

## تصویر سلامت

دوره ۲ شماره ۴ سال ۱۳۹۰ صفحه ۴۲ - ۳۶

# مقایسه کمیت و کیفیت مراقبت های بهداشتی دوران بارداری قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان تبریز - ایران

فریبا بخشیان<sup>۱</sup>، حسین جباری<sup>۲\*</sup>، سید محمد علی نوربخش<sup>۳</sup>، رقیه جباری<sup>۴</sup>

## چکیده

**زمینه و اهداف:** اجرای طرح پزشک خانواده و افزایش حضور پزشک و ماما در روستاها نیازمند بررسی میزان تأثیرگذاری این مداخلات است. هدف این پژوهش ارزیابی کمی و کیفی خدمات ارائه شده و دستاوردهای اجرای طرح پزشک خانواده می باشد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه ی توصیفی- مقطعی، ۷۵۱ زن باردار (۱۲٪ از کل جامعه پژوهش) تحت مراقبت خانه های بهداشت تبریز به روش تصادفی- سهمیه ای انتخاب، و داده ها از روی مستندات پرونده بهداشتی خانوار در مقطع زمانی سال های ۱۳۸۱ تا شهریور ۱۳۸۶ با چک لیست معتبر جمع آوری، تجزیه و تحلیل و برای مقاطع قبل و بعد اجرای طرح مقایسه شدند.

**یافته ها:** بهبود معنی داری در برخی اجزای کمی فرایند مراقبت، مثل تعداد ویزیت های پزشک و ماما، مکمل یاری آهن، ماه شروع اولین مراقبت، تعداد سونوگرافی و نمای توده بدنی مادران را نشان می دهند. به علاوه افزایش غیر معنی داری را هم در موارد مکمل یاری مولتی ویتامین و اسید فولیک، مراقبت های بعد از زایمان شاهد بودیم. در عین حال تغییرات در پیامدهایی مثل وزن گیری مادران، میانگین وزن و قد نوزادان متولد شده رخ نداده است.

**بحث و نتیجه گیری:** حضور پزشک و ماما در کنار بهورز منجر به بهبود های کمی و کیفی در برخی اجزای مراقبت مادران باردار شده، اما در پیامد های مراقبت شواهد متقنی مبنی بر اثر بخشی طرح ملاحظه نشد و برای قضاوت قطعی نیازمند جمع آوری داده های بیشتر هستیم.

**کلیدواژه ها:** مراقبت های دوران بارداری، برنامه پزشک خانواده، خانه بهداشت

۱. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، 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 علوم پزشکی تبریز

۴. کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

## مقدمه

ازای هر ۴۰۰۰ نفر یک ماما) گردید (۱۵) و میزان دسترسی روستاییان به شدت ارتقا یافت (۱۶). در نتیجه انتظار می رود که در کمیت و کیفیت خدمات مادران، بهبود قابل ملاحظه ای را در سال های اخیر شاهد بوده باشیم و متغیرهایی چون تعداد مراقبت ها، زمان شروع اولین مراقبت، وزن گیری مادران و ... به شکل بسیار اثر بخش تر تغییر یافته باشد. زیرا در این برنامه مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده ها به ویژه مادران بر عهده پزشک خانواده و تیم وی گذاشته شده است (۱۵).

بررسی متون مرتبط با ارزیابی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت انجام شده، بیانگر اولاً بسیار محدود بودن آن ها و ثانیاً اتکای آن ها به گزارش های زیج حیاتی و آمارهای رسمی می باشد (۱۷-۲۳) که در این میان رئیسی معتقد است که اجرای طرح تأثیر مثبت غیر معنی دار بر روی شاخص های بهداشتی مادران و کودکان روستایی داشته است (۱۸) و براتی نیز تأثیر طرح را در کاهش مرگ و میر کودکان نشان داده است (۲۳). با این وجود هنوز مطالعه ای در زمینه تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده که دربرگیرنده ورودی ها، مداخلات، نتایج و پیامدها باشد صورت نگرفته و یا حداقل ما در پایگاه های در دسترس بر آن برخورد نکردیم. لذا هدف این پژوهش همراه با بخشی از پژوهش بین دانشگاهی جباری و همکاران، ارزیابی روند کمی و کیفی خدمات ارائه شده و برخی دستاوردهای اجرای طرح پزشک خانواده با نگرش فرایندی (شامل ورودی ها، مداخلات و ستاده ها و پیامدها) می باشد.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی، تحلیلی- مقطعی است. جامعه پژوهش این مطالعه کل مادران باردار سال های ۸۱ تا ۸۶ روستاهای دارای خانه ی بهداشت شهرستان تبریز (حدود ۶۰۰۰۰ مورد) می باشد، که از بین آن ها ۸۳۰ مادر از روستاهای مطالعه بین دانشگاهی قبلی (۲۴) به عنوان نمونه انتخاب و داده های ۷۵۱ مورد (۱۲٪ از کل جامعه) تجزیه و تحلیل شدند. نمونه گیری به روش تصادفی ساده سهمیه ای (متناسب با جمعیت هر یک از روستاها) صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه معتبر (۲۴) به کار رفته در طرح بین استانی جباری در سال ۱۳۸۱ بود. داده ها از روی مستندات پرونده بهداشتی خانوار و فرم های مراقبت مادر از جمله سن مادر، تعداد فرزندان زنده، تعداد مرده زایی و سقط، وزن و قد قبل از حاملگی، وزن گیری در هر یک از سه ماهگی های حاملگی، دریافت مکمل های آهن، فولیک اسید و ویتامین ها، میزان هموگلوبین خون، آزمایشات دوران بارداری، انجام سونوگرافی، محل و نوع زایمان، پرخطر بودن

مراقبت های دوران بارداری حق اساسی هر زن بارداری بوده و مداخلات مؤثر به صورت همگانی بایستی تدارک دیده شوند (۱). امروزه خدمات سلامت مادران در سراسر جهان به اشکال و در سطوح مختلف و همچنین توسط کارکنان با میزان دانش و مهارت مختلف ارائه می گردند. اما این که آیا مراقبت های دوران بارداری توانایی کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر و جلوگیری از بروز عوارض جدی را دارند، سؤالی سخت بوده و مستلزم بحث های جدی است (۲) و تا حد زیادی به کم و کیف مراقبت ها بستگی دارد.

مراقبت های دوران بارداری شامل مداخلات آموزشی، مشاوره ای، غربالگری، درمان، پایش و تأمین مکمل های غذایی به منظور حفظ و ارتقای سلامت مادران و جنین آن ها صورت می گیرد (۳-۵). آزمایشات متعدد و برخی مداخلات ادغام یافته بخش مهمی از مراقبت های مدون در دنیای امروزی را تشکیل می دهند (۶).

میزان مرگ و میر مادران به عنوان شاخص مهم بهداشتی و توسعه بیانگر یکی از مهمترین تفاوت های بین جوامع توسعه یافته و صنعتی با کشورهای در حال توسعه است (۷). به طوری که از ۵۲۹۰۰۰ مرگ مادری سالانه اتفاق افتاده در دنیا بیش از ۹۹.۶ درصد آن در کشورهای درحال توسعه و توسعه نیافته رخ می دهد (۸). لذا ارتقای سلامت مادران پنجمین هدف توسعه هزاره (MDG) بوده و مراقبت های دوران بارداری یکی از شش شاخص مهم ارزیابی روند دستیابی به هدف فوق است. این مراقبت ها توان کاهش ابتلا و مرگ و میر مادران و نوزادان را از طریق کشف به موقع موارد خطر و اقدامات لازم دارد (۹).

در ایران به دنبال نشست آلماتا در سال ۱۹۷۶ میلادی و تعیین استراتژی مراقبت های اولیه بهداشتی، انقلاب عظیمی در نظام مدیریت ارائه خدمات به ویژه برای مادر و کودک به وقوع پیوست (۱۰) که نتایج این تحول بعد از گذشت سه و نیم دهه به عنوان دستاوردهای غیر قابل تصور در کاهش مرگ و میر مادر و کودک عنوان می شوند (۱۱). به عبارتی دیگر، مقایسه شاخص های مربوط به مرگ و میر مادران در ایران نشان دهنده توفیقات چشمگیر در دهه های اخیر بوده است (۱۲). اما کیفیت خدمات ارائه شده در حد قابل قبول نبوده و شاخص هایی چون مرگ و میر مادران، نوزادان و تولد نوزادان کم وزن، حاملگی های ناخواسته و بهره مندی از خدمات مطابق سطح بندی و با استفاده از مکانیزم ارجاع در دهه اخیر پیشرفت قابل توجهی نداشته است (۱۳ و ۱۴).

از سوی دیگر اجرای طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده به عنوان دومین انقلاب عظیم در نظام سلامت کشور منجر به استقرار بیش از پیش پزشک و ماما در خانه های بهداشت (برای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت یک پزشک و نیز به

شد (در همه موارد  $Pvalue < 0.05$  معنی دار در نظر گرفته شد).

### یافته ها

در این بررسی، داده های مربوط به ۷۵۱ مادر باردار از ۸۳۰ مورد انتخاب شده به عنوان نمونه جمع آوری شده، تجزیه و تحلیل گردید و بقیه ۷۹ مورد به دلیل ناقص بودن محتویات و اشکالات واضح دال بر بی دقتی در تکمیل پرونده های بهداشتی کنار گذاشته شدند. بدین ترتیب محتویات حدود ۹۰۵ درصد پرونده ها ارزش پژوهشی نداشتند و از این ۷۵۱ مادر تعداد ۴۰۱ مادر قبل از حضور پزشک خانواده و ۳۲۱ نفر پس از حضور پزشک خانواده دوران بارداری را گذرانده بودند. از نظر مشخصات دموگرافیکی تفاوت توزیع سنی، سواد، تعداد حاملگی های قبلی آنان، فاصله گذاری و تعداد فرزندان از نظر آماری معنی داری نبود. اما تفاوت آماری ضعیفی در رابطه با سقط و مرده زایی ملاحظه شدند. مشخصات زمینه ای مادران باردار مورد مطالعه در بازه زمانی مورد مطالعه همراه با برخی از اجزای مراقبت مادران در جدول شماره یک نشان داده شده اند. به علاوه تحلیل آماری مقاطع قبل (۸۱-۸۳) و بعد اجرای طرح پزشک خانواده (۸۴-۸۶) هم در ستون آخر آورده شده است.

حاملگی، نتیجه زایمان، مراقبت های بعد از زایمان (تاریخ، محل و مراقبت کننده) جمع آوری شدند. داده ها با مراجعه حضوری محققین به خانه های بهداشت تبریز جمع آوری شدند. این پرسشنامه شامل متغیرهای زمینه ای یا (ورودی های)، مراقبت های ارائه شده به تفکیک اجزا و میزان مرگ و میر مادران و سایر شاخص های (پیامد ها) می باشد.

از آن جایی 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 این که 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 (بربرگیرنده 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 ...) و آمار تحلیلی چون مقایسه میانگین ها و ... از آزمون های همبستگی و کای اسکوار حسب مورد استفاده

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای زمینه ای و اجزای مراقبت های دوران بار داری

متغیر	مقطع (سال)			
	مطالعه قبلی	مطالعه جدید (قبل و بعد پزشک خانواده)	۷۶-۷۳	۸۰-۷۷
	N=896	۸۱-۸۳ (قبل) N=416	۸۴-۸۶ (بعد) N=335	P value
سن در این حاملگی	25.75+4.78	25.24+5.92	26.33+5.92	0.623
سواد (درصد بی سواد)	27.2	11.1	6.4	<0.05
تعداد حاملگی های قبلی	2.25+0.95	2.21+1.32	2.06+1.13	0.421
سن شروع مراقبت (ماه حاملگی)	3.51+1.35	3.62+1.55	3.22+1.38	0.012
نمای توده بدنی (BMI)	24.09+3.89	24.82+4.84	25.88+5.74	<0.05
بار مراقبت در خانه بهداشت در دوران بارداری	9.32+3.67	9.13+4.43	12.18+5.16	0.277
بار ویزیت (پزشک و ماما) در دوران بارداری	1+0.00	1.64+1.02	5.09+2.54	0.0001
مکمل اسید فولیک (تعداد قرص تحویلی در دوران بارداری)	28.89+19.03	25.53+17.63	45.65+24.82	0.36
مکمل ویتامین (تعداد قرص تحویلی در دوران بارداری)	66.59+44.22	85.01+41.53	112.70+44.47	0.18
مکمل آهن (تعداد قرص تحویلی در دوران بارداری)	112.60+53.22	99.17+50.31	121.16+47.57	0.005
انجام سونوگرافی از مادر باردار (درصد)	13.2	31.2	78.7	0.001

می باشد به طوری که میزان بی سواد مادران از ۲۷.۲ درصد به ۶.۲ درصد کاهش یافته است. مقایسه اجزای خدمات مراقبت مادران در این مطالعه حاکی است که سن شروع اولین مراقبت از مادران باردار،

بر اساس جدول شماره یک، متغیرهای زمینه ای مثل سن و تعداد حاملگی های قبلی در مقاطع زمانی قبل و بعد پزشک خانواده تفاوت های معنی داری را نشان ندادند. اما سواد مادران باردار به شکل معنی داری در جامعه در حال افزایش

تأثیر مراقبت های دوران بارداری را می توان در شاخص هایی چون مرگ و میر مادران، نوزادان، وضعیت وزن گیری مادران در طول بارداری، میزان قد و وزن متولدین در مقایسه با استانداردها جستجو کرد، که در این رابطه جدول شماره دو طراحی شده است. البته در این جدول نیز به منظور تحلیل روند، اطلاعات مربوط به سال های قبل از داده های مطالعه بین دانشگاهی آورده شده اند.

مقدار نمای توده بدنی (BMI) مادران، نوبت های ویزیت توسط پزشک و ماما، مکمل یاری آهن و انجام سونوگرافی، روند رو به بهبود معنی داری را نشان می دهد، ولی بقیه اجزای مراقبت، مثل بار مراقبت توسط خانه بهداشت، مکمل یاری اسید فولیک، مولتی ویتامین روند رو به بهبود غیر معنی داری را نشان دادند. از سوی دیگر دو متغیر تعداد سقط با افزایش بسیار جزئی ( $p=0/039$ ) و تعداد مرده زایی با کاهش بسیار جزئی تفاوت آماری معنی داری ( $p=0/011$ ) را نشان دادند.

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای پیامد مراقبت های دوران بار داری

P value	مطالعه جدید (قبل و بعد پزشک خانواده)		مطالعه قبلی		متغیر
	۸۶-۸۴ (بعد) N=453	۸۳-۸۱ (قبل) N=459	۸۰-۷۷ N=۱۰۲۲	۷۶-۷۳ N=۸۹۶	
0.72	9140.47+4017-73	8069.42+4044.23	7683.28+3362.88	7888.76+3462.48	وزن گیری مادران (گرم)
-	12/11 در سال ۸۶	13/47 در سال ۸۲	20/46 در سال ۸۰	15/34 در سال ۷۶	مرگ و میر نوزادان در هزار
0.057	3178.40+452.15	3211.4+76.531	3331.56+493.35	3372.76+474.17	وزن هنگام تولد (گرم)
0.637	49.41+2.26	49.44+2.27	49.74+2.59	49.47+2.72	قد هنگام تولد (سانتی متر)
0.01	65.5	75.6	80.5	83.7	درصد زایمان طبیعی
0.84	9.39+3.41	10.35+4.75	10.33+6.44	9.47+6.47	مراقبت اول بعد زایمان (روز)
0.55	39.96+7.75	39.45+8.17	40.77+8.81	40.01+9.47	مراقبت دوم بعد زایمان (روز)

در این مطالعه حدود ۹.۵ درصد پرونده ها ناقص و یا نادرست و با بی دقتی پر شده بودند که به یافته مشابهی در سایر مطالعات داخلی و خارجی برخورد نکردیم. از سوی دیگر در این مطالعه سن شروع اولین مراقبت از مادران باردار، مقدار نمای توده بدنی (BMI) مادران، نوبت های ویزیت توسط پزشک و ماما، مکمل یاری آهن و انجام سونوگرافی، روند رو به بهبود معنی داری را نشان دادند، که این یافته ها با نتایج مطالعه های جباری تحت عنوان اثر بخشی طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت خانواده و کودکان همخوانی دارد (۲۴ و ۱۷). به علاوه، برخی از شاخص ها از سال ها پیش و قبل از اجرای طرح پزشک خانواده هم روند رو به بهبودی را نشان داده بودند. لذا تصمیم گیری در خصوص تغییرات اخیر در مراقبت از مادران و نسبت دادن آن ها به دستاوردها، اجرای برنامه پزشک خانواده را با مشکل مواجه می سازد.

میانگین وزن گیری مادران که قبل از حضور پزشک خانواده ۸۱۸۶/۵۱ گرم بود. پس از حضور پزشک خانواده به ۹۳۷۴/۶۰ گرم افزایش یافت ( $p=0/72$ ). از سوی دیگر میانگین وزن هنگام تولد نوزادان که قبل از حضور پزشک خانواده برابر 3211.4 گرم بود و بعد از حضور پزشک

بر اساس یافته های فوق وزن گیری مادران باردار در دوران بارداری به عنوان یک شاخص مهم در مراقبت ها با افزایش قابل توجه، اما غیر معنی داری همراه شده بود. از سوی دیگر وزن هنگام تولد نوزادان با کاهش معنی داری همراه شده است. از دیگر اجزای مراقبت ها به مراقبت های اول و دوم بعد زایمان اشاره می گردد که تقریباً روند ثابت و غیر معنی داری را نشان می دهد. اما میزان زایمان طبیعی مسیر نزولی خود (افزایش بسیار سریع سزارین) را به صورت معنی دار نشان می دهد.

## بحث

در جامعه مورد پژوهش، کارکنان اصلی ارائه کننده خدمات (بهورزان) 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. لذا انتظار می رود که وضعیت مراقبت های دوران بارداری در اجزای مختلفش روند رو به بهبودی را طی نموده و نتایج را در پیامدها مشاهده نماییم. زیرا افزایش دسترسی به پزشک و ماما، سهل شدن شناسایی، تشخیص، درمان و ارجاع به سطوح بالاتر و ... را به دنبال خود ارتقا خواهد می دهد.

میزان بالاتر اجرای برنامه های هدفمند توسط مراکز بهداشت، معیار های مختلف در مراقبت های مادران در حال بهبود می باشند، که بایستی میزان و لزوم استفاده از تکنولوژی های پیشرفته با احتیاط صورت گیرد. چرا که میزان انجام سزارین نیز به سرعت در حال افزایش می باشد.

با توجه به شروع طرح پزشک خانواده از سال ۸۴ مشاهده می شود؛ تغییرات چندانی بین سه سال آخر وجود ندارد و این یافته ها در موارد زیادی با روند بهبودی خدمات در طول ۳ دهه اخیر نیز همخوانی دارد، که با توجه به زمان بر بودن اثر گذاری اقدامات می تواند قابل توجه باشد.

### نتیجه گیری

اضافه شدن پزشک و ماما به تیم ارائه کننده خدمات در روستاها تحول بسیار بزرگی در ارائه خدمات اولیه بهداشتی و به ویژه مراقبت مادران به وجود آورده است، که دستاورد های آن در این مطالعه شامل بهبود در تعداد مراقبت ها، میزان وزن گیری و در نتیجه BMI مادران، تحویل مکمل های اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین، انجام سونوگرافی و ... می باشد. با این حال نکته مهم مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی بر این که "درگیرسازی متخصصین در مراقبت های معمول دوران بارداری امری غیر ضروری است" توجه نموده و برای انجام مراقبت ها کاملاً به پزشک و ماما متکی نبوده و بر نقش بهورزان خانه های بهداشت تأکید بیشتری گردد. زیرا انجام کارهای روتین و معمول توسط پزشکان و ماماها در مواردی بی تأثیر یا کم تأثیر می باشند. بنابراین انجام بازنگری های اساسی در شرح وظایف و ارزیابی عملکرد تیم پزشک خانواده پیشنهاد می گردد و نتیجه مهم این که برای قضاوت در خصوص اثر بخشی برنامه پزشک خانواده نیازمند مطالعات گسترده تری می باشیم.

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 بعمل می آوریم، به خصوص از بهورزان خانه های بهداشتی و سایر عزیزانی که در جمع آوری داده ها به ما کمک کردند.

خانواده به 3178.40 گرم ( $p=0.057$ ) رسید، که دلیل آن احتمالاً به خاطر تغییرات پیش آمده در شیوه زندگی زنان جامعه و گسترش کم تحرکی و نیز پیشرفت های رخ داده در تخصص نوزادان و توانایی مراقبت از نوزادان (جلوگیری از مرگ نوزادان کم وزن) می باشد، که در میانگین وزنی متولدین تأثیر می گذارد.

افزایش وزن کلی دوران بارداری ۸۵۰۰ گرم تقریباً مشابه با یافته های مطالعه رف رف و همکاران (۲۵) و کمتر از مطالعه دل آرام و اکبری که در آن افزایش وزن دوران بارداری به طور متوسط ۱۱۵۰۰ گرم بود، به دست آمد (۲۶). همچنین افزایش وزن متوسط در کشور چین حدود ۱۱۵۰۰ گرم (۲۷) و در استانداردهای بین المللی برابر با ۱۲۵۰۰ گرم می باشد (۲۸). بدین ترتیب میزان وزن گیری در مطالعه حاضر، پایین تر از استاندارد های جهانی بوده و با مطالعه نچواک و همکاران در روستاهای شهرستان تبریز نیز همخوانی دارد، که در آن وزن گیری مادران کمتر از مقادیر حداقل توصیه شده می باشد (۲۹). بنابراین باید راه کارهای دیگری برای این موضوع اندیشید.

میانگین تعداد مراقبت توسط پزشک یا ماما از  $1/95 \pm 1/35$  دفعه به  $5/22 \pm 2/48$  دفعه پس از اجرای برنامه پزشک خانواده افزایش یافت ( $p < 0/0001$ )، که با یافته های مطالعه کودکان و زنان واجد شرایط تنظیم خانواده در استان همخوانی دارد (۲۴ و ۱۷).

میانگین تعداد قرص دریافتی مکمل های اسید فولیک و مولتی ویتامین، با افزایش غیر معنی دار در مقاطع قبل و بعد از حضور پزشک خانواده همراه شده بود. در همین رابطه، میانگین تعداد قرص دریافتی مکمل آهن با افزایش معنی دار آماری همراه شده بود، که این تغییرات به احتمال زیاد به روند افزایشی در خلال سال های ۷۳ تا ۸۶ مربوط خواهد شد تا تأثیر حضور پزشک خانواده. در هر صورت میزان مکمل های دریافتی با مقادیر استاندارد ۲۱۰ قرص برای اسید فولیک و ۱۵۰ قرص برای مولتی ویتامین و آهن، فاصله زیادی دارد و نیازمند توجه جدی مراقبت کنندگان از مادران باردار می باشد (۳۰).

قبل از حضور پزشک خانواده، ۴۲/۵٪ مادران، حداقل یک بار برای انجام سونوگرافی دوران بارداری اقدام کرده بودند که پس از حضور پزشک خانواده این میزان به ۷۸/۷٪ افزایش یافته است ( $p < 0/0001$ ). این ارقام در مطالعه بین دانشگاهی جباری و همکاران ۳۱/۲٪ بود. بدین ترتیب با گذر زمان و افزایش آگاهی مادران و حضور پزشک خانواده و همچنین

## References

1. 3<sup>rd</sup> Task Force Making Pregnancy safer/Promoting Effective Prenatal Care. From evidence to practice. Verona, Italy, 22-24 October, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
2. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatric and perinatal epidemiology. 2001;15(1):1-42
3. Ram F, Singh A. Is antenatal care effective in improving maternal health in rural Uttar Pradesh? Evidence from a district level household survey. J biosoc Sci. 2006; 38(1): 433-448.
4. Di Mario S. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement), WHO regional office for Europe. 2005. Available In: <http://www.euro.who.int/document/E87997.pdf>
5. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. J Adv Nurs. 2008; 61(3): 60-244.
6. عازمی خواه آ، جلیلود پ. بهبود ارتقای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری. چاپ اول، دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۲
7. AbouZahr C: Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization; 2004.
8. Kidney E, Winter H R, Khan K S, Gülmezoglu A M, Meads C A, Deeks J and MacArthur C. Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. 2009, 9:2. Available from: <http://www.biomedcentral.com>
9. A Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care United States (A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care) MMWR 2006; 55(No.RR06);1-23
10. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. East Meditter Health J. 2000;6:5-822.
11. World Bank. Islamic Republic of Iran Health Sector Review: Main Report, 2007; (1): P.11. Available from: <http://www.worldBank.org>
12. جباری بیرامی، ح. بخشیان، ف. وحیدی ر. بررسی اثر بخشی مراقبت های بهداشتی از زنان باردار در نظام سلامت کشور در سال های ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۲. گزارش نهایی طرح بین دانشگاهی. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۸۳
13. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران. گزارش نهایی نتایج طرح کشوری 1385 JMES
14. تبریزی ج ص، قلی پور ک، اصغری م، محمدزاده م، فرح بخش م. تطابق داده های حاصل از گزارش مشتری و پرونده های پزشکی در ارزیابی کیفیت فنی مراقبتهای دوران بارداری. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۱): ۱۲۷-۱۳۷
15. Operational guide for family physician project implementation. version 2. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2012
16. Majdzadeh R. Family Physician Implementation and Preventive Medicine; Opportunities and Challenges. Int J Prev Med. 2012; 3(10): 665-669.
17. جباری بیرامی ح ف قاسم زاده، بخشیان ف، محمدپوراصل، اسدزاده ر. ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص های سلامت خانواده. فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. ۱۳۹۱؛ ۷(۳): ۳۱-۳۶
18. رئیسی پ، عبادی فرد آذر ف، رودباری م، شعبانی کیا ح. تاثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مدیریت سلامت. ۱۳۹۰؛ ۱۴(۴۳): ۲۶-۳۷
19. جباری ع، شریفی رادغ، رشکری ابهمن زیاری ن، کردی ا. نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده ی روستایی در ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۳۹۱؛ ۹(۷۳): ۱۱۳۱-۱۱۴۵
20. پورشیروانی ن، اشرفیان امیری ح، مطلق م، اکبر م ج، ملکی م، ر، شبستانی منفردع، علیزاده ر. ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در دانشگاههای علوم پزشکی استان های شمال کشور سال ۱۳۷۸. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۸؛ ۱۱(۶): ۴۶-۵۲
21. چمن ر، امیری م، راعی م. طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع. فصلنامه علمی پژوهشی پایش ۱۳۹۱؛ ۱۱(۸): ۷۸۵-۷۹۰
22. جنتی ع، ملکی م، ر، قلی زاده م، نریمانی م، وکیلی س. ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده. فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. ۱۳۸۸؛ ۴(۴): ۳۹-۴۴
23. براتی ا، ملکی م، گوهری م، کبیر م ج، امیر اسماعیلی م ر، عبدی ژ. تاثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت. فصلنامه علمی پژوهشی پایش ۱۳۹۱؛ ۱۱(۳): ۳۶۱-۳۶۳
24. جباری بیرامی ح، بخشیان ف، وحیدی ر. بررسی اثر بخشی مراقبتهای بهداشتی از کودکان زیر ۵ سال در استانهای اذربایجان شرقی و زنجان. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. ۱۳۸۶؛ ۱۷(۱): ۱۷-۲۲

۲۵. رف رف م، مهدوی ر، میلانی ش ع، محبوب س ع. بررسی برخی عوامل مؤثر بر وضعیت افزایش وزن مادران بار دار و وزن هنگام تولد نوزادان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۸۱؛ ۵۵: ۳۱ - ۳۷.
۲۶. دل آرام م ، اکبری ن. ارتباط افزایش وزن مادر در دوران بارداری با وزن هنگام تولد نوزاد. فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. ۱۳۸۷؛ ۳(۲): ۳۹-۴۳
27. Wong W, Tang NL, Lau TK, Wong TW. A new recommendation for maternal weight gain in Chinese women. *J Am Diet Assoc.* 2000; 100(7): 6-791.
28. Garza C. (2006) New growth standards for the 21st century: a prescriptive approach. *2006 Nutr Rev*, 64(5 Pt 2), S55-9; discussion S72-91.
29. Nachvak SM, Jabbari H, Ostadrahimi A, Djafarian K. Weight Gain During Pregnancy and Birth Weight Outcome In Pregnant Women, Tabriz, Iran. *Journal of Health Researches.* 2012;1(1):1-10.
30. 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