

نقش بستری شدن بیماران در منزل در برنامه‌ریزیهای بهداشتی - درمانی مناطق روستائی کشور

دکتر بهمن نیکپور*

خلاصه:

این مطالعه بمنظور نشان دادن نقش بستری شدن بیماران در منزل در رابطه با بستری شدن بیماران در بیمارستان و اهمیت آن در برنامه‌ریزیهای بهداشتی - درمانی مناطق روستائی ، در ساکنین ۱۱ قریه از قراة اطراف مبارکه اصفهان با جمعیتی معادل ۱۰۲۴۸ نفر انجام شده است .

نتیجه بررسی نشان میدهد که موارد بستری شدن بیش از ۴ روز در منزل تقریباً ۱۰ برابر موارد بستری شدن در بیمارستان می باشد . لذا با توجه به اهمیت موضوع از نظر سیاست ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشور ضمن تایید لزوم تخت بیمارستان جهت بستری کردن بیمارانی که بدلائیل مختلف بایستی در بیمارستان بستری شوند بسیار بجا خواهد بود که از این واقعیت پذیرفته شده در فرهنگ ایران در حال حاضر که قسمت اعظم روستاهای مملکت از خدمات بستری محرومند در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی بهره‌برداری گردد
مقدمه:

بستری شدن در منزل حالتی است که در آن خانواده و اطرافیان بیمار با مراجعه بدون مراجعه بیمار به پزشک ، اقدام به مراقبت او در منزل می نمایند ، وجود این حالت که بستگی به آداب و سنن و عواطف خانوادگی هر قوم و بعد خانوار و عوامل اقتصادی

و اجتماعی دیگر و همچنین وجود مراکز بهداشتی - درمانی و دسترسی مردم به آنها دارد، در ایران و به ویژه در روستاها از دیدگاه برنامه ریزی ارائه خدمات بسیار با اهمیت است. تکیه بر این رسم و سعی در تقویت و سازمان دادن آن که متأسفانه با صنعتی شدن جامعه رویه ناپودی است می تواند نه تنها نیازهای عمده ای را جابگو باشد بلکه مزایای فراوانی از لحاظ اقتصادی و اجرائی به همراه دارد و بخصوص در روستاهای پراکنده ایران که دسترسی به خدمات بیمارستانی ندارند می تواند جابگوی بخش مهمی از نیاز جامعه روستائی به خدمات بستری باشد بدیهی است که، تلاش در جهت تامین تخت بیمارستانی، بمیزان مورد نیاز کلیه ساکنین مملکت اعم از شهری و روستائی همچنان ضروری می نماید علی الخصوص که بسیاری از بیماران بمناسبت نوع بیماری حتما باید در بیمارستان بستری شوند. این گزارش که از نتایج حاصل از طرح بررسی طولی مسائل بهداشتی جمعیتی استان اصفهان استخراج شده نمایانگر اهمیت بالقوه این رسم در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی است.

روش انجام مطالعه:

در نیمه اول سال ۵۵ کلیه ساکنین ۱۱ قریه از قراء اطراف مبارکه واقع در ۴۵ کیلومتری جنوب غربی اصفهان با جمعیت کلی ۱۰۲۴۸ نفر به منظور شناخت نیازهای بهداشتی - درمانی مورد بررسی قرار گرفتند. (۱) از کلیه افراد این روستاها توسط پرسشگران آموزش دیده و با استفاده از پرسشنامه بخصوص مصاحبه بعمل آمد. در بخشی از این پرسشنامه در مورد بستری شدن در بیمارستان در یکسال قبل از مطالعه و بستری بودن در منزل در دو هفته قبل از مطالعه سؤال بعمل آمد. انتخاب زمان "یکسال" برای بستری بودن در بیمارستان و زمان "دو هفته" برای بستری بودن در منزل به منظور جلوگیری از اشتباه حافظه افراد بوده است و در مورد افراد کمتر از ۱۰ سال از والدین یا نزدیکان آنان سؤال شد. انتخاب این جمعیت روستائی به لحاظ مناسب بودن آن از لحاظ کاربرد بعدی به عنوان یک لابراتوار جمعیتی در بررسی مسائل بهداشت و درمان منطقه بوده است ولی دلیلی در دست نیست که این جمعیت را نماینده مناسبی برای جمعیت روستائی این بخش از کشور ندانیم. وضع ارائه خدمات بهداشتی درمانی این منطقه با سایر مناطق روستائی مرکزی کشور تفاوت چندانی ندارد. در شعاع ۳ تا ۵ کیلومتری این روستاها در مانگاهی با یک پزشک و یک بهیار وجود دارد و همچنین بیمارستانی با ۵۰ تخت خواب در شهر مبارکه ۱۸ - ۱۵ کیلومتری این روستاها وجود دارد که در زمان مطالعه دارای سه پزشک عمومی و یک نرس و سه بهیار بوده است. خدمات تخصصی پزشکی جمعیت مورد بررسی در بیمارستانهای شهر اصفهان در ۴۵ کیلومتری مبارکه انجام می شده است (۱).

نتایج بررسی:

نتایج بررسی در جدا اول ۱ تا ۳ نشان داده شده است از ۱۰۲۴۸ نفر که مورد سؤال واقع شده‌اند جمعاً ۴۳۰ نفر (۴۲ در هزار) به علل مختلف در طول یکسال قبل از مطالعه در بیمارستان بستری بوده‌اند (جدول شماره ۱) از این تعداد ۳۷۶ نفر یکبار و ۴۲ نفر دو بار و ۸ نفر سه بار و ۴ نفر بیشتر از ۴ بار به بیمارستانهای مختلف مراجعه کرده‌اند و متوسط اقامت بیمار در بیمارستان ۱۱/۷۶ روز بوده است. در مورد بیماران بستری در منزل در دو هفته قبل از مطالعه از کل جمعیت ۱۱۲۸ نفر به علل مختلف در منزل بستری بوده‌اند (جدول شماره ۲) تعداد بستری شدگان هم در منزل و هم در بیمارستان غیر از گروه سنی ۴ - ۵ سالد بتدریج با افزایش سن زیاد زیاد شده است به طوریکه یک سوم افراد ۶۰ سال به بالا در طول دو هفته گذشته و در منزل و یک دهم همین افراد در طول یکسال گذشته در بیمارستان بستری بوده‌اند. با مراجعه به علل بستری شدن در منزل مشاهده می‌شود که اولاً عده‌ای بدلیل بی‌اهمیت نظیر دندان درد یا سردرد مختصر در دو هفته گذشته قبل از مصاحبه در منزل بستری بوده‌اند. ثانیاً از آنجا که این علل بر اساس اظهارات خود بیماران یا خانواده آنها ثبت شده نمیتوان دقیقاً نوع بیماریها را از لحاظ ضرورت بستری در منزل یا در بیمارستان تفکیک نمود.

بعبارت دیگر مسلماتعداد قابل توجهی از این عده می‌توانسته‌اند تحت نظر پزشک در منزل بستری باشند و تعدادی نیز حتماً بایستی در بیمارستان بستری میشده‌اند. به این دلایل افرادی که بیشتر از ۴ روز و به دلایل با اهمیت در منزل بستری شده‌اند ملاک محاسبه قرار گرفت (جدول شماره ۳). چنانچه در این جدول مشاهده می‌شود با در نظر گرفتن حالاتی که قاعدتاً بایستی در بیمارستان بستری شوند (اسهال - تب - سوانح - سوختگی ناراحتی‌های شکمی - ناراحتی قلبی - زایمان که بیش از ۴ روز شخص را در بستر نگهداشته‌اند) جمعاً ۱۷۱ نفر در دو هفته قبل از مطالعه در منزل بستری بوده‌اند. اگر ارقام مربوط به دو هفته را ملاک وضعیت برای تمام سال قرار دهیم در طول سال $171 \times 26 = 4446$ مورد نیاز بستری شدن در بیمارستان جهت این جمعیت محاسبه میشود. مطالعات مشابه در روستاهای اطراف صومعه سرا (گوراب زرمیخ) نشان میدهد که از ۱۱۴۰۷

نفر در آن منطقه جمعاً ۳۷۱ نفر در طول دو هفته پیش از مصاحبه به علل مختلف در منزل بستری بوده‌اند. بر اساس همین مطالعه از کل جمعیت مورد بررسی جمعاً ۲۱۴ نفر در یک سال پیش از مصاحبه در بیمارستان بستری بوده‌اند. (۲) در صورتیکه علل با اهمیت را که قابل بستری شدن بوده‌اند (همان عللی که فوقاً ذکر کردید) ملاک محاسبه قرار دهیم رقمی

معادل ۹۷ نفر برای دوهفته و $2522 = 97 \times 26$ مورد برای یکسال بدست می‌آید. با توجه به نسبت موارد بستری در منزل به بستری در بیمارستان در مطالعه صومعه‌سرا که همان ده‌بر یک می‌باشد و مقایسه آن با یافته‌های منطقه مبارکه فزونی موارد بستری در منزل و در نتیجه اهمیت مطلب مجدداً ثابت میگردد. منتها دلایل زیادتر بودن موارد بستری شدن در بیمارستان و بستری بودن در منزل در منطقه مبارکه نسبت به صومعه‌سرا قابل بررسی است. مطالعات و تجربیاتی هم در این زمینه در کشورهای اروپایی و آمریکایی انجام شده است که نظر به ویژه‌گیهای این ممالک از نظر وجود تسهیلات بیمارستانی کافی و سایر خصوصیات اجتماعی - اقتصادی این کشورها، مراقبت‌های پزشکی در منزل را جهت افراد مسن و معلول در نظر گرفته‌اند که قابل قیاس با کشورمان نیست. همچنین علیرغم کاوش‌های مکرر در کشورهای با خصوصیات کشور ما مطالعات مستند ثابت شده‌ای بدست نیامد. (۴، ۵، ۶، ۷، ۸)

بحث و نتیجه:

این مطالعه نشان می‌دهد که در این منطقه روستائی در مقابل هر مورد بستری شدن در بیمارستان در طول یکسال تقریباً ۱۰ مورد بستری شدن در منزل به مدت بیش از ۴ روز وجود داشته است. طبق برنامه‌ریزیهای معمول فقط با توجه به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان در این جمعیت روستائی ۲۰ تخت‌خواب با متوسط اقامت ۱۲ روز و ۷۵٪ اشغال تخت لازم است در صورتیکه اگر قرار باشد بیماران بستری در منزل نیز به ترتیب فوق حساب شوند تعداد تخت‌خواب لازم برای بیماران بستری شده معادل ۲۰۰ تخت‌خواب خواهد بود که احداث چنین بیمارستانی جهت این روستاها منطقی نبوده و نه امکان دارد و نه مقرون به صرفه می‌باشد به این دلیل پیشنهاد می‌شود که وجود این رسم که هنوز در بسیاری از نقاط مملکت و به ویژه در روستاها وجود دارد توسط مسئولین اجرایی شناسائی شده و در کلیه این مناطق سعی شود که قسمت اعظم نیاز به خدمات بستری به صورت بستری کردن بیمار در منزل خودش ارائه شود. و همزمان نیز ضمن اقداماتی که در جهت توسعه بیمارستانهای موجود می‌شود استفاده منطقی‌تر از تخت بیمارستانها را امکان‌پذیر نمود زیرا این پیشنهاد بمعنی عدم لزوم احداث بیمارستانهای بیشتر در نقاط مناسب که بتوان از آنها استفاده کامل نمود، نیست چرا که هنوز تعداد بیمارانی که بایستی حتماً در بیمارستان بستری شوند و راه بجائی نمی‌برند فراوانند (۳).

در صورت عملی شدن این پیشنهاد نیاز عمده بیمار بستری در منزل به بازدید توسط پزشک خواهد بود که این کار را می‌توان توسط تیم سیار واحد بهداشت و درمان روستائی ترتیب

داد. نکته مهم دیگر در این برنامه‌ریزی آموزش بهداشت خانواده جهت آشنا کردن آنها به اصول صحیح مراقبت از بیماران بستری در منزل است این کار را نیز می‌توان با تجدید نظر در کتب درسی جهت نسل‌های آینده انجام داد و برای نسل حاضر که متأسفانه بخش عمده‌ای از آنها در اجتماعات روستائی بیسوادند بایستی این آموزش توسط کادر کمکی مستقر در روستاها و با استفاده از امکانات رادیو و یا سایر اقدامات آموزشی - سیاسی نظیر بسیج ملی انجام شود.

جدول شماره ۳ نشان‌دهنده اهمیت اسهالها و دردها و ناراحتی‌های شکمی در این فصل سال در بستری شدن بیماران در منزل می‌باشد، گرچه این امر ممکن است در سایر مواقع سال صحت نداشته باشد و میزان زیاد موارد بستری در منزل به علت بروز همه‌گیریهایی فصلی بیماریهای اسهالی باشد ولی در هر حال محتوی آموزشی و وسائل و امکانات تیم ارائه‌کننده خدمات بایستی برای درمان کلیه موارد بستری شده در منزل کامل بوده و هنگام مراجعه به منازل داروهای لازم را همراه داشته باشند.

لازم به تذکر است که جهت تعمیم یافته‌های این بررسی برای برنامه‌ریزیهای مملکتی انجام مطالعات بیشتر در این زمینه علاوه بر روستاهای استان‌های دیگر در جمعیت‌های شهری بخصوص شهرهای کوچک نیز توصیه می‌شود. به این ترتیب نتایج حاصله از این بررسی را می‌توان فقط راه‌گشای فصل جدیدی برای ارائه خدمات درمانی بهداشتی مورد لزوم جمعیت‌های محروم دانست.

درخاتمه یادآور میشود که این بررسی از محل بودجه تحقیقاتی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران انجام شده، و در انجام آن جناب آقای دکتر ابوالحسن ندیم و جناب آقای دکتر گارگین ساروخانیان و سرکار خانم دکتر فرشته - مجلسی نویسنده را باری کرده‌اند که بدینوسیله از آنها سپاسگزاری میشود.

جدول شماره ۱- تعداد و درصد بستری شدگان در بیمارستان برحسب سن در طی یکسال قبل از مصاحبه در روستاهای مطالعه شده منطقه مبارکآصفهان سال ۱۳۵۵.

گروه سنی	تعداد بستری شدگان	جمعیت گروه سنی	درصد (%)
۴-۰ سال	۴۹	۱۵۷۴ نفر	۳/۱۱
۹-۵ سال	۲۱	۱۹۴۶ نفر	۱/۰۷
۱۹-۱۰ سال	۸۱	۲۶۴۹ نفر	۳/۰۵
۲۹-۲۰ سال	۸۳	۱۳۳۸ نفر	۶/۲۰
۳۹-۳۰ سال	۵۶	۸۹۵ نفر	۶/۲۵
۴۹-۴۰ سال	۴۷	۶۸۷ نفر	۶/۸۴
۵۹-۵۰ سال	۳۳	۵۴۴ نفر	۶/۰۶
۶۹-۶۰ سال	۶۰	۶۱۵ نفر	۹/۷۵
تمام سنین	۴۳۰	۱۰۲۴۸ نفر	۴/۱۹

جدول شماره ۲۵ - تعداد و درصد بستری شدگان در منزل برحسب سن در دو هفته قبل از مطالعه در روستاهای مطالعه شده منطقه مبارک اصفهان سال ۱۳۵۵

گروه سنی	تعداد بستری شدگان	جمعیت گروه سنی	درصد (%)
۴-سال	۲۲۶ نفر	۱۵۷۴ نفر	۱۴/۳۵
۵-۹ سال	۹۲ نفر	۱۹۴۶ نفر	۴/۷۲
۱۰-۱۹ سال	۱۷۴ نفر	۲۶۴۱ نفر	۶/۵۶
۲۰-۲۹ سال	۱۲۴ نفر	۱۳۳۸ نفر	۹/۲۶
۳۰-۳۹ سال	۱۰۷ نفر	۸۹۵ نفر	۱۱/۹۵
۴۰-۴۹ سال	۱۰۴ نفر	۶۸۷ نفر	۱۵/۱۳
۵۰-۵۹ سال	۱۰۰ نفر	۵۴۴ نفر	۱۸/۳۸
۶۰ سال به بالا	۲۰۱ نفر	۶۱۵ نفر	۳۲/۶۸
تمام سنین	۱۱۲۸ نفر	۱۰۲۴۸ نفر	۱۱٪

جدول شماره ۳ - تعداد موارد بستری شدن در منزل به علل مهم بر حسب جنس -
 نوع بیماری و تعداد روزهای بستری در دو هفته قبل از مصاحبه در روستاهای مطالعه شده
 منطقه مبارکه اصفهان سال ۱۳۵۵.

جمع	وضع حمل	ناراحتی قلبی		ناراحتی شکمی		دردها و ناراحتی شکمی		صدمات و سوختگی		تب		اسهال		تعداد بستری شده در دو هفته قبل از مصاحبه
		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	
۲۸	۳	-	۲	۱	۴	۱	-	۵	۳	۴	۵	۵	۵	
۲۰	۱	۳	۳	۲	۱	-	-	۲	۲	۲	۲	۲	۶	
۴۹	۲	۱	۷	۳	۷	۱	۱	۱	۸	۱۰	۸	۷	۷	
۱۰	-	-	۳	۲	۱	-	-	-	-	۲	۲	۸	۸	
۲	-	-	۱	-	-	۱	-	-	-	-	-	۹	۹	
۱۳	۱	۲	۱	۱	۱	-	-	۲	۲	۲	۲	۱۰	۱۰	
۴۹	۱	۹	۴	۱۰	۶	۱	-	۲	۲	۷	۷	۱۱+	۱۱+	
۱۷۱	۸	۱۵	۲۱	۱۹	۲۰	۴	۱	۱۳	۱۶	۲۸	۲۶	جمع	جمع	

منابع

- ۱- نیکپور، بهمن سال ۱۳۵۵ گزارش "طرح بررسی طولی مسائل بهداشتی جمعیتی استان اصفهان
- ۲- عالمی، علی اکبر سال ۱۳۵۶ "بهداشت و سلامت در گرداب زرمیخ" منوگراف شماره ۲۰۰۷ دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی .
- ۳- ((سیمای بهداشت و درمان در ایران سال ۱۳۵۶)) انتشارات دانشکده بهداشت و انستیتو؛ تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران ۲۰۱۳ .
4. Regional office for Europe World Health Organization: 19-23 Nov. 1962 "Hospital and domiciliary Care, report on a Symposium for Europe of the World Health Organization"
5. Merlin. D. 1975 Octo 16 "Home Care project for indigent allows dignified Care, Gusts Cost "Hospital 49 (20), 77-8
6. Creese, A.L. and Fielden R. 1977 "Hospital or home care for the severely disabled, A. Cost Comparison." British Journal of preventive and Social Medicine (116-121).
7. Somers. A. et al Jan 75 "Home Care: much needed much neglected (Editorial). An Intern. Med 82 (1) - 111 - 112
8. Robertson. C. Etal Jan 76 Domiciliary Health and Welfare Services for the elderly in Glasgow use and need" Community Health (Bristol) 7 (3) : 128-33.