



## ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص‌های سلامت خانواده

حسین جباری بیرامی<sup>۱\*</sup> (Ph.D.)، هاله قاسم‌زاده<sup>۲</sup> (G.P.)، فربیا بخشیان<sup>۳</sup> (M.Sc.)، اصغر محمدپوراصل<sup>۴</sup> (Ph.D.)، رضا اسدزاده<sup>۵</sup> (G.P.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی- دانشیار، ۲- دانشگاه آزاد اسلامی تبریز- پزشک، ۳- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- حوزه ریاست دانشگاه- کارشناس ارشد مامایی، ۴- دانشگاه علوم پزشکی قزوین- دانشکده بهداشت- استادیار اپیدمیولوژی، ۵- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- پزشک.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲/۱۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۲

### چکیده

**مقدمه:** تیم پزشک خانواده وظیفه ارائه تمام خدمات از جمله بهداشت مادر و کودک را برعهده دارند. این مطالعه با هدف ارزیابی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت خانواده در مناطق شهری انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش، جمعیت ۳۶۰۰ نفری سه شهر استان آذربایجان شرقی انتخاب و میزان‌های پوشش تنظیم خانواده زوجین در سال‌های ۸۱ تا ۸۷ به استناد آمار و نیز در بعد کیفی، پرونده ۶۰۰ زوج تحت پوشش به روش تصادفی، سهمیه‌ای و خوشه‌ای از بین پرونده‌های خانوار انتخاب و مستندات آن بررسی شد. **نتایج:** با اجرای طرح، تعداد پزشک و ماما در این مراکز دو برابر شده‌اند. میزان پوشش از ۳۹/۷٪ به ۶۶/۲٪ افزایش یافت و روش‌های پیشگیری کاندوم افزایش ده درصدی و قرص و آی‌یودی کاهش ۶ درصدی را نشان می‌دهند. با وجود این تعداد متولدین در مدت هفت سال تقریباً ثابت مانده است. معاینات ادواری زنان و نمونه‌برداری پاپ اسمیر افزایش قابل توجه و معناداری ( $P < 0.05$ ) را نشان می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** اجرای طرح پزشک خانواده منجر به موفقیت نسبی خدمات سلامتی برای خانوارها از جمله معاینه ادواری زنان و نمونه‌برداری پاپ اسمیر شده است، لذا بازنگری در شرح وظایف، نحوه ارزیابی عملکرد تیم پزشک خانواده توصیه می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** طرح پزشک خانواده، سلامت خانواده، پیشگیری از بارداری، باروری.

Original Article

Knowledge & Health 2012;7(3):124-128

### Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices

Hossein Jabbari-birami<sup>1\*</sup>, Hale Gasemzade<sup>2</sup>, Fariba Bakhshian<sup>3</sup>, Asgar Mohammadpourasl<sup>4</sup>, Reza Asadzade<sup>5</sup>

1- Associated Professor, Dept of Social Medicine and Health Administration Research Center (NPMC), Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. 2- Medical Doctor, Tabriz Azad Medical University, Tabriz, Iran. 3- M.Sc. in Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. 4- Assistant Professor, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. 5- Medical Doctor, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

#### Abstract:

**Introduction:** Family physician team is responsible for all of primary health care services including family planning. This study was evaluated the impact of Family physician program (FPP) on family health indices in cities of East- Azerbaijan.

**Methods:** In this study the whole population of 3 small cities ( $n=36000$ ) were selected and the six-year (2000 to 2006) coverage of family planning of the couples were investigated based on available statistics. On the qualitative side, the files of 600 couples were selected through stratified and cluster sampling procedures and their documents were investigated.

**Results:** After FPP, the number of physicians and midwives were doubled in urban health centers. Coverage of family planning services increased from 39.7% to 66.2%, use of condom method increased by 10% and OCP, IUD decreed by 6%. However the number of births was nearly unchanged in 7 years. The periodic examination of women and Pap smear increased significantly ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** FPP has achieved partial success in providing family healthcare services including periodic examination of women and Pap smear sampling. Therefore, revision of the Job description and performance assessment of family physician teams is recommended.

**Keywords:** Family physician program, Family health, Contraceptive, Fertility.

Conflict of Interest: No

Received: 1 May 2011

Accepted: 23 July 2012

\*Corresponding author: H. Jabbari Birami, Email: hosseinhosseinj@yahoo.com

\*نویسنده مسئول: تبریز- انتهای خیابان گل گشت- دانشکده پزشکی- طبقه سوم- دپارتمان پزشکی اجتماعی- اطاق مدیر گروه، تلفن: ۳۳۶۴۶۶۸

Email: hosseinhosseinj@yahoo.com .۰۴۱۱

## مقدمه

دستاوردهای شگرف و غیرقابل تصور ایران (۱) در حیطه بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه که به خوبی در سطوح بین‌المللی انعکاس یافته‌اند (۲)، در دهه‌های اخیر با چالش‌های مرتبط با نیازهای تغییر شکل‌یافته، گذارهای جمعیتی، اپیدمیولوژیکی، افزایش هزینه‌ها و مشتریان آگاه‌تر (۳) مواجه گردید. نظام سلامت ایران در سال ۱۳۸۴ در پاسخ به مشکلات مرتبط با کیفیت، عدالت، اثربخشی و بررسی‌های جامع‌تر در سایر نظام‌های سلامت دنیا (۴) اقدام به اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت در کشور نمود (۵). این طرح، دومین تغییر بزرگ بعد از راه‌اندازی شبکه‌های بهداشتی محسوب می‌شود. در این طرح، پزشک، مسئول اصلی تیم سلامت می‌باشد که با همکاری ماما و سایر کارکنان، ارائه تمام خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از جمله بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده را برعهده دارد (۶).

در ایران به دنبال افزایش دسترسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، بالاتر رفتن سن ازدواج و ارتقای سطح سواد زنان، میزان باروری کلی از ۷/۱ بچه در سال ۶۵ به ۱/۹ در سال ۸۶ کاهش پیدا کرده است (۷ و ۸). با این حال نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهند که این برنامه به‌ویژه از لحاظ کیفیت خدمات ارائه‌شده دارای نقایص قابل توجهی است (۹ و ۱۰). مصداق این امر میزان ۳۵٪ حاملگی‌های ناخواسته (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵)، میزان ۱۸٪ سقط (۱۳)، رواج حدود ۲۵٪ روش‌های سنتی مثل نزدیکی منقطع در کشور می‌باشد (۱۶). به علاوه بررسی‌ها حاکی است که میزان بهره‌مندی مردم از خدمات بهداشت خانواده واحدهای دولتی در شهرها کمتر است (۲)، تاحدی که برخی از صاحب‌نظران، نظام PHC کشور در شهرها را ناکارآمد و شکست‌خورده توصیف می‌کنند (۸).

ازسوی دیگر بررسی‌ها در سطح بین‌الملل نشان می‌دهند که بسیاری از اصلاحات در زمینه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به نتیجه مطلوب و پایداری دست نیافته‌اند و دسترسی به کارکنان کیفی و گسترش کار تیمی بین گروه‌ها از چالش‌های مهم آنان می‌باشد (۱۷). در راستای افزایش علاقه به ارزیابی عملکرد پزشکان در سراسر جهان مستندات ۳۱ کشور اروپایی نشان می‌دهد که مشارکت و درگیری پزشکان خانواده در ارائه خدمات بهداشت خانواده در ۱۰ کشور به‌طور کامل، در ۱۵ کشور به‌طور نسبی و در ۶ کشور به‌صورت کمتر صورت می‌گیرد (۱۸ و ۱۹).

باتوجه به تحقق الزامات اولیه خدمات سلامت خانواده در کشور؛ یعنی دسترسی گسترده، مداوم و رایگان به خدمات، اثربخش بودن وسایل ارائه‌شده و به‌ویژه افزایش چشمگیر شمار کارکنان باکفایت؛ یعنی پزشک و ماما در سطح اول ارائه خدمات، انتظار می‌رود که

شاخص‌های کمی و کیفی خدمات سلامت خانواده و پیامدهای مربوطه به‌طور چشمگیری ارتقا یابند.

این مطالعه با هدف مقایسه شاخص‌های کمی و کیفی خدمات سلامت خانواده در مناطق شهری استان آذربایجان شرقی در مقاطع قبل از اجرای طرح پزشک خانواده؛ یعنی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده؛ یعنی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷ اجرا گردید تا زمینه مناسب برای ارزیابی‌های بیشتر در سایر اجزای خدمات پزشک خانواده در مناطق شهری و طراحی مکانیسم‌های اصلاحی لازم فراهم شود.

## مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش مقطعی-تحلیلی، جمعیت حدود ۳۶۰۰۰ نفری شهرهای اسکو، خسروشهر و گوگان، از شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی، می‌باشند که به‌عنوان نمونه‌ای از شهرهای دارای پزشک خانواده انتخاب شده‌اند.

برای محاسبه و مقایسه شاخص‌های میزان مولید، پوشش بهداشت خانواده (زوج‌های استفاده‌کننده از روش‌های پیشگیری از بارداری) و زوج تحت پوشش سالانه، کل جمعیت زنان در سن باروری به‌عنوان نمونه پژوهشی (تمام‌شماری) انتخاب شدند. ازسوی دیگر تعداد ۶۰۰ نفر زن تحت پوشش (برای هر سال ۱۰۰ نفر) به روش تصادفی-سهمی-خوشه‌ای از روی پرونده‌های مراکز بهداشتی و درمانی به‌عنوان نمونه، جهت بررسی کیفی و اثربخشی خدمات انتخاب شدند. نمونه زنان فوق به‌صورت سهمیه‌ای ۳۰۰ نمونه به سال‌های قبل از اجرای طرح؛ یعنی سال‌های ۱۳۸۱، ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ و تعداد ۳۰۰ نمونه دیگر به سال‌های بعد از اجرای طرح؛ یعنی سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ اختصاص (برای هر سال ۱۰۰ نفر) داده شده‌اند. با این توضیح که سال ۸۴ به‌عنوان سال استقرار برنامه پزشک خانواده در نمونه‌گیری حذف گردید تا از تورش‌های مربوط به استقرار برنامه احتراز گردد. سهمیه یکصدتایی هر سال نیز متناسب با پرونده‌های تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی و در هر مرکز با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند.

داده‌های مربوط به شاخص‌های کلی از روی زیج حیاتی و مستندات آماری مراکز بهداشت شهرستان‌های مربوطه و داده‌های مربوط به اهداف کیفی از ۶۰۰ پرونده خانوار انتخاب‌شده، به‌صورت تصادفی با چک‌لیست حاوی ۱۶ متغیر قابل استخراج از پرونده خانوار گردآوری شدند.

چک‌لیست شامل این موارد بود: سن فعلی، سن اولین ازدواج، سن اولین زایمان، تعداد سقط، تعداد مرده‌زایی، تعداد فرزندان زنده، نوع وسیله پیشگیری (قرص، کاندوم، IUD، بستن لوله زن یا مرد، نورپلانت و آمپول) و تعداد مصرفی در سال و موارد کنترل IUD توسط پزشک یا ماما در یک‌سال، تغییر روش پیشگیری، علت تغییر روش، بارداری

مقایسه معیارهای کیفی ارائه خدمات نشان می‌دهد که زنان استفاده‌کننده از قرص در مقطع قبل تعداد ۹/۵ و در مقطع بعد ۹/۷ بسته قرص از ۱۳ بسته مورد انتظار در سال را دریافت کرده بودند ( $P=0/78$ ). به خانم‌های استفاده‌کننده آمپول در مقطع قبل ۲/۲ و در مقطع بعد ۲/۶ آمپول سه‌ماهه از ۴ آمپول مورد انتظار تزریق شده بود ( $P=0/676$ ). زنان استفاده‌کننده از آی‌یودی که باید سالی دوبار پزشک یا ماما آنان را معاینه کند، در مقطع قبل ۲/۱ و در مقطع بعد ۲/۲ بار معاینه شده بودند ( $P=0/310$ ). بدین ترتیب خدمات ارائه‌شده در مورد قرص و آمپول با بهبود جزئی همراه بوده است، ولی آی‌یودی افزایش قابل توجهی داشته است (جدول ۳).

میزان تغییر روش در بین زنان از ۱۳/۴٪ به ۱۰/۳٪ در یک‌سال کاهش یافته بود ( $P=0/250$ ). تعداد بارداری ناخواسته در بین این زنان (۶۰۰ نفر) در هر دو مقطع فقط یک مورد گزارش شده بود که قابل توجه نمی‌باشد. انجام معاینات ادواری از زنان تحت پوشش از ۹۲/۶٪ به ۹۸/۳٪ ( $P=0/100$ ) و نمونه‌برداری پاپ اسمیر از زنان هم از ۱۴/۱٪ به ۷۶/۴٪ ( $P=0/001$ ) افزایش یافته بود که این افزایش از لحاظ آماری معنادار بود. یافته دیگر طرح اینکه در مقطع قبل از طرح پزشک خانواده ۹۲/۳٪ زنان و در مقطع بعد از اجرای طرح مذکور ۹۴/۷٪ زنان به‌طور کامل در تمام طول سال تحت پوشش خدمات بهداشت خانواده قرار داشتند. به عبارت دیگر، میزان ترک روش از ۸٪ به ۵٪ کاهش یافته بود ( $P=0/021$ ).

### بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، تعداد اعضای اصلی تیم سلامت (پزشک و ماما) دوبرابر افزایش پیدا کرده است و انتظار می‌رود که با ارتقای کمی و کیفی خدمات بهداشت خانواده، تغییرات محسوسی در میزان سقط، استفاده از روش‌های مدرن، تغییر روش پیشگیری، تداوم مدت‌زمان پوشش، کفایت تعداد وسیله یا کنترل، معاینات ادواری و نمونه‌برداری پاپ اسمیر در سیستم حاصل گردد. در این مطالعه تغییر چندان مهمی در روند مولید دیده نمی‌شود، اما درصد پوشش خدمات از ۳۹/۷۱٪ قبل از برنامه به ۶۶/۲۱٪ بعد از اجرای برنامه افزایش یافته است. این یافته با یافته‌های نیک‌نیز در خانه‌های بهداشت آذربایجان شرقی، سال‌های ۶۷ تا ۷۶ مطابقت می‌کند که، میزان

علی‌رغم استفاده از روش پیشگیری، تکمیل جدول معاینات ادواری و نمونه‌برداری پاپ اسمیر.

داده‌ها به‌صورت میانگین (±انحراف معیار) برای داده‌های کمی و به‌صورت فراوانی (درصد) برای داده‌های کیفی ارائه شدند. برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون t و برای مقایسه نسبت‌ها از آزمون کای-دو در نرم‌افزار SPSS16 استفاده شده است.

### نتایج

برای جمعیت ۳۶۰۰۰ نفری شهرهای اسکو، خسرشهر و گوگان، در مقطع قبل از اجرای طرح پزشک خانواده، ۴ پزشک و ۴ ماما مشغول به کار بودند که بعد از اجرای طرح، این تعداد به بیش از دو برابر افزایش یافته‌اند. با اجرای طرح، میزان پوشش با روش‌های مدرن از ۳۹/۷٪ به شاخص زوج تحت پوشش (Couple Years Protection) برابر ۳۶۵۹/۶ قبل طرح به ۶۶/۲٪ با ۴۵۲۷/۵ CYP رسیده است. باین‌حال میزان مولید در سال‌های مطالعه تغییر قابل توجهی را نشان نمی‌دهد (جدول ۱). مقایسه توزیع فراوانی نسبی روش‌های پیشگیری مورد استفاده در دو مقطع (دو مقطع قبل و بعد اجرای طرح) نشان می‌دهد که میزان استفاده از روش کاندوم حدود ۱۰٪ و روش آمپول به میزان ۱٪ افزایش، ولی استفاده از قرص ۴٪ و آی‌یودی ۶٪ کاهش پیدا کرده است.

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی جمعیت مورد مطالعه

سال	زوج‌های واجد شرایط	پوشش با کل روش‌ها	درصد پوشش با کل روش‌ها	میزان مولید
۸۱	۶۶۷۱	۲۶۰۰	۳۸/۹	۱۶/۳
۸۲	۶۸۱۷	۲۲۹۴	۳۳/۶	۱۶/۵
۸۳	۶۷۵۰	۲۴۲۱	۳۵/۸	۱۶/۶
۸۵	۶۸۴۱	۴۱۶۸	۶۰/۹	۱۷/۱
۸۶	۶۷۸۴	۴۲۷۶	۶۳/۰	۱۶/۷
۸۷	۶۷۸۵	۴۵۷۱	۶۷/۳	۱۶/۹

مشخصات کلی ۶۰۰ زن مورد مطالعه در دو مقطع قبل و بعد نشان می‌دهد که میانگین تعداد اعضای خانوار و سن زنان مورد مطالعه در سال‌های بعد از اجرای طرح، پایین‌تر از سال‌های قبل از اجرای طرح می‌باشد و این کاهش از لحاظ آماری معنادار است ( $P<0/05$ ). درعین‌حال میانگین سن اولین ازدواج و فاصله‌گذاری بین تولدها تفاوت معناداری نداشته است (جدول ۲). همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، در سال‌های بعد از اجرای طرح زنان جوان‌تر و کم‌اولادتری تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

جدول ۲- مشخصات نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک قبل و بعد از طرح پزشک خانواده (میانگین و انحراف معیار)

مقطع مطالعه	تعداد اعضای خانوار	سن اولین ازدواج	سن اولین زایمان	سن خانم واجد شرایط	تعداد فرزندان خانم	فاصله‌گذاری بین حاملگی‌ها
قبل طرح	۴/۱±۰/۸	۱۹/۹±۳/۷	۲۲/۳±۴/۲	۳۸/۹±۷/۶	۲/۱±۰/۰۹	۵/۶±۲/۷
بعد طرح	۳/۸±۰/۸	۲۰/۳±۳/۸	۲۲/۷±۴/۲	۳۵/۳±۸/۳	۱/۸±۰/۰۸	۵/۶±۲/۸
P.V	< ۰/۰۵	۰/۲۷	۰/۱۹۱	< ۰/۰۵	< ۰/۰۵	۰/۹۶

مطالعه انجام شده در کشور مصر، ارتباط مثبت معنادار بین کیفیت خدمات بهداشت خانواده را با نوع روش پیشگیری انتخابی، تداوم استفاده و پیامدهای مربوطه به خوبی نشان داده است (۲۳). یافته‌های کیفی در نمونه‌های قبل و بعد طرح پزشک خانواده بیانگر افزایش مختصری در تعداد بسته قرص‌های دریافتی، ویال‌های آمپول تزریقی و نوبت‌های کنترل وسیله داخل رحمی بودند، اما معاینات ادواری زنان با افزایش ۵٪ و نمونه‌برداری پاپ اسمیر با افزایش ۵/۵ برابری همراه بود. این یافته‌ها با روند کلی بهبود شاخص‌ها در کشور از سال ۵۵ تا ۸۵ (۱۵) همخوانی داشته و انتظار می‌رود که با افزایش سطح سواد و تغییر در تعیین گروه‌های اجتماعی این روند بطئی بهبود ادامه داشته باشد. اما تغییر مربوط به پاپ اسمیر و معاینات را می‌توان به نگرش و علائق حرفه‌ای ماماها نسبت داد.

از آنجایی که ارائه خدمات با کیفیت بهتر به رضایت بیشتر خدمت‌گیرندگان، پذیرش روش‌های پیشگیری و استفاده طولانی‌مدت از آن‌ها منجر می‌گردد (۲۳). به علاوه کیفیت خوب خدمات، نیازمند پرسنل تحصیل کرده‌ای است که انواع خدمات مناسب را به صورتی مؤثر، با مشاوره‌هایی مناسب و در محیط‌هایی مهیاشده ارائه کنند (۲۴). بررسی ابعاد مختلف کیفی خدمات (۴) از روی مستندات بیانگر کاهش میزان تغییر روش، بهبود سن مناسب حاملگی به شکل غیرمعنادار می‌باشد؛ یعنی طرح پزشک خانواده در مدت ۳ سال روی این متغیر تأثیر معناداری نداشته است. در مطالعه جباری نیز در دو مقطع قبل و بعد پزشک خانواده، میانگین سنی مادران باردار افزایش یافته بود (۲۲)، لذا نتایج هر دو مطالعه با یکدیگر همخوانی دارند و شاید این تغییر سن مربوط به روند کلی مجموعه شرایط اجتماعی و فرهنگی باشد. بررسی میزان حاملگی‌های ناخواسته در دو مقطع نیز بسیار کم و غیرمعنادار به دست آمد که دلیل آن نبود جایی در فرم‌های مربوطه برای ثبت آن در سیستم می‌باشد؛ چراکه ارقام واقعی حاملگی ناخواسته در شهرهای استان (۲۵/۴٪) است (۱۳).

مقایسه جامعیت و تداوم خدمات نشان داد که میزان و نوبت‌های ارائه خدمات به استفاده‌کنندگان قرص، آمپول و آی‌یودی و نمونه‌برداری پاپ اسمیر با بهبودهای معناداری همراه شده بودند که می‌توان این موارد را از نقاط قوت طرح قلمداد نمود. از نظر تداوم خدمت؛ یعنی زوج چندماه از سال را تحت پوشش بوده‌اند، تغییرات مختصری دیده شد که از لحاظ آماری معنادار نبود.

در پایان لازم است به محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز اشاره کرد. در این مطالعه جنبه‌های کیفی خدمات که باید از طریق مصاحبه و کسب اطلاعات از خدمت‌گیرنده جمع‌آوری گردد، به دلیل فقدان اطلاعات دقیق و سال به سال از جمعیت شهرهای مورد مطالعه و گذشت

پوشش از ۴۰٪ در سال ۶۷ به بالای ۷۵٪ در سال ۷۶ افزایش یافته است (۲۰). روند تغییرات الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری، در جمعیت روستایی شهرستان ساری در سال‌های ۸۲ تا ۸۶ هم نشان می‌دهد که روند پوشش در مقطع زمانی بعد از طرح پزشک خانواده روبه‌رشد می‌باشد (۵).

افزایش میزان پوشش به بالای ۶۶٪ در مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه DHS (Demographic Health Survey) سال ۷۹ که این میزان را برابر ۷۳/۳٪ گزارش کرده است و بررسی کشوری IMES (Integrative Monitoring and Evaluation System) سال ۸۴ که این رقم را برابر ۷۳/۸٪ گزارش نموده، سازگار می‌باشد (۱۳ و ۱۵). براین اساس می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای طرح پزشک خانواده، جمعیت شهری بیشتری به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی روی آورده‌اند.

جدول ۳- توزیع فراوانی بار ارایه خدمات در مدت یک سال

مقطع	بسته قرص دریافتی	ویال آمپول تزریقی شده	نوبت کنترل وسیله داخل رحمی
قبل از طرح	۹/۵	۲/۲	۲/۱
بعد از طرح	۹/۷	۲/۶	۲/۲
P.V	۰/۷۸۰	۰/۶۷۶	۰/۳۱۰
مورد انتظار	۱۳ بسته	۴ ویال	۲ نوبت کنترل

بررسی‌ها نشان داده‌اند که اجرای طرح پزشک خانواده بر مراقبت از مادران باردار مؤثر بوده و کمیت مراقبت‌ها با افزایش چشمگیری همراه شده است (۲۱). در مورد کودکان زیر ۵ سال نیز طرح پزشک خانواده با افزایش کمی خدمات همراه بوده است (۲۲). بدین ترتیب یافته‌های مطالعه ما افزایش کمی خدمات با غالب یافته‌های مرتبط انجام شده در کشور و در سال‌های اخیر همخوانی دارد.

میزان استفاده از هریک از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در این مطالعه در مدت ۷ سال نشان می‌دهد که استفاده از قرص‌های خوراکی و IUD با کاهش و مصرف کاندوم با افزایش چشمگیر و روش بستن لوله‌ها و مصرف آمپول نیز با افزایش مختصری همراه بوده است. این یافته‌ها با یافته‌های علیپور در شهرستان ساری در سال‌های ۸۲ تا ۸۶ (۵) همخوانی دارد، اما با مطالعه نیک‌نیاز در خانه‌های بهداشت آذربایجان شرقی که بیانگر رشد بیش از ۴ برابری استفاده از روش‌های دائمی و طولانی‌مدت؛ مثل توبکتومی و آی‌یودی بود، متفاوت است (۲۰). شاید بتوان دلیل این اختلاف را در متفاوت بودن مقاطع زمانی و مکانی مطالعه دانست و یا به این دلیل که با اجرای طرح پزشک خانواده، زوج‌های جوان‌تری که علاقه‌مند روش‌های کوتاه‌مدت هستند تحت پوشش قرار گرفته‌اند که این احتمال با تغییرات سنی معنادار این مطالعه قابل توجیه است.

- Hamedan, may- september 2003. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2004;2(1):1-1.[Persian].
11. Jahanfar S, Ramazani- Tehrani F, Sadat- Hashemi M. The prevalence of unwanted pregnancy and it's effective factors in 10 cities Iran (Year 2000). Tehran University Medical Journal (TUMJ) 2002;60(4):334-340.[Persian].
  12. Abbasi-Shavazi M.J, Hosseini-Chavoshi M, Delavar B. Unwanted pregnancy and its determinants in Iran. Medical Journal of Reproduction and Infertility 2004;5(1):62-76.[Persian].
  13. Ministry of Health and Medical Education (Iran). Integrative Monitoring and Evaluation System (IMES) National Report. Tehran: Health Ministry; 2006, Available from: <http://www.fbh.hbi.ir>
  14. Jahanfar SH, Jahanfar M, Sadat-Hashemi M, Ramazani-Tehrani F. Unwanted pregnancy and abortion. EIMJM 2002;2(12):2-11.[Persian].
  15. Simbar M. Achievements of the family planning program in Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2010;8(1):81-92.[Persian].
  16. Rahnama P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Oakley D, Montazeri A. Why Iranian married women use withdrawal instead of oral contraceptives? A qualitative study from Iran. BMC Public Health 2010;10:289.
  17. Talbot Y, Takeda S, Riutort M, Onil KB. Capacity-building in family health. Canadian Family Physician 2009;55(6):613.e-6.
  18. Rowan MS, Hogg W, Martin C, Vilis E. Family physicians' reactions to performance assessment feedback. Can Fam Physician 2006;52(12):1570-1.
  19. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. Primary care in the driver's seat?. Open University Press. World Health Organization 2006 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98421/E87932.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf).
  20. Nikniaz AR. Trends of demographic and family planning indexes in health houses of east Azarbayjan province in 1990-1997. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services 2000;35(51):83-92.[Persian].
  21. Bakhshian F, Jabbari H. Effectiveness of health services for mothers in Iran health system. Nursing Journal of IUMS 2009;22(58):43-54.[Persian].
  22. Jabbari H. Comparing effectiveness of child health care before and after family physician programs in Iran health system. Final report of research project. National Public Health management Center (NPMC);2009.
  23. Hong R, Montana L, Mishra V. Family planning services quality as a determinant of use of IUD in egypt. BMC Health Serv Res 2006;6:79.
  24. Barber SL, Gertler PJ. Health workers, quality of care, and child health: simulating the relationships between increases in health staffing and child length. Health Policy 2009;91(2):148-55.

زمان و عدم امکان یادآمد جزئیات خدمات میسر نبود، لذا ناگزیر به اتکا به داده‌های موجود در پرونده‌های خانوار شدیم.

به‌طور کلی این یافته‌ها بیانگر تغییرات نسبی در کمیت خدمات و عدم تغییر محسوس در کیفیت ارائه خدمات به‌عنوان پیامد این مداخله بزرگ می‌باشند. این نتایج مطابق نتایج معدود مطالعاتی است که در زمینه پزشک خانواده در کشور انجام شده است؛ یعنی توفیقات در حد نسبی و برخلاف انتظار از طرح و حضور پررنگ پزشک و ماما در تیم پزشک خانواده می‌باشند، لذا بازنگری در شرح وظایف تیم سلامت در راستای پرهیز از نگرش درمانی صرف و توجه بیشتر به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، طراحی مکانیسم‌های مناسب برای جمع‌آوری و نگهداری آمار و گزارش‌های عملکردی، پایش و کنترل کیفیت خدمات، همراه با مکانیزه‌نمودن پرونده‌های خانوار و انجام مطالعات مشابه برای تعیین کیفیت خدمات از طریق مصاحبه به‌صورت ادواری پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از ریاست و کارکنان مرکز کشوری مدیریت سلامت، معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و روسای مراکز بهداشت و درمان شهرستان‌های تبریز، اسکو، آذرشهر و کلیه کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی مربوطه ابراز می‌دارند.

### References

1. Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, Gray D. Public health improvement in Iran-lessons from the last 20 years. Public Health 2004;118(6):395-402.
2. Rifkin SB. Community participation in Iran. A report of a consultancy undertaken on behalf of the World Health Organization (EMRO).2005;November 5-18.
3. World Health Organization (WHO). Management Effectiveness Program: Mep Guide;Geneva:The Institute;2001.
4. Boelen C, Haq C. Improving health systems: the contribution of family medicine, A guidebook. World Organization of Family Doctors (WONCA). Singapore: Best print Printing company;2002.
5. Alipour A, Habibian N, Tabatabaee S.H.R. Evaluation the impact of family physician care program on family planning in Sari from 2003 to 2007. Iranian Journal of Epidemiology 2009;5(1):47-55.[Persian].
6. Jabbari H. Effectiveness of mother and child health care in Iran health system-east Azarbayjan and Zanjan proviance. Research project in National Public Health management Center (NPMC) 2004.[Persian].
7. Abbasi-Shavazi MJ, Morgan SP, Hosseini-Chavoshi M, McDonald P. Family change and continuity in Iran: birth control use before first pregnancy. J Marriage Fam 2009;71(5):1309-1324.
8. The World Bank Group. Islamic Republic of Iran Health Sector Review: The Institute;June 2007.
9. Simbar M, Ahmady G, Alavimajd H. Quality of family planning services in health centers of Shahid beheshty medical university. Payesh Journal 2006;6(2):145-155.[Persian].
10. Shahidzadeh A, Mirmoenei ES, Azimian MH, Mani-Kashani Kh. A qualitative assessment of urban family planning facilities