‌های ارتقای کیفیت، در نظر گرفتن آموزش‌های مناسب برای افراد درگیر در طرح، در نظر گرفتن برنامه زمانبندی شده مناسب برای اجرای طرح، طراحی ابزار اندازه‌گیری مناسب برای سنجش تغییرات ایجاد شده پس از اجرای طرح (طراحی پرسشنامه طرح).

مرحله چهارم - فرایندهای برنامه (processes):
در این مرحله بر اساس رویکرد CIPP، افراد ذی‌نفع طرح در گردهمایی فراخوانده شده و پیرامون کلیات طرح، اهداف آن و اثرات مثبتی که اجرای پروژه برای آنان در برخواهد داشت، بحث و تبادل نظر شد و مادران داوطلب شرکت در ادامه طرح (Core Mothers) انتخاب شدند. به دنبال انتخاب افراد داوطلب، کمیته هادی (steering committee) پروژه با حضور متولیان سلامت منطقه، مجریان طرح و مادران داوطلب یاد شده (Core Mothers) تشکیل گردید. در این کمیته پیرامون چگونگی ادامه طرح، بررسی مشکلات به وجود آمده و چگونگی برخورد با این مشکلات تصمیم‌گیری شد.

نمی‌شناسند و قریب ۷۰٪ آنان تفسیر درستی از منحنی وزن کودک خود ندارند [۱]. در دهه اخیر برای بهبود این وضعیت در سطح ملی و استانی، مدل‌های گوناگونی برای بهبود تغذیه و ارتقای رشد کودکان کشور مطرح و اجرا گردید که از آن جمله می‌توان به مدل ارتقای کیفیت مستمر و نیز برنامه‌های کشوری، که تاکنون در سطوح مختلف برای پزشکان و پرسنل شبکه‌های بهداشتی اجرا شده است، اشاره نمود [۲، ۳، ۴]. این مدل‌ها موفقیت‌های قابل توجهی نیز داشته است ولی هنوز برای ارتقای رشد کودکان راه طولانی در پیش است. از این رو ارائه الگوهای متنوع با استفاده از مدل‌های مناسب سازی شده می‌تواند راهکارهای مختلفی را فراروی مدیران و محققان قرار دهد تا بدین ترتیب وضعیت رشد کودکان ارتقا یابد.

یکی از بهترین الگوهای کاربردی و جامع که برای ارتقای کیفیت مطرح گردیده آخرین نسخه مدل CIPP (Context, Input, Process, Product) است که می‌تواند به مدیران و برنامه‌ریزان کمک کند تا بر پایه رویکردی نظام‌دار و توجه به زمینه، ورودی‌ها، منابع موجود، فرایندها و نتایج بدست آمده و نیز نظارت مرحله به مرحله، به اولویت بندی نیازها پرداخته و با پایش مداوم فعالیت‌های برنامه، منابع موجود را در خدمت بهترین نوع فعالیت قرار دهند [۵، ۶]. این مدل تا کنون در کشور و جهان برای ارتقای رشد کودکان بکار نرفته است.

از این رو، پژوهشگران الگویی را با استفاده از مدل CIPP با توجه به ویژگی‌های فرهنگی- اجتماعی منطقه و نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور مناسب سازی نموده و با هدف بهبود تغذیه و رشد کودکان و افزایش مشارکت مادران، طراحی، اجرا و ارزشیابی نمودند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به شکل community - based trial طراحی شد و در ۷۴ زوج مادر و کودک در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی آزادگان شهرستان اصفهان به مدت ده ماه در سال ۱۳۸۲ اجرا گردید.

در این مطالعه، مشارکت گروهی از مادران، که با نمونه‌گیری غیر احتمالی متوالی انتخاب شده بودند، به منظور بهبود رشد و تغذیه کودکان‌شان جلب شد. برای اجرای این الگو، مراحل مختلف آخرین مدل CIPP (نسخه پنجم) به منظور طراحی، اجرا و ارزشیابی طرح مورد استفاده قرار گرفت و برای هر یک از این مراحل شاخص‌ها و ملاک و معیارهای مناسبی در نظر گرفته شد، خلاصه‌ای از این مراحل در پی آمده است:

مرحله ۹ شاخص به همراه ملاک و معیارهای مناسب آنها در نظر گرفته شد.

مرحله پنجم-ارزشیابی حاصل نهایی برنامه (Impact):

در این مرحله پرسشنامه تکمیل شده در مرحله قبل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، علاوه بر آن اثرات طرح در گروه‌های دیگری غیر از گروه هدف بررسی شد. همچنین اثرات برنامه از نظر دست یافتن به نتایج مثبت دیگری غیر از موارد در نظر گرفته شده اولیه، مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مرحله ۳ شاخص به همراه ملاک و معیارهای مناسب آنها در نظر گرفته شد. نمونه‌ای از جداول تهیه شده در این مرحله در جدول ۱ آمده است.

مرحله ششم- ارزشیابی اثربخشی برنامه (Effectiveness)

در این مرحله عمق، کیفیت، دامنه و اهمیت اثرات طرح بر ذی‌نفع‌های برنامه بررسی و اندازه‌گیری شد. همچنین اثربخشی برنامه در مقایسه با برنامه‌های مشابه آن مورد قضاوت قرار گرفت. در این مرحله ۶ شاخص به همراه ملاک و معیارهای مناسب آنها در نظر گرفته شد.

مرحله هفتم- ارزشیابی استمرار برنامه (Sustainability):

در این مرحله اثراتی از برنامه که پس از اجرای آن ادامه یافته بود مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین دست آوردهایی از برنامه که افراد مرتبط با آن پس از اتمام طرح خواهان استمرار آنها بودند مشخص گردید. در این مرحله ۲ شاخص به همراه ملاک و معیارهای مناسب آنها در نظر گرفته شد.

مرحله هشتم- ارزشیابی قابلیت انتقال برنامه (Transportability):

در این مرحله اثراتی از طرح که می‌توانست انتقال یابد از جمله قابلیت بکارگیری طرح در مکان‌های دیگر مورد ارزیابی

مادران داوطلب اصلی (Core Mothers) در قالب یک گروه، توسط مجربان طرح تحت آموزش قرار گرفتند. محتوی آموزش مدل حاضر شامل سه موضوع پایش رشد، تغذیه تکمیلی و مراحل تکامل تغذیه ای کودک بود [۴، ۷]. بر این اساس کلیه منابع مورد نیاز برای آموزش افراد داوطلب از جمله تهیه طرح درس، تهیه جزوات آموزش مناسب و در نظر گرفتن مکان مناسب آموزش، فراهم گردید.

قبل از شروع آموزش‌ها پرسشنامه پیش‌آزمون (pretest) طرح توسط مادران تکمیل گردید. در این پرسشنامه، آگاهی و عملکرد مادران پیرامون موضوعات آموزشی پروژه ارزیابی شد. همچنین به کمک مادران، وضعیت رشد کودکان آنها از اطلاعات موجود در پرونده‌های بهداشتی استخراج گردید، پس از برگزاری جلسات آموزشی پرسشنامه پس آزمون (posttest) طرح تکمیل و نتایج آن تجزیه و تحلیل گردید. بدین ترتیب نقاط ضعف دانش و عملکرد مادران پیرامون مطالب آموزشی مشخص و در جهت بهبودی و رفع آنها آموزش مجدد داده شد.

به کمک مادران گروه اصلی (Core Mothers)، سایر ذی‌نفع‌های طرح که در گردهمایی اولیه شرکت کرده بودند به زیر گروه‌هایی تقسیم شده و مسئولیت هر گروه به عهده دو یا سه نفر از این مادران واگذار شد. در این مرحله، مادران گروه اصلی، آموخته‌های خود را به مادران زیر گروه خود آموزش دادند. در طول اجرای برنامه، به منظور بررسی چگونگی پیشرفت طرح، پایش فعالیت‌ها، چگونگی ارتباط با زیر گروهها و جلب مشارکت آنان، بررسی مشکلات پیش آمده و چگونگی رفع آنها، نشست‌های دوره‌ای با حضور مجربان برنامه و افراد داوطلب (سرگروه‌ها) برگزار گردید. پرسشنامه طرح قبل و پس از اجرای آموزش زیر گروهها توسط آنها تکمیل گردید. در این

جدول ۱- نمونه‌ای از جدول مراحل CIPP زیر مجموعه قسمت حاصل نهایی

موضوع	فعالیت	حداکثر تاریخ اجرا	پایش موارد		ملاک و معیار	نتیجه حاصل
			انجام شده	انجام نشده		
۱- اثرات و نتایج برنامه مورد آنالیز قرار گرفته است	اثرات طرح بر افزایش وزن کودکان منطقه		*			
۲- اثرات برنامه در گروههای دیگری غیر از گروه هدف بررسی شده است.	بررسی اثرات طرح بر سایر اقوام، آشنایان و همسایگان ذی‌نفع‌ها که دارای کودکان خردسال هستند.		*			
	بررسی اثرات طرح بر فرزندان دیگر خانواده که در گروه سنی مورد نظر طرح قرار نداشتند (۳ سال به بالا)		*			
	بررسی اثرات طرح بر همسران ذی‌نفع‌های برنامه					

قبل از اجرای مدل ۱۸/۹٪ مادران ۴ حالت رشد را می‌شناختند ولی پس از مداخله این میزان به ۵۷/۷٪ افزایش یافت. آزمون ویل کاکسون این اختلاف را معنی دار نشان داد ($p < 0/001$). همچنین قبل از مداخله ۲۹/۷٪ مادران دو محور افقی و عمودی کارت رشد را می‌شناختند که پس از مداخله این میزان به ۸۹/۲٪ افزایش یافت. آزمون ویل کاکسون این اختلاف را معنی دار نشان داد ($p < 0/001$).

در مورد بیان مادران از هدف از پایش رشد، قبل از اجرای مدل ۲۴٪ مادران هدف از پایش رشد را صحیح بیان کردند. پس از اجرای مداخله این میزان به ۷۳٪ افزایش یافت که از نظر آماری با آزمون ویل کاکسون معنی دار بود ($p < 0/001$) (جدول ۲).

میانگین نمره آگاهی و عملکرد مادران در هر سه موضوع آموزش داده شده پایش رشد، تغذیه تکمیلی و مراحل تکامل تغذیه‌ای کودک قبل و پس از مداخله به طور معنی‌داری متفاوت بود (آزمون t زوج $p < 0/001$).

قبل از اجرای طرح ۱۶/۲٪ مادران می‌توانستند منحنی رشد کودکان را خود رسم کنند. پس از اتمام طرح این میزان به ۶۹/۴٪ افزایش یافت. اختلاف یاد شده توسط آزمون ویل کاکسون معنی دار بود ($p < 0/001$).

در مورد مراجعه به موقع به مرکز بهداشتی برای مراقبت از کودک، قبل از اجرای طرح ۶۸٪ مادران به موقع مراجعه می‌کردند که پس از اتمام طرح این رقم به ۱۰۰٪ افزایش یافت. این اختلاف نیز توسط آزمون مک نمار معنی دار نشان داده شد ($p < 0/001$).

در مورد دادن مرتب قطره آهن و ویتامین به کودک، پیش از اجرای مدل، ۷۳٪ مادران به طور مرتب به کودکشان قطره آهن و ویتامین A و D (متناسب با سن کودک) می‌دادند و پس از اجرای طرح این میزان به ۱۰۰٪ افزایش یافت که با استفاده از آزمون ویل کاکسون این اختلاف

قرار گرفت. شایان ذکر است در کلیه مراحل اجرای طرح، اثرات بدست آمده از آن در انتهای هر مرحله به اطلاع افراد درگیر در طرح رسانده شد و نقطه نظرات آنان برای ادامه فعالیت‌ها و انجام تصمیم‌گیری مورد توجه قرار گرفت. فعالیت‌های برنامه نیز به طور مداوم توسط مجریان و نیز سایر افراد مرتبط با طرح، پایش شده و مستند گشت.

آنالیز آماری: داده‌های بدست آمده از پرسشنامه طرح با استفاده از برنامه نرم افزاری SPSS 10 وارد رایانه شده و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بررسی تحلیلی داده‌ها از آزمون ویل کاکسون، T زوج و مک نمار برای مقایسه تغییرات ایجاد شده قبل و پس از اجرای مدل طراحی شده متناسب با هر کدام از متغیرها استفاده شد.

یافته‌ها

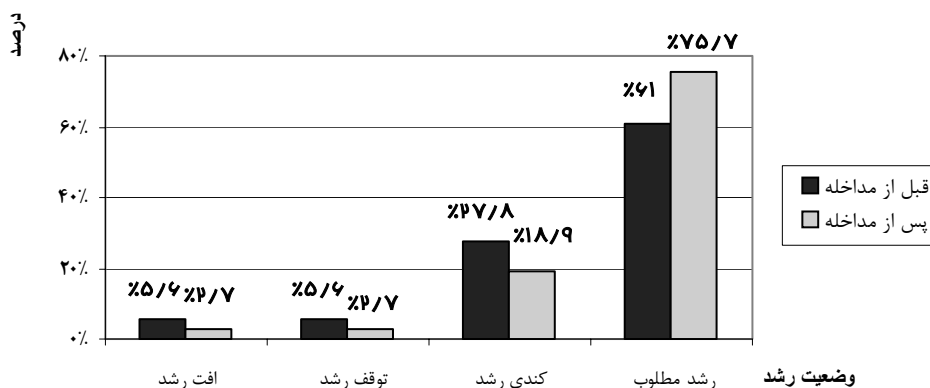
به دلیل گستردگی نتایج بدست آمده از اجرای طرح در این قسمت تنها به ذکر نتایج حاصل از ارزشیابی طرح (Impact) می‌پردازیم. میانگین سنی مادران شرکت کننده در طرح ۱۲/۳۸ ± ۴/۴۴ سال و میانگین سنی کودکان ۴۸/۴۸ ± ۱۲/۳۸ (ماه) بود. ۴۸/۶٪ کودکان پسر و ۵۱/۴٪ کودکان دختر بودند. در خاتمه طرح (۱۰ ماه بعد) وضعیت رشد کودک در سه ماه گذشته (بر اساس منحنی پایش رشد کشوری) در ۴ حالت رشد مطلوب، کندی رشد، توقف رشد و افت رشد، قبل و پس از مداخله سنجیده شد (نمودار ۱). آزمون ویل کاکسون اختلاف وضعیت رشد کودکان را قبل و پس از اجرای الگو معنی دار نشان داد ($p < 0/001$).

در مورد شناخت مادران از کارت پایش رشد، قبل از مداخله ۷۳٪ مادران کارت پایش رشد را می‌شناختند که این امر پس از اجرای الگو به ۱۰۰٪ افزایش یافت، آزمون مک نمار این اختلاف را معنی دار نشان داد ($p < 0/001$).

جدول ۲- توزیع فراوانی چگونگی بیان هدف از پایش رشد توسط مادران قبل و بعد از مداخله

هدف از پایش رشد	قبل از مداخله تعداد (درصد)	بعد از مداخله تعداد (درصد)
پاسخ درست	۲۴ (۳۲/۴٪)	۵۴ (۷۳٪)
پاسخ ناقص	۳۲ (۴۳/۲٪)	۱۴ (۱۸/۹٪)
نمی‌داند	۱۸ (۲۴/۳٪)	۶ (۸/۱٪)
جمع	۷۴ (۱۰۰٪)	۷۴ (۱۰۰٪)

(آزمون ویل کاکسون، در هر مورد $P < 0/001$)



نمودار ۱- توزیع فراوانی وضعیت رشد کودکان در سه ماه گذشته قبل و پس از مداخله

رویکردی نظام‌دار و نظارت مرحله به مرحله مبتنی بر شاخص‌های اندازه‌گیری شده، اشاره نمود (در این طرح در مجموع ۲۳ شاخص در مراحل هشت گانه مدل CIPP به کار گرفته شد). این مدل در کلیه مراحل اجرایی یک طرح ارتقای کیفیت نگاهی نظام‌دار (Process, Input, Context, Product) داشته و مجری طرح ارتقا را در نظارت هر چه بیشتر خود بر اجرا کمک می‌نماید. موضوعی که در مشاهدات مکرر مجریان طرح در مدت همکاری تنگاتنگ با نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی منطقه به وضوح به چشم می‌خورد. همچنین در قسمت ارزشیابی هر طرح ارتقای کیفیت، این الگو دارای زیر بخش‌های دقیق‌تری شامل حاصل نهایی (Impact)، اثربخشی (effectiveness)، قابلیت انتقال (transportability) و قابلیت استمرار (sustainability) است [۵، ۶] که این موارد به ویژه در زیر بخش‌های قابلیت استمرار و قابلیت انتقال از دغدغه‌های خاطر افرادی است که مسئولیت ارتقای رشد کودکان را به عنوان پزشک، کارشناس، مدیر و ... بر عهده دارند (مستندات این دو بخش در مقاله دیگری ارائه می‌شود). آنچه در این مقاله ارائه گردید همانطور که قبلاً اشاره شد مربوط به قسمت‌هایی از زیر بخش‌های حاصل نهایی و اثربخشی می‌باشد.

ویژگی‌های دیگر مدل اشاره شده، تطبیق با بستر بسیار غنی و قابل ادغام بودن نظام ارائه خدمات اولیه بهداشتی (PHC) بود و مستند این مدعی قرار گرفتن این مدل در قالب اصول PHC از جمله مشارکت مردمی است [۱۰، ۱۱، ۱۲]. به طور کلی به نظر می‌رسد برای ارتقای رشد کودکان و بهبود تغذیه آنان، شفافیت و اختصاصی بودن شاخص‌های هر مرحله در مدل CIPP راهکار ارزشمندی را فرا راه مدیران و

معنی‌دار بود ($p < 0.001$). در نهایت نیز میانگین وعده‌های غذایی که به کودکان داده می‌شد پس از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0.001$).

بحث

نتایج بدست آمده از طراحی و اجرای این الگو که مبنای علمی آن از الگوی ارزشیابی و ارتقای کیفیت مدل CIPP انتخاب و مناسب سازی فرهنگی و اجتماعی شد، نشان داد که می‌توان راهکار دیگری برای بهبود کیفیت مراقبت کودکان (رسم، تفسیر منحنی رشد، تعداد وعده‌های غذایی و مصرف مکمل‌ها) و در نتیجه ارتقای رشد کودکان فراهم آورد. زیرا در بخش اول مطالعه که بررسی وضع موجود بود، نتایج بدست آمده وضعیت مراقبتی مشابه ۵ سال قبل (طرح ANIS) را نشان داد [۱]. این موضوع علاوه بر تایید ثبات (reliability) اطلاعات بدست آمده حاکی از این واقعیت است که برای ارتقای رشد کودکان استفاده از رویکردهای علمی ارتقای رشد ضروری است که می‌تواند منجر به استفاده بهینه از منابع، امکانات و برنامه‌های مراقبتی موجود شود که خود نمونه‌ای از بهره‌وری در مدیریت می‌باشد [۸، ۹]. استفاده از الگوی ارائه شده در این مطالعه توانست در مدت نسبتاً کوتاه موجب ارتقای رشد کودکان شود.

به کارگیری ویژگی‌هایی که در این مدل به‌طور اختصاصی وجود دارد موجبات این تغییر مطلوب را فراهم آورد و با اصول و مبنای نظری مدل‌های ارتقای کیفیت از جمله مدل ارتقای کیفیت مستمر نه تنها انطباق دارد بلکه در مواردی پاسخگوی سؤالاتی است که قسمتی از ضرورت‌های فعلی مدیریتی نظام ارائه خدمات را در برمی‌گیرد. از جمله می‌توان به فراهم آوردن

متخصصان قرار می‌دهد و زمینه را برای انتخاب مدل‌های مختلف در این مورد فراهم می‌آورد.

نقاط کشور و همچنین ادغام یافتن آن را در سیستم خدمات بهداشتی پیشنهاد می‌نمایند.

نتیجه‌گیری

الگویی بکار گرفته شده در این مطالعه تاکنون در کشور و جهان برای ارتقای رشد کودکان بکار گرفته نشده است. الگوی یاد شده با رویکردی نظام‌دار و نظارت مرحله به مرحله در زمینه ارتقای رشد کودکان و جلب مشارکت مؤثر مادران موجب ارتقای رشد کودکان گردید. نتایج بدست آمده از این مطالعه مؤید قابل استفاده بودن این مدل برای بهبود تغذیه و ارتقای رشد کودکان می‌باشد. پژوهشگران استفاده از الگوی ارائه شده در طرح حاضر را برای ارتقای رشد کودکان در سایر

سیاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولان مرکز و پایگاه آزادگان، خانم دکتر مشتاقیان و خانم اسفند به سبب همکاری بی شائبه‌شان در اجرای طرح ابراز می‌دارند. همچنین از آقای مهندس حسن‌زاده برای همیاری در تجزیه و تحلیل آماری طرح و نیز آقایان دکتر هزاوه‌ای و مسعود به سبب راهنمایی‌های ارزنده‌شان در طراحی و اجرای پروژه سیاسگزاری می‌نمایند.

Archive of SID

Presenting a model for improvement of nutrition and growth promotion of children by the CIPP Evaluation Model in Isfahan

B Shams* MD, Pediatrician, Assoc Prof of Pediatrics, Isfahan University of Medical Sciences

P Golshiri MD, Specialist in Community Medicine, Ass Prof, Isfahan University of Medical Sciences

Abstract

Background: Assessment of national children's growth has shown that a large percent of country's children are afflicted with growth failure. In recent decade, different models have been used for growth promotion, but there is yet a long way for achieving the desired state of children's growth. In this study we present the CIPP (Context, Input, Process, and Product) Evaluation Model.

Methods: The present study is a community-based field trial and has been rendered on 74 mothers, with children less than three years of age. A model was designed for increasing mother's participation. On the basis of this Model, a group of volunteer mothers were instructed in the subjects of growth monitoring and child nutrition. Then, these instructed other participants (beneficiaries) in the study. For the evaluation of this model, special indices and criteria were considered. The collected data was analyzed by SPSS software and suitable statistical tests.

Findings: We report in this article only the results of impact evaluation. The growth state of children was significantly improved after intervention ($P < 0.005$). Indices like understanding and knowing how to draw growth charts by mothers as well as other indices of child care were also improved (in the two cases, the difference was meaningful $P < 0.001$).

Conclusions: Considerable improvement of growth state of the children and other considered indices shows the efficacy of this Model. Systemic approach and the capability of step by step evaluation are other characteristics of the Model. As the present Model is designed on the basis of cultural and social background of the country and in accordance with its Health System, it can be also used in other regions and for development of other Health Services.

Key Words: Community participation, Nutrition, Growth monitoring, CIPP evaluation models, Health promotion

REFERENCES

1. گروه مؤلفان: سیمای تغذیه کودکان در استانها. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی اداره تغذیه با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد، ۱۳۷۷.
2. کلاهدوز ف، شیخ السلام ر. دستورالعمل کارت مراقبت کودک. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، ۱۳۸۰.

*Correspondence author,
Address: Isfahan University of
Medical Sciences, Hezarjrib
St, Isfahan, IR Iran.
E-mail: shams@med.mui.ac.ir

Received: 15/7/05
Accepted: 12/10/05

۳. جزوه آموزشی مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال، راهنمای بوکلت چارت ویژه پزشکان. دفتر سلامت خانواده و جمعیت کودکان. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰.
۴. جزوه آموزشی بهبود رشد و تغذیه کودکان (مجموعه آموزش ویژه پزشکان). معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، ۱۳۸۰.
۵. احسانپور س، جمشیدی ح. جزوه الگوی ارزشیابی CIPP. ۱۳۷۹.
6. Stufflebeam D. Evaluation checklists project. June 2002. Available from URL: <http://www.wmich.edu/evalctr/checklists>.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 14th ed. Vol 2. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2000. Pp 2707-9.
8. Onis MD, Trudy MA. Worldwide practice in growth monitoring. J Pediatr 2004;4:461-5.
9. Margolis PA, Stevens R . From concept to application, the impact of a community-wide inversion to improve the delivery of preventive services to children. J Pediatr 2001;108(3):1-10.
10. Rifkin SB. Community participation in maternal and child health/ family planning programs. Geneva , WHO 1990.
11. Bhuiya A, Yasmin F, Begum F, et al. Community participation in health, family planning and development activities, a review of international experiences. Bangladesh, The Population Council 1996.
12. Nidaye SM, Sanda QL. The value of community participation in disease surveillance: a case study from Niger. Health Promot Int. 2003; 18(2):89-98.

Archive of SID