

نقش بیمارستان در سیستم ارائه

خدمات بهداشت و درمان

دکتر محسن نوزادی*

کلمات کلید: سیستم ارائه خدمات بهداشتی، بیمارستان، اسهال کودکان.

خلاصه:

از آنجا که بیمارستان بخشی از سیستم ارائه خدمات بهداشت و درمان محسوب می‌گردد، برای بررسی و تعیین فعالیت و نقش آن در این سیستم مطالعه‌ای توصیفی و گذشتہ‌نگر بر روی ۶۳۳ پرونده بخش اطفال بیمارستان قائم مشهد مربوط به سال ۱۳۵۷ انجام شد.

نتایج حاصله حاکی از بیشتر بودن تعداد بیماران پسر از دختر می‌باشد، بیشترین موارد اشغال تخت به ترتیب مربوط به بیماریهای برونکوپنومونی، گاستروانتریت، سپتی سمی و سوء تغذیه می‌باشد که حدود بیش از نیمی از بیماران را تشکیل می‌دهد. برونکوپنومونی در زمستان و گاستروانتریت و سوء تغذیه در تابستان شایعتر بوده است. سوء تغذیه در سنین ۱ - ۶ سالگی شایعتر از سنین شیرخوارگی بوده و در سنین مدرسه هیچ موردی سوء تغذیه وجود نداشته است.

با توجه به ارقام بدست آمده نتیجه می‌گیریم که قسمت اعظم بیماریهایی که منجر به بستری شدن در بیمارستان شده است قابل کنترل در مراحل اولیه است، بنابراین ضرورت وجود یک سیستم جامع خدمات بهداشتی و درمانی و نیز وجود مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی کامل در سراسر کشور احساس می‌گردد تا با انجام مراقبت‌های اولیه بهداشتی و ارجاع بموقع بیماران، از اشغال بیمورد تخت‌های بیمارستان جلوگیری کرد، همچنین ضرورت ایجاد تغییرات بنیادی در نظام آموزشی بمنظور تربیت کادر کمکی بیشتر و بیشتر آشنا نمودن پزشکان با اولویتهای بهداشتی درمانی و مسائل جامعه احساس می‌گردد.

* بیمارستان قائم مشهد - بخش عفونی

مقدمه

خدمات بهداشت و درمان زمانی شریک خواهد بود و کارآئی بیشتری خواهد داشت که بصورت یک سیستم جامع بهم پیوسته ارائه گردد زیرا پراکندگی بخش‌های مختلف خدماتی و تاسیس و گسترش بدون ضابطه آنها و انجام وظیفه آنها بدون رابطه با یکدیگر از بازدهی آن خواهد کاست.

قسمتی از این خدمات را بیمارستان عهده‌دار است، در حالیکه از عمده‌ترین و ضروری‌ترین بخش‌های خدمات است، اگر بطور صحیح و بجا از آن استفاده نشود کارآئی آن کاسته شده و نقش ارزنده آن در سیستم خدمات بهداشت و درمان بی‌ارزش خواهد شد بنابراین برای استفاده بهتر از این بخش از خدمات، لازم است فعالیت‌های آن بررسی گردیده، مسائل عمده و کارآئی آن مشخص شود تا بتوان در جهت هماهنگ کردن فعالیت‌های آن با سایر بخش‌های خدماتی اقدام و چاره‌اندیشی نمود و در اینصورت بیمارستان که در تاسیس و اداره آن مخارج فراوانی را متحمل شده‌اند و احتیاج به نیروی انسانی متخصص دارد خواهد توانست نقش صحیح و بجا خود را ایفاء نماید.

هدف مطالعه

از آنجا که بخش اطفال معمولاً از بخش‌های فعال یک بیمارستان می‌باشد و طب اطفال با مسائل بهداشتی و پیشگیری بیماریها رابطه نزدیک دارد برای شناخت مسائل عمده آن اقدام به مطالعه و بررسی فعالیت‌های یک بخش کودکان گردید. عمده‌ترین هدف از این مطالعه بررسی بیماران بستری شده در یک بخش کودکان برحسب فراوانی انواع بیماری و در رابطه با سن و جنس و فصل می‌باشد تا از این طریق اولاً "تجهیزات و امکانات درمانی بیمارستان را بیشتر در جهت مقابله با بیماران عمده بخش متمرکز کرده و ثانیاً" با تعیین اولویت‌های بهداشتی و درمانی بتوان با امکانات موجود و کمترین هزینه، از ابتلای کودکان به بیماریها در مراحل اولیه پیشگیری کرد.

روش مطالعه

این بررسی مطالعه‌ای است توصیفی و گذشته‌نگر که بر روی پرونده‌های بایگانی شده در بخش اطفال بیمارستان قائم مشهد انجام شده است و تعداد ۶۳۳ پرونده مربوط به سال ۱۳۵۷ بخش کودکان کلاً "مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتدا چند پرونده بعنوان نمونه بررسی گردید و براساس اطلاعات موجود در پرونده و اهداف این بررسی اطلاعات استخراج شده

شامل تاریخ بستری شدن، جنس، علت مراجعه، تشخیص اولیه، مدت بستری، تشخیص نهایی و شماره پرونده می‌باشد.

تشخیص نوع بیماری کودک بستری شده براساس تشخیص نهایی ذکر شده در پرونده بیمار است. یکی از مشکلات، ناقص بودن پرونده بیماران بود که مثلاً "در بعضی از پرونده‌ها سن یا جنس مشخص نبود که در اطلاعات بعنوان نامعلوم در نظر گرفته شده است، همچنین ناکافی بودن ابزرواسیون‌ها که بخوبی تاریخچه بیماری و شرایط زندگی و خانوادگی بیمار را روشن نمی‌سازد. این مطالعه حدود دو ماه بطول انجامید که یک ماه صرف جمع‌آوری اطلاعات و دو هفته صرف استخراج و تنظیم اطلاعات و دو هفته دیگر صرف کسب نتایج شده است.

نتایج بررسی

۱ - توزیع جنسی و سنی بیماران بستری شده: ۵۸٪ بیماران پسر (۳۶۶ بیمار) و ۲۱٪ دختر (۲۶۱ بیمار) و ۱٪ نامعلوم (۶ بیمار) می‌باشد.
توزیع سنی بیماران بصورت جدول زیر است:

جدول شماره (۱) توزیع فراوانی بیماران بستری شده در بخش اطفال بیمارستان

قائم مشهد به تفکیک سن در سال ۱۳۵۷

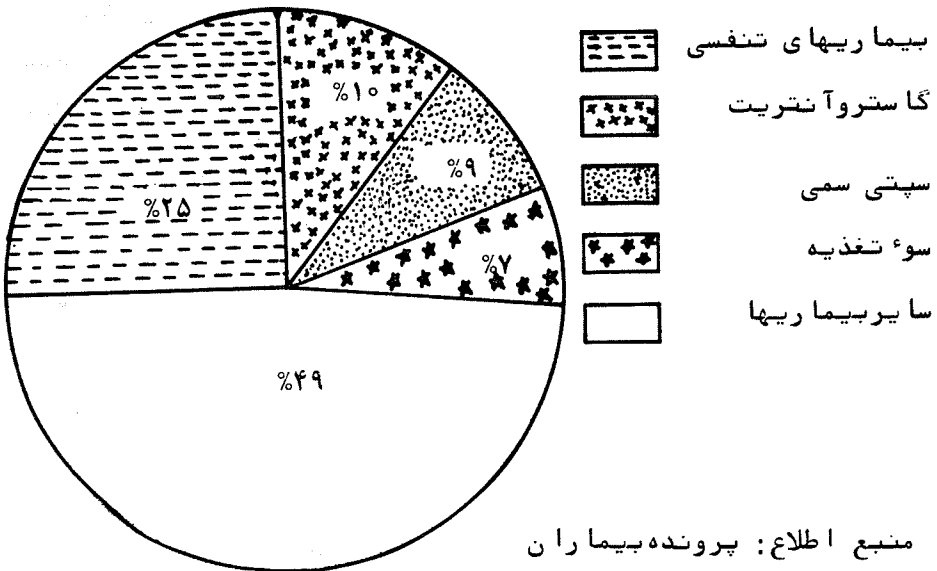
درصد	تعداد	فراوانی گروه سنی
۷/۳	۴۶	۷ - ۵ روز
۴/۴	۲۸	۳۰ - ۸ روز
۳۷/۱	۲۳۵	۳۶۵ - ۳۱ روز
۳۴/۱	۲۱۶	۶ - ۱ سال
۱۶/۴	۱۰۴	۱۵ - ۷ سال
۵/۷	۴	نامعلوم

با توجه به جدول شماره (۱) تقریباً $\frac{۱}{۱۰}$ بیماران بخش اطفال را نوزادان، $\frac{۱}{۳}$ آنرا شیرخواران، $\frac{۱}{۳}$ دیگر را اطفال قبل از سنین مدرسه و $\frac{۱}{۶}$ را اطفال در سنین مدرسه تشکیل می‌دهند که در پیش‌بینی احتیاجات مورد نیاز برای سنین مختلف در بیمارستان

می‌توان از آن استفاده کرد.

نمودار شماره (۱) نسبت درصد بیماران بستری شده در بخش اطفال

بیمارستان قائم مشهد بر حسب نوع بیماری در سال ۱۳۵۷

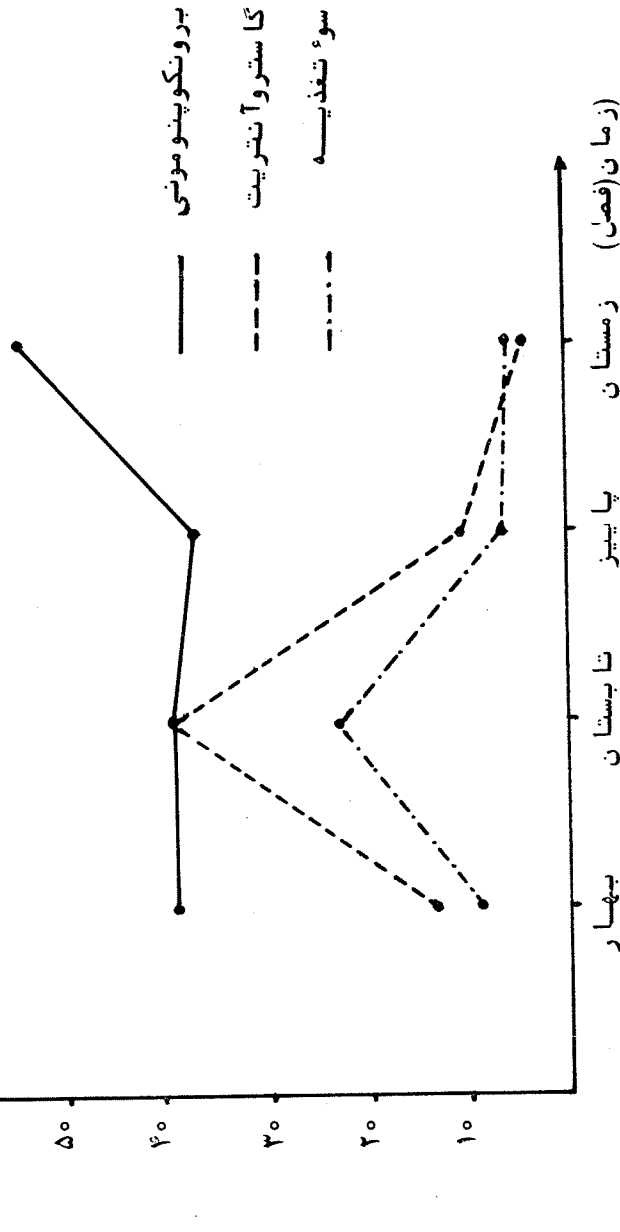


۲- توزیع فراوانی بیماران بر حسب نوع بیماری با توجه به نمودار شماره ۱: از بیماران بستری شده در سال ۱۳۵۷ بیشترین موارد اشغال تخت اختصاص به بیماران مبتلا به بیماریهای تنفسی (برونکوپنومونی و پنومونی) داشته است (۲۵/۴%) و در درجات بعد بترتیب گاستروآنتریت (۱۰/۱%)، سپتی سمی (۹/۲%) و سوء تغذیه (۷/۱%) شایع - ترین بیماریهایی بوده که منجر به بستری شدن گردیده است.

۳- شیوع فصلی (زمانی) بیماریها: همچنانکه انتظار می‌رود در زمستان برونکو- پنومونی و در تابستان گاستروآنتریت بیشترین در صد بیماران بستری شده را تشکیل داده است ضمناً "سوء تغذیه نیز در تابستان شایعتر است که می‌تواند ناشی از گاستروآنتریت‌های شایع این فصل باشد که منجر به سوء تغذیه شود. نمودار شماره ۲ نمایانگر شیوع فصلی بیماریها می‌باشد.

۴- سوء تغذیه: نظریه اهمیت این بیماری در بخش اطفال مطالعه بیشتری در این زمینه انجام شده است. از کل بیماران ۴۵ مورد بعلت سوء تغذیه بستری شده‌اند که در

نمودار رشمایه (۲) توزیع بیماران بستری شده از سه بیماری شایع در بخش اطفال بیمارستان قائم مشهد بر حسب فصول سال



درجه اول ارم کارانس و در درجه دوم راشی تبسم و ماراسموس شیوع داشته است ، که توزیع سنی بیماران مبتلا طبق جدول زیر است .

جدول شماره (۲) - توزیع فراوانی بیماران بستری شده ناشی از سوء تغذیه در بخش اطفال بیمارستان قائم مشهد تفکیک سن در سال ۵۷

بیماری گروه سنی (سال)	کل بیماران بستری شده	کل بیماران مبتلا به سوء تغذیه	ارم کارانس	راشی تیسم	ماراسموس	نسبت درصد بیماران سوء تغذیه کل بیماران
کمتر از یکسال	۲۳۵	۱۶	۱۱	۳	۲	۶/۸۰
۱ - ۶	۲۱۴	۲۹	۱۹	۵	۵	۱۳/۵۵
۷ - ۱۵	۱۰۴	-	-	-	-	۰
جمع	۶۳۳	۴۵	۳۱	۸	۷	۷/۱۰

بحث

تظیر این مطالعه در بخشی از مناطق نیجریه بعمل آمده است. این مطالعه که به روش مقطعی Cross-Sectional بر روی ۳۹۹ طفل کمتر از ۵ سال انجام شده ۵۴/۴٪ بیماران را پسر و ۴۵/۶٪ را دختر گزارش کرده است (۱).

با توجه به نمودار شماره ۱ همچنین مشاهده می شود که چهار بیماری برونکوپنومونی گاستروانتریت، سپتی سمی و سوء تغذیه جمعا " حدود نیمی از تعداد بیماران بستری شده در یکسال را تشکیل می دهند. مشابه این مطالعه در سایر نقاط دنیا نیز انجام شده است در مطالعه ای که در نیجریه روی ۳۹۹ کودک کمتر از ۵ سال انجام شده (در بخشی از مناطق نیجریه) عفونتهای تنفسی، سوء تغذیه و گاستروانتریت شایع ترین بیماریهای بوده اند که علت مراجعه کودکان را به درمانگاه تشکیل می داده اند (۱). همچنین در مطالعه دیگری که از اول سال ۱۹۷۳ تا پایان سال ۱۹۷۵ بمدت سه سال بر روی ۱۷۵۰۰ طفل مراجعه کننده به انستیتوی بهداشت کودک در شهر کابل افغانستان انجام شده است نشان می دهد که اولاً " ۷۰٪ مراجعه کنندگان زیر ۵ سال سن داشته اند و ۴۰٪ بقیه زیر دو سال و ثانیاً " پسرها ۶۰٪ بیماران را تشکیل می دهند و ثالثاً " شایعترین بیماریها عبارت بوده است از گاستروانتریت ۴۳٪، عفونتهای تنفسی ۲۱٪، سوء تغذیه ۴٪، سل ۴٪ و مجموعه سه بیماری دیفتری، کزاز، سیاه سرفه ۳/۷٪ (۲). با اینکه این دو مطالعه بر روی بیماران درمانگاهها

انجام شده است نتایج مشابهی با مطالعه ما که بر روی بیماران در بخش انجام شده داشته است که نشان می‌دهد بیماران بستری شده در بخش معمولاً "انعکاسی از بیماریهای موجود در جامعه می‌باشد .

در مطالعه‌ای هم که در استان آذربایجان غربی انجام شده است برونشیت و پنومو- پاتی را در اطفال کمتر از ۵ سال در زمستان شایعترین بیماری گزارش کرده است (۳) در اینجا نیز با وجود اینکه مطالعه روی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاهها صورت گرفته است شیوع بیماریهای تنفسی را نظیر بیماران بستری در بخش در فصل زمستان بیشتر نشان می‌دهد .

با توجه به جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود که بیشترین تعداد موارد بیماری در سنین ۶ - ۱ سالگی می‌باشد و در سنین مدرسه حتی یک مورد هم سوءتغذیه وجود ندارد و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/001$) . کم بودن شیوع بیماری را در سنین شیرخوارگی به این صورت میتوان توجیه کرد که چون در ماههای اولیه طفل از شیر مادر تغذیه می‌کند معمولاً "سوءتغذیه پیش نخواهد آمد ولی بتدریج از ششماه دوم سال اول زندگی که شیر مادر تکافو نمی‌کند تغذیه طفل بخوبی صورت نگرفته و تدریجاً " تا سن یکسالگی و بعد از آن آثار سوءتغذیه ظاهر شده و به مرحله‌ای خواهد رسید که منجر به بستری شدن طفل در بیمارستان گردد . از طرفی از سنین یکسالگی به بعد رشد سریع کودک نیز به پیشرفت سوءتغذیه کمک خواهد کرد . بنابراین توصیه می‌گردد در برنامه‌های بهداشت مادر و کودک و مراقبت‌های اولیه کودکان به این امر توجه بیشتری شود تا پس از قطع شیر مادر عدم تغذیه صحیح و کافی (بعلت فقر اقتصادی یا عدم آگاهی) منجر به سوءتغذیه نشود .

گرچه نتایج حاصله بعلت شرایط خاصی که دارد قابل تعمیم به کل جامعه نیست ولی تصویر کلی از بیماریهای شایع در بخش اطفال بیمارستانها را نشان می‌دهد که دارای اهمیت زیادتری است .

با توجه به اطلاعات بدست آمده بیش از نیمی از بیماران بستری شده در بخش اطفال را چهار بیماری برونکوپنومونی ، گاستروآنتریت ، سوءتغذیه و سیتی سمی تشکیل می‌دهد که اگر تعدادی از بیماریهای قابل پیشگیری دیگر نظیر کزاز بندناف نوزادان ، دیفتری و توبرکولوز را هم به آن اضافه کنیم (درآمار ما منعکس نشده است چون در بیمارستان عفونی منتصریه بستری می‌شوند) متوجه این امر می‌شویم که قسمت اعظم تخت‌های بیمارستانی بخش اطفال بوسیله کودکانی اشغال می‌شود که در اثر فقدان مراقبت‌های بهداشتی درمانی

مبتلا به بیماری شده‌اند زیرا قسمت اعظم این بیماریها با آموزش بهداشت، بهسازی محیط، مراقبت‌های اولیه بهداشتی مادران و کودکان انجام واکسیناسیون بموقع، بهبود وضع مسکن و تغذیه و اقداماتی نظیر آن قابل پیشگیری است. بعنوان مثال با تزریق واکسن سرخک از اپیدمی سرخک پیشگیری شده و در نتیجه از عوارض بعداز آن نظیر برونکوپنومونی نیز پیشگیری می‌شود و یا با ارجاع بموقع بیماران عفونی از سیتی‌سمی‌های شدید جلوگیری می‌شود و یا در اسهال‌های ساده با آموزش مختصر به مادر در چگونگی تهیه و خوراندن محلول قندی - نمکی به طفل در ساعات اولیه از اثر گاستروآنتریت‌های شدید پیشگیری می‌شود و یا اینکه با آموزش صحیح مادران در مورد تغذیه مناسب اطفال در سنین رشد با همان امکانات منطقه خودشان از سوءتغذیه که بدنبال آن سایر بیماریها هم به سراغش خواهد آمد پیشگیری می‌شود، مثلاً" در این مطالعه از ۴۵ مورد سوءتغذیه ۲۰ مورد آن همراه بیماری دیگری بوده است. سازمان بهداشت جهانی در مورد آموزش مادران معتقد است که با تربیت و راهنمایی چند مادر در یک دهکده در تهیه مواد غذایی سالم و یا تهیه محلول قندی - نمکی برای درمان اسهال و استفراغ، خودشان در محل قادر خواهند بود درمان با مایعات خوراکی را برای بیماران اسهالی شروع کنند (۴). اهمیت این موضوع بدان علت است که پیشگیری از اسهال مهمترین عامل در تقلیل مرگ و میر کودکان در دو سال اول زندگی است (۵).

جالب توجه آنکه تمامی آنچه ذکر شد جزو خدمات بهداشت و درمان اولیه است که بیشتر آن در حیطه وظایف کادر کمکی پزشکی (بهورز و بهداشتیار) است که بعنوان خط مقدم تیم پزشکی عمل می‌کند و اینجاست که نقش عظیم کادر کمکی و اصولاً "نقش خدمات اولیه بهداشت و درمان مشخص می‌شود و آن وقت نقش این خدمات ارزنده تر خواهد شد که به آمار توماس فولاپ از کشورهای جهان سوم اشاره شود. او می‌گوید "در کشورهای جهان سوم ۸۰% یا بیشتر مردم در روستاها هستند در حالیکه ۸۰% یا بیشتر پزشکان در شهرهای بزرگ کار می‌کنند بنابراین در این کشورها ۸۰% نیروی انسانی بهداشتی درمانی فقط از ۲۰% جمعیت مراقبت می‌کنند در حالیکه ۸۰% بقیه جمعیت از ۲۰% کل خدمات پزشکان برخوردار است، بنابراین در کشورهای در حال توسعه تربیت تعداد بیشتر پزشکان و پرستاران نمی‌تواند مشکلات بهداشت و درمان را حل کند مگر اینکه توجه به تغییر در آموزش و تعلیم راه‌های وسیع تری از کارکنان بهداشتی شود (۶).

با توجه به نتایج این مطالعه بخش کودکان بیمارستان قائم مشهد بار زیادی از درمان را بردوش داشته و فعالانه خدمت می‌کند ولی آیا این مشکل‌گشا است؟ و آیا با احداث

بیمارستان‌هایی از این قبیل در حالیکه اصل سیستم مورد سؤال قرار نگیرد و برای تغییر آن فکری اساسی نشود مسائل بهداشت و درمان کشور ما قابل حل خواهد بود؟ همین جا لازم است به توصیه سازمان بهداشت جهانی اشاره گردد که می‌گوید بدون وجود تعهد در سطح ملی و مملکتی برنامه‌های بهداشتی بسختی خواهد توانست جای خود را باز کند و موفق باشد و نیز بدون وجود چنین تعهداتی تغییرات لازم در سیستم برای پوشش ملی اتفاق نخواهد افتاد و خادمین به بهداشت در نهایت جستجوی یک تدبیر سیاسی سریع و ثابت را به راه حل قطعی و انعطاف‌پذیر ترجیح خواهند داد (۷).

پیشنهادهات

۱ - با توجه به شرایط موجود در کشور (پراکندگی وسیع جمعیتی در سراسر کشور) و کمبود امکانات فنی و تخصصی در بخش وسیعی از کشور بخصوص مناطق روستایی، شهری کوچک‌تر و حاشیه‌نشین شهری با ایجاد یک سیستم جامع بهداشتی درمانی و تقویت سطح اولیه این سیستم که از تکنولوژی ساده و مناسب برخوردار باشد تا حد زیادی میتوان نیازهای اساسی بهداشتی درمانی را مرتفع نمود و با پاسخگویی سریع و بموقع آن بسیاری از موارد بیماری را در مراحل اولیه کنترل و درمان کرد و به این ترتیب از افزایش حجم کار بیمارستان و اشغال تخت‌های بیمارستان بوسیله بیمارانی که بیماریشان در مراحل اولیه قابل کنترل است جلوگیری خواهد شد. کم شدن بار مراجعات بیمارستانها بخصوص بیمارستانهای آموزشی به نیروی انسانی متخصص ما فرصت مطالعات و تحقیقات بیشتر و آموزش بهتر پرسنل را می‌دهد و کیفیت کار بیمارستان بالا می‌رود. عبارات دیگر بیمارستان باید محل پذیرش بیمارانی باشد که از سطوح پایین‌تر و از طریق سیستم ارجاع می‌شود نه اینکه بیمارستان محل مراجعه بیماران باشد. یعنی همواره باید سطوح پایین‌تر خدمات، بیماران و مسائل لاینحل خود را به سطوح بالاتر ارجاع دهند و نیز خود توسط سطوح بالاتر حمایت، بازآموزی، سرپرستی و ارزشیابی گردند.

۲ - در بیمارستانها و بخصوص بیمارستانهای آموزشی برای آنکه بطور انتزاعی و جدا از جامعه عمل نکنند یک سیستم گزارش و پیگیری مناسب و کامل بوجود آید و بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌گردند آدرس آنها دقیقاً ثبت گردد تا پس از تشخیص بیماریشان در صورت دسترسی داشتن به آنها بتوانند توسط کادر کمکی و مددکاران اجتماعی و به‌مراه دانشجویان پزشکی از آنها بازدید بعمل آورده با محیط زندگی و خانواده آنها آشنائی پیدا کرده از نزدیک عوامل محیطی دخالت‌کننده در بیماریشان را شناسائی کرده

در وضع آنها بکوشند مضافاً بر اینکه این امر موجب کشف موارد جدید بیماری در مراحل اولیه نیز خواهد شد. انجام چنین اقداماتی در بیمارستانهای آموزشی ضروری است تا پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی که در آینده تربیت می‌شوند به عوامل اقتصادی و اجتماعی توجه بیشتری کرده و بیمار را همیشه در رابطه با محیط و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند و متأثر از آن است بررسی و تحت درمان قرار دهند.

تشکر

از راهنمایی‌های ارزشمند استادان محترم آقای دکتر محمدعلی برزگر و آقای دکتر حسین ملک‌افزلی و همکاری بایگانی بیمارستان قائم مشهد قدردانی و تشکر می‌نمایم.

References

۱. برزگر، محمدعلی و صادقی، علی (۱۳۵۷): نحوه ارائه خدمات درمانی توسط کادر کمکی بهداشتی مجله بهداشت ایران سال هفتم شماره چهارم صفحه ۲۰۷.
۲. فولاب توماس، مترجم دکتر فروغ شفیعی (۱۳۵۷): چه کسی از بهداشت و درمان مردم مراقبت خواهد کرد. در بهداشت جهان شماره ۲۲.
3. Oshur, P.C. and Ettak, M. (1980) : Morbidity Patterns amongst children in a semi-urban community in Northern Nigeria. *J.Trop. Ped.*, 26,99.
4. Shushum, B.: (1981) Training Community Health Workers in Rural Bangladesh. *World Health Forum*, 2,492.
5. Smith, Richard. (1982): Primary health Care rthetonic or reality. *World Health Forum* 3,30.
6. Srivastava, R.N. and Ghan, A.R.C.: (1979) Morbidity and Mortality of Children in Afghanistan, *J.Trop. Ped.* 25, 168.
7. Vaughan, Victor C. and M.C. Kay R. James (1975): "Nelson text book of Pediatrics" tenth edition W.B. Saunders Company, Philadelphia,