

تصویر سلامت

دوره ۲ شماره ۲ سال ۱۳۹۰ صفحه ۲۱ - ۱۵

بررسی تأثیر طرح پزشک خانواده بر روی شاخص های بهداشتی کودکان در شهرستان تبریز - ایران

فریبا بخشیان^۱، حسین جباری^{۲*}، احسان کفیلی^۳، ژیلا خامنیان^۴، رقیه جباری^۵

چکیده

زمینه و اهداف: تأمین و ارتقای سلامت کودکان از اصلی ترین وظایف تیم پزشک خانواده در نظام سلامت می باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حضور پزشک خانواده بر روی شاخص های بهداشتی کودکان در روستا های شهرستان تبریز انجام شده است.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی می باشد. جامعه آماری کودکان متولد شده در ۲۰ روستای شهرستان تبریز بین سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۶ بودند که از میان آن ها ۷۵۱ نمونه (۱۲٪ از کل جامعه) به روش نمونه گیری تصادفی سهمیه ای انتخاب و داده ها با ابزار چک لیست معتبر از روی مستندات پرونده بهداشتی خانوار جمع آوری گردیدند. اطلاعات حاصل بر اساس تاریخ تولد کودک برای دو مقطع زمانی قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده تقسیم و با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل و مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها: برخی از اجزای خدمات مراقبت کودکان چون تعداد مراقبت ها، مکمل یاری، سن شروع اولین مراقبت، موارد ارجاع و بستری بعد از حضور پزشک خانواده بهبود معنی دار آماری داشتند ولی مدت تغذیه با شیر مادر، تغییرات آنروپومتریک قد و وزن تأثیر معنی داری را در بهبود شاخص ها نشان ندادند.

بحث و نتیجه گیری: در کل حضور پزشک و ماما بر بعضی از اجزای مراقبت تأثیر معنی داری گذاشته، اما مدارک مکفی برای اثبات تأثیر آن بر شاخص های سلامت کودکان به دست نیامد. لذا بازنگری در وظایف محوله به پزشک خانواده، اصلاح نظام اطلاعات بهداشتی خانوار و طراحی مطالعات گسترده تری برای تعیین اثربخشی این برنامه پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: پزشک خانواده، مراقبت های بهداشتی، کودکان

۱. کارشناس ارشد مامایی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، شاغل در حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (Email: hosseinhosseinJ@yahoo.com)
۳. دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
۴. متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵. کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

در بین گروه‌های جمعیتی موجود در جامعه، کودکان به علت دارا بودن شرایط خاص جسمی و رشد سریع و تأثیر پذیری از عوامل مختلف محیطی و غیره از اقشار بسیار آسیب پذیر جامعه محسوب شده و نیازمند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مناسب و با کیفیت بالا می‌باشند (۱). این موضوع به قدری مهم است که جامعه جهانی و سازمان بهداشت جهانی به ویژه در سال‌های اخیر گزارش جهانی خود (سال ۲۰۰۳) را به این مهم اختصاص داده (۲) و اهداف توسعه هزاره نیز به عنوان یک هدف کلی بر آن تأکید نموده‌اند. با این وجود دو مورد از اهداف مهم توسعه هزاره (ریشه کن سازی فقر و کاهش مرگ و میر کودکان) بدون مداخلات کم هزینه و اثر بخش بهداشتی و تغذیه‌ای قابل دستیابی نخواهد بود (۳).

اجرای موفقیت آمیز رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به ویژه در کاهش مرگ و میر مادران و کودکان توجه صاحب‌نظران و سازمان‌های بین‌المللی را به عنوان تجربه‌ای موفق به خود جلب کرده است (۴). در مناطق روستایی ایران حدود ۱۰٪ جمعیت را کودکان زیر ۶ سال تشکیل می‌دهند (۵) و در برنامه پزشک خانواده که از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کوچک اجرایی شده، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌ها از جمله کودکان بر عهده پزشک خانواده و تیم وی گذاشته شده است. به طوری که حتی در صورت ارجاع فرد به سطوح تخصصی نیز، مسئولیت پی‌گیری سرنوشت بیماری وی را نیز به عهده دارد (۶). به علاوه از پزشک خانواده انتظار می‌رود که فعالیت‌هایی مثل مدیریت سلامت، پژوهش، توجه به جمعیت و تداوم خدمات و هماهنگی با سایر بخش‌ها را نیز انجام دهد (۷). اجرای این برنامه در کشور منجر به بهبود بی‌سابقه دسترسی به پزشک و ماما در مناطق روستایی در مقایسه با شرایط قبلی (بهورز و در موارد محدودی پزشک) شده و انتظار می‌رود که فرصت پیش آمده وضعیت آرایه خدمات و پیامد‌های مربوطه را بهبود بخشد.

مطالعات محدودی در سال‌های اخیر بر روی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت انجام شده است (۸-۱۴) که در این میان یافته‌های رئیس و همکاران با عنوان تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی مشهد با استناد داده‌های زیج حیاتی نشان داد که اجرای طرح، تأثیر مثبتی بر روی شاخص‌های بهداشتی مادران و کودکان روستایی داشته است (۹) و براتی نیز تأثیر طرح را در کاهش مرگ و میر کودکان نشان داده است (۱۴). به علاوه مطالعات دیگر ذکر شده در جمله بالا بر تأثیرات مثبت طرح بر شاخص‌ها تأکید کرده‌اند. اما غالب مطالعات فوق و سایر بررسی‌های محدود

نیز در نظام بهداشتی کشورمان در خصوص تأثیر خدمات آرایه شده بر مادران و کودکان در جامعه روستایی به استناد گزارشات آماری جاری انجام شده است؛ اما هنوز مطالعه‌ای در زمینه تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده که دربرگیرنده ورودی‌ها، مداخلات، نتایج و پیامدها باشد صورت نگرفته و یا حداقل ما در پایگاه‌های در دسترس بر آن برخورد نکردیم. در سایر نقاط دنیا هم، مطالعه‌ای در اندونزی تأثیر افزایش پزشک و کارکنان بهداشتی را بر کیفیت خدمات و شاخص‌های کودکان مطالعه و نشان داد که مداخله بر کیفیت خدمات مؤثر اما بر روی قد کودکان (پیامدها) تأثیری نداشت (۱۵). طی مطالعه‌ای در هندوستان محققین نتیجه گرفتند که حتی افزایش صرف پزشکان در مناطق روستایی منجر به اثر بخشی مورد نظر در آرایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه نخواهد بود و لازم است که پرسنل و به‌ویژه پزشکان فوق‌الذکر از آموزش‌ها و توانمندی‌های لازم برخوردار شوند (۱۶). پژوهشی در کوبا نشان داد که استفاده از پزشک خانواده در کاهش مرگ و میر کودکان نقش مثبتی داشته است (۱۳). مطالعه دیگری در کوبا نشان داد که مردم این جامعه از اجرای طرح پزشک خانواده رضایت دارند (۱۴). در سال ۲۰۰۵ هم سازکورالس و همکارانش در مطالعه‌ای مروری نظام مند با بررسی ۱۹ مقاله نشان دادند که بین شاخص‌های رضایت، سلامت و هزینه رابطه وجود دارد (۱۵).

با توجه به این موضوع که بهداشت کودکان از جایگاه ویژه‌ای در نظام سلامت برخوردار بوده و یکی از بخش‌ها و جزء‌های اصلی بسته‌های خدماتی طرح پزشک خانواده در کشورمان می‌باشد و همچنین توجه به این موضوع که در این زمینه مطالعات کافی صورت نگرفته، این پژوهش با هدف ارزیابی تأثیر برنامه پزشک خانواده بر روی شاخص‌های بهداشت کودکان در شهرستان تبریز صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی، تحلیلی - مقطعی است. این مطالعه کل نوزادان متولد شده در سال‌های ۸۲ تا ۸۶ را در روستاهای دارای خانه‌ی بهداشت شهرستان تبریز که حداقل تا ۱۸ ماهگی زنده مانده‌اند (حدود ۶۰۰۰ مورد) شامل می‌شود، که از بین آن‌ها ۸۳۰ کودک از روستاهای مطالعه قبلی (مبنا) به عنوان نمونه انتخاب و داده‌های ۷۵۱ مورد (۱۲٪) از کل جامعه) تجزیه و تحلیل شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه معتبر (۲۰) به کار رفته در طرح بین‌استانی جباری در سال ۱۳۸۱ بود. داده‌ها از روی مستندات پرونده بهداشتی خانوار و فرم‌های مراقبت کودک به‌ویژه از نظر قد و وزن در مقاطع سنی صفر، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی جمع‌آوری شدند (۲۰). داده‌ها با مراجعه حضوری محققین به خانه‌های بهداشت

و آمار تحلیلی چون مقایسه میانگین ها و.. از آزمون های همبستگی و کای اسکوار حسب مورد استفاده شد (در همه موارد $Pvalue < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد).

یافته ها

بر اساس یافته های این پژوهش از تعداد ۷۵۱ کودک مورد بررسی تعداد ۴۱۶ نفر به گروه قبل از طرح پزشک خانواده و ۳۳۵ نفر در گروه بعد از طرح پزشک خانواده تعلق داشتند. توزیع جنسی آن ها در گروه اول برابر ۵۵.۳٪ پسر و ۴۴.۸٪ دختر و در گروه دوم نیز ۴۹.۹٪ پسر و ۵۰.۱٪ دختر بود.

از نظر مشخصات دموگرافیکی تفاوت توزیع سنی و جنسی کودکان در دو مقطع قبل و بعد معنی دار نبود. به علاوه تفاوت های آماری معنی داری در میزان تحصیلات مادران، سن مادران، تعداد حاملگی های قبلی آنان و فاصله گذاری بین این تولد با فرزند آن قبلی نیز مشاهده نگردید. از سوی دیگر دو متغیر تعداد سقط با افزایش بسیار جزئی و تعداد مرده زایی با کاهش بسیار جزئی تفاوت آماری معنی داری را نشان دادند ($P < 0.05$).

مهم ترین وظیفه واحدهای بهداشتی مورد مطالعه انجام مراقبت بهداشتی از کودکان می باشد که یافته های آن به تفکیک اجزای مراقبت در جدول شماره یک آورده شده اند.

تبریز جمع آوری شدند. این پرسش نامه شامل متغیرهایی چون میزان سواد و شغل والدین، محل تولد (متغیرهای زمینه ای یا ورودی های) مراقبت های ارائه شده به تفکیک اجزا (تاریخ اولین مراقبت، بار مراقبت، مکمل های تغذیه ای داده شده، مدت استفاده از شیر مادر، موارد ویزیت توسط پزشک و یا ماما و... به عنوان اجزای فرایند مراقبت) و میزان مرگ و میر کودکان و شاخص های آنتروپومتریک وزن و قد در مقاطع صفر، شش، دوازده و هیجده ماهگی (پیامد ها) می باشد. داده ها در دو گروه قبل از اجرای طرح پزشک خانواده (متولدین ۱۳۸۱-۱۳۸۳) و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده (متولدین ۱۳۸۴-۱۳۸۶) گروه بندی و مقایسه شدند.

از آنجایی که در پژوهش به علت شروع همزمان طرح پزشک خانواده در کل کشور هیچ راهی برای انجام مطالعات مقایسه ای مورد و شاهدی وجود نداشت لذا به منظور تحلیل بهتر یافته ها و اینکه تغییرات حاصل شده احتمالی متأثر از سایر عوامل بوده است یا نه؟ یافته های این مطالعه با نتایج مطالعه قبلی که در دوره زمانی ۷۳ تا ۸۰ انجام شده بود مورد مقایسه قرار گرفتند. نمایش اطلاعات در چهار گروه (دربگیرنده متولدین سال های ۷۳-۷۶، سال های ۷۷-۸۰، سال های ۸۱-۸۳، و سال های ۸۳-۸۶) در جداول نمایش و مقایسه شدند.

در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss و روش های آمار توصیفی (نمایش مقایسه ای فراوانی ها و...)

جدول ۱. اجزای مراقبت ارائه شده (میانگین) به کودکان به تفکیک مقاطع مورد مطالعه

متغیر	مقطع (سال)			
	۷۳-۷۶	۷۷-۸۰	۸۱-۸۳ (قبل)	۸۴-۸۶ (بعد)
مراقبت اول (مراقبت در روز چندم تولد انجام شده است)	۷.۷۲±۰.۷۹	۷.۷۶±۰.۶۱	۱۲.۵۳±۰.۲۴	۱۰.۷۷±۰.۴۱
بار مراقبت تا ۶ ماهگی	۶.۳۸±۰.۹۷	۶.۳۷±۰.۹۸	۶.۱۴±۰.۲۲	۵.۲۴±۰.۵۰
بار مراقبت از ۷ تا ۱۲ ماهگی	۵.۱۰±۰.۹۷	۴.۹۲±۰.۱۷	۵.۰۲±۰.۲۶	۲.۹۴±۰.۷۸
بار مراقبت از ۱۳ تا ۱۸ "	۲.۸۶±۰.۶۱	۲.۶۰±۰.۷۷	۲.۶۰±۰.۸۱	۲.۱۷±۰.۸۰
قطره ویتامین تا ۱۸ ماهگی (ویال)	۴.۳۳±۰.۳۲	۴.۸۴±۰.۴۵	۸.۳۱±۰.۹۲	۱۰.۷۴±۰.۱۲
قطره آهن تا ۱۸ ماهگی (ویال)	۱.۹۴±۰.۲۲	۲.۰۷±۰.۳۶	۶.۴۸±۰.۲۷	۸.۴۱±۰.۲۸۵
مدت تغذیه با شیر مادر به ماه	-	-	۱۷.۸۷±۰.۳۹	۱۷.۸۶±۰.۶۵
بستری در بیمارستان (بار)	-	۰.۱±۰.۱۸	۰.۰۷±۰.۳۱	۱.۰۰±۰.۰۰
بار ارجاع به سطوح بالاتر	۰.۱۷±۰.۴۷	۰.۴۹±۰.۷۹	۰.۶۰±۰.۷۰	۱.۵۱±۰.۱۰۴

ستون آخر مربوط به تغییر دستورالعمل کشوری و اجرای برنامه مراقبت از کودک سالم بود و نمی توان این وضعیت را به حضور پزشک و ماما نسبت داد. از سوی دیگر برنامه

بر اساس یافته های نشان داده شده در جدول بالا بار مراقبت از کودکان در مقاطع سنی مختلف بهبود قابل ملاحظه ای را نشان نمی دهد. گرچه کاهش موارد مراقبت در

دختر و پسر در سال های قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده نشان نداد. به عبارت دیگر حضور پزشک و ماما بر روی توزیع وزن و قد کودکان در میان صدک های منحنی رشد تأثیری نداشته است.

مهم ترین نشانگر تأثیر پذیر از مراقبت های بهداشتی با فرض عدم وقوع تغییرات عمده دیگر در شرایط تعیین گر های اجتماعی کودکان همانا مرگ و میر و تغییرات در قد و وزن کودکان می باشد؛ که این تغییرات در جدول شماره دو نشان داده شده اند.

مکمل یاری بهبود معنی داری را در نتیجه حضور پزشک و ماما نشان می دهد. دیگر اجزای مراقبت مثل، مدت تغذیه با شیر مادر و بار بستری در بیمارستان و نیز بار ارجاع به سطوح بالاتر به دلیل ناقص بودن مستندات چندان قابل تفسیر نمی باشند.

بررسی توزیع وزنی و قد کودکان در مقاطع صفر، شش، دوازده و هجده ماهگی از نظر صدک های منحنی رشد استاندارد (که در جریان هر مراقبت در واحد بهداشتی نقطه گذاری و ترسیم می گردد) تفاوت آماری معنی داری را در هیچ کدام از مقاطع سنی و برای هیچ کدام از دو جنس

جدول ۲. شاخص های سلامت کودکان به تفکیک مقاطع مورد مطالعه

متغیر	مطالعه قبلی		مطالعه جدید (قبل و بعد پزشک خانواده)		P value (قبل و بعد پ خ)
	سال های ۷۳-۷۶	سال های ۷۷-۸۰	سال های ۸۱-۸۳ (قبل)	سال های ۸۴-۸۶ (بعد)	
وزن نوزادان در بدو تولد	۳۳۷۲.۷۶ ± ۴۷۴.۱۷	۳۳۳۱.۵۶ ± ۴۹۳.۳۵	۳۲۱۱.۴۷ ± ۵۳۱	۳۱۷۸.۴۰ ± ۴۵۲.۱۵	۰.۰۵۷
وزن در ۶ ماهگی	۷۵۷۰.۲۲ ± ۹۹۷.۴۴	۷۷۰۱ ± ۹۸۵.۰۴	۷۸۱۲.۱۰ ± ۱۰۷۴.۱۸۴	۷۷۵۵.۰۳ ± ۹۴۸.۹۰	۰.۳۲۳
وزن در ۱۲ ماهگی	۹۳۷۹ ± ۱۱۷۸.۲۲	۹۴۷۴.۹۵ ± ۱۱۴۰.۱۶۸	۹۷۴۳.۶۰ ± ۱۱۶۲.۱۷۵	۹۶۴۸.۸۹ ± ۱۰۷۴.۳۴	۰.۰۴۲
وزن در ۱۸ ماهگی	۱۰۵۱۹.۸۴ ± ۱۲۵۷.۷۷	۱۰۶۱۹.۴۶ ± ۱۲۴۳.۱۸	۱۰۷۷۴ ± ۱۲۶۲.۰۲	۱۰۹۸۸.۲۲ ± ۱۱۹۷.۰۹	۰.۰۹۷
قد در بدو تولد	۴۹.۴۷ ± ۲.۷۲	۴۹.۷۴ ± ۲.۵۹	۴۹.۴۴ ± ۲.۲۷	۴۹.۴۱ ± ۲.۲۶	۰.۶۳۷
قد در ۶ ماهگی	۶۳.۶۷ ± ۲.۹۲	۶۴.۴۷ ± ۳.۸۱	۶۵.۲۰ ± ۳.۶۴	۶۵.۶۶ ± ۳.۳۰	۰.۱۴۶
قد در ۱۲ ماهگی	۷۲.۱۲ ± ۳.۰۶	۷۲.۳۴ ± ۳.۸۸	۷۳.۸۷ ± ۳.۶۴	۷۳.۷۹ ± ۳.۲۵	۰.۰۴۲
قد در ۱۸ ماهگی	۷۷.۱۶ ± ۳.۷۸	۷۷.۳۳ ± ۳.۱۱	۷۹.۰۱ ± ۳.۶۴	۸۰.۷۰ ± ۳.۹۱	< ۰.۰۰۱
مرگ و میر نوزادان	۱۵/۳۴ در سال	۲۰/۴۶ در سال	۱۳/۴۷ در سال	۱۲/۱۱ در سال	-
شیر خواران	۲۰/۳ در سال	۲۸/۴۴ در سال	۲۰/۴۳ در سال	۱۸/۹۶ در سال	-

خدمات (بهورزان) و با همان تعداد مشغول ارائه خدمت بودند؛ اما با افزایش قابل ملاحظه پزشک و ماما (دو و نیم برابر شدن پزشک و ماما) تفاوت های معنی داری را شاهد بودیم. به عبارت دیگر با اجرای طرح پزشک خانواده انتظار می رود که وضعیت سلامتی کودکان به دنبال افزایش دسترسی به پزشک و ماما و سهل شدن شناسایی، تشخیص، درمان و ارجاع کودک به پزشک، موارد توقف، افت رشد، همراه با شاخص های همچون قد، وزن، موارد بیماری، بستری در بیمارستان و بهره مندی از شیر مادر ارتقا یابد.

یافته ها نشان داد که برخی از اجزای مراقبت کودکان چون مکمل یاری و سن شروع اولین مراقبت بعد از حضور پزشک خانواده بهتر شده بودند. به علاوه مستند سازی موارد ارجاع و بستری در بیمارستان نیز روند رو به بهبودی را نشان داد ولی مدت تغذیه با شیر مادر و همچنین تغییرات آنترپومتریک قد و وزن بهبود معنی داری را در شاخص ها نشان ندادند. از سوی دیگر با توجه به قبول منحنی های رشد سازمان بهداشت جهانی در کشور از سوی صاحب نظران و

بر اساس تغییرات فوق (نمایش داده شده در جدول) روند مشخصی را در قد و وزن کودکان در مقاطع قبل و بعد پزشک خانواده ملاحظه نمی گردد و فقط روند بهبودی را در قد و وزن کودکان در هجده ماهگی شاهد هستیم. بنابراین تغییرات مشخص و بارزی را در شاخص های آنترپومتریک کودکان مشاهده نمی کنیم. اما روند تغییرات در مرگ و میر بارز می باشد. از سوی دیگر کاهش میانگین وزن نوزادان در بدو تولد را باید به پیشرفت های علمی و اجرایی در کاهش مرگ و میر کودکان کم وزن و نارس نسبت داد.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه مشخصه های دموگرافیکی ۷۵۱ کودک مورد بررسی در دو گروه، قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده تفاوت معنی داری از نظر تحصیلات مادر، شغل مادر و پدر، سن مادر، تعداد حاملگی ها و فاصله گذاری بین حاملگی ها (ورودی های فرایند) نشان نداد. از سوی دیگر در جامعه مورد پژوهش، کارکنان اصلی ارائه کننده

بهداشت، عدم تأمین شغلی برای کارکنان، پرداخت نشدن به موقع حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت و محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده در روستا می باشد که تقریباً با نتایج مطالعه ما همسویی دارد (۱۳).

یافته های رئیسی و همکارانش در مطالعه خود تحت عنوان "تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد" چنین نتیجه می گیرند که اجرای طرح پزشک خانواده در خراسان رضوی از لحاظ آماری در وضعیت شاخص های بهداشتی مادر و کودک تأثیر معنی داری نگذاشته ولی در حالت کلی یک روند رو به رشدی دیده می شود که این مسئله نیاز به تقویت و توجه به طرح پزشک خانواده را افزایش می دهد. نتایج این مطالعه نیز تأیید کننده نتایج این پژوهش می باشد (۹). یافته های مربوط به قد و وزن کودکان نشان دهنده لزوم توجه بیشتر به مراقبت کودکان از سوی خانواده و مسئولین نظام سلامت می باشد (۲۰) تا از طریق برنامه ریزی و اجرای برنامه های خاص در این موارد به رفع این مشکل کمک کنند این یافته ها با یافته های قاضی زاده در کردستان نیز تأیید می شود (۲۱).

مراقبت مداوم و منظم از کودکان یکی از اجزای اصلی PHC و اهداف توسعه هزاره ملل است. که در کشور ما این خدمات در سه دهه گذشته رشد چشمگیری داشته است و از سال ۱۳۸۴ طرح پزشک مطرح شده و این وظیفه بر عهده پزشکان خانواده قرار داده شده است ولی متأسفانه نتایج این مطالعه و چند مطالعه مشابه دیگر نیز در این زمینه نشان می دهند که پس از گذشت چند سال از اجرای این طرح بهبود های زیادی در شاخص های بهداشتی به خصوص در کودکان ایجاد نشده است و باتوجه به اهمیت سلامت کودکان در سال های اول زندگی و تأثیر آن بر تمام مراحل زندگی انتظار می رود که در شرح وظایف پزشک خانواده از بعد درگیر شدن بیشتر با خدمات بهداشتی کودکان بازنگری صورت گیرد.

در خاتمه در ارائه پاسخ به هدف اصلی پژوهش مبنی بر این که آیا اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیری بر روند شاخص های بهداشتی کودکان داشت یا نه؟ بایستی جانب احتیاط را گرفت چرا که پاسخ صریح به چنین سؤال مهمی اولاً نیازمند طراحی و انجام مطالعات مورد و شاهدهی بود که در این برنامه به دلیل شروع همزمان در سراسر کشور چنین امکانی وجود نداشت و ندارد، ثانیاً وضعیت مستند سازی فعالیت ها (مراقبت کودکان) در نظام سلامت کشور به شکل سنتی در فرم های کاغذی تکمیل و چند صباحی حفظ می شوند و ثالثاً داده ها در مکان های مختلف جمع آوری و نگهداری می شوند. لذا استخراج نتایج بسیار پرزحمت و هزینه بر و در نهایت نسبتاً کم اعتماد می باشند. مطالعات

خبرگان امر یافته ها نشان داد که میزان کم وزنی (میانگین وزن) در مقاطع سنی صفر، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی در هر دو جنس بیش از حد انتظار می باشد و کوتاه قدی نیز از چنین وضعیتی برخوردار بوده و به ویژه در دختران این ارقام کوتاه قدی بیشتر است و در مجموع حضور پزشک خانواده در خانه های بهداشت تغییرات قابل ملاحظه معنی داری را در وزن و قد کودکان در مقاطع مورد مطالعه نشان نداد و مقایسه ارقام وزن و به ویژه قد با منحنی های استاندارد تفاوت دارند.

یافته های این مطالعه با مطالعه جباری و همکارانش (بخش اول جداول) در مورد وزن کودکان در همین جامعه در سال ۷۳-۸۰ حاکی است که میانگین وزن کودکان در بدو تولد با کاهش غیر معنی دار همراه بود (۲۰) که با یافته های این مطالعه مختصر تفاوتی را نشان داده و تصمیم گیری در خصوص تغییرات اخیر در وزن کودکان و نسبت دادن آن ها به اجرای برنامه پزشک خانواده را با مشکل مواجه می سازد. چرا که روند بهبود شاخص های وزن و قد از حداقل ده سال پیش در این جامعه قابل مشاهده است. و یافته های بررسی دیگر جباری در همین جامعه نشان دهنده بهبود قابل توجه مکمل یاری آهن و مولتی ویتامین در حدود دو دهه گذشته بوده است (۲۱). سایر مطالعات مرتبط داخلی اخیر هم هر کدام به نوعی بر بخشی از نتایج و تأثیرات طرح پرداخته است؛ به طوری که حسین جباری بر موفقیت نسبی بهبود شاخص های سلامت خانواده (۸)، رئیسی بر غیر معنی دار بودن بهبودها در شاخص ها (۹)، علیرضا جباری بر نهادینه نشدن بینش سلامت نگری (۱۰)، پورشیروانی بر عدم رعایت اصول ارجاع بین سطوح (۱۱) و براتی بر عدم امکان اندازه گیری سایر عوامل مداخله گر تأکید کرده است (۱۴) و همگی با یافته های ما همخوانی داشته و تصمیم گیری قاطع در خصوص دستاوردهای طرح پزشک خانواده را نیازمند مطالعات جامع تر می دانند.

از دیگر یافته های مهم این طرح به مستندات ناقص پرونده های خانوار باید اشاره کرد که بر این وضعیت مقوله جداگانه بودن پرونده های خانوار در خانه بهداشت و اطاق یا فایل پزشک را هم می توان اضافه نمود؛ که کار را برای هرگونه بررسی دقیق تر به ویژه در خصوص مقوله های ارجاع، درمان و پیگیری مشکل می نماید؛ که در این رابطه، جنتی و همکاران نیز در مطالعه خود تحت عنوان "ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده" اشاره می کنند که نقاط قوت بارز طرح پزشک خانواده شامل: تشکیل پرونده سلامت، مراقبت بهتر و مؤثرتر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال، دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو و کاهش هزینه های درمان بود و از نقاط ضعف عمده آن، می توان به مراجعات بیش از حد و ازدحام بیماران در خانه های

به خطاهای انسانی، ابزاری و مستندات (مستند سازی) در واحد های بهداشتی بسیار ضروری است.

یکی از محدودیت های این مطالعه اتکا کردن به داده های پرونده های بهداشتی افراد می باشد که ممکن است در ثبت این پرونده ها نواقصاتی وجود داشته باشد.

تقدیر و تشکر

در آخر از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این طرح یاری فرمودند تقدیر و تشکر به عمل می آوریم؛ به خصوص از بهروزان خانه های بهداشتی و سایر عزیزانی که در جمع آوری داده ها به ما کمک کردند.

انجام شده مشابه در دنیا از جمله در اندونزی (۱۵) کوبا (۱۸،۱۷) و هندوستان (۱۶) نیز پاسخ های پراکنده ای را نشان می دهد.

به همین دلیل و به منظور امکان پذیر نمودن تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و برنامه مهم پزشک خانواده پیشنهاد می گردد:

۱. بازنگری فرایند جمع اوری و نگهداری داده ها به

شکل الکترونیکی در واحدهای بهداشتی

۲. به منظور امکان انجام قضاوت دقیق تر بر تأثیر پزشک خانواده، پیشنهاد می گردد مطالعه ای در حجم و وسعت گسترده در استان و کشور صورت گیرد.

۳. طراحی و انجام مطالعه ای در خصوص اندازه گیری میزان دقت و در نتیجه رفع ایرادات احتمالی مربوط

منابع

۱. 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: ۵۸ - ۶۲
2. WHO. World Health Report 2005. Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
3. Iranian Management and Planning Organization (MPO). The First Millennium Development Goals Report 2004. MPO&UN. Tehran. 2004
4. WHO. World Health Report 2008. primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: World Health Organization, 2008.
5. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تحلیل زیج حیاتی سال ۱۳۸۲ کشور. فصلنامه بهروز. ۱۳۸۳: ۴۶: ۴۴-۴۵
6. Ministry of Health and Medical Education: Operational guide for family physician project implementation. version 2. Tehran, Iran: 2008.
7. Lebaron SW, Schultz SH. Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. Family medicine. 2005;37(7):5-502.
۸. جباری بیرامی ح. قاسم زاده ه، بخشیان ف، محمدپوراصل ا، اسدزاده ر. ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص های سلامت خانواده. فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. ۱۳۹۱: ۳۶-۳۱: (۳)۷
۹. رئیسی پ، عبادی فرد آذر ف، رودباری م، شعبانی کیا ح. تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مدیریت سلامت. ۱۳۹۰: ۳۷-۲۶: (۴۳)۱۴
۱۰. جباری ع ر، شریفی رادغ ر، شکری ا. بهمن زیاری ن، کردی ا. نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده ی روستایی در ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۳۹۱: ۹: (۷۳)۱۱۳۱-۱۱۴۵
۱۱. پورشیروانی ن، و همکاران. ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمال کشور سال ۱۳۷۸. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۸: ۱۱: (۶)۴۶-۵۲
۱۲. چمن ر، امیری م، راعی م. طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع. فصلنامه علمی پژوهشی پایش ۱۳۹۱: ۱۱: (۸)۷۸۵-۷۹۰
۱۳. جنتی ع، ملکی م ر، قلی زاده م، نریمانی م ر، وکیلی س. ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده. فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. ۱۳۸۸: ۴: (۴)۳۹-۴۴
۱۴. براتی ا، ملکی م ر، گوهری م ر، کبیر م ج، امیر اسماعیلی م ر. عبدی ژ. تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت. فصلنامه علمی پژوهشی پایش ۱۳۹۱: ۱۱: (۳)۳۶۱-۳۶۳
15. Sarah L. Barber a, Paul J. Gertle R. Health workers, quality of care, and child health: Simulating the relationships between increases in health staffing and child length. Health Policy; 2009: 91(2): 148

۲۰. جباری بیرامی ح، بخشیان ف، وحیدی ر. بررسی اثر بخشی مراقبت های بهداشتی از کودکان زیر ۵ سال در استان های آذربایجان شرقی و زنجان. فصل نامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. ۱۳۸۶؛ ۱۷(۱): ۱۷-۲۲
21. Jabbari H, Bakhshian F, Asgari M, Sattari MR, Naghavi-Behzad M, Ozar Mashayekhi S. Antenatal Micronutrient Supplementation Relationship with Child-ren's Weight and Height from Birth up to the Age of 18 Months. *Iranian J Publ Health*. 2013; 42(6): 626-634
16. Krishna D. Rao. Which Doctor For Primary Health Care? An Assessment of Primary Health Care Providers In Chhattisgarha. *India*. 2013; 84: 30-34
17. Benjamin M, Haendel M. Cuba, A healthy revolution? *Int Journal Health Services* 1994; 24(2): 171-174
18. Brown AF. Cuban Health system, call it superior? *Journal of Public Health Policy* 1992; 9(1): 11-13
19. Sans- Corrales M, Pjol E, Badia J, Pasarín M, Pérez B, Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Journal of Family Practice* 2006; 23(3): 308-316.