

کیفیت ارائه خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت استان کردستان در سال ۱۳۷۷

دکتر احمد قاضی زاده*

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت استان کردستان در سال ۱۳۷۷ انجام شده است.

مواد و روشها: با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی (چند مرحله‌ای) جمعاً اطلاعات مربوط به ۱۶۶ خانه بهداشت موجود در سطح استان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای حاوی ۱۶۵ سؤال بوده که شبکه‌های شهرستانها (متغیرهای مستقل) و فعالیت‌های مختلف بهداشتی (متغیرهای وابسته) در خانه‌های بهداشت مورد بررسی قرار گرفته‌اند و تجزیه و تحلیل به کمک نرم افزار SPSS win با استفاده از روشهای آنالیز واریانس و χ^2 صورت گرفته است.

نتایج: نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۷ درصد بهورزان زن و ۴۹ درصد بهورزان مرد، بومی نبوده. بیش از ۵۰ درصد بهورزان زن و مرد در خارج از روستای اصلی خانه بهداشت اسکان داشته‌اند و ۱۸ درصد در شهرها زندگی میکنند. پوشش واکسیناسیون در سطح استان (۹۶٪) بود. مراقبت زنان باردار در سطح استان ۹۱٫۵ درصد بوده و مقایسه شبکه‌های بهداشتی درمانی استان از این نظر بیانگر تفاوت معنی‌داری است ($P=0/013$). پوشش تنظیم خانواده در سطح استان ۷۳ درصد و بین شبکه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود داشته است ($P=0/003$). مراقبت از کودکان زیر یک سال دارای پوشش معادل ۸۶ درصد بوده و بین شبکه‌های بهداشتی از این نظر تفاوت آشکاری وجود نداشته است ($P=0/621$).

نتیجه‌گیری: پوشش واکسیناسیون و مراقبت از زنان باردار در سطح استان در وضعیت قابل قبولی بود ولی در زمینه وضعیت ساختمان خانه‌های بهداشت، اسکان بهورز، بومی بودن بهورز، تدارک داروی اساسی، پشتیبانی بهداشتی، پشتیبانی اداری مالی، برقراری مستمر برنامه پزشک سیار و تیم بهداشتی، بهداشت محیط (آزمایش میکروبیولوژیکی آب، توالی‌های بهداشتی، کلرزنی) و مراقبت از کودکان مشکلات عمده‌ای وجود داشته است که توجه و نظارت بیشتر مدیران را طلب می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: کیفیت، ارائه خدمات، سیستم بهداشت

مقدمه

* استاد یارگروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، معاونت پژوهشی، خیابان پاسداران، سنندج، ایران، مؤلف مسئول

گردیده است. کل جمعیت تحت پوشش ۲۰۰۹۷۸ نفر بوده است.

روش نمونه گیری تصادفی (چند مرحله ای) بوده است. در این پژوهش، پردازش اطلاعات با نرم افزار SPSS.WIN بوده و آزمونهای مورد استفاده بنا بر مورد آنالیز واریانس و χ^2 بوده است.

نتایج

از ۱۶۶ خانه بهداشت مورد مطالعه تعداد بهورز زن ۱۱۳ و تعداد بهورز مرد ۱۳۶ نفر بوده که متوسط سابقه بهورز زن ۷٫۵ سال با انحراف معیار ۵٫۳ سال و متوسط سابقه بهورز مرد ۹٫۷ با انحراف معیار ۶٫۴ سال بوده است.

متوسط جمعیت تحت پوشش روستای اصلی خانه بهداشت، ۸۱۱ نفر با انحراف معیار ۶۱۵ نفر و متوسط جمعیت تحت پوشش کل خانه بهداشت ۱۱۹۸ نفر با انحراف معیار ۶۴۵ نفر بوده است. در مقایسه میانگین جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت شبکه ها، شبکه کامیاران بیشتر از سایر شبکه ها (۱۴۴۲ نفر) و شبکه بیجار کمتر از سایر شبکه ها (۷۸۰ نفر) بوده است. جدول آنالیز واریانس برای مقایسه میانگین جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت در شبکه های بهداشتی و درمانی بیانگر تفاوت قابل ملاحظه ای میباشد ($P=0/000$, $df=7$, $F=4/758$).

از کل نمونه مورد مطالعه، حدود ۲۲٪ خانه های بهداشت فاقد ساختمان مناسب بوده است. تجهیزات موجود خانه های بهداشت در نمونه مورد مطالعه در ۱۸٫۷٪ آنها ناقص بوده است. با در نظر گرفتن خانه بهداشت ضمیمه در حدود ۵۸٪ از خانه های بهداشت فاقد موتورسیکلت بوده اند.

از بهورزهای زن موجود در مطالعه حدود ۴۷٪ بومی نبوده اند (در روستای اصلی یا روستاهای قمر متولد نشده اند). از بهورزان مرد موجود، ۴۹٪ بومی نبوده اند و بیش از ۷٪ بهورزان زن و ۸٪ بهورزان مرد زبان مادری شان با زبان مردم روستا متفاوت بوده است. از بهورزهای زن موجود حدود ۴۳٪ و از بهورزان مرد حدود ۴۸٪ آنها حداقل یکبار تغییر محل خدمت داده اند. بین شبکه های بهداشتی درمانی

شبکه های بهداشت و درمان کشور بعنوان واحدهای عرضه کننده خدمات بهداشتی و درمانی هستند که سطح بندی (Stratification) و ادغام یافتگی خدمات (۱) Integration of services) از ویژگیهای آن می باشد (۲). سطوح سه گانه شامل خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری (سطح اول)، بیمارستان عمومی، مرکز بهداشت شهرستان (سطح دوم)، بیمارستان تخصصی، مرکز بهداشت استان (سطح سوم) می باشد (۳)، که بعنوان اجزا یک سیستم از نظر ارائه خدمات و نظارت و پشتیبانی تعامل بین سطوح سه گانه مورد انتظار است.

در این پژوهش استقرار خانه های بهداشت از نظر ضوابط طرح گسترش، وضعیت خانه های بهداشت از نظر اصل بومی بودن بهورزان، اسکان بهورزان، ساختمان و تجهیزات، نظارت و پشتیبانی بهداشتی، برنامه پزشک سیار، زنجیره ارجاع، جمع آوری اطلاعات و پوشش مراقبتهای بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. هدف کلی در این پژوهش شناخت کیفیت موجود ارائه خدمات بهداشتی درمانی در خانه های بهداشت در سطح استان کردستان و شبکه های بهداشتی شهرستانهای تابعه میباشد. تا براساس اصول PHC و نیز اهداف بهداشتی درمانی تعیین شده در برنامه دوم توسعه نقاط قوت و ضعف مورد ارزیابی قرار گیرد. هدف کاربردی طرح، ارتقا کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی میباشد.

مواد و روشها

تحقیق حاضر، یک مطالعه توصیفی است که وضعیت موجود ارائه خدمات بهداشتی درمانی در خانه های بهداشت استان کردستان در سال ۱۳۷۷ را مورد بررسی قرار میدهد.

جامعه مورد مطالعه، کلیه خانه های بهداشت استان کردستان میباشد که در زمان مطالعه تأسیس گردیده اند. نمونه انتخابی مشتمل بر ۱۷۲ خانه بهداشت بوده و ۶ خانه بهداشت که در زمان بررسی فاقد بهورز زن و مرد بوده از مطالعه خارج

میانگین پس خوراند شبکه های بهداشتی شهرستانها تفاوت معنی داری نشان نداده است ($P=0/06$, $df=7$, $F=1/935$).

بیش از ۱۹٪ بهورزان فاقد مهارت کافی برای رسم نمودار وزن در جاده تندرستی بوده اند. در ۴۸٪ خانه های بهداشت نحوه چیدن واکسن ها در یخچال صحیح نبوده است. در ۱۱٫۴٪ خانه های بهداشت واکسن بموقع تأمین نمی شود و در ۱۶٪ خانه های بهداشت بهورز مسئول حمل واکسن است. در ۶٪ خانه های بهداشت، مرکز بهداشت واکسن را تأمین می کند و در ۷۸٪ موارد مرکز بهداشتی درمانی روستائی مسئول تامین واکسن خانه بهداشت است. در ۳٪ خانه های بهداشت تاریخ مصرف واکسن و تاریخ ورود واکسن ثبت نشده است. در ۵٫۴٪ خانه های بهداشت تاریخ مصرف واکسن سپری شده بود. متوسط اقلام دارویی موجود در خانه بهداشت ۲۳ قلم با انحراف معیار ۱۱ قلم بوده است. در ۲۰٪ خانه های بهداشت حداکثر ۱۰ قلم دارو وجود داشته است. براساس جدول آنالیز واریانس تفاوت میانگین اقلام داروهای اساسی موجود در شبکه های بهداشتی قابل ملاحظه بوده است ($P=0/000$, $F=5/386$, $df=7$). متوسط اقلام دارویی کسری در خانه بهداشت ۱۸ قلم با انحراف معیار ۱۱ بوده است. در ۱۹٪ خانه های بهداشت وسائل کامل پانسمان وجود ندارد.

۱٫۲٪ خانه های بهداشت در زمان مطالعه فاقد یخچال فعال بوده اند. حدود ۵٪ یخچال ها در زمان مطالعه فاقد کیسه یخ یا محلول نمک بوده است. ۳٫۶٪ یخچال ها فاقد ترمومتر بوده است. در ۱۰٪ خانه های بهداشت واکسن ثلاث به اندازه مصرف یکماه وجود نداشت. در ۱۸٪ خانه های بهداشت واکسن ب.ث.ژ به اندازه مصرف یکماه وجود نداشت. در ۱۱٪ خانه های بهداشت واکسن سرخک، در ۷٫۲٪ خانه های بهداشت واکسن هیپاتیت، در ۸٫۴٪ خانه های بهداشت واکسن دوگانه و در ۱۱٪ خانه های بهداشت واکسن فلج اطفال به اندازه مصرف یکماه وجود نداشت. در ۱۱٫۴٪ خانه های بهداشت واکسن بموقع تأمین نمی شود.

متوسط تعداد کودکان زیر یکسال تحت مراقبت در خانه های بهداشت نمونه مورد مطالعه ۲۰ با

استان از نظر بومی بودن بهورزان زن و مرد اختلاف معنی داری وجود نداشته است ($P=0/113$, $df=7$, $\chi^2=10/689$).

۴٫۲٪ خانه های بهداشت در نمونه مورد مطالعه عملاً "صبح ها کار میکردند. از بهورزان زن مورد مطالعه بیش از ۱۳٪ در شهر زندگی می کنند. بیش از ۵۰٪ آنان در خانه بهداشت اسکان ندارند و بیش از ۱۵٪ در خارج از محدوده تحت پوشش خانه بهداشت زندگی می کنند. از بهورزان مرد مورد مطالعه حدود ۱۸٪ در شهر زندگی می کنند و حدود ۵۰٪ آنان در خارج از خانه بهداشت زندگی می کنند. همچنین بیش از ۲۳٪ در خارج از محدوده جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت زندگی می کنند.

در ۲۶٪ خانه های بهداشت فاصله بازدید بهورزان از روستای قمر بیش از یکماه و در ۱۹٪ فاصله بیش از ۲ ماه بوده است.

در بیش از ۵٪ خانه های بهداشت بین اجزا زیج حیاتی هماهنگی وجود نداشت و در ۸۸٪ موارد، آمار تعداد استفاده کنندگان از وسائل پیشگیری از حاملگی با زیج حیاتی تطابق نداشت. در ۱۳٪ خانه های بهداشت مورد مطالعه پیگیری بیمارها در فرمهای پرونده خانوار ثبت نگردیده است. در ۲۳٪ خانه های بهداشت مورد مطالعه آمار پیگیری بیمارها با پرونده تطابق ندارد.

در ۳٫۶٪ خانه های بهداشت نسخه آمار ارسالی ماههای گذشته در خانه بهداشت وجود نداشت. در ۵۸٫۴٪ خانه های بهداشت در سال گذشته هیچگونه پس خوراند آماری به خانه های بهداشت فرستاده نشده است و میانگین پس خوراند آماری فرستاده شده در سال گذشته ۰٫۸۱۳ با انحراف معیار ۱٫۱۳۷ بوده است. در ۳۰٪ خانه های بهداشت در کل دوران فعالیت هیچگونه پس خوراند آماری فرستاده نشده است. متوسط کل پس خوراند آماری در طول فعالیت خانه بهداشت ۲ با انحراف معیار ۲ بوده است.

۲۱٪ ارجاع های فوری پس خوراند نداشته است. در ۴۵٫۲٪ خانه های بهداشت هیچگونه ارجاع غیر فوری در ماه گذشته صادر نشده است. متوسط ارجاع فوری صادر شده در ۶ ماه گذشته ۷ با انحراف معیار ۷ بوده است. آنالیز واریانس در زمینه مقایسه

است (P=0/003). ۶۵٪ زنانیکه از IUD استفاده کرده اند پاپ اسمیر شده اند. حدود ۱۵٪ زنان استفاده کننده از وسائل پیشگیری از حاملگی کمتر از ۶ ماه بطور مستمر از خدمات بهره گرفته اند. ۷۹٪ زنان استفاده کننده، ۶ ماه تا یکسال بطور مستمر از خدمات استفاده کرده اند و فقط ۶٪ بیش از یکسال بطور مستمر از خدمات بهره گرفته اند.

بیشتر از ۶٪ زنان بالغ بر یکماه مراجعه نکرده و پیگیری نشده اند. تفاوت پوشش تنظیم خانواده در شبکه های بهداشتی و درمانی شهرستانها قابل ملاحظه بوده است (P=0/003).

درصد واکسیناسیون کامل ثلاث در کودکان زیر یکسال نمونه مورد مطالعه ۹۶٪، واکسیناسیون کامل فلج اطفال در کودکان زیر یکسال ۹۶٪، واکسیناسیون کامل سرخک در کودکان زیر یکسال ۹۷٪ و واکسیناسیون کامل کودکان زیر یکسال ۹۶٪ بوده است.

متوسط تعداد دانش آموزان در هر خانه بهداشت ۲۰۶ نفر با انحراف معیار ۱۵۶ نفر بوده است. در مهرماه و آبانماه گذشته در ۶۶،۳٪ خانه های بهداشت، بهورز هیچ بازدیدی از مدارس روستا نداشته است و فقط ۱٪ بهورزان در این دو ماه یکبار به مدارس مراجعه کرده اند. در ۴۰٪ خانه های بهداشت پزشک هیچ مراجعه ای به مدارس نداشته است. در ۶٪ خانه های بهداشت، دفتر ثبت آموزش بهداشت مدارس وجود ندارد.

در ۵۳٪ خانه های بهداشت هیچ گونه ارجاع پوسیدگی دندان وجود نداشته است. در ۶ ماه گذشته در ۵۱٪ خانه های بهداشت، بهداشتکار دهان و دندان هیچ مراجعه ای نداشته است. متوسط مراجعه بهداشتکار دهان و دندان در ۶ ماه گذشته به خانه های بهداشت ۱،۱۶۹ با انحراف معیار ۱،۵۷۹ بوده است.

شیوع صرع در این نمونه ۱،۱۷ در هزار بوده است. متوسط بیماران صرعی در خانه های بهداشت تحت مطالعه ۱،۳۹۸ با انحراف معیار ۱،۶۱۴ بوده است. شیوع افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ۰،۶۹ در ۱۰۰۰ بوده است. شیوع بیماری اسکیزوفرنی در نمونه مورد مطالعه ۳،۴ در ۱۰۰۰۰۰ می باشد. در

انحراف معیار ۱۳ کودک و مد تعداد کودکان زیر یکسال تحت مراقبت شان ۱۴ کودک بوده است. متوسط مراقبت کودکان زیر یکسال ۱۴۱ با انحراف معیار ۱۰۷ (MO = ۱۸۸) بوده است. در جمع پوشش مراقبت کودکان زیر یکسال برابر ۸۶،۷٪ و تفاوت پوشش شهرستانها معنی دار نبوده است (P=0/۶۲۱). ۹۰ درصد کودکان وزن هنگام تولدشان ثبت شده است.

۴۰٪ خانه های بهداشت مورد مطالعه دارای کودکانی با وزن زیر ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد بوده اند. ۳٪ کودکان در نمونه مورد مطالعه وزن هنگام تولدشان زیر ۲۵۰۰ گرم بوده است. بین شبکه های بهداشتی شهرستانها از نظر تعداد کودکان کم وزن (زیر ۲۵۰۰ گرم) تفاوت قابل ملاحظه ای موجود بوده است (P=0/۰۱۷).

به طور متوسط ۳،۶٪ کودکان کمتر از شش ماه، ۱۳٪ بین ۶-۱۲ ماه و ۸۳،۴٪ بیش از یکسال از شیرمادر استفاده کرده اند. کودکانیکه کمتر از ۶ ماه از شیر مادر استفاده کرده اند در بین شبکه های شهرستانها متفاوت بوده و اختلاف آنها قابل ملاحظه و از دیدگاه آماری معنی دار بوده است (P=0/۰۲۷). بطور متوسط ۸۹،۴٪ از کودکان به موقع از غذای کمکی استفاده کرده اند. استفاده بموقع از شیرمادر در بین شبکه های بهداشتی شهرستانها اختلاف قابل ملاحظه ای نداشته و از دیدگاه آماری معنی دار نبوده است (P=0/۰۶۴).

درصد پوشش مراقبت انجام شده برای زنان باردار در نمونه مورد مطالعه ۹۱،۵٪ می باشد. ۹۹،۲٪ زنان باردار در طول دوران بارداری برعلیه کزاز واکسینه شده اند. ۸۸٪ زنان باردار برای انجام آزمایش معرفی شده اند. ۸۴٪ زنان باردار بعد از زایمان دوبار مراقبت شده اند. تفاوت پوشش مراقبت زنان باردار بعد از زایمان در شبکه های بهداشتی و درمانی شهرستانها قابل ملاحظه بوده است (P=0/۰۰۰).

۷۳،۴٪ از واجدین شرایط تنظیم خانواده از وسائل پیشگیری از حاملگی استفاده کرده اند. تفاوت پوشش تنظیم خانواده در شبکه های بهداشتی و درمانی شهرستانها از دیدگاه آماری معنی دار بوده

به طور متوسط حدود ۴۱٪ توالی های هر روستا بهداشتی بوده است. در ۶۴٪ روستاهای مورد مطالعه حداکثر ۵۰٪ توالی ها بهداشتی بوده اند. در ۸۱٪ خانه های بهداشت هیچگونه کمکی برای احداث توالی بهداشتی انجام نمی شود. مقایسه میانگین توالی های بهداشتی در شبکه های بهداشتی شهرستانها نشان می دهد که در این زمینه بین شبکه های بهداشتی تفاوت قابل ملاحظه ای وجود داشته است ($P=0/002$). در بیش از ۱۸٪ خانه های بهداشت، اطلاعات مربوط به امکان عمومی جمعیت تحت پوشش وجود ندارد. در بیش از ۱۹٪ خانه های بهداشت، کسبه برای اخذ کارت معاینه معرفی نشده اند. قریب به ۳۰٪ صاحبان تهیه و توزیع مواد غذایی روستا فاقد کارت بهداشتی بوده اند. در ۲۶٪ خانه های بهداشت مورد مطالعه در یکسال گذشته حوادث ناشی از کار اتفاق افتاده است. متوسط مراجعه کاردان بهداشت حرفه ای در ۶ ماه گذشته به خانه های بهداشت ۰,۵۶ با انحراف معیار ۰,۷۵۸ بوده و در ۵۸,۴٪ خانه های بهداشت در ۶ ماه گذشته حتی یک مورد کاردان یا کارشناس بهداشت حرفه ای از خانه بهداشت بازدید نکرده است.

بحث

انتظار اینست که ساختمان خانه بهداشت بعنوان الگویی در روستا دارای ویژگیهای یک محل مسکونی مناسب باشد (۴). نزدیک ۲۲٪ ساختمان خانه های بهداشت نامناسب بوده اند. با توجه به اصل مهم بومی بودن بهورز در خانه بهداشت، وجود ۴۷٪ بهورزان زن و ۴۹٪ بهورزان مرد غیر بومی یکی از اشکالات مهم طرح گسترش می باشد (۵). بیش از ۸٪ بهورزان مرد زبان مادری شان با زبان مردم روستای محل خدمت شان متفاوت است و اسفبارتر اینکه بیش از ۱۳٪ بهورزان زن ساکن شهر می باشند و بیش از ۵۰٪ در خانه های بهداشت سکونت ندارند. همچنین بیش از ۱۵٪ خارج از محدوده تحت پوشش خانه بهداشت ساکن می باشند که این مهم با توجه به پیش بینی محل سکونت بهورز در تأسیس خانه بهداشت، قابل تأمل است.

۳۱٪ خانه های بهداشت هیچگونه بیماری روانی ارجاع نشده است. متوسط بیمار روانی در هر خانه بهداشت یک نفر با انحراف معیار ۰,۷۲۵ بوده است. در جمعیت تحت پوشش در سال گذشته ۸ کودک به علت عوارض زایمان فوت شده اند. در ۲۵/۳ درصد خانه های بهداشت پزشک سیارحتی ماهی یکبار ویزیت نداشته است. متوسط دفعات ویزیت پزشک سیار از خانه بهداشت در ماه، ۱,۹ با انحراف معیار ۱,۵ می باشد. در ۲۲٪ موارد، پزشک سیار پرونده های بهداشتی را بررسی نمی نماید. مقایسه میانگین مراجعه پزشک در طول ۳ ماه در شبکه های بهداشتی شهرستانها نشان دهنده (بر مبنای تاریخ تکمیل پرسشنامه) تفاوت معنی دار بین شبکه ها بهداشتی بوده است ($F=4/712, df=7, P=0/000$).

در ۵۴,۲٪ خانه های بهداشت تیم سیار برنامه منظمی نداشته است. متوسط مراجعه تیم سیار در ماه ۱,۵ با انحراف معیار ۰,۵ می باشد. در این زمینه تفاوت معنی داری بین شبکه های بهداشتی وجود ندارد ($P=0/177$).

در ۳۶٪ خانه های بهداشت، در ۶ ماه گذشته جلسه شورای بهداشتی روستا تشکیل نشده است. متوسط تعداد جلسات شورای بهداشتی روستا در ۶ ماه گذشته ۰,۸۷۳ با انحراف معیار ۰,۷۸ بوده است. بیش از ۶۵٪ بهورزان از نحوه تدارک داروی خانه بهداشت، ۷۴٪ بهورزان از پس خوراند ارجاع فوری ۴۴٪ بهورزان از برنامه پزشک سیار، ۶۶٪ بهورزان از پشتیبانی اداری و تدارکاتی، ۲۹٪ بهورزان از پشتیبانی بهداشتی، ناراضی بوده اند.

درصد لوله کشی آب آشامیدنی ۸۳,۷ بوده و ۷,۲٪ از روستاها از چشمه بهسازی نشده یا چاه آب استفاده می کنند. در بیش از ۴۹٪ خانه های بهداشت اصلی، آزمایش میکروبیولوژی آب انجام نشده است. در ۷۶٪ روستاهای قمر آزمایش میکروبیولوژی آب انجام نشده است. در بیش از ۵۸٪ روستاهای قمر کلرزی انجام نمی شود. در بین روستاهایی که کلرزی شده اند ۱۷,۵٪ کلر باقیمانده در آب صفر بوده است.

پوشش واکسیناسیون کامل کودکان زیر یکسال ۹۶٪ بوده است. گرچه اختلاف معنی داری بین شبکه‌ها موجود است، ولی در همه شبکه های شهرستانها کم و بیش پوشش واکسیناسیون قابل قبولی وجود دارد که با توجه به اهداف تعیین شده مطلوب بوده است.

در کل ۸۸٪ کودکان زیر یکسال از مراقبت مورد انتظار برخوردار بوده اند که از اهداف کمی تعیین شده در برنامه دوم (۹۵٪) کمتر است (۶).

معنی دار نبودن اختلاف پوشش مراقبت کودکان زیر یکسال بین شبکه های بهداشتی درمانی ضرورت توجه به نظارت بیشتر برای افزایش پوشش را ایجاب می نماید. ۹۰٪ کودکان هنگام تولد وزن شده اند. ۴۰٪ خانه های بهداشت مورد مطالعه دارای کودکانی زیر ۲۵۰۰ گرم وزن هنگام تولد بوده اند که بیش از ۴۰٪ کودکان زیر یکسال در زمان مطالعه، وزنشان زیر جاده تندرستی بوده است. که نظارت و آموزش بیشتری را طلب میکند.

گرچه مراقبت ۹۵٪ زنان باردار میتواند رضایت بخش تلقی شود، ولی مرگ و میر نسبتاً بالای ناشی از عوارض زایمان توجه بیشتری را به تسهیلات زایمانی میطلبد.

با وجود اینکه ۷۳٫۴٪ واجدین شرایط تنظیم خانواده از وسائل پیشگیری از حاملگی استفاده کرده اند ولی انجام پاپ اسمیر و استمرار استفاده از وسائل پیشگیری از حاملگی باید مورد توجه باشد. با توجه به آمار ذکر شده در بخش نتایج، خدمات بهداشت روانی، مدارس، دهان و دندان، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، برنامه سیار، زنجیره ارجاع و تدارک داروی اساسی دارای نواقص آشکار بوده و نیازمند حمایت بیشتری را می‌باشد.

References:

Brazger M.A An Iraninan experiment in Primary Health care, the West Azarbaijjan Project. Oxford Press. (1983)

Primary Health care Alma - ata Health for all series WHO Genva (1975).

شادپور - کامل ، شبکه های مراقبت های اولیه شبکه های بهداشتی در ایران انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چاپ اول (۱۳۷۲)

پيله رودی - سيروس - خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی - انتشارات عقیق چاپ اول (۱۳۷۶)

پيله رودی - سيروس - شبکه بهداشت و درمان شهرستان - انتشارات عقیق - چاپ اول (۱۳۷۶)

وزارت بهداری- گروه پژوهش و پزشکی اجتماعی (گروه برنامه ریزی آموزش پزشکی) نگرشی بر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۰)