



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

خانه بهداشت و مراقبت های اولیه کودکان با نیازهای مراقبت سلامت خاص

چکیده

مقدمه: مدل خانه های بهداشت در پی بهبود مراقبت های پزشکی با افزایش ارائه ی مراقبت های اولیه است. این تحقیق به بررسی رابطه بین وجود خانه بهداشت و بخش مراقبت های اولیه کودکان-که کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) را ویزیت می کند- با استفاده از داده های مرکز بررسی ملی کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶ می پردازد.

روش: برای تجزیه و تحلیل رابطه، از تحلیل رگرسیون استدلالی استفاده شده است.

نتایج: وقتی که سن، جنسیت، قومیت/نژاد، وضعیت عملکردی، وضعیت بیمه، آموزش (سواد) خانواده، اقامت و درآمد کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) شامل مدل می شوند، کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که به خانه بهداشت دسترسی دارند، نسبت به کودکانی که به خانه بهداشت دسترسی ندارند، بطور سالیانه با احتمال 1.6 بار نیاز به 6 یا بیش از 6 بار ویزیت بخش های مراقبت های اولیه کودکان دارند [نسبت احتمال=1.60، 95٪ فاصله اطمینان=(1.47، 1.75)]. همچنین کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص جوان تر (CSHCN)، کودکان با بیمه بهداشت عمومی، کودکان با محدودیت های عملکردی شدید و کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که در مناطق روستایی زندگی می کنند، با احتمال زیاد، ویزیت های زیادی داشته اند.

جدول 1. فراوانی های نمونه و بررسی درصدهای وزن دار (N=40.723)

TABLE 1. Sample frequencies and survey weighted percentages (N = 40,723)

Variable	Sample frequency (%)	Weighted frequency (%)
No. of annual PPC visits		
0-5	25,852 (63.48)	63.56
6 or more	14,414 (35.40)	36.44
Missing	457 (1.12)	—
Presence of medical home		
Yes	28,111 (69.03)	66.42
No	12,612 (30.97)	33.58
CSHCN age group		
0-5 y	7416 (18.21)	20.93
6-12 y	17,988 (44.17)	44.02
13-18 y	15,319 (37.62)	35.06
CSHCN ethnicity		
Non-Hispanic White	29,052 (71.34)	65.33
Non-Hispanic Black	4189 (10.29)	16.21
Non-Hispanic multi-race	1642 (4.03)	3.7
Non-Hispanic other	1532 (3.76)	2.93
Race		
Hispanic	4016 (9.86)	11.82
Missing	292 (0.72)	0.01
CSHCN functional status		
Minor limitations	17,895 (43.94)	43.16
Moderate limitations	13,006 (31.94)	32.89
Severe limitations	3132 (7.69)	8.51
Missing	6690 (16.43)	15.44
Household poverty level		
< 200% FPG	13,348 (32.78)	40.98
> 200%	23,684 (58.16)	59.02
Missing	3691 (9.06)	—
Household education		
Less than high school	1908 (4.69)	6.83
High school	6449 (15.84)	23.09
More than high school	32,284 (79.28)	70.08
Missing	82 (0.20)	—
Metropolitan Statistical Area of residence		
Urban	22,012 (54.05)	74.28
Rural	6139 (15.08)	15.58
Missing	12,572 (30.87)	10.13
Type of insurance		
Private	25,519 (62.66)	59.14
Public	9779 (24.01)	28.05
Both private and public	2932 (7.20)	7.35
Other insurance	967 (2.37)	1.99
No insurance	1437 (3.53)	3.48

CSHCN, Children with special health care needs; FPG, federal poverty guidelines; PPC, pediatric primary care.

طرح بحث: این تحقیق با کنترل ویژگی های اجتماعی-جمعیتی کودکان، شواهد تجربی درباره اینکه در دسترس بودن خانه های بهداشت، چگونه به استفاده از مراقبت های اولیه توسط کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN)، بهداشت و درمان اطفال را تحت تاثیر قرار می دهد. (2013) 37، 202-208.

کلمات کلیدی:

خانه بهداشت، مراقبت های اولیه، کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص

تقریباً 10.2 میلیون کودک در سنین 0 تا 17 ساله در ایالات متحده (14٪) نیازهای بهداشتی و درمان خاص دارند. کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) یک گروه متنوع با شرایط سلامتی گوناگون

فیزیکی، روانی و رفتاری مشخص شده اند (Strickland et al., 2011)، و معمولاً آنها نسبت به کودکان در سنین مشابه، به خدمات بهداشتی بیشتری نیاز دارند (Blumberg et al., 2007; Newacheck, 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 2007). بطور کلی، کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) بیش از 42٪ هزینه های پزشکی برای کودکان را به خود اختصاص می دهند (Newacheck & Kim, 2005). اخیراً بوسیله یک تحقیق برآورد شده است که هزینه های بالای مراقبت شامل هزینه های بهداشتی کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) به طور متوسط 3 برابر بیشتر و هزینه های بیمارستانی 4 برابر بیشتر از کودکان سالم است (Cohen et al., 2010).

برخی تحقیقات نشان می دهد که کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) نسبت به کودکان بدون نیازهای بهداشت و درمان خاص، بطور قابل توجهی دفعات زیادی ویزیت پزشک داشته اند (Houtrow, Kim, Chen, & Newacheck, 2007; Martin, Crawford, & Probst, 2007). میزان بالای بستری شدن در بیمارستان و اورژانس (ED) در میان ویزیت های کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص با محدودیت های عملکردی شدید ذکر شده است، اما هیچ تفاوتی در تعداد ویزیت بخش مراقبت های اولیه کودکان (PPC) مشاهده نکردیم. طبق بررسی مرکز ملی سلامت کودکان در سال 2008، کودکان با نیازهای خاص، ویزیت کودک خوب بیشتر نسبت به دیگر کودکان داشتند (Cooley, McAllister, Sherrieb, & Kuhlthau, 2009). ناگسوارن و فارل¹ (2007) میزان بالاتری از نیازهای مراقبت بهداشتی در میان کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص با محدودیت های عملکردی زیاد را گزارش کرده بودند اما هیچ افزایشی در ویزیت های پیشگیرانه یا تشخیصی سلامت نیافتیم. بطور مشابه، یک تحقیق در سال 2004 بین کودکان با نیازهای مراقبت بهداشتی خاص و کودکان بدون نیازهای مراقبت بهداشتی خاص، از نظر مراقبت های پیشگیرانه هیچ تفاوتی نیافت (Bethell, Read, & Brockwood, 2004). برخی شواهد نشان می دهد که کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، مراقبت پیشگیرانه و مراقبت

¹Nageswaran, Roth, Kluttz-Hile, & Farel (2007)

کودک-خوب کمتری نسبت به همسالان خود دریافت می کنند، زیرا در نیازهای مراقبت بهداشتی آنها ممکن است، زمان و گفتگوی در طول ویزیت های بخش PPC غالب باشد (Ayyangar, 2002).

در سال های اخیر، یک تاکید فزاینده در بهبود ارائه ی مراقبت های بهداشتی برای کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) در چارچوب خانواده و جامعه اتفاق افتاده است (American Academy of Pediatrics, 2009; Coker, Rodrigues &, Flores, 2010; National Association of Pediatric Nurse Practitioners, 2009). آکادمی کودکان آمریکا، خانه های بهداشت را نه تنها به عنوان مرکزی برای دریافت خدمات پزشکی، بلکه همچنین یک منبع مراقبت پیشگیرانه و یک منبع اطلاع رسانی برای جامعه و پشتیبانی تعریف کرده است (American Academy of Pediatrics, 2002). انجمن ملی شاغلین پرستاری کودک (2009) از این رویکرد حمایت کرده و گسترش مفهوم خانه های بهداشت به همه کودکان و خانواده هایشان در ایالات متحده را پیشنهاد کرده است. قانون حفاظت بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (2010)، نیاز مراقبت اولیه زیاد، بر پایه ی مدل خانه های بهداشت را تاکید کرده است. همچنین مفاد این قانون، دسترسی به خانه های بهداشت را برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن پزشکی را تصریح می کند (Sec. 2703).

وجود خانه بهداشت با تعداد نتایج مثبت بیمار مرتبط است. تحقیق نشان می دهد که در دسترس بودن خانه های بهداشت، پتانسیل قابل توجهی برای کاهش مراقبت (پرستاری) فوری و اورژانس برای همه ی کودکان دارد (American Academy of Pediatrics, 2002; Antonelli, Stille & Antonelli, 2008;) (Cooley et al., 2009). در حقیقت، یک تحقیق در سال 2008 نشان داد که حداقل، داشتن تعداد توصیه شده ای از غربالگری متناوب اولیه، تشخیصی و ویزیت های درمان (معالجه)، باید برخی از شرایط سلامت را از اورژانس (ED) به بخش PPC انتقال دهد (Rosenbaum, Wilensky, & Allen, 2008). استریکلند، مک فرسون و ویسمان^۲ (2004) نشان دادند که کودکانی که به خانه بهداشت دسترسی نداشتند، با احتمال بیش از دو برابر، نیازهای مراقبت بهداشتی برآورده نشده دارند، نسبت به کودکانی که به خانه بهداشت دسترسی داشتند. نیازهای مراقبت بهداشتی برآورده نشده ی کودک با تعدادی از فاکتورهای اقتصادی- اجتماعی مرتبط

است؛ مانند فقر، وضعیت اقلیت، نداشتن بیمه درمانی و سواد (آموزش) پایین والدین (Inkelas, Raghavan, Larson, Kuo, & Ortega, 2007; Mayer, Skinner, & Slifkin, 2004; Singh, Strickland, Ghandour, & van Dyck, 2009).

هدف از این تحقیق بررسی استفاده از PPC برای کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN)، که به خانه بهداشت دسترسی داشتند و کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) که به خانه بهداشت دسترسی نداشتند، است. وقتی که خانه‌های بهداشت خدمات مراقبت‌های بهداشتی جامع و اطلاعات جامع‌تری کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) و خانواده‌هایشان را فراهم می‌کنند، معقول است فرض کنیم که ارائه‌دهنده PPC به انجام ویزیت‌های بیشتر نیاز خواهد داشت تا کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص حاد و شرایط مزمن (سخت) را علاوه بر آزمایشات کودک-خوب رسیدگی نماید. بنابراین فرض کرده ایم که دسترسی داشتن به خانه بهداشت با تعداد زیاد ویزیت‌های بخش PPC در ارتباط خواهد بود. همچنین فرض کرده ایم که بعضی از ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی با تعداد زیاد ویزیت‌های دفتر PPC مرتبط خواهد بود.

روش‌های تحقیق

جامعه آماری و نمونه

در این تحقیق داده‌های جمع‌آوری شده توسط سازمان ملی بررسی کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (NS-CSHCN) استفاده شده است. سازمان ملی بررسی کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (NS-CSHCN) یک نظرسنجی تلفنی تصادفی از والدین یا قیم‌های خانواده‌هایی با کودکان کمتر از 18 سال، انجام داده است. میزان جوابگویی کلی ملی به سازمان ملی بررسی کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (NS-CSHCN) در سالهای 2005 و 2006، 56٪ بود. در مجموع 363183 خانواده در راستای بررسی کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) غربال شدند. مصاحبه‌ها برای 40723 کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) تکمیل شد؛ این داده‌ها در این تحقیق استفاده شده است (N=40723). تمام نتایج گزارش شده در این تحقیق طبق دستورالعمل سازمان ملی بررسی کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (NS-CSHCN)، برای جبران کردن انتخاب تعصبی و یا نمونه‌گیری خوشه‌ای، بررسی وزنی شده‌اند. از آنجا که داده‌ها به ما اجازه نمی‌دهد ویزیت‌های بیمار را به تنهایی بررسی کنیم، این تحقیق شامل همه

ویزیت های PCP، بیمار، پیش گیری کننده و همه ویزیت های کودک-خوب می شود. این تحقیق توسط کمیته بازبینی کننده رسمی مکاتبه کننده تأیید شده است.

مقیاس ها و تحلیل

نتیجه متغیر-که تعداد ویزیت های دفتر PPC از کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) در 12 ماه گذشته است- با یک سوال سازمان ملی بررسی کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (NS-CSHCN) سنجیده شده است: «در 12 ماه گذشته چند بار کودک خود را برای ویزیت پزشک برده اید؟» دو دسته برای این نتیجه ایجاد شده است: الف) بدون ویزیت تا 5 ویزیت (دسته ویزیت کم PPC) و ب) 6 ویزیت یا بیشتر (دسته ویزیت PPC بالا). متغیر پیش بینی کننده اصلی، وجود خانه بهداشت است، مجموع جواب های زیرین سازمان ملی بررسی کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (NS-CSHCN) که خواستار الف) کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، یک پزشک یا پرستار شخصی داشته باشد، ب) یا کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، یک منبع مراقبت منظم داشته باشد، ج) یا خانواده از ارتباط با مسئولین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی برای کودک، راضی باشند د) یا خانواده احساس کند که در مراقبت (پرستاری) از کودک شریک است ه) یا ارائه دهندگان خدمات، به ارزش های خانواده ها توجه کنند. اگر کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) با 5 معیار مواجه شود، آنها به عنوان داشتن یک خانه بهداشت طبقه بندی شده اند. اگر کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، با 5 معیار مواجه نشود، سپس او به عنوان کسی که به خانه بهداشت دسترسی ندارد طبقه بندی شده است. وجود خانه بهداشت بطور دو بخشی طبقه بندی شده است (بله=1، خیر=0).

عوامل مخدوش کننده بالقوه شامل موارد زیر است: الف) گروه سنی، ب) جنسیت، ج) قومیت، د) وضعیت عملکردی، ه) سطح فقر خانواده، و) آموزش (سواد) خانواده، ز) منطقه آماری مربوط به پایتخت (MSA) و ح) نوع بیمه (Aday, Lee, Spears, Chung, Youssef, & Bloom, 1993; Andersen, 1995). سن کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، به 3 گروه طبقه بندی شده است: الف) 0 تا 5 سال (گروه مرجع)، ب) 6 تا 12 سال و ج) 13 تا 18 سال. جنسیت؛ مذکرها به عنوان گروه مرجع کد گذاری شده اند. قومیت در 5 طبقه دسته بندی شده است: الف) غیر اسپانیایی سفید (گروه مرجع)، ب) غیر اسپانیایی

سیاه، ج) غیر اسپانیایی نژاده‌های دیگر، ه) اسپانیایی. وضعیت عملکردی به 4 گروه طبقه بندی شده است: محدودیت های جسمی یا روانی/رفتاری جزئی (گروه مرجع)، ب) محدودیت های جسمی یا روانی/رفتاری متوسط، ج) محدودیت های جسمی یا روانی/رفتاری شدید و د) گمشده. دسته گمشده به این خاطر ایجاد شده است که مقدار زیادی از داده ها از دست رفته است (16٪). که نمی توان فرض کرد که بطور تصادفی از دست رفته اند. سطح فقر خانواده ها به دو گروه طبقه بندی شده است: الف) کمتر از 200٪ سطح فقر فدرال (گروه مرجع) و ب) بیشتر از 200٪ سطح فقر فدرال. متغیر آموزش (سواد) خانواده (بالاترین سطح آموزش، حداقل برای یکی از اعضای خانواده) در 3 گروه دسته بندی شده است: الف) کمتر از دبیرستان (گروه مرجع)، ب) دبیرستان و ج) بالاتر از دبیرستان. متغیر MSA (منطقه آماری مربوط به پایتخت) به 3 دسته طبقه بندی شده است: الف) شهری (گروه مرجع)، ب) روستایی و ج) گمشده. طبقه گمشده شامل 31٪ از داده های گمشده بود. متغیر نوع بیمه شامل 3 گروه است: الف) خصوصی (گروه مرجع)، ب) عمومی و ج) بدون بیمه. ابتدا در مدل، آمار توصیفی برای هر متغیر محاسبه شد. سپس بررسی رگرسیون استدلالی با استفاده از نرم افزار آماری STATA انجام شد (Stata Corporation, 2009; version 10.1).

نتایج

توصیف آماری

فراوانی نمونه و درصد وزنی بررسی متغیرها در مدل، در جدول 1 ارائه شده است. بیش از 66٪ کودکان در نمونه آماری به عنوان کسانی که به خانه بهداشت دسترسی داشتند، طبقه بندی شده بودند. حدود 64٪ از کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، بطور سالیانه 0 تا 5 بار توسط پزشک ویزیت شده بودند، و 36٪ از کودکان بطور سالیانه 6 تا 10 بار توسط پزشک ویزیت شده بودند. اکثریت قریب به اتفاق کودکان (79٪) بزرگتر از 5 سال و سفید غیر اسپانیایی بودند (65٪). اکثریت کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) (76٪)، محدودیت های عملکردی جزئی یا متوسط داشتند؛ تنها 8.5٪ به عنوان محدود شده بطور شدید توسط شرایط یا بیماری شان طبقه بندی شده بودند. اکثر کودکان در مناطق شهری زندگی می کردند (74٪) و بیمه خصوصی داشتند (63٪). کودکان نسبتاً بطور مساوی بین جنسیت ها و سطوح فقر تقسیم شده بودند.

بررسی نتایج رگرسیون چند متغیره استدلالی:

جدول 2 یافته های بررسی رگرسیون استدلالی شامل نسبت احتمال تعدیل نشده و تعدیل شده (OR) را ارائه می دهد و 95٪ فاصله اطمینان (CI) را برای هر متغیر پیش بینی کننده ارتباط می دهد. همه ی نسبت های احتمال (OR) در این قسمت نتایج تعدیل شده را نشان می دهد. متغیر پیش بینی کننده اصلی، وجود خانه های بهداشت، بطور مثبتی با تعداد ویزیت های PPC در ارتباط است؛ مخصوصاً وقتی که متغیرهای کمکی در مدل هستند، کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که به خانه بهداشت دسترسی دارند، 1.6 بار احتمال بودن در دسته ویزیت PPC بیشتر را دارند (ویزیت سالیانه 6 یا بیشتر)، نسبت به کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که به خانه بهداشت دسترسی ندارند [OR=1.60, 95% CI=(1.47, 1.75); p<.05].

اضافه کردن متغیرهای کمکی به مدل، استحکام پیوستگی بین متغیرهای پیش بینی کننده و متغیر نتیجه را تغییر نداد. وقتی که در مقایسه با کودکان 0 تا 5 ساله، کودکان 6 تا 12 ساله، 0.64 بار احتمال ویزیت PPC بیشتر داشتند [95% CI=(0.58, 0.75); p<.05] و گروه کودکان 13 تا 18 ساله 0.58 بار احتمال ویزیت PPC بیشتر داشتند [95% CI=(0.52, 0.64); p<.05]، در نتیجه نشان می دهد که کودکان در گروه های سنی بالاتر بطور قابل توجهی تعداد ویزیت های PPC سالیانه کمتری نسبت به کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) در گروه سنی 0 تا 5 سال دارند.

کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) مونث نسبت به کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) مذکر، 1.27 بار احتمال بیشتر، در دسته ویزیت PPC بیشتر بودند [OR=1.27, 95% CI=(1.17, 1.36); p<.0005]. نتایج تعدیل شده برای گروه های سیاه غیر اسپانیایی [OR=0.51, 95% CI=(0.45, 0.57)]، دیگر غیر اسپانیایی ها [OR=0.74, 95% CI=(0.61, 0.90)]، و اسپانیایی ها [OR=0.77, 95% CI=(0.67, 0.88); p<.005] نشان می دهد که این گروه های نژادی با احتمال کمتر، تعداد ویزیت PPC سالیانه 6 یا بیشتر نسبت به سفیدهای غیر اسپانیایی داشتند.

هنگامی که در مقایسه با کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) با محدودیت های عملکردی جزئی، نتایج تعدیل شده ی کودکان با محدودیت های متوسط [OR=2.35, 95% CI=(2.15, 2.57)]،

OR=4.66, 95% CI=(3.95, 5.49); $p < .0005$] و و کودکان با محدودیت های شدید |
[.0005] نشان می دهد که شدت محدودیت های عملکردی کودک افزایش یافته است، بنابراین احتمال ویزیت های PPC زیادی دارد. کودکان در دسته ی داده های گمشده، با احتمال 6 یا بیشتر ویزیت سالیانه PPC دارند نسبت به کودکان با محدودیت های جزئی | $OR = 0.71, 95\% CI = (0.65, 0.78); p < .0005$].

احتمال اینکه کودکان در خانواده هایی با سطح فقر $< 200\%$ زندگی می کنند، دستور العمل های فقر فدرال از لحاظ آماری معنا دار نبود. کودکانی که در خانواده هایی زندگی می کردند که حداقل یکی از اعضای خانواده سطح آموزشی (سواد) دبیرستان داشت با احتمال زیاد حدود 1.4 بار در دسته ویزیت های PPC بیشتر بود نسبت به کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که در خانواده هایی زندگی می کردند که هیچ یک دیپلم دبیرستان نداشتند [$95\% CI = (1.12, 1.67); p < .005$]. کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که در مناطق روستایی زندگی می کردند با احتمال زیاد در طبقه ویزیت PPC زیاد بودند نسبت به کودکانی که در مناطق شهری زندگی می کردند | $OR = 1.15, 95\% CI = (1.05, 1.26); p < .005$]. نتایج داده های گمشده ی متغیر MSA (منطقه آماری مربوط به پایتخت) بطور آماری معنا دار نبود. هنگامی که کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) با پوشش بیمه خصوصی مقایسه شد، کودکان با بیمه عمومی با احتمال زیاد، 6 یا بیشتر ویزیت PPC سالیانه داشتند | $OR = 1.24, 95\% CI = (1.10, 1.39); p < .0005$]. کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) بیمه نشده، هنگامی که با کودکان بیمه شده با بیمه خصوصی مقایسه شدند، با احتمال کم، ویزیت های 6 بار یا بیشتر PPC سالیانه داشتند [$OR = 0.56, 95\% CI = (0.46, 0.68); p < .0005$].

طرح بحث

با توجه به نتایج تحقیق به نظر می رسد که وجود خانه بهداشت نقش مهمی در پرداختن به نیازهای مراقبت بهداشتی کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) دارد، چون که متوجه شدیم کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که به خانه های بهداشت دسترسی دارند، نسبت به کودکانی که به خانه بهداشت دسترسی ندارند، تعداد ویزیت های دفتر PPC زیادی دارند. همچنین تحقیق نشان داد که

کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) جوان تر (>6ساله ها) ویزیت های PPC بیشتری نسبت به کودکان بزرگتر دارند. جنس مونث نسبت به جنس مذکر ویزیت های PPC بیشتری داشت. گروه های اقلیت با احتمال زیاد، نسبت به کودکان نژاد سفید ویزیت های PPC کمتری داشتند. هنگامی که محدودیت های عملکردی کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) افزایش یافت، بنابراین احتمال ویزیت PPC افزایش بیشتری یافت. یک ارتباط مثبت بین افزایش سطح آموزشی (سواد) خانواده و تعداد ویزیت های PPC برای کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) مشاهده شد. کودکانی که در مناطق روستایی زندگی می کردند نسبت به همسالان خود در مناطق شهری، با احتمال زیاد ویزیت های PPC بیشتری داشتند. کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که بیمه درمان عمومی داشتند، با احتمال زیاد نسبت به کودکانی که بیمه نشده بودند یا بیمه خصوصی داشتند، 6 یا بیشتر ویزیت PPC سالیانه داشتند. تعجب آور نبود که تعداد بیشتری از ویزیت های پزشک PPC با کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) که به خانه های بهداشت دسترسی داشتند مرتبط بود. برخی از تحقیقات نتایج مشابه را گزارش داده اند. برای مثال، فرانت، بلاسوبرانیت، هودسون و کرابتی³ (2010) ویژگی های عمده بیمار در خانه بهداشت را بررسی و مشاهده کردند که آنها با تعداد ویزیت های بیشتر پزشک در 2 سال گذشته بیماران بزرگ سال مرتبط بوده اند. استریک لند و همکارانش⁴ (2009) نشان دادند که نسبت قابل توجه زیادی از کودکانی که به خانه بهداشت دسترسی نداشتند (23٪)، در مقایسه با کودکانی که به خانه بهداشت دسترسی داشتند، نیازهای بهداشت و درمان برآورده نشده دارند (8٪).

همگام با پژوهش های قبلی (Turchi, Gatto, & Antonelli, 2007)

، این تحقیق نشان داد که کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) بزرگتر (≤ 6 ساله) با احتمال زیاد، ویزیت های بخش PPC کم دارند. این تفاوت در ویزیت های بخش PPC ممکن است در نیاز کودکان جوانتر در ایمن سازی (واکسیناسیون) قبل از شروع مدرسه، در مقایسه با تنها یک ارزیابی سلامت

³ Ferrante, Balasubramanian, Hudson, and Crabtree (2010)

⁴ Strickland and colleagues (2009)

سالانه‌ی کودکان بزرگتر روشن شود. همچنین این نتیجه ممکن است به علت پوشش بیمه ناقص یا کمبود پوشش برای کودکان بزرگتر باشد.

جدول 2. بررسی رگرسیون منطقی ویزیت مطب مراقبت اولیه‌ی کودکان بر اساس حضور متغیر پیش‌گوی پزشکی و موارد گنج‌کننده^a

TABLE 2. Survey logistic regression of pediatric primary care office visits on presence of medical home predictor variable and confounders^a

Variable	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI) ^b
Presence of medical home ^c		
Yes	1.50 (1.40-1.61)	1.60 (1.47-1.75)
CSHCN age group ^d		
6-12 y	0.69 (0.63-0.75)	0.64 (0.58-0.70)
13-18 y	0.65 (0.59-0.71)	0.58 (0.52-0.64)
CSHCN gender ^e		
Female	1.15 (1.08-1.23)	1.27 (1.17-1.36)
CSHCN ethnicity ^f		
Non-Hispanic Black	0.62 (0.56, 0.68)	0.51 (0.45-0.57)
Non-Hispanic multi-race	0.98 (0.81-1.18)	0.95 (0.79-1.13)
Non-Hispanic other race	0.71 (0.60-0.84)	0.74 (0.61-0.90)
Hispanic	0.77 (0.69-0.86)	0.77 (0.67-0.88)
CSHCN functional status ^g		
Minor limitations	2.06 (1.90-2.22)	2.35 (2.15-2.57)
Moderate limitations	3.74 (3.26-4.29)	4.66 (3.95-5.49)
Severe limitations	0.79 (0.72-0.86)	0.71 (0.65-0.78)
Missing	0.79 (0.72-0.86)	0.71 (0.65-0.78)
Household poverty level ^h		
> 200% FPG	0.88 (0.82-0.94)	0.98 (0.88-1.09)
Household education ⁱ		
High school graduate	1.41 (1.20-1.65)	1.37 (1.12-1.67)
More than high school	1.41 (1.21-1.63)	1.53 (1.27-1.86)
Metropolitan statistical area of residence ^j		
Rural	1.23 (1.14-1.34)	1.15 (1.05-1.26)
Missing	1.02 (0.95-1.09)	0.97 (0.89-1.05)
Type of insurance ^k		
Public	1.27 (1.18-1.37)	1.24 (1.10-1.39)
No insurance	0.54 (0.46-0.64)	0.56 (0.46-0.68)

CI, Confidence interval; CSHCN, children with special health care needs; FPG, federal poverty guidelines; OR, odds ratio.
^aAdjusted simultaneously for all variables in the model.
^bAll statistically significant p values are < .05.
^cPresence of medical home reference category = No.
^dAge reference category = 0-5 years.
^eGender reference category = male.
^fEthnicity reference category = non-Hispanic White.
^gFunctional status reference category = minor limitations.
^hHousehold poverty level reference category = < 200% federal poverty guidelines.
ⁱHousehold education reference category = less than high school.
^jMetropolitan Statistical Area reference category = urban.
^kType of insurance reference category = private.

در تحقیق ما، مشابه ناگسوارن و همکارانش⁵ (2007) که بعد از تعدیل سن، جنسیت، نژاد(قومیت)، وضعیت عملکردی، MSA(منطقه آماری مربوط به پایتخت)، سطح درآمد خانواده و وضعیت پوشش بیمه، کودکان با محدودیت‌های عملکردی شدید گزارش کرده است، با احتمال زیاد، احتمال دارد که بیش از 5 ویزیت پزشک داشته باشند در مقایسه با کودکانی که محدودیت‌های اندکی دارند. در تحقیق مشاهده کردیم که تنها 5٪ از

⁵ Nageswaran and her colleagues (2007),

کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) محدود شده بطور شدید به خانه های بهداشت دسترسی دارند، در حالی که 20٪ تا 30٪ از کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) بطور عملکردی محدود شده‌ی جزئی و متوسط به خانه بهداشت دسترسی دارند. بنابراین کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN)، بیشترین نیاز به مزایای جامع خانه بهداشت دارند، تقریباً 2 بار کمتر احتمال دارد، ویزیت PPC سالیانه 6 بار یا بیشتر داشته باشند.

این تحقیق به این امر دست یافت که وقتی دسترسی به خانه بهداشت و دیگر ویژگی های اجتماعی-جمعیتی کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) روستایی تعدیل شده باشد، ویزیت های PPC بیشتری خواهند داشت. این یافته در تقابل یافته های برخی از تحقیقات گذشته است. برای مثال، اسکینر و اسلیفکین⁶ (2007) متوجه شدند که والدین روستایی به دلیل موانع جغرافیایی، مشکلات بیشتری در دسترسی به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی گزارش کرده بودند. بطور مشابه، مایر و همکاران⁷ (2004) گزارش کرده بودند که کودکان روستایی نیازهای مراقبت معمول برآورده نشده زیادی دارند. به هر حال، مدت نیازهای برآورده نشده زمان گسترده ای است که شامل همه ویزیت های PPC می شود؛ شامل خدمات متنوع سرپایی و اجتماعی. بیشتر تحقیقات اخیر (برای مثال؛ کوکر و همکاران⁸، 2010) نتایج مشابه تحقیق ما را گزارش کرده اند؛ یافته های تحقیق، تفاوت های آماری معنا داری در دریافت مراقبت خانواده محور بین کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص روستایی و شهری مشاهده کرد، با کودکانی که در مناطق روستایی زندگی می کنند، مراقبت های خانواده محور بیشتری دریافت می کردند. بعد از اینکه بعضی عناصر مراقبت های خانه های بهداشت اجرا شده بودند، خانواده هایی که در مناطق روستایی ساکن هستند، دسترسی بهبود یافته تری به مراقبت های روانی را گزارش کرده بودند (Farmer, Clark, Sherman, Marien, & Selva, 2005). بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق، می توانیم پیشنهاد کنیم که ارائه دهنده ها در مناطق روستایی ممکن است بطور فزاینده ای انگیزه پیدا کرده باشند تا اجزاء خانه بهداشت را به منظور متعادل کردن کمبود ارائه دهنده های اولیه و تخصصی در جوامع خودشان را اجرا کنند. علاوه بر این، پرستاران کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص که

⁶ Skinner and Slifkin (2007)

⁷ Mayer et al. (2004)

Coker et al., 2010⁸

در مناطق روستایی زندگی می کنند، ممکن است یک رابطه بهتر با ارائه دهندگان مراقبت های اولیه ایجاد کنند و بنابراین در بردن کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) به دفتر PPC به جای استفاده از یک اورژانس (ED) یا مرکز مراقبت های فوری احساس اطمینان بیشتری می کنند. علاوه بر این، ارائه دهندگان روستایی ممکن است کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) کمتری در مورد های خودشان داشته باشند و بنابراین ممکن است قابلیت دسترسی 24 ساعته تلفنی فراهم کنند، که می تواند ارتباطات مورد نیاز و اطمینان مجدد را فراهم کند، در نتیجه به شایستگی منتظر شدن تا وقتی که دفتر PPC برای ویزیت باز شود، منجر می شود. همچنین ممکن است خانواده های شهری به علت وضعیت مسکن ناپایدار و وضعیت رو به وخامت اقتصادی، مجبور به نقل مکان باشند، ممکن است یکی از عوامل تعداد کم ویزیت های شهری باشد؛ سیستم های ناکارآمد مراقبت های بهداشتی شهری ممکن است برای پیگیری، فاقد قابلیت هایی باشد و ممکن است کودکان بیمار را نتواند پذیرش کند.

یافته های تحقیق بازتابی انعکاسی از نژاد و نابرابری اقلیت قومی مشاهده شده در جمعیت کلی کودکان است. تحقیقات قبلی نشان داد که خانواده های نژادی و اقلیت، در دسترسی داشتن به مراقبت های بهداشتی، دریافت کردن مراقبت های خانواده محور و حفظ یک منبع مراقبت حتی بعد از حساب کردن عوامل دیگر، دشواری زیادی دارند (Coker et al., 2010; Escarce, 2007; Mayer et al., 2004; Raphael, Zhang, Liu, Tapia, & Giardino, 2009). در این تحقیق اقلیت های کمتر-کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) -به خانه های بهداشت دسترسی داشتند (سیاه غیر اسپانیایی 57٪) و بطور قابل توجهی مراقبت های خانواده محور کمتری دریافت می کردند، (سیاه غیر اسپانیایی 82٪) سپس همسالان غیر اسپانیایی سفید آنها گزارش شده است. بنابراین این تحقیق آشکار کرد که استاندارد مراقبت در خانه های بهداشت برای همه کودکان یکسان نیست در ایالات متحده و همچنان نابرابری وجود خواهد داشت. وجود خانه بهداشت با تاکید بر بیمار و خانواده باید زمینه فراگیر شود که آن موانع نژادی و فرهنگی حذف شوند. پژوهش های آینده باید موانع خاص دسترسی داشتن به خانه های بهداشت را در میان نژادها و قومیت های کودکان با نیازهای بهداشتی و درمان خاص (CSHCN) را شناسایی کنند.

این تحقیق بوسیله بازرسی پوشش بیمه درمان کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) تقویت شده است. تحقیقات بیشتر شامل انواع ترکیبی از بیمه، آمیزه ای از پوشش های بیمه ای، و مدت و کمبود در پوشش، اطلاعات با ارزشی برای پژوهش های خانه های بهداشت فراهم خواهد کرد. میزان نیازهای خاص انجام مصاحبه، علاقه کلی خانواده ها با کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) به منظور فراهم کردن داده ها نشان داد. مخصوصاً میزان نیازهای ویژه انجام مصاحبه در مقایسه با میزان پاسخ گویی وزنی ملی (56٪)، 96٪ بود.

با این حال، طرح تحقیق یک تعداد محدودیت هایی دارد. چون آن یک طرح مقطعی بود، ما نمی توانیم روابط علت و معلول را اثبات کنیم. چون که داده های تحلیل شده در این تحقیق بر اساس پاسخ های پرستار/سرپرست (قیم) بود، آنها ممکن است در معرض تعصب پاسخگویی و به یاد آوردن فراخوانی باشند. مصاحبه ها با استفاده از تلفن های ثابت مسکونی انجام شده است؛ با این حال، داده های جمع آوری شده در 2009 به وسیله مراکز کنترل و پیشگیری بیماری ها نشان داده است که حدود 25٪ از خانواده های ایالات متحده تلفن ثابت ندارند، بطوری که آنها فقط از تلفن همراه استفاده می کنند (Blumberg & Luke, 2010). علاوه بر این، این داده ها قبل از طرح ابتکاری مراقبت های بهداشتی کنونی جمع آوری شده است؛ حال نتایج می تواند متفاوت باشد هنگامی که آگاهی از مفهوم خانه بهداشت در جامعه ی پزشکی و عموم مردم بالاتر است.

در نظر گرفتن تعداد کودکان با نیازهای مراقبت بهداشتی خاص و هزینه های مراقبت سلامت مرتبط، ضروری است که سیاست گذاران فدرال و ایالتی و ارائه دهندگان مراقبت های اولیه، رویکرد خانه بهداشت را درک کنند. مدل خانه بهداشت در پی ارائه ی مراقبت مستمر، جامع، خانواده محور به کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) و همه کودکان است، با مراقبت های ارائه شده بوسیله شاغلین آموزش دیده کودکان، برای اطمینان از سلامت مطلوب برای هر کودک و جوان در کشور (انجمن ملی آموزش پرستاری کودک، 2009)، و آن پتانسیل قابل توجهی برای کاهش نابرابری نژادی/قومی، آموزشی (سوادی)، پوشش بیمه ای، محل جغرافیایی و وضعیت سلامت دارد. با توجه به تمرکز قانون محافظت بیمار و مراقبت مقرون به صرفه 2010، طرح مراقبت اولیه، یک نیاز حیاتی ملی است، وقتی که خانه بهداشت از مرحله مفهومی و توسعه ای به مرحله اجرایی مبدل شده است و پایه و اساس سیستم دوباره طراحی شده ی مراقبت سلامت شده است. ممکن است یک بررسی

طولی عوامل اجتماعی-اقتصادی نیاز باشد، تا دسترسی به خانه بهداشت بر نتایج سلامت کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص (CSHCN) بررسی گردد و تصویر جامعی از نابرابری کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص با دسترسی به خانه های بهداشت و کودکان با نیازهای بهداشت و درمان خاص بدون دسترسی به خانه های بهداشت بدست آید.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی