

تصویر سلامت

دوره ۲ شماره ۲ سال ۱۳۹۰ صفحه ۶ - ۱

مطالعه روند شاخص های سلامت در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی

اکرم ذاکری^۱، مصطفی فرح بخش^{۲*}

چکیده

زمینه و اهداف: در سال ۱۹۷۵ ایران با همکاری سازمان جهانی بهداشت پروژه تربیت بهورز را در استان آذربایجان غربی شروع کرده و در سال ۱۹۷۷ دولت طرح مراقبت های اولیه بهداشتی را به عنوان سیاست توسعه و گسترش خدمات بهداشتی پذیرفت. شاخص های سلامت در جمعیت روستایی از زیج حیاتی قابل محاسبه است. این مطالعه برای تعیین روند شاخص های سلامت در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها: این مطالعه تحلیلی-گذشته نگر وضعیت شاخص های سلامت جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی قابل استخراج از زیج حیاتی خانه های بهداشت، نتایج بررسی های بهداشتی و فرم های آماری را در فاصله ۱۳۸۸ - ۱۳۶۷ جمع آوری نمود. ده شاخص سلامتی در طول زمان از زیج حیاتی محاسبه و بررسی شد. داده های محاسبه شده در نرم افزار spss 16 تحلیل شدند. برای بررسی پراکندگی شاخص ها در سطح استان، توزیع انحراف معیار دو شاخص مرگ نوزادان و درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده محاسبه شد.

یافته ها: میزان تولد خام از ۳۵.۷ در هزار نفر در سال ۱۳۶۷ به ۱۸.۳۶ در هزار نفر در ۱۳۸۸ رسید. باروری کلی از ۵.۷۶ در سال ۱۳۶۷ به ۱.۹۳ در ۱۳۸۸ رسید. درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده از ۴۶.۲۶ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۰.۷۷ درصد در سال ۱۳۸۸ رسید. میزان مرگ نوزادان از ۲۱.۸ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۸.۱۲ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸ کاهش یافت. میزان مرگ کودکان ۱۲ - ۱ ماهه از ۳۱.۴۱ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۴.۶ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸ کاهش یافت. در سال ۱۳۸۸ از هر هزار تولد زنده، ۱۵.۲۳ کودک تا پنج سالگی می میرند که از اینها ۸.۱۲ نفر در دوره نوزادی، ۴.۶ نفر در دوره ۱۲-۱ ماهگی و ۲.۵ نفر در دوره ۵ - ۱ سالگی مردند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این بررسی نشان داد که شاخص های سلامت در طول سال های گذشته بهبودی قابل ملاحظه داشتند که نشانه موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی در سطح استان می باشد. تغییر نیازهای سلامت و گذر اپیدمیولوژیکی سیاستگذاران را ناگزیر از احیای دوباره اصول مراقبت های اولیه بهداشتی و توجه ویژه به بیماری های مزمن و سلامت محیط می کند.

کلیدواژه ها: شاخص سلامت، جمعیت روستایی، روند، آذربایجان شرقی

۱. کارشناس بهداشت، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

۲. دستیار روانپزشکی، مرکز آموزشی درمانی رازی، مرکز تحقیقات روانپزشکی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

تبریز، (Email: mfarahbakhsh@gmail.com)

مقدمه

در قرن بیستم سه تحول اساسی شکل گیری نظام های سلامت، معرفی رویکرد مراقبت های اولیه بهداشتی و جنبش اصلاحات در نظام سلامت رخ داد (۱). در بیانیه آلماتا مراقبت های اولیه بهداشتی به عنوان خدماتی اساسی تعریف شدند که در قالب مورد قبول جامعه و با امکان پرداخت هزینه از سوی دولت و مردم و با مشارکت کامل جامعه در اختیار آنان قرار می گیرد. در سال ۱۹۷۵ ایران با همکاری سازمان جهانی بهداشت پروژه تربیت بهورز را در استان آذربایجان غربی شروع کرده و در سال ۱۹۷۷ دولت طرح مراقبت های اولیه بهداشتی را به عنوان سیاست توسعه و گسترش خدمات بهداشتی پذیرفت (۳و۲). در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی ایران از همان مراحل طراحی پروژه، تأکید روی مراقبت های پیشگیری، جمعیت روستایی و محروم، گروه های آسیب پذیر، خدمات عمومی پزشکی، خدمات سرپایی، تمرکززدایی و ادغام آسان خدمات پیشگیری و درمانی بود (۴). نظام مراقبت های اولیه بهداشتی ایران، در جمعیت روستایی خدمات بهداشتی را در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی از طریق بهورزان، کارشناسان برنامه های اختصاصی و پزشکان به گروه های هدف ارائه می دهند. نقش عمده ارائه خدمات به عهده بهورزان بوده و از نقاط قوت آن می توان به بومی بودن بهورزان، دسترسی بالاتر و نظام اطلاعات کارآمد (۵) اشاره نمود. با توجه به اهمیت مراقبت های اولیه بهداشتی در ارتقای سلامت جامعه، سازمان بهداشت جهانی گزارش سال ۲۰۰۸ خود را به آن اختصاص داده و از آن برنامه به عنوان یک ضرورت نام برد (۷و۶). در خانه های بهداشت (واحد ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی در جمعیت روستایی) داده های جمعیتی، وقایع حیاتی و خدمات ارائه شده در زیج حیاتی ثبت می شوند. شاخص های دموگرافیک، تولد، مرگ و پوشش خدمات از زیج حیاتی قابل محاسبه است. شاخص های بهداشتی را می توان با دو رویکرد کلی مقطعی و طولی مطالعه نمود. در حال حاضر اغلب، اطلاعات سلامت را در مقاطع زمانی مشخص و جدا از هم نشان می دهند. مطالعه مقطعی داده ها و شاخص های بهداشتی امکان شناسایی نوسان و چگونگی سیر آن را نشان نمی دهد. مطالعه طولی داده ها محقق را در ارزشیابی برنامه های تندرستی و نیز شناخت نوسانات آن یاری می نماید. شاخص های قابل محاسبه از زیج حیاتی از ابتدای تأسیس شبکه بهداشت و درمان قابل دسترسی است. این مطالعه برای تعیین روند شاخص های سلامت در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها

این مطالعه تحلیلی-گذشته نگر وضعیت شاخص های سلامت جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی قابل

استخراج از زیج حیاتی خانه های بهداشت، نتایج بررسی های بهداشتی و فرم های آماری را در فاصله ۱۳۶۷ - ۱۳۸۸ بررسی نمود. زیج حیاتی یکی از ابزارهای ساده و کارآمد نظام اطلاعات مراقبت های اولیه بهداشتی است. ارائه دهندگان خدمات اولیه بهداشتی در روستا (بهورزان)، وقایع حیاتی اتفاق افتاده در جمعیت تحت پوشش خود را در هفت جدول و گردونه آن ثبت نموده و در پایان سال پس از جمع بندی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می نمایند. این جداول شامل جدول جمعیت برحسب سن و جنس، جدول تولد، جدول مرگ مادران باردار به دلیل عوارض بارداری، جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال، جدول مرگ برحسب سن و جنس، جدول روش های پیشگیری از بارداری و جدول استفاده از نمک یددار است. شاخص های سلامت در چهار دسته شاخص های باروری، شاخص های مرگ کودکان زیر پنج سال، شاخص های سلامت محیط و پوشش مراقبت های بهداشتی مطالعه شدند. از گروه شاخص های باروری میزان تولد خام، باروری عمومی، باروری کلی و باروری کلی نکاحی انتخاب شدند. از گروه شاخص های مرگ کودکان زیر پنج سال میزان مرگ نوزادی، میزان مرگ زیر یک سال، میزان مرگ زیر پنج سال و میزان مرگ پری ناتال بررسی شدند. از دسته شاخص های سلامت محیط دسترسی به آب سالم، دفع بهداشتی زباله و دفع بهداشتی فضولات حیوانی مطالعه شدند. از گروه پوشش مراقبت های بهداشتی دو شاخص پوشش تنظیم خانواده و درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در مطالعه قرار گرفتند. تعاریف شاخص ها در جدول ۱ آورده شدند. شاخص های انتخاب شده برای کل استان در هر سال محاسبه شد و از سال ۱۳۷۷ به تفکیک هر شهرستان نیز محاسبه شدند. برای محاسبه شیب بهبود هر شاخص از Linear Regression استفاده شد. در شاخص باروری کلی و مرگ نوزادی برای تعیین معادله رگرسیون از Polynomial Trendline استفاده شد. داده های محاسبه شده در نرم افزار spss16 تحلیل شدند. روند شاخص های مطالعه شده در سه دوره زمانی ۶۷-۶۸، ۸۴-۷۸ و ۸۸-۸۵ با یکدیگر مقایسه شدند. برای بررسی پراکندگی شاخص ها در بین شهرستان ها در سطح استان، توزیع انحراف معیار دو شاخص مرگ نوزادان و درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده مطالعه شد. برای مقایسه میزان مرگ نوزادان و درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در دو گروه روستای اصلی و روستای قمر از X^2 استفاده شد. برای مقایسه میزان تولد خام در دو گروه از آزمون مقایسه نسبتها استفاده شد ($\alpha = 0.05$). برای محاسبه درصد بهبود هر شاخص از فرمول زیر استفاده شد:

$$\text{مقدار شاخص در سال پایه} - \text{مقدار شاخص در سال جاری} \\ \times 100 = \frac{\text{مقدار شاخص در سال پایه} \times (\text{تعداد سالهای مطالعه} - 1)}{\text{درصد بهبود سالیانه شاخص}}$$

فاصله اطمینان با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد :

$$\text{Confidence Interval 95\% (CI)} = \text{Rate} \pm 1.96 \sqrt{\frac{\text{Rate}}{\text{Pop}}} \times 1000$$

جدول ۱. تعریف شاخص های سلامت بررسی شده در این مطالعه

نام شاخص	تعریف شاخص
میزان خام تولد	تعداد کودکان زنده به دنیا آمده به ازای هر هزار نفر جمعیت برآورد شده در وسط سال
میزان باروری عمومی	تعداد موالید زنده در هزار زن گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال در یک سال معین
میزان باروری کلی	میانگین تعداد کودکان یک زن، به شرط ثابت ماندن میزان باروری اختصاصی سنی
میزان باروری کلی نکاحی	میانگین تعداد کودکان یک زن ازدواج کرده، به شرط ثابت ماندن میزان باروری اختصاصی سنی
درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده	تعداد زایمان های انجام یافته توسط فرد دوره ندیده به ازای صد زایمان انجام شده
میزان مرگ کودکان زیر پنج سال	تعداد مرگ کودکان کمتر از پنج سال در یک سال در هزار تولد زنده
میزان مرگ کودکان زیر یک سال	تعداد مرگ کودکان کمتر از یک سال در یک سال در هزار تولد زنده
میزان مرگ نوزادان	تعداد مرگ شیرخواران کمتر از ۲۸ روز در یک سال در هزار تولد زنده
میزان مرگ پری ناتال	تعداد مرده زایی و مرگ شیرخواران کمتر از ۲۸ روز در یک سال در هزار تولد زنده
پوشش تنظیم خانواده	نشان دهنده تعداد افراد استفاده کننده از وسایل پیشگیری در پایان فصل به ازای هر صد نفر زن شوهردار موجود در منطقه در پایان فصل.

یافته ها

نتایج به دست آمده در چهار قسمت شاخص های باروری، سلامت محیط، مرگ کودکان زیر پنج سال و پوشش مراقبت های بهداشتی آورده شدند.

شاخص های سلامت محیط: بر اساس نتایج بررسی بهداشتی سال ۱۳۶۸، ۵۸.۴ درصد خانوارها به آب آشامیدنی سالم دسترسی داشتند و ۳۹.۲ درصد آنها از توالیت بهداشتی استفاده می نمودند. این شاخص ها در سال ۱۳۷۲ به ترتیب به ۶۴.۸ و ۳۰.۲ درصد رسید. در سال ۱۳۷۲ خانوارهای روستایی با دفع بهداشتی فضولات حیوانی ۲۵.۵ درصد و خانوارهای با دفع بهداشتی زباله ۲۱ درصد بود (بر اساس نتایج بررسی بهداشتی سال ۱۳۷۲). بر اساس بررسی بهداشتی انجام یافته در سال ۱۳۷۹ خانوارهای دارای دسترسی به آب آشامیدنی سالم ۸۵.۳ درصد، استفاده از توالیت بهداشتی و نیمه بهداشتی ۳۸.۱ درصد، درصد خانوارهای با دفع بهداشتی فضلاب ۴۶ درصد بود. در سال ۱۳۸۹ توالیت های بهداشتی در جمعیت روستایی ۷۲.۹ درصد، دفع بهداشتی زباله ۷۷.۸۵ درصد و دفع بهداشتی فضولات حیوانی ۷۴.۳ درصد بود.

شاخص های بهداشت باروری: میزان تولد خام از ۳۵.۷ در هزار نفر در سال ۱۳۶۷ به ۱۸.۳۶ در هزار نفر در ۱۳۸۹ رسید. به طور متوسط هر سال میزان تولد خام ۰.۷۹ واحد کاهش یافت. باروری کلی از ۵.۷۶ در سال ۱۳۶۷ به ۱.۹۴ در

۱۳۸۹ رسید و کاهش سالیانه ۰.۱۷ واحد بود. باروری عمومی در زنان ۴۹ - ۱۰ ساله از ۱۲۳.۵۷ در هزار زن در ۱۳۶۷ به ۵۷.۵ در هزار زن در سال ۱۳۸۹ رسید. بر اساس نتایج بررسی بهداشتی سال ۱۳۶۴ میزان تولد خام ۴۲.۹ در هزار نفر بود. در بررسی بهداشتی سال ۱۳۶۸ باروری عمومی ۲۱۴.۱۷ در هزار بود. بر اساس نتایج بررسی بهداشتی سال ۱۳۷۹ میزان تولد خام ۱۹.۸ در هزار نفر، باروری کلی ۲.۰۵ و باروری عمومی ۷۸.۵ در هزار زن بود.

شاخص های عملکردی: درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده از ۴۶.۲۶ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۰.۴۴ درصد در سال ۱۳۸۹ رسید. این شاخص هر سال به طور متوسط ۲.۰۷ درصد کاهش یافت. پوشش تنظیم خانواده از ۳۹.۸ درصد در سال ۱۳۶۹ به ۷۷.۳۸ درصد در سال ۱۳۸۹ رسید.

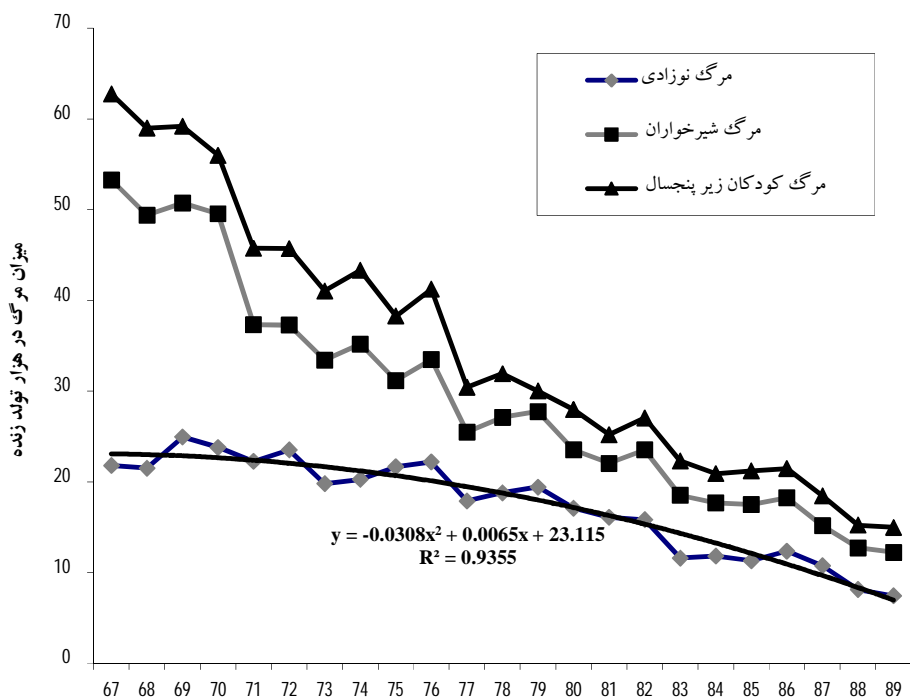
شاخص های مرگ کودکان زیر پنج سال: میزان مرگ نوزادان از ۲۱.۸ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۷.۵۹ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۹ کاهش یافت. متوسط کاهش در یک سال ۰.۶۲ واحد است (نمودار ۱). میزان مرگ کودکان زیر یک سال از ۵۳.۲۸ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۱۲.۲۲ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۹ و میزان مرگ کودکان زیر پنج سال از ۶۲.۷۶ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۱۴.۹۹ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۹ کاهش یافت. در سال ۱۳۶۷ از هر هزار تولد زنده ۶۲.۷۶ نفر تا پنج سالگی مردند که

در روستاهای قمر ۹.۹ در هزار تولد زنده بود. بین دو گروه از روستاها اختلاف آماری معنی دار وجود نداشت (P Value=0.26). در این سال درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در روستاهای اصلی ۰.۳۲ درصد و در روستاهای قمر ۱.۷۸ درصد بود (نمودار ۲). بین دو گروه از روستاها اختلاف آماری معنی دار وجود داشت (P Value<0.005). در سال ۱۳۸۹ میزان تولد خام در روستاهای اصلی ۱۸.۴۴ و در روستاهای قمر ۱۷.۵۳ در هزار نفر بود (جدول ۲). بین دو گروه از روستاها اختلاف آماری معنی دار وجود داشت (P Value< 0.05).

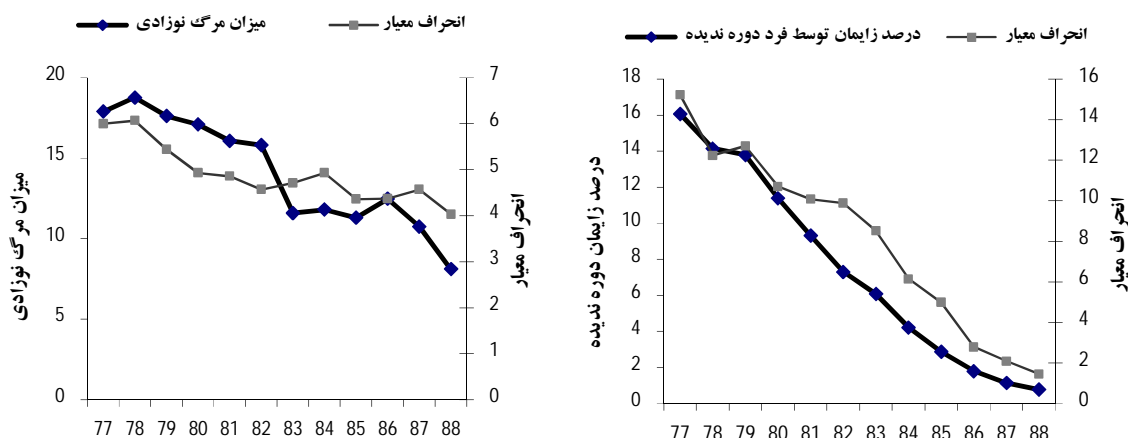
۲۱.۸ نفر (۳۴.۸٪) از آنها تا یک ماهگی، ۳۱.۴۱ نفر (۵۰.۱٪) در ۱-۱۲ ماهگی و ۹.۴۸ نفر (۱۵.۱٪) در ۱-۵ سالگی مردند. در سال ۱۳۸۹ از هر هزار تولد زنده ۱۴.۹۹ کودک تا پنج سالگی مردند که از اینها ۷.۵۹ نفر (۵۰.۶۳٪) در دوره نوزادی، ۴.۶ نفر (۳۰.۶۹٪) در دوره ۱-۱۲ ماهگی و ۲.۸ نفر (۱۸.۶۸٪) در دوره ۱-۵ سالگی مردند. بر اساس نتایج بررسی بهداشتی سال ۱۳۶۷ و ۱۳۶۴ میزان مرگ شیرخواران به ترتیب ۱۰۱ و ۷۳.۵ در هزار تولد زنده بود. در سال ۱۳۸۹ میزان مرگ نوزادی در روستاهای اصلی ۷.۳۹ و

جدول ۲. روند شاخص های سلامت در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی در ۱۳۶۷ - ۱۳۸۹

نام شاخص	۱۳۶۷	۱۳۷۸	۱۳۸۴	۱۳۸۹	شیب بهبود شاخص
میزان تولد خام	۳۵.۷	۱۶.۳۳	۱۶.۸۹	۱۸.۳۶	۰.۷۵۳
باروری کلی	۵.۷۶	۲.۰۳	۱.۸۳	۱.۹۳	۰.۸۷۰
باروری عمومی	۱۲۳.۵۷	۵۱.۵۴	۵۰.۹۷	۵۶.۸	۰.۸۴۳
باروری کلی نکاحی	۹	۴.۴	۳.۷	۳.۷۵	۰.۸۴۳
درصد زایمان دوره ندیده	۴۶.۲۶	۴.۱۵	۴.۲۲	۰.۷۷	۰.۹۸۹
میزان مرگ نوزادان	۲۱.۸	۱۸.۷۷	۱۱.۸۱	۸.۱۲	۰.۹۴۷
میزان مرگ پرناتال	۳۸.۵۷	۳۳.۱۱	۲۱.۸	۱۷.۳۳	۰.۹۴۶
میزان مرگ شیرخواران	۵۳.۲۸	۲۷.۱۱	۱۶.۶۷	۱۲.۷۲	۰.۹۴۶
میزان مرگ کودکان زیر پنج سال	۶۲.۷۶	۳۱.۹۲	۲۰.۸۹	۱۵.۲۳	۰.۹۶۳
پوشش تنظیم خانواده	۳۹.۸	۷۷.۱۲	۷۴.۹۳	۷۷.۳۸	۰.۷۸۹



نمودار ۱. نمودار خطی مرگ کودکان زیر پنج سال در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی در ۱۳۶۷-۱۳۸۹



نمودار ۲. مقایسه توزیع میزان و انحراف معیار مرگ نوزادی و زایمان توسط فرد دوره ندیده در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی در ۱۳۸۹-۱۳۷۷

۳.۲۵ درصد در سال ۱۳۸۷ رسید (۱۱). مرگ نوزادان در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۸ به ۸.۱۲، مرگ کودکان ۱۲-۱ ماهه به ۴.۶ و مرگ کودکان ۵-۱ ساله به ۲.۵ در هزار تولد زنده رسید. در سال ۱۳۸۸ از هر هزار تولد زنده ۱۵.۲۳ کودک تا پنج سالگی می میرند که از این ها ۸.۱۲ در دوره نوزادی، ۴.۶ در دوره ۱۲-۱ ماهگی و ۲.۵ نفر در دوره ۵-۱ سالگی مردند. میزان مرگ کودکان زیر یک سال از ۱۵۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۹۶۴ به ۲۶ در ۲۰۰۴ رسید (۱۲). در جمعیت روستایی ایران در طول سی سال میزان مرگ کودکان زیر یک سال از ۱۵۰ به ۲۵، مرگ مادران از ۳۰۰ به ۳۰ و باروری کلی از ۶ به ۲.۲ رسید (۱۳). میزان مرگ نوزادان از ۱۹ در سال ۱۳۷۲ به ۱۲.۵۳ در سال ۱۳۸۷ رسید. مرگ کودکان زیر یک سال از ۳۷.۲ به ۱۷.۸۷ رسید (۱۴). توسعه برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی در استان آذربایجان شرقی را می توان بر اساس پوشش جمعیت استان و سیاست های تدوین شده به سه دوره مشخص تقسیم نمود (جدول ۳).

بحث

زیج حیاتی داده های جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت را در طول یک سال جمع آوری و ثبت می نماید. نتایج به دست آمده اعتبار و دقت اطلاعات زیج حیاتی را نشان داد. زیج حیاتی دو نوع داده جمعیتی و خدمات بهداشتی را ثبت می نماید (۸). در جمعیت روستایی آذربایجان شرقی، میزان تولد خام به طور متوسط هر سال ۰.۷۹ و باروری کلی ۰.۱۷ واحد کاهش یافت. از سال ۱۳۸۶ شاخص های باروری کلی و تولد خام رو به افزایش گذاشت که می تواند از تغییر رفتار زوجین و نیز بالاتر بودن جمعیت جوان باشد. باروری عمومی از ۱۲۴ به ۶۲ و تولد خام از ۲۴.۱ به ۱۶.۳ رسید. بر اساس مطالعات انجام یافته در ایران در فاصله ۹۳-۲۰۰۰ پوشش تنظیم خانواده از ۴۳.۷ به ۶۶.۲ درصد رسید (۹). باروری کلی از ۶.۸ در ۱۹۷۲ به ۲ در سال ۲۰۰۶ رسید (۱۰). درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در طول سال های گذشته کاهش چشمگیری یافت و به ۰.۷۷ درصد رسید. در جمعیت روستایی ایران این شاخص از ۲۷.۲ درصد در سال ۱۳۷۲ به

جدول ۳. مقایسه شاخص های سلامت در سه دوره زمانی تعریف شده در جمعیت روستایی استان آذربایجان شرقی

شاخص سلامت		
درصد بهبود شاخص که در این دوره اتفاق افتاده است.		
۱۳۶۷-۱۳۷۷	۱۳۷۸-۱۳۸۴	۱۳۸۵-۱۳۸۸
۹۴.۲	۵.۸	باروری کلی
۶۶.۴	۲۶	درصد زایمان دوره ندیده
۲۸.۵۱	۴۴.۵۱	میزان مرگ نوزادان
۸۶.۱	۹.۲۵	میزان مرگ کودکان ۱۲-۱ ماهه
۶۶.۷۶	۲۲.۹	میزان مرگ کودکان ۵-۱ ساله

نتیجه گیری

برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی تأثیر اساسی در بهبود شاخص های سلامت در جمعیت روستایی داشت. گذر اپیدمیولوژیکی بیماری ها، تغییرات جمعیتی و شیوه زندگی مردم، نظام مراقبت های اولیه بهداشتی را با چالش های تازه ای مواجه ساخته است که بایستی با بازنگری در سیاست ها و اولویت ها، مراقبت های بهداشتی تازه ای در قالب برنامه پزشک خانواده تهیه و به مردم ارائه گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از تلاش بهورزان و پزشکان در ارتقای سلامت جمعیت روستایی قدردانی نمایند.

دوره اول (۱۳۷۷-۱۳۶۴) گسترش ساختار فیزیکی شبکه بهداشت و درمان بود که جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت از ۱۴.۴ درصد در سال ۱۳۶۶ به ۹۲.۳۶ درصد در سال ۱۳۷۷ رسید. دوره دوم (۱۳۸۴-۱۳۷۸) دوره پویاسازی برنامه های سلامت و ارتقای کیفیت است. دوره سوم که از سال ۱۳۸۴ شروع شده است، رویکرد ارتقای سلامت و مراقبت بیماری های غیرواگیر است که در قالب برنامه پزشک خانواده دنبال می شود. در دوره اول ارتقای دسترسی مردم به مراقبت های اولیه بهداشتی، دوره دوم ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و دوره سوم ارتقای دسترسی به خدمات تخصصی است.

References

1. WHO. The World Health Report 2000: Improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000:13-17
2. Pierre-Louis A M, Akala F A, Karam H S. Public Health in the Middle East and North Africa: meeting the challenges of the twenty first century. the world bank , 2004
3. King M. An Iranian experiment in primary health care: the West Azerbaijan project. Farsi Translation by: Gol Mohammad Lou S, Pasha poor N. first edition. Ormia , Takvin , 1379:1-7
4. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. EMHJ 2000;6(4):822-825.
5. WHO. The World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva, WHO, 2003:107
6. Chan M. Return to Alma-Ata. The *Lancet* 2008; 372(9642):865-866.
7. WHO. The World Health Report 2008: Shaping the Future. Geneva, WHO, 2008:1-2
8. Khosravi A, Motlagh M E, Emami Razavi E R. The Iranian Vital Horoscope; Appropriate Tool to Collect Health Statistics in Rural Areas. Iranian J Pub Health 2009; 38(Suppl 1):74-80
9. Mehryar A H, Naghavi M, Ahmad-Nia A, Kazempour S. Vital Horoscope: Longitudinal Data Collection in the Iranian Primary Health Care System. Asia-Pacific Population Journal 2008; 23(3):55-90
10. Salehi-Isfahani J, Abbasi-Shavazi M J, Hosseini-Chavoshi M. Family planning and fertility decline in rural Iran: the impact of rural health clinics. *Health Econ* 2010 ;19 (Suppl):159-80
۱۱. خسروی ا، کرمی م. مهمترین شاخص های بهداشتی زیج حیاتی در جمعیت روستایی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۹۱
12. Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez A D. Mortality in the Islamic Republic of Iran, 1964–2004. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85(8):607–614.
13. Malek Afzali H. Primary Health Care in the Rural Area of the Islamic Republic of Iran. Iranian J Publ Health, Vol. 38, Suppl.1, 2009: 69-70
14. Naghavi M, Jafari N, Jamshidbeigy E, Vasegh H, Azad A M, Akbari M E. Health profile transition in rural areas of Iran. The Iranian Ministry of Health and Medical Education, Tehran , 2005.