

ارزیابی نحوه تجویز دارو، پیگیری و ارجاع در کودکان زیر پنج سال توسط بهورزان شهرستان ری و عوامل مؤثر بر آن (۱۳۸۱)

دکتر افسانه مصلح*؛ دکتر منصور رضایی**

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اینکه کودکان زیر پنج سال جزو گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند و داشتن سلامتی کامل و عدم اختلال در رشد و نمو آنان، پایه‌گذار سلامتی در سنین نوجوانی، جوانی، میان‌سالی و سالمندی می‌باشد، بدیهی است که توجه بیشتر به این گروه سنی هم از نظر تجویز داروها در هنگام بیماری و هم به لحاظ مراقبت و پیگیری حایز اهمیت است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ۲۸ خانه بهداشت، پرونده خانوار ۵۸۹ کودک بیمار مراجعه‌کننده و ۵۵ بهورز درخصوص نحوه تجویز دارو، پیگیری‌ها و ارجاعات انجام‌شده توسط بهورزان مورد بررسی قرار گرفته است. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو فرم پرسشنامه استفاده شد. در فرم اول تجویز داروهایی که برای کودکان کمتر از پنج سال انجام شده بود در فرم دوم اطلاعات مربوط به وضعیت جمعیت‌شناختی بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت جمع‌آوری گردید. از آنجا که در تعداد زیادی از خانه‌ها بیش از یک بهورز فعالیت دارند و مشخص نیست که کدام بهورز برای هر کودک دارو تجویز نموده است، بنابراین برای بررسی دقیق متغیرهای مربوط به بهورزان از میانگین سن، سابقه کار و ادغام بعضی از کدهای مربوط به وضعیت تحصیلی بهورزان استفاده گردید. متغیرهای مربوط به نحوه تجویز دارو از قبیل مقدار، مدت زمان مصرف، طول مدت درمان و فواصل زمانی مصرف مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها: فواصل زمانی داروی تجویز شده در ۷۳/۲ درصد موارد و طول مدت درمان در ۸۴/۱ درصد موارد مناسب انتخاب شده بود. در مواردی که بر مبنای آموزش‌های بهورزی پیگیری بیمار توسط بهورز ضرورت داشته، پیگیری ضروری و مناسب در ۵۰/۵ درصد موارد انجام نشده بود.

بحث: هرچند نسبت به سایر مطالعات تجویز قابل قبول و منطقی بیشتر بود، ولی در مجموع روال تجویز داروها و استفاده از آن‌ها با وضعیت رضایت‌بخش فاصله زیادی نشان می‌دهد؛ لذا آموزش‌های لازم در مورد بیماری‌هایی که باید مورد پیگیری واقع شوند، سبب ارتقای توانایی‌های بهورزان و ایجاد تأثیرات مثبت در مراقبت از کودکان می‌شود. از محدودیت‌های مهم این پژوهش عدم ثبت چگونگی تجویز دارو توسط بهورزان در تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از پرونده‌ها بود. مسئولین امور دارویی شهرستان‌ها باید کنترل بیشتری بر نحوه تجویز دارو توسط بهورزان اعمال نمایند و گاهی اوقات همراه با گروه آموزشگاه بهورزی از خانه‌های بهداشت بازدید به عمل آورند.

کلیدواژه‌ها: کودکان زیر پنج سال، تجویز دارو، بهورز، خانه بهداشت، پیگیری، ارجاع

«دریافت: ۸۴/۸/۲۹ پذیرش: ۸۵/۱۱/۱۷»

* کارشناس مسئول امور دارویی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران ** استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: تهران، خیابان دکتر شریعتی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کارشناس مسئول امور دارویی، تلفن: ۰۲۱-۷۶۰۱۷۸۰

Email: a_mosleh82@yahoo.com

مقدمه

عمومی، سبب کاهش مرگ و میر کودکان گردیده است. در یک مطالعه طولانی مدت که در ۴۰ دهکده گامبیا و به مدت ۱۵ سال انجام شد، مقایسه بین دهکده‌های دریافت‌کننده خدمات و بدون دریافت خدمات PHC نشان داد که مرگ و میر نوزادان از ۱۳۴ در هزار بین سال‌های ۸۳-۱۹۸۲ به ۶۹ در هزار در سال‌های ۹۴-۱۹۹۲ رسیده است (۲).

وضعیت بهداشت و تغذیه ۲۲ میلیون افغانی بدترین رتبه را در آسیا و جهان دارد. امید به زندگی برای زنان ۴۴ سال و برای مردان ۴۳ سال می‌باشد، به طوری که از هر ۴ نوزاد متولدشده یکی در اولین روز تولد می‌میرد که این آمار در مقایسه با کشور همسایه آن‌ها تاجیکستان (۱) به ۴۵) می‌باشد. میزان مرگ مادر ۱۶ در هر ۱۰۰۰ زایمان می‌باشد که یکی از بالاترین میزان‌ها در جهان است. توسعه جمعیت روستایی افغانستان براساس برنامه مراقبت‌های بهداشتی برای جمعیت آسیب‌پذیر به خصوص زنان در سنین باروری و کودکان است. در این خصوص در ارائه خدمات بهداشتی اولیه برای مادران، مراقبت‌های بهداشتی نوزادان و کودکان، ایمنی‌سازی، تغذیه، کنترل بیماری‌های قابل انتقال، تهیه داروهای اولیه، مراقبت‌های بهداشت روانی و مراقبت‌های معلولین از NGO^۲ نیز استفاده می‌شود (۳).

نتایج یک بررسی در کشور اتیوپی در خصوص شاخص‌های بهداشتی نشان داد که ۷۶ درصد جمعیت شهری و ۲۰ درصد جمعیت روستایی شانس استفاده از آب آشامیدنی سالم را دارند و فقط ۵۱ درصد از اتیوپی‌ها از لحاظ جغرافیایی توانایی استفاده از خدمات پزشکی را

کیفیت سیستم بهداشتی درمانی و عملکرد صحیح آن جزو عوامل تعیین‌کننده در رسیدن به اهداف مورد نظر بهداشتی درمانی می‌باشد. در صورت پایین بودن کیفیت ارائه خدمات، مدت زمان طولانی تری صرف رسیدن به اهداف می‌شود و یا تحقق آن‌ها را غیرممکن می‌نماید؛ بنابراین بررسی وضعیت و کیفیت سیستم خدمات بهداشتی ما را نسبت به شناخت وضع موجود و اینکه ما در کجای مسیر رسیدن به اهداف مورد نظر هستیم، کمک می‌کند. آسیب‌پذیر بودن کودکان زیر پنج سال، توجه به سلامت این گروه سنی را ضروری می‌نماید؛ لذا توجه بیشتر به این گروه هم از نظر درمانی و تجویز داروها در هنگام بیماری و هم به لحاظ مراقبت و پیشگیری حایز اهمیت می‌باشد؛ زیرا تجویز نامناسب دارو ممکن است منجر به عوارضی گردد که سال‌های طولانی برای آن‌ها ایجاد مشکل نماید. عدم استفاده صحیح از دارو می‌تواند ناشی از تجویز نامناسب، واکنش‌های اجتناب‌ناپذیر و تصادفی و یا در نتیجه استفاده نادرست از داروها به وجود آید. در بررسی انجام شده در کویینزلند مشخص شد که استفاده نادرست از داروها سالانه ۳۰ تا ۴۰ هزار مورد پذیرش بیمارستانی و ۷۰۰ تا ۹۰۰ مورد مرگ را در آن منطقه موجب گردیده است. هزینه مالی سالانه ناشی از تأثیرات جانبی دارو بالاست و در این کشور در سال ۱۹۹۲، ۶۸ تا ۷۸ میلیون دلار تخمین زده شده است (۱).

حمایت از برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)^۱ در ایران همراه با افزایش سطح بهداشت

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی برای جمع‌آوری اطلاعات از دفتر ثبت‌نام مراجعین بیماران و پرونده خانوار کودک در ۲۸ خانه بهداشت و برای ۵۵ بهورز شاغل در آن‌ها استفاده شد. تعداد ۵۸۹ نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی و با ۹۵ درصد اطمینان و دقت ۰/۰۴ از میان پرونده‌های کودکان بیمار مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت انتخاب شدند. اطلاعات مربوط به آنان نظیر تشخیص نوع بیماری به وسیله بهورز، داروهای تجویزی، مقدار دارو، طول دوره درمان، پیگیری و ارجاع در فرم‌هایی که به این منظور طراحی شده بود، وارد شد. در فرم دیگر، اطلاعات مربوط به بهورزان خانه بهداشت شامل ویژگی‌های فردی و سوابق کاری ثبت گردید.

در صورتی که داروهای تجویزی مطابق با دارونامه بهورزی و دستورالعمل‌های مربوطه بود، "مناسب" و در غیر این صورت "نامناسب" در نظر گرفته شد. از کلمه "تقریباً مناسب" نیز در مواردی که بهورز نیمی از پیگیری‌های مربوط به بیماری‌هایی نظیر گلودرد چرکی، پنومونی و اسهال را انجام داده بود، استفاده شد. به دلیل اشتغال بیش از یک بهورز در اکثر خانه‌های بهداشت، برای بررسی دقیق ارتباط متغیرهایی نظیر سن و سابقه کار آنان از میانگین سن و سابقه کار، در خصوص مدرک تحصیلی از گروه بندی مدارک تحصیلی کل بهورزان یک خانه بهداشت و در مورد محل سکونت در بعضی موارد ناگزیر از بومی و غیربومی بودن و همچنین از مقیم و غیرمقیم بودن در یک گروه استفاده شد.

داده‌ها با استفاده از جداول یک و دوبعدی به صورت تعداد و درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین

دارند. برای ساکنین روستاها در دسترسی به مکان‌های بهداشتی محدودیت‌هایی وجود دارد. نظام مراقبت‌های بهداشتی اتیوپی تکامل نیافته است. عوامل اصلی در این خصوص شامل ۳ مورد ذیل است: ۱- خدمات بهداشتی ضعیف و گسترش نیافته هستند؛ ۲- کیفیت مراقبت‌ها ناکافی و دارای ضعف در بهداشت شخصی و کوتاهی استفاده از داروها و سایر مکمل‌های دارویی می‌باشد و ۳- ضعف در ظرفیت برنامه‌ریزی و مدیریت وجود دارد (۴).

ارایه خدمات در جمعیت روستایی (جز در موارد معدودی که کودک به پزشک ارجاع می‌شود) به وسیله بهورزان و در خانه‌های بهداشت انجام می‌شود. بهورزان بعد از دو سال آموزش (نظری و عملی) در خانه‌های بهداشت مشغول به کار می‌شوند و در حیطه‌های مختلفی فعالیت می‌کنند. در صورت عدم توجه به ارزیابی عملکرد آنان و عدم وجود بازآموزی‌های مستمر، امکان بروز مشکلات در خصوص نحوه تجویز داروها، پیگیری و ارجاعات انجام شده توسط این افراد وجود خواهد داشت. هدف از ارزیابی کیفی نظام بهداشتی، بهبود و اصلاح مداوم نحوه اجرای برنامه‌ها و ارتقای عملکردهاست. ارزشیابی خدمات بهورزان در این خصوص علاوه بر شناخت میزان دستیابی به اهداف تعیین شده در برنامه PHC می‌تواند در یافتن مشکلات و موانع موجود در اجرای برنامه و عدم پیشرفت برنامه‌های مختلف بهداشتی به مدیران اجرایی سیستم بهداشتی کمک کند. این پژوهش با هدف ارزیابی نحوه تجویز داروها، پیگیری و ارجاعات انجام شده توسط بهورزان در شهرستان ری در سال ۱۳۸۱ انجام شده است.

بهورزان خانه‌های بهداشت بین ۳۰ تا ۴۰ سال و سابقه کار آنان در ۶۱/۱ درصد موارد ۵ تا ۲۰ سال بود. ۵۶/۸ درصد از خانه‌های بهداشت دارای بهورزان با تحصیلات راهنمایی بودند (جداول ۱ و ۲).

جدول ۱- توزیع فراوانی کودکان مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت

شهرستان ری برحسب مشخصات بهورزان آنها (۱۳۸۱)

مشخصات بهورزان		کودکان مراجعه‌کننده	
تعداد	درصد	تعداد	درصد
تعداد بهورزهای	یک	۱۴۱	۲۳/۹
شاغل در هر	دو	۲۵۹	۴۴
خانه بهداشت	سه	۱۴۲	۲۴/۱
	چهار	۴۷	۸
جنس	زن	۱۵۹	۲۷/۲
	مرد	۲۰	۳/۴
	زن و مرد	۴۱۰	۶۹/۴
سن (سال)	<۳۰	۲۴۰	۴۳/۸
	۳۰-۴۰	۲۵۵	۴۶/۵
	>۴۰	۵۳	۹/۷
تحصیلات	پنجم ابتدایی	۸۵	۱۴/۴
	سوم راهنمایی	۱۴۰	۲۳/۸
	دیپلم	۱۰۴	۱۷/۷
	پنجم و سوم	۲۷	۴/۶
	پنجم و دیپلم	۶۶	۱۱/۲
	سوم و دیپلم	۱۶۷	۲۸/۴
سابقه کار (سال)	<۵	۱۷۶	۲۹/۹
	۵ تا ۲۰	۳۶۰	۶۱/۱
	>۲۰	۵۳	۹
وضعیت	بومی	۱۷۴	۲۹/۵
سکونت و محل	غیربومی	۲۰۰	۳۴
تولد	بومی و غیربومی	۲۱۵	۶/۵
وضعیت	مقیم روستا	۳۹۶	۶۴/۲۳
سکونت و محل	غیرمقیم روستا	۹۸	۱۶/۶۴
تولد	مقیم و غیرمقیم روستا	۹۵	۱۶/۱
جمعیت کودکان	< ۵۰	۶۹	۱۱/۹
تحت پوشش	۵۰-۱۵۰	۲۲۴	۳۸/۶
خانه بهداشت	>۱۵۰	۲۸۷	۴۹/۵

برای تعیین ارتباط بین متغیرهای موردبررسی از آزمون‌های مجذورکای و فیشر استفاده شد. ذکر این نکته ضروری است که در برخی موارد اطلاعات کافی در پرونده‌ها قابل‌دستیابی نبود، لذا تحلیل‌های آماری تنها درخصوص موارد ثبت‌شده انجام‌گرفت و به‌همین دلیل جمع‌نهایی در جداول مختلف نیز با هم متفاوت ذکرشده‌است.

از محدودیت‌های مهم این پژوهش عدم ثبت چگونگی تجویز دارو توسط بهورزان در تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از پرونده‌ها بود. تحلیل‌های آماری تنها درخصوص موارد ثبت‌شده انجام‌گرفت. بدیهی است در صورت عدم وجود این محدودیت‌ها، امکان تغییر در نتایج به‌دست آمده وجود داشت.

یافته‌ها

دختران ۵۰/۳ و پسران ۴۹/۷ درصد کودکان مورد بررسی را تشکیل دادند. از ۵۸۴ کودک که سن آنها دقیقاً معلوم بود، ۲۲/۶ درصد کودکان زیر یک سال و ۷۷/۴ درصد یک تا ۵ سال بودند. از مجموع ۵۸۹ مورد کودک تحت بررسی جمعیت کودکان تحت پوشش خانه بهداشت برای ۵۸۰ کودک آنها معلوم بود که در بین آنها ۱۱/۹ درصد خانه‌های بهداشت کمتر از ۵۰ کودک، ۳۸/۶ درصد ۵۰ تا ۱۵۰ و ۴۹/۵ درصد بیش از ۱۵۰ کودک را تحت پوشش خود داشتند. ۴۴ درصد خانه‌های بهداشت دارای دو بهورز، ۶۹/۴ درصد دارای بهورز از هر دو جنس زن و مرد، ۳۴ درصد بهورزان خانه‌های بهداشت منحصرأ غیربومی و ۶۴/۲ درصد آنها مقیم خانه بهداشت و روستا بودند. سن ۴۶/۵ درصد

جدول ۲- توزیع فراوانی خانه‌های بهداشت شهرستان ری بر حسب

مشخصات بهورزان آنها

خانه بهداشت		مشخصات بهورزان	
درصد	تعداد		
۳۹/۶	۱۳	<۳۰	
۳۶/۲	۱۲	۳۰-۴۰	میانگین سن
۲۴/۲	۸	>۴۰	
۱۲/۱	۴	پنجم ابتدایی	حداقل تحصیلات
۷۵/۸	۲۵	سوم راهنمایی	
۱۲/۱	۴	دیپلم	
۸۱/۸	۲۷	متاهل	وضعیت تأهل
۱۸/۲	۶	مجرد	
۴۵/۵	۱۵	<۵	میانگین سابقه کار (سال)
۳۹/۴	۱۳	۵ تا ۲۰	
۱۵/۱	۵	>۲۰	
۳۹/۵	۱۳	بومی و مقیم روستا	وضعیت سکونت و محل تولد
۳/۰	۱	بومی و غیرمقیم روستا	
۲۴/۲	۸	غیربومی و مقیم روستا	
۳۳/۳	۱۱	غیربومی و غیرمقیم روستا	
۱۵/۸	۳	< ۵۰	جمعیت کودکان تحت پوشش خانه بهداشت
۴۲/۱	۸	۵۰-۱۵۰	
۴۲/۱	۸	>۱۵۰	

درصد مناسب و بقیه (۱۴/۷٪) تقریباً مناسب بود (جدول ۶-۳).

از نظر بیماری‌های تشخیص داده شده پنومونی، عفونت حاد گوش و گلودرد استرپتوکوکی به ترتیب بیشترین بیماری‌ها و عفونت چشمی از کمترین بیماری‌های تشخیص داده شده به وسیله بهورزان بودند.

مناسب بودن اقدامات انجام شده برای کودکان در هیچ موردی رابطه معناداری را با جنس بهورزان خانه‌های بهداشت نشان نداد (جدول ۳). در میان اقدامات انجام شده برای کودکان تنها مناسب بودن پیگیری آن‌ها با میانگین سنی بهورزان خانه‌های بهداشت رابطه معناداری را نشان داد و در بهورزان جوان مناسب‌تر بود ($P=۰/۰۱۶$). در سایر موارد رابطه معناداری بین مناسب بودن اقدامات انجام شده برای کودکان با گروه‌های سنی بهورزان خانه‌های بهداشت مشاهده نشد (جدول ۴). همچنین مناسب بودن اقدامات انجام شده برای کودکان در هیچ موردی رابطه معناداری را با سطح تحصیلات بهورزان خانه‌های بهداشت نشان نداد (جدول ۵)؛ اما در میان اقدامات انجام شده برای کودکان مناسب بودن نوع داروی تجویز شده ($P=۰/۰۱۳$)، فواصل زمانی داروی تجویزی ($P=۰/۰۰۸$) و پیگیری‌های انجام شده برای کودکان ($P=۰/۰۲$) با تعداد بهورزان خانه‌های بهداشت رابطه معناداری را نشان دادند. مناسب بودن نوع داروی تجویز شده و فواصل زمانی داروی تجویزی در خانه‌های بهداشت دارای ۴ بهورز از همه بهتر و در ۳ نفره از همه بدتر بود. همچنین مناسب بودن انجام پیگیری در خانه‌های بهداشت دارای ۱ بهورز از همه بهتر و در ۴ نفره از همه بدتر بود (جدول ۶).

از ۵۸۱ مورد تجویز دارو، نوع داروی تجویز شده برای ۹۰/۷ درصد کودکان مناسب و برای ۹/۳ درصد نامناسب تجویز شده بود. برای ۸۵/۳ درصد کودکان فواصل زمانی دارو مناسب و برای ۱۴/۷ درصد نامناسب انتخاب شده بود. برای ۷۹/۳ درصد کودکان مقدار دارو مناسب و در ۲۰/۷ درصد نامناسب تجویز شده بود. طول مدت درمان در نظر گرفته شده برای ۷۸/۴ درصد کودکان مناسب و در ۲۱/۶ درصد کودکان نامناسب بود. در موارد نیاز به انجام پیگیری، در موارد ثبت شده برای ۵۰/۴ درصد کودکان پیگیری نامناسب و برای ۳۴/۹

در بهورزان با میانگین بیش از ۴۰ سال سن ۷۲/۷ سن ۳۸/۱ درصد بود که نشان دهنده ارتباط معنادار بین درصد پیگیری ها نامناسب بود، در حالی که نامناسب بودن پیگیری در بهورزانی با میانگین سنی کمتر از ۳۰ سال $(P=0/016)$ بهورزانی که بومی بودند، در ۶۵/۳ درصد

جدول ۳- توزیع وضعیت اقدامات انجام شده توسط بهورز برای کودکان شهرستان ری بر حسب جنس بهورز (۱۳۸۱)

مقدار P	جنس بهورز								وضعیت اقدامات	اقدامات انجام شده
	جمع		زن و مرد		فقط مرد		فقط زن			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۵۶۳	۹۰/۷	۵۲۷	۸۹/۹	۳۶۶	۹۰	۱۸	۹۲/۹	۱۴۳	مناسب	تجویز دارو
	۹/۳	۵۴	۱۰/۱	۴۱	۱۰	۲	۷/۱	۱۱	نامناسب	(۵۸۱ مورد)
۰/۹۳	۸۵/۳	۳۱۳	۸۴/۹	۲۳۷	۸۴/۶	۱۱	۸۶/۷	۶۵	مناسب	فواصل زمانی تجویز
	۱۴/۷	۵۴	۱۵/۱	۴۲	۱۵/۴	۲	۱۳/۳	۱۰	نامناسب	(۳۶۷ مورد)
۰/۹۹۴	۷۹/۳	۲۴۹	۷۹/۴	۱۸۵	۸۰	۸	۷۸/۹	۵۶	مناسب	مقدار داروی تجویزی
	۲۰/۷	۶۵	۲۰/۶	۴۸	۲۰	۲	۲۱/۱	۱۵	نامناسب	(۳۱۴ مورد)
۰/۳۱۷	۷۸/۴	۱۹۶	۷۶/۳	۱۳۵	۷۱/۴	۵	۸۴/۸	۵۶	مناسب	طول مدت درمان
	۲۱/۶	۵۴	۲۳/۷	۴۲	۲۸/۶	۲	۱۵/۲	۱۰	نامناسب	(۲۵۰ مورد)
۰/۹۴۴	۳۴/۶	۷۵	۰	۰	۳۵/۲	۳۷	۳۳/۹	۳۸	مناسب	پیگیری
	۵۰/۷	۱۱۰	۰	۰	۴۹/۶	۵۲	۵۱/۸	۵۸	نامناسب	(۲۱۷ مورد)
۰/۶۴۸	۱۴/۷	۳۲	۰	۰	۱۵/۲	۱۶	۱۴/۳	۱۶	تقریباً مناسب	
	۸۰	۱۶	۰	۰	۸۳/۳	۱۰	۷۵	۶	مناسب	ارجاع
	۲۰	۴	۰	۰	۱۶/۷	۲	۲۵	۲	نامناسب	(۲۰ مورد)

جدول ۴- توزیع وضعیت اقدامات انجام شده توسط برای کودکان شهرستان ری بر حسب گروه های سنی بهورزان (۱۳۸۱)

مقدار P	میانگین سن بهورزان								وضعیت اقدامات	اقدامات انجام شده
	جمع		بیش از ۴۰		۳۰-۴۰		کمتر از ۳۰			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۳۰۹	۹۰/۶	۴۸۹	۹۰/۴	۴۷	۹۲/۵	۲۳۵	۸۸/۵	۲۰۷	مناسب	تجویز دارو
	۹/۴	۵۱	۹/۶	۵	۷/۵	۱۹	۱۱/۵	۲۷	نامناسب	(۵۴۰ مورد)
۰/۸۵	۸۵/۳	۳۰۲	۸۲/۱	۲۳	۸۶/۲	۱۳۱	۸۵/۱	۱۴۸	مناسب	فواصل زمانی تجویز
	۱۴/۷	۵۲	۱۷/۹	۵	۱۳/۸	۲۱	۱۴/۹	۲۶	نامناسب	(۳۵۴ مورد)
۰/۸۷۷	۷۹/۱	۲۳۸	۷۵	۱۸	۷۹/۵	۹۳	۷۹/۴	۱۲۷	مناسب	مقدار داروی تجویزی
	۲۰/۹	۵۲	۵	۶	۲۰/۵	۲۴	۲۰/۶	۳۳	نامناسب	(۲۹۰ مورد)
۰/۹۳۸	۷۸/۱	۱۸۵	۷۵	۱۵	۷۸	۷۱	۷۸/۶	۹۹	مناسب	طول مدت درمان
	۲۱/۹	۵۲	۲۵	۵	۲۲	۲۰	۲۱/۴	۲۷	نامناسب	(۲۳۷ مورد)
۰/۰۱۶	۳۴/۵	۶۹	۱۳/۶	۳	۲۹/۸	۲۸	۴۵/۲	۳۸	مناسب	پیگیری
	۵۱	۱۰۲	۷۲/۷	۱۶	۵۷/۴	۵۴	۳۸/۱	۳۲	نامناسب	(۲۰۰ مورد)
	۱۴/۵	۲۹	۱۳/۶	۳	۱۲/۸	۱۲	۱۶/۷	۱۴	تقریباً مناسب	

جدول ۵- توزیع وضعیت اقدامات انجام شده توسط برای کودکان شهرستان ری بر حسب تحصیلات بهورزان (۱۳۸۱)

مقدار P	تحصیلات بهورزان						وضعیت اقدامات	اقدامات انجام شده
	جمع		دیپلم و کمتر		راهنمایی و کمتر			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۲۱۲	۹۰/۷	۵۲۷	۸۹/۴	۲۹۵	۹۲/۴	۲۳۲	مناسب	تجویز دارو
	۹/۳	۵۴	۱۰/۶	۳۵	۷/۶	۱۹	نامناسب	(۵۸۱ مورد)
۰/۵۲۸	۸۵/۳	۳۱۳	۸۴/۲	۱۷۱	۸۶/۶	۱۴۲	مناسب	فواصل زمانی تجویز (۳۶۷ مورد)
	۱۴/۷	۵۴	۱۵/۸	۳۲	۱۳/۴	۲۲	نامناسب	
۰/۶۳	۷۹/۳	۲۴۹	۷۸/۴	۱۴۵	۸۰/۶	۱۰۴	مناسب	مقدار داروی تجویزی
	۲۰/۷	۶۵	۲۱/۶	۴۰	۱۹/۴	۲۵	نامناسب	(۳۱۴ مورد)
۰/۲۷۲	۷۸/۴	۱۹۶	۷۵/۹	۱۰۷	۸۱/۷	۸۹	مناسب	طول مدت درمان
	۲۱/۶	۵۴	۲۴/۱	۳۴	۱۸/۳	۲۰	نامناسب	(۲۵۰ مورد)
۰/۶۱۶	۳۴/۹	۷۶	۳۶/۹	۴۸	۳۱/۸	۲۸	مناسب	پیگیری
	۵۰/۴	۱۱۰	۵۰	۶۵	۵۱/۲	۴۵	نامناسب	(۲۱۷ مورد)
	۱۴/۷	۳۲	۱۳/۱	۱۷	۱۷	۱۵	تقریباً مناسب	
۰/۲۴۹	۸۰	۱۶	۶۹/۲	۹	۱۰۰	۷	مناسب	ارجاع
	۲۰	۴	۳۰/۸	۴	-	-	نامناسب	(۲۰ مورد)

جدول ۶- توزیع وضعیت اقدامات انجام شده توسط بهورز به کودکان مورد بررسی بر حسب تعداد بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت شهرستان ری (۱۳۸۱)

مقدار P	تعداد بهورز شاغل در خانه بهداشت										وضعیت اقدامات	اقدامات انجام شده
	جمع		چهار نفر		سه نفر		دو نفر		یک نفر			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۱۳	۹۰/۷	۵۲۷	۹۷/۹	۴۶	۸۴/۳	۱۱۸	۹۲/۵	۲۳۶	۹۱/۴	۱۲۷	مناسب	تجویز دارو
	۹/۳	۵۴	۲/۱	۱	۱۵/۷	۲۲	۷/۵	۱۹	۸/۶	۱۲	نامناسب	(۵۸۱ مورد)
۰/۰۰۸	۸۵/۳	۳۱۳	۹۷/۹	۴۶	۷۶/۲	۶۴	۸۶/۷	۱۴۳	۸۴/۵	۶۰	مناسب	فواصل زمانی تجویز
	۱۴/۷	۵۴	۲/۱	۱	۲۳/۸	۲۰	۱۳/۳	۲۲	۱۵/۵	۱۱	نامناسب	(۳۶۷ مورد)
۰/۱۰۵	۷۹/۳	۲۴۹	۹۵	۱۹	۷۲	۵۹	۸۱/۵	۱۱۹	۷۸/۸	۵۲	مناسب	مقدار داروی تجویزی
	۲۰/۷	۶۵	۵	۱	۲۸	۲۳	۱۸/۵	۲۷	۲۱/۲	۱۴	نامناسب	(۳۱۴ مورد)
۰/۱۲۲	۷۸/۴	۱۹۶	۹۳/۷۵	۱۵	۶۹/۴	۴۳	۷۹/۱	۸۷	۸۲/۳	۵۱	مناسب	طول مدت درمان
	۲۱/۶	۵۴	۶۲/۵	۱	۳۰/۶	۱۹	۲۰/۹	۲۳	۱۷/۷	۱۱	نامناسب	(۲۵۰ مورد)
۰/۰۲	۳۴/۸	۷۶	-	-	۳۷/۵	۱۸	۳۶/۱۷	۳۴	۴۰/۷	۲۴	مناسب	پیگیری
	۵۰/۴۶	۱۱۰	۶۴/۷	۱۱	۴۳/۷۵	۲۱	۵۱/۰۶	۴۸	۵۰/۸	۳۰	نامناسب	(۲۱۸ مورد)
	۱۴/۶۸	۳۲	۳۵/۳	۶	۱۸/۷۵	۹	۱۲/۷۷	۱۲	۸/۵	۵	تقریباً مناسب	

معنادار بین بومی بودن بهورزان و نامناسب بودن پیگیری‌هاست ($P=0/01$). نامناسب‌ترین پیگیری‌ها در خانه‌هایی که ۴ بهورز شاغل داشتند با ۶۴/۷ درصد و بعد

موارد پیگیری‌های کودکان را نامناسب انجام داده بودند، در حالی که بهورزان بومی و غیربومی ۴۰/۳ درصد پیگیری‌هایشان نامناسب بوده‌است که نشان‌دهنده ارتباط

از این دو مطالعه به عدم آموزش و توجیه بهورزان در خصوص ثبت درمان‌های انجام شده و همچنین عدم نظارت و بی‌توجهی و بی‌اهمیت بودن آن از نظر مسئولین برمی‌گردد.

تحقیقی در مناطق روستایی کنیا در خصوص مالاریا انجام شد که در آن اثر آموزش بر مصرف صحیح دارو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که میزان تب‌های دوران کودکی با مصرف مقادیر کافی کلروکین به ۳/۷ درصد رسید که این میزان قبل از آموزش ۶۵/۲ درصد بود. این امر نشان‌دهنده افزایش استفاده صحیح از کلروکین (OTC) به میزان ۶۱/۵ درصد می‌باشد که ناشی از تأثیر مثبت آموزش در استفاده مناسب از کلروکین است. کارکنان بهداشتی بر این عقیده‌اند که برنامه‌های آموزشی در مصرف مناسب دارو تأثیر به‌سزایی دارد (۶).

بیماری‌های پنومونی، عفونت حاد گوش و گلودرد استرپتوکوکی به ترتیب بیشترین بیماری‌های تشخیص داده شده و عفونت چشمی کمترین بیماری تشخیص داده شده به وسیله بهورزان بود. در مطالعه شهرستان اسلام شهر گلودرد استرپتوکوکی و پنومونی بیشترین و بیماری‌های انگلی از کمترین بیماری‌های تشخیص داده شده بودند. پراکندگی بیماری‌ها در هر دو شهرستان تقریباً مشابه بود که احتمالاً به دلیل شباهت در الگوی بیماری‌های شایع در منطقه است (۵).

در خصوص پیگیری‌های بهورز در مواردی که نیاز به پیگیری وجود داشته فقط ۳۴/۹ درصد موارد این پیگیری مناسب و در ۵۰/۵ درصد موارد پیگیری انجام شده نامناسب بوده است. در مطالعه شهرستان اسلام شهر فقط در ۳۵ درصد موارد، پیگیری‌های انجام شده مناسب و در

از آن خانه‌هایی که توسط دو بهورز اداره می‌شدند با ۵۱/۱ درصد وجود داشت که نشان‌دهنده ارتباط معنادار بین تعداد بهورزان و نامناسب بودن پیگیری‌ها است ($P=0/02$).

بحث

نتایج به دست آمده نشان داد که نوع داروی تجویز شده، فواصل زمانی مصرف دارو، مقدار داروی مصرفی و طول مدت درمان در نظر گرفته شده به ترتیب برای ۹۰/۷، ۸۵/۳، ۷۹/۳ و ۷۸/۴ درصد از کودکان مناسب و بقیه موارد نامناسب بوده است. برای انجام پیگیری‌ها در موارد ثبت شده مورد نیاز نیز ۳۴/۹ درصد مناسب، ۱۴/۷ درصد تقریباً مناسب و بقیه موارد نامناسب بود. با توجه به تحلیل نتایج به دست آمده از بررسی حاضر سه متغیر مهم در دستورات دارویی تجویز شده به طور کامل در پرونده‌ها ثبت نشده بودند که شامل: ۱- مقدار داروی تجویز شده (در ۴۶/۵ درصد موارد)، ۲- فواصل زمانی تجویز دارو (در ۳۷/۴ درصد موارد) و ۳- طول مدت درمان (در ۵۷/۴ درصد موارد) می‌شد؛ لذا چون نتایج حاصل از این موارد قابل دستیابی و بررسی نبود، تحلیل آماری فقط در خصوص موارد ثبت شده انجام شد که در صورت عدم وجود این محدودیت، امکان تغییر در نتایج وجود داشت. در بررسی کیفیت تجویز دارو توسط بهورزان شهرستان اسلام شهر این سه متغیر نیز در موارد زیادی در دستورات دارویی تجویز شده ثبت نشده بودند (۵). ملزم نمودن بهورزان به ثبت دقیق داروهای تجویزی و دستورات مربوط به آن امکان بررسی نحوه تجویز دارو را دقیق‌تر می‌سازد. به نظر می‌رسد شباهت زیاد حاصل

در بررسی ارایه خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت استان کردستان مراقبت از کودکان زیر یک سال دارای پوششی معادل ۸۶ درصد بوده و در بین شبکه‌ها از این نظر تفاوت آشکاری وجود نداشته‌است. در واقع پوشش واکسیناسیون و مراقبت از زنان باردار در سطح استان از وضعیت قابل قبول برخوردار بوده، ولی درخصوص بعضی از زمینه‌ها از جمله وضعیت ساختمان خانه‌های بهداشت، تدارک داروهای اساسی پشتیبانی بهداشتی و مراقبت از کودکان مشکلات عمده‌ای وجود داشته که توجه و نظارت بیشتر مدیران را طلب می‌نماید (۷). در یک مطالعه مقطعی که در منطقه Varanasi در هند انجام و روال تجویز دارو در آن بررسی شد، ۲۲۳ خانوار از ۴ دهکده انتخاب شدند. کلیه مراقبت‌های پزشکی که برای افراد بیمار انجام شده بود با جزئیات هر تجویز که قابل دسترس بود، یادداشت شد. نتایج بیانگر آن بود که از ۳۳۸ مورد ابتلا، ۲۲۶ مورد با مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمان شدند، درحالی‌که تجویز قابل قبول فقط برای ۱۳/۳ درصد انجام شده بود و در مجموع ۶۳/۳ درصد موارد تجویزها غیرمنطقی بود. به‌طورکلی روال تجویز داروها و استفاده از آن‌ها در منطقه روستایی Varanasi با وضعیت رضایت‌بخش فاصله زیادی نشان‌داد (۸). به‌طورکلی در هر بخشی که توجه و حساسیت بیشتری به نحوه عملکرد بهورزان وجود داشته درصد عملکرد مثبت بالا رفته و در بخش‌هایی که این توجه کاهش یافته این عملکرد نیز پایین آمده‌است. پیشنهاد می‌شود مسئولین امور دارویی شهرستان‌ها کنترل بیشتری بر نحوه تجویز دارو توسط بهورزان اعمال نمایند و گاهی اوقات همراه با گروه

۵۶/۹ درصد موارد نامناسب بوده‌است که بیانگر وضعیت کاملاً مشابهی در دو شهرستان می‌باشد. همچنین در مطالعه شهرستان اسلام‌شهر در ارتباط با وضعیت پیگیری بر حسب جنس کودکان، نتایج نشان‌داد پیگیری‌های نامناسب بیشترین درصد را در هر دو جنس به‌خود اختصاص داده‌است (پسران ۵۷/۳ و دختران ۵۶/۵ درصد). در مطالعه حاضر نیز پیگیری نامناسب در دختران ۵۱/۸ و در پسران ۴۹/۵ درصد بوده‌است که نتایج هماهنگی را با مطالعه اسلام‌شهر نشان می‌دهد (۳). درخصوص بهورزان با میانگین بیش از ۴۰ سال سن، ۷۲/۷ درصد پیگیری‌ها نامناسب بود درحالی‌که نامناسب بودن پیگیری در بهورزان با میانگین سنی کمتر از ۳۰ سال ۳۸/۱ درصد بود. شاید این امر به دلیل جوان‌تر بودن بهورزان و دقت و انرژی بیشتر آنان در خصوص پیگیری داروهای تجویزی باشد. بهورزانی که بومی بوده‌اند در ۶۵/۳ درصد موارد پیگیری‌های کودکان را نامناسب انجام داده‌اند، درحالی‌که بهورزان بومی و غیربومی ۴۰/۳ درصد پیگیری‌هایشان نامناسب بوده‌است. شاید بهورزانی که بومی بودند، احساس کرده‌اند چون خانوارها را می‌شناسند، نیازی برای پیگیری کودکان وجود ندارد.

نامناسب‌ترین پیگیری در خانه‌هایی که ۴ بهورز شاغل داشتند با ۶۴/۷ درصد و بعد از آن خانه‌هایی که توسط دو بهورز اداره می‌شدند با ۵۱/۱ درصد وجود داشت. به نظر می‌رسد وضعیت تقسیم کار در خانه‌های بهداشتی که تعداد بهورزان آن زوج بوده به گونه‌ای است که مسئولیت‌های محوله را به خوبی انجام نمی‌دهند.

آموزشگاه بهورزی از خانه‌های بهداشت بازدید به عمل آورند.

که باید مورد پیگیری واقع شوند، سبب ارتقای توانایی‌های بهورزان می‌شود و دارای تأثیر مثبت در مراقبت از کودکان می‌باشد. مسئولین امور دارویی کنترل بیشتری بر نحوه تجویز دارو توسط بهورزان اعمال نمایند و گاهی همراه با گروه آموزشگاه بهورزی از خانه بهداشت بازدید به عمل آورند. از محدودیت‌های مهم این پژوهش عدم ثبت چگونگی تجویز دارو توسط بهورزان در تعداد قابل ملاحظه‌ای از پرونده‌ها بود.

نتیجه گیری

هرچند نسبت به سایر مطالعات تجویز قابل قبول و منطقی بیشتر بود، ولی در مجموع روال تجویز داروها و استفاده از آن‌ها با وضعیت رضایت بخش فاصله زیادی نشان می‌دهد؛ لذا آموزش‌های لازم در مورد بیماری‌هایی

Archive of SID

Abstract:***Evaluation of Drug Prescription to under-5-year-old Children by Junior Paramedics in Rey City (2002)***

Mosleh, A.¹; Rezaei, M.²

1. BSc in the field of Medicinal Affairs, Tehran University of Medical Sciences

2. Assistant professor in Biostatistics, Kermanshah University of Medical Sciences

Introduction: The present research studies the evaluation of drug prescriptions for under-5-year-old children and their effective factors carried out by junior paramedics at Rey City.

Materials and Methods: In this study 28 health houses, medical family files of 589 patients/children, 55 junior paramedics for their drug prescription to children under 5 years old, and their regular follow-ups were assessed. Two questionnaires were used for the study. The first questionnaire contained information about children's drug prescriptions and variables evaluated in relation to drug prescription dose, duration of consumption and the cure duration period, which carried out in 589 under 5 year children. The second questionnaire contained information of junior paramedics in health houses. Since, in most of the health houses, more than one junior paramedic works, and we cannot find out which one of them has prescribed drugs for children, therefore we use the average of age and combination of some of the codes related to educational status.

Results: The interval between drug prescriptions, in 73.2% of cases, and the length of treatment in 84.1% of them were appropriately chosen. In 50.5% of the cases in dire need of management, no appropriate and necessary follow-ups to make sure that earlier actions have been successful or effective were fulfilled by the junior paramedics.

Conclusion: One of the important constraints of the research is the high percentage of unrecorded cases by the junior paramedics. Although the results indicated logical prescription of drugs by the junior paramedics, they are far from satisfactory conditions, thus those who are responsible in this regard, should supervise their performances much more carefully.

Key Words: Prescription Status, Under-5-year-old children, Junior Paramedics, Health House, Follow-up, refers.

منابع

1. Public health planning and research unit, public health service. Queensland Health. 2001, PP. 1-6
2. Mill AG, Macleod WB, Joof D, Comez P. Decline of mortality in children in rural Gambia. Trop Med Int Health 2000; 5(2):107-18
3. USAID Afghanistan. Basic education and health program. Strategic objective: 306-002; 2005. Available at: www.usaid.gov/policy/budget/cbj2005/ane/pdf/306-002.pdf
4. Cnhde EI. Federal democratic republic of Ethiopia ministry of health. Available at: www.Columbia.edu/training/documents/adolescence.pdf
۵. صادقی پور حمیدرضا، مصلح افسانه. بررسی کیفیت تجویز داروها به کودکان کمتر از ۵ سال توسط بهورزان و عوامل مؤثر بر آن در شهرستان اسلامشهر (۱۳۷۹). مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۲؛ سال ۶۱، شماره ۴، صفحات: ۲۵۹-۲۵۴
6. Marsh VM, Mutemi WM, Muturi J, Haaland A. Changing home treatment of childhood fevers by training shopkeeper in rural Kenya. Trop Med Int Health 1999; 4(5):383-9
- ۷- قاضی زاده احمد. کیفیت ارائه خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت استان کردستان (۱۳۷۷). مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پاییز ۱۳۷۹؛ دوره ۵، شماره ۱۷، صفحات: ۱-۶
8. Bhatnagar T, Mishra CP, Mishra RN. Drug prescription practices: a household study in rural Varanasi. Indian J Prev Soc Med 2003, 34(1 & 2):33-39. Available at: <http://www.medind.nic.in/ibl/to3/i1/iblt03i1p330>